



# ERGOTHERAPEUTISCHE ARBEIT IM BEREICH BLINDHEIT- FÖRDERUNG VON BETÄTIGUNG UND PARTIZIPATION

## BACHELORARBEIT

ACADEMIE VOOR ERGOTHERAPIE  
BACHELORSTUDIENGANG ERGOTHERAPIE DER ZUYD HOGESCHOOL  
HS2

Milena Böttcher (1964569)  
Valerie Jannasch (1877461)  
Uta Roentgen (begleitende Dozentin)

November 2020

## **Danksagung**

Wir bedanken uns bei unserer Familie, unseren Freunden und Partnern, die uns während des gesamten Prozesses eine große Stütze waren. Ohne eure Organisation und Unterstützung wäre das Schreiben kaum möglich gewesen.

Vielen Dank an die Teilnehmer\*innen, die durch ihre Offenheit zu dieser Studie beigetragen haben. Danke auch, dass Ihr Zeit gefunden habt, um die Interviews mit uns zu führen und Euch mit uns über die Thematik Blindheit auszutauschen.

Wir bedanken uns bei Fleur für die Übersetzung unseres Abstracts ins Niederländische und bei Moritz für die Übersetzung ins Englische.

Ein großes Dankeschön gilt Uta Roentgen, die uns durch ihre Unterstützung und Ratschläge zur Seite stand und uns an unser Ziel gebracht hat.

**Vielen Dank!**

## **Anmerkung**

Im März 2020 brach in Deutschland und den Niederlanden der COVID-19 Virus aus. Dies hatte auch Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht mehr möglich und erforderte Anpassungen in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Planung und Umsetzung, die bereits in vollem Gang war.

Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung notwendige Norm (anstatt face-to-face Kontakt) und in einigen Fällen musste auf andere Zielgruppen oder Literaturstudien zurückgegriffen werden, weil der direkte Kontakt mit Klienten und Professionals nicht möglich war.

Alle methodischen Veränderungen sind mit dem/der Begleiter\*in der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggebern abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung der vorliegenden Arbeit aufgrund der aktuellen Situation während des Entstehungsprozesses nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

# **Lesehinweise**

## Abkürzungen

Abkürzungen werden nach der ersten vollständigen Nennung des Begriffs in Klammern geschrieben. Beispielsweis: Canadian Practice Prozess Framework (CPPF). Zusätzlich werden diese im Abkürzungsverzeichnis angegeben.

## Fachterminologie

Englische Begriffe und Fachterminologie werden in dieser Arbeit erklärt und kursivgedruckt. Mit \* markierte Begriffe werden im Glossar erklärt.

## Ausdrucksweise

In der vorliegenden Arbeit werden zum Teil wörtliche Zitate genutzt, dessen Ausdrucksweise von den Autorinnen als nicht zeitgemäß erachtet wird. Teilnehmer\*innen sprechen zum Teil von blinden oder behinderten Menschen, anstelle von Menschen, die blind sind oder Menschen mit Behinderungen. Um die erhobenen Daten nicht zu verändern, werden diese Ausdrucksweisen nicht abgeändert. Die Autorinnen möchten sich aber hiervon abgrenzen.

## Genderaspekt

Die Autorinnen dieser Arbeit nutzten in ihrer Studie das Gendersternchen, um eine Integration der unterschiedlichen Geschlechterbezeichnungen zu gewährleisten.

## Zitiersystem

Die Zitation dieser Arbeit folgte nach der American Psychological Association (APA 6). Die Symbolfolge [...] wird genutzt, um Auslassungen von Wörtern oder Textstellen innerhalb eines Zitates anzugeben.

## Verweise

In der vorliegenden Arbeit erfolgen Verweise auf Kapitel, Überschriften, Abbildungen und Tabellen in dieser Arbeit. Diese werden innerhalb des Fließtextes in Klammern kursivgedruckt angegeben. Beispiel: (*siehe theoretischer Hintergrund*). Bei Verweisen auf Überschriften innerhalb eines anderen Kapitels wird das Kapitel mit angegeben. Innerhalb desselben Kapitels wird das Kapitel nicht zusätzlich angegeben.

## Abkürzungsverzeichnis

CPPF	Canadian Practice Process Framework
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
DBSV	Deutscher Blinden und Sehbehinderten Verband e.V.
WHO	World Health Organization
AOTA	American Occupational Therapy Association
O&M	Orientierung und Mobilität
OMT	Orientierungs- und Mobilitätstrainer*in
LP	Lebenspraktische Fähigkeiten
IRIS	Institut für Integration und Rehabilitation Sehbeschädigter e.V.
RKI	Robert Koch- Institut
AFB	American Foundation for the Blind
DOG	Deutsche ophthalmologische Gesellschaft e.V.
TN	Teilnehmer*in
K	Kategorie
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ErgThAPrv	Ergotherapie Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
ADLs	Activities of Daily Living/ Aktivitäten des täglichen Lebens
PICO	Patient/ Person, Intervention, Comparison/ Control, Outcome

## **Abstract deutsch**

Diese qualitative Studie befasst sich mit der Fragestellung, wie Ergotherapeut\*innen in Deutschland die Betätigungsperformanz und Partizipation von Menschen mit Blindheit in den verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens fördern können. Trotzdem Sehbeeinträchtigungen oft zu Einschränkungen in Betätigungen und Partizipation führen, sind in Deutschland nur wenige Ergotherapeut\*innen in diesem Bereich tätig. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden semistrukturierte Interviews mit vier Ergotherapeut\*innen durchgeführt, die bereits mit Klient\*innen zusammengearbeitet haben, die blind sind. Die Daten wurden mittels einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse eruiert. Daraus resultierten 31 Kategorien, die den therapeutischen Prozess der Teilnehmer\*innen, sowie deren Ansichten zu diesem Thema widerspiegeln. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es den Teilnehmer\*innen gelang, durch Training, Adaption, Hilfsmittelversorgung und andere betätigungs- und funktionsbasierte Interventionen den Klient\*innen eine verbesserte Betätigungsperformanz und Partizipation zu ermöglichen. Dabei war vor allem das Power-Sharing von zentraler Bedeutung. Sie erlebten aber auch verschiedene Herausforderungen, für deren Überwindung weitere Forschung in diesem Bereich nötig ist.

## **Abstract englisch**

This qualitative study concerns itself with the question of how German occupational therapists can promote occupational performance and participation for blind people in various activities of daily life. Despite visual impairment leading to limitation of occupation as well as participation, only few German occupational therapists work in this special field. In order to answer our leading question, we conducted four semistructured interviews with occupational therapists who have worked with blind clients. The data was evaluated in the form of a summarized analysis of its content. This resulted in 31 categories which reflect the therapeutic process and the participants opinions. The results illustrate that the participants succeeded in improving their clients occupational performances and participation due to the usage of training, adaptation, supply of aids as well as occupation- and function-based interventions. Power-sharing was especially important. Nevertheless, they met several obstacles which show the need for further research in this area.

## **Abstract niederländisch**

Dit kwalitatieve onderzoek houdt zich bezig met het beantwoorden van de vraag hoe Duitse ergotherapeuten de occupational performance en participation van blinde mensen in verschillende activiteiten in het dagelijks leven kunnen bevorderen. Ondanks het feit dat visuele beperkingen leiden tot belemmeringen op het gebied van occupation en participation,

zijn er weinig Duitse ergotherapeuten werkzaam in dit bijzondere werkveld. Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn er vier semigestructureerde interviews afgenomen met ergotherapeuten die hebben gewerkt met blinde patiënten. De data die daaruit voortkwam is geëvalueerd in de vorm van een samengevatte inhoudsanalyse. Dit heeft geresulteerd in 31 categorieën die zowel het therapeutische proces, als de mening van de participanten van de interviews weergeven. De resultaten illustreren dat de participanten erin slaagden om de occupational performances en participation van hun patiënten te verbeteren door het gebruik van training, adaptation, supply of aids en het inzetten van occupational en function-based interventies. Belangrijk in het bijzonder was power-sharing. Desalniettemin werden zij geconfronteerd met meerdere obstakels die het belang van verder onderzoek in dit veld benadrukken.

## Zusammenfassung

Die ergotherapeutische Arbeit umfasst viele Fachbereiche. Der Bereich Blindheit wird in Deutschland nur wenig in der Berufspraxis, Ausbildung oder Forschung behandelt. Das Anliegen der Forscherinnen war es, herausfinden, ob dieser Bereich überhaupt Relevanz für die Ergotherapie hat, ob Potential oder Notwendigkeit zur weiteren Etablierung dieses Bereiches in der Ergotherapie besteht und wie Ergotherapeut\*innen in Deutschland, die mit Menschen, die blind sind, zusammenarbeiten, die Behandlung gestalten.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der Fragestellung, wie die ergotherapeutische Arbeit in Deutschland die Menschen, die blind sind, in den verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens fördern kann und wie sie Partizipation und Betätigungsperformanz für diese Menschen ermöglichen kann. Die qualitative Studie verfolgt das Ziel, herauszufinden, welche Mittel/ Methoden Ergotherapeut\*innen nutzen können, um Menschen, die blind sind zu unterstützen, welche Herausforderungen bei der Behandlung von Menschen, die blind sind, auftreten und welche Potentiale, aber auch Grenzen für die Profession in diesem Bereich bestehen.

Die Forscherinnen dieser Arbeit untersuchten dazu, welche Erfahrungen Ergotherapeut\*innen mit Menschen, die blind sind, bereits gemacht haben und verfassten auf Grundlage des Canadian Practice Process Framework (CPPF) einen semi-strukturierten Interviewleitfaden. Das Interview wurde mit insgesamt vier Ergotherapeut\*innen aus Deutschland geführt, die bereits Erfahrungen mit Klient\*innen gemacht haben, die blind sind. Demnach hatten die Teilnehmer\*innen nicht die gewünschte Fachexpertise, was auf eine erschwerte Teilnehmerrekrutierung zurück zu führen ist. Die Interviews wurden nach der induktiven zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2010) ausgewertet.

Die Resultate zeigen auf, dass festgestellt wurde, dass eine ergotherapeutische Behandlung von Menschen, die blind sind in der Praxis ablaufen kann. Dabei können ergotherapeutische Modelle als Grundlage verwendet werden, um die Wechselwirkungen zwischen Betätigung, Umwelt und die Person mit ein zu beziehen. Hilfsmittelberatung, Adaption und Training können eingesetzt werden, um die Klient\*innen in ihrem Alltag zu unterstützen. Prinzipien, wie Power-Sharing, Klientenzentrierung, Betätigungsorientierung und Kontextbasierung können die Behandlung unterstützen und trotz geringer Erfahrungen des Therapeuten/ der Therapeutin eine zielführende Behandlung möglich machen. Eine verbesserte Betätigungsperformanz und Teilhabe konnten als positives Outcome erreicht werden. Es traten aber auch Herausforderungen auf.

Durch diese Studie konnte deutlich gemacht werden, dass Menschen, die blind sind, von der Ergotherapie profitieren können. Um eine qualitativ hochwertige Behandlung zu gewährleisten, müssen aber noch Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden, sodass eine weitere Forschung von den Forscherinnen empfohlen wird.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	1
Anmerkung .....	2
Lesehinweise .....	3
Abkürzungsverzeichnis .....	4
Abstract deutsch.....	5
Abstract englisch .....	5
Abstract niederländisch.....	5
Zusammenfassung.....	7
Inhaltsverzeichnis .....	8
1. Einleitung.....	12
2. Theoretischer Hintergrund.....	14
2.1 Was ist Blindheit?.....	14
2.1.1 Physiologie des Auges .....	14
2.1.2 Ursachen.....	14
2.1.3 Definition Blindheit.....	15
2.1.4 Epidemiologie .....	15
2.2 Auswirkungen von Blindheit und Sehbehinderung auf das alltägliche Leben, Betätigung und Partizipation .....	17
2.3 Verknüpfung mit dem Canadian Model of Occupational Performance and Engagement ...	18
2.4 Relevanz für die Ergotherapie .....	19
2.5 Unterstützungsangebote für Menschen, die blind sind.....	22
2.6 Hilfsmittel und technische Hilfen .....	25
2.7 Das Canadian Practice Prozess Framework- ein Modell für den ergotherapeutischen Prozess.....	26
3. Methoden.....	27
3.1 Literaturrecherche.....	27
3.2 Art der Untersuchung.....	28
3.3 Methode .....	30
3.4 Datenerhebung.....	30
3.4.1 Sampling .....	30
3.4.2 Das Semistrukturierte-Interview als Erhebungsinstrument.....	32
3.4.3 Pre-Test .....	33
3.4.4 Aufnahme und Transkription .....	33
3.5 Datenanalyse .....	34

3.6	Gütekriterien qualitativer Forschung .....	38
3.7	Ethische Aspekte der Forschung und deren konkrete Umsetzung .....	39
4.	Resultate.....	41
4.1	K1 Informationen zu den Teilnehmer*innen .....	41
4.2	K2 Rahmenbedingungen der Therapie.....	41
4.3	K3 Informationen zum Klienten .....	42
4.4	K4 Überweisungsgrund .....	42
4.5	K5 Kontaktaufnahme.....	42
4.6	K6 Befunderhebung.....	43
4.6.1	K6.1 Adaption der Befunderhebungsinstrumente .....	43
4.7	K7 Betätigungsprobleme aufgrund der Blindheit.....	43
4.8	K8 Alltagsproblematik aufgrund von anderen Faktoren .....	44
4.9	K9 Problematik auf Funktionsebene .....	44
4.10	K10 Produktivität.....	45
4.11	K11 Unangepasstes häusliches Umfeld.....	45
4.12	K12 Hilfsmittel vor ergotherapeutischer Behandlung.....	45
4.13	K13 Unterstützungsfaktoren .....	46
4.14	K14 Wohlbefinden.....	46
4.15	K15 Zielsetzungsprozess.....	46
4.15.1	K15.1 Ziele .....	47
4.16	K16 Kommunikation .....	47
4.17	K17 Interventionen.....	47
4.17.1	K17.1 Interventionsplanung .....	48
4.17.2	K17.2 Betätigungsbasierte Interventionen .....	48
4.17.3	K17.3 Intervention und Hilfsmittelversorgung.....	49
4.17.4	K17.4 Interventionen auf Funktionsebene.....	49
4.18	K18 Berufung auf ergotherapeutisches Fachwissen .....	49
4.19	K19 Wissensaneignung der Therapeut*innen .....	50
4.20	K20 Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	50
4.21	K21 Kooperation mit Bezugspersonen/ Angehörigenarbeit .....	50
4.22	K22 Unterstützung des/der Therapeut*in im Alltag .....	50
4.23	K23 therapeutisches Verhalten .....	51
4.24	K24 Ergotherapeutische Prinzipien der Therapeut*innen.....	51
4.24.1	K 24.1 größtmögliche Selbstständigkeit als Ziel .....	52
4.24.2	K24.2 Betätigung als Lernfaktor .....	52
4.24.3	K24.3 Förderung der Teilhabe .....	52

4.24.4	K24.4 Ressourcenorientierung .....	52
4.24.5	K24.5 Klientenzentrierung.....	52
4.25	K25 Klient*in als Expert*in .....	52
4.26	K26 Herausforderungen .....	53
4.26.1	K26.1 Herausforderungen bei der Befunderhebung.....	53
4.26.2	K26.2 Herausforderungen in der Intervention.....	53
4.26.3	K26.3 Herausforderungen unabhängig von Blindheit.....	54
4.26.4	K26.4 Herausforderung durch Eingeschränkte Informationsbeschaffung.....	54
4.26.5	K26.5 Herausforderungen in der Kommunikation .....	54
4.27	K27 mangelnde Teilhabemöglichkeiten .....	55
4.28	K28 Outcome.....	55
4.29	K29 Mehrwert der Ergotherapie und Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen.....	56
4.30	K30 Wünsche der Therapeut*innen.....	57
4.31	K31 Umgang der Gesellschaft mit Blindheit.....	57
5.	Diskussion.....	58
5.1	Leitfrage 1: Mit welchen Mitteln/ Methoden unterstützen Ergotherapeut*innen Menschen, die blind sind, in ihrem Alltag? .....	59
5.1.1	Verknüpfung von Umwelt, Person und Betätigung.....	59
5.1.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	60
5.1.3	Betätigungsbasierte und funktionsbasierte Befunderhebung und Interventionen.....	61
5.1.4	Der Einsatz von Hilfsmitteln .....	63
5.1.5	Therapeutisches Verhalten/ Power-sharing.....	64
5.2	Leitfrage 2: Was sind Herausforderungen und Grenzen, die Ergotherapeuten in der Arbeit mit Menschen, die blind sind erfahren?.....	65
5.2.1	Mangelnde Teilhabemöglichkeiten - ein Problem auf Makroebene.....	65
5.2.2	Mangelndes Vorwissen im Bereich Blindheit.....	66
5.2.3	Herausforderungen in der Kommunikation .....	67
5.2.4	Herausforderungen in der Auswahl und Ausführung von Assessments, Therapiemethoden und Materialien.....	68
5.3	Leitfrage 3: Worin sehen Ergotherapeuten den Benefit ergotherapeutischer Unterstützung für Menschen mit Blindheit (eventuell im Vergleich zu anderen Berufsgruppen/ Interventionen)?.....	69
5.3.1	Positives Outcome.....	69
5.3.2	Ergotherapeutische Grundgedanken als Mehrwertfaktor: Betätigungsbasierung, Teilhabeorientierung, Klientenzentrierung.....	70
5.4	Schwächen der Studie .....	71
5.5	Stärken der Studie .....	71
6.	Schlussfolgerung.....	73

Literaturverzeichnis.....	76
Glossar.....	86
Abbildungsverzeichnis.....	87
Anlagen.....	88
Anlage 1 Literaturrecherche.....	88
Anlage 2 Einverständniserklärung.....	90
Anlage 3 Informationsschreiben.....	91
Anlage 4 Flyer.....	93
Anlage 5 Interviewleitfaden.....	94
Anlage 6 Auszug Transkription.....	97
Anlage 7 Auszug Analyse.....	103
Anlage 8 Eidesstattliche Versicherung.....	107

# 1. Einleitung

Blindheit kann verschiedene Ursachen haben und in verschiedenen Stadien des Lebens auftreten (Robert Koch- Institut, 2017). Wird der Sehsinn beschädigt, erleben Betroffene oft erhebliche Einschränkungen in ihrem alltäglichen Leben und ihrer Lebensqualität (Langelaan et al., 2007). Automatisierte Handlungsabläufe sind gestört, Betätigungen, die von vielen Menschen selbstverständlich ausgeführt werden können, erschwert (Demmel & Drerup, 2015). Die konkrete Ausführung einer Betätigung wird in der ergotherapeutischen Fachterminologie als *Betätigungsperformanz (occupational performance)*\* bezeichnet (Polatajko et al, 2007). Die Fähigkeit zur Betätigungsperformanz kann demnach bei Menschen, die blind sind, eingeschränkt sein.

Die *Partizipation (Teilhabe)* am Leben in einer Gesellschaft und die Orientierung in einer räumlichen Umgebung, die zum größten Teil auf Menschen mit intaktem Sehvermögen ausgerichtet ist, stellt Menschen, deren Sehvermögen von Geburt an geschädigt ist oder im Laufe des Lebens geschädigt wird, vor große Barrieren (Demmel & Drerup, 2015).

Unterstützungs- und Rehabilitationsangebote, Hilfsmittel und Trainings können Menschen, die blind sind, helfen, ihren Alltag zufriedenstellender zu gestalten, für sie bedeutungsvolle Betätigungen selbstständig ausführen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können (DBVS, 2020). Innerhalb der Ergotherapie gilt der Grundgedanke, dass die Teilhabe an Betätigungen, die für eine Person bedeutungsvoll sind, ein Grundbedürfnis des Menschen ist und dass die Befähigung zur Betätigung und Teilhabe Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität eines Menschen erhöhen kann (Polatajko et al., 2007). Dies zeigt das Potential ergotherapeutischer Arbeit in der Versorgung von Menschen, die blind sind, auf. Dennoch ist dieser Bereich in der deutschen Ergotherapie nur wenig verbreitet. Die Arbeit mit Menschen, die blind sind, ist kein vorgeschriebener Inhalt der staatlich anerkannten ergotherapeutischen Ausbildung (BMJV, 2019). Auch in der deutschen Literatur ist wenig zur Ergotherapie im Bereich Blindheit zu finden. In Ländern, wie beispielsweise den USA, ist die Situation eine andere. Hier sind Ergotherapeuten mehr in die Rehabilitation von Menschen, die blind sind, mit einbezogen (Scheimann, Scheimann, & Whittaker, 2007).

Die Forscherinnen der vorliegenden Studie identifizierten demnach eine Forschungslücke im Bezug zur Ergotherapie in Deutschland in diesem Bereich. Mittels dieser Studie sollte die Frage beantwortet werden, wie ergotherapeutische Arbeit in Deutschland die Betätigungsperformanz und Partizipation von Menschen mit Blindheit in den verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens fördern kann.

Um diese übergeordnete Frage beantworten zu können, wurde drei Leitfragen nachgegangen:

1. Mit welchen Mitteln/Methoden unterstützen Ergotherapeuten Menschen, die blind sind, in ihrem Alltag?
2. Was sind Herausforderungen und Grenzen, die Ergotherapeuten in der Arbeit mit Menschen, die blind sind, erfahren?
3. Worin sehen Ergotherapeuten den Benefit ergotherapeutischer Unterstützung für Menschen mit Blindheit (eventuell im Vergleich zu anderen Berufsgruppen/ Interventionen)?

Die oben genannten Fragen sollten innerhalb dieser qualitativen Studie anhand von semi-strukturierten Interviews mit Ergotherapeut\*innen, welche Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen, die blind sind haben, beantwortet werden. Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an das Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Davis, Craik, & Polatajko, 2007) erstellt. Es wurden Interviews mit vier praktizierenden Ergotherapeut\*innen durchgeführt. Jede der vier befragten Personen hat mit einem oder zwei Klienten/ einer Klientin, der/die blind ist, zusammengearbeitet. Für die Auswertung der Interviews wurde die Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2010) als induktives Verfahren angewandt. Es wurden inhaltstragende Elemente fokussiert, diese paraphrasiert, generalisiert und im Anschluss kategorisiert.

Zunächst wird in dieser Arbeit ein theoretischer Einblick in die Thematik Blindheit, sowie deren Auswirkungen auf Betätigung und Partizipation gegeben. Die Relevanz des Themas für die Ergotherapie wird aufgeführt, internationale Vergleiche werden gezogen, zusätzlich auf allgemeine Organisationen und Versorgungsangebote für Menschen, die blind sind, eingegangen. Relevante ergotherapeutische Theorien werden erläutert. Anschließend werden die ausgewählten und durchgeführten Forschungsmethoden erläutert und die konkrete Vorgehensweise der Forscherinnen vorgestellt. Im anschließenden Kapitel werden die, aus der Inhaltsanalyse hervorgegangenen, Kategorien als Resultate aufgeführt. Es folgt eine kritische Diskussion dieser Resultate unter Einbezug von Forschungs- und Fachliteratur zur Beantwortung der oben genannten Forschungsfragen. In einer abschließenden Schlussfolgerung wird die Hauptfragestellung beantwortet, die Relevanz dieser Studie für die ergotherapeutische Berufspraxis aufgeführt und ein Ausblick für weitere Forschungen gegeben.

## 2. Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Was ist Blindheit?

#### 2.1.1 Physiologie des Auges

Das Auge ist mit verschiedenen Gehirnarealen verknüpft, sodass visuelle Reize verarbeitet werden können. Allgemein spricht man von dem visuellen System. Sobald eine Struktur des Systems beschädigt wird, erfolgt eine Störung in Form von Sehbehinderung oder Blindheit (Robert Koch-Institut, 2017). Um zu verstehen, welche Strukturen geschädigt werden können und wodurch, folgt eine Beschreibung des anatomischen Aufbaus des Auges.

Das Auge besteht aus mehreren Komponenten. Begonnen beim Augapfel (Bulbus oculi), welcher in der Augenhöhle seinen Platz findet. Sichtbar ist nur der vordere Teil des Auges, welcher durch die Hornhaut (Cornea) geschützt ist. Unter der Cornea befindet sich die Iris, die aus ringförmigen Muskelfasern besteht. Sie bildet eine Öffnung, die als Pupille zu verstehen ist. Durch den muskulären Anteil der Iris kann sich das Auge bei hellem Licht oder Dunkelheit den entsprechenden Gegebenheiten anpassen und sich regulieren. Hinter der Iris liegt die Linse. Diese ist notwendig für die Lichtbrechung. Die Position der Linse ist fixiert durch sogenannte Linsenfasern (Fibrae zonulares), welche mit dem Strahlenkörper und dessen Muskel (Corpus ciliare und Musculus ciliaris) verbunden sind. Wird der Strahlenkörper kontrahiert oder relaxiert, so kann sich die flexible Linse ebenfalls zusammenziehen oder sich entspannen, um die Fixierung der Sehschärfe zu ermöglichen. Hinter der Linse besitzt das Auge einen Glaskörper (Corpus vitreum). Auf ihm liegt die Netzhaut (Retina), welche die Lichtreize durch zelluläre Rezeptoren, die sogenannten Stäbchen und Zapfen, aufnimmt und diese in neuronale Signale umwandelt. Die, auf der Rückseite der Netzhaut liegenden, Photorezeptoren (Zapfen und Stäbchen) bilden zwei, sich ergänzende, Systeme. Man spricht auch von einer Duplexretina. Die Stäbchen dienen dazu, in der Dunkelheit sehen zu können und die Zapfen tragen dazu bei, bei Helligkeit sehen zu können. Ist das Licht weder hell noch dunkel, so arbeiten beide Rezeptoren parallel. Die umgewandelten Signale werden anschließend an das Gehirn über den Sehnerv (Nervus Opticus) weitergeleitet. Im Gehirn werden die Signale über eine Sehnervenkreuzung (Chiasma Opticum) an die Sehrinde (visueller Cortex) geleitet, wo die Informationen verarbeitet werden (Bear, Connors, & Paradiso, 2018).

#### 2.1.2 Ursachen

Sehbeeinträchtigungen und Blindheit können verschiedene Ursachen haben. Die Linse kann beispielsweise eingetrübt sein, sodass das Licht nicht mehr vollständig gebrochen wird und somit nicht mehr auf die Netzhaut projiziert werden kann. Wenn die Schädigung die Netzhaut betrifft, kann sich die Sehschärfe und das Gesichtsfeld verringern. Bei einem Verschluss von

Blutgefäßen oder einer Blutung in den für das Auge zuständigen Hirnarealen, können Sinnesreize nicht mehr weitergeleitet oder verarbeitet werden, sodass eine Erblindung folglich entstehen kann (Robert Koch-Institut, 2017). Weitere Beispiele für Erkrankungen aus denen Blindheit oder Sehbehinderung entstehen können sind Glaukom, diabetische Augenerkrankung oder altersabhängige Makuladegeneration (Mauschitz et al., 2019). Die World Health Organization (WHO) stellte 2012 verschiedene Gründe für eine Blindheit dar. Am häufigsten führte der Graue Star (Katarakt) mit 51% zu einer Erblindung. Gefolgt von dem Grünen Star (Glaukom) mit 8%. Weitere Gründe waren altersbedingte Makuladegeneration (5%), kindliche Blindheit (4%), Hornhautnarben (4%), Refraktionsfehler (3%), Bindehautentzündung (3%), diabetische Retinopathie (1%) und mit 21% wurden weitere Ursachen dargestellt (Robert Koch-Institut, 2017).

### **2.1.3 Definition Blindheit**

Laut dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008), liegt eine Blindheit vor, wenn das Augenlicht vollständig fehlt, die Sehschärfe des besser funktionierenden Auges nach optischer Korrektur höchstens 0,02 (1/50) beträgt, ein vollständiger Ausfall der Sehrinde vorliegt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens vorliegen, die dieser Beeinträchtigung entsprechen.

Laut dem deutschen Blindenverband (2020) gibt es eine Unterscheidung zwischen Sehbehinderung, hochgradiger Sehbehinderung und Blindheit. Eine Sehbehinderung liegt vor, wenn das besser sehende Auge, trotz Einsatz von Brille oder Kontaktlinsen, nicht mehr als 30% im Vergleich zu einem Menschen mit normaler Sehkraft sehen kann (Sehvermögen  $\leq 30\%$ ). Unter einer hochgradigen Sehbehinderung versteht man, wenn die Sehstärke auf dem besser sehenden Auge, trotz Gebrauch von Brille oder Kontaktlinsen nicht mehr als 5% erreicht (Sehvermögen  $\leq 5\%$ ). Ein Mensch ist blind, sobald das besser sehende Auge, im Vergleich zu einem Menschen mit normaler Sehstärke einen Wert von maximal 2% erreicht, trotz Brille oder Kontaktlinsen (Sehvermögen  $\leq 2\%$ ) (DBSV, 2020).

Laut dem deutschen Recht umfasst Sehbehinderung alle Störungen des Sehvermögens (Grundsätze Teil B Nr. 4). Dies bedeutet, dass innerhalb der Sehbehinderung rechtliche Regelung besonders bei der Formulierung "wesentliche Sehbehinderung" und "hochgradige Sehbehinderung" anknüpfen. "Wenn die Sehbehinderung so erheblich ist, dass sie in ihrer Auswirkung einer Lichtlosigkeit gleichzuachten ist, liegt rechtlich keine Sehbehinderung mehr, sondern Blindheit vor" (Demmel & Drerup, 2014).

### **2.1.4 Epidemiologie**

In Bezug zur Epidemiologie wurde herausgefunden, dass etwa 500.000 bis 1 Millionen Menschen in Deutschland leben, die blind sind. Aufgrund einer verbesserten

ophthalmologischen (augenärztlichen) Versorgungsmöglichkeit und verbesserten Therapieansätzen, ist ein relativer Rückgang der Inzidenz hochgradiger Sehbehinderungen und Blindheit in den letzten Jahrzehnten zu beobachten (Mauschitz et al., 2019). Dennoch zeigt sich aufgrund von gesellschaftlichen und sozioökonomischen Folgen, dass die Gesellschaft älter wird, sodass die absolute Anzahl von Menschen mit Sehbehinderung und Blindheit weiterhin ansteigt. Zusätzlich mangelt es an einem nationalen Blindenregister in Deutschland, sodass die oben genannten Schätzungen auf Daten der Vergabestellen von Transferleistungen, sowie Blindengeld und Versorgungsämter und bevölkerungsbasierten Studien grundliegen (Mauschitz et al., 2019). International betrachtet gibt es in anderen Ländern (Dänemark, Finnland, Großbritannien, Italien, Irland und den Niederlanden) das oben genannte Blindenregister, sodass die World Health Organization (WHO) diese im Jahre 2002 auswerten und im Anschluss im Jahre 2004 veröffentlichen konnte. Dabei stellte sich heraus, dass es in den aufgelisteten Ländern ein Anstieg von ca. 80% der erblindeten Menschen im Zeitraum von 1990 bis 2002 gab. Hintergrund könnte, laut WHO, der Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung sein (DBSV, 2020). Die ausgewerteten Zahlen können auf die Situation in Deutschland bezogen werden, sodass damit gerechnet wird, dass es 2002 ca. 1,2 Millionen Menschen mit Blindheit oder einer Sehbehinderung gab. Die WHO stuft Blindheit und Sehbehinderungen anders als das deutsche Recht ein, sodass nur die oben genannte Gesamtzahl auf Deutschland übertragbar ist (DBSV, 2020). In einem ophthalmologischen Artikel heißt es, dass aufgrund einer immer älter werdenden Bevölkerung, die Bedeutung des Sehens bei gesundheitspolitischen Entscheidungen berücksichtigt werden soll, sodass es mehr Präventions- und Rehabilitationsangebote geben sollte (Finger, 2007).

Wie bereits unter Ursachen erwähnt, hat die WHO (2020) einige Gründe für Blindheit dargestellt. Ergänzend stellt die Organisation fest, dass es global betrachtet 1 Milliarde Menschen gibt, die eine Sehbehinderung haben, die hätte verhindert werden können. Diese 1 Milliarde Menschen lassen sich entsprechend der Ursachen einteilen. Dazu zählen Menschen mit einer mittelschweren oder schweren Sehbehinderung oder Blindheit aufgrund von Brechungsfehlern des Sehapparats (123,7 Mio. Menschen). Weitere Einteilungen erfolgen durch Katarakt (65,2 Mio. Menschen), Glaukom (6,9 Mio. Menschen), Hornhauttrübung (4,2 Mio. Menschen), diabetischer Retinopathie (3 Mio. Menschen) und Trachom (2 Mio. Menschen) sowie Sehstörungen, die durch ein Presbyopie (826 Mio. Menschen) verursacht werden. Geschätzt wird, dass eine Entwicklung im Bereich des Anstiegs von Menschen mit schweren Sehbehinderungen oder Blindheit in Regionen mit niedrigem bis mittlerem Einkommen auf das Vierfache der Anzahl der Regionen mit hohem Einkommen wächst. Um dies zu verdeutlichen, zeigt die WHO auf, dass Sehbehinderungen in West- Ost- und Zentralafrika auf mehr als 80% geschätzt werden im Vergleich zu Regionen mit hohem Einkommen wie Nordamerika, Australasien, Westeuropa und dem asiatisch-pazifischem

Raum. Die Schätzungen liegen dort bei 10%. Dies bedeutet, dass ein Anstieg an Menschen mit Sehbehinderungen aufgrund des Bevölkerungswachstums und des Alters als Risikofaktor, erwartet wird (WHO, 2017).

## **2.2 Auswirkungen von Blindheit und Sehbehinderung auf das alltägliche Leben, Betätigung und Partizipation**

Im Folgenden wird vor allem von visuellen Beeinträchtigungen gesprochen, da sich nur wenige Quellen in der Literatur ausschließlich auf vollständige Blindheit beziehen.

Visuelle Beeinträchtigungen haben oft hohe negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen, besonders durch Schwierigkeiten in der Ausführung alltäglicher Aktivitäten (Langelaan et al., 2007). Demmel und Drerup (2015) schreiben dazu:

Die Verrichtungen des täglichen Lebens, sei es im Bereich der Körperpflege und Hygiene, des Ankleidens und der Kleiderpflege, der Nahrungszubereitung und Nahrungsaufnahme oder der sonstigen hauswirtschaftlichen Versorgung, können nicht mehr oder nicht mehr uneingeschränkt unter optischer Kontrolle vorgenommen werden.

Dies ruft bei der betroffenen Person oft ein Gefühl von Hilflosigkeit hervor (Demmel & Drerup, 2015). Die Auswirkungen visueller Einschränkungen auf Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs), eingeteilt in funktionelle ADLs, wie Lesen oder Gesichter erkennen, und ADLs in der Selbstversorgung können zum Beispiel mit dem "Melbourne Low Vision ADL Index" bewertet und aufgezeigt werden (Haymes, Johnston, & Hayes, 2002).

Jaganjac et al. (2020) führen in einer Studie, deren Teilnehmer\*innen zum Großteil vollständig blind waren, auf, dass visuelle Beeinträchtigungen auch sportliche Aktivitäten erschweren können.

Einschränkungen des visuellen Systems führen zu einem Verlust der Orientierungs- und Informationsmöglichkeiten woraus erhebliche Mobilitätseinschränkungen resultieren können (Demmel & Drerup, 2015). Das Schreiben und Lesen als Freizeitaktivität und als Mittel der schriftlichen Kommunikation, ist nur unter Einsatz spezieller Techniken und Hilfsmittel möglich, wie beispielsweise der Brailleschrift (DBSV, 2020).

Aus vermindertem Sehvermögen oder Sehverlust resultieren Einschränkungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation/ Interaktion (Demmel & Drerup, 2015). Körpersprache und Mimik kann nicht, wie bei sehenden Menschen, wahrgenommen und gedeutet werden. Während Unterhaltungen kann kein Augenkontakt mehr aufgenommen werden, was für den Kommunikationspartner irritierend sein kann (Baus, 1999).

Die meisten Arbeitsplätze sind für blinde Menschen nicht besetzbar. Die Arbeitslosigkeit von Menschen mit Blindheit oder Sehbehinderung ist doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Behinderung (McDonnall, 2019). Dies hat nicht nur Einschränkungen in der Partizipation am Arbeitsleben, sondern auch psychische Belastungen wie Ängste oder Rollenverluste und ein geringes Selbstwertgefühl zur Folge (Demmel & Drerup, 2015; McDonnall, 2019). Auch auf die Umwelt der Betroffenen kann Arbeitslosigkeit Auswirkungen haben. Sie kann beispielsweise zu verminderten sozialen Kontakten und finanziellen Schwierigkeiten führen (McDonnall, 2019).

Wichtig zu erwähnen sind die Auswirkungen von Sehverlust auf die psychische Gesundheit und die das emotionale Befinden. Menschen, die im Laufe ihres Lebens ihr Sehvermögen verlieren, haben eine höhere Anfälligkeit für psychische Erkrankungen (Nyman, Gosney, & Victor, 2010). Aufgrund eines Abfalls der Selbstständigkeit und einer erhöhten Abhängigkeit von anderen Personen, können Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sinken. Betroffene erleben oft eine veränderte Identität (Stevellink, Malcolm, & Fear, 2015).

### **2.3 Verknüpfung mit dem Canadian Model of Occupational Performance and Engagement**

Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit konnten die beschriebenen Folgen von Sehbehinderungen und Blindheit auf die Betätigung und Partizipation der Betroffenen in Verbindung mit dem Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E, (Polatajko et al., 2007) setzen. Um die Bezüge nachvollziehbar zu machen, wird das Modell im Folgenden kurz erläutert.

Das CMOP-E ist ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell, welches von der *Canadian Association of Occupational Therapists* entwickelt wurde (Polatajko et al., 2007). Es stellt die verschiedenen, dynamischen, miteinander in Wechselwirkungen stehenden, Faktoren dar, aus denen sich Betätigungsperformanz\* bildet. Im Zentrum des Modells steht die Person selbst, welche in vier verschiedene Komponenten unterteilt ist. Der Kern der Person wird aus seiner Spiritualität gebildet. Drum herum liegen drei weitere Komponenten der Person selbst, die die Ausführung einer Betätigung beeinflussen: kognitive Anteile, affektive Anteile und physische Anteile. Dem Modell nach, führt jedes Individuum Betätigungen in seiner individuellen Umwelt aus, welche die Person umgibt und aus kulturellen, institutionellen, physischen und sozialen Faktoren gebildet wird. Die Betätigung selbst liegt zwischen der Person und der Umwelt im Modell, sie verbindet die Person mit ihrer Umwelt, in welcher sie sich betätigt. Betätigung wird im CMOP-E in die drei Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit eingeteilt. Das Modell zeigt außerdem den Wirkungsbereich der Ergotherapie auf. Wie auf Abbildung 1 ersichtlich ist, agiert die Ergotherapie nur da, wo es um Betätigung, die Person in Verbindung mit Betätigung und/ oder die Umwelt in Verbindung mit Betätigung und

gegebenenfalls der Person geht. Bereiche, die nur die Person oder die Umwelt, losgelöst von der Betätigung, betreffen, werden von der Ergotherapie abgegrenzt. Wichtig ist noch zu betonen, dass *Engagement (eingebunden sein)* in Betätigungen auch dann stattfinden kann, wenn die Person die Betätigung nicht selbst aktiv ausführt (Polatajko et al., 2007).

Unter anderem zeigen die Aussagen von Demmel & Drerup (2015) auf, dass die visuellen Beeinträchtigungen, welche unter die physischen Komponenten der Person fallen, in Wechselwirkungen mit allen drei Betätigungsbereichen stehen. Im Bereich Selbstversorgung sind beispielsweise die ADLs betroffen. Der Bereich Freizeit wird beispielsweise durch die verminderte Mobilität eingeschränkt und im Bereich Produktivität kann Arbeitslosigkeit eine Folge der Sehbehinderung sein. Aber auch die Umwelt ist betroffen, wie beispielsweise die soziale Umwelt durch die Einschränkungen in der Kommunikation. Der Einsatz von Hilfsmitteln, wie beispielsweise der Brailleschrift zeigt aber auch, dass auch die Umwelt, in diesem Beispiel die physische Umwelt, einen Einfluss auf die Betätigungen haben kann. Die Auswirkungen auf die affektiven Anteile und die Spiritualität der Person werden deutlich durch das genannte Gefühl der Hilflosigkeit, den Rollen- und Identitätsverlust und die Prädestinierung für psychische Erkrankungen.

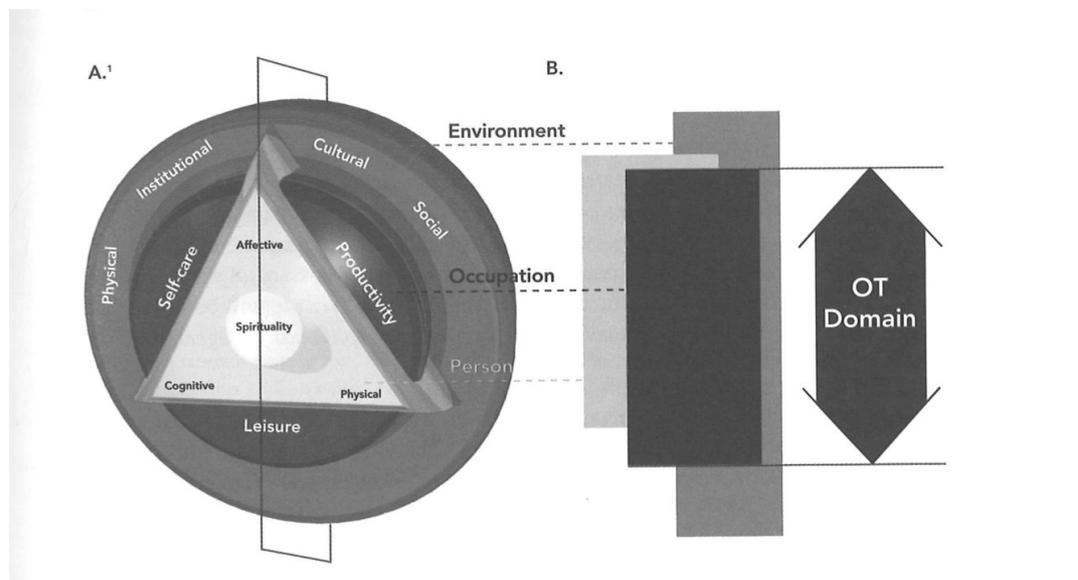


Abbildung 1: CMOP-E (Polatajko, et al., 2007)

## 2.4 Relevanz für die Ergotherapie

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, wirkt sich Blindheit in den meisten Fällen negativ auf die Fähigkeit des Betroffenen aus, Betätigungen auszuführen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Demmel & Drerup, 2015). Innerhalb der Ergotherapie gilt der Grundgedanke, dass die Teilhabe an Betätigungen, die für eine Person bedeutungsvoll sind, ein Grundbedürfnis des Menschen ist und dass Einschränkungen dieser Gesundheit,

Wohlbefinden und Lebensqualität eines Menschen beeinträchtigen können (Polatajko et al., 2007). Wie anhand des CMOP-E erklärt wurde, agiert die Ergotherapie dort, wo es um Betätigungen geht, in Verbindung mit Personen, die Betätigungen ausführen und der Umwelt, in welcher Betätigung ausgeführt wird (Polatajko et al., 2007). Scheimann, Scheimann, & Whittaker (2007, S.4) stellen fest, dass daher ein großes Potential ergotherapeutischer Unterstützung für Menschen, die blind oder sehbeeinträchtigt sind, besteht:

As a result, she is no longer able to perform daily life activities and participate in desired roles and life situations at home and in the community. Of course, since it's inception, the focus and mission of the profession of occupational therapy has been to care for people with precisely these needs.

Die Recherche nach internationaler Literatur zur Relevanz der Ergotherapie im Bereich Blindheit zeigte auf, dass die deutsche Ergotherapie im internationalen Vergleich wenig in diesem Bereich agiert und forscht. Es wurde vor allem Literatur zu diesem Thema aus Ländern und Staaten, wie den USA, Kanada, Großbritannien, Neuseeland, Niederlande und Südafrika gefunden. Aber auch hier bezieht sich die Literatur häufig allgemein auf Sehbeeinträchtigungen, weniger ausschließlich auf Blindheit. Dennoch wird aus dieser Literatur die Relevanz des Themas Blindheit und Sehbeeinträchtigungen für die Ergotherapie deutlich.

“Perhaps the best evidence of successfully empowering the blind adults is their newfound community as a blind culture [...] that allowed each blind adult to become a unique member of shared life.” (Du Toit, 2008, S.60) Dieses Zitat wurde zur Beschreibung des Outcomes eines ergotherapeutischen Programms für Menschen, die blind sind, in Südafrika verwendet. Das Programm wurde von Ergotherapeut\*innen auf Basis des ergotherapeutischen “Model of Human Occupation” entwickelt. Es ermöglichte einer Gruppe erwachsener Menschen in Südafrika, die blind sind, eine verbesserte Partizipation in der Gesellschaft und in bedeutungsvollen Betätigungen, vor allem im Bereich Produktivität (Du Toit, 2008) und ist ein Beispiel für den erfolgreichen Einsatz ergotherapeutischer Modelle im Bereich Blindheit.

In den USA, beispielsweise, gehören Ergotherapeut\*innen, neben Augenärzt\*innen, Optometrist\*innen, Seh-Rehabilitations-Therapeut\*innen, Orientierungs- und Mobilitätsspezialist\*innen, Lehrer\*innen für Kinder, die visuell beeinträchtigt sind und Sozialarbeiter\*innen, ganz klar zur Versorgung in der Rehabilitation von Menschen, die blind oder sehbeeinträchtigt sind (Scheimann et al., 2007). Während die genannten anderen Professionen beispielsweise für die medizinische Diagnostik und Behandlung, die Versorgung mit Sehsinn korrigierenden Mitteln, wie Brillen, das Lesen von Brailleschrift, Orientierung und Mobilität zuständig sind, wird Ergotherapeut\*innen das Ermöglichen bedeutungsvoller

Betätigungen und die Partizipationsverbesserung als Aufgabe zugeschrieben (Scheimann et al., 2007). Aber auch in den USA waren Blindheit und Sehbehinderungen lange Zeit kein spezielles Aufgabengebiet der Ergotherapie. Dies änderte sich, als 1990 Sehbeeinträchtigungen von der Health Care Finance Administration zu physischen Behinderungen gezählt wurden, welche von Rehabilitationsmaßnahmen profitieren können. "With this Change, physicans could specifically refer clients with only low vision to occupational therapists for low vision rehabilitation services" (Scheimann et al., & Whittaker, 2007, S. 10). Auch wenn die Ergotherapie in den USA schon mehr in der Versorgung von Menschen mit Sehbeeinträchtigungen agiert, wird auch hier gefordert, dass andere Professionen dieses Fachbereiches, wie zum Beispiel Optometristen, mehr über die Arbeit der Ergotherapie in diesem Fachbereich aufgeklärt werden (Molitor, 2018).

Vor allem im geriatrischen Bereich ist in der Literatur viel zur Ergotherapie und Sehkraftverlust zu finden. Die American Occupational Therapy Association (AOTA) hat eine ergotherapeutische Leitlinie für die Behandlung älterer Menschen mit Sehkraftverlust veröffentlicht (Liu, Brost, Horton, Kenyon, & Mears, 2020). Literaturbasiert wurde die Effektivität ergotherapeutischer Interventionen zur Verbesserung und Entwicklung der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens beurteilt. Für die Intervention wird der Einbezug von Information über Sehkraftverlust, Einsatz von Hilfsmitteln für Menschen mit Sehbehinderungen, Problemlösestrategien und gesellschaftliche Ressourcen empfohlen. Der Vorteil einer multidisziplinären Arbeit wird aufgeführt und es wird betont, dass mehrere Behandlungseinheiten nötig sind, damit die älteren Klient\*innen das Erlernte in ihre alltäglichen Aktivitäten transferieren können (Liu et al., 2020). Auch McGrath, Sidhu, & Mahl (2017) beschreiben in einem Review ergotherapeutische Interventionen, welche das *Occupational Engagement* älterer Menschen mit altersbedingten Sehminderungen fördern. Sie fanden verschiedene ergotherapeutische Interventionen, welche den drei Kategorien Selbst-Management Programme, kompensatorische Interventionen (zum Beispiel Hilfsmittelversorgung oder Selbstregulationsstrategien) und der Nutzen sozialer Unterstützung (z.B. durch Peer-Gruppen) zugeordnet werden können (McGrath, Sidhu, & Mahl, 2017). Auch auf Community-Ebene kann Ergotherapie agieren, um älteren Menschen mit Sehbeeinträchtigungen mehr Teilhabe zu ermöglichen (Nastasi, 2015). In der britischen Ergotherapie ist das Thema Sehbeeinträchtigungen ebenfalls präsent, aber auch hier handelt es sich in der Literatur oft um altersbedingte Sehbeeinträchtigungen. So veröffentlichte das *British Journal of Occupational Therapy* eine Studie, die aufzeigt, dass die Ausführung bedeutungsvoller Betätigung und verbesserte Partizipation zu mehr Lebenszufriedenheit und Gesundheit bei älteren Menschen mit Sehbehinderungen führen und dass sie daher von Ergotherapeut\*innen unterstützt werden sollten (Nastasi, 2018).

Zum ergotherapeutischen Behandlungsablauf mit Menschen, die blind oder sehbeeinträchtigt sind, die nicht unbedingt zum geriatrischen Bereich zählen, wurde Literatur aus den USA gefunden. Demnach finden Ergotherapeut\*innen in der Evaluationsphase gemeinsam mit den Klient\*innen Handlungsschwierigkeiten heraus, welche sich, Studien zufolge, bei Menschen mit Sehbeeinträchtigungen vor allem in den Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen (Ellexson, 2004). Sie analysieren, welche Faktoren, beispielsweise in der Umwelt der Person, das Scheitern der Betätigung verursachen. Es werden Assessments eingesetzt, welche die Lebensqualität und das Wohlbefinden einer Person in Verbindung mit einer Sehbeeinträchtigung erfassen, wie beispielsweise das *Glaucoma Quality of Life Questionnaire* (Livengood & Baker, 2014). Eine neuseeländische Studie zeigt zusätzlich auf, dass Ergotherapeut\*innen durch den Einsatz von Assessments und Interventionen eine Schlüsselrolle in der Versorgung von Menschen mit Sehstörungen nach erworbenen Hirnschädigungen spielen (Butler & Hollestelle, 2017).

Ergotherapeutische Interventionen, welche in der Literatur gefunden werden konnten, sind vor allem für Sehbeeinträchtigungen ausgelegt, setzten also voraus, dass ein Rest des Sehsinns erhalten ist. Diese sind beispielsweise Lichtanpassungen zur Sturzprävention zuhause, Anpassung von Schriftgrößen auf Gegenständen, die bei Betätigungen eingesetzt werden, und der Einsatz von Farbkontrasten. Nur wenige Interventionen konnten gefunden werden, die auch bei vollständiger Blindheit einzusetzen sind, wie beispielsweise Sensorik-Training, das Erfühlen von taktilen Markierungen und der Einsatz akustischer Hilfsmittel (Ellexson, 2004).

Ein niederländischer systematischer Review fand heraus, dass Studien aus Amerika, Europa, Australien und Asien über verschiedene Rehabilitationsmaßnahmen und deren Auswirkung auf die Lebensqualität von Menschen mit visuellen Beeinträchtigungen oft keinen hohen Evidenzgrad aufweisen, was die Notwendigkeit der Forschung in diesem Bereich deutlich macht (van Nispen et al., 2020).

## **2.5 Unterstützungsangebote für Menschen, die blind sind**

### Deutschland

Eine der größten und bekanntesten Organisationen von und für Menschen, die blind sind in Deutschland ist der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV). Es handelt sich um eine nationale Selbsthilfeorganisation, die sich zur Aufgabe gemacht hat, die Lebensqualität blinder Menschen zu erhöhen. Besonders die gleichberechtigte Partizipation blinder Menschen am gesellschaftlichen Leben, welche unter anderem Selbstständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen, Barrierefreiheit\*, Gleichberechtigung in der Gesetzgebung und Antidiskriminierung beinhaltet, sind Ziele der Organisation. Der DBSV informiert auf seiner Homepage, neben aktuellen Themen und Grundlagen zum Thema Blindheit und Sehbeeinträchtigung, umfassend über Beratungs- und Schulungsangebote für Menschen, die

blind oder sehbehindert sind, in verschiedenen Lebensbereichen. Der DBSV bietet auch selbst über seine Landesvereine persönliche Serviceleistungen, Beratungen und Freizeitangebote für Menschen mit Blindheit oder Sehbehinderungen an (DBSV, 2020).

Die Förderung und Schulung von Menschen, die blind sind, in verschiedenen Bereichen des Lebens, erfolgt in Deutschland zum größten Teil über Rehabilitationslehrer\*innen für Blinde und Sehbehinderte mit den beiden unterschiedlichen Schwerpunkten "Orientierung und Mobilität" (O&M) und "Lebenspraktische Fähigkeiten" (LP). Über eine weiterbildende Ausbildung können Fachkräfte mit einer abgeschlossenen mindestens dreijährigen Berufsausbildung in einem der Berufsfelder Pädagogik, Soziales oder Gesundheit, Medizin und Therapie die anerkannte Berufsbezeichnung erlangen. Somit können auch Ergotherapeut\*innen in Deutschland als Rehabilitationslehrer\*innen für Menschen, die blind oder eine Sehbehinderung haben, tätig sein (Institut für Integration und Rehabilitation Sehbeschädigter e.V. (IRIS), 2020). Rehabilitationslehrer\*innen im Bereich O&M unterstützen Menschen, die blind oder sehbehindert sind, bei der Orientierung im öffentlichen Raum unter Einsatz von Strategien, Hilfsmitteln, wie z.B. dem Langstock, und Orientierungstraining. Die Rehabilitationsmaßnahme findet meist im Umfeld der betroffenen Person statt, wird aber auch in stationären Rehabilitationseinrichtungen für Menschen, die blind oder sehbehindert sind angeboten (Bundesverband der Rehabilitationslehrer /-lehrerinnen für Blinde und Sehbehinderte e.V., 2020; IRIS, 2020). Rehabilitationslehrer\*innen im Bereich LP unterstützen Menschen, die blind oder sehbehindert sind beim Erlernen von Handlungsstrategien und Techniken, um verschiedene Aktivitäten des täglichen Lebens, wie beispielsweise das Kochen, auch ohne visuelle Kontrolle ausführen zu können. Auch Kommunikations- und Lesetechniken, sowie Alltagsstrukturierung gehören zum Training (Bundesverband der Rehabilitationslehrer /-lehrerinnen für Blinde und Sehbehinderte e.V., 2020).

Im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen, die blind sind, werden die Kosten für diese Rehabilitationsangebote von Sozialhilfeträgern übernommen. Bei einer medizinischen Rehabilitation werden die Kosten von der Krankenkasse, der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung übernommen. Ist die Sehbehinderung Folge eines Berufsunfalls, übernimmt die Berufsgenossenschaft die Kosten. Für eine Kostenübernahme müssen die Maßnahmen ärztlich verordnet sein (Bundesverband der Rehabilitationslehrer /-lehrerinnen für Blinde und Sehbehinderte e.V., 2020). Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass es in Deutschland Koordinationsstellen gibt, die auf nationalen Ebenen in dem Bereich Sehen und Blindheit aktiv sind, "eine der Aktivitäten, um die Bemühungen der Prävention und Blindheit bündeln, ist die jährlich stattfindende Woche des Sehens" (Robert Koch-Institut, 2017). Die Woche des Sehens bietet einen Austausch mit Menschen an, die bereits die Erfahrung gesammelt haben, die Sehkraft zu verlieren. Es geht darum, ein Verständnis gegenüber

Blindheit zu schaffen, sodass Menschen, die davon betroffen sind, einen barrierefreien Alltag erleben können (Christoffel-Blindenmission Deutschland e.V., 2020).

Im Folgenden sollen internationale Beispiele für Organisationen und die Versorgung von Menschen, die blind sind, im Ausland aufgeführt werden:

### Niederlande

Visio (visio.org, o.D.) ist eine Organisation in den Niederlanden, die blinde Menschen bei der Durchführung von alltäglichen Aktivitäten unterstützt. Die Organisation bietet verschiedene Angebote an, die dem Menschen, der blind ist oder aufgrund einer Sinnesbeeinträchtigung nicht mehr die vollständige Sehkraft hat, dahingehend anleitet, Selbstständigkeit im Alltag zu erlangen. Bei Kindern, die blind oder in ihrem Sehvermögen beeinträchtigt sind, bietet Visio Unterstützung im Schulalltag, um die Sozio-emotionale Entwicklung zu fördern, die Selbstständigkeit zu verbessern, Verantwortung zu übernehmen und um Teilhabe in der Gesellschaft zu erlangen. Im Bereich der Rehabilitation wurde das *Visio Rehabilitation Center* gegründet, um Menschen, die blind sind oder visuell eingeschränkt sind zu befähigen wieder Partizipation zu erfahren. In dem Programm, welches in diesem Zentrum durchgeführt wird, ist eine Hilfsmittelberatung und –versorgung, sowie praktische Trainingseinheiten enthalten. In Bezug zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt gibt es bei Visio ebenfalls unterstützende Angebote, die man als Mensch, der blind oder sehbeeinträchtigt ist, wahrnehmen kann. Da Visio in den Niederlanden bekannt ist und ein großes Wissen über die Förderung der Teilhabe bei Menschen, die blind oder sehbeeinträchtigt sind, besitzt, ist das Team international verankert. Ziel des internationalen Arbeitens ist die Erregung von Aufmerksamkeit der Gesellschaft bezüglich dieser Thematik. Die Organisation bietet verschiedene Programme in sechs verschiedenen Ländern an und arbeitet dabei eng mit der Regierung, den Eltern, dem Gesundheitswesen und der Gemeinschaft zusammen. Im Mittelpunkt steht die visuelle Einschränkung.

### USA

In den USA sind unter anderem *vision rehabilitation therapists* für die Unterstützung von Menschen, die blind sind, zuständig. Aus einer Studie ging hervor, dass diese vor allem lehrend tätig sind. Die Art des Lehrens wird dabei vor allem an die individuellen Bedürfnisse der blinden Menschen angepasst. Es werden Assessments zur Zieldefinition durchgeführt, Betätigungsbedürfnisse für alltägliche Aktivitäten werden erfasst, individuelle Pläne werden aufgestellt und Arbeitsmaterialien werden ebenfalls an die Bedürfnisse der Menschen, die blind sind, angepasst (Connors, McMahon, & Lee, 2020) *Vision Rehabilitation Therapists* lehren Menschen, die blind sind, Fähigkeiten in vielen verschiedenen Aktivitäten in den Bereichen

„communication“, beispielsweise durch das Trainieren des telefonischen Anrufens, im Bereich „Home Management“, beispielsweise durch Lehren des Umgangs mit Adaptionen in der Küche, und „Personal Management“, durch beispielsweise das Beibringen von Techniken beim Essen (Connors et al., 2020).

In den USA gibt es eine Organisation namens American Foundation for the Blind (AFB), welche sich zur Mission gemacht hat, eine Welt zu kreieren, in der es keine Barrieren für Menschen mit Blindheit oder Sehbehinderung gibt. Dies folgt durch Schaffen von Verständnis für die Bedürfnisse sehbeeinträchtigter Menschen und durch Mitwirken am Gesetzgebungsprozess im Sinne eines bedeutungsvollen Wandels. Die Organisation arbeitet gemeinsam mit Forscher\*innen und Lehrpersonal zusammen, um herauszufinden, welchen Herausforderungen Menschen, die blind oder sehbehindert sind, begegnen. Zudem wendet die Organisation ihr Wissen im Bereich der schulischen Bildung, sowie der beruflichen Weiterentwicklung, der sozioökonomischen Mobilität, den Rehabilitationsmöglichkeiten, der Gesundheitsversorgung und der Technologie an, um Akzeptanz, Inklusion und Zugänglichkeit gegenüber den Menschen, die blind oder sehbehindert sind zu verbessern (AFB, 2020). Die Organisation AFB erhielt 2009 eine Auszeichnung von Apple für die Bildschirmvorlesefunktion „Voice Over“ (Kubiv, 2015). Dies macht deutlich, dass die Organisation stetig daran arbeitet, ihr Wissen zu expandieren und weiterzuentwickeln, um den Menschen, die blind sind, Möglichkeiten im Alltag zu bieten (AFB, 2020).

## **2.6 Hilfsmittel und technische Hilfen**

In den Leitlinien „Praxisorientierte Handlungsleitlinien für Diagnose und Therapie in der Augenheilkunde“, die von dem augenärztlichen Berufsverband Deutschlands e.V. (BVA) und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG) entwickelt wurden, werden Hilfsmittel, die als Therapie bei Menschen, die blind sind, verordnet werden können, aufgezählt (DOG, 2011).

Moderne Techniken, wie iOS Apps können Menschen, die blind sind, eine enorme Erleichterung bei der Alltagsbewältigung bieten. Beispielsweise die Apps „Colour Visor“ und „Colour ID“ unterstützen dabei Kleidung farblich aufeinander abzustimmen (Kanzler, 2016).

Weltweit wird an Hilfsmittel und Technischen Hilfen für Menschen, die blind sind, geforscht. Eine internationale Studie befasste sich beispielsweise mit einem *virtual reality system* („the BlindAid“) (Lahav, Schloerb, & Srinivasan, 2012) welches eingesetzt wird, um Orientierung und Mobilität zu trainieren. Die Studie zielt auf Menschen ab, die neu erblindet sind. The

BlindAid ermöglicht den Menschen, die blind sind, eine Interaktion mit verschiedenen virtuellen Strukturen und Objekten über auditive und taktile Rückmeldung. Die Studie zeigt auf, dass besonders die virtuelle Umwelt in die Sitzungen einbezogen wurde. Daher stellt diese Form der Rehabilitation eine erfolgreiche Möglichkeit dar, sich in seinem Umfeld als neu erblindeter zurecht zu finden und sich zu orientieren (Lahav et al., 2012).

## **2.7 Das Canadian Practice Prozess Framework- ein Modell für den ergotherapeutischen Prozess**

Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit beziehen sich im späteren Teil der Ausarbeitung auf das Canadian Practice Process Framework (CPPF), welches eine Struktur bietet, wie eine ergotherapeutische Behandlung ablaufen kann. Das Modell ist, wie das bereits beschriebene CMOP-E, ein Teil der Modelltriplekte der kanadischen Modellreihe (Davis, Craik & Polatajko, 2007). Es wird im Folgenden kurz beschrieben.

Das Modell beinhaltet acht Actionpoints, die die verschiedenen Schritte des therapeutischen Vorgehens darstellen. Begonnen wird mit dem ersten Schritt *Enter/Initiate*, in welchem es um die Kontaktaufnahme geht. Im nächsten Schritt *Set the stage* geht es darum, den Klienten/ die Klientin in die Therapie mit einzubeziehen, sodass er/sie bei Entscheidungen teilhaben kann. Es werden Rahmenbedingungen der Therapie ermittelt, oftmals mit Einsatz von Assessments (Davis, Craik & Polatajko, 2007). Der nächste Schritt des CPPFs *Assess/Evaluate* beinhaltet das Erheben des Betätigungsproblems anhand einer Betätigungsanalyse (Davis, Craik & Polatajko, 2007). Sobald Betätigungsprobleme eruiert wurden, folgt der nächste Schritt *Agree on objectives and plan*. In diesem Schritt ist es wichtig auf die Wünsche und Bedürfnisse, sowie die Interessen des Klienten/ der Klientin ein zu gehen. Der nächste Schritt des CPPFs *Implement the plan* dient der Umsetzung des vorheraufgestellten Plans. Der anschließende Schritt *Monitor and Modify* ermöglicht eine Veränderung des Plans, falls aufgestellte Ziele oder Strategien bereits erreicht wurden, oder verändert neu aufgestellt werden müssen. Um das Outcome der Therapie herauszufinden bietet der Schritt *Evaluate the Outcome* die Möglichkeit, eine erneute Durchführung eines Assessments, um messbar festzustellen, welche Ergebnisse der Therapieprozess mit sich bringt. Die Therapie wird mit dem Schritt *Conclude/Exit* abgeschlossen, wenn die Therapieziele erreicht worden sind (Davis et al., 2007).

## 3. Methoden

### 3.1 Literaturrecherche

Die Forscherinnen haben auf Grundlage der formulierten Hauptfragestellung und den Leitfragen in verschiedenen elektronischen Datenbanken nach relevanter Forschungsliteratur gesucht, um die Studien theoriegeleitet durchzuführen und ein theoretisches Vorwissen für die Thematik zu erhalten und darzustellen. Dabei wurden mehrere PICO-Fragestellungen formuliert, aus welchen Schlagwörter für die Suche in den Datenbanken eingesetzt wurde. Diese Schlagwörter wurden durch die Operatoren *OR* und *AND* zusammengefügt. Auch in online Zeitschriften wurde nach Literatur gesucht. Die Fragestellungen, Datenbanken/ online Zeitschriften, Schlagwörter und Ergebnisse wurden in einer Tabelle dargestellt (*siehe Anlage 1*). Bei der Literatursuche kam vor allem das „Schneeballsystem/ Pyramidensystem“ zum Einsatz. Über gefundene Artikel, Studien etc. wurden weitere Studien gefunden. Bei der Literatur, die gefunden und verwendet wurde, handelt es sich zum einen um Forschungsergebnisse, welche direkt als Studie oder als Artikel aus Fachzeitschriften vorlagen. Zum anderen wurden Informationen von Websites verschiedener, internationaler Organisationen von und für Menschen, die blind sind, generiert. Um diese Websites zu finden eignete sich die Suchmaschine „Google“.

Trotz hoher Trefferzahlen bei Eingabe der Schlagwörter in die Datenbanken, gestaltete es sich zum Teil schwer, relevante Forschungsliteratur zu finden. Die Literatur bezog sich oft auf Sehbehinderungen oder Einschränkungen im Allgemeinen, selten wurde sich ausschließlich und klar auf Blindheit bezogen. Besonders auffällig war dies bei der Suche nach Studien zur Forschungslage im Bereich Blindheit in Kombination mit Ergotherapie. Hier bezog sich die Literatur häufig nicht nur auf Sehbeeinträchtigungen im Allgemeinen, meist handelte es sich hier vor allem auch um altersbedingte Sehbeeinträchtigungen. Auf Grund der Schwierigkeit des Findens geeigneter, relevanter Literatur, wurden auch Quellen mit weniger hoher Evidenz eingesetzt. Bei den Studien handelte es sich zum größten Teil um internationale Studien, hauptsächlich aus den USA, was Rückschlüsse auf den Forschungsstand ziehen lässt (*siehe Diskussion*).

Die Studien, welche direkt oder über Fachzeitschriftenartikel gefunden werden konnten, stellten qualitative und quantitative Ergebnisse dar und konnten verschiedenen Evidenzleveln zugeordnet werden.

Das Level der Evidenz wurde in Anlehnung an Borgetto (Borgetto et al., 2007; Tomlin & Borgetto, 2011) eingestuft. Die gefundene Evidenz lässt sich in die Pyramide einstufen, sodass Literatur mit niedrigem Evidenzlevel (Internetseiten von Organisationen) aber auch Literatur

mit hohem Evidenzlevel (internationale Studien) für die Ausarbeitung des theoretischen Hintergrunds genutzt werden konnte. Beispielhaft zu nennen ist die internationale Studie von Lahav, Schloerb und Srinivasan (2012), die als eine Fallstudie (*Case study*) zu dem Punkt „Descriptive“ zuzuordnen ist (Tomlin & Borgetto, 2011). Ebenso ist eine Studie aufzuzeigen, von Butler und Hollistelle (2017), die sich dem Punkt „Descriptive“ zuordnen lässt. Ein Artikel aus einer akademischen Fachzeitschrift von Conners, McMahon und Lee (2020) beschreibt eine quantitative Studie, die sich damit befasste, die Antworten der Teilnehmer\*innen mit den Antworten aus dem Jahr 1989 in Bezug zu den Arbeitsanforderungen (Job-Tasks) zu vergleichen. Haymes, Johnston und Heyes (2002) führten eine Studie durch, um herauszufinden, ob die Fähigkeit zu sehen in Abhängigkeit mit der Performanzausführung von Aktivitäten des alltäglichen Lebens stehen. Diese Studie lässt sich nach Borgetto (Tomlin & Borgetto, 2011) in 2a unterteilen, weil es keine Randomisierte Teilnehmerrekrutierung war und weil die Studie kontrolliert durch Einsatz von Assessments durchgeführt wurde. Weitere Studien wurden herangezogen, die sich beispielsweise mit Experteninterviews oder Einzelfallstudien auseinandersetzen. Ein Artikel von Hummel, Klotz und Porz (2018), verwendet Experteninterviews. Zudem lässt sich auch die Output-Forschung erwähnen, da das Erreichen des Versorgungsziels durch Einsatz von „organisatorischen, diagnostischen und therapeutischen Strukturen, Prozessen und Technologien“ (Borgetto, et al., 2007) untersucht wurde und somit ebenfalls dem Studiendesign eines Quasiexperiments entspricht. Dies ist laut Tomlin & Borgetto (2011) dem Level 2b zuzuordnen. Zu den Internetseiten von Organisationen kann das Evidenzlevel nach Tomlin & Borgetto (2011) nicht eingestuft werden, da es sich nicht um Studien handelt. Dennoch ist zu erwähnen, dass die aufgerufenen Internetseiten beispielsweise des Robert Koch-Instituts (RKI), der American Foundation for the blinds (AFB) oder des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales dazu dienen, den Verbraucher zu informieren, sodass die Forscherinnen davon ausgehen, dass die angegebenen Daten recherchiert und evident sind.

### **3.2 Art der Untersuchung**

Die vorliegende Arbeit stellt eine qualitative Studie dar, die durch geringe quantitative Anteile ergänzt wurde. Laut Dresing und Pehl (2015) werden qualitative Fragestellungen gestellt, um komplexe Abläufe, soziale Phänomene und Bedeutungskonstruktionen zu erheben. Für die Fragestellung dieser Forschung, welche nicht auf die Erhebung numerischer Daten oder Zahlenverhältnisse abzielt, eignete sich dieses Studiendesign. Der zentrale Punkt der Forschung war das Erheben der Expertise und der Erfahrungen von Therapeut\*innen und deren subjektiven Erlebens, um einen Einblick in eine, bisher wenig verbreitete, Arbeitswelt zu bekommen, was nur durch qualitative Studiendesigns erhoben werden kann. Es geht bei der qualitativen Forschungsmethode um das Denken und Handeln der befragten Personen

(Perkhofer et al., 2016). Dabei werden die Teilnehmer\*innen nicht isoliert betrachtet, sondern "ganzheitlich und im Kontext ihrer Umwelt" (Perkhofer, et al., 2016, S. 69). Auch das Handeln der Befragten Personen musste bei dieser Forschung in den Fokus gerückt werden und erhoben werden, um die Fragestellung beantworten zu können, was ebenfalls durch die qualitative Untersuchungsmethode möglich ist. Dabei musste der Behandlungskontext mitberücksichtigt werden.

Bei einer qualitativen Forschung gilt es bestimmte Charakteristiken zu berücksichtigen: Bei der *Subjektbezogenheit und Alltagsorientierung*, müssen die Forscherinnen darauf achten, dass die Datenerhebung in der Umgebung der befragten Personen stattfindet und nicht in einem Labor oder ähnlichem. Daher fanden die Interviews, wie unter dem Punkt "Datenerhebung" beschrieben wird, im Arbeitsumfeld oder im häuslichen Umfeld der Befragten statt. Bei der *Offenheit und Reflexivität* geht es darum, dass die Vorgehensweise systematisch, nachvollziehbar, kontrolliert und theoriegeleitet verläuft. Dazu haben die Forscherinnen dieser Arbeit die Gütekriterien (*siehe Gütekriterien qualitativer Forschung*) als auch eine vorherige Wissensaneignung der Thematik (*siehe Theoretischer Hintergrund*) ausgearbeitet. Zudem gibt diese Charakteristik an, dass nicht standardisierte Methoden, wie Interviews, verwendet werden, die die Antwortmöglichkeiten nicht vorgeben, sondern die befragten Personen einladen eigenständig von ihrem Erleben zu berichten. Perkhofer, et al. (2016) geben an, dass es bei der qualitativen Forschung darauf ankommt, Erkenntnisse zu gewinnen und diese zu nutzen, um Theorien zu entwickeln. Hierdurch werden der **explorative Charakter und die induktive Kategorienbildung** dargestellt. Die Forscherinnen stützen sich dabei darauf, um aus Aussagen der einzelnen befragten Personen allgemeine Aussagen zu treffen. Bei der **Stichprobenauswahl (theoretical sampling)** geht es darum, die Teilnehmer\*innen gezielt nach vorherfestgelegten Kriterien auszuwählen. Dies wurde unter Punkt *Datenerhebung* vertiefter dargestellt. Ein weiteres Charakteristikum stellt das *interpretative Auswertungsverfahren* dar. Bei der qualitativen Forschung gilt es, die Aussagen zu verstehen und zu interpretieren. Im Vergleich zur quantitativen Forschung können hierbei die Ergebnisse nicht tabellarisch und numerisch dargestellt werden (Perkhofer, et al., 2016).

Quantitative Anteile, wie oben erwähnt, wurden aufgefasst, indem aufgezeigt wurde, wie viele befragte Personen die gleiche Aussage getroffen haben. Auf Grund der geringen Teilnehmerzahl können diese Werte allerdings nicht als repräsentativ angesehen werden.

Gemäß der qualitativen Forschung handelt sich bei der vorliegenden Studie um ein induktives Verfahren. Dies bedeutet, dass auf der Grundlage empirischer Daten theoretische Konstrukte gebildet wurden (Döring & Bortz, 2016).

### **3.3 Methode**

Die Forscherinnen wählten eine Expertenbefragung (Döring & Bortz, 2016) als Forschungsmethode, da die Beantwortung der Forschungsfragen Fachexpertise und Erfahrungen verlangt. Diese wurde in Anlehnung an ein phänomenologisches Studiendesign gestaltet. Unter dem phänomenologischen Studiendesign versteht man eine wissenschaftliche Methode, die dazu dient, das menschliche Erleben zu erforschen (Perkhofer et al., 2016). Besonders im Bereich des Gesundheitswesens, ist dieses Design vermehrt eingesetzt worden. Denn es dient dazu, persönliche Erfahrungen zu ermitteln im Sinne der Ziele, Bedeutungen und Wertvorstellungen der befragten Personen und dies in dem jeweiligen Kontext zu reflektieren (Perkhofer et al., 2016). Es geht bei dem phänomenologischen Studiendesign um die Recherche (Methode) und die Auseinandersetzung mit philosophischen Aspekten (Luborsky & Lysack, 2006). Die persönlichen Erfahrungen in dem Kontext „life-world“ (Luborsky & Lysack, 2006, S. 336) stehen im Vordergrund der Phänomenologie.

Die Forschungsfrage und die Leitfragen (*siehe Einleitung und Datenanalyse*) dieser Studie befassten sich mit Erfahrungen, die Ergotherapeut\*innen im Bezug zur Behandlung von Menschen, die blind sind, gemacht haben. Alle Antworten der Befragten sollen auf persönlichen Erfahrungen im Bereich ihrer Arbeit basieren. Das persönliche Erleben und Empfinden fließen vor allem durch die Frage nach erlebten Herausforderungen und persönlichen Meinungen (Leitfragen 2 und 3) mit ein. Im Interview kommen zum Teil Fragen zu persönlichen Werten vor, wie beispielsweise nach leitenden Prinzipien für die Arbeit mit Menschen, die blind sind.

Auch wenn hier Einflüsse der Phänomenologie, wie beschrieben, ganz klar zum Vorschein kamen, standen im Mittelpunkt der Forschung, neben den persönlichen Erfahrungen und Empfindungen, vor allem die Expertenperspektive und das professionelle Handeln der Therapeut\*innen. Dieses sollte Anhand einer Expertenbefragung erhoben werden.

### **3.4 Datenerhebung**

#### **3.4.1 Sampling**

Bevor die Teilnehmer\*innen rekrutiert werden konnten, musste eine Stichprobenauswahl (*theoretical sampling*) getroffen werden. Dazu wurden, auf Grundlage theoretischer Annahmen, Auswahlkriterien aufgestellt, die die Teilnehmer\*innen erfüllen mussten, um an der Studie teil zu nehmen. Die Auswahlkriterien wurden zunächst so aufgestellt, dass die Teilnehmer\*innen folgende Bedingungen erfüllen mussten:

- Die Absolvierung einer staatlich anerkannten Ausbildung oder eines Studiums zum/zur Ergotherapeut\*in (da die Erfahrungen von Ergotherapeut\*innen erhoben werden sollten)
- Mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der ergotherapeutischen Arbeit mit Menschen, die blind sind als Hauptfachgebiet (um auf ausreichende Erfahrungen zurück greifen zu können)
- Die Ausübung der Berufstätigkeit in Deutschland (da sich die Forschungsfrage explizit auf Deutschland bezieht)

Um möglichst breit gefächerte Ergebnisse zu erzielen, wurde die Zielgruppe nicht weiter eingeschränkt.

Auf Grund mangelnden Erfolges der Teilnehmersuche wurden die Stichprobenkriterien angepasst, um die Forschung durchführen zu können:

- Die Absolvierung einer staatlich anerkannten Ausbildung oder eines Studiums zum/zur Ergotherapeut\*in (nicht änderbares Kriterium)
- Berufserfahrung in der ergotherapeutischen Arbeit mit Menschen, die blind sind mit mindestens einem/einer Klient\*in (um auch Teilnehmer\*innen aus ergotherapeutischen Praxen gewinnen zu können)
- Die Ausübung der Berufstätigkeit in Deutschland oder im Nachbarland (um die Teilnehmerfindung zu erleichtern und Schlüsse auf Deutschland ziehen zu können)

Für die Teilnehmerrekrutierung wurden zunächst verschiedenen Institutionen telefonisch oder per E-Mail kontaktiert, welche im Bereich Bildung, Rehabilitation, Therapie oder Arbeitsbeschäftigung von Menschen, die blind sind, tätig sind. Die E-Mails beinhalteten ein Anschreiben und einen, von den Forscherinnen erstellten Flyer (*siehe Anlage 4*). Dieser wies auf die Forschungsfrage dieser Arbeit, auf die Vorgehensweise der Interviewdurchführung, sowie auf die Vertraulichkeit der Datensammlung hin. Der Flyer wurde ansprechend farblich gestaltet, um das Interesse der angesprochenen Personen zu wecken. Zusätzlich wurde ein Informationsschreiben (*siehe Anlage 3*) angefertigt, in welchem Informationen bezüglich der genauen Durchführung des Interviews beschrieben wurden. Dies beinhaltete ebenso beispielhafte Themen, die in dem Interview erfragt werden würden, um dem Teilnehmer / der Teilnehmerin beispielhaft aufzuzeigen, um welche wichtigen Aspekte es sich handeln wird. Zudem wurde darin aufgezeigt, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Da in den Institutionen überwiegend keine Ergotherapeut\*innen beschäftigt waren oder sich keine Interessenten meldeten, wurden unter den neuen Teilnehmerkriterien ergotherapeutische Praxen in Deutschland und Österreich kontaktiert und der Flyer in sozialen Medien publiziert. Da das Auffinden von Experten in diesem Fachbereich sich als schwer

herausstellte, entschieden die Forscherinnen sich dafür, dass *Schneeballverfahren (snowball sampling)* einzusetzen, welches dafür geeignet ist, durch Vernetzungen von Personen einer Gruppe, beispielsweise einer Berufsgruppe, Teilnehmer zu rekrutieren, die schwer zu erreichen sind (Döring & Bortz, 2016). Hierbei werden einzelne Mitglieder aus der Population gebeten, über ihre persönlichen sozialen Netzwerke weitere Untersuchungspersonen zu rekrutieren (Döring & Bortz, 2016, S. 308). Der Flyer und die Anfrage wurden nicht nur in sozialen Medien, sondern auch über private und geschäftliche Kontakte der Forscherinnen, welche auch der Berufsgruppe der Ergotherapeut\*innen angehören, verbreitet woraufhin sich Interessenten meldeten.

Die Interessenten bekamen ein Informationsschreiben und eine Einverständniserklärung zugesandt, welche unter dem Punkt *ethische Aspekte* genauer beschrieben werden. Der Kontakt verlief über E-Mails.

### **3.4.2 Das Semistrukturierte-Interview als Erhebungsinstrument**

Die Forscherinnen nutzten für die Datenerhebung ein semistrukturiertes Interview (Perkhofer et al., 2016). Durch das Interview sollten Erfahrungsberichte von praktizierenden Therapeut\*innen erhoben werden. Das Interview schien hierfür als geeignet, da inhaltliche, qualitative Daten erhoben werden sollten zu einem Thema, zu welchem bisher wenig in der deutschen Literatur erforscht wurde. Das Interview bot den Forscherinnen, im Vergleich zum Fragebogen oder zur Beobachtung, die Möglichkeit, subjektive Einblicke in die Erfahrungen der befragten Therapeut\*innen und ausführlichere Antworten zu bekommen (Döring & Bortz, 2016). Als Interviewvariante wurde das semistrukturierte Interview gewählt. „Der Leitfaden gibt die Fragen und ihre Reihenfolge vor, erlaubt aber den Interviewenden je nach Interviewsituation in gewissen Grenzen individuelle Anpassungen. So können Fragen vorgezogen, übersprungen oder vertieft werden, um den Interviewfluss am Laufen zu halten“ (Döring & Bortz, 2016, S. 358). Den Forscherinnen war es wichtig, das Interview halbstrukturiert zu gestalten, damit Raum blieb für neue Aspekte, welche die Teilnehmer\*innen ansprachen, die die Forscherinnen vorher nicht bedacht haben. Das Interview wurde anhand des, im *theoretischen Hintergrund* beschriebenen, CPPFs strukturiert. Hierdurch sollten die Befragten dazu angeregt werden, ihre Therapieprozesse Schritt für Schritt wiederzugeben, um zu gewährleisten, dass alle wichtigen Aspekte des therapeutischen Prozesses erfragt werden und somit die Forschungsfragen weitestgehend behandelt werden können. Wichtig bei der Erstellung des Interviewleitfadens war, die Fokussierung auf das Ziel „das Thema für den Befragten deutlich zu machen und Erzählanreize zu setzen“ (Dresing & Pehl, 2015). Daher war es den Forscherinnen ein wichtiges Anliegen, die Fragen einfach zu gestalten, um die

befragte Person in ihren Erfahrungen anzuregen (Dresing & Pehl, 2015, S.9). Es wurden möglichst offene Fragen formuliert wie: „Wie sind Sie (...) bei der Befunderhebung vorgegangen?“, um den Teilnehmer / die Teilnehmerin zu animieren möglichst umfangreich von ihren Erfahrungen zu berichten.

Die Interviews wurden als Einzelinterview geführt, damit die befragte Person offen und ehrlich über ihre Erfahrungen und ihr Wissen sprechen kann, ohne sich beispielsweise mit einer anderen befragten Person zu vergleichen. Zwei Interviews wurden im persönlichen Kontakt in der Praxiseinrichtungen der Teilnehmer\*innen geführt, zwei wurden, auf Grund weiter Entfernungen, per Telefon geführt. So bot sich ein alltagsnahes Setting für die Interviews, in welchem die Teilnehmer\*innen sich wohl fühlen sollten. Vor der Durchführung der Interviews wurde eine „Hauptinterviewerin“ festgelegt und eine „Ergänzungsinterviewerin“. Mit dieser Rollenverteilung war es der befragten Person möglich eine klare Kommunikationspartnerin zu erhalten. Die „Hauptinterviewerin“ hatte die Funktion, das Interview durchzuführen und stellte die vorher erarbeiteten Interviewleitfragen. Die „Ergänzungsinterviewerin“ hatte die Funktion, bei Antworten der Teilnehmer\*innen vertieft nach zu fragen, um eingehendere Berichte zu erhalten. Ebenso wurden, von der „Hauptinterviewerin“ vernachlässigte Punkte ergänzt. So konnte auf eine möglichst umfangreiche und vollständige Datenerhebung abgezielt werden.

### **3.4.3 Pre-Test**

Um Fehlerquellen der Interviewleitfadens zu identifizieren wurden zwei Pre-Tests durchgeführt (Döring & Bortz, 2016). Dabei wurden Ergotherapeutinnen mit dem gleichen Interviewleitfaden interviewt, welcher allerdings auf das Krankheitsbild Parkinson abzielte. Die Interviewten wurden anschließend eingeladen Feedback zu äußern. Dadurch konnten die Forscherinnen feststellen, ob der Detaillierungsgrad der Fragen angemessen und die Ausdrucksweise verständlich war. Außerdem wurde erprobt, ob sich der zeitliche Rahmen von einer Stunde, wie er im Informationsschreiben angegeben wurde, durch die Anzahl und die Art der Fragen eingehalten werden konnte.

### **3.4.4 Aufnahme und Transkription**

Die Länge der Interviews variierte zwischen 30 Minuten und 50 Minuten. Die Interviews wurden auditiv aufgezeichnet. Diese Tonaufnahmen dienten im Nachhinein der Transkription der Interviews. Die Transkription erfolgte durch die Verschriftlichung des Gesagten. Hierfür haben sich die Forscherinnen auf die Transkriptionsregeln nach Kuckartz et al. (Dresing & Pehl, 2015) bezogen, um eine einheitliche Vorgehensweise zu erhalten. Dabei ging es darum, „die

Einheitlichkeit der Transkripte zu gewährleisten [um] eine bessere Basis für die spätere Analyse zu bekommen" (Dresing & Pehl, 2015, S. 20). Die Regeln, die die Forscherinnen befolgten, bezogen sich auf die schriftliche Darstellung der gesagten Worte. So wurden beispielsweise Wortverschleifungen (TN3: „Aber ich hab ja nen Hintergrund auf der psychiatrischen Ausbildungsschiene her“) an das Schriftdeutsch angenähert (TN3: „Aber ich habe ja einen Hintergrund auf der psychiatrischen Ausbildungsschiene her“). Zudem wurden, wie im Beispiel ersichtlich, syntaktische Fehler beibehalten (Dresing & Pehl, 2015). Verständnissignale, die die Teilnehmer\*innen während des Überlegens oder gerade nicht Sprechens von sich geben, wurden nicht transkribiert. Eine Ausnahme stellte jedoch dar, wenn eine Antwort nur aus einem Verständnissignal bestand. Beispielhaft aufzuführen ist hier die Aussage von Teilnehmer 4 „mhm (zustimmend) #0:38#“. In Klammern wurde die Interpretation des Verständnissignals gesetzt, um die Aussage dennoch deuten zu können. Aussagen oder Wörter, die unverständlich wahrgenommen wurden und deshalb nicht verschriftlich werden konnten, wurden als dieses gekennzeichnet (TN4: „(...) Hausbesuch. (unv.) Anmeldung. #8:40#“). Für eine einheitliche Darstellung der Interviews wurde durch die Forscherinnen darauf geachtet, dass Zeichen und Abkürzungen (z.B. Meter, Liter, etc.) ausgeschrieben wurden. Zudem wurden Zahlen bis zwölf im Fließtext ausgeschrieben und Namen großgeschrieben (Dresing & Pehl, 2015).

Nachdem die Interviews transkribiert wurden, wurde von jeder Forscherin Korrektur gelesen, um die Reliabilität zu gewährleisten. Die Gütekriterien werden im Punkt *Gütekriterien qualitativer Forschung* beschrieben. Anschließend wurden die fertigen Transkripte den Teilnehmer\*innen zugesandt, sodass diese Ergänzungen, Streichungen oder Änderungen vornehmen konnten. Nachdem dies passiert war, konnte die Datenanalyse beginnen. Diese wurde im Abschnitt *Datenanalyse* detailliert dargestellt.

### **3.5 Datenanalyse**

Für die Analyse der erhobenen Interviewdaten orientierten sich die Forscherinnen an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2010). Im Folgenden soll der Ablauf der Inhaltsanalyse nach Mayring vorgestellt und das Vorgehen der Forscherinnen beschrieben werden.

Zentraler Aspekt der Inhaltsanalyse nach Mayring ist das systematische Vorgehen. Hierfür müssen vorab Regeln festgelegt werden. „Die Inhaltsanalyse ist kein Standardinstrument, das immer gleich aussieht; sie muss an den konkreten Gegenstand, das Material angepasst sein.“ (Mayring, 2010, S. 51). In einem Ablaufmodell werden vor der Analyse die einzelnen Schritte festgelegt.

Die Inhaltsanalyse beginnt mit der Bestimmung des Ausgangsmaterials, welches interpretiert werden soll. Dabei sollen folgende drei Punkte beschrieben werden:

1. Festlegung des Materials, welches der Analyse zugrunde liegen soll

Die Forscherinnen der vorliegenden Arbeit wählten hierfür die vier verschriftlichten Interviews in voller Länge aus, welche unter den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Bedingungen entstanden (*siehe Datenerhebung*).

2. Analyse der Entstehungssituation des Materials

Diese lief unter, unter Punkt *Datenerhebung* beschriebenen Bedingungen ab.

3. Formale Charakteristika des Materials

Bei dieser Arbeit handelt es sich hier um transkribierte Interviews, welche vorher auditiv mitgeschnitten wurden (*siehe Datenerhebung*).

Vor dem eigentlichen Ablauf der Analyse wird dann die spezifische Fragestellung der Analyse festgelegt. Zunächst wird dabei die Richtung der Analyse festgelegt (Mayring, 2016). Die Forscherinnen der vorliegenden Arbeit beziehen sich hier auf den Gegenstand des Materialinhaltes unter der, im Kapitel *Einleitung* aufgeführten zentrale Fragestellung:

Wie kann ergotherapeutische Arbeit (in Deutschland) die Betätigungsperformanz und Partizipation von Menschen mit Blindheit in den verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens fördern?

Allgemein können in der Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) auch andere Aspekte analysiert werden, wie beispielsweise emotionale Aspekte.

Die Fragestellung wird dann noch einmal theoriegeleitet differenziert und an die bisherigen Forschungsstand des Inhaltes angebunden. Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes zum Thema Ergotherapie und Blindheit und unter der Berücksichtigung der Ergotherapeutischen Relevanz wurde die Fragestellung der Forscherinnen in drei Leitfragen differenziert:

1. Mit welchen Mitteln/Methoden unterstützen Ergotherapeuten Menschen, die blind sind, in ihrem Alltag?
2. Was sind Herausforderungen und Grenzen, die Ergotherapeuten in der Arbeit mit Menschen, die blind sind, erfahren?
3. Worin sehen Ergotherapeuten den Benefit ergotherapeutischer Unterstützung für Menschen mit Blindheit (eventuell im Vergleich zu anderen Berufsgruppen/ Interventionen)?

Im nächsten Schritt wird das Ablaufmodell der Analyse aufgestellt in welchem festgelegt wird, welche speziellen Analysetechniken angewandt werden. Hierdurch wird die Analyse nachvollziehbar und überprüfbar. Mayring nennt drei Grundformen der Analysetechnik: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Diese sollen passend zur Forschungsfrage und Material ausgewählt werden. Es können, wenn nötig, auch mehrere Formen angewandt werden (Mayring, 2016). Die Forscherinnen haben die Zusammenfassung für ihre Analyse ausgewählt. Dabei soll das Material so reduziert werden, dass eine wesentliche Übersicht geschaffen wird, die den Inhalt des Materials zusammengefasst wiedergibt (Mayring, 2016). Die Analysetechnik wurde als geeignet für das Interviewmaterial eingeschätzt, da die Inhalte der Aussagen der Teilnehmer\*innen bereits vollständig und verständlich im Rohmaterial vorlagen, aber häufig zu ausschmückend, wiederholend oder nicht für das Thema relevant waren. Passend zur Zusammenfassung wurde eine induktive Kategorienbildung gewählt, bei welcher, im Vergleich zum deduktiven Kategorienbildung, kein Kategoriensystem vorher festgelegt wird, sondern die Kategorien aus dem Material generiert werden. Die Intention der Forscherinnen dabei war, auch Themen zu berücksichtigen, die vorher nicht bedacht wurden.

Angelehnt am allgemeinen Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2016), wurde folgendes Ablaufmodell aufgestellt und ausgeführt:

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten: "Dabei werden zunächst, um die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen, Analyseeinheiten festgelegt" (Mayring, 2016, S. 61):
  - Kodiereinheit: der kleinste Textteil, der ausgewertet bzw. Unter eine Kategorie fallen darf (Mayring, 2016). Die Forscherinnen legten sich hier ein Wort fest.
  - Kontexteinheit: der größte Textteil, der unter eine Kategorie fallen darf (Mayring, 2016). Die Forscherinnen legten sich hier auf keine Wörter- oder Satz Anzahl, sondern auf größere Abschnitte fest, da in den Interviews zum Teil lange Sprechpassagen das gleiche Thema/ die gleiche Aussage behandelten und somit nicht in kleinere Passagen aufgetrennt werden konnten.
  - Auswertungseinheit: welche Textteile werden jeweils nacheinander ausgewertet? (Mayring, 2016). Die Forscherinnen legten fest, dass die Interviews in chronologischer Reihenfolge (1-4) vom Anfang bis zum Ende ausgewertet werden.
2. Schritt: Paraphrasierung der Inhaltstragenden Textstellen: Hier werden die Kodiereinheiten auf eine einheitliche Sprachebene und auf den Inhalt beschränkt umgeschrieben. Dabei werden nicht inhaltstragende Textstellen gestrichen (Z1-Regeln) (Mayring, 2016). Die Forscherinnen vollzogen diesen Schritt mit Hilfe einer Tabelle (*siehe Anlage 7*).

3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung: Die Forscherinnen strebten als Abstraktionsniveau kurze, stichpunktartige Textabschnitte von 2-5 Wörtern an, die lediglich in Schlagwörtern den Inhalt wiedergeben, wie beispielsweise: „Befunderhebung ähnlich, wie bei anderem Klientel“ (*siehe Anlage 7*) Die Paraphrasen wurden daraufhin, unter Einsatz von Mayrings Z2-Regeln, auf dieses Abstraktionsniveau generalisiert (*siehe Anhang*).
4. Schritt: „Erste Reduktion durch Selektion, streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen“ (Mayring, 2016, S. 70): Hier strichen die Forscherinnen nach Mayrings Z3-Regeln inhaltlich nicht relevante oder inhaltlich doppelte Paraphrasen.
5. Schritt: „Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau“ (Mayring, 2016, S.70). Bei diesem Schritt bildeten die Forscherinnen bereits ein erstes, zusammenfassendes Kategoriensystem, was nach dem allgemeinen Ablaufmodell der sechste Schritt wäre (Mayring, 2016). Dies stellte sich als sinnvoll heraus, da so Paraphrasen mit ähnlichem Gegenstand und Aussage oder mit ähnlichem Gegenstand und unterschiedlicher Aussage bereits unter eine gleiche Kategorie zugeordnet werden konnten. Die Kategorien wurden, wie es nach Mayring vorgegeben wird, gebildet, indem das Material Abschnitt für Abschnitt durchgegangen wurde und aus inhaltlich relevanten Paraphrasen Kategorien formuliert oder die Paraphrase zu einer bereits bestehenden Kategorie zugeordnet wurde (Subsumption) (Mayring, 2016).
6. Schritt: „Rücküberprüfung des Zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial“ (Mayring, 2016, S.70): Die Forscherinnen gingen die einzelnen Paraphrasen noch einmal gemeinsam durch und kontrollierten, ob sie alle dem Kategoriensystem zugeordnet werden konnten. Hier eigneten sich die bereits paraphrasierten Textabschnitte besser als das Ausgangsmaterial, da das Ausgangsmaterial mit sehr vielen, nicht inhaltstragenden Textstellen versehen war, wodurch es unübersichtlich und nicht zielführend gewesen wäre, dieses noch einmal durchzugehen. Es wurde festgestellt, dass das Kategoriensystem die Aussagen des Materials widerspiegelt.

Laut Mayring (2016) sind oft eine oder mehrere weitere Zusammenfassungen nötig, die das Material auf ein höheres Abstraktionsniveau bringen. In einem zweiten Durchgang setzten die Forscherinnen das Abstraktionsniveau der Kategorien herauf, sodass sie nur noch als allgemeine „Überschriften“ verstanden werden konnten, unter welche dann die Paraphrasen der Aussagen der einzelnen Teilnehmer\*innen zu diesen Themen zugeordnet werden konnten. So wurde beispielsweise aus der Kategorie „Dauer der Therapieeinheit“ die Kategorie „Rahmenbedingungen der Therapie“. Auch wurden mehrere Kategorien mit gleichem Gegenstand zusammengefasst und zum Teil Unterkategorien gebildet. Das Bilden von

Hauptkategorien wird von Mayring (2016) vorgeschlagen. Auch hier gingen die Forscherinnen induktiv vor, um am Gegenstand der Aussagen der Teilnehmer\*innen zu bleiben. Gegenteilig hätten die Hauptkategorien deduktiv, durch theoretische Bezüge, gebildet werden können (Mayring, 2016). Die Bildung der Hauptkategorien mit Unterkategorien war nötig, da viele Aussagen zum gleichen Thema gemacht wurden, es aber zu unübersichtlich und wenig aussagekräftig gewesen wäre, alle Aussagen unter eine Kategorie fallen zu lassen. So wurde beispielsweise die Kategorie "Befunderhebung" mit den Unterkategorien „Herausforderungen bei der Befunderhebung" und „Adaption der Befunderhebungsinstrumente" gebildet.

Wie von Mayring vorgegeben, konnten auch quantitative Aspekte in die Analyse mit einbezogen werden. So wurde bei bestimmten, geeigneten Aspekten analysiert, wie viele der Teilnehmer\*innen zu einem Thema gleiche Aussagen machten. Durch die, relativ geringe, Datenmenge erschienen intensivere quantitative Analysen in dieser Analyse nicht sinnvoll, da kaum repräsentative Schlüsse hierdurch gezogen werden könnten.

### **3.6 Gütekriterien qualitativer Forschung**

Perkhofer (2016, S. 127) beschreibt Gütekriterien wie folgt:

Unter Gütekriterien werden Kriterien zusammengefasst, die die Güte, d. h. die wissenschaftliche Exaktheit von Studien beschreiben. Gütekriterien dienen einerseits Forschern und Forscherinnen als Richtlinien, um wissenschaftliche Exaktheit ihrer Forschungsstudie zu gewährleisten. Andererseits können sie auch zur kritischen Beurteilung von Studienherangezogen werden.

In der qualitativen Forschung werden andere Gütekriterien angewandt als bei einer quantitativen Forschung. In der qualitativen Forschung werden wichtige Güterkriterien laut Perkhofer, et al. (2016) von Cope, Lincon und Cuba beschrieben: Authentizität (*authenticity*), Glaubwürdigkeit (*credibility*), Nachvollziehbarkeit (*confirmability*), Übertragbarkeit (*transferability*) und Zuverlässigkeit (*dependability*) (Perkhofer, et al., 2016). Zu den aufgelisteten Gütekriterien dienen verschiedene Strategien der Einhaltung der Kriterien.

Die Forscherinnen dieser Arbeit nutzten für das Kriterium *Authentizität* eine genaue Beschreibung des Vorgehens bei der Studie, um eine „authentische Beschreibung der Wahrnehmung und Gefühle der Studienteilnehmenden" (Perkhofer et al., 2016, S.128) zu gewährleisten.

Das Gütekriterium *Glaubwürdigkeit* wurde durch die Strategie *Besprechung mit Kollegen (peer review/ debriefing)* erfüllt, indem die Forscherinnen sich untereinander ausgetauscht haben und sich zusätzlich mit einer weiteren fachlichen Kollegin besprochen haben über die Analyse,

Methodik, Ergebnisse und Diskussion. Ein *Memberchecking* wurde nicht, wie es in der Literatur vorgesehen ist, nach der Analyse vollzogen, jedoch wurden die Transkripte der Interviews den Teilnehmer\*innen zugesandt und von diesen auf Vollständigkeit und Richtigkeit überprüft und gegebenenfalls durch die Teilnehmer\*innen ergänzt.

Die *Nachvollziehbarkeit* wurde durch eine *Forschertriangulation* erreicht. Denn durch eine parallele Datenanalyse mittels einer weiteren Forscherin konnte die Gewissheit über die Übereinstimmung der Daten mit den Antworten der Studienteilnehmer\*innen erbracht werden.

Die *Übertragbarkeit* wurde erreicht, indem das genaue Vorgehen der Studie sowie der (Behandlungs-) Kontext der befragten beschrieben wurden (*thick description*). Die Sampling Strategien wurden beschrieben und in der Diskussion wurden die Resultate mit bestehender Forschungsliteratur auf ihre Übertragbarkeit auf den allgemeinen Kontext diskutiert.

Eine *Zuverlässigkeit* ist zu sagen, dass die Konstanz der Daten bei ähnlichen Bedingungen nicht nachgewiesen werden konnte, da keine Untersuchungsrevision stattfand.

Bei der Inhaltsanalyse fand eine *Intercoderreliabilität* statt, welche zu den spezifischen, inhaltsanalytischen Gütekriterien zählt (Mayring, 2016). Dies bedeutet, „dass die gesamte Analyse von mehreren Personen durchgeführt wird und die Ergebnisse verglichen werden“ (Mayring, 2016, S.124). Die Analyseschritte wurden zwei Mal von beiden an der Forschung beteiligten Forscherinnen nacheinander durchgeführt und Ergebnisse anschließend verglichen. Durch weitestgehende Übereinstimmung der Ergebnisse bzw. eingehende Diskussion bei Abweichungen konnten hier die Objektivität und Reliabilität verstärkt werden.

### **3.7 Ethische Aspekte der Forschung und deren konkrete Umsetzung**

Die vorliegende Studie wurde unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung durchgeführt (Lauber-Rönsberg, Krahn, & Baumann, 2018).

Die Teilnehmer\*innen willigten vor Beginn der Studie, nach einer eingehenden Information über Vorgehensweisen und Datennutzung, mittels einer schriftlichen Einwilligungserklärung (*siehe Anlage 2*) bezüglich seiner/ ihrer Teilnahme ein (*informed consent*) (Stamm et al., 2016). Die Einverständniserklärung beinhaltete die genaue Erläuterung der Vertraulichkeit, sowie der rechtlichen Vorgehensweise der Datenerhebung. Zudem wurde erläutert, dass jede teilnehmende Person das Recht hat, das Interview jederzeit abzubrechen und im Nachhinein Änderungen, Streichungen und/oder Ergänzungen vorzunehmen. Die Einverständniserklärung wurde von den teilnehmenden Personen unterzeichnet und an die Forscherinnen zurückgesandt. Das Informationsschreiben beinhaltete ebenfalls rechtliche

Aspekte bezüglich der Aufbewahrung und der Verarbeitung der Daten, sowie Informationen über den genauen Ablauf der Studie.

Die Forscherinnen bewahrten Verschwiegenheit (Stamm et al., 2016) über personenbezogene Informationen der Teilnehmer\*innen gegenüber der Öffentlichkeit. Es wurden keine personenbezogenen Daten der befragten Personen weitergegeben oder veröffentlicht. Personenbezogene Daten wurden nur zum Zwecke der Einwilligungserklärung (Vor- und Nachname) gespeichert. Diese wurde getrennt von den Interviewdaten gespeichert, sodass keine Rückschlüsse auf den Zusammenhang zur Person gezogen werden können. Der Speicherort wurde von der Zuyd Hogeschool (NL) zugelassen und gilt als vertraulich.

Die Verpflichtung zur Autonomie (Reichel, Moratzki, & Schiller, 2009) der Teilnehmer\*innen wurde gewahrt, indem kein Druck zur Teilnahme ausgeübt wurde und die Teilnehmer innerhalb der Studie zu keinen Handlungen verpflichtet waren. Es bestand jederzeit die Möglichkeit, die Teilnahme abubrechen, ohne dass darauf Konsequenzen für den/ die Teilnehmer\*in erfolgten.

Die befragten Personen stellten keine vulnerable Gruppe dar. Da es sich um die Befragung von Praktizierenden ausschließlich bezüglich ihrer Expertise handelte, war ein Antrag bei einer Ethikkommission nicht notwendig (Stamm et al., 2016). Die Forscherinnen wandten während der Interviews eine wertschätzende und empathische Gesprächsführung an (Reichel, Moratzki, & Schiller, 2009). Es herrschte ein respektvoller Umgang sowohl in Bezug auf die Befragten als auch im Forschungsteam.

## 4. Resultate

Unter der Durchführung der, bereits im Kapitel *Methoden* genannten, Analysetechnik nach Philipp Mayring (2015) wurden 31 verschiedene Kategorien (K) und Unterkategorien gebildet, welche im Folgenden beschrieben werden. Dabei ist die Reihenfolge der Kategorien in etwa am "Canadian Practice Process Framework" (siehe *Theoretischer Hintergrund*) orientiert.

### 4.1 K1 Informationen zu den Teilnehmer\*innen

Es wurden vier Teilnehmer im Alter von 33 bis 49 befragt. Drei der Befragten waren weiblich, einer männlich. Alle arbeiteten in ergotherapeutischen Praxen und waren in unterschiedlichen Fachbereichen tätig:

Teilnehmerin 1: Psychiatrie und Neurologie.

Teilnehmerin 1: Pädiatrie.

Teilnehmerin 3: Psychiatrie und Pädiatrie.

Teilnehmer 4: Neurologie und Gerontologie.

Alle vier Teilnehmer\*innen hatten vor den Klientenkontakten, von welchem sie berichteten, keine Vorerfahrungen im Bereich Blindheit. Teilnehmer 4 arbeitete mit zwei Klienten, die blind sind, zusammen, die restlichen drei nur mit einem/ einer. Das Thema Blindheit wurde bei keinem der vier Teilnehmer\*innen in der ergotherapeutischen Ausbildung oder dem Studium thematisiert. Zwei Teilnehmer\*innen erwähnten außerdem, dass auch ihre Kolleg\*innen keine Erfahrungen im Bereich Blindheit hatten.

### 4.2 K2 Rahmenbedingungen der Therapie

Die Teilnehmer\*innen machten Angaben zu:

- Setting: Hausbesuch (TN1, TN 4), Arbeitsplatz (TN4) Praxis (TN2, TN3)
- Dauer Therapieeinheit: 1,5 h (TN1)
- Behandlungszeitraum: 3 Monate (TN4), 2 Jahre (TN4), 9 Jahre (TN1)

### **4.3 K3 Informationen zum Klienten**

Teilnehmerin 1 behandelte eine erwachsene Klientin, die im Alter von 14 Jahren eine Netzhautablösung erlitt, wodurch sie erblindete. Sie litt zusätzlich an Epilepsie und einer Persönlichkeitsstörung.

Teilnehmerin 2 behandelte einen Klienten im Alter von 6 Jahren. Dieser war von Geburt an blind und besuchte eine Schule für blinde und sehbeeinträchtigte Kinder. In der Klasse war er das einzige Kind, das vollständig blind war.

Teilnehmerin 3 behandelte eine Klientin, die zum Behandlungszeitpunkt im Alter von 16 oder 17 Jahren war. Diese soll eine talentierte Sängerin und Teil einer Band gewesen sein. Sie litt unter einer Angststörung.

Teilnehmer 4 arbeitete mit zwei Klienten zusammen, die blind waren. Der eine Klient war erwachsen und wurde durch einen Unfall blind. Der andere Klient war jugendlich und von Geburt an blind. Der jugendliche Klient war vor dem Schlaganfall sehr selbstständig und fit, dies verschlechterte sich jedoch durch die Schlaganfallsymptomatik.

### **4.4 K4 Überweisungsgrund**

Die Klienten aller 4 Teilnehmer\*innen wurden nicht aufgrund der Blindheit zur Ergotherapie überwiesen, sondern aufgrund von:

- kognitiven Defiziten und Epilepsie (TN1)
- Aufmerksamkeitsstörung und Entwicklungsverzögerung (TN2)
- Angststörung (TN3)
- Hirninfarkt (TN4)

### **4.5 K5 Kontaktaufnahme**

Teilnehmerin 2 und 3 berichteten von der Kontaktaufnahme zu den Klient\*innen. Teilnehmerin 2 gestaltete die Kontaktaufnahme, über ein Gespräch mit dem Kind und taktile Umgebungserkundung

*„[...] er konnte [...] sich in den Räumen [...] umschaun, also dass er da durch gelaufen ist, alles anfassen durfte, auch bei mir erst einmal gucken durfte, wer bin ich denn. Er wollte eben auch mit Berührung aufnehmen [...] wo ist er da [...].“* (TN2)

Teilnehmerin 3 berichtete von einer problemlosen Kontaktgestaltung.

## **4.6 K6 Befunderhebung**

Teilnehmerin 1 ging bei der Befunderhebung mit der Klientin, die blind ist, nicht anders vor als mit sehenden Klienten.

Teilnehmerin 2 und 3 gaben an, dass die Befunderhebung in dem Motorikraum der Praxis stattfand, in welchem die Teilnehmerinnen die Klient\*innen bei Bewegung und Orientierung beobachteten.

Auch Teilnehmer 4 setzte freie Beobachtungen bei der Befunderhebung ein. Zusätzlich setzte er Befundbögen ein, die auf die Schlaganfallsymptomatik des blinden Klienten abzielten. Teilnehmerin 2 und 3 setzten während der Befunderhebung keine standardisierten Assessments ein.

Teilnehmer 2, 3 und 4 setzten bei der Befunderhebung auf Gespräche mit dem Klienten selbst oder mit dem erweiterten Klienten (Lehrer, Eltern), um die Problemstellung gemeinsam zu ermitteln.

### **4.6.1 K6.1 Adaption der Befunderhebungsinstrumente**

Teilnehmerin 1 und 2 adaptierten Befunderhebungsinstrumente für sehende Personen, indem sie die Inhalte des Instruments vorlasen. Teilnehmer 2 nutzte ein Fotointerview, um Betätigungsprobleme zu ermitteln und trug dem Klienten verbal die Inhalte der Karten vor. Bei Beiden Teilnehmerinnen traten hierbei Probleme auf und der Einsatz war nicht zielführend.

*„Ich denke, dass ich das besser hätte adaptieren müssen [...] dass er da was taktiles in die Hand kriegt [...] dass man spüren kann, worum geht es gerade. [...] nur über das Hören, das war nicht so hilfreich für ihn“ (TN2)*

Anhand des Zitats kann diese Aussage auch der Kategorie *Herausforderungen in der Befunderhebung* zugeordnet werden.

## **4.7 K7 Betätigungsprobleme aufgrund der Blindheit**

Teilnehmerin 1 gab an, dass die Klientin Schwierigkeiten zeigte, bei der Orientierung auf dem Papier. Die Klientin wusste nicht, wo unterschrieben werden sollte.

Ein weiteres Betätigungsproblem aufgrund der Blindheit stellte dar, dass die Klientin nicht allein anrufen konnte, da sie sich Telefonnummern nicht merken konnte und diese nirgendwo aufgeschrieben waren. Ebenso stellten die Selbstversorgung sowie die Selbstständigkeit eine Herausforderung für die Klientin dar. Im Bereich Selbstversorgung nannte Teilnehmerin 1

beispielhaft die Betätigung Kochen, da die Klientin auf Grund von Sensibilitätsstörungen in Kombination mit der fehlenden visuellen Kontrolle nicht mehr selbstständig kochen konnte.

Teilnehmerin 2 gliederte die Betätigungsprobleme in die Aussagen des Vaters und in die Aussagen der Lehrerin. Der Vater sah die Betätigungsprobleme in der Orientierung und beim Essen mit dem Löffel. Die Lehrerin sah eine verminderte Teilhabe am Unterricht, durch verminderte Aufmerksamkeit, sowie eine Einschränkung des Sozialverhaltens. Die Teilnehmerin sah Betätigungsprobleme in Aktivitäten wie allein essen oder Brote schmieren. Der Klient bekam diese Betätigungen zuhause abgenommen. Sie ordnete die Betätigungsprobleme ihres Klienten den Bereichen Selbstversorgung und Produktivität zu.

Teilnehmerin 3 gab als Betätigungsproblem die eingeschränkte Selbstversorgung der Klientin an. Sie ergänzte, dass die Einschränkungen bei Betätigungen mit der Blindheit einhergehen. Auch im Umgang mit sozialen Kontakten hatte ihre Klientin Probleme, als Beispiel nannte sie hierfür das nicht Zuordnen können von Berührungen, wegen fehlender Rückmeldung über Gestik und Mimik. Außerdem verhielt die Klientin sich sehr unsicher in neuen Umgebungen.

Der erwachsene Klient von Teilnehmer 4 konnte sich zuhause nicht orientieren, da er durch den Unfall erblindet war. Er hatte außerdem Schwierigkeiten im Umgang mit Geld. Er ordnete die Problematiken den Bereichen Selbstversorgung und Freizeit zu. Auch beim jugendlichen Klienten sah der Teilnehmer die Betätigungsprobleme im Bereich der Freizeit.

#### **4.8 K8 Alltagsproblematik aufgrund von anderen Faktoren**

Teilnehmerin 1 nannte die eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auf Grund traumatischer Erfahrungen. Teilnehmerin 2 stellte dar, dass die mangelnde Aufmerksamkeit im schulischen Setting nicht auf die Blindheit zurückzuführen ist, sondern auf die Aufmerksamkeitsstörung. Teilnehmer 4 machte deutlich, dass die Einschränkungen seines Klienten im Freizeitbereich durch die Schlaganfallsymptomatik verstärkt wurden.

#### **4.9 K9 Problematik auf Funktionsebene**

Teilnehmerin 2 ermittelte Defizite in der Orientierung, der Raum-Lage-Wahrnehmung und des Körperschemas. Teilnehmer 4 gab an, dass bei dem erwachsenen Klienten ein herabgesetzter Tonus und eine Antriebsarmut eine Einschränkung darstellten. Beim jugendlichen Klienten bestanden motorische und taktile Defizite auf Grund des Hirninfarktes. Teilnehmerin 1 gab eine Konzentrationsstörung und taktile Defizite ihrer Klientin an.

#### **4.10 K10 Produktivität**

In den Interviews wurde das Thema Produktivität mehrmals angesprochen. Zwei der Klient\*innen, über welche berichtet wurde, gingen keiner produktiven Betätigung nach. Eine Klientin auf Grund ihrer Epilepsie, der andere Klient befand sich nach seinem Unfall in der Rehabilitationsphase.

Drei der fünf Klienten, über welche berichtet wurde, gingen einer Produktiven Betätigung nach. Die Klient\*innen von Teilnehmerin 2 und 3 besuchten Förderschulen. Teilnehmerin 2 berichtete, dass im Bereich Produktivität Betätigungsprobleme in der Schule auf Grund motorischer Unruhe und Defiziten in der sozialen Kommunikation des Kindes auftraten. Der jugendliche Klient von Teilnehmer 4 ging einer produktiven Betätigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) nach. Die Behandlung fand daraufhin in der WfbM statt und zielte dann auf die Orientierung in der Werkstatt und auf die Anpassung des Arbeitsplatzes ab.

#### **4.11 K11 Unangepasstes häusliches Umfeld**

Teilnehmer\*in 1, 2 und 4 berichteten, dass das häusliche Umfeld der Klient\*innen nicht oder nur wenig an die Blindheit angepasst war.

*„[...] die Wohnung, die sieht komplett aus, wie bei einem Sehenden [...]“* (TN1)

#### **4.12 K12 Hilfsmittel vor ergotherapeutischer Behandlung**

- Blindenstock zur Orientierung (TN1, TN2, TN3, TN4)
- Schreibmaschine für Braille-Schrift (TN1, TN2), Tastatur mit Braille-Schrift (TN4)
- Farberkennungsgerät (TN1)
- Haltegriffe in der Dusche (TN1)
- Scanner für Bücher (TN1)
- Trinkflasche, die nicht auslaufen kann (TN2)
- Blindenhund (TN4)
- Sprachgesteuerten Computer und Wecker/ Uhr (TN4)

Teilnehmerin 1 gab an, dass einige Hilfsmittel nicht mehr zeitgemäß und unpraktisch waren.

*„ihre Schreibmaschine [...] die wiegt bestimmt acht Kilo, das ist so ein Riesen gusseisernes Teil, [...] aus den Siebzigern oder so. Gibt es da keine neuen?“* (TN1)

*„Dann hat sie diesen Scanner. [...] das ist echt so ein Riesen Teil, also nimmt das ganze Schlafzimmer in Anspruch. [...]“ (TN1)*

Teilnehmerin 2 sagte, dass der Klient weitere Hilfsmittel als oben aufgeführt derzeit ablehnt.

#### **4.13 K13 Unterstützungsfaktoren**

Die Teilnehmer\*innen berichteten, welche Unterstützungsfaktoren ihre Klient\*innen im Alltag hatten:

- Haushaltshilfe zur Unterstützung in der Selbstversorgung gehabt (TN1)
- Fehlende Unterstützung durch Angehörige (TN1)
- Mutter als Unterstützungsfaktor (TN3, TN4)

#### **4.14 K14 Wohlbefinden**

Teilnehmerin 1 war die einzige befragte Person, die sich zu dem Wohlbefinden ihrer Klientin äußerte. Sie gab an, dass die Klientin, mit dem was sie habe, zufrieden war.

#### **4.15 K15 Zielsetzungsprozess**

Teilnehmer\*in 1 und 4 gaben an, dass sich die Ziele während des Therapieprozesses entwickelt und verändert haben, was zu einer Anpassung des Therapieplans führte. *„[...] weil ihre Ziele ja erst völlig andere waren, hat sich das erst dann so ergeben, weil dann einfach klar war, dass es gar nicht die Hauptproblematik war“ (TN1)*

Zudem gab sie an, dass die Ziele eher spontan entstanden und der Zielsetzungsprozess bei jeder Therapieeinheit durchgeführt wurde.

Teilnehmerin 2 gab an, dass der Zielsetzungsprozess durch ein Gespräch mit dem Vater des Klienten besprochen wurde, die Ziele selbst aber mit dem Klienten vereinbart wurden. Sie stellte ebenfalls fest, dass das Fotointerview nicht für die Zielsetzung geeignet war.

Teilnehmerin 3 ging bei dem Zielsetzungsprozess gemeinsam mit der Klientin vor und besprach die Ziele.

Teilnehmer 4 berichtete von einer Diskrepanz der Zielvorstellungen von Klient und Therapeut im Zielsetzungsprozess beim Jugendlichen. Beim erwachsenen Klienten waren die Zielvorstellungen kongruent zueinander.

### **4.15.1 K15.1 Ziele**

Alle vier Teilnehmer\*innen gaben Ziele ihrer Behandlungen an:

- Alltagsbewältigung fördern statt der Gedächtnisproblematik (TN1)
- Selbstständigkeit im Bereich der Selbstversorgung ermöglichen (TN1, TN2)
- Aufbau von Selbstsicherheit, Abbau von Ängsten, offener Umgang mit neuen Lebensphasen (TN3)
- Wahrung der eigenen Grenzen trotz Abhängigkeit von Hilfspersonen (TN3)
- Teilnehmer 4 äußerte, dass die Ziele des jugendlichen Klienten im Bereich Freizeit und Produktivität darstellten, da der Klient in eine WfbM gehen sollte.

### **4.16 K16 Kommunikation**

Die Kommunikation stellte sich bei allen vier Teilnehmer\*innen als problemlos dar. Teilnehmer 1 sagte, dass sich die Kommunikation kaum zu anderem Klientel unterscheidet. Sie gibt als Unterschied jedoch an, dass im Therapieprozess viel verbal begleitet werden musste, beispielsweise musste die Umwelt der Klientin beschrieben und erklärt werden. Ebenso beschrieb sie einen bedachten Umgang mit der Klientin, aufgrund einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörung. Teilnehmerin 2 gab ebenfalls an, dass die Kommunikation zu ihrem Klienten unkompliziert verlief. Sie beschrieb den Ablauf der Kommunikation und des Small-Talks als kaum unterschiedlich zu anderen Kindern.

Teilnehmerin 3 beschrieb gleichermaßen eine unkomplizierte Kommunikationsgestaltung. Sie stütze sich auf offene Kommunikation, um die Klientin zur Reflektion und zum Feedback in Bezug zur Therapeutin anzuregen. Zudem sagte sie, dass sie klar kommunizierte, dass die Klientin die Expertin für sich selbst ist.

Teilnehmer 4 gab an, dass die Kommunikation zu dem jugendlichen Klienten problemlos verlief, da der Klient sehr offen und kommunikativ war, Therapieinhalte wurden offen kommuniziert. Ebenso beschrieb er, dass eine gemeinsame Reflektion der Herausforderungen und Klären der Erwartungen als hilfreich empfunden wurde. Die Kommunikation bei dem erwachsenen Klienten stellte sich schwieriger heraus, aufgrund einer Sprachbarriere (*siehe K7.5 Herausforderungen in der Kommunikation*).

### **4.17 K17 Interventionen**

Aus den Berichten zu Intervention konnten folgende Unterkategorien gebildet werden:

#### **4.17.1 K17.1 Interventionsplanung**

Teilnehmer\*in 1 und 4 haben die Interventionsplanung gemeinsam mit den Klient\*innen erarbeitet.

*„Das waren dann eigene Ideen, oder Sachen, die wir zusammen recherchiert haben. [...] aufgrund dessen, dass sie blind ist, hatte sie vielleicht nochmal andere Ideen.“* (TN1)

Teilnehmer 4 bezog dabei vor allem das häusliche Umfeld und das Arbeitsumfeld seiner beiden Klienten mit ein.

Teilnehmerin 2 berichtete, dass ihre Interventionsplanung zielorientiert stattgefunden hat. Für die Planung, wie die Ziele erreicht werden können, wurden Informationen über Interessen des Klienten, Aussagen des Klienten und des Vaters und Erfahrungen mit bereits angewandten Interventionen mit einbezogen und daraufhin Materialien ausgewählt. Sie sagte, dass sie allgemein den Fokus der Intervention auf die Umweltgestaltung gelegt hat.

Teilnehmerin 1 und 3 berichteten, bei der Interventionsplanung oft intuitiv vorgegangen zu sein.

#### **4.17.2 K17.2 Betätigungsbasierte Interventionen**

Die Teilnehmer\*innen nannten, Interventionen, die direkt auf die Verbesserung der Betätigungsperformanz abzielten:

- Einkaufen, Unterstützung bei der Orientierung im Supermarkt (TN1)
- Anlegen eines Karteikartensystems zum Selbstständigen Anrufen und Telefonieren: *„Dann haben wir einen Karteikasten angelegt, wo sie mir ihre ganzen Kontakte und Telefonnummern genannt hat und ich habe sie per Handschrift geschrieben und sie hat so eine Schreibmaschine [...] wo sie Karteikarten nochmal mit ihrer Blindenschrift überschrieben hat und dann haben wir immer so Systeme erarbeitet, die für Sehende und für Nichtsehende zugänglich sind.“* (TN1).
- Sortieren und Beschriften (Brailles-Schrift) des Bücherregales der Klientin zur selbstständigen Auswahl von Büchern, um dem Hobby Lesen nachzugehen (TN1)
- Beschriften des Gewürzregals der Klientin mit Brailles-Schrift beschriftet worden, um der Klientin die Auswahl der Gewürze beim Kochen zu ermöglichen, *„[...] weil sie eigentlich auch gerne kocht [...]“* (TN1)
- Allgemeine Beschriftung einzelner Bereiche der Wohnung mit Brailles Schrift zur verbesserten Orientierung bei Betätigungen in der Wohnung (TN1)
- Orientierungstraining in der Wohnung und am Arbeitsplatz: *„[...] Strategien zu entwickeln, wie kommt er zuhause zurecht, wie kann er von einem Raum zum anderen.“*

*[...] da haben wir [...] trainiert und geguckt, dass wir Strategien entwickeln [...] wie man es machen kann mit Schritten zählen, und irgendwelche Punkte [...] die gleichen Routen, so Routine reinzubekommen [...]" (TN4)*

- Arbeitsplatzanpassung (TN4)
- Adaption eines Griffes am Löffel zur Verbesserung der Betätigungsperformanz beim Essen, Anbringung eines Spielzeughais am Griff, „[...] um sich an diesen Flossen zu orientieren. [...] um ihm eben diese taktilen Rückmeldungen zu geben, die er sonst nicht kriegt bei der normalen Griffhilfe.“ (TN2)
- Kochtraining (TN4)
- Anziehungstraining durch gemeinsame Strategieentwicklung und Übung (TN4)
- Umgang mit Geld, Erfühlen der Münzen (TN4)
- Handwerklich Tätigkeiten in der Werkstatt des Klienten (TN4)

#### **4.17.3 K17.3 Intervention und Hilfsmittelversorgung**

Teilnehmer\*innen wandten folgende Hilfsmittelversorgungen als Interventionen an:

- Nutzung von “Audible”, eine online Plattform für Hörbücher (TN1)
- “Alexa”, ein virtueller Assistent, der über Sprache gesteuert wird zur Nutzung des Internets (TN1)
- Hilfsmittel Kompensation der Hemiplegie des jugendlichen Klienten (TN4)

#### **4.17.4 K17.4 Interventionen auf Funktionsebene**

Teilnehmerin 3 hat motorische und taktile Übungen, sowie die Nutzung einer Hängematte zur Beruhigung der Klientin in ihrer Intervention angewandt.

Auch Teilnehmer 4 berichtete vom Einsatz Tonus aufbauender und aktivierender Übungen in der Intervention, auch als vorbereitende Maßnahmen. Mit dem jugendlichen Klienten wandte Teilnehmer 4 ein Tastmemory an.

### **4.18 K18 Berufung auf ergotherapeutisches Fachwissen**

Teilnehmerin 3 war besonders im Bereich Psychiatrie tätig, sodass sie sich oftmals auf die Erfahrungen aus diesem Bereich bei der Behandlung stützt, beispielsweise nutzte sie therapeutische Konzepte wie die kognitive Umstrukturierung, Achtsamkeitsbasierung und das ABC-Modell zur Behandlung von Angststörung. Teilnehmerin 3 gab an, dass sie aufgrund ihres Fachwissens im Bereich Psychiatrie, der Meinung ist, dass ein Potential in der

ergotherapeutischen Arbeit besteht, auf kognitiver Ebene mit Menschen mit Sinnesbehinderungen zu arbeiten.

#### **4.19 K19 Wissensaneignung der Therapeut\*innen**

Teilnehmerin 2 gab an, dass ihr ergotherapeutisches Fachwissen im Bereich Blindheit nicht bekannt war, deshalb habe sie recherchiert in Bezug zu Wahrnehmung und Hilfsmittel im Bereich Blindenforschung. Teilnehmer 4 erweiterte ebenfalls durch eine Internetrecherche und durch „*learning by doing*“ sein Wissen in Bezug zur Behandlung mit Menschen die blind sind.

#### **4.20 K20 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Teilnehmerin 1 arbeitete mit der Sozialarbeiterin, Haushälterin und dem Pflegedienst der Klientin interdisziplinär zusammen. Teilnehmerin 2 arbeitete mit der Lehrerin des Klienten zusammen, eine weitere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Heilpädagogen und anderen Unterstützer der Blindenförderung sei angedacht. Teilnehmerin 3 gab an, mit keiner anderen Berufsgruppe zusammenzuarbeiten. Teilnehmer 4 äußerte die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten und den Angestellten in der WfbM bei der Behandlung des jugendlichen Klienten. Bei der Behandlung des erwachsenen Klienten gab er an, mit keiner anderen Berufsgruppe zusammen gearbeitet zu haben.

#### **4.21 K21 Kooperation mit Bezugspersonen/ Angehörigenarbeit**

Teilnehmerin 2 bezog für die Behandlung besonders den Bruder des Klienten ein, aufgrund der mangelnden Unterstützung des Vaters, indem sie dem Kind Übungen für Zuhause zeigte und den Bruder mit einband, um den Klienten zuhause darin zu unterstützen, mehr Selbstständigkeit zu erlangen. Dementsprechend sah Teilnehmerin 2 die fehlende Kooperation des Vaters als Behinderung der Umweltanpassung.

Teilnehmerin 3 bezog die Mutter der Klientin in die Behandlung mit ein, da besonders der Loslösungsprozess von der Mutter der Klientin im Vordergrund stand. Die Teilnehmerin empfand den Austausch mit der Mutter als hilfreichen Aspekt in der Behandlung.

#### **4.22 K22 Unterstützung des/der Therapeut\*in im Alltag**

Teilnehmerin 1 berichtete uns von Aspekten ihrer Intervention, die von ihr selbst als Unterstützung angewandt wurden, um den Sehsinn der Klientin zu “ersetzen”, beispielsweise

durch das Führen am Arm beim Einkaufen oder das Beschreiben der Umgebung beim Spaziergehen. Sie bestellte für die Klientin auch Produkte im Internet, oder las ihr Texte vor, die sie selbst nicht lesen konnte.

*„Dennoch sind da total viele Sachen, die sie nicht bedienen kann. Total oft ist es so, dass ich da bin und wir schauen nach neuen Büchern bei Audible und ich lese ihr dann die Inhaltsverzeichnisse vor und dann bestellen wir das zusammen, weil auch der Bestellvorgang per Sprache nicht so einfach ist, da können zu viele Dinge schief laufen.“* (TN1)

#### **4.23 K23 therapeutisches Verhalten**

Bei der Behandlung der Klientin setzten Teilnehmerin 1 und 3 auf persönliche Eigenschaften. Teilnehmerin 1 gab an, dass empathisches Verhalten seitens der Therapeutin hilfreich sei im Umgang mit der Klientin. Teilnehmerin 3 gab als Beispiel ihre Authentizität an. Zudem mache sie keine Unterscheidung zwischen sehenden Klienten und Klienten, die blind sind, im therapeutischen Verhalten.

Teilnehmer 4 empfand eine gemeinsame Reflektion der Herausforderungen und Klären der Erwartungen als hilfreich im therapeutischen Prozess.

Teilnehmerin 2 achtete darauf, dem Klienten viel Freiraum zu lassen, dass sie besonders darauf achte, ihrem Klienten nicht zu viele Handlungen abzunehmen,

*„[...] weil man denkt, nicht, dass er sich gleich verletzt oder dass er es nicht schafft.“* (TN2),

ihn gleichzeitig aber vor zu vielen Misserfolgen zu schützen.

Teilnehmerin 3 sagte, dass eigene Vorstellungen und eigene Anforderungen exkludiert werden sollten, um sich vollkommen auf die Klientin einlassen zu können und um die Qualität der Behandlung gewährleisten zu können. Sie berichtete auch davon, dass sie nach den ersten beiden Therapieeinheiten eine Zusammenfassung darlegt, um anschließend mit der Klientin in den Austausch über die aufgefassten Inhalte zu gehen.

Teilnehmer 4 gab an, dass er den Klienten unterstützte, indem er beim Ertasten/Erfühlen von taktilen Reizen die Hände des Klienten führte. Teilnehmerin 2 unterstützte die Orientierung ihrer Klientin durch Beschreibung ihres Sichtfeldes.

#### **4.24 K24 Ergotherapeutische Prinzipien der Therapeut\*innen**

#### **4.24.1 K 24.1 größtmögliche Selbstständigkeit als Ziel**

Teilnehmer\*in 1, 3 und 4 beschrieben die größtmögliche Selbstständigkeit ihrer Klienten als leitendes ergotherapeutisches Prinzip in ihrer Arbeit.

*„Mir ist wichtig, dass die Menschen, die kommen [...] Unterstützung erhalten, die sie danach selbstständig anwenden können. Damit sie nicht mehr angewiesen sind auf zusätzliche Hilfe.“*(TN3)

*„Ziel war [...], dass man irgendwie dem Patienten helfen kann, wo er Schwierigkeiten hatte, gerade im häuslichen Umfeld, Selbstständigkeit wiedererlangen, das waren schon die Grundideen.“* (TN4)

#### **4.24.2 K24.2 Betätigung als Lernfaktor**

Teilnehmerin 2 erwähnte den Einsatz von Betätigung als Lernfaktor als leitendes Prinzip.

*„Erstmal Betätigungen ermöglichen zu können, um daran auch andere Fähigkeiten zu üben. [...], dass das nicht nur durch Funktionstraining [...], sondern durch Ausprobieren und Erleben stattfindet, durch das greifbar machen von Dingen. Das ist für mich auch eine Ergotherapie Grundlage, die ich auch mit anderen Klienten umsetze.“* (TN2)

#### **4.24.3 K24.3 Förderung der Teilhabe**

Teilnehmerin 1 und 2 stützten sich auf die Förderung der Teilhabe als Prinzip für ihre Arbeit.

*„Teilhabe am ganz normalen Leben, was für uns so völlig normal ist, solche Dinge machen wir ganz viel.“*(TN1)

#### **4.24.4 K24.4 Ressourcenorientierung**

Ressourcenorientierung wurde von Teilnehmerin 1 und 3 als leitenden Prinzip angesprochen.

#### **4.24.5 K24.5 Klientenzentrierung**

Teilnehmerin 3 erwähnte außerdem den Aspekt der Klientenzentrierung.

#### **4.25 K25 Klient\*in als Expert\*in**

Teilnehmerin 1 gab an, gemeinsam mit der Klientin Interventionen zu planen. Dabei stützt sie sich auf die individuellen Erfahrungen und das Wissen der Klientin.

*„aufgrund dessen, dass sie blind ist, hatte sie vielleicht nochmal andere Ideen.“* (TN1)

Teilnehmerin 3 machte ihrer Klientin deutlich, dass sie als Experte für sich selbst fungiert, sodass sie die Therapeutin mit in ihre Welt nehmen kann, genauso umgekehrt.

Teilnehmer<sup>4</sup> gab ebenfalls an, von dem Wissen in Bezug zur Blindheit des Klienten zu profitieren. Besonders im Bereich der Hilfsmittelversorgung konnte Teilnehmer 4 von dem Klienten lernen.

## **4.26 K26 Herausforderungen**

Alle Teilnehmer\*innen berichteten von Herausforderungen, welche sich auf verschiedene Aspekte im Therapeutischen Prozess bezogen.

### **4.26.1 K26.1 Herausforderungen bei der Befunderhebung**

Teilnehmer 4 empfand zum einen die Blindheit seines Klienten als herausfordernder Faktor, um die Schlaganfallsymptomatik des Klienten zu erfassen. Zudem galt die unterschiedliche Sichtweise des Klienten und des Teilnehmers als Herausforderung, da Handlungsschwierigkeiten unterschiedlich eingeschätzt wurden.

Teilnehmerin 1 und 2 erwähnten Herausforderung in der Auswahl der Befunderhebungsinstrumente (*siehe K6.1 Adaption der Befunderhebungsinstrumente*).

### **4.26.2 K26.2 Herausforderungen in der Intervention**

Teilnehmerin 1 und 2 berichteten von Herausforderungen in der Intervention auf Grund fehlenden Materials für die Klienten, die blind sind.

*„Die Therapiemittel auszuwählen, das finde ich immer wieder herausfordernd bei ihm, weil ich eben nicht alles so verwenden kann, wie ich das bei anderen Klienten kann.“* (TN2)

Teilnehmerin 1 betonte auch, dass sie nicht wüsste, wo sie Materialien für Klienten, die blind sind, beschaffen könne.

Teilnehmerin 1 stieß während der Interventionsphase an Grenzen, da es wenig Teilhabeangebote für Menschen, die blind sind, gäbe, sie habe die Möglichkeit, sich an Kontaktstellen zu wenden, bisher auch nicht genutzt.

Teilnehmerin 3 sah außerdem Herausforderungen in der Intervention besonders in dem Hineindenken und den Perspektivenwechsel in den Klienten

*„Also reflektiert Ziele zu besprechen fällt ihm noch schwer, dementsprechend muss ich mich ein bisschen rein denken können in ihn, um herauszufinden, was ist gerade schwierig für ihn [...] sehe ich manchmal andere Dinge, wo ich auch denke, das wäre wichtig, dass er das lernt.“*

*[...] Aber ob es das ist, was er jetzt als blindes Kind tatsächlich braucht, beziehungsweise [...] ob ihm das wirklich wichtig ist, das finde ich noch schwierig herauszukriegen.” (TN3)*

In diesem Zusammenhang nennt sie als Herausforderung ihre fehlenden Erfahrungswerte im Bereich Blindheit.

Teilnehmerin 3 berichtete, dass bei anderen Klient\*innen angewandte Therapiemethoden bei der Klientin, die blind war, schwer anwendbar waren

*„Wenn man mit kognitiver Umstrukturierung arbeitet, dann erzählt sie mir von ihren Erlebnissen und sie hat völlig andere Bilder im Kopf [...] das ist eine Herausforderung gewesen. [...] Dass ich letztendlich Sprache angewandt hab mit Symbolen und mit Wörtern, wo ich dachte, die fühlen sich ja für sie ganz anders an, als für mich.”(TN3)*

#### **4.26.3 K26.3 Herausforderungen unabhängig von Blindheit**

Teilnehmerin 1, 2 und 4 nahmen Herausforderungen wahr, die nicht direkt mit der Blindheit der Klienten zusammenhängen:

- Herausforderungen auf Grund der Persönlichkeitsstörung (TN1)
- Unregelmäßige Teilnahme an Therapie beeinflusste Therapieerfolge negativ (TN2)
- Kommunikationsschwierigkeiten auf Grund einer Sprachbarriere (TN4)

#### **4.26.4 K26.4 Herausforderung durch Eingeschränkte Informationsbeschaffung**

Teilnehmer\*in 1 und 4 erwähnten, es ist ihnen schwergefallen, Informationen zu beschaffen für Materialien und über Partizipationsmöglichkeiten (TN1) und Literatur zum Thema Blindheit (TN4).

#### **4.26.5 K26.5 Herausforderungen in der Kommunikation**

Teilnehmerin 2 berichtete, dass die Formulierung von Aufgabenstellungen für sie eine Herausforderung dargestellt, weil sie dem Kind auf Grund der Blindheit mehr Informationen geben musste als anderen Kindern.

Teilnehmerin 3 sah es als Herausforderung an, dass sie in der Kommunikation nicht auf bildhafte Metaphern zurückgreifen konnte.

Als Herausforderung in der Kommunikation auf Grund der Blindheit sah Teilnehmer 4, dass er vorher keine Erfahrungen mit Menschen, die blind sind hatte und daher in der Kommunikation oft unpassende Redewendung nutzte.

*„[...] zum Beispiel, wenn ich dann sage, guck mal hier, wir müssen das so und so machen [...]“*  
(TN4)

Andere Kommunikationsschwierigkeiten, bestanden, laut Teilnehmer 4, auf Grund einer Sprachbarriere, gemindertem Antrieb und Passivität des Klienten.

#### **4.27 K27 mangelnde Teilhabemöglichkeiten**

Zwei der vier befragten gaben an, dass ein Mangel an Teilhabemöglichkeiten für Menschen, die blind sind, bestand. Teilnehmerin 1 äußerte, dass sie wenige Unterstützungsmöglichkeiten für ihre Klientin kannte.

*„Sie wollte jetzt zum Beispiel Reiterferien [...] machen, da haben wir so lange gesucht nach [...] Höfen und sind da gar nicht an die Infos gekommen, ob es möglich ist, dass blinde Personen da mit machen“* (TN1)

*„Wir sind häufiger an dem Punkt, wo wir merken „Was gibt’s denn da? Warum gibt es nicht mehr für blinde Personen?“* (TN1)

Teilnehmerin 2 gab an, dass dem Klienten Teilhabe- und Betätigungsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld fehlten und zu Langeweile des Klienten führten.

#### **4.28 K28 Outcome**

- Erkennung des Mehrwerts der Therapie seitens der Klientin aufgrund des Alltagsbezugs (TN1)
- Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen (TN1)
- Sicherheit im Alltag (TN1, TN4)
- Selbstsicherheit (TN3)
- Verbesserung der Selbstständigkeit bei Aktivitäten der Selbstversorgung (TN2)
- Verbessertes Selbstvertrauen/ Vertrauen der Familie in den Klienten bei Aktivitäten (TN2, TN4)
- Vergrößerung des Erfahrungsspielraums (TN3)
- Verbesserung des Selbstwertgefühls (TN3)
- Reduktion von Ängsten (TN3)
- Finden von neuen Interessen (TN4)
- Dankbarkeit seitens des Klienten aufgrund von Ermöglichen von Normalität im Alltag (TN4)
- Eingliederung in WfbM (TN4)

Teilnehmerin 2 gab an, dass durch interdisziplinäre Zusammenarbeit noch weitere Ergebnisse erzielt werden können.

*„Für die anderen Ziele, die sind [...] längerfristig. Die Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe. Das braucht auch noch mehr Zusammenarbeit mit der Schule, das war ja jetzt schwierig, weil er ja auch nicht vor Ort war in der Schule.“ (TN2)*

#### **4.29 K29 Mehrwert der Ergotherapie und Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen**

Alle Teilnehmer sagten, sie sehen einen Mehrwert in der ergotherapeutischen Arbeit mit Menschen, die blind sind, auch in der Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, die mit Menschen, die blind sind, arbeiten. Dabei wurden folgende Punkte erwähnt:

- Blick auf Partizipationsmöglichkeiten (TN 1 und 2)
- alltagsnahes Arbeiten (TN 1,2 und 4)
- Einzelsetting (TN4)
- Kontextbasierung: *„[...] Zu gucken, wie ist denn das persönliche Umfeld? Was kann man da machen [...] Das mehr mit zu gestalten. Das ist glaube ich wirklich ein Mehrwert der Ergotherapie [...]“ (TN2)*
- Individueller Blick auf Klient\*innen: *„[...] bei den Blindentrainern zum Beispiel, dass die verschiedene Methoden vermitteln möchten [...], die dann gut aufgenommen werden können. Aber wenn das aus einem bestimmten Grund in dem Kontext so nicht klappt, dann haben wir Ergotherapeuten nochmal einen guten Blick zu überlegen, wie können wir das denn adaptieren? [...] Was kann an Fähigkeiten gelernt werden von der Person noch, damit es klappt? [...]“ (TN2)*
- Fachwissen über taktile Wahrnehmung (TN3) *„[...] durch die ausgewählten Arbeitsmaterialien, die wir einfach anbieten, nochmal andere Inputs kommen.“ (TN3)*
- Vielseitigkeit der Interventionen (TN3)
- Betätigungsbasierung *„[...] dass wir mit unserem Hintergrundwissen, wie Betätigungen ausgeführt werden, was dafür benötigt wird, was es auch in den Menschen auslöst, wenn sie plötzlich Betätigungen ausführen können oder Teilhabe erleben können, die vorher nicht möglich war [...]“ „[...] speziell auf die Betätigungen zu gucken. [...] in der Schule [...] wird auch Mobilität im öffentlichen Raum geübt [...] Aber wirklich explizit auf bestimmte Betätigungen zu gucken [...] das ist glaube ich wirklich ein Mehrwert der Ergotherapie [...]“ (TN2)*

#### **4.30 K30 Wünsche der Therapeut\*innen**

- Mehr Forschung zum Thema Ergotherapie und Blindheit „[...] gerade für solche Fälle, wie sie, die eigentlich so autark und fit ist [...] könnte man noch viel machen. [...] wäre auch wünschenswert, wenn das noch gefördert werden würde, oder erforscht [...]“ (TN1)
- Mehr Betätigungsmöglichkeiten für Menschen, die blind sind „[...] wie [...] zum Beispiel dieses Reiten für Blinde.“ (TN1)
- Mehr Schulung der Ergotherapeut\*innen im Bereich Blindheit (TN1)
- Aktivere Arbeit der Ergotherapie im Bereich Blindheit (TN1,2 und 4)
- Höhere Therapiefrequenz (TN4)

#### **4.31 K31 Umgang der Gesellschaft mit Blindheit**

Teilnehmerin 1 äußerte sich als einzige befragte Person über den Umgang mit Menschen, die blind sind, in der Gesellschaft.

*„Weil oft werden die einfach abgestempelt als „die sind behindert“. [...] ich finde, [man] könnte eigentlich so viele schöne Sachen noch machen und da sind ihr einfach die Hände gebunden“* (TN1)

## 5. Diskussion

In diesem Kapitel reflektieren und diskutieren die Forscherinnen die Resultate mit Einbezug der im *theoretischen Hintergrund* hervorgebrachten Literatur und weiterer, ergänzender Literatur. Es wird eine theoretische Verknüpfung zu den Studienergebnissen dargestellt und die einzelnen Leitfragen werden mittels kritischer Auseinandersetzung beantwortet. Anschließend wird die Hauptfragestellung beantwortet und diskutiert.

Vor der Beantwortung der Leitfragen ist eine Auffälligkeit zu beschreiben, welche bereits im *theoretischen Hintergrund* beschrieben wurde, die sich auf den Ablauf der Studie auswirkte und auch durch die Aussagen der Teilnehmer\*innen widergespiegelt wurde. Es handelt sich hier um den bisher geringen Einsatz der Ergotherapie im Bereich Blindheit in Deutschland, welcher die Forscherinnen zu dieser Studie anregte. Wie schwer es ist, Ergotherapeut\*innen zu finden, die ausschließlich mit Klient\*innen arbeiten, die blind sind, zeigte sich vor allem während des Samplings. Wie im Kapitel *Methoden* beschrieben, fanden sich als Teilnehmer\*innen, trotz der Kontaktierung mehrerer Institutionen, keine Ergotherapeut\*innen, die ausschließlich mit blinder Klientel arbeiteten. Die einzige Institution, welche kontaktiert wurde, die Ergotherapeut\*innen in diesem Bereich beschäftigte, war die Louis-Braille-Schule in Düren (Louis-Braille-Schule, o.D.), hier zeigten sich allerdings keine Interessenten. Daher konnten nicht, wie geplant, Expert\*innen dieses Fachbereiches befragt werden, sondern lediglich Ergotherapeut\*innen, welche Erfahrungen mit der Behandlung dieser Klientel in der Praxis mit einem oder zwei Klient\*innen gemacht haben. Sie hatten keine Zusatzausbildungen oder Fortbildungen im Bereich Blindheit. Die Schwierigkeit, Forschungsteilnehmer\*innen mit einer bestimmten Fachexpertise zu finden, beschreiben auch Döring & Bortz (2016). Dies limitierte die Ergebnisse dieser Studie in der Hinsicht, dass weniger Expertenwissen herausgearbeitet werden konnte, worauf die Studie ursprünglich ausgelegt war. Dank der Anlehnung an das phänomenologische Forschungsdesign konnten aber auch die Teilnehmer\*innen mit wenig Fachexpertise von ihren subjektiven Erfahrungen berichten. Die Probleme in der Rekrutierung untermauert zudem die Forschungslücke. Wie aus dem *theoretischen Hintergrund* hervorgegangen ist, sind in Deutschland hauptsächlich Rehabilitationslehrer\*innen für Menschen, die blind und sehbehindert sind, für die Förderung und Schulung von Menschen, die blind sind, in verschiedenen Bereichen des Lebens verantwortlich (Institut für Integration und Rehabilitation Sehbeschädigter e.V. (IRIS), 2020). Dass die Ergotherapie in diesem Bereich bisher wenig zum Einsatz kommt, spiegelt sich auch in den Berichten der Teilnehmer\*inne wider. Es fiel auf, dass der Überweisungsgrund, welcher von dem Arzt/ der Ärztin angegeben wurde, in keinem der fünf Fälle die Blindheit der Klient\*innen war. Diese Zahl ist nicht repräsentativ, gibt aber einen Eindruck in die Situation. Die Überweisungsgründe standen in Verbindung mit anderen, funktionellen

Problemstellungen und Diagnosen (kognitive Defizite und Epilepsie (TN1), Aufmerksamkeitsstörung und Entwicklungsverzögerung (TN2), Angststörung (TN3), Hirninfarkt (TN4)). Im deutschen Heilmittelkatalog für Ergotherapie ist weder Blindheit oder Sehbeeinträchtigung als Diagnose enthalten noch Diagnosen, die zwangsläufig mit dieser einhergehen. Unter anderen Diagnosen, wie Beispielsweise der Schädigung des peripheren Nervensystems, werden Wahrnehmungsstörungen als funktionelle Schädigungen aufgelistet, unter sich auf die visuelle Wahrnehmung beziehen könnten. Ebenso werden Gesichtsfeldeinschränkungen aufgeführt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Fraglich bleibt demnach, warum Ergotherapie nur in Kombination mit anderen, beeinträchtigenden Störungen indiziert wird und nicht, wenn ausschließlich Blindheit vorliegt, beispielsweise bei einer Augenerkrankung. Dass Blindheit zu Beeinträchtigungen in Betätigung und Teilhabe und der Lebensqualität führen kann (Langelaan et al., 2007; Haymes, Johnston, & Hayes, 2002; Demmel & Drerup, 2015; Jagnajac et al., 2020) und somit relevante Problemstellungen für ergotherapeutische Unterstützung bietet (Scheimann, Scheimann, & Whittaker, 2007), zeigt nicht nur die Literatur, sondern auch die Problemstellungen, welche die Klient\*innen der Teilnehmer\*innen aufwiesen. Drei Klient\*innen hatten Schwierigkeiten, sich bei Betätigungen im häuslichen Umfeld oder auch in der Praxis zu orientieren (TN1,2 und 4). Vier Klient\*innen wiesen Betätigungsprobleme in der Selbstversorgung auf, beispielsweise beim Kochen, Essen und Einkaufen (TN1, 2, 3 und 4). Im Bereich Freizeit waren, laut Berichten der Teilnehmer\*innen, alle Klient\*innen durch mangelnde Betätigungsmöglichkeiten eingeschränkt. Und auch im Bereich Produktivität gingen zwei der fünf Klient\*innen keiner Betätigung nach. Allerdings zeigen die Kategorien *Alltagsproblematik auf Grund anderer Faktoren* und *Problematik auf Funktionsebene*, dass die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen der Klient\*innen, abgesehen von der Blindheit, sehr wohl auch eine Rolle in der Therapie spielten und einen Einfluss auf Betätigung und Teilhabe hatten.

## **5.1 Leitfrage 1: Mit welchen Mitteln/ Methoden unterstützen Ergotherapeut\*innen Menschen, die blind sind, in ihrem Alltag?**

### **5.1.1 Verknüpfung von Umwelt, Person und Betätigung**

Die Beantwortung dieser Leitfrage schließt auch den Kontext, in welchem Ergotherapeut\*innen mit Klient\*innen arbeiten, mit ein. Interessant für diese Fragestellung wäre gewesen, in welchen institutionellen Settings Ergotherapeut\*innen, die ausschlich mit Klient\*innen, die blind sind arbeiten, tätig sind. Aus der Recherche ging nur das Förderschulsetting hervor (Louis-Braille-Schule, o.D.). Die Teilnehmer\*innen dieser Studie arbeiteten sowohl in der Praxis, als auch im häuslichen und im schulischen Setting und am Arbeitsplatz. Die Therapie fand auch im Wohnumfeld der Klient\*innen, beispielsweise im Supermarkt (TN1) statt. Der

Einbezug der persönlichen Umwelt der Klient\*innen (*Kontextbasierung/ context-based*) ist in der Ergotherapie von zentraler Bedeutung und dessen Effektivität wurde durch Studien belegt (Cup & van Hartingsveldt, 2019).

Zwei Teilnehmer\*innen führten die Behandlung im Praxiskontext durch, aber auch hier wurden soziale, institutionelle, kulturelle und physische Umweltfaktoren mit einbezogen, wie beispielsweise die Eltern der Klient\*innen (TN2 und 3) und die Schule mit dem zuständigen Lehrpersonal (TN2). Die Teilnehmer\*innen berichteten, dass Unterstützungsfaktoren förderlich für die ergotherapeutische Behandlung sein können. Unterstützungsfaktoren stellen Angehörige dar, die die Menschen, die blind sind im Alltag unterstützen (TN1, 2 und 4). Für Ergotherapeut\*innen ist es sinnvoll, diese in die Therapie mit einzubeziehen (TN3)

Die dynamische Verbindung dieser Umweltbereiche mit der Betätigung und den Personen werden im CMOP-E (Polotajko et al., 2007) beschrieben. Sie ist ein zentraler Grundgedanke der ergotherapeutischen Behandlung und wurde von den Therapeut\*innen in der Behandlung eingesetzt, wenn auch unbewusst oder intuitiv, da alle Angaben nicht nach bestimmten Modellen zu arbeiten. Hieraus lässt sich ableiten, dass sich das ergotherapeutische Inhaltsmodell CMOP-E und eventuell auch andere ergotherapeutische Modelle für den Einsatz in der Behandlung mit Menschen, die blind sind, eignen können. Der Einsatz des Model of Human Occupation für eine ergotherapeutische Intervention im Bereich Blindheit hat sich bereits als zielführend herausgestellt (Du Toit, 2008).

### **5.1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Der Einbezug verschiedener Faktoren des Klienten impliziert auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche von der Teilnehmer\*innen mit Sozialarbeiterin, Haushälterin und dem Pflegedienst der Klientin (TN1), der Lehrerin des Klienten (TN2), Physiotherapeut\*innen und Mitarbeiter\*innen der WfbM (TN4) vollzogen wurde. Die ergotherapeutische Leitlinie der AOTA empfiehlt ebenfalls eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Behandlung älterer Menschen mit Sehbeeinträchtigungen, woraus sich schlussfolgern lässt, dass die ergotherapeutische Behandlung von Menschen, die blind sind, in Deutschland interdisziplinäre Zusammenarbeit einschließen sollte.

### 5.1.3 Betätigungsbasierte und funktionsbasierte Befunderhebung und Interventionen

Laut des zeitgenössischen ergotherapeutischen Paradigmas gilt die *Betätigungsbasierung* als ergotherapeutischer Grundgedanke und zentraler Behandlungsansatz (*occupational-based practice*) (Kielhofner, 2009). Wenn auch die Körperfunktionen nicht mehr im Mittelpunkt stehen, wie im mechanistischen Paradigma (Kielhofner, 2009), werden diese meist trotzdem in die Therapie mit einbezogen (Striesow, 2019). Dies spiegelt sich auch in den Berichten der Teilnehmer\*innen wider. Schon bei der Befunderhebung wurde unterschiedlich gearbeitet. Es wurden freie Beobachtungen sowohl in Bezug auf die Bewegung und Orientierung bei funktionellen Aufgaben (z.B. Parcours laufen (TN3)) durchgeführt, als auch bei Betätigungen (TN2) und es wurden funktionsorientierte Befunderhebungsinstrumente eingesetzt (TN1 und 4) und ein betätigungsorientiertes Assessment (TN2). Die Befunderhebungsinstrumente wurden teilweise adaptiert (*siehe Resultate K6 Befunderhebung*). Die Ziele, welche überwiegend gemeinsam mit den Klient\*innen und erweiterten Klient\*innen aufgestellt wurden (*siehe Resultate K15. Zielsetzungsprozess*), waren zum Teil auf Funktionen und zum Teil auf Betätigung und Teilhabe ausgerichtet, wenn auch keines der Ziele sich auf konkrete Betätigungen bezog (*siehe Resultate K15.1 Ziele*).

Um die Ziele zu erreichen, wurden verschiedene Interventionen eingesetzt, welche zum Teil gemeinsam mit den Klient\*innen erarbeitet wurden (TN 1 und 4), das häusliche Umfeld mit einbezogen (TN4) und zum Teil intuitiv entstanden (TN 1 und 3).

Bei den Interventionen wurde zum größten Teil direkt an der Betätigung angesetzt. Es wurden Strategien entwickelt, Handlungsabläufe eingeübt und trainiert, Orientierung verbessert und Materialien und Umfelder adaptiert (*siehe Resultate K17.2 Betätigungsbasierte Interventionen*). Hier handelten die Therapeut\*innen nach dem zeitgenössischen Paradigma.

Es wurden auch Hilfsmittel als Intervention eingesetzt (*siehe Resultate K17.3 Intervention und Hilfsmittelversorgung*) was unter der nächsten Überschrift vertiefend diskutiert wird.

Auf Funktionsebene wurden von zwei Teilnehmerinnen motorische und taktile, sowie Tonus aufbauende Übungen eingesetzt. Teilnehmerin 3 arbeitete mit ihrer Klientin zudem viel auf der mentalen Ebene.

Betrachtet man die Menge der Aussagen der beiden Kategorien *K17.2 Betätigungsbasierte Intervention* und *K17.4 Interventionen auf Funktionsebene* wird deutlich, dass die Interventionen schwerpunktmäßig betätigungsbasiert waren, woraus sich schlussfolgern lässt, dass das Vorgehen nach dem zeitgenössischen Paradigma geeignet in der Behandlung von Menschen, die blind sind, ist.

Vergleicht man die aufgeführten Interventionen mit den, im *theoretischen Hintergrund* beschriebenen, Interventionen aus der Literatur, welche sich hauptsächlich auf ältere Menschen mit Sehbeeinträchtigungen beziehen, fällt auf, dass diese zum Teil unterschiedlich, zum Teil ähnlich ausfallen. Die Leitlinie der AOTA empfiehlt den Einbezug von Information über Sehkraftverlust, Einsatz von Hilfsmitteln für Menschen mit Sehbehinderungen, Problemlösestrategien und gesellschaftlichen Ressourcen, eine multidisziplinäre Arbeit und einen Alltagstransfer (Liu, Brost, Horton, Kenyon, & Mears, 2020). McGrath, Sidhu & Mahl (2017) erfassten Interventionen zu Förderung des Engagements älterer Menschen mit Sehbeeinträchtigungen, welche den drei Kategorien Selbst-Management Programme, kompensatorische Interventionen (zum Beispiel Hilfsmittelversorgung oder Selbstregulationsstrategien) und der Nutzen sozialer Unterstützung (z.B. durch Peer-Gruppen) zugeordnet werden können. Problemlösestrategien wurden ganz klar in den Behandlungen der Teilnehmer\*innen eingesetzt, um Betätigungen zu ermöglichen. Der Einsatz von Hilfsmitteln als kompensatorische Interventionen stimmt zum Teil mit der Behandlung der Teilnehmer\*innen überein. Vergleicht man allerdings die Kategorien *K17.2 Interventionen und Hilfsmittelversorgung* und *K12 Hilfsmittel vor ergotherapeutischer Behandlung* mengenmäßig, wird deutlich, dass die Hilfsmittelversorgung keinen Schwerpunkt der Behandlung darstellte. Auch die multidisziplinäre Arbeit wurde in der Behandlung der Teilnehmer\*innen nur angerissen, ebenso wie der Nutzen sozialer Unterstützung. Hier wurden lediglich die engsten Angehörigen (Eltern, Bruder) mit einbezogen. Die Information über Sehkraftverlust wurde ebenfalls nicht eingesetzt, was im Falle der vollständigen und angeborenen Blindheit auch nicht nötig ist. Ellexson (2004) führt beispielsweise Sensorik Training, das Erfühlen von taktilen Markierungen und der Einsatz akustischer Hilfsmittel als Interventionen auf. Diese finden sich auch in den Berichten der Teilnehmer\*innen wieder. Der Vergleich zeigt, dass es Überschneidungspunkte in den Interventionen für (ältere) Menschen, die sehbeeinträchtigt sind und Menschen, die vollständig blind sind, gibt, aber auch, dass Interventionen zum Teil nicht übertragbar sind. Der Vergleich zeigt außerdem, dass das Spektrum an ergotherapeutischen Interventionen für Menschen, die blind bzw. Sehbehindert sind, die bereits erhoben wurden, viel mehr umfasst als die in dieser Arbeit erhobenen Interventionen. Die, in diese Arbeit aufgeführten, Ergebnisse geben dennoch einen direkten Einblick in die konkreten Interventionen und beziehen sich zudem, im Vergleich zur Literatur, ausschließlich auf vollständige Blindheit. Vor allem aber zeigen sie auf, dass der Einsatz von Betätigungen und der Einbezug der Umwelt sowie der Funktionen, in der Intervention eine Rolle spielt.

### 5.1.4 Der Einsatz von Hilfsmitteln

Wie bereits in Kapitel *theoretischer Hintergrund* beschrieben, werden technische Hilfsmittel für Menschen, die blind sind, hergestellt und mittels Studien getestet (Lahav, Schloerb, & Srinivasan (2012). „Diese Hilfen reichen von den einfachen, billigsten Geräten bis zu teuersten, komplizierten elektronischen Geräten und zweckmäßig eingerichteten Behindertenwohnungen“ (Gruber, 1979, S.593). Hilfsmittelversorgung muss an die Bedürfnisse des Klienten/ der Klientin angepasst werden, sodass eine optimale Hilfestellung zur Verbesserung der Selbstständigkeit und Teilhabe erreicht werden kann. Ergotherapeut\*innen haben in der Hilfsmittelversorgung die Aufgabe, verschiedene Möglichkeiten des Hilfsmittels zu prüfen und auszutesten, bevor eine Anschaffung stattfindet (Gruber, 1979). „Bei der Überlegung über einen notwendigen Einsatz von Hilfsmitteln muß man die Persönlichkeit und die Gesamtsituation des Patienten beurteilen, wobei entscheidend ist, ob der Patient überhaupt voll rehabilitiert werden will“ (Gruber, 1979, S.593). Dies macht deutlich, dass Ergotherapeut\*innen in der Lage sind, die Situation des/der Klient\*in zu analysieren und dementsprechend eine Hilfsmittelversorgung einsetzen können. Der Einbezug verschiedener Faktoren der Person, Betätigung und Umwelt anhand von Modellen (*siehe Verknüpfung von Umwelt, Person und Betätigung*) bietet hier einen Mehrwertfaktor.

Die Teilnehmer\*innen dieser Studie nutzen zum Teil die Hilfsmittelversorgung als Intervention. Hier ist es allerdings wichtig anzumerken, dass die Klient\*innen bereits vor der ergotherapeutischen Behandlung mit Hilfsmitteln versorgt waren (*siehe Resultate K12 Hilfsmittel vor ergotherapeutischer Behandlung*).

Ein Hilfsmittel, welches jeder/jede der fünf Klienten nutzte, ist der Blindenlangstock. In Deutschland erfolgt eine Anpassung des Stocks über Orientierungs- und Mobilitätstrainer (OMT). Eine Studie aus Japan zeigt jedoch auf, dass die Rolle der erwähnten Trainer Ergotherapeut\*innen übernehmen. Dies bedeutet, dass die ergotherapeutische Arbeit essenziell wichtig ist. Die Studie wurde mit Teilnehmer\*innen im Alter von acht bis elf durchgeführt, für die ein Blindenlangstock deutlich zu groß war. Deshalb wurde dieser an die Kinder angepasst. Als Resultat der Studie wurde festgestellt, dass sobald Ergotherapeut\*innen in die Rehabilitation sehbeeinträchtigter Kinder miteinbezogen werden, ist eine Verbesserung der Aktivitäten zu erwarten (Shimizu, Yoshioka, & Yonetsu, 2019). Da diese Studie in Japan durchgeführt wurde, ist es schwierig die Ergebnisse auf den deutschen Kontext zu transferieren, da, wie bereits erwähnt, andere Berufsgruppen in den Umgang mit dem Blindenlangstock in Deutschland involviert sind.

Die verschiedenen Kontexte, in denen die Teilnehmer\*innen dieser Studie arbeiteten, boten unterschiedliche Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung. Die unangepassten häuslichen Umfeld der Klient\*innen (TN 1, 2 und 4) zeugten von Interventionsbedarf.

Die Hilfsmittelversorgung wurde teilweise in die Intervention mit einbezogen. Beispielsweise initiierte Teilnehmerin 1 die Anschaffung von sprachgesteuerten virtuellen Assistenten, die der Klientin helfen sollten, im Alltag zurecht zu kommen, beispielsweise durch Zeitansagen, Wettervorhersagen, etc. und der Hörbücherplattform "Audible". Teilnehmerin 2 nutzte eine Griffhilfe zur taktilen Orientierung als Hilfsmittel für ihren Klienten beim Essen.

Insgesamt haben die Teilnehmer\*innen dieser Studie über neun verschiedene Hilfsmittel berichtet, die bereits vor der ergotherapeutischen Behandlung zum Einsatz kamen (*siehe Resultate: K12 Hilfsmittel vor ergotherapeutischer Behandlung*), was verdeutlicht, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln in Deutschland bereits über andere Berufsgruppen verläuft. Teilnehmerin 1 bemängelte jedoch, dass die Hilfsmittel ihrer Klientin sehr unhandlich und nicht mehr zeitgemäß waren, sodass sie für eine Neuerung der Hilfsmittel plädierte. Zu vermuten bleibt, dass Ergotherapeut\*innen durch ihre ganzheitliche Sichtweise auf die Person, ihre Betätigungen und ihre Umwelt einen Benefit in der Hilfsmittelversorgung von Menschen, die blind sind, leisten können. Diese Annahme müsste durch weitere Forschung ergründet werden.

### **5.1.5 Therapeutisches Verhalten/ Power-sharing**

Aus den Berichten der Teilnehmer\*innen wurde deutlich, dass die beschriebenen Interventionen unter speziellem therapeutischem Verhalten stattfanden (*siehe Resultate*). Empathie (TN1) und Authentizität (TN3) spielten hier eine Rolle, ebenso wie das gemeinsame Reflektieren mit dem/ der Klient\*in (TN 3 und 4), die verbale Begleitung (TN1 und 2) und das Bewahren von Freiräumen, um Erfahrungen zu ermöglichen (TN2). Die Therapeut\*innen stützten sich bei ihrer Arbeit auf allgemeine ergotherapeutische Prinzipien (*siehe Resultate K24 Ergotherapeutische Prinzipien der Therapeut\*innen*).

Besonders auffällig ist hier, dass drei der vier Teilnehmer\*innen beschrieben, dass sie den/die Klient\*in als Expert\*in ansahen, sich auf sein Wissen und seine Erfahrungen als Menschen, der blind ist, bezogen und Entscheidungen gemeinsam und auf Basis des Expertenwissens des/der Klient\*in trafen. Diese Vorgehensweise wird als "Power-sharing" bezeichnet und ist laut Townsend et al. (2007) ein wichtiger Bestandteil der Zusammenarbeit zwischen Klient\*in und Therapeut\*in. Dieses Vorgehen ermöglicht Ergotherapeut\*innen also, auch mit

Klient\*innen zu arbeiten, zu dessen Erkrankungen sie kein Fachwissen oder Erfahrungen haben, wie es im Bezug zur Blindheit bei den Teilnehmer\*innen der Fall war.

Zusammenfassend lässt sich zu dieser Leitfrage sagen, dass die Mittel und Methoden, die Ergotherapeut\*innen in der Arbeit mit Menschen, die blind sind, einsetzen, nicht so erhoben werden konnten, wie es das Anliegen der Forscherinnen war. Es wurden keine Mittel Methoden in Sinne von Speziellen Therapieansätzen für blinde Klientel herausgefunden. Es wurde aber verdeutlicht, dass die allgemeine ergotherapeutische Arbeits- und Sichtweise bei dieser Klientel anzuwenden ist.

## **5.2 Leitfrage 2: Was sind Herausforderungen und Grenzen, die Ergotherapeuten in der Arbeit mit Menschen, die blind sind erfahren?**

### **5.2.1 Mangelnde Teilhabemöglichkeiten - ein Problem auf Makroebene**

In den Interviews wurde erwähnt, dass es auf Makroebene an Teilhabemöglichkeiten für Menschen, die blind sind, mangelt und dadurch auch die Interventionsmöglichkeiten in der Hinsicht, den Klienten mehr Teilhabe zu ermöglichen, an ihre Grenzen stoßen (TN1). Dies wird auch deutlich, durch eine Studie, die sich mit diesem Integrationsproblem befasste. Sie zeigt auf, dass in der Gesellschaft oftmals eine geringe Aufklärung über Blindheit als hemmender Faktor erlebt wird, weshalb Menschen, die blind sind oder eine Sehbehinderung haben, in ihrer Integration eingeschränkt sind (Pech, 2011).

Der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV) plädiert für Barrierefreiheit im Alltag. Dies wird dadurch deutlich, dass es seit dem 23.09.2020 eine Pflicht für Internetseiten öffentlicher Stellen gibt, ihre Darstellung angemessen für Menschen, die blind oder sehbehindert sind, darzustellen (DBSV, 2020). Das Problem der wenig vorhandenen Barrierefreiheit im Internet erlebte auch Teilnehmerin 1 mit ihrer Klientin. Die Klientin konnte nicht selbstständig im Internet nach Hörbüchern suchen oder Dinge bestellen, woraufhin die Therapeutin ihr die Informationen vorlesen musste. Es fiel ihr daher schwerer, ihrer Klienten in diesem Bereich Selbstständigkeit und Teilhabe zu ermöglichen.

Um Barrierefreiheit voranzuführen, führt der DBSV aktuell ein Projekt "Barrierefreiheit durchsetzen, Diskriminierung ahnden" durch (DSBV, 2020).

Menschen, die blind sind, fühlen sich in ihrem Alltag oftmals eingeschränkt, durch Stigmatisierung (Länger, 2002). Diese Stigmatisierung wurde ebenso in einer amerikanischen

Studie thematisiert (2016). Die fehlende Integration in der Gesellschaft konnte in dieser Studie in vier verschiedene Bereiche unterteilt werden: Angst, Unbehagen, Mitleid und Stigmatisierung. Diese Faktoren hindern eine Integration in die Gesellschaft (Perkins School for the Blind, 2016). Stigmatisierung erlebte Teilnehmerin 1 als hemmend in ihrer Behandlung, da dies die Teilhabemöglichkeiten, zu welcher sie der Klienten Zugang verschaffen wollte, einschränkt. *“Weil oft werden die einfach abgestempelt als „die sind behindert“. [...] ich finde, [man] könnte eigentlich so viele schöne Sachen noch machen und da sind ihr einfach die Hände gebunden”* (TN1). Teilnehmerin berichtete in der Hinsicht, dass ihrem Klienten von der Familie auf Grund der Blindheit wenig zugetraut wurde. Sie merkte auch an, dass gerade für Kinder, die blind sind, wenig Unterstützungs- und Teilhabemöglichkeiten zur Verfügung ständen. Ihr Klient erlebe oft Langeweile zuhause.

Teilnehmerin 1 wünschte sich bessere Teilhabemöglichkeiten für Menschen, die blind sind, um auch besser arbeiten zu können. Es kann aber auch geschlussfolgert werden, dass Ergotherapeuten selbst aktiv werden könnten und neben der Behandlung zusätzlich noch populationsbasiert (*population-based*) (Cup & van Hartingsveldt, 2019) arbeiten müssen, um die Gesellschaft mit einzubeziehen und im Sinne der Occupational Justice \* die Menschen, die blind sind, noch besser in ihrer Partizipation fördern zu können.

## **5.2.2 Mangelndes Vorwissen im Bereich Blindheit**

Die vorliegende Studie zeigt auf, dass keiner/keine der befragten Personen Vorerfahrungen im Bereich Blindheit besaß oder sich während der Behandlung auf Fachwissen aus diesem Bereich stützte. Ebenso gaben die Teilnehmer\*innen an, dass Blindheit weder während der ergotherapeutischen Ausbildung noch im Studium thematisiert wurde. Es zeigt sich ein Mangel in Bezug zur Thematik. Beispielsweise erschweren Fehlende Erfahrungswerte die Arbeit zusätzlich, zum Beispiel darüber, was ein blindes Kind können muss (TN2).

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) schreibt in einem Curriculum vor, wie eine einheitliche Vorgehensweise in Bezug zur fachlichen Ausbildung ablaufen soll (DVE, 2019). Es wird beschrieben, dass jede Berufsfachschule, die Ergotherapeut\*innen ausbildet, von unterschiedlichen Trägern unterstützt wird, sodass sich die Inhalte der Ausbildung von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. Das Bundesministerium der Justiz für Verbraucherschutz gibt durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV) an, welche Inhalte konkret in der Ausbildung beigebracht werden müssen (Anlage 1 zu §1 Abs. 1) (BMJV, 2019). Diese Inhalte geben jedoch nur grob an, welche Themen behandelt werden sollen. Darunter ist Blindheit nicht explizit aufgelistet. Vermutlich kann diese Thematik unter Punkt “11 Behindertenpädagogik” enthalten sein. Wie

sich jedoch bei den Interviews herausstellte, wurde niemand der befragten Personen zur Thematik Blindheit in der Ausbildung unterrichtet.

Dementsprechend wird eine Grenze durch mangelndes Vorwissen deutlich. Eine einheitliche Vorgehensweise in der ergotherapeutischen Ausbildung und eine Integration des Themas Blindheit könnte diese Grenze folglich überwinden. Teilnehmerin 1 wünschte sich in dem Zusammenhang dieser Herausforderung Schulungen, die speziell auf Therapeut\*innen abzielen, die mit blinder Klientel zusammenarbeiten.

Um den Mangel an Vorwissen zu substituieren haben die Teilnehmer\*innen dieser Studie angegeben, dass sie sich selbstständig mit Informationen bezüglich der Behandlung von Menschen, die blind sind, auseinandergesetzt haben (TN und 4). Um zu verdeutlichen, wie umfangreich eine Wissensaneignung sein sollte, um mit Menschen, die blind sind, zu arbeiten, zeigen Goemann-Singer, Graschi und Weissenberger (2004) auf, dass es verschiedene Schritte gibt, die zu einer Wissensaneignung durch Recherche notwendig sind. Beispielhaft zu nennen ist die kritische Beleuchtung der Thematik, die Fragestellungen wie „Liegen bereits relevante Informationen vor? (...) Sind alle Begriffe eindeutig? (...) Was soll mit den Informationen erreicht werden?“ (Goemann-Singer et al., 2004). Keiner der Teilnehmer\*innen gab an, wie genau die Recherche abgelaufen ist, es wurde lediglich von einer Internetrecherche gesprochen. TN1 und 4 gaben an, dass es ihnen schwergefallen sei, Informationen zu erlangen. Dies lässt darauf schließen, dass Ergotherapeut\*innen Grenzen dahin gehend erleben, dass nicht nur die Thematik Blindheit nicht in der Ausbildung und/ oder im Studium erarbeitet wurde, sondern auch ein Mangel in Bezug zur Recherchemethoden besteht.

### **5.2.3 Herausforderungen in der Kommunikation**

Laut Demmel & Drerup (2015) und Baus (1999) führen Einschränkungen des visuellen Systems zu Einschränkungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation (*siehe theoretischer Hintergrund*). Dies erlebten auch die Teilnehmer\*innen als eine Herausforderung während der Behandlung, etwa bei der Formulierung von Aufgabenstellungen (TN2). Teilnehmerin 3 bemerkte, dass der Einsatz von bildhaften Metaphern, welcher zum Beispiel bei der kognitiven Umstrukturierung wichtig sei, schwer sei. Auch Teilnehmer 4 berichtete von Redewendungen, die für Menschen, die blind sind, nicht nachvollziehbar sind. Dennoch berichteten alle Teilnehmer\*innen, dass die Kommunikation keine große Herausforderung im therapeutischen Prozess darstellte (*siehe Resultate K16 Kommunikation*). Das Hineindenken in die Klient\*innen wurde als Herausforderung erlebt. Kommunikationsschwierigkeiten wurden

durch Reflexionsgespräche und vermehrte verbale Anleitung kompensiert. Dies zeigt, dass die Ergotherapeut\*innen in der Lage waren, mit dieser Herausforderung umzugehen.

#### **5.2.4 Herausforderungen in der Auswahl und Ausführung von Assessments, Therapiemethoden und Materialien**

Die Teilnehmer\*innen erlebten während Befunderhebung und Intervention Herausforderungen durch fehlende spezielle Materialien. Teilnehmerin 1 und 2 versuchten die Befunderhebungsinstrumente, darunter ein ergotherapeutisches Assessment, durch verbale Kommunikation anzupassen, dies stellte sich allerdings als nicht zielführend heraus (*siehe Resultate K6.1 Adaption der Befunderhebungsinstrumente*). In der internationalen Literatur werden Assessments für die Befunderhebung bei Menschen mit Sehbeeinträchtigungen, welche von Ergotherapeut\*innen angewandt werden, erwähnt, wie beispielsweise das *Glaucoma Quality of Life Questionnaire* (Livengood & Baker, 2014). Laut Ellexson (2004) sollen Ergotherapeut\*innen in der Befunderhebung besonders auf die Ausführung von ADLs eingehen und die Betätigungsausführung mit dem/der Klient\*in gemeinsam evaluieren. Offen bleibt die Frage, ob sich allgemeine ergotherapeutische Assessments für den Einsatz bei Menschen, die blind sind, eignen und wenn ja, welche.

Die Teilnehmerinnen 1 und 2 der vorliegenden Studie, adaptierten Befunderhebungsbögen so, indem sie die Inhalte verbal darstellten, sodass die Klientin/ der Klient auditiv wahrnehmen konnten, was die Therapeutinnen fragten. Teilnehmer\*in 3 und 4 nutzen keine Assessments für die Befunderhebung, setzten jedoch auf freie Beobachtungen. Freie Beobachtungen halfen den Therapeut\*innen in der Einschätzung funktioneller Fähigkeiten der Klient\*innen. Teilnehmerin 2 reflektierte die Adaption, indem sie davon ausging, dass ihr Klient die Inhalte des Befundbogens noch besser verstanden hätte, wenn zusätzlich taktile Reize gesetzt worden wären.

In der Intervention fehlte es den Teilnehmer\*innen teilweise an spezifischen Materialien (TN1 und 2). Und auch Therapiemethoden waren nicht so anwendbar, wie bei sehenden Klient\*innen. (TN3) (*siehe Resultate K26.2 Herausforderungen in der Intervention*). Dies lässt schlussfolgern, dass es in der ergotherapeutischen Arbeit mit Menschen, die blind sind spezifische, auf die Bedürfnisse der Menschen, die blind sind, adaptierte Therapiematerialien, Methoden und Evaluationsinstrumente bedarf, dessen Fehlen zu Zeit noch eine Herausforderung darstellt.

### **5.3 Leitfrage 3: Worin sehen Ergotherapeuten den Benefit ergotherapeutischer Unterstützung für Menschen mit Blindheit (eventuell im Vergleich zu anderen Berufsgruppen/ Interventionen)?**

Zunächst sollte erwähnt werden, dass Studien zu finden sind, die ein positives Outcome der Ergotherapie für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen aufzeigen (*siehe theoretischer Hintergrund Relevanz für die Ergotherapie*). Diese Studien beziehen sich allerdings nicht explizit auf Blindheit, sondern nur auf Sehbeeinträchtigungen. Dies lässt auf eine Lücke in der ergotherapeutischen Forschung schließen und zeigt gleichzeitig auf, dass die Forscherinnen ein innovatives Thema für diese Studie gewählt haben.

Teilnehmer\*in 1,2 und 4 wünschten sich eine aktivere Arbeit der Ergotherapie im Bereich Blindheit. Welcher Mehrwert durch die Ergotherapie in diesem Bereich besteht, wird im Folgenden aufgegriffen.

#### **5.3.1 Positives Outcome**

In der vorliegenden Studie berichteten die Teilnehmer\*innen von unterschiedlichsten Outcome-Evaluationen in Abhängigkeit zur Gestaltung der Therapie. Die Therapie wurde bei jeder der teilnehmenden Personen unterschiedlich gestaltet, dies lässt darauf zurückzuführen, dass man als Ergotherapeut\*in Freiraum hat, die Therapiemöglichkeiten individuell an den/die Klient\*in zu adaptieren. Dies wurde verdeutlicht unter Leitfrage 1 dargestellt.

Die Teilnehmer\*innen gaben an, dass das Outcome der Therapie sich zum einen bei der Klientin selber bemerkbar machte (TN1) durch die Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen (TN1) oder durch die Dankbarkeit des Klienten für das Ermöglichen von Normalität im Alltag (TN4) aber auch im Bereich der Veränderungen bezüglich Ängsten, Orientierung, Selbstvertrauen und Selbstständigkeit im Alltag (TN1,2,3,4). Als individuelles Outcome beschreibt Teilnehmer 4 ebenfalls die Eingliederung in eine WfbM (TN4). Somit zeigt die vorliegende Studie auf, dass auch Ergotherapeut\*innen mit einer geringen Vorerfahrung im Bereich Blindheit ein positives Outcome hinsichtlich der Verbesserung der Betätigungsperformanz und Partizipation erzielen können. Ob sich das Outcome verändern würde, wenn Ergotherapeut\*innen die sich auf Blindheit spezialisiert haben die Behandlung durchführen würden, bleibt offen. Offen bleibt außerdem die Frage, wie die Qualität der Behandlung, trotz nicht spezialisierter Therapiekonzepte sichergestellt werden kann.

Eine Studie aus Südafrika (*siehe theoretischer Hintergrund*) zeigt beispielsweise, dass eine, speziell auf Blindheit ausgerichtete, Ergotherapeutische Intervention, basierend mit einem ergotherapeutischen Modell, eine verbesserte Partizipation für Menschen, die blind sind,

erreichen kann (Du Toit, 2008). Fraglich ist, ob dieses Programm auch auf den deutschen Kontext transferierbar wäre.

### **5.3.2 Ergotherapeutische Grundgedanken als Mehrwertfaktor: Betätigungsbasierung, Teilhabeorientierung, Klientenzentrierung**

Ergotherapie bietet vielseitige Interventionsmöglichkeiten (*siehe Leitfrage 2*), um ein Outcome für den Klienten/ die Klientin zu ermöglichen (*siehe positives Outcome*). Daraus resultierend stellten die Teilnehmer\*innen dieser Studie verschiedene Aspekte dar, die den Mehrwert der Ergotherapie im Bereich Blindheit beschreiben. So gaben alle Teilnehmer\*innen an, dass ein Mehrwert der ergotherapeutischen Arbeit in Zusammenarbeit mit Menschen, die blind sind besteht. Zum einen zeigt sich dieser Mehrwert in den Prinzipien, die man als Ergotherapeut\*in während der Behandlung anwendet, wie beispielsweise Alltagsorientierung, Betätigungsbasierung, Kontextbasierung, Klientenzentrierung, der Einsatz von Betätigung als Lernfaktor, das Ziel der bestmöglichen Selbstständigkeit und Teilhabe (TN1,2 und 4). Zum anderen bietet die Ergotherapie ein breites Repertoire an Interventionsmöglichkeit in Zusammenhang mit Wissen in Bezug zu sensorischer Wahrnehmung und Partizipationsmöglichkeiten (TN1,2 und 3). In Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen geben die Teilnehmer\*innen an, dass Ergotherapie individueller auf den/ die Klient/ Klientin eingehen und eine umfangreichere Intervention durchführen kann und dass an individuellen Betätigungen gearbeitet wird.

„[...] dass wir mit unserem Hintergrundwissen, wie Betätigungen ausgeführt werden, was dafür benötigt wird, was es auch in den Menschen auslöst, wenn sie plötzlich Betätigungen ausführen können oder Teilhabe erleben können, die vorher nicht möglich war [...]“ “[...] speziell auf die Betätigungen zu gucken. [...] in der Schule [...] wird auch Mobilität im öffentlichen Raum geübt [...] Aber wirklich explizit auf bestimmte Betätigungen zu gucken [...] das ist glaube ich wirklich ein Mehrwert der Ergotherapie [...]” (TN2).

Grundlagen hierfür vermittelt die umfangreiche Ausbildung zum/ zur Ergotherapeut\*in. Die Teilnehmer\*innen stützen sich während der Behandlung auf Wissen aus der Ausbildung. Aber auch spezielle Therapiekonzepte der Ergotherapie bieten Potential für die Arbeit mit Menschen, die blind sind. Teilnehmerin 3 beispielsweise, wandte in der Behandlung bereits erlernte Konzepte aus dem Fachbereich Psychiatrie an. Trotz Herausforderungen während der Durchführung beschrieb sie das Outcome als positiv.

Bei dem Klienten von Teilnehmerin 3, welcher ein Kind war, zeigten sich zusätzlich zur Blindheit Entwicklungsstörungen. Dies lässt sich wie folgt erklären: Sobald der Sehsinn

beeinträchtigt ist, wird die Interpretation von sensorischen Informationen beeinflusst. Das bedeutet, dass nicht nur die Informationsaufnahme über den Sehsinn eingeschränkt ist, sondern auch andere Sinneskanäle können davon in Mitleidenschaft gezogen werden. Denn „die Interpretation der Informationen aus der Umwelt ist entscheidend, um anpassend mit der physikalischen und sozialen Umwelt interagieren zu können.“ (Schneck & Smith Roley, 2004, S. 336). Dies gibt Anlass zur Annahme, dass Ergotherapeut\*innen mit dem Konzept der sensorischen Integration im Bereich der Pädiatrie den Kindern, die blind sind, die Möglichkeit bieten, andere Sinnessysteme dahin gehend zu stärken, dass der eingeschränkte Sehsinn kompensiert werden kann (Schneck & Smith Roley, 2004). Dies macht nochmal deutlich, dass sich Ergotherapeut\*innen auf bereits bestehendes Wissen und Therapiekonzepte stützen können, um mit Menschen, die blind sind, zusammenzuarbeiten.

#### **5.4 Schwächen der Studie**

Wie bereits am Anfang dieses Kapitels beschrieben, limitierte die erschwerte Teilnehmerrekrutierung die Ergebnisse dieser Studie. Des Weiteren sind Mängel in der Erfüllung der Gütekriterien dieser Studie festzustellen (*siehe Methoden Gütekriterien*). Es fand kein Member-Checking statt, wodurch die Gefahr einer Fehlinterpretation der Teilnehmeraussagen durch die Forscher\*innen besteht. Zwar wurden innerhalb der Diskussion quantitative Aspekte zu Veranschaulichung mit einbezogen, diese gelten aber auf Grund der geringen Teilnehmerzahl als nicht repräsentativ, was diese qualitative Studie auch nicht als Anspruch erhebt. Die genutzte Literatur hat zum Teil einen niedrigen Evidenzgrad (*siehe Methoden Literaturrecherche*).

#### **5.5 Stärken der Studie**

Wie in diesem Kapitel beschrieben, konnten durch diese Studie neue Erkenntnisse in Bezug zur ergotherapeutischen Behandlung mit Menschen, die blind sind, generiert werden. Die gewonnenen Erkenntnisse bieten Anregungen für weiterführende Forschungen. Die Verknüpfung der Erfahrungsberichte aus der Berufspraxis mit ergotherapeutischen Theorien macht eine Verbindung von Theorie und Praxis möglich. Die Nutzung des CPPF als Strukturierung für den Interviewleitfaden stellte sich als sehr sinnvoll dar, da eine umfangreiche, strukturierte und praxisnahe Befragung möglich war. Für weitergehende Forschungen mit Experteninterviews lässt das Schlussfolgern, dass die Orientierung an Prozessmodellen für den Interviewleitfaden sinnvoll sein kann.

Da die Erfahrungsberichte zu 75% von Teilnehmer\*innen stammen, die keinen akademischen ergotherapeutischen Abschluss haben, sind die Ergebnisse auch für nicht studierte Ergotherapeut\*innen nachvollziehbar und übertragbar.

Die von den Forscherinnen genutzte Forschertriangulation sowie ein regelgeleitetes Vorgehen während der Datenanalyse erhöhen die Güte der Studie. Die Homogenität der Teilnehmer\*innen bezüglich der Erfahrungen in diesem Bereich und des Ausbildungsstandes macht die Ergebnisse eindeutiger und spezifischer.

## 6. Schlussfolgerung

„Wie kann ergotherapeutische Arbeit in Deutschland die Betätigungsperformanz und Partizipation von Menschen mit Blindheit in den verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens fördern?“ Diese Frage wurde zu Beginn dieser Studie als Hauptfragestellung aufgestellt, vor dem Hintergrund der geringen Präsenz der deutschen Ergotherapie im Bereich Blindheit, welche sich auch während der Teilnehmerrekrutierung dieser Studie widerspiegelte. Diese Fragestellung konnte mittels dieser Studie im Ansatz beantwortet werden.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Behandlung von Menschen, die blind sind, über ergotherapeutische Praxen stattfinden kann. Die Therapie kann sowohl im Praxissetting als auch im häuslichen Setting als Einzeltherapie stattfinden. Auch wenn die eigentlichen Überweisungsgründe, mit welchen die Klient\*innen der Teilnehmer\*innen zur Ergotherapie kamen, nicht die Blindheit darstellten, und diese auch nicht im Heilmittelkatalog aufgeführt wird, wurden Betätigungs- und Partizipationsprobleme in Verbindung mit Blindheit identifiziert. In den Berichten der Teilnehmer\*innen spiegelte sich die ganzheitliche Sicht und der Einbezug von Person, Umwelt und Betätigung wider und lässt auf den geeigneten Einsatz ergotherapeutischer Inhaltsmodelle für die Behandlung mit Menschen, die blind sind, schließen. Hieraus ergibt sich der Einbezug verschiedener Faktoren der Person, ihren Betätigungen in verschiedenen Bereichen, und ihren verschiedenen Umweltfaktoren.

Eine Befunderhebung auf Funktions- und Betätigungsebene kann eine Basis für die Behandlung schaffen und über Beobachtungen und Gespräche verlaufen. Der Einsatz herkömmlicher Assessments gestaltete sich mit dieser Klientel allerdings als schwierig. Interdisziplinäre Zusammenarbeit kann während der Befunderhebung von Vorteil sein. Betätigungsbasierte und Funktionsbasierte Interventionen können laut den Berichten der Teilnehmer\*innen eingesetzt werden, diese sollten auf Grundlage der Problemstellung, der Ziele und in gemeinschaftlicher Arbeit mit den Klient\*innen oder Bezugspersonen stattfinden.

Es zeigte sich, dass ein positives Outcome, im Sinne einer verbesserten Betätigungsperformanz und Partizipation, durch Übung, Adaption, Hilfsmittelversorgung und auch Gesprächsführung erzielt werden konnte. Vor allem wurde herausgefunden, dass durch den Einsatz des *Power-sharings* ermöglicht wird, dass auch Ergotherapeut\*innen in Deutschland mit wenig oder keinem Vorwissen mit Klient\*innen, die blind sind, zusammenarbeiten können. So kann ein gemeinsamer Weg für die Behandlung und der Zielerreichung gefunden werden.

Herausforderungen in der Kommunikation können durch Transparenz und gemeinsame Reflektionsgespräche überwunden werden. Leitende Prinzipien, wie die Ressourcenorientierung, Klientenzentrierung, Betätigungsbasierung und Kontextbasierung stellen sich als sinnvoll in der Behandlung von Menschen, die blind sind, heraus und grenzen die Ergotherapie von anderen Berufsgruppen in diesem Bereich ab. Auch wenn die Hilfsmittelversorgung für Menschen, die blind sind, in Deutschland über andere Berufsgruppen verläuft, kann durch die Ergotherapie eine zusätzliche, spezifische, auf bestimmte Betätigungen ausgerichtete Hilfsmittelversorgung eingesetzt werden, um die Betätigungsperformanz und Partizipation zu verbessern.

Von Ergotherapeut\*innen angewandte Therapiekonzepte, wie die sensorische Integration oder die kognitive Umstrukturierung, bieten Potential für die Behandlung von Menschen, die blind sind.

Für eine qualitativ hochwertige ergotherapeutische Arbeit im Bereich Blindheit in Deutschland müssen allerdings noch Grundlagen auf Mikro-, Meso- und Makro- Ebene geschaffen werden. Auf der Mikro-Ebene müssen Therapeut\*innen, die in diesem Bereich arbeiten oder arbeiten möchten, sich selbstständig Fachwissen aneignen. Die Teilnehmer\*innen dieser Studie erlebten ein mangelndes Fachwissen als Herausforderungen. Der Versuch, dieses über Internetrecherchen zu kompensieren, gelang nicht immer wie gewünscht.

Auf der Meso- Ebene müssen Praxen und Rehabilitationseinrichtungen spezielle Assessments Therapiematerialien für Klient\*innen, die blind sind, anschaffen. Das Fehlen dieser Materialien stellte sich als Herausforderungen in der Therapieprozessen der Teilnehmer\*innen dar. Die Entwicklung dieser Assessments und Materialien setzt auf Makro-Ebene Forschungen voraus. Das Thema Blindheit sollte außerdem als Ausbildungs- und Studiumsinhalt implementiert werden, um Ergotherapeut\*innen besser auf die Arbeit mit Menschen, die blind sind, vorzubereiten und ein allgemeines Interesse und Präsenz dieses Bereiches in der deutschen Ergotherapie zu schaffen.

Auf gesellschaftlicher Ebene sollte für mehr Inklusion und Teilhabemöglichkeiten für Menschen, die blind sind, gesorgt werden. Dies setzt auch das Entgegenwirken von Stigmatisierung voraus. Die Ergotherapie könnte hier auf Makro-Ebene populationsbasiert tätig werden, um die Partizipation von Menschen, die blind sind, in Deutschland zu verbessern. Hierfür bedarf es allerdings einer interprofessionellen Zusammenarbeit.

Um validere und umfangreiche Ergebnisse zu generieren, sehen die Forscherinnen dieser Arbeit weitere Forschungen als unabdingbar an. Auch wenn mittels dieser Studie praxisnahe Ergebnisse erzielt werden können, die in der Literatur in dieser Form noch nicht zu finden sind,

bilden die Ergebnisse nur Einzelfälle und resultieren aus Erfahrungen von Therapeut\*innen, die nur wenig in diesem Fachbereich tätig sind und keine spezialisierte Expertise bezüglich der ergotherapeutischen Arbeit mit Menschen, die blind sind, aufweisen. Eine Wiederholung dieser Studie mit erfahrenen Expert\*innen dieses Fachbereiches könnte zu weiteren Ergebnissen führen und die Forschungsfragen noch konkreter beantworten. Hierfür empfehlen die Forscherinnen die Orientierung am CPPF für den Interviewleitfaden.

Weitere Forschungen sollten außerdem auf die Assessmententwicklung, generelle Befunderhebung, Hilfsmittelversorgung- und Beratung und Gemeinwesen-orientierte Arbeit der Ergotherapie im Bereich Blindheit abzielen. Nur dann kann die Ergotherapie in Deutschland, nach Ansicht der Forscherinnen, flächendeckend und zuverlässig einen Beitrag zur Verbesserung der Teilhabe und der Lebensqualität von Menschen, die blind sind, leisten.

## Literaturverzeichnis

- American Foundation for the Blind (2020) *What we do*. Retrieved on 14.10.2020 from <https://www.afb.org/about-afb/what-we-do>
- Baus, S. (1999). Commentary; Psychological Aspects of Visual Impairment. *British Journal of Visual Impairment* 17(1), 41-4. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/026461969901700108>
- Bear, M. F., Conners, B. W., & Paradiso, M. A. (2018). *Neurowissenschaften: Ein grundlegendes Lehrbuch für Biologie, Medizin und Psychologie*. (4. Ausgabe, A. Held, & M. Niehaus, Übersetzt). Berlin: Springer-Verlag.
- Borgetto, B., Reichel, K., Bünemann-Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A. M., Kasper, N., ... Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide – Diskussionsbeitrag zur Evidenzbasierten Praxis in der Ergotherapie. *Ergoscience* (2), 56-63. doi: 10.1055/s-2007-963004
- Bundesministerium der Justiz für Verbraucherschutz (2019). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV)*. Retrieved on 24.10.20, from <https://www.gesetze-im-internet.de/ergthapr/BJNR173100999.html#:~:text=%20Ausbildungs-%20und%20Pr%C3%BCfungsverordnung%20f%C3%BCr%20Ergotherapeutinnen%20und%20Ergotherapeuten,%204%20%C2%A7%209%20Benotung.%20%20More%200>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008). *Versorgungsmedizinverordnung: versorgungsmedizinische Grundgesätze*. Retrieved on 26.03.2020, from [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/k710-versorgungsmed-verordnung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/k710-versorgungsmed-verordnung.pdf?__blob=publicationFile&v=3)

Bundesverband der Rehabilitationslehrer/ -lehrerinnen für blinde und Sehbehinderte e.V.

(2020). *Leistungs- bzw. Kostenträger*. Retrieved on 27.03.2020, from

<https://www.rehalehrer.de/orientierung-mobilitaet/leistungs-bzw-kostentraeger/>

Bundesverband der Rehabilitationslehrer/ -lehrerinnen für blinde und Sehbehinderte e.V.

(2020). *Orientierung und Mobilität*. Retrieved on 27.03.2020, from

<https://www.rehalehrer.de/orientierung-mobilitaet/>

Butler, M., & Hollistelle, E. (2017). Visual impairment following acquired brain injury: A survey of occupational therapy practice in New Zealand. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 64 (2), 32-38. Retrieved on 20.05.2020, from [https://eds-a-](https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=0&sid=17ae6dda-6cad-4efe-88b4-0dd9dcd2b1f8%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=125457194&db=rzh)

[ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=0&sid=17ae6dda-6cad-4efe-](https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=0&sid=17ae6dda-6cad-4efe-88b4-0dd9dcd2b1f8%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=125457194&db=rzh)

[88b4-](https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=0&sid=17ae6dda-6cad-4efe-88b4-0dd9dcd2b1f8%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=125457194&db=rzh)

[0dd9dcd2b1f8%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%](https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=0&sid=17ae6dda-6cad-4efe-88b4-0dd9dcd2b1f8%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=125457194&db=rzh)

[3d%3d#AN=125457194&db=rzh](https://eds-a-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/detail/detail?vid=0&sid=17ae6dda-6cad-4efe-88b4-0dd9dcd2b1f8%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9bmwmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=125457194&db=rzh)

Christoffel-Blindenmission Deutschland e.V. (2020). *Vision 2020- Das Recht auf Augenlicht*.

Retrieved on 15.10.2020, from <https://www.woche-des-sehens.de/vision2020>

Connors, E. M., McMahon, J.M., & Lee, H. (2020). Job-Task Analysis of Vision Rehabilitation

Therapists. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 114(2), 138-151. [https://doi-](https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/0145482X20906709)

[org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/0145482X20906709](https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/0145482X20906709)

Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2007). *Using the Canadian Process Practice*

*Framework: Amplifying the process*. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.).

*Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (pp. 252-263). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Demmel, H., & Drerup, K. T. (2015). Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und zur

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. *horus - Marburger Beiträge zur Integration*

*Blinder und Sehbehinderter*, (3). Retrieved on 19.05.2020, from [https://www.dvbs-](https://www.dvbs-online.de/index.php/publikationen-4/horus-spezial-3-2006/heft-03-)

[online.de/index.php/publikationen-4/horus-spezial-3-2006/heft-03-](https://www.dvbs-online.de/index.php/publikationen-4/horus-spezial-3-2006/heft-03-)

ma%C3%9Fnahmen-der-medizinischen-rehabilitation-und-zur-teilhabe-am-leben-in-der-gemeinschaft#2\_Begriff\_und\_Bestandteile\_einer\_Elementarrehabilitation

Demmel, H., & Drerup, K. T. (2014). Schriftenreihe Rechtsberatung für blinde und sehbehinderte Menschen. *horus - Marburger Beiträge zur Integration Blinder und Sehbehinderter*, (2). Retrieved on 19.05.2020, from <https://www.dvbs-online.de/index.php/publikationen-4/horus-spezial-3-2006/heft-02-selbstbestimmt-leben-blinde-und-sehbehinderte-menschen-in-der-gesellschaft#2.3>

Deutsche ophthalmologische Gesellschaft e.V. (DOG) (2011) *Leitlinie Nr. 7: Versorgung von Sehbehinderten und Blinden*. Retrieved on 12.10.2020, from <https://www.dog.org/wp-content/uploads/2009/09/Leitlinie-Nr.-7-Versorgung-von-Sehbehinderten-und-Blinden1.pdf>

Deutscher Blinden und Sehbehinderten Verband e.V. (2020) *Aufgaben und Ziele*. Retrieved on 27.03.2020 from <https://www.dbsv.org/aufgaben-ziele.html>

Deutscher Blinden und Sehbehinderten Verband e.V. (2020) *Lebenspraktische Fähigkeiten*. Retrieved on 24.04.2020, from <https://www.dbsv.org/lebenspraktische-faehigkeiten-lpf.html>

Deutscher Blinden und Sehbehinderten Verband e.V. (2020) *Orientierung und Mobilität*. Retrieved on 24.04.2020, from <https://www.dbsv.org/orientierung-mobilitaet-o-m.html>

Deutscher Blinden und Sehbehinderten Verband e.V. (2020) *Wie die Brailleschrift funktioniert*. Retrieved on 01.04.2020, from <https://www.dbsv.org/wie-die-brailleschrift-funktioniert.html>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) (2019). Qualitätssicherung der Ausbildung Empfehlungen des DVE zur Ausbildung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Retrieved on 22.10.2020, from: <https://dve.info/bildung/qualitaetssicherung-der-ausbildung>

- Döring, N., & Bortz. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin: Springer
- Dresing, T., & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Ausgabe). Marburg: Eigenverlag
- Du toit, S. (2008). Using the Model of Human Occupation to Conceptualize an Occupational Therapy Program for Blind Persons in South Africa. *Occupational Therapy in Healthcare*, 22, 52-61. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1080/07380570801989424>
- Excellson, M.T. (2004). Access to Participation: Occupational Therapy and Low Vision. *Geriatric Rehabilitation*, 20(3), 154-172. Retrieved on 29.05.2020 from <https://eds-b-ebshost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=37ac0a1d-1352-476a-9afc-23c8a2372e21%40pdc-v-sessmgr04>
- Finger, R. P. (2007). Blindheit in Deutschland: Dimensionen und Perspektiven. *Der Ophthalmologe*, 104, 839–844. Retrieved on 15.05.2020, from <https://link.springer.com/article/10.1007/s00347-007-1600-3>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). *Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung*. Retrieved on 22.10.2020, from <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- Goemann-Singer, A., Graschi, P., & Weissenberger, R. (2004). *Grundlagen der Recherche*. In A. Goemann-Singer, P. Graschi, & R. Weissenberger (Eds.). *Recherchehandbuch Wirtschaftsinformationen: Vorgehen, Quellen und Praxisbeispiele* (2. Auflage). Berlin: Springer
- Gruber, F. O. (1979). Die Entwicklung technischer Hilfsmittel im Rahmen der Ergotherapie. In J. F. Scholz (Ed.), *Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz. Rehabilitation und Prävention*. Berlin: Springer
- Haymes, S. A., Johnston, A. W., & Heyes, A. D. (2002). Relationship between vision

impairment and ability to perform activities of daily living. *Ophthalmic and physiological Optics*, 22(2), 79-91. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1046/j.1475-1313.2002.00016.x>

Institut für Integration und Rehabilitation Sehbeschädigter e.V. (2020). *Schulungen in Lebenspraktischen Fähigkeiten (LPF) – Was ist das?*. Retrieved on 27.03.2020, from <https://www.iris-hamburg.org/lpf-schulungen.html>

Institut für Integration und Rehabilitation Sehbeschädigter e.V. (2020). *Schulungen in Orientierung und Mobilität (O&M) – Was ist das?*. Retrieved on 27.03.2020, from <https://www.iris-hamburg.org/om-schulungen.html>

Jaganjac, A., Hadžiomerović, A. M., Katana, B., Trtak, N., Kaljić, E., Konjo, H., & Redžović, A. (2020). Daily activities of employed persons with visual impairment. *Journal of Health Sciences*, 10(2), 157-169. doi: 10.17532/jhsci.2020.893

Kanzler L. (2016). *iOS Apps als Hilfsmittel für blinde und sehbehinderte Menschen* (Studienabschlussarbeit). Ergotherapie, FH Gesundheitsberufe Oberösterreich, Linz

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy (4th ed.)*. Philadelphia: F. A. Davis

Kubiv, H. (2015). *US-Blindenverband zeichnet Voice Over aus. Macwelt von IDG*. Retrieved on 14. 10. 2020, from: <https://www.google.de/amp/s/amp.macwelt.de/article/9715007>

Lahav, O., Schloerb, D. W., & Srinivasan, M. A. (2012). Newly blind persons using virtual environment system in a traditional orientation and mobility rehabilitation program: a case study. *Journal of Disability and Rehabilitation*. 7(5), 420-35. doi: 10.3109/17483107.2011.635327

Langelaan, M., De Boer, M. R., Van Nispen, R. M. A., Wouters, B., Moll, A. C., & Van Rens,

- G. H. M. B. (2007). Impact of visual impairment on quality of life: a comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Ophthalmic Epidemiol*, 14(3), 119-126. doi: 10.1080/09286580601139212
- Länger, C. (2002). *Im Spiegel von Blindheit: eine Kultursoziologie des Sehsinns*. Retrieved on 25.10.2020, from:  
<https://books.google.de/books?id=05JsDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Im+Spiegel+von+Blindheit:+eine+Kultursoziologie+des+Sehsinns&hl=de&sa=X&ved=2ahUKEwjeq8rcp-7sAhUZBWMBHduMA3IQuwUwAHoECAQQBw#v=onepage&q=Im%20Spiegel%20von%20Blindheit%3A%20eine%20Kultursoziologie%20des%20Sehsinns&f=false>
- Lauber-Rönsberg, A., Krahn, P., & Baumann, P. (2018). *Gutachten zu den rechtlichen Rahmenbedingungen des Forschungsdatenmanagements*. Retrieved on 18.10.2020, from <https://www.forschungsdaten.info/themen/rechte-und-pflichten/datenschutzrecht/>
- Liu, C., Brost, M. A., Horton, V. E., Kenyon, S. B., & Mears, K. E. (2020). Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Daily Activities at Home for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67, 279-287. doi: 10.5014/ajot.2013.005512
- Livengood, H. M., & Baker, N. A. (2014). The role of occupational therapy in vision rehabilitation of individuals with glaucoma. *Disability and Rehabilitation*, 37, 2202-2208. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.3109/09638288.2014.961651>
- Louis-Braille-Schule (o.D.). *Therapeutisch-medizinische Angebote*. Retrieved on 20.10.2020, from <http://www.blindenschule-dueren.lvr.de/SB/sbtherundmed.html>
- Luborsky, M., & Lysack, C. (2006). Overview of qualitative research. In G. Kielhofner (Ed.), *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice* (pp.326-338). Philadelphia: F. A. Davis Company
- Mauschitz, M. M., Li, J. Q., Larsen, P. P., Köberlein-Neu, J., Holz, F.G., Breteler, M. M. B., &

- Finger, R. P. (2019). Epidemiologie hochgradiger Sehbehinderungen und Blindheit älterer Menschen in Deutschland. *Der Ophthalmologe*, *116*(2), 201-212. Retrieved on 01.04.2020, from <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=c6f97089-fd6b-4823-b03a-57f808c46cdb%40pdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=134653207&db=edb>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- McDonnall, M. C. (2019). The Importance of Research on Employment Issues for People with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *113*(6), 479 - 480. doi: 10.1177/0145482X19890168
- McGrath, C., Sidhu, K., & Mahl, H. (2017). Interventions that Facilitate the Occupational Engagement of Older Adults with Age-Related Vision Loss: Findings from a Scoping Review. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, *35*, 3-19. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1080/02703181.2016.1267292>
- Molitor, W. L. (2018). The Low Vision Team: Optometrists' and Ophthalmologists' Perceptions and Knowledge of Occupational Therapy. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, *36*(1), 1-18. doi: 10.1080/02703181.2017.1417343
- Nastasi, J. A. (2015). Occupational Leadership to Facilitate Occupational Engagement in Older Adults With Visual Impairment. *Geriatric Rehabilitation*, *31*, 121-128. doi: 10.1097/TGR.0000000000000057
- Nastasi, J. A. (2018). The everyday lives of older adults with visual impairment: An occupational perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, *81*, 266-275. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/0308022617752093>
- Nilsson, I., & Townsend, E. (2010). Occupational Justice—Bridging theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *17*, 57–63. doi: 10.3109/11038128.2014.952906

- Nyman, S. R., Gosney, M. A., Victor, C. R. (2010). Psychosocial impact of visual impairment in working-age adults. *British Journal of Ophthalmology*, 94, 1427-1431. Retrieved on 20.05.2020, from <https://bj.o.bmj.com/content/94/11/1427>
- Pech, S. (2011). Sehbehinderung und Blindheit- ein zum Teil unterschätztes Integrationsproblem unserer Gesellschaft (Bachelorthesis). Retrieved on 23.10.2020 from <https://monami.hs-mittweida.de/frontdoor/deliver/index/docId/1162/file/Bachelorarbeit.pdf>
- 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 (Eds.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (pp. 67-130). Berlin: Springer
- Perkins School for the blind (2016). *America's Blind Spot: What's Preventing Us from Including Those Who Are Blind*. Retrieved on 24.10.2020, from <https://www.perkins.org/sites/default/files/perkins-americas-blind-spot-ebook.pdf>
- Polotajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoros, B., Purdie, L., & Zimmermann, D. (2007). *Specefying the domain of concern: Occupation as a core*. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (pp. 13-36). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Reichel, K., Moratzi, U., & Schiller, S. (2009). Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland – Teil 2: Mögliche Ebenen der Anwendung und Umsetzung. *ergoscience*, 4(3), 98-106. doi: 10.1055/s-0028-1109579
- Robert Koch-Institut (2017). *GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS: GBE-Themenheft Blindheit und Sehbehinderung*. Berlin: RKI
- Scheimann, M., Scheimann, M., & Whittaker, S. G. (2007). *Low Vision Rehabilitation: A*

- Guideline for Occupational Therapists*. Retrieved on 01.04.2020, from <https://books.google.de/books?id=xGKXuM7H6SMC&pg=PA21&dq=Low+Vision+Rehabilitation:+A+Guideline+for+Occupational+Therapists.&hl=de&sa=X&ved=2ahUKEwir8zL0-jsAhUGXRoKHZo1CiMQ6AEwAXoECAAQAg#v=onepage&q=Low%20Vision%20Rehabilitation%3A%20A%20Guideline%20for%20Occupational%20Therapists.&f=false>
- Schneck, C., & Smith Roley, S. (2004). *Sensorische Integration bei visuellen Defiziten einschließlich Blindheit: Das Sehen als ganzheitliche Leistung*. Berlin: Springer
- Shimizu, J., Yoshioka, M., & Yonetsu, R. (2019). Development of a new grip for use with a long cane for visually impaired children. *British Journal of Occupational Therapy*, 82, 8. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/0308022619830286>
- Stamm, T., Kraner, G., Möseneder, J., Ritschl, V., Perkhofer, S., Tucek, G., & Weigl, R. (2016). Besonderheiten der Forschung im Gesundheitswesen. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Eds.) *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (pp. 25-47). Berlin: Springer
- Stevellink, S. A. M., Malcolm, E. M., & Fear, N.T. (2015). Visual impairment, coping strategies and impact on daily life: a qualitative study among working-age UK ex-service personnel. *BMC Public Health*, 15, 1118. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2455-1>
- Striesow, R. (2019). Betätigung und Funktion sind untrennbar – Ergotherapie in der Neurologie. *ergopraxis*, 12(10), 33-37. Retrieved on 25.10.2020, from [www.thieme-connect.de/products/ergopraxis](http://www.thieme-connect.de/products/ergopraxis) > „Ausgabe 10/19“
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research pyramid: A new evidence-based-practice model für occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 65(2), 189-96. doi: 10.5014/ajot.2011.000828
- Townsend, E. A., Geagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ... Brwon,

J. (2007). *Enabling: Occupational Therapy's core competency*. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (pp. 87-133). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Van Nispen, R., Virgili, G., Hoeben, M., Langelaan, M., Klevering, J., Keunen, J., & van

Rens, G. (2020) Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD006543.pub2

Visio (o.D.) *About Visio*. Retrieved on 11.10.2020, from

<https://www.visio.org/en-gb/slechtziend-of-blind/blind>

World Health Organization (2020). *Blindness and visual impairment*. Retrieved on

13.10.2020, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

## Glossar

Begriff	Definition
Barrierefreiheit	„Barrierefreiheit besteht nach der Definition des § 4 BGG dann, wenn "Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche" (...) "für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind." (Demmel & Drerup, 2014).
Betätigungsperformanz ( <i>occupational performance</i> )	„The actual execution of carrying out of an occupation” (Townsend et al., 2007, S. 26)
Occupational Justice	„(...) a justice that recognizes occupational rights to inclusive participation in everyday occupations for all persons in society, regardless of age, ability, gender, social class, or other differences.” (Nilsson & Townsend, 2010, S. 64)

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: CMOP-E, S.17

# Anlagen

## Anlage 1 Literaturrecherche

Suchdatum	Pico Frage	Datenbank	Suchstrategien	Resultate	Anmerkungen
28.03.2020	Welche Interventionen werden in der Ergotherapie bei Menschen, die blind sind, angewandt?	Zuyd Library	occupational therapy AND blindness AND intervention	9511	Treffer gefunden, weitere Suche über "Schnellballsystem"
28.03.2020	Welche Auswirkungen haben Blindheit und Sehbehinderung auf Betätigungen, Partizipation und Alltag der Betroffenen?	Zuyd Library	Blindness OR visual impairment AND participation OR occupation	2891974	Such noch nicht zufriedenstellend, Suchbegriffe eingegrenzt
28.03.2020	s.o.	Zuyd Library	Blindness OR visual impairment AND every day live	508717	Relevante Studien gefunden, weitere Suche über "Schneesystem"
28.03.2020	s.o.	Zuyd Library	Blindness OR visual impairment OR visually handicap AND quality of life	1728020	Relevante Studien gefunden, weitere Suche über "Schneeballsystem"
29.03.2020	s.o.	ZB Med Köln online	Blindheit	Keine Trefferzahl angezeigt	Artikel aus dem Fachmagazin "horus - Marburger Beiträge zur Integration Blinder und Sehbehinderter" gefunden
09.04.2020	s.o.	Zuyd Library	Journal of visual impairment and blindness	96683	Relevante Artikel gefunden
27.05.2020	Inwieweit arbeiten Ergotherapeuten international mit Menschen, die blind sind?	Journal of visual impairment and blindness (sage journals)			Verschiedene Ausgaben der Zeitschrift nach relevanten Artikeln durchsucht, Relevante Artikel gefunden
11.06.2020	s.o.	Zuyd Bibliothek	Occupational therapy OR occupational therapists OR ot AND Blindness AND america	9444	Relevante Artikel gefunden, weitere Suche über "Schneeballsystem"
11.06.2020	Welche Definitionen von Blindheit gibt es? Wie ist Blindheit in Deutschland	Google scholar	Blindheit UND Sehbehinderung	8320	Relevante Informationen gefunden

	verbreitet? Welche Ursachen gibt es für Blindheit und Sehbehinderungen?				
12.06.2020	Inwieweit arbeiten Ergotherapeuten international mit Menschen, die blind sind?	Zuyd Bibliothek	Occupational therapy OR occupational therapists OR ot AND blindness OR visual impairment OR vision loss AND netherlands	1.793.822	Internationale ergotherapeutische Zeitschriftenartikel über Reviews und Studien gefunden, weitere Suche durch "Schneeballsystem"
12.09.2020	Wo arbeiten Ergotherapeut*innen mit Menschen, die blind sind, zusammen? Wie arbeiten Ergotherapeut*innen mit Menschen, die blind sind, zusammen?	Google scholar	Blind people AND occupational therapy	139.000	Buch über assistive Technologien gefunden
12.09.2020	s.o.	Google Scholar	Blindness AND occupational therapy	85.900	
14.10.2020	Welche Besonderheiten bestehen in der Kommunikation mit Menschen, die blind sind?	Google	Kontaktaufnahme zu Menschen, die blind sind	673.000	Uni-Marburg Leitfaden gefunden
13.10.2020	Welche Angebote bestehen in Amerika für Menschen, die blind sind?	Google	Angebote für Menschen, die blind sind in Amerika	11.000.000	Zu Groß
13.10.2020	s.o.	Google	Blindenverband Amerika	444.000	AFB gefunden
23.10.2020	Wird das Canadian Model of occupational performance and engagement in der Behandlung mit Menschen, die blind sind, angewandt?	Zuyd Library	Canadian Model of occupational performance and engagement AND blindness OR visual impairment	10093	Zu viele Resultate, keine relevanten Ergebnisse
23.10.2020	s.o.	Zuyd library	Canadian Model of occupational performance and engagement AND blindness	1442	Keine relevanten Ergebnisse
26.10.2020	Wie können ergotherapeutische Assessments bei Menschen, die blind sind, angewandt werden?	Zuyd library	Assessments AND Occupational Therapy OR ot AND blind OR visual impairment or low vision	192059	Keine relevanten Ergebnisse gefunden

## Anlage 2 Einverständniserklärung



### **Einverständniserklärung zur Teilnahme am Experteninterview zum Thema „Ergotherapeutische Studie über die Arbeit von Ergotherapeuten mit Menschen, die blind sind“**

**Projekt:** Studie zum Thema „Die Arbeit von Ergotherapeuten mit Menschen, die blind sind“ im Rahmen einer Bachelorarbeit

**Studienleitung/ Interviewer:** Milena Böttcher, Valerie Jannasch (Studierende „BS Occupational Therapy“ der Zuyd Hogeschool, Heerlen (NL))

**Interviewdatum:** \_\_\_\_\_

Die Teilnahme an der Studie erfolgt anhand eines Einzelinterviews, welches online über das Videokommunikationsprogramm „Bluejeans“ stattfindet, auditiv mitgeschnitten und anschließend über Transkription in Schriftform gebracht wird. Die erhobenen Daten werden datenschutzrechtlich für Dritte unzugänglich aufbewahrt.

Personenbezogene Daten werden vollständig anonymisiert. Ergebnisse der Interviewanalyse werden in der Bachelorarbeit dargestellt, wobei keine Rückschlüsse auf Personen gezogen werden können.

Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Der/ die Interviewteilnehmer\*in hat während des Interviews jederzeit die Möglichkeit abzubrechen. Das Transkript des Interviews wird dem/ der Teilnehmer\*in zugesandt und er/ sie hat die Möglichkeit, Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen vorzunehmen. Auch nach dem Interview kann die Einverständniserklärung vor dem Abschluss der Bachelorarbeit zurückgezogen werden, ohne dass für den/ die Teilnehmer\*in Nachteile entstehen.

Mit Unterzeichnung dieses Dokuments, erklären Sie sich mit der Teilnahme an der Studie unter oben genannten Bedingungen einverstanden.

Name in Druckschrift:

Ort, Datum, Unterschrift:

## Anlage 3 Informationsschreiben



### **Informationsschreiben zur Studie über ergotherapeutische Arbeit mit Mensch, die blind sind**

Sehr geehrte Herr/ Frau \_\_\_\_\_,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der Teilnahme unserer qualitativen Studie!

In diesem Schreiben möchten wir Ihnen weitere Informationen über unsere geplante Studie und die Rahmenbedingungen der Teilnahme geben.

#### **Was ist der Inhalt der Studie?**

Wir führen diese Studie im Rahmen unserer Bachelorarbeit im Studiengang „Bachelor of Science in Occupational Therapy“ an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) durch. Die Studie beschäftigt sich mit der Frage, wie ergotherapeutische Arbeit in Deutschland die Betätigungsperformanz und Partizipation von Menschen, die blind sind, fördern kann.

Um diese Frage näher zu erforschen, möchten wir Experteninterviews mit Ergotherapeut\*innen durchführen, die in ihrer Arbeit Menschen, die Blind sind, unterstützen. Die Teilnahme an der Studie erfolgt somit in Form eines Einzelinterviews.

#### **Wie läuft das Interview ab?**

Das Interview wird mit beiden Studierenden und einem/ einer Studienteilnehmer\*in online stattfinden. Dafür wird das Videokommunikationsprogramm „Bluejeans“ verwendet, welches einfach zu bedienen ist und von unserer Hochschule zugelassen wird. Die Interviewdauer wird ca. 45- 60 Minuten umfassen. Wenn sie sich einverstanden erklären, wird von diesem Interview eine digitale Tonaufnahme erstellt, welche im weiteren Prozess schriftlich transkribiert wird. Das Transkript wird Ihnen anschließend zugesandt und Sie haben die Möglichkeit, Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen vorzunehmen.

Alle Daten werden vertraulich und sicher auf Speicherorten aufbewahrt, welche von unserer Hochschule zugelassen und für Dritte unzugänglich sind.

Die Inhalte des Interviews werden nach der Transkription analysiert und die Ergebnisse anonym in unsere Bachelorarbeit aufgenommen, sodass keine Rückschlüsse auf ihre Person gezogen werden können.

### **Was sind die Inhalte des Interviews?**

Das Interview wird mittels eines semistrukturierten Interviewleitfadens geführt. Dabei werden ihnen mehrere offene und ggf. vertiefende Fragen gestellt, welche unter anderem folgende Themen beinhalten:

- Arbeitsalltag
- Therapieprozess
- Herausforderungen
- Kontaktgestaltung

### **Rechtliches**

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Während des Interviews haben Sie jederzeit die Möglichkeit, abubrechen oder zu unterbrechen oder Fragen nicht zu beantworten, ohne Gründe hierfür zu nennen. Falls Sie sich nach Abschluss des Interviews unsicher werden, können Sie selbstverständlich Ihr Einverständnis zur Verwendung ihrer Aussagen zurückziehen, ohne dass dies Nachteile für Sie haben wird.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitwirkung!

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich gerne an uns unter folgender E-mail Adresse:

[ergotherapieundblindheit@web.de](mailto:ergotherapieundblindheit@web.de)

Mit freundlichen Grüßen

Milena Böttcher und Valerie Jannasch

## Anlage 4 Flyer



### EINE STUDIE ÜBER DIE ARBEIT VON ERGOTHERAPEUTEN MIT MENSCHEN, DIE BLIND SIND

Wir (Milena Böttcher & Valerie Jannasch) sind Ergotherapeuten und führen im Rahmen unseres Bachelorstudiums an der ~~Zuyd Hogeschool~~ in Heerlen (NL) eine qualitative Studie für unsere Bachelorarbeit durch. Diese befasst sich mit der Fragestellung, wie Ergotherapeuten mit Menschen, die blind sind, zusammenarbeiten und diese in den verschiedenen Aufgaben des täglichen Lebens unterstützen.

Für die Studie benötigen wir Interviewpartner, die bereit sind von ihrer Arbeit mit Menschen, die blind sind, zu berichten. Die Interviews werden online durchgeführt, da aufgrund der aktuellen Corona Maßnahmen kein persönlicher Austausch stattfinden darf. Um die Interviews vollständig auswerten zu können, wird das Gespräch aufgezeichnet. Dadurch können wir die Inhalte transkribieren und analysieren. Ihnen wird anschließend das fertige Transkript zugesandt, sodass Sie noch Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen vornehmen können. Ihre Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Die Audio-Dateien werden nach einer Transkription unsererseits gelöscht. Die Transkripte hingegen, werden in der ~~Zuyd Hogeschool~~ getrennt von den Transkripten anderer teilnehmenden Personen aufbewahrt, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können.

Also wenn Sie eine ergotherapeutische Ausbildung absolviert haben und mit erblindeten Menschen arbeiten, sowie Interesse daran haben, an dieser Studie mitzuwirken, dann senden wir Ihnen gerne ein Informationsschreiben zu. Dort finden Sie alle nötigen Informationen bezüglich der Studie. Zusätzlich erhalten Sie eine Einverständniserklärung.

Falls Sie noch Fragen haben, können Sie uns gerne kontaktieren, eine E-Mailadresse ist im gelben Kasten angegeben.

Vielen Dank für Ihr Interesse, wir freuen uns auf Sie und Ihre Erfahrungen!

WIR SUCHEN SIE!

SIE SIND  
ERHOTHERAPEUT\*IN?

SIE ARBEITEN MIT  
MENSCHEN, DIE BLIND  
SIND ZUSAMMEN?

SIE MÖCHTEN DIE  
ERGOTHERAPIE  
VORANTREIBEN?

WIR HABEN IHR INTERESSE  
GEWECKT? DANN NEHMEN  
SIE KONTAKT MIT UNS AUF!



MILENA BÖTTCHER &  
VALERIE JANNASCH  
Ergotherapeutinnen

ergotherapieundblindheit@  
web.de

**ZU  
YD**

# Anlage 5 Interviewleitfaden

**Einleitung:** Vielen Dank für Ihr Interesse an der Studie teilzunehmen! Im Folgenden werden wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem Arbeitsalltag mit Menschen die blind sind stellen. Zunächst erstmal die Frage, ob Sie damit einverstanden sind, dass das Gespräch aufgezeichnet wird?

Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, müssen Sie selbstverständlich nicht beantworten. Sie können das Interview jederzeit abbrechen.

Wir bitten Sie, die Fragen möglichst ausführlich zu beantworten, sodass das Forschungsergebnis möglichst umfangreich dargestellt werden kann.

Nach der Transkription der gesammelten Daten, wird Ihnen Ihr Interview zugesandt, sodass Sie Ergänzungen, Änderungen oder Streichungen vornehmen können.

## Formale Kriterien

Geschlecht: m/w/d

Alter:

Aus- und Weiterbildung (Studium, etc.):

Gesammelte Berufserfahrung: Wie lange arbeiten Sie schon mit Menschen, die blind sind, zusammen?

Institution/Arbeitsbereich:

## Inhaltliche Fragen:

Offene Fragen	Konkretisierungsfragen	Vertiefende Fragen (spontan)
Mit wie vielen Klienten, die blind sind, arbeiten Sie/ haben Sie bereits zusammengearbeitet?	Seit wann/ wie lange arbeiten Sie mit diesen Klienten zusammen?	
Sie arbeiten ja nicht nur mit Klienten, die blind sind zusammen, sondern auch mit anderem Klientel. Je nach Klientel gestaltet sich die Kontaktaufnahme <u>ja, unterschiedlich</u> , wie stellen Sie den Kontakt zu Menschen, die blind sind her?	Wie gestalten Sie die Kommunikation zu den Menschen, die blind sind?	Gibt es <u>etwas</u> worauf Sie besonders achten?
Wie sind Sie bei der Befunderhebung vorgegangen?	Setzen Sie (bestimmte) Befunderhebungsinstrumente ein?	Gibt es bei der Befunderhebung besondere Herausforderungen?

		<p>Wurden Assessments auf den/die Klient*in angepasst?</p> <p>(Was sind Ihre Erfahrungen mit den gerade genannten Assessments?)</p>
<p>Wie sind die Menschen, die blind sind zur Ergotherapie gekommen? (Gab es eine Überweisung vom Arzt? Wurden diese selbst aktiv, etc.?)</p> <p>Mit welchen Anliegen kommen die Menschen, die blind sind, zur Ergotherapie?</p>	<p>In welchen Bereichen (Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit) äußern die Klienten die häufigsten Problemstellungen?</p> <p>Wo sehen Sie selber Handlungsschwierigkeiten oder ergotherapeutischen Bedarf bei Ihren Klienten?</p>	<p>Können Sie uns ein Beispiel nennen?</p>
<p>Wie gehen Sie bei der Zielsetzung vor? (Wie entsteht diese oder wie gestalten Sie diese?)</p>	<p>Wie erfahren Sie die Ziele der Klienten?</p> <p>Legen Sie überhaupt Ziele fest?</p>	<p>In welchen Bereichen sind die Ziele gesetzt (Produktivität, Freizeit, Selbstversorgung)?</p> <p>Bei keinen Zielen: welches grobe Ziel verfolgt Ihre Arbeit allgemein?</p>
<p>Wie planen Sie eine Intervention?</p>	<p>Welche Faktoren beziehen Sie in die Planung mit ein?</p> <p>Erarbeiten Sie die Planung mit dem Klienten gemeinsam?</p> <p>Beziehen Sie die Umwelt des Klienten mit ein?</p>	<p>Gibt es allgemein Aspekte, die für Sie in der Therapieplanung hilfreich sind?</p>
<p>Mit welchen Interventionen unterstützen Sie die Klienten bei ihrer Problemstellung/ -bewältigung?</p>	<p>Welches ergotherapeutische Fachwissen nutzen Sie dabei hauptsächlich (Modelle, Interventionen, Evidenz, etc.)?</p>	<p>Können Sie uns eine beispielhafte Intervention nennen, die Sie durchführen?</p>
<p>Erleben Sie allgemein Herausforderung in der Arbeit mit Menschen, die blind sind?</p>	<p>Wo im Therapieprozess erleben Sie häufig diese Herausforderungen?</p>	<p>Wie gehen Sie dann mit diesen Herausforderungen um?</p>

Bestehen Zusammenarbeiten mit anderen Berufsgruppen?		
<u>Welches Outcome</u> , ermöglicht die Ergotherapie den Menschen, die blind sind?  (Welche Ergebnisse erzielen Sie mit der ergotherapeutischen Arbeit?)	Was denken Sie, unterscheidet die ergotherapeutische Arbeit mit Menschen, die Blind sind, von der Arbeit anderer Berufsgruppen in diesem Bereich?	Gibt es Bereiche, wo Sie denken, dass die Ergotherapie dort agieren könnte? Also andere Tätigkeitsfelder, die man genauso gut als Ergotherapeut ausführen kann?
Welche ergotherapeutischen Grundlagen/ Sichtweisen setzen Sie in ihrer Arbeit mit Menschen, die blind sind, um?	Was sind ihre leitenden Prinzipien für Ihre Arbeit?	Was ist für Sie besonders wichtig in der Arbeit mit Menschen, die blind sind? Worauf legen Sie besonders wert?
Könnten Sie sich vorstellen, dass Ergotherapeuten noch mehr in diesem Bereich tätig werden könnten? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?		

---

Die inhaltlichen Fragen sind nun abgeschlossen. Jetzt haben Sie nochmal die Möglichkeit von sich etwas zu erzählen, also möchten Sie noch etwas ergänzen oder ansprechen, was im Interview noch nicht aufgegriffen wurde?

---

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Wir werden in den folgenden Wochen das Interview transkribieren. Sobald dies geschehen ist, senden wir Ihnen das Transkript per E-Mail zu. Dann haben Sie die Möglichkeit, wie bereits erwähnt, das Transkript zu verändern d.h. zu ergänzen oder ggf. Aussagen zu streichen. Wenn Sie vorher noch Anmerkungen oder Fragen haben, können Sie uns gerne jederzeit kontaktieren.

## Anlage 6 Auszug Transkription

Auszug aus Transkript (Interview 2)

I2: Und mit wie vielen Klienten haben Sie da schon zusammengearbeitet, oder arbeiten Sie aktuell zusammen? #1:57#

B: Mit einem Kind arbeite ich zusammen. Einem Jungen, sechs Jahre, gerade in die zweite Klasse gekommen. Genau, mit dem arbeite ich. #2:07#

I2: Alles klar. #2:09#

I1: Dann geht es jetzt weiter mit den inhaltlichen Fragen. #2:14#

B: Ja. #2:15#

I: Sie arbeiten ja nicht nur mit Klienten, die blind sind, sondern ja auch mit anderem Klientel. Je nach Klientel gestaltet sich ja auch die Kontaktaufnahme unterschiedlich. Und da wäre unsere Frage, wie stellen Sie denn den Kontakt her zu Klienten, die blind sind? Also speziell zu dem Jungen, wie wird da der Kontakt gestaltet? #2:32#

B: Also da ist es natürlich verbal ganz viel Kontaktgestaltung, aber auch taktil, dass ich, als ich ihn kennengelernt habe mich mit ihm zusammengesetzt habe und, dass er sich erstmal/ Ja hauptsächlich orientiert es sich auch übers Hören und darüber haben wir dann mit ihm/ Habe ich ihn kennengelernt oder haben wir uns ausgetauscht. Aber er konnte natürlich auch erst einmal sich in den Räumen, sagen wir mal, umschauchen, also dass er da durchgelaufen ist, alles anfassen durfte, auch bei mir erst einmal gucken durfte, wer bin ich denn. Er wollte eben auch mit Berührung aufnehmen und das einmal zu klären, wo ist er da, um sich zu orientieren und das ging hauptsächlich darüber. #3:18#

I1: Und wenn Sie so an die Kommunikation denken, wie gestaltet sich die? Ist die schwieriger oder wie gestaltet sich die Kommunikation zu dem Kind? #3:28#

B: Also eigentlich ist es recht unkompliziert mit dem Jungen. Ich kann mit ihm fest genauso kommunizieren, wie mit anderen Kindern. Sein Bruder kommt zeitgleich mit ihm in die Therapie und ist bei einer anderen Kollegin. Und wenn die beiden eben zusammen kommen, also der Bruder ist sehend, wenn die beiden kommen ist das fast so, als würde man das gar nicht merken, dass der blind ist. Die umgängliche Kommunikation so mit Smalltalk und so etwas das ist eigentlich wie bei jedem anderen Kind auch. Wenn wir dann in die Therapie gehen oder unterwegs sind in die Räume, dann versuche ich schon auch, dass ich eben

einerseits/ Also da muss ich dann, merke ich selber von mir, dass ich mehr bewusster mit überlegen muss, welche Worte ich wähle, um zu beschreiben, wo wir hingehen. Um einerseits ihm so ein bisschen Richtung zu geben und andererseits auch nicht ihn so zu führen, dass er nicht mehr selber überlegen muss und gucken muss. Also da muss ich schon sehr bewusst die Worte wählen, um das richtig auszudrücken für ihn. Oder manchmal merke ich, dass ich irgendwie unbedarft eine Frage stelle und sage, dass er irgendwas ertasten oder erfühlen soll und dann merke ich, ich habe das gar nicht richtig beschrieben, ich muss da nochmal mehr Informationen zu geben, weil er das ja gar nicht sehen kann, was da vor ihm liegt. Ich sage nur „Da liegt etwas vor dir, nimm das mal“ und merke ich Nachhinein er, ich muss ihm näher beschreiben, wo liegt das und wie kommt er da ran. Solche Sachen. Also das ist so etwas, wo ich noch dazulerne, was ich noch mehr bedenken muss. Also ich bemühe mich und versuche da schon in andere Richtungen zu denken, aber merke noch, dass immer wieder Sachen aufkommen, die ich vorher nicht bedacht habe. #5:02#

I1: Ja, sehr interessant, weil das wäre nämlich auch noch eine Frage gewesen, worauf Sie besonders achten, aber das haben Sie ja jetzt erklärt. Wie sind Sie denn bei der Befunderhebung vorgegangen? Wenn das Kind dann das erste Mal zur Ergotherapie kommt, wie haben Sie das gemacht? #5:17#

B: Ich bin mit ihm in den Motorikraum gegangen und habe ihm erstmal ungefähr erklärt, was dort ist und habe ihn dann ausprobieren lassen. Ja ihn durch den Raum gehen lassen und ihn dabei beobachtet, wie er zurechtkommt. Eine der Gründe, warum er die Ergotherapie bekommen hat ist, dass, laut des Vaters, er eben Schwierigkeiten in der Orientierung hat, dass er rechts und links noch verwechselt, so in der ganzen Raum-Lage-Wahrnehmung. Im Körperschema, dass ihm das noch sehr schwerfällt. Und daher habe ich das erst einmal, ihn das ausprobieren lasse, und dann bestimmte Spiele mit ihm gemacht, um zu beobachten, wie ist denn sein Gehör? Wie ist seine Orientierung um Raum? Wie ist seine Orientierung am Körper, kann er das zuordnen, wo was ist? Also das war jetzt nicht mit standardisierten Tests, sondern ihn ausprobieren lassen und beobachten. Und zum Teil habe ich das auch versucht ihn dann abzufragen, also zum Beispiel dann auch mit dem, weiß nicht, ob ihr das kennt, das Fotointerview für Kinder, das habe ich versucht so ein bisschen die Aktivitäten abzufragen, zu hören was sind denn so seine Schwierigkeiten auch. Aber das war schwierig. So theoretisch einfach nur abzufragen, das konnte er nicht gut verstehen. Also für die Befundung das ging eher darüber, was ich in den ersten Therapiestunden so alles bei ihm sehen konnte. #6:44#

I2: Sie haben gerade gesagt sie haben dieses Fotointerview verwendet. Wie haben Sie das denn dann adaptiert für die Befragung? Das war ja dann wahrscheinlich ganz anders als mit einem sehenden Kind. #6:49#

B: Ja. Also ich habe das einfach nur durchgesprochen, während er auf der Schaukel saß. Also diese Bewegung, da ist er ganz ruhig geworden, sonst war er sehr hibbelig und als er auf der Schaukel lag konnte er relativ gut zuhören und dann habe ich versucht das mit ihm durchzusprechen, ihm die Situationen zu erklären und zu fragen „Wie klappt das in der Schule? Wie klappt das mit dem Stillsitzen?“ also so diese einzelnen Aktivitäten das durchzusprechen. Ich denke, dass ich das besser hätte adaptieren müssen und auch nochmal, dass er da was Taktilen zu in die Hand kriegt. Da müsste man wahrscheinlich das

komplette Assessment irgendwie umändern, dass man erspüren kann, worum geht es gerade. Aber das hat nicht so gut geklappt. Also nur über das Hören, das war nicht so hilfreich für ihn, das müsste man vielleicht nochmal in Verbindung mit taktile machen. Oder konkret die Aktivitäten herausuchen, von denen ich von seinem Umfeld weiß, dass das seine Probleme sind und dann Betätigungsanalysen ausführen. #7:56#

I1: Mit welchem Anliegen ist denn der Junge eigentlich zur Ergotherapie gekommen, also was war der Überweisungsgrund sage ich mal? #8:05#

B: Oh jetzt weiß ich gar nicht mehr genau, was auf der Verordnung steht, das könnte ich nachgucken, wenn ihr das wissen müsst. Vom Vater aus war es/ Es ging es auch um Aufmerksamkeitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen so ein bisschen. Das kann ich aber gleich nochmal gucken. Vom Vater aus war es, wie gesagt, die Orientierung und dass das Essen mit dem Löffel gar nicht klappt. Also, dass er das Essen immer verliert vom Löffel und das gar nicht koordinieren kann und nicht mit dem Löffel essen kann. Und von der Lehrerin, mit der hatte ich dann auch kurz nach Beginn der Therapie gesprochen, da ging es eher darum, um die Aufmerksamkeit im Unterricht, dass er da sehr unruhig ist, kein Regelbewusstsein zeigt, dass er da auch sozio-emotional auffällig ist, dass er wenig Empathie zeigt seinen Mitschülern gegenüber und dass das von ihr die Anliegen waren. #9:00#

I1: Okay und in welche Bereiche würden Sie diese Probleme einordnen, Selbstversorgung, Produktivität oder Freizeit? Wenn man mal ins CMOP-E jetzt schaut? #9:11#

B: Ja, die Anliegen, die der Vater genannt hat ganz klar in die Selbstversorgung. Und was von der Lehrerin aus geht eher dann Produktivität, also dass er da in der Schule sich so verhalten kann, dass er Inhalte gut aufnehmen kann und da Teilhabe am Leben in der, also in dem Umfeld Produktivität eben erleben kann. #9:31#

I2: Und wenn Sie jetzt aus Ihrer Sicht mal auf den Jungen schauen und so auf seine Handlungsprobleme, wo sehen Sie da Handlungsschwierigkeiten und ergotherapeutischen Bedarf bei dem Klienten? #9:46#

B: Also ich habe ihn ja hauptsächlich einzeln, ganz selten hatten wir mit dem Bruder zusammen, aber selbst dann fallen die Dinge im Verhalten, also die die Lehrerin im Bereich Produktivität genannt hat, die fallen da weniger auf. Was ich aber stark sehen kann sind Sachen in der Selbstversorgung. Sich selber orientieren können, im Raum selber zurecht kommen, Wege finden können, also das ist ja auch alles Teil davon. J auch Aktivitäten im Alltag. Den Tisch selber decken. Sich/ ja gut seine Schuhe sich selber anziehen, das schafft er. Aber so diese Dinge im Umfeld, essen, sich selber Brot schmieren, das kann er alles nicht, weil er da alles abgenommen kriegt zuhause. Und das ist ein großes Feld, wo ich versuche, den Vater auch mit einzubinden, dass dem Jungen da auch mehr Selbstständigkeit ermöglicht wird. Dass er da in der Selbstversorgung eben auch

eigenständiger werden kann. Ich finde das ist aus meiner Sicht aktuell eine Sache, an der wir versuchen zu arbeiten. #10:51#

I1: Dann sprechen wir ja gerade von den Zielen. Wie gehen Sie denn da bei der Zielsetzung vor mit dem Kind? Entsteht die gemeinsam? Wie wird die gestaltet? #11.01#

B: Genau, das war eigentlich ausgehen von den Zielen des Vaters und das habe ich dann versucht mit dem Jungen zu besprechen, habe gesagt: „Hey der Papa hat gesagt das ist gerade etwas, was besser klappen soll zuhause“ und habe ihn gefragt, ob er das auch so sieht, beziehungsweise habe ja auch über die Befragung mit dem Fotointerview versucht herauszukriegen, was sein Ziel ist. Das konnte er aber schwer benennen. Also so eine eigene Wahrnehmung, das schwierig ist, das hat er wenig und deswegen habe ich mich aber mit ihm darauf geeinigt, dass wir die Ziele erst einmal verfolgen, die der Vater benannt hat und darauf konnte er sich dann auch einlassen. Da sagt er auch „Ja, das ist gut, da hat der Papa recht, das können wir machen.“. Also das heißt das mit dem Löffel essen, das ist das, woran wir die letzten Wochen gearbeitet haben und so ein bisschen Orientierung, das fand er auch gut, das konnte er auch sagen, das ist hilfreich. Also selbst benennen ging nicht, aber er konnte sich darauf einlassen und sich einigen. #12:02#

I1: Das heißt, wenn ich das jetzt richtig verstanden habe, dass die Ziele, die sie gesetzt haben, sich eben auch auf die Problemstellung Selbstversorgung und auch ein bisschen Produktivität sich auswirken? Also, dass das einen Zusammenhang ergibt? #12:11#

B: Ja, genau. Also die primären Ziele kommen ja aus der Selbstversorgung, aber die Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe, die die Lehrerin in der Produktivität genannt hat, das sehe ich natürlich in der Therapie auch immer wieder aufkommen und versuche das mit einzubinden, während wir eben die Ziele aus der Selbstversorgung primär verfolgen. #12:55#

I1: Okay, dann kommen wir jetzt zur Intervention. Wie planen Sie eine Intervention überhaupt? #12.46#

B: Generell, oder für den Jungen? #12:50#

I1: Speziell für den Jungen. Also welche Faktoren beziehen Sie da in die Planung mit ein? #12:55#

B: Ich setzte mir natürlich immer zuerst/ frage mich natürlich immer zuerst: „Was ist das Ziel? Was möchte ich insgesamt erreichen? Und wie kann ich dahin kommen?“ Also das ist immer so das, was darüber steht über der Überlegung. Dann versuche ich auch mit aufzunehmen was er in den vorherigen Therapien gesagt hat, was er erzählt, womit er gut zurechtkommt. Auch mit aufzunehmen, was der Vater zwischendurch erzählt, was sie zuhause ausprobiert

haben. Das versuche ich alles mit rein zu nehmen. Und dann mache ich ungefähr einen Plan, was ich gerne ausprobieren möchte. Also als es jetzt darum ging, mit dem Löffel zu essen, dass ich mir verschiedene Therapiematerialien überlege, was wir ausprobieren können und dass ich dann ein Repertoire habe an Therapiemethoden und Therapiemitteln, die ich für die Therapiestunde nutzen kann. Welche ich dann davon tatsächlich ausführe oder nutze, das mache ich dann davon abhängig, wenn der Junge da ist, wie er drauf ist, weil das manchmal sehr Stimmungsabhängig ist wie er drauf ist, ob er mitmacht. #14:06#

I1: Wenn Sie jetzt nochmal an die Therapieplanung denken, gibt es da etwas, worauf Sie besonders achten müssen? Etwas was Herausforderungen sind in der Intervention? #14:14#

B: Die Therapiemittel auszuwählen, das finde ich immer wieder herausfordernd bei ihm, weil ich eben nicht alles so verwenden kann, wie ich das bei anderen Klienten kann. Weil ich alles adaptieren muss, beziehungsweise überlegen muss, was braucht er und welche Therapiemittel, die wir in der Praxis haben, kann ich dafür nutzen? Also es ist nicht so, dass ich dann Hilfsmittel, die für jeden anderen Klienten gehen würden, dass ich direkt daran denken, sondern ich muss eher von ihm aus denken, was braucht er und was kann ich dafür nutzen? Also oft sind es dann auch Dinge, die ich zweckentfremde, dafür, das für ihn passend zu machen. Und das ist ein Denken eben andersherum. #14:58#

I2: Können Sie uns ein Beispiel nennen dafür, für diese Materialien? #15:01#

B: Also zum Beispiel habe ich versucht, nachdem ich eine Betätigungsanalyse gemacht habe mit dem Löffel essen und gesehen habe, dass er das gar nicht spüren kann, wie er den Löffel hält. Also das fällt ihm schwer das zuzuordnen, ist das jetzt vorne oder hinten. Und habe dann überlegt was habe ich, was kann ich machen, um ihm das zu erleichtern, dass er das taktil wahrnehmen kann? Und habe das dann erst mit Griffverdickungen gemacht, was bei einem anderen Klienten, der auch Schwierigkeiten beim Essen hat vielleicht auch der erste Ansatz gewesen wäre. Das hat ihm aber gar nicht geholfen. Und dann habe ich überlegt, was habe ich denn in der Praxis, um ihm einen festen Griff zu ermöglichen, wo er das spüren kann? Was habe ich für einen festen Griff? Dass er da so taktile Orientierungspunkte hat. Und bin dann darauf gekommen, dass wir zum Beispiel diese Schleich Tiere nehmen können und habe dann so einen Hai genommen, wo er die Flossen genau spüren kann, wo er den Griff dran halten kann, um sich an diesen Flossen zu orientieren. Und dann haben wir versucht da einen Löffel dran zu machen, um ihm eben diese taktilen Rückmeldungen zu geben, die er sonst nicht kriegt bei der normalen Griffhilfe. #16.03#

I1: Ah interessant. Zu den Interventionen nach: Sie haben jetzt eine beispielhaft genannt. Wenn Sie so eine Intervention planen und durchführen, stützen Sie sich da auf ergotherapeutisches Fachwissen? Also Modelle, evidenzbasierte Interventionen oder welches Fachwissen nutzen Sie dabei hauptsächlich? #16:25#

B: Ich muss kurz überlegen (...). Ich versuche das schon mit dem Fachwissen zu verknüpfen, was ich aus dem Bereich Ergotherapie/ Ergotherapie und Blindheit, da gibt es nicht viel Fachwissen dazu, das wisst ihr ja auch. Was ich versuchen eben da ist das Fachwissen aus dem Bereich Körperwahrnehmung so diese ganzen, so was da bekannt ist, das einfließen zu lassen. Und ansonsten habe ich auch versucht mir selber noch Sachen anzulesen, was jetzt aus der Blindenforschung kommt. Wie da die Wahrnehmung nochmal anders ist, welche Hilfsmittel man nutzen kann, worauf man im Kontakt achten muss. Also das habe ich aus/ Ja das waren jetzt nicht unbedingt Fachartikel, das was eine Mischung von dieser Website „Anderes Sehen“ was jetzt aus einer Elterninitiative entstanden ist, wo Material zur Verfügung gestellt wird für Pädagogen und Eltern und so weiter. Dass ich versuche ich mir da was anzulesen. Also es ist eine Mischung aus Fachwissen und Erfahrungsberichten, die ich bekommen habe. #17:34#

I1: Das heißt, Sie haben das Wissen sich quasi selbst angeeignet, Sie hatten das nicht in der Ausbildung? #17:39#

B: Genau, also zum Umgang mit Blindheit, das habe ich mir selbst angelesen und zum Teil mit Wahrnehmung kam das aus der Ausbildung, aus dem Studium. Zum Teil habe ich mir das auch noch mit angelesen und überlegt, wie kann ich das jetzt adaptieren auf den Jungen der blind ist? Aber da versuche ich, wenn ich mir das anlesen, das eben auch aus Fachquellen zu beziehen und je nach dem, wie man da fündig wird das eben durch Erfahrungsberichte zu ergänzen. #18:06#

I1: Wenn Sie jetzt so an die allgemeine Arbeit jetzt mit dem Jungen danken, gibt es da besondere Herausforderungen im Therapieprozess? Sie haben den ja jetzt schon seit Januar, das sind ja schon einige Monate. Sind da Herausforderungen aufgetreten, von denen Sie uns berichten möchten? #18.26#

B: Eine Herausforderung ist, dass die Familie sehr unregelmäßig kommt. Das ist jetzt nicht, was irgendwie direkt mit seiner Blindheit zusammenhängt, das macht es aber sehr schwierig an solchen Dingen, wie dem Wahrnehmungstraining wieder anzuknüpfen, weil das ja auch nur einen wirklich einen Effekt hätte, wenn das auch wirklich wöchentlich durchgeführt wird und wenn das auch von dem Vater zuhause auch umgesetzt werden würde. Das ist auch zurzeit etwas labil, würde ich sagen und nicht in der Verfassung, dass er da wirklich viele Übungen zuhause durchführen könnte. Zumal sein anderer Sohn ja auch in der Therapie ist und das nötig wäre, dass zuhause mit ihm gearbeitet werden würde. Das kann er aber zurzeit nicht leisten. Und von daher ist da wenig Unterstützung von Zuhause und das macht es sehr schwierig Therapieinhalte nachhaltig zu verfolgen. Also man kann so ein bisschen ihn anleiten in selbstständiger Orientierung, also den Jungen, und in selbstständigen Aktivitäten im täglichen Leben. Aber alles, was so mit der Wahrnehmung, mit den eigentlichen Problemen zu tun hat, das ist sehr schwer umzusetzen, weil eben das Umfeld nicht so unterstützend ist, wie es wünschenswert wäre. #19:44#

## Anlage 7 Auszug Analyse

Fall	Paraphrasierung (Z1)	Paraphrasierung	Generalisierung	Kategorie
TN-1	Also im ersten Moment eigentlich gar nicht so unterschiedlich, weil wir immer Erstgespräche führen und auch dafür einen Formbogen haben <del>und auch, also da Sie das ja auch versteht konnte ich das auch mündlich einfach besprechen.</del>	Das Erstgespräch war nicht unterschiedlich zu anderer Klientel, Befunderhebung erfolgte durch einen Formbogen.	Befunderhebung ähnlich, wie bei anderem Klientel  Befunderhebung durch Formbogen	Befunderhebung
TN-1	Die einzige <del>Schwierigkeit</del> <del>oder</del> Besonderheit war, dass sie <del>nicht selber (-)</del> <del>oder</del> nicht wusste, wo sie unterschreiben muss und dann musste ich eine besondere Genehmigung bekommen, dass ich den Auftrag für sie unterschreiben darf,	Schwierigkeiten im Erstkontakt, die Therapeutin braucht eine Genehmigung, um für die Klientin zu unterschreiben, da diese sich nicht auf dem Blatt orientieren konnte	Betätigungsproblem: Orientierung beim Unterschreiben	Betätigungsprobleme auf Grund der Blindheit
TN-1	es war ein Hausbesuch	Die Therapie fand als Hausbesuch statt.	Hausbesuch	Rahmenbedingungen der Therapie
TN-1	Für mich war es aber auch so das erste Mal, dass ich mit	Therapeutin hatte zum ersten Mal Kontakt zu	Keine Erfahrung in der Kommunikation und Therapie	Vorerfahrungen der Therapeut*inne

	<p>blinden Personen überhaupt Kontakt hatte so direkt und dann direkt im therapeutischen Kontext, deshalb musste ich <del>so ein bisschen doch irgendwie</del> darauf einstellen, aber das hat gut funktioniert, weil sie es einem auch relativ einfach gemacht hat</p>	<p>einer Person, die blind ist, deshalb musste sie sich erst einmal darauf einstellen, was gut funktioniert hat.</p>	<p>mit Menschen, die blind sind</p>	<p>n im Bereich Blindheit</p>
TN-1	<p>(Kontext: Kommunikation ) Im Prinzip nicht anders als mit anderen Patienten. Also ich gehe zu ihr als Hausbesuch und wir besprechen <del>was wir an dem Tag/ was so die</del> Zielsetzung ist für den Tag und natürlich muss man viel mehr beschreiben. <del>Das passiert bei mir</del> automatisch, dass ich erkläre was ich mache, <del>dass ich nicht nur dastehe und nicke mit dem Kopf oder/</del> also, dass ich einfach viel mehr verbal begleite <del>und ihr/ dass sie</del></p>	<p>Die Therapeutin empfindet die Kommunikation gleich wie bei anderem Klientel auch, muss aber mehr auf verbale Begleitung achten, durch beschreiben und erklären. Die Therapie fand als Hausbesuch statt.</p>	<p>Kommunikation gestaltet sich durch verbale Begleitung, Beschreiben und Erklären der Umwelt</p> <p>Kommunikation ähnlich zu anderem Klientel</p> <p><del>Hausbesuch</del></p>	<p>Kommunikation</p>

	<p><del>natürlich eine Bestätigung verbal von mir bekommt oder auch dass ich ihr sage „Ich geh mal eben nach rechts an Ihnen vorbei“, oder dass ich einfach mehr beschreibe, damit sie auch eine Idee hat davon wo ich stehe</del></p>			
TN-1	<p>wir waren zum Beispiel zu Beginn zusammen einkaufen, das war irgendwie auch ein Ziel von ihr und da beschreibe ich <del>einfach</del> alles, was ich sehe. Also im Prinzip <del>erkläre ich das, was ich sehe also,</del> dass ich zum Beispiel im Supermarkt den kompletten Schrank erkläre, was da alles für Produkte drin sind,</p>	<p>Die Intervention “einkaufen gehen” musste von der Therapeutin verbal begleitet werden, damit das Ziel der Klientin erreicht werden konnte</p>	<p>Einkaufen als Intervention, verbale Begleitung nötig</p>	<p>Betätigungsba- sierte Interventionen  Kommunikation</p>
TN-1	<p>sie kam eigentlich, weil sie Konzentrationsprobleme hatte und kognitive Defizite, dann kam mit der Zeit raus, dass eigentlich ganz andere Dinge</p>	<p>Klientin wurde aufgrund kognitiver Defizite zur Ergotherapie überwiesen, es stellte sich aber heraus, dass die Probleme in anderen Bereichen lagen</p>	<p>Kognitive Defizite als Überweisungsg- rund, eigentliche Problemstellung aber eine andere</p>	<p>Überweisungsg- rund</p>

	das Thema sind,			
TN-1	<p>Weil sie gesagt hat, ihr Problem sei, dass sie <del>halt</del> Telefonnummern vergisst und Namen vergisst und das für sie natürlich deutlich problematischer ist als für andere. Das heißt ich habe auch eine ähnliche Diagnostik gemacht, die ich teilweise <del>so ein bisschen</del> adaptiert habe, also dass ich Sachen vorgelesen habe, die sonst dastanden. Das hat sich aber ein bisschen schwieriger dann rausgestellt, also sie ist dann damit nicht so klargekommen,</p>	<p>Die Klientin beschreibt das Vergessen von Telefonnummern als Alltagsproblem, was für Personen, die blind sind, ein größeres Problem darstellt, als für sehende Personen. Die Diagnostikverfahren zur Merkfähigkeit für sehende Menschen wurden angewandt, die Therapeutin hat der Klientin die Aufgaben vorgelesen. Dies wurde von der Klientin nicht gut angenommen.</p>	<p>Vergessen von Telefonnummern als Alltagsproblem der Klientin</p> <p>Adaption der Testverfahren durch Vorlesen</p>	<p>Adaption der Befunderhebungsinstrumente</p> <p>Betätigungsprobleme auf Grund der Blindheit</p>

## Anlage 8 Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichern wir, Milena Böttcher und Valerie Jannasch, dass die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst wurde.

Dabei wurden keine anderen Quellen und/oder Hilfsmittel genutzt als die, die in der Arbeit entsprechend aufgeführt und gekennzeichnet wurden.

Zudem liegt diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vor.

Heerlen, den 07.11.2020

  
Valerie Jannasch

  
Milena Böttcher