

  
**Fachhochschule Osnabrück**  
 University of Applied Sciences

Andreas Fischer      **Ergotherapie mit Kindern**

  
**Fachhochschule Osnabrück**  
 University of Applied Sciences

Andreas Fischer      **Ergotherapie mit Kindern**

Aktuelles Selbstverständnis und Konzepte
 

- 1. **Interessenbereich**
- 2. **Vorgehensweisen**
- 3. **Kriterien:** Merkmale einer fachlich gut durchgeführten Ergotherapie

4. Entwicklungen in der pädiatrischen Ergotherapie

5. Wirksamkeitsnachweise

**1. Herleitung des Interessengebiet**

Eine Person ist funktional gesund, wenn

- ihre körperliche Funktion (einschließlich des mentalen Bereiches)
- und ihre Körperstrukturen denen eines "gesunden" Menschen entsprechen

Eine Person ist funktional gesund, wenn

- sie das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird
- sie ihr Dasein so entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen erwartet wird.

(ICF, WHO 2002)

3 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

**Rehabilitation**

**Rehabilitation**  
(Bengel & Koch 2000)

- orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell der WHO
- fokussiert sich auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von chronischen Erkrankungen
- bemüht sich, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, beruflichen und sozialen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die **Auswirkungen auf diese Lebensbereiche zu minimieren**

4 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

**Lebensbereiche**

Der Mensch ist in verschiedenen **Lebensumwelten** aktiv, um Ziele in verschiedenen **Lebensbereichen** (Tätigkeitsbereichen) zu verfolgen.

Lebensbereiche lassen sich grob nach den Zwecken (Aufgaben) einteilen, zu denen wir in den Lebensbereichen aktiv werden (Aktiv. des täglichen Lebens, Bildung, Arbeit, Spiel & Freizeit, soziale Interaktion).

Lebensumwelten lassen sich typischerweise bestimmten Lebensbereichen zuordnen (z.B. Lebensumwelt Schule - Lebensbereich Bildung).

Unsere Ziele in den verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Spiel und Freizeit) werden stark beeinflusst vom **Lebensabschnitt** (z.B. Bildungsphase) und von den daraus resultierenden Lebensumwelten (z.B. häusliches Umfeld, Schule, Sportverein)

5 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

**Lebensumwelten in den Lebensabschnitten und Lebensbereichen**

Lebensabschnitt	Tätigkeitsbereiche			Aktiv. des täglichen Lebens
	Spiel & Freizeit	formelle Bildung	Arbeit	
frühe Kindheit	Eltern-Haushalt kommunales Umfeld			Eltern-Haushalt
Bildungsphase	Eltern-Haushalt variable Orte	Kindergarten Vorschule Schule Berufsschule weiterführende S.	Eltern-Haushalt	Eltern-Haushalt
Eigenständigkeit	kommunales Umfeld variable Orte	Weiterbildungen	Arbeitsplatz	eigener Haushalt
Ruhestand	Kommunales Umfeld			eigener Haushalt

6 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

## Grundannahme der Ergotherapie: funktionelle Gesundheit = erfolgreiche Person - Umwelt – Interaktion

Wesentliches Merkmal des Mensch-Seins ist die **erfolgreiche Interaktion** mit der ihn umgebenden **sozialen und physikalischen Lebensumwelten** mit dem Ziel der Nutzung dieser Umwelten zur **Befriedigung persönlicher Interessen und Bedürfnisse** sowie der **Bewältigung von Anforderungen** welche sich aus der umgebenden physikalischen Umwelt ergeben bzw. der Bewältigung von Anforderungen und **Erwartungen** welche sich aus der sozialen Umwelt ergeben.  
Hierzu **passt der Mensch sich selbst an die Umwelt oder die Umwelt an sich an**.

7 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 Köln

## Grundannahmen der Ergotherapie

- Durch erfolgreiche (funktionelle) Interaktion in den Lebensumwelten / Lebensbereichen wird Partizipation erreicht.
- Die Betätigungen, welche das individuelle Tätigkeitsmuster bilden, bilden die Grundlage für das individuelle Erleben und die Bedeutungszuweisung für die eigene Person.
- Ein als sinnvoll und erfolgreich erlebtes Tätigkeitsmuster ist mit einer hohen Lebensqualität gleichzusetzen und Sinn und Zweck ergotherapeutischer Intervention.
- Ergotherapeuten besitzen Theorien und Handlungskonzepte, die ein Verständnis und die (Wieder-)Herstellung individueller Betätigungen ermöglichen.

8 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 Köln

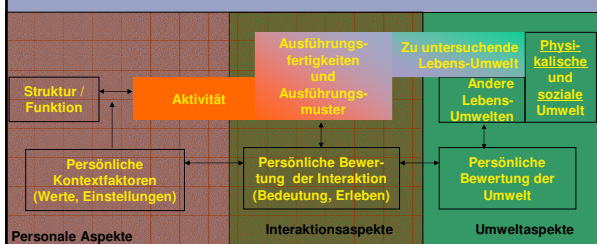
## 2. Vorgehensweisen: Definition Ergotherapie

„Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen, die in ihren alltäglichen **Fähigkeiten** eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Diesen Menschen soll es ermöglicht werden, für sie **bedeutungsvolle Betätigungen** in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit **in ihrer Umwelt** durchführen zu können.  
Ziel der Ergotherapie ist es, **Betätigung zu erreichen**.  
Gleichzeitig wird **Betätigung als therapeutisches Medium** eingesetzt.“  
(DVE-Berufsprofil, Miesen, M., Christopher A., Mentrup C. 2004)

9 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 Köln

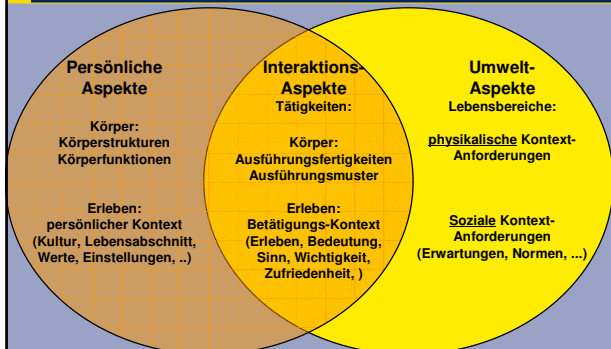
## Das Modell der funktionellen Gesundheit durch Betätigung

**Funktionelle Gesundheit aus Sicht der Ergotherapie**  
= erfolgreiche Interaktion mit den gewünschten Lebensumwelten  
Ergotherapie = Aufbau von Ausführungsfertigkeiten und -Muster für subjektiv und sozial bedeutungsvolle Aktivitäten in den Lebensumwelten



10 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 Köln

## Faktoren für eine erfolgreiche Interaktion mit Lebensumwelten



11 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 Köln

## Ergotherapie in unterschiedlichen Lebensaltern

Ergotherapie im Erwachsenenalter

= oftmals die **Wiedererwerb von Kompetenzen**, die geeignet sind, ein größtmögliches Maß an **Reintegration in bestehende Rollen** zu erreichen.

12 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 Köln

## Besonderheit Pädiatrie

Ergotherapie im Kindesalter

oftmals an Fertigkeiten und am kindlichen Lernverhalten orientiertes **Training von Handlungskompetenz**, welche in verschiedene Lebensbereiche transferiert wird.

Die Entwicklungsstruktur des Kindes soll dabei so beeinflusst werden, daß neben der Handlungskompetenz **Neugier auf planerische Aktivität und Selbsterprobung** gefördert und **Selbstwirksamkeit** erfahren wird.

## Lernfelder kindlicher Entwicklung

- **Sensomotorisches und kognitives Lernen** (traditionelle Bildung, lernorientiertes Spiel, „Lernen lernen“)
- **emotionales und soziales Lernen** (soziales Spiel, soziale Spielanteile, soziale Interaktion)
- **basale Selbstständigkeit lernen** (ADL, IADL, Aufbau einfacher Handlungsroutinen)
- **Kompetenz im Umgang mit sozialen Systemen und Lebensumwelten**  
(Entwicklung sozialer Netze, Kompetenz zur Interaktion mit komplexeren Systemen und Lebensumwelten, Aufbau autonomer Handlungsmuster in den Lebensumwelten, Kompetenz zur Kontaktaufnahme mit und Bewältigung der Adaption an neue Lebensumwelten)

## 3. Kriterien: Merkmale des Ergotherapie-Prozesses

## Kriterium: Prozessmerkmale des Ergotherapie-Prozesses

**Fokus** des Prozesses: Definition des Ziels, angewendete Erklärungsmodelle, Theorien,

**Therapeut-Klient-Interaktion:** berufliches Selbstverständnis und Therapeut-Klientenbeziehung

**Systematik:** angewendete Prozessvorschriften (Reihenfolgen und Inhalte der Arbeitsschritte)

Für die Ergotherapie ergeben sich folgende Prozessmerkmale:

**Fokus:** Betätigungsorientiert

**Interaktionsform:** typischerweise klientenzentriert

**Systematik:** verwendet ergotherapeutische Prozessmodelle

(Fischer & Steinhagen 2004)

## Der betätigungsorientierte Therapieansatz

Voll betätigungsorientiert	Therapeutische Betätigungsform	Funktions- bzw. Sequenzorientiert
In der Therapie wird ausschließlich <b>direkt an der problematischen Alltagstätigkeit</b> gearbeitet (z.B. Kochtraining)	Durch den Klienten als sinnvoll und zweckmäßig erlebte <b>Tätigkeiten, welche geeignet sind die Aufnahme der problematischen Alltagstätigkeit zu fördern</b>	<b>Körperliche Funktionen und einfache Bewegungsabläufe werden geschult</b> , um diese schrittweise zu Alltagstätigkeiten aufzubauen

## Kriterium: Der betätigungsorientierte Therapieansatz

Die therapeutische Betätigung ist eine individuell **aus Neugier oder anderem Interesse geleitete Handlungssequenz**,

- die **subjektiv als sinnvoll und zweckmäßig** erlebt wird und
- die geeignet ist, **Betätigungen im Alltag des Klienten zu fördern**.

Hierbei kann a)

direkt die **eigentlich kritische Betätigung gefördert und trainiert** werden (volle Betätigungsorientierung).

## Der betätigungsorientierte Therapieansatz



Oder b)

**Andere Betätigungen** werden zur Schulung von Fähigkeiten und Fertigkeiten eingesetzt, um die dabei erworbenen **Kompetenzen dann in andere Bereiche zu transferieren (therapeutische Betätigungsformen nutzen).**

Wenn im Rahmen des betätigungsorientierten Ansatzes eine andere Betätigung als die Zielbetätigung in der Therapie genutzt wird, **muss** klar **dokumentiert** sein

- welche Zusammenhänge zwischen **dem Befund und der gewählten therapeutischen Betätigung** existieren,
- wie die gewählte Betätigung die **Aufnahme der Zielbetätigung** fördert und
- wie der **Transfer in die Zielbetätigung** erreicht werden soll.

19 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## Merkmale der therapeutischen Betätigungsform



- Der Sinn einer therapeutischen Situation ist dem Klienten ohne lange Erklärungen **einsichtig**
- Die Aktivität entspricht **typischen Abläufen** im Alltag des Klienten
- Die Aktivität entspricht einer soziokulturell **akzeptablen Alternativform zur bisherigen Ausführung**
- Die Aktivität **unterstützt** direkt und unmittelbar die **Aufnahme problematischer Alltagsaktivitäten**
- Die Aktivität führt zu einem **Gefühl der Kompetenz**

Wenn man sich bei der Auswahl der therapeutischen Betätigungsform außerhalb dieser Merkmale bewegt, werden klare Regeln angewendet, um die Orientierung an der Zielbetätigung sicherzustellen.

20 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## Der betätigungsorientierte Ansatz



Oder c)

**Einzelfunktionen** werden beübt, welche im Rahmen von Betätigungen notwendig sind (Funktions- und Sequenz-orientierter Therapieansatz)

Die **körperlichen und geistigen Funktionen und neuromuskuloskeletären Aspekte** stehen im Vordergrund. Handlung wird in **Einzelschritte zergliedert und einzelne Ablaufschritte isoliert beübt.**

In weiteren Schritten werden **isolierte Einzelfertigkeiten zu komplexeren Aktivitäten zusammengefügt.**

In diesen Bereich fallen viele Methoden und funktionellen Übungsprogramme

21 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## Der betätigungsorientierte Therapieansatz



Wenn im Rahmen des betätigungsorientierten Ansatzes eine **isolierte Funktion** beübt werden soll, dann muss direkt ersichtlich sein,

- aus welchen **Gründen** ein funktionelles Übungsprogramm notwendig ist,
- in welchem **Zusammenhang diese Übungen mit dem Betätigungsziel stehen** und
- der **Transfer in die Betätigung muss Teil des Therapieprogramms** sein.

**Das Ziel innerhalb des betätigungsorientierten Therapieansatzes**

- Möglichst Ansatz a. (volle Betätigungsorientierung) zu wählen, als Alternative ist Ansatz b. (therapeutische Betätigungsformen nutzen) vorzuziehen. Bei Ansatz c. muß besonders auf den Transfer geachtet werden

22 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## Kriterium: Merkmale des Ergotherapie-Prozesses



Der **Therapieprozess ist klar beschrieben** und baut auf ergotherapeutische Prozessmodelle auf

Der Fokus ist **betätigungsorientiert** unter Nutzung geeigneter Theorien und Praxismodelle

Der Befunderhebungsprozess gibt Auskunft über **Betätigungsprobleme** in den Lebenswelten, die zugrundeliegenden **Funktions- und Handlungsstörungen** sowie über Einflüsse der **sozialen und physikalischen Umwelt**

23 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## Kriterium: Merkmale des Ergotherapie-Prozesses



Die Ziele sind **alltagsorientiert, operationalisierbar, niveaugemessen und in prognostizierten Zeiten erreichbar**

Der Therapieplan ist **betätigungsorientiert**, die Methoden sind angemessen und mit möglichst hoher **Evidenz** versehen, die Evaluation wird möglichst quantitativ auf der **Aktivitäts- bzw. Partizipationsebene** durchgeführt. Die Schritte sind angemessen **dokumentiert**.

Es existiert ein **Qualitätsmanagementsystem** in dem auch die Evidenzlage zu den Prozessen und Methoden berücksichtigt wird.

24 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in




**Fachhochschule Osnabrück**  
University of Applied Sciences

## Entwicklungen in der pädiatrischen Ergotherapie

- Die Stellung der Sensorischen Integrationstherapie in der pädiatrischen Ergotherapie
- Das aktive Zugehen auf Klientel durch einzelne Ergotherapeuten
- Die Grenze zwischen medizinischen und sozialen Leistungen
- Wirksamkeitsnachweise

26 © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln



## Die letzten 15 Jahre

90er Jahre Ausbau der Ausbildungsstätten und Lehrgänge für Ergotherapeuten auf Grund von Arbeitsamt-Fördermaßnahmen


über 50 Prozent (> 150) aller Ausbildungsstätten Europas stehen in Deutschland. (ENOTHE 2000)

Die Ausbildung in Deutschland findet auf formell europaweit niedrigstem Niveau statt und wird als einziges Land Europas weder durch die EU noch durch Landesrecht als hochschuläquivalent anerkannt. (ENOTHE 2000)

Eine erheblicher Marktzuwachs an Ergotherapeuten führte zu vielen Praxengründungen. Insgesamt arbeitet ein erheblicher Anteil der Ergotherapeuten Europas in Deutschland.

Die Hauptarbeitsbereiche freiberuflicher Ergotherapeuten befanden sich in den Bereichen Pädiatrie (ca. 60 %), Neurologie-Geriatrie (25 %), Psychiatrie (15 %)

26 © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln



## 1. Sensorische Integrationstherapie


80er Historisch wichtige Therapieform (unter vielen anderen) welche vielen Therapeuten erstmals einen sinnvollen Theorierahmen für die Befunderhebung und Therapieplanung in Teilbereichen der Pädiatrie bot.

90er SI nahezu synonym mit pädiatrischer Ergotherapie in freiberuflichen Praxen, Neurowissenschaftler und Neuropädiater stellen J. Ayres' Theorien z.T. in Frage

Meta-Studie stellt Wirksamkeit in Frage (Vargas S, Camili G. A meta analysis of research on sensory integration treatment. Am J Occup Ther 1999 (1a))

(n=32). SI ist wirksam (Effektgröße 0.29); beste Ergebnisse im psychoedukativen (0.39) und motorischen (0.40) Bereich. In früheren Studien war der Effekt deutlich größer (0.60), in neueren Studien kaum noch ein Effekt nachweisbar (0.03). SI ist nicht wirksamer als andere Therapieverfahren.

27 © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln



## Sensorische Integrationstherapie

Bumin G, Kayihan H. **Effectiveness of two different sensory-integration programmes for children with spastic diplegic cerebral palsy.** Disabil Rehabil 2001

41 Kinder, ICP, drei Gruppen (Einzel, Gruppe, Kontrolle): Beide Interventionsgruppen zeigten signifikante Verbesserungen


Cohn ES. **Parent perspectives of occupational therapy using a sensory integration approach.** Am J Occup Ther 2001

Befragung von 16 Eltern zur Auswirkung auf Aktivitäten und Selbstwertgefühl

Rine R, Braswell J, Fisher D, Joyce K, Kalar K, Shafer M. **Improvement of motor development and postural control following intervention in children with sensorineural hearing loss and vestibular impairment.** International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2004

21 Kinder, Schädigung der Hörnerven und Gleichgewicht: Signifikante Verbesserung der Motorik und des Gleichgewichts

28 © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln



## Sensorische Integrationstherapie


Der Hypothese des Zusammenhangs zwischen der Förderung der sensomotorischen Entwicklung („sensomotorischer Integration“) und kindlichem Lernverhalten ist weiterhin ohne Evidenz.

Aktivitäten der Berufsgruppe:

Ihr berufliches Gesamtkonzept in der Pädiatrie in den Vordergrund zu stellen.

**Stärkere Orientierung an VT-Konzepten, z.B. THOP (Döpfner), Training für aufmerksamkeitsgestörte Kinder (Lauth & Schlotke), MKT, Alert-Programm, Attentioner)**

29 © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln



## VT in der Ergotherapie

Ergotherapie interessiert sich für die Selektionierung nützlicher Verhaltensmuster, natürliche Nähe zu VT-Ansätzen

- Prozessorientierte Hilfen zur Verhaltensmodifikation (Tokensysteme, Response Cost, Prompts, Fading, Shaping, Reflexion)
- Soziales Kompetenztraining
- Einige Formen der Entspannungsverfahren
- Komplette Therapieprogramme, z.B. bei ADHD

30 © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

## 2. Aquisition von Klientel



90er In Folge des **Ausbildungsbooms** erhebliche Ausweitung der freiberuflichen Praxen.

- Aufstockung des Personals über Wartelisten, hohe Nachfrage

**Sättigungsphase**, Suchen von weiterem Klientel, Infoveranstaltungen in Schulen

- Erzieher und Eltern treten an Ärzte heran und tragen „Erkenntnisse“ und Wünsche vor

- die von Ärzten z.T. als sinnvoll, z.T. nicht als Bestandteil des medizinischen Leistungskatalogs oder als grundsätzlich nicht sinnvoll angesehen werden

- die zu Nachfragedruck führen und die Ärzte zum **Überdenken der Verordnungspraxis** bewegen

und die zum Teil zum Motor der Diskussion über Grenzen medizinischer Leistungen und über Wirksamkeiten wurde

31 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## 3. Grenzen des medizinischen Systems



Ergotherapie stellt Handlungskompetenz für die individuellen Tätigkeiten in den Lebensbereichen her.

Die Ursachen für diese Handlungsstörungen werden häufig in medizinisch begründbaren Körperfunktionsstörungen liegen.

Aber nicht jede Störung der Handlungskompetenz hat notwendigerweise medizinische Ursache.

Nicht jede potenzielle Dienstleistung von Ergotherapeuten ist somit eine medizinische Dienstleistung (im Sinne einer verordnungsfähigen Leistung).

Angebote von Ergotherapeuten können auch als soziale Leistungen ins Sozialsystem eingepasst oder durch das Schulsystem finanziert werden.

32 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## 3. Grenzen medizinischer Leistungen



Immer mehr Kinder sind zum Zeitpunkt der Einschulung in den Bereichen Motorik, Handlungskompetenz und Sozioemotionales Verhalten nicht weit genug entwickelt.

Dieses Phänomen geht auf gesellschaftliche Entwicklungen zurück (KIGGS-Studie 2007)

Frage: Wo beginnt die ergotherapeutische Förderung von Handlungskompetenz eine **medizinische Leistung** zu sein und ab wo ist sie als nicht-medizinische **soziale Leistung** zu betrachten?

33 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

„Ergotherapie bedeutet keinen Ersatz für pädagogische bzw. sonderpädagogische und psychologische Maßnahmen, insbesondere Aufgabenbereiche der Eltern und ist deshalb bei allgemeinen harmonischen Entwicklungsverzögerungen ohne zusätzliche Probleme nicht indiziert, Ergotherapie muss immer mit einer ausführlichen Elternanleitung verbunden sein.“

Strassburg, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2004, <http://www.dgspj.de//l/ergotherapie.php>

34 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## 4. Evidenzen (Pädiatrie)



### Die Interventionsform

- „Multimodale Therapie“ unter Einschluß der Ergotherapie
- „Die Ergotherapie“ - Wirksamkeit bei Störungsbildern
- Wirksamkeit bestimmter Ansätze / Methoden bei umschriebenem Klientel & Störungen

### Die Aussagekraft

- Evidenzniveaus - prinzipielle Aussagekraft
- Güte der Studien - tatsächliche Aussagekraft

35 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## 4. Evidenzen VT-Ansätze (Pädiatrie)



### THOP (Döpfner et. al.)

2 Studien, n= 20-45, bis Evidenzniveau Kontrollgruppe (K= medikamentöse B.)

### Lauth & Schlotke

6 Studien, n=14 - 55, bis Evidenzniveau Kontrollgruppe

36 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

#### 4. Evidenzen Konzentrationstraining (Pädiatrie)



##### Marburger Konzentrationstraining (Krowatschek 2004)

Mehrere Studien, N = 10 – 5000, Niveau bis Kontrollgruppendesign (z.B. anderes Computertraining)

#### 4. Evidenzen NDT (Pädiatrie)



**Brown G, Burns S. The efficacy of neurodevelopmental treatment in paediatrics: A systematic review. Brit J Occup Ther 2001; 64(5): 235-44 (Ia)**  
6 von 17 Studien fanden einen Nutzen, 9 fanden keinen Nutzen.  
**Keine abschliessende Aussage.**

**Tsoriakis N, Evaggelinou C, Grouios G, Tsorbatzoudis C. Effect of intensive neurodevelopmental treatment in gross motor function of children with cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology 2004**

34 Kinder (3-14 Jahren, Schnitt 7 Jahre), 2 Gruppen (gematcht, randomisiert). Beide Gruppen erhielten drei Monate lang Bobath-Therapie, Gruppe1 2x/Woche, Gruppe 2 5x/Woche. Ergebnis: **Signifikant größere Verbesserungen i.B. Grobmotorik** in der Gruppe2.

#### 4. Evidenzen Forced Use (Pädiatrie)



**Sung IY, Ryu JS, Pyun SB, et al. Efficacy of Forced-Use Therapy in Hemiplegic Cerebral Palsy. Arch Phys Med Rehabil 2005**  
31 Kinder mit CP und Hemiplegie, Kontrollgruppe erhielt nur ET, die Experimentalgruppe zusätzlich eine Handschiene und Elternschulung / Übungsprogramm Die **CIMT-Gruppe machte deutlich bessere Fortschritte in ADL und Handfunktionstests.**

**Taub E, Ramey SL, DeLuca S, Echols K. Efficacy of Constraint-Induced Movement Therapy for children with cerebral palsy with asymmetric motor impairment. Pediatrics 2004; 113(2): 305-12 (Ib)**

18 Kinder mit CP (Alter 7-96 Monate), konventionelle Therapie oder CIMT. Nach CIMT im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant mehr neue motorische Fertigkeiten, **signifikante Verbesserungen in der Menge und Qualität des Einsatzes des stärker betroffenen Arms, signifikant häufigerer spontaner Arm-Einsatz im Alltag.** Die Verbesserungen hielten über 6 Monate an.

#### 4. Evidenzen Feinmotorik (Pädiatrie)



**Case-Smith J, Heaphy T, Marr D, et al. Fine motor and functional performance outcomes in preschool children. Am J Occup Ther 1998**

44 Vorschulkinder (ohne medizinische Diagnose), 1 Jahr Ergotherapie. Signifikante Verbesserungen bzgl. funktioneller und feinmotorischer Fertigkeiten in 9 von 11 Untersuchungsbereichen. **In 5 Bereichen erzielten diese Kinder signifikant größere Veränderungen als die Kontrollgruppe** (20 Kinder), die keine ET erhielt.

**Case-Smith J. Effects of occupational therapy services on fine motor and functional performance in preschool children. Am J Occup Ther 2000**

44 Vorschulkinder mit Entwicklungsverzögerungen i.B. Feinmotorik, 8 Monate ET. **Art und Ausmaß der Verbesserungen korrelierten positiv mit Anzahl der Therapieeinheiten**, Anzahl der Einheiten, in denen Spiel als Therapiemedium eingesetzt wurde und mit spezifischen Alltagszielen.

#### 4. Evidenzen Grafomotorik (Pädiatrie)



**Peterson CQ, Nelson DL. Effect of an occupational intervention on printing in children with economic disadvantages. Am J Occup Ther 2003**

10 Wochen Schreibtraining, 2x/Woche und regelmäßige zusätzliche Instruktion bei Erstklässlern aus armen Familien **verbessert die Schrift signifikant** besser als Instruktion alleine (in der Kontrollgruppe).

**Reimann T. Evaluation eines Programms zur graphomotorischen Förderung im Kindergarten – eine Pilotstudie. 2 / 2007**

N= 17, Ein 5-wöchiges Gruppeninterventionsprogramm (modifiziert nach Schilling) führt zu **signifikanter Verbesserung des Automatisierungsgrades grafomotorischer Basiskompetenzen** und der Malqualität

#### 4. Evidenzen ADHS (Pädiatrie)



Verhaltenstherapeutische Maßnahmen (...) können in Kindergarten/Schule/Familie dazu beitragen, problematisches Verhalten zu verbessern.

Mit Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Interventionen (ab dem Schulalter durchführbar) soll den Kindern/Jugendlichen geholfen werden, ihr Problemverhalten zu modifizieren. Eine ausschließliche Behandlung mit diesen Maßnahmen ist aber meist nicht ausreichend.

Auch in der Ergotherapie (...) finden sich verhaltenstherapeutische Ansätze mit dem Ziel der alltagspraktischen Umsetzung.

Grosse & Skrodski: Leitlinie ADHS, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, <http://www.dgspj.de/lladhs.php>



#### 4. Evidenzen ADHS (Pädiatrie)



##### Umschriebene Entwicklungsstörungen & andere assoziierten Störungen bei ADHS

- Störung der Körperkoordination, Körperwahrnehmung, auch bei visumotorischen und leichteren sozialen Integrationsstörungen; auch zur Entwicklung adäquater und konkreter Strategien im Umgang mit ADHS im Alltag:  
Ergotherapie, Psychomotorik, mit Elternanleitung  
- Lese-Rechtschreib-, Rechenschwäche: entsprechende Therapien, Nachteilsausgleich in der Schule  
- Oppositionell-aggressives Verhalten: Verhaltenstherapie, soziales Kompetenztraining

Grosse & Skrodski: Leitlinie ADHS, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, <http://www.dgspj.de/lladhs.php>

43 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

#### 4. Evidenzen ICP (Pädiatrie)



##### Chin TYP, Duncan JA, Johnstone BR, Graham HK. Management of the upper limb in cerebral palsy. *Journal of Pediatric Orthopaedics* 2005

Wirksamkeit von **Ergo- und Physiotherapie** zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit der oberen Extremität bei Kindern mit CP noch nicht klar belegt, jedoch **herrscht Einvernehmen, dass beide Therapiearten essentiell für die Therapie solcher Kinder sind.**

##### Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JC, Lambregts BL, van den Ende CH. Occupational therapy for children with cerebral palsy: a systematic review. *Clin Rehabil* 2004; 18(1): 1-14

47 Studien zur Ergotherapie bei Kindern mit CP gefunden; davon konnten 17 in die Auswertung einbezogen werden; darunter jedoch nur 7 RCTs und 1 methodologisch hochwertiges RCT (randomisierte kontrollierte Studie). Trotz der großen Anzahl an Studien ist die Wirksamkeit der Ergotherapie bei Kindern mit Cerebralparese bisher **nicht endgültig zu belegen, da die meisten Studien methodisch zu schlecht sind.**

44 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

#### 4. Evidenzen Verbrennung (Pädiatrie)



##### Celis MM, Suman OE, Huang TT, Yen P, Herndon DN. Effect of a supervised exercise and physiotherapy program on surgical interventions in children with thermal injury. *J Burn Care Rehabil* 2003

Sechsmönatige Weiterführung der Ergo- und Physiotherapie (ambulant) nach Abschluss der eigentlichen Behandlung führte zu **signifikant weniger Folge-OP's infolge von Komplikationen** als bei den Kindern der Kontrollgruppe, die lediglich ein Eigenübungsprogramm verordnet bekamen.

##### Suman O, Spies R, Celis M, Micak R, Herndon D. Effects of a 12-wk resistance exercise program on skeletal muscle strength in children with burn injuries

35 Kindern mit schweren Verbrennungen, dreimonatiges ergo- und physiotherapeutisches Übungsprogramm in einer Klinik, Kontrollgruppe ambulant ohne spezielles Übungsprogramm. Experimentalgruppe erzielte signifikante **Verbesserungen in Bezug auf Muskelkraft und Körpermasse**, die Kontrollgruppe nicht.

45 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

#### Zusammenfassung Evidenzen Pädiatrie



##### Evidenzgrade

**Ia** Metaanalyse / Systematische Übersicht von RCTs

**Ib** Einzelne RCT(s)

**Ila** Kohortenstudie mit Kontrollgruppe / nicht randomisierte kontrollierte Studie, quasiexperimentelle Studie

**Ilb** Fall-Kontroll-Studie

**III** Querschnitts-, ökologische Studie, Kohorte ohne Kontrollgruppe, Fallserie

**IV** Expertenmeinung, Grundlagenforschung

46 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

#### Zusammenfassung Evidenzen Pädiatrie



(...) konnte bisher in keiner **Metaanalyse** ein wissenschaftlich nachweisbarer Effekt von Ergotherapie im Kinder- und Jugendalter nachgewiesen werden. Andererseits wird immer wieder versucht werden (... durch geeignete Studien niedrigerer Evidenz), einen spezifischen ergotherapeutischen Therapieeffekt nachweisen zu können. Aufgrund der meist vorhandenen mehrdimensionalen Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung wird dies jedoch in absehbarer Zeit praktisch nicht möglich sein.

Strassburg, Leitlinie Ergotherapie, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2004, [www.dgspj.de/llergotherapie.php](http://www.dgspj.de/llergotherapie.php)

47 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

#### Zusammenfassung Evidenzen Pädiatrie



Diesen prinzipiellen Einschränkungen stehen **vielfältigen Einzelberichte** (...) über deutliche Befundverbesserungen bei entwicklungs auffälligen Kindern gegenüber. Deshalb wird es mit Recht als **unethisch** angesehen, den betroffenen Patienten bei entsprechender Indikation eine als sinnvoll erachtete, im Heilmittelkatalog anerkannte Behandlungsmethode vorzuenthalten.

Strassburg, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2004, <http://www.dgspj.de/llergotherapie.php>

48 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln



Fachhochschule Osnabrück  
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**  
Die Vortragsunterlagen sind unter folgender Internet-Adresse abrufbar:

<http://www.wiso.fh-osnabrueck.de/11601.html>  
(Aktuelles-Homepage des Bachelor-Studiengangs Ergotherapie, Logopädie & Physiotherapie)

Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer      Caprivistr. 30a, Geb. CF 303  
49076 Osnabrück  
0541 - 969 - 3015  
a.fischer@fh-osnabrueck.de

Fachhochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

Ergotherapie in  
Bildungsumwelten

TheraPäd

Ergotherapie in  
Kindergärten und  
Schulen

Lebensumwelten in verschiedenen  
Lebensabschnitten und -bereichen

Lebensumwelt Kindergarten und Vorschule

	Spiel & Freizeit	formelle Bildung	Arbeit	Aktivitäten des täglichen Lebens
Bildungsphase	Eltern-Haushalt variable Orte	Kindergarten Vorschule Schule Berufsschule weiterführende S.	Eltern-Haushalt	Eltern-Haushalt

Nicht-Eingliederung in die regulären Bildungsumwelten ist mit sozialem Abstieg und hohen sozioökonomischen Folgekosten verbunden  
Erzieher und Lehrer sind mit den sensomotorischen Problemen und psychosozialen Auffälligkeiten der Kinder oftmals überfordert.

51 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

Ergotherapie im Bildungsbereich

Aufgabenbeschreibung (Ergotherapeut im Bildungsbereich)

**Aufgabe:**  
Im Auftrag von Kommunen oder in größeren Schulen angestellte Ergotherapeuten, die eine bestmögliche Adaption von Kindergarten-Kindern und Grundschulern an ihre Lebensumwelten sicherstellen

nicht-medizinische Leistung  
Finanzierung aus Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sowie kommunalen Fonds, Schuletat, soziale Leistungen

52 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

Ergotherapeut in  
Bildungsumwelten

**Beschreibung des Aufgabenbereiches:**  
Der Ergotherapeut im Bildungsbereich (pädagogischer Ergotherapeut)  
soll auf Anfragen von Eltern und Erziehern / Lehrern unabhängig von einer medizinischen Diagnose tätig werden können.

Er soll

- eine Untersuchung persönlicher, Umwelt- und Interaktionsaspekte durchführen können,
- Eltern und Beteiligte in der Bildungsumwelt (Erzieher, Lehrer) beraten
- ggf. Interventionsprogramme erstellen
- bzw. Hilfeangebote initiieren und koordinieren

53 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

Angebotsinhalte

**Untersuchen**

Reihenuntersuchung (Screening) auf mögliche Beeinträchtigungen der Schulfähigkeit

Untersuchung von Kindern mit Handlungsproblemen in der Lebensumwelt Schule

54 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 KÖln

## Angebotsinhalte

### Beraten

von Lehrern und Eltern / Familien

### Beratungsformen:

Individuelle Beratungen im Rahmen von individuellen Förderprogrammen

- Allgemeine Beratungen zu besonderen Problembereichen
- Fortbildungen zu besonderen Problembereichen

### Fördern

- Individuellen Förder- und Entwicklungsprogramme
- Gruppenangebote

## Förderbereiche

Förderung der Handlungskompetenz in der Schule  
Psychosoziale Förderung, Förderung der sozialen Interaktion  
Problemlösestrategien, Lernstrategien entwickeln

Förderung des Schreibens  
Förderung bei Lese-Rechtschreibstörungen  
Förderung bei Rechenproblemen

Adipositas  
Sensomotorik  
Wahrnehmung  
ADS / ADHD  
Kommunikationsförderung (in Kooperation mit Logopädie)

Ergotherapeutische  
Dienstleistungen im  
Bildungsbereich

Finanzierungswege

## Eingliederungshilfe

Unter Eingliederungshilfe versteht man Hilfen für behinderte Menschen, genauer gesagt

- die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII und
- die Eingliederungshilfe für andere (geistig, körperlich, seelisch oder mehrfach) behinderte Menschen nach §§ 53 ff SGB XII.

## Eingliederungshilfe

Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen insbesondere

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (in Deutschland früher und in anderen Ländern noch heute Berufliche Rehabilitation genannt) und im Arbeitsbereich, z.B. in einer Werkstatt für behinderte Menschen,
- Leistungen zur **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** sowie
- Hilfen bei der **Verfolgung einer schulisch-beruflichen Perspektive.**

## Eingliederungshilfe

Leistungen der Eingliederungshilfe (nach §54 SGB XII) umfassen neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX insbesondere

1. **Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht** und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,
2. **Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf** einschließlich des Besuchs einer Hochschule,

## Medizinische Behandlung und Rehabilitation



SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung  
§ 32 Heilmittel

SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung  
§ 30 Heilmittel

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen  
§ 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

61 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## Soziale Integration und Teilhabe



SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe  
§ 27 Hilfe zur Erziehung  
§ 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen  
§ 30 Früherkennung und Frühförderung  
§ 55 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

SGB XII – Sozialhilfe  
§ 53 Eingliederungshilfe - Leistungsberechtigte und Aufgabe  
§ 54 Leistungen der Eingliederungshilfe

62 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in

## Andere Finanzierungswege



- Durch Kindergärten und Schulen bzw.
- deren Trägern oder
- Schulämtern & -Ministerien

63 | © FH Osnabrück | 4/2008 | Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Fischer - PKV 070423 K6in