

Kleine Hände – Große Zukunft

Ergotherapeutische Intervention bei Kindern bis 14 Jahren mit einer funktionellen Armprothese unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit

Judith
Ritz
1853848

Karolin
Janssen
1735322

Melina
Kierdorf
1804057

Tina
Berrer
1803018



Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool
Begleitung: Steffy Stans
September 2019

**ZU
YD**

© COPYRIGHT HOGESCHOOL ZUYD 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

Vorwort

Die vorliegende Arbeit richtet sich an praktizierende Ergotherapeuten*innen und formuliert ergotherapeutische Empfehlungen für die Praxis. Die Inhalte der vorliegenden Arbeit können vor allem für Ergotherapeuten*innen und angrenzenden Professionen interessant sein, die im Bereich der Prothesenversorgung mit Kindern mit (funktionellen) Armprothesen arbeiten oder interessiert daran sind in diesem Arbeitsfeld tätig zu sein.

Ein gemeinsamer Weg und Prozess liegt hinter uns durch den wir unsere ergotherapeutischen Kenntnisse und Fähigkeiten weiter ausbauen konnten. Gemeinsam haben wir uns einem Thema gewidmet, welches uns von Beginn an interessierte. Der technologische Fortschritt in der Ergotherapie war der Ursprung des Forschungsthemas, was uns schließlich zum Bereich der Prothesenversorgung führte. Da es bisher wenig Informationen bezüglich der ergotherapeutischen Profession in der Prothesenversorgung bei Kindern gibt, die Versorgung mit einer Prothese jedoch große Auswirkungen auf den Alltag eines Menschen haben kann, war es uns als wichtig, die möglichen Beiträge der Ergotherapeuten*innen im Versorgungsprozess hervorzuheben.

Danksagung

Hiermit möchten wir allen danken, die uns auf unterschiedlichste Weise gemeinsam im Prozess und auf dem Weg zum Ergebnis unserer Bachelorarbeit begleitet haben. Ihr habt uns immer wieder aufs Neue Motivation, Kraft und Mut gegeben.

Vor allem möchten wir unserer Bachelorbegleiterin Steffy Stans danken, die uns über den gesamten Zeitraum stets kompetent und unterstützend zur Seite stand und uns dahingehend stärkte auch eigenständig Entscheidungen zu treffen und unseren Kompetenzen zu vertrauen.

Auch Ulla Pott gilt ein besonderer Dank, da sie uns hilfreiche Tipps an den passenden Stellen gab, um eine realistische Zielsetzung für diese Bachelorarbeit zu finden.

Ein weiterer Dank gilt allen Teilnehmern*innen unserer Studie, welche die Durchführung überhaupt ermöglicht haben. Wir bedanken uns für das Vertrauen, die Zeit, die Informationsbereitschaft und die spannenden Antworten auf unsere Fragen.

Auch bei unseren Kommilitoninnen Svenja Nolte und Julia Pieper möchten wir uns für die Teilnahme an der Durchführung unserer Pretestungen bedanken.

Weiterhin bedanken wir uns bei den fleißigen Korrekturlesern*innen: Peter Berrer, Laura Burriesci, Benjamin Fischer, Ricarda Gasper, Florian Herrmann, Ina Mertens und Maximilian Ritz. Dass sie sich die Zeit genommen haben und uns dadurch nochmal intensiv in unserer Forschungsarbeit unterstützt haben. Abschließend möchten wir auch den Personen danken, die unsere geschriebenen Abstracts in niederländischer und englischer Sprache korrigiert haben: Katharina Hertel, Wouter Kroon & Joëlle Göbel.

Ein besonderer Dank gilt auch unseren Familien, Partnern, Freunden*innen und Kommilitonen*innen, die uns das eine oder andere Mal ausgehalten aber auch aufgefangen haben, uns besonders in stressigen Momenten mit Zuversicht begegnet sind und uns oftmals auch mit Anregungen zur Seite standen.

Danke!

Lesehinweise und Abkürzungsverzeichnis

Die Verfasserinnen dieser Arbeit (Tina Berrer, Karolin Janssen, Melina Kierdorf, Judith Ritz) werden im Text als Autorinnen oder Forscherinnen bezeichnet.

Zur geschlechtergerechten Ansprache bzw. Bezeichnung von Frauen und Männern nutzen die Autorinnen die Doppelnennungen mit einem Genderstern (z.B. Ergotherapeuten*innen), sowie die Verwendung neutraler Sprachformen im Rahmen der gesetzlichen Forderung nach Gleichstellung (GG, Art. 3, Abs. 2, Satz 2). Dabei werden auch Geschlechterformen angesprochen, die sich nicht spezifisch zuordnen können. Die Schreibweise orientiert sich innerhalb dieser Qualifikationsarbeit an der grammatikalisch korrekten Form des Satzes, sowohl vor als auch hinter dem Genderstern, und nicht am Wortstamm.

Die Wörter „Bachelorarbeit“ und „Qualifikationsarbeit“, werden zur Unterstützung der Lesefreundlichkeit synonym verwendet.

Der Begriff der „Prothesenversorgung“ wird nicht nur in Bezug auf die Auswahl und Anpassung der Prothese verwendet, sondern auch bezüglich dem damit verbundenen Therapieprozess. Mit dem Begriff der „Prothese“ ist durchgängig von einer Oberarm-/Unterarm-/Handprothese auszugehen.

Begriffe, welche nicht als allgemein verständlich angesehen werden, sind im Glossar in alphabetischer Reihenfolge angegeben und erläutert. Im Text werden diese Begriffe mit einem (→) dahinter, gekennzeichnet.

Um keine Aussagen zu verfälschen wird teilweise in englischer Originalsprache zitiert. Auch die Fachterminologie wird ggf. in Originalsprache angegeben, um die ursprüngliche Bedeutung der Begrifflichkeiten zu gewährleisten.

Bei den Zitaten wurden Bereinigungen, welche durch [...] gekennzeichnet werden, zur besseren Lesbarkeit vorgenommen, sowie Auslassklammern (...) für ausgelassene Passagen verwendet.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ACMC	Assessment of capacity for myoelectric control
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
bzw.	beziehungsweise
CMCE	Canadian Model of Client-Centred Enablement
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
CPPF	Canadian Practice Process Framework
DACHS	Deutschland, Austria, Schweiz, Südtirol
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
E-Greifer	Elektrische Greifhand

et al.	et alteri (lat.: und andere)
ggf.	gegebenenfalls
ICD-10	International Classification of Diseases – 10. Version
ICF- CY	International Classification of Function and Disability – children and youth
Kap.	Kapitel
lat.	lateinisch
o.D.	ohne Datum
Tab.	Tabelle
TN	Teilnehmer*in
WHO	World Health Organization
Z.	Zeile

Tabelle 1: Abkürzungsverzeichnis (eigene Darstellung)

Abstracts

Kurzzusammenfassung

(D)

In Deutschland wurde bisher die Rolle der Ergotherapie im Bereich der pädiatrischen Prothesenversorgung kaum dargestellt und erforscht. Daraus resultierte die Frage, wie sich die ergotherapeutische Intervention bei Kindern bis 14 Jahren mit einer funktionellen Armprothese unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit gestaltet. Um dieser Frage nachzugehen, führten die Autorinnen eine qualitative Studie mit phänomenologischem Ansatz durch. Es wurden sechs Ergotherapeutinnen und drei Eltern im Rahmen eines semistrukturierten, leitfaden-gestützten Interviews befragt. Eine Online-Umfrage mit angrenzenden Professionen ergänzt die Datensammlung. Die Datenanalyse wurde anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) durchgeführt. Die Ergebnisse stellen das Setting, den Ablauf der Therapie, die Therapieinhalte, die interprofessionelle Zusammenarbeit, sowie den Alltagstransfer umfassend dar. Die therapeutische Vorgehensweise orientiert sich dabei an dem „bottom - up“ Prinzip und basiert vorwiegend auf interner Evidenz. Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass die ergotherapeutische Intervention individuell und nicht standardisiert abläuft. Die Elternarbeit und der interprofessionelle Austausch sind wichtige Faktoren, die eine erfolgreiche ganzheitliche Therapie unterstützen.

Schlagwörter: functional prosthesis, upper limb, pediatrics OR children, occupational therapy intervention, interprofessional collaboration, CPPF OR Canadian Practice Process Framework

Samenvatting

(NL)

In Duitsland is de rol van ergotherapie op het gebied van de pediatrische prothetische zorg nauwelijks onderzocht. Dit leidde tot de vraag hoe ergotherapeutische interventies bij kinderen tot 14 jaar met een functionele armprothese kunnen worden ingericht met het oog op interdisciplinaire samenwerking. Om deze vraag te beantwoorden, hebben de auteurs een kwalitatieve studie uitgevoerd met een fenomenologische methode. Zes ergotherapeuten en drie ouders werden geïnterviewd in een semigestructureerd, op richtlijnen gebaseerd interview. Een online-enquête met verwante beroepen complementeert de gegevensverzameling. De data-analyse is uitgevoerd volgens Mayring (2010). De resultaten beschrijven de setting, het verloop en inhoud van de therapie, de interdisciplinaire samenwerking en de transfer in het dagelijks leven. De therapeutische aanpak is gebaseerd op het „bottom - up" principe en intern bewijs. De conclusie is dat de ergotherapeutische interventies individueel en niet gestandaardiseerd zijn. De samenwerking met ouders en interdisciplinaire uitwisseling zijn belangrijke factoren die een succesvolle holistische therapie ondersteunen.

Abstract

(E)

In Germany, the role of occupational therapy (OT) in the field of paediatric prosthetic care has hardly been researched. This led to the question how OT-interventions with children up to 14 years with a functional arm prosthesis are carried out in consideration of interprofessional cooperation. To answer this question, the authors conducted a qualitative study with a phenomenological approach. Six occupational therapists and three parents were interviewed in a semi-structured, guideline-based interview. An online survey with related professions completes the data collection. The data analysis was carried out according to Mayring (2010). The results include the therapy setting, process and contents, as well as the interprofessional cooperation and transfer into daily life. The therapeutic approach is based on the „bottom - up" principle and internal evidence. The conclusion is, that occupational therapy interventions are individualised rather than standardised. Parental work and interprofessional exchange are important factors for a successful holistic therapy.

Zusammenfassung

Eine funktionelle Armprothese ist ein Hilfsmittel, welches das tägliche Leben von Kindern vereinfachen kann. Wichtig dabei ist, dass die Prothese anerkannt und erfolgreich integriert wird. Die Rolle der Ergotherapie wurde in dem Bezug, im deutschsprachigen Raum und besonders im pädiatrischen Bereich, bisher kaum dargestellt und erforscht. Dadurch ergab sich für die Autorinnen das Ziel, herauszufinden, wie sich die ergotherapeutische Intervention bei Kindern bis 14 Jahren mit einer funktionellen Armprothese, unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit, gestaltet.

Die Autorinnen nutzten zur Beantwortung der Fragestellung ein qualitatives, phänomenologisches Studiendesign. Im Rahmen von neun semistrukturierten und leitfaden - gestützten Interviews, wurden insgesamt drei betroffene Eltern und sechs Ergotherapeutinnen befragt. Eine Online- Umfrage mit angrenzenden Professionen wurde zur ergänzenden Datensammlung des interprofessionellen Aspektes, durchgeführt. Die gesammelten Daten wurden mit Hilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) analysiert und ausgewertet. Durch die acht Aktionspunkte des Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Townsend & Polatajko, 2013) lassen sich diese anschaulich auf die ergotherapeutische Praxis übertragen. Darauf basierend geben die Autorinnen Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis (Anlage 11). Die Ergebnisse der Studie wurden in fünf Kategorien aufgeteilt.

Die Kategorien umfassen das Setting (→), den Ablauf der Therapie, die ergotherapeutischen Therapieinhalte, die Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit und den Alltagstransfer. Dabei zeigt sich, dass die Herangehensweise auf dem „bottom - up“ (→) Ansatz basiert und die therapeutische Vorgehensweise hauptsächlich auf interner Evidenz beruht. Dies spiegelt sich auch in der Befunderhebung, Zielsetzung und Evaluation (→) wider, da keine standardisierten Assessments verwendet werden. Als Grund dafür kann hervorgebracht werden, dass diese im deutschsprachigen Raum für pädiatrische Klienten*innen im Bereich der Armprothetik nicht zur Verfügung stehen. Außerdem ist das Alltagstraining Teil der ergotherapeutischen Intervention. Hierbei wird der Alltag mit alltäglichen Mitteln und Medien der Klienten*innen, häufig simuliert. Schwierigkeiten bezüglich der Teilhabefähigkeit in den drei Betätigungsbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit, kommen zum Beispiel im schulischen Setting (→) und innerhalb Transitionsphasen vor, was die Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Begleitung, verdeutlicht. Fortschritte in den Betätigungsbereichen bemerken die Eltern dadurch, dass ihr Kind zum Beispiel Abläufe im Alltag schneller, einfacher und automatisiert, durchführt. Der kontinuierliche Einbezug der Eltern ist wichtig, um eine Akzeptanz im Umfeld des Kindes zu schaffen, damit dies unterstützend wirken kann. Die interprofessionelle Zusammenarbeit, vorwiegend mit Orthopädietechnikern*innen, aber auch der Austausch zwischen lokalen und erstversorgenden Therapeuten*innen sind wichtig, um eine ganzheitliche Behandlung im Hinblick auf einen gelungenen Transfer in den Alltag der Kinder, zu gewährleisten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Kontext des Themas und der Problemstellung	3
1.2 Kurzer Überblick über diese Bachelorarbeit.....	4
2. Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1 Relevanz für die Ergotherapie	5
2.2 Fragestellung und Zielsetzung	7
2.3 Definition relevanter Begriffe.....	7
2.3.1 Assistive Technologie	7
2.3.2 Teilhabe.....	12
2.3.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	13
2.3.4 Occupational Transition	14
2.3.5 Mögliche Ursachen für die Notwendigkeit einer Prothese	15
2.3.6 Frames of Reference (Bezugsrahmen)	17
2.3.6.1 <i>Adaptionsbasierte Bezugsrahmen</i>	17
2.3.6.2 <i>Psychosozialbasierte Bezugsrahmen</i>	18
2.3.6.3 <i>Wahrnehmungs- und bewegungsbasierte Bezugsrahmen</i>	18
2.3.7 Modell-Triplett.....	19
2.3.7.1 <i>Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)</i> .19	
2.3.7.2 <i>Canadian Occupational Performance Measure (COPM)</i>	21
2.3.7.3 <i>Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE)</i>	21
2.3.7.4 <i>Canadian Practice Process Framework (CPPF)</i>	22
3. Methodisches Vorgehen	24

3.1 Forschungsdesign.....	24
3.1.1 Qualitative Forschung	24
3.1.2 Phänomenologie	25
3.1.3 Qualitätssicherung anhand der Gütekriterien.....	25
3.2 Datenerhebung	26
3.2.1 Erhebungsmethodik.....	26
3.2.2 Vorgehensweise Literaturrecherche.....	27
3.2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche	28
3.2.2.2 Auswahl der Studien	28
3.2.2.3 Resultat der Literaturrecherche	31
3.2.3 Erstellung des Interviewleitfadens	31
3.2.3.1 Pretestung	32
3.2.4 Akquise der Studienteilnehmer*innen	33
3.2.5 Ein - und Ausschlusskriterien der Studienteilnehmer*innen	35
3.2.6 Durchführung	36
3.2.7 Ethik	36
3.3 Datenanalyse.....	38
3.3.1 Transkription	38
3.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	38
4. Resultate	46
4.1 Setting	46
4.1.1 Wünsche bezüglich Setting und Prothesen	48
4.2 Ablauf der Therapie	49

4.2.1 Therapiezeit	49
4.2.2 Stufenmodell	50
4.2.3 Abschluss und Weiterbehandlung.....	51
4.3 Therapieinhalte	51
4.3.1 Kontaktaufnahme	51
4.3.2 Befunderhebung	52
4.3.3 Ergotherapeutisches Modell.....	53
4.3.4 Zielformulierung	53
4.3.5 Ergotherapeutische Methodik	55
4.3.6 Therapiemaßnahmen	56
4.3.7 Therapiemittel/-medien	59
4.3.8 Zusammenarbeit mit den Eltern in der Therapie.....	60
4.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	64
4.4.1 Orthopädietechniker*innen	65
4.4.2 Andere Professionen	66
4.4.3 Inhalte.....	68
4.4.4 Ablauf.....	69
4.4.5 Schwierigkeiten	69
4.4.6 Förderfaktoren	70
4.4.7 Wünsche bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	71
4.5 Alltagstransfer.....	73
4.5.1 Veränderungen der Kinder	73
5. Diskussion	76

5.1 Diskussion der Resultate.....	76
5.1.2 Ergotherapeutische Inhalte, Mittel und Medien.....	77
5.1.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	85
5.1.4 Teilhabefähigkeit der Kinder.....	87
5.2 Diskussion der Methodik.....	88
5.2.1 Stärken und Limitationen der Qualifikationsarbeit.....	88
5.2.2 Inhaltsanalytische Gütekriterien.....	90
5.2.2.1 <i>Validität</i>	90
5.2.2.2 <i>Reliabilität</i>	91
6. Schlussfolgerung.....	92
6.1 Empfehlungen für die Praxis.....	92
6.2 Ausblick und weiterführende Überlegungen.....	94
Literaturverzeichnis.....	95
Abbildungs - und Tabellenverzeichnis.....	107
Glossar.....	108
Anlagenverzeichnis.....	113

1. Einleitung

„Der technische Fortschritt ermöglicht es vielen Menschen ihre täglichen Aufgaben mit Hilfsmitteln immer schneller und einfacher zu bewältigen. (...) All diese Werkzeuge sollen vermeintliche Unzulänglichkeiten ausgleichen und dienen dem Menschen dazu, ihm die Aktivitäten des täglichen Lebens und der Freizeit zu erleichtern oder gar erst zu ermöglichen“ (Bertram, 2011, S.29).

In diesen Worten lassen sich Parallelen zur ergotherapeutischen Sichtweise finden, welche ebenfalls das Ziel verfolgt,

„(...) Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen (→) in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung in ihrer Umwelt zu stärken. (...) Dies erlaubt dem Klienten, seine Handlungsfähigkeit im Alltag, seine gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation) und seine Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern“ (DACHS-Definition der Ergotherapie, Stand 2007).

So widmet sich diese Bachelorarbeit dem Thema der „ergotherapeutischen Intervention bei Kindern bis 14 Jahren mit einer funktionellen Armprothese unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit“.

Aus historischer Perspektive berichtet Karpa (2004) in seiner Dissertation, dass „Hilfsmittel zum Ersatz amputierter Gliedmaßen (...) seit Jahrhunderten bekannt [sind]. Unter ihnen haben sich verschiedene Konstruktionen als brauchbar für die Verrichtung des täglichen Lebens erwiesen.“ (S.32). Nach Bertram (2011) wurde im 16. Jahrhundert die Geschichte der Armprothetik zum ersten Mal schriftlich festgehalten. Dabei gilt die Hand von Götz von Berlichingen (um 1480-1552) als geschichtliches Fundament. Eine frühere Erwähnung bezieht sich auf den Soldaten Marcus Sergius (218-201 v. Chr.), der seine Hand verloren hatte und dafür eine Prothese besaß, mit welcher er seine Kämpfe fortführen konnte (Bertram, 2011; Karpa 2004). Ferdinand Sauerbruch gelang es während des Ersten Weltkrieges, einen künstlichen Arm zu entwickeln, welcher eine direkte funktionelle Verbindung zwischen Körper und Prothese erstellte. Diese gilt als Vorreiter der myoelektrischen Prothese (Deutsches Medizinhistorisches Museum/ DAMALS, 2014).

Rückblickend lässt sich festhalten, dass Aufzeichnungen über diverse Entwicklungen seit jeher alle darin übereinstimmen, „(...), dass durch den Einsatz feinsten Mechanismen stets eine Funktion angestrebt wurde, die der natürlichen Hand nahe kam“ (Bertram, 2011, S.31).

Bis Mitte des 20. Jahrhunderts war die Prothetik jedoch deutlich stärker auf ein erwachsenes Klientel ausgerichtet. Aufgrund von Arbeitsunfällen und Kriegsverletzungen waren Erwachsene häufiger von Amputationen betroffen als Kinder. Aber auch schon damals kamen Kinder mit Fehlbildungen zur Welt oder verloren Gliedmaßen durch Unfälle (Jentschura et al., 1963). Jentschura et al. (1963) beschreiben, dass die damalige Medizin die Meinung vertrat, dass Kinder die Prothesen nicht verwenden und zu schnell aus ihnen herauswachsen würden. Aufgrund des Wachstums ist es richtig, dass in der Regel bereits nach ein bis zwei Jahren eine neue Prothese benötigt wird (Jentschura et al., 1963). Erst mit dem Contergan-Skandal Anfang der 60er Jahre, wodurch etwa 5000 Kinder durch die Thalidomid-Embryopathie eine schwere Missbildung erlitten und dadurch in den Blickpunkt der Öffentlichkeit rückten, kam die Wende hin zu einer neuen Auseinandersetzung mit dem Thema der Prothetik (Koller & Wetz, 2006). Im Jahre 1961 wurde von Lenz eine Klinik für Technische Orthopädie und Rehabilitation gegründet, welche im Jahre 1966 ausgebaut wurde. Ein Grund für diese Ausbaumaßnahmen war die Erweiterung und Integration medizinischer, physio- und ergotherapeutischer, sowie orthopädiotechnischer Versorgung in die Klinik für betroffene Kinder (Koller & Wetz, 2006).

Vergleicht man Deutschland mit dem heutigen, internationalen Forschungsstand wird schnell deutlich, dass der Prothesenversorgung bei Kindern in Deutschland mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Egermann, Kasten & Thomsen (2009) zeigen, dass obwohl Zentren in Schweden, England und Kanada über elektrische Prothesen bei sehr jungen Kindern berichten, diese Forschungsergebnisse und Fortschritte in der Prothesenversorgung in Deutschland bisher weitgehend unbeachtet bleiben. Da die Versorgung mit einer Prothese jedoch große Auswirkungen auf den Alltag eines/einer Klienten*in hat, ist es wichtig, deutlich zu machen, welchen Beitrag Ergotherapeuten*innen im Prozess der Versorgung leisten können und wie der Transfer in den Alltag bestmöglich umgesetzt werden kann. „Je früher die Patienten eine funktionelle Versorgung erhalten, desto wahrscheinlicher ist eine hohe Akzeptanz und Einbindung des Hilfsmittels in den Alltag“ (Zabransky, S., 2011. S. 50). Aus diesem Grund legen die Autorinnen den Fokus auf den Fachbereich der Pädiatrie. Da zum aktuellen Zeitpunkt jedoch nur sehr wenig wissenschaftliche Literatur oder Studien zum angegebenen Thema zur Verfügung stehen, erachten die Autorinnen es als wichtig herauszufinden, wie Ergotherapeuten*innen ihre Arbeit mit Kindern mit einer funktionellen Prothese der oberen Extremität gestalten. Zudem gilt es herauszufinden, inwiefern die Eltern die Teilhabe ihrer Kinder mit einer Prothese in ihrem individuellen Alltag beschreiben. Um ein möglichst umfassendes Bild der komplexen Thematik darzustellen, kann als weiteres Ziel das Erforschen der interprofessionellen Zusammenarbeit benannt werden. Dadurch wollen die Autorinnen in Erfahrung bringen, mit welchen angrenzenden Professionen Ergotherapeuten*innen während der Prothesenversorgung interagieren. Auch die Ermittlung, welche Erwartungen an die Ergotherapie herangetragen werden und in welcher Form bereits Erfahrungen bestehen, wurde im Rahmen der Zielsetzung als wichtig erachtet.

1.1 Kontext des Themas und der Problemstellung

Mnich schreibt (2014), dass es bei einer Prothesenversorgung, unter Berücksichtigung des aktuellen Standes des medizinischen sowie technischen Fortschritts, grundsätzlich darum geht, ein Funktionsdefizit auszugleichen. Weiterhin soll ein Gleichziehen mit nicht behinderten Menschen erreicht werden (Mnich, 2014). Zum unmittelbaren Behinderungsausgleich gehören laut Mnich (2014) alle prothetischen Produkte, die sich auf die Grundbedürfnisse des Menschen beziehen. Hierzu gehören nach dem Bundessozialgericht (BSG) Tätigkeiten wie Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, Ausscheiden, Nahrungsaufnahme, elementare Körperpflege, selbstständiges Wohnen und die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums (BSG zitiert in Mnich, 2014). Weiterhin sollte er in die Lage versetzt werden, notwendige Alltagsgeschäfte möglichst selbstständig zu regeln, wie wichtige Versorgungswege zum Supermarkt, zur Apotheke, zum Arzt, aber auch die Möglichkeit, Sozialkontakte zu pflegen und für einen Spaziergang vor die Haustür zu kommen (Mnich 2014).

Armprothesen sind im deutschen Sozialrecht Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen und werden grundsätzlich von diesen übernommen (Mnich, 2014). Nach dem SGBV, Kap. 2, Abs. 1, §12 richten sich die Ansprüche des Versicherten dabei nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip, das heißt sie umschließen alles, was nach objektiven Maßstäben als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich angesehen wird und den notwendigen Anteil nicht überschreitet. Grundlage dafür ist das Sozialgesetzbuch IX, welches die Bedingungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen regelt (Mnich, 2014). Die „Management of Upper Extremity Amputation Rehabilitation Working Group“ (U.S. Departments of Veteran Affairs, 2014) fasst ebenfalls in einer amerikanischen Richtlinie Langzeitziele einer Rehabilitation nach Amputation zusammen: Es sollen postoperative Schmerzen reduziert werden, physische Gesundheit und Funktion hergestellt werden, psychisches Wohlbefinden aufgebaut werden und die Integration in die Gesellschaft sowie die Nutzung/Rehabilitation einer Prothese im Gesundheitswesen erleichtert werden (S.19 f.). Auch Bertram (o.D.) vertritt die Meinung, dass in Deutschland behinderte Menschen, im Sinne der Inklusion, durch Hilfsmittelversorgung soweit rehabilitiert werden sollen, dass sie möglichst uneingeschränkt und selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können. Nach Mnich (2014) besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem neuwertigen aktuellen Modell, solange es für den Anwender Gebrauchsvorteile hat, die sich auf seinen gesamten Alltag auswirken. Der aktuelle Stand der Technik ist dabei zu berücksichtigen, während die Hilfsmittelversorgung dabei ausreichend wirtschaftlich und zweckmäßig erfolgen muss (Bertram, o.D.; Mnich, 2014).

1.2 Kurzer Überblick über diese Bachelorarbeit

Zu Beginn der Forschungsarbeit wird deren theoretischer Hintergrund dargestellt. Hier werden unter anderem die Kernbegriffe der zugrundeliegenden Studie und die aktuelle wissenschaftliche Lage zur Thematik dargestellt. Dabei bietet das kanadische Modell-Triplett (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), CPPF, Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) von Polatajko und Townsend (2013) den Autorinnen eine Orientierung. Das CMOP-E legt als Inhaltsmodell dieses Triplets Wert auf die Teilhabe, welches einen zentralen Punkt der Qualifikationsarbeit darstellt. Zusätzlich bietet es die Möglichkeit, die Umweltfaktoren zu beleuchten und in das Modell einzuordnen. Mithilfe des CPPF ist es möglich, den ergotherapeutischen Prozess aus den erhobenen Daten strukturiert zu beschreiben. Die CMCE-Skills unterstreichen die benötigten ergotherapeutischen Kompetenzen während dem Behandlungsverlauf.

Das darauffolgende Kapitel Methodik beschreibt die Vorgehensweise und Methoden zur Durchführung dieser Studie. Im Rahmen dessen wurden qualitative Interviews sowohl mit Ergotherapeuten*innen, um Empfehlungen für den ergotherapeutischen Behandlungsverlauf zu sammeln und Informationen über die interprofessionelle Arbeit zu erhalten, als auch mit den Eltern betroffener Kinder, zur Erfassung der Teilhabefähigkeit der Kinder im Alltag, durchgeführt. Zusätzlich diente eine qualitative Datenerhebung mittels einer Online-Umfrage von angrenzenden Berufsgruppen wie Orthopädietechniker*innen, Physiotherapeut*innen etc. dazu, die gesammelten Informationen zu ergänzen und die Sicht dieser bezüglich der Erfahrungen mit und den Erwartungen an die Ergotherapie, darzustellen.

Im vierten Kapitel werden die Resultate als zentraler Schwerpunkt dieser Arbeit dargelegt. Die Ergebnisse werden in Kategorien unterteilt und in einer anschließenden Diskussion im Hinblick auf theoretischen Hintergrund und Methodik kritisch betrachtet.

Zum Schluss wird ein Fazit gezogen und ein Ausblick auf weiterführende Forschungsmöglichkeiten gegeben.

2. Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel stellt den theoretischen Hintergrund der vorliegenden Bachelorarbeit dar. Zu Beginn wird das Thema der Bachelorarbeit und die aktuelle Problemstellung mit der Relevanz für die Ergotherapie beschrieben. Im Anschluss daran wird die Zielsetzung dieser Bachelorarbeit konkretisiert und relevante Begriffe dieser wissenschaftlichen Arbeit erläutert.

2.1 Relevanz für die Ergotherapie

Entsprechend der Definitionen innerhalb der Einleitung (siehe 1. Kap., Einleitung) fassen die Autorinnen zusammen, dass Ergotherapeuten*innen das Ziel haben, das „Handeln“ der Klienten*innen in ihrem individuellen Alltagssetting, zu ermöglichen.

Verschiedene Studien (Egermann, Kasten & Thomsen, 2009; Lindner, Hiyoshi & Hermansson, 2017; Toda, Chin, Shibata, Mizobe, 2015; Jong et al., 2012) unterstreichen den Nutzen dieser ergotherapeutischen Aspekte in Bezug auf das Prothesentraining der oberen Extremität bei Kindern. Die Wichtigkeit einer multiprofessionellen Zusammenarbeit, die Kooperation mit Angehörigen und eine detaillierte Begleitung in verschiedenen Lebenslagen, wenn sich die Betätigungen (→) verändern, wird deutlich dargestellt (Toda et al., 2015; Egermann et al., 2009).

Dazu geben Egermann et al. (2009) an, dass neben dem Spiel die altersgerechten Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) (→) mit einer Armprothese gefördert werden müssen, um eine bimanuelle Handhabung und altersgerechte Unabhängigkeit zu erreichen. Lindner et al. (2017) benennen die Fähigkeiten tägliche Aktivitäten durchführen zu können, als das ultimative Ziel einer prothetischen Anpassung. Die schwedischen Forscher Lindner et al. (2017) geben die Kontrollfähigkeit einer Prothese als „Outcome“ (→) des Prothesentrainings an. Die Studie bestätigt, dass mit dieser Kontrollfähigkeit die Teilnahme an täglichen Aktivitäten erleichtert werden kann (Lindner et al., 2017). Toda et al. (2015) konkludieren, dass beschwerliche Umweltfaktoren und/oder persönliche Betätigungsveränderungen, häufig auftretende Barrieren bei der Nutzung einer Armprothese (siehe Kap. 2.4.4 Occupational Transition) sind. Eine Vielzahl an Eltern gibt an, dass auch eine ungenügende Adaption der Prothesen zu Einschränkungen bei Aktivitäten führte (Jong et al., 2012). Neben dem Aufbau einer umfassenden Kontrollfähigkeit können gleichzeitig Barrieren in der Umgebung überwunden werden und so zu einem selbstständigen Leben der Kinder beitragen (Lindner et al., 2017).

Befragte Gesundheitsspezialisten sind sich einig, dass die Barrieren meist innerhalb der Transitionsphasen auftreten und hier eine eindeutige Unterstützung geboten werden muss (Jong et al., 2009). Mit Transitionsphasen sind verschiedene Lebenslagen im Entwicklungsprozess eines Menschen gemeint, wie z.B. der Eintritt in das Bildungssystem (Pinnock und McIntyre et al. zitiert in Podvey, Hinojosa & Koenig, 2010; Jong et al., 2012).

Aus der Literatur lässt sich entnehmen, dass die Erstversorgung einer Prothese frühzeitig im Alter zwischen zwei und vier Jahren am effektivsten ist (Toda et al., 2015; Egermann et al., 2009). Dies zeigt auch die deutlich niedrigere Abbruchrate bei Kindern, die vor dem zweiten Lebensjahr mit einer Prothese versorgt wurden, als bei den Kindern, die ihre Prothese nur noch für bestimmte Aktivitäten oder Situationen auswählten (Egermann et al., 2009; Jong et al., 2012).

Egermann et al. (2009) entwickeln das Fazit, dass das Tragemuster einer Prothese stark von den Lebensumständen eines Kindes abhängt und man den Schwerpunkt der Therapie besonders auf den Aspekt der „Schulung“ legen sollte. Die Einbindung der Angehörigen und/oder Eltern stellt dabei den Schlüssel zum Erfolg dar (Egermann et al., 2009). Hierbei ist es wichtig, die ergotherapeutische Prozessintervention, auf die Wünsche und Bedürfnisse der Eltern und Kinder, durch eine klientenzentrierte (→) Kooperation, aufzubauen. Lindner et al. (2017) heben hervor, dass bisher nur wenige Informationen über das Tragemuster von Prothesen im alltäglichen Setting (→) und der Durchführung von alltäglichen Aktivitäten vorhanden sind.

Stellt man also die Ergebnisse der Studien, welche konkret den Nutzen einer ergotherapeutischen Prothesenversorgung unterstreichen, dem bisherigen Forschungsstand gegenüber, so wird schnell deutlich, dass es hier spezifischerer Forschung bedarf. Besonders die Schwierigkeiten im Umgang mit einer Prothese müssen aufgedeckt werden, um die ergotherapeutische Versorgung zu optimieren und daran anzupassen (Lindner et al., 2017; Jong et al., 2012).

Das Augenmerk in der Ergotherapie richtet sich im zeitgenössischen Paradigma (→) unter anderem auf die Partizipation unter Einbezug von Umweltfaktoren. Widmer (2013) fasst zusammen, dass „(...) sich ein deutlicher Mangel an wissenschaftlicher Literatur zu ergotherapeutischen Prothesentrainings [zeigt]. Daher können [bisher] keine evidenzbasierten Empfehlungen für die Gestaltung des Prothesentrainings gegeben werden“ (S.1).

2.2 Fragestellung und Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, herauszufinden, wie sich die ergotherapeutische Intervention bei Kindern bis 14 Jahren mit einer funktionellen Armprothese, unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit, gestaltet. Weiterhin wird dadurch eine Empfehlung für die ergotherapeutische Praxis formuliert.

Zentrale PIO-Fragestellung (→):

Wie gestaltet sich die Ergotherapie bei Kindern bis 14 Jahre mit einer funktionellen Armprothese unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit?

Zur Vereinfachung der Herangehensweise stellen sich die Autorinnen drei Leitfragen:

1. Welche Inhalte, Mittel und Medien bauen Ergotherapeuten*innen in die ergotherapeutische Intervention bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese ein?
2. Mit welchen angrenzenden Professionen interagieren Ergotherapeuten*innen während dem Behandlungsverlauf und wie gestaltet sich dieser Austausch?
3. Wie sieht die Teilhabefähigkeit der Kinder in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit mit einer funktionellen Armprothese aus?

2.3 Definition relevanter Begriffe

2.3.1 Assistive Technologie

Der Begriff „assistive Technologie“ kommt ursprünglich aus dem Englischen und wird in der deutschen Sprache meist mit dem Begriff „assistive Technologie“ oder „Unterstützungstechnologie“ übersetzt. Weitere synonyme Begriffe sind die Rehabilitationstechnologie, sowie die deutsche Bezeichnung „Hilfsmittel“.

Der Begriff „assistive technology“ wurde vom 105th Congress of the United States im Assistive Technology Act, von 1998, erklärt. Die „assistive technology“ umfasst dort alle Objekte oder Systeme, die die Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen erhöhen oder aufrechterhalten (Public Law 105–394, 13. Nov. 1998; WHO, 2018). Die Definition beinhaltet auch den Begriff „adaptive technology“, welcher im englischen vermehrt als Synonym von „assistive technology“ verwendet wird, obschon beide Begriffe eine unterschiedliche Bedeutung haben.

Die adaptive Technologie ist als eine Teilmenge der „assistiven Technologie“ zu sehen, denn sie meint jedes Objekt oder System, das speziell für die Steigerung oder Aufrechterhaltung der Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen entwickelt wurde und von Nichtbehinderten nur selten genutzt wird (Assistive Technology Glossary, 2018). Beispielsweise bezieht sie sich häufig speziell auf den Zugang zu elektronischen und informationstechnischen Technologien (Public Law 105–394, 13. Nov. 1998; Assistive Technology Glossary, 2018). Beispiele für die „assistive technology“ sind Rollstühle, Krücken, Schrittmacher, Hörgeräte oder Kontaktlinsen und für die „adaptive technology“ Cochlea-Implantate, Mechanische Organe, künstliche Gliedmaßen oder auch Gentherapie (Assistive Technology Glossary, 2018). Auch die WHO (2018) benennt die Prothesen, als Teil der „assistive technology“. International gesehen, benötigen mehr als eine Milliarde Menschen eins oder mehr „assistive products“ (WHO, 2018). Die Prothetik kann der „adaptive technology“ zugeordnet werden und gehört zum Bereich der künstlichen Gliedmaßen (Assistive Technology Glossary, 2018). Sie ist Teil der Biomechatronik, einer angewandten interprofessionellen Wissenschaft, die die Integration von Biologie, Mechanik und Elektronik beinhaltet und durch den Einsatz mechanischer Geräte, die motorische Kontrolle zu unterstützen oder zu verbessern versucht (Brooker, 2012). Zudem umfasst sie die Bereiche Robotik und Neurowissenschaften (Brooker, 2012). Eine Prothese ist daher ein Gerät, welches als Ersatz für ein Körperteil, das durch eine Verletzung (traumatisch) oder von Geburt an (angeboren) fehlt, dienen kann (Brooker, 2012).

Bertram (o.D.) betont, dass Armprothesen individuell angefertigte Hilfsmittel sind und einen Behinderungsausgleich schaffen sollen. Sie ermöglichen Greif- und Fixierungsvorgänge, sowie eine Annäherung an das physiologische Erscheinungsbild. Sie werden von außen an den menschlichen Körper angebracht und nicht implantiert, wie beispielsweise bei den Endoprothesen. Sie umschließen im Besten Fall nur den Stumpf, maximal ein angrenzendes Gelenk und können nach Bedarf an- und ausgezogen werden (Bertram, o.D.).

Baumgartner & Botta (1997) geben eine Klassifizierung der Armprothesen, von eher theoretischer Bedeutung (siehe Abb. 1). Es wird unterschieden in passive und aktive Prothesen der oberen Extremität. Die passiven werden in kosmetische Armprothesen (Schmuckarm) und Arbeitsarme eingeteilt Baumgartner & Botta, 1997). Bei den aktiven Prothesen wird in Eigenkraft- und Fremdkraftprothesen unterschieden (Baumgartner & Botta, 1997).

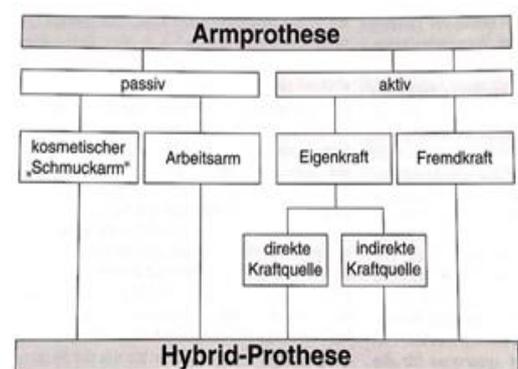


Abbildung 1: Einteilung der Armprothesen (Baumgartner & Botta, 1997, S. 164)

Die vorliegende Arbeit setzt den Fokus auf Prothesen der oberen Extremität, weshalb in diesem Teil auch nur auf die darunter fallenden unterschiedlichen Arten eingegangen wird. Weiterhin konzentrieren sie sich ausschließlich auf die Prothesenversorgung bei Kindern bis 14 Jahre.

Im Vergleich zu Amputationen der unteren Extremität kommen Amputationen an der oberen Extremität seltener vor. Der Mangel und Verlust sind jedoch eine weitaus größere „Katastrophe“ für den Einzelnen und die Familie und bringen erhebliche Funktionseinschränkungen mit sich (Egermann et al., 2009). Kinder müssen den erfahrenen Verlust ihrer körperlichen Integrität und ihrer erlernten Fähigkeiten verarbeiten (Bertram, 2018). Allgemein ist eine Prothesenversorgung nur sinnvoll, wenn sie dem Amputierten mehr Vorteile als Nachteile bietet (Baumgartner & Botta, 1997). Andererseits wachsen Patienten mit einer Fehlbildung auf und entwickeln im Laufe ihres Lebens Strategien, um ihren Alltag zu bewältigen, welcher in einer Umwelt abläuft, die auf die Nutzung zweier komplett ausgebildeten Arme, ausgerichtet ist (Bertram, 2018). Es wird bei Kindern in der Regel angeraten, ein kosmetisches, passives Gerät anfangs zu verwenden und sie schon früh mit einer Handprothese auszustatten, da der Gebrauch der Prothese sowohl für das motorische Lernen, als auch die Integration der Prothese in das Körpersystem, förderlich ist (Sjöberg, Lindner & Hermansson, 2017). Für die Prothesenversorgung bei Kindern mit fehlenden Gliedmaßen im Bereich der oberen Extremität kommen folgende Prothesenarten vor:

1) Passive Prothesen

Die passive Prothese wird als Erweiterung des Stumpfes betrachtet (Egermann et al., 2009). Zudem eignet sie sich für jede Amputationshöhe (Baumgartner, Greitemann, & Teutrine, 2002). Nach Egermann et al. (2009) ist der früheste Beginn mit einer passiven Prothese möglich, wenn das Kind frei sitzen kann. Vorrangig soll der Stumpf bzw. die Gliedmaße des Kindes durch die Versorgung mit einer passiven Prothese, an den Prothesen Schaft gewöhnt werden, um auf eine weitere Versorgung z.B. mit einer myoelektrischen Prothese vorzubereiten (Egermann et al., 2009). Weiterhin zielt sie darauf ab, das Kind zur Nutzung beider Hände zu ermutigen und die Entwicklung des Gehirns und des Körperschemas zu unterstützen (Egermann et al., 2009). Die Versorgung mit einer passiven Handprothese wird allgemein im Alter von sechs Monaten empfohlen (Sjöberg et al. 2017). Sjöberg et al. schreibt, dass es (2017) angenommen wird, dass die frühzeitige Anbringung einer passiven Handprothese ein Faktor ist, der die kontinuierliche prothetische Verwendung beeinflusst. Mit einer passiven Prothese kann begonnen werden, sobald das Kind sicher freilaufen kann (Koller & Wetz, 2006). Auch Prothesen für sportliche Aktivitäten wie Schwimmen, Klettern oder Turnen zählen dazu (Bertram, o.D.).

Sie sind für spezielle Tätigkeiten gemacht und gleichen die körperlichen Einschränkungen sehr gezielt aus. Des Weiteren können passive Prothesen einen Kompromiss zwischen einer notwendigen Gewichtsersparnis und einem geringen Anspruch an Funktion bieten. Es existieren Prothesen, die eine Klemmfunktion mit Bedienung durch die Gegenseite ermöglichen, dabei aber sehr leicht sind (Bertram, o.D.). Folgende passive Prothesen können zum Einsatz kommen:

1a) Die Patschhand ist für Kleinkinder mit angeborenen Fehlbildungen zur Erstversorgung indiziert und soll die Kinder etwa ab dem vollendeten ersten Lebensjahr an das Thema Hilfsmittel heranführen (Bertram, o.D.). Jedoch ist sie nach Bertram (o.D.) nicht für alle Stumpflängen zur Erstversorgung als sinnvoll zu erachten.

1b) Die kosmetische Armprothese (Habitus Prothese) dient in erster Linie dem kosmetischen Ausgleich einer Armamputation, also der Wiederherstellung des physiologischen Erscheinungsbildes (Bertram, o.D.). Dennoch übernimmt eine solche Prothese Funktionen wie Gegenhalt und Hebelverlängerung und ermöglicht z.B. bei Finger- oder Teilhandprothesen, gegebenenfalls wieder einen Oppositionsgriff (Bertram, o.D.). Sie vergrößert die Handfläche zum Tragen von Gegenständen und trägt zur Kommunikation durch Unterstützung der Gestik bei, wobei der mechanisch-funktionelle Anspruch nicht besonders hoch ist (Bertram, o.D.). Bei hohen Amputationen verbessert sie beispielsweise das Gefühl für die Körpersymmetrie oder stellt die Schulterform zugunsten der Kleiderpassform wieder her (Bertram, o.D.). Im Einzelfall kann eine kosmetische Prothese als Zweitversorgung, parallel zu einer schwereren elektrischen Versorgung, eine gewisse Funktion bei wechselnder Belastungssituation im Tagesverlauf sicherstellen (z.B. bei ungünstigen Hebelverhältnissen) (Bertram, o.D.).

1c) Die Lenkhilfe kann nach Bertram (o.D.) an Stelle von der Patschhand den ersten Kontakt mit einer Hilfsmittelversorgung darstellen und als Unterarmversorgung für Zweiräder (Lauf- oder Fahrrad, Roller) eine sichere Adaption zwischen Stumpf und Lenkstange, bilden.

2) Aktive Prothesen

Hierzu zählen die myoelektrischen und mechanischen (z.B. Hook) Prothesen. Letztere wird auch als Eigenkraftprothese bezeichnet (Bertram, o.D.). Die Versorgung mit einer aktiven Prothese beginnt nach Egermann et al. (2009), wenn das Kind in den Kindergarten kommt, also ab einem Alter von drei Jahren. Des Weiteren eignet sie sich für Unter- und Oberarmstümpfe (Baumgartner, Greitemann, & Teutrine, 2002; Egermann et al., 2009). Die aktiven Prothesen sind mit aktiven Greifkomponenten, also Händen oder Haken ausgestattet, welche über Gummis oder Federn verfügen, die meistens fixierend schließen (Bertram, o.D.; Baumgartner, Greitemann, & Teutrine, 2002). Zur Öffnung der Komponenten bedarf es eines Zuges, der durch eine Bandage und unter Beteiligung der gegenseitigen Schulter durchgeführt wird (Bertram, o.D.; Baumgartner, Greitemann, & Teutrine, 2002).

2a) Die myoelektrische Prothese wird auch als Fremdkraftprothese bezeichnet (Baumgartner, Greitemann, & Teutrine, 2002). Die Versorgung mit einer myoelektrischen Prothese findet in Deutschland in der Regel ab dem Alter von zehn Jahren oder im frühen Jugendalter statt (Egermann et al., 2009). In der Literatur wird sie häufig als kontraindiziert bei jüngeren Kindern gesehen, da die ersten myoelektrischen Prothesen zu große elektrische und mechanische Komponente hatten und dadurch nicht auf den Unterarm der Kinder passten (Egermann et al., 2009). Zudem gibt es unterschiedliche Empfehlungen, bezüglich des am besten geeigneten Alter für die Erstversorgung mit einer myoelektrischen Prothese. Das empfohlene Alter für die Anpassung liegt zwischen zweieinhalb und vier Jahren, unter Berücksichtigung der psychosozialen und motorischen Entwicklung des Einzelnen (Sjöberg et al., 2017). Hauptsächlich in den skandinavischen Ländern gibt es kleinere elektrische Hände, die eine Einführung myoelektrischer Prothesen bei Kindern im Vorschulalter ermöglichen (Egermann et al., 2009). Die Versorgung mit myoelektrische Prothesen kann nach Bertram (o.D.) durchschnittlich ab vier Jahren erfolgen, in Ausnahmefällen ist es auch früher möglich. Voraussetzung sind hierbei die kognitiven Fähigkeiten des Kindes, die eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Orthopädietechniker ermöglichen (Bertram o.D.). Ebenso ist das Jahr vor der Einschulung oder vor dem Wechsel auf die weiterführende Schule als Versorgungszeitpunkt mit einer myoelektrischen Prothese günstig, da der Wechsel der Lebensumstände den Fokus auf ein konsequentes Beüben einer neuen Prothese erschwert und die Ergebnisse darunter leiden (Bertram, o.D.).

2.3.2 Teilhabe

Im Alltag beobachten wir Menschen, die mit einer Prothese versorgt sind, beispielsweise aufgrund von angeborenen Fehlbildungen, oder in Folge von Verletzungen (Brooker, 2012). Die Prothese kann zur Veränderung der Teilhabefähigkeit beitragen und ist damit ein zentrales Hilfsmittel im Alltag.

Die World Health Organization (2015) definiert die Teilhabe („participation“) als bedeutungsvolle Fähigkeit, die es den Individuen ermöglicht „(...) in the decisions that directly affect them, including in the design, implementation, and monitoring of health interventions“ teilzunehmen. Gleichzeitig ist Teilhabe in der ICF-CY (Hollenweger & Kraus de Camargo, 2017) als das „Einbezogen Sein in eine Lebenssituation“ (S.149) definiert und repräsentiert damit die soziale Perspektive der Funktionsfähigkeit. Es wird deutlich, dass beide Quellen das „Einbezogen Sein“ besonders in den Fokus stellen. Außerdem repräsentiert die Partizipation eine dynamische Interaktion zwischen persönlichen und kontextuellen Faktoren (Hollenweger & Kraus de Camargo, 2017). Mit der Einführung der ICF-CY wird versucht, die Partizipation des Kindes, in dem sich ständig verändernden Kontext seiner Entwicklung, näher zu spezifizieren. Das familiäre Umfeld sowie die Bezugspersonen der Kinder spielen für das Verständnis von Teilhabe eine große Rolle (Hollenweger & Kraus de Camargo, 2017).

„Eine Beeinträchtigung der Partizipation ist ein Problem, dass ein Mensch im Hinblick auf sein Einbezogen Sein in Lebenssituationen erleben kann“

(Hollenweger & Kraus de Camargo, 2017, S.149).

Die Ergotherapie spielt in Bezug auf die Partizipation ebenfalls eine wichtige Rolle. Sie kann die Teilhabe im täglichen Leben durch Betätigung (→) ermöglichen und Menschen dazu befähigen, Betätigungen (→) zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden auszuführen. Die Partizipation durch Betätigung (→) fördert Gesundheit und Wohlbefinden, indem die Menschen als Akteure in der Durchführung von alltäglichen Betätigungen (→) eingebunden werden (Law et al. und Whiteford, Townsend & Hocking zitiert in Townsend et al., 2013). Außerdem streben Ergotherapeuten*innen im Sinne von Occupational Justice danach, eine gerechte und integrative Gesellschaft zu ermöglichen. Dies bedeutet, dass die Individuen an den Betätigungen (→) des täglichen Lebens je nach ihren Fähigkeiten teilhaben können. (Polatajko & Townsend, 2013; Wilcock & Hocking, 2015; Hocking, 2017). Ergotherapie ist also notwendig, wenn die Teilhabe in den Betätigungen (→) des täglichen Lebens zur Herausforderung wird oder Partizipation Gefahr läuft, eine Herausforderung zu werden (Polatajko et al., 2013).

Auch die Partizipation an Aktivitäten des täglichen Lebens kann durch Üben der Kontrollfähigkeiten einer Prothese erleichtert und die Barrieren im Kontext verringert werden (Lindner et al., 2017). Zudem ist Partizipation in die Betätigung (→) eingebettet. Das heißt, individuelle Bedeutungen und soziale Rollen sind Teil der Partizipation (Polatajko et al., 2013). Ergotherapeuten*innen können eine Analyse der erwarteten Rollen und Anforderungen durchführen, sowie Fähigkeiten und Bedürfnisse in Bezug auf bestimmte Aufgaben innerhalb dieser Rollen bewerten. Zusätzlich nehmen Ergotherapeuten*innen Anpassungen der Umgebung vor und empfehlen Betätigungen/Aktivitäten, die die Funktion und Teilhabe erhöhen (Orentlicher, 2013; Spencer, Emery & Schneck, 2003).

2.3.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Begriffe interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit werden häufig synonym verwendet, da es bisher keine einheitliche Terminologie gibt. Im gegenwärtigen Gesundheitswesen reicht es nicht mehr aus, professionell zu arbeiten. Stattdessen rückt die Interprofessionalität in den Vordergrund (WHO, 2010).

Interprofessionelle Zusammenarbeit findet statt, wenn Angehörige verschiedener Berufsgruppen direkt zusammenarbeiten, um eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung zu bieten, sodass der Patient von den spezifischen Fähigkeiten jedes einzelnen Berufes profitiert (Kälbe zitiert in Mahler, Gutmann, Karstens, & Joos, 2014). Das allgemeine Ziel ist somit die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, um die höchste Versorgungsqualität zu liefern (WHO, 2010). Durch die Arbeit im interprofessionellen Team wird die ganzheitliche und patientenorientierte Betreuung unterstützt (Moyers, 2016).

Dazu werden kollaborative Kompetenzen benötigt. Diese sind solche, die jede Berufsgruppe benötigt, um mit anderen, wie z. B. Klienten*innen und deren Angehörigen, berufseigenen und -fremden Experten oder höhergestellten Organisationen, zusammenarbeiten zu können (Interprofessional Education Collaborative [IPEC], 2011). Eine weitere Voraussetzung für die professionelle Zusammenarbeit stellt das Verständnis gegenüber Werten und Schwerpunkten anderer Professionen dar sowie gegenseitiger Respekt, Vertrauen und gute Kommunikationsfähigkeiten (Barrett, Sellman & Thomas und Juntunen & Heikkinen zitiert in Gee et al., 2016). Auch die Forschungsergebnisse anderer Professionen können im Rahmen der Evidence-Based-Practice eine bedeutungsvolle Rolle spielen (Moyers, 2016). Innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit besteht außerdem die Möglichkeit, aus den Behandlungsgrenzen und -erfolgen anderer Professionen zu lernen, diese auf die eigene Profession zu übertragen und gegebenenfalls anzupassen (Gee et al., 2016). In den Berichten der WHO (2010; Gee et al., 2016) gibt es Richtlinien für die interprofessionelle Zusammenarbeit, wie beispielsweise das „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“.

2.3.4 Occupational Transition

Die Erforschung von Lebenstransitionen informiert uns über kulturell bedeutsame Lebensperioden und die Bedürfnisse, Überzeugungen und Erwartungen, die diese Transitionen betreffen. Des Weiteren informiert sie uns darüber, wie die Teilnahme einer Person an sinnvollen Betätigungen (→) während der gesamten Lebensdauer Transitionen beeinflussen kann (Orentlicher & Gibson, 2015).

Das Leben von Kindern besteht aus einer Reihe komplexer Transitionen (Clyde, 1991). Einen großen Übergang stellt für Kinder der Eintritt in das Bildungssystem dar (McIntyre et al. und Pinnock zitiert in Podvey et al., 2010). Die Transition eines Kindes zur Schule führt zu einer Veränderung für die gesamte Familie und kann zu Stress und Angst führen (Elliott, 1995). Beim Schuleintritt und während der gesamten Schulzeit erleben Kinder viele Veränderungen und Transitionen, die vielversprechend sein können, mit Möglichkeiten für persönliches Wachstum, zusätzliches Lernen und größere Unabhängigkeit und Verantwortung (Neild zitiert in Case, 2015).

Wenn Krankheit, Verletzung oder andere Lebenstraumata den natürlich vorkommenden Prozess der Lebenstransitionen unterbrechen, ist es oft notwendig, neue oder zusätzliche Fähigkeiten und Planungen zu entwickeln, um die kulturell definierten Lebensabschnitte erfolgreich durchlaufen zu können (Orentlicher & Gibson, 2015). Kinder mit Behinderungen erfahren während typischen Transitionsvorgängen häufig zusätzliche Herausforderungen und möglicherweise auch zusätzliche Transitionen (Podvey & Teeters Myers, 2015). Forschungsergebnisse legen nahe, dass die Erfahrungen mit Transitionen für Familien mit Kindern mit Behinderungen oft schwieriger, stressiger und anspruchsvoller sind als für andere Familien (Hanson et al. 2000; Prigg 2002; Newsome, 2001).

Erfolgreiche Übergänge treten auf, wenn sich eine Person reibungslos in die nächste Phase oder Situation bewegt, was durch geeignete Vorbereitung, Planung und Unterstützung erleichtert werden kann. Frühzeitige Vorbereitung und Planung sind deshalb Schlüsselemente für eine erfolgreiche Transition (Scheffkind, 2015). Die Verwendung eines familienzentrierten Ansatzes mit Fokus auf den Aufbau von Familienkapazitäten spielt eine wichtige Rolle im Transitionsprozess (Podvey & Teeters Myers, 2015). So kann die Unterstützung der Familien durch fachspezifische Berufsgruppen den Stress und die Angst, die die Familien während des Transitionsprozess empfinden könnten, reduzieren (Podvey et al., 2010). Auch die Einbindung von vertrauten Spielzeugen und Spielabläufen in die neue Umgebung kann die Angst des Kindes verringern, was zu einer positiven Transitionserfahrung führt (Podvey & Teeters Myers, 2015).

Ergotherapeuten*innen setzen sich während vieler Transitionserfahrungen mit Klienten*innen in Verbindung und können im Transitionsprozess eine visionäre Führungsrolle übernehmen (Orentlicher & Gibson, 2015; Scheffkind, 2015). Sie spielen, aufgrund der vielfältigen Bedürfnisse junger Kinder und ihrer Familien, viele potenzielle Rollen bei frühkindlichen Übergängen (AOTA zitiert in Podvey & Teeters Myers, 2015). Ergotherapeuten*innen haben das Potential, einen signifikanten Beitrag zum Transitionsprozess in der frühen Kindheit zu leisten, da ihr Fachwissen über die Teilnahme an Betätigungen (→), die Lebensqualität von Kindern mit Behinderungen und ihren Familien verbessern kann. Sie haben eine einzigartige Sicht auf Kinder und Familien, was ein tiefes Verständnis der persönlichen, sozialen, umweltbezogenen und kontextbezogenen Faktoren beinhaltet, die die Teilnahme fördern (Podvey & Teeters Myers, 2015).

Der betätigungsbasierte Fokus des/ der Ergotherapeut*in unterstützt die Entwicklung von Betätigungen (→), bereitet ein Kind und seine Familie auf die Transition aus der ursprünglichen Umgebung vor und kann dazu beitragen, das Kind entspannt in die neue Umgebung einzubringen (Podvey & Teeters Myers, 2015). Aufgrund ihrer Expertise in Bezug auf Aktivität und Partizipation spielen Ergotherapeuten*innen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Kindern und ihren Familien bei der erfolgreichen Transition. Sie bieten wertvolle Dienste für die Entwicklung von Lebenskompetenzen, Weiterbildung, Beschäftigung und sozialer Integration (Case, 2015). Ergotherapeuten*innen sind in einzigartiger Weise in der Lage zu beurteilen, wie gut die Kinder in einem bestimmten Transitionsvorgang vorankommen, indem sie die Stärken und Schwächen der Kinder in Bezug auf die Transition erkennen und bestimmen, welche Ressourcen und Erwartungen die Umgebung bietet (Case, 2015). Da sie einen ganzheitlichen Ansatz verwenden, können Ergotherapeuten*innen Kinder auf die Transitionsvorgänge vorbereiten und proaktiv und systematisch auf Probleme eingehen, die sich auf die erfolgreiche Transition auswirken könnten (Case, 2015).

2.3.5 Mögliche Ursachen für die Notwendigkeit einer Prothese

Der Ersatz eines Körperteils durch eine Prothese, kann aufgrund eines traumatischen Ereignisses im Sinne einer Verletzung notwendig werden, oder aufgrund einer angeborenen Fehlbildung im Sinne einer fehlenden Gliedmaße (Brooker, 2012).

In der vierten bis siebten Schwangerschaftswoche vollzieht sich beim Embryo die sensible Entwicklung der Hand. Der 26. Schwangerschaftstag repräsentiert dabei die Entwicklung der oberen Extremität, während sich die Finger nach und nach aus sogenanntem Knötchen („Mesenchym“) differenzieren (Koesling & Bollinger Herzka, 2008). Genetische Mutationen in diesem Bereich können vererbt entstehen, aber auch durch exogene Einflüsse, wie Pharmaka oder Noxen (Koesling & Bollinger Herzka, 2008).

Die Dysplasie repräsentiert eine gestörte Gewebe- bzw. Organentwicklung. Darauf basierend entstehen Fehlbildungen einer oder mehrerer Extremitäten, welche als Dymelien bezeichnet werden (Koesling & Bollinger Herzka, 2008). Diese Erkrankung ist nach der ICD-10 unter dem Punkt Q 68.1 als „angeborene Deformität der Hand“ klassifiziert (WHO & Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2018).

Es können verschiedene Arten der Dymelien entstehen (siehe Abb. 2), welche sowohl abhängig vom Zeitpunkt, als auch der Wirkungsdauer der Noxen sind (Pschyrembel & Dornblüth, 2014). Im Folgenden wird ein kurzer Überblick dieser Arten gegeben.

Bei der Amelie handelt es sich um „das Fehlen einer ganzen Extremität“ (Pschyrembel & Dornblüth, 2014, S.528), während es sich bei der Peromelie um eine „intrauterine Stumpfbildung einer Extremität“ (Pschyrembel & Dornblüth, 2014, S.528) handelt. Außerdem kann es zur Bildung einer Phokomelie kommen, wobei „Hände bzw. Füße unmittelbar an Schultern bzw. Hüften ansetzen“ (Pschyrembel & Dornblüth, 2014, S.528). Eine weitere Form stellt die Ektromelie dar, welche eine „Sammelbezeichnung für Hypo- und Aplasien einzelner oder mehrerer Röhrenknochen mit konsekutiver Fehlstellung der Extremitäten“ (Pschyrembel & Dornblüth, 2014, S.528) darstellt.

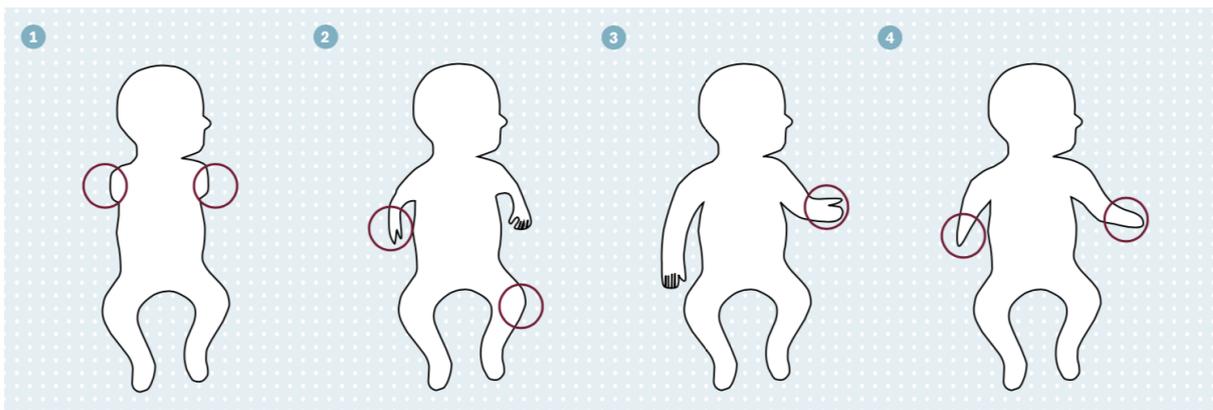


Abbildung 2: Formen der Dymelie (Baumgartner & Botta zitiert in Stinus & Ottobock, o.D., S. 43)

2.3.6 Frames of Reference (Bezugsrahmen)

Ergotherapeuten*innen verwenden in ihrer Arbeit verschiedene Theorien und Bezugswissenschaften, um die Therapie anbieten und die Praxis leiten zu können (Berry & Ryan, 2002). In der Vergangenheit wurden zahlreiche Frames of Reference (Bezugsrahmen) für die Ergotherapie beschrieben. Mosey (1989) beschreibt die „Frames of Reference“ als eine Methode zur Organisation von Wissen, sodass es zur Planung von Interventionen verwendet werden kann und dadurch eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis hergestellt wird. Auch Kielhofner (2009) beschreibt in seinem Buch „*Conceptual Foundations of Occupational Therapy*“ den Bedarf an verschiedenen Arten von Wissen. Es wird deutlich, dass Frames of Reference für eine bestimmte Sichtweise, einen bestimmten Kontext oder für eine Reihe von Annahmen stehen, welche den/die Klienten*in und den Therapeuten*innen durch den ergotherapeutischen Prozess begleiten sollen (Polatajko, Davis, & Craik, 2013). Das Schaubild des CPPF (siehe Abb. 5), welches die Grundlage dieser Forschungsarbeit darstellt, hebt zuvor Genanntes ebenfalls hervor. Um der Komplexität der Thematik sowie der des ergotherapeutischen Prozesses im Bereich der Prothesenversorgung gerecht zu werden, wird Bezug zu verschiedenen Bezugsrahmen genommen. Bei der Auswahl eines Frames of Reference sollte der/ die Ergotherapeut*in, v.a. in der Pädiatrie, die Bedürfnisse, Stärken, Einschränkungen und die Umwelt eines Kindes beurteilen, um auf dieser Grundlage, den für das Kind am besten geeigneten Ansatz auszuwählen (Kramer & Hinojosa, 2010).

2.3.6.1 Adaptionsbasierte Bezugsrahmen

Im Rahmen der Frames of Reference nach Merklein de Freitas (2016) wird besonders der adaptionsbasierten Bezugsrahmen, mit seinen Anteilen der Umweltanpassung und der assistiven Technologie, hervorgehoben. Innerhalb dieses Bezugsrahmens rückt, im Gegensatz zu den anderen Gruppen, die Umwelt und deren Anpassung, z.B. durch die Veränderung von Strukturen oder die Nutzung von Hilfsmitteln, in den Fokus und ermöglicht dadurch die Partizipation von Kindern und ihren Familien (Merklein de Freitas, 2016). Da auf der Basis von funktionellen Prothesen die ergotherapeutische Intervention in diesem Feld konstruiert wird, sind die genannten Komponenten in dieser Arbeit besonders zu beachten. Es ist von Bedeutung, die Kontextfaktoren hervorzuheben und zu berücksichtigen, dass ein Individuum stetig mit seiner Umwelt interagiert. Im Zusammenhang mit dem adaptionsbasierten Bezugsrahmen besteht die besondere Herausforderung in der Gefahr des Nichtgebrauchs von assistiver Technologie, wie der funktionellen Armprothese, weshalb vorab eine detaillierte Befunderhebung des Kindes und seiner Umwelt stattfinden sollte (Merklein de Freitas, 2016).

Außerdem bedarf es im Rahmen des adaptionsbasierten Bezugsrahmens des Öfteren der Hinzunahme weiterer Frames of Reference, wie z.B. dem lernbasierten Bezugsrahmen (siehe Kap. 2.4.5.2), um den Umgang mit der Prothese zu erlernen und gemeinsam entwickelte Veränderungen in den Alltag des Kindes zu integrieren (Merklein de Freitas, 2016).

2.3.6.2 Psychosozialbasierte Bezugsrahmen

In dieser Arbeit wird der Grundgedanke des zeitgenössischen Paradigmas (→) berücksichtigt, sodass innerhalb des psychosozialbasierten Bezugsrahmens insbesondere die Komponenten des betätigungsbasierten und klientenzentrierten (→) Bezugsrahmens beachtet werden. Merklein de Freitas (2016) betont die Betätigung (→) selbst, sowie den “top - down” (→) Ansatz (Brown & Chien, 2010) als zentralen Bestandteil des betätigungsbasierten Bezugsrahmens. Das Ziel ist es, Kinder in ihren persönlich wichtigen und altersentsprechenden Betätigungen (→) zu unterstützen. Dabei spielt es auch im pädiatrischen Kontext eine wesentliche Rolle, den Kindern und ihren Familienangehörigen als erweiterte Klienten*innen die Möglichkeit zu geben, eigene Entscheidungen zu treffen und sich somit aktiv am Therapieprozess zu beteiligen (Merklein de Freitas, 2016). Dies steht im Mittelpunkt des klientenzentrierten (→) Bezugsrahmens und wird von der zugrundeliegenden holistischen Sichtweise des Bezugsrahmens untermauert.

Zusätzlich spielt die Komponente des lernbasierten Bezugsrahmens bezogen auf das Forschungsthema eine wichtige Rolle, da neue Strategien für die Ausführung von bedeutungsvollen Betätigungen (→) mit der Prothese erlernt werden müssen. Hierbei liegt der Schwerpunkt für den/ die Ergotherapeuten*in auf der Lernprozessbegleitung und im Sinne des “top - down” (→) Ansatzes auf der Anpassung von Betätigung (→) (Merklein de Freitas, 2016).

2.3.6.3 Wahrnehmungs- und bewegungsbasierte Bezugsrahmen

Im Rahmen des wahrnehmungs- und bewegungsbasierten Bezugsrahmens unterscheidet Merklein de Freitas (2016) zwischen dem neurophysiologischen, wahrnehmungsbasierten und biomechanischen Bezugsrahmen. Diese Bezugsrahmen können als vorbereitende Maßnahme, im Rahmen einer “top - down” (→) Behandlung, genutzt werden oder stehen selbstständig für ein therapeutisches Vorgehen, nach dem „bottom - up” (→) Prinzip. Die dazugehörigen Bezugswissenschaften sind nach Merklein de Freitas (2016) Aspekte der Physik und Psychologie.

Speziell im neurophysiologischen Bezugsrahmen basieren die Interventionen auf Entwicklungstheorien, um die Kinder in ihrer Weiterentwicklung, auch mit einer funktionellen Armprothese, zu fördern. Dabei orientiert sich der/ die Therapeut*in an den „Grenzsteinen der Entwicklung” nach Michaelis (zitiert in Merklein de Freitas, 2016). Im wahrnehmungsbasierten Bezugsrahmen werden Schwierigkeiten der Kinder innerhalb einer Betätigung (→) durch Defizite in der sensorischen Wahrnehmungsverarbeitung erklärt. Hierbei werden, wie bei Jean Ayres in der sensorischen Integrationstherapie (SI), die Komponenten der sensorischen Systeme fokussiert, um „eine ausbalancierte Herausforderung zwischen dem Kind, seiner Betätigung (→) und seinem Kontext” (Merklein de Freitas, 2016, S. 191) herzustellen.

Des Weiteren kann es sinnvoll sein den biomechanischen Bezugsrahmen zu nutzen, wenn Kinder Schwierigkeiten in einer physiologischen Haltung oder Bewegung zeigen. Hier werden die Aspekte der Stabilität und Mobilität konkretisiert, welche für eine erfolgreiche Betätigungsausführung und Teilhabe vorausgesetzt werden müssen (Dunn zitiert in Merklein de Freitas, 2016).

2.3.7 Modell-Triplett

Die wichtigste Aufgabe von ergotherapeutischen Modellen ist es, zu beschreiben, was man unter Ergotherapie versteht. Sie fassen den Bereich bzw. die Domäne des Berufes zusammen und damit verbunden auch die Werte, Erwartungen und Überzeugungen (Rodger, 2010). Das Modell-Triplett entsteht durch das Canadian Practice Process Framework, welches den evidenzbasierten und klientenzentrierten (→) Prozess des „Enablement“ beschreibt (Craik et al, 2013). Zusätzlich zu dem Prozess formulieren die kanadischen Autoren so genannte CMCE-Skills, integriert im Modell für klientenzentriertes (→) Enablement (CMCE). Dieses Modell visualisiert verstärkt die Zusammenarbeit zwischen Klienten*innen und Profession, welche niemals symmetrisch, statisch, standardisiert, geradeaus, vorausschauend und prognostizierbar sein kann (Craik et al., 2013). Abgerundet wird das Modell-Triplett durch das CMOP-E nach Townsend & Polatajko. Alle der drei entwickelten Modelle fokussieren das „Enablement“ einer Betätigung (→) durch den klientenzentrierten (→) Ansatz. Der gemeinsame Blick durch das CMOP-E gibt dem Nutzer einen klar definierten Rahmen der Ergotherapie und die gleiche Beobachtungs- bzw. Enablementgrundlage eines/ einer Klienten*in (Polatajko & Townsend, 2013). Jedes Modell ergänzt das Andere und bildet dadurch ein Gesamtgerüst für den ergotherapeutischen Prozess und somit auch ein Grundgerüst für die vorliegende Qualifikationsarbeit.

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

Das CMOP-E vertritt eine dreidimensionale Sichtweise auf die Beziehung zwischen Person, Umwelt und Betätigung (→), mit welcher es gleichzeitig den Fokus auf „Performance“ und „Engagement“ legt (Polatajko, et al., 2013). Modelle wie das CMOP-E (Polatajko & Townsend, 2013) unterstützen durch ihren betätigungszentrierten Aufbau („Occupation-Centred“) den “top - down” (→) Ansatz (Rodger, 2010). Der Fokus dieser Bachelorarbeit ist kongruent zu dem des Modells: Es gilt die Handlungsfähigkeit (Performance) und Teilhabe (Engagement) der Kinder mit einer Handprothese eingebettet in der Umwelt zu erheben, zu analysieren und einzuordnen.

Das CMOP-E gilt als ein Modell im aktuellen zeitgenössischen Paradigma (→). Deshalb bietet es die Möglichkeit einen nur gering etablierten Bereich, wie den der funktionellen Prothesenversorgung, innerhalb der deutschen Ergotherapie berufsspezifisch und nach aktuellem Verständnis der Profession zu verstehen.

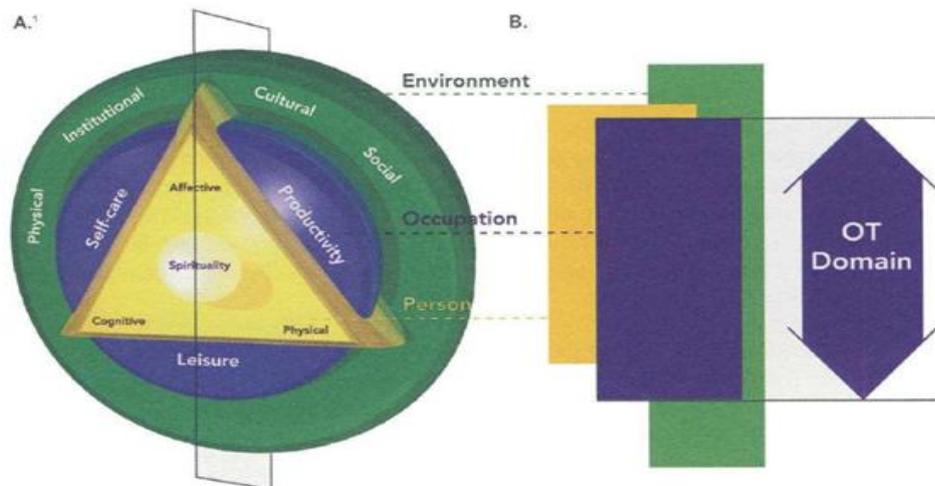


Abbildung 3: CMOP-E (Polatajko et al., 2013, S. 23)

Die Person steht mit ihren drei Performanzfähigkeiten (kognitiv, affektiv und physisch) im Zentrum des Modells. Der Kern der Person stellt dabei die Spiritualität dar und ist damit in die vier Komponenten der Umwelt (physisch, sozial, institutionell und kulturell) eingebettet (Polatajko, et al., 2013). Polatajko, et al. (2013) unterstreichen die Individualität jedes Individuums. „(...) each individual lives within a unique environmental context“ (Polatajko et al., 2013, S.29). Die Betätigung (→) („Occupation“) ist im Bild zwischen der Person und der Umwelt als „Brücke“ dargestellt (Polatajko, et al., 2013). Mit dieser Darstellung möchten Polatajko, et al. (2013) vermitteln „that individuals act on the environment through occupation“ (S.23) zusammengefasst in drei Betätigungsbereichen Selbstversorgung („self-care“), Produktivität („productivity“) und Freizeit („leisure“).

Mit dem CMOP-E möchten die Autorinnen deutlich machen, dass „die Betätigungsperformanz eines Menschen (...) durch seine eigenen Aussagen bestimmt [wird], und nicht durch objektive Beobachtung“ (Law, et al., 2015, S.15). Diese Grundhaltung entspricht dem philosophischen Ansatz dieser Bachelorarbeit, in welchem die Wichtigkeit des Individuums hervorgehoben wird. Die „OT-Domain“ (*blau*) ist farblich hervorgehoben und zeigt den Lesenden, dass der/die Ergotherapeut*in die Betätigung (→) (*blau*) an sich und dass was die Betätigung (→) beeinflusst, fokussiert (Polatajko, et al., 2013). Mithilfe des CMOP-E lässt sich entschlüsseln, dass die Ergotherapie die Fähigkeiten und Ziele im Umgang mit einer Handprothese konform zu den Wünschen und Bedürfnissen des Individuums entwickelt und dabei Bezug auf die individuelle Umwelt nimmt.

2.3.7.2 Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Das COPM entstand mit der Gründung einer kanadischen Arbeitsgruppe, die den Auftrag hatte die Qualität der ergotherapeutischen Arbeit in Kanada nachzuweisen. Keines der bereits entwickelten Messinstrumente innerhalb der Ergotherapie erfüllten die Merkmale, welche sich die Forschungsgruppe zum Ziel gesetzt hatte. Daher entwickelten Sie ein eigenständiges Messinstrument (Law, et al., 2015). Um das Assessment klientenzentriert (→) in die Praxis umzusetzen, werden professionelle Kommunikationsfähigkeiten, sowie ein institutionelles Engagement und ein sogenanntes „power-sharing“ (→), vorausgesetzt (Enemark Larsen, Rasmussen, & Christensen, 2018). Der Fokus für die Verwendung des COPM liegt darauf, dass Schwierigkeiten in der Betätigungsperformanz in den drei Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit, durch ein halbstrukturiertes Interview herauszufiltern. Auf dieser Basis werden die Therapieziele entwickelt (Law, et al., 2015). Das COPM unterstützt die klientenzentrierte (→) Arbeit besonders durch die Möglichkeit, dass der/ die Therapeut*in die Perspektive, Wünsche und Hoffnungen des/der Klienten*innen, oder der erweiterten Klienten*innen, aufdecken kann (Enemark Larsen, Rasmussen, & Christensen, 2018).

2.3.7.3 Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE)

Das Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) dient als visuelle Metapher für klientenzentriertes (→) „Enablement“ (Townsend, et al., 2013). Auf den „Enablement foundations“ (choice/risk/responsibility; client participation; vision of possibilities; change; justice & power-sharing (→)) (Townsend, et al., 2013, S. 137) bauen die zehn „Enablement skills“ auf, welche als verschiedenfarbige und variable Schlüsselfähigkeiten dargestellt werden (siehe Abb. 4). Die Kompetenzen sind in Anlage 1 tabellarisch beschrieben. Diese stehen in Verbindung mit dem „Profile of Occupational Therapy Practice in Canada“ und spiegeln die Kompetenzen und Aufgaben des/ der Ergotherapeuten*in im ergotherapeutischen Prozess wider (CAOT, zitiert in Townsend et al., 2013). Die „Enablement skills“ sind alphabetisch abgebildet und unterliegen keiner Hierarchie. Ein weiterer wichtiger Punkt des CMCE ist die Beziehung zwischen Klienten*innen und der Profession. Die erste Kreuzung der Pfeile zeigt den Startpunkt und die zweite Kreuzung den Endpunkt der professionellen Beziehung. Der Start- und Endpunkt kann ein Rahmen für eine einzelne Einheit oder für die Zusammenarbeit über mehrere Wochen stehen (Townsend et al., 2013).

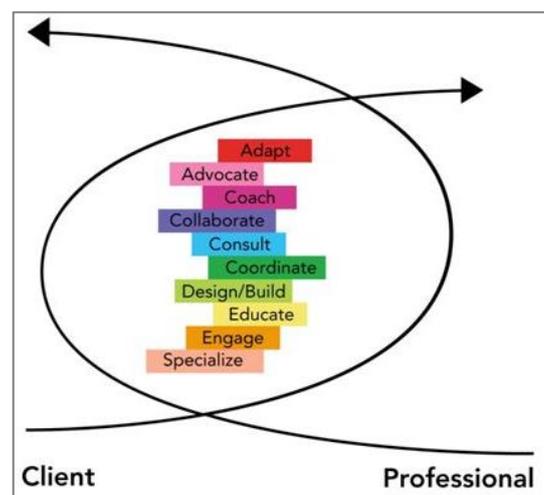


Abbildung 4: CMCE-Skills (Polatajko et al., 2013, S. 110)

Die vorliegende Bachelorarbeit nutzt den Hintergrund nach Townsend et al. (2013), um das Resultat dieser Forschung und die bisher genutzten ergotherapeutischen „Enablement“-Fähigkeiten, in Bezug zur ergotherapeutischen Prothesenversorgung bei Kindern, zu visualisieren.

2.3.7.4 Canadian Practice Process Framework (CPPF)

Das CPPF ist ein prozessorientiertes Rahmenwerk, welches wie jedes weitere Modell aus dem Gesundheitsberuf die Aspekte der Befunderhebung, Intervention und „Outcome“ - Messung (→) beinhaltet. Das Besondere am CPPF ist, dass der ergotherapeutische Prozess durch acht Aktionspunkte beschrieben wird mit welchem man den/ die Klienten*in evidenzbasiert und klientenzentriert (→) „enabled“ (Polatajko et al., 2013).

Anhand des Schaubildes (siehe Abb. 5) sieht man, dass der Prozess innerhalb unterschiedlicher Kontexte beschrieben wird. Der „societal context“ lässt sich kongruent zum CMOP-E mit den individuellen physischen, kulturellen, institutionellen und sozialen Umweltkomponenten beschreiben, in welchen sowohl der/ die Klient*in als auch der/ die Therapeut*in eingebettet sind (Polatajko et al., 2013). Der „practice context“ beginnt dann, wenn der/ die Klient*in und der/ die Therapeut*in mit dem praktischen, therapeutischen Prozess beginnen, dem ersten Aktionspunkt „enter/initiate“ (Polatajko et al., 2013).

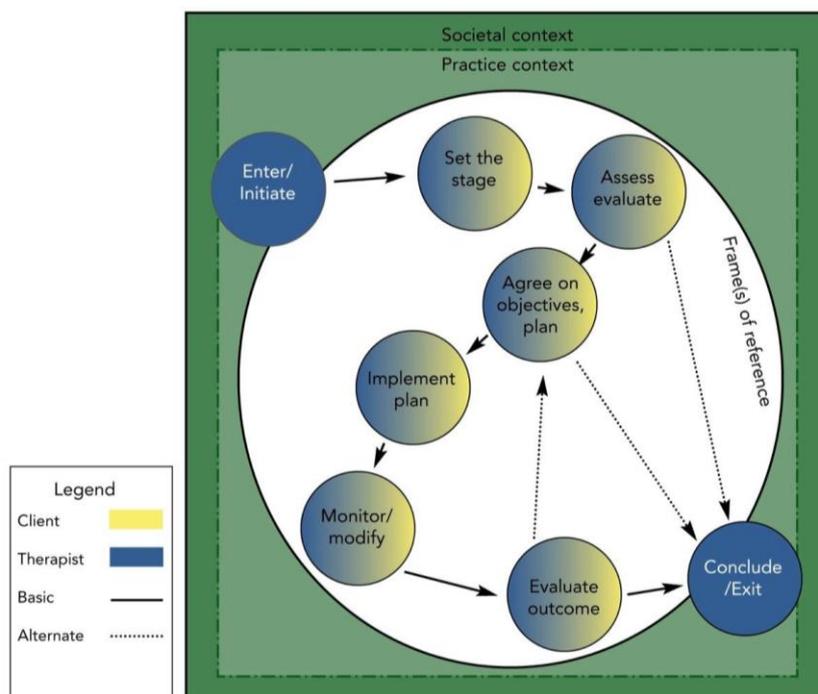


Abbildung 5: CPPF (Polatajko et al., 2013, S. 233)

Der/ die Therapeut*in kann acht Aktionspunkte nutzen, welche den/ die Klienten*innen oder eine Klientengruppe zu seinem bzw. ihrem Ziel führen (Polatajko et al., 2013). Der erste Aktionspunkt beschreibt den Erstkontakt zwischen Klienten*innen und Therapeuten*innen, in welchem der/ die Therapeut*in dazu aufgefordert wird aktiv zu werden. Entstehen kann der Erstkontakt durch den/ die Klienten*in selbst, oder verschiedene Institutionen, die einen Erstkontakt arrangieren. Dann nimmt der therapeutische Prozess seinen Lauf, in dem die Rahmenbedingungen geklärt („set the stage“), die Betätigungswünsche und -probleme evaluiert („assess/evaluate“) und daraufhin die Zielsetzung, sowie der Behandlungsplan aufgesetzt werden („agree on objectives and plan“). Im Anschluss daran wird der Interventionsplan umgesetzt („implement the plan“), überwacht („monitor/modify“) und das „Outcome“ (→) gemessen („evaluate outcome“). Mit dem letzten Aktionspunkt, „conclude/exit“ treten sowohl der/die Klient*in als auch die/der Therapeut*in wieder aus dem Bezugsrahmen und Praxiskontext aus (Polatajko et al., 2013).

In dieser Bachelorarbeit soll der ergotherapeutische Prozess für die Integration einer Armprothese in den Alltag dargestellt werden. Dazu bedienen sich die Forscherinnen dem CPPF, mit dem Vorteil, nicht allein die Durchführung der Aktionspunkte innerhalb der Interviews zu erfassen, sondern dabei auch die Bezugsrahmen und Kontexte zu beachten. Das CPPF berücksichtigt Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess, wodurch sich der Behandlungsplan durch die detaillierte Auseinandersetzung mit den acht Aktionspunkten anpassen und überwachen lässt (Polatajko et al., 2013). Den Aufbau des Interviewleitfadens gestalten die Autorinnen mithilfe des CPPF und integrieren dadurch alle acht Aktionspunkte des ergotherapeutischen Prozesses. Eine ausführliche Beschreibung zur Gestaltung des Interviewleitfadens befindet sich unter Kapitel 3.2.3.

3. Methodisches Vorgehen

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über das Forschungsdesign mit dessen Qualitätssicherung, Datensammlung, Datenerhebung und Datenanalyse nach Mayring (2010). Zu Beginn wird die qualitative Forschung und das phänomenologische Forschungsdesign beschrieben. Um die Qualität dieser Forschungsarbeit zu gewährleisten, werden die ethischen Prinzipien und Gütekriterien einer qualitativen Forschung umgesetzt und kurz erläutert.

3.1 Forschungsdesign

3.1.1 Qualitative Forschung

Zur Betrachtung des Forschungsgegenstandes wurde die qualitative Methodik gewählt. Becker (2014) erläutert, dass in der Ergotherapie und Occupational Science häufig qualitative Methoden eingesetzt werden, um unter anderem mehr über die Perspektive der Klientengruppe zu erfahren und/ oder das Clinical Reasoning der Therapeuten*innen nachvollziehen zu können. Ziel einer qualitativen Forschung ist es, die gesammelten Daten verständlich und der Wahrheit entsprechend darzustellen (Ritschl, Weigl & Stamm, 2016). Dies entspricht dem Ziel dieser Qualifikationsarbeit, weshalb das qualitative Design dieser Forschung zugrunde liegt. Nach den Autoren Jonker und Pennink (zitiert in Kinébanian, Satink & van Nes, 2007) basiert Qualitative Forschung „(...) auf der grundsätzlichen Haltung, dass Wissen über die Wirklichkeit nur durch „die Augen des Anderen“ in Erfahrung gebracht werden kann“ (S.121).

Eine Qualitative Forschung ist laut Kinébanian et al. (2007) vor allem dann nützlich, wenn über ein bestimmtes Phänomen erst wenig bekannt ist. Auf Grundlage einer erfolgten Literaturrecherche wird aus Kapitel 3.2.2 deutlich, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur sehr wenige wissenschaftlich relevante Erkenntnisse zum Forschungsthema vorliegen. Ein weiterer Punkt, welcher den Einsatz eines qualitativen Forschungsdesigns unterstützt, ist, dass sich trotz geringer Hintergrundliteratur tiefere und reichhaltigere Daten, welche die Qualitätsaspekte und die Erfahrung der Klient*innen mit der Gesundheitsversorgung berücksichtigen, erfassen lassen (Taylor, 2007). Außerdem erlaubt die qualitative Forschung den Untersuchungspersonen, beispielsweise die Teilnehmer*innen nicht isoliert, sondern holistisch und in ihrer natürlichen Umwelt zu betrachten (Perkhofer, et al., 2016). Daher harmonisiert das Forschungsdesign mit dem aktuellen Verständnis der ergotherapeutischen Profession.

Der induktive Ansatz dieser Forschung wird aus dem Ziel der qualitativen Forschung deutlich. Nach Perkhofer et al. liegt es darin, „(...) neue Erkenntnisse zu gewinnen und daraus Theorien zu entwickeln (...)“ (2016, S. 68). So werden anschließend aus den Erfahrungen und Meinungen der Studienteilnehmer*innen, bestimmte Verhaltens- oder Handlungsmuster (Kinébanian et al., 2007) mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) abgeleitet.

3.1.2 Phänomenologie

Die Phänomenologie ist eine wissenschaftliche Forschungsmethode innerhalb der interpretativen Herangehensweise und findet Anwendung in den interprofessionellen Wissenschaften und Praxisberufen (Wertz & Weigl, 2016). Sie erforscht das menschliche Erleben und hilft dabei „(...) mit ihren Methoden, menschliche Erfahrungen in der klinischen Praxis wirklichkeitsgetreu zu verstehen (...)“ (Wertz & Weigl, 2016, S. 69).

Die Autorinnen möchten durch die Interviews mit den Ergotherapeuten*innen und Eltern, ihre individuellen Erfahrungen bezüglich der Ergotherapie in der Prothesenversorgung bei Kindern mit funktioneller Armprothese, entdecken und nachvollziehen. Dadurch entspricht diese Herangehensweise auch dem Ziel des phänomenologischen Forschungsansatzes (Taylor, 2007). Ein weiteres Ziel der Methode ist es, „(...) Gemeinsamkeiten, unveränderliche (“invariant”) Bestandteile und ganzheitliche Organisationen oder Strukturen zu finden, die in allen Variationen, innerhalb der Beispiele ersichtlich werden (...)“ (Wertz & Weigl, 2016, S. 70). Die Interviews können beispielsweise Gemeinsamkeiten innerhalb der ergotherapeutischen Intervention bei Kindern mit funktioneller Armprothese, ergeben. Die Studienteilnehmer*innen dieser Arbeit werden demnach nach ihrem konkreten Erleben befragt und “(...) so betrachtet wie sie sind und nicht wie sie aufgrund von Vorkenntnissen, Vorurteilen oder Theorien, erscheinen mögen (...)” (Lamnek & Krell, 2016, S. 58). Ein weiterer Aspekt, welcher den phänomenologischen Ansatz in dieser Forschungsarbeit unterstreicht, ist, dass die Datensammlung, durch die persönliche und individuelle Methodik, auf Erfahrungen aus der Ich- Perspektive, basiert.

3.1.3 Qualitätssicherung anhand der Gütekriterien

Diese Forschungsarbeit orientiert sich an den Gütekriterien der qualitativen Forschung nach Cope und Lincoln & Guba (zitiert in Ritschl et al. 2016). Sie beschreiben die Gütekriterien der Authentizität („authenticity“), Glaubwürdigkeit („credibility“), Nachvollziehbarkeit („confirmability“), Übertragbarkeit („transferability“) und Zuverlässigkeit („dependability“). Um diese Gütekriterien zu gewährleisten nutzen die Autorinnen verschiedene Strategien.

Ein „Audit Trail“ bzw. Forschungstagebuch gewährleistet die Nachvollziehbarkeit und Authentizität in Bezug zur Datensammlung, -erhebung und -analyse. Dazu werden die Forscherinnen nach jeder Durchführung die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Interpretationen schriftlich festhalten.

Die Glaubwürdigkeit ist durch das „Peer-review“ und eine Forscher- und Methodentriangulation gegeben. Die Erstellung, Durchführung und Analyse dieser Qualifikationsarbeit wird innerhalb eines Teams aus vier Forscherinnen durchgeführt und durchgehend, fachlich diskutiert („Peer-review“).

Die Daten wurden auf der Basis von qualitativen Interviews, sowie mit Hilfe einer Online-Umfrage, variabel erhoben und von zwei bis vier Forscherinnen gleichzeitig analysiert („Triangulation“).

Im Anschluss an die Analyse und Verschriftlichung der Interpretationen, werden die Studienteilnehmer*innen gebeten, ihre Ergebnisse nach Richtigkeit zu überprüfen und ggf. zu korrigieren, um auch hier eine umfassende Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu bieten („Member-Checking“).

die Übertragbarkeit dieser Forschung auf andere Personen oder Studien, bieten die Autorinnen durch eine umfassende und detaillierte Verschriftlichung der Erhebungsmethode, sowie der Durchführung und Sammlung von Rohdaten. Der Analysevorgang wird ebenfalls nachvollziehbar dargestellt. Die Forschungsarbeit wird durch eine externe Person auf ihren wissenschaftlichen Anspruch hin überprüft, wodurch die Zuverlässigkeit der Resultate gewährleistet werden kann (Ritschl et al., 2016).

3.2 Datenerhebung

3.2.1 Erhebungsmethodik

In der qualitativen Forschung gibt es drei zentrale Methoden der Datenerhebung, Interviews, Beobachtungen und die Dokumentenanalyse (Endacott, 2005). Laut Kinébanian et al. (2007) gehören das persönliche Interview und die Fokusgruppe (→) zu den Bekanntesten.

Ein persönliches Interview, oder auch „Face-to-Face“-Interview genannt, beschreibt die Befragungsform in welcher ein Austausch zwischen mindestens einem/ ein Interviewer*in und einem/ einer Befragten, basierend auf der Anwesenheit beider Personen, durchgeführt wird (Scholl, 2015).

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit haben sich die Autorinnen nach der Abwägung diverser Vor- und Nachteile dafür entschieden, leitfadengestützte „Face-to-Face“-Interviews sowie Online-Befragungen durchzuführen. Da sich für die zentrale Fragestellung ein phänomenologisches Forschungsdesign am besten eignet, ist es wichtig, innerhalb der Interviews vor allem nach den „erlebten Erfahrungen“ der Teilnehmer*innen zu fragen (Kinébanian et al., 2007). Um eben diese genannten Punkte zu berücksichtigen wurden der genannte Ansatz ausgewählt, da dieser einen tieferen Einblick in die Erfahrungen und Einstellungen der Befragten bieten kann und Rückfragen sowie Verständnisfragen zulässt. Außerdem ist es möglich, durch den entwickelten Interviewleitfaden und die darin angesprochenen Themen einen Leitfaden für die Sammlung der Rohdaten und der darauffolgenden Datenanalyse zu erhalten, welches die Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar macht (Bortz & Döring, 2006).

Als Nachteile des leitfadengestützten Interviews können, im Vergleich zu einem offenen Interview, weniger Freiheit für die Befragten und ein großer Einfluss des/ der Forschers*in auf die Fragestellungen, gesehen werden.

Trotz des hohen Zeitaufwandes und der hohen Kosten eines „Face-to-Face“-Interviews überwiegt für die Autorinnen der Vorteil, dass die Qualität der Antworten durch die Möglichkeit von Rückfragen und Hilfestellungen deutlich erhöht wird (Scholl, 2015). Im Gegensatz zur Fokusgruppe (→) erhält man im „Face-to-Face“-Interview tiefere, komplexere und individuelle Antworten (Scholl, 2015). Da der Bereich der Prothesenversorgung in Deutschland bisher nur wenig erforscht wird, gilt es in dieser Bachelorarbeit tiefere und komplexere Daten zu sammeln und zu verstehen, bevor man die Gesamtheit an Daten aus einer gruppenspezifischen Diskussion im Rahmen einer Fokusgruppe (→) erfassen kann. Aus diesem Grund sowie der Möglichkeit der entstehenden Beeinflussung der Teilnehmer*innen untereinander, haben sich die Autorinnen gegen die Durchführung einer Fokusgruppe (→) als Erhebungsmethode entschieden.

Zusätzlich zu den „Face-to-Face“-Interviews wird in dieser Qualifikationsarbeit die Methode der Online-Befragung eingesetzt. Eine Online-Befragung wird meist schriftlich und technikunterstützt durchgeführt, wobei die Fragebögen häufig im Internet mithilfe verschiedener Portale programmiert worden sind (Scholl, 2015).

Vorteile der Online-Befragung sind geringe Kosten, sowie ein geringer Aufwand der Durchführung, durch die automatische Verwaltung und Auswertung der Daten (Scholl, 2015). An dieser Stelle ergänzt sich das zeitaufwändige „Face-to-Face“-Interview mit der Online-Befragung. Ein hoher Grad der Anonymität ist im Rahmen der Online-Befragung geboten, weshalb man aber auch darauf achten muss, die Verbindlichkeit und Notwendigkeit der Befragung transparent und ansprechend zu gestalten (Scholl, 2015).

3.2.2 Vorgehensweise Literaturrecherche

Um den theoretischen Hintergrund bezogen auf das gewählte Forschungsthema darzustellen, fand eine Literaturrecherche auf der Basis von zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe 3.2.5) statt. Um den Bereich des Gesundheitswesens abzudecken, recherchierten die Autorinnen in den Datenbanken „Dourzoek Informatie bronnen Zuyd“ (DIZ), „Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence“ (OT-Seeker), und „Pubmed“. Die Suche in der Datenbank Google und Google Scholar sowie die Sichtung relevanter Fachzeitschriften ergänzten diesen Bereich. Die Anzahl der Treffer bezüglich folgender „Keywords“ wurde tabellarisch festgehalten. Diese lauteten u.a.: „upper extremity“, „prosthesis“, „prosthetic“, „children“, „occupational therapy“, „upper limb“ und „intervention“. Eine Kombination dieser wurde systematisch mit den Booleschen Operatoren AND und OR sowie NOT verfasst. Die detaillierten Suchresultate sind in Anlage 2 tabellarisch aufgeführt.

PIO-Frage (→):

*Welche Erfahrungen gibt es bei der ergotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre mit einer funktionellen Armprothese sowohl aus der Perspektive der Kinder/Jugendlichen als auch aus der der Ergotherapeuten*innen und Eltern?*

3.2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche

Die Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 2) gewährleisten eine Unterscheidung von relevanten und nicht relevanten Literaturen. Die Autorinnen formulierten diese Kriterien zur gezielten Eingrenzung des Themas. Dadurch konnte eine Auswahl an Hauptliteratur mit hoher Relevanz für diese Qualifikationsarbeit gewährleistet werden.

Ein – und Ausschlusskriterien	
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Internationale Studien, welche zwischen 2009 und 2019 publiziert wurden.• Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre mit einer funktionellen Armprothese• Ergotherapeutische Intervention (im Rahmen des Prothesentrainings)• Alter des Kindes, Beschreibung der Intervention, Interprofessionelle Zusammenarbeit• Alltagstransfer, Partizipation und physische Performanzfähigkeit
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Studien, welche vor dem Jahr 2009 publiziert wurden, da hier die Aktualität nicht mehr gewährleistet ist• Probanden, welche älter als 20 Jahre sind und somit unserem Klientel nicht mehr entsprechen

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche (eigene Darstellung)

3.2.2.2 Auswahl der Studien

Die Auswahl der relevanten Studien erfolgte anhand der genannten Ein- bzw. Ausschlusskriterien und der anschließenden Einstufung in das entsprechende Evidenzlevel der Forschungspyramide nach Tomlin & Borgetto (2011). Die vier ausgewählten Studien bilden eine grundlegende Forschungsbasis dieser Bachelorarbeit. Bei allen Studien gilt die Erfüllung der Einschlusskriterien.

Egermann, M., Kasten, P., & Thomsen, M. (2009). Myoelectric hand prostheses in very young children. *International Orthopaedics* (33), S.1101–1105.
doi:10.1007/s00264-008-0615-y

Die retrospektive Studie von Egermann et al. (2009) kann nach Tomlin & Borgetto (AJOT, 2011) als Quantitative Forschung, Level 3 der Forschungspyramide auf der Seite der klinisch-experimentellen Forschung, eingeordnet werden. Sie hebt hervor, dass das Thema der elektrischen Prothesenversorgung bei sehr jungen Kindern in Deutschland noch weitgehend unbeachtet bleibt. Deshalb ist das Ziel, die Akzeptanz von myoelektrischen Prothesen der oberen Extremität bei Kindern im Vorschulalter zu bewerten und Faktoren zu untersuchen, die sich auf den erfolgreichen Einsatz beziehen (S.1102). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass unter geeigneten Bedingungen die Anwendung einer myoelektrischen Armprothese, unabhängig vom Alter des Kindes, sehr erfolgreich sein kann. So dass sich die Bedürfnisse des Kindes in Bezug auf die Prothese und damit das Tragemuster während des Wachstums positiv verändern kann.

Jong, I., Reinders-Messelink, H., Tate, K., Janssen, W., Poelma, M., Wijk, I., & Sluis, C. (2012). Activity and participation of children and adolescents with unilateral congenital below elbow deficiency: An online focus group study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(10), 885–892.
<https://doi.org/10.2340/16501977-1027>

Diese Studie von Jong et al. (2012), lässt sich auf Level 3 der Forschungspyramide nach Tomlin & Borgetto (AJOT, 2011) auf der Seite der qualitativen Forschung mit geringer Güte einstufen, da es sich um eine qualitative Datensammlung handelt. Vorrangiges Ziel war es zu bewerten, ob Kinder und Jugendliche mit UCBED Unilateral Congenital Below Elbow Deficiency (UCBED) Aktivitätsbeschränkungen und/oder Teilhabebeschränkungen erfahren und wenn es der Fall ist, was sie tun und wie sie mit diesen Begrenzungen und Einschränkungen umgehen. Dabei fokussierten die Forscher sich auf zwei Hauptthemen: Aktivitäten und Teilhabe. Die Studie ergab, dass Kinder und Jugendliche generell nur wenige Erfahrungen mit Grenzen/Barrieren äußerten und es gab keine Aktivitäten oder Teilhabesituationen die auf den ersten Blick nicht möglich waren.

Toda, M., Chin, T., Shibata, Y., & Mizobe, F. (2015). Use of Powered Prosthesis for Children with Upper Limb Deficiency at Hyogo Rehabilitation Center. *PLOS ONE*, 10(6), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131746>

Die japanische Studie von Toda et al. (2015) orientiert sich an einer descriptive Research als Vergleichs- und Korrelationsstudien und kann daher in der Forschungspyramide nach Tomlin & Borgetto (AJOT, 2011) auf Level 2 eingeordnet werden. Ziel der Studie war es zum einen den Nutzen einer funktionellen Prothese der oberen Extremität aufzudecken und zum Zweiten eine Ablehnung dieser zu verstehen. Generell lag die Abbruchrate innerhalb der Studie bei 32 %. Toda et al. (2015) schlussfolgern, dass „Children with unilateral upper limb deficiencies fitted before two years of age tend to accept their powered prosthesis than those fitted after two years“ (S.6). Schwierigkeiten mit der Prothese traten besonders in herausfordernden Umweltfaktoren oder während Betätigungsveränderungen auf. Das Forschungsteam fasst zusammen, dass die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team, eine detaillierte „follow-up“-Betreuung und die Involvierung von Familien/Angehörigen für die dauerhafte Nutzung einer Prothese wichtig sind.

Lindner, H., Hiyoshi, A., & Hermansson, L. (2017). Relation between capacity and performance in paediatric upper limb prosthesis users. *Prosthetics and Orthotics International*, 42(1), 14–20. <https://doi.org/10.1177/0309364617704802>

Die Studie lässt sich dem Level 2 der Seite der deskriptiven Forschung der Forschungspyramide von Tomlin und Borgetto (AJOT, 2011) zuordnen, da es sich um eine Korrelationsstudie handelt (Ritschl, Stamm & Unterhumer, 2016). Diese Studie kommt zu der Erkenntnis, dass nur wenig darüber bekannt ist inwiefern die Anwendung der Prothese bei täglichen Aktivitäten des Kindes gelingt. Die Fähigkeit die Prothese kontrollieren zu können kann aber durchaus die Barrieren in der Umgebung des Kindes verringern und die Teilnahme an täglichen Aktivitäten erleichtern. Zusätzlich wird ersichtlich, dass die Durchführung von Aktivitäten in der realen Umwelt des Kindes auch von dem physischen und sozialen Umfeld beeinflusst werden kann und dass die Fähigkeiten im Umgang mit der Prothese mit der Tragedauer steigen. (Lindner et al., 2017).

3.2.2.3 Resultat der Literaturrecherche

Als Resultat dieser Literaturrecherche geht hervor, dass zum heutigen Zeitpunkt weder aussagekräftige Studien zu ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese, noch hohe Evidenzen zur Umsetzung und zum Erleben von ergotherapeutischen Interventionen bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese vorliegen. Dennoch geben die Studien einen relevanten, theoretischen Hintergrund über die bis zum jetzigen Zeitpunkt erforschte Thematik der vorliegenden Bachelorarbeit.

3.2.3 Erstellung des Interviewleitfadens

Die Autorinnen haben zwei unterschiedliche Interviewleitfäden zur Durchführung der semistrukturierten Experteninterviews erstellt (Ritschl et al., 2016). Dabei handelt es sich um einen individuellen Interviewleitfaden für die Gruppe der behandelnden Ergotherapeuten*innen und ein Weiterer für die Gruppe der Eltern von Kindern mit einer funktionellen Armprothese. Beide Interviewleitfäden orientieren sich am CPPF, welches die vorliegende Forschungsarbeit in der Strukturierung und Formulierung der Interviewfragen unterstützt. Außerdem ist es durch die Zuteilung der Fragen in die einzelnen „Action Points“ möglich, alle Prozessschritte der therapeutischen Intervention zu berücksichtigen (Craik, Davis & Polatajko, 2013).

Im Rahmen des Interviews mit den behandelnden Ergotherapeuten*innen ist es das Anliegen Informationen über den Behandlungsprozess mit den Kindern und deren Eltern/Erziehungsberechtigten zu erlangen sowie Informationen bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit mit angrenzenden Berufsgruppen. Im Rahmen des Interviews mit den Eltern von Kindern mit einer funktionellen Armprothese, ist es das Ziel Informationen über den Behandlungsprozess aus Sicht der Eltern zu erlangen. Auch die Informationssammlung bezüglich der Integration der Prothese in den Alltag des Kindes ist Bestandteil des Interviewleitfadens, welcher an die Eltern gerichtet ist. Dabei werden unter anderem die drei Betätigungsbereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit, im Sinne des CMOP-E, berücksichtigt (Polatajko et al., 2013). Das Erfragen von Anliegen zu Schwierigkeiten und Optimierungswünschen innerhalb des Behandlungsprozesses, ist stets Bestandteil der Interviewleitfäden. So besteht die Möglichkeit einen Nutzen für zukünftige Behandlungsansätze gewährleisten sowie Empfehlungen erarbeiten zu können.

Die Autorinnen haben ausgehend von der recherchierten Literatur und dem vorhandenen Vorwissen Themenfelder abgeleitet (Ritschl et al., 2016; Krueger & Casey, 2014; Krueger, 1997). Die Überleitung von einem unpersönlichen zum persönlichen Inhalt wurde beachtet, indem die Hauptfragen des jeweiligen Themenblockes, undetaillierter und unpersönlicher gestaltet wurden als die Rückfragen (Ritschl et al., 2016; Krueger & Casey, 2014; Krueger, 1997).

Außerdem wurde berücksichtigt, dass die Fragen die Möglichkeit bieten von beschreibenden Antwortmöglichkeiten zu einer persönlichen Stellungnahme überzugehen, z.B. mit der Gestaltung einer abschließenden Frage des Interviews, wodurch den Studienteilnehmern noch eine schlussfolgernde Stellungnahme ermöglicht wird. Auch mit mehrfach aufkommenden Fragen zu vorhandenen Schwierigkeiten und Verbesserungswünschen wird eine persönliche Stellungnahme der TeilnehmerInnen gewährleistet. Die Fragen des Leitfadens wurden für beide Gruppen möglichst „offen“ und deskriptiv gestaltet, damit der Interviewpartner aufgefordert wird, möglichst viel zu sprechen und der Interviewer möglichst wenig Redeanteil einnimmt. Die Autorinnen haben außerdem darauf geachtet, dass die Fragen zum Erzählen anregen. Dies wird gewährleistet mithilfe der Vermeidung von Dichotomen Fragen und durch das Einbauen von sogenannten „Wunderfragen“ (Ritschl et al., 2016; Krueger & Casey, 2014; Krueger, 1997). Die „Wunderfragen“ sollen zusätzlich ermöglichen, Informationen über Optimierungswünsche des Prozesses zu erlangen, wie z.B. „, wenn Sie die Möglichkeit bekämen, wie würden Sie das Problem lösen?“ (Ritschl et al., 2016, S. 123) oder konkret in dem Interviewleitfaden dieser Qualifikationsarbeit: „Welche Veränderungen würden Sie sich in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit wünschen?“ (Anlage 3, Z. 100 f.).

Weitere Empfehlungen wurden bei der Erstellung des Leitfadens beachtet, wie z.B. die Vermeidung von wertenden Fragen sowie Suggestivfragen. Auch die empfohlenen „Wie“-Fragen wurden in den Leitfaden eingebaut (Ritschl et al., 2016; Krueger & Casey, 2014; Krueger, 1997), beispielsweise: „Wie werden die Eltern der Kinder mit in die Therapie oder Behandlung einbezogen?“ (Anlage 3, Z. 60 f.).

3.2.3.1 Pretestung

Bei einer Erstellung des Fragebogens ist zu empfehlen, eine so genannte Testphase mithilfe eines „Pretests“ (→) durchzuführen. Ein „Pretest“ (→) stellt die erste Durchführung der gewählten Methodik dar und sollte nach Möglichkeit mit einem/einer repräsentativen Studienteilnehmer*in durchlaufen werden (Ritschl et al., 2016). Insgesamt führten die Forscherinnen drei getrennte Pretestphasen durch, da auch drei unterschiedliche Methoden für die Datensammlung genutzt werden. Im Folgenden wird die jeweilige Phase individuell beschrieben.

Pretestung - Interviewleitfaden Ergotherapeuten*innen

Die Pretestphase des Interviewleitfadens für die ergotherapeutische Profession erstreckte sich über einen längeren Zeitraum. Zunächst wurde ein Test mit einem*r Kommilitonen*in aus dem Studiengang durchgeführt. Hierbei veränderten wir einige unklare Fragestellungen und fassten Wiederholungen zu einer Frage zusammen. Auch nach den ersten drei Interviews mit repräsentativen Studienteilnehmer*innen tauschten sich die Autorinnen aus und glichen die Fragen erneut an.

Es mussten die Einstiegsfragen aufgrund zu hoher Komplexität und Verallgemeinerung konkretisiert werden. Diese bringen nun mehr Informationen über die Studienteilnehmer*innen, sowie deren Klientel und Arbeit im Bereich der Armprothetik. Die vierte Frage innerhalb des Interviewleitfadens wurde nochmals in 4a und 4b geteilt, um die Beantwortung für die Probanden zu erleichtern. Im Rahmen der ersten Interviews, konnte auch festgestellt werden, dass wir zu viele Fach-/Fremdwörter nutzten. Es wurde eine Anpassung von „Setting“ (→) zu „therapeutisches Umfeld“ vorgenommen.

Pretestung - Interviewleitfaden Eltern

Die Pretestphase für den Interviewleitfaden der Angehörigen bzw. Eltern wurden im Rahmen der Hogeschool Zuyd mit einem*r weiteren Kommilitonen*innen durchgeführt. Hier wurden unklare Fragestellungen konkretisiert und die Reihenfolge der Fragen optimiert.

Pretestung - Online Umfrage

Die Pretestung (→) des Online - Fragebogen, fand mit einem*r repräsentativen Studienteilnehmer*in (Orthopädietechniker*in), statt. Um eine gezielte und durchgehende Beantwortung aller Fragen zu erreichen, wurde die erste Frage nochmals in zwei geteilt, um die Möglichkeit des Überspringens, zu minimieren. Zusätzlich wurde auch in der Einleitung die Bitte zur vollständigen Durchführung des Fragebogens verschriftlicht. Um dem Probanden einen logischen Aufbau des Fragebogens zu vermitteln wurde die Reihenfolge so verändert, dass der Leser vom Allgemeinen zum Spezifischen weitergeleitet wird. Ebenfalls wurde die letzte Fragestellung konkretisiert und gekürzt, um die Motivation für ein kurzes Fazit im Rahmen des Themas aufrecht zu erhalten.

3.2.4 Akquise der Studienteilnehmer*innen

Für eine repräsentative Auswahl der Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen entsprechend der vorher festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Kap. 3.2.5), wurden vorab entsprechende Institutionen und Ergotherapie Praxen im deutschsprachigen Raum via Internet recherchiert. Die Akquise potenzieller Probanden*innen erfolgte durch eine telefonische Anfrage oder mittels eines einheitlichen Anschreibens per E-Mail. In jedem Fall wurde den entsprechenden Personen der entworfene Flyer (siehe Anlage 5 und 6) per E-Mail zugesandt, um sie detaillierter über das Forschungsvorhaben zu informieren. Die zentrale Fragestellung wurde nicht genannt, um die Ergebnisse nicht zu verfälschen. Die Akquise erstreckte sich über einen Zeitraum von acht Wochen, von Mitte April bis Mitte Juni, wobei die Autorinnen in den ersten vier Wochen keine positiven Rückmeldungen erhalten haben. Gründe für die Absagen waren in erster Linie mangelnder Arbeitserfahrung im Bereich der Kinderprothetik geschuldet. Insgesamt wurden auf diesem Wege sechs Ergotherapeuten*innen und drei Eltern für ein Interview gefunden.

Die Akquise der Probanden*innen für die Online-Umfrage wurde mit Unterstützung einer ausführlichen Internetrecherche durchgeführt. Durch die Recherche konnte eine Adressenliste mit Sanitätshäusern, Therapiezentren und Physiotherapiepraxen aufgestellt werden. Über das Portal „SurveyMonkey“ wurden im Anschluss daran per E-Mail 75 Einladungen zur Teilnahme an der Umfrage versandt. Zusätzlich wurde auf vier verschiedenen Onlineplattformen ein mobiler Link der Umfrage verbreitet, um möglichst viele Personen zu erreichen. Über einen Zeitraum von zehn Wochen, Kalenderwoche (KW) 20 bis 30, haben schlussendlich 19 Proband*innen (siehe Abb. 6), inklusive zwei Pretests (→), an der Online-Umfrage teilgenommen.

Für die Auswertung der Analyse wählten die Autorinnen 16 Online-Fragebögen aus, exklusive Pretestung (→), die sowohl teilweise (8/16) als auch vollständig (8/16) beantwortet wurden. Ein/ eine Proband*in hat alle Fragen übersprungen und wurde daher im Rahmen der Analyse nicht berücksichtigt. Eine Beschreibung der Studienteilnehmenden ist der Anlage 7 zu entnehmen.

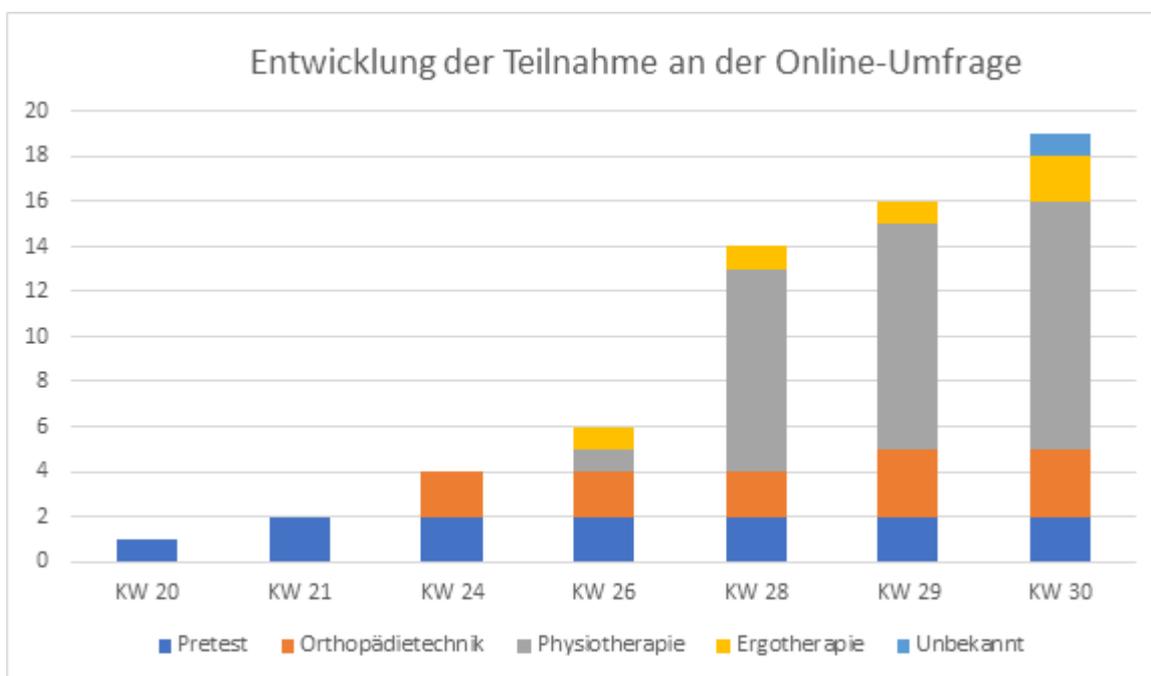


Abbildung 6: Entwicklung der Teilnahme an der Online-Umfrage (eigene Darstellung)

3.2.5 Ein - und Ausschlusskriterien der Studienteilnehmer*innen

Im Rahmen der Akquise von Studienteilnehmer*innen wurde es als wichtig erachtet, dass keine Teilnehmer*innen mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung befragt werden. Dies gewährleistet, dass die befragten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen bereits viele praktische Erfahrungen in diesem speziellen Bereich sammeln konnten. Außerdem wurde beachtet, dass die Teilnehmer*innen im Bereich der Pädiatrie tätig sind, um dem Forschungsthema gerecht zu werden. Die Autorinnen haben sich bewusst dagegen entschieden, die Teilnahme an einer spezifischen Fortbildung als Kriterium mit aufzunehmen, um dadurch die Zahl der möglichen Teilnehmer*innen nicht einzuschränken. Außerdem kann die Qualität von Fortbildungen sehr unterschiedlich sein und auch ob man diese Inhalte dann auch nutzt.

Die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien sollten als Voraussetzung zur Teilnahme an dieser Studie zu treffen:

Ergotherapeuten*innen:

- Sie haben eine abgeschlossene Berufsausbildung
- Sie haben mindestens zwei Jahre Berufserfahrung
- Sie arbeiten im deutschsprachigen Raum (Schweiz, Österreich, Deutschland)
- Sie haben mindestens sechs Monate im Bereich der funktionellen Prothesenversorgung der oberen Extremität bei Kindern gearbeitet oder arbeiten dort aktuell

Eltern:

- Sie sind Eltern eines Kindes, welches mit einer funktionellen Armprothese versorgt wurde.
- Die Prothesenversorgung liegt nicht länger als drei Jahre zurück
- Sie sprechen deutsch und sind im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Schweiz, Österreich) wohnhaft
- Das Kind war aufgrund der Prothesenversorgung in ergotherapeutischer Behandlung
- Ihr Kind hat keine mittlere bis schwere kognitive Einschränkung
- Ihr Kind sollte nicht mit einer Orthese versorgt sein

3.2.6 Durchführung

Die Durchführung der neun Interviews wurde flexibel an die zeitlichen und örtlichen Rahmenbedingungen der Studienteilnehmenden angepasst und sowohl persönlich innerhalb eines „Face-to-Face“ Interview, als auch über Video-/Telefonkonferenz, durchgeführt. Insgesamt wurden sechs Ergotherapeutinnen und drei Mütter für eine qualitative Datensammlung mithilfe von Interviews gewonnen. Die Zahl der Teilnehmenden entspricht dem Forschungsdesign dieser Qualifikationsarbeit. Der zeitliche Rahmen der Interviews erstreckte sich von Ende Mai bis Anfang Juli mit einer Zeitspanne von ca. 25 bis 60 Minuten pro Interview, wobei sich die Interviewerin am erstellten Leitfaden orientierte, um ein Abschweifen vom Forschungsthema zu verhindern (Meuser & Nagel, 2005). Während der Durchführung saßen jeweils zwei Autorinnen einem*r Probanden*in gegenüber, der/die bereits vor der Durchführung des Interviews das Einverständnis mithilfe einer Datenschutzvereinbarung (siehe Anlage 8) zur Aufnahme mit einem Diktiergerät o.ä. gab. Dies erleichtert die Transkription (→) und Datenanalyse der Interviews. Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass das Interview bei Unannehmlichkeiten oder aus persönlichen Gründen, jederzeit beendet werden kann (Ritschl et al., 2016; Krueger & Casey, 2014; Krueger, 1997).

3.2.7 Ethik

Schnell & Heinritz (2006) beschreiben in ihrem Buch, dass Forschung Umgang mit Menschen ist und deshalb ethischen Gesichtspunkten unterliegt. Solche grundlegenden ethischen Standards für die Ergotherapie werden durch ethische Prinzipien bestimmt. Grundlage dafür bildet größtenteils die Helsinki- Deklaration des Weltärztebundes sowie die Good-Clinical-Practice-Guidelines der WHO. Sie sind professionsunabhängig und allgemein für die Forschung am Menschen gültig (Reichel, Marotzki & Schiller, 2009).

Vor dem Hintergrund der vorliegende Forschungsarbeit haben sich die Autorinnen an den Prinzipien nach Reichel, Marotzki & Schiller (2009) orientiert, welche im Folgenden hervorgehoben werden:

Prinzip der Selbstbestimmung bzw. Autonomie

Hierunter fallen die Kriterien der freiwilligen Teilnahme an Studien, die Informationspflicht über die Studie sowie das Recht auf körperliche Unversehrtheit während der Durchführung. Die Interviews im Rahmen der vorliegenden Qualifikationsarbeit fanden auf freiwilliger sowie unentgeltlicher Basis statt. Den Teilnehmer*innen war es zu jeder Zeit möglich, das Interview ohne Angaben von Gründen abzubrechen. Im Vorfeld des Interviews wurden die Teilnehmer*innen ausführlich über den Zweck, den Ablauf und deren Rechte informiert.

Auf dieser Grundlage konnten sie sich für oder gegen eine Teilnahme an der Studie entscheiden. Da Kinder in der Hinsicht auf informierte Zustimmung als inkompetent gelten, die Teilnahme an unbekanntem Vorgängen für sie Stress bedeutet und die Risiko-Nutzen-Abwägung ethisch nicht anerkannt wird (Reichel, Marotzki & Schiller, 2009), haben wir ausschließlich Interviews mit erwachsenen Teilnehmer*innen durchgeführt.

Außerdem beinhaltet das Prinzip der Selbstbestimmung bzw. Autonomie nach Reichel, Marotzki & Schiller (2009), auch den Schutz der Privatsphäre und der Vertraulichkeit. Um dies zu gewährleisten wurden die Daten zu jedem Zeitpunkt der Forschungsarbeit streng vertraulich behandelt. Die Anonymität der persönlichen Daten wurde gewährleistet indem den Teilnehmer*innen bei der Transkription (→) Dezimalzahlen, in der durchgeführten Reihenfolge, zugeordnet wurden. So können keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer*innen gezogen werden. Nur den Forscherinnen selbst war bekannt, welchem/ welcher Teilnehmer*in welche Zahl zugeteilt wurde. Die Audioaufnahmen wurden nach der Transkription (→) gelöscht. Die Teilnehmer*innen wurden über das Verfahren aufgeklärt, zur Absicherung wurde die Zustimmung aller teilnehmenden Probanden*innen schriftlich im Rahmen einer Einverständniserklärung festgehalten und von beiden Seiten unterzeichnet.

Prinzip der Schadensvermeidung bzw. Nichtschädigung der Forschungsteilnehmer*innen

Die Forscherinnen haben sich an geltenden Datenschutzbestimmungen orientiert. Dazu wurden die Teilnehmer*innen über das oben beschriebene Verfahren aufgeklärt und haben zur Absicherung eine Einverständniserklärung unterzeichnet. Da es grundsätzlich darum geht Schaden zu vermeiden und keine „Ressourcen“ unnötig zu verschwenden, hat vor der Datenerhebung eine ausführliche Recherche und Vorbereitung (siehe Kap. 3.2.2) stattgefunden, um die Notwendigkeit der Thematik zu begründen. Außerdem wurden die ersten drei Interviews mit repräsentativen Studienteilnehmer*innen sowohl als Pretest (→), als auch zur Analyse genutzt, um alle zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen und möglichst viele Interviews für Analysezwecke zu gewinnen.

Auch haben die Forscherinnen darauf geachtet, dass die Teilnehmer*innen durch das Forschungsvorhaben nicht belastet oder gefährdet werden. Wie oben bereits erwähnt wurden nur Erwachsene interviewt die ihre Zustimmung gaben, da Kinder zu einer sogenannten vulnerablen Gruppe zählen.

3.3 Datenanalyse

3.3.1 Transkription

Alle Interviews wurden aufgenommen und anschließend durch die Autorinnen transkribiert. „Transkription (lat. Trans-scribere= umschreiben) bedeutet das Übertragen einer Audio- oder Videoaufnahme in eine schriftliche Form“ (S.16), wodurch diese für eine anschließende Analyse zugänglich gemacht wird (Dresing & Pehl, 2018). So ermöglicht ein Transkript, ein Interview wissenschaftlich fundiert zu verwerten.

Auf der Basis der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2010) wurden in der vorliegenden Forschungsarbeit die Transkriptionsregeln ebenfalls nach Mayring (2010) berücksichtigt, welche ausführlich in Anlage 9 dargestellt sind. Es muss angemerkt werden, dass für die interviewten Personen nicht wie angegeben das Symbol „L“, sondern das Symbol „E“ für Ergotherapeuten*in oder Eltern verwendet wurde. Außerdem wurde die Vorgehensweise durch die Hinzunahme der inhaltlich-semantischen Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2018) angepasst. Die Hinzunahme begründet darauf, dass die Autorinnen es für wichtig erachtet haben das „Wie“ und „Warum“ der Aussagen in den Vordergrund zu stellen. Dadurch wird die Interpretation für die Lesenden vereinfacht und nachvollziehbar gestaltet.

3.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Autorinnen haben sich für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) entschieden, da sie ein gutes Gerüst (siehe Abbildung 7) bietet, um die Forschung des bisher gering erforschten Themas der Prothesenversorgung in der Pädiatrie, vorzunehmen. Diese Form der Analyse bietet die Möglichkeit die Kategorien auf Grundlage der erhobenen Inhalte der durchgeführten Interviews, zu bilden (Mayring, 2010). Zudem wird bei der qualitativen Analyse das komplexe Gesamtbild erfasst (Mayring, 2010).

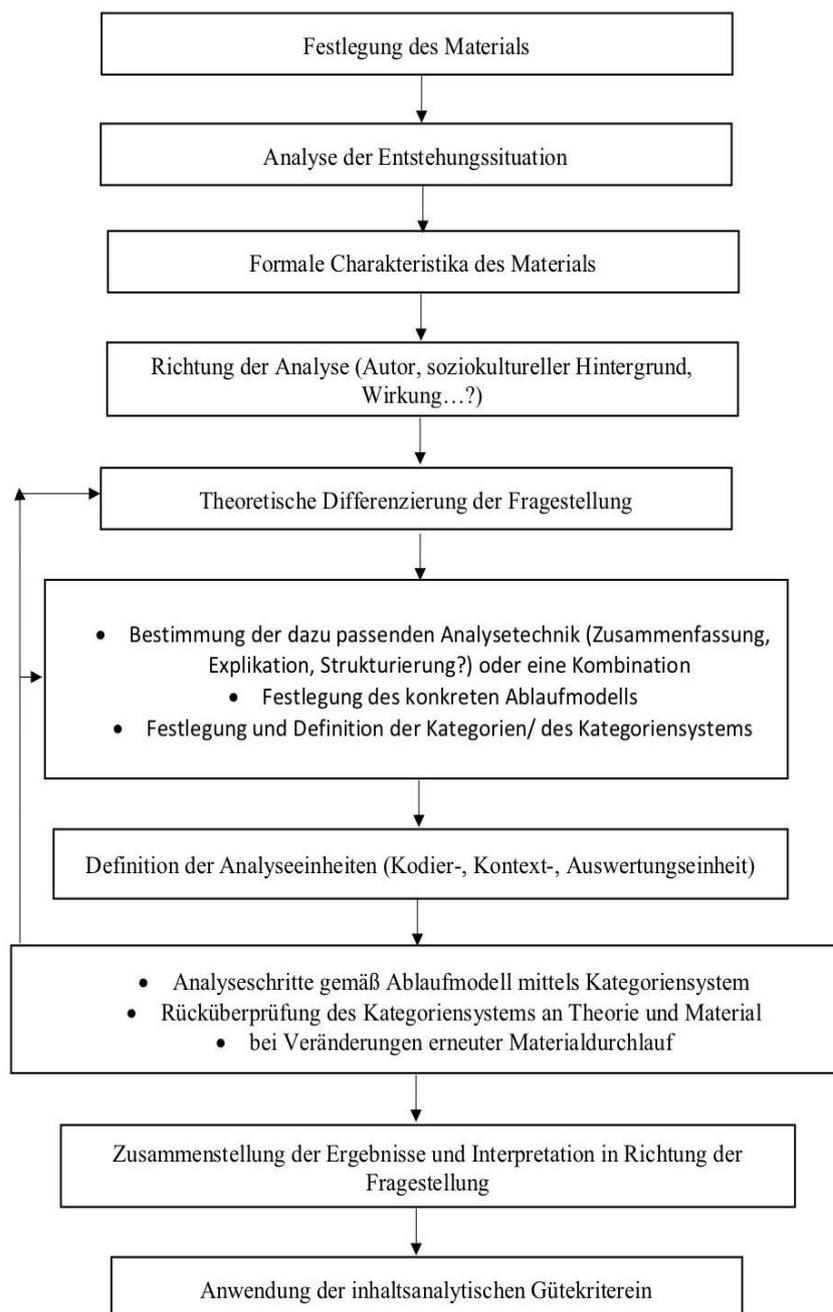


Abbildung 7: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring, 2010, S. 60)

Es gibt viele Definitionen, sowie spezifische Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse. So ist zusammenfassend zu sagen, dass eine Inhaltsanalyse laut Mayring (2010) Kommunikation analysieren will und dabei theoriegeleitet und systematisch vorgeht, also nach vorgegebenen Regeln. Zur Erfüllung dieser Merkmale, beziehen sich die Autorinnen auf vorab festgelegten Regeln der Textanalyse und orientieren sich dabei am „Allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell“ (Mayring, 2010, S.60), welche einzelnen Schritte und die damit verbundene Reihenfolge vorgeben. Die Inhaltsanalyse sollte dennoch in Bezug auf die spezifische Fragestellung, dynamisch gestaltet, an das Material angepasst und regelmäßig rücküberprüft werden. Die Interpretation der Ergebnisse findet in Richtung der Hauptfragestellung statt.

Krippendorff (zitiert in Mayring, 2010, S.119) beschreibt acht verschiedene Kriterien für die Qualität der qualitativen Inhaltsanalyse, welche in Abbildung 8 aufgeführt sind und als Gütekriterien für die vorliegende Arbeit dienen. Zusätzlich erfolgt eine Einschätzung der Aussagekraft der Analyse mit Hilfe der inhaltsanalytischen Gütekriterien (Mayring, 2010), in der Diskussion zur Methodik in Kapitel 5.2. Auf die Durchführung einzelner Schritte des inhaltsanalytischen Ablaufmodells wird im Folgenden ausführlich eingegangen.

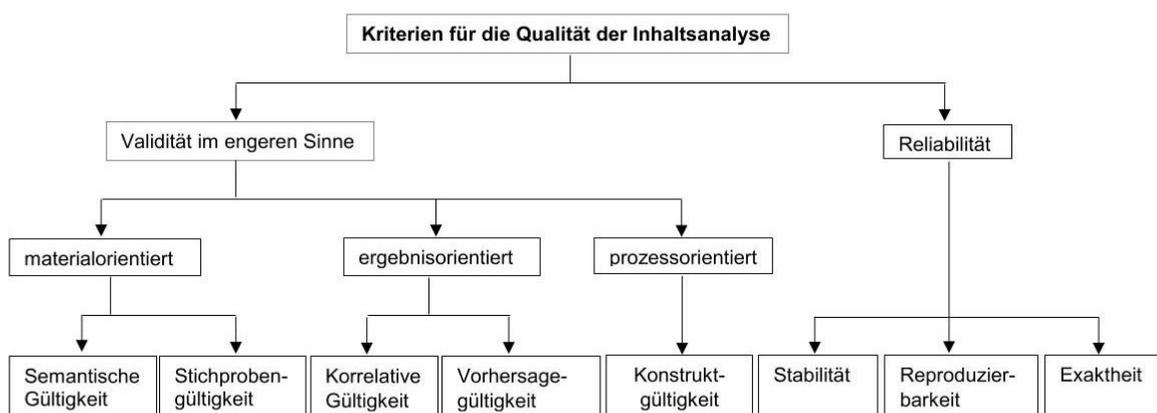


Abbildung 8: Inhaltsanalytische Gütekriterien nach Krippendorff (zitiert in Mayring, 2010, S. 119)

Definition der Analyseeinheiten:

Nach Mayring (2010) sollen für die Analyse Kodiereinheiten, Kontexteinheiten, sowie Auswertungseinheiten festgelegt werden, die in erster Linie die Präzision der Inhaltsanalyse, erhöhen und im allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell nach Mayring (2010, S. 60), aufgeführt sind.

- „Die **Kodiereinheit** legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring, 2010, S.59). Die Forscherinnen entschieden sich, dass der kleinste auszuwertende Materialbestandteil ein Wort umfasst.
- „Die **Kontexteinheit** legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen darf“ (Mayring, 2010, S.59). Hier entschieden sich die Forscherinnen, dass die Kontexteinheit auf Satzebene liegt.
- „Die **Auswertungseinheit** legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden“ (Mayring, 2010, S.59). Hierfür bildete die Form der ersten Paraphrasierung, die für die Auswertung zugelassenen Textbestandteile.

Festlegung des konkreten Ablaufmodells

Es gibt verschiedene, erprobte Techniken der Inhaltsanalyse. Es sollte in Bezug auf die Forschungsfrage und das Material die geeignete Analysetechnik ausgewählt werden (Mayring, 2010). Die Autorinnen nutzen für die Analyse das Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung (siehe Abb. 9), welches auf der Technik der Zusammenfassung aufbaut. Dabei soll eine möglichst originalgetreue Wiedergabe des Materials, ohne die Beeinflussung durch Vorannahmen der Forscherinnen erfolgen. Dies ermöglicht den Gegenstand in der Sprache des Materials zu erfassen (Mayring, 2010).

Die Vorgehensweise orientiert sich weiterhin am grundlegenden Modell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (siehe Abb. 10), da es sich laut Mayring (2010) ebenfalls für die induktive Kategorienbildung einsetzen lässt. Mit Hilfe der gewählten Technik soll das vorhandene Material dann so weit reduziert werden, dass die essentiellen Inhalte vorhanden bleiben. Außerdem soll mit Hilfe von „Abstraktion“ ein übersichtlicher „Corpus“ geschaffen werden, der das Grundmaterial dennoch abbildet (Mayring, 2010).

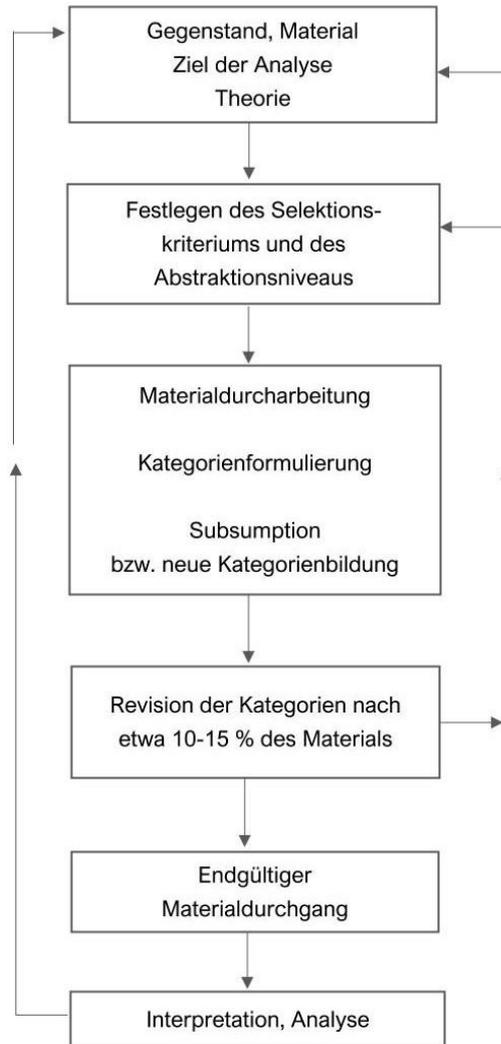


Abbildung 9: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2010, S. 84)

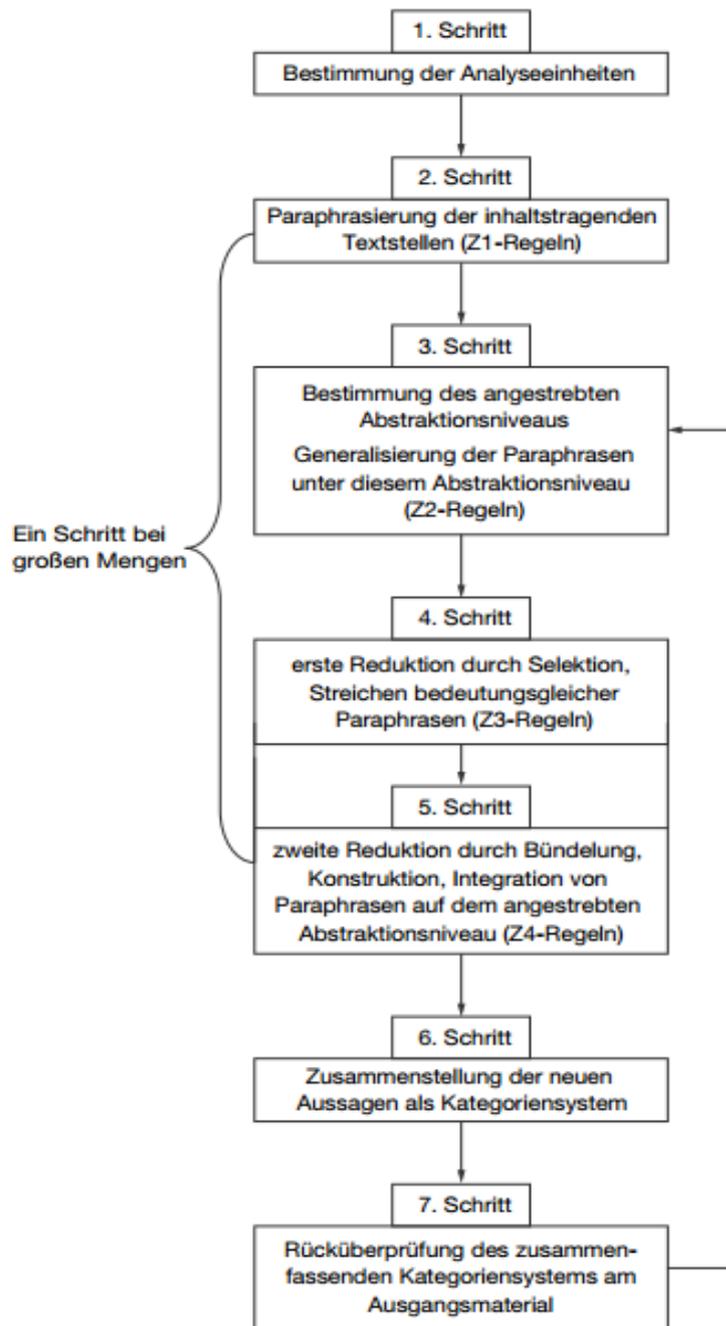


Abbildung 10: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 68)

Durch die zentrale Fragestellung „Wie gestaltet sich die Ergotherapie bei Kindern bis 14 Jahre mit einer funktionellen Armprothese unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit?“ und durch die zur Vereinfachung der Herangehensweise erstellten drei Leitfragen: „Welche Inhalte, Mittel und Medien bauen Ergotherapeuten*innen in die ergotherapeutische Intervention bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese ein?“, „Mit welchen angrenzenden Professionen interagieren Ergotherapeuten*innen während dem Behandlungsverlauf und wie gestaltet sich dieser Austausch?“ und „Wie sieht die Teilhabefähigkeit der Kinder in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit mit einer funktionellen Armprothese aus?“, wird bestimmt was im Rahmen der Analyse zusammengefasst werden soll.

Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse

Die Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse beziehen sich auf die in Abbildung 11 dargestellten vier Punkte, anhand dessen das Material reduziert wird.

Z1: Paraphrasierung

Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragende Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!

Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!

Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!

Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!

Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angesteuerten Abstraktionsniveau liegen!

Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!

Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!

Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!

Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!

Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.3.: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Abbildung 11: Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 70)

Beim ersten Schritt, der Paraphrasierung (**Z1**) werden inhaltlich irrelevante Textstellen bereits aussortiert. Im Folgenden findet die Generalisierung des Abstraktionsniveaus statt, wobei die Satzaussagen auf die gleiche Weise formuliert werden (**Z2**). In der ersten Reduktion werden gleiche Paraphrasen mit ähnlicher Aussage gebündelt und Inhaltlich nicht tragende Paraphrasen gestrichen (**Z3**). Im Rahmen der zweiten Reduktion werden wiederum Paraphrasen mit „(...) ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussage (...)“ (Mayring, 2010, S.70) zusammengefasst als auch Paraphrasen mit „(...) ähnlichem Gegenstand und verschiedener Aussage (...)“ (Mayring, 2010, S.70) zu einer Paraphrase zusammengefasst (**Z4**). Anschließend sollte nochmals eine Rücküberprüfung der Kategorien hinsichtlich der Fragestellungen erfolgen (Mayring, 2010).

Im Rahmen dessen und aufgrund der großen Menge an Kategorien hielten die Autorinnen es für nötig eine weitere Zusammenfassung durchzuführen. Dabei sind durch die Zusammenfassung von inhaltlich ähnlichen Kategorien, weniger und größere Kategorien entstanden, welche Sub-Kategorien und Sub-Sub-Kategorien enthalten.

4. Resultate

Auf Grundlage der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) wurden die Resultate in Kategorien und zugehörige Subkategorien sowie Sub-Subkategorien zusammengefasst. Dabei werden die Teilnehmer*innen mit den Großbuchstaben „TN“ dargestellt und entsprechend dem zeitlichen Ablauf mit fortlaufenden Zahlen, von 1 bis 9, gekennzeichnet. Zusätzlich wird deren rollenbezogene Perspektive in Klammern angegeben, um dem/der Leser*in einen besseren Einblick zu gewähren. Zitierte Aussagen werden *kursiv* sowie in Anführungszeichen dargelegt. Es findet eine Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Hauptfragestellung und die ergänzenden Leitfragen, sowie eine Einschätzung der Aussagekraft der Analyse mit Hilfe inhaltsanalytischer Gütekriterien statt (Mayring, 2010).

Die erfassten Wünsche und Schwierigkeiten der Eltern und Ergotherapeuten*innen werden auf Mikro-, Meso- und Makroebene (→) dargestellt, um den Theorie-Praxis-Transfer für den/ die Leser*in zu verdeutlichen.

4.1 Setting

Die Therapien finden in den **örtlichen Gegebenheiten** der Ergotherapie in unterschiedlichem Umfeld, wie z.B. Klinik, Ambulanz oder Praxis, statt. Dabei wird von den Ergotherapeuten*innen auf eine ungestörte, ruhige Atmosphäre geachtet, welche für wenig Ablenkung sorgt, da sich Kinder schnell ablenken lassen.

Das Setting (→) der Praxis wird in zwei von sechs Fällen für das Training genutzt und von einem*r Proband*in (TN 3, Ergotherapie) als optimal und gewinnbringend angesehen, da dort alles vorhanden ist und simuliert werden kann. Die häusliche oder auch schulische Integration kann bei Bedarf genutzt werden. Durchgeführt hat es jedoch nur eine von sechs befragten Ergotherapeutinnen, wobei mehrere Ergotherapeuten*innen dies in Erwägung ziehen. Eine Ergotherapeutin begründete dies damit, dass teilweise kein Bedarf für die häusliche Integration bei ihrer Klientin gesehen wurde.

Die Räume und Spiele, sind teilweise kindgerecht, z.B. mit höhenverstellbaren Tischen und Stühlen ausgestattet. Meistens ist die **Ausstattung** jedoch auf Erwachsene ausgelegt. Es gibt häufig verschiedene Räume zur Auswahl, in welchen alltägliche Aufgaben simuliert werden: Therapieküche, Computerraum und/oder Werkraum. Zwei Probandinnen nutzen einen speziellen Befundungsraum für die Myotestungen (→).

Die Einarbeitung und Entwicklung einer **Berufskompetenz** erfolgt meist durch erfahrene Kollegen*innen, da die Inhalte der Ausbildung an der Berufsfachschule, dieses Themengebiet nicht abdecken.

Eine Probandin empfiehlt die Bereitschaft „(...) *sich auf was Neues einzulassen, ähm bisschen Technikaffinität (...)*“ (TN 4, Ergotherapie, Z. 581 ff.), als **Voraussetzung** für die Arbeit im Bereich der Armprothetik.

Deutschlandweit gibt es keine spezifische **Fortbildung** im Bereich der Kinderarmprothetik. Einige Herstellerfirmen bieten jedoch Fortbildungsmöglichkeiten für Therapeuten*innen, zu den Themen Prothesenarten, Therapiegestaltung, aktueller Entwicklungsstand, sowie den Aspekten des interprofessionellen Austausches, an. Eine Probandin beschreibt die Fortbildung des „Assessment of capacity of myoelectric control“ (ACMC), ein schwedisches Befundungsinstrument, als hilfreich, weil „(...) dieser *Test (...)* *einige Augen sag ich mal geöffnet [hat] wo man noch mehr drauf achten muss im Training*“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 492 ff.). Zwei weitere Probandinnen geben ihr therapeutisches Hintergrundwissen, z.B. durch die SI-Fortbildung und/oder die Zertifizierung zur Feinmotorik-Therapeutin, als Empfehlungen an. Die SI-Therapie (→) unterstützt bei der Befundung im Hinblick auf Körpersymmetrie und Körperschema. Dem gegenüber steht, dass eine Herstellerfirma eine Zertifizierung im Umgang mit der Prothese, von Seiten der Therapeuten*innen fordert, um eine qualitativ therapeutische Behandlung für die Klienten*innen zu ermöglichen.

Die Versorgung mit **passiven oder kosmetischen Prothesen** wie z.B. der Patschhand oder Physolino- Babyhand, erfolgt laut Aussage der Teilnehmer*innen bei Kindern ab einem Alter von eineinhalb Jahren zur Gewöhnung und bietet Stützfunktion und Stabilität. Außerdem soll diese auch als Vorbereitung für eine spätere Versorgung mit einer myoelektrischen Prothese dienen.

Die Erfahrungen der Teilnehmer*innen zeigen, dass die Prothese **allgemein** abhängig von der Höhe der fehlenden Gliedmaße(n) und der Art der Fehlbildung ist. Durch eine mögliche Überlänge des mit der Prothese versorgten Arms, kann eine Asymmetrie der Körperverhältnisse entstehen. Es gibt keine Teilhandprothesen für Kinder, da dort z.B. nicht alle Elektroden untergebracht werden können. Verschiedene Aufsätze für die Prothesen ermöglichen feinmotorische Griffe, dies ist z.B. beim E-Greifer oder bei der Hook- Prothese der Fall. Bevor die endgültige Prothese angefertigt ist, wird das Kind mit einer Testprothese, über einen Zeitraum von ein bis zwei Wochen versorgt (TN 3, Ergotherapie; TN 4, Ergotherapie). Eine **mechanische Prothese** wie z.B. die Hook- Prothese, weist im Vergleich zu einer myoelektrischen Prothese aufgrund der fehlenden Elektronik ein geringeres Gewicht auf und ist außerdem schneller und feiner ansteuerbar. So ist sie vielfältig bei feinmotorischen Tätigkeiten einsetzbar, robust, individuell einstellbar und der Umgang einfach erlernbar (TN 1, Ergotherapie). Die Indikation für eine **myoelektrische Prothese** wird ab dem Alter von zwei bis zweieinhalb Lebensjahren empfohlen. Teilnehmerin 4 fragt sich, „*warum soll man erst warten, dass man sich eine Skoliose heranzüchtet, weil man immer mit dem verkürzten Arm in der Körpermitte arbeitet, wenn man das auch vermeiden kann?*“ (Ergotherapie, Z. 285 ff.).

Die Anwendung der myoelektrischen Prothese ist durch ihr hohes Gewicht erschwert, während gleichzeitig die Ansteuerung von speziell kleinen Bewegungen über die Elektroden erleichtert wird.

Typische **Krankheitsbilder** für die Indikation einer funktionellen Armprothese sind nach Aussagen der Teilnehmer*innen Dysmelien, Amputationen oder Tumore. Was eine Teilnehmerin mit der Aussage: „*Also in den allermeisten Fällen aufgrund einer angeborenen Fehlbildung – sehr selten wegen Amputation*“ (TN 4, Ergotherapie, Z. 19 ff.) konkretisiert.

4.1.1 Wünsche bezüglich Setting und Prothesen

Eine Teilnehmerin äußerte den **Wunsch** auf Mikroebene (→), dass sich andere Therapeuten*innen gegenüber dem Prothesentraining öffnen sollten. Sie sollten versuchen durch bereits vorhandene Fortbildungen von den Erfahrungswerten anderer zu profitieren anstatt im Rahmen der Behandlung „*Dinge einfach selber [zu] probieren*“ (TN 4, Ergotherapie, Z. 577 ff.).

Eine Therapeutin empfiehlt auf Mesoebene (→) im Rahmen der Praxis die Behandlung gemäß der sensomotorisch perceptiven Heilmittelverordnung auszurichten, da somit mehr Zeit für die Behandlung zur Verfügung steht (TN 7, Ergotherapie).

Auf Makroebene (→) äußerte eine Ergotherapeutin den Wunsch nach Abschaffung der Budgetierung bei Erkrankungen mit indizierter Prothesenversorgung. Sie wünscht sich außerdem eine Änderung der Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem, da sie als Ergotherapeutin dann mehr Möglichkeiten und Zeit zur Verfügung hätte, um die interprofessionelle Zusammenarbeit intensiver einzubringen (TN 7, Ergotherapie). Auch in der ergotherapeutischen Ausbildung sollte das Thema der Prothesenversorgung mehr fokussiert werden (TN 5, Ergotherapie).

Zwei Elternteile äußern vielseitige Wünsche bezüglich der Prothesen. Eine Mutter erachtet es als notwendig, dass Optimierungen an der Technik der Prothese vorgenommen werden, „*(...) die Technik an sich muss optimiert werden*“ (TN 6, Eltern, Z. 768), um dem Kind den Alltagstransfer mit der Prothese ermöglichen zu können. Die gewünschten Optimierungen beziehen sich unter anderem auf die Verbesserung der selektiven Fingerbewegungen, das zu hohe Gewicht sowie die verzögerten und langsamen Bewegungsabläufe der Prothesen (TN 6, Eltern; TN 8, Eltern).

4.2 Ablauf der Therapie

4.2.1 Therapiezeit

Die Probanden*innen geben an, dass die **Gesamtdauer** der ergotherapeutischen Intervention in der **Klinik** abhängig von dem Ausmaß der Fehlbildung beziehungsweise dem Amputationslevel ist. Bei einer Fehlbildung des Unterarms beträgt die Therapiezeit ca. drei bis vier Wochen. Hierbei gilt: je proximaler sie ausgeprägt ist, desto länger erstreckt sich die Therapiezeit. Dies kann insgesamt über eine Zeit von fünf bis sechs Wochen dauern (TN 4, Ergotherapie).

Die Gesamtdauer der Therapiezeit gestaltet sich im Setting (→) der **Praxis** variabel. Eine Möglichkeit ist die Einteilung über mehrere Blöcke, mit zwischenzeitlichen Unterbrechungen die als Übungsphasen genutzt werden. Diese Therapiepausen können Transitionsvorgänge, wie z.B. den Übergang in die Schule unterstützen und darauf aufbauend zur Festlegung neuer Ziele dienen. Die Gesamtdauer unterscheidet sich bei den Probandinnen zwischen acht Monaten und dreieinhalb Jahren.

Die **Therapieeinheiten** innerhalb der **Klinik** liegen zeitlich zwischen zehn Minuten und vier Stunden am Tag. Denn „(...) *bei Kindern muss man natürlich mehr Flexibilität mitbringen als bei Erwachsenen, weil da die Ausdauer am Anfang nicht da ist*“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 326 ff.). Weiterhin ist die zeitliche Gestaltung der Therapieeinheiten abhängig von der interprofessionellen Zusammenarbeit und den anfallenden ergotherapeutischen Aufgaben.

Auch die Therapieeinheiten in der **Praxis** werden flexibel gestaltet. Je nach Rezeptausstellung haben die Ergotherapeuten*innen zwischen 30 und 45 Minuten Zeit pro Einheit. Eine Ergotherapeutin (TN 3) gestaltet die Therapie im 14-tägigen Rhythmus, wobei eine Doppeleinheit Ergotherapie in der darauffolgenden Woche durch selbstständiges Alltagstraining ersetzt wird.

Die Dauer der Therapie ist laut Aussagen abhängig von verschiedenen **Einflussfaktoren**, wie zum Beispiel der Anzahl benötigter Testschäfte, Volumenschwankungen des Stumpfes bei Amputationen, der Belastbarkeit des Stumpfes oder auch der Genehmigung der Krankenkasse. Zusätzliche **Unterbrechungen** der Therapie entstehen aufgrund von **Komplikationen** wie Druck oder Schmerzen, was eine neue Anpassung des Schaftes erforderlich macht.

Die **Wünsche bezüglich der Therapiezeit** der Ergotherapeutinnen auf Mikroebene (→), belaufen sich unter anderem auf die Therapiefrequenz und -zeit. Eine Ergotherapeutin äußert, dass sie zehn Einheiten Therapie als zu gering empfindet und sich wünscht, dass so viel Zeit wie nötig zur Verfügung gestellt wird. Eine individuelle Einteilung und Anpassung der Zeit an den/ die Klienten*in und dessen/ deren Fortschritt erachtet sie als sinnvoll.

Optimalerweise würde sie sich innerhalb einer zweistündigen Therapie eine halbe Stunde Zeit für ein Elterngespräch wünschen (TN 1, Ergotherapie). Eine weitere Ergotherapeutin erachtet 30 Minuten Therapiezeit als zu gering, weshalb die Indikation der Heilmittelverordnung und somit auch die Therapiezeit auf 45 Minuten geändert wurde. Dadurch kann das Kind im Rahmen der länger zur Verfügung stehenden Zeit, ganzheitlich betrachtet werden: „(...) und für mich stehen hier die Kinder immer als Ganzes im Fokus und es ist meistens so, dass ich nicht nur ein Prothesentraining, (...) sondern auch andere Dinge nochmal mit bearbeite“ (TN 7, Ergotherapie, Z. 91 ff.). Ein Elternteil äußert, dass eine ergotherapeutische Behandlung, welche lediglich einmal pro Woche stattfindet, nicht ausreichend ist (TN 8, Eltern).

4.2.2 Stufenmodell

Der Therapieablauf orientiert sich an einem **Stufenmodell** (TN 4 und TN 5) mit drei aufeinander aufbauenden Trainingsphasen und einem spielerischen Ansatz. Dabei ist es wichtig, dass die einzelnen Stufen mit einer Zuverlässigkeit von 90 bis 100% abgeschlossen werden (TN 5, Ergotherapie), bevor mit der darauffolgenden begonnen werden kann.

Die **erste Stufe** („*Control Training*“) hat zum Ziel die Funktion des Greifens zu erlernen bzw. Erfahrungen im Umgang und Gebrauch der Prothese zu sammeln. „*Wir nennen es immer gerne Trockenschwimmen. Also eine [Therapeutin] macht mit der Hand vor und das Kind macht nach*“ (TN 4, Ergotherapie, Z. 213 f.). Innerhalb der Stufe wird je nach Amputationslevel der Schwierigkeitsgrad von distal (Handgelenk) nach proximal (Schultergelenk) erhöht. Wichtig in dieser Phase ist zudem das An- und Ausziehen der Prothese zu trainieren. Zusammenfassend beinhaltet diese Phase ein Funktionstraining ohne Medien.

Speziell bei Kindern, wird der ersten Stufe eine deutlich geringere Bedeutung zugesprochen und zügiger mit der zweiten Stufe begonnen „(...) weil die wirklich mehr lernen wenn das Gehirn sieht okay ich greife danach, oder die Augen entsprechend der visuellen Wahrnehmung das Feedback bekommen, dass sie was greifen“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 447 ff.). Zusätzlich hält dies aus Erfahrung der Teilnehmer*innen die Motivation der Kinder aufrecht.

Die **zweite Stufe** „*petitive Strings*“ fokussiert den Objektgebrauch und die Variation der Objektgröße, um zu lernen die Griffkraft individuell anzupassen. Das Ergreifen einfacher Gegenstände wird hier wiederholt trainiert. Außerdem bildet diese Stufe die sogenannte höhere Phase der Anforderung und dauert bis zum Übergang in die dritte Phase des Prothesentrainings an.

Im Rahmen der **dritten Stufe** findet das „*ADL Training*“ (→) statt, wie zum Beispiel der Umgang mit Messer und Gabel oder das Einschenken und Festhalten eines Glases. Das Alltagstraining variiert je nach Alter des Kindes. Da im klinischen Setting (→) meist keine heimatnahe Versorgung möglich ist, gestaltet es sich dabei schwierig in die Tiefe zu gehen.

Das Therapievorgehen der dritten Stufe wird zusätzlich durch das „*physical training*“ begleitet, wobei es sich um die Trainingsphase der körperlichen Aktivität handelt, welche durch Materialien und Medien, wie zum Beispiel das Trampolin, ergänzt wird.

4.2.3 Abschluss und Weiterbehandlung

Wie auch in den Therapiezeiten zeigt sich eine flexible Gestaltung des **Abschlusses und/ oder der Weiterbehandlung**. Die Weiterbehandlung ist abhängig von der Unterstützung der Eltern, wobei es wichtig ist, dass die Eltern ihr Kind weiterhin im Prothesengebrauch fördern. Es ist möglich die ergotherapeutische Intervention nach der Versorgung mit der Prothese im klinischen Setting (→) zu beenden (TN 5, Ergotherapie). Im Setting (→) der Praxis wurde die Therapie beispielsweise beendet, weil keine Alltagsprobleme mehr bestanden (TN 3, Ergotherapie).

Teilnehmerin 9 erzählt aus der Sicht der Mutter, dass es viele Dinge sind, die man bei einem Kind mit nur einer Hand dauerhaft berücksichtigen muss. Beim Abschluss der Behandlung waren sich jedoch alle Beteiligten (Kindergarten, Eltern, Therapeuten*innen) einig, dass der Erfolg erreicht worden ist und die Therapie abgeschlossen werden konnte. Sie bestätigt auch, dass sie die Unterstützung der Ergotherapie nochmal nutzen würde, sobald Zeit dafür ist.

4.3 Therapieinhalte

4.3.1 Kontaktaufnahme

Die **Kontaktaufnahme** erfolgt meistens per Telefon, manchmal durch den persönlichen Kontakt in der Praxis/ der Ambulanz, oder via E-Mail über die Administration. Bei letzterem geht es um die Datenaufnahme, Terminvereinbarung und den Austausch von Fotos, um vorab einen ersten Eindruck über die aktuelle Situation des Kindes zu erhalten. Teilweise treten die Sanitätshäuser oder Orthopädietechniker*innen an die Kliniken oder Praxen heran und erfragen Unterstützung in der Versorgung eines/ einer Klienten*in, sodass auf diesem Weg der Kontakt vermittelt wird. Gründe für eine Kontaktaufnahme können laut der Interviewteilnehmerin 2 (Ergotherapie) Verbesserungswünsche des Kindes und/ oder der Eltern im Alltag sein.

Es wird geschildert, dass das Schaffen einer angenehmen Atmosphäre während des **Erstkontaktes** hilfreich sein kann. Der/ die Therapeut*in begibt sich auf Augenhöhe mit dem Kind, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. „(...) *Weil die Kinder ja oft auch dann [nach der Diagnostikphase bei diversen Ärzten] so eingeschüchtert sind und dann merken, ich bin niemand der schon wieder Blut abnehmen möchte wie das bei all den anderen Ärzten bisher vorher war (...)*“ (TN 4, Ergotherapie, Z. 201 ff.).

Als Medien können innerhalb des Erstkontaktes beispielsweise Luftballons zum Einsatz kommen „(...) *um dann möglichst schnell das Eis brechen zu lassen* (...)“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 147).

In Bezug auf die Kontaktaufnahme berichten die Eltern von der Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit. So wurde eine Familie durch den Kindergarten und eine andere durch die Empfehlung des/ der Orthopädietechnikers*in auf die Ergotherapie aufmerksam und entsprechend weitervermittelt. Die Eigeninitiative der Eltern durch bewusstes Nachfragen oder selbstständiges Suchen einer ergotherapeutischen Praxis nach der Empfehlung, wird durch Teilnehmerin 9 hervorgehoben, denn. „(...) *das haben wir uns mit der Ergotherapie alles selber ausgesucht*“ (Eltern, Z. 320 ff.).

Als Gründe für eine Neuversorgung und einer damit einhergehenden **erneuten Kontaktaufnahme** wurden Transitionsphasen z.B. der Übergang vom Kindergarten in die Schule, neue Hobbys oder Wachstum des Kindes, weshalb eine neue Armprothese angepasst werden muss, beschrieben (TN 1, Ergotherapie).

4.3.2 Befunderhebung

Der **Schwerpunkt** der **Befunderhebung** liegt auf dem Sammeln von Informationen, welche dem/ der Therapeut*in einen ersten Eindruck vermitteln. Ein wichtiger Bestandteil der Befunderhebung sind Fragen zur allgemeinen Prothesenversorgung, den Ursachen und der damit verbundenen Zielsetzung.

Die Teilnehmer*innen strukturieren den **Ablauf und die Inhalte** ihrer Befunderhebung individuell. Teilweise werden sie von vorgegebenen Strukturen der jeweiligen Institution beeinflusst. Es werden keine spezifischen Befundungsinstrumente genutzt, um die Betätigungsanliegen der Kinder zu identifizieren. Vielmehr basiert die Befunderhebung im Sinne einer Performanzanalyse auf freien Beobachtungen von alltagsrelevanten Aspekten wie z.B. dem Anziehen, der Nahrungsaufnahme oder schulischen Faktoren, wobei die Stärken und Schwächen des Kindes analysiert werden. Je nach Alter des Kindes ist es möglich, dieses selbst nach Schwierigkeiten und Verbesserungswünschen zu fragen. Darüber hinaus wird über spielerische Aspekte versucht, die Vorlieben des Kindes ausfindig zu machen.

Vereinzelt berichten die Teilnehmer*innen von vorhanden Befundbögen oder einem gedanklichen Leitfaden mit zielleitenden Fragen aus den verschiedenen Betätigungsbereichen, welche sie bei der Befunderhebung unterstützten. Übereinstimmend geben die Teilnehmer*innen an, dass Gespräche mit den Eltern die Grundlage der Befunderhebung bilden und zum Erhalt von Informationen dienen.

Vor allem im klinischen Setting (→) wird von den entsprechenden Teilnehmerinnen die gemeinsame Befunderhebung mit Orthopädietechnikern*innen als wichtig erachtet: „(...) *im Grunde finde ich ist das schon ein gutes Vorgehen, dass man da als Team dasteht und sich das gut so teilt*“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 282 ff.). Dabei fokussiert der/ die Ergotherapeut*in die Anamnese mit Merkmalen wie der Sensibilität etc. während der/die Orthopädietechniker*in eher die Versorgungskomponenten der Armprothese hervorhebt. Insgesamt kann die Befunderhebung zwischen 45 und 90 Minuten dauern.

Ein Elternteil nimmt innerhalb der Befunderhebung wahr, dass der/ die Ergotherapeut*in versucht, auf aktuelle Anliegen des Kindes und der Familie einzugehen.

Die Befunderhebung wird als **Herausforderung** erlebt, da Testverfahren bei Kindern aufgrund von mangelnden Materialien in der passenden Größe und einer Standardisierung für hauptsächlich erwachsenen Klienten, oft nicht umsetzbar sind. Außerdem ist die Befunderhebung von der Erkrankung des Kindes sowie dem Ausmaß der fehlenden Gliedmaßen abhängig. Auch das Alter des Kindes spielt eine wichtige Rolle, da die Kinder oft noch sehr klein sind.

4.3.3 Ergotherapeutisches Modell

Es wird nach keinem bestimmten **Inhaltsmodell- oder Prozessmodell** gearbeitet. In den meisten Fällen waren diese nicht bekannt und die Interviewfrage bedurfte einer zusätzlichen Erklärung in der Befragung.

Bezüglich der Verwendung von Assessments gab nur eine Teilnehmerin an, „(...) *da nutzen wir verschiedene Tests aber auch eher bei Erwachsenen muss ich zugeben. Bei Kindern vielleicht im Training mal eingebaut, also das eine ist der Box-and-Blocks-Test (...) und dann haben wir noch den Klammerbaum, der heißt Clothespin-Relocation-Test*“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 191 ff.). Diese können zur Evaluation (→) dienen, um Veränderungen von Beginn bis zum Ende der Rehabilitation oder nach einer Neuversorgung mit einer Armprothese deutlich zu machen.

4.3.4 Zielformulierung

Einstimmig beziehen die Therapeuten*innen die Eltern aktiv und dauerhaft in die **Zielformulierung** mit ein, da die betreffenden Kinder aufgrund des jungen Alters Ziele in der Regel noch nicht selbst formulieren können. Demgegenüber steht die Aussage einer Mutter, dass sie in die **Zielsetzung** nicht mit einbezogen wurde, da die Ziele ausschließlich von dem/ der Ergotherapeuten*in festgelegt wurden.

Laut Aussage einer Teilnehmerin ist es gerade bei Kindern wichtig, die Zielsetzung nicht zu hoch anzugehen, um eine Überforderung zu vermeiden: „(...) gerade bei Kindern ist es wirklich so, man muss sich da etwas zurücknehmen was die Zielsetzung angeht. Gerade am Anfang sollte man sie nicht überfordern (...)“ (TN 2, Ergotherapie, Z. 261 ff.). Außerdem müssen die Ziele an die Art der Prothese sowie die Ziele der Krankenkasse angepasst werden: „(...) das [Bedienen der Prothese, An- und Ausziehen sowie Reinigen dieser] ist auch immer das Ziel, einfach auch das es übernommen wird von der Krankenkasse“ (TN 1, Ergotherapie, Z.428 ff.). Darüber hinaus wird kritisch betrachtet, ob die Zielerreichung aus therapeutischer Sicht realisierbar ist und im Sinne der Re-Evaluation kontinuierlich angepasst werden kann.

Innerhalb der Intervention ist eine alltagsorientierte, klientenzentrierte (→) Zielsetzung sowie die Wahrnehmung von Problematiken im **Alltag** des Kindes durch den/ die Therapeuten*in von Bedeutung. Die Betätigungsanliegen sind dabei in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit gleichermaßen verteilt. Durch die Teilnehmer*innen benannte Ziele sind zum Beispiel der Gebrauch von Messer und Gabel, das Basteln, den Schulranzen anzuziehen, sowie die Teilhabe und Gleichstellung der Kinder im Kindergarten oder der Schule zu erhöhen. Auch das selbstständige Durchführen von Alltagsaktivitäten soll gestärkt werden. Von den Eltern wird das Erreichen der Selbstständigkeit besonders hervorgehoben. Diesbezüglich berichtet eine Mutter, dass das gemeinsame Ziel der Ergotherapeuten*innen und der Eltern darauf basiert, dass das Kind so viel Selbstständigkeit wie möglich erlangt (TN 9, Eltern). Einer weiteren Mutter ist die Selbstständigkeit des Kindes ebenfalls sehr wichtig und dass ihr Kind „(...) gefördert wird - zum selbstständigen Handeln(..) Das ist - das was wir halt natürlich erzielen möchten, dass sie nicht immer auf fremde Hilfe angewiesen ist – ne“ (TN 8, Eltern, Z.29 ff.).

Dem Vorausgesetzt ist jedoch, als Basis für die Therapie, die Akzeptanz der Prothese durch das Kind: „(...) das ist oft am Anfang ein bisschen schwierig – bis dann die Akzeptanz halt da ist, dass ist das Wichtigste, dass man das so schafft, die Akzeptanz zu – erreichen“ (TN 2, Ergotherapie, Z.21 ff.). Außerdem berichtet eine Teilnehmerin ausführlich über die Betätigungsanliegen ihres Kindes, welche sich sowohl im Bereich der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit widerspiegeln. Im Bereich der Selbstversorgung werden Anliegen wie das „Socken anziehen“ und das „Schuhe binden“ als Betätigungsanliegen genannt. Das Ausführen von bimanuellen Tätigkeiten, die Bedienung der Prothese sowie das An- und Ausziehen und Reinigen dieser, sind dabei essentielle Themen. Im Bereich der Produktivität stellt das „Bleistift spitzen“ oder „Papier schneiden“ Betätigungsanliegen dar und in der Freizeit kommt es zu Schwierigkeiten bei dem Spielen mit einem Aufziehkreisel, was zur Verärgerung des Kindes führt: „(...) so Aufziehkreisel und - das fuchst ihn halt dass er das halt nicht kann“ (TN6, Eltern, Z. 427).

Bezüglich der Zielsetzung nimmt auch die **Funktionalität** einen Stellenwert ein. Dies entspricht auch der ersten Phase des Stufenmodells („control training“) (siehe Kap. 4.2.2), in welcher die reine Funktion des Greifens sowie die Erfahrungsbildung im Umgang und Gebrauch mit der Prothese im Mittelpunkt der Therapie steht. Hiermit soll die Frustration der Kinder vermieden werden (TN 8, Eltern). Das Körperschema und die Körpersymmetrie sollen nach Teilnehmerin 2 (Ergotherapie) nicht außer Acht gelassen werden, denn aufgrund des hohen Gewichts der Prothese können sich diese stark verändern.

Häufig sind die Erwartungen und Zielsetzungen im Bereich der Armprothetik zu hoch, v.a. die Eltern haben eine zu große Erwartung an die Prothese und deren Funktion, sodass es zu **Schwierigkeiten** in der Zielsetzung und Zielerreichung kommen kann. Letzteres wird außerdem durch den Nichtgebrauch der Prothese im Alltag erschwert.

4.3.5 Ergotherapeutische Methodik

Der Aufbau einer angemessenen therapeutischen Beziehung zum Kind wird von den Teilnehmern*innen als **Kernpunkt** gesehen und ist wichtig, um Vertrauen zu fördern und die Notwendigkeit der Anwesenheit der Eltern in der Therapie zu minimieren. Auch das Schaffen einer Akzeptanz der Armprothese seitens des Kindes und das Aufzeigen der Funktionsunterschiede zu einer normalen, menschlichen Hand, ist wesentlich für eine erfolgreiche Therapie. Sollte es zu Komplikation aufgrund von Problemen in der Anpassung der Prothese kommen, ist es möglich, die Therapie bereits ohne Prothese zu starten, um keine wertvolle Zeit zu verlieren und das Kind vorab besser auf die Prothese vorzubereiten (TN 5, Ergotherapie). Zusätzlich spielt die Motivation des Kindes eine entscheidende Rolle. Laut Aussage der Teilnehmer*innen kann durch das Ansetzen an den Betätigungswünschen des Kindes bei **Schwierigkeiten** die Motivation aufrechterhalten werden (TN 2, Ergotherapie).

Es sollte beachtet werden, dass es für Kinder zu Beginn eine hohe Konzentration bedarf, die Prothese anzusteuern. Aufgrund einer zusätzlich geringeren Ausdauer, als beispielsweise bei einem Erwachsenen, ist es von Bedeutung, den Kindern Pausen während der Therapie oder auch Betätigungen (→) ohne die Verwendung der Prothese zu gewährleisten. „(...) [Ein] Kind macht selbstständig Pausen, da muss man gar nicht[s] sagen (...), sondern es legt es [die Prothese] einfach ab, wenn es nicht mehr kann. Das macht ein Kind intuitiv (...)“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 698 ff.). Auch das Thema Geduld wird allgemein als vorhandene Schwierigkeit von den Eltern angesprochen: „ (...) da ist er [der Sohn] mit seinen acht Jahren noch nicht in einem Alter - um für solche [feinmotorischen] Sachen [wie Socken anziehen] einfach die Geduld aufzubringen“ (TN 6, Eltern, Z. 511 ff.). Laut Aussage der Eltern sind speziell feinmotorische Aktivitäten und solche, die bimanuelle Fähigkeiten voraussetzen, für die Kinder schwierig. „ (...) Das sind so Sachen wo sie sich ein bisschen schwertut. Genau dieses feinmotorische[n Tätigkeiten] (...) wo sie wirklich beide Hände auch braucht“ (TN 8, Eltern, Z. 441 ff.).

Innerhalb des Behandlungsplans greifen die Therapeuten*innen auf **Adaptionen** zurück. Bezogen auf das Stufenmodell (siehe Kap. 4.2.2) ist dies immer dann der Fall, „(...) *wenn das Kind nicht in der Lage ist zum Beispiel eine Zuverlässigkeit von 90 bis 100 Prozent zu erreichen, um die nächste Stufe zu erreichen. [Dann] müssen wir eben gemeinsam im Team versuchen herauszufinden woran das liegt und schauen, was verändert werden kann (...)*“ (TN 4, Ergotherapie, Z. 218 ff.). Im Sinne der Adaption kann eine Aufgabe dahingehend erleichtert werden, wenn dem Kind mehr Unterstützungsfläche geboten wird. Um die Anforderung zu erhöhen, können weitere Komponenten wie z.B. Gleichgewicht oder Reaktion („physical training“) (vgl. Kap. 4.2.2, Stufenmodell) in die Aufgabe integriert werden.

Bei den interviewten Ergotherapeutinnen steht das Kind im Mittelpunkt der Therapie, sie gehen auf die Wünsche und Ziele des Kindes und der Eltern ein. Besonderen Stellenwert haben die Bedürfnisse und (Alltags-) Schwierigkeiten des Kindes bezogen, sodass eine individuelle und **klientenzentrierte** (→) Therapie stattfindet. Dies wird ebenfalls von einer Mutter beschrieben, die wahrnimmt, dass die Therapeutin versucht auf aktuelle Anliegen des Kindes und der Familie einzugehen. Dabei werden die Ideen und Vorschläge der Kinder berücksichtigt und je nach Möglichkeit umgesetzt. Die Kinder werden außerdem in die Therapiegestaltung mit einbezogen, indem eine Auswahl an Spielmaterialien zur Verfügung gestellt wird aus denen das Kind entsprechend seiner/ ihrer Interessen auswählen kann. „(...) *Oder eben Gegenstände vom Kind selbst, irgendwelche Spielzeuge die das Kind [zur Therapie] mitbringt. Da bitte ich auch immer drum, dass die Eltern irgendwas, was das Kind mag (...) dabeihaben (...)*“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 108 ff.).

Fortschritte innerhalb der Therapie werden durch den/ die Therapeuten*in **dokumentiert**. Zusätzlich berichtet eine Teilnehmerin davon, dass zum Abschluss der Behandlung verschiedene Bewegungsabläufe, sowie die Durchführung von Betätigungen (→) als Nachweis für die Krankenkasse, per Video dokumentiert werden. Laut Aussage der Teilnehmerin 5 (Ergotherapie), gibt es dabei keine Vorgaben von der Krankenkasse, was gefilmt wird. Außerdem wurde sowohl von den Aussagen der Ergotherapeutinnen als auch von den Eltern deutlich, dass ein Arztbericht verfasst wird. Der Arztbericht ermöglicht die Fortführung der Therapie, ohne dass es zu Schwierigkeiten bei der Ausstellung der Verordnung kommt.

4.3.6 Therapiemaßnahmen

Die **Prothesenberatung** ist vor allem im klinischen Setting (→) Bestandteil der Ergotherapie. Es wird deutlich, dass diese optimalerweise vor der Prothesenversorgung selbst, oder im Rahmen des Erstkontaktes stattfindet. Alle beteiligten Professionen sollten sich gemeinsam mit den Eltern und dem Kind zur Beratung und Auswahl der passenden Prothese zusammensetzen. Außerdem ist es wichtig, über die Funktion der Armprothese aufzuklären, „(...) *dass man im Vorfeld abklärt was wird die Prothese können, dass die Erwartungen einfach nicht so hoch sind (...)*“ (TN 2, Ergotherapie, Z. 75 ff.).

Eine Teilnehmerin beschreibt als mögliche Vorgehensweise der Prothesenberatung zuerst nach dem gewünschten Nutzen zu fragen, dann verschiedene Prothesenarten vorzustellen und erst im Anschluss die Wahl für eine Prothese zu treffen. Die nachfolgende Therapie wird auf die erhaltenen Informationen aus der Prothesenberatung abgestimmt.

Einheitlich wird von den Teilnehmerinnen geschildert, dass vor allem eine **funktionelle Therapie** durchgeführt wird. Dabei sind zentrale Themen das Kontrollieren der Armprothese sowie das adäquate Ansteuern der Elektroden, um unterschiedliche Bewegungsoptionen wie Öffnen, Schließen, Pro- und Supination, sowie selektive Fingerbewegungen zu ermöglichen. Auch das Greifen und Transportieren von Gegenständen sowie die Förderung von Kraft, Koordination und Geschicklichkeit sind ein fester Bestandteil des funktionellen Trainings. Eine Teilnehmerin beschreibt: *„(...) für uns ist es mehr oder weniger ein Führerschein den man mitgibt für die Prothese (...)“* (TN 4, Ergotherapie, Z.63 ff.). Der Einsatz von funktionellen Spielen wie zum Beispiel Solitär zielt darauf ab, die Ausdauer, durch die immer gleichen Bewegungen, zu trainieren. Aspekte von Affolter (→) können ggf. eingesetzt werden, um dem Kind Sicherheit zu vermitteln. Außerhalb des eigentlichen Aufgabengebietes des/ der Ergotherapeuten*in werden zudem im Rahmen der funktionellen Therapie sogenannte „Myotests“ (→) durchgeführt, bei welchen es darum geht *„(...) abzutesten ob jemand in der Lage ist eine myoelektrische Prothese zu steuern und falls ja, wo diese Elektroden idealerweise platziert werden [müssten]“* (TN 4, Ergotherapie, Z. 109 ff.).

Außerdem ist es wichtig, den Stumpf regelmäßig zu kontrollieren und bei Volumenschwankungen, welche nach einer Amputation möglich sind, zunächst eine Kompressionstherapie durchzuführen. Auch bei (Phantom-) Schmerzen sind die Therapeuten*innen gefragt.

Die Förderung von alltagspraktischen Aspekten, wie den **Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)** (→), werden meist langsam in die Therapie integriert. Dabei richtet sich die Gestaltung der Therapie nach den Alltagsgewohnheiten der Kinder. Dies kann ein Wasch- und Anziehtraining, das Trainieren von bimanuellen Fähigkeiten für den Umgang mit Messer und Gabel, sowie schulische Aspekte wie das Schulranzen packen oder Anziehen des Schulranzens beinhalten. Weitere alltagsrelevante Therapieinhalte im Rahmen des ADL-Trainings (→) können die Stifthalterung, das Aufeinander stecken von Bauklötzen, das An- und Ausziehen einer Jacke oder das Aufschrauben einer Flasche sein. Dazu werden spezifische Grifffolgen der myoelektrischen Prothese während der Durchführung von Alltagsaktivitäten programmiert. Die Aussage eines Elternteils bestätigt, dass sich die Therapieinhalte am Alltag des Kindes orientieren, wie z.B. das Aufheben von kleinen Dingen, da dem Kind diese Herausforderung *„(...) im Alltag ja immer wieder [begegnet]“* (TN 6, Eltern, Z. 470).

Ergotherapeutische Maßnahmen, die zusätzlich den Alltagstransfer fördern, sind Tipps zum Handling, Hausaufgaben, Übungen, Trainingsvideos, oder Fotos, sowie die Elternaufklärung oder -beratung. Auch die Vermittlung von einer Klinik zu niedergelassenen/ambulanten Therapeuten*innen und die damit verbundene Weiterbehandlung unterstützt den Alltagstransfer. Angebot einer häuslichen Integration, oder eines Schulbesuches hat keine der befragten Teilnehmerinnen genutzt. Die Eltern beschreiben, dass sehr viel Übungsspielraum im Alltag genutzt werden kann.

Als wichtige Faktoren im Rahmen des Prothesentrainings, speziell bei Kindern, werden die **spielerische** Gestaltung, das Arbeiten mit Wiederholungen sowie vertrauten Materialien genannt: „(...) es wird dann immer so gemacht, dass halt auch eine Wiederholung da ist. Wovon ich abraten kann ist wirklich immer wieder was Neues an[zu]bieten, die [Materialien] müssen vertraut sein (...)“ (TN 1, Ergotherapie, Z. 255 ff.). Generell wird die Prothesehand dabei als Haltehand eingesetzt. Dies wird ebenfalls von den Eltern bestätigt, z.B. beim Schneiden und Festhalten von Papier (TN 9, Eltern). Eine Teilnehmerin berichtet, dass vieles spielerisch gestaltet wurde und dabei Spiele, Kreativmaterial, Bauklötze oder Lego innerhalb der Therapie zum Einsatz kamen (TN 6, TN 9, Eltern). Eine interviewte Therapeutin hebt bezüglich der Integration der Eltern in die Behandlung hervor, „(...) [wir] versuchen die [Eltern] auch zu integrieren indem sie halt mit den Kindern diese Spiele ausführen“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 346 ff.)

Auch die **Hilfsmittelberatung/-versorgung** sowie das Erstellen von Hilfsmitteln wie zum Beispiel Essriemchen, um den Umgang mit Messer und Gabel zu erleichtern, sind ein Bestandteil der Therapie. Dazu zählt auch die Adaption von persönlichen Alltagsgegenständen, um einen adäquaten Einsatz zu ermöglichen. Als Ziel der Hilfsmittelversorgung wurde angegeben, dass es wichtig ist, den Kindern auch die Partizipation ohne Prothese zu ermöglichen, um eine Abhängigkeit von der Prothese zu vermeiden. In Bezug auf die Hilfsmittelberatung berichtet eine Teilnehmerin, dass ihr Kind mit Hilfsmitteln als Kompensationsmittel versorgt wurde und der/ die behandelnde Ergotherapeut*in auch eine Hilfsmittelberatung durchgeführt hat (TN 6, Eltern). Ihr Kind hat außerdem die Möglichkeit diverse Hilfsmittel zu verwenden, wie z.B. ein Einhänderbrett, einen elektrischen Spitzer oder Silikonschnürsenkel, „(...) um die Schleife zu ersetzen - dass er dann halt auch jeden Schuh tragen kann den er möchte ohne eine Schleife zu binden“ (TN 6, Eltern, Z.344-347 ff.). Zusätzlich hat die Familie einige Hilfsmittel selbst entworfen, die das Kind z.B. beim Papier schneiden unterstützt (TN 6, Eltern). Eine weitere Mutter beschreibt, dass ihr Kind ein Brett zum Brot schmieren sowie eine rutschfeste Unterlage für den Halt des Geschirrs beim Essen besitzt. Beide werden mittlerweile vom Kind nicht mehr genutzt (TN 8, Eltern).

Der Bedarf einer (schulischen) **Umfeldberatung** ist sehr individuell und kann durch Faktoren wie z.B. die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Kompetenzen der einzelnen Professionen im Umgang mit dem Kind beeinflusst werden. Im Rahmen der Umfeldberatung, am Beispiel Schule, schaut sich der/ die Ergotherapeut*in das komplette Setting (→) sowie den Arbeitsplatz des Kindes an und überprüft Aspekte wie die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, den Sitzplatz des Kindes und Positionierung der Schulbegleitung zum Kind. In Bezug auf die Umfeldberatung und der damit verbundenen Kostenübernahme werden **Wünsche bezüglich der Umfeldberatung** benannt.

„(...) Was schön wäre, wenn sich das ändert, dass Ergotherapeuten auch mehr die Möglichkeit haben zum Beispiel eine Umfeldberatung zu machen. Ich mache das manchmal, dass ich mal in einer Rezeptsequenz in die Schule oder auch nach Hause fahre. Aber das kann man ja letztendlich nur einmal abrechnen. Deswegen ist es eher so, ... dass die Kinder zu mir kommen“ (TN 7, Ergotherapie, Z. 149 ff.).

Ein weiterer wichtiger Aspekt innerhalb der Therapie ist die **Prävention** von Fehlhaltungen und Fehlbelastungen. Diesem gilt es kontinuierlich nachzukommen.

Zusätzlich findet die **Elternberatung** im Rahmen der Therapie ihren berechtigten Platz. Näheres hierzu ist innerhalb des Kapitels 4.3.9, Zusammenarbeit mit den Eltern in der Therapie, beschrieben.

4.3.7 Therapiemittel/-medien

Bei der **Auswahl von Therapiematerialien** spielen verschiedene Faktoren eine Rolle. Zum einen ist es entscheidend, in welcher Stufe des Trainings sich das Kind befindet. Spiele (Therapiematerialien) werden erst ab der zweiten Phase („petitive strings“) eingesetzt. Zum anderen entscheidet das Therapieziel über die entsprechenden Mittel. So werden funktionelle Spiele genutzt, um bimanuelle Fertigkeiten zu fördern (TN 4, Ergotherapie). Generell bezieht der/ die Ergotherapeut*in automatisch verschiedene Materialien in die Therapie mit ein, um dem Kind die Inhalte (spielerisch) zu vermitteln. Dabei ist es bei der Auswahl von Therapiematerialien wichtig, dass diese in die Öffnungsweite der Kinderprothese passen. Eigene Spielsachen oder Dinge der Kinder in die Therapie zu integrieren ermöglicht am besten, das Eingehen auf die Betätigungswünsche.

Im Bereich des **Spiels** werden unterschiedliche **Therapiematerialien** verwendet. Als angeführte Beispiel der interviewten Teilnehmerinnen sind Bauklötze, Puppen, Spielzeugautos, Bälle, Schubkarren, Schaukelpferde, Klammern, Tücher, Trommel etc. sowie diverse Steck- und Fadenspiele zu benennen. Dabei geht es meist um den wechselseitigen Einsatz beider Hände.

Da das therapeutische Setting (→) limitiert und nicht für jedes Interessengebiet passend oder sogar größtenteils auf erwachsenes Klientel ausgelegt ist, ist es von Vorteil, wenn die Eltern Spiele/ Spielzeug des Kindes zur Therapie mitbringen. Diesbezüglich berichtet eine Teilnehmerin, dass ihre Tochter „(...) *sehr gerne hier her[kommt]. Und äh – es macht ihr riesig Spaß (...) die verschiedenen Medien (...) einfach auch auszuprobieren (...)*“ (TN 8, Eltern, Z. 131 ff.).

Im Bereich der **Produktivität** werden häufig schulrelevante Aspekte wie z.B. Schulranzen, Stifte, Lineal etc. als Therapiematerialien verwendet. Mit älteren Kindern wird auch die Werkstatt zum Arbeiten an der Werkbank in die Therapie miteinbezogen.

Im Bereich der **Selbstversorgung** wird in der Therapie häufig Bezug zu alltagsrelevanten Gegenständen wie z.B. Kochutensilien (Puppengeschirr), Schraubgläser, Kleidung etc. genommen. Dabei ist hervorzuheben, dass die Aktivitäten des täglichen Lebens häufig demonstriert oder nachgestellt werden. Eine Teilnehmerin sagte beispielsweise „(...) *das Essen haben wir mit Knete geübt*“ (TN 2, Ergotherapie, Z. 443 ff.).

4.3.8 Zusammenarbeit mit den Eltern in der Therapie

*„(...) Wenn die Eltern zu große **Erwartungen** haben dann wird's einfach schwer. Wenn die Eltern denken das Kind wird hier rausgehen und kann die Prothese einwandfrei steuern, kann alles machen im Alltag, kann schwere Gegenstände (...) tragen. (...) das ist aber immer das Problem bei Armprothesenversorgung (...)*“.

(TN 5, Ergotherapie, Z. 332 ff.)

Als weitere Erwartung von den Eltern an den/ die Therapeut*in wurde beschrieben, dass diese/ dieser für ein häufigeres Tragen der Prothese sorgen soll, wenn eine mangelnde Integration der Prothese in den Alltag, stattgefunden hat. Gegenüber den Erwartungen der Eltern stehen die Erwartungen des/ der Therapeut*in. Dazu zählen in der Klinik, dass die Eltern in der Therapie dabei sind. In der Praxis, besteht die Erwartung, dass die Eltern pünktlich zum Ende der Therapie da sind, um einen Austausch über die Therapieinhalte der jeweiligen Stunde zu gewährleisten. Teilnehmerin 8 (Eltern) bestätigt dies und zeigt auf, dass ein direktes Feedback von dem /der Ergotherapeuten*in nach der erfolgten Therapieeinheit erwünscht ist. Insgesamt geben die Familien an, gute Erfahrungen mit der Ergotherapie gemacht zu haben. Teilnehmerin 9 (Eltern) ist es wichtig, „(...) *dass er [der Sohn] da gut zurecht kommt mit der Therapeutin (...) [und], dass er da gerne hingeh*“ (Z. 137 ff.). Außerdem wird erwartet, dass die Akzeptanz der Prothese gefördert wird sowie Nutzungs- und Einsatzmöglichkeiten dieser aufgezeigt werden. Dies wird von den Eltern in Bezug auf die angestrebte Selbstständigkeit des Kindes als sehr wichtig erachtet.

Als mögliche **Schwierigkeiten** in der Zusammenarbeit mit den Eltern werden durch die interviewten Teilnehmer*innen Ungeduld, „Reinreden“, das Ausüben von Druck auf das Kind aufgrund hoher Eigenmotivation, Verständnislosigkeit und das „in den Vordergrund drängen, weil sie wissen was gut für ihr Kind ist“, beschrieben. Eine weitere Schwierigkeit kann in unterschiedlichen kulturellen Hintergründen der Familien liegen. Denn nicht immer ist es möglich, dass ein Dolmetscher in der Therapie dabei ist. Auch das Ziel der Eltern ein verlängertes Visum bei nicht vollendeter Therapie zu erhalten, führt zu einer mangelnden Unterstützung für die Kinder. Generell sind Schwierigkeiten mit den Eltern, sodass die Therapie ohne diese stattfinden muss, eher selten. Dementsprechend wird individuell entschieden, inwieweit die Eltern in die Therapie mit einbezogen werden.

Die interviewten Eltern (TN 9, Eltern) berichten von Schwierigkeiten auf Kommunikationsebene, weshalb ein Wechsel in eine andere Praxis stattgefunden hat. Unstimmigkeiten sowie Meinungsverschiedenheiten zwischen ihnen und dem/ der Therapeuten*in wurden dabei als Themen genannt, welche durch Veränderungswünsche dem/ der Therapeuten*in Bezug auf die Prothesenversorgung und die Ablehnung dieser durch die Krankenkasse entstanden sind.

„(...) sie [die Ergotherapeutin] meinte immer, (...) das und das könnte man [mit der Prothese] besser [machen] und das wollte aber die Kasse auch immer nicht genehmigen und dann war das immer eine Diskussion und dann habe ich da irgendwann keine Lust mehr drauf gehabt“ (TN 9, Eltern, Z. 158 ff.). Es wird beschrieben, dass es generell schwierig ist eine ergotherapeutische Praxis zu finden, welche sich auf den Bereich der Prothesenversorgung spezialisiert hat. Als weitere Schwierigkeit wird von einer anderen Familie beschrieben, dass das Kind sich von den Eltern selbst etwas „abnabelt“ und diese deshalb in der Behandlung nicht dabeihaben möchte.

Einen **Inhalt** in der Zusammenarbeit mit den Eltern stellen Vorgespräche dar. Dabei geht es häufig um die Aufklärung der Eltern, warum ist eine Prothese und das Training wichtig und wie läuft dieses ab, damit Unsicherheiten vermieden werden können und die Eltern ihr Kind ausreichend unterstützen können. Auch kann es in dem Gespräch darum gehen, herauszufinden, ob der Wunsch nach einer Prothese vom Kind selbst oder den Eltern ausgeht und wie dies im Alltag deutlich wurde. Laut Beschreibungen der Teilnehmerinnen macht dies einen wesentlichen Unterschied und beeinflusst die Motivationslage des Kindes. Als Grundlage für eine gute Zusammenarbeit dient die Kommunikation und Animation der Eltern „am Ball zu bleiben“. Als Themenschwerpunkte im Rahmen der Elternarbeit werden deshalb Gespräche über den Ablauf der Therapie sowie Motivationsstrategien genannt.

Wie bereits erwähnt ist der Einbezug der Eltern in die Therapie speziell bei Kindern essentiell, sodass diese häufig von Anfang an dabei sind. Dies dient auch dazu den oft noch kleinen Kindern Sicherheit in der Therapiesituation zu geben.

Besonders wenn es um alltagsrelevante Aspekte geht, werden die Eltern in die Therapie integriert und ggf. angeleitet, um den Alltagstransfer zu unterstützen. Auch aus der Online-Umfrage wird ersichtlich, dass ein/eine Ergotherapeut*in die Kinder samt Familie während des Prozesses anleitet und die Trainings durchführt (TN 12, Ergotherapie). Im Setting (→) der Praxis wird durch die Eltern beschrieben, dass sie nur auf Wunsch des Kindes, unregelmäßig, in der Behandlung dabei sind oder auf Wunsch des/ der Therapeuten*in, um sich gemeinsam *„(...) gezielt etwas anzuschauen“* (TN 8, Eltern). Dies wird von den meisten befragten Eltern jedoch nicht als negativ empfunden. Sie sind sehr zufrieden und haben Vertrauen, da die Eltern wissen, dass sie jeder Zeit über Anliegen oder Auffälligkeiten durch den/ die Therapeuten*in informiert werden. Interviewteilnehmerin 9 (Eltern) berichtet, dass sie lediglich zweimal über die Therapiegestaltung- und Inhalte informiert wurde. Von weiteren Teilnehmern*innen wird beschrieben, dass in der Regel am Ende jeder Therapieeinheit ein Austausch erfolgt, um über den aktuellen Stand des Kindes sowie Veränderungsvorschläge und Anpassungen zu sprechen. *„(...) Auch die Eltern kriegen manchmal Hausaufgaben auf, indem ich sie dazu animiere, eine Tätigkeit zu beobachten und [sie bitte] mir eine Rückmeldung zu geben“* (TN 7, Ergotherapie, Z. 570 ff.).

Beides bestätigen zwei von drei interviewten Eltern, wobei angegeben wurde, dass die Gespräche oft sehr kurz ausfallen oder sogar das Kind selbst die Therapieinhalte an die Eltern übermittelt. Typische Beispiele für Hausaufgaben können das Stapeln von Bauklötzen oder das Halten eines Stiftes sein. Teilnehmerin 6 (Eltern) berichtet außerdem, dass der/ die Therapeut*in jederzeit gesprächsbereit und offen ist die Therapieinhalte an die Anliegen der Eltern oder des Kindes anzupassen: *„(...) wenn wir da irgendwas haben - geht die [Therapeutin] da (...) komplett auf uns ein - also die ist da total gesprächsbereit und [offen]“* (TN 6, Eltern, Z. 595 ff.).

Als weiterer Inhalt der Zusammenarbeit wird die **Elternberatung** bezüglich Themen wie dem Umgang und die Pflege der Prothese nach Amputationen des Stumpfes genannt. Auch die Möglichkeiten der Eltern das Kind dabei zu unterstützen die Prothese zu akzeptieren und regelmäßig zu tragen ist Inhalt der Beratung. Dies sowie Gespräche über weitere Versorgungsdetails oder die zusätzliche Notwendigkeit von medizinischen Maßnahmen finden oft ohne die Anwesenheit der Kinder statt. Im Rahmen der Elternberatung berichtet ein Elternteil, dass der/ die Ergotherapeut*in Übungen zum korrekten Halten der Körperachse zeigt und zusätzlich Tipps gibt, um die Auswirkungen auf die Körperhaltung zu verringern. Auch Übungen für das Greifen und das Beobachten des Greifvorgangs, sind Teil der Elternarbeit.

Die **Einstellung** und das **Verhalten der Eltern** beeinflusst die Zusammenarbeit im Rahmen der Therapie sowie den Alltagstransfer der Therapieinhalte. Aus zwei Elterninterviews wurde deutlich, dass der Wunsch nach und die Versorgung mit einer Armprothese durch die Initiative der Eltern selbst entstanden ist. Die Förderung ihres Kindes ist den Eltern am wichtigsten.

Als wesentlichen Punkt hebt eine Familie das Vermeiden von Zwang und Druck, da dies zu Frustration führt, sowie die Förderung der Akzeptanz der Prothese durch das Kind hervor. Laut Aussage der Teilnehmerin 6 (Eltern) unterlassen sie es nun, ihr Kind morgens aufzufordern, die Prothese anzuziehen. *„Das haben wir eine ganze Zeit lang gemacht - wir hatten jeden Morgen Diskussion und ein gestresstes Kind - damit haben wir jetzt komplett aufgehört.“* (TN 6, Eltern, Z. 612 ff.). Sie empfinden, dass es den Stress nicht wert ist und akzeptieren inzwischen, wenn ihr Kind die Prothese nicht Tragen möchte. Daraus geht hervor, dass die Eigeninitiative des Kindes sowie sein Wissen, dass das Angebot der Prothese vorhanden ist und der Wunsch danach jeder Zeit geäußert werden kann. Die meisten Eltern berichten, dass sie ihrem Kind nicht alles abnehmen. Sie stehen ermutigend zur Seite und helfen bei Schwierigkeiten: *„(...) wir fördern ihn natürlich da so gut wie's geht und ermutigen ihn auch immer wieder [erst auszuprobieren]“* (TN 6, Eltern, Z. 356 ff.). Eine Teilnehmerin beschreibt jedoch ihr eigenes Verhalten als Elternteil auch als negativen Einflussfaktor:

„(...) [Es] dauert halt alles ein bisschen länger. Und manchmal ist sie [das Kind] halt auch nicht die Geduldigste - dann sind wir [die Eltern] selber irgendwie spät dran, ja, das sind so vielleicht die Handicaps wo man dann selber immer sagt ach dann mache ich es doch jetzt schnell für sie (...)“ (TN 8, Eltern, Z. 498 ff.).

Außerdem werden Sorgen und Gedanken der Eltern bezüglich der Zukunft und beruflicher Perspektiven genannt. Die Eltern möchten ihrem Kind Alles ermöglichen und unterstützen es in seinen Möglichkeiten. Ein Elternteil äußert, dass keinerlei Verbesserungswünsche bezüglich des Therapieprozesses und der interprofessionellen Zusammenarbeit, bestehen (TN 6, Eltern). Dies wird auch durch eine weitere Mutter bestätigt, da sie den Austausch und die Hilfestellung durch die Ergotherapeutin als „super“ empfindet und sie als Eltern weitgehend versuchen, die Informationen der Therapeutin, umzusetzen (TN 8, Eltern).

4.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Der Aspekt der interprofessionellen Zusammenarbeit wird im Rahmen der Qualifikationsarbeit mit einer Online - Umfrage ergänzt, um einen größeren Einblick in die Zusammenarbeit aus der Perspektive anderer Professionen zu erfassen.

Die Frage bezüglich der interprofessionellen Interaktion mit anderen Professionen kann mit 8 vollständigen Beantwortungen ausgewertet werden (siehe Abb. 12). Dabei gaben 72,73 % der Studienteilnehmenden an, dass sie im Prozess der Prothesenversorgung bei Kindern mit anderen Professionen interagieren.

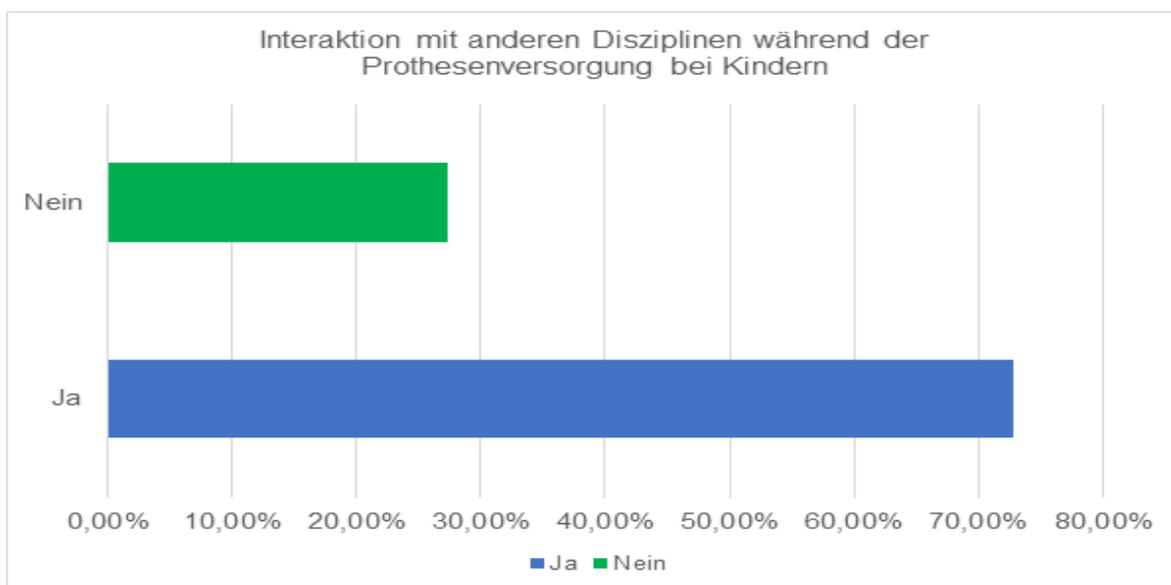


Abbildung 12: Interaktion mit anderen Professionen (eigene Darstellung)

Folgende Professionen wurden im Rahmen der Online-Befragung genannt:

1. Arzt/Ärztinnen (3/8),
2. Ergotherapeuten*innen (6/8),
3. Orthopädietechniker*innen (3/8),
4. Orthopäden*innen (1/8),
5. Lehrer*innen (1/8),
6. Integrationshelfer*innen (1/8),
7. Physiotherapeuten*innen (3/8),
8. Mitarbeiter*innen einer Prothesenfirma (1/8),
9. Pfleger*innen (1/8),
10. Sozialarbeiter*innen (1/8),
11. Psychologen*innen (1/8).

Zehn Teilnehmer*innen beantworteten die Frage: „Hatten/Haben Sie während der Prothesenversorgung bei Kindern Kontakt zum Berufsfeld der Ergotherapie?“. 80 % der zehn Befragten antworteten mit einem zustimmenden „Ja“ (siehe Abb. 13).

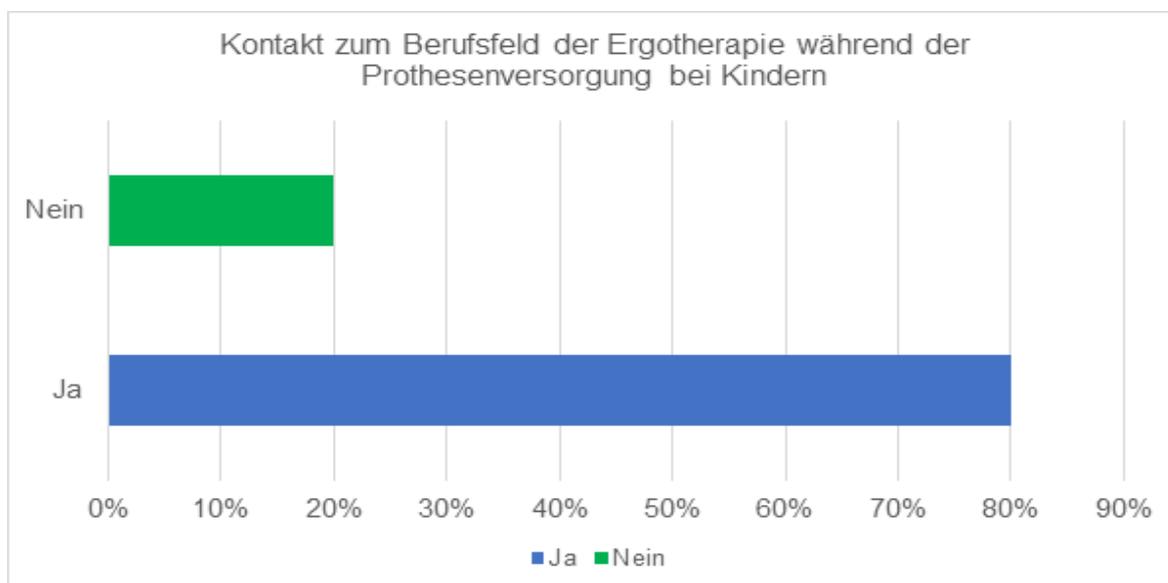


Abbildung 13: Kontakt zum Berufsfeld der Ergotherapie (eigene Darstellung)

4.4.1 Orthopädietechniker*innen

Der Austausch mit **Orthopädietechnikern*innen** hat einen wichtigen Stellenwert und eine dauerhafte Rolle in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Sie sind für die Herstellung der Prothesen zuständig und führen Beratungen und Anpassungen durch. Zusätzlich behandeln sie Aufgaben wie Programmierung, Problembehebung und Schaftgestaltung, z.B. bei Druckstellen, offenen Wunden, oder Schmerzen, wenn eine Adaption am Schaft notwendig wird (TN 10, TN 11, TN 23, Orthopädietechnik).

Im Rahmen der Online - Umfrage stellt sich heraus, dass Orthopädietechniker*innen vor allem im Kliniksetting sowie im Sanitätshaus, Kontakt zu Kindern mit einer funktionellen Armprothese haben (TN 10, TN 11, Orthopädietechnik). Eine Ergotherapeutin beschreibt, dass es vorkomme, dass Ergotherapeuten*innen von der Werkstatt zur Absprache angefragt werden (TN 1, Ergotherapie). Eine weitere Teilnehmerin ist sehr froh um die enge Zusammenarbeit, sieht Technik und Ergotherapie als Team an und beschreibt, dass es „(...) ein Geben und Nehmen ist (...)“ (TN 5, Ergotherapie, Z.700 ff.).

Im klinischen Setting (→) sind Techniker*innen und Therapeuten*innen häufig gemeinsam beim Kind und erkundigen sich im Training, ob alles gut läuft. Der Einbezug der Techniker*innen erfolgt durch die Ergotherapeuten*innen, wenn sie merken, dass etwas nicht stimmt. Der Kontakt kann über ein Telefonat aufgenommen werden und die Zusammenarbeit „(...) geht total easy und ist total ähm ja Luxus denke ich (...)“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 644 ff.).

Weiterhin werden Therapeuten*innen und Techniker*innen anfangs für die Prothesenversorgung für den/ die Klienten*in ausgewählt, was dann im Idealfall auch im Verlauf so bleibt. „(...) Nicht jeder Therapeut äh ist dem Techniker so nah grade auch in Deutschland bei Kliniken, oder bei Praxen sowieso nicht ähm demnach glaube ich sind wir hier in einer idealen Welt“ (TN 5, Ergotherapie, Z. 646 ff.). Eine Teilnehmerin sieht es als Vorteil, dass:

„(...), wenn es Probleme gibt, auch weil die Ansteuerung zu schwer ist, weil die Elektroden nicht richtig sitzen, (...) dass man gleich in der Orthopädietechnik praktisch mit denen gut zusammenarbeitet. Also, dass man da äh eine Änderung von der Prothese gleich mit einbeziehen kann in die Therapie (...)“

(TN 2, Ergotherapie, Z. 539 ff.).

Eine Familie nimmt die Zusammenarbeit von Kinderarzt*Ärztin, Orthopädietechniker*in und Krankenkasse als sehr positiv wahr und beschreibt dies mit den Worten, „(...) da haben wir wirklich Glück gehabt, so ein super Team um uns herum [zu] haben“ (TN 6, Eltern, Z. 123 f.). Eine weitere Ergotherapeutin gibt an keinen Kontakt zu Orthopädietechnikern*innen gehabt zu haben, jedoch den Austausch mit dem/ der Ergotherapeuten*in der Erstversorgungsinstitution gesucht zu haben (TN 7, Ergotherapie). Die Eltern haben mitbekommen, dass der Austausch sich auf Behandlungsinhalte und „sinnvolle“ Übungen bezog (TN 8, Eltern).

4.4.2 Andere Professionen

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Setting (→) erfolgt je nach Situation mit unterschiedlichen **Professionen** und findet teilweise im Vorfeld oder bei Visiten statt. Gründe für den Austausch sind gemeinsame Absprachen und die Abklärung des Prothesentyps für mehr Akzeptanz beim Kind (TN 2, Ergotherapie). Die Teilnehmer*innen der Online-Umfrage beschreiben diverse Settings (→) und Möglichkeiten, an denen Berührungspunkte mit Kindern mit einer funktionellen Armprothese zu Stande kommen. Darunter fällt das klinische Setting (→) (TN 12, Ergotherapie), das Setting (→) der Praxis (TN 13, TN 15, TN 20, Physiotherapie; TN 25, Ergotherapie), eine Förderschule für geistige Entwicklung sowie eine Tagesstätte für Kinder mit körperlichen Behinderungen (TN 16, TN 17, Physiotherapie). Außerdem wird der Kontakt im Rahmen der Behandlung (TN 24, Physiotherapie) sowie bereits gesammelte Erfahrungen während der Ausbildung (TN 18, Physiotherapie) benannt.

Im Setting (→) der Praxis bezieht sich die Zusammenarbeit mit Ärzten*innen vor allem auf das Ausstellen von Rezepten (TN 7, Ergotherapie). Eine Familie berichtet diesbezüglich, dass sie mit dem/ der zuständigen Orthopädiechniker*in, welche/ welcher die Prothesenversorgung verordnete, in gutem Austausch waren (TN 8, Eltern). Eine Teilnehmerin sieht die Zusammenarbeit mit dem/ der Arzt*Ärztin vor allem bei Amputationen als wichtig an, um optimale Bedingungen für eine Prothese zu schaffen (z.B. Stumpfvorbereitung etc.) (TN 4, Ergotherapie). Auch die Physiotherapeuten*innen (TN 15, TN 24, Physiotherapie) führen Behandlungen mit den Kindern mit funktioneller Armprothese durch. Die Stumpfvorsorgung sowie der Erhalt der Mobilisation des Oberkörpers gehört dabei ebenfalls zu den physiotherapeutischen Aufgaben (TN 15, Physiotherapie). Eine andere Teilnehmerin äußert bezüglich des Austausches mit Herstellern, dass es „(...) *ja auch im Interesse von den Herstellern [ist], dass die Ergos praktisch die Prothese, mit den umgehen können und die auch gut äh praktisch den Nutzern - beibringen können wie man damit umgeht*“ (TN 2, Ergotherapie, Z. 512 ff.).

Ein Austausch mit anderen Professionen, wie niedergelassenen Ergotherapeuten*innen oder Physiotherapeuten*innen, die das Kind weiter behandeln und Rückfragen haben, erfolgt teilweise. Der Austausch mit niedergelassenen Ergotherapeuten*innen findet nur am Anfang zur „Übergabe“ statt, da mehr zeitlich nicht gewährleistet werden kann, wird aber von TN 4 (Ergotherapie) als wichtig für den Alltagstransfer angesehen und findet im Rahmen von persönlichen Gesprächen oder per Telefonaten statt, mit dem Ziel über die Funktion der Prothese aufzuklären und dadurch Frustration bei nicht ausführbaren Arbeitsaufträgen zu vermeiden. Die Zusammenarbeit mit der Physiotherapie spielt für TN 3 (Ergotherapie) vor allem in Bezug auf die Fehlhaltungen der Wirbelsäule eine große Rolle. Eine Teilnehmerin sagt, dass bewusst an die Physiotherapie überwiesen wird, aber keine explizite Zusammenarbeit stattfindet (TN 4, Ergotherapie).

Im klinischen Setting (→) bilden die Physiotherapie und Ergotherapie ein Therapeutenteam, wobei deren Aufgaben ziemlich identisch sind (TN 5, Ergotherapie). Weitere Aufgaben der Physiotherapeuten*innen stellt die Beratung mit den Eltern und Technikern dar, sowie die Hilfsmittelabnahme und die Kommunikation mit dem Sanitätshaus (TN 20, TN 16, Physiotherapie). Ein/eine Teilnehmer*in bezeichnet die eigene Rolle als „*Schnittstelle zwischen Kind und Orthopädiemechaniker*“ (TN 15, Physiotherapie).

Eine Ergotherapeutin hebt den bestehenden engen Kontakt und Austausch zwischen ihr und der Heilpädagogin im Kindergarten des Kindes hervor und dass regelmäßig Kooperationsgespräche mit anderen Professionen an einem Tisch, stattfanden „(...) *und sich noch mal auch entsprechend ausgetauscht haben (...)*“ (TN 7, Ergotherapie, Z. 795 f.).

Ein Elternteil gibt an schon immer in Absprache mit dem Kindergarten, den Therapeuten*innen und dem/ der Kinderarzt*Ärztin gewesen zu sein und vermutet auch, dass die Ergotherapeutin ebenfalls mit dem Kindergarten im Austausch war: „(...) *das könnte vielleicht mit dem Kindergarten gewesen sein, ja, weil die halt Kooperationspartner waren, das kann schon sein (...)*“ (TN 9, Eltern, Z.480 ff.)

4.4.3 Inhalte

Die **Inhalte** des interprofessionellen Austauschs beziehen sich meist auf **Themen wie** Prothesenart, Prothesenberatung, Prothesenanpassung, wenn sie nicht passt, oder die Elektroden nicht richtig sitzen, aber auch auf den Zeitpunkt der Prothesenversorgung, die Amputationshöhe und den Ablauf der Behandlung. TN 20 (Physiotherapie) benennt auch, dass es wichtig ist, sich über die Art der Prothesenversorgung im Hinblick darauf „welche Versorgung für welche Funktion sinnvoll ist“, auszutauschen. TN 11 (Orthopädietechnik) ergänzt den Inhalt des Gespräches zusätzlich mit der interprofessionellen Befundung der Muskelfunktion und der Einbindung der Prothese in den Alltag. Eine Teilnehmerin behandelt im Austausch mit der Physiotherapie z.B. Themen wie die Förderung der Körperbalance und den Umgang mit dem Gewicht der Prothese. Im interprofessionellen Austausch werden der aktuelle Stand und eventuelle Schwierigkeiten besprochen, wobei jede Profession ihren Blickwinkel schildert, auf dessen Basis die Absprachen dann stattfinden (TN 24, Physiotherapie). Ein/ eine Ergotherapeut*in spricht beim Inhalt des Austausches vom „Stand der Dinge“ (TN 12, Ergotherapie). Das „Aufteilen der verschiedenen Therapiebereiche mit Absprache“ (TN 15, Physiotherapie), bzw. „wer sich um was kümmert“ (TN 20, Physiotherapie) wird von weiteren Teilnehmern*innen genannt. Eine Teilnehmerin schildert, dass ein Austausch mit der Kita Themen wie Therapieinhalte und Zielsetzung umfasse und sie sich mit der Heilpädagogin nach jeder Einheit über den Gruppenalltag, den Therapieablauf, den Stand des Kindes und bezüglich Vorschläge für den Alltagstransfer, austausche (TN 7, Ergotherapie). Zwei weitere Teilnehmer*innen der Online - Umfrage tauschen sich über die Therapieziele der Klienten*innen aus (TN 25, Physiotherapie; TN 11, Orthopädietechnik).

Ein Elternteil beschreibt, dass zur interprofessionellen Zusammenarbeit Themen wie Fortschritte, Umgang, Ansteuerung und Akzeptanz der Prothese und zukünftige Maßnahmen, gehören (TN 6, Eltern). Ein anderes Elternteil erfährt den Austausch hauptsächlich in Bezug auf Behandlungsinhalte und sinnvolle Übungen (TN 8, Eltern).

Ein/eine weitere*r Proband*in der Online-Umfrage tauscht sich mit Ergotherapeuten*innen und Orthopädietechniker*innen über das körperliche und seelische Wohl des/der Patienten*in, als ein weiteres Themengebiet innerhalb der Therapie, aus (TN 17, Physiotherapie).

4.4.4 Ablauf

TN 20 (Physiotherapie) und TN 15 (Physiotherapie) sind sich einig, dass sich die Häufigkeit der Kontaktaufnahme mit der Ergotherapie nicht verallgemeinern lässt, sondern je nach Bedarf, Kind und Aufwand der Versorgung, gestaltet werden sollte. Der **Ablauf** der interprofessionellen Zusammenarbeit erfolgt teilweise in regelmäßigen Teamsitzungen, welche 1x wöchentlich stattfinden (TN4, TN5, Ergotherapie). Es gibt Teamsitzungen für die Prothetik der oberen Extremität, bei denen Therapeuten*innen und Techniker*innen anwesend sind, aber auch separate Fallbesprechungen nur für Therapeuten*innen (TN 5, Ergotherapie).

Im klinischen Setting (→) gebe es keine gesonderten Abteilungen für die Klienten: der Austausch findet nach Angaben einer Teilnehmerin in Teams statt, welche aus Technikern*innen und Therapeuten*innen bestehen (TN 4, Ergotherapie). Die Teilnehmerin berichtet auch, dass wichtige Gespräche täglich vor und nach jeder Behandlung stattfinden (TN 4, Ergotherapie). Weiterhin sagt eine andere Ergotherapeutin, dass sie sich je nach Bedarf mit der Physiotherapie austauscht, beispielsweise vor Therapiebeginn zur Klärung des gemeinsamen Zielbilds (TN 3, Ergotherapie). Eine Teilnehmerin tauscht sich teilweise über Telefonate aus und führt vor der Einschulung des Kindes ein Gespräch im interprofessionellen Team mit der Kita: „(...), *dass man nochmal guckt wie geht es jetzt weiter*“ (TN 7, Ergotherapie, Z. 810 f.).

Ein/ eine Orthopädietechniker*in (TN 11, Orthopädietechnik) beschreibt, dass die Kontaktaufnahme bei jeder Neuversorgung und im Bedarfsfall auch bei Nachversorgung stattfindet, wenn sowohl Eltern als auch Kinder dem Austausch zustimmen. Und zuletzt nimmt ein/ eine Orthopädietechniker*in mehrere Termine, ca. drei bis sechs Mal, mit der Ergotherapie, während der Prothesengebrauchsschulung, wahr (TN 11, Orthopädietechnik).

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass die Antworten der Studienteilnehmer*innen zur Kontaktaufnahme von „zweimal telefonisch“ (TN 24, Physiotherapie), über „einmal pro Woche in einem festen Teammeeting“ (TN 17, Physiotherapie) bis hin zu „fast täglich“ (TN 23, Orthopädietechnik), stark variieren. Eine Familie fühlt sich in allen Belangen unterstützt und findet, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit wunderbar läuft (TN 6, Eltern).

4.4.5 Schwierigkeiten

Eine Teilnehmerin sieht es als **Schwierigkeit**, dass teilweise die Wünsche an die Orthopädietechniker*innen nicht umgesetzt werden und z.B. der Handschuh für die Prothese zu kurz geschnitten wird (TN 1, Ergotherapie). Eine Ergotherapeutin sieht die interprofessionelle Zusammenarbeit durch Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems auf Makroebene (→) erschwert.

Sie hat beispielsweise Probleme die Therapie so zu strukturieren, dass alles in einer Therapieeinheit möglich ist. „(...) *Was ich dann auch schade finde, dass die Zeit dann für die Kinder - verloren geht letztendlich - oder ich mache es [die Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit] dann in meiner Freizeit*“ (TN 7, Ergotherapie, Z. 924, ff.). Diesen Aspekt unterstreicht auch Teilnehmerin 3 mit den Worten: „(...) *also ich habe in dieses Mädels einfach auch diverse Zeit investiert, für die ich nicht bezahlt wurde*“ (TN 3, Ergotherapie, Z. 334 ff.). Weiterhin stehe Teilnehmerin 7 (Ergotherapie) der Zusammenarbeit mit den Orthopädiemechanikern*innen bezüglich der Verbesserung der Funktionen der Prothese, skeptisch gegenüber.

Auch geben zwei Ergotherapeutinnen an, mit der Honorierung der interprofessionellen Zusammenarbeit unzufrieden zu sein (TN 3, TN 7, Ergotherapie). Eine Ergotherapeutin erlebte eine hohe Ablehnungsrate bei der Suche geeigneter Physiotherapiepraxen, da der hohe Aufwand ohne Vergütung bleibt: „(...) *denn das bedeutet einfach auch ja mehr Aufwand, der Unvergütet bleibt das muss man mal ganz klar so sagen*“ (TN 3, Ergotherapie, Z. 331 ff.) Eine andere Teilnehmerin denkt, dass andere Professionen vermutlich aufgrund von Zeit- und Kostengründen nicht am interprofessionellen Austausch interessiert seien und hat die Erfahrung gemacht, dass einige Lehrer*innen keinerlei Anregungen von der Ergotherapie erfahren und annehmen möchten (TN 7, Ergotherapie).

Eine Ergotherapeutin sieht Probleme in der Vorlaufzeit und Vorbereitungszeit und erachtet es als wichtig, „(...) *eben (...) das man Terminabsprachen trifft, dass man sich frühzeitig darauf einstellen kann, wenn so ein Patient kommt (...) dass man halt auch eben nicht so kurzfristig mit (...) einbezogen wird (...) und dass man sich vielleicht ein bisschen vorbereiten kann, dass man Infos äh kriegt vorher, ja*“ (TN 2, Ergotherapie, Z. 688 ff.).

Ein Elternteil bemängelt, dass die Schulbegleitung zu wenig Zeit pro Woche mit dem Kind hat und nicht komplett im Unterricht für das Kind dabei ist (TN 8, Eltern). Eine weitere Schwierigkeit sieht Teilnehmerin 4 (Ergotherapie) darin, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit bei Klienten*innen aus einem anderen Herkunftsland allgemein nicht stattfinden kann, weil dort andere Strukturen im Gesundheitssystem vorherrschen.

4.4.6 Förderfaktoren

Vor allem bei „komplizierter“ Versorgung wird die interprofessionelle Zusammenarbeit als **Förderfaktor** angesehen, um optimale Ergebnisse rauszuholen (TN 2, Ergotherapie). Für eine Ergotherapeutin ist der Besuch von Fortbildungen zur Vermeidung von Kommunikationsproblemen wichtig. Das Zusammenspiel der Therapie, Technik und Familie ist für die Ergotherapie ausschlaggebend und wird durch Aufklärung und eine gemeinsame Zielabsprache erreicht, was dem Kind ein gutes Ergebnis ermöglicht und eine Ablehnung der Prothese verhindert (TN 4, Ergotherapie).

Einen weiteren Förderfaktor stellt die Zusammenarbeit mit einem/ einer Orthopädietechniker*in dar, mit dem/der die Kommunikation gut läuft. Eine Ergotherapeutin sieht es als hilfreich, dass man bei einigen Lehrern*innen im Unterricht hospitieren darf und diese auch Lösungsvorschläge der Ergotherapie begrüßen (TN 7, Ergotherapie).

4.4.7 Wünsche bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit

Eine Ergotherapeutin äußert den **Wunsch** nach mehr Vorbereitungszeit und einem Einzelgespräch mit den Eltern vor Therapiebeginn. Diese dienen zur Vorbereitung, Aufklärung und um Erwartungen zu relativieren, da es ein langer Prozess ist und man dadurch erstmal ausprobieren und schauen kann wie das Kind sich entwickelt (TN 2, TN 3, Ergotherapie). Eine weitere Ergotherapeutin wünscht sich einen Austausch mit dem/ der Orthopädietechniker*in bezüglich Schwierigkeiten bei der Ansteuerung der Prothese. Weiterhin bestehe der Wunsch danach, dass die Rezepte bewusst vom Arzt oder der Ärztin ausgestellt werden und die Ergotherapie einen anderen Stellenwert hat:

„(...) [dass] die Ergotherapie generell einen anderen Stellenwert hat, dass zum Beispiel die Ärzte nicht nur sagen „Ach dann gebe ich Ihnen halt ein Rezept“, weil die Erzieherin oder die Lehrerin es sagt, sondern dort auch eine andere Wertschätzung ist und den Eltern einfach auch vermittelt wird, dass sie dazu verpflichtet sind mitzuarbeiten. Ich glaube, wenn das nochmal von einer anderen Ebene als nur in der Therapie von mir kommt hat es einen anderen Wert“ (TN 7, Ergotherapie, Z. 598 ff.).

Dies unterstreicht auch ein/ eine Physiotherapeut*in, die in der Online-Umfrage angibt, dass eine bessere Einbindung der Ärzte*innen in die Versorgung, eine allgemeine Optimierung darstellt (TN 20, Physiotherapie). Die bessere Vernetzung aller Berufsgruppen (TN 24, Physiotherapie), sowie ein Treffen zur Abstimmung der Versorgung und der gemeinsamen Übergabe der Prothese an den Klienten (TN 16 und TN 17, Physiotherapie), sind weitere Wünsche und Empfehlungen der Studienteilnehmenden. *„Ergo, Physio, Orthopädiemechaniker mit Kind und Eltern müssen an einem Strang ziehen!“*, schlussfolgert der/die Proband*in der Online-Umfrage (TN 15, Physiotherapie). Dazu erklärt der/ die Orthopädietechniker*in, dass *„man (...) sich nicht genug austauschen kann [kann]. vorausgesetzt ist eine Kommunikation auf Augenhöhe und ein Verständnis für die Ziele und das Arbeitsfeld des jeweils Anderen“* (TN 11, Orthopädietechnik). Teilnehmer*in 12 (Ergotherapie) äußert ebenfalls, dass sie den Wunsch nach mehr „Zeit“ hat, da dies ein Problem in allen Einrichtungen darstellt.

Bei einer anderen Teilnehmerin besteht der Wunsch nach Bezahlung der Zeit, in der man sich interprofessionell austauscht, was ihrer Meinung nach die Bereitschaft zur Therapie steigern würde (TN 3, Ergotherapie).

Eine Teilnehmerin äußerte den Wunsch nach mehr Einrichtungen, in denen Professionen zusammen und nicht getrennt voneinander arbeiten, sondern einen engeren Austausch zwischen den Berufen anstreben, um das Beste für den/ die Klienten*in zu ermöglichen (TN 4, Ergotherapie).

Weitere **Wünsche** der Ergotherapeutinnen betreffen das Thema der Zusammenarbeit. Diesbezüglich wünscht sich eine Ergotherapeutin mehr Aufklärung durch Beratung und Begleitung der Eltern und des Kindes, um deren Erwartungshaltung anzupassen und die „richtige“ Prothese zu finden. Ihrer Meinung nach wäre es *„(..) das Optimale, wenn es so abläuft, dass man von vornherein guckt (...) was für eine Prothese passt am besten oder, dass man im Vorfeld abklärt was (...) wird die Prothese können, dass die Erwartungen einfach nicht so hoch sind (...)“* (TN 2, Ergotherapie, Z. 76 ff.). Eine weitere Ergotherapeutin wünscht sich einen Austausch mit dem/der Orthopädietechniker*in, um im Hinblick auf die Schwierigkeiten bei der Prothesenansteuerung zu kommunizieren. Auch das bewusste Verordnen von Rezepten und das Vermitteln der Wichtigkeit der Mitarbeit der Eltern bei der Ergotherapie, mit Hilfe der Kommunikation durch die Ärzte*innen, ist ein Anliegen der Therapeutin (TN 7, Ergotherapie).

Eine Ergotherapeutin spricht aufgrund Ihrer Erfahrungen den Wunsch aus, dass ein*e Ansprechpartner*in, z.B. ein*e Orthopädietechniker*in, vor Ort zur Unterstützung der Programmierung, zur Verfügung stehen sollte, um Probleme sofort beheben zu können (TN 3, Ergotherapie). Sie erläutert, dass sie *„(...) einen Ansprechpartner vor Ort (...) [hatte] und wenn wirklich was gewesen wäre ... mit der Programmierung nicht geklappt hätte, ähm dann wäre das sofort behoben worden und es waren wenig Probleme da“* (TN 3, Ergotherapie, Z. 440 ff.). Es bestehe auch der Wunsch, dass die Schulsituation noch stärker in die ergotherapeutische Behandlung integriert wird, da laut Aussage der Mutter die ergotherapeutischen Informationen in der Schule sehr hilfreich sein könnten: *„(...) ich weiß nicht ob man da vielleicht (...) noch mehr ansetzen könnte und müsste, dass man wirklich die Schulsituation noch - noch enger mit reinbringt an die - an der Ergotherapie“* (TN 8, Eltern, Z. 1149 ff.). Zusätzlich wird der Wunsch nach gemeinsamen Terminen mit den Mitarbeitern*innen der Schule und dem/der Ergotherapeuten*in geäußert, um eine bessere Beobachtung in Bezug auf das Handling mit und ohne Prothese in der Schule zu gewährleisten. So würde es die Mutter auch begrüßen, dass *„(...) die Schulbegleitung auch in der Hinsicht vielleicht (...) noch mehr geschult werden [würde]“* (TN 8, Eltern, Z. 1183ff.) sowie in Bezug auf das Thema der Fehlbildung, Prothesenanwendung und der damit verbundenen Einschränkungen.

4.5 Alltagstransfer

4.5.1 Veränderungen der Kinder

Um einen **Alltagstransfer**, den damit verbundenen Fortschritt in der Therapie, bzw. **die Veränderung bei den Kindern** zu messen, nutzen die Therapeutinnen in der Regel keine Assessments, oder standardisierten Testverfahren (TN 2, TN 3, TN 7, Ergotherapie). Um die Veränderungen wahrzunehmen, wählt eine Probandin den Austausch mit den Eltern oder der Heilpädagogin im Kindergarten (TN 7, Ergotherapie) darüber, wie die Umsetzung der Therapieinhalte in den Alltag gelingt.

Teilnehmerin 5 (Ergotherapie) beschreibt, dass man anhand der Verfärbung des Handschuhs der Prothese erkennen kann, wie stark die Prothese in Benutzung ist oder war. Sie sagt, *„wenn man die Möglichkeit hat den Handschuh anzuschauen, dann hat man durchaus ein Feedback“* (TN 5, Ergotherapie, Z. 579 f.). Teilnehmerin 3 beschreibt einen konstanten Fortschritt in der Therapie, da die Klientin jedes Mal mit neuen Dingen aus der Therapie gegangen ist, welche ihr gelungen sind. Die Eltern beschreiben eine Veränderung der Kinder dahingehend, dass der Fortschritt im Alltagsprogramm bemerkbar wird: *„(...), weil alles viel schneller, einfacher ging. Er [der Sohn] brauchte nicht mehr so viel Hilfe (...)“* (TN 9, Eltern, Z. 534 f.). Ergänzend dazu berichtet Teilnehmerin 9:

„Es [der Prothesengebrauch] fängt eigentlich nach dem Zähneputzen an. Wir gehen nach unten. Dann setzt er sich die Prothese schon selbstständig an mit so einer Anziehhilfe. Ja und dann geht's zur Schule. Also er trägt die täglich und er fährt auch mit dem Roller zur Schule. Ja und in der Schule trägt [er] die Prothese und auch zu Hause. Also wir kennen den [Sohn] eigentlich nicht ohne Prothese (...)“ (Eltern, Z. 252 ff.).

Der gelungene Alltagstransfer wird auch anhand dessen sichtbar, dass der Umgang mit der Prothese und das Greifen erlernt wurde, was den Eltern ein wichtiges Anliegen war (TN 9, Eltern).

Auch im **Verhalten** zeigen sich nach Angaben der Eltern und Therapeuten*innen Veränderungen. *„Am Anfang befindet sich die Prothese meist sehr weit weg/aus dem Blickfeld und rückt, je mehr diese integriert ist, in die Körpermitte und in den Fokus“* (TN 4, Ergotherapie, Z. 524 ff.). Ein Hinweis auf Akzeptanz kann die Therapeutin wahrnehmen, wenn das Kind die Prothese gleich am nächsten Tag trägt, anstatt dass die Eltern die Prothese mitbringen (TN 5, Ergotherapie), *„oder dass die Kinder sich irgendwann nicht mehr so sehr auf den Raum konzentrieren müssen und (...) keine ständige verbale Anleitung mehr brauchen“* (TN 4, Ergotherapie, Z. 527 ff.).

Teilnehmerin 1 beschreibt, dass die Kinder stolz und glücklich sind, wenn sie mit Erfolgserlebnissen nach Hause gehen können. Teilnehmerin 2 (Ergotherapie) ergänzt hier, dass die Veränderungen von Misserfolg und Erfolg geprägt sind. Dazu sagt Teilnehmerin 7, *„wenn zu Hause nicht geübt wurde, (...) [fehlt] einfach die Ausdauer beim Tragen, dass [dann] zum Beispiel der Arm nicht entsprechend lange angehoben werden kann“* (Ergotherapie, 1021 ff.). Teilnehmerin 9 (Eltern) erzählt von ihrem Sohn, welcher keinerlei Ablehnungsphasen durchlebte und weiterhin motiviert und selbstständig übt, um die Funktionen seiner Prothese auszubauen. Teilnehmerin 6 beschreibt, dass ihr Kind ca. vier Mal im Jahr den Wunsch nach einer Prothese äußert und sonst eher Frust als Erleichterung durch sie empfindet. Sie sagt *„, wenn er sie trägt ist gut - und wenn er da keinen Bock drauf hat dann - dann ist es so - dann können wir es nicht ändern“* (TN 6, Eltern, Z. 623 f.). Die Teilnehmerin gibt aber klar an, dass das Kind beim Fahrradfahren einen positiven Mehrwert hat. Bei der Tochter von Teilnehmerin 8 (Eltern) war eine deutliche Euphorie zu Beginn bemerkbar, die sich relativ schnell wieder legte. Sie äußere aber durchaus Wünsche bezüglich Betätigungen, die sie können oder schneller machen möchte.

Viele Faktoren können nach Angaben der Therapeuten*innen den Alltagstransfer erschweren. **Schwierigkeiten** können das Gewicht der Prothese, das Ausmaß der Fehlbildung oder Amputation, die Wärmebelastung, Aktivitäten mit Wasser, sowie die Akkuladung der Prothese, darstellen (TN 1, Ergotherapie; TN 9, Eltern). Faktoren wie die Ungeduld des Kindes, oder Schaftveränderungen im Laufe der Zeit, stellen zusätzliche Schwierigkeiten dar (TN 1, Ergotherapie).

Teilnehmerin 3 beschreibt:

„(...), wenn sie [die Klientin] wirklich sehr gefährliche Sachen gemacht hat, hat sie die Prothese lieber ausgezogen, also einfach um sie nicht kaputt zu machen/ um nicht sich oder andere mit der Prothese zu verletzen, wenn sie stürzt, weil die [Myoelektrische Prothese] ist schon echt schwer“ (Ergotherapie, 171 ff.).

Teilnehmerin 7 beschreibt: *„Kinder gehen ja eher auf natürliche Art und Weise immer den einfachsten Weg und wenn etwas anstrengend ist brauchen sie sehr viel Motivation um es überhaupt zu machen und im Alltag ist es schwierig“* (TN 7, Ergotherapie, Z. 248 ff.). Sie benennt auch, dass ein muskuläres Defizit den langzeitigen Gebrauch der Prothese im anstrengenden Alltag erschwert. Teilnehmerin 9 berichtet von einem Gespräch mit der Rektorin, dass sich die größten Schwierigkeiten für das Kind im Schulalltag manifestieren:

„(...) er versteckt sich dann schon auch öfter mal [aufgrund seiner Prothese], ist schüchtern und ist es nicht gewöhnt, dass man da auch so rumschwatzen muss. Und sie hatte mir gesagt, wenn Sie [die Rektorin] das im Vorhinein gewusst hätte, dann hätte sie den [Sohn] nicht genommen“ (Eltern, Z. 655 ff.).

Teilnehmerin 6 (Eltern) erklärt die eingeschränkte Funktion der myoelektrischen Prothese als Schwierigkeit, da sie nicht vielseitig einsetzbar ist, weil die selektive Fingerbewegung erst für Prothesen ab einem Alter von 12/13 Jahren gebaut wird. Teilnehmerin 8 (Eltern) ist der Meinung, dass die Ergotherapie zu kurz andauert, das Gewicht der Prothese zu hoch ist und das An-/Ausziehen der Prothese zu lange dauert, weil das Kind dies nicht selbstständig erledigen kann. Auch die Eltern sind nicht rund um die Uhr beim Kind und auch die Freunde können die Tochter nicht bei dem Handling mit der Prothese unterstützen. Teilnehmerin 6 (Eltern) sagt, dass es schwierig für die Kinder sei, auch im Alltag die notwendige Geduld für die Prothese aufzubringen.

Ein wichtiger **Förderfaktor** für den Alltagstransfer aus therapeutischer Sicht ist, „(...), dass die Eltern gut eingearbeitet sind [und wissen] auf was sie achten müssen – (...) ja, dass das Umfeld die Prothese akzeptiert“ (TN 2, Ergotherapie, Z. 574 ff.). Hier fügt Teilnehmerin 7 (Ergotherapie) hinzu, dass der Alltagstransfer durch kontinuierliche Gespräche mit den Eltern begünstigt werden kann. Auch der Austausch zwischen den/der Ergotherapeuten*innen der Klinik und den weiterführenden ambulant betreuenden Ergotherapeuten*innen, stellt einen wichtigen Faktor für den Transfer dar (TN 5, Ergotherapie). Bezüglich der Transitionsvorgänge der Kinder äußert Teilnehmerin 1 folgendermaßen: „(...), wenn die Kinder in [den] Kindergarten kommen empfehle ich immer, oder in die Schule, dass die Eltern in die Schule gehen und mit den Lehrern oder mit dem Rektor sprechen und das in einer Gruppe das aufgefangen wird. Das man darüber spricht - warum wieso und weshalb“ (Ergotherapie, Z. 834 ff.). Sowohl Teilnehmerin 8 und 9 (Eltern) äußern, dass die Familie und auch die Geschwister den Alltag des Kindes erleichtern und die Motivation für die Weiterentwicklung, im Hinblick auf die Prothese, unterstützen. Teilnehmerin 6 beschreibt, dass „(...) einfach die Technik an sich (...) optimiert werden [muss]“ (Eltern, Z. 768).

5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse und die Methodik vor dem theoretischen Hintergrund und der studierten Literatur diskutiert.

5.1 Diskussion der Resultate

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde herausgefunden, wie sich die ergotherapeutische Intervention bei Kindern bis 14 Jahren mit einer funktionellen Armprothese, unter Berücksichtigung der interprofessionellen Zusammenarbeit, gestaltet, womit das Ziel dieser Qualifikationsarbeit erfüllt werden konnte.

Die Indikation bzw. das Indikationsalter für eine funktionelle Prothese werden kontrovers diskutiert. Generell wird sowohl von den Teilnehmenden als auch von der Literatur empfohlen, die Klienten*innen bereits in sehr jungen Jahren, beziehungsweise während dem Kindertageeintritt (im Alter von ca. zweieinhalb bis vier Jahre), mit einer funktionellen Prothese zu versorgen (Egermann et al., 2009; Sjöberg et al, 2017; Bertram, o.D.). Sjöberg et al. (2016) empfiehlt die Versorgung mit einer passiven Handprothese im Alter von sechs Monaten, während eine Teilnehmerin die Versorgung mit einer passiven/kosmetischen Handprothese ab einem Alter von eineinhalb Jahren, zur Eingewöhnung empfiehlt.

Die ergotherapeutische Intervention wurde mithilfe der acht Aktionspunkte des CPPF (Craik et al., 2013) visualisiert und für die Lesenden graphisch dargestellt (siehe Anlage 11).

Nachfolgend werden die Resultate der Studie den Ergebnissen aus der Literatur gegenübergestellt. Die Diskussion gliedert sich in die drei Aspekte: Ergotherapeutische Inhalte, Mittel und Medien; interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Teilhabefähigkeit der Kinder. Aufgrund der umfangreichen Datensammlung wird nur auf die wichtigsten Kernaussagen eingegangen. Ergänzende Informationen können dem 4. Kapitel, Resultate, entnommen werden. Damit bietet diese Qualifikationsarbeit eine Basis für weiterführende, tieferegehende Forschung bezüglich einer evidenz-basierten Praxis in der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern mit funktionellen Armprothesen.

5.1.2 Ergotherapeutische Inhalte, Mittel und Medien

1. Leitfrage: Welche Inhalte, Mittel und Medien bauen Ergotherapeuten*innen in die ergotherapeutische Intervention bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese ein?

Bezüglich der Leitfrage haben die Interviewteilnehmer*innen ein sehr weites Spektrum an Informationen geliefert und die Forschungsfrage beantwortet. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [AWMF] hat bis heute jedoch keine deutsche Leitlinie bezüglich der Behandlung einer Amputation oder Dysmelie veröffentlicht. Eine evidenzbasierte Praxis ist im Bereich der funktionellen Prothesenversorgung bei Kindern, aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Forschung, momentan nur mithilfe interner Evidenz möglich.

Das kanadische Prozessmodell CPPF ist kongruent mit dem CMOP-E und vertritt das klientenzentrierte (→), evidenzbasierte Enablement (Polatajko et al, 2013). Laut Polatajko, Craik, Davis & Townsend (2013) werden Bezugsrahmen innerhalb des therapeutischen Prozesses eingesetzt. Dies konnte im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit jedoch nicht bestätigt werden. Zurückführen könnte man dies dafür, dass den Studienteilnehmenden die Begriffe „Frames of Reference“ oder „Bezugsrahmen“ vermutlich nicht bekannt sind. Des Weiteren sehen die Autorinnen einen Grund darin, dass innerhalb des leitfadengestützten Interviews diesbezüglich keine spezifische Frage gestellt wurde. Aus den Aussagen der Teilnehmer*innen lässt sich allerdings mutmaßen, dass diese Bezugsrahmen unbewusst verwenden, da sie diverse ergotherapeutische Inhalte und Medien im Rahmen der Therapie benennen, welche sich in entsprechenden Bezugsrahmen nach Merklein de Freitas (vgl. Kap. 2.4.6) einordnen lassen. Auf dieser Basis ordnen die Autorinnen innerhalb der Analyse den Aussagen der Teilnehmenden die passenden Bezugsrahmen zu. Dabei ist zu beachten, dass der Bezugsrahmen der assistiven Technologie, aufgrund einer funktionellen Armprothese immer Teil der Behandlung ist, jedoch unterschiedlich stark im Fokus der Intervention steht. Aus diesem Grund wird dieser Bezugsrahmen nicht noch einmal separat aufgelistet.

In der folgenden Darstellung werden die Resultate der vorliegenden Studie in die acht Aktionspunkte des CPPF (Craik et al., 2013) eingeordnet, mit den Bezugsrahmen verknüpft und unter zeitgenössischen Rahmenbedingungen der Ergotherapie diskutiert.

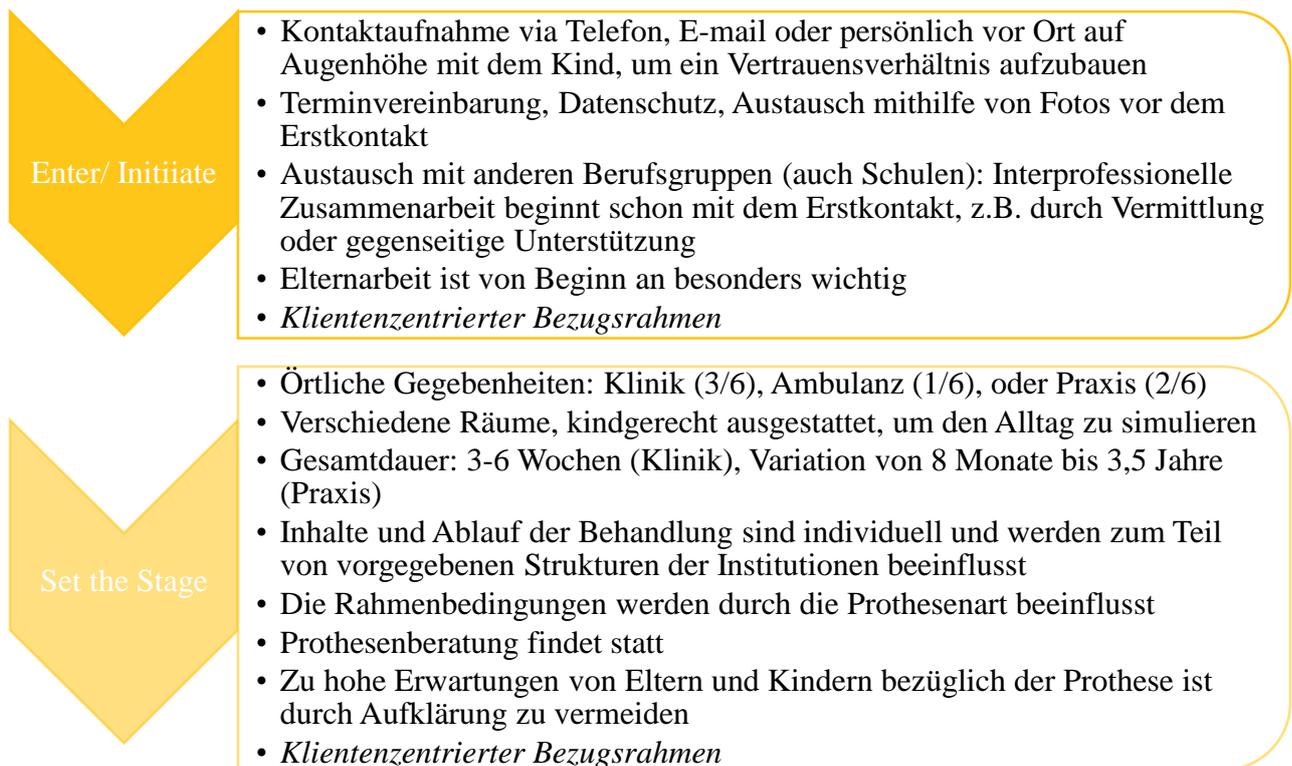


Abbildung 14: CPPF, erster und zweiter Aktionspunkt (eigene Darstellung)

Die beiden ersten Aktionspunkte (siehe Abb. 14) zeigen, dass die Kontaktaufnahme und die darauffolgenden Rahmenbedingungen stark variieren. Die ergotherapeutische Intervention basierend auf den Aussagen der Studienteilnehmenden kann im klinischen Setting (→) drei bis sechs Wochen andauern, während die ambulante Weiterbehandlung von acht Monate bis dreieinhalb Jahre variiert. Die Gründe dafür sind ebenso individuell, wie die Einrichtung in der ein/ eine Ergotherapeut*in mit dem/der Klient*in und dessen Prothese arbeitet.

Beide Aktionspunkte beinhalten Aspekte des klientenzentrierten (→) Bezugsrahmens, so spielt beim Aktionspunkt „Enter/Initiate“ der Vertrauensaufbau zum Kind sowie der Einbezug des/der erweiterten Klient*in Form der Eltern eine wichtige Rolle. Auch die holistische Sichtweise wird dabei durch die interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützt. Im darauffolgenden Punkt „Set the Stage“ spiegelt sich der klientenzentrierte (→) Bezugsrahmen u.a. im Rahmen der Prothesenberatung und Aufklärung der Eltern und Kinder wieder, was dem/der Klient*in samt erweitertem/erweiterter Klient*in ermöglichen soll eigene Entscheidungen im Rahmen des Therapieprozesses zu treffen, sodass dieser individuell gestaltet werden kann (Merklein de Freitas, 2016).

Das CMOP-E fokussiert die Person mit ihrer Spiritualität und sieht sie eingebettet in dessen/deren natürlichen, sozialen, kulturellen und physischen Kontext, weshalb „in order to optimise children’s participation, therapists need to view the assistive technology within the context of the child’s abilities and skills, meaningful occupations and his/her multiple naturalistic environments” (Rodger, 2010, S.316).

Aus den Resultaten lässt sich erkennen, dass die Umfeldberatung bzw. häusliche Integration im Kontext der Studie, nicht die Regel ist. Um den kanadischen Gedanken nach Polatajko et al. (2013) umzusetzen, muss der klientenzentrierte (→), betätigungsorientierte Gedanke noch deutlicher in das therapeutische Reasoning der Ergotherapeuten*innen und in die Rahmenbedingungen der Therapie integriert werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Einbindung der Eltern von Anfang an, und ein ausführlicher Austausch mit anderen Berufsgruppen zur Vermittlung und gegenseitigen Unterstützung. Egermann et al. (2009) vermuten, dass der Einbezug der Eltern die Ablehnungsquote und die Gefahr des Nichtgebrauchs der Prothese verringern kann. Dabei kann über die Funktion der Prothese aufgeklärt werden, und die Erwartungen der Eltern angepasst werden. Laut Aussage der Teilnehmer*innen ist es wichtig zu beachten, ob der Wunsch nach einer Armprothese von Seiten des Kindes oder der Eltern stammt, da die intrinsische Motivation des Kindes und der damit verbundene Therapieerfolg von Anfang an beeinflusst werden kann.

Keiner der Therapeuten*innen nutzt das COPM nach Polatajko et al. (2013) oder ein anderes standardisiertes Assessment, zur Erhebung von Betätigungsproblemen und Festlegung der Betätigungswünsche (siehe Abb. 15).

„The use of the COPM seems to enhance CCP [Client-Centered-Practice] if certain conditions are present”, wie zum Beispiel eine ganzheitliche Sichtweise, gute Kommunikationsfähigkeiten und der Grundhaltung des „power-sharing” (→) zwischen den Klienten*innen, Familien und den Therapeuten*innen (Enemark Larsen, Rasmussen & Christensen, 2018). Im Rahmen der Befunderhebung wird von den Studienteilnehmenden bestätigt, dass Elterngespräche die Grundlage zum Informationserhalt darstellen.

So spielt der klientenzentrierte (→) Bezugsrahmen im Rahmen von „Asses/Evaluate” insofern eine Rolle, dass durch die Beobachtungen sowie die Gespräche mit den Eltern und dem Kind auf die individuellen Betätigungsanliegen des Kindes eingegangen werden soll. Somit findet auch der betätigungsbasierte Bezugsrahmen Anwendung in diesem Aktionspunkt, was durch eine Performanzanalyse ergänzt wird (Merklein de Freitas, 2016).

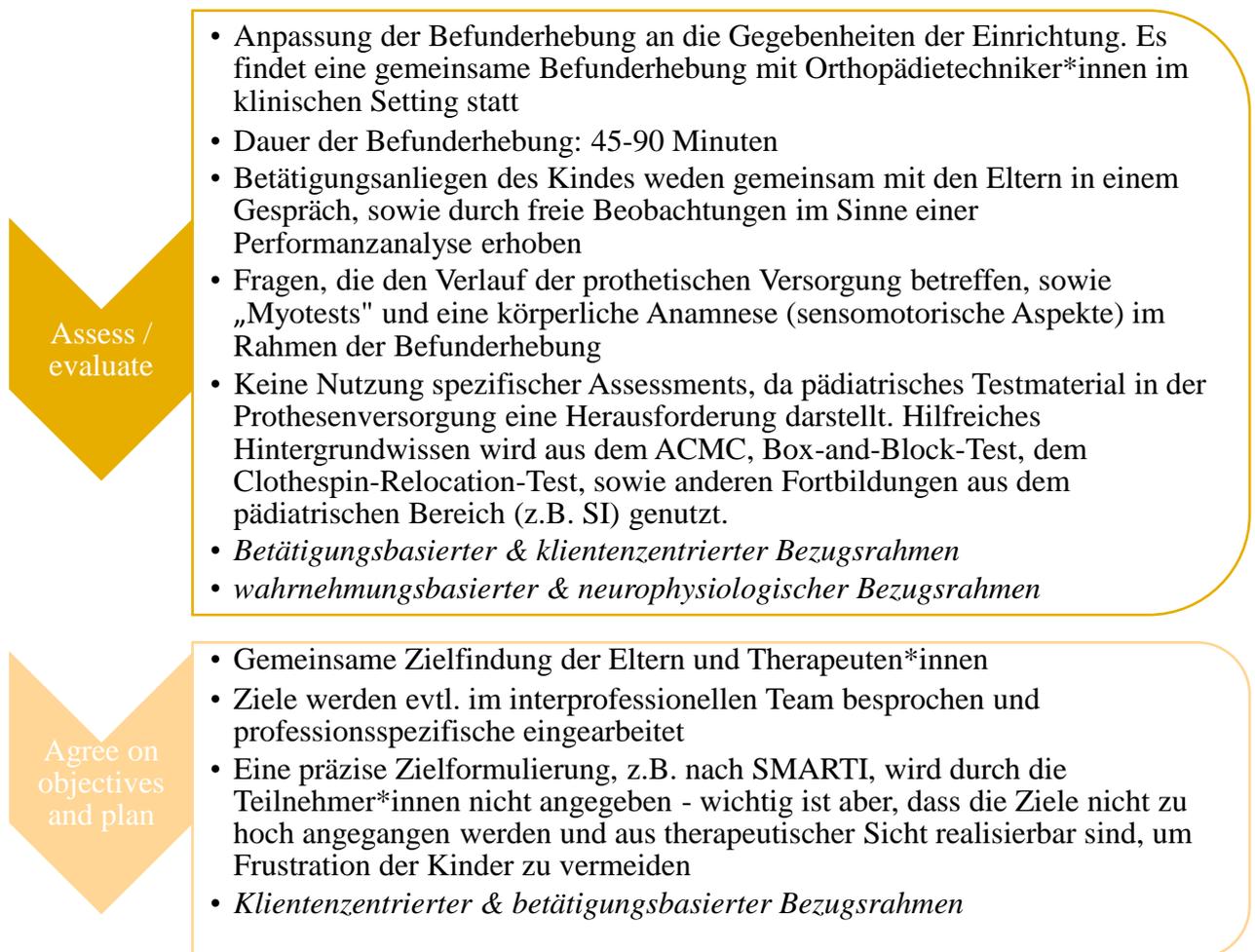


Abbildung 15: CPPF, dritter und vierter Aktionspunkt (eigene Darstellung)

Die befragten Ergotherapeuten*innen bauen ihre Intervention beispielsweise auf dem therapeutischen Hintergrundwissen nach der SI-Therapie (→) oder Affolter (→) auf. Diesbezüglich gibt es nachweislich keine belegte Evidenz für Kinder mit Dismelie oder Amputationen nach Traumata. Anderes gestaltet sich dies im Hinblick auf das genannte Assessment of Capacity for Myoelectric Control. Mehrere Studien (Lindner et al., 2009; Hermansson et al., 2006; Kulmer & Kogelbauer, 2016) unterstreichen dieses als valides und reliables Assessment in Bezug auf die Evaluation (→) des Prozesses sowie der Fortschritte im Rahmen des Prothesentrainings.

„From the occupational therapist’s point of view, during prosthesis fitting and prosthesis use training it is good to know whether the child has more problems opening, closing or holding an object in order to adjust the sensitivity of electrodes and choose the most appropriate activities for training“.

(Burger, Brezovar, & Vidmar, 2014, S.437)

Zu beachten ist jedoch nach Kulmer & Kogelbauer (2016), dass das ACMC „(...) nur die funktionellen Eigenschaften im Umgang mit der Prothese bewertet und nicht die Ausführungsqualität der Alltagshandlungen“ (S. 106). Dies hebt hervor, dass der Punkt „Assess/Evaluate“ auch Anteile des wahrnehmungsbasierten sowie des neurophysiologischen Bezugsrahmens enthält, da auch eine Befundung hinsichtlich körperlicher und sensomotorischer Aspekte stattfindet (Merklein de Freitas, 2016).

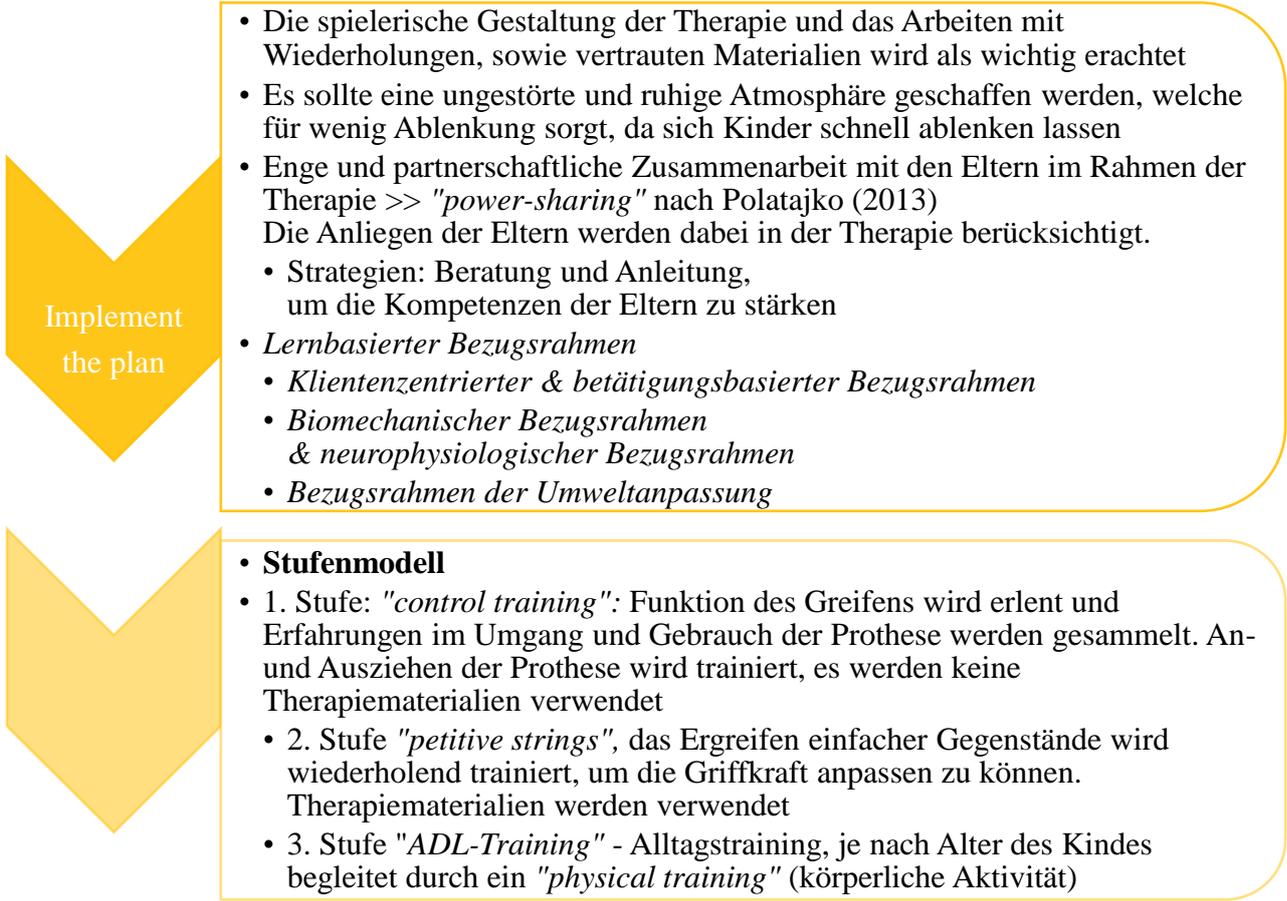
Es wird angestrebt, eine individuelle und auf den Alltag des Kindes ausgelegte Zielsetzung unter dem Aktionspunkt „agree on objectives and plan“ festzuhalten, wobei der klientenzentrierte (→) und betätigungsbasierte Bezugsrahmen nach Merklein de Freitas (2016) die therapeutische Vorgehensweise unterstützt. Die Zielsetzung findet meist mit den Eltern statt, da sich die Therapeuten*innen einig sind, dass die Kinder aufgrund ihres Alters dazu nicht in der Lage sind. Demgegenüber steht das Ergebnis eines Randomized Controlled Trial, welches besagt: „Children are able to contribute a unique perspective on what is important to them, and their self-identified goals are achievable to the same extent as parent-identified goals“ (Vroland-Nordstrand, Johansson, Eliasson, Krumlinde-Sundholm, 2015, S.7). Das Durchschnittsalter der Kinder in der schwedischen Studie betrug neun Jahre.

Der nun folgende fünfte Aktionspunkt (siehe Abb. 16) beinhaltet das Umsetzen des ergotherapeutischen Interventionsplans („implement the plan“). Stein et al. (zitiert in Widmer, 2015) geben dabei an, dass die Anpassung der Prothese, die Gebrauchsschulung und Pflege, sowie das myoelektrische Training, dem eigentlichen „Prothesentraining“, vorausgehen soll. Innerhalb der ersten beiden Stufen des beschriebenen Stufenmodells (siehe Abb. 15) spielt vor allem das Erlernen der Greiffunktion und die Anpassung der Griffkraft eine wichtige Rolle, wobei Aspekte des neurophysiologischen und des biomechanischen Bezugsrahmens aufgegriffen werden. Innerhalb der dritten Stufe können diese Aspekte im Rahmen des „physical training“ ergänzend herangezogen werden. Der lernbasierte Bezugsrahmen findet seine Relevanz innerhalb des wiederholenden Übens „petitive strings“ im Prothesentraining. Die Studienteilnehmenden geben an, dass es ein gemeinsamer Prozess, verschiedener Professionen ist, die Prothese durch ihren aktiven Einsatz auszutesten und anzupassen. Auch die Gebrauchsschulung zählen die Studienteilnehmenden im Rahmen der „Elternarbeit“ zu den ergotherapeutischen Inhalten.

Mit dem Hintergrund der Enablement-Skills „coach“ und „educate“ (Polatajko et al., 2013) ist das ein wichtiger Aspekt im aktuellen Paradigma (→) und dem Ansatz der Klienten- / Familienzentrierung (→) innerhalb der Therapie. Nach Egermann et al. (2009) stellt das Einbeziehen der Eltern einen essentiellen und unterstützenden Faktor zum erfolgreichen Tragen der Prothese dar. In der Literatur wird außerdem die Bedeutung der „Schulung“ und des klientenzentrierten (→) Arbeitens hinsichtlich der Wünsche und Bedürfnisse der Eltern und des Kindes hervorgehoben (Egermann et al., 2009). Dies unterstreichen die Aussagen der Teilnehmer*innen, welche erwähnen, dass die Therapeuten*innen auf die Anliegen, Wünsche und Ziele der Familien und Kinder eingehen. Die „Schulung“ der Eltern wird zusätzlich unterstützt, indem sie in die Therapie direkt integriert werden und Spiele mit ihrem Kind selbst durchführen. Auch Shaperman, Landsberger & Setoguchi (2003) bestätigen, dass die Elternarbeit einen immer wichtigeren Stellenwert für die Unterstützung der Behandlung von Kindern mit Prothese einnimmt. Dabei heben sie vor allem die Bedeutung der häuslichen Übungen hervor (Shaperman et al., 2003).

Das ergotherapeutische Alltagstraining mit der Zielsetzung in Richtung Teilhabe/Partizipation ist die dritte Stufe des dargestellten Stufenmodells (siehe Abb. 16). „Hausaufgaben“ im Sinne von gezielten Beobachtungen der Kinder im Alltag von Seiten der Eltern, sowie der Durchführung von Spielen und Tätigkeiten im alltäglichen Setting (→) der Kinder, stellt ein Teil der Elternarbeit für einen erfolgreichen Alltagstransfer dar. Sowohl im Rahmen der Elternarbeit als auch im schulischen Setting (→) spielt die Umfeldberatung, im Sinne des Bezugsrahmens der Umweltanpassung, eine weitere Rolle (Merklein de Freitas, 2016).

Die Kinder werden in die Auswahl der Spielmaterialien einbezogen und dürfen durch ihre eigenen Wünsche und Interessen die Therapie lenken. Somit finden auch im fünften Aktionspunkt sowohl der klientenzentrierte (→) als auch der betätigungsbasierte Bezugsrahmen, mit ihren holistischen und individuellen Aspekten, welche auf die Betätigungen (→) des/ der Klient*in ausgelegt werden, ihren Platz (Merklein de Freitas, 2016). Die genannten Beispiele für individuell klientenzentrierte (→) Medien können Sie dem Punkt vier der Resultate entnehmen.



Implement
the plan

- Die spielerische Gestaltung der Therapie und das Arbeiten mit Wiederholungen, sowie vertrauten Materialien wird als wichtig erachtet
- Es sollte eine ungestörte und ruhige Atmosphäre geschaffen werden, welche für wenig Ablenkung sorgt, da sich Kinder schnell ablenken lassen
- Enge und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Eltern im Rahmen der Therapie >> *"power-sharing"* nach Polatajko (2013)
Die Anliegen der Eltern werden dabei in der Therapie berücksichtigt.
 - Strategien: Beratung und Anleitung, um die Kompetenzen der Eltern zu stärken
- *Lernbasierter Bezugsrahmen*
 - *Klientenzentrierter & betätigungsbasierter Bezugsrahmen*
 - *Biomechanischer Bezugsrahmen & neurophysiologischer Bezugsrahmen*
 - *Bezugsrahmen der Umweltanpassung*

- **Stufenmodell**
- 1. Stufe: *"control training"*: Funktion des Greifens wird erlernt und Erfahrungen im Umgang und Gebrauch der Prothese werden gesammelt. An- und Ausziehen der Prothese wird trainiert, es werden keine Therapiematerialien verwendet
- 2. Stufe *"petitive strings"*, das Ergreifen einfacher Gegenstände wird wiederholend trainiert, um die Griffkraft anpassen zu können. Therapiematerialien werden verwendet
- 3. Stufe *"ADL-Training"* - Alltagstraining, je nach Alter des Kindes begleitet durch ein *"physical training"* (körperliche Aktivität)

Abbildung 16: CPPF, fünfter Aktionspunkt (eigene Darstellung)

Da bereits in der Befunderhebung die Nutzung der Assessments fehlt, gestalten sich die folgenden Aktionspunkte (siehe Abb. 17) als Herausforderung. Resultate können durch Gespräche und Wahrnehmungen der Eltern subjektiv im Alltag beobachtet werden, nicht aber mit Evidenz belegt oder gemessen werden. Ergänzend werden Erkenntnisse aus dem neurophysiologischen Bezugsrahmen herangezogen, indem eine Beobachtung der Entwicklung des Kindes stattfindet (Merklein de Freitas, 2016).

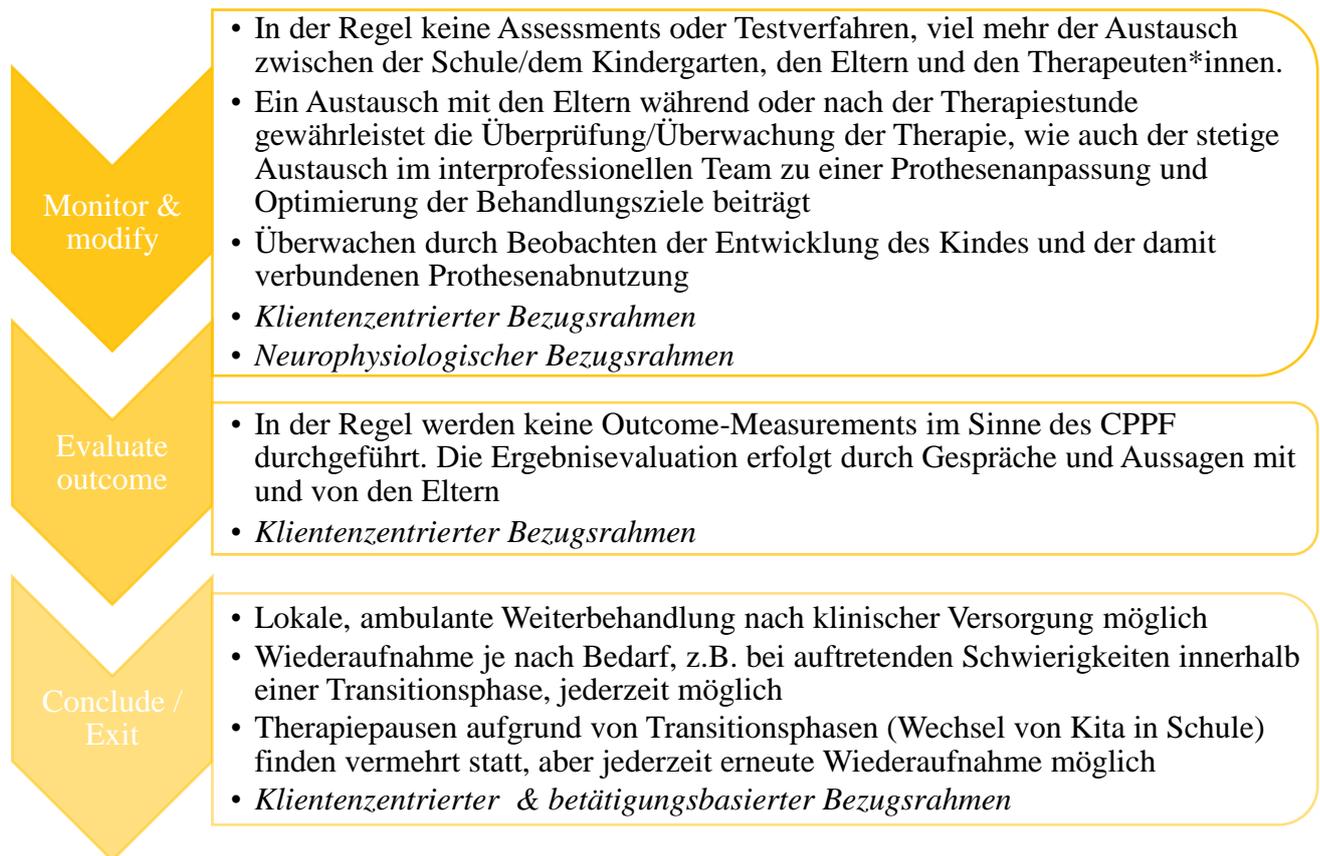


Abbildung 17: CPPF, sechster bis achter Aktionspunkt (eigene Darstellung)

Stellt man die Umsetzungen der Studienteilnehmenden, den CMCE-Skills nach Polatajko et al. (2013) gegenüber, so fällt auf den ersten Blick auf, dass alle zehn CMCE-Skills den Berufskompetenzen zugeordnet werden können. Auch die Eigenschaft, dass die Studienteilnehmenden häufig sehr unterschiedliche Antworten und Umsetzungen zeigen, hebt hervor, dass die Prothesenversorgung nicht standardisiert oder geradlinig abläuft. Dennoch bietet das CMCE Therapeuten*innen „(...) a way to articulate both the process and the content of enabling, in a way that makes our work easier to understand“ (Stadnyk et al., o.D., S.28). Häufig ist eine komplexe Kompetenz, wie z.B. die interprofessionelle Zusammenarbeit, mit mehreren CMCE- Skills besetzt. Die Begriffe „consult“ und „collaborate“ sind in ihrer ursprünglichen Definition nach Polatajko et al. (2013) deutlich klientenzentrierter (→), als in der Umsetzung, bzw. im Rahmen der durch die Studie erfassten Resultate.

Aspekte des klientenzentrierten (→) Bezugsrahmens werden in den letzten drei Aktionspunkten sichtbar, da ein holistischer und individueller Ansatz durch Gespräche mit den Eltern sowie angrenzenden Berufsgruppen zu erkennen ist. Dadurch wird eine stetige Anpassung des Therapieprozesses ermöglicht. Der Punkt „Conclude/ Exit“ wird durch Erkenntnisse des betätigungsbasierten Bezugsrahmens ergänzt, indem bei Bedarf durch eine Wiederaufnahme der Behandlung auf veränderte Betätigungsanforderungen des Kindes innerhalb von Transitionsphasen eingegangen wird (Merklein de Freitas, 2016).

5.1.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

2. Leitfrage: Mit welchen angrenzenden Professionen interagieren Ergotherapeuten*innen während dem Behandlungsverlauf und wie gestaltet sich dieser Austausch?

Aus den Resultaten der Interviews sowie des Online-Fragebogens wird ersichtlich, dass Ergotherapeuten*innen während des Prozesses vor allem mit Ärzten*innen, Orthopädietechnikern*innen, Lehrern*innen, Integrationshelfern*innen, Physiotherapeuten*innen, Heilpädagogen*innen, Orthopäden*innen, Prothesenherstellern*innen und Mitarbeitern*innen des Kindergartens, zusammenarbeiten. Um eine qualitativ hochwertige, auf den Patienten ausgerichtete Versorgung gewährleisten zu können, kann die interprofessionelle Zusammenarbeit hilfreich sein, indem Angehörige verschiedener Berufsgruppen zusammenarbeiten (Kälbe zitiert in Mahler et al., 2014). Der/Die Patient*in kann laut Kälbe (zitiert in Mahler et al., 2014) von den spezifischen Fähigkeiten jedes einzelnen Berufes profitieren. Dies spiegelt sich auch in den Aussagen einiger Teilnehmer*innen wider, welche mit der Berufsgruppe der Orthopädietechniker*innen intensiv zusammenarbeiten. So werden beispielsweise die Fähigkeiten der Ergotherapeuten*innen mit denen der Orthopädietechniker*innen im Rahmen gemeinsamer Absprachen als Team vereint, um Anpassungen, Problembehebungen, Programmierung und Schaftgestaltung vorzunehmen, oder aufgrund von Fehlhaltungen der Wirbelsäule gezielt mit Physiotherapeuten*innen, zusammengearbeitet. Dies hebt die Erkenntnis verschiedener Literaturrecherchen hervor, dass eine wichtige Voraussetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit das Verständnis gegenüber den Werten und Schwerpunkten anderer Professionen darstellt. Weitere wichtige Werte sind der gegenseitige Respekt und das Vertrauen untereinander (Barrett, Sellman & Thomas und Juntunen & Heikkinen zitiert in Gee et al., 2016). Auch die WHO (2010) vertritt, dass es im Rahmen der Interprofessionalität von Wichtigkeit sei, seine eigenen Rollen, Verantwortlichkeiten und Fachkompetenzen zu kennen, sowie die von anderen zugehörigen Professionen im Gesundheitssystem.

Der interprofessionelle Austausch kann sich je nach Setting (→) und Bereitschaft der Professionen, ganz unterschiedlich gestalten. So kann die Zusammenarbeit im Rahmen von Teamsitzungen, Telefonaten, oder vor und nach jeder Therapiesitzung im klinischen Setting (→) stattfinden. Die Frequenz der Sitzungen gestaltet sich dabei je nach Bedarf, Kind und Aufwand der Versorgung.

Ein/eine Physiotherapeut*in bezeichnet im Rahmen der Online-Umfrage die eigene Rolle als „*Schnittstelle zwischen Kind und Orthopädiemechaniker*“ (TN 15). Dies spiegeln auch Erkenntnisse der Literatur wider, da durch die interprofessionelle Zusammenarbeit laut Moyers (2016), die ganzheitliche und patientenorientierte Betreuung, unterstützt wird.

Die Inhalte des Austausches gestalten sich ebenfalls sehr vielfältig, aufgrund der Vielzahl an Professionen in der Praxis. Ein weites Spektrum von psycho-sozialen Aspekten bis hin zu motorisch-funktionellen Aspekten, wie den Funktionen der Prothese, oder den medizinischen Aspekten einer Stumpfvorbereitung, können in einer interprofessionellen Zusammenarbeit berücksichtigt werden. Physiotherapeuten*innen widmen sich beispielsweise einer Fehlhaltung, unter Beanspruchung der Wirbelsäule, während sich Orthopädietechniker*innen der Versorgung einer Prothese und deren Anpassung annehmen.

Häufige Schwierigkeiten, die eine optimale Zusammenarbeit beeinflussen, liegen auf der Meso- und Makroebene (→). Häufig genannt werden Zeit- und Kostengründe, die das Interesse anderer Professionen einschränken, obwohl dies gleichzeitig eine wichtige Rolle für den Alltagstransfer spielt.

Von großer Bedeutung können gute Kommunikationsfähigkeiten im interprofessionellen Austausch sein (Barrett, Sellman & Thomas und Juntunen & Heikkinen zitiert in Gee et al., 2016), die durch den Besuch einer interprofessionellen Fortbildung unterstützt werden können. Moyers (2016) unterstreicht dies, indem er Bezug zur Evidence-Based-Practice aufnimmt, im Rahmen dessen auch Forschungsergebnisse anderer Professionen eine wichtige Rolle spielen können und somit zur gemeinsamen Teamarbeit beitragen können.

Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit besteht außerdem die Möglichkeit, aus den Behandlungsgrenzen und -erfolgen anderer Professionen zu lernen, diese auf die eigene Profession zu übertragen und gegebenenfalls anzupassen (Gee et al., 2016).

5.1.4 Teilhabefähigkeit der Kinder

3. Leitfrage: Wie sieht die Teilhabefähigkeit der Kinder in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit mit einer funktionellen Armprothese aus?

Der letzte Aspekt der Diskussion bezieht sich auf die Teilhabefähigkeit der Kinder, wobei die Thematik der Transition und des Alltagstransfers beleuchtet wird.

Im Hinblick auf die Zielsetzung der Klienten*innen wird deutlich, dass der/die Ergotherapeut*in durch das Gespräch mit den Eltern Bezug auf die Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit (Polatajko et al., 2013) der jeweiligen Transitionsphase nimmt. Die Ziele bezüglich einer Teilhabefähigkeit liegen „eigentlich in allen drei [Bereichen] gleichermaßen“ (TN 3, Z. 159). Einen Fortschritt in der Teilhabefähigkeit nehmen die Eltern besonders im Alltag wahr, da hier alles schneller, einfacher und automatischer funktioniert als vor der Therapie.

Toda et al. (2015) erwähnen, dass Schwierigkeiten mit der Prothese vor allem in herausfordernden Umweltfaktoren, wie z.B. dem schulischen Setting (→) oder während Betätigungsveränderungen wie beispielsweise der Einschulung, auftreten. Dies hebt die Notwendigkeit einer begleitenden ergotherapeutischen Behandlung hervor. Jong et al. (2012) unterstreichen in der Literatur, dass während der Transitionsphase eine eindeutige Unterstützung geboten werden muss, in dem das Kind auf den Übergangsprozess vorbereitet wird und aufkommende Schwierigkeiten bearbeitet werden (Scheffkind, 2016; Case, 2015). Orentlicher & Gibson (2015) bestätigen, dass besonders bei Krankheit, Verletzung oder Lebenstraumata neue oder zusätzliche Fähigkeiten sowie Planungen entwickelt werden müssen, um die entsprechenden Lebensabschnitte erfolgreich durchlaufen zu können. Eine Teilnehmerin empfiehlt dies mit einer Aufklärung der Mitmenschen bezüglich der Prothese (z.B. Lehrer und Mitschüler) in der neuen Umgebung umzusetzen oder gegebenenfalls Zeit und Therapiepausen für die Beobachtung im Alltag zu gewährleisten.

Auch ist es von großer Bedeutung die Eltern kontinuierlich einzubeziehen, um einen Transfer in den Alltag zu ermöglichen, und die Akzeptanz im Umfeld des Kindes zu schaffen, damit dies unterstützend wirken kann. So können auch die Geschwister der Kinder einen motivierenden Part im Alltagstransfer darstellen. Der Austausch zwischen lokalen und erstversorgenden Therapeuten*innen soll gefördert werden, um eine gute Übergabe im Hinblick auf die bisherigen und zukünftigen Therapieziele zu gewährleisten. Der gelungene Transfer von der Therapie in den Alltag des Kindes steht durchaus in Verbindung zu dem ergotherapeutischen Ziel der Teilhabe in den drei Betätigungsbereichen.

Im Rahmen der Interviews stellten sich neben den fördernden zusätzlich auch hemmenden Faktoren bezüglich des Transfers in den Alltag heraus. Zu den hemmenden Faktoren gehören Aspekte der mangelnden Einsatzmöglichkeiten der Prothese. Wichtig ist dabei das Fazit von Sauerbruch zu berücksichtigen, welcher 1916 zusammenfasst, dass „von vornherein (...) aber betont werden [muss], dass die Leistungen einer künstlichen Hand auch im günstigsten Falle hinter denen der normalen weit zurückbleiben müssen (...)“ (Sauerbruch zitiert in Karpa, 2004).

5.2 Diskussion der Methodik

Im nachfolgenden Kapitel reflektieren die Autorinnen das methodische Vorgehen und nehmen dabei Bezug auf die Stärken und Schwächen der gewählten Forschungsmethode. Es erfolgt die Beurteilung der Qualität der Forschungsergebnisse anhand der allgemeinen Gütekriterien der qualitativen Forschung, sowie durch die spezifischen inhaltsanalytischen Gütekriterien nach Krippendorff (zitiert in Mayring, 2010, S.119).

5.2.1 Stärken und Limitationen der Qualifikationsarbeit

Im Zuge der vorliegenden Forschungsarbeit wurden die geplanten Strategien zur Erfüllung der Gütekriterien (siehe Kap. 3.1.3) mit Ausnahme des „Member-Check“ vollständig umgesetzt. Der ständige Austausch sowie Diskussionen unter den vier Autorinnen, aber auch mit der zuständigen Betreuerin, können als Ressource dieser Arbeit angesehen werden. Als eine weitere Stärke kann auch die genaue Darstellung des methodischen Vorgehens durch die Autorinnen benannt werden. Der Forschungsprozess im Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse ist transparent dargestellt und erläutert, wobei ein Forschungstagebuch, bzw. „Audit Trail“ (Anlage 10) diesen ergänzt.

Als eine Limitation der Studie kann die Tatsache betrachtet werden, dass die Befragung der Teilnehmer*innen nur in Teilen von Deutschland, speziell in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Baden-Württemberg, möglich war. Somit kann wenig Anspruch an die Repräsentativität erhoben werden, auch bedingt durch die geringe Stichprobengröße. Es kann aber eine generelle Übertragbarkeit auf andere Bundesländer vermutet werden. Da jedoch eine geringe Teilnehmer*innenzahl unter anderem ein Merkmal der qualitativen Forschung ist und die Studie in einem begrenzten Zeitfenster durchgeführt wurde erschienen neun Interviews, auch hinsichtlich der anschließenden Analyse sowie der zusätzlichen Datenerhebung mittels einer Online-Umfrage, als angemessen (vgl. Stichprobengültigkeit, Kap. 5.2.2). Die Kombination der beiden verwendeten Erhebungsmethoden ermöglicht es, ein ganzheitliches Bild der Thematik wiederzugeben, was als Stärke angesehen werden kann. Anders als geplant wurden nicht ausschließlich „Face-to-Face“ Interviews durchgeführt.

Aufgrund terminlicher und örtlicher Schwierigkeiten, wichen die Autorinnen in vier von neun Fällen auf die Möglichkeit aus, die Interviews per Online-Dienst wie z.B. WebEx oder Skype durchzuführen. Der Interviewleitfaden konnte sowohl bei Face-to-Face-Interviews als auch bei Online-Interviews eingesetzt werden und weist dadurch eine kontextunabhängige Durchführung auf.

Es sei darauf hingewiesen, dass insgesamt im Rahmen der Interviews Bezug zu verschiedenen Armprothesen unterschiedlicher Funktionsweise genommen wurde. Die Funktionsweise der jeweilig verwendeten Prothese hat womöglich einen Einfluss auf die Aussagen der Proband*innen, wodurch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu hinterfragen ist.

Eine weitere Stärke der Studie sehen die Autorinnen darin, dass zu den drei entwickelten Interviewleitfäden jeweils ein Pretest (→) stattgefunden hat. Trotz dieser Pilotierung und anschließender Anpassung des Leitfadens waren einem Großteil der Teilnehmer*innen die Inhalts- und Prozessmodelle nicht bekannt, sodass die Interviewfrage einer zusätzlichen Erklärung bedurfte. Der Einsatz eines Leitfadens für die Interviews stellte sich rückblickend jedoch als sinnvoll heraus und bot eine gute Struktur, die sich auch während der Datenanalyse transparent gestalten ließ.

Als limitierender Faktor dieser Arbeit, bezüglich der Datenerhebung mittels Online-Umfrage, ist hervorzuheben, dass bestimmte Zielgruppen möglicherweise nicht berücksichtigt worden sind. So sind beispielsweise nicht alle potenziellen Probanden*innen über die Umfrageplattform erreichbar oder überhaupt online aktiv. Eine Stärke sehen die Forscherinnen dennoch in einer gewissen Diversität der Studienteilnehmenden, welche z.B. in Bezug auf Berufserfahrung, Arbeitskontext und Profession in dieser Arbeit gewährleistet wird. Im Rahmen der Analyse nach Mayring (2010) wurden die Angaben der Studienteilnehmenden durch die Autorinnen so objektiv wie möglich dargestellt und auch Wertungen von Anfang an vermieden. Meinungsverschiedenheiten und unterschiedliche Interpretationen können jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden. Positiv hervorzuheben ist auch, dass die Analyse der Transkriptionen (→) durch die qualitative Inhaltsanalyse regelgeleitet ablief und die Forscherinnen Beispiele aus den Interviews, sowohl in die Analyse, als auch in die Resultate, mit einbezogen haben. Zudem wurden die Schritte der Analyse im Ablaufmodell (siehe Kap. 3.3.2, Abb. 7) transparent dargelegt.

Der Kategorienbaum und die Interviewleitfäden für die Interviews sowie dem Online-Fragebogen stehen in den Anlagen 3, 4 und 14 dieser Bachelorarbeit zur Verfügung. Die Transkripte der einzelnen Interviews können nach Bedarf bei den Autorinnen zur Einsicht angefragt werden.

Die gesamte Auseinandersetzung mit der Literatur und der daraus resultierenden theoretischen Basis sehen die Forscherinnen einerseits als Stärke der Studie an. Um das Ziel der Forschungsarbeit herauszuarbeiten recherchierten die Autorinnen Literatur aus nationalen und internationalen Quellen, wobei großen Wert auf ihre Aktualität und Aussagekraft zu legen. Diese Kriterien konnten nicht durchgehend berücksichtigt werden, da sich die Studienlage zur Forschungsfrage der Autorinnen als begrenzt erwies. Somit sahen sie sich gezwungen auch Studien mit mittlerer bis niedriger Evidenz hinzuzuziehen. Die verwendete Literatur diente größtenteils der Untermauerung des theoretischen Hintergrunds, der Methodik sowie der Diskussion der Resultate. Die Literaturrecherche wurde zur Nachvollziehbarkeit der Vorgehensweise transparent dargestellt und als Anlage (siehe Anlage 2) der Qualifikationsarbeit beigelegt.

5.2.2 Inhaltsanalytische Gütekriterien

Wie bereits in Kapitel 3.3.2 beschrieben, wird die Qualifikationsarbeit unter diesem Punkt im Hinblick auf die inhaltsanalytischen Gütekriterien nach Krippendorf (zitiert in Mayring, 2010) diskutiert.

5.2.2.1 Validität

Die Semantische Gültigkeit kann in dieser Studie nicht gewährleistet werden, da die Autorinnen keine sogenannten „Checks“ machten, welche zur Überprüfung von Textstellen sowie dem Analyseinstrument durchgeführt werden.

In dieser Qualifikationsarbeit ist keine Stichprobengültigkeit und somit keine Repräsentativität gegeben. Da die Forschung die persönlichen Erfahrungen der Studienteilnehmer*innen im Bereich der funktionellen Prothesenversorgung fokussiert, war dies allerdings auch nicht als Ziel vorgesehen. Dennoch können Aussagen über die Ergebnisse der Stichprobe, jedoch nicht über das Gesamtverhalten aller Personen mit funktioneller Armprothese getätigt werden.

Die Korrelative Gültigkeit kann in dieser Studie nicht gewährleistet werden, da keine Ergebnisse weiterer, vergleichbarer Untersuchungen vorliegen, welche die Korrelation mit der vorliegenden Arbeit zulassen.

Die Vorhersagegültigkeit konnte aufgrund des explorativen Charakters des vorliegenden Materials nur eingeschränkt umgesetzt werden, da in Anlehnung an Mayring (2010, S.120) die Vorhersagegültigkeit nur anwendbar ist, wenn aus dem untersuchten Material sinnvoll Vorhersagen zu treffen sind.

Die Autorinnen vertreten die Meinung, dass keine vergleichbaren Studien vorlagen und daher auch keine Vorhersagen zu möglichen Ergebnissen prognostiziert werden können.

Gleiches gilt für die Konstruktvalidität, wobei einige Erfahrungen für die ergotherapeutische Herangehensweise im Bereich der Prothesenversorgung hilfreich sind. Die Konstruktvalidität wird außerdem als gering eingestuft, da die Forscherinnen bisher keine Forschungen durchgeführt haben und dementsprechend keine Erfolge mit analogen Modellen sammeln konnten.

Aufgrund der zeitlichen Gegebenheiten und wider dem geplanten methodischen Vorgehen der Autorinnen, wurde auf die kommunikative Validierung im Sinne des „Member-Checks“ verzichtet, sodass die erhobenen Daten nicht durch die Teilnehmer*innen auf die Gültigkeit hin überprüft wurden. Da alle Interviews allerdings den Rahmen boten, sich durch gezieltes Nachfragen rückzuversichern und im Gegensatz zu anderen Erhebungsformen für die interviewten Personen ohnehin die Möglichkeit bestand ihre subjektive Sicht darzustellen, wurde dies durch die Autorinnen nicht als negativ erachtet.

5.2.2.2 Reliabilität

Bezüglich der Stabilität der Ergebnisse kann keine Aussage getroffen werden, da die Autorinnen keine erneute Anwendung des Analyseinstruments auf das Material vorgenommen haben. Dementsprechend sind die Intrakodierreliabilität und die Interkodereliasibilität nicht gegeben, da nicht alle Autorinnen den Zyklus der Inhaltsanalyse und Interpretation mit allen Transkriptionen (→) selbstständig durchgeführt haben und die Ergebnisse erst im Nachhinein, hinsichtlich der Übereinstimmung verglichen wurden.

Im Rahmen der Studie wurde die Reproduzierbarkeit nicht überprüft, es waren beispielsweise keine externen Codierer*innen beteiligt. Aufgrund der detaillierten Beschreibung der Vorgehensweise wäre es grundsätzlich möglich, dass ein außenstehender Analytiker die Analyse des Materials unter anderen Umständen erneut durchführen würde und zu denselben Ergebnissen käme.

Da die Exaktheit Stabilität und Reproduzierbarkeit voraussetzt, kann darüber folglich keine Aussage getroffen werden.

6. Schlussfolgerung

In diesem Kapitel präsentieren die Autorinnen einzelne Inhalte aus dem vorangegangenen Kapitel und geben schlussfolgernde Empfehlungen für die Praxis und einen Ausblick für zukünftige Forschungsthemen.

6.1 Empfehlungen für die Praxis

Die vorliegende Studie hebt hervor, dass eine ergotherapeutische Behandlung für Kinder mit einer funktionellen Armprothese sinnvoll ist, um sie in ihrem alltäglichen Leben zu unterstützen und zu fördern. Schlussfolgernd ist die Gestaltung der ergotherapeutischen Intervention im Sinne der Klientenzentrierung (→) individuell und kaum zu verallgemeinern, weshalb es keine pauschale Vorgehensweise gibt.

Das erstellte Modell auf Grundlage des CPPF (siehe Anlage 11), geht als Resultat dieser Forschungsarbeit hervor und kann zusammenfassend als Orientierung für die Praxis dienen sowie einen ersten Einblick in die ergotherapeutische Intervention im Rahmen der Prothesenversorgung bieten. Dabei ist zu beachten, dass die Teilnehmenden keine ergotherapeutischen Prozess- oder Inhaltsmodelle verwenden, sondern institutionsspezifisch handeln. Dadurch arbeiten sie weniger evidenzbasiert und hauptsächlich auf der Grundlage interner Evidenz.

Problematisch sehen die Autorinnen, dass Assessments in der Behandlung von Kindern mit einer funktionellen Armprothese nur wenig Verwendung finden. Deshalb empfehlen sie, die Intervention durch die Nutzung eines standardisierten, klientenzentrierten (→) Assessments, wie z.B. dem COPM à Kids, zu ergänzen, welches für Kinder geeignet ist und sie aktiv in die Planung miteinbezieht. Dies würde einerseits die erwünschte Professionalisierung fokussieren und andererseits die Qualität der ergotherapeutischen Arbeit, durch mehr Transparenz, steigern.

Weiterhin sehen die Autorinnen die Notwendigkeit des Ausbaus der ergotherapeutischen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im deutschsprachigen Raum für diesen speziellen Bereich, um auch auf diesem Weg die Qualität der Behandlung zu steigern.

Das beschriebene Stufenmodell, welches im klinischen Setting Anwendung findet, verfolgt hauptsächlich den „bottom - up“ (→) Ansatz. Dieser spiegelt sich auch in den verwendeten Therapiematerialien, sowie in der Simulation von Betätigungen (→) im Rahmen der Therapie, wider. Obschon die dritte Stufe des Modells ein ADL-Training (→) beinhaltet, erachten die Forscherinnen es als wichtig, den „top - down“ (→) Ansatz mehr in die ergotherapeutische Behandlung bei Kindern mit funktioneller Armprothese zu integrieren.

Als wertvoller Schritt dahingehend kann die Verwendung persönlicher Gegenstände oder Spielzeuge der Kinder betrachtet werden, was zum gegenwärtigen Zeitpunkt bereits von einigen Ergotherapeuten*innen umgesetzt wird und auch als zusätzliche Empfehlung von den Autorinnen ausgesprochen wird. Zu beachten bleibt, dass das alltagsnahe Arbeiten durch die Teilnehmenden, v.a. im klinischen Rahmen, als schwer umsetzbar beschrieben wurde und somit noch eine Hürde darstellt.

Die Behandlung von Kindern mit einer funktionellen Armprothese wird vor allem durch **soziale** und **institutionelle Umweltfaktoren**, die im Rahmen des CMOP-E hervorgehoben werden, beeinflusst.

Die Eltern stellen in Bezug auf die **soziale Umwelt** einen Förderfaktor für die ergotherapeutische Behandlung und die Akzeptanz der Armprothese von Seiten des Kindes dar. Aus diesem Grund heben die Autorinnen die enge Zusammenarbeit mit den Eltern als erweiterten Klienten hervor. Hierbei nimmt der/die Ergotherapeut*in im Rahmen der Elternarbeit in Anlehnung an die CMCE-Skills vor allem eine informierende, beratende und anleitende Rolle ein. Die Eltern werden durch beratende Maßnahmen oder Trainingsaufgaben für zuhause in die Therapie mit eingebunden, um Therapieinhalte bzw. -erfolge aus der Praxis auch in das individuelle, alltägliche Umfeld der Kinder zu implementieren.

Es wird deutlich, dass bei gegebener Kontinuität, sowie gleichen Zielen und Strategien aller Professionen, diese Umstände einen Förderfaktor im Rahmen der **institutionellen Umwelt** darstellen. Somit sehen die Forscherinnen den Austausch und die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Professionen als Grundlage für eine ganzheitliche Behandlung von Kindern mit einer funktionellen Armprothese. Ein wichtiger Punkt innerhalb der Studie war daher die Analyse der Rolle der interprofessionellen Zusammenarbeit, innerhalb der Behandlung von Kindern mit funktioneller Armprothese. Es wird klar, dass die Studienteilnehmenden allgemein großen Wert auf den Austausch mit anderen Professionen legen. Größtenteils sind sie sehr zufrieden mit dem Kontakt, würden sich für den Austausch aber mehr Zeit wünschen. Der Austausch findet oft in geplanten und regelmäßig stattfindenden, interprofessionellen Teams statt, kann aber auch über Telefonate erfolgen. Die wichtigste Rolle spielt die Zusammenarbeit mit den Orthopädietechnikern*innen. Während jedoch im klinischen Setting (→) die enge Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeuten*innen und Orthopädietechnikern*innen Alltagssituation ist, haben niedergelassene Ergotherapeuten*innen oft nur unregelmäßigen bis gar keinen Kontakt mit anderen Professionen. Die Interviewteilnehmer*innen äußern jedoch das Bedürfnis danach, dass ein Austausch mit angrenzenden Professionen auch bei niedergelassenen Ergotherapeuten*innen nötig ist, um einer ganzheitlichen Behandlung der Kinder, nachzukommen. Dieser Wunsch wird von den Autorinnen befürwortet und kann als Empfehlung für die Zukunft betrachtet werden.

6.2 Ausblick und weiterführende Überlegungen

Im Folgenden wird ein Ausblick bezüglich weiterführenden Forschungsüberlegungen in den Bereichen externe Evidenz, Veränderung politischer Rahmenbedingungen, Alltagstransfer und therapeutische Nachsorge gegeben. Das resultierende CPPF-Modell (siehe Abbildungen 14, 15, 16, & 17) kann eine Grundlage für die Erstellung eines ergotherapeutischen Prozessmodells oder Leitfadens, in der zukünftigen Forschung der Prothesenversorgung bei Kindern, bieten.

Wie bereits unter Kapitel 6.1 erwähnt, wird die Nutzung standardisierter Assessments in der ergotherapeutischen Intervention empfohlen. Die Studie zeigt einen Mangel an kindgerechten Assessments im Bereich der Armprothetik auf, weshalb sich die „Occupational Science“ der Anpassung bereits bestehender Assessments, wie z.B. dem „Box - and - Block - Test“ bzw. dem „Assessment of Capacity for Myoelectric Control“ (ACMC), und/oder der Entwicklung neuer, altersgerechter Testverfahren widmen sollte. Hierbei soll auch der Erfolg im Alltag messbar gemacht werden. Dabei ist auf den betätigungsorientierten, klientenzentrierten (→) Grundgedanken der Ergotherapie zu achten, um die therapeutischen Berufsgruppen zu differenzieren und zu professionalisieren. Einen weiteren, interessanten Aspekt kann hier die Erforschung der spezifischen Aufgabenverteilung im Prozess der Prothesenversorgung zwischen den Professionen bieten. Des Weiteren ist zu empfehlen, die Einschlusskriterien der folgenden Studien im Hinblick auf die Art der Prothese konkreter zu formulieren, um die Einflussfaktoren unterschiedlicher Prothesenarten generalisieren zu können.

Die Resultate zeigen Schwierigkeiten im Alltagstransfer der Kinder mit funktioneller Armprothese auf. Für weiterführende Studien ist die ausführliche Befragung von Eltern bzw. der Kinder direkt zu empfehlen, um den Aspekt der natürlichen und sozialen Umwelt im aktuellen, zeitgenössischen Paradigma (→) tiefergehend zu erforschen und den Transfer in den Alltag zu optimieren.

Weiterführende politische Überlegungen können nicht nur den Alltagstransfer, sondern auch die interprofessionelle Zusammenarbeit optimieren. Beim Alltagstransfer ist zu beachten, dass eine häusliche oder schulische Integration im Rahmen der ergotherapeutischen Heilmittelverordnung lediglich einmal pro Rezept möglich ist. Durch eine kontinuierliche Begleitung in der „natürlichen“ Umwelt des Kindes kann der Alltagstransfer optimiert werden, weshalb überprüft werden muss, ob eine Heilmittelverordnung als ergotherapeutischer Hausbesuch eine effektive und qualitativ hochwertige Intervention bieten kann.

Im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit wird der Wunsch nach allgemein geregelter Finanzierung von zeitintensiven und bisher unbezahlten Leistungen geäußert, weshalb eine Anpassung auf der politischen Ebene gefragt ist. Dies würde sich auch auf den Austausch zwischen stationär und ambulant weiter behandelnde Therapeuten*innen auswirken.

Literaturverzeichnis

- 105th Congress (1998). Public Law 105–394. Abgerufen von <https://www.congress.gov/105/plaws/publ394/PLAW-105publ394.pdf> [25.04.2019]
- Arts, M. (2009). Das Affolter Konzept. In C. Habermann, & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Aufl., S. 801–820). Stuttgart, Deutschland: Thieme.
- Assistive Technology Glossary [PDF]. (2018, 22. März). Abgerufen 13. März, 2019, von https://www.ctdinstitute.org/sites/default/files/file_attachments/CTD-ATglossary-v3.pdf
- Baumgartner, R., & Botta, P. (1997). *Amputation und Prothesenversorgung der oberen Extremität: Indikationsstellung, operative Technik, Prothesen- und Hilfsmittelversorgung, Funktionstraining, Rehabilitation, Begutachtung*. Stuttgart, Deutschland: Enke.
- Baumgartner, R., Greitemann, B., & Teutrine, P. (2002). *Grundkurs Technische Orthopädie*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Becker, H. (2014). Qualitativ oder Quantitativ? *Ergoscience*, 9 (3), S.89. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Berry, J., & Ryan, S. (2002). Frames of Reference: their Use in Pediatric Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 65 (9), 420-427.
- Bertram, B. (o.D.). armprothetik.info. Abgerufen am 22.04.2019, von <https://armprothetik.info/index.php?prothetik>
- Bertram, B. (2011). 9. Interdisziplinärer SGA-Workshop, Proceedingband. In S. Zabransky. (Hrsg.), *Geschichte der Armprothetik*. (S. 29- 45). Medizinischer Verlag Siegfried Zabransky.
- Bertram, B. (2018, Januar). Angeborene Fehlbildungen der oberen Extremität – orthopädiotechnische Versorgungs-konzepte und Besonderheiten [PDF]. Abgerufen 27. April, 2019, von https://armprothetik.info/doc/OT0118_Bertram.pdf
- Bibliographisches Institut GmbH. (2019). *Setting*. Dudenverlag, DUDEN online. Abgerufen am 22.08.2019, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Setting>

- Bogner, A., & Menz, W. (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (2. Aufl., S. 33–71). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Boyt Schell, B. A., & Gillen, G. (2018). *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (13. Aufl.). Philadelphia, United States of America: Wolters Kluwer.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart, Deutschland: Klett-Cotta.
- Brooker, G. (2012). *Introduction to Biomechatronics*. Raleigh, NC: SciTech.
- Brown, T., & Chien, C.-W. (März 2010). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment: which way do we go? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), S. 95.
- Burger, H., Brezovar, D., & Vidmar, G. (2014). A comparison of the University of New Brunswick Test of Prosthetic Function and the Assessment of Capacity for Myoelectric Control. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 50 (4), S. 433- 438.
- Case, D. J. (2015). Transition within School. In M. L. Orentlicher, S. Schefkind, & R. W. Gibson (Hrsg.), *Transitions Across the Lifespan: An Occupational Therapy Approach* (2. Aufl., S. 81–102). Bethesda, United States of America: AOTA Press.
- Clyde, M. (1991). *The Transition from Child Care to School* (Paper presented at the First Years of School Conference, Auckland, New Zealand.). Abgerufen am 27.07.2019, von <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED360068.pdf>
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In E. A. Townsend, H. J. Polatajko, & ORG. Canadian Association of Occupational Therapists (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice Through Occupation* (2. Aufl., S. 229–246). Ottawa, Canada: Canadian Association of Occupational Therapists.
- DACHS-Definition Ergotherapie. (2007). Abgerufen am 10.08.2019, von <http://www.dachs.it/de/kap-1.php>

- Deutsches Medizinhistorisches Museum/ DAMALS. (2014). „*Sauerbruch-Arm*“: *Prothesen für Kriegsversehrte*. Abgerufen am 10.08.2019, von <https://www.wissenschaft.de/geschichte-archaeologie/sauerbruch-arm-prothese-fuer-kriegsversehrte/>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitative Forschende* (8. Aufl.) Marburg.
- Dr. med. Stinus, H., & Ottobock. (o.D.). *Alles im Griff - Myoelektrische Armprothesen*. Duderstadt, Deutschland: Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH.
- Egermann, M., Kasten, P., & Thomsen, M. (2009). Myoelectric hand prostheses in very young children. *International Orthopaedics*(33), S. 1101–1105. doi:10.1007/s00264-008-0615-y
- Elliott, A. (1995). *Family Experiences of Transition from Child Care to School*. Abgerufen am 20.04.2019 von <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED385377.pdf>
- Enemark Larsen, A., Rasmussen, B., & Christensen, J. R. (2018). Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*, 2018(5956301), 1–11. Abgerufen von <https://doi.org/10.1155/2018/5956301>
- Endacott, R. (2005). Clinical research 4: qualitative data collection and analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21 (2), S. 123-127.
- Flotho, W. (2011). Klientenzentrierter Ansatz. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie - vom Behandeln zum Handeln* (4. Aufl., S. 200–205). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Gee, B. M., Holst, J., Baron, K., Kendall, E., Knudson, S., McKnight, L., & Streagle, K. (2016). Interprofessional Education in Occupational Therapy: The Idaho State University Model. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 4 (2). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1226>
- Grundgesetz (GG) für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949 (BGBl. I, 100-1) zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. März 2019 (BGBl. I, S. 404). Verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html> [26.08.2019]

- Hanson, M. J., Beckman, P. J., Horn, E., Marquardt, J., Sandall, S. R., Greig, D., & Brennan, E. (2000). Entering Preschool: Family and Professional Experiences in This Transition Process. *Journal of Early Intervention*, 23 (4), S. 279-293.
- Hermansson, L. M., Bodin, L., & Eliasson, A. (2006). Intra- and inter-rater reliability of the Assessment of capacity for myoelectric control. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38, S. 118-123. Abgerufen am 19.08.2019, von <http://acmc.se/acmc-publications/>
- Hnoble. (2014). Outcome measurement and valuation – what is it and why do we need it? | Evidence-Based Nursing blog. Abgerufen 24. August, 2019, von <https://blogs.bmj.com/ebn/2014/06/30/outcome-measurement-and-valuation-what-is-it-and-why-do-we-need-it/>
- Hocking, C. (2017). Occupational justice as social justice: The moral claim for inclusion. *Journal of Occupational Science*, 24 (1), S. 29-42. doi: 10.1080/14427591.2017.1294016
- Hollenweger, J., & Kraus de Camargo, O. (2017). *ICF-CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*(2. Aufl.). Bern, Schweiz: Hogrefe AG.
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC). (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice*. Abgerufen am 02.04.2019, von https://www.aacom.org/docs/defaultsource/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97_2
- Jentschura, G., Marquardt, E., Rudel, E.-M. (1963). *Behandlung und Versorgung bei Fehlbildungen und Amputationen der oberen Extremitäten*, Stuttgart: Thieme.
- Jong, I., Reinders-Messelink, H., Tates, K., Janssen, W., Poelma, M., Wijk, I., & Sluis, C. (2012). Activity and participation of children and adolescents with unilateral congenital below elbow deficiency: An online focus group study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44 (10), S. 885–892. doi: 10.2340/16501977-1027
- Karch, D., Groß-Selbeck, G., Pietz, J., & Schlack, H. G. (2003). Sensorische Integrationstherapie nach Jean Ayres. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, S. 218-220. doi: 10.1007/s00112-003-0664-7

- Karpa, M.F. (2004). *Die Geschichte der Armprothese unter besonderer Berücksichtigung der Leistung von Ferdinand Sauerbruch (1875-1951)* (Dissertation). Abgerufen am 10.08.2019, von <https://d-nb.info/975815113/34>
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4. Ausg.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kinébanian, A., Satink, T. & van Nes, F. (2007). Architektur qualitativer wissenschaftlicher Forschung. *Ergoscience*, 2 (3), S. 120-126.
- Koesling, C., & Bollinger Herzka, T. (2008). *Ergotherapie in Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie*. Stuttgart: Thieme.
- Koller, A., & Wetz, H. H. (2006). Hilfsmittel bei Fehlbildungen der oberen Extremitäten. *Der Orthopäde*, 35 (11), S. 1137–1145. <https://doi.org/10.1007/s00132-006-1019-6>
- Kramer, P., & Hinojosa, J. (2010). *Frames of Reference for Pediatric Occupational Therapy* (3. Ausg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Krueger, R. A. (1997). *Developing Questions for Focus Groups*. Thousand Oaks, United States of America: SAGE Publications.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5. Aufl.). Thousand Oaks, United States of America: SAGE Publications.
- Kulmer, T. & Kogelbauer, B. (2016). Assessments bei myoelektrischen Prothesen der oberen Extremität – ein modifizierter Scoping Review. *Ergoscience*, 11 (3), S.102-112.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). Phänomenologie. In S. Lamnek, & C. Krell (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (6. Aufl., S. 58–68). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2015). *Canadian Occupational Performance Measure* (5. Ausg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

- Lindner, H., Hiyoshi, A., & Hermansson, L. (2017). Relation between capacity and performance in paediatric upper limb prosthesis users. *Prosthetics and Orthotics International*, 42 (1), S. 14-20. <https://doi.org/10.1177/0309364617704802>
- Lindner, H. Y. N., Linacre, J. M., & Norling Hermansson, L. M. (2009). Assessment of capacity for myoelectric control: Evaluation of construct and rating scale. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, S. 467-474. Abgerufen am 19.08.2019, von <http://acmc.se/acmc-publications/>
- Logister - Proost, I. (2019). Occupational Therapy Practice Framework (OTPF). In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 422–437). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Lütke Lanfer, H., & Rossmann, C. (2019). Grundlagen der Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung. *Springer Verlag GmbH Deutschland- Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., & Joos, S. (2014). Terminology for interprofessional collaboration: Definition and current practice. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31 (4). doi:10.3205/zma000932
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Merklein de Freitas, C. (2016). Bezugsrahmen in der Pädiatrie. In A. Baumgarten, & H. Strebel, *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert-betätigungsorientiert-evidenzbasiert* (S. 183-194). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (2. Aufl., S. 71–95). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mnich, S. M. (2014). Recht und Anspruch bei der Prothesenversorgung [PDF]. Abgerufen 6. April, 2019, von https://www.bmab.de/wp-content/uploads/2016/03/eurocom_Recht_und_Anspruch_PVersorgung.pdf
- Mosey, A. C. (1989). The Proper Focus of Scientific Inquiry in Occupational Therapy: Frames of Reference. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 9 (4), S. 195-201.

- Moyers, P. (2016). Getting Started. In P. Moyers, & P. L. Finch-Guthrie (Hrsg.), *Interprofessional Evidence-Based Practice: A Workbook for Health Professionals*(S. 3–22). Thorofare, United States of America: SLACK Incorporated.
- Newsome, W. S. (2001). Parental Perceptions During Periods of Transition: Implications for Social Workers Serving Families Coping with Autism. *Journal of Family Social Work*, 5 (2), S. 17–31. https://doi.org/10.1300/j039v05n02_03
- Orentlicher, M. L. (2013). Best practices in postsecondary transition planning with students. In G. F. Clark, B. E. Chandler, W. Dunn, & J. D. Rourke (Hrsg.), *Best Practices for Occupational Therapy in Schools*(S. 245–259). Bethesda, United States of America: AOTA Press.
- Orentlicher, M. L., Scheffkind, S & Gibson, R (2015), *Transitions Across the Lifespan: An Occupational Therapy Approach* (2. Aufl., S. 21–30). Bethesda, United States of America: AOTA Press.
- Orentlicher, M. L., & Gibson, R. (2015). Foundations of Transition. In M. L. Orentlicher, S. Scheffkind, & R. Gibson (Hrsg.), *Transitions Across the Lifespan: An Occupational Therapy Approach*(2. Aufl., S. 21–30). Bethesda, United States of America: AOTA Press.
- Ottobock. (2019). Rehabilitation nach Armamputation | Ottobock DE. Abgerufen 28. August, 2019, von <https://www.ottobock.de/mobil-nach-amputation/leben-mit-armamputation/rehabilitation-nach-armamputation/>
- Perkhofer, S., Gebhart, V., Tucek, G., Wertz, F. J., Weigl, R., Ritschl, V., . . . Heimerl, K. (2016). Qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm, *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 68-130). Berlin: Springer-Verlag.
- Podvey, M. C., Hinojosa, J., & Koenig, K. (2010). The transition experience to pre-school for six families with children with disabilities. *Occupational Therapy International*, 17 (4), S. 177–187. <https://doi.org/10.1002/oti.298>
- Podvey, M. C., & Teeters Myers, C. (2015). Early Childhood Transitions. In M. L. Orentlicher, S. Scheffkind, & R. W. Gibson (Hrsg.), *Transitions Across the Lifespan: An Occupational Therapy Approach*(2. Aufl., S. 51–80). Bethesda, United States of America: AOTA Press.

- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmermann, D. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend, & H. J. H.J. (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice Through Occupation* (2. Aufl., S. 13–36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H., Davis, J., & Craik, J. (2013). Introducing the Canadian Process Practice Framework (CPPF): Amplifying the process. In H. Polatajko, & E. Townsend, *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (S. 229 - 246). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Cantin, N., Dubouloz-Wilner, C. J., & Trentham, B. (2013). Occupation-based practice: The essential elements. In E. A. Townsend, & H. J. H.J. (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice Through Occupation*(2. Aufl., S. 203–228).Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H., Davis, J., & Craik, J. (2013). Using the Canadian Process Practice Framwork. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II - Advancing an Occupational Therapy Vision for health, well-being, & justice trough Occupation.* (S. 247 - 272). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H., & Townsend, E. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, well-being & Justice through Occupation.* Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Prigg, A. (2002). Experiences and perceived roles of occupational therapists working with children with special learning needs during transition to school: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49 (2), S. 100–111. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.2002.00286.x>
- Pschyrembel, W., & Dornblüth, O. (2014). *Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch* (266. Aufl.). Berlin, Deutschland: Walter de Gruyter GmbH.
- Pschyrembel, W., & Amberger, S. (2004). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (260. Aufl.). Berlin, Deutschland: Walter de Gruyter.

- Reichel, K, Marotzki, U. & Schiller, S. (2009). Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland- Teil 1. Eine nationale und internationale Bestandsaufnahme. *Ergoscience*, 4 (2), S.56-70. Georg Thieme Verlag: Stuttgart
- Reichel, K, Marotzki, U. & Schiller, S. (2009). Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland- Teil 2: Mögliche Ebenen der Anwendung und Umsetzung. *Ergoscience* , 4 (3), S.98-106. Georg Thieme Verlag: Stuttgart
- Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin Heidelberg: Springer
- Ritschl, V., Stamm, T., & Unterhumer, G. (2016). Wissenschaft praktisch - evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*(S. 291–306). Berlin Heidelberg: Springer
- Rodger, S. (2010). *Occupation-centred Practice with Children: A practical Guide for Occupational Therapists*. United Kingdom: WILEY-BLACKWELL.
- Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., & Jehn, P. (2006). *Ergotherapie, Vom Behandeln zum Handeln* (3. Ausg.). Stuttgart: Thieme.
- Schefkind, S. (2015). Occupational Therapy and Transition. In M. L. Orentlicher, S. Schefkind, & R. W. Gibson (Hrsg.), *Transitions Across the Lifespan: An Occupational Therapy Approach*(2. Aufl., S. 31–48). Bethesda, United States of America: AOTA Press.
- Schnell, M. W., & Heinritz, C. (2006). *Forschungsethik - Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft* (1 Ausg.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Scholl, A. (2015). *Die Befragung* (3. Aufl.). Konstanz und München: UVK.
- Schreiner, A., & Jungwirth, L. (2016). Systemische Tools zur ergotherapeutischen SMART-Zielfindung bei Menschen mit defizitärem Selbstbild. *praxis ergotherapie*, (4), 135–140. Abgerufen von https://ftz-muenchen.de/wp-content/uploads/2017/06/Zielfindung-bei-Menschen-mit-defizitärem-Selbstbild_Artikel-Schreiner-Jungwirth-ergo-04_2016.pdf

- Shaperman, J., Landsberger, S. E., & Setoguchi, Y. (2003). Early Upper Limb Prosthesis Fitting: When and What Do We Fit. *JPO Journal of Prosthetics and Orthotics*, 15(1), 11–17. Abgerufen am 19.08.2019, von https://journals.lww.com/jpojournl/Fulltext/2003/01000/Early_Upper_Limb_Prosthesis_Fitting__When_and_What.4.aspx#pdf-link
- Sjöberg, L., Lindner, H., & Hermansson, L. (2017). Long-term results of early myoelectric prosthesis fittings: A prospective case-control study. *Prosthetics and Orthotics International*, 42 (5), S. 527–533. <https://doi.org/10.1177/0309364617729922>
- Sozialgesetzbuch 5 (SGBV) idF vom 20.12.1988 (BGBl. I S.2477) zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477). Verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___12.html [24.04.2019]
- Spencer, J. E., Emery, L. J., & Schneck, C. M. (2003). Occupational Therapy in Transitioning Adolescents to Post-Secondary Activities. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(4), 435–441. <https://doi.org/10.5014/ajot.57.4.435>
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt: „ET-Fachterminologie“ – Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie, *ergoscience*, (2), 100 – 106. DOI 10.1055/s-2007-963236
- Stadnyk, R. L., Craik, J., Philipps, J., Sapeta, S., MacAulay, A., Champion, M., & Tam, L. (o.D.). The Canadian Model of Client-Centred Enablement: Reflections from diverse occupational therapy practitioners. *Occupational therapy now*, 11 (3), S. 26–28. Abgerufen von <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.526.3315&rep=rep1&type=pdf>
- Taylor, C. M. (2007). *Evidence-based Practice for Occupational Therapists* (2. Ausg.). Blackwell Publishing Ltd.
- Toda, M., Chin, T., Shibata, Y., & Mizobe, F. (2015). Use of Powered Prosthesis for Children with Upper Limb Deficiency at Hyogo Rehabilitation Center. *PLOS ONE*, 10 (6), S. 1–7. doi: 10.1371/journal.pone.0131746
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence -Based Practice Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65 (2), S. 189–196. doi: 10.5014/ajot.2011.000828

- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, and Justice Through Occupation* (2. Aufl., S. 87–134). Ottawa, Canada: Canadian Association of Occupational Therapists.
- U.S. Departements of Veteran Affairs. (2014). Von VA/DoD Clinical Practice Guidelines. Abgerufen am 19.01.2019, von <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/UEAR/VADoDCPGManagementOfUEAR090214FINAL2508.pdf>
- Vroland-Nordstrand, K., Eliasson, A. C., Jacobsson, H., Johansson, U., & Krumlindesundholm, L. (2015). Can children identify and achieve goals for intervention? A randomized trial comparing two goal-setting approaches. *Developmental Medicine & Child Neurology*, S. 1–8. Abgerufen von DOI: 10.1111/dmcn.12925
- Walkenhorst, U. (2013). Zukunft der therapeutischen Gesundheitsberufe im Spannungsfeld von beruflicher Ausbildung und akademischer Qualifizierung – Hochschultage Berufliche Bildung 2013. Abgerufen 25. August, 2019, von http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/walkenhorst_ft10-ht2013
- Wertz, F. J., & Weigl, R. (2016). Qualitative Forschungsdesigns und Methoden. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 69–119). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer.
- WHO. (2018, 18. Mai). Assistive technology. Abgerufen 29. April, 2019, von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>
- Widmer, Z. L. (2013). *Mit einer Armprothese zurück in den Alltag: Eine Übersichtsarbeit zu ergotherapeutischen Prothesentraining*. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Wiese, A. (2008). Fortbildungsführer: Affolter – Zur Wahrnehmung führen. *ergopraxis*, 01(07/08), 38–41. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1261246>
- Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health* (3rd ed.). Thorofare, NJ: Slack.
- World Health Organization . (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). WHO | Participation. Abgerufen am 22. August, 2019, von <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/participation-definition/en/>

World Health Organization [WHO], & Deutsches Institut für Medizinische Diagnostik und Information [DIMDI]. (2018). DIMDI - ICD-10-GM Version 2019. Abgerufen am 03.06.2019, von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-q65-q79.htm>

Zabransky, P. D. (2011). *9. Interdisziplinärer SGA-Workshop: Proceedingband 2011*. Kloster Schöntal: Medizinischer Verlag Siegfried Zabransky.

Abbildungen - und Tabellenverzeichnis

Titelbild 1: Roboterhand von <https://pixabay.com/de/photos/handprothese-roboter-humanoid-hand-3853281/>

Abbildung 1: Einteilung der Armprothesen (Baumgartner & Botta, 1997, S. 164).....	8
Abbildung 2: Formen der Dysmelie (Baumgartner & Botta zitiert in Stinus & Ottobock, o.D., S. 43)	16
Abbildung 3: CMOP-E (Polatajko et al., 2013, S. 23).....	20
Abbildung 4: CMCE-Skills (Polatajko et al., 2013, S. 110)	21
Abbildung 5: CPPF (Polatajko et al., 2013, S. 233).....	22
Abbildung 6: Entwicklung der Teilnahme an der Online-Umfrage (eigene Darstellung)	34
Abbildung 7: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring, 2010, S. 60).....	39
Abbildung 8: Inhaltsanalytische Gütekriterien nach Krippendorff (zitiert in Mayring, 2010, S. 119) ..	40
Abbildung 9: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2010, S. 84)	42
Abbildung 10: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 68).....	43
Abbildung 11: Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 70)	44
Abbildung 12: Interaktion mit anderen Professionen (eigene Darstellung).....	64
Abbildung 13: Kontakt zum Berufsfeld der Ergotherapie (eigene Darstellung).....	65
Abbildung 14: CPPF, erster und zweiter Aktionspunkt (eigene Darstellung)	78
Abbildung 15: CPPF, dritter und vierter Aktionspunkt (eigene Darstellung).....	80
Abbildung 16: CPPF, fünfter Aktionspunkt (eigene Darstellung).....	83
Abbildung 17: CPPF, sechster bis achter Aktionspunkt (eigene Darstellung).....	84
Tabelle 1: Abkürzungsverzeichnis (eigene Darstellung)	
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche (eigene Darstellung).....	28
Tabelle 3: Glossar (eigene Darstellung)	108

Glossar

Begriff	Definition / Erklärung
ADL (Training)	<p>“(dt.) Aktivitäten des täglichen Lebens (Abk. ATL)” “(engl.) activities of daily living (Abk. ADL)”</p> <p>„Bezeichnung für Tätigkeiten zur Befriedigung von physischen und psychischen menschlichen Grundbedürfnissen.”</p> <p>(Pschyrembel & Amberger, 2004, S. 38)</p>
Affolter	<p>Die Affolter Methode fokussiert „(...) die Verbesserung der Wahrnehmungsorganisation von Betroffenen mit Wahrnehmungsstörungen (...)”.</p> <p>(Wiese, 2008, S. 38)</p> <p>Bei gestörter Wahrnehmung kann durch gezieltes Führen, durch z.B. den/ die Therapeuten*in, Angehörige, Pflegepersonal, etc., an Händen und am Körper, in alltäglichen Situationen, eine Verbesserung der gespürten Informationssuche, erfolgen (Arts, 2009). Die andere Person führt mit dem Körper der betroffenen Person Handlungen so aus, dass eine Beziehung zwischen ihr und der Umwelt hergestellt wird (Arts, 2009). Dabei ist das Ziel des Führens, „(...) den wahrnehmungsgestörten Menschen zu angemessener Spürinformation in seiner Interaktion mit der Umwelt, zu verhelfen (...)”.</p> <p>(Arts, 2009, S. 801)</p>
Betätigung	<p>„Betätigung/Handlung/Beschäftigung: Ein Komplex von Aktivitäten, der persönliche und soziokulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation an der Gesellschaft ermöglicht. Handlungen/Betätigungen/Beschäftigungen können den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit zugeteilt werden.“</p> <p>(Stadler-Grillmaier, 2007, S. 102)</p>
Bottom - up	<p>Der “bottom - up” Ansatz fokussiert die Körperstruktur und -funktion in standardisierten Kontexten, welche für das alltägliche Leben nicht bedeutungsvoll sein müssen.</p> <p>(Brown & Chien, 2010)</p>

Evaluation	<p>„Der Begriff „Evaluation“ kommt in der Regel nach der Intervention zum Einsatz und bezeichnet die Bewertung ihrer Wirksamkeit“.</p> <p>(Logister - Proost, 2019, S. 435)</p>
Fokusgruppe	<p>Gruppeninterviews</p> <p>(Ritschl et al., 2016, S. 122)</p>
Klientenzentrierung	<p>Die Betätigungsziele des/der Klient*in werden priorisiert, sowohl während der Erhebung als auch während der Therapie. Der/die Klient*in nimmt einen aktiven Part bei der Zielfindung ein, wobei der/die Therapeut*in unterstützend bei der Entscheidungsfindung wirken kann. Es herrscht also ein partnerschaftliches Miteinander zwischen Therapeut*in und Klient*in und es wird gemeinsam an der Zielerreichung gearbeitet, wobei Respekt und Aufmerksamkeit gegenüber dem/der Klient*in eine wichtige Rolle spielen. Durch die Orientierung an den Bedürfnissen des/der Klient*in adaptiert der Therapeut entsprechend seine Intervention.</p> <p>(Sumsion zitiert in Flotho, 2011)</p>
Makroebene	<p>Diese Ebene bezieht sich auf die Gesellschaft und beinhaltet die umfassendsten Faktoren aus dem externen Umfeld, die sich auf Politik, Finanzierung, Dienstleistungen und sozialpolitische Einflüsse auswirken. Ein Beispiel dafür stellt das Gesundheitssystem Deutschlands dar.</p> <p>(Walkenhorst, 2013; Boyt Schell & Gillen, 2018)</p>
Mesoebene	<p>Diese Ebene bezieht sich auf Gruppen sowie Beziehungen zwischen kleineren Mikrosystemen, welche zusammenwirken. So z.B. die Beziehung zwischen Ergotherapeuten*innen innerhalb einer Praxis.</p> <p>(Bronfenbrenner, 1981; Walkenhorst, 2013)</p>
Mikroebene	<p>Diese Ebene bezieht sich auf das Individuum (Quandt und Scheufele zitiert in Lütke Lanfer & Rossmann, 2019), zwischenmenschliche Faktoren sowie kulturelle und persönliche Kontexte der Person.</p> <p>(Walkenhorst, 2013; Boyt Schell & Gillen, 2018; Quandt und Scheufele zitiert in Lütke Lanfer & Rossmann, 2019)</p>
Myotest	<p>Im Rahmen der Myotests wird überprüft, ob das Kind die Fähigkeiten besitzt eine myoelektrische Armprothese zu steuern. Voraussetzung dafür ist die Anspannung der Muskulatur.</p> <p>(Ottobock, 2019)</p>

Outcome-Measurement	<p>Um den Effekt einer Therapie oder Intervention nachzuweisen ist es wichtig genau diesen mithilfe von Werkzeugen, den so genannten „Outcome-Measurements“, zu messen.</p> <p style="text-align: right;">(Hnoble, 2014)</p> <p>„It [The Outcome - measurement] helps us identify any improvement after an intervention is provided“</p> <p style="text-align: right;">(Hnoble, 2014)</p>
Paradigma	<p>Ein Paradigma definiert die Praxis des Berufsstandes für seine Mitglieder und präsentiert Ideale für die Praxis (Tornebohm zitiert in Kielhofner 2009). Es prägt das Verständnis der Ergotherapeuten*innen für die Art der von ihnen angebotenen Dienstleistungen und ihre besondere berufliche Perspektive.</p> <p style="text-align: right;">(Kielhofner, 2009)</p>
Performanzanalyse	<p>Die Performanzanalyse versteht sich als “the evaluation of the quality or effectiveness of the motor, process, and/ or social interaction skills (...)”, welche der Beobachtung einer Person unterliegen, die eine gewünschte oder benötigte tägliche Aktivität oder Aufgabe erfüllen möchte. Weiterhin zielt sie darauf ab die Betätigungsperformanz (occupational performance) qualitativ zu bewerten.</p> <p style="text-align: right;">(Boyt Schell & Gillen, 2018, S.1207)</p>
PIO- Frage	<p>Das PICO oder PIO-Modell dient innerhalb der evidenzbasierten Praxis als Schema, um eine Fragestellung möglichst konkret zu formulieren. Dabei stehen die Buchstaben für:</p> <p style="text-align: center;"> „P= Population/ Patient/ Problem I= Intervention, diagnostisch/ therapeutisches Verfahren C= Comparison / Control O= Outcome / Ergebnis“ </p> <p style="text-align: right;">(Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016, S.273)</p>
Power - Sharing	<p>„Ideally, occupational therapists invite clients to exert their power to express what they want, need, or are expected to do to participate in the occupations of their choice that are meaningful to the.“</p> <p style="text-align: right;">(Polatajko & Townsend, 2013, S. 107 f.).</p>

Pretest	<p>Ein Pretest steht für eine Pilottestung bzw. Vortestung zur Überarbeitung des Fragebogenentwurfes. „Unter Pretest wird die Präsentation des Fragebogens an Personen, die nicht im Planungsprozess des Fragebogens involviert waren, verstanden.“</p> <p>(Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016, S.174)</p>
Reliabilität	<p>Im Rahmen der Gütekriterien für wissenschaftliche Forschungen steht Reliabilität für „Zuverlässigkeit“. Zuverlässigkeit impliziert, dass die Studie die gleichen Ergebnisse hervorbringen würde, wenn die angewandten Maßnahmen vom gleichen Forscher oder einem anderen Forscher wiederholt würden.</p> <p>(Taylor, 2007)</p>
Setting	<p>„Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, erlebt wird“</p> <p>(Bibliographisches Institut GmbH., 2019)</p>
SI-Therapie	<p>Die <u>S</u>ensorische <u>I</u>ntegrationstherapie wurde von Jean Ayres entwickelt und ist eine neurophysiologische Behandlungsform. Basierend auf dem Grundgedanken, dass Körper und Geist eine Einheit bilden und sich wechselseitig beeinflussen (Scheepers, Steding-Albrecht, & Jehn, 2006), „(...) sollen in der Therapie durch adäquate Stimuli einzelne Fertigkeiten und Funktionen verbessert und weitere Entwicklungsschritte eingeleitet werden.“</p> <p>(Karch, Groß-Selbeck, Pietz, & Schlack, 2003, S.219)</p>
SMART- Kriterien	<p>SMART ist ein zusammengesetztes Wort aus fünf Anfangsbuchstaben (Akronym), welches die Eigenschaften eines therapeutischen Ziels beschreibt und von Locke, Shaw, Saari und Latham (zitiert in Schreiner & Jungwirth, 2016) entwickelt wurde:</p> <p style="text-align: center;"> „S = Spezifisch (specific) M = Messbar (measurable) A = Akzeptiert/Attraktiv (agreed) R = Realistisch (realistic) T = Terminiert (timed)“ </p> <p>(Gateley & Borcharding zitiert in Schreiner & Jungwirth, 2016)</p>

Top - Down	<p>Befunderhebungsinstrumente, die nach dem “top - down” Ansatz entwickelt wurden, nehmen eine globale Perspektive ein und fokussieren die Teilhabe des / der Klienten*innen in deren natürlichen Lebenskontexte.</p> <p>(Brown & Chien, 2010)</p>
Transkription	<p>lat. Trans-scribere= Umschreiben</p> <p>(Dresing & Pehl, 2018)</p> <p>„Eine Wort-für-Wort Verschriftlichung des Gesagten“</p> <p>(Ritschl, Weigl, & Stamm, 2016, S.126)</p>
Validität	<p>Im Rahmen der Gütekriterien für wissenschaftliche Forschungen steht Validität für „Gültigkeit“. Sie gibt an, „(...)ob das gemessen wird, was gemessen werden soll“</p> <p>(Friedrichs zitiert in Mayring, 2010, S. 116)</p>

Tabelle 3: Glossar (eigene Darstellung)

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: CMCE - Skills	114
Anlage 2: Literaturrecherche.....	115
Anlage 3: Interviewleitfaden für die Ergotherapie.....	123
Anlage 4: Interviewleitfaden für die Eltern.....	126
Anlage 5: Flyer – Eltern.....	129
Anlage 6: Flyer- Ergotherapeuten*innen.....	130
Anlage 7: Beschreibung der Studienteilnehmenden.....	131
Anlage 8: Einverständniserklärung.....	134
Anlage 9: Transkriptionsregeln.....	136
Anlage 10: Forschungstagebuch.....	138
Anlage 11: CPPF-Modell.....	149
Anlage 12: Interviewauszug.....	151
Anlage 13: Kategorien.....	156
Anlage 14: Online-Umfrage.....	157
Anlage 15: Ehrenwörtliche Erklärung.....	159

Anlage 1: Beschreibung/ Erklärung der CMCE-Skills

CMCE-Skills	Beschreibung/ Erklärung
adapt	„Adapt“ bedeutet, dass eine spezifische Situation oder ein spezifisches Instrument an einen/ eine Klienten*in oder eine Klientengruppe angepasst wird (Townsend et al., 2013).
advocate	„Advocate“ meint, dass man bei bedeutsamen Entscheidungsträgern stellvertretend für den Klienten oder die Klientengruppe spricht (Townsend, et al., 2013)
coach	In der Fähigkeit „coach“ wird die Beziehung zwischen Klient und Therapeut als eine Beziehung bezeichnet, die dem Klienten/der Klientengruppe hilft ein erfülltes Leben zu führen, die Leistung zu verbessern und die Lebensqualität zu erhöhen (Townsend, et al., 2013).
collaborate	In der Fähigkeit „collaborate“ wird der klientenzentrierte Top-Down-Ansatz vertreten, der besagt, dass man gemeinsam mit dem Klienten an seinen Betätigungswünschen arbeitet (Townsend, et al., 2013)
consult	Die Kompetenz „consult“ (konsultieren) beschreibt, dass man Rücksprache mit dem/ der Klienten*in hält, Ansichten austauscht und sich mit den erweiterten Klienten*innen berät (Townsend et al., 2013). Im heutigen Paradigma (<i>contemporary paradigm</i>), darf diese Kompetenz im Zusammenhang mit einer ergotherapeutischen Behandlung nicht fehlen.
coordinate	Im <i>Profile of Occupational Therapy Practice in Canada</i> baut die Fähigkeit „coordinate“ auf die Kompetenz der Führungsfähigkeit („leadership competency“) auf und meint damit, den ergotherapeutischen Prozess zu leiten (CAOT zitiert in Townsend, et al., 2013)
design/build	Die Herstellung von assistiver Technologie, z.B. von Prothesen, oder auch kleineren Umweltanpassungen wird daher unter der Fähigkeit „adapt“ als auch unter dem Begriff „design/build“ zusammengefasst (Townsend et al., 2013).
educate	Dabei ist das Prinzip „learning through doing“ (Dewey zitiert in Townsend et al., 2013) mit der Fähigkeit „educate“ nicht zu vergessen.
engage	Die Fähigkeit „engage“ ist passend hierzu und meint Klienten in Handlungen zu involvieren und daran teilzuhaben (Townsend, et al., 2013)
specialize	„Specialize“ drückt aus, dass Therapeuten in spezifischen Situationen auch spezifisch relevante Techniken einsetzen können, die den Klienten stärken und befähigen (Townsend, et al., 2013).

Anlage 2: Literaturrecherche

Datenbank: DIZ

Stichwörter & Operatoren	Datum	Trefferanzahl
upper extremity prosthetic AND Occupational Therapy AND Children	12.02.2019	2.763
upper limb prosthesis NOT adults AND occupational therapy	12.02.2019	201
myoelectric prosthesis NOT adults	14.02.2019	3.470
myoelectric prosthesis AND children AND occupational therapy	14.02.2019	1.690
myoelectric prosthesis AND children	14.02.2019	779
Myoelektrische Prothesen AND kinder	14.02.2019	2
myoelectric AND prosthesis AND children	15.02.2019	1.850
upper limb prosthetic AND rehabilitation	18.02.2019	9.208
upper limb prosthesis AND (rehabilitation or therapy or treatment) AND children	18.02.2019	4.739
upper limb prosthesis AND intervention AND children	18.02.2019	2.962
upper limb prosthesis AND occupational therapy AND treatment	18.02.2019	1.641
upper limb prosthesis AND occupational therapy intervention AND children	18.02.2019	1.144
upper limb prosthesis AND occupational therapy intervention NOT adolescents	18.02.2019	714
upper limb prosthesis AND occupational therapy intervention NOT adults	18.02.2019	192
upper limb prosthesis AND rehabilitation NOT adults	23.02.2019	4.941
upper limb prosthesis AND rehabilitation AND children	23.02.2019	3.194
upper limb prosthesis AND children NOT adults	12.03.2019	578
upper limb prosthesis AND children AND occupational therapy	12.03.2019	446
upper extremity AND prosthesis AND occupational therapy AND children	25.03.2019	2.572
participation	01.04.2019	2,238,035
participation AND children	01.04.2019	853,074

participation AND occupational therapy	01.04.2019	88,251
participation AND occupational therapy AND children	01.04.2019	48,228
participation AND children AND prosthesis	01.04.2019	5,198
participation AND occupational therapy AND prosthesis	01.04.2019	1,611
participation AND children AND upper limb prosthesis	01.04.2019	1,311
Teilhabe AND Kinder AND Ergotherapie	03.04.2019	181
Teilhabe AND Ergotherapie And Prothese	03.04.2019	17
Teilhabe AND Kinder AND Prothese	03.04.2019	11
Teilhabe AND Kinder AND Armprothese	03.04.2019	0
occupational justice	03.04.2019	77.544
occupational justice AND children	03.04.2019	42,259
interprofessional collaboration	10.04.2019	40,525
interprofessional collaboration AND occupational therapy	10.04.2019	6,777
interprofessional collaboration AND children AND prosthesis	10.04.2019	173
interprofessional collaboration AND occupational therapy AND prosthesis	10.04.2019	146
Interprofessionelle Zusammenarbeit	14.04.2019	553
Interprofessionelle Zusammenarbeit AND Kinder	14.04.2019	118
Interprofessionelle Zusammenarbeit AND Ergotherapie	14.04.2019	99
Interprofessionelle Zusammenarbeit AND Prothese	14.04.2019	17
Interprofessionelle Zusammenarbeit AND Prothese AND Kinder	14.04.2019	12
Interprofessionelle Zusammenarbeit AND Prothese AND Ergotherapie	14.04.2019	10
occupational transition	20.04.2019	135.564
occupational transition AND children	20.04.2019	73,373
occupational transition AND occupational therapy	20.04.2019	40,911
occupational transition AND occupational therapy AND children	20.04.2019	25,166
occupational transition AND prosthesis	20.04.2019	1,337
occupational transition AND occupational therapy AND prosthesis	20.04.2019	1,081

occupational transition AND prosthesis AND children	20.04.2019	918
upper limb prosthesis AND children And disease	20.05.2019	3.762
upper limb prosthesis AND children And cause	20.05.2019	3,641
Armprothese AND Kinder AND Erkrankungen	20.05.2019	2
Armprothese AND Kinder AND Ursachen	20.05.2019	1
goal setting or goal-directed or goal planning AND Occupational therapy pediatrics	01.08.2019	30,945
Goal setting AND children AND Occupational therapy pediatrics	01.08.2019	25,117
Elternarbeit AND Ergotherapie	15.08.2019	39
Elternarbeit AND Ergotherapie AND Prothese	15.08.2019	1
work with parents AND occupational therapy	15.08.2019	45.045
work with parents AND occupational therapy AND upper limb prosthesis	15.08.2019	540
Mikroebene AND Mesoebene AND Makroebene AND Definition	25.08.2019	47

Datenbank: Pubmed

Stichwörter & Operatoren	Datum	Trefferanzahl
Frames of Reference	10.01.2019	10864
Frames of Reference AND occupational therapy	10.01.2019	93
Frames of Reference AND occupational therapy AND pediatrics	10.01.2019	3
upper limb prosthesis AND children	12.02.2019	139
children AND upper limb prosthesis AND intervention	12.03.2019	103
myoelectric prosthesis AND children	13.02.2019	64, davon 32 ET
myoelectric prosthesis AND occupational therapy intervention	13.02.2019	9
children AND occupational therapy AND upper limb prosthesis	12.03.2019	25
Canadian Practice Process Framework OR CPPF	13.03.2019	203
Canadian Practice Process Framework OR CPPF AND occupational therapy	13.03.2019	16
performance AND upper limb AND prosthesis AND children	27.03.2019	39
upper limb prosthesis AND children AND cause	20.05.2019	40
upper limb prosthesis AND children AND disease	20.05.2019	48
children AND assessment of capacity for myoelectric control	13.08.2019	6
dysmelia AND assessment of capacity for myoelectric control	13.08.2019	1
children AND dysmelie AND ACMC	13.08.2019	0
children AND dysmelie AND Assessment of Capacity for Myoelectric Control	13.08.2019	0
SMARTI	24.08.2019	28564
SMART AND Occupational Therapy	24.08.2019	79
SMART AND Occupational Therapy AND Goal setting	24.08.2019	3
Outcomoe-Measurements AND occupational Therapy	24.08.2019	374

Datenbank: Google

Stichwörter & Operatoren	Datum	Trefferanzahl
Medizinische Statistik Kinder Amputationen pro Jahr	12.12.2019	111.000
WHO Definition Participation	22.03.2019	218.000.000
Occupational Therapy OR Ergotherapie Definition	22.03.2019	54.400.000
Definition Ergotherapie	22.03.2019	2.350.000
Kernbegriff Ergotherapie	22.03.2019	6.600
Assistive Technology	23.03.2019	11.500.000
Assistive Technologie	23.03.2019	9.800.000
Assistive Technology AND Definition	23.03.2019	3.950.000
Unterstützungstechnologie	23.03.2019	11.000
Prosthesis	29.03.2019	3.960.000
Armprothetik	29.03.2019	6.660
Armprothese AND Kinder AND Erkrankungen	20.05.2019	6.740
Armprothese AND Kinder AND Ursachen	20.05.2019	5.520
Assessment of Capacity for Myoelectric Control children	13.08.2019	106.000
Armprothetik AND passive Prothese	30.03.2019	65.000
Armprothetik AND aktive Prothese	30.03.2019	266.000
Prothesenversorgung AND Anspruch	12.04.2019	5.350
Armprothetik AND Versorgung	13.04.2019	8.750

SMART Kriterien ziele Ergotherapie	24.08.2019	166.000
Outcome-Measurement	24.08.2019	167.000
Mikroebene AND Mesoebene AND Makroebene AND Definition	15.08.2019	24.400

Datenbank: Google Scholar

Stichwörter & Operatoren	Datum	Trefferanzahl
Ergotherapie bei amputation der oberen Extremität bei Kindern	12.03.2019	3.370
Versorgung von Kindern mit Fehlbildungen der oberen Extremität	12.03.2019	2.060
Definition Ergotherapie	25.03.2019	14.100
Definition Ergotherapie Deutschland	25.03.2019	8.770
Definition Ergotherapie aktuell	25.03.2019	4.720
occupational justice	03.04.2019	173.000
occupational justice AND children	03.04.2019	54.500
interprofessional collaboration	10.04.2019	86.600
interprofessional collaboration AND occupational therapy	10.04.2019	22.700
interprofessional collaboration AND children AND prosthesis	10.04.2019	1.030
interprofessional collaboration AND occupational therapy AND prosthesis	10.04.2019	1.200

Armprothese AND Kinder AND Ursachen	20.05.2019	109
Armprothese AND Kinder AND Erkrankungen	20.05.2019	79
upper limb prosthesis AND children AND disease	20.05.2019	18.100
upper limb prosthesis AND children AND cause	20.05.2019	17.500
Assessment of Capacity for Myoelectric Control children	13.08.2019	2.910
SMART-Methode Ergotherapie	24.08.2019	49
SMART-kriterien Ergotherapie	24.08.2019	35
Mikroebene AND Mesoebene AND Makroebene AND Definition	25.08.2019	8.640

Datenbank: OTseeker

Stichwörter & Operatoren

	Datum	Trefferanzahl
Frames of Reference	10.01.2019	3
Frames of Reference AND occupational therapy	10.01.2019	2
assessments AND children	10.02.2019	125
upper limb assessments	10.02.2019	35
assessments AND pediatrics	10.02.2019	13
upper limb assessments AND children	10.02.2019	9
upper-limb prosthesis	11.02.2019	333
upper-limb prosthesis AND Children	11.02.2019	333
prosthesis	11.02.2019	26

upper-limb prosthesis AND pediatrics	11.02.2019	7
amputation and pediatrics	11.02.2019	0
dysmelia and pediatrics	11.02.2019	0
Goal setting AND children	01.08.2019	14
Goal setting AND children AND occupational therapy	01.08.2019	2
Outcome-Measurement		151
Outcome-Measurement AND occupational therapy		27
work with parents AND occupational therapy	15.08.2019	1
work with parents AND occupational therapy AND upper limb prosthesis	15.08.2019	0

1 Anlage 3: Interviewleitfaden für die Ergotherapie

2 **Einstieg**

- 3 • Begrüßung und Dank für die Zeit
- 4 • Kurzer Umriss des Themas: *Ergotherapeutische Intervention bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit.*
- 5
- 6
- 7 • Kurze Beschreibung des Interviewablaufs und der ungefähren Dauer
- 8 • Datenschutzvereinbarung

- 9 • Wie lange arbeiten Sie bereits als Ergotherapeutin?
- 10 • Was für Erfahrungen haben Sie in ihrem Arbeitsalltag mit
- 11 Kinderprothesen/Kindern mit Prothesen gemacht?
- 12 • Was gehört zu Ihren täglichen Aufgaben? Beschreiben Sie ihre täglichen
- 13 Aufgaben bei der Arbeit mit Kindern mit einer funktionellen
- 14 Armprothese?

15 **Schlüsselfragen**

16 **1. Enter/ Initiate: Wie und in welchem Setting kommt es zum Erstkontakt mit**

17 **den Klienten?**

18 Rückfragen:

- 19 • Grund der Kontaktaufnahme?
- 20 • Bei Anstellung in einer Praxis: Welche Heilmittelverordnung liegt dem
- 21 ergotherapeutischen Erstkontakt zugrunde?

23 **2. Set the Stage:**

24 **a) Beschreiben Sie uns bitte das Setting, in dem das Prothesentraining**

25 **stattfindet.**

26 Rückfragen:

- 27 • Gibt es hier vorgegebene Rahmenbedingungen der Einrichtung? Wie sehen
- 28 die von der Einrichtung vorgegebenen Rahmenbedingungen für die
- 29 Ergotherapie aus?
- 30 • Welche Verbesserungsvorschläge/ Änderungswünsche haben Sie bezüglich
- 31 des Settings?

33 **b) Wie identifizieren Sie die Betätigungswünsche der Kinder?**

- 35 • Nennen Sie Beispiele
- 36 • Nutzen Sie hierfür Assessments (z.B. COPM)?
- 37 • Falls COPM-Nutzung, dann: Unter Berücksichtigung der drei
- 38 Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit: In welchen
- 39 Bereichen liegen die Betätigungsanliegen der Kinder?

40 **3. Assess/ Evaluate:**

41 **a) Erzählen Sie von der (Befund)Erhebung klientenbezogener Daten der mit**

42 **einer Prothese versorgten Kinder.**

43 Rückfragen:

- 44 • Wie erheben Sie die klientenbezogenen Ressourcen und Defizite?
45 • Nutzen Sie dazu bestimmte Assessments? Beschreiben Sie welche
46 Assessments Sie verwenden?
47 • Nutzen Sie ein ergotherapeutisches Modell? wenn ja, wie/wann kommen
48 diese zum Einsatz?

49 **b) Wenn Sie den Prozess der Evaluation frei gestalten könnten, wie würden**
50 **dieser aussehen bzw. ablaufen?**

51 **4. Agree on objectives and plan: Wie gestalten Sie die Zielsetzung im Rahmen der**
52 **Therapie momentan und auf welche Schwierigkeiten stoßen Sie dabei?**

53 Rückfragen:

- 54 • Unter Berücksichtigung der drei Bereiche Selbstversorgung,
55 Produktivität und Freizeit: In welchen Bereichen liegen die
56 Betätigungsanliegen der Kinder?
57 • Intervention ??
58 • Nennen Sie Beispiele

59 **5. Implement the plan:**

60 **a) Wie werden die Eltern der Kinder mit in die Therapie oder Behandlung**
61 **einbezogen?**

62 Rückfragen:

- 63 • An welchem Punkt des Therapieverlaufes werden die Eltern der Kinder in die
64 Ergotherapie einbezogen?
65 • Welche Schwierigkeiten treten hierbei auf?
66 • Wie könnte dieser Prozess Ihrer Meinung nach verbessert werden?

67 **b) Welche Maßnahmen nutzen Sie zur Gestaltung der Therapie bei Kindern mit**
68 **einer Armprothese?**

69 Rückfragen:

- 70 • Welche ergotherapeutischen Methoden nutzen Sie?
71 • Welche ergotherapeutischen Arbeitsmittel (z.B. Stifte) nutzen Sie?
72 • Welche Medien nutzen Sie? / Wie veranschaulichen und vermitteln Sie dem
73 Kind die Inhalte?
74 • Wie können Sie im Prozess auf die Betätigungswünsche der Kinder
75 eingehen?
76 • Haben Sie spezifische Fortbildungen in diesem Bereich besucht und wenn ja,
77 in welcher Form helfen diese Ihnen bei der Gestaltung der Therapie?

78 **c) Wie stellen Sie in der Arbeit bei Kindern mit einer Prothese sicher, dass ein**
79 **Transfer der Therapieinhalte in deren Alltag stattfindet?**

80 Rückfragen:

- 81 • Welche Schwierigkeiten treten hier auf?
82 • Welche Faktoren unterstützen den Alltagstransfer?
83 • Nutzen sie das Angebot einer "häuslichen Integration" im Rahmen der
84 Heilmittelverordnung?

85 **6. Monitor/Modify:**

86 **a) Welche Rolle spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Arbeit mit**
87 **Kindern mit einer Prothese?**

- 88 Rückfragen:
- 89 • Wie gestaltet sich ein interdisziplinärer Austausch und wie häufig findet er
 - 90 statt?
 - 91 • Mit welchen Professionen findet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit statt?
 - 92 • Beschreiben Sie einen Austausch mit angrenzenden Berufsgruppen.
 - 93 ○ Wann findet dieser statt?
 - 94 • Was sind typische Inhalte/ Themen bei diesem Austausch?

95 **b) Haben Sie aufgrund von Schwierigkeiten in diesem Bereich**

96 **Veränderungswünsche?**

- 97 Rückfragen:
- 98 • Welche Schwierigkeiten treten bei der interdisziplinären Zusammenarbeit
 - 99 auf?
 - 100 • Welche Veränderungen würden sie sich in Bezug auf die interdisziplinäre
 - 101 Zusammenarbeit wünschen?

102 *7. Evaluate/ Outcome:*

103 **a) Wie nehmen Sie Veränderungen des Kindes im Umgang mit der Prothese**

104 **während der Therapie wahr?**

- 105 Rückfragen:
- 106 • Kommen dazu bestimmte Assessments zum Einsatz, wenn ja beschreiben Sie
 - 107 diese?

108 *8. Conclude/ Exit:*

109 **a) Über welchen Zeitraum erstreckt sich die Therapie insgesamt?**

110 **b) Wie stellen Sie nach Abschluss der Therapie sicher, dass die erreichten**

111 **Fortschritte, erhalten bleiben?**

112 **Rückfrage:**

- 113 • *Hauptsächlich bei Anstellung in Klinik: Wird Kontakt zu weiterbehandelnden*
- 114 *Therapeuten aufgenommen und falls ja, wie?*
- 115 • Kommt es zur erneuten Kontaktaufnahme mit bereits behandelten Kindern?
- 116 Wenn ja, warum und wann?
- 117 • Findet eine Weiterbehandlung statt?

118 **Abschlussfrage**

119 Nun kommen wir zum Ende unseres Interviews und bitten Sie abschließend noch um

120 ein Fazit. Dazu möchten Wir Ihnen folgende Frage stellen:

121 ***Welche Wünsche und Empfehlungen können Sie aussprechen, um die***

122 ***Prothesenversorgung bei Kindern im Rahmen der Ergotherapie zu optimieren?***

123 **Rückblick**

- 124 • Kurze Zusammenfassung des Gesagten
- 125 • Erneuter Dank für die Zeit
- 126 • Information über Auswertung der Ergebnisse
- 127 • Verabschiedung

- 1 Anlage 4: Interviewleitfaden für die Eltern
- 2 Thema unserer Arbeit
- 3 *Ergotherapeutische Intervention bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese*
4 *unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit.*
- 5 Einstieg
- 6 • Begrüßung und Dank für die Zeit
7 • Kurzer Umriss des Themas
8 • Kurze Beschreibung des Interviewablaufs und der ungefähren Dauer
9 • Datenschutzvereinbarung
- 10 Einstiegsfragen
- 11 • Seit wann hat ihr Kind eine Armprothese?
12 • Was für eine Armprothese trägt ihr Kind?
13 • Wie sind Sie auf die Ergotherapie aufmerksam geworden? Wer hat ihnen eine
14 Heilmittelverordnung ausgestellt? (Vorsicht- Unterschied Klinik)
- 15 Schlüsselfragen
- 16 1.Enter/ Initiate:
- 17 a) **Wie haben Sie die Entscheidung für eine Prothese getroffen?**
18 Rückfragen:
- 19 • Haben Sie Unterstützung erhalten? Wenn ja, von wem?
- 20 b) **An welchem Punkt sind Sie mit der Ergotherapie in Kontakt gekommen?**
- 21 2.Set the Stage:
- 22 a) **Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit Ergotherapie bei ihrem Kind**
23 **gemacht?**
- 24 b) **Was ist Ihnen in der ergotherapeutischen Behandlung Ihres Kindes wichtig?**
25 Rückfragen:
- 26 • Welche Wünsche haben Sie der Ergotherapie gegenüber?
- 27 c) **Über welchen Zeitraum erstreckt sich die Therapie? (insgesamt und/oder**
28 **eine Einheit?)**
29 Rückfragen:
- 30 • Wie häufig und wie lange findet die Ergotherapie statt?

31 3. Agree on objectives and plan:

32 **Wo liegt der größte Leidensdruck ihres Kindes im Alltag?**

33 **Rückfragen:**

- 34
- Selbstversorgung (Anziehen, Essen, Toilettengang)
 - Produktivität (Schule, Schreiben)
 - Freizeit (Lesen, Spielen)
- 35
36
37

38 4. Implement the plan:

39 **a) Wie nehmen Sie den Austausch zwischen den Therapeuten, Ärzten, und**
40 **anderen Berufsgruppen bezüglich der Behandlung Ihres Kindes**
41 **wahr? Rückfragen:**

- 42
- Beschreiben Sie den Austausch mit angrenzenden Berufsgruppen
 - Was sind typische Inhalte/ Themen bei diesem Austausch?
- 43

44 **b) Wie werden Sie in die Durchführung der Therapie miteinbezogen?**

45 **Rückfragen:**

- 46
- Erhalten Sie häusliche Aufgaben?
 - Sind Sie im therapeutischen Setting mit anwesend?
- 47

48 5. Monitor/ Modify:

49 **Inwiefern werden Sie in die Therapieplanung und Anpassung des**
50 **Therapieprozesses mit einbezogen?**

51 6. Evaluate/ Outcome:

52 **Beschreiben Sie einen typischen Tagesablauf Ihres Kindes - gibt es seit der**
53 **Prothesenversorgung Veränderungen? Wenn ja, dann beschreiben Sie diese**
54 **bitte.**

55 **Rückfragen:**

- 56
- Bei welchen ADLs bietet die Prothese einen positiven Mehrwert?
- 57

58 7. Conclude/ Exit:

59 **a) Wie häufig und bei welchen Tätigkeiten trägt Ihr Kind die Prothese?**

60 **Rückfragen:**

- 61
- Welche Faktoren beeinträchtigen die Tragedauer? (Schmerzen, Druck,
62 Wärme, usw...)
 - *Wie viele Stunden pro Tag trägt Ihr Kind die Prothese?*
- 63

64

65 **Abschlussfrage**

66 Nun kommen wir zum Ende unseres Interviews und bitten Sie abschließend noch um
67 ein Fazit. Dazu möchten Wir Ihnen folgende Frage stellen:

68 *Welche Wünsche und Empfehlungen können Sie aussprechen, um die*
69 *Prothesenversorgung im Rahmen der Ergotherapie zu optimieren?*

70

71 **Rückblick**

- 72 • Kurze Zusammenfassung des Gesagten
73 • Erneuter Dank für die Zeit

74 **Ausblick**

- 75 • Information über Auswertung der Ergebnisse
76 • Verabschiedung

77

Kleine Hände – Große Zukunft

Ergotherapeutische Intervention bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit

TEILNEHMER & TEILNEHMERINNEN AN EINER STUDIE GESUCHT

Liebe Mütter, Liebe Väter, Liebe Großeltern,

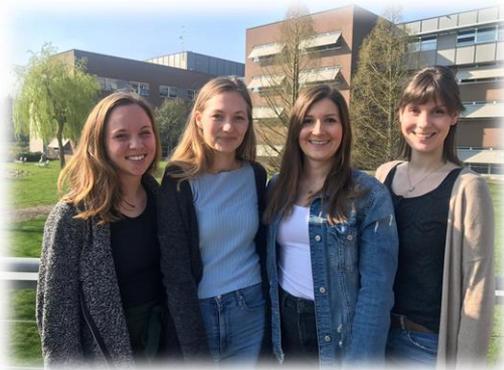
Wir sind Ergotherapeutinnen, die in ihrem Beruf das Individuum in den Mittelpunkt stellen. Um dies auch in unserer Bachelorarbeit und zukünftigen Arbeit tun zu können benötigen wir Ihre Unterstützung.

Gemeinsam mit Ihrem Wissen möchten wir die förderlichen und hemmenden Faktoren für die Integration einer Armprothese in den Alltag Ihres Kindes aufdecken. Den Rahmen hierzu soll ein ca. 60-minütiges leitfadengestütztes Interview bieten.

Wenn auch Sie eine Chance darin sehen durch einen Austausch die Möglichkeiten einer therapeutischen Behandlung weiterzuentwickeln, dann melden Sie sich bei Uns. Es warten gespannte Ergotherapeutinnen auf Ihre persönlichen Erfahrungen.

Mit freundlichen Grüßen von

Tina Berrer, Karolin Janssen, Judith Ritz & Melina Kierdorf
(Studentinnen an der Hogeschool Zuyd, Heerlen)



Haben Sie ein Kind, das von einer Armprothese profitiert?

Die Teilnahme an dieser Studie ist möglich, wenn...

...Ihr Kind (bis 14 Jahre) mit einer funktionellen Armprothese versorgt wurde

...die Prothesenversorgung nicht länger als 3 Jahre zurückliegt

...Ihr Kind aufgrund der Prothesenversorgung in ergotherapeutischer Behandlung war/ist

...sie wohnhaft im deutschsprachigen Raum sind

Die Teilnahme ist leider nicht möglich, wenn...

...das Kind eine mittlere bis schwere kognitive Einschränkung vorweist

...das Kind eine Orthese anstatt einer Prothese besitzt

Bitte melden Sie sich bei uns bis spätestens zum **25. Mai 2019**

Kontakt:
**bsc.ergotherapie-
prothese@gmx.de**

Bis bald!

Ergotherapeutische Intervention bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit

Kleine Hände
~
Große Zukunft

TEILNEHMER & TEILNEHMERINNEN AN EINER STUDIE GESUCHT

Liebe Kolleginnen & Liebe Kollegen,

Unsere Bachelorstudie widmet sich dem Thema: „ergotherapeutische Intervention bei Kindern mit einer funktionellen Prothese der oberen Extremität unter Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit“.

Wir möchten Sie dazu einladen Ihr Fachwissen für unsere Studie bereitzustellen, und gemeinsam mit uns ein Rahmenwerk für Mittel, Medien und Inhalte einer ergotherapeutischen Intervention für Kinder mit einer Armprothese aufzustellen.

Denn ohne praktisches Wissen gibt es auch kein ergotherapeutisches Rahmenwerk.

Dazu möchten wir gerne ein leitfadengestütztes Interview von mindestens 60 Minuten mit Ihnen durchführen. Innerhalb des Interviews freuen wir uns über Ihre Erfahrungen im Behandlungsprozess von Kindern mit einer Armprothese.

Mit freundlichen Grüßen,

Tina Berrer, Karolin Janssen, Judith Ritz, Melina Kierdorf



Die Teilnahme an dieser Studie ist möglich, wenn...

... Sie Ergotherapeut*in mit abgeschlossener Berufsausbildung und/oder Studium sind

... Sie mindestens 2 Jahre Berufserfahrung im deutschsprachigen Raum gesammelt haben

... Sie mit Kindern (bis 14 Jahre) arbeiten, welche mit einer funktionellen Prothese der oberen Extremität versorgt wurden

... Sie bereits mindestens 6 Monate im Bereich der Prothesenversorgung gearbeitet haben

Bitte melden Sie sich bei uns bis zum **25.Mai 2019**

Kontakt:
**bsc.ergotherapie-
prothese@gmx.de**

Wir freuen uns mit Ihnen persönlich einen Termin vereinbaren zu dürfen!

Anlage 7: Beschreibung der Studienteilnehmenden

Interviewteilnehmende: Ergotherapie						
Beschreibung	Teilnehmer* in 1	Teilnehmer* in 2	Teilnehmer* in 3	Teilnehmer* in 4	Teilnehmer* in 5	Teilnehmer* in 7
Geschlecht	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich
Profession	Ergotherapie	Ergotherapie	Ergotherapie	Ergotherapie	Ergotherapie	Ergotherapie
Berufserfahrung	26 Jahren	19 Jahre	27 Jahre	13 Jahre	12 Jahre	17 Jahre
Bundesland	Baden- Württemberg	Baden- Württemberg	Nordrhein- Westfalen	Nieder- sachsen	Nieder- sachsen	Nieder- sachsen
Weiterbildung	Ottobock	Ottobock, Bionic	SI- Fortbildung, Affolter, Bobath, Verhaltens- therapie	Ottobock	Ottobock	Feinmotorik Therapeutin
Institution	Klinik/ angestellt	Klinik/ angestellt	Praxis/ selbstständig	Klinik/ angestellt	Klinik/ angestellt	Praxis/ angestellt
Klientel	Dysmelie Klienten	<i>Keine Angaben</i>	<i>Keine Angaben</i>	Ca. 40-50 Kinder im Bereich der Armprothetik	Ca. 5-7 Kinder im Bereich der Armprothetik	1 Kind

Interviewteilnehmende: Eltern			
Beschreibung	Teilnehmer*in 6	Teilnehmer*in 8	Teilnehmer*in 9
Interviewtes Elternteil	Mutter	Mutter	Mutter
Geschlecht des Kindes	männlich	weiblich	männlich
Prothetische Versorgung	Patschhand (mit 2 Jahren), myoelektrische Prothese (mit 5 Jahren)	myoelektrische Prothese zur Einschulung (mit 6 Jahren)	myoelektrische Prothese (mit 3 Jahren)
Krankheitsbild	<i>Keine Angaben</i>	Dysmelie	Dysmelie
Bundesland	Nordrhein-Westfalen	Niedersachsen	Niedersachsen
Behandlung ambulant/ stationär	ambulant	ambulant	ambulant

Teilnehmende der Online-Umfrage						
Beschreibung	Teilnehmer* in 10	Teilnehmer* in 11	Teilnehmer* in 12	Teilnehmer* in 13	Teilnehmer* in 14	Teilnehmer* in 15
Profession	Orthopädie- Techniker*in	Orthopädie- Techniker*in	Ergotherapie	Physiotherapie	Physiotherapie	Physiotherapie
Berufs- erfahrung	10 Jahre	19 Jahre	17 Jahre	10 Jahre	6,5 Jahre	35 Jahre
Institution	Sanitätshaus	Klinik	Klinik	Klinik	Praxis	Praxis
Beschreibung	Teilnehmer* in16	Teilnehmer* in17	Teilnehmer* in18	Teilnehmer* in19	Teilnehmer* in20	Teilnehmer* in 21
Profession	Physiotherapie	Physiotherapie	Physiotherapie	Physiotherapie	Physiotherapie	Physiotherapie
Berufs- erfahrung	7 Jahre	1 Jahr	3,5 Jahre	1 Jahre	18 Jahre	20 Jahre
Institution	Praxis	Praxis	Praxis	Klinik & Praxis	Praxis	Praxis
Beschreibung	Teilnehmer*in 22		Teilnehmer*in 23		Teilnehmer*in 24	Teilnehmer*in 25
Profession	Physiotherapie		Orthopädietechniker*in		Physiotherapie	Ergotherapie
Berufs- erfahrung	0 Jahre		15 Jahre		10 Jahre	5 Jahre
Institution	Klinik		Sanitätshaus		Praxis	Seniorenstift / Praxis



Informationsblatt zur Studienteilnahme an **Kleine Hände - Große Zukunft**

Ergotherapie Hogeschool Zuyd Heerlen |
bsc.ergotherapie-prothese@gmx.de

Heerlen, 20.05.2019

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Liebe Eltern,
vielen Dank für Ihr Interesse an diesem Forschungsvorhaben!

Was ist der Zweck dieser Forschung?

Diese Studie beschäftigt sich mit der Situation von Kindern, die mit einer funktionellen Armprothese versorgt wurden. Darüber ist bisher sehr wenig bekannt und die Ergebnisse dieser Studie sollen u.a. helfen, diese Situation und Versorgung dieser Kinder besser zu verstehen.

Warum werden Sie um eine Teilnahme an dieser Forschung gebeten?

Sie haben eine Verbindung zu einem Kind, welches mit einer Armprothese versorgt wurde und dadurch viele Erfahrungen gemacht. Wir möchten Sie bitten, uns davon zu erzählen. Ihre Erfahrungen sind für diese Forschung von großer Bedeutung.

Wie sieht eine Teilnahme an der Studie aus?

Damit Sie uns von diesen Erfahrungen erzählen können, würden wir uns gerne mit Ihnen treffen und mit Ihnen sprechen. Dazu würden wir Sie gerne besuchen und mit Ihnen ein Interview führen. Wir können uns auch an einem anderen Ort Ihrer Wahl treffen oder ein Online-Meeting vereinbaren. Wenn Sie es wünschen, können auch andere Familienmitglieder oder Kollegen an diesem Gespräch teilnehmen. Die Dauer des Interviews richtet sich nach Ihren Bedürfnissen und es ist keine Mindest- bzw. Maximaldauer vorgesehen. Normalerweise dauert es zwischen 30 und 60 Minuten. Das Interview wird, wenn Sie damit einverstanden sind, auf einem Tonband aufgezeichnet. Nach Abschluss des Interviews wird es abgetippt und das Tonband sicher, gemäß unserer Datenschutzbestimmungen, aufbewahrt. Das Interview wird anonymisiert, sodass niemand Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen kann.

Wie sehen Ihre Rechte in dieser Forschung aus?

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, unterbrechen, abbrechen oder keine Antwort geben, ohne Gründe dafür nennen zu müssen. Es besteht auch die Möglichkeit, das Tonband während des Interviews abzuschalten. Alle Informationen, die Sie uns geben, werden vertraulich behandelt. Die Dokumente und Tonbänder werden an einem sicheren Ort verwahrt.

Was geschieht mit Ihren Informationen?

Ihr Interview wird zusammen mit anderen Interviews wissenschaftlich ausgewertet. Die Untersuchung und Auswertung wird von unserer begleitenden Dozentin Steffy Stans, der Hogeschool Zuyd in Heerlen, betreut. Die Ergebnisse der Auswertung werden anonym zusammengefasst, mit Kollegen besprochen und in einem Bericht für die Hogeschool Zuyd veröffentlicht.

Dieser Bericht ist Teil unserer Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science in Ergotherapie (B.sc.). Aus diesem Bericht ist nicht zu entnehmen, welche Aussagen von Ihnen oder von anderen Mitwirkenden dieser Studie getroffen wurden. Zur weiteren Veröffentlichung der Studienergebnisse können Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften erscheinen. Hier wird ebenfalls strengstens auf Ihre Anonymität und die aller Mitwirkenden geachtet.

Vielen Dank für ihr Interesse – Wir freuen Uns auf die Zusammenarbeit!
Karolin Janssen, Tina Berrer, Melina Kierdorf, Judith Ritz
E-Mail: bsc.ergotherapie-prothese@gmx.de

20.05.2019, Aachen

Ort, Datum

Karolin Janssen

Melina Kierdorf

Judith Ritz

Tina Berrer

Anlage 9: Transkriptionsregeln

Hinweise zur Interviewtranskription nach Mayring (2010, S.55)

- × Bitte vollständig und wörtlich transkribieren (Unvollständigkeiten und Wiederholungen belassen)!
- × Allerdings steht der Inhalt im Vordergrund; “äh“ und Ähnliches kann weggelassen werden; Dialektfärbungen werden eingedeutscht (zerscht = zuerst, miaßn = müssen). Echte Dialektausdrücke jedoch bleiben und werden nach Gehör geschrieben.
- × Bei Unklarheiten bitte Punkte machen (...), je nach der Länge dessen, was nicht verstanden wurde, sodass die Interviewer das nachtragen können.
- × Bei Pausen, Stockungen und Ähnlichem Gedankenstrich verwenden (-), bei längeren Pausen mehrere Gedankenstriche; wenn der Grund der Pause ersichtlich ist, ihn bitte in Klammern angeben.
- × Auch andere Auffälligkeiten wie Lachen, auffälliges Räuspern oder Ähnliches in Klammern angeben.
- × Alle anderen nonverbalen Merkmale, die zum inhaltlichen Verständnis wichtig sind, ebenso in Klammern, z.B. L: Mhm (zustimmend).
- × Das Format ist 60 Zeichen pro Zeile, Zeilenabstand 1,5, 38 Zeilen pro Seite.
- × Wenn der Interviewer eine Frage stellt bzw. redet, bitte das Symbol “F“ (für Frage) ganz an den Rand, danach Doppelpunkt und zwei Leerzeichen, wenn mehr als eine Zeile gesprochen wird, bitte wieder ganz am Rand anfangen.
- × Wenn der Interviewte, also der arbeitslose Lehrer spricht, bitte das Symbol “L“ (für Lehrer) verwenden.

- Fall x Seite y -

F: Xxxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx xxx
xxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx
L: Xxxx xxxxx xxx xxxxx xxx xxxxx xxx

- × Bei allen weiteren Fragen stehen wir immer gerne zur Verfügung. Wir hoffen auf gute Zusammenarbeit.

Erweiterte inhaltlich-semantische Transkription nach Dresing & Pehl (2018)

1. Wort- und Satzabbrüche werden mit „/“ markiert: „Ich habe mir aber Sor/ Gedanken gemacht.“ Wortdoppelungen werden immer notiert.
2. Rezeptionssignale und Fülllaute aller Personen („hm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert.
3. Nach der Partikel „hm“ wird eine Beschreibung der Betonung in Klammern festgehalten. Zu nutzen sind: bejahend, verneinend, nachdenkend, fragend, wohlfühlend, z.B. „hm (bejahend)“.

Anlage 10: Forschungstagebuch

Interview 1 am Montag 27. Mai 2019, 13.00Uhr

Interviewer 1: Melina Kierdorf, Interviewer 2: Judith Ritz

	Melina Kierdorf	Judith Ritz
Wahrnehmung	Wiederholungen innerhalb der Therapie, vom groben zum feinen, gewissen „Basisfertigkeiten“ Öffnen/ Schließen/ Pro-/ Supination müssen nach dem Training da sein, Falsche Hoffnungen auf eine „neue Hand“ demotivieren das Kind, Aufklärung über Gebrauch/ Reinigung etc. der Prothese selbst und Beratung bezogen auf die Prothesenart, Zusammenarbeit mit Fachleuten aus der Orthopädietechnik	Kinder mit liebevoller strenge zum Erfolg verhelfen; Eltern regelmäßig einbeziehen, bei zu starker Ausübung von Druck durch die Eltern, sollten diese ausgebremst werden; wiederholende Übungen sind sehr wichtig; enge Arbeit mit den Orthopädietechnikern ist von hoher Bedeutung; Akzeptanz der Prothese von Seiten des Kindes ist eines der wichtigsten Komponenten, Prothese soll zu Hause so häufig wie möglich getragen werden
Interpretation	Eher Bottom-up Vorgehen und funktionelle Therapie, keine Assessments, Akzeptanz und sowie Eigenverantwortung der Klientenkonstellation ist ein wichtiger Baustein	Keine Anwendung von Assessments oder EBP, Zielsetzung im Rahmen von Gespräch mit Eltern; eher funktionelle Therapie, keine Therapie im häuslichen Umfeld; bei Schulkindern wurden Komponenten des Schulalltags teilweise berücksichtigt
Erfahrung	Rentnerin, hat bis zur Pensionierung in der Institution gearbeitet, kann auf viel Erfahrungen zurückgreifen. Prothesengebrauchsschulung bei Kindern „früher“ deutlich häufiger und mehr Klienten, heute wesentlich weniger. Hat einen Workshop bei Otto Bock besucht, wurde von Kollegen*innen eingearbeitet Erfahrung zeigte, mehr Zeit für die Therapie nötig (Wunsch)	Hat jahrelange Erfahrung mit Kindern mit Armprothese und berichtet somit ausführlich über den Umgang mit verschiedenen Medien, Eltern, interprofessioneller Zusammenarbeit sowie der Entwicklung und dem Vergleich von früher zu heute; früher bestand engerer Kontakt/ Zusammenarbeit zu den Orthopädietechnikern und die Kinder waren länger in Behandlung als heute

Reflexion:

Die Begrüßung fiel sehr freundlich und zugewandt aus, die Teilnehmerin wirkte etwas verunsichert und verbalisierte dies auch gleich. Über die Inhalte und den Ablauf des Interviews herrschte Ungewissheit, obwohl vorab ein Informationsblatt / die Einverständniserklärung verschickt worden war. Diese schien nicht bei ihr angekommen bzw. wurde nicht an sie weitergeleitet oder wurde folglich nicht gelesen. Auch über die Tonaufnahme des Interviews war die Teilnehmerin zuerst wenig angetan.

In einem kurzen Einstiegsgespräch klärte ich sie über alle Unklarheiten und die Möglichkeit, das Interview an jeder Stelle ohne die Angaben von Gründen beenden zu können, auf. Anschließend wirkt sie deutlich erleichtert und zeigte Interesse an dem bevorstehenden Interview. Die anfängliche Unsicherheit und Nervosität (die Situation war neu für sie) löste sich im Verlauf des Gespräches immer mehr und war gegen Ende gar nicht mehr vorhanden. Sie kann auf viele Berufsjahre und dementsprechend auf viele Erfahrungen zurückgreifen, worauf sie stolz ist. Dieses Wissen regte sie zu ausschweifenden Erzählungen an, sodass es mir zum Teil schwerfiel, auf die zentralen Fragen zurück zu kommen. Außerdem führte dies dazu, dass es durch vereinzelte Fragen zu Wiederholungen von Antworten kam. Die Teilnehmerin merkte dies jedoch zu keinem Zeitpunkt als negativ an. Abschließend bleibt noch zu erwähnen, dass die Teilnehmerin durch Fachterminologie verunsichert wurde und dies auch verbal äußerte. Durch entsprechendes Umschreiben der Begriffe führte diese Problematik jedoch zu keinen weiteren Schwierigkeiten und das Interview konnte vollständig durchgeführt werden.

Interview 2 am Montag 27. Mai 2019, 14.00Uhr

Interviewer 1: Judith Ritz, Interviewer 2: Melina Kierdorf

	Melina Kierdorf	Judith Ritz
Wahrnehmung	wiederholende Übungen mit bekannten Medien, statt persönlichen Sachen des Kindes werden „Übungsmaterialien“ z.B. eine sogenannte Therapiejacke mit verschiedenen Knöpfen, Reißverschlüssen etc. genutzt. Vertrauensbasis aufbauen und auf die Bedürfnisse/ das Tempo des Kindes eingehen, Überforderung vermeiden. Eltern werden in die Therapie integriert, vor allem aufgrund des oft jungen Alters der Kinder und für den Alltagstransfer.	wiederholende Übungen sind sehr wichtig, Akzeptanz von Prothese seitens des Kindes ist von hoher Bedeutung; Einbezug der Eltern ist wichtig, aber nur insofern diese kein Druck ausüben; es ist wichtig spielerische Elemente einzubauen und den Kindern, wenn nötig, Pausen zu ermöglichen und die Prothese auch mal abzulegen.

Interpretation	Eher Bottom-up Vorgehen und funktionelle Therapie, Alltagsbezug in Zielen und Intervention vorhanden aber leider wenig „echte Betätigungen“ und eher Simulation von Betätigungsanliegen.	Eher funktionelle Therapie, aber es wird teilweise versucht alltagsrelevante Übungen im Rahmen des klinischen Settings einzubauen Es findet keine Therapie im häuslichen Umfeld statt, Keine Verwendung von Assessment und EBP, Zielsetzung durch Gespräche.
Erfahrung	Eine Prothesengebrauchsschulung bei Kindern war „früher“ deutlich häufiger (mehr Klienten) heute wesentlich weniger. Die TN hat Erfahrung aber kein regelmäßiges Klientel Fortbildung bei Otto Bock besucht.	Momentan hat sie kein Kind mit einer Armprothese in Behandlung und hatte bisher auch noch nicht viele Kinder in Behandlung mit Armprothese. Die TN wurde in den Bereich ausführlich von erfahrenen Kolleginnen eingearbeitet und hat eine Fortbildung im Bereich des Prothesentrainings der oberen Extremität bei bekanntem Hersteller absolviert; kann vielfältig über das Prothesentraining berichten.

Reflexion:

Die Interviewteilnehmerin wirkte zu Beginn sehr aufgeregt, aufgrund der Besorgnis den Fragen nicht gerecht werden zu können und aufgrund mangelnder Informationsweitergabe über Inhalt und Ablauf des Interviewverlaufs. Dies überraschte uns, da sowohl ein Flyer mit Informationen als auch eine Einverständniserklärung zwecks Datenschutzes vorab zugesandt wurde. Durch Aufklärung über die Inhalte und den Ablauf konnte die Aufregung und Verunsicherung jedoch etwas abgemildert werden. Im Laufe des Gespräches besserte es sich dann zunehmend.

Die Einstiegsfrage bezüglich der Erfahrungen mit den Klienten sorgte für Verunsicherung, da diese sehr allgemein gefasst ist und die Teilnehmerin sich unsicher war welche Art von Antwort nun von ihr erwartet wird. Durch die Erläuterung, dass spezifische Fragen folgen, ließ sich dieses Problem beheben und die Teilnehmerin antwortete aus ihrem Gefühl heraus. Die Teilnehmerin war aufgrund verwendeter Fachbegriffe teilweise unsicher wie die Fragestellung zu verstehen war. Durch Erläuterungen ließ sich jedoch auch dieses Problem beheben. Sie antwortete sehr bedacht und in kürzerem Umfang, aber dennoch sehr informativ. Durch passende Rückfragen konnte zusätzliche Informationen gesammelt und die Teilnehmerin zum weiteren Reden angeregt werden. Sie schien zusätzlich sehr engagiert und interessiert an dem Interview.

Die Teilnehmerin wurde darüber informiert, dass sie die Interpretation der Ergebnisse noch einmal nach erfolgter Analyse bestätigen kann/ soll. Außerdem ist sie sehr interessiert an den Ergebnissen und nimmt die Weitergabe dieser dankend an.

Interview 3 am Mittwoch 29. Mai 2019, 17.30 Uhr

Interviewer 1: Karolin Janssen, Interviewer 2: Tina Berrer

	Karolin	Tina
Wahrnehmung	Die Teilnehmerin „musste“ nicht zur Klientin nach Hause, da sie alles in ihrer Praxis „nachstellen“ kann. Keine konkreten Verbesserungsvorschläge bezüglich Elternarbeit oder Alltagstransfer nach Abschluss der Therapie.	Die Studienteilnehmerin ist sich sicher, dass sie durch ihre Praxismaterialien auch den Alltagskontext der Klienten konstruieren kann, Helikopter-Vater, hatte sehr viel Spaß mit der Erarbeitung der Klientin. Dauerhafte Erfolgserfahrung/ hundertprozentige Zielerreichung.
Interpretation	Geht davon aus, dass die Zielsetzung bedeutungsvoll für die Klientin war, da die Tätigkeiten nach ihr ausschließlich im Alltagsbereich lagen, aber keine Überprüfung durch Assessments o.ä. Es wurde eher funktionell gearbeitet.	Keine Nutzung von Assessments, sieht den Alltag als ausreichende „Rückmeldung“, Ziele wurden durch die Klientin gesetzt via Zettel, Kein EBP - Umsetzung von Aktivitäten egal ob bedeutungsvoll oder nicht
Erfahrung	Wurde gezielt von Orthopädietechnikern angesprochen, da kein/ keine Ergotherapeut*in in der Nähe der Familie eine Zertifizierung hatte. Die TN hat sich daraufhin extra zertifizieren lassen, bisher aber nur 1 Fall gehabt, bei dem sie Erfahrungen sammeln konnte und ihr Wissen nutzen konnte. Kommunikation mit Physiotherapeuten*innen „okay“, sonst nur Orthopädietechniker im Austausch; hier keine Verbesserungsvorschläge.	Hatte lediglich einen Fall der myoelektrischen Prothesenversorgung - müsste deutlich mehr in das Marketing - spricht an, dass es sehr wenig Zeit für den Mehraufwand als Praxisinhaberin gibt

Reflexion:

Die Teilnehmerin empfing uns freundlich und bat uns direkt in einen kleinen Raum, wo wir ungestört das Interview mit ihr durchführen konnten. Die Einverständniserklärung unterschrieb sie vor Beginn des Interviews und hatte kein Bedenken teilzunehmen. Im gesamten Verlauf traten keine Schwierigkeiten auf, jedoch wirkte es für uns so, als war es für die Interviewteilnehmerin teilweise schwierig unsere Fragen zu beantworten, vielleicht auch da sie bisher erst eine Klientin in dem speziellen Bereich begleitet hat. Auch hatten wir zeitweise das Gefühl, dass sie unseren Fragen auswich und mit der Beantwortung abschweifte. Wir versuchten durch das Gespräch immer zurück auf die Ausgangsfragen zu kommen. Gegen Ende des Gesprächs zeigte sich die Teilnehmerin auch sehr interessiert an den Ergebnissen der Studie. Zum Schluss bot die Teilnehmerin uns noch an einen Blick in die Therapiematerialien zu gewähren, was wir auch dankend annahmen.

Interview 4 am Dienstag, den 11. Juni 2019, um 16.00 Uhr

Interviewer 1: Melina Kierdorf, Interviewer 2: Tina Berrer

	Melina Kierdorf	Tina Berrer
Wahrnehmung	Zusammenarbeit zwischen dem Dreieck Eltern-Therapeut- Orthopädiotechnik ist essentiell, 3 Phasen-Konzept als Therapiegrundlage, Akzeptanz der Prothese je früher desto besser, Prothesengebrauchsschulung als erster Kontakt und Vorbereitung für die ambulanten Therapie, Therapie mit Gegenständen etc. aus dem Umfeld des Klienten gewünscht, wenn diese mitgebracht werden	Sehr motivierte und engagierte Therapeutin, die interne und externe Evidenz in ihre Behandlung einarbeitet.
Interpretation	Nutzt EBP (bezieht sich auf Studien), eher funktionelle Therapie ADL Training nur in die 3.Phase integriert, oft nur Erstversorgung wenig Austausch über Weiterbehandlung mit niedergelassenen ET's, Transitionen führen zu schwankender Akzeptanz + Anforderung an die Prothese	Durch das klinische Setting ist der Alltagstransfer nur schwer umsetzbar - im Rahmen der Prothesenversorgung genießt sie die interprofessionelle Zusammenarbeit. Findet häufig, dass die Prothesen zu spät an die Kinder vermittelt werden, wodurch eine hohe Ablehnungsrate entsteht
Erfahrung	13 Jahre Berufserfahrung, mehrere Kinder, gibt Fortbildungen im Bereich des Prothesentrainings oft gemeinsam mit Orthopädiotechniker*innen	Hat sehr viele Kinder im Rahmen der myoelektrischen Prothesen versorgt und übernimmt mittlerweile auch Myotestungen sowie die Fortbildungsleitung.

Reflexion:

Die Interviewteilnehmerin zeigte sich sofort offen und freundlich, war zugewandt und bot uns direkt unter Therapeutinnen das „Du“ an. Das Interview fand per Videokonferenz über WebEx statt, was die Teilnehmerin selbst vorschlug. Dies hatte aus meiner Sicht keine negativen Auswirkungen auf den Verlauf des Interviews sowie auf die Interaktion mit der Teilnehmerin. Sie hatte die Einverständniserklärung bereits vorab unterschrieben und zeigte dementsprechend keine Unsicherheiten bezüglich des bevorstehenden Interviews.

Aufgrund ihrer 13 Jahre Berufserfahrung sowie der täglichen Arbeit im Bereich der Prothesenversorgung (bei Kindern und Erwachsene) machte sie einen sehr professionellen Eindruck auf mich. Das Gespräch war insgesamt locker und kollegial, in ihren Antworten war sie sehr klar und strukturiert, die Reflexion der eigenen Arbeit aufgrund der Interviewfragen meldete sie also positiv zurück. Die Anpassung der Einstiegsfragen nach dem Pretest habe ich als sehr gelungen wahrgenommen. Diese boten einen guten Einstieg in das Gespräch und vermehrte Wiederholungen wurden umgangen. Die verwendete Fachterminologie stellte keine Schwierigkeiten dar.

Interview 5 am Dienstag, den 18. Juni 2019, um 14.30 Uhr

Interviewer 1: Melina Kierdorf, Interviewer 2: Tina Berrer

	Melina Kierdorf	Tina Berrer
Wahrnehmung	<p>Keine standardisierten Assessments in der Befunderhebung, 2 Test (Box and Blocks Test und Klammerbaum) welche für Kinder adaptiert werden und deshalb nicht standardisiert sind. Interprofessionelle Zusammenarbeit mit den Orthopädietechnikern ist „täglich Brot“ und spielt eine zentrale Rolle im Rahmen der Therapie. Jeder/ jede Klient*in bekommt ein „Versorgungsteam“ bestehend aus Therapeut*in und Techniker*in, welches ihn/ sie den gesamten Prozess über begleitet. Die Intervention verläuft in 3 Phasen, Internationales Klientel als Selbstzahler. Einbezug der Eltern in die Therapie: Schwierigkeiten begründet auf kulturellen Diskrepanzen Zur Motivation der Kinder soll 1 Spielzeug neu gekauft werden, welches wird nur mit der Prothese gespielt</p>	<p>Wünscht sich die Simulation von Alltagsaktivitäten im Rahmen der Klinik. Zusammenarbeit mit einem Dolmetscher ist bei Sprachbarrieren eine wichtige Voraussetzung für die Therapie. Bei Kindern schneller Übergang in die wiederholende Übungsphase mit Spielmaterialien.</p>
Interpretation	<p>festes Konzept für die Therapie, Überprüfung der Therapieerfolge nicht möglich, da der Kontakt meist nach Ende der Therapie abbricht (internationales Klientel)</p>	<p>Alltagstransfer nur durch Erfragen und nicht durch konkretes „Training“ im Setting des Alltags möglich, aufgrund der internationalen Anreise.</p>
Erfahrung	<p>Ergotherapeutin bei Otto Bock, 12 Jahre Berufserfahrung, Schwerpunkt momentan Beinprothetik, Armprothetik immer mal wieder. AMAC Fortbildung als positiven Mehrwert für ihre Arbeit empfunden Auf Basis ihrer Erfahrungen wünscht sie sich, dass das Arbeitsfeld mehr in die Ausbildung integriert wird.</p>	<p>Ist hauptsächlich mit erwachsenen, internationalen Klientel aktiv und vertritt ab und zu ihre Kollegin im Rahmen der Kinderorthopädie.</p>

Reflexion:

Das Interview fand per Videokonferenz über WebEx statt, was die Teilnehmerin selbst vorschlug. Dies empfand ich als sehr angenehm, es traten keine Schwierigkeiten auf, welche den Verlauf des Interviews negativ beeinflussten. Zu Beginn hatte ich etwas Schwierigkeiten den Kontakt aufzubauen und ins Gespräch zu kommen, die Teilnehmerin wirkte auf mich etwas distanziert und antwortete nur knapp. Die Situation löste sich jedoch mit Start des Interviews, dabei zeigte sich die Teilnehmerin in meinen Augen motiviert und aufgeschlossen, Sie war bemüht uns so viele Informationen zukommen zu lassen wie möglich. Die Teilnehmerin arbeitet schwerpunktmäßig in der Beinprothetik und vertritt regelmäßig ihre Kollegin im Bereich der Kinder (arm) - prothetik, was dem Informationsgehalt des Interviews jedoch nicht schadete. Auffällig war, dass sie überwiegend ausländisches Klientel versorgt, was sich auf die Therapie selbst sowie die Weiterbehandlung/ den Transfer in den Alltag deutlich auswirkt. Eine Bereicherung für das Interview waren die Zwischenfragen der zweiten Interviewerin, welche die Möglichkeit bot tiefer in die Thematik einzusteigen.

Interview 6 am Dienstag, den 18.6.2019, um 15:30 Uhr

Interviewer: Judith Ritz

Judith Ritz	
Wahrnehmung	Das Kind trägt die Prothese nur in der Ergotherapie und sonst nicht, da sie zu schwer ist und sich nur schlecht ansteuern lässt; Kind trägt die Prothese aufgrund einer Dismelie, bei welcher noch Teile der Hand/Finger vorhanden sind; es gibt keine Teilhandprothese für Kinder, weshalb bei Tragen der Prothese ein Ungleichgewicht der Armlängen entsteht; Das Kind hat Kompensationsstrategien ohne Prothese entwickelt, es trägt die Prothese lediglich beim Fahrradfahren. Die Eltern sind mit der ergotherapeutischen Behandlung an sich sehr zufrieden; vor einigen Jahren wurde vorgeschlagen, dass Zehen als Finger transplantiert werden könnten, doch das wollten die Eltern nicht.
Interpretation	Mit momentaner Prothese anscheinend keine Möglichkeit Kind zum Tragen dieser zu animieren. Grund dafür sind das hohe Gewicht und die Problematiken bei der Ansteuerung der Prothese. Die Ansteuerung geschieht dem Kind zu langsam. Die größte Ursache für den Nichtgebrauch der Prothese im Alltag, liegt laut Aussage der Mutter an Prothese selbst und nicht an Therapie o.ä.
Erfahrung	-

Reflexion:

Das Interview fand per Skype statt, der Sohn befand sich, trotz vorheriger Aufklärung darüber, dass wir nur die Eltern und nicht die Kinder befragen dürfen, teilweise im selben Raum. Anfangs hatte ich Bedenken bezüglich der Durchführung des Interviews per Skype, doch es stellte kein Problem dar. Wir konnten uns problemlos verständigen ohne Unterbrechungen aufgrund einer schlechten Internetverbindung o.ä. Die Mutter war sehr engagiert die Fragen ausführlich zu beantworten und uns somit in unserer Forschung zu unterstützen. Teilweise kam es jedoch zu einem „Dazwischenreden“ durch den Sohn. Ich erachtete es als sehr interessant nach den ersten Interviews mit den Therapeuten*innen nun auch die Sichtweise der Eltern zu erfahren.

Interview 7 am Mittwoch, den 19.6.2019, um 13:00 Uhr

Interviewer: Judith Ritz

Judith Ritz	
Wahrnehmung	Keine Anwendung von standardisierten Assessments. Sie wünscht sich mehr Behandlungsmöglichkeiten im häuslichen und schulischen Umfeld, um den Alltagstransfer zu gewährleisten; auch Anwendung von funktionellen Spielen; interprofessionell v.a. mit Erzieher/Lehrer, aber nicht Orthopädietechniker o.ä., Kind muss Gewicht der Prothese durch extreme Kompensation aus der Schulter ausgleichen
Interpretation	Erachtet die Behandlung im häuslichen und schulischen Umfeld als einen sehr wichtigen Faktor, welcher mehr unterstützt werden sollte bezüglich Kostenübernahme etc.; interprofessionelle Zusammenarbeit in geringerem Maß u.a. wegen mangelnder Kostenübernahme und Zeit. Wenn dann findet dieser momentan v.a. mit Erzieher/Lehrer statt. Die TN erachtet Assessments als weniger wichtig, da sie ihrer eigenen Erfahrung vertraut. Der Alltagsübertrag gestaltet sich aufgrund von hohem Gewicht der Prothese und Problematiken beim Ansteuern der Prothese schwierig. Sie wünscht sich kindgerechte Prothesen
Erfahrung	Behandelt ein Kind mit Prothese; hat keine Fortbildung in dem Bereich, aber hält Rücksprache mit Ergotherapeut*innen von Otto Bock, um Informationen über Behandlungsvorgang zu erhalten.

Reflexion:

Bevor das Interview mit der Therapeutin startete, wies diese mich darauf hin, dass die bereits anwesende Mutter, welche später interviewt werden sollte sowie ihre Tochter, sich im selben Raum befinden werden, aber sie ihnen etwas zum Spielen gibt. Ich klärte sie nochmal auf, dass ich Mutter und Therapeutin gerne getrennt voneinander interviewen würde. Daraufhin erläuterte sie, dass sie nach Absprache mit einer der vier Forscherinnen bereits Bescheid weiß. Die Therapeutin äußerte bereits zu Beginn, dass sie sehr interessiert an unserer Forschung ist und sich darüber freut diese unterstützen zu können. Während des Interviews antwortete sie ausführlich und engagiert und sprach viele wichtige Aspekte an. Plötzlich geschah es, dass sich die Mutter zu einzelnen Antworten der Therapeutin ergänzend äußerte, was mich sehr überraschte und mich dahingehend verunsicherte, wie ich nun reagieren sollte. In Zukunft sollten solche Situationen nach Möglichkeit durch klare Raumtrennung vermieden werden. Ich hatte mich jedoch vorab darauf verlassen, dass meine Aussage bezüglich der separaten Interviewdurchführung ausreichend zur Vermeidung eines solchen Problems war. Womöglich war dieses persönliche Thema für die Mutter sehr emotional, weshalb sie schon bereits in dieser Situation gerne ihre Meinung äußern wollte. In Zukunft sollte dies noch deutlicher kommuniziert werden, auch um weitere Störfaktoren zu verhindern. Im Großen und Ganzen konnten jedoch interessante Informationen aus dem Interview erfasst werden.

Interview 8 am Mittwoch, den 19.6.2019, um 14:00 Uhr

Interviewer: Judith Ritz

Judith Ritz	
Wahrnehmung	<p>Ursächlich für die Prothesenversorgung ist eine Dysmelie, bei welcher das Handgelenk und geringe Bestandteile der Finger erhalten sind. Das Kind hat bereits viele Kompensationsstrategien entwickelt, um mit der betroffenen Hand den Alltag zu meistern.</p> <p>Vor einigen Jahren wurde vorgeschlagen, dass Zehen als Finger transplantiert werden könnten, was von den Eltern abgelehnt wurde. Das Kind trägt die Prothese im Alltag nicht, sondern nur in der Ergo. Gründe dafür sind das hohe Gewicht der Prothese, Problematik bei Ansteuerung der Prothese, Schwitzen im Sommer und Notwendigkeit die Prothese bei Aktivitäten mit Wasserkontakt abzulegen. Aus dem Gespräch wurde deutlich, dass das Kind hat bisher noch keinen großen Leidensdruck aufgrund der Dysmelie empfunden, da die Familie offen damit umgeht. Sie sind mit der ET und der Zusammenarbeit sehr zufrieden.</p> <p>Der Wunsch nach einer Prothese kam von Seiten des Kindes. Jedoch vernachlässigt es den betroffenen Arm beim Tragen der Prothese mehr als ohne Prothese, was ggf. auf die Probleme damit zurückgeführt werden kann.</p>
Interpretation	<p>Die TN erscheint mir hin- und hergerissen im Umgang mit der Situation und dem erschwerten Alltagstransfer, da sie ihr Kind keinesfalls zwingen möchte. Außerdem sieht sie, dass ihr Kind auch so momentan noch gut zurechtkommt, macht sich jedoch Gedanken um eventuelle Probleme in der Zukunft. Sie wünscht sich kindgerechte Armprothese, ggf. Teilhandprothese für Kinder, um Problematiken zu vermeiden und die Anwendung der Prothese im Alltag zu erleichtern. Die TN ist mit der Ergotherapie an sich zufrieden und sieht die Problematik eher in Art der Prothese als in Behandlung o.ä.</p>
Erfahrung	<p>Das Kind trägt seit ca. 1 Jahr die Prothese</p>

Reflexion:

Die Mutter wirkt sehr interessiert an unserer Forschung und befürwortet es, dass wir uns diesem Thema widmen. Das Interview startete zunächst alleine mit der Mutter in einem Raum, sodass wir dieses ungestört durchführen können. Mitten im Interview werde ich dann erneut überrascht, als die Tochter den Raum betritt und sich zu uns gesellt. Ich verließ mich zunächst darauf, dass das Kind lediglich dabei sitzt. Doch es kam zu mehrfachem „Dazwischenreden“ durch das Kind, weshalb ich die Mutter und das Kind erneut darauf aufmerksam machte, dass wir nur die Eltern befragen dürfen und das Kind mir gerne nach dem Interview noch ganz viel erzählen und zeigen darf. Dies verstanden die Beiden auch und somit hielt sich das Kind ab diesem Zeitpunkt zurück. Womöglich war diese Situation ebenfalls der emotionalen Beteiligung dieses persönlichen Themas geschuldet und dem damit verbundenen Mitteilungsbedürfnis. Positiv hervorzuheben ist, dass die Mutter sehr ausführlich, engagiert und meiner Einschätzung nach auch ehrlich auf meine Fragen antwortete, sodass viele interessante Informationen und Aspekte genannt wurden.

Interview 9 am Samstag, den 06.07.2019, um 10:00 Uhr

Interviewer 1: Karolin Janssen, Interviewer 2: Tina Berrer

	Karolin Janssen	Tina Berrer
Wahrnehmung	Das Kind hat eine myoelektrische Prothese bekommen. Es selbst hatte den Wunsch nach einer Prothese geäußert und die Eltern sind dem gefolgt, indem sie sich für ihr Kind stark gemacht.	Mutter hat sich durch viele Hindernisse „durchgebissen“ und viele Informationen selbstständig erarbeitet. Die Idee für die Prothesenberatung kam durch einen Film im Fernseher. Der Orthopädietechniker war von Anfang bis Ende als beratende Funktion und Problemlöser an ihrer Seite. Sehr motiviertes Kind ohne Ablehnungsphase. Weiß sehr wenig über den Inhalt und den therapeutischen Vorgang der Ergotherapie - wechselte die Ergotherapeutin aufgrund zu vieler Diskussionen.
Interpretation	Hohe Frustration in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Schule, da diese das Kind nicht mehr „wollten“ - und somit das Kind wechseln musste	Kaum interprofessionelle Zusammenarbeit und therapeutischer Austausch mit der Mutter - sehr hohe Belastung der Eltern.
Erfahrung	Hat Ergotherapie gewechselt aufgrund von anhaltenden Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Behandlung.	2 ½ Jahre positive Erfahrung mit der Ergotherapie, ist offen für weitere Behandlung, wenn der Alltag wieder Zeit dafür hat.

Reflexion:

Das Interview mit der Mutter fand per Telefonat statt, da sie keinen Zugang zu Skype oder WebEx hatte und ein persönliches Treffen aufgrund von Zeitmangel, nicht möglich gemacht werden konnte. Dies gestaltete die Interviewsituation anders als bei den vorherigen Interviews, da man sich nicht gegenseitig sehen konnte. Das Interview verlief in unseren Augen jedoch positiv und es gab keine Situationen, oder eine schlechte Telefonverbindung, die das Interview nachteilig beeinflussten. Die Einverständniserklärung konnte nicht persönlich übergeben werden, wodurch wir zunächst etwas unsicher waren. Dennoch wirkte die Mutter über den Verlauf hinweg aufgeschlossen und hatte keine Bedenken beim Interview teilzunehmen. Sie war sehr bemüht alle Fragen ehrlich zu beantworten und uns ihre Erfahrungen zu schildern, was wir bezüglich unserer Forschungsfrage, als sehr hilfreich sahen und dankbar dafür waren. Einige Fragen, wie z.B. bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit und dem Austausch mit der Ergotherapeutin, aber auch eine Frage zum schulischen Alltag, erwiesen sich als emotional negativ belastet, was das Interview im Verlauf aber nicht weiter beeinflusste. Die interviewte Mutter zeigte zum Schluss großes Interesse an der Weitergabe von Ergebnissen unserer Bachelorarbeit und äußerte gerne mitgemacht zu haben und froh zu sein ihren Teil beitragen zu können.

Anlage 11: Empfehlungen für die Praxis anhand des CPPF





1 Anlage 12: Interviewauszug 4 [Ergotherapeutin]

2 Dauer: 43 Minuten

3 F: Wie lange arbeitest Du bereits als Ergotherapeutin?

4 E: seitäh/seit 13 Jahren

5 F: hmhm - wie viele Kinder haben Sie im Bereich der funktionellen
6 Prothesenversorgung in ihrer Arbeit bereits begleitet?

7 E: (lacht) kann man sagen von bis?

8 F: genau ungefähr - ne circa Angabe ist in Ordnung

9 E: ähm tja - habt ihr selber Kategorien die mir helfen zum
10 einordnen?

11 F: nein

12 E: pff hätt ich mir vorher mal Gedanken drüber machen sollen - ich
13 sag mal circa 40, 40 - 50

14 F: hmhm Okey - es geht einfach nur darum einen groben Eindruck zu
15 bekommen, wie viele - ob das jetzt sozusagen Tagesgeschäft ist oder
16 ähm nur ab und zu

17 E: ja hmhm

18 F: Aufgrund welcher Ursachen haben die Kinder eine funktionelle
19 Armprothese erhalten?

20 E: also in den allermeisten Fällen aufgrund einer angeborenen
21 Fehlbildung - sehr selten wegen Amputation

22 F: hmhm ähm und mit welcher Art der funktionellen Armprothese sind
23 die Kinder dann versorgt worden?

24 E: ähm also wir bieten zwei verschiedene Arten von Prothesen für
25 Kinder an/einmal die sogenannte Physolino Baby Hand, die nur
26 rein/erstmal sieht es aus wie kosmetisch wäre, aber die natürlich
27 auch Stützfunktion und Symmetrie bietet und ähm ab einem späteren
28 Alter dann auch eine myoelektrische Prothesen - wir versorgen
29 niemanden mit bodypowered mechanischen Prothesen im Kindesalter

30 F: Okey, ab welchem Alter kommt das dann mit der myoelektrischen
31 Prothese?

32 E: ähm ab dem zweiten Lebensjahr ungefähr

33 F: hmhm Okey -

34 E: also heute hatte ich ein Kind für den Myotest da, was grade 4
35 geworden ist - da wars ein bisschen später

36 F: Warum ist das so spät erst ab 2 Jahre?

37 E: ähm, weil die das vorher gar nicht umsetzen können von den
38 Aufträgen, also das zu verarbeiten. Es gibt Kinder die schon von
39 klein auf eine passive Prothese haben für die dann das Prothese
40 tragen selbst ähm ja nichts neues ist die dann irgendwann auch
41 quasi dann erfragen ob das eine bewegliche Hand ist mit der man
42 dann aktiv was greifen kann, mit der man auch vielleicht schon
43 etwas eher starten - aber meistens von der Kognition noch nicht
44 umsetzbar

45 F: hmhm Okey - gut ähm wie und in welchem therapeutischen Umfeld
46 kommt es zum Erstkontakt mit dem Klienten?

47 E: hmhm ähm wir bei uns im Haus wir sind ja quasi die Industrie
48 bei Ottobock - die hier in Deutschland keine Prothesenversorgung
49 direkt durchführen, sondern das machen eher die Sanitätshäuser, die
50 unsere Kunden sind und viele von denen sind aber auf andere
51 Bereiche spezialisiert, nicht auf Armprothetik/die kommen dann auf
52 uns zu und sagen hey wir haben hier jemanden könnt ihr uns da
53 unterstützen oder es ist jemand aus der Gegend hier, der hier
54 versorgt werden möchte und dann machen wir eine Kooperation mit
55 unseren ... Hier in der Gegend. Also wir Therapeuten arbeiten quasi
56 in der Orthopädietechnik (hustet) Also wir sind keine
57 niedergelassene Praxis

58 F: ok - wo findet die Behandlung dann statt?

59 E: kleinen Moment bitte (hustet) - sorry - irgendwie fängt das
60 heute mit den Pollen wieder an

61 F: ja (kichert) hatte ich auch am Wochenende; also wo findet die
62 Behandlung dann statt? In äh irgendwie in einer Praxis oder bei
63 Ihnen im Haus oder bei den Klienten zuhause?

64 E: also wir haben bei uns auch Therapieräume äh und äh wir machen
65 eine Kooperation zwischen Technik und Therapie und für uns ist es
66 mehr oder weniger ein Führerschein den man mitgibt für die Prothese
67 und dann vermitteln wir die Patienten gerne an die lokalen
68 Therapeuten, die bei uns Schulungen belegt haben - weil wir wollen
69 auf jedenfall sicherstellen (hustet), dass die Kinder die Prothesen
70 gut einsetzen können und dass sie im Umgang geschult sind, und wir

71 schulen parallel die Therapeuten - also es ist nicht so das normale
72 Setting, das man vielleicht aus der niedergelassenen Praxis kennt
73 F: hmhm und über welchen Zeitraum erstreckt sich die Therapie dann
74 bei Ihnen?
75 E: hmhmhm das sind die ersten - zwei/drei Wochen, nach der Erhalt
76 der Prothese oder auch während die Prothesen in Testphasen, wo die
77 Prothese noch nicht fertiggestellt ist - wir bauen immer eine
78 funktionelle Testprothese auch, die schon per myoelektrik gesteuert
79 werden kann - und dass der Techniker gucken kann: funktioniert das
80 gut, muss ich noch was ändern, müssen Elektroden versetzt werden
81 und so weiter - und der Hauptteil des Trainings findet immer mit
82 Testprothesen statt
83 F: hmhm Okey
84 F2: ähm wer baut denn die Prothesen an sich dann? Die Techniker
85 oder...?
86 E: hmhm (zustimmend) - ja das sind die Orthopädietechniker genau
87 F2: die dann auch bei Ottobock arbeiten?
88 E: ja hmhm (zustimmend)
89 F: äh - haben sie eine ergotherapeutische Heilmittelverordnung,
90 die dem dann zugrunde liegt?
91 E: nein, wir haben ähm wir können nicht direkt mit den Kassen
92 abrechnen, des was wir anbieten ist immer eine Kombination aus
93 Technik und Therapie was im Kostenvoranschlag für das Hilfsmittel
94 mit drin ist
95 F: hmhm Okey
96 E: weil wir da auch nicht irgendwie konkurrierend zu den Praxen
97 stehen wollen
98 F: hmhm ähm beschreiben Sie uns mal bitte das therapeutische
99 Umfeld in dem das Prothesentraining stattfindet
100 E: hmhm das heißt die räumliche Ausstattung?
101 F: genau
102 E: genau, also wir haben für die Armprothetik zwei
103 Behandlungsräume, die ausgestattet sind ähm nicht wie einer Praxis
104 also wir haben nicht wie in der Pädiatrie einen Kletterturm, eine
105 Schaukel und solche Dinge ähm wir haben einen normalen Raum, wo äh

106 im Alltag mit den Patienten auch diese Myotests durchgeführt
107 werden, also da gibt es einen Computer, wo wir in den meisten
108 Fällen eine Software parallel ablaufen lassen, wir gucken was wir
109 in den Einstellungen ändern können - da liegen Matten, da haben wir
110 verschiedenstes Equipment zum Greifen/zum Spielen für die Kinder,
111 ist aber größtenteils eher für Erwachsene ausgerichtet

112 F: hmhm Okey ähm was beinhalten diese Myotests?

113 E: ähm ein Myotest nennt man das, wenn man verschiedene Elektroden
114 hier auf dem Arm auflegt, um abzutesten ob jemand in der Lage ist
115 eine myoelektrische Prothese zu steuern und falls ja wo diese
116 Elektroden idealerweise platziert werden

117 F: hmhm Okey und gibt es da von ihrer Einrichtung vorgegeben
118 Rahmenbedingungen für die Therapie?

119 E: ähm wir haben gewissen Standard an Therapieeinheiten, z.B. die
120 wir pro Versorgungslevel/pro Versorgungslösung da inkludieren

121 F: hmhm Okey ähm haben Sie Verbesserungsvorschläge oder
122 Veränderungswünsche bezüglich des therapeutischen Umfelds?

123 E: nö, soweit eigentlich nicht - das passt

124 F: gut (kichert)

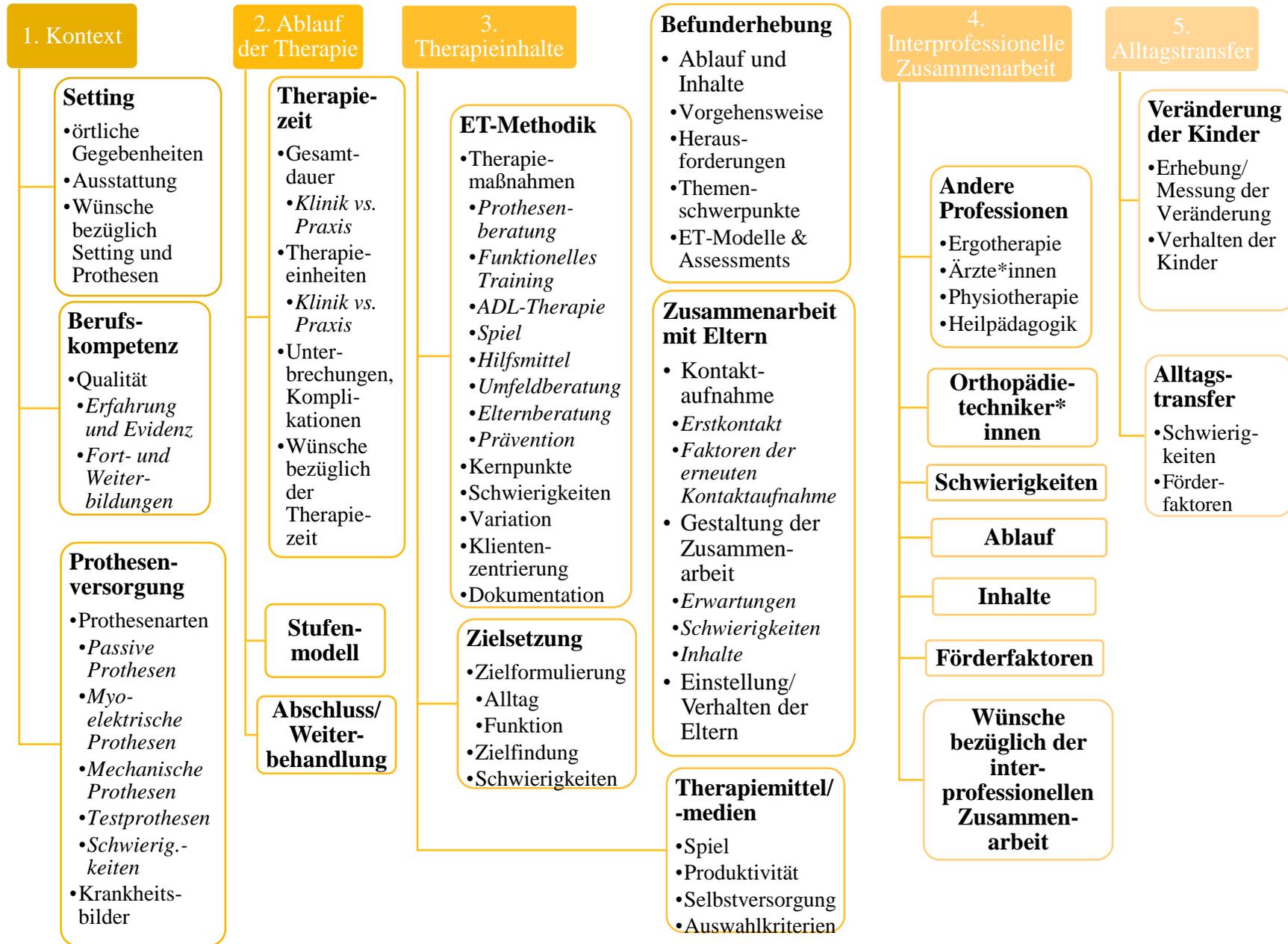
125 E: genau, obwohl wir eher so untypisch therapeutisch was
126 bearbeiten mit so viel Technik, wo ja viele eher sagen oh Hände
127 weg, das ist nicht so meins - da brauch man schon so eine Affinität
128 zu Techniken und ähm, auch Softwarelösungen und sowas in der Art

129 F: hmhm ähm wie identifizieren Sie Betätigungswünsche der Kinder

130 E: ähm wir unterhalten uns vorab viel mit den Eltern und wo sich
131 das eigentlich bei denen im Alltag geäußert hat, dass das Kind den
132 Wunsch hat mit einer Prothese versorgt zu werden - jetzt zum
133 Beispiel die Familie die heute da war, wo wir das Kind schon kennen
134 von einer passiven Prothese - das Kind hat jetzt irgendwann gesagt
135 es möchte nicht mehr diese Baby Hand haben es möchte eine richtige
136 Hand haben ähm um zum Beispiel Aktivität A - B - C ausführen zu
137 können, was andere Kinder besser machen können, und viel Infos eben
138 von den Eltern - ähm ansonsten ja geht es viel um Erfahrungswerte,
139 sowas wie Fahrradfahren und Marmelbahn aufbauen, solche Dinge, wo
140 man zwei Hände für braucht

141 F: hmhm Okey ähm nutzen sie dafür bestimmte Assessments?
142 E: nein da haben wir keine speziellen Assessments für Kinder
143 F: Okey öhm erzählen Sie uns von der Befunderhebung Klienten
144 bezogener Daten der mit einer Prothese versorgten Kinder
145 E: hmhm ähm wir haben ein Software System das heißt opedia, eine
146 Ottobock-interne Software und dort gibt es einen befundbogen und
147 der ist allgemein für die Armprothetik, das ist auch nicht
148 unterteilt in Alter oder Versorgungslevel und da werden eben die
149 verschiedensten Faktoren erfragt, wie Amputationsursache ist es
150 eine Amputation, ist es eine Dysmelie, was ist die Ursache, usw.
151 wie ist es mit Sensibilität, Bewegungsausmaß und all die Dinge, die
152 man sonst auch kennt ähm aus der Orthopädie

Anlage 13: Kategorienbaum



1 Anlage 14: Online-Umfrage

2 **Thema unserer Arbeit**

3 *Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Prothesenversorgung bei Kindern*

4 **Einstieg**

5 Liebe Studieninteressenten,

6

7 Wir sind 4 Ergotherapie-Studentinnen der Hogeschool Zuyd und möchten in unsere
8 Bachelorarbeit verschiedene Perspektiven mit einarbeiten. Dabei soll auch die
9 interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Kindern mit einer funktionellen Armprothese,
10 berücksichtigt werden. Deshalb möchten wir Sie bitten sich ca. 15 Minuten Zeit für diese
11 Online-Umfrage zu nehmen und alle Fragen bestmöglich zu beantworten. Die Anonymität
12 ist gewährleistet und es handelt sich hier nicht um „richtige“ oder „falsche“ Antworten.

13

14 Sind Sie skeptisch oder haben weitere Fragen bezüglich dieser Umfrage, dann kontaktieren
15 Sie uns doch einfach unter folgender E-Mail-Adresse: bsc.ergotherapie-prothese@gmx.de

16

17 Vielen Dank!

18 **Fragen**

19 1. In welchem Beruf sind Sie tätig?

20 • Orthopädietechnik

21 • Pädagogisches Fachpersonal

22 • Physiotherapie

23 • Arzt/ Facharzt

24 • Sonstiges (bitte angeben) _____

25 2. Wie lange sind Sie schon in Ihrem Beruf tätig?

26 3. In welchem Arbeitsumfeld sind Sie tätig?

27 • Sanitätshaus

28 • Klinik

29 • Praxis

30 • Kindergarten/ Schule

31 • Sonstiges (bitte angeben) _____

32 4. Wo haben/ hatten Sie in Ihrem Berufsalltag Berührungspunkte mit Kindern, die mit
33 einer funktionellen Armprothese versorgt sind/ wurde?

34 5. Welche Rolle/ Aufgaben übernehmen Sie im Prozess der funktionellen
35 Prothesenversorgung bei Kindern?

36 6. Interagieren Sie mit anderen Disziplinen während der Prothesenversorgung?

37 • Nein

38 • Ja (Wenn ja, dann geben Sie bitte an mit welchen)

39 _____

40 7. Hatten/ Haben Sie während der Prothesenversorgung bei Kindern Kontakt zum
41 Berufsfeld der Ergotherapie?

42 • Nein

43 • Ja (bitte geben Sie an zu welchem Zeitpunkt Sie in Kontakt treten / getreten sind)

44 _____

45 8. Beschreiben Sie uns bitte...

46 • Zu welchem Zeitpunkt Sie in Kontakt mit einem oder einer Ergotherapeut*in
47 treten/
48 getreten sind

49 • Wie und wie häufig die Kontaktaufnahme zu einem oder einer Ergotherapeut*in
50 stattfindet/ stattfand

51 • Welche Inhalte Teil des Austausches mit dem oder der Ergotherapeut*in sind/
52 waren

53 9. Welche Wünsche und Empfehlungen können Sie aussprechen, um die
54 interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der Prothesenversorgung zu optimieren

Anlage 15: Ehrenwörtliche Erklärung der Autorinnen

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Heerlen, den 04.09.2019

X 

Judith Ritz

Studentin der Zuyd Hogeschool

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Heerlen, den 04.09.2019

X 

Karolin Janssen

Studentin der Zuyd Hogeschool

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Heerlen, den 04.09.2019

X 

Melina Kierdorf
Studentin der Zuyd Hogeschool

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Heerlen, den 04.09.2019

X 

Tina Berrer
Studentin der Zuyd Hogeschool