

---

Hogeschool Zuyd Heerlen

ZU  
YD

Carina Friedrich  
Josefin Noster

---



**Ergotherapie in der  
Multimodalen Schmerztherapie:**  
*Veränderungen in der Lebensqualität  
von Klienten mit chronischen Schmerzen.*



---

Die vorliegende Abschlussarbeit entstand im Rahmen des anderthalbjährigen Bachelorstudiengangs Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL).

**Kontaktadressen:**

Carina Friedrich

carina\_friedrich@gmx.de

Josefin Noster

josefin\_noster@gmx.de

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwendung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar.

Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

---

---

## Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Studienganges “Bachelor of Science in Ergotherapie” an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (Niederlande).

Sie soll darüber informieren, wie Klienten mit chronischen Schmerzen retrospektiv die Auswirkungen von ergotherapeutischen Interventionen, die sie im Kontext einer “Multimodalen Schmerztherapie” (MMST) erhielten, auf deren Lebensqualität beurteilen.

Mehrere Millionen Menschen in Deutschland leiden unter chronischen Schmerzen. Die Betroffenen leiden unter dem Dauerschmerz, sowie unter den zunehmenden Einschränkungen im Alltag. Schmerzen sind nicht nur häufig, sondern auch teuer. Dem Gesundheitssystem entstehen immense Kosten.

In dieser Studie wird hinterfragt, was die Ergotherapie in der Schmerztherapie beitragen kann um den Klienten zur Aktivität, Produktivität und Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu verhelfen und somit ihre Lebensqualität zu verändern.

Welche Behandlungsansätze gibt es derzeit und wovon profitieren die Klienten nach eigener Aussage?

Die Multimodale Schmerztherapie ist aktuell eines von verschiedenen Konzepten im Netzwerk der Versorgung von Klienten mit chronischen Schmerzen in Deutschland. Mit chronischen Schmerzen einhergehend sind Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation sowie Umweltfaktoren oft erheblich verändert. Dies wirkt sich weiterhin auf die Produktivität, den Bereich der Selbstversorgung und den Bereich der Freizeit aus. Folglich sind auch soziale Kontakte und Beziehungen oftmals beeinträchtigt. Es stellt sich die Frage, inwiefern sich diese Aspekte auf die subjektive Lebensqualität der Klienten auswirken. In dieser Studie wird daher gefragt, welche Interventionen die Ergotherapie innerhalb einer Multimodalen Schmerztherapie anbieten kann, um die Lebensqualität positiv zu beeinflussen.

Das Interesse bestand darin, die subjektiven Erfahrungs- und Erlebensweisen der Menschen, die an einer Multimodalen Schmerztherapie teilgenommen haben, zu erfassen. Diese Expertenmeinungen sollen helfen, die ergotherapeutischen Interventionen zu beleuchten und zu optimieren.

---

---

Die vorliegende Studie wurde Mitte 2015 in Deutschland durchgeführt. Sechs Teilnehmer aus Thüringen, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen haben in Form von Interviews ihre Erfahrungen für diese Arbeit bereitgestellt.

Die Arbeit beginnt mit einer Einleitung in das Thema (Kapitel 1), gefolgt von einer Darstellung des theoretischen Hintergrundes (Kapitel 2). Das daraus abgeleitete hypothetische Modell dient als Grundlage dieser Arbeit (Kapitel 3). Des Weiteren wird die angewendete Methodologie vorgestellt (Kapitel 4). Es folgt die Beschreibung der Ergebnisse (Kapitel 5). Die Arbeit schließt mit dem Fazit ab, in dem eine Diskussion und ein Ausblick enthalten sind (Kapitel 6).

.

---

## Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen bedanken,  
die uns durch ihre Ideen und Bestärkungen unterstützt und zu dem Gelingen dieser  
Arbeit beigetragen haben.

Unser besonderer Dank gilt den Studienteilnehmern, die uns ihre Zeit, ihre Erfahrungen,  
sowie ihre Gedanken und vor allem ihr Vertrauen entgegen gebracht haben.  
Ohne deren Motivation und konstruktive Mitarbeit wäre diese Studie nicht möglich  
gewesen.

Wir möchten unserer betreuenden Dozentin Mieke le Granse für ihre Begleitung und  
die Beratungsgespräche während des Entstehungsprozesses unserer Bachelorarbeit  
danken. Sie gab uns anregende Rückmeldungen, sowie freundliche, anspornende  
Worte und stand uns immer mit Rat und Geduld zur Seite.

Des Weiteren danken wir unserer Familie, sowie Freunden und Kollegen, die uns den  
Rücken frei gehalten haben, uns mit Verständnis und bestärkenden Worten entgegen-  
kamen,  
obwohl sie in der letzten Zeit oft auf uns verzichten mussten.

Insbesondere möchten wir an dieser Stelle  
Mathilda, Elfi, Sanne, Christel, Uwe, Thorsten  
Elvira, Jürgen, Angie und Seona  
danken.

---

---

## Lesehinweise

Für diese Arbeit werden zum besseren Verständnis einige Lesehinweise gegeben.

- Zur besseren Lesbarkeit werden im Text in der Regel die männlichen Formen der Personenbezeichnungen verwendet, selbstverständlich beziehen sich alle Aussagen auch auf die weibliche Form.
  - Das Wort Teilnehmer wird durch „TN“ abgekürzt, beispielsweise (TN1).
  - Die Studienteilnehmer wurden anonymisiert und in der Reihenfolge von TN1-TN6 durchnummeriert. Zitate aus den Interviews werden in Klammern entsprechend zugeordnet
  - Zitate der Studienteilnehmer werden kursiv dargestellt, um die Lesbarkeit zu verbessern.
  - Zitate werden in der Originalsprache belassen.
  - Fachbegriffe werden im Glossar aufgeführt.
-



***Es** geht nicht darum,  
dem Leben mehr Tage zu geben,  
sondern den Tagen  
mehr Leben.*

(Cicely Saunders)



---

## Zusammenfassung

An chronischen Schmerzen leiden Millionen von Menschen in Deutschland. Sie spielen nicht nur gesellschaftlich eine große Rolle, sondern auch auf wirtschaftlicher und individueller Ebene. Das alltägliche Leben vieler Menschen wird durch chronische Schmerzen beeinträchtigt und kann sich auf die persönliche Lebensqualität auswirken. Heutzutage gibt es viele Therapieansätze, deren Fokus es ist, chronische Schmerzen effektiv zu behandeln.

Diese Arbeit stellt die Ergebnisse einer qualitativen Studie vor, bei der sechs Teilnehmer mittels leitfadengestützter Experteninterviews befragt wurden. Ziel war es zu erfahren, wie Ergotherapie - im Rahmen einer Multimodalen Schmerztherapie - aus retrospektiver Sicht von Klienten mit chronischen Schmerzen unterstützen kann, die individuelle Lebensqualität zu verbessern. Durch die Anwendung einer qualitativen Inhaltsanalyse stellte sich heraus, dass die Ergotherapie bei den Studienteilnehmern eine zentrale Unterstützung dargestellt hat.

## Abstract

Millions of people in Germany suffer from chronic pain. This has not only a big impact on society but also economically and on an individual level. Every day life for the client is impaired or compromised by chronic pain, which can affect the quality of life for the individual. This work represents the findings of a qualitative research, using guided expert interviews, involving seven participants. The goal is to see how occupational therapy can help improve the quality of life of individual clients suffering from chronic pain, as part of a multimodal pain treatment scheme. By applying qualitative content analysis it became clear that occupational therapy plays a central role.

## Samenvatting

In Duitsland lijden miljoenen mensen aan chronische pijn. Dit heeft niet alleen grote gevolgen op maatschappelijk vlak, maar ook op economisch en individueel vlak.

Het alledaagse leven van veel mensen wordt beïnvloed door chronische pijn en heeft consequenties voor de levenskwaliteit. Tegenwoordig zijn vele therapieën gefocust op het effectief behandelen van chronische pijn.

Deze bachelorthesis geeft de resultaten weer van een kwalitatief onderzoek, waarbij zes deelnemers, met behulp van een vragenlijst, geïnterviewd zijn geworden. Doel van het onderzoek was te ervaren, hoe ergotherapeuten retrospectief, binnen de multimodale pijnbehandeling, cliënten met chronische pijn kunnen ondersteunen, ter verbetering van hun levenskwaliteit.

Middels een kwalitatieve inhoudsanalyse, werd vastgesteld dat ergotherapie bij de geïnterviewde deelnemers, een centrale ondersteunende rol heeft gespeeld.

---

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	3
<b>1. Einleitung</b> .....	13
1.1 Problemanalyse .....	13
1.2 Zielsetzung .....	16
1.3 Fragestellung .....	18
1.4 Übersicht der Studie .....	19
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b> .....	20
2.1 Literaturrecherche .....	20
2.2 Modelleinsatz des ergotherapeutischen Modells CMOP-E .....	22
2.3 Schmerz und Chronischer Schmerz .....	27
2.4 Ergotherapie in der Schmerztherapie .....	31
2.5 Multimodale Schmerztherapie (MMST) .....	35
2.6 Lebensqualität .....	41
2.7 Ergotherapeutisches Paradigma .....	44
<b>3. Hypothetisches Modell</b> .....	46
3.1 Erläuterung des Modells .....	47
3.2 Sachdimensionen der Variablen des Modells .....	49
3.2.1 Variable Klient .....	49
3.2.2 Variable Chronischer Schmerz .....	49
3.2.3 Variable Lebensqualität .....	50
3.2.4 Variable Multimodale Schmerztherapie .....	50
3.2.5 Variable Umwelt .....	51
<b>4. Methodologie</b> .....	52
4.1 Art der Untersuchung .....	52
4.1.1 Methodologische Prinzipien .....	53
4.1.2 Forschungsethik .....	54
4.2. Methode der Untersuchung .....	55
4.2.1 Experteninterview/ Leitfadeninterview .....	55
4.2.2 Konstruktion des Interviewleitfadens .....	57
4.2.3 Begründung der Methodenwahl .....	57
4.3 Analyse.....	58
4.4 Gütekriterien .....	62
4.4.1 Reliabilität .....	62
4.4.2 Validität .....	62
4.4.3 sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung .....	62

---

4.5 Auswahl der Teilnehmer .....	66
4.6 Vorgehensweise und Ablauf der Studie .....	67
4.6.1 Teilnehmerrekrutierung .....	68
4.6.2 Vorstudie .....	69
4.6.3 Hauptstudie .....	69
<b>5. Ergebnisse</b> .....	<b>71</b>
5.1. Darstellung der ersten Ebene .....	71
5.1.1 Aussagen zum Klienten .....	71
5.1.2 Aussagen zum Chronischen Schmerz .....	72
5.1.3. Aussagen zur Multimodalen Schmerztherapie .....	73
5.1.4 Aussagen zur Lebensqualität .....	80
5.1.5 Wünsche und individuelle Ergänzungen .....	85
5.1.6 Aussagen zur Umwelt .....	86
5.2 Darstellung der zweiten Ebene .....	87
5.3 Darstellung der dritten Ebene .....	90
<b>6. Fazit</b> .....	<b>91</b>
6.1 Ergebnisdiskussion .....	91
6.1.1 Leitfrage 1 .....	92
6.1.2 Leitfrage 2 .....	95
6.1.3 Leitfrage 3 .....	96
6.2 Diskussion der Studie .....	98
6.3 Ausblick .....	104
<b>7. Quellenverzeichnisse</b> .....	<b>107</b>
7.1 Literaturverzeichnis .....	107
7.2 Abbildungsverzeichnis .....	117
7.3 Tabellenverzeichnis .....	117
<b>8. Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>118</b>
<b>9. Anlagen</b> .....	<b>120</b>

---

## 1. Einleitung

### 1.1 Problemanalyse

Mehr als 11 Millionen Menschen (17%) in Deutschland leiden unter chronischen Schmerzen (Schütze et al., 2009).

Schmerzen sind nicht nur häufig, sondern auch teuer, denn sie erfordern stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und führen oftmals zur Frühberentung. Nach einer Umfrage der Europäischen Schmerzgesellschaft (EFIC) von 2003 kommt Rückenschmerzen volkswirtschaftlich die größte Bedeutung zu, gefolgt von Kopf-, Nerven- und Tumorschmerzen. Dem Gesundheitssystem entstehen immense Kosten: man geht schätzungsweise von Kosten in Höhe von 38 Mrd. Euro aus, die für die Behandlung von chronischen Schmerzen sowie für Krankengeld, Arbeitsausfall und Frühberentung entstehen. Nicht außer Acht zu lassen ist der enorme Schmerzmittelgebrauch. Chronischer Schmerz, welcher erst seit etwa 5 Jahrzehnten als eigenständiges Krankheitsbild gilt, geht mit vielfältigen Konsequenzen für die Betroffenen einher, sie leiden unter dem Dauerschmerz. (Nobis & Rolke, 2012)

Bei den meisten Klienten kommt es durch chronische Schmerzen zu Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie vielmals zu Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Sabatowski & Kaiser, 2012). Hier kann die Ergotherapie gut ansetzen. Welche Behandlungsansätze gibt es derzeit in Deutschland und wovon profitieren die Klienten nach eigener Aussage?

Ab 1971 entstanden in Deutschland die ersten interdisziplinären Schmerzkliniken und Schmerzabteilungen. Es entwickelten sich im Laufe der Zeit die verschiedensten Konzepte und Netzwerke zur Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Ein solches Therapiekonzept im Versorgungsnetzwerk ist derzeit unter anderem die „Multimodale Schmerztherapie“ (MMST). (Nobis, 2012, Multimodale Schmerztherapie) Dieses Konzept erforderte die Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche im Sinne einer Interdisziplinarität. Hier lässt sich die Ergotherapie gut integrieren, da sie von einer ganzheitlichen Betrachtungsweise auf den Menschen und seiner Umweltfaktoren ausgeht.

Die Therapieindikation ergibt sich nicht aus einer Diagnose allein, sondern dann, wenn

---

unter Gesamtbetrachtung der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Notwendigkeit besteht (DVE, 2014).

Die Multimodale Schmerztherapie ist im OPS-Komplexcode 8-918 verschlüsselt: “Dieser Kode erfordert [...]die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien” (DIMDI, 2014a). Somit ist Ergotherapie nicht obligatorisch vorgesehen.

Durch chronische Schmerzen ausgelöste Betätigungseinschränkungen wirken sich nachteilig auf das Wohlbefinden der betroffenen Menschen aus. In der ergotherapeutischen Fachliteratur findet man hierfür Aussagen, beispielsweise erwähnt Gary Kielhofner die Bedeutsamkeit von Betätigung für den Menschen hinsichtlich dessen Wohlbefinden in dem Buch *Conceptual Foundations of Occupational Therapy: „Occupational therapy’s newfound enthusiasm for the importance of occupation to human life and well-being ...* (2008). Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock untersuchten in dem Artikel *Occupation, health and well-being* durch mehrere Studien den Zusammenhang von Betätigung, Gesundheit und Wohlbefinden und zeigten im Ergebnis den Einfluss von Betätigung auf Gesundheit und Wohlbefinden auf (Law et al., 1998). Lebensqualität und Wohlbefinden sind somit aktuelle Themen in der Ergotherapie.

Die Verbesserung der Lebensqualität und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind häufig zentrale Zielstellungen.

In der offiziellen Definition von Ergotherapie des *Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten* (DVE) wird die Verbesserung der Lebensqualität als Gegenstandsbereich der Ergotherapie dargestellt (DVE, 2014b).

---

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.

Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.

(DVE 08/2007)

Abb. 1: Definition Ergotherapie des DVE

In dieser Arbeit wird Bezug auf das ergotherapeutische Inhaltsmodell *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)* genommen (vgl. Townsend & Polatajko, 2007).

Das kanadische Modell beschreibt den Zusammenhang zwischen Person, den Betätigungen, die sie tatsächlich ausführen und der Umwelt in der sie leben, arbeiten und spielen. Des Weiteren wird eine Präzisierung des Gegenstandsbereiches der Ergotherapie vorgenommen. Ein zentraler Gedanke im Modell ist die Spiritualität des Einzelnen, die er bei Betätigung erfährt. Hier setzt ebenfalls die Ergotherapie mit der Intention an, die Lebensqualität von Personen, die Schwierigkeiten bei der Performanz ihrer Betätigung haben, zu verbessern. (CAOT, 1997)

Ein wichtiger Aspekt in der Therapie und im CMOP-E ist die Klientenzentrierung. Ein darauf abgestimmtes individuelles Vorgehen, sowie eine gute Therapeut-Klient-Beziehung, wird als notwendige Grundlage angesehen (vgl. CAOT, 2007).

Bei der Literaturrecherche, die als Grundlage für diese Arbeit durchgeführt wurde, konnten kaum Veröffentlichungen gefunden werden, die das Outcome einer Multimodalen Schmerztherapie ausschließlich aus Klientensicht darstellen. Der Klientensicht wurde bisher nur wenig Beachtung geschenkt, was uns so zu unserer Forschungsfrage führte.

Die Behandlungszufriedenheit von Patienten, als subjektiv wahrgenommene Behandlungsqualität, wird ein zunehmend wichtiges Maß in der klinischen Forschung und Qualitätssicherung. Sie kann nicht mit der objektiven Behandlungsqualität gleichgesetzt werden. (Häuser, 2014)

---

## 1.2 Zielsetzung

Da nicht nur biologische, sondern auch gedankliche, gefühlsmäßige und soziale Einflüsse den Schmerz schwächen oder verstärken können (Nobis, 2012, Multimodale Schmerztherapie), sollte die Ergotherapie als Profession mit ihrem ganzheitlichen Behandlungsansatz, der alle körperlichen, psychischen und sozialen Anteile des Schmerzproblems berücksichtigt und den Mensch als bio-psycho-soziales Wesen sieht, als wichtiger unverzichtbarer Bestandteil in der Behandlung von Klienten mit chronischen Schmerzen implementiert sein und sich als erforderliches Therapieverfahren in der multimodalen Schmerztherapie etablieren.

Ziele einer multimodalen Schmerztherapie sind laut deutscher Schmerzgesellschaft z.B. die Alltagstätigkeiten wieder aufnehmen zu können, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen und Arbeitsaufnahme zu fördern (Nobis, 2012, Multimodale Schmerztherapie). Dies entspricht auch dem ergotherapeutischen Blickwinkel und lässt sich weiterhin verknüpfen mit der fachinternen internationalen Entwicklungen basierend auf den vier Säulen des aktuellen Paradigmas der Ergotherapie: „occupation based, client centred, context based, evidence based “ (vgl. Christiansen & Baum, 2004). Im Rahmen dieser Studie soll der Zusammenhang von chronischen Schmerzen und Lebensqualität erforscht werden. Weiterhin soll erörtert werden, welche Unterstützung durch die Ergotherapie aus Sicht der Klienten hilfreich ist, um deren Lebensqualität zu verbessern. Hierbei steht die Erforschung des subjektiven Erlebens im Vordergrund. Ziel ist es, relevantes Wissen von Menschen zu erhalten die persönlich von chronischen Schmerzen betroffen sind und an einer Multimodalen Schmerztherapie teilgenommen haben. Erkenntnisse, die auf dieser Mesoebene gewonnen werden, können wiederum Auswirkungen auf die Mikro- und Makroebene haben. Die vorliegende Arbeit soll durch die Anregungen der Studienteilnehmer in der Berufspraxis dienlich sein, um vorhandene ergotherapeutische Angebote sowie die Schmerztherapie zu optimieren. Aus dieser Arbeit heraus können sich weitere Forschungsthemen entwickeln, wobei es hierbei erfreulich wäre, der Klientensicht zukünftig höhere Bedeutung zukommen zu lassen.

---

## 1.2 Fragestellung

Jeder empirischen Untersuchung liegt eine Forschungsfrage zugrunde, mit der es gilt eine bestehende Wissenslücke zu schließen. Forschungsfragen zielen darauf ab, neues und wissenschaftlich relevantes Wissen zu produzieren, also dem aktuellen Wissensstand etwas hinzuzufügen. Theoretisches Wissen wird vorab abgeglichen, beispielsweise beim Studieren der Fachliteratur. Dabei ergeben sich Widersprüche, Lücken und Rätsel. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalysen kommen nicht ohne Untersuchungsfrage aus. Aus der Untersuchungsfrage heraus werden strategische Überlegungen entwickelt, die dann in das Konzept für die empirische Erhebung münden. Weiterhin steuert die Untersuchungsfrage die Aufmerksamkeit des Untersuchenden. Das Formulieren der Forschungsfrage ist eine komplexe Handlung, mit der auch gleichzeitig explizit und implizit Entscheidungen über die Art und Weise der Beantwortung getroffen werden, man trifft wichtige strategische Vorentscheidungen. Bei der Forschungsfrage wird eine mechanismenorientierte Erklärungsstrategie gewählt, um eine rekonstruierende Untersuchung zu ermöglichen. Gesucht wird nach dem sozialen Mechanismus, der den Zusammenhang von ergotherapeutischen Angeboten und einer Verbesserung der Lebensqualität von Menschen, die von chronischen Schmerzen betroffen sind und eine Multimodale Schmerztherapie durchgeführt haben, erklärt. Die interessierenden sozialen Mechanismen sind nur mit Hilfe qualitative Methoden identifizierbar. (Gläser & Laudel, 2009)

---

## Forschungsfrage und Leitfragen

Die übergeordnete Forschungsfrage dieser Arbeit lautet:

Wie kann aus Sicht der Klienten die von chronischen Schmerzen betroffen sind, Ergotherapie - im Rahmen einer Multimodalen Schmerztherapie - unterstützen, die eigene Lebensqualität zu verbessern?

Die Leitfragen dienen der Beantwortung der Forschungsfrage:

- Welche konkreten ergotherapeutischen Maßnahmen benennen Klienten mit chronischen Schmerzen retrospektiv als hilfreiche Unterstützung zur Verbesserung Ihrer Lebensqualität?
- Wie schätzen Klienten rückblickend die Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in der ergotherapeutischen Behandlung während der multimodalen Schmerztherapie ein?
- Fanden die ergotherapeutische Interventionen bei den Klienten gedankliche oder aktive Umsetzung in den Alltag?

Die systematische Herangehensweise der Beantwortung der Forschungsfrage und deren Dokumentation werden im folgenden Punkt übersichtlich zusammengefasst.

---

### 1.3 Übersicht der Studie

Gläser und Laudel (2009) verstehen unter der Methodologie, „(...) die Lehre von den Methoden, die Auskunft darüber gibt, wie man den interessierenden Weltausschnitt erforschen kann (...)“ (S. 29).

Folgend werden das verwendete Forschungsdesign und die methodologischen Prinzipien beschrieben. Des Weiteren wird im Rahmen der Studie ein Bezug zur Forschungsethik gezogen.

Nach der Methode der Untersuchung ist eine Erläuterung der durchgeführten Experteninterviews/ Leitfadeninterviews, die Konstruktion des Leitfadens, sowie die Begründung der Methodenwahl zu finden.

Es wird ein Einblick in die Analyse der Daten gegeben und Bezug zu den Gütekriterien genommen.

Es folgt die Auswahl der Teilnehmer, die Vorgehensweise und der Ablauf der Studie und die Teilnehmerrekrutierung.

Abschließend wird eine Übersicht der Vorstudie und der Hauptstudie aufgezeigt.

---

## 2. Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel stellt den theoretischen Hintergrund der Forschungsarbeit auf Grundlage der recherchierten Literatur (Kapitel 2.1) dar. Die Ergotherapie, sowie die Forschungsfrage bilden den Rahmen der fachlichen Auseinandersetzung.

### 2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte anhand folgender zuvor bestimmter Schlüsselwörter und Kombinationen -mittels *Boolescher Operatoren*- aus diesen:

Assessment Lebensqualität, Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, Chronic Pain, Chronische Schmerzen, CMOP-E, Ergotherapie, Lebensqualität Modell, Lebensqualität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Life quality, Multimodale Schmerztherapie, Occupational therapy, Pain, Quality of life, Schmerzbehandlung, Schmerzen, Schmerztherapie

Es wurden folgende Datenbanken online genutzt:

- Cinahl
- Cochrane
- DVE-Datenbank
- Embase
- Google scholar
- Medline
- MedPilot
- OT base (Canadian Association of Occupational Therapists)
- OT search (American Occupational Therapy Association)
- OTcats (Occupational Therapy Critically Appraised Topics)
- OTseeker (Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence)
- PubMed
- Springerlink

---

Ergänzend wurde bei der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin (Zbmed) recherchiert.

Es konnte sehr viel themenspezifische Literatur zu chronischen Schmerzen, Lebensqualität, Multimodaler Schmerztherapie oder Ergotherapie gefunden werden. Die Literatur wurde daher eingeschränkt auf aktuelle Werke ab dem Jahr 2000. Bei besonderer Bedeutsamkeit wurde jedoch auch ältere Literatur berücksichtigt. Sämtliche Artikel wurde hinsichtlich ihres Evidenzlevels (vgl. Borgetto & Tomlin, 2011) eingeordnet.

Die Literaturrecherche erfolgte im Wesentlichen über Internet und die Bibliothek der Hogeschool Zuyd und fand im Zeitraum von März bis Mai 2015 statt. Im Verlauf der Erstellung dieser Studie wurde weitere Literatur einbezogen. Insgesamt flossen etwa 100 Artikel sowie weitere Fachbücher in die Erarbeitung des theoretischen Hintergrundes ein. Alle Texte lagen als Volltext vor, wurden gesichtet und je nach Relevanz in der Forschungsarbeit berücksichtigt.

---

## 2.2 Modelleinsatz des ergotherapeutischen Modells CMOP-E

Die Funktion von Modellen ist, die ergotherapeutische Sichtweise auf die menschliche Betätigung in Texten und Grafiken nachvollziehbar darzustellen. Sie fördern den Theorie-Praxis-Transfer, indem sie einen komplexen Zusammenhang verdeutlichen und gleichzeitig vereinfachen (Marotzki, 2011).

Zur Verbindung des theoretischen Hintergrundes dieser Studie mit der ergotherapeutischen Berufspraxis, wird sich auf das ergotherapeutische Inhaltsmodell *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)* (Abb. 2) gestützt (vgl. Townsend & Polatajko, 2007).

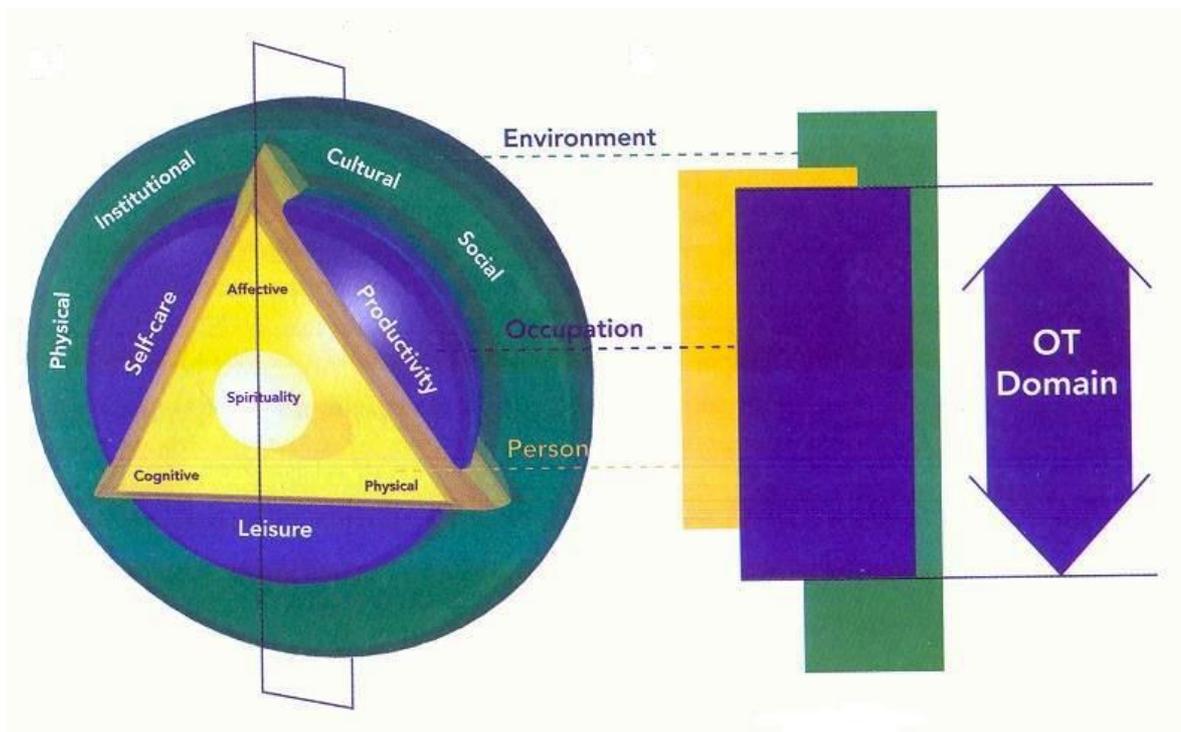


Abb. 2: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

Im Folgenden wird die getroffene Wahl begründet und ein Einblick in die Inhalte, Überzeugungen und Perspektiven des CMOP-E gegeben. Des Weiteren werden die Kernelemente des CMOP-E beschrieben.

Anschließend werden die Gedanken und Ansichten der beiden Hauptautorinnen Helen J. Polatajko und Elizabeth A. Townsend in Bezug auf Lebensqualität in den Fokus gestellt.

---

### Begründung der Modellauswahl und inhaltliche Einblicke

Das CMOP-E, welches 2007 vorgestellt wurde, ist die Weiterentwicklung des CMOP und setzt den Gegenstandsbereich der Ergotherapie in den Fokus. Es gibt zugehörig eigene Modelle für Skills und Prozess. Das *Canadian model of Client-Centred Enablement (CMCE)* mit dem Kernelement „Enablement“ beschreibt „Enablement Skills“, also Kernkompetenzen der Ergotherapie. Das *Canadian Practice Process Framework (CPPF)* ist mit dem CMOP-E kompatibel und zeigt sich als generisches und zielorientiertes Modell und Bezugssystem für die Praxis. Zentral ist das klientenzentrierte *Occupational Enablement*. Für die Befunderhebung bietet das CMOP-E das handlungsorientierte *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Hierdurch kann die Eigenwahrnehmung des Klienten bezüglich seiner „Occupational Performance“ ermittelt werden. Die ergotherapeutische Handlung richtet sich auf *Engagement*, sodass sich im CMOP-E auf die Bereiche konzentriert wird, die sich mit der Betätigung überschneiden. Beim *Engagement* wird das Interesse der Ergotherapie an Arten der *occupational interactions* herausgestellt, also beispielsweise die Intensität, die Art oder das Ausmaß des „Tuns“, der Betätigung. (COPM-Team Deutschland, 2009)

„The CMOP-E is the graphic representation of the Canadian perspective on occupation, or more specifically on occupational performance“ (Townsend & Polatajko, 2007, S.27).

Townsend und Polatajko beschreiben den Menschen in ihrem Buch „Enabling Occupation II“ (2007), als handelndes und einzigartiges Wesen, das über bestimmte Werte und eine Seele verfügt. Diese sozialen und spirituellen Wesen formen ihre Umwelt und dessen kulturelle, institutionelle, physikalische und soziale Komponenten und werden wiederum auch von ihr geformt. Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit und steht in Zusammenhang mit der Möglichkeit einer Wahl und Kontrolle der täglichen Beschäftigung. Das individuelle Wohlbefinden (well-being) erstreckt sich von der Gesundheit über Lebensqualität und Gerechtigkeit (justice). Die Gesellschaft strebt nach eigenständiger Partizipation. Der Klient wird Experte seiner eigenen Erkrankung und den damit verbundenen Umständen.

Prioritär wird die partnerschaftliche Beziehung zwischen Therapeut und Klient im ergotherapeutischen Prozess behandelt und somit die Klientenzentrierung mit einbezo-

---

gen (vgl. Polatajko & Townsend, 2007).

Die Modellwahl fiel auf das CMOP-E, da es die Handlungsfähigkeit und die Klientenzentrierung als wichtig erachtet (Townsend & Polatakjko, 2007). In dieser Studie wird sich mit diesem und den oben aufgeführten Gedanken identifiziert und dieser auch im weiteren Verlauf berücksichtigt.

Nach George (2009) sind die Kernelemente des CMOP-E die Betätigungsperformanz, Klientenzentrierung, Spiritualität und das Enabling (Befähigen):

### **Betätigungsperformanz (Occupational Performance)**

Betätigungsperformanz ist „[...] die Fähigkeit, sinnvolle, kulturell bedingte und altersentsprechende Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und zufrieden stellend auszuführen, um sich selbst zu versorgen, Freude am Leben zu haben und zum sozialen und ökonomischen Gefüge einer Gemeinschaft beizutragen.“ (CAOT, 1997, S. 30).

Schon im CMOP wurde die Betätigungsperformanz als dynamische Interaktion von Person, Betätigung und Umwelt definiert. Die Betätigung wird als Brücke zwischen der Person und ihrer Umwelt gesehen und daraus geschlussfolgert, dass Menschen umweltbezogen handeln (Townsend & Polatakjko, 2007). Ziel des CMOP-E ist es, den Klienten zu befähigen für ihn sinnvolle und sinngabende Betätigungen durchzuführen, um Zufriedenheit zu erlangen (Marotzki & Reichel, 2011).

### **Klientenzentrierung**

Die klientenzentrierte Haltung wird im CMOP-E als notwendige Grundlage der Ergotherapie hervorgehoben. Das CMOP-E unterstreicht mit seinem Konzept der klientenzentrierten Praxis die Wichtigkeit des individuellen Vorgehens und einer guten Klienten-Therapeuten-Beziehung (vgl. CAOT, 2007). „Klientenzentrierte Ergotherapie ist eine Partnerschaft zwischen Therapeut und Klient. Den Betätigungszielen des Klienten wird Priorität eingeräumt, sie stehen im Mittelpunkt von Erhebung und Therapie.“ (Sumsion, 2002, S.6).

Wichtige zu berücksichtigende Aspekte während der Therapie sind beispielsweise die Umwelt und die Rollen der Klienten. Des Weiteren, Respekt vor den Überzeugungen des Klienten und dessen Familie zu haben, sowie informative Hilfestellungen zu leis-

---

ten um occupational performance Probleme zu identifizieren und zu behandeln (COPM-Team Deutschland, 2009).

Diese Gedanken des Modells werden in dieser Studie berücksichtigt und immer wieder mit aufgegriffen.

### **Spiritualität**

Durch die Spiritualität wird das wesentliche einer Person hervorgehoben, der individuelle Charakter, welcher Einmaligkeit verleiht, die Werte und Gedanken (COPM-Team Deutschland, 2009). Die CAOT (1997) definiert dies als die Essenz des Selbst. Spiritualität ist Grundlage für Selbstbestimmung, persönliche Kontrolle sowie eigenen Willen. Außerdem sind der persönliche Antrieb und die Motivation ein Teil der Spiritualität, die das Individuum ausmacht.

Die Spiritualität findet sich in dem was wir tun, warum wir es tun und wie wir es tun wieder (Egan & De Laat, 1997).

### **Enabling**

Das Kernelement Enablement wird als Kernkompetenz der Ergotherapie bezeichnet und kann mit „Befähigung“ oder „Ermöglichung“ übersetzt werden (COPM-Team Deutschland, 2009).

Ergotherapie kann nicht nur über bestimmte Methoden oder Techniken charakterisiert werden (Townsend & Polatajko, 2007).

Das *Canadian model of Client-Centred Enablement (CMCE)* beschreibt die zehn Enablement Skills, die Ergotherapeuten in der Therapie einsetzen: Adapt (Anpassen), Advocate (Fürsprechen), Coach (Coachen), Collaborate (Zusammenarbeiten), Consult (Beraten), Coordinate (Koordinieren), Design/ Build (Entwerfen/Konstruieren), Educate (Ausbilden/Lehren), Engage (Beteiligen) und Specialize (Spezialisieren). Durch die Nutzung der Skills soll ein effektives Enablement resultieren (CAOT, 2007).

### **Lebensqualität im ergotherapeutischen Modell CMOP-E**

Townsend und Polatajko (2007) beschreiben und adaptieren von der CAOT

---

(1997a, 2002) Quality-of-Life im CMOP-E folgendermaßen: „Quality of life from an occupational perspective, refers to choosing an participating in occupations that foster hope, generate motivation, offer meaning and satisfaction, create driving vision of life, promote health, enable empowerment, and otherwise address the quality of life.“ (S. 373).

---

## 2.3 Schmerz und Chronischer Schmerz

### Schmerz

Die Weltschmerzorganisation (International Association for the Study of Pain = IASP) erklärt den Begriff Schmerz als „an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage“ (IASP, 2014, Taxonomy).

Schmerz als Sinneserlebnis meint die empfundene Qualität sowie die Stärke des Schmerzes. Als Gefühlserlebnis lassen sich die emotionalen Anteile sehen, die mit dem Schmerz einhergehen. Beide Anteile des Schmerzerlebnisses sind untrennbar verbunden. (dgss, 2012c, Was ist Schmerz)

Die Intensität der Schmerzempfindung ist ein individuelles Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren (Abb. 3), welches im „bio-psycho-sozialen Schmerzmodell“ ursächlich beschrieben wird (dgss, 2012c, Was ist Schmerz).

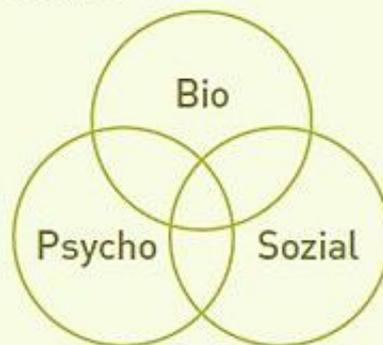
In der Menschheitsgeschichte beschäftigt man sich schon lange mit dem Phänomen Schmerz. Bereits in den Papyri der Ägypter und Babylonischen Schieferntafeln wurde Schmerz erwähnt. In damaliger Zeit war das Schmerzverständnis durch magisch-religiöse Vorstellungen geprägt. Für Aristoteles war das Herz das Empfindungszentrum von Gefühlen, wie beispielsweise Schmerz. Der auf die kartesianische Denkweise zurückgehende Dualismus von Körper und Geist förderte ein mechanistisches Schmerzverständnis, welches heute teilweise noch weit verbreitet ist und Schmerz ausschließlich als Hinweis auf Verletzungen oder Begleiterscheinung von Erkrankungen betrachtet. Die Rolle psychologischer Faktoren sowie affektiver und kognitiver Prozesse wurde lange außer Acht gelassen. Dies änderte sich mit der bereits genannten Definition der 1973 gegründeten IASP, wobei diese nicht die Verhaltenskomponente berücksichtigt, welche integraler Bestandteil der Schmerzerfahrung ist. (Wippert & Beckmann, 2009)

---

## Bio-psycho-soziales Schmerz-Modell

### Bio

- Gewebeverletzung
- Nervenschaden
- Sympathisch unterhaltener Schmerz (SMP)
- Veränderung der somatosensorischen Verarbeitung
- Neuropathischer Schmerz
- Nozizeptiver Schmerz



### Psycho

- Hilflosigkeit
- fehlende Bewältigungsstrategien
- Angst-Vermeidungs-Verhalten
- Durchhaltestrategien
- Traumata

### Sozial

- Arbeitsplatz
- Rentenverfahren
- Familie
- Freunde

Abb. 3: Biopsychosoziales Modell von Gesundheit und Krankheit mit Beispielfaktoren

---

## Chronischer Schmerz

Akute Schmerzen treten plötzlich auf und dienen dem Körper als Warnfunktion vor Gewebeschädigungen, beispielsweise bei Reizungen, Wunden oder Entzündungen. Nach Beseitigung oder Ausheilung der Ursache klingen diese Schmerzen zumeist von selbst wieder ab. Chronische Schmerzen hingegen halten länger an. Der Schmerz besteht ohne einen typischen Auslöser fort, verselbstständigt sich und verliert seine Warnfunktion. Eine Vielzahl chronischer Erkrankungen geht mit Schmerzen einher. Der Schmerz kann aber auch zu einem selbstständigen Krankheitsbild werden, auch wenn keine somatische Ursache (mehr) vorliegt. Lang andauernde Schmerzreize können die weiterleitenden Nervenfasern sensibler für nachfolgende Schmerzreize machen, sodass selbst kleine Reize in Form von Berührung, Druck oder Hitze das starke Schmerzempfinden auslösen können. Diese Sensibilisierung, die zu einer gesteigerten Schmerzempfindlichkeit führt, findet in den weiterleitenden Nervenzellen der Körpergewebe, im Rückenmark und Gehirn statt und wird auch als Schmerzgedächtnis oder Schmerz-Engramm bezeichnet. Chronischer Schmerz wird heute als eigenständige Krankheit angesehen. (dgss, 2012d, Akuter und Chronischer Schmerz)

Laut der IASP erfolgt die Definition im zeitlichen Kontext: „pain that persists beyond normal tissue healing time, which is assumed to be 3 months“ (Häuser, 2014), was sich beispielsweise auch in der S1-Handlungsempfehlung „Chronischer Schmerz“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin wiederfindet (DEGAM, 2015).

Aus gutachtlicher Sicht sind drei Kategorien von chronischem Schmerz zu unterscheiden, zu klassifizieren und durch ICD-Diagnosen zu kodieren (awmf, 2012b), häufig liegen Mischformen vor (DEGAM, 2015):

Nozizeptiver Schmerz → welcher Leitsymptom einer Gewebeschädigung oder -Reizung ist und keine Nervenschädigung bewirkt (DEGAM, 2015)	Neuropathischer Schmerz → welcher durch Nervenschädigung entsteht (DEGAM, 2015) bei Gewebeschädigung und mit psychischer Komorbidität (awmf, 2012b)	Funktioneller Schmerz → welcher Ausdruck psychischer Beeinträchtigung darstellt (DEGAM, 2015)
---	--	--

---

## Epidemiologie

In Europa ist ein Fünftel der Erwachsenen von chronischen Schmerzen betroffen (the steering and executive committee, 2010). Häuser et al. (2014) gehen in ihrer Studie von 23 Mio. Deutschen mit chronischen Schmerzen aus, wobei hier die Mehrzahl auf geringe, nichtbeeinträchtigende Schmerzen zurückgeht und geschätzte 2,2 Mio. Deutsche an chronischen, beeinträchtigenden, nichttumorbedingten Schmerzen mit psychischer Beeinträchtigung leiden.

Die Gesamtkosten für Migräne wurden 2004 in Deutschland auf 879 Mio. Euro geschätzt, 2012 schätzte man die Kosten durch Kopfschmerzen auf 27Mrd. Euro pro Jahr. Migräne gehört laut der WHO zu den 10 Erkrankungen mit den gravierendsten Auswirkungen auf Lebensqualität und Funktionalität. (Evers, 2014)

Von Rückenschmerzen sind 27-40% der deutschen Bevölkerung betroffen, was zu jährlichen Kosten von über 50 Mrd. € führt (Werber & Schiltenswolf, 2012).

Durch den stattfindenden demografischen Wandel wird dies zukünftig wahrscheinlich noch stärker spürbar werden. Die meisten Betroffenen leben mehr als fünf Jahre, einige 20 Jahre oder länger mit chronischen Schmerzen. Die Altersgruppe der 41 bis 60-Jährigen ist primär betroffen. Für viele Schmerzzustände kann aufgrund der Komplexität und der verschiedenen Erscheinungsformen von Schmerzen eine genaue Diagnose nicht gestellt werden, was auch zu einer verzögerten optimalen Behandlung führt. (the steering and executive committee, 2010)

## Folgen

Chronische Schmerzen können zu schweren physischen und sozialen Beeinträchtigungen und psychischen Begleiterscheinungen wie Angst und Depressionen führen. Der Schmerz wirkt sich tiefgreifend auf die Lebensqualität der Betroffenen aus. Betroffene fühlen sich sozial isoliert und allein (27%), sind besorgt darum ihre Arbeit zu verlieren (29%) und um die Auswirkungen auf ihre Beziehungen (50%) und erleben negative Auswirkungen auf die Familie und den Freundeskreis (36%). (the steering and executive committee, 2010)

---

## 2.4 Ergotherapie in der Schmerztherapie

### Ergotherapeutische Perspektive

Die Ergotherapie sollte ein Teil eines interdisziplinären Teams sein, welches gemeinsamen Zielen nachgeht (Higman, 2007). Dies fordert auch die IASP (Krohn & Spiekermann, 2011). Sie richtet den Fokus der Intervention und der Evaluation auf die Betätigung (Struchen, 2015), verfolgt dabei einen holistischen Ansatz und zielt darauf ab dem Betroffenen dabei zu helfen, sein Leben so zu gestalten, dass sich die Schmerzen kontrollieren lassen (Higman, 2002). Schmerzpatienten zeigen typische Verhaltensweisen (beispielsweise Schonhaltung, geminderte Motivation, erschüttertes Selbstbewusstsein, Angst Über-/Unteraktivität), was oft zu Konflikten mit dem medizinischen Personal führen kann und den Patienten in einen „Teufelskreis“ aus Depression, Isolation, destruktivem Verhalten und destruktiven Gefühlen treibt und eine positive Lebensführung verhindert (Higman, 2007). Von Therapeuten- und Klientenseite muss akzeptiert sein, dass viel eher daran gearbeitet wird den Schmerz zu managen, als ihn zu heilen (Higman, 2007). Die Behandlung ist eine Herausforderung für alle Beteiligten und erfordert vom Ergotherapeuten Zeit, Engagement, Fantasie und auch die Akzeptanz dafür, dass die Therapie nur dann erfolgreich sein kann, wenn der Patient bereit ist selbst etwas zu tun (Higman, 2002) und über eine Verhaltensänderung seinen Schmerz kontrollieren zu lernen (Higman, 2007). Basieren auf dem national etablierten Referenzmodell CanMEDS, das für die Mediziner Ausbildung in Kanada erarbeitet worden ist, lassen sich dem Ergotherapeuten die Rollen des Experten, Kommunikators, Teamworkers, Managers, Gesundheitsanwalts, Lernenden und Lehrenden und Professionsangehörigen zuschreiben (Struchen, 2015).

### Befunderhebung

Um individuelle Ziele und einen Therapieplan festlegen zu können, muss zunächst eine ausführliche (ergotherapeutische) Befunderhebung erfolgen (Higman, 2002). Sie erleichtert die Problemidentifikation und Interventionsentscheidung (Rothenberger et al., 2011). Orientiert am aktuellen Paradigma der Ergotherapie (Kapitel 2.7) sollten Evaluation und Intervention evidenzbasiert, klientenzentriert, betätigungsorientiert und kontextbezogen erfolgen (Christiansen & Baum, 2004). Entsprechende ergotherapeutische Modelle und Assessments unterstützen dieses Vorgehen.

---

Das *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)* (Kapitel 2.2) bietet einen ganzheitlichen Ansatz, aber auch andere Modelle wie beispielsweise das *Model of Human Occupation (MOHO)* sind gut geeignet. Entsprechende Assessments lassen ein ganzheitliches Bild des Schmerzpatienten mit all seinen Aspekten des Lebens entstehen (denn der Schmerz beeinflusst alle Bereiche des Lebens), welches dann für die Therapie genutzt werden kann. (Higman, 2002)

In der Schmerztherapie können ergotherapeutische Assessment-Verfahren für eine klientenzentrierte Befunderhebung eingesetzt werden (vgl. Higman, 2002; Rothenberger et al., 2011; Krohn & Spiekermann, 2011):

- *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*
- *Assessment of Occupational Funktion (AOF-CV)*
- *Rollencheckliste*
- *Interessen-Checkliste*
- *Occupational Self- Assessment (OSA)*
- *Wochenplan*
- *Occupational Questionnaire (OQ)*
- *Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)*
- *Aktivitätenanalyse nach dem Bieler Modell*
- *Konzept Occupational Adaption for Practice*
- *Arbeitsplatzabklärung APA*
- *HoBS- Handlungsorientierte Beratung von Schmerzpatienten (Befundungs- und Beratungsprogramm)*

Abb. 4: Beispiel-Assessments in der Schmerztherapie

Ergänzt wird durch interdisziplinäre Messinstrumente (z.B. Schmerztagebuch, visuelle Analog-Skalen, Schmerz-Empfindungs-Skala, Schmerzfragebogen (Higman, 2007)) und schmerzspezifisch durch motorisch-funktionelle Befunderhebung (z.B. Bewegungsausmaß, Ödemmessung, Kraftmessung, Funktionsmessung) (Higman, 2002). Die Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens, Verhalten und Funktionen sollte erfasst und kognitive Leistungen nicht außer Acht gelassen werden (Higman, 2002).

---

## Therapieplan und Zieleformulierung

Nach ausführlicher Befundung erfolgt die Zielvereinbarung mit dem Klienten (Higman, 2007). Den Klienten in alle Entscheidungen einzubeziehen ist auch unter suboptimalen Bedingungen unabdingbar und stellt Klientenzentrierung dar (Higman, 2002). Es sollten langfristige und kurzfristige Ziele entwickelt werden, welche SMART (specific, measurable, achievable, relevant, time) formuliert sind (Higman, 2007).

Typische allgemeine Ziele sind beispielsweise:

- Wiederherstellung des vom Patienten erwünschten Aktivitätsniveaus
- Lebensqualität erhöhen
- Funktionen verbessern
- Schmerzverhalten reduzieren
- Rollenaufnahme oder -wiederaufnahme
- Schmerzmanagement: Lernen mit Schmerzen oder schmerzhaften Situationen umzugehen
- Zeitmanagement

## Inhalte und Angebote der Ergotherapie

In der Literatur lassen sich verschiedene Inhalte der Ergotherapie in der allgemeinen Schmerztherapie ermitteln.

Bulzis et al. (2001) beschreiben je nach Abteilung (Rehabilitation, Palliation, Psychosomatik) im Behandlungsangebot unter anderen Funktionelle Ergotherapie, Neurotraining, Haushaltstraining, Sensibilitätstraining, Selbsthilfe, Hausabklärung, Individuelle Betreuung, Kochgruppe, Spielgruppe, TON.ART Gruppe, Atelier (Tonarbeit, Speckstein, Seidenmalerei, Keramik, Flechtarbeit, Holzbearbeitung), Bildnerisches Gestalten und Gartenarbeit.

Nach Pip Higman (2002) enthält ein typischer Therapieplan möglicherweise einige der folgenden Komponenten: Informationen geben (Schmerzentstehung, Schmerzvermeidung, Gelenkschutz, Arbeitsplatzeinrichtung, Körperhaltung sowie über soziale Hilfeangebote und Sozialrecht), Stress- und Zeitmanagement, Tagebuchführung (Schmerzbeeinflussung, Schmerzkontrollmöglichkeit), Entspannungsmethoden, Gruppen- oder Sozialkontakte, Motorisch-funktionelle Behandlungen, Beratung über Selbsthilfe, Krisenmanagement (Erste-Hilfe-Plan erarbeiten). 2007 führt Pip Higman über Activity Pacing (passendes Aktivitätsniveau finden und steigern (Higman, 2007), um Schmerz-

---

tensität gering zu halten (Rothenberger et al., 2011)), Reduzierung von Hilfsmitteln (in Absprache mit dem Arzt auf Notwendigkeit oder Non-Use untersuchen) und Reduzierung von Kinesiophobie (Bewegungsermutigung durch Pacing) fort.

Krohn und Spiekermann (2011), Entwicklerinnen des „HoBS“, betonen die enorme Bedeutung der Wissensvermittlung (Schmerzedukation) im Schmerzmanagement und die Rolle des Ergotherapeuten als Berater und Gesprächspartner, um eine multidimensionale Schmerztheorie zu vermitteln, den Einfluss psychosozialer Faktoren zu akzeptieren und Vertrauen auf die eigenen Einflussmöglichkeiten zu fördern. Dies fördere die Compliance, mache die Therapie transparenter und erhöhe die Motivation (Krohn & Spiekermann, 2011).

Rothenberger, Weber-Bruderer und Aegler (2011) befassen sich umfangreich mit dem Vergleich der *Cognitive Behavioural Therapy (CBT)* und der *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* in der (Schmerz-)Ergotherapie als wirkungsvolle, kognitiv verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden.

*ACT* enthält die Komponenten Bereitwilligkeit, Achtsamkeit, Wertschätzung und Engagiertes Handeln. *Die Schmerzakzeptanz* ist hier vordergründig, was besseren Umgang mit dem Schmerz bedeutet und die Klienten trotz Schmerz zur Aktivität befähigen soll. Unabänderliche und veränderbare Umstände sollen zu unterscheiden gelernt werden. Der Ergotherapeut unterstützt den Klienten bei der gewünschten Verhaltensänderung (in Zusammenarbeit mit den Psychologen) mit dem Fokus auf das Ausführen bedeutungsvoller Betätigung. (Rothenberger et al., 2011)

*CBT* hat vermehrten Fokus auf die Kognition und soziales Lernen. Vermittlung von Bewältigungsstrategien und *Schmerzkontrolle* stehen im Zentrum (Entspannung, Stressmanagement, Zielsetzungen, Pacing). Beispiele der CBT-orientierten ET sind: Pacing, Reduktion der Hilfsmittel, Ergonomie, Entspannungstraining, Stress- und Zeitmanagement, Wiederherstellung sozialer Kontakte. Die ET verfolgt hier die Kombination aus Schmerzkontrolle und der Durchführung bedeutungsvoller Aktivitäten. (Rothenberger et al., 2011)

---

## 2.5 Multimodale Schmerztherapie (MMST)

Bereits im 2. Weltkrieg zeigten Erfahrungen mit US-Soldaten, dass das Zusammenarbeiten unterschiedlicher medizinischer Fachbereiche notwendig ist um dauerhafte Erfolge einer Behandlung sicherzustellen. Daraus resultierend kam es in den 60er Jahren zur Gründung erster interdisziplinärer Schmerzkliniken und Schmerzabteilungen in den USA und ab 1971 auch in Deutschland (dgss, 2012a).

National wie auch international hat sich die Behandlung von chronischen Schmerzzuständen seit dem stetig weiterentwickelt, begründet vermutlich auch in der parallel stattgefundenen veränderten Sichtweise auf die Schmerzentstehung und Schmerzchronifizierung.

Das gewandelte Denken im Kontext eines bio-psycho-sozialen Schmerzmodells zog Veränderungen auch in den Behandlungsansätzen nach sich, welche sich nun nicht mehr nur primär auf die Schmerzlinderung bezogen, sondern vielmehr auf die Verbesserung der durch Schmerz eingeschränkten körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten. Diese neuen Behandlungsbausteine erforderten folglich das Fachwissen verschiedener Fachrichtungen und so kommen bei einer „multimodalen“ Schmerzbehandlung beispielsweise auf Schmerz spezialisierte Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Physio- und Sporttherapeuten, Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Sozialarbeiter zum Einsatz. (dgss, 2012a)

Die Multimodale Schmerztherapie ist nach Angaben der „Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.“ eines von verschiedenen derzeitigen Verfahren im Netzwerk der Versorgung bei Schmerzerkrankungen, die in Schmerzkliniken, Schmerztageskliniken und auf chronischen Schmerz spezialisierten Reha-Kliniken Anwendung findet (dgss,2012a).

Für jede Art der MMST (stationär, teilstationär oder ambulant) gilt das Vorherrschen chronischer Schmerzen, ggf. die akute Exazerbation eines chronischen Schmerzes, als Grundvoraussetzung. Akute Schmerzzustände stellen keinen Indikationsgrund dar. Darüber hinaus gelten weitere Bedingungen zur Indikation für eine vollstationäre MMST.

Die Anzahl der an einer stationären MMST teilgenommenen Patienten nimmt seit Jahren stetig zu. So nahmen 2007 beispielsweise etwa 12.800 Patienten mit chronischen

---

Schmerzen des Bewegungsapparates am Behandlungsprogramm teil, 2010 waren es bereits 20.000. Auch andere Diagnosegruppen zeigen diese steigende Entwicklung. (Hermes & Schlosser, 2013)

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Das Deutsche Institut für Dokumentation und Information (DIMDI) gibt den OPS im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit heraus. Die Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V, im Bereich des ambulanten Operierens gemäß § 295 SGB V. (DIMDI, 2015) Im OPS, Version 2015, ist Schmerztherapie allgemein in Kapitel 8 "Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen" mit der Codierung ab 8-91 verankert (DIMDI, 2014a). Die *Multimodale Schmerztherapie* wurde im OPS für das tagesklinische und stationäre Setting aufgenommen (Arnold et al., 2014). Sie wird mit dem OPS-Code 8-918.X (siehe Anhang) verschlüsselt und gilt an dieser Stelle als offizielle Definition des Verfahrens (Arnold et al., 2009).

Bezugnehmend darauf definiert dieser Code die MMST als eine interdisziplinäre Behandlung. Hierunter ist eine multidisziplinäre integrative Behandlung zu verstehen, bei der alle Therapeuten in das Team integriert sind, in dessen Mittelpunkt der Patient steht. „Mehrere Therapeuten verschiedener Fachdisziplinen ("multidisziplinär") arbeiten nicht nur gleichzeitig am selben Patienten, sondern eng untereinander vernetzt gemeinsam mit dem Patienten.“ (MDS, 2014, S.4).

Die Behandlung bedarf einer gemeinsamen "Philosophie" bezüglich der Therapie chronischer Schmerzen mit dem Ziel einer funktionalen, psychischen und sozialen (Re-)aktivierung des Patienten. Durch die verschiedenen Berufsgruppen sollen konsistente Botschaften vermittelt werden. Diese kollegiale Kooperation und das therapeutische „Ziehen am selben Strang“ vermittelt dem Patienten eine biopsychosoziale Sicht auf seine Schmerzerkrankung sowie eine realistische Hoffnung auf Besserung seiner Beschwerden, der Beeinträchtigungen im täglichen Leben und der Lebensqualität. Die MMST ist demnach als Gesamtpaket mehr als die Summe seiner einzelnen Teile. (Arnold, 2014)

Die Begrifflichkeit „Multimodale Schmerztherapie“ erfreute sich längere Zeit großer

---

Beliebtheit in der schmerztherapeutischen Versorgung, aber durch ungenügende Abbildung der Struktur- und Prozessqualität intensiver multimodaler Blockprogramme im Prozedurenschlüssel ergaben sich erhebliche Unterschiede in der inhaltlichen Auslegung und erforderten eine Auseinandersetzung und Erarbeitung einer 2009 vorgelegten Konzeption durch die „Adhoc Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft (Arnold, 2009). Ziel war die Definition zu präzisieren, strukturelle und prozessuale Voraussetzungen zur Durchführung zu beschreiben, sowie geeignete Therapieinhalte aus Expertensicht- unter Mitwirkung von Psychologie und Physiotherapie- zu bestimmen (dgss, 2014b). Bei der Bearbeitung dieser Themen erfolgte somit kein fachlicher Austausch mit der Profession der Ergotherapie.

MMST meint der Kommission zufolge die gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte, umfassende Behandlung von Klienten mit chronischen Schmerzsyndromen, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind. Auch die vorwiegend körperlich orientierten Behandlungsteile folgen einer verhaltenstherapeutischen Ratio, nach der die Steigerung der Kontrollfähigkeit und das Kompetenzgefühl der Betroffenen in den Vordergrund der therapeutischen Bemühungen gestellt wird (MDS, 2014).

Arnold et al. (2009) beschreiben als weitere Kernelemente einer MMST das zuvor erfolgte ausführlichen interdisziplinären Assessments zur Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Belastungsgrenzen, die Erstellung eines individuellen ressourcenorientierten Behandlungsplans im Team unter Einbeziehung des Patienten auf Basis einer partizipativen Entscheidung, eine mindestens wöchentliche Teamsitzung und tägliche Teamabsprache oder Visite sowie eine professionelle, wertschätzende, empathische und ressourcenorientierte therapeutische Haltung gegenüber dem Patienten. Weiterhin wird empfohlen, dass die Diagnostik zu Beginn der MMST abgeschlossen sein sollte, damit sich der Patient uneingeschränkt auf den biopsychosozialen Behandlungsansatz einlassen kann, zusätzliche diagnostische Maßnahmen oder apparative Diagnostik sollte sorgfältig abgewogen werden, um die oftmals vorhandene Sichtweise der Patienten auf alleinige somatische Krankheitsursachen nicht zusätzlich zu fördern.

---

In der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz, bei deren Erstellung auch der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) mitgewirkt hat (äzq, 2015), wird zur MMST aufgeführt: "Multimodale Behandlung und Rehabilitation [...] bestehen aus medizinischen (Pharmakotherapie, Edukation), physischen (Bewegungstherapie), berufsbezogenen und verhaltenstherapeutischen Komponenten" (MDS, 2014). Diese NVL empfiehlt Ergotherapie beim chronischen, nichtspezifischen Kreuzschmerz im Rahmen eines Multimodalen Behandlungsprogrammes (äzq, 2015).

Die Forderung nach gleichzeitiger Anwendung von mindestens drei der im OPS-Code aufgeführten aktiven Therapieverfahren (DIMDI, 2014a) bedeutet folglich, dass die Mitwirkung der Ergotherapie als Berufsprofession nicht obligat ist. Durch persönliche Erfahrungen im Zuge dieser Forschungsarbeit wurde deutlich, dass Ergotherapie tatsächlich recht selten als fester Bestandteil der MMST implementiert zu sein scheint. Zur Vorbereitung auf die vorliegende Forschungsarbeit und zur Teilnehmerrekrutierung wurden verschiedene Wege genutzt, um Institutionen zu ermitteln, die den OPS-Code 8-918.X abrechnen. So ergab die Recherche beim DAK-„Krankenhauskompass“ (DAK, 2013) eine Trefferzahl von bundesweit 325 Kliniken, die die Behandlungsform im stationären Bereich anbieten. Diese 325 von uns daraufhin kontaktierten Kliniken gaben in einer hohen Anzahl die Rückmeldung, dass Ergotherapie kein Bestandteil der dortigen MMST sei. Eine spezifische Übersicht, an welchen Orten bundesweit eine Multimodale Schmerztherapie angeboten wird oder wo explizit Ergotherapie im multidisziplinären Team vertreten ist, gibt es derzeit nicht. Auch im Kontakt mit Betroffenen, beispielsweise über Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen wurde deutlich, dass viele Teilnehmer einer MMST, aus eigener Berichterstattung, keinerlei ergotherapeutische Behandlung erfahren haben.

Evidenzbasiert werden in der NVL arbeitsorientierten Trainings zur physischen Konditionierung, mit Einbezug kognitiver Verhaltenstherapien empfohlen, welche der funktionellen Wiederherstellung, Arbeitsanpassung und -ausdauer (functional restoration / work hardening) dienen und zur Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen, schnellerer Rückkehr zum Arbeitsplatz und geminderter Schmerzbeeinträchtigung führen und die allgemeine Partizipation im Alltag verbessern (äzq, 2015).

Schaut man in die Praxis, welche Interventionen seitens der Ergotherapie diagnoseübergreifend innerhalb der MMST angeboten werden so, ergibt die Recherche neben

---

arbeitsorientierten Maßnahmen wie Work Hardening, Arbeitsplatzanalyse und Gestaltung auch Techniken wie kreative und handwerkliche Angebote, Körperwahrnehmungsschulung, (De-)Sensibilisierung und Narbenpflege, Hilfsmittelberatung und -erprobung, Lebenspraktisches Training (Klinikum Landsberg, 2015) oder Genusstraining (Euthyme Therapie, Anm. d. A.) (Helbing, 2014).

Es liegt also im individuellen Ermessen der einzelnen Einrichtung, ob Ergotherapeuten im interdisziplinären Behandlungsteam einer MMST involviert sind bzw. welche ergotherapeutischen Interventionen innerhalb des Behandlungsprogrammes angewendet werden.

Die Ad-Hoc-Kommission "Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie" der Deutschen Schmerzgesellschaft kam in einem mehrstufigen Konsensusprozess zu einem Positionspapier, welches die Methoden eines Multimodalen Behandlungsprogrammes und deren Ziele beschreibt, um in der Versorgungspraxis Unklarheiten zu beseitigen, welche Bestandteile im Behandlungsprogramm vorkommen sollen. Für die bewegungstherapeutischen Disziplinen, welchen die Ergotherapie hier zugeordnet ist, werden diverse Methoden benannt (beispielsweise Pacing-Programme, Beiträge zur Edukation, Biofeedback, Spiegeltherapie, Sinneswahrnehmung, körperliche Aktivität, Alltagstransfer...), die zur Lösung verschiedener Problembereiche des Patienten führen können. Generelles bewegungstherapeutisches Therapieziel ist die möglichst weitgehende Wiederherstellung körperlicher Funktionsfähigkeit und Aktivität. Auch zur Zielsetzung einer MMST trifft die Kommission spezifische Aussagen. Neben der Schmerzlinderung und der Förderung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses zielt die MMST auf die Verbesserung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit („functional restoration“) ab. (Arnold et al., 2014)

Die Wirksamkeit multimodaler Therapie wurde für Schmerzen verschiedener Lokalisation bestätigt (awmf, 2012), bisher gibt es aber keinerlei Untersuchungen bezüglich der Ansätze der MMST mit verschiedenen inhaltlichen Bestandteilen (Arnold et al., 2014). Multimodale interdisziplinäre Behandlungsmaßnahmen haben im Gegensatz zu verschiedenen medizinisch empfohlenen monodisziplinären Therapien einen länger anhaltenden Effekt bezogen auf die Verbesserung der Lebensqualität und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (Arnold et al. 2009). Weiterhin sind multimodale Therapien gegenüber unimodaler Behandlung in Form von Entspannung überlegen

---

(AWMF, 2012). Die Profession der Ergotherapie ist derzeit generell noch nicht genug in der Multimodalen Schmerztherapie verankert, obwohl der Fokus der Ergotherapie auf die ICF-Komponenten (DIMDI, 2014) „Aktivität“, „Partizipation (Teilhabe)“ und „Umwelt“ bei Schmerzkrankungen doch ähnlich bedeutungsvoll erscheint wie der Blick auf die „Körperfunktionen und Körperstrukturen“.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt zur Erfassung von Krankheiten die „International Classification of Diseases“ (ICD) vor (Institut für Pflegeforschung, 2015). Primär klassifiziert die ICD-10 medizinisch-ätiologisch, was keine Aussage über den Gesundheitszustand, die Funktionsfähigkeit im Alltag und das Ausmaß der erforderlichen Unterstützung erlaubt. Dieselbe Diagnose kann somit bei verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Beeinträchtigungen, erforderlichen Unterstützungen, Pflege und Betreuung führen (Institut für Pflegeforschung, 2015). Dem gegenüber ist bei der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der WHO nicht die Defizitorientierung oder Klassifikation von Krankheitsfolgen vorrangig, sondern die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Die ICF dient dazu bio-psycho-soziale Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch zu erfassen und kann fach- und länderübergreifend als einheitliche, standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionellen Gesundheitszustandes, der Behinderung, sozialen Beeinträchtigungen und relevanter Umgebungsfaktoren eines Menschen genutzt werden. Der ICF liegt das bio-psycho-soziale Modell zugrunde und klassifiziert die sich wechselseitig beeinflussenden Komponenten von Gesundheit in Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren. Durch diese Ressourcenorientierung lässt sich die ICF universell auf alle Menschen, unabhängig vom Vorliegen einer Erkrankung oder Behinderung, beziehen und anwenden (DIMDI 2014b).



(Abb. 5: ICF)

---

## 2.6 Lebensqualität

Der Begriff der Lebensqualität lässt sich in Schriften bis zu den frühen antiken Philosophen zurückverfolgen. Schon Aristoteles vermerkte in seiner Ethik, dass das Ziel des menschlichen Lebens, das Glück sei (Barofsky, 2003).

Radoschewski merkt die Wichtigkeit an, den Begriff „Lebensqualität“ selbst mit seinen Wortelementen darzulegen. Das Element „Qualität“ steht allgemein für Beschaffenheit, Verhältnis oder Eigenschaft. Lebensqualität definiert er somit als „das sehr komplexe, vielschichtige und multidimensionale Gebilde der Spezifitäten und Eigenschaften menschlicher Existenz.“ (Radoschewski, 2000, S.165).

In den 70er Jahren stellte Campbell fest: „The concept of quality-of-life is a vague and ethereal entity, something that many people talk about, but which nobody very clearly knows what to do about.“ (S. 411).

Schon hier lässt sich erkennen, dass es keine eindeutige Definition der Lebensqualität gibt (Kramer et al., 2014).

Gegenwärtig wird der Begriff einerseits von verschiedenen Wissenschaften, wie beispielsweise der Soziologie, der Psychologie oder der Ökonomie verwendet, andererseits von der Politik, sowie im alltäglichen Sprachgebrauch. Die verschiedenen Disziplinen verwenden den Begriff der Lebensqualität unterschiedlich oder gebrauchen Synonyme (Radoschewski, 2000).

In der Ergotherapie in Deutschland werden am häufigsten die Begriffe Lebensqualität und gesundheitsbezogene Lebensqualität verwendet. Im kanadischen Kontext, welcher aufgrund des Modelleinsatzes (Kapitel 2.2) dieser Studie eine Grundlage darstellen wird, wird neben Quality of Life ebenfalls das well-being genutzt: "Occupational therapy enables people to achieve health, well-being and life satisfaction through participation in occupation." (COT, 2004).

In der Literatur wird häufig zwischen Lebensqualität und gesundheitsbezogener Lebensqualität unterschieden um eine Abgrenzung des Gesundheitswesens zu verdeutlichen (Radoschewski, 2000). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) ist ein mehrdimensionales Konzept, welches physische, psychische und soziale Komponenten mit aufgreift (Radoschewski, 2000).

---

Bezüglich der Lebensqualität herrscht bis heute keine übereinstimmende Meinung darüber, ob diese nur subjektiv oder auch objektiv zu bestimmen ist (Kramer, Füre, Stute, 2014).

Die World Health Organisation Quality of Life (WHOQoL) Group definiert hierzu, dass im Rahmen des Konstrukts Lebensqualität, die Subjektivität ein entscheidendes Charakteristikum darstellt (Kuyken, 1995).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich 1997 definiert den Begriff der Lebensqualität wie folgt: „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zu Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, den sozialen Beziehungen, den persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Welt.“

Der Begriff der Lebensqualität ist, wie durch die vorausgegangene Definition der WHO verdeutlicht, aus dem Gesundheitsbereich nicht wegzudenken.

Das Robert Koch Institut (2011), welches dem Bundesministeriums für Gesundheit angehört, erläutert Lebensqualität ebenfalls als „...ein multidimensionales `Konstrukt´ aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und schließt deutlich mehr ein als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung durch den Probanden.“

Darüber hinaus ist Lebensqualität zu ermöglichen, nach der deutschen Definition für Ergotherapie des Deutschen Verbandes der Ergotherapie e.V., ein wichtiges Anliegen: „Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltsanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.“ (DVE, 2007).

Die präzise Messung der zuvor bestimmten Lebensqualität gestaltet sich schwierig, da diese von jeder Person individuell wahrgenommen wird. Des Weiteren wird die Messung durch die Umwelt oder die Kultur des Menschen beeinflusst. Trotz der Komplexi-

---

tät wurden wissenschaftlich belegte Messinstrumente erforscht und entwickelt (Muldoon et al., 1998).

Eine Erfassung der individuellen Lebensqualität von Erwachsenen beinhaltet das WHOQoL-100 der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Dieses differenzierte Messinstrument wurde bereits in vielen Sprachen übersetzt. Anwendbar ist es bei Personen mit psychischen oder physischen Einschränkungen, aber auch bei Personen ohne gesundheitlicher Beeinträchtigung. Die Person sollte für die Durchführung jedoch über ausreichende Lesefähigkeiten verfügen. Das WHOQOL-100 beinhaltet 100 und die Kurzversion WHOQOL-BREF 26 Items. Nach den zwei Autorinnen, ist dieses Instrument für die Anwendung in der Ergotherapie gut anwendbar (WHO, 1995).

Die britische Ergotherapeutin Christine Mayers, entwickelt seit 1990 die Mayers` Lifestyle Questionnaires. Das Questionnaire wurde bereits in 4 Sprachen übersetzt. Grundideen waren die klientenzentrierte Praxis umzusetzen und die individuelle Lebensqualität der Klienten zu ermitteln. Im Verhältnis der Therapeut-Klienten-Beziehung können mit dem ausgefüllten Questionnaire die Therapieeinheiten klientenorientiert geplant und Ziele evaluiert werden (Mayers, 2003).

Der SF-36 (Short Form 36 Health Survey Questionnaire) ist eine Kurzform, bestehend aus 36 Items des aus den USA stammenden *Health Survey Questionnaire*. Bisher wurde das in den 60er- und 70er-Jahren im Zusammenhang mit der Medical Outcomes Study entwickelte Messinstrument in mehr als 50 Sprachen, sowie auch auf Deutsch, übersetzt. Der Fragebogen dient der Selbsteinschätzung von psychischen, physischen und sozialen Aspekten und erfasst somit die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Im Fokus steht die Erfassung der subjektiven Sicht von Menschen auf ihre Funktionen und ihre individuellen Befindlichkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen. Durch die Erfassung der Ergebnisse durch Normenwerte, können diese in ein Verhältnis zur subjektiven Beurteilung der Lebensqualität gesetzt werden. (Lüthi, 2007)

In dieser Studie wird sich mit dem Gedanken der vorgestellten Definitionen der WHO und des Robert Koch Instituts identifiziert. Die subjektive Wahrnehmung und individuellen Erfahrungen bezüglich der gestellten Forschungsfrage und der darin enthaltenen Lebensqualität aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen stehen im Fokus.

---

## 2.7 Ergotherapeutisches Paradigma

Die Ergotherapie wird von den geltenden Werten, Strukturen und gesetzlichen Regelungen, also den Paradigmen der Gesellschaft beeinflusst (Walkenhorst, 2008). Es ist möglich, dass mehrere Paradigmen in einer Gesellschaft nebeneinander existieren. Diese können nicht direkt prüfbar nachgewiesen, sondern höchstens durch wissenschaftliche Erfahrungen und Feststellungen aufgezeigt werden (Hagedorn, 2000).

Nach Bleicher (2004) ist ein Paradigma eine bestimmte Denkweise, „die grundlegende Probleme und Methoden eines Faches weiterer Bereiche definiert und das Weltbild einer Zeit prägt“ (S.26).

Kielhofner (2009) hebt ebenfalls hervor, dass das Paradigma eines Berufsfeldes die Funktion einer konzeptionellen Perspektive und die einer Kultur erfüllt.

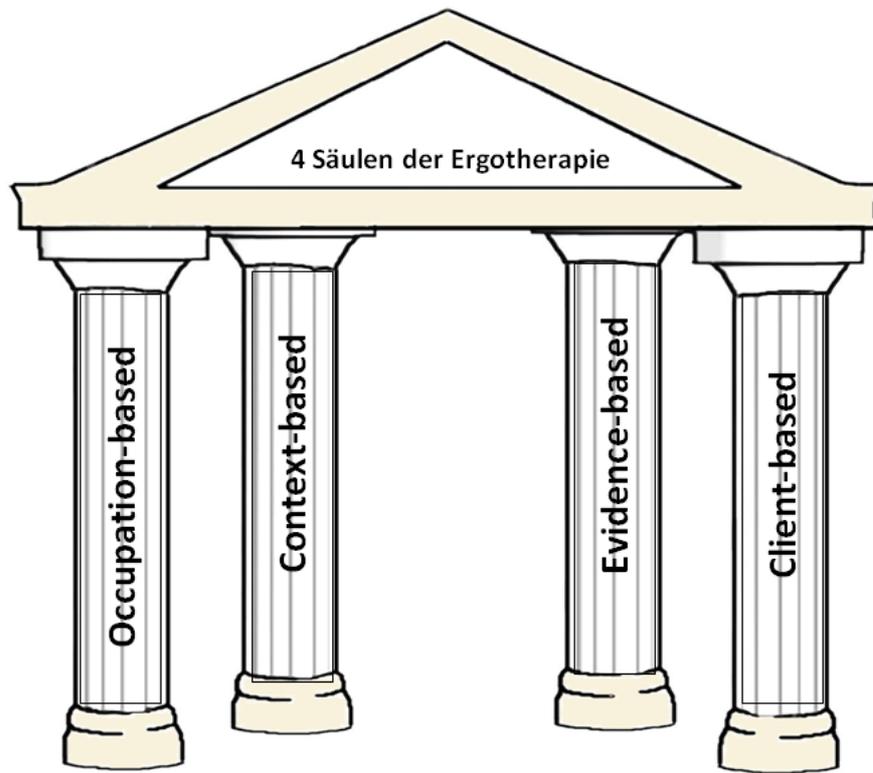
Ein solches Paradigma gilt so lange, bis Phänomene auftreten und neue Theorien und Annahmen aufgestellt werden, die mit der bisherigen Lehrmeinung nicht mehr übereinstimmen. Setzt sich die neue Lehrmeinung in der Gesellschaft durch, spricht man von einem Paradigmenwechsel (Kuhn, 2002).

Das Denken und die Sichtweise der Ergotherapie haben sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt, sodass gesagt werden kann, dass Paradigmenwechsel stattgefunden haben (Kielhofner, 2009).

Seit ca. 1980 befindet sich die deutsche Ergotherapie nun im zeitgenössischen Paradigma (contemporary paradigm) (Pott & Weber, 2011).

Beim Illustrieren der vorherrschenden Annahmen des „contemporary paradigm“, beziehen sich Pott und Weber (2011) auf die vier Säulen der Ergotherapie (vgl. Abb. 6). Im niederländischen Berufsprofil der Ergotherapie werden diese benannt und als Gerüst der heutigen Ergotherapie aufgezeigt.

Verdeutlicht wird, dass die zeitgenössische Ergotherapie mit ihren Werten und Normen betätigungs-, kontext-, evidenzbasiert und klientenzentriert ist. Ein holistischer Ansatz lässt sich durch die Abbildung deutlich erkennen. Es besteht die Möglichkeit die Darstellung auf nur einen Fachbereich oder generell auf die Ergotherapie zu beziehen (Pott & Weber, 2011).



*Abb. 6: Säulen der Ergotherapie*

---

## 2. Hypothetisches Modell

Der theoretische Hintergrund dient als Grundlage zur Erstellung eines hypothetischen Modells für die qualitative Studie (Abb. 7). Dieses Modell dient dem weiteren Aufbau und Vorgehen der Studie.

Das hypothetische Modell ist nach Gläser und Laudel eine grafische Darstellung von Untersuchungsvariablen bzw. Einflussfaktoren und vermuteten Kausalzusammenhängen, welches die Annahmen über die im Untersuchungsfeld wirkenden Faktoren und die wechselseitige Beeinflussung abbildet. Es ist eine aus der Theorie abgeleitete partielle Vermutung, die durch die empirischen Befunde modifiziert und ergänzt wird. Das hypothetische Modell repräsentiert primär den Wissensstand und die von ihm ausgehende Frage und enthält in groben Umrissen die vermutete Antwort. (Gläser & Laudel, 2009)

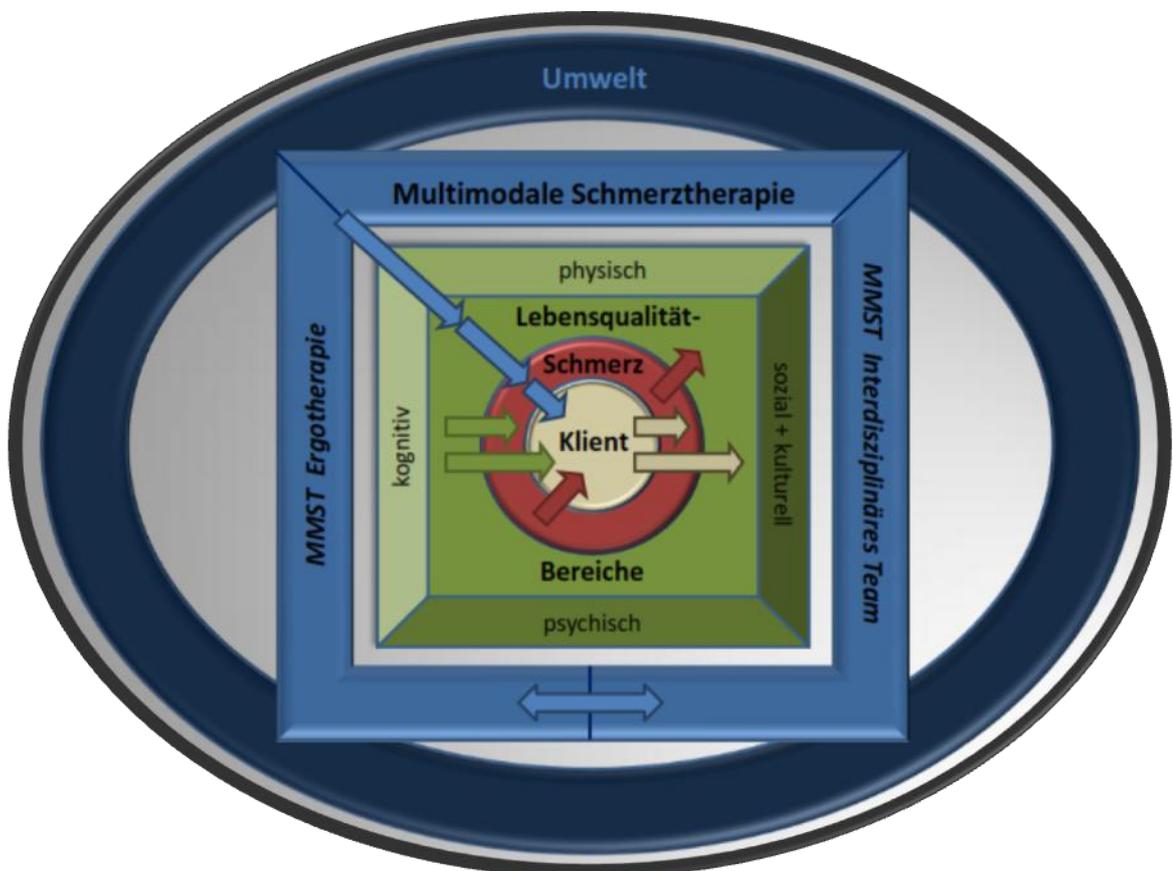


Abb. 7: Hypothetisches Modell

---

### 3.1 Erläuterung des Modells

Gläser & Laudel (2009) definieren für die Gliederung des hypothetischen Modells vier verschiedene Typen von Variablen mit jeweils verschiedenen inhaltlichen Bedeutungen. Es gibt abhängige, unabhängige sowie intervenierende Variablen und vermittelnde Handlungen. Hervorgehoben wird jedoch, dass die Zusammenhänge in der sozialen Realität sehr komplex und vielschichtig sind, wodurch sich keine klaren abhängigen oder unabhängigen Faktoren ausmachen lassen. Das individuelle Forschungsziel hat hierbei Einfluss auf die Charakterisierung als abhängige oder unabhängige Variable. Dieser Grundgedanke führte in dieser Studie zur vorliegenden Verbildlichung und Anordnung des vorliegenden hypothetischen Modells (Abb. 7).

Die Variablen des hypothetischen Modells werden durch farblich differierende Kreise und Vierecke abgebildet. Diese sind umgeben von der Variable Umwelt, die durch einen äußeren ovalen Ring dargestellt wird. Die vorhandenen Wechselwirkungen (Kausalzusammenhänge) zwischen den einzelnen Variablen, werden durch Pfeile dargestellt.

Inhaltlich stützt sich das hypothetische Modell mit seinen Variablen auf den zuvor beschriebenen theoretischen Hintergrund. Vorkommende Variablen, die bisher nicht erläutert wurden, gehören zu Einschlusskriterien der Studie und werden in diesem Kapitel mit den anderen Variablen erläutert.

Folgende Variablen sind Bestandteile des hypothetischen Modells (Tab.1):

- Klient
- Chronischer Schmerz
- Lebensqualität
  - physisch • psychisch • kognitiv • sozial + kulturell
- Multimodale Schmerztherapie
  - Ergotherapie
  - Interdisziplinäres Team
- Umwelt

Abhängige Variable ist der Klient. Unabhängige Variablen sind Umwelt, Multimodale Schmerztherapie und chronischer Schmerz. Lebensqualität ist sowohl abhängige, als auch unabhängige Variable.

Die Subvariable Ergotherapie und deren Auswirkungen sind zentrale Bestandteile der Forschungsfrage und beschreiben ebenfalls einen Vermittlungsprozess. Die Ergotherapie beeinflusst den Klienten und wird durch diesen beeinflusst. Sie wirkt des Weiteren auf die Lebensqualität und den chronischen Schmerz.

Variable	Art der Variable	Beschreibung	Farbe
<b>Klient</b>	Abhängige Variable	Es ist nur wichtig „(...) wodurch sie beeinflusst werden, während ihre Wirkungen vernachlässigt werden“ (Gläser & Laudel, 2009, S.81)	
<b>Chronischer Schmerz</b>	Unabhängige Variable	Es „(...) interessiert nur ihre Wirkung auf andere Variablen, das heißt ihre Rolle als Ursache“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 81)	
<b>Multimodale Schmerztherapie</b>	Unabhängige Variable	Es „(...) interessiert nur ihre Wirkung auf andere Variablen, das heißt ihre Rolle als Ursache“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 81)	
<b>Ergotherapie</b>	Subvariable stellt Vermittlungsprozess dar	Vermittelt über eine oder mehrere Variablen	
<b>Umwelt</b>	Unabhängige Variable	Es „(...) interessiert nur ihre Wirkung auf andere Variablen, das heißt ihre Rolle als Ursache“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 81)	
<b>Lebensqualität</b>	Abhängige / Unabhängige Variable	Wichtig sind Wirkung und Beeinflussung	

Tab. 1: Übersicht der Variablen des hypothetischen Modells

---

Die Zeitdimension der Variablen in Bezug auf die Forschungsfrage kann größtenteils in der Vergangenheit verortet werden. Das Ziel der Forschung verlangt einen hauptsächlich retrospektiven Blick. Gegenstands- und Zukunftsaspekte, die von den Interviewteilnehmern benannt und als wichtig für den Zusammenhang ihrer Situation erachtet wurden, wurden ebenfalls betrachtet und mit aufgenommen.

Die Sachdimensionen der Variablen des Modells werden in Abschnitt 3.2 erläutert.

### **3.2 Sachdimensionen der Variablen des Modells**

#### **3.2.1 Variable Klient**

In der Ergotherapie ist der Klient „... ein Mensch, der die professionellen Dienste anderer in Anspruch nimmt. Ein Klient hat das Recht, Informationen zu verlangen und seine Meinung frei zu äußern ...“ (Sumsion, 2002, S.35).

Unter Klient werden Einzelpersonen, Bezugspersonen, Gruppen oder Organisationen verstanden (Scheepers et al., 2011, S. 5).

Der Klient, der an dieser Studie teilnimmt, ist eine Einzelperson ab 18 Jahren, die chronische Schmerzen hat. Ein Weiteres Kriterium ist eine Teilnahme an einer stationären, tagesklinischen oder ambulanten Multimodalen Schmerztherapie, innerhalb der letzten 12 Monate. Der Therapieplan sollte Einzel- oder Gruppentherapien durch die Berufsgruppe der Ergotherapeuten enthalten haben. Außerdem sollte der Klient die Intention mitbringen, seine Erfahrungen in einem ca. 45-minütigen Interview weiter geben zu wollen.

Es wird sich demnach auf die soziodemographischen Daten wie Alter und Geschlecht des Klienten konzentriert. Außerdem wird die Schmerzbiografie ermittelt.

#### **3.2.2 Variable Chronischer Schmerz**

Die International Association for the Study of Pain (1979) definiert den Begriff „Schmerz“ als ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, welches mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht.

Die Wahrnehmung der Intensität des Schmerzes ist individuell, jedoch oftmals ein Warnsignal des Körpers. Dieses Warnsignal sendet der Körper bei chronischen Schmerzen in dieser Form nicht mehr aus (Hensler et al., 2009).

---

Die Teilnahme an dieser Studie setzt eine Erkrankung mit chronischen Schmerzen als Kriterium voraus, da dies einen Teil der Forschungsfrage darstellt.

Besondere Begutachtung trägt hierbei die Dauer, Veränderungen und die Intensität des Schmerzes.

### **3.2.3 Variable Lebensqualität**

Bei der Lebensqualität „handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Welt.“ (WHO, 1997). Zu dieser Definition und der vorliegenden Multidimensionalität der Lebensqualität, wurde von der Forschergruppe Lebensqualität der WHO eine kognitiv-spirituelle Dimension hinzugefügt (Skevington et al., 1994). Des Weiteren wird Lebensqualität als eine subjektive Empfindung und Einschätzung betitelt (Renneberg & Lippke, 2006). Bei der Entwicklung des Interviewleitfadens wird sich auf das hypothetische Modell gestützt. Aufgrund dessen werden die Interviewfragen bezüglich der Lebensqualität, ebenfalls auf die individuell empfundene Lebensqualität bezogen. Diese steht im Fokus der Untersuchung.

### **3.2.4 Variable Multimodale Schmerztherapie**

Nach Angaben der „Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.“ ist die Multimodale Schmerztherapie eines von verschiedenen derzeitigen Verfahren im Netzwerk der Versorgung bei Schmerzerkrankungen, die in Schmerzkliniken, Schmerztageskliniken und auf chronischen Schmerz spezialisierte Reha-Kliniken Anwendung findet (dgss,2012a).

Das Ziel der multidisziplinären Therapie ist, die physischen und psychischen Fähigkeiten der Patienten zu verbessern. Die MMST ist multiprofessionell. (Ahrens et al., 2010)

Die Ergotherapie nimmt einen weiteren Teil in der Forschungsfrage ein und wird somit Hauptbestandteil des Ergebnisses sein.

Der DVE (2007) benennt das Ziel der Ergotherapie in dessen Definition, mit der Durchführung von für den Menschen bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in seiner persönlichen Umwelt. Neben

---

den für die Forschungsfrage relevanten Aspekten werden außerdem Inhalte, wie beispielsweise die Klientenzentrierung, Diagnostik, Methodik, Beratung und Behandlung betrachtet.

### **3.2.5 Variable Umwelt**

Die Umwelt beschreibt alle Faktoren, die außerhalb des Ergotherapeuten auftreten und von ihm eine Reaktion hervorrufen (Law, 1991).

Im *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement*, wird die Umwelt in vier verschiedene Arten, die kulturelle, die institutionelle, die physische und die soziale Umwelt, unterteilt (CAOT, 1997). Unter der kulturellen Umwelt werden Traditionen und Werte von Personengruppen innerhalb einer Gesellschaft verstanden. Zu der institutionellen Umwelt gehören gesellschaftliche Praktiken und Institutionen, darunter ökonomische, rechtliche und politische Institutionen, wie beispielsweise Regierungen und Behörden. Die physische Umwelt besteht aus natürlichen und geschaffenen Gegebenheiten, in der sich menschliche Betätigung abspielt. Soziale Beziehungen, Organisationsstrukturen innerhalb der Gesellschaft und soziale Einstellungen und Überzeugungen definieren die soziale Umwelt. (COPM-Team Deutschland, 2009)

---

### 3. Methodologie

Gläser und Laudel (2009) verstehen unter der Methodologie, „...die Lehre von den Methoden, die Auskunft darüber gibt, wie man den interessierenden Weltausschnitt erforschen kann...“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 29).

Folgend werden das verwendete Forschungsdesign und die methodologischen Prinzipien beschrieben. Des Weiteren wird im Rahmen der Studie ein Bezug zur Forschungsethik gezogen. Nach der Methode der Untersuchung sind eine Erläuterung der durchgeführten Experteninterviews / Leitfadeninterviews, die Konstruktion des Leitfadens, sowie die Begründung der Methodenwahl zu finden. Es wird ein Einblick in die Analyse der Daten gegeben und Bezug zu den Gütekriterien genommen. Es folgt die Auswahl der Teilnehmer, die Vorgehensweise und der Ablauf der Studie und die Teilnehmerrekrutierung. Abschließend wird eine Übersicht der Vorstudie und der Hauptstudie aufgezeigt.

#### 4.1 Art der Untersuchung

Da im Rahmen der Studie komplexe Kausalmechanismen erfasst werden sollen, wurde ein qualitatives Forschungsdesign mit den Grundsätzen der empirischen Sozialforschung gewählt.

Das Buch *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* von Jochen Gläser und Grit Laudel in der 3. Auflage von 2009, stellt hierbei die Grundlage für diese Arbeit dar.

„Als empirische Sozialforschung bezeichnen wir Untersuchungen, die einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt beobachten, um mit diesen Beobachtungen zur Weiterentwicklung von Theorien beizutragen.“ (Gläser & Laudel, 2009, S.24).

Das qualitative Forschungsdesign ergänzt diesen Gedanken und zielt darauf ab, individuelle Sinnstrukturen und Bedeutungen aufzuweisen und gegebenenfalls Grundlagen für die Entwicklung von Theorien zu schaffen (Fischer, 2011). Flick et al. (2008) hegen diesen Gedanken ebenfalls: „Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von innen heraus aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben.“ (S. 14).

Die qualitative Forschung ist in ihren Zugangsweisen zu den untersuchten Phänomenen häufig offener, sodass ein tiefer Einblick in die untersuchte Thematik gegeben ist.

---

Ein konkretes und plastisches Bild des Untersuchungsgegenstands lässt sich erstellen (Flick et al., 2008). Ausgangspunkt einer solchen Forschung, wie auch in dieser Studie gewählt, ist eine übergeordnete Fragestellung (Fischer, 2011).

In diesem Zusammenhang ist das Ziel der vorliegenden Studie, retrospektiv die Erfahrungen mit der Ergotherapie in Bezug auf die Lebensqualität mit Erkrankungen chronischer Schmerzen zu untersuchen.

#### **4.1.1 Methodologische Prinzipien**

Nach Gläser und Laudel (2009) bilden vier Prinzipien die Grundlage für die Beurteilung und die Wahl von Untersuchungsstrategien und Methoden. Diesen methodologischen Prinzipien muss nachgegangen werden um neues, theoretisches und verlässliches Wissen zu produzieren. Des Weiteren sollte nachvollziehbar dargestellt werden, wie das Wissen hergeleitet wurde (Gläser & Laudel, 2009).

Das Prinzip der Offenheit beinhaltet, dass der Forschungsprozess für unerwartete Informationen offen sein muss. Eine prioritäre Stellung nehmen Informationen über wesentliche Aspekte des Gegenstandes ein, die durch die theoretischen Vorüberlegungen nicht erfasst wurden oder diesen widersprechen (Gläser & Laudel, 2009).

Durch die Wahl der Gestaltung des Interviewleitfadens (Kapitel 4.2.1) und die Wahl der Methode zur Datenauswertung (Kapitel 4.3), wurde dieses Prinzip berücksichtigt.

Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens verdeutlicht die Wichtigkeit, die Untersuchungen an bereits vorhandenes theoretisches Wissen anzuschließen und es auf diese Weise durch neues Wissen zu bereichern (Gläser & Laudel, 2009). Dies wurde durch die umfangreiche Literaturrecherche für den theoretischen Hintergrund (Kapitel 2.1) und dem darauf aufbauende hypothetische Modell (Kapitel 3) sichergestellt.

Das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens fordert für die Wissensproduktion eine explizite Regeleinhaltung um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Dadurch entsteht die Möglichkeit für Außenstehende, das Vorgehen hinsichtlich der Eignung der Studie bzw. der gewonnenen Daten zu beurteilen (Gläser & Laudel, 2009).

---

Durch die Darlegung der Vorgehensweise im Forschungsprozess (Kapitel 4.6) wird dieses Prinzip unterstützt.

Das Prinzip des Verstehens wird als Basishandlung der sozialwissenschaftlichen Forschung betitelt. Das Verstehen der Handlungen der Studienteilnehmer wird als eine notwendige Leistung betrachtet (Gläser & Laudel, 2009). Um dieses Verständnis zu schaffen, werden Interviews mit Menschen mit chronischen Schmerzen durchgeführt, um individuelle Erfahrungen zu ermitteln und die Forschungsfrage zu beantworten.

#### **4.1.2 Forschungsethik**

Die Forschung, die Menschen in ihre Untersuchung mit einbezieht und dessen Ergebnisse veröffentlicht und selbst menschliches Handeln darstellt, verändert das Leben von Menschen.

Wichtig ist das Bewusstmachen dieser Wirkung und forschungsethische Grundsätze zu berücksichtigen. Im Rahmen der Untersuchung gilt es die Interessen, Werte und Rechte der zu befragenden Teilnehmer zu bewahren. Das oberste Gebot der Forschungsethik ist es, „...dass den Menschen, die in eine sozialwissenschaftliche Untersuchung einbezogen werden, daraus kein Schaden entstehen darf“ (Gläser & Laudel, 2009, S.50). Dementsprechend muss die Teilnahme freiwillig sein.

Reichel (2009) betont in seiner Studie die Notwendigkeit der Entwicklung ethischer Richtlinien und die Festhaltung von Prinzipien für die ergotherapeutische Forschung in Deutschland.

Die fünf grundlegenden forschungsethischen Prinzipien sind die Selbstbestimmung /Autonomie, die Schadensvermeidung sowie die Fürsorge und der Nutzen für den Forschungsteilnehmenden (Reichel et al., 2009).

In dieser Studie wurden die Teilnehmer, an diese Prinzipien angelehnt, vor der Durchführung der Interviews über den Ablauf informiert. Außerdem wurde angemerkt, dass die Teilnahme freiwillig ist und das Interview jederzeit, ohne Angaben von Gründen, beendet werden kann. Auch Pausen sind jederzeit möglich. Weiterhin wurde vermittelt, dass die Teilnehmer eigenständig über die Tiefe des Interviews und den Umfang bei der Beantwortung der Fragen bestimmen können. Eine schriftliche Einverständniserklärung wurde formuliert, in der das Einverständnis für die Audioaufzeichnung und

---

die anonymisierte Verschriftlichung eingeholt wurde. Des Weiteren wurde vereinbart, ob die Teilnehmer ein Transkript des durchgeführten Interviews erhalten möchten, ob ein Termin zur Nachbesprechung oder Klärung von Fragen gewünscht ist und ob ein Exemplar der Bachelorarbeit nach Beendigung geschickt werden soll.

## **4.2. Methode der Untersuchung**

### **4.2.1 Experteninterview/ Leitfadeninterview**

Für mündliche Befragungen hat sich unter einer Vielzahl von Bezeichnungen nach Meinung von Gläser & Laudel (2009) der Begriff „Interview“ durchgesetzt.

Menschen, die an einem interessierenden Prozess beteiligt sind werden befragt, die erhaltenen Antworten sind dann die Daten, welche anschließend einer Auswertung unterzogen werden (Kapitel 5). Bei der Methode des Experteninterview werden die Befragten als Spezialisten für bestimmte Konstellationen gesehen und dahingehend befragt. Als Interviewpartner kommt jeder Mensch in Frage, dessen spezifisches Wissen für die Untersuchung relevant ist. In dieser Studie sind die Teilnehmer, die von chronischen Schmerzen betroffen sind und an einer Multimodalen Schmerztherapie teilgenommen haben, die Experten, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen im Interview zur Verfügung stellen. (Gläser & Laudel, 2009)

Da das Wissen dieser Experten zunächst unbekannt ist, verbietet sich ein standardisiertes oder halbstandardisiertes Vorgehen. Das Leitfadeninterview als nichtstandardisierte Vorgehensweise ist notwendig um die Rekonstruktion des sozialen Sachverhaltes zu ermöglichen und über eine vorbereitete Frageliste (den Leitfaden) sicherzustellen, dass zu allen wichtigen Aspekten Informationen gegeben werden. (Gläser & Laudel, 2009)

In der vorliegenden Studie wurde daher ein nichtstandardisiertes leitfadengestütztes Experteninterview als qualitative Datenerhebungsmethode gewählt, bei welchen zwar das Thema aber weder die Fragen des Interviewers noch die Antworten der Interviewpartner vorgegeben werden.

Das in Kapitel 3 beschriebene Hypothetische Modell stellt Vorwissen, Annahmen über

---

den Gegenstand und Erkenntnisinteresse zusammenhängend dar und lässt es kommunizierbar werden, es ist aber kaum möglich, das hypothetische Modell direkt in einen Interviewleitfaden zu übersetzen. Hierfür müssen im weiteren Zwischenschritt Leitfragen formuliert werden (Kapitel 4.2.2). (Gläser & Laudel, 2009)

Gläser und Laudel (2009) definieren Leitfragen als ein Bindeglied zwischen den theoretischen Vorüberlegungen und den qualitativen Erhebungsmethoden. Sie sind auf das Untersuchungsfeld gerichtet und versuchen die Informationen zu benennen, welche erhoben werden müssen. Wegen des offenen Charakters qualitativer Erhebungsmethoden sind Leitfragen bedeutsam hinsichtlich des Entwerfens von Erhebungsmethoden und als Handlungsanleitung bei der Datenerhebung.

Der Interviewleitfaden enthält als Richtschnur die im Interview unbedingt zu beantwortenden Fragen, ist aber flexibel hinsichtlich der Reihenfolge der Befragung und der Frageformulierung und erlaubt ad hoc weitere Fragen zu stellen, um den Interviewverlauf weitestgehend natürlich zu gestalten. Ein Leitfadeninterview ist einerseits ein besonderer Kommunikationsprozess und andererseits eine sozialwissenschaftliche Erhebungsmethode, welche den in Kapitel 4.1.1 genannten methodologischen Prinzipien der Sozialforschung folgen muss, beispielsweise wie dem Prinzip der Offenheit: „Maximale Offenheit bedeutet, dass die Frage so wenig Einfluss wie möglich auf den Inhalt der Antwort ausübt.“ (Gläser & Laudel, 2009, S.131).

Weiterhin gelten kulturell festgelegte Kommunikationsregeln und Konventionen, eine festgelegte und akzeptierte Rollenverteilung und eine Führung und zielgerichtete Lenkung des Dialoges durch den Fragenden. (Gläser & Laudel, 2009)

In einem Interview besteht eine Differenz zwischen den Kontexten der Gesprächspartner. So ist das Erkenntnisinteresse des Fragenden im wissenschaftlichen Kontext formuliert als Defizit an wissenschaftlichem Wissen. Die Lebenswelt des Befragten entspricht nicht diesem wissenschaftlichen Kontext und so ist es notwendig, dass der Interviewer seine Fragen übersetzt und dem kulturellen Kontext des Befragten anpasst, um sein Informationsziel zu erreichen. Diese Operationalisierung findet statt bei der Formulierung der Leitfragen, der Entwicklung des Leitfadens und durch permanente spontane Operationalisierung und gesteuerte Spontanität während des Interviews. (Gläser & Laudel, 2009)

---

#### 4.2.2 Konstruktion des Interviewleitfadens

Auf Grundlage des theoretischen Hintergrundes (Kapitel 2) und des daraus entwickelten hypothetischen Modells (Kapitel 3) wurde ein Interviewleitfaden (siehe Anhang) erstellt, welcher als Gesprächsgrundlage für das Interview dient. Durch den Interviewleitfaden erhält der Befragende die Sicherheit, mit Theorie untermauerte Aspekte zu erfragen und anhand dieser Richtschnur keine wichtigen Erkenntnisinteressen zu vergessen. Der Leitfaden enthält offene Fragen zu den Bereichen:

- Lebensqualität
- Multimodale Schmerztherapie
- Ergotherapie in der Multimodalen Schmerztherapie
- Lebensqualität nach der Multimodalen Schmerztherapie

Am Ende des Interviews bestand für die Befragten die Möglichkeit eigene Aspekte zu ergänzen, die im Interview nicht besprochen wurden aber für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant erscheinen.

#### 4.2.3 Begründung der Methodenwahl

Durch die zuvor erfolgte Literaturrecherche (Kapitel 2.1) wurde deutlich, dass der qualitativen Klientensicht bisher kaum Beachtung in der Forschung zukam. Um ein solches subjektives Erleben zu untersuchen, erschien es zielführend, die Untersuchung möglichst offen zu gestalten. Experteninterviews als Forschungsdesign ermöglichen durch ihre Offenheit die subjektive Klientensicht zu erfassen und unbekanntes Wissen zu erschließen. Dies entspricht dem Anliegen aus der Forschungsfrage. In der persönlichen Interaktion hat man des Weiteren die Möglichkeit, Sachverhalte genauer zu hinterfragen und Unklarheiten zu beseitigen. Die Durchführung des Interviews im eigenen Lebensumfeld der Interviewpartner erhöht die Kooperationsbereitschaft und Motivation und fördert den Aufbau einer persönlichen Beziehung. Die Auswertung ist im Vergleich zu quantitativen Methoden eher aufwendig und aus den Interviews lassen sich keine generalisierbaren, numerischen Ergebnisse ableiten. Durch abwägen der Vor- und Nachteile erschien dieses Forschungsdesign am zweckmäßigsten.

---

### 4.3 Analyse

Die Wahl der Auswertungsmethode fiel auf das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2009).

„Die qualitative Inhaltsanalyse behandelt die auszuwertenden Texte als Material, in dem Daten enthalten sind. Wenn man eine qualitative Inhaltsanalyse durchführt, dann entnimmt man den Texten diese Daten, das heißt, man extrahiert Rohdaten, bereitet diese Daten auf und wertet sie aus.“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 199).

Das Vorgehen in diesem Verfahren gliedert sich in vier Hauptschritte (Gläser & Laudel, 2009).

Die Vorbereitung der Extraktion bezieht sich auf den theoretischen Hintergrund (Kapitel 2) und das darauf aufbauende hypothetische Modell (Kapitel 3). Das Variablensystem des hypothetischen Modells wurde gemäß der von Gläser und Laudel (2009) vorgeschlagenen Vorgehensweise vor der Analyse auf seine Zweckmäßigkeit überprüft. Diese erwies sich als positiv und verlangte keine Veränderungen oder Ergänzungen. Des Weiteren wurden Indikatoren formuliert, die eine Art „... Bindeglied zwischen den relativ abstrakten Variablendimensionen und dem empirischen Material“ (Gläser & Laudel, 2009, S.208) darstellen. Sie weisen auf, was für Arten von Aussagen, bezogen auf jede Variable, im Interview vermutet werden (Abb. 8). Es wurden alle geführten Interviews der Hauptstudie sowie das Pilotinterview in die Analyse einbezogen.

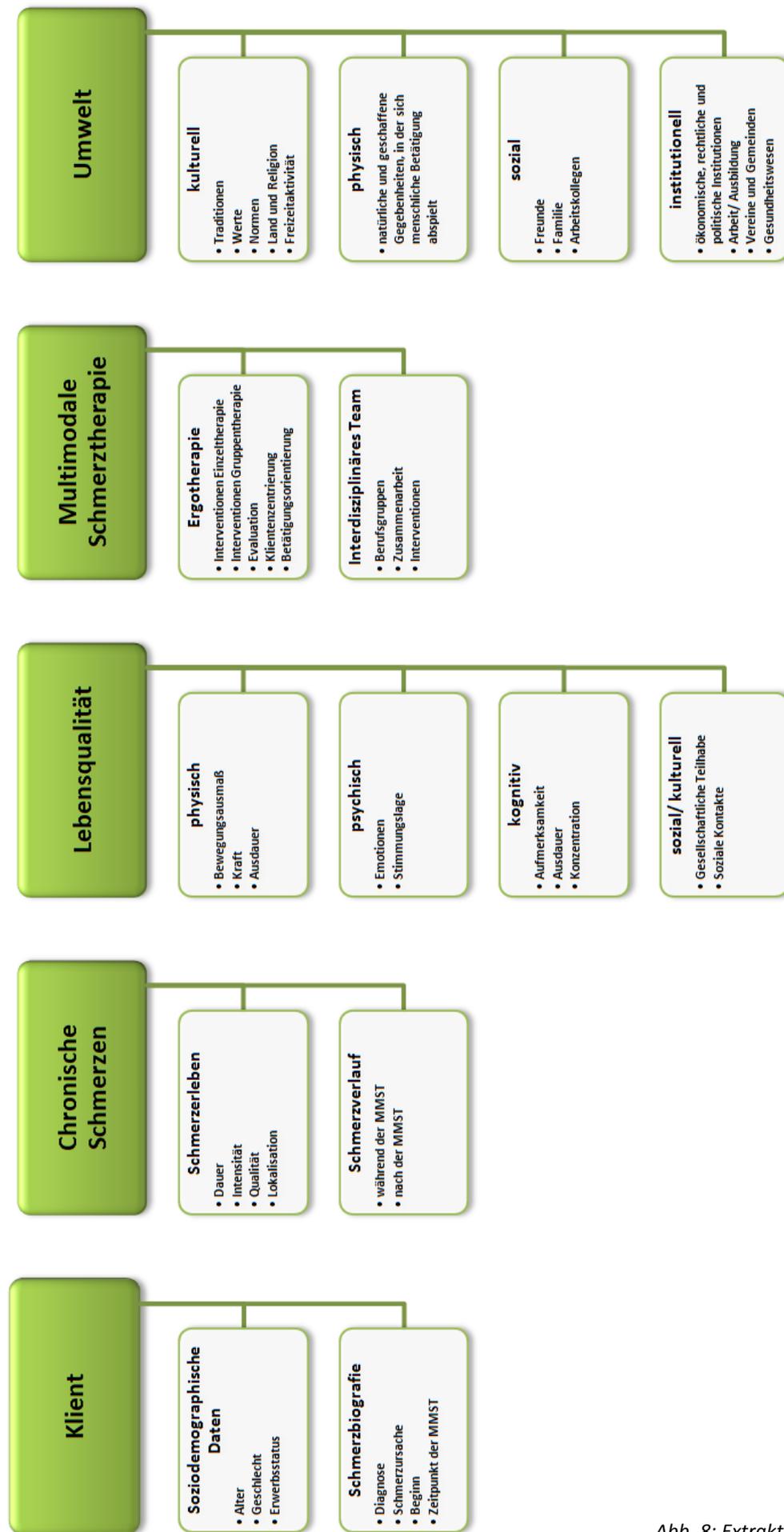


Abb. 8: Extraktionsstruktur

---

Die Extraktion wird in der qualitativen Inhaltsanalyse von Gläser und Laudel (2009) durch ein erstelltes Kategoriensystem strukturiert. Dieses baut auf den theoretischen Hintergrund, die Variablen des hypothetischen Modells, demnach auf die Extraktionsstruktur (Abb. 8) auf. Die Zeit- und Sachdimensionen der Variablen werden übernommen. Hinzu kommt eine Kausal,dimension', die Informationen über Beziehungen zu anderen Variablen aufnimmt (Gläser &Laudel, 2009). Diese Festlegung im Bereich der Kausaldimensionen stellt keine Dimension der Variablen dar, da sie keine „... Merkmalsausprägungen einer Variablen beschreiben, sondern Relationen zwischen Variablen. Sie sind nur für die qualitative Inhaltsanalyse von Bedeutung und tauchen deshalb nur in den Auswertungskategorien auf“ (Gläser &Laudel, 2009, S.208;209). Die Kausaldimensionen ‚Ursache‘ und ‚Wirkung‘ wurden zu jeder Auswertungskategorie hinzugefügt. „Wenn im Text Informationen darüber enthalten sind, warum eine spezifische Merkmalsausprägung auftrat, wird das in der Dimension 'Ursachen' aufgenommen. Informationen darüber, wie eine Variable für die Forschungsfrage relevante Sachverhalte beeinflusst haben, wurden in der Dimension 'Wirkung' aufgenommen.“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 209).“

Die Extraktion anhand der erstellten Extraktionstabellen (siehe Anhang) des ersten Interviews erfolgte in Partnerarbeit, um alle Informationen eindeutig zuzuordnen und auftretende Unklarheiten erörtern zu können. Anschließend wurde die Extraktion getrennt voneinander durchgeführt, womit der Gedanke „... methodische Überlegungen zum Vorgehen bei der Aufteilung der Extraktion auf mehrere Personen“ (S.209) aufzuteilen, berücksichtigt wurde (Gläser & Laudel, 2009). Zudem wurden Extraktionsregeln aufgestellt, um bei Gegebenheiten, in denen es „...mehrere gleichermaßen mit den Vorüberlegungen übereinstimmende Interpretationen gibt, [...] eine gleiche Reaktion [...] (zu) unterstützen“ (Gläser & Laudel, 2009, S.211). Die Extraktionsregeln sind an die allgemeinen Extraktionsregeln von Gläser und Laudel (2009) angelehnt, hinzugezogen wurden eigens erstellte Extraktionsregeln (Kapitel 4.4.3, c).

Nach der Extraktion wurden Kausalketten ausfindig gemacht, deren Informationen ebenfalls in die Kategorien einer Extraktionstabellen aufgenommen wurden. Erzählungen, die keine Kausalkette beinhalteten, wurden unter den Kategorien *Wünsche und individuelle Ergänzungen* zugeordnet und finden, sofern relevant, in

---

Kapitel 5.1.5 eine Berücksichtigung.

Die Aufbereitung der Daten ging nach der Extraktion von statten. Die Aussagen der Teilnehmer wurden inhaltlich strukturiert, um die Qualität zu verbessern. Das Rohmaterial wurde reduziert und Fehler konnten beseitigt werden (Gläser & Laudel, 2009).

Die Auswertung der aufbereiteten Daten, beinhaltet die Identifikation der Kausalzusammenhänge, die zwischen den fokussierten Ursachen und Effekten vermitteln. Dafür wurden die aufbereiteten Daten weiter zusammengefasst und im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage interpretiert. Ein besondere Augenmerk wurde auf Aussagen gelegt, die von mehreren Teilnehmern genannt wurden und Anmerkungen, die den Teilnehmern wichtig waren (Gläser & Laudel, 2009).

---

#### **4.4 Gütekriterien**

“Gütekriterien dienen als Maßstäbe für die Bewertung von Forschung” (Bohnsack, 2006, S. 80). Die Gütekriterien müssen den Methoden angepasst sein und sind bei quantitativer und qualitativer Forschung nicht deckungsgleich (Mayring, 2002). Die klassischen Gütekriterien, sowie die sechs allgemeinen Gütekriterien qualitative Forschung nach Mayring (2002) werden im Folgenden beschrieben.

##### **4.4.1 Reliabilität**

Mayring (2002) definiert die Reliabilität als Grad der Genauigkeit und Exaktheit des Vorgehens einer Messung. In der qualitativen Forschung kommt die Reliabilität nicht zum tragen, da die Datenerhebungsverfahren so angelegt sind, dass sie alle interessierenden Aspekte abdecken.

##### **4.4.2 Validität**

Die Validität beschreibt die Gültigkeit einer Messung hinsichtlich der Frage, ob wirklich das erfasst wurde, was erfasst werden sollte (Mayring, 2002).

##### **4.4.3 Sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung**

###### **a) Verfahrensdokumentation**

Das Verfahren der Ergebnisgewinnung muss genau dokumentiert werden (Mayring, 2002). Diese Studie stellt den Forschungsprozess transparent hinsichtlich der Explikation des Vorverständnisses, der Durchführung und des Ablaufes sowie der Auswertung der Datenerhebung dar. Die Interviews wurden weiterhin in digitaler und transkribierter Form archiviert, ebenso die Interviewberichte.

###### **b) Argumentative Interpretationsabsicherung**

Interpretationen müssen argumentativ begründet werden. Die Deutung muss sinnvoll theoriegeleitet und in sich schlüssig sein und es muss nach Alternativdeutungen gesucht und diese überprüft werden. (Mayring, 2002).

Die Ergebnisse dieser Studie wurden auf Grundlage des theoretischen Hintergrundes überprüft.

---

### c) Regelgeleitetheit

Qualitative Forschung muss sich an bestimmte systematische Verfahrensregeln halten, die Qualität der Interpretationen primär durch das schrittweise, sequenzielle Vorgehen abgesichert werden (Mayring, 2002).

Im Verlauf wurden Extraktionsregeln (Abb. 9) festgelegt:

- Extraktionsregeln
- Die Aussagen der Interviewpartner werden nicht in gleicher Länge wiedergegeben, sondern zusammengefasst (vgl. Gläser & Laudel, 2009)
  - Die Aussagen der Interviewpartner im Text zerlegen und den jeweiligen Dimensionen passend zuordnen (vgl. Gläser & Laudel, 2009)
  - Unter 'Ursachen' und 'Wirkungen' sind die genannten des Interviewpartners einzutragen. Alle Ursachen- und Wirkungszuschreibungen, die nicht explizit vom Interviewpartner geäußert werden, sowie eigene Interpretationen und Vermutungen sind mit Klammern zu kennzeichnen (vgl. Gläser & Laudel, 2009)
  - Kausalketten werden bei den Extraktionen erst nach der Auswertung gemacht
  - Kausalketten werden gekürzt, wenn Informationen über die Forschungsfrage hinausreichen und somit nicht mehr relevant sind
  - Zeitdimensionen teilen sich auf in v= vor der Multimodalen Schmerztherapie, w= während der Multimodalen Schmerztherapie, n= nach der Multimodalen Schmerztherapie und in z= Zukunft
  - mehrfache Nennungen eines Themas innerhalb eines Interviews werden nur einmal aufgenommen
  - Gründe für die Erkrankung/ Schmerzursache werden unter Schmerzbiographie bei der Kategorie Klient eingeordnet
  - Wünsche und individuelle Ergänzungen werden der Kategorie Klient zugeordnet

Abb. 9: Extraktionsregeln

---

Bezugnehmend auf Gläser und Laudel (2009) kamen Transkriptionsregeln (Abb. 10) zur Anwendung:

→ Transkriptionsregeln

- Schriftart „Calibri“, Schriftgröße „12“
- Transkriptionsregeln sind im gesamten Projekt konsistent anzuwenden
- Die Interviews werden fortlaufend nach dem Durchführungsdatum nummeriert:  
TN1-TN6
- Vollständig/ wörtlich transkribieren (bspw. auch Wiederholungen, Satzabbrüche)
- Zeitmarken setzen nach jedem Absatz
- Keine Anführungszeichen für Fragen und Antworten verwenden
- Dialekt wird in Hochdeutsch transkribiert, Ausnahme sind aussagekräftige Ausdrücke
- Nach dem Transkribieren muss das Interview anonymisiert werden, weder Dateiname noch Text dürfen den Interviewpartner erkennen lassen
- Absätze:
  - Werden durchlaufend nummeriert, ergänzt mit der Nummer des Interviews und abschließend dem Zeichen Raute (*Bsp: 01-TN1# für Absatz 1 Interview 1*)
  - Die Fragen stehen in einem eigenen Absatz, fett formatiert
  - Die Antworten stehen in einem eigenen Absatz, normal formatiert  
→ Jeweils inhaltlich zusammenhängende Aussagen als ein Absatz formatiert.  
(*Eine Antwort kann somit mehrere Absätze haben*)
- Nichtverbale Äußerungen (z.B. Lachen, Husten, Räuspern, Stottern)
  - Werden nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung geben
  - Erscheinen in runden Klammern (*Bsp: „...sehr interessant (lacht).“*)
- Paraverbale Lautäußerungen (z.B. ähm, mhm, aha...)
  - Werden nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung geben
- Besonderheit der Antwort mit „Ja“ oder „Nein“ (z.B. zögernd, gedehnt, lachend)
  - Werden vermerkt (*Bsp: „Ja (gedehnt).“*)
- Pausen
  - Pausen ab 10 Sekunden werden mit Punkten dargestellt (....)

Abb. 10: Transkriptionsregeln

---

#### **d) Nähe zum Gegenstand**

Qualitative Forschung soll durch ein offenes, gleichberechtigtes Verhältnis eine Interessenübereinstimmung zwischen Forschern und Beforschten erreichen, um so größtmögliche Nähe zum Gegenstand zu erhalten. Darüber hinaus versucht man möglichst nahe in die natürliche Lebenswelt der Beforschten zu gehen. (Mayring, 2002)

Alle Teilnehmer nahmen aus eigenem Interesse an der Studie teil. Die Interviews fanden im privaten oder öffentlichen Raum des jeweiligen Wohnorts der Teilnehmer statt.

#### **e) Kommunikative Validierung**

Die Gültigkeit der Ergebnisse, der Interpretationen kann man überprüfen, indem sie den Forschungsteilnehmern vorgelegt und gemeinsam diskutiert werden. Die Teilnehmer sollten sich in den Analyseergebnissen wieder finden. (Mayring, 2002)

In dieser Studie wurde den Teilnehmern, in Bezug auf die kommunikative Validierung, die Möglichkeit eines Member-Checks angeboten, welches aber kein Teilnehmer in Anspruch nahm.

#### **f) Triangulation**

Die Qualität der Forschung kann durch die Verbindung mehrerer Analysegänge vergrößert werden. Hierfür können verschiedene Datenquellen, Interpretationen, Theorieansätze oder Methoden herangezogen werden. Es wird versucht, verschiedene Lösungswege zur Beantwortung der Fragestellung zu finden, diese wiederum miteinander zu vergleichen um Stärken und Schwächen aufzuzeigen. (Mayring, 2002).

Um eine multiperspektivische Grundlage zu schaffen wurde in dieser Studie eine umfassende Literaturrecherche (Kapitel 2.1) und Analyse (Kapitel 5) durchgeführt. Die ermittelten qualitativen Daten wurden aus zwei unterschiedlichen Perspektiven ausgewertet, womit verschiedene Interpretationen berücksichtigt wurden (Kapitel 4.1).

---

#### 4.5 Auswahl der Teilnehmer

„Die Auswahl von Interviewpartnern entscheidet über die Art und die Qualität der Informationen, die man erhält.“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 117).

Zur Teilnahme aufgerufen wurden Erwachsene, die von chronischen Schmerzen betroffen sind und innerhalb der letzten zwölf Monate an einer stationären oder tagesklinischen Multimodalen Schmerztherapie teilgenommen haben. Die Mitwirkung der Profession der Ergotherapie innerhalb der MMST war zwingend erforderlich. Teilnehmer, die keinerlei ergotherapeutische Interventionen erhielten oder an abweichenden Behandlungsverfahren teilnahmen, wurden von der Studie ausgeschlossen. Darüber hinaus waren kognitive und kommunikative Fähigkeiten notwendig, um an dem etwa 45minütigen Interview teilnehmen zu können. Alle befragten Teilnehmer erfüllten diese Kriterien. Die Teilnehmer waren zwischen 45 und 65 Jahre alt, nahmen an unterschiedlichen Orten an einer MMST teil, hatten chronische Schmerzen unterschiedlicher Lokalität und erfuhren Ergotherapie mit unterschiedlichem therapeutischen Inhalten und Settings.

---

## 4.6 Vorgehensweise und Ablauf der Studie

Die vorherigen Kapitel stellten die Vorgehensweise der theoretischen Fundierung sowie die Entwicklung der Untersuchungsstrategien und des Interviewleitfadens dar. Im Folgenden wird der weitere Verlauf der Studie beschrieben.

Abbildung 11 zeigt den kompletten Ablauf der vorliegenden Forschungsstudie.



Abb. 11: Ablauf der Studie

---

#### 4.6.1 Teilnehmerrekrutierung

Nach Gläser und Laudel (2009) ist das eigene Erkenntnisinteresse nicht der einzige ausschlaggebende Punkt für den Inhalt des Interviews. Der Interviewpartner mit seinen persönlichen Annahmen und Perspektiven kreiert das inhaltliche Gefüge mit. Diesbezüglich wird auf folgendes hingewiesen: „Alle notwendigen Informationen zu beschaffen bedeutet meist, mehrere Akteure zu befragen, die aufgrund ihrer spezifischen Stellung in dem zu rekonstruierenden Prozess jeweils über andere Informationen verfügen“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 117).

Zur Rekrutierung passender Teilnehmer wurden Flyer für Betroffene und Ergotherapeuten erstellt (siehe Anhang), welche per E-Mail oder per Post verbreitet wurden. Angeschrieben wurden Kliniken, Rehasentren und Praxen, die eine Multimodale Schmerztherapie anbieten. Des Weiteren wurden die Flyer auf verschiedenen Kommunikationsplattformen im Internet, wie z.B. Schmerzforen, Selbsthilfeforen oder Facebook, verbreitet.

Die Rücklaufquote erwies keine hohe Anzahl an potentiellen Interviewteilnehmern. Die Suche wurde intensiviert und durch persönliche Telefonate ergänzt.

Den gefundenen Studienteilnehmern wurde zunächst ein Vorfragebogen zugeschickt (siehe Anhang), der nach dem Erfassen allgemeiner Daten und der Krankheitsgeschichte ausgefüllt zurückgeschickt werden sollte. Anhand dieses Vorfragebogens konnten passende Teilnehmer ausgewählt werden, mit denen Termine zur Durchführung der Interviews vereinbart wurden.

Weitere Details zu den Studienteilnehmern lassen sich in Kapitel 4.6.3 finden.

---

#### 4.6.2 Vorstudie

Vorstudien sind empirische Untersuchungen, die für die eigentliche Untersuchung notwendiges Wissen beschaffen und eignen sich dafür, die für die Hauptstudie entwickelten Erhebungs- und Auswertungsmethoden zu testen und anzupassen, nachdem die Untersuchungsstrategie festgelegt wurde. Interviewleitfäden können durch die Erfahrungen im Pilotinterview verändert werden. Stellt sich eine geringe Fehlerquote heraus, so liefern Vorstudien zusätzliche auswertbare Informationen. (Gläser & Laudel, 2009)

Am 27. Juli 2015 fand das Pilotinterview statt. Durch die so gewonnenen Erfahrungen und das Feedback des Interviewpartners waren keinerlei Änderungen notwendig. Da der Interviewleitfaden nicht verändert werden musste, konnten die gewonnenen Daten aus der Vorstudie in die Hauptstudie einfließen.

#### 4.6.3 Hauptstudie

Die Hauptstudie wurde im Juli und August 2015 mit sechs weiteren Interviewteilnehmern durchgeführt. Anschließend erfolgte die Transkription der Interviews nach den festgelegten Transkriptionsregeln (Kapitel 4.4.3). Alle Teilnehmer verzichteten nach vorheriger Erläuterung auf die Möglichkeit des Member-Checks. Dies stellt nach Gläser & Laudel (2009) die Möglichkeit dar, die gesagten Inhalte des Interviews auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen und eventuell Ergänzungen vorzunehmen.

Obwohl multiprofessionell reges Interesse am Forschungsthema kundgegeben wurde, konnten für die Hauptstudie deutschlandweit nur sechs Teilnehmer rekrutiert werden, trotz sehr intensiver Rekrutierungsbemühungen. Dies lässt sich vermutlich mit den festgelegten Ein- u. Ausschlusskriterien begründen, welche oftmals nicht gänzlich erfüllt werden konnten. Viele Schmerzpatienten nahmen nicht, oder vor mehr als zwölf Monaten, an einer Multimodalen Schmerztherapie teil, andere wiederum erlebten das Behandlungsprogramm ohne Ergotherapie. In die anschließende Auswertung wurden, inklusive des Teilnehmers der Pilotstudie, somit insgesamt sechs Experteninterviews einbezogen.

TN	Alter	M/W	Krankheitsbild	Erwerbsstatus
TN1	45	M	Nervenverletzung Rippenbereich	derzeit arbeitssuchend Forstarbeiter, Heizer
TN2	55	W	Knochen- u. Gelenkschmerz	erwerbstätig Gymnasial-Lehrerin
TN3	51	W	CRPS Hand	berentet seit 1995
TN4	65	W	CRPS Hand	berentet seit 1996
TN5	54	W	CRPS Fuß	nicht erwerbstätig Medizinisch-technische Assistentin
TN6	50	W	Spondylarthrose LWS + HWS Kopfschmerzen Depression anankastische Persönlichkeitsstörung	Bezug von Krankengeld Ergotherapeutin Rentenantrag gestellt

M/W= männlich/ weiblich

Tab. 2: Übersicht der Studienteilnehmer

---

## 5. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Extraktion werden in diesem Kapitel dargestellt.

Ziel der Auswertung ist es Kausalmechanismen zu identifizieren, die unter bestimmten Bedingungen wahrscheinlich auftreten und von spezifischen Ausgangsbedingungen zu spezifischen Ergebnissen führen. Hierfür muss die Kausalität auf drei verschiedenen Abstraktionsebenen analysiert werden. (Gläser & Laudel, 2009)

Im ersten Schritt wurden die gewonnenen Informationen den Variablen des hypothetischen Modells systematisch zugeordnet, im zweiten Schritt fallbezogen der Kausalmechanismus rekonstruiert und im dritten Schritt des Kapitels ein Überblick der gefundenen Kausalmechanismen gegeben, die häufig von den Teilnehmern genannt wurden.

### 5.1 Darstellung der ersten Ebene

Gläser und Laudel beschreiben diese Ebene als die der im empirischen Material berichteten Kausalitäten. Es sind die Ansichten der Interviewpartner darüber, welche Kausalzusammenhänge und –mechanismen in persönlichen Fall gewirkt haben, die Interpretationen sind stets individuell geprägt. (Gläser & Laudel, 2009)

Die Variablen des hypothetischen Modells (Kapitel 3.3) und Extraktionsstruktur (Abb. 8) sind Grundlage der Darstellung.

#### 5.1.1 Aussagen zum Klienten

Die Soziodemographischen Informationen entsprachen den Daten aus dem Vorforschungsbogen. Die Teilnehmer nahmen an unterschiedlichen Orten und Zeitpunkten an einer stationären MMST teil: *“2014 in Stadt A., 2015 ebenda.”* (TN1). *“Im März 2015 für 14 Tage Stadt A.”* (TN2). *„Im März 2015 drei Wochen bei der Schmerztherapie in Stadt B.“* (TN3). *„Nach Diagnosestellung im Februar 2015 war ich zehn Tage im Krankenhaus und kam anschließend sofort zur Multimodalen Schmerztherapie in Stadt C.“* (TN4). *“Ich habe im März 2014 an einer vierwöchigen Multimodalen Schmerztherapie in Stadt D. teilgenommen.”* (TN5). *“2012 für neun Tage in Stadt E. und 2015 zehn Tage in Stadt F.“* (TN6).

---

### 5.1.2 Aussagen zum Chronischen Schmerz

Alle Teilnehmer berichteten über ihren Schmerzverlauf und Veränderungen im Schmerzerleben durch die MMST.

Fast alle Teilnehmer gaben eine Verbesserung des Schmerzes nach der MMST an: *„Ich bin schmerzfrei aus der Behandlung gegangen (...), der Schmerz ist mehr in den Hintergrund getreten und ich messe ihm nicht mehr so eine wichtige Bedeutung bei.“* (TN1). Ein anderer Teilnehmer sagte: *„Am Anfang beider MMST war der Schmerz „8-9“ auf der Schmerzskala, nach drei Tagen in der Therapie war er schon auf „4-5“ reduziert. Meine Schmerzen sind noch da, aber weniger. Kopfschmerzen habe ich gar keine mehr. (...) Die Schmerzen hängen mit meiner Psyche zusammen.“* (TN6). Teilnehmer 3 meinte: *„Der Schmerz hat sich verändert (...) hat sich zurück gezogen zum Großteil, aktuell kommt er etwas zurück durch Überanstrengung.“* (TN3).

Zwei Teilnehmer gaben an, dass der Schmerz nach anfänglicher Besserung wieder stärker wurde: *„Der Schmerz ist leicht besser geworden (...), direkt nach der Therapie war der Schmerz fast weg mit „2“ auf der Schmerzskala (...), dies hielt nach Absetzen der Medikamente aber nicht an.“* (TN2). Ein weiterer Teilnehmer sagte: *„Als ich in das Krankenhaus kam, war mein Zustand und der Schmerz sehr schlecht, mein Fuß war dick. Nach Entlassung war es viel besser, Schmerz zwischen „3“ und „4“ auf der Schmerzskala (...). Das hat nur kurzweilig gehalten. (...) Ich habe aktuell oft Schmerzphasen, der Fuß ist teilweise offen, die Zehen taub, ich habe Schmerzen in Knie und Leiste und eine Fußverkürzung durch die Fehlhaltung.“* (TN5).

---

### 5.1.3 Aussagen zur Multimodalen Schmerztherapie

#### a) Aussagen zur Ergotherapie

##### Ergotherapeutische Interventionen im Gruppensetting

Die von den Teilnehmern berichteten Interventionen seitens der Ergotherapie waren sehr divergent bezüglich des Inhaltes und der Quantität. Nicht bei allen Teilnehmern fanden gruppentherapeutische Angebote statt. Teilnehmer 1 nahm am „Genusstraining“ und „Nordic Walking“ teil: *„Im Genusstraining wird man daran erinnert zu genießen und achtsam zu sein. (...) mir hat es wirklich gefallen.“* und *„konnte aktiv was unternehmen gegen die Schmerzen.“* (TN1).

Teilnehmer 2 nahm ebenfalls am „Genusstraining“ und „Nordic Walking“ teil, sowie am „Entspannungstraining“. *„Im Genusstraining wurde einem mal wieder gesagt an sich selber zu denken, was eben oft auf der Strecke bleibt.“* (TN2). Auch Teilnehmer 3 nahm an verschiedenen Angeboten teil: *„Beim Nordic Walking, bin ich ohne Stöcke mitgegangen, weil es nicht anders möglich war. Einmal in der Woche wurde ayurvedisch gekocht. Das fand ich toll, obwohl ich mit der Hand nicht schneiden konnte. Aber ich war dabei, habe es angeschaut und angehört.“* Weiterhin gab es eine *„Gruppe, da wurden Spiele gemacht um die Lebenslust zu steigern und das Gleichgewicht wiederherzustellen“* und eine *„Gruppe, da wurde meditiert mit Musik oder Geschichten.“* (TN3). Teilnehmer 6 erfuhr unterschiedliche Angebote innerhalb der beiden MMST: *„Es gab jeden Tag eine 75minütige „Kreativgruppe“, da habe ich Seidenmalerei gemacht. Es gab noch Peddigrohr, Malen mit Aquarellfarben auf Leinwänden, Papier und Pappe und Ton. Im (...) „Geländetraining“ ging es „um das Gehen, mein Gangbild, (...) durch den Park, auf verschiedenen Untergründen. Man wurde abgeholt und machte gemeinsame Spaziergänge im Freien um die Belastbarkeit zu erproben, zu schauen wie weit ich gehen konnte, wann Schmerzen anfangen, wann ich erschöpft war und mich hinsetzen musste“* und in der *„Indikationsgeleiteten Werktherapie“* *„habe ich mich für Peddigrohr entschieden.“* (TN6). *„Geländetraining war zweimal und Werktherapie dreimal in den neun Tagen Aufenthalt.“* (TN6). Teilnehmer 5 nahm einmalig an der *„Progressiven Muskelentspannung“* und sonst keinen Gruppenangeboten teil. Auch Teilnehmer 4 erfuhr ausschließlich Einzeltherapie.

---

## Ergotherapeutische Interventionen im Einzelsetting

Mit Ausnahme von Teilnehmer 1 erhielten alle Klienten einzeltherapeutische Behandlungen. *„Wir arbeiteten dreimal pro Woche mit dem Terraband, mit Therapieknete, mit Zugbändern, verschiedenen Geräten. Man hat so gemerkt, dass Beweglichkeit trotz Schmerzen möglich ist, dass das nur wieder trainiert werden muss“* berichtete Teilnehmer 2 und führte fort: *„Die Ergotherapie hat zur Motivation beigetragen, dass man wieder Mut bekommt selber etwas zu tun. Die Ergotherapeuten nutzen ihre Fachkenntnisse in der individuellen Beratung. Das führte zur Erkenntnis man schadet sich nicht wenn man etwas tut und sich belastet.“* (TN2). Bei Teilnehmer 3 erfolgte überwiegend Einzeltherapie, *„mindestens zweimal pro Woche“*. Die Therapie begann *„ein bis zwei Stunden nach ärztlicher Stellatumblockade. Es wurde Spiegeltherapie gemacht, Knetmasse und Erbsenkörner angeboten, mit Luft gefüllte Luftballons und Igelbälle genutzt, Greifübungen gemacht sowie die Hand eingequarkt.“* (TN3). Teilnehmer 4 bekam ausschließlich Einzeltherapie. Es *„wurden die Gelenke bearbeitet und massiert, die Hand gezogen und zusammengedrückt. Dann habe ich Schrauben eingedreht und mit Therapieknete gearbeitet, Kugeln aus einem Rapsfeld herausgeholt. Dinge für die Feinmotorik.“* (TN4). *„Ergotherapie hatte ich immer einzeln“*, berichtete Teilnehmer 5. Es *„wurde Spiegeltherapie gemacht und mit kleinen Bällen über den Fuß gerollt.“* Weiterhin erwähnte der Teilnehmer: *„Ich bekam viele Tipps, wie man im Leben besser klar kommt, im Haushalt. Das hatte ich vorher nicht. Ich erhielt auch Tipps wie ich mit den Gehstützen besser laufe, dies wurde geübt.“* (TN5). *„Die Entspannung, eine Mischung aus Phantasiereise und Yoga, erfolgte in Einzeltherapie dreimal in den 10 Tagen“*, berichtete Teilnehmer 6. Ein Kieselbad wurde zum Sensibilitätstraining eingesetzt: *„das war täglich, ich konnte selbständig entscheiden, ob ich hingehe.“* (TN6). *„Die Ergotherapeutin sprach mit mir über das, was sie tut. Und wo das, was sie da festgestellt hat, im Alltag zum Tragen kommt. Sie hat mit mir geredet über meinen Zustand und die Ursachen. (...) Mir wurde auch der Anstoß gegeben (...) ambulant zu schauen, ob ich etwas weiter machen kann. So wurde ich ja erst darauf gebracht“*. Weiterhin wurde der Teilnehmerin vermittelt, Aktivitäten kleinschrittig zu machen, *„es gab so weniger Fehler“*. (TN6).

---

## Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in der Ergotherapie

Die Teilnehmer haben unterschiedliche Erfahrungen bezüglich Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in der Ergotherapie gemacht.

Teilnehmer 1 sagte: *„Ich habe die vorgegebenen Angebote mitgemacht und (...) keine individuellen Wünsche geäußert. (...) In der Therapie wurde nicht auf bedeutungsvolle Betätigungen eingegangen.“* (TN1).

Hingegen konnten andere Teilnehmer Gegenteiliges zur Klientenzentrierung berichten. *„Es wurde Rücksicht auf meine körperlichen Fähigkeiten genommen. (...) Schreiben zu können war mir wichtig, das wurde mit Übungen mit Therapieknete angebahnt.“* (TN2). Ähnliches erwähnte Teilnehmer 3: *„Auf Dinge die mir wichtig waren wurde eingegangen. Die Einzeltherapie wurde in der Klinik bevorzugt angeboten, um individueller beraten und üben zu können. (...) Es wurde mit mir das Zahnpasta auf die Zahnbürste geben nicht direkt geübt (...).“* (TN3). Teilnehmer 4 sagte: *„Ich habe meine persönlichen Ziele genannt, wie Handarbeit machen zu können, und diese wurden angegangen.“* und *„(...) Bedeutungsvolle Aktivitäten wurden nicht geübt sondern durch Therapieknete und Schraubendreher die Gelenke therapiert.“* (TN4). Teilnehmer 5 und 6 erwähnten auch die Betätigungsorientierung in der Ergotherapie: Teilnehmer 5 gab an, dass die Betätigungseinschränkung direkt geübt wurde: *„wegen meinem Fuß komme ich ja schlecht in die Badewanne rein, dann habe ich halt Tipps gekriegt und das im Zentrum mit dem Einstieg geübt“*, Alltagsbetätigung sei im Gespräch ermittelt und besprochen wurden. (TN5). Teilnehmer 6 teilte mit, dass bei der ersten MMST keine gemeinsame Zielbesprechung stattfand. In der zweiten MMST wurden Ziele gemeinsam festgelegt und Angebote entsprechend des Klientenwunsches ausgewählt: *„ich bin direkt gefragt worden, was ich mir vorstellen kann in der Ergotherapie zu machen, welche Angebote ich wahrnehmen möchte und kann.“* sowie *„Mein geäußelter Wunsch, Entspannung einzeln zu machen, wurde ermöglicht.“* Auch andere Ziele des Klienten sind in der Ergotherapie berücksichtigt worden: *„Gehen war für mich vordergründig, weil ich auch im Beruf viel auf den Beinen bin. Darauf wurde dann eingegangen.“* und weiter *„(...) das Telefonieren mit der Tochter fiel mir schwer. Mit der Ergotherapeutin habe ich das besprochen, sie gab mir wirklich Tipps, die ich dann ausprobiert habe.“* (TN6).

---

## Evaluation der ergotherapeutischen Interventionen

Alle Teilnehmer äußerten sich positiv zu den erhaltenen ergotherapeutischen Interventionen und deren Wirksamkeit. „Hilfreich war die Ergotherapie, zum Beispiel das Genusstraining. Ich kann nicht sagen, dass etwas nicht hilfreich war.“ (TN1) sagt Teilnehmer 1. Ähnliches sagte Teilnehmer 2: „Ich fand das Genusstraining sehr bereichernd“ und ergänzte: „Nordic Walking und Entspannung fand ich auch bereichernd. Es war ein volles Programm, wenig Zeit zum Ausruhen, aber trotzdem fand ich es doch sehr bereichernd.“ Teilnehmer 2 fügte weiterhin an, dass „alles recht gut war, was ich da gelernt habe. Durch die Ergotherapie wurde mir gezeigt, dass ich doch mehr kann als mir eigentlich bewusst war. Durch den Schmerz habe ich immer gedacht es geht alles nicht mehr, und beim Walken bin ich dann eben jeden Tag mitgegangen.“ Der Teilnehmer erwähnt abschließend: „Ich verdanke den (...) Ergotherapeuten fast mehr als den Ärzten. Dieses sich auch hinein versetzen können (...), diese Zeit die man da auch miteinander verbringt, das trägt eigentlich sehr wesentlich zur Verbesserung des Gesamtzustandes bei. Diese therapeutischen Bewegungsangebote finde ich schon besser als Medikamente.“ (TN2). „Für mich war die Ergotherapie das Wichtigste“, sagte Teilnehmer 3. Die Spiegeltherapie wird als wirkungsvoll angegeben, ebenso das Einquarken der Hand, um die Entzündung zu lindern und zu kühlen. „Nachdem man so persönlich auf mich eingegangen ist, war das natürlich sehr hilfreich. Ich finde es war mehr als man sich persönlich vorstellen kann, ich empfand das als sehr umfangreich in der Ergotherapie.“ (TN3). Auch Teilnehmer 4 konnte die Ergotherapie als hilfreich charakterisieren: „Hilfreich war alles. Alles, was wir gemacht haben. Diese Feinmotorik-Übungen, wieder mit den Fingern arbeiten zu können. Ich war sehr zufrieden. Der Therapeut war immer lustig und zufrieden. Wir konnten uns sehr gut bei der Therapie unterhalten, nicht nur über Krankheiten sondern auch privat, das find ich gut. Da kommt man gerne.“ (TN4). Die Bewegungsübungen benannte Teilnehmer 5 als wirkungsvoll, „Die hätte ich allein ja gar nicht hingekriegt. Ohne Ergotherapie wäre mein Gelenk eventuell versteift am Knöchel. Es war auch sehr anstrengend, man konzentriert sich dabei und möchte viel mitnehmen, aber es tat mir gut.“ (TN5). „Meine Lebensqualität hat sich durch die Multimodale Schmerztherapie verändert (...) die Ergotherapie hat einen Anteil daran. Alle Angebote der Ergotherapie waren hilfreiche, positive Erfahrungen für mich und haben etwas gebracht.“, dies sagte Teilnehmer 6 und beschrieb

---

im Einzelnen: *„Die Indikationsgeleitete Werktherapie hat meine Körperwahrnehmung gebessert. (...) ich habe für mich selber wahrgenommen, wenn ich zu viele Arbeitsschritte mache und zu lange an dem Stück gesessen habe, dann unkonzentriert und müde wurde. Diese Körperwahrnehmung habe ich heute noch. Das Kieselbad war sehr angenehm und sehr entspannend. Yoga mit Entspannung und Phantasiereise empfand ich auch sehr hilfreich. Durch die Ergotherapie (...) habe ich überhaupt begriffen worum das bei mir geht (...)warum ich wieder in diesen Zustand bin (...).Da ich die Ergotherapie als wirkungsvoll kennengelernt habe, habe ich darauf bestanden, dies ambulant weiter machen zu dürfen.“* (TN6).

Nur Teilnehmer 5 benannte eine nicht als hilfreich empfundene Intervention: *„Spiegeltherapie war sehr anstrengend. Und geholfen hat es mir eigentlich nicht“* (TN5).

### Alltagstransfer

Alle Teilnehmer konnten Aspekte der Ergotherapie im Anschluss an die MMST in den Alltag übertragen.

*„Die Ergotherapie gab mir den Anstoß zur Bewegung, spazieren zu gehen, mit dem Hund rauszugehen“*, berichtete Teilnehmer 1. *„Durch das Genussstraining habe ich mehr auf Kleinigkeiten geachtet, mehr für mich genossen, beispielsweise eine schöne Tasse Kaffee oder ein gutes Essen.“* (TN1). *„Die sieben Regeln des Genusses habe ich schon mehrmals verschenkt zur Beherzigung“* (TN2) erwähnte Teilnehmer 2. *„Die Ergotherapie hat mir gezeigt, dass man sich bewegen darf, durch diese Erkenntnis schrecke ich vor nichts mehr zurück und setzte es zu Hause fort, Terrabandübungen und Schwimmen beispielsweise.“* (TN2). Teilnehmer 3 bestätigte dies und sagte: *„Das Wissen, dass man selbst viel tun kann, habe ich mitgenommen“* (TN3) und erwähnte im Speziellen das Meditieren mit Musik und Geschichten, das Einquarken der Hand, Übungen mit Therapieknete, Spiegeltherapie und Sensibilitätstraining mittels kalter Erbsen und Reis, was weiterhin selbständig durchgeführt würde. Auch Teilnehmer 4 setzte die Hand weiterhin aktiv ein, machte feinmotorische Übungen und nutzte hierfür beispielsweise Therapieknete. Tägliche Übungen mit dem Kleinen Igelball führte Teilnehmer 5 fort und wende *„Tipps an, die ich für den Alltag erhalten habe.“* (TN5). Teilnehmer 6 wende ebenfalls *„durch die Ergotherapie vermittelte Tipps und Strategien an, um Dinge zu ermöglichen.“* (TN6). *„Entspannung mache ich ambulant weiter,*

---

*es fällt mir noch schwer Pausen zu machen. (...) Ich versuche mir zuhause Ruhezeiten zu nehmen und mich zurückzuziehen, habe mir auch eine Kuschelecke mit Decken und Kissen eingerichtet. Aber ich nutze es zu selten, ich brauche jemanden der mich anleitet.“(TN6).*

### **b) Aussagen zum Interdisziplinären Team**

Obwohl die Ergotherapie Zentrum der Forschungsfrage ist, wurden Aussagen zum interdisziplinären Team berücksichtigt, die mit der Ergotherapie in direkter Beziehung stehen oder Auskunft darüber geben, welche Berufsgruppen und Angebote beispielsweise außerdem Bestandteil der MMST waren.

*„Es gab Sportmediziner, Physiotherapeuten, Lymphtherapeuten und Tanztherapie“ (TN3),* beschrieb Teilnehmer 3. Teilnehmer 2, 5 und 6 benannten ebenso physiotherapeutische sowie ärztliche und psychologische Betreuung. *„Ich finde gut, dass ganzheitlich und multimodal behandelt wird. Aber ich bin kein Mensch der zum Psychologen geht, ich möchte das selber schaffen (...), trotzdem war es gut, mal ein Gespräch zu haben“,* äußerte sich Teilnehmer 2. *„Zusätzliche Diagnostik wurde gemacht“ (TN1), „Ich war jeden Tag schwimmen“ (TN2,) „Vorträge über Klangschalenthherapie und Bachblüten waren sehr interessant“ (TN4) und „Massage“ (TN6) wurden als Inhalte der MMST genannt. Seitens des Pflegepersonals „wurde ich aus der Lethargie heraus geholt. Das fand ich sehr gut. Ich musste morgens das Bett selber machen und frisch beziehen, alles musste man selbst machen. Das Frühstück wurde nicht serviert, es gab einen Speisesaal in den ich rauf gehen musste und mein Tablett aus dem Rollwagen selber rausgeholt habe. Man wird motiviert selbstständig zu werden.“ (TN4).* Die Teilnehmer haben die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlich wahrgenommen und dieser eine individuelle Wichtigkeit beigemessen. *„Die Zusammenarbeit habe ich absolut gespürt, (...) sie war sehr stimmig und es wurde Hand in Hand gearbeitet. (...) schlimm wäre, wenn man von Therapeut zu Therapeut geht und alles erneut erzählt“,* sagte Teilnehmer 6. Der Teilnehmer ergänzte: *„Es ist wichtig, dass alle Bereiche zusammen arbeiten. (...) Ich habe auch verstanden, dass sich die Ergotherapeuten mit den Ärzten besprechen. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten war sehr eng. Und wöchentlich gab es eine Teambesprechung.“ (TN6).* Auch Teilnehmer 5 erwähnte die Zusammenarbeit zwischen Medizinerinnen und Ergotherapeuten. Diesbezüglich äußerte sich

---

Teilnehmer 4: „Es war eine großartige Zusammenarbeit zwischen Patient, Pflegepersonal und Ärzten. Die Ärzte haben sich auch nicht bevormundet gefühlt wenn der Patient einmal selbst entscheiden wollte“ (TN4).

„Alles zusammen bringt ein Stück Gesundheit (...) zurück“, resümierte Teilnehmer 4.

---

#### 5.1.4 Aussagen zur Lebensqualität

Diese Studie fokussiert sich durch die gestellte Forschungsfrage auf den Bereich der Lebensqualität. Im Rahmen der Interviews finden sich zu diesem zentralen Thema Aussagen zur individuellen physischen, psychischen, sozial / kulturellen und kognitiven Lebensqualität der Teilnehmer vor, während und nach der Multimodalen Schmerztherapie mit den Abkürzungen v, w und n gekennzeichnet.

##### a) Aussagen zur physischen Lebensqualität

Fast alle Teilnehmer erklärten, dass Lebensqualität und auch die Verbesserung von Lebensqualität die Linderung oder gar die Abwesenheit von Schmerzen beinhaltet.

Ein Teilnehmer betonte: *„Lebensqualität bedeutet, wenig Schmerzen haben, am besten gar keine.“* (TN1). Diese Äußerung unterstützte ein weiterer Teilnehmer mit den Worten: *„Lebensqualität macht für mich aus, dass man einigermaßen schmerzfrei wieder wird und manche Dinge wieder machen kann.“* (TN5). Teilnehmer 6 definierte Lebensqualität ähnlich: *„Lebensqualität wäre keine Schmerzen zu haben, oder ertragbare.“* (TN6).

Im Hinblick auf die physische Lebensqualität, erläuterten die Teilnehmer ihre Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivität, das Bewegungsausmaß und die Kraft nach Eintritt ihrer Erkrankung, vor, während und nach der Multimodalen Schmerztherapie und der inbegriffenen Ergotherapie.

Es stellte sich heraus, dass viele Teilnehmer vor dem Antritt der Multimodalen Schmerztherapie durch die chronischen Schmerzen in ihrer physischen Lebensqualität eingeschränkt waren. *„Ich konnte durch den Unfall viele Dinge nicht tun. (...) Durch die Schmerzen da, hat man sich versucht so wenig wie möglich zu bewegen um keinen Schmerz irgendwo auszulösen.“* (TN1). Ein weiterer Teilnehmer berichtete in diesem Zusammenhang über Aktivitäten des Täglichen Lebens und der Freizeit: *„Im Alltag konnte ich nichts mehr machen mit einem viel höheren Zeitaufwand. Freizeitvergnügungen wie Tanzen, Schwimmen, sportliche Aktivitäten, Walken, war alles eingeschränkt beziehungsweise gar nicht mehr möglich.“* (TN2). Über eigene Erfahrungen zur Kraft und zum Bewegungsausmaß erzählt ein weiterer Teilnehmer: *„Das Zugreifen war vorher gar nicht möglich, ich konnte die Hand gar nicht bewegen. (...) Vorher*

---

*konnte ich nicht mal den Blister vom Jogurt runterziehen.“ (TN3). Ein Teilnehmer schilderte seinen Zustand zu Beginn der Multimodalen Schmerztherapie: „Wie ich eingeliefert war, stand die Hand so (zeigt Stellung der Hand), konnte ich gar nichts, nicht mit Messer und Gabel essen, nichts halten.“ (TN4). Teilnehmer 5 sei in seiner Mobilität eingeschränkt gewesen und habe Anfangs nicht laufen können. Einen weiteren Aspekt erläuterte Teilnehmer 6: „Meine Körperwahrnehmung war schlecht. Vorher, als ich jeden Tag arbeiten gegangen bin, war gar kein Raum mich selber wahrzunehmen. Ich habe meinen Körper einfach ignoriert. (...) Und da habe ich ja gar nicht mehr gemerkt wie ich mich bewegt habe.(...) Ich habe einfach nur funktioniert.“ (TN6).*

In der Zeit während der jeweiligen Multimodalen Schmerztherapie zeigten sich bei einigen Teilnehmern bereits physische Veränderungen. Teilnehmer 3 verglich zur vorherigen Aktivitätseinschränkung und Kraftlosigkeit: *„Ich konnte ein halbes Kilo drücken.“ (TN3). Des Weiteren merkte Teilnehmer 6 an: „Ich habe angefangen mich selber wahrzunehmen.“ (TN6).*

Das Erleben nach der Multimodalen Schmerztherapie zeigte sich für jeden Teilnehmer individuell.

*„Durch die ganzen Bewegungen und die ganzen Maßnahmen weiß man am Ende schon, dass man sich bewegen muss, damit auf Grund von Bewegungsmangel die Muskulatur nicht abbaut und auch die Schmerzen wieder kommen.(...) Also man muss in Bewegung bleiben, um die Qualität zu halten und im Endeffekt zu verbessern.(... )Ja generell durch die Therapie hat sich das verbessert.“ (TN1). Teilnehmer 2 berichtete: „Ich bin heim und es war im Wesentlichen besser, ich selber hatte auch mehr das Gefühl aktiver sein zu können und mehr machen zu können, es hat auf jeden Fall etwas gebracht. ...ist auf jeden Fall die Ausdauer wieder gestiegen, man traut sich mehr zu, dadurch ist auch die Kraft besser. (...) Ich kann jetzt auch wieder richtig laufen und Walken.“ (TN2). Eine positive Erfahrung äußerte Teilnehmer 3: „Das Bewegungsausmaß hat sich enorm verbessert. Nach der Therapie war ich wieder selbstständig. (...) Kraft und Zugreifen haben sich bis zu 90 Prozent verbessert. ...jetzt kann ich fünf Kilo drücken.“ (TN3). Teilnehmer 4 bezog sich auf seine Hand: „Und seitdem (...) kann ich sie wieder zu 90 Prozent gebrauchen und das ist für mich Lebensqualität, vor allem*

---

wenn man Rechtshänder ist. Man braucht sie ja für alles. Es ist schön wenn sie dann zu Hause wieder Kartoffeln schälen können.“ (TN4). Besser laufen zu können, trotz vorhandener Fehlstellung und eine Verbesserung der Bewegungsabläufe beteuerte Teilnehmer 5. „Die physische Lebensqualität hat sich eindeutig auch durch die Ergotherapie verändert. Das merke ich jetzt noch. (...) Von der Kraft her kann ich schon weiter mit dem Hund gehen, es ist wesentlich besser.“ (TN6).

### **b) Aussagen zur psychischen Lebensqualität**

Chronische Schmerzen wirkten sich bei allen Teilnehmern auf die psychische Lebensqualität aus. Erläuterungen dieser Auswirkungen in den definierten Zeitdimensionen v, w und n wurden dargestellt. Die Einwirkung der Ergotherapie zeigte sich ebenfalls. Vor der Multimodalen Schmerztherapie sei es nicht oft möglich richtig fröhlich zu sein. Die Schmerzen beeinflussten die Stimmung und die Gefühle. (TN1). Diese Gedanken setzten sich auch bei Teilnehmer 2 durch: „Ist die Lebensqualität eingeschränkt, führt dies oft zu nicht so fröhlichen Gedanken, es hat mich sehr negativ beeinflusst.“ (TN2). Teilnehmer 3 erinnerte sich: „Als ich zur Therapie kam, war ich ziemlich am Boden, weil die Erkrankung die Psyche angreift und dann hat die Erkrankung Platz. ...durch den Bruch und Sudeck war ich sehr hilflos, das zog mich schon runter.“ (TN3). Auch ein weiterer Teilnehmer berichtete: „Meine Stimmung war ziemlich auf dem Boden (...), man kann auf einmal gar nichts mehr. Man war manchmal auch ungerecht.“ (TN4). „Ich habe ja nur das Negative gesehen und bemerkt. Und ich habe mich furchtbar geärgert und aufgeregt. Dann hatte ich wieder mehr Schmerzen. Dann war meine Stimmung schlecht. Und auch durch die Ergotherapie habe ich eben wieder gelernt das Positive wieder zu sehen.“ (TN6).

Alle Teilnehmer erläuterten positive Erfahrungen während der Therapie. „Die Therapie baute die Seele wieder auf, man sieht man ist nicht allein. Die Leute dort halben mir nicht zu resignieren.“ (TN1). Auf das ganze Angebot bezogen, wurde gesagt: „Die MMST hat die Stimmungslage und Gefühle verändert.“ (TN2). Ein Teilnehmer habe während seines Aufenthaltes gemerkt, dass er schon wieder mehr kann und gleichzeitig zufriedener wurde (TN4). Teilnehmer 6 bezog sich konkret auf die Ergotherapie, wo „...immer etwas Schönes entstanden ist, wodurch eine gute Stimmung hervorgerufen

---

wurde. „Ich musste mich nicht ärgern (...) wenn ich nur eine Blüte ausmale (...) und mir nicht so viel vornehme, und mir eben richtig Zeit lasse. Und konnte so entscheiden, welche Farben möchte ich denn? Ich habe auch mehr Pausen gemacht. Und das war richtig toll.“ (TN6).

Die psychische Lebensqualität hat sich nach der Multimodalen Schmerztherapie bei fast allen Teilnehmern verändert. Bei Teilnehmer 3 zeigte sich: „durch diese Behandlung ist sehr viel Lebensfreude zurückgekommen, weil man ja sieht was man wieder kann.“ (TN3). In einem Wechsel der Gefühle fand er sich auch wieder. Teilnehmer 5 berichtete von häufigen Depressionen und merkte an, dass es nach wie vor „gute und schlechte Tage gibt.“ (TN5).

Teilnehmer 6 schilderte: „Ich kann die Situation besser akzeptieren. (...) Durch die Ergotherapie habe ich wieder gelernt das Positive zu sehen.“ (TN6).

### **c) Aussagen zur sozialen und kulturellen Lebensqualität**

Die Teilnehmer berichteten von Erfahrungen individueller gesellschaftlicher Teilhabe und dem Wahrnehmen von sozialen Kontakten zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihrer Erkrankung.

Teilnehmer 1 erzählte, dass er sich nach seinem Unfall zurückgezogen habe. Bei Teilnehmer 4 war „die Lebensqualität im sozialen Bereich immer gleich. (...) man hat keine richtige Lust gehabt etwas zu unternehmen, aber ich habe mich dann doch immer durchgerungen und bin gegangen, beispielsweise zu Konzerten.“ (TN4). Teilnehmer 5 erinnerte sich: „Anfangs (...) saß ich viel in der Ecke, war fast nur zu Hause und bin niemals weggegangen, nur zum Arzt und zur Physiotherapie.“ (TN5). Ein weiterer Teilnehmer bezog sich auf seine sozialen Kontakte: „Davor war das so gut wie gar nicht möglich, das Arbeiten, Kontakte zu Kolleginnen, Freunden und Bekannten zu pflegen.“ (TN6).

Während der Zeit in der Multimodalen Schmerztherapie wollte ein Teilnehmer Anfangs mit keinem sprechen und hatte deshalb auch im Vorfeld nur wenigen Personen aus dem sozialen Umfeld über den Aufenthalt informiert (TN5). Im Gegensatz dazu schilderte Teilnehmer 6: „Ich habe gelernt meine Gefühle und Gedanken auszuspre-

---

*chen, nach außen transparent zu machen.“ (TN6).*

Nach der Therapie sagte Teilnehmer 1: *„Jetzt besuche ich wieder Freunde, Freunde besuchen mich. Ich helfe auch bei Freunden mit beim Zimmer renovieren.“ (TN1).* Auch die Passivität aus der Zeit vor der Multimodalen Schmerztherapie habe nachgelassen (TN2). Ein Teilnehmer berichtete: *„(...) zum Beispiel habe ich inzwischen viel mehr Energie und (...) viel mehr Zeit (...) mich meinem Enkelkind zu widmen. Wir telefonieren oft und ich habe jetzt auch die Ruhe ihm zuzuhören.“*, außerdem: *„Ich treffe mich jetzt wieder mehr mit Bekannten zum Kaffee trinken oder abends ins Kino (...), habe ich auch wieder Lust dazu. Ich habe auch wieder Kontakt aufgenommen zu Bekannten wozu ich überhaupt keine Lust mehr hatte (...) es ist einfach halt mehr geworden wieder.“ (TN6).*

Für die Zukunft, äußerte Teilnehmer 5, *„wäre Lebensqualität, wenn ich wieder Auto fahren könnte. Ich kann immer noch kein Auto fahren, und ich kann viele Dinge nicht mehr machen, wie Sport.“ (TN5).* Des Weiteren bezog der Teilnehmer sich auf seine Arbeit: *„Ich möchte wieder arbeiten können. Ich habe immer sehr gerne gearbeitet. Ich war viele Jahre im selben Unternehmen, man bietet mir dort keine Tätigkeit im Sitzen an.“ (TN5).*

#### **d) Aussagen zur kognitiven Lebensqualität**

Aussagen zu dieser Sachdimension wurden im Vergleich zu den anderen Dimensionen eher wenige getätigt.

Teilnehmer 3 erläuterte seine Situation in diesem Bereich, vor der Multimodalen Schmerztherapie, wie folgt: *„Durch die Depression hatte ich Konzentrationsschwierigkeit.“ (TN3).*

*„Ich war nicht in der Lage (...)zwei Seiten zu lesen. Ich habe gelesen, aber eigentlich wusste ich doch gar nicht mehr was ich gelesen habe. Und dann verging mir auch die Lust am Lesen.“ (TN6).* In Bezug auf Konzentration und Ausdauer berichtete der Teilnehmer weiter: *„Ich telefoniere oft mit meiner großen Tochter, (...)aber ich konnte ihr überhaupt nicht mehr zuhören so richtig. Ich habe auch nie gesagt, es ist mir gerade zu viel.“ (TN6).* Im zeitlichen Vergleich schilderte Teilnehmer 6, dass sich nach dem Therapieaufenthalt die Konzentration und die Aufmerksamkeit verbessert hätten.

---

*„Dadurch dass ich mich nicht dem so ausgesetzt habe und krampfhaft versucht habe mich auf mein Buch zu konzentrieren (...) dann habe ich das Buch eben weggelegt. Jetzt nehme ich Konzentrationsschwierigkeiten wahr, mache dann gar nichts oder etwas anderes.“ (TN6).*

### **5.1.5 Wünsche und individuelle Ergänzungen**

Während der geführten Interviews wurde den Teilnehmern die Möglichkeit eingeräumt, Wünsche oder individuelle Ergänzungen zu äußern.

Eine Aussage, welche die Ergotherapie betrifft: *„Von der Ergotherapie hat man im Rahmen der Therapie eine kleine Aussicht gehabt. Vielleicht könnte es noch mehr Ergotherapie sein.“ (TN1).* Teilnehmer 2 merkte an: *„(...) insofern finde ich das Ganze schon gut, dass es Ergotherapie gibt. Dass es auch im zunehmenden Maße mehr Leute lernen wollen oder ausgebildet werden dafür. Diese Arbeit am Menschen erachte ich in jedem Fall als ganz wichtig und bin auch froh, dass ich das nutzen konnte.“ (TN2).* Ein weiterer Teilnehmer hat sich ebenfalls Gedanken zur Einbindung der Ergotherapie gemacht: *„Es ist wohl eine Kostenfrage, aber ich wünschte, dass die Ergotherapie sich noch mehr dem Patienten widmen könnte. Also zwei Mal in der Woche ist definitiv zu wenig. Öfter Einzeltherapie hätte ich mir gewünscht.“ (TN3).*

Eine weitere Ergänzung, die sich auf die individuellen Erfahrungswerte mit dem deutschen Gesundheitssystem bezieht: *„Die Krankenkasse wollte das eigentlich nicht bezahlen. Ich musste fünf Wochen warten ehe ich dort zu einer Therapie konnte und in fünf Wochen wurde das eben schlimmer. Das ist aber so von den Krankenkassen vorgeschrieben, haben die Ärzte mir alles gesagt. Da müssten die Krankenkassen aufwachen und sagen, hier da muss sofort reagiert werden, bevor irgendwas chronisch wird. Denn umso länger du wartest, desto länger, dass es besser wird.“ (TN1).*

---

### 5.1.6 Aussagen zur Umwelt

Aufbauend auf das hypothetische Modell, sollten Äußerungen der Teilnehmer in die vier Bereiche, der kulturellen, der institutionellen, der physischen und der sozialen Umwelt, extrahiert werden. Es ließen sich jedoch nur Aussagen zur institutionellen Umwelt erkennen, die aktuell wahrgenommene Therapieangebote aufzeigen.

Teilnehmer 2 berichtete von Behandlungen, wie manueller Therapie und Lymphdrainage, nach der Zeit in der Multimodalen Schmerztherapie.

Die aktuelle Situation von Teilnehmer 6 sieht wie folgt aus: *„Funktionale Einzelentspannung mache ich aktuell weiter in der Ergotherapie, das ist sehr gut. Leider bezahlen die Kassen das nicht öfter als einmal in drei Wochen.(...) Ich habe einmal in der Woche Bewegungsgruppe durch eine Schmerz-Ergotherapeutin. Und Handwerksgruppe einmal in der Woche. Also ich darf die drei Angebote in einer Woche haben, aber immer an einem anderen Wochentag. Sonst bezahlt das die Kasse nicht.(...) Es gibt auch andere Entspannungsangebote in meiner Stadt (...) ich krieg nur Krankengeld im Moment und ich habe den Antrag gestellt auf EU Rente. Für mich ist das ein finanzielle Frage.(...) Ich hatte mich ja zum Beispiel erkundigt nach autogenem Training. Das würde mich ja gleich 110 € kosten. Die habe ich nicht.“* (TN6).

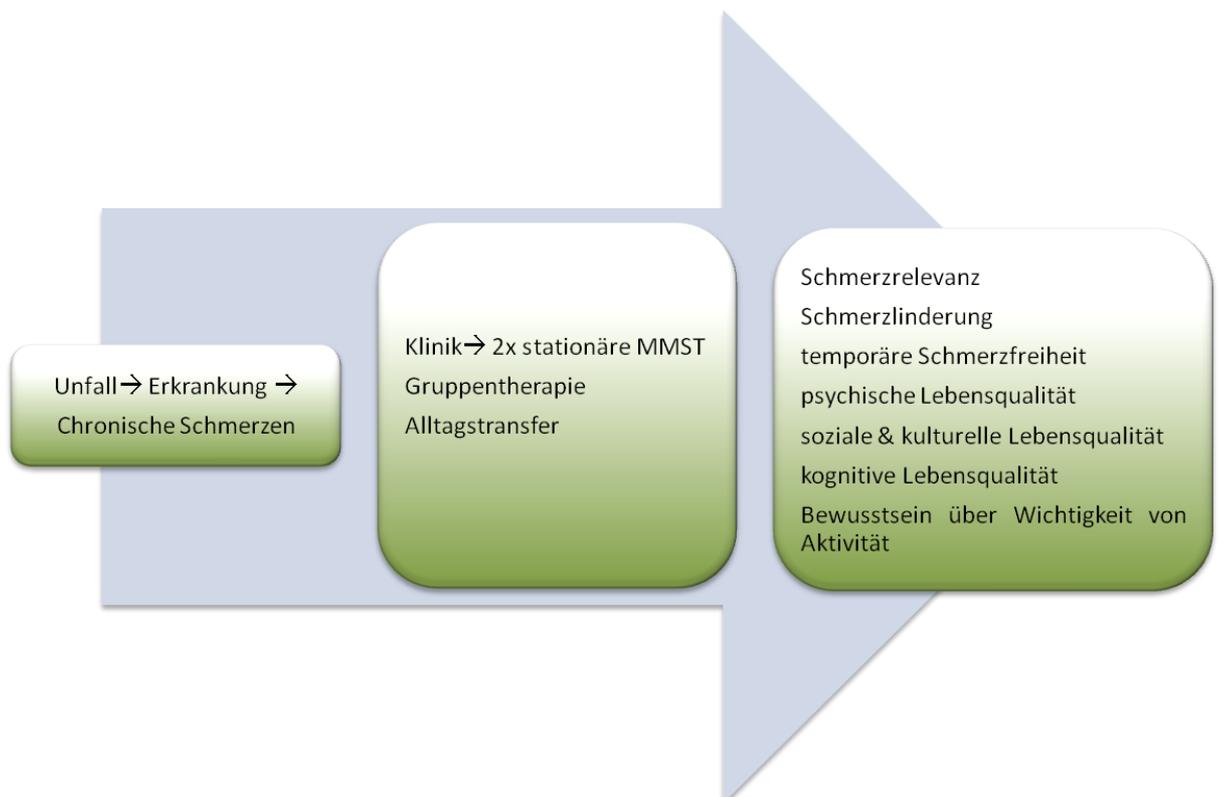
---

## 5.2 Darstellung der zweiten Ebene

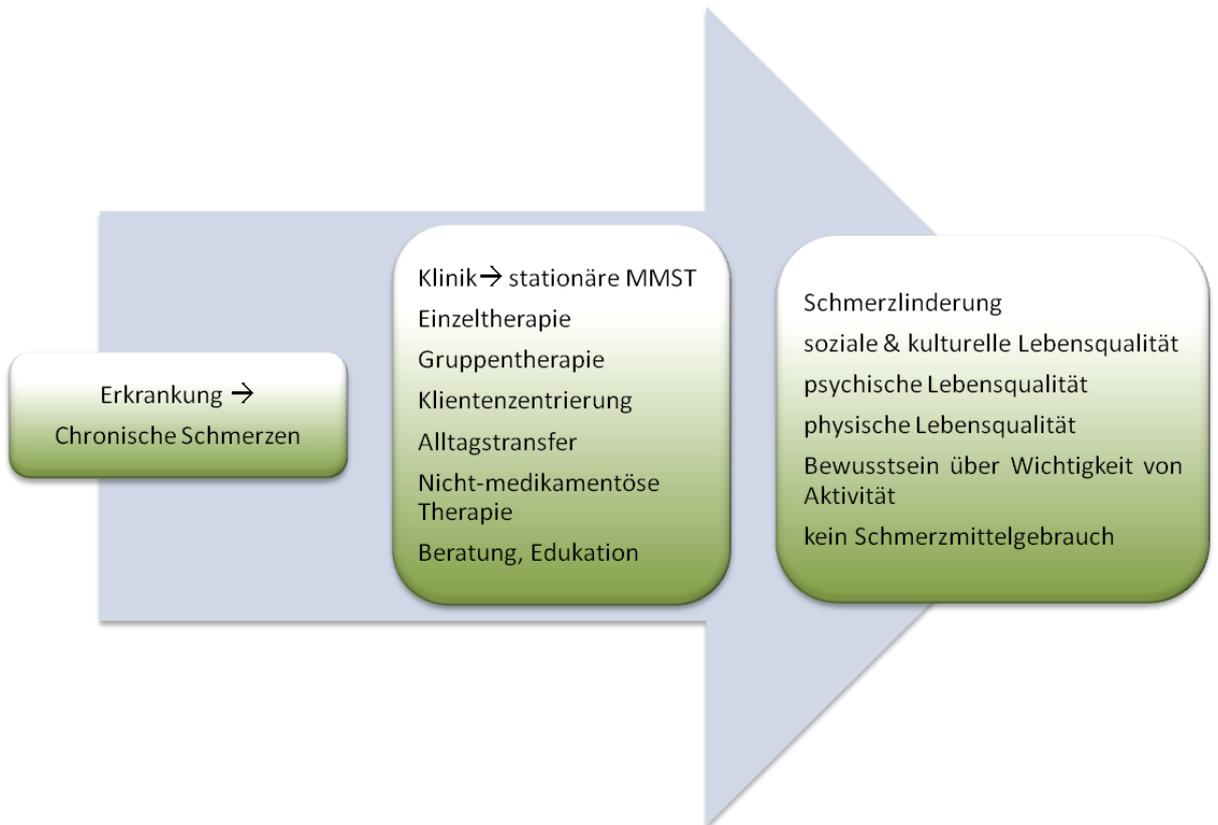
Im Folgenden wird durch eine graphische Darstellung der Kausalmechanismus, der im Einzelfall zur Verbesserung der individuellen Lebensqualität geführt hat, verdeutlicht. „Dieser Mechanismus soll beschreiben 'wie es wirklich war', das heißt, welche Ursachen in diesem konkreten Fall auf welche Weise welche Wirkungen hervorgebracht haben.“ (Gläser & Laudel, 2009, S.248)

Ausgehend von der Ursache, die zu chronischen Schmerzen geführt hat, erfolgt eine starke Reduktion der Ergebnisse, mit der Fokussierung auf zwei Bereiche. Aufgeführt werden hilfreiche und unterstützende Erfahrungen und Interventionen, während der Multimodalen Schmerztherapie mit Blick auf die Ergotherapie. Die daraus resultierenden Bereiche, in denen sich eine Verbesserung der Lebensqualität, bei den Teilnehmern verspüren ließ, werden aufgelistet.

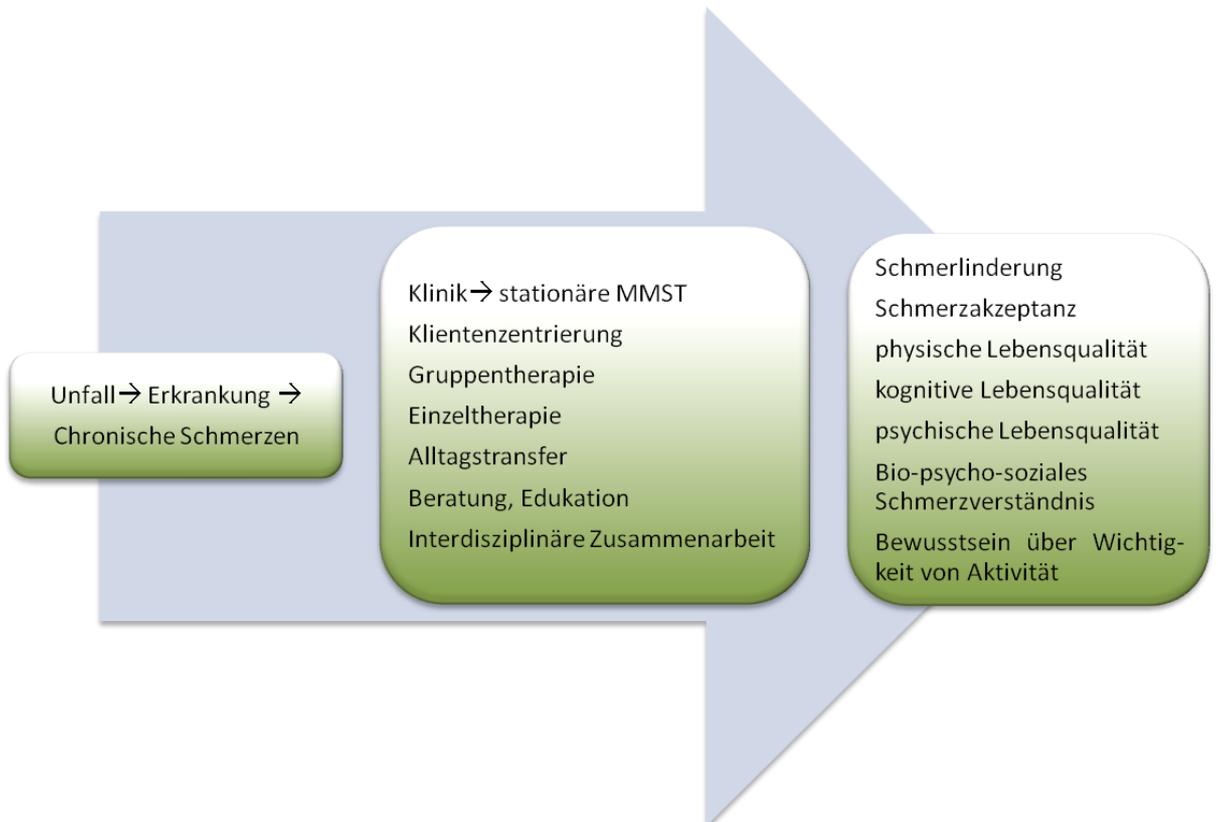
### Teilnehmer 1



## Teilnehmer 2

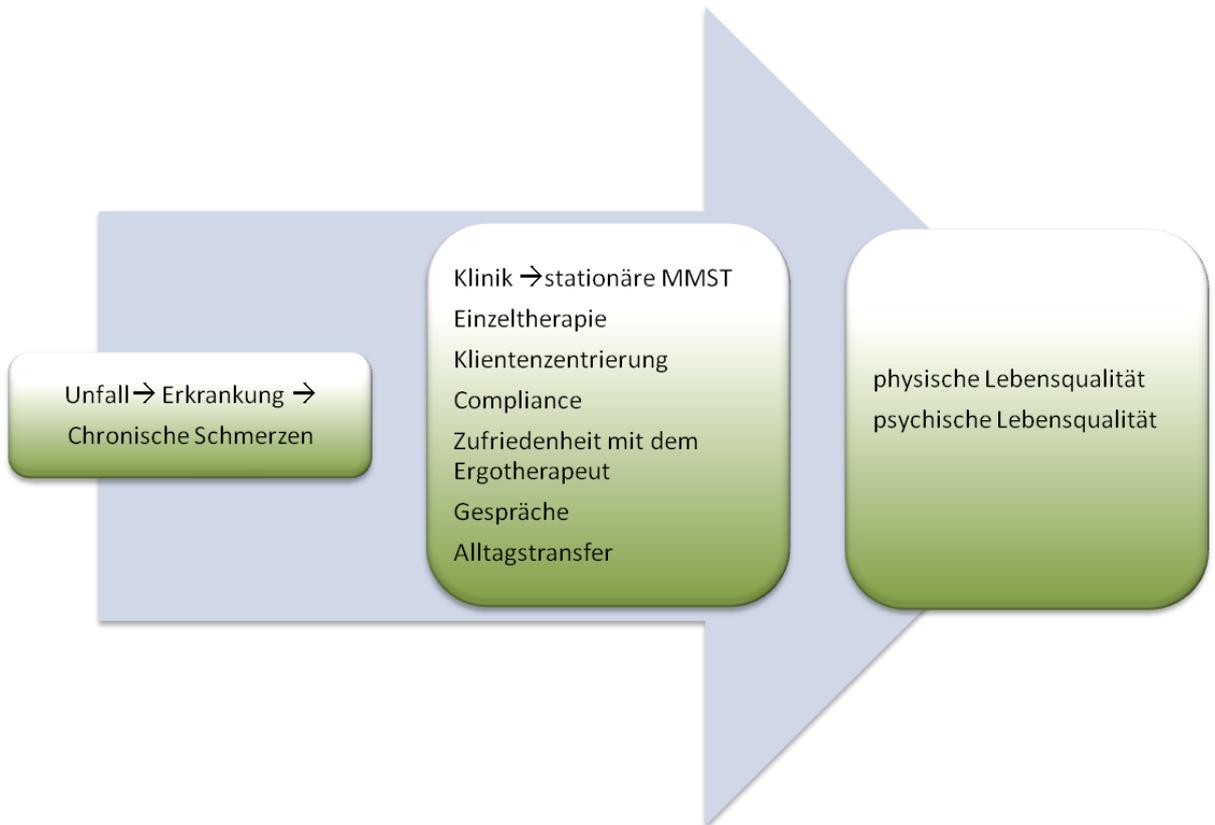


## Teilnehmer 3

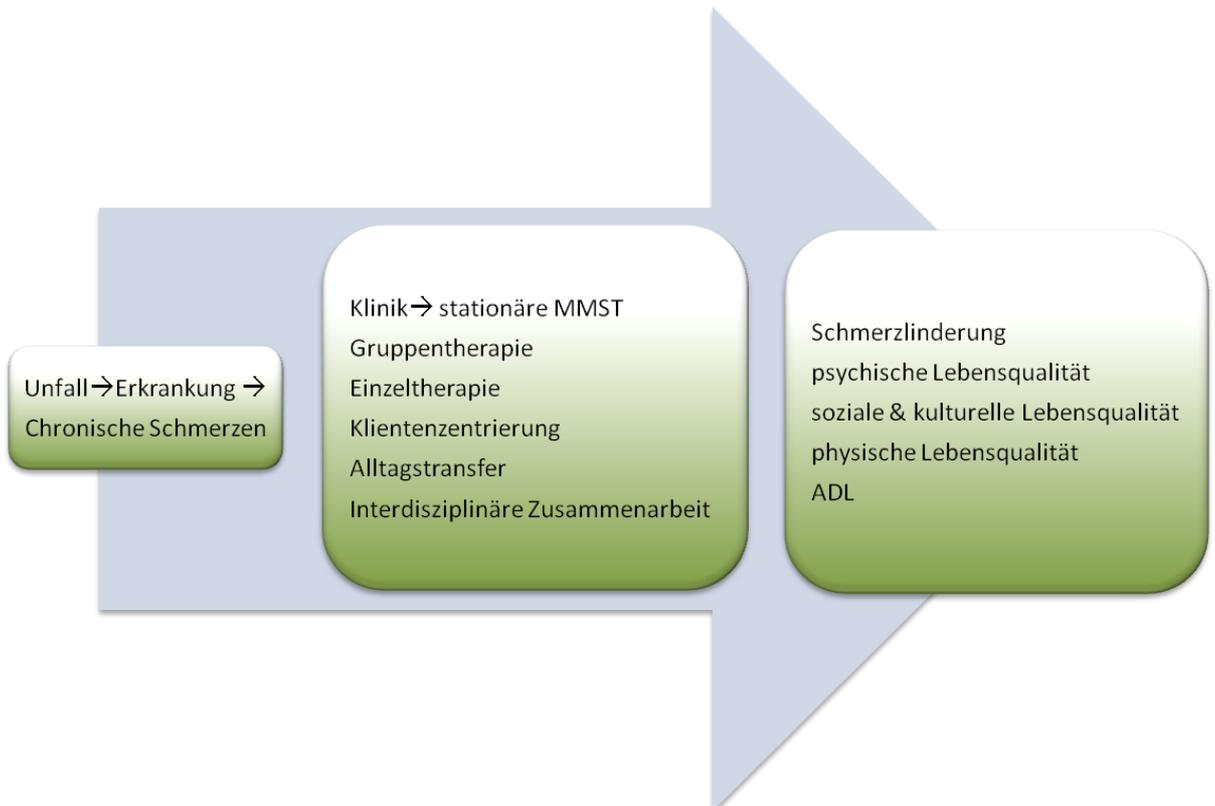


---

#### Teilnehmer 4

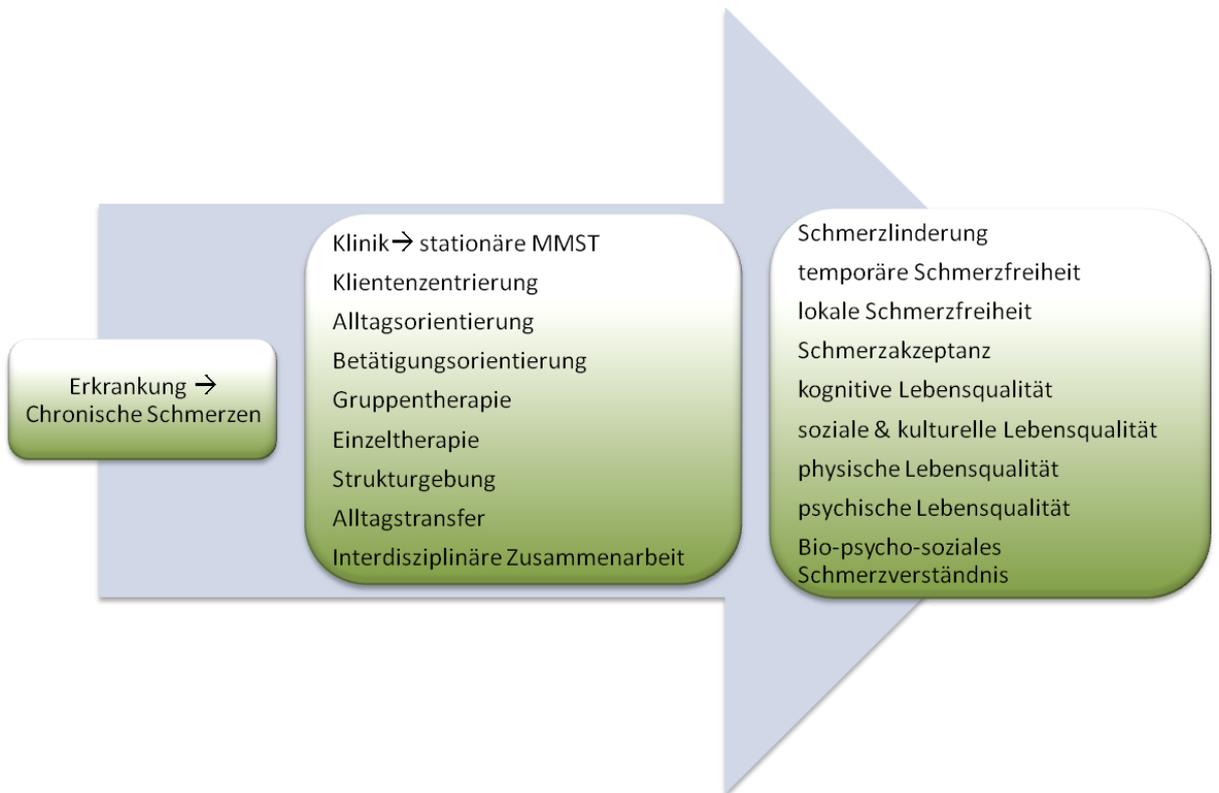


#### Teilnehmer 5



---

## Teilnehmer 6



### 5.3 Darstellung der dritten Ebene

Zuletzt werden in der Auswertung Faktoren der Kausalmechanismen betrachtet, die bei den Teilnehmern zu einer Verbesserung der Lebensqualität geführt haben, sowie die Bereiche, in denen sich Veränderungen ergeben haben (Gläser & Laudel, 2009). In der Anlage werden die Faktoren der zweiten Ebene in den Kategorien Ergotherapie, Interventionen und Lebensqualität gruppiert dargestellt (siehe Anhang).

In allen Fällen wurde deutlich, dass die Ergotherapie in der Multimodalen Schmerztherapie einen wichtigen und nicht außer Acht zu lassenden Beitrag zur Verbesserung der individuellen Lebensqualität geleistet hat.

---

## 6. Fazit

Dieses Kapitel stellt die im Kapitel 5 dargestellten Forschungsergebnisse in Bezug zum Theoretischen Hintergrund (Kapitel 2) und zur Forschungsfrage (Kapitel 1.3) dar. Weiterhin erfolgt in diesem Kontext die Diskussion der Ergebnisse und der Studie, einschließlich an Ergebnisse und Schlussfolgerung gebundene Einschränkungen. Abschließend werden Empfehlungen oder Vorschläge für weiterführende Untersuchungen angeboten.

### 6.1 Ergebnisdiskussion

Die Diskussion ermöglicht es, die erforschten Ergebnisse achtsam zu beleuchten und sie in Bezug zu dem Grundgerüst des theoretischen Hintergrundes zu setzen, um somit die aufgestellten Leitfragen zu erörtern. Die Beantwortung der drei Leitfragen trägt gleichermaßen zur Beantwortung der aufgestellten Forschungsfrage: „**Wie kann aus Sicht der Klienten die von chronischen Schmerzen betroffen sind, Ergotherapie - im Rahmen einer Multimodalen Schmerztherapie - unterstützen, die eigene Lebensqualität zu verbessern?**“, bei.

Die Ergotherapie ist laut dem OPS-Komplexcode 8-918 (DIMDI, 2014a) kein fester Bestandteil der Multimodalen Schmerztherapie (Kapitel 1.1). Es gibt daher keine genauen Vorgaben, keinen Leitfaden oder Richtlinien für die Vorgehensweise und Interventionen innerhalb der Therapie. Im weiteren Verlauf der Diskussion wird dieses Thema erneut aufgegriffen und beleuchtet (Kapitel 6.1.1)

Die Aussagen der Studienteilnehmer bestätigen den zuvor aufgestellten Gedanken, dass die Ergotherapie mit einem ganzheitlichen Blick auf den Menschen als wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil in der Behandlung chronischer Schmerzen im Therapieverfahren der Multimodalen Schmerztherapie implementiert werden sollte (Kapitel 1.2).

Des Weiteren wurde von den Teilnehmern hervorgehoben, dass es wichtig sei, Klientenstimmen und Erfahrungswerte zu diesem Thema zu betrachten.

Kontaktierte Ergotherapeuten und Mediziner schlossen sich dieser Meinung an und äußerten ihr Interesse an dem Forschungsthema.

---

Im Zusammenhang mit der im Fokus stehenden Lebensqualität, nannten die Teilnehmer unter anderem Begriffe zu Aktivität, Motivation, psychische und physische Verfassung, soziale Beziehungen und Teilhabe an der Gesellschaft. Teile dieser genannten Aspekte werden in der Definition von Lebensqualität der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1997 (Kapitel 2.6) ebenfalls aufgegriffen und als konzeptionellen Inhalt gesehen.

Um eine solche Lebensqualität zu erreichen, wurde die Ergotherapie und deren Interventionen, im Rahmen einer Multimodalen Schmerztherapie, von allen Teilnehmern als unterstützend hervorgehoben. Die Wichtigkeit des Zusammenhangs von Lebensqualität und Ergotherapie wird in allen drei beschriebenen Ebenen (Kapitel 5) deutlich.

### 6.1.1 Leitfrage 1

**Welche konkreten ergotherapeutischen Maßnahmen benennen Klienten mit chronischen Schmerzen retrospektiv als hilfreiche Unterstützung zur Verbesserung Ihrer Lebensqualität?**

Die konkreten ergotherapeutischen Maßnahmen, von denen die Teilnehmer berichteten, gliedern sich in Einzel- und Gruppentherapien. Manchen Teilnehmern fiel es schwer, den konkreten Namen oder die Bezeichnung der erhaltenen Interventionen zu benennen. Hier stellt sich die Frage, was dieser Unwissenheit zu Grunde liegt. Eine Möglichkeit wäre, dass die Therapieeinheiten dem Klienten vorab nicht namentlich erwähnt oder erklärt worden sind, sich somit nicht im Gedächtnis des Klienten als Erinnerung widerspiegeln. Natürlich muss berücksichtigt werden, dass die Multimodale Schmerztherapie der Teilnehmer unterschiedlich weit zurück liegt und die Bezeichnungen in Vergessenheit geraten sein könnten.

Im gleichen Zusammenhang fiel auf, dass sich die Teilnehmer teilweise nicht bewusst waren, welche Berufsgruppe für welche Intervention stand. Einerseits könnte der wie oben bereits angedeutete Mangel an Erklärung der einzelnen Berufsgruppen und Interventionen, einen Grund dafür darstellen. Es könnte demnach keine klare Positionierung der Berufsgruppen vorhanden sein. Andererseits stellt sich die Frage, ob diese Positionierung bewusst nicht stark ausgeprägt vollzogen wird, da in der Multimodalen Schmerztherapie ein interdisziplinäres Team zusammenarbeitet und der Klient diese

---

Einheit in seiner Therapie spüren soll. Wahrscheinlich ist dies ebenfalls von der Konzeption der jeweiligen Klinik abhängig.

Die Teilnehmer, die sich unsicher mit der namentlichen Nennung der Intervention waren, beschrieben diese durch eigene Worte.

Fünf der sechs Teilnehmer erhielten im Rahmen ihrer Multimodalen Schmerztherapie Einzeltherapie in der Ergotherapie. Berichtet wurde vom Training der Aktivitäten des täglichen Lebens, motorisch-funktionelle Behandlungen, Entspannungstraining, Gangschule und Gehstützen-Training, sowie dem Erlernen von Pacing-Strategien und persönlichen Beratungen und Gesprächen.

Higman (2002) benennt selbige Inhalte ebenfalls als mögliche Interventionen eines Therapieplans (Kapitel 2.4).

Alle Teilnehmer gaben an, von den Einzelinterventionen der Ergotherapie profitiert zu haben, betonten jedoch im gleichen Zug, dass diese zu wenig angeboten würde. Durch häufigere, individuelle Interventionen seitens der Ergotherapie, hätten einige Teilnehmer noch mehr für sich mitnehmen können.

Hier muss angemerkt werden, dass die Laufzeit einer Multimodale Schmerztherapie im Durchschnitt ca. 2 Wochen beträgt. In dieser Zeit werden alle beteiligten Berufsgruppen des interdisziplinären Teams mit ihren Interventionen eingeplant. Dieser Aspekt muss gegeben sein, um eine umfassende Therapie zu gewährleisten. Daher ist häufig für die gewünschte zusätzliche Einzeltherapie der Ergotherapie wenig Zeit vorhanden.

Krohn und Spiekermann (2011) betonen vor allem die Wichtigkeit von Beratung und Gesprächen in der Ergotherapie (Kapitel 2.4). Die Ergotherapie stellt die ganzheitliche Sichtweise auf den Klienten in den Fokus der Therapie, welches die Wichtigkeit von Einzeltherapieangeboten verdeutlicht. Teilnehmer gaben an, dass es während der Einzeltherapie keinen Zeitdruck gab, sich beispielsweise kurzfassen zu müssen, wie bei anderen Berufsgruppen. Von der individuellen Zuwendung wurde die Therapie aufgewertet.

Die persönliche Beratung und Edukation in der Ergotherapie ist ausschlaggebend für eine erfolgreiche Therapie. Es ist wichtig, dem Klienten die Therapie mit samt ihren Inhalten und Zielen transparent zu machen, um Teilhabe und Motivation an der eigenen

---

Krankheitsbewältigung zu schaffen. Von Modellen oder angewendeten Assessments wird seitens der Teilnehmer wenig vernommen. Die Recherche wies eine Vielzahl von Assessments auf (Kapitel 2.4). Eine Arbeit ohne die Nutzung von Modellen und Assessments könnte zu Stande kommen, da das wissenschaftliche und evidenzbasierte Vorgehen seitens der Ergotherapie noch nicht in allen Institutionen Anwendung findet, sei es aufgrund von Zeitmangel in der Gruppentherapie individuelle Befunderhebungen durchzuführen oder der Tatsache, dass manche Ergotherapeuten nicht mit der Modell- und Assessmentanwendung vertraut sind.

Abgesehen davon gäbe es die Möglichkeit, dass der praktizierende Ergotherapeut mit seinen Fachkenntnissen nach einem Modell arbeitet, dieses jedoch nicht verbalisiert und der Klient es somit nicht wahrgenommen hat.

Alle sechs Teilnehmer besuchten Gruppentherapieangebote seitens der Ergotherapie. Konkret genannte Inhalte waren ayurvedisches Kochen, Bewegungsspiele, Bewegungsübungen, Entspannungsübungen, Geländetraining, Genusstraining, indikationsgeleitete Werktherapie, Kreativangebote, Nordic Walking oder Progressive Muskelentspannung.

Durch eine unterschiedliche Nennung von Therapieangeboten der Teilnehmer, wurde bestätigt, dass keine konkreten Interventionsvorgaben für die Ergotherapie in der Multimodalen Schmerztherapie vorhanden sind. Um eine Positionierung der Ergotherapie innerhalb eines multiprofessionellen Teams zu stärken, wären ein Leitfaden oder Richtlinien, an denen sich während der Therapie orientiert werden kann sinnvoll. Die Qualität der Therapie könnte somit aufgewertet werden und die Ergotherapie ihre angestrebte Fokussierung auf die Betätigung und Partizipation des Klienten unterstreichen.

Nach Townsend und Polatajko (2007) ist jeder Mensch ein handelndes und einzigartiges Wesen, das über bestimmte Werte und eine Seele verfügt (Kapitel 2.2). Demnach empfinden diese sozialen und spirituellen Wesen unterschiedlich, welches sich durch Aussagen der Teilnehmer bestätigte. Jedes Individuum präferierte andere konkrete, oben genannte Maßnahmen und Interventionen seitens der Ergotherapie.

Hier wird deutlich, dass es schwierig ist, im Therapieplan einer multimodalen Behandlung jedem Teilnehmer gerecht zu werden. Der klientenzentrierte Ansatz, welcher in

---

der Ergotherapie angestrebt wird, unterstützt den Gedanken einer Vorgegebenen Intervention nicht.

Blickt man auf die genannten Aspekte zurück, sollte jedoch hervorgehoben werden, dass alle Teilnehmer mit den konkreten Maßnahmen der Ergotherapie innerhalb der Multimodalen Schmerztherapie zufrieden waren und ihre Lebensqualität verbessert wurde.

### **6.1.2 Leitfrage 2**

**Wie schätzen Klienten rückblickend die Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in der ergotherapeutischen Behandlung während der multimodalen Schmerztherapie ein?**

Die ermittelten Ergebnisse zeigten auf, dass alle Teilnehmer eine individuelle Klientenzentrierung empfanden. Nicht immer fand eine gemeinsame Zielformulierung und Therapieplanung zwischen Therapeut und Klient statt und nicht in allen Fällen wurde eine individuell angepasste Therapie durchgeführt. Es wurden jedoch in hohem Maße die Befindlichkeiten und die Voraussetzungen der Teilnehmer berücksichtigt. Darauf wurde sich nach Angaben der Teilnehmer gestützt und ein angemessenes Tempo des Therapievorgangs gewählt.

Viele Teilnehmer gaben an, sich in der Ergotherapie sehr wohl und gut aufgehoben gefühlt zu haben. Trotz des meist kurzen Aufenthalts in der Schmerzklinik, fühlten sich die Teilnehmer seitens der Ergotherapie verstanden und betonten die vertrauten und informativen Gespräche. Sumsion (2002) betonte ebenfalls, dass eine Partnerschaft auf professioneller Ebene zwischen dem Therapeuten und dem Klienten ausschlaggebend für eine erfolgreiche Therapie sei (Kapitel 2.2).

Es stellt sich allerdings die Frage, warum eine durchweg klientenzentrierte Arbeitsweise nicht möglich war. Anzunehmen ist, dass ein oftmals vorgegebener, interprofessioneller Therapieplan wenig Spielraum für individuelle klientenzentrierte Behandlungsinhalte bietet. Diese Ausgangssituation lässt sich mit dem Gedanken der Ergotherapie nur schwer vereinen. Weiterhin sind Modell- und Assessmentanwendung unter anderem unterstützende Mittel, um eine klientenzentrierte Therapie zu schaffen. Da diese jedoch wenig Anwendung fanden (Kapitel 6.1.1), könnte es sein, dass fehlende Kennt-

---

nisse seitens der Ergotherapeuten den klientenzentrierten Ansatz ebenfalls vermindert haben.

Betätigungsorientierung fand nach Information der Teilnehmer kaum statt, ein Teilnehmer berichtete, dass die individuelle Betätigungsperformanz durch direkte Handlungsausführung geübt wurde. Andere Teilnehmer berichteten von dem Einsatz diverser Therapiemittel und -medien, die sekundär zur Handlungsdurchführung befähigen sollten. Zu hinterfragen wäre, ob immer dieselben Therapiematerialien und -methoden bei einer entsprechenden Erkrankung zum Einsatz kommen. Dies wäre therapeutisch nicht wertvoll.

Hier wird deutlich, dass die vorherrschenden Annahmen des zeitgenössischen, ergotherapeutischen Paradigmas (Kapitel 2.7), noch nicht in allen Köpfen angekommen oder in allen Institutionen umgesetzt werden. Der damit verbundene holistische Ansatz steht demnach noch nicht bei allen Ergotherapeuten im Fokus. Es kann vermutet werden, dass das Wissen um Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in der Ergotherapie zwar präsent ist, ein adäquater Theorie-Praxis-Transfer aber noch nicht gelingt. Hier erscheint es notwendig die eigene Arbeitsweise zu reflektieren und zu analysieren, Ursachen und Barrieren zu identifizieren und zu beheben. Weiterbildungen können eine Unterstützung bei der Arbeit im aktuellen Paradigma und mit den daran angelehnten 4 Säulen der Ergotherapie (Kapitel 2.7), bieten.

### 6.1.3 Leitfrage 3

#### **Fanden die ergotherapeutische Interventionen bei den Klienten gedankliche oder aktive Umsetzung in den Alltag?**

Alle sechs Teilnehmer der Studie berichteten von erlernten Strategien aus der ergotherapeutischen Behandlung, welche die Bewältigung des Alltags unterstützen. Einige der Anwendungen konnten in den persönlichen Alltag integriert werden, wie beispielsweise Achtsamkeits- und Bewegungsübungen, ADL-Strategien, Entspannungsübungen, Genussregeln oder Sensibilitätsübungen. Ein Teilnehmer gab sein erlerntes Wissen und die daraus entstandene Überzeugung der Wirksamkeit der Übungen an seine Freunde und Familie weiter. Die erlernten Inhalte der Spiegeltherapie konnte

---

ein Teilnehmer zu Hause nicht eigenständig weiterführen. Hier stellt sich die Frage, ob der behandelnde Ergotherapeut den Sinn und das angestrebte Ziel der Übungen transparent erklärt hat und das Verständnis dafür beim Klienten geweckt hat. Es könnte jedoch auch der Fall eingetreten sein, dass bei aufkommenden Fragen, nach der Multimodalen Schmerztherapie, der Hausarzt Ansprechpartner ist, dieser allerdings nicht das Fachwissen des Ergotherapeuten für diese Therapie aufweisen und adäquat erklären kann.

Der Gedanke der Ergotherapie, Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen, spiegelt sich durch die vermittelten Strategien wider. Das angestrebte Ziel für die Klienten, die größtmögliche Selbstständigkeit im Alltag zu erlangen, steht im Fokus. Die Definition von Betätigungsperformanz, der CAOT von 1997, unterstreicht diesen Ansatz ebenfalls (Kapitel 2.2). Die dazu aufgestellten Ziele des CMOP-E von Marotzki und Reichel von 2011 heben die Befähigung für die Durchführung von sinnvollen und sinngebenden Betätigungen, um die Zufriedenheit des Klienten zu erlangen, hervor (Kapitel 2.2). Wird dieses Ziel in der Therapie aus den Augen verloren, kann es zu einem nicht zufriedenstellenden Ergebnis für den Ergotherapeuten, aber vor allem für den Klienten kommen.

Manche Teilnehmer erzählten von ihrer hohen Motivation nach Beendigung der Multimodalen Schmerztherapie, ergotherapeutische Anregungen zur Alltagsbewältigung weiterhin umzusetzen, wobei dies nach eigener Aussage nicht allen gelang. Die meist genannte Ursache war der wieder stetig zunehmende Stress im Alltag. Hier sollte an die Personen appelliert werden, welches beispielsweise durch ihr soziales Umfeld geschehen kann. Das Achten auf die physische und psychische Verfassung geht mit der verspürten Lebensqualität einher. Es muss ein Kompromiss und ein passender Mittelweg zwischen den zu bewältigenden Aufgaben im Alltag der Person und ihren Bedürfnissen, um ein erfüllendes Leben mit der höchstmöglichen individuellen Lebensqualität zu leben, gefunden werden.

Eine weitere Unterstützung im Alltag nach der Multimodalen Schmerztherapie können Selbsthilfeorganisationen oder Selbsthilfegruppen darstellen. Der Klient kann sich mit anderen Betroffenen austauschen und spürt, dass er nicht alleine mit der Erkrankung eines solchen Formenkreises ist. Es kann zum Beispiel Kraft geschöpft werden, um die erlernte Strategien im Alltag weiter umzusetzen. Die Kontaktaufnahme zu den Organisationen kann schon von der Ergotherapie in der Klinik angebahnt und begleitet wer-

---

den. Eine Vernetzung der Ergotherapie mit verschiedenen Berufsgruppen und Selbsthilfeorganisationen, welche eine ambulante Unterstützung bieten, fördert den Gedanken einer ganzheitlichen Therapie.

## 6.2 Diskussion der Studie

Die Forschungsstudie wird im Folgenden kritisch betrachtet und hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen beleuchtet. Dabei werden die in Kapitel 4.4 genannten Gütekriterien zur Beurteilung einbezogen.

Durch die Wahl eines qualitativen Forschungsdesigns (Kapitel 4.1) ist es gelungen, das Phänomen durch die damit einhergehende offene Zugangsweise zu untersuchen und so die individuelle Lebenswelt der Teilnehmer aus retrospektiver Sicht zu rekonstruieren. Das gestellte Ziel, die Erfahrungen mit der Ergotherapie während einer MMST in Bezug auf die Lebensqualität zu ergründen, konnte so erreicht werden. „Qualitative Methoden beruhen auf der Interpretation sozialer Sachverhalte, die in einer verbalen Beschreibung dieser Sachverhalte resultiert“ (Gläser & Laudel, 2009, S.27). Ein quantitatives Forschungsdesign wäre hier nicht zielführend gewesen.

Quantitative Methoden beschreiben Merkmale eines Sachverhaltes oder die Häufigkeit des Auftretens in Zahlen, dieses Vorgehen impliziert eine Reduzierung sozialer Komplexität und eine Standardisierung (Gläser & Laudel, 2009). Wissenschaftliches Denken wird immer auch versuchen, über Einzelfälle hinauszugehen und allgemeine Aussagen zu formulieren, dabei besteht jedoch die Gefahr bei rein quantitativem Vorgehen, dass man sich zu sehr von den Einzelfällen entfernt (Mayring, 2002).

Durch die Methodenwahl eines nichtstandardisierten leitfadengestützten Experteninterviews konnten von Menschen, die den Auswahlkriterien der Forschungsfrage entsprachen, genügend auswertbare Daten erbracht werden. Die gewählte Methode bot den Teilnehmern genügend Raum und Offenheit, ihr Wissen und Erfahrungen darzustellen und ermöglichte darüber hinaus ein gezieltes Nachfragen oder Vertiefen der erhaltenen Informationen. Dies war insofern vor allem wichtig, da die zu erwartenden

---

Informationen zunächst unbekannt waren. Der Leitfaden stellte ein strukturgebendes Grundgerüst dar, welches alle Aspekte des Erkenntnisinteresses zwar abdeckte, aber darüber hinaus im mündlichen Interview flexibel gestaltet werden konnte. Die permanente spontane Operationalisierung und gesteuerte Spontaneität (Kapitel 4.2.1) konnte adäquat angewandt werden. Weiterhin ist die gewählte Methode hinsichtlich des persönlichen Kontaktes im Kommunikationsprozess zwischen den Interviewpartnern und daraus resultierender Compliance förderlich zu bewerten.

Mittels eines Fragebogens wäre es beispielsweise nicht möglich gewesen, die erhaltenen Informationen in ihrer Fülle abzudecken und zu erheben. Als hinderlich ist zu betrachten, dass es mit beachtlichem zeitlichen, finanziellem und organisatorischem Aufwand verbunden war die Interviews, welche bundesweit verteilt stattfanden, zu realisieren. Hierbei kam den Bedürfnissen der Interviewteilnehmer prioritäre Bedeutung zuteil. Des Weiteren stellte die Datenerhebung mittels Interviews, im Vergleich zu einem Fragebogen, einen hohen Aufwand an Transkriptions- und Extraktionsarbeit dar.

Es wurde kontinuierlich Wert gelegt auf die Einhaltung der forschungsethischen Grundsätze (Kapitel 4.1.2). Alle Teilnehmer haben freiwillig an der Studie teilgenommen, es wurden deren Interessen, Werte und Rechte gewahrt, sodass daraus kein Schaden entstanden ist. Die Autorinnen standen in keiner Abhängigkeit zu den Interviewteilnehmern und waren sich im Vorfeld nicht bekannt. Ein Member-Check wurde seitens der Autorinnen angeboten. Alle erhaltenen Informationen flossen in die Studie ein, auch die Vorstudie konnte in die Hauptstudie integriert werden, da keine Veränderungen am Leitfaden notwendig waren. Die forschungsethischen Prinzipien der Selbstbestimmung und Autonomie, Schadensvermeidung, die Fürsorge und der Nutzen für den Forschungsteilnehmer wurden erfüllt. Alle Teilnehmer bedankten sich für die Möglichkeit der Interviewteilnahme und hegten großes Interesse am Erhalt der fertigen Forschungsarbeit. Über die verschiedensten Vereinbarungen wurde eine schriftliche Einverständniserklärung festgehalten, die Teilnehmer erhielten ebenfalls ein Exemplar.

---

Vor Durchführung der eigentlichen Studie erfolgten eine umfangreiche Recherche interprofessioneller Literatur und die theoretische Fundierung des Sachverhalts (Kapitel 2). Die Literaturrecherche erstreckte sich ergänzend über den weiteren Forschungsprozess hinaus. Auch daraus resultierend erfolgte die Wahl des Forschungsdesigns, da durch die Studie dem individuellen qualitativen Outcome-Parameter Beachtung geschenkt werden sollte. Die themenspezifische Literatur wurde zur Untermauerung der ausgewerteten Ergebnisse wieder aufgegriffen.

Die Studie untersuchte einen Kausalmechanismus, welcher Teil weiterer Kausalmechanismen ist. Insofern wurde nur ein Fragment eines komplexen Phänomens dargestellt.

Die Auswertung der Daten ergab eindeutige und konsistente Ergebnisse, welche sich den Kategorien der Extraktionsstruktur zuordnen ließen und mittels der Kausalmechanismen des Hypothetischen Modells erklärbar waren. Dies schließt auf eine stimmige theoretische Vorüberlegung bezüglich der Kausalzusammenhänge im hypothetischen Modell und der wissenschaftlichen Fundierung, sowie auf eine geeignete Struktur des Interviewleitfadens und Interviewdurchführung. Die Sachdimension des hypothetischen Modells „Umwelt“ wurde durch die Teilnehmer kaum mit Inhalt gefüllt. Dies wird dahingehend reflektiert, dass die Umwelt als vorhandener umgebender Sachkontext zwar bedeutsam ist, die gegebenen Daten aber vorrangig anderen Sachdimensionen zugeordnet werden konnten, die aber Bestandteil der umgebenden Umwelt sind.

Durch die Komplexität der Thematik hätten einige Aussagen der Teilnehmer theoretisch mehreren Kategorien des hypothetischen Modells zugeordnet werden können. So fand eine Zuordnung in Übereinkommen statt. Die Vorgehensweise wurde in den Extraktionsregeln festgehalten (Kapitel 4.4.3, c).

Die Studienergebnisse lassen sich nicht generalisieren, die Reliabilität der Studie ist gering, da es sich um eine qualitative Studie mit 6 Teilnehmern handelt. Die Teilnehmer haben verschiedene Hintergründe bezüglich ihrer Erkrankungen, ihrer Erwerbstä-

---

tigkeit und des Ortes der Therapiedurchführung, welcher vier Bundesländer einschließt. Dies stellt ein breites Spektrum dar. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer beträgt 53 Jahre. Insofern kann eine Übertragung auf andere Betroffene überprüft werden. Die Übertragung auf minderjährige Schmerzpatienten, sowie Menschen im Rentenalter, muss kritisch reflektiert werden, da in diesen Fällen möglicherweise weitere Faktoren berücksichtigt werden müssen (beispielsweise Schmerzgenese, Spiritualität, Umweltfaktoren) und weitere zielgruppenspezifische Untersuchungen erfordern. Da die Teilnehmer sich eigeninitiativ zur Studienteilnahme gemeldet haben, könnte angenommen werden, dass die Teilnehmer in einem erhöhten Maße über soziale, physische, kognitive und psychische Kompetenzen verfügten oder von besonders prägnanten relevanten Erfahrungen mit der Ergotherapie oder der Multimodalen Schmerztherapie - sowohl im positiven oder negativen Sinne - motiviert waren, was die Aussagen beeinflussen würde. Durch die Identifikation mit der Forschungsfrage waren die Teilnehmer beachtlich am Forschungsprozess interessiert und zeigten hohes Engagement, die Interviewteilnahme zu realisieren.

Da die Studienteilnahme freiwillig erfolgte und die Teilnehmer offen und bereitwillig über ihre individuellen Erfahrungen berichteten, stellt dies auch die Nähe zum Gegenstand dar. Die Durchführung der Interviews in Wohnortnähe erhöhte den Bezug zur jeweiligen Lebenswelt der Teilnehmer. Eine Durchführung der Interviews über das PC-Programm „Skype“ wäre alternativ denkbar gewesen, was mit geringerem zeitlichen, finanziellen und organisatorischen Aufwand verbunden gewesen wäre, überzeugte aber nicht hinsichtlich der Vorteile die mit einem Interview im persönlichen Kontakt verbunden sind, beispielsweise der Wahrnehmung von Körpersprache, Mimik, Körperreaktionen.

Auch weitere von Mayring in Kapitel 4.4.3 beschriebene allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung konnten realisiert werden.

So wurde hinsichtlich der Verfahrensdokumentation jegliche Vorgehensweise im Forschungsprozess transparent dargestellt. Alle einzelnen Prozessschritte wurden separat archiviert. Dies betrifft sowohl die internen Arbeitsschritte, wie auch die gemeinsam

---

mit den Studienteilnehmern stattgefunden Prozesse. Alle relevanten Dokumente und Prozessberichte fanden Einzug in die vorliegende Forschungsarbeit.

In Kapitel 6.1 wurden die Ergebnisse der Studie mit dem theoretischen Hintergrund, der als Grundlage der Arbeit diente, abgeglichen und überprüft. Diese Argumentative Interpretationsabsicherung stellt sicher, dass die Deutung der Ergebnisse theoriegeleitet erfolgte. Durch die Fülle veröffentlichter themenspezifischer Literatur erfolgte eine eigene Wahl der Grundlagenliteratur. Andere Forscher hätten eventuell ungleiche Hintergrundliteratur einfließen lassen.

Mittels Transkriptionsregeln und Extraktionsregeln und der allgemein an Gläser und Laudel (2009) orientierten Vorgehensweise wurde das Prinzip der Regelgeleitetheit realisiert, um systematische Verfahrensregeln qualitativer Forschung zu berücksichtigen. Die angewandten Regeln wurden eigenständig aufgestellt und den Gegebenheiten dieser Studie angepasst.

Bis auf ein Interview wurden die Interviews von beiden Forscherinnen gemeinsam durchgeführt. So konnten verschiedene Aufgaben verteilt, Fehler ausgeglichen und je nach Situation weitere Informationen erfragt werden.

Alle Interviews wurden selbst transkribiert. Dies ermöglichte eine intensive Auseinandersetzung mit den Gesprächsinhalten, ein gutes Verständnis der Kausalzusammenhänge und eine Überprüfung eventueller Widersprüchlichkeiten.

Durch die Möglichkeit eines Member-Checks und eines Nachbesprechungstermins wurde den Interviewteilnehmern die Möglichkeit der kommunikativen Validierung eingeräumt. Darüber hinaus wurden auch spätere Korrespondenzen akzeptiert. Die Teilnehmer wurden über das weitere Vorgehen nach Interviewdurchführung informiert. Alle Teilnehmer äußerten Vertrauen in die dargestellten Ergebnisse und verzichteten auf gemeinsame Ergebnisdiskussionen, aktive Korrektur und Ergänzungen.

---

Aus Gründen zeitlicher Ressourcen war es hinsichtlich der Triangulation nicht realisierbar, verschiedene Lösungswege zur Beantwortung der Forschungsfrage zu finden und hinsichtlich Stärken und Schwäche zu vergleichen. Es erfolgte aber eine umfassende Literaturrecherche interprofessioneller Fachliteratur. Weiterhin wurden die selbst transkribierten Interviews parallel Korrektur gelesen und gehört, sowie die Auswertung, Analyse und Darstellung der Ergebnisse auf allen drei Ebenen grundsätzlich unabhängig durchgeführt, um einen Konsens aus beiden Perspektiven und größtmögliche Objektivität zu erhalten. So war weiterhin die Möglichkeit von Interpretations- und Wahrnehmungsfehlern geringer.

Die gemeinsame, partnerschaftliche Erstellung dieser Forschungsarbeit in all ihren Schritten stellt eine wesentliche Stärke dieser Forschungsstudie dar, da so in jeglichem Arbeitsschritt eine gedankliche Auseinandersetzung aus zweierlei Perspektiven und die Konsensbildung durch zwei Parteien erfolgten.

---

### 6.3 Ausblick

Durch die Auseinandersetzung mit der Thematik und der Beantwortung der Forschungsfrage wurde deutlich, wie umfangreich der Gegenstandsbereich der Schmerztherapie und Multimodalen Schmerztherapie ist. Die Literaturrecherche ergab, dass noch keine Sättigung der zu erforschenden Möglichkeiten in diesem Bereich vorherrscht. Weitere Erkenntnisse und Forschungsergebnisse, sei es mit Fokus auf die Multimodalen Schmerztherapie und die integrierte Ergotherapie, oder auf chronisch erkrankte Menschen in der ergotherapeutischen Behandlung, sollten zukünftig Einzug in die Literatur finden. Dies ermöglicht einen umfangreichen und erweiterten Blick auf die Thematik.

Es konnten eine Vielzahl neuer Fragen identifiziert werden, die sich für eine anschließende Forschung eignen. Die zu erforschenden Inhalte beziehen sich sowohl auf die MMST und interdisziplinäre Teams, als auch auf die Ergotherapie und die Klienten mit chronischen Schmerzen. Die hier dargestellten, ausgewählten Fragen könnten somit als weiterführende Forschungsfragen auf Grundlage der vorliegenden Forschungsarbeit dienen:

- Gibt es Unterschiede in der Wirkungsweise von ergotherapeutischen Interventionen in der MMST auf junge Erwachsene oder Altersrentner?
- Bedarf es anderer Interventionen oder Strategien in der MMST bei jungen Erwachsenen oder Altersrentner?
- Wie ist die Wirkungsweise einzelner ergotherapeutischer Interventionsangebote in der MMST auf eine größere Stichprobe?
- Wie können die Säulen der Ergotherapie, Klientenzentrierung, Betätigungsorientierung, Evidenzbasierung und Kontextbasierung besser in die Therapie implementiert werden?
- Wie kann eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der MMST gestärkt und adäquat umgesetzt werden?
- Wie kann eine bessere Außendarstellung und Positionierung der Ergotherapie in einem interdisziplinären Team realisiert werden?

- 
- Erleben Menschen mit chronischen Schmerzen eine frühzeitige Berentung als Einschränkung in ihrer Lebensqualität?
  - Wird seitens der Klienten eine erwerbliche Tätigkeit hinsichtlich Lebensqualität eine andere Bedeutung zugeschrieben als einer sonstigen Tätigkeit, beispielsweise im familiären oder ehrenamtlichen Bereich?
  - Welche Berufskompetenzen benötigen Ergotherapeuten im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten in der Therapie?
  - Welche Präventionsangebote können seitens der Ergotherapie bezüglich Schmerzchronifizierung und frühzeitiger Berentung hilfreich sein?
  - Mittels welcher Rahmenbedingungen und Interventionen kann die Ergotherapie dabei unterstützen den Effekt einer MMST nach der Therapie langfristig zu erhalten und eine erneute stationäre Behandlung zu vermeiden oder zu verzögern?
  - Wie beeinflusst ein sekundärer Krankheitsgewinn der Klienten die Möglichkeit einer Verbesserung in der Lebensqualität durch die MMST?

Durch die Arbeit an dieser Studie wurde deutlich, dass der Kern und das Berufsprofil der Ergotherapie häufig noch nicht ausreichend kenntlich ist. Sowohl bei den Teilnehmern, aber vor allem auch bei Medizinern, Selbsthilfegruppen und anderen gesundheitsbezogenen Professionen wurde dies teilweise deutlich. Hier muss sich die Ergotherapie deutlicher positionieren. Eine aktive Teilnahme an der Erstellung von Leitlinien auf der Makroebene ist auch in Zukunft notwendig. Die Erstellung von Informationsbroschüren und Informationsveranstaltungen auf regionaler Ebene erscheint sinnvoll, berufsintern sowie -extern.

Es ist wichtig, den Gedanken des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas den Berufskollegen zu verdeutlichen und eine Arbeitsweise, die sich an den vier Säulen der Ergotherapie orientiert, zu implementieren.

Da die Ergotherapie in der Kompetenz Beraten geschult ist und darüber hinaus einen ganzheitlichen und klientenzentrierten Blickwinkel einnimmt, können Betroffene von diesen Informations- und Edukationsmöglichkeiten profitieren. Der oftmals beklagte Informations- und Zeitmangel anderer Berufsprofessionen könnte hier Unterstützung erfahren.

---

Durch die Studie konnte aufgeführt werden, dass die Ergotherapie in der MMST die Lebensqualität der Klienten verbessert hat. Die Studienteilnehmer waren grundsätzlich im erwerbsfähigen Alter. Hier stellt sich weiterhin die Frage, inwiefern Veränderungen in der Lebensqualität einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Klienten haben. Und wie die Veränderungen der Lebensqualität langfristig gefestigt werden können, um den Klienten die Partizipation auf dem Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Des Weiteren wurde in dieser Studie die Bedeutsamkeit des Expertenwissens hervorgehoben. Hier sollten auch weitere Studien ansetzen. Betroffene Klienten mit chronischen Schmerzen haben oft das Bedürfnis, von ihrem Erleben und ihren Erfahrungen zu berichten und sich auszutauschen. Sie sind oftmals sehr offen und interessieren sich für die neusten Therapiemethoden oder wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Ferner kann dadurch auch das Expertenwissen der Ergotherapeuten, die in der Multimodalen Schmerztherapie tätig sind, bedeutsam profitieren. Den Blickwinkel der Klienten zu berücksichtigen und zu ergründen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, um eine erfolgreiche Therapie zu schaffen.

---

## 7. Quellenverzeichnis

### 7.1. Literaturverzeichnis

- Ahrens, C., Schiltenswolf, M., Wang, H. (2010). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36) bei chronischen Rückenschmerzen und gleichzeitiger Depression*. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Springer Medizin Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). (2012). *Leitlinien-Detailansicht - Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Umgang mit Patienten*. Abgerufen von [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-001l\\_S3\\_Nicht-spezifische\\_funktionelle\\_somatoforme\\_Koerperbeschwerden\\_2012-04.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001l_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-04.pdf)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). (2012b). *Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen*. Abgerufen von [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/030\\_102k\\_S2k\\_Begutachtung\\_von\\_Schmerzen\\_052012-122016\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030_102k_S2k_Begutachtung_von_Schmerzen_052012-122016_01.pdf)
- Arnold, B., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Diezemann, A., Gralow, I., Irnich, D., ... Söllner, W. (2014). Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome- Ein Konsensuspapier der Ad-hoc-Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft zu den Behandlungsinhalten. *Der Schmerz*, 5, 459-472.
- Arnold, B., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Diezemann, A., Gralow, I., Irnich, D., ... Söllner, W. (2009). Multimodale Schmerztherapie – Konzepte und Indikation. *Der Schmerz*, 2, 112-120.

- 
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq). (2015). *VersorgungsLeitlinien Kreuzschmerz*. Abgerufen von <http://www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz/>
  - Barofsky, I. (2003). Patients' rights, quality of life, and health care system performance. *Qual Life Res.* 12: S. 473-484.
  - Bleicher, K. (2004). *Das Konzept Integriertes Management: Visionen - Missionen – Programme* (7th ed.). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
  - Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (2006). *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
  - Borgetto, B. & Tomlin, G. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189-196.
  - Bulbis, L., Gübeli, E., Müller, Th., Negri, B., Rossier, M., Treuthardt, C. (2001). Die Behandlung chronischer Schmerzzustände in der Ergotherapie. *Praxis Ergotherapie*, 14(2), 72-79.
  - Campbell, A. (1976). *The quality of American life*. Russel Sage Foundation. New York.
  - Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT), (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation*. Ottawa, Ontario.
  - Canadian Association of Occupational Therapists, (CAOT), (1997). *Enabling Occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa ON: CAOT Publications ACE.
  - Christiansen, C. H., Baum, C.M. (2004). *Occupational Therapy. Performance, Participation and Well-being*. Slack incorporated.

- 
- College of Occupational Therapists (COT). (2004). Abgerufen von <http://www.cot.co.uk/ot-helps-your-client/definition-occupational-therapy-its-values-and-beliefs>
  - COPM-Team Deutschland in: Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Stubner, B., Weber, P. (2009). *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. Springer Verlag; 3. Auflage.
  - DAK Gesundheit. (2013). *Krankenhauskompass*. Abgerufen von <http://www.dak.de/dak/leistungen/Krankenhauskompass-1127712.html>
  - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (2015). *Leitlinie Schmerzen (chronische)*. Abgerufen von [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/053-036l\\_S1\\_Chronischer\\_Schmerz\\_2013-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-036l_S1_Chronischer_Schmerz_2013-10.pdf)
  - Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (dgss) - Selektion der International Association for the Study of Pain (IASP). (2012a). *Multimodale Schmerztherapie*. Abgerufen von <http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/netzwerke-der-versorgung/multimodale-schmerztherapie/>
  - Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (dgss) - Selektion der International Association for the Study of Pain (IASP). (2012b). *Adhoc Kommission „Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie“ Jahresbericht 2014*. Abgerufen von <http://www.dgss.org/die-gesellschaft/kommissionen/ad-hoc-kommission-multimodale-interdisziplinäre-schmerztherapie/jahresbericht-2014/>

- 
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (dgss) - Selektion der International Association for the Study of Pain (IASP). (2012c). *Was ist Schmerz*. Abgerufen von <http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/was-ist-schmerz/>
  - Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (dgss) - Selektion der International Association for the Study of Pain (IASP). (2012d). *Akuter und chronischer Schmerz*. Abgerufen von <http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/herausforderung-schmerz/akute-und-chronische-schmerzen/>
  - Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE). (2014a). *Störungsbilder/ Diagnosen*. Abgerufen von <https://www.dve.info/ergotherapie/infos-fuer-aerzte/stoerungsbilderdiagnosen.html>
  - Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE). (2014b). *Ergotherapie Definition*. Abgerufen von <https://www.dve.info/ergotherapie/definition.html>
  - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2015). *OPS*. Abgerufen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm>
  - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2014a). *Kapitel 8-Nichtoperative therapeutische Maßnahmen 8-01...8-99*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2015/block-8-90...8-91.htm>
  - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2014b). *ICF*. Abgerufen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>
  - Duden online. (2015). Abgerufen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/evidenzbasiert>

- 
- Erhardt-Raum, G. in: Gruber, A., Donhauser- Gruber, U. (2013). *Rheuma. Untersuchen und Behandeln entzündlich- rheumatischer Erkrankungen*. Stuttgart. Thieme Verlag, Abgerufen von [https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=3YprAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA108&dq=schmerzmodelle+in+der+ergotherapie&ots=1-B-tFvO5s&sig=4242Nc\\_l3n3jFRC8o33KPoV6LsU#v=onepage&q=schmerzmodell&f=false](https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=3YprAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA108&dq=schmerzmodelle+in+der+ergotherapie&ots=1-B-tFvO5s&sig=4242Nc_l3n3jFRC8o33KPoV6LsU#v=onepage&q=schmerzmodell&f=false)
  - Fischer, A. (2011). Forschungsprozess. In: Scheepers, C. Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (2011). *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln*. (4. Aufl.), Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
  - Flick, U., Kardorff, E., Steinke, I. (2008). *Qualitative Forschung*. (6. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.
  - George, S. (2009). In Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (2007). *Vom Behandeln zum Handeln - Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
  - Gläser, J., Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
  - Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie – Theorien und Modelle*. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
  - Häuser, W., Schmutzer, G., Henningsen, P., Brähler, E. (2014). Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland. *Schmerz*, 28, 483-492

- 
- Helbing, M. (09.August.2014). TA Gesundheit 2014: Auf der Schmerz-Spezialstation in Weimar. *Thüringer Allgemeine*. Abgerufen von <http://www.thueringer-allgemeine.de/web/zgt/leben/detail/-/specific/TA-Gesundheit-2014-Auf-der-Schmerz-Spezialstation-in-Weimar-12041065>
  - Hensler, S., Heinemann, D., Becker, MT. et al. (2009). *Chronic pain in German general practice*. *Pain Med.*
  - Hermes, M., & Schlosser, R. (2013) Multimodale Schmerztherapie- Begutachtung durch den MDK. *Bremer Ärztejournal*, 3, 10-13
  - Higman, P. (2002). Der Schmerz. Welche Bedeutung hat er für die Ergotherapie?. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 4, 15-19.
  - Higman, P. (2007), Ergotherapie bei chronischen Schmerzen. *Praxis Ergotherapie*, 20(6), 327-332.
  - Institut für Pflegeforschung Graz. *Homepage*. Abgerufen am 01. Juli 2015 von [http://www.icf.or.at/icf/de/grundlagen/icf\\_grundlagen.php](http://www.icf.or.at/icf/de/grundlagen/icf_grundlagen.php)
  - International Association for the Study of Pain (IASP), (IASP Subcommittee on Taxonomy). (1979). *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. *Pain*.
  - International Association for the Study of Pain (IASP). (2015). *IASP Taxonomy*. Abgerufen von <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>
  - Kielhofner, G. (2008). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. Fourth Edition. Davis Company. Baltimore.
  - Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Co.

- 
- Klinikum Landsberg am Lech. (2015). *Multimodale Schmerztherapie- Ergo und Kreativtherapie*. Abgerufen von <http://www.klinikum-landsberg.de/unser-klinikum/schmerzzentrum/tagesklinik-fuer-schmerztherapie/multimodale-schmerztherapie/ergotherapie/>
  - Kramer, L., Füri, J., Stute, P. (2014). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, 12(2), 119-123.
  - Krohn, K., Spiekermann, H. (2011). HoBS - Ein Leitfaden zur Schmerzreduktion in der Ergotherapie. *Praxis Ergotherapie*, 24 (1), 10-13.
  - Kuhn, T. (2002). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
  - Kuyken, W. (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): *position paper from the Worlds Health Organisation*. Trial 41.
  - Law, M. (1991). The Environment: A focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 171-179.
  - Law, M., Steinwendler, S., Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65 (2), 81-91.
  - Lüthi, H. (2007). Lebensqualität transparent machen -Assessment: SF-36. *Physiopraxis*; 5(5): 34-35
  - Marotzki, U., Reichel, K. (2009). Praxismodelle: Steckbrief. In: Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P (2007). *Vom Behandeln zum Handeln-Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
  - Mayers, C. (2003). The Development and Evaluation of the Mayers' Lifestyle Questionnaire. *British Journal of Occupational Therapy*

- 
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
  - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). (2014). *Begutachtung des OPS-Komplexcodes 8-918 Multimodale Schmerztherapie*. Abgerufen von [http://www.mds-ev.de/media/pdf/eBGL\\_Schmerztherapie.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/eBGL_Schmerztherapie.pdf)
  - Morbus Sudeck Selbsthilfe Bremen Redaktion / Bergs, F. (2015). Abgerufen von: <http://www.sudeckselbsthilfe.de/was-ist-morbus-sudeck-crps/>
  - Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D., Manuck, S.B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal*, 316(7139), 542-545.
  - Nobis, H-G. für: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (dgss). (2012). *Multimodale Schmerztherapie*. Abgerufen von <http://www.dgss.org/patienteninformationen/netzwerke-der-versorgung/multimodale-schmerztherapie>
  - Nobis, H-G., Rolke, R. für: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (dgss). (2012). *Herausforderung Schmerz*. Abgerufen von <http://www.dgss.org/patienteninformationen/herausforderung-schmerz/>
  - Pott, U., Weber, B. (2011). In: *Update Schlaganfall, Aktuelle Entwicklungen für die Ergotherapie in der Neurologie*, Hrsg: Hücke u. Hörstgen, Schulz - Kirchner Verlag, Idstein.
  - Radoschewski, M. (2000). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße*. Springer – Verlag.

- 
- Reichel, K., Marotzki, U., & Schiller, S. (2009). Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland, Teil 1 – eine nationale und internationale Bestandsaufnahme. *ergoscience*, 4, 56-70.
  - Reichel, K., Marotzki, U., & Schiller, S. (2009). Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland, Teil 2 – Mögliche Ebenen der Anwendung und Umsetzung. *ergoscience*, 4, 98-106.
  - Robert Koch Institut, (2011). *Allgemeines zu Gesundheitsbezogener Lebensqualität*. Abgerufen von [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez\\_Lebensqualitaet/Inhalt/Lebensqualitaet.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Inhalt/Lebensqualitaet.html)
  - Rothenberger, E., Weber-Bruderer, M., Aegler, B. (2011). „Cognitive Behavioural Therapy“ und „Acceptance and Commitment Therapy“ in der Ergotherapie bei Klienten mit chronischen Schmerzen. *Ergoscience*, 6(3),90-97.
  - Sabatowski, R., Kaiser, U. (2012). Multimodale Schmerztherapie: Ein etabliertes Verfahren?. *Der Schmerz*, 26, 644-646.
  - Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. (2011). *Vom Behandeln zum Handeln- Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
  - Schütze, A., Kaiser, U., Große, A., Goßrau, G., Schiller, M.,...Sabatowski, R. (2009). Evaluation einer multimodalen Schmerztherapie am Universitäts-SchmerzCentrum Dresden. *Der Schmerz*, 23(6), 609-617.

- 
- Skevington et al. (1994). In: Gütthlin, C. (2006). *Die Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität: ausgewählte psychometrische Analysen und Anwendungsprobleme*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.
  - Struchen, C. (2015). Die alles entscheidende Frage - Was ist Ergotherapie?. *Ergopraxis*, 8(07/08), 8-10.
  - Sumsion, T. (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie – Umsetzung in die Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
  - The steering and executive committee et al. (2010). *Pain Proposal. Improving the Current and Future Management of Chronic Pain. A European Consensus Report*.  
Abgerufen von  
[http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Pain\\_Proposal\\_European\\_Consensus\\_Report.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Pain_Proposal_European_Consensus_Report.pdf)
  - Townsend, E. & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II*. CAOT Publications ACE: Ottawa.
  - Walkenhorst, U. (2008). *Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankheitsversorgung*. Schulz-Kirchner Verlag: Idstein.
  - Werber, A. , Schiltenswolf, M. (2012). Chronische Rückenschmerzen. *Nervenarzt*, 83, 243-258.
  - Wippert, P.-M., Beckmann, J. (2009). *Stress- und Schmerzursachen verstehen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
  - World Health Organization (WHO). (2015). *International Classification of Diseases (ICD)*. Abgerufen von <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

---

## 7.2 Abbildungsverzeichnis

- Deckblatt: Abgerufen von [http://www.yoga-aktuell.de/wp-content/uploads/2013/07/aquarell01\\_col358fj993k.jpg](http://www.yoga-aktuell.de/wp-content/uploads/2013/07/aquarell01_col358fj993k.jpg)
- Ornamente und Zitate: Suche über [www.google.de](http://www.google.de)
- Abbildung 1: Definition Ergotherapie des DVE
- Abbildung 2: Abgerufen von [https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/Framework\\_2/images/lectures/cmop-e.JPG](https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/Framework_2/images/lectures/cmop-e.JPG)
- Abbildung 3: Abgerufen von [http://www.algesiologikum.de/fileadmin/\\_processed\\_/csm\\_Bio-psycho-soziales\\_Schmerz-Modell\\_7d61be99f3.jpg](http://www.algesiologikum.de/fileadmin/_processed_/csm_Bio-psycho-soziales_Schmerz-Modell_7d61be99f3.jpg)
- Abbildung 4: Beispiel-Assessments in der Schmerztherapie
- Abbildung 5: DIMDI (2014b)
- Abbildung 6: Quadromedica-Heilpraktikerschule-Stuttgart; adaptiert durch die Autorinnen
- Abbildung 7: Hypothetisches Modell
- Abbildung 8: Extraktionsstruktur
- Abbildung 9: Extraktionsregeln
- Abbildung 10: Transkriptionsregeln
- Abbildung 11: Ablauf der Studie

## 7.3 Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Übersicht der Variablen des hypothetischen Modells
- Tabelle 2: Übersicht der Studienteilnehmer

---

## 8. Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMCE	Canadian Model of Client-Centred Enablement
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupation Performance Measure
CPPF	Canadian Practice Process Framework
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGSS	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
IASP	International Association For the Study Of Pain
ICD-10	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MMST	Multimodale Schmerztherapie
MOHO	Model of Human Occupation
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WHOQoL	World Health Organisation Quality of Life



***U**nter Gesundheit verstehe ich nicht,*

***Freisein von Beeinträchtigungen,***

***sondern die Kraft,***

***mit ihnen zu leben.***

(Johann Wolfgang von Goethe)



---

## 9. Anlagen

- I. Glossar
- II. OPS-Code 8-918.X: Multimodale Schmerztherapie
- III. Hypothetisches Modell in groß
- IV. Teilnehmerrekrutierung: Anschreiben
- V. Teilnehmerrekrutierung: Handzettel
- VI. Teilnehmerrekrutierung: Flyer
- VII. Vorfragebogen
- VIII. Einverständniserklärung
- IX. Interviewleitfaden
- X. Interviewbericht
- XI. Auszug aus Transkript 2
- XII. Auszug aus der Extraktionstabelle
- XIII. Darstellung der 3. Ebene
- XIV. Vorstellung der Autorinnen
- XV. Ehrenwörtliche Erklärung

---

## I. Glossar

### *Betätigungsbasierung*

„Interventions are occupation-based when they are directed at supporting the client to carry out his or her daily life occupations (Youngstrom & Brown, 2005, S. 399)“

### *Extraktion*

Extraktion ist die Entnahme von Daten und Informationen aus einem Text und die anschließende Auswertung dieser Daten und Informationen (Gläser & Laudel, 2009)

### *Evidenzbasierung*

Informationen, die auf der Basis empirisch zusammengetragener und bewerteter wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen (von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen) (Duden online, 2015)

### *Kategorie*

Als Kategorien werden die Variablen des hypothetischen Modells bei der Extraktion genannt. Sie beschreiben ein im Voraus für die Analyse angewendetes Suchraster, in welches das Textmaterial systematisch eingeordnet wird (Gläser & Laudel, 2009)

### *Kausalmechanismus*

Beschreibt einen sozialen Mechanismus, der zwischen Ursache und Wirkung vermittelt (Gläser & Laudel, 2009)

### *Klientenzentrierung*

„Den Betätigungszielen des Klienten wird Priorität eingeräumt, sie stehen im Mittelpunkt von Erhebung und Therapie. Der Therapeut hört dem Klienten zu, respektiert dessen Maßstäbe und adaptiert seine Interventionen so, dass sie den Bedürfnissen des Klienten gerecht werden (Sumsion, 2002, S.6)“

---

### *Kontextbasierung*

„Each context in which the clients performance occurs offers unique supports and barriers to performance. ...Practitioners need to recognize the impact (these) differences will have on performance and to consider them as they interpret the outcomes and effectiveness of intervention (Youngstrom & Brown, 2005, S. 399)

### *Member-Check*

Member-Checking beschreibt die Erhebung von Erkenntnissen des Forschungsteilnehmers nach der Teilnahme an der Studie. Die Daten werden den Teilnehmern selbst zur Prüfung zur Verfügung gestellt oder mit ihnen diskutiert. Es gewährleistet die Validität, Authentizität und Glaubwürdigkeit der Forschungsergebnisse. (LeCompte & Schensul, 2010)

### *Morbus Sudeck (CRPS)*

Geprägt von starken und länger anhaltende Schmerzen an zumeist Händen oder Füßen (oder mehrerer Gliedmaßen), die häufig mit einer Bewegungs- und Funktionseinschränkung einhergehen. Fast immer kommt es im Anfangsstadium zu Rötung, Schwellung (Ödem) und Erhitzung der Haut (Zeichen der Entzündung, obwohl im Blut keine Entzündungsmarker erkennbar sind), die sich bei längerem Fortbestehen (Chronifizierung) zu einer Blaufärbung und Kältegefühl verändert. In der Hälfte der Fälle besteht eine erhöhte Schwitzneigung (Hyperhydrosis). Bei Hauttemperaturmessungen bestehen Temperaturunterschiede von > 1-2 Grad Celsius Seitendifferenz zwischen den Extremitäten. In vielen Fällen kommt es im akuten Stadium zu einem vermehrten Nagel- und Haarwachstum, im chronischen Stadium wechselt es ins Gegenteil. In schweren Fällen kann es zum Abbau der Muskulatur (Atrophie) mit der Ausbildung von Kontrakturen und folglich Bewegungseinschränkung kommen (Morbus Sudeck Selbsthilfe Bremen Redaktion / Frank Bergs, 2015).

---

### *Paradigma*

Ein Paradigma ist ein Satz von Grundannahmen, der beschreibt, nach welchen Werten, Prinzipien und Modellen die Gesellschaft sich wahrnimmt und interpretiert (Kuhn, 2002)

### *Paradigmenwechsel*

Ein Paradigma ist solange vorherrschend, bis aktuelle Theorien und Annahmen die bisherigen Lehrmeinungen ablösen und diese sich dann durchsetzen (Götsch, 2011)

### *Variable*

Variablen sind komplexe Konstrukte, mit denen theoretische Vorüberlegungen strukturiert werden. (Gläser & Laudel, 2009)

---

## II. OPS-Code 8-918.X: Multimodale Schmerztherapie

„Mit einem Kode aus diesem Bereich ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung zu kodieren. Die Patienten müssen mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

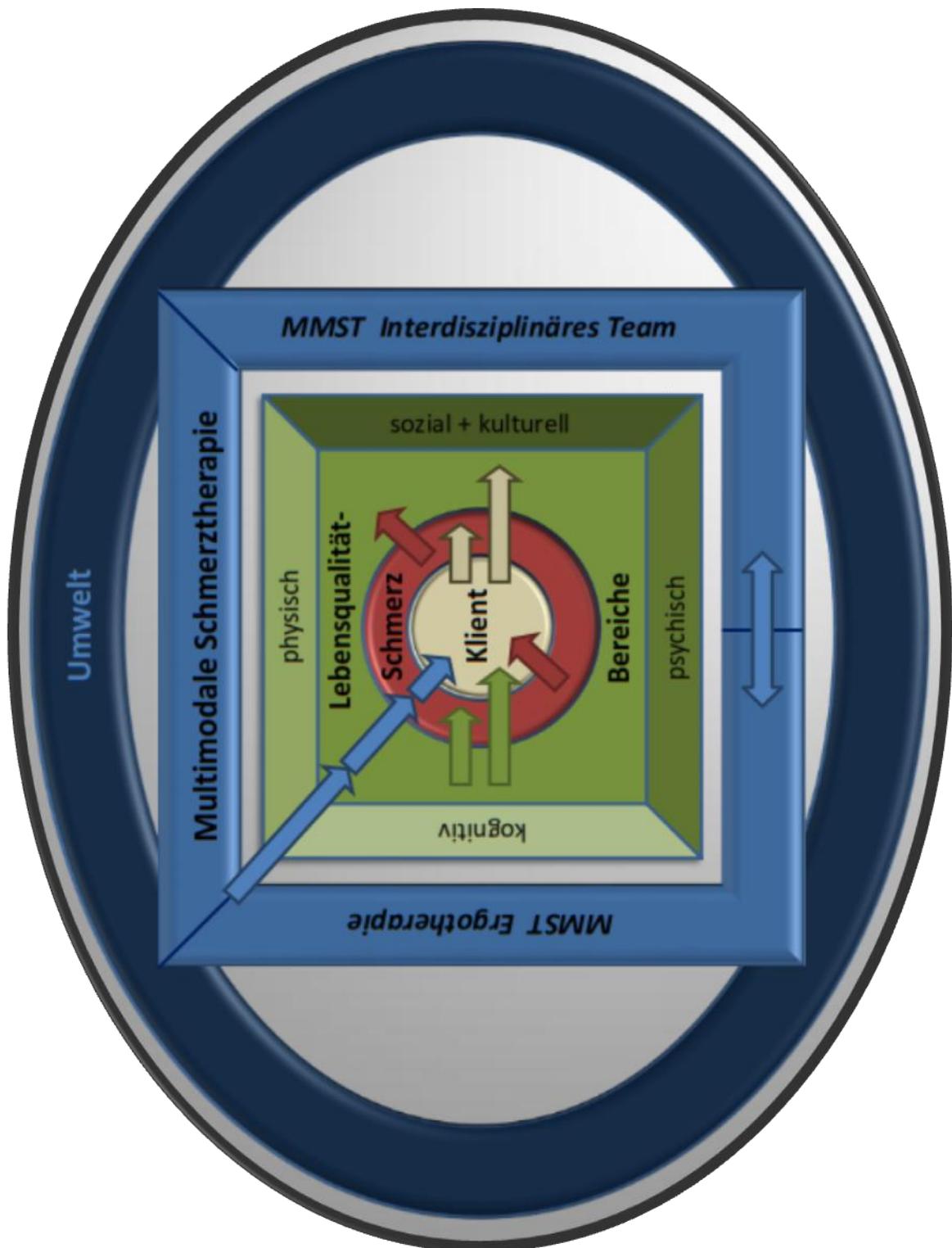
- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

Dieser Kode erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien. Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten. Der Kode umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine tägliche ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung. Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal 8 Personen begrenzt. Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie bei der/dem Verantwortlichen voraus.“ (DIMDI, 2014a).

In selber Quelle lassen sich auch nähere Angaben zu den Differenzierungen dieses OPS-Codes, Code 8-918.0 bis 8-918.2, nachlesen:

8-918.0	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
.00	Bis zu 20 Therapieeinheiten
.01	Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren <b>Hinw.:</b> Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden
.02	Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren <b>Hinw.:</b> Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden
8-918.1	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
.10	Bis zu 41 Therapieeinheiten
.11	Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren <b>Hinw.:</b> Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden
.12	Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren <b>Hinw.:</b> Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden
.13	Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon weniger als 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren <b>Hinw.:</b> Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden
.14	Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon mindestens 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren <b>Hinw.:</b> Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden
8-918.2	Mindestens 21 Behandlungstage
.20	Bis zu 83 Therapieeinheiten
.21	Mindestens 84 Therapieeinheiten, davon weniger als 21 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren <b>Hinw.:</b> Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden
.22	Mindestens 84 Therapieeinheiten, davon mindestens 21 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren <b>Hinw.:</b> Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden

### III. Hypothetisches Modell



<b>Variable</b>	<b>Art der Variable</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Farbe</b>
<b>Klient</b>	Abhängige Variable	Nur wodurch beeinflusst wird wichtig	
<b>Chronischer Schmerz</b>	Unabhängige Variable	Interessiert nur die Wirkung	
<b>Multimodale Schmerztherapie</b>	Unabhängige Variable	Interessiert nur die Wirkung	
<b>Ergotherapie</b>	Subvariable stellt Vermittlungsprozess dar	Vermittlungsprozess wichtig	
<b>Umwelt</b>	Unabhängige Variable	Interessiert nur die Wirkung	
<b>Lebensqualität</b>	Abhängige / Unabhängige Variable	Wirkung und Beeinflussung sind wichtig	

## IV. Anschreiben

**Max Mustermann**  
Musterstrass 100  
12345 Musterstadt

ergoMMST  
Josefin Noster  
Carina Friedrich

Studentinnen der  
Hogeschool Zuyd, Heerlen (NL)

**ZU  
YD**

Telefon (dienstl.) : 03643/571343  
Fax (dienstl.) : 03643/571347  
E-Mail: ergo.mmst@gmx.de



### STUDIEN- TEILNEHMER GESUCHT!

Sehr geehrte(r) Herr/Frau **[Name des Empfängers]**,

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine qualitative Studie zum Thema „Wie wirkten sich ergotherapeutische Interventionen innerhalb einer Multimodalen Schmerztherapie (MMST) auf die Lebensqualität von Patienten mit chronischen Schmerzen aus?“.

Hierfür suchen wir dringend Patienten, die zur Teilnahme an einem unentgeltlichen Interviews bereit sind.

Wir bitten Sie daher die anhängenden Flyer und Handzettel zu verteilen und unsere Anfrage zu verbreiten.

Auf Wunsch erhalten Sie sehr gern die fertige Bachelorarbeit in digitaler Form.

Vielen Dank im Voraus.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und verbleiben mit freundlichen Grüßen.



Josefin Noster und Carina Friedrich

Anlage:

- Handzettel für Fachpersonal
- Handzettel für Patienten
- Faltbroschüre für Patienten

## V. Handzettel Fachpersonal



### Ergotherapie und Multimodale Schmerztherapie



#### Josefin Noster

Ergotherapeutin, staatl. gepr.  
Studentin Ergotherapie, B.Sc.  
Arbeitsbereich Schmerztherapie

#### Carina Friedrich

Ergotherapeutin, staatl. gepr.  
Studentin Ergotherapie, B.Sc.

Im Rahmen unseres **Aufbaustudiums** an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) möchten wir unsere Bachelorarbeit der hier dargestellten Thematik widmen.

#### Wir suchen Patienten, die:

- ✓ Chronische Schmerzen haben.
- ✓ Innerhalb der letzten 12 Monate an einer stationären, tagesklinischen oder ambulanten "Multimodalen Schmerztherapie" teilgenommen haben oder
- ✓ aktuell noch am Programm teilnehmen.
- ✓ Ergotherapie, egal in welcher Form, Bestandteil des Therapieprogramms war.
- ✓ Ihre Erfahrungen gern in einem max. 60-minütigen Interview weitergeben wollen.

# ZUYD

### Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die Multimodale Schmerztherapie (MMST) ist eine von vielen Therapiekonzepten im Versorgungsnetzwerk für Patienten mit chronischen Schmerzen in Deutschland. Dieses Behandlungskonzept wird z.B. in Schmerzkliniken, Schmerztageskliniken und auf chronischen Schmerz spezialisierten Reha-Kliniken angeboten. Charakteristisch ist ein multimodaler Behandlungsansatz sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche. Ergotherapie ist innerhalb eines solchen Programmes oft als aktives Therapieverfahren vertreten, die genauen Therapieangebote dabei aber recht unterschiedlich. Da in der Literatur die „Verbesserung der Lebensqualität“ als ein Behandlungsziel der MMST beschrieben wird, beschäftigt uns die **Forschungsfrage**, inwiefern ergotherapeutische Interventionen im Rahmen einer MMST sich auf die Lebensqualität von Patienten mit chronischen Schmerzen auswirken haben.

► **Ihre Mithilfe ist gefragt!** Bitte helfen sie uns bei der **Vermittlung von Interviewteilnehmern** und der **Verbreitung dieses Handzettels und des Patientenflyers**.

Zur Erfassung der Daten möchten wir Interviews nutzen, bei denen wir natürlich Anonymität gewährleisten. Interviewtermine und -orte werden individuell vereinbart.

**Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung bis zum 31.05.2015.**

Auf Wunsch erhalten Sie sehr gern die fertige Bachelorarbeit in digitaler Form.

Vielen Dank im Voraus.



#### Qualitative Studie

**Chronische Schmerzen? Ergotherapie! Lebensqualität?!**

ergoMMST  
Josefin Noster und Carina Friedrich  
Telefon (dienstl.): 03643/571343  
Fax (dienstl.): 03643/571347  
E-Mail: ergo.mmst@gmx.de





## Ergotherapie und Multimodale Schmerztherapie



### Josefin Noster

Ergotherapeutin, staatl. gepr.  
Studentin Ergotherapie, B.Sc.  
Arbeitsbereich Schmerztherapie

### Carina Friedrich

Ergotherapeutin, staatl. gepr.  
Studentin Ergotherapie, B.Sc.

Im Rahmen unsers Aufbaustudi-  
ums an der Zuyd Hogeschool in  
Heerlen (NL) möchten wir unsere  
Bachelorarbeit der hier dargestell-  
ten Thematikwidmen.



ZU  
YD

## Aufruf zur Teilnahme an einer Qualitativen Studie

- Für Patienten mit chronischen Schmerzen -

Sehr geehrte Damen und Herren, Ihre Mithilfe ist gefragt!

Bitte helfen sie uns bei der Beantwortung unserer Forschungsfrage:

► „Inwieweit konnten die ergotherapeutischen Angebote, die Sie während Ihrer Teilnahme an einer „Multimodalen- Schmerztherapie“ erfahren haben, zu Veränderungen in Ihrer Lebensqualität führen?“

Zur Erfassung der Daten möchten wir Interviews nutzen, bei denen wir natürlich Anonymität gewährleisten. Interviewtermine und -orte werden individuell vereinbart. Die Teilnahme erfolgt unentgeltlich, auf Wunsch erhalten Sie sehr gern die fertige Bachelorarbeit in digitaler Form.

Wir freuen uns über Ihre  
Rückmeldung bis zum **31.05.2015**.

### Wir suchen Studien teilnehmer die:

- ✓ Chronische Schmerzen haben.
- ✓ Innerhalb der letzten 12 Monate an einer stationären, tages-  
klinischen oder ambulanten  
"Multimodalen Schmerztherapie"  
teilgenommen haben oder
- ✓ aktuell noch am Programm  
teilnehmen.
- ✓ Ergotherapie, egal in welcher  
Form, Bestandteil des Therapie-  
programms war.
- ✓ Ihre Erfahrungen gern in einem  
max. 60-minütigen Interview  
weitergeben wollen.

### Qualitative Studie

Chronische Schmerzen? Ergotherapie! Lebensqualität?!

ergoMMST  
Josefin Noster und Carina Friedrich  
Telefon (dienstl.): 03643/571343  
Fax (dienstl.): 03643/571347  
E-Mail: ergo.mmst@gmx.de



## VI. Flyer

Außenseite:

**Wer sind wir?**



Josefin Noster

Ergotherapeutin, staatl. gepr. Studentin Ergotherapie, B.Sc. Arbeitsbereich Schmerztherapie

Carina Friedrich

Ergotherapeutin, staatl. gepr. Studentin Ergotherapie, B.Sc.

Im Rahmen unseres Aufbaustudiums an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL) möchten wir unsere Bachelorarbeit der hier dargestellten Thematik widmen.

ZU  
YD

**Chronische Schmerzen?  
Ergotherapie!  
Lebensqualität?!**



**ergoMMST**  
**Josefin Noster und Carina Friedrich**

Telefon (dienstl.): 03643/571343  
Fax (dienstl.): 03643/571347  
E-Mail: ergo.mmst@gmx.de

**Ergotherapie und  
Multimodale Schmerztherapie**

▶ **Qualitative Studie**

**Ergotherapeutische Angebote in der  
Multimodalen Schmerztherapie.  
Auswirkungen auf die Lebensqualität?**



**Aufruf zur Teilnahme**

**Für Patienten mit  
chronischen Schmerzen.**

Innenseite:

**Aufruf zur Teilnahme an einer Qualitativen Studie**

Hintergrundinformationen

Die Multimodale Schmerztherapie (MMST) ist eine von vielen Therapiekonzepten im Versorgungsnetzwerk für Patienten mit chronischen Schmerzen in Deutschland. Dieses Behandlungskonzept wird z.B. in Schmerzkliniken, Schmerztageskliniken und auf chronischen Schmerz spezialisierten Reha-Kliniken angeboten. Charakteristisch ist ein multimodaler Behandlungsansatz sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche. Ergotherapie ist innerhalb eines solchen Programmes oft als aktives Therapieverfahren vertreten, die genauen Therapieangebote dabei aber recht unterschiedlich. Da in der Literatur die „Verbesserung der Lebensqualität“ als ein Behandlungsziel der MMST beschrieben wird, ergab sich hieraus unsere Forschungsfrage.

Forschungsfrage

Inwieweit konnten die ergotherapeutischen Angebote, die Sie während Ihrer Teilnahme an einer „Multimodalen Schmerztherapie“ erfahren haben, zu Veränderungen in Ihrer Lebensqualität führen?

Wen suchen wir?

Wir suchen Patienten, die:

- ✓ Chronische Schmerzen haben.
- ✓ Innerhalb der letzten 12 Monate an einer stationären, tagesklinischen oder ambulanten „Multimodalen Schmerztherapie“ teilgenommen haben oder
- ✓ aktuell noch am Programm teilnehmen.
- ✓ Im Therapieplan der MMST Gruppen- oder Einzeltherapie durch die Berufsgruppe der Ergotherapeuten erhalten haben.
- ✓ Ihre Erfahrungen gern weitergeben wollen.

Ablauf des Interviews

- Uns interessiert Ihre persönliche Erfahrung mit der Ergotherapie.
- Dies wird in einem persönlichen Gespräch beschrieben.
- Dauer max. 45 - 60 Minuten.
- Die Anonymität wird selbstverständlich gewahrt.
- Interviewtermine und -orte werden individuell vereinbart.
- Die Teilnahme kann nicht vergütet werden.
- Auf Wunsch erhalten Sie sehr gern die fertige Bachelorarbeit in digitaler Form.

Wir freuen uns  
auf Ihre  
Rückmeldung  
bis zum  
**31.05.2015.**

Vielen Dank im Voraus.  
Josefin Noster und Carina Friedrich.

Telefon (dienstl.): 03643/571343  
Fax (dienstl.): 03643/571347  
E-Mail: ergo.mmst@gmx.de

## VII. Vorfragebogen

Seite 1

<b>Vorabfragebogen für Interviewteilnehmer</b>				
Name, Vorname:				
Geburtsdatum:		Alter:		
Anschrift:	Straße:			
	PLZ:	Ort:		
Telefon*:				
Email*:				
Familienstand*:				
Derzeitige Berufstätigkeit:				
Nationalität*:				
*freiwillige Angabe				
<b>Wann haben Sie an einer „Multimodalen Schmerztherapie“ teilgenommen?</b>				
<b>Wo haben Sie an einer „Multimodalen Schmerztherapie teilgenommen“?</b> ( Ort/ Klinik o.ä.)				
Anzahl durchgeführter MMST: <input type="text"/>				
Seite 1 von 4				

---

## Vorfragebogen

Seite 2

**Erkrankung(en) / Schmerzerkrankung(en) / Diagnose(n):**  
*(für genauere Ausführungen nutzen Sie das Feld „Ergänzungen“)*

**Bitte schildern Sie uns kurz Ihre Krankengeschichte:**  
*(für genauere Ausführungen nutzen Sie das Feld „Ergänzungen“)*

Seite 2 von 4



---

## Vorfragebogen

Seite 4

**Beruflicher Werdegang**  
(für genauere Ausführungen nutzen Sie das Feld „Ergänzungen“)

---

**Haben Sie noch wichtige Anmerkungen, die wir für das Interview mit Ihnen beachten sollten?**

Ja       Nein

Wenn ja, was?

---

Seite 3 von 4

## VIII. Einverständniserklärung

VEREINBARUNG		
<h3>Einverständniserklärung</h3>		
zwischen		
_____		
und		
Carina Friedrich und Josefin Noster.		
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass während des Interviews eine Audio-Aufzeichnung erstellt wird um dieses anschließend anonymisiert zu verschriftlichen.		
Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass diese anonymisierte Verschriftlichung für Forschungszwecke ausgewertet und genutzt wird (Bachelorarbeit, Publikation).		
Auf eigenen Wunsch erhalte ich:		
<input type="checkbox"/> Ein Transkript des mit mir durchgeführten Interviews.		
<input type="checkbox"/> Einen Termin zur Nachbesprechung oder Klärung weiterer Fragen.		
<input type="checkbox"/> Ein Exemplar der Bachelorarbeit in digitaler Form.		
<p>ergoMMST Josefin Noster Carina Friedrich</p> <p>Studentinnen der Hogeschool Zuyd, Heerlen (NL)</p> <p><b>ZU YD</b></p> <p>Telefon (dienstl.) : 03643/571343 Fax (dienstl.) : 03643/571347 E-Mail: ergo.mmst@gmx.de</p>	Ort, Datum: _____	
	Unterschrift (Teilnehmer) _____	 Unterschrift (Forscher) _____

## IX. Interviewleitfaden

Seite 1

**ZU  
YD**

**Zuhören**  
Aussprechen lassen  
Pausen gestatten  
**Nachfragen**  
•Beispiele  
•Erläuterungen  
**Details erfragen**  
**Neutralität**  
**Kompetenz zeigen**

Fragen seitens des Interviewpartners können aufgeschoben werden.

Zeitnah Protokoll erstellen.

Die Interviewsituation beeinflusst das Interview.

**ergoMMST**

### INTERVIEWLEITFADEN

(NACH GLÄSER, 2009)

---

Notizen

→ werden nicht aufgezeichnet

- Forschungsfrage und -ziel erläutern
- Rolle des Interviewteilnehmers erläutern
- Datenschutz und Anonymität erläutern
- Ausdrückliche Genehmigung zur Aufzeichnung einholen

Interviewfragen

1. (Aufwärmfrage)  
Mich würde interessieren, wann und wo Sie an einer „Multimodalen Schmerztherapie“ teilgenommen haben?
2. Was bedeutet für Sie persönlich „Lebensqualität“ und können Sie Beispiele für Ihre persönliche Lebensqualität benennen?
3. Was müsste Ihrer Meinung nach geschehen, um Ihre Lebensqualität zu verbessern und was würde sie verschlechtern? Geben Sie Beispiele.
4. (Auf Beispiel kann eingegangen werden)  
  
Sie haben gerade „XY“ genannt, welches für Sie die Lebensqualität verbessert... → Überleitung zur nächsten Frage

ZU  
YD

## INTERVIEWLEITFADEN

Zuhören  
Aussprechen lassen  
Pausen gestatten  
Nachfragen  
•Beispiele  
•Erläuterungen  
Details erfragen  
Neutral  
Kompetenz zeigen

Fragen seitens des Interviewpartners können aufgeschoben werden.

Zeitnah Protokoll erstellen.

Die Interviewsituation beeinflusst das Interview.



5. Wurden bei der MMST in der Ergotherapie Ihre eigenen Äußerungen und Wünsche bezüglich Ihrer Therapie mit aufgenommen? (*Auf die Frage kann sich bezogen werden*) Wie wurde dies gehandhabt?
6. Wie oft hatten Sie seitens der Ergotherapie angebotene Einzeltherapie oder Gruppentherapien?
7. Bitte geben Sie Beispiele, was in der Einzel- und Gruppentherapie in der Ergotherapie gemacht wurde.
8. (*→ genannte Beispiele mit einbeziehen*)  
Wenn Sie die genannten Inhalte („XY“) aus heutiger Sicht betrachten, welche Anwendungen in der Ergotherapie haben Sie bezüglich Ihrer Erkrankung als hilfreich oder welche als weniger hilfreich empfunden? (*→ weiter fragen, wenn nicht erwähnt*) Warum dies, warum dies nicht?
9. Konnten Sie, rückblickend betrachtet, für sich hilfreiche und neue Erkenntnisse, Techniken oder Methoden aus der ergotherapeutischen Behandlung in Ihren Alltag mitnehmen/ übertragen?  
Welche sind das?
10. (*→ Auf diese neuen Erkenntnisse etc. beziehen*)

ZU  
YD

Zuhören  
Aussprechen lassen  
Pausen gestatten  
Nachfragen  
•Beispiele  
•Erläuterungen  
Details erfragen  
Neutral  
Kompetenz zeigen

Fragen seitens des Interviewpartners können aufgeschoben werden.

Zeitnah Protokoll erstellen.

Die Interviewsituation beeinflusst das Interview.

## INTERVIEWLEITFADEN

11. Wurden im Rahmen der MMST in der Ergotherapie für Sie bedeutungsvolle Betätigungen besprochen oder beübt?
12. Wenn Sie nun an Ihre Verständnis von Lebensqualität aus der anfangs gestellten Frage denken: hat sich Ihre Lebensqualität durch die MMST (im Gegensatz zu vorher) verändert?
13. Welchen Anteil trägt hierbei die Ergotherapie? Geben Sie Beispiele.
14. *Weiteres Nachfragen durch vorgegebene Fragen, wenn durch den Interviewteilnehmer noch nicht genannt. → Beispiele erfragen:*
  - Haben sich Ihre körperlichen Fähigkeiten (wie z.B. Ausdauer, Kraft, Bewegungsausmaß...) durch die MMST verändert?
  - Haben sich Ihre geistigen Fähigkeiten (wie z.B. Aufmerksamkeit, Konzentration...) durch die MMST verändert?
  - Haben Sie durch die MMST bei Ihnen Gefühle und Stimmungslage (wie z.B. Angst, Nervosität, Niedergeschlagenheit und Wohlbefinden) verändert?
  - Haben Sie sich nach der MMST häufiger oder in anderer Qualität mit Freunden oder Familienangehörigen treffen oder ausgehen können?
  - Haben Sie nach der MMST Veränderungen des Schmerzes bezüglich seiner Häufigkeit, Dauer und/oder Intensität bemerken können?



The logo for ergoMMST features the text 'ergoMMST' in a blue, sans-serif font. To the left of the text are several colored dots in a semi-circular arrangement, transitioning from light green at the top to dark green at the bottom.

**ZU  
YD**

**Zuhören**  
**Aussprechen lassen**  
**Pausen gestatten**  
**Nachfragen**  
•Beispiele  
•Erläuterungen  
**Details erfragen**  
**Neutral**  
**Kompetenz zeigen**

Fragen seitens des Interviewpartners können aufgeschoben werden.

Zeitnah Protokoll erstellen.

Die Interviewsituation beeinflusst das Interview.



## INTERVIEWLEITFADEN

15. (Abschlussfrage - einfache Frage)

Gibt es aus Ihrer Sicht noch Aspekte die im Interview zu kurz gekommen sind?

- Was wünschen Sie sich für die Multimodale Schmerztherapie?
- Was wünschen Sie sich für die Ergotherapie in der Multimodalen Schmerztherapie?
- Was half Ihnen noch, als sie die Multimodale Schmerztherapie gemacht haben?
- Können Sie uns noch etwas über den Weg zu mehr Lebensqualität berichten?

*Nach dem Gespräch*

- Bemerkung, dass das Interview nun beendet ist.
- Danksagung.
- Die Möglichkeit telefonischer Rücksprachen verhandeln.
- Vereinbarungen fixieren (z.B. das Zusenden der Forschungsergebnisse/ Publikation).
- Möglichkeit eines Feedbacks einräumen.
- Weitere Fragen und Einzelheiten zum Projekt klären.
- Aufgeschobene Fragen klären.

## X. Interviewbericht

TN3

ZU  
YD

### INTERVIEWBERICHT

#### Rahmenbedingungen

• Nr. des Interviews:	3
• Interviewpartner:	TN3
• Datum:	XX.XX. 2015
• Uhrzeit:	XX:30 Uhr
• Ort:	B. bei Z.
• Dauer:	38'
• Interviewsituation:	Ergotherapiepraxis N. in B. Am Tisch gegenüberstehend.
• Allgemeine Störfaktoren/ Unterbrechungen:	Keine.

(Nach Gläser, & Laudel,  
2009, S.191ff)

→ Bisher  
nicht  
standardisiert.

#### • Zustandekommen des Interviews

*(Grad der Bereitschaft des Interviewpartners,  
eventuelle Einwendungen usw.)*

Durch bundesweite Verbreitung unseres Flyers an Kliniken.  
Klinik H. in N. → Ergotherapeutin Fr. T. hat den Kontakt zu  
Teilnehmer 3 initiiert.

#### • Bemerkungen zum Gesprächsverlauf

freundlich, offen, kommunikativ, konfliktfrei,

#### • Bemerkungen zur Nachinterviewphase

Keine.



---

## XI. Auszug aus Transkript 2

- 01-TN2#** Also mich würde zunächst erst einmal interessieren wann und wo Sie an einer Multimodalen Schmerztherapie teilgenommen haben? **00:08**
- 02-TN2#** Das war in diesem Jahr, 2015 im März, in Weimar. **00:13**
- 03-TN2#** Unsere Arbeit dreht sich ja um die Multimodale Schmerztherapie und Ergotherapie und Lebensqualität. Was bedeutet für Sie persönlich Lebensqualität und was sind persönliche Beispiele für Sie für Ihre Lebensqualität? **00:28**
- 04-TN2#** Also für mich gehört zur Lebensqualität auf jeden Fall Aktivität. Und ich war auch immer schon ein sportlicher Typ und durch die Schmerzen, die ich halt bekommen hab in Knochen und Gelenken, ist das extrem eingeschränkt gewesen und darunter hat eben auch meine Lebensqualität gelitten. Auch im Alltag wenn man nicht mehr alles machen kann, beziehungsweise nur mit Schmerzen und mit einem viel höherem Zeitaufwand. Das hat auch für mich die Lebensqualität beeinträchtigt. Und dann ganz einfach auch Freizeitvergnügungen wie Tanzen, Schwimmen, wie ich schon sagte sportliche Aktivitäten, Walken, war alles eingeschränkt beziehungsweise gar nicht mehr möglich. Und da ist die Lebensqualität eingeschränkt und führt dann eben auch oft zu ich sag mal nicht so fröhlichen Gedanken. Ich will jetzt nicht gleich von Depressionen sprechen, aber es hat mich schon sehr negativ beeinflusst. **01:32**
- 05-TN2#** Was müsste Ihrer Meinung nach für Sie geschehen um Ihre Lebensqualität zu verbessern oder was müsste eintreten damit Ihre Lebensqualität eingeschränkter wäre? **01:47**
- 06-TN2#** Also verbessern: auf jeden Fall therapeutische Hilfe, dass die Schmerzen weniger werden, vielleicht sogar auch wieder weg gehen. Für mich müsste das eben durch solche Therapien kommen oder geschehen und nicht durch Medikamente, weil die meiner Meinung nach nur betäuben und nicht irgendwie jetzt heilen. Und (gedehnt), die der zweite Teil? **02:14**
- 07-TN2#** Was wäre für Sie eingeschränkte Lebensqualität? Was würde ihre Lebensqualität schlimmer machen? **02:20**
- 08-TN2#** Wenn der Ist-Zustand, also vor der Schmerzklinik, wenn das so geblieben wäre, denn dann hätte ich all das was ich eben aufgezählt habe nicht mehr machen können und das möchte ich ja wieder machen. Und (gedehnt) **02:35**
- 09-TN2#** Das heißt nicht schwimmen zu können, nicht tanzen zu können? **02:37**
- 010-TN2#** Richtig, richtig, solche Sachen. Halt auch überhaupt auch ganz alltägliche Dinge wie Geschirr aus dem Schrank holen, wenn man den Arm nicht mehr ausstrecken kann vor Schmerzen und solche Sachen, sich nicht waschen kann, sich nicht richtig anziehen kann, weil man die Verschlüsse nicht zu kriegt und so weiter, das sind schon massive Beeinträchtigungen. Und wenn das alles so geblieben wäre beziehungsweise bleiben würde, da leidet die Lebensqualität ganz erheblich darunter, denn man möchte eigentlich noch nicht so auf Hilfe angewiesen sein, denk ich mal. **03:11**

<b>011-TN2#</b>	<b>Das kann man nachvollziehen. Jetzt haben Sie ja in der Multimodalen Schmerztherapie verschiedene Berufsgruppen sicherlich erlebt und kennengelernt, unter anderem hat ja auch die Ergotherapie mitgearbeitet in diesem Programm. Wenn Sie mal zurück denken an die Therapie die Sie dort hatten, also an die Therapie seitens der Ergotherapie, wurden da Ihre Wünsche oder Ihre Äußerungen in die Therapie einbezogen in irgendeiner Art und Weise?</b>	<b>03:42</b>
<b>012-TN2#</b>	Ja, also wenn ich jetzt gesagt hab „das geht nicht“ oder „das tut mir zu weh“ dann wurde natürlich Rücksicht darauf genommen. Ansonsten habe ich aber das was mir da gezeigt wurden ist an Übungen gemacht und war eigentlich auch erstaunt mit oder auf welche einfache Art und Weise man manchmal doch schon Erfolge erzielen kann, sprich Knete und solche Sachen (lacht).	<b>04:09</b>
<b>013-TN2#</b>	<b>Therapieknete?</b>	<b>04:10</b>
<b>014-TN2#</b>	Ja, Therapieknete, genau. Also doch, das hat schon also hat mir dort auch was gegeben. Hab mir auch gleich so ein Band dann gekauft, so ein Terraband und einige Übungen nachgeturnt (lacht) die mir da gezeigt wurden sind, beziehungsweise bei der Ergotherapie war ja auch manches im Sitzen. Und haber das versucht dann auch ein bisschen zuhause nach zu machen. Ja, das also auf jeden Fall, die Therapeutin hat da sich auch nach mir gerichtet muss ich sagen, auf jeden Fall.	<b>04:46</b>
<b>015-TN2#</b>	<b>Aber wenn ich das richtig verstanden hab, Sie haben schon eher das so angenommen was vorgegeben war, weniger von Anfang an die Therapie mitgestaltet oder ...</b>	<b>04:55</b>
<b>016-TN2#</b>	Ja (gedehnt), ja (gedehnt). Ich hab weniger mitgestaltet. Ich bin Lehrer, ich höre, ich höre auf das was man mir sagt (lacht).	<b>05:00</b>
<b>017-TN2#</b>	<b>Können Sie sich erinnern wie oft Sie ergotherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlungen hatten? Oder ...ja doch...wie oft ungefähr?</b>	<b>05:12</b>
<b>018-TN2#</b>	Jeden zweiten Tag, denke ich mal. Also die Einzeltherapie war auf jeden Fall also dreimal die Woche bestimmt. Und das, die Gymnastikgruppe – zählt das auch dazu? Ergotherapeutisch? Weiß ich jetzt gar nicht ob das auch Ergotherapie war, aber das waren wir in der Gruppe und das war jeden Tag.	<b>05:32</b>
<b>019-TN2#</b>	<b>An was für konkrete Angebote erinnern Sie sich seitens der Ergotherapie? Es waren ja verschiedene Berufsgruppen die verschiedene Angebote gestellt haben in diesem ganzen Programm. Was sind so Ihre Erinnerungen an die Ergotherapie, was waren da so die Angebote? Abgesehen von der Einzeltherapie die Sie hatten?</b>	<b>05:51</b>
<b>020-TN2#</b>	Abgesehen von der Ergotherapie? Da muss ich Sie jetzt erst einmal fragen, was zählt da alles noch zur Ergotherapie?	<b>06:00</b>
<b>021-TN2#</b>	<b>Was haben Sie noch in Erinnerung?</b>	<b>06:03</b>
<b>022-TN2#</b>	Entspannungstraining? Entspannungstraining hatten wir. Dann Genusstraining, dann (gedehnt), mit der Psychologin, das ist die andere Richtung dann, ne? Also in die Ergotherapie sind diese Sachen glaub ich mit einzu...,	<b>06:35</b>

---

also Ergotherapie dann das Genusstraining in der Gruppe und die Gymnastik, denke mal das waren die für die Ergotherapie. Und das Walken. Das Walken.

**023-TN2#** **Und wie oft hatten Sie diese Angebote, diese Gruppenangebote? Täglich, oder wie oft war das? Wie haben Sie das in Erinnerung?** **06:47**

**024-TN2#** Also im Wechsel täglich, also ein ein ein Angebot aus aus ergotherapeutischer Richtung kam täglich. **06:55**

**025-TN2#** **Wenn Sie diese Angebote, die Sie gerade genannt haben, also die in der Einzeltherapie und die gruppentherapeutischen Angebote, rückblickend betrachten, welche haben Sie als hilfreich empfunden und welche als weniger hilfreich, in Bezug auf Ihre Erkrankung?** **07:13**

**026-TN2#** Also erst einmal hatte ich das Gefühl, dass mir durch diese Ergotherapie gezeigt wurde, dass ich doch mehr kann als mir eigentlich bewusst war. Weil durch den Schmerz habe ich eben auch immer gedacht es geht alles nicht mehr und gerade so beim Walken bin ich dann eben jeden Tag mitgegangen, ohne Stöcke, und da ich ja Einlagen in Fu... also in den Schuhen hatte war das also überhaupt kein Problem. Und dadurch hab ich dann auch wieder hier zuhause das fortgesetzt, was ich ja wirklich dann vorher richtig durch den Fersensporen eben noch auch weggelassen habe, bis ich dann eben die Einlagen auch bekommen hatte. Also das hat mich schon auch sehr ermutigt und insofern auch was gebracht. Und (gedehnt) in der Einzeltherapie diese verschiedenen Sachen, wie ich eben schon sagte, mit dem Terraband, mit der Knete, mit den Zugbändern, was da alles so an Geräten auch aufgebaut war, und das hat Spaß gemacht und es hat auch nicht so belastet. Und und die Zeit ist sehr schnell rum gegangen, dadurch hat man eben gemerkt, dass auch die Beweglichkeit, trotz der Schmerzen, irgendwo ja doch da ist, dass das halt nur wieder trainiert werden muss. Und das war irgendwie für mich eine Erfahrung die wichtig war, weil vorher schreckt man ja auch vor Vielem zurück, weil man denkt man schadet sich nur, wenn man was tut oder der Schmerz wird noch schlimmer. Und solche Sachen wie Genusstraining und Entspannungstraining war schön, die haben sich da auch sehr viel Mühe gegeben, aber ich bin da nicht der Typ dafür. Ich habe also ich find da irgendwie nicht so zur Ruhe. **8:59**

**027-TN2#** **In der Entspannung?** **9:00**

**028-TN2#** Ja. Und und auch beim Genusstraining. Die „sieben Regeln des Genusses“ das hab ich mir hier mitgenommen, das hab ich schon zwanzigmal verschenkt, zur Beherzigung. Und weiß genau, ich selber beherzige es auch nicht, weil es einfach im Alltag nicht einfach nicht umsetzbar ist. Aber so dort, es war einfach mal eine Erfahrung, man hat mal was gelernt. Es wurde einem auch mal wieder gesagt an sich selber zu denken, was eben in der heutigen Zeit auch sehr oft auf der Strecke bleibt. Und insofern fand ich das alles bereichernd, muss ich ehrlich sagen. Also das war schon für mich auch sehr intensiv, weil es war ja ein volles Programm jeden Tag, also wenig Zeit zum Ausruhen, aber trotz allem fand ich es doch sehr bereichernd. Auch was man da gelernt hat und was alles möglich ist.

**09:50**

- 
- 029-TN2#** Schön, dass Sie so positiv berichten können. Sie haben ja gerade schon angedeutet, Sie haben einiges mit nach Hause übertragen. Das war... das wäre jetzt meine nächste Frage: Inwieweit konnten Sie das, was Sie seitens der Ergotherapie erfahren haben, in Ihren Alltag umsetzen? Kurzfristig oder langfristig. Und da haben Sie ja gerade schon gesagt, Sie machen tatsächlich noch weiter Nordic Walking, habe ich das richtig heraus gehört? **10:14**
- 030-TN2#** Ja, ja. Also diesen aktiven Teil hab ich versucht zu übernehmen und muss aber ganz ehrlich jetzt auch sagen es ist oft an der Zeit gescheitert. Weil dies war war wirklich dann dieses letzte viertel Jahr berufstechnisch sehr intensiv und da ich eine sitzende Tätigkeit habe, zumindest in der zweiten Tageshälfte, ist da die Bewegung wieder ziemlich auf der Strecke geblieben. Aber ansonsten, wie gesagt, hab ich mir auch so ein Band gekauft und so ein bisschen versucht das auch nach zu machen, und aber es ist wirklich so bei mir im Moment die Zeitfrage. Aber die Vorsätze sind da (lacht). Ja doch, das hat man schon, also hab ich schon versucht. Dann auch wieder mit Schwimmen, nur also auch nur ganz wenig, weil es geht halt immer noch nicht mit der steifen Schulter. Also zumindest kein Rückenschwimmen. Und Brustschwimmen geht wegen den Knien nicht. **11:13**
- 031-TN2#** Aber „schwierig“ heißt, Sie machen auf jeden Fall mehr als vor der Behandlung? Trotz alledem? **11:15**
- 032-TN2#** Ja, ja, Ja. Ich versuche es halt wieder. Aber es ist alles noch immer sehr eingeschränkt. **11:22**
- 033-TN2#** Sie sagten ja auch das Genusstraining, da haben Sie schon etwas verschenkt, aber selber halten Sie sich nicht so daran. Aber so ein Stück weit mitnehmen konnten Sie da trotzdem etwas davon? **11:34**
- 034-TN2#** Ja, weil mir das was da drauf steht hat mir schon eingeleuchtet. Und das ist auch alles gut und richtig und deswegen weil wir halt in so einer hektischen Zeit leben und weil wir alle Workaholics geworden sind hab ich das eben oft weiterverschenkt. Und hab darunter geschrieben „vielleicht gelingt es dir, mir gelingt es nicht immer, aber ich habe es in der Schmerzklinik gelernt.“ Weil es steht ja viel darauf, „brauch Zeit und...“ die hat man halt nicht. Aber ich fand´ es halt gut, diese sieben Regeln, und das ist schon eine gute Sache (lacht). **12:08**
- 035-TN2#** Also das heißt, Sie konnten auf jeden Fall ein bisschen davon profitieren und konnten das Ein oder Andere sogar in den Alltag übertragen? **12:14**
- 036-TN2#** Auf jeden Fall. **12:15**
- 037-TN2#** Okay. Schön. In der Ergotherapiebehandlung, Einzeltherapie wie Gruppentherapie, wurde da etwas geübt oder besprochen was für Sie eine bedeutungsvolle Tätigkeit ist? Also was für Sie unmittelbar Relevanz hat in Ihrem Leben? **12:35**
- 038-TN2#** Ja. Also beim Einzeltraining mit der Physiotherapeutin hab ich mich sehr angeregt unterhalten, gerade auch über meine berufliche Tätigkeit. Und die Parallelen der Ergotherapeutin, die eben auch Kinder behandelt und so weiter. Die Zeit war immer rasend schnell vorbei, das war schon sehr schön. **13:01**

## XII. Auszug aus der Extraktionstabelle

Sachdimension: Ergotherapie

Aussagen zu positiven Erfahrungen.

Schrittart	Absatz	Formatvorlagen
2	1	27
1	1	26
1	1	25
1	1	24
1	1	23
1	1	22
1	1	21
1	1	20
1	1	19
1	1	18
1	1	17
1	1	16
1	1	15
1	1	14
1	1	13
1	1	12
1	1	11
1	1	10
1	1	9
1	1	8
1	1	7
1	1	6
1	1	5
1	1	4
1	1	3
1	1	2
1	1	1

Text	w	Zufriedenheit	Lerneffekt	Klient, Multimodale Schmerztherapie	066-TN2#
Ich fand das schon alles recht gut was ich da gelernt habe.	w	Zufriedenheit mit der Therapie	Verbesserung der Schmerzen	Klient, Multimodale Schmerztherapie	066-TN2#
Ich verdanke den Physiotherapeuten und Ergotherapeuten fast mehr als den Ärzten. Dieses sich auch hinein versetzen können in diesen Schmerzherd und diese Zeit die man da auch miteinander verbringt, das trägt eigentlich sehr wesentlich zur Verbesserung des Gesamtzustandes bei. Während man beim Arzt nach zehn Minuten wieder draußen ist.	n	Zufriedenheit mit der Therapie	Verbesserung der Schmerzen	Klient, Multimodale Schmerztherapie, chronische Schmerzen	072-TN2#
Nachdem man so persönlich auf mich eingegangen ist war das natürlich sehr hilfreich. Also ich finde es war mehr als man sich eigentlich persönlich vorstellen kann, ich empfand das als sehr umfangreich in der Ergotherapie.	w	Zufriedenheit mit der Therapie	Verbesserung der Schmerzen	Klient, Klientenzentrierung, Multimodale Schmerztherapie	044-TN3#
Spiegeltherapie hat mir gut gefallen.	w	Therapieangebot	Verbesserung der Schmerzen	Klient, chronische Schmerzen	066-TN3#
Für mich war die Ergotherapie das Wichtigste.	w	Konzeption der Klinik	Verbesserung der Schmerzen	Klient, Multimodale Schmerztherapie	056-TN3#
Das Einguarken der Hand fand ich sehr gut, weil es die Entzündung rausgenommen und gekühlt hat.	n	Erfahrungen in der Ergotherapie	Übertragung in den Alltag	Klient, Ergotherapie	078-TN3#
Kann nicht sagen, dass etwas nicht hilfreich war.	w	Ergotherapie, Therapieangebote	Zufriedenheit, Verbesserung der Schmerzen	Klient, MMST, chronische Schmerzen, Ergotherapie	25-TN1#

---

XIII. Darstellung der 3. Ebene

## Ergotherapie

- Alltagsorientierung
- Alltagstransfer
- Alltagstransfer
- Alltagstransfer
- Alltagstransfer
- Alltagstransfer
- Alltagstransfer
- Beratung, Edukation
- Beratung, Edukation
- Betätigungsorientierung
- Compliance
- Einzeltherapie
- Einzeltherapie
- Einzeltherapie
- Einzeltherapie
- Einzeltherapie
- Gespräche
- Gruppentherapie
- Gruppentherapie
- Gruppentherapie
- Gruppentherapie
- Gruppentherapie
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Klientenzentrierung
- Klientenzentrierung
- Klientenzentrierung
- Klientenzentrierung
- Klientenzentrierung
- Klinik→ stationäre MMST
- Klinik→ 2x stationäre MMST
- Nicht-medikamentöse Therapie
- Strukturgebung
- Zufriedenheit mit dem Ergotherapeut

---

## Interventionen

### *Einzeltherapie*

- ADL- Training
- ADL- Training
- ADL- Training
  
- Beratung
- Beratung
- Beratung
  
- Edukation
- Edukation
- Edukation
  
- Einquarken
  
- Entspannungstraining
  
- Gangschule /Gehstützen-Training
  
- Gespräche
  
- motorisch-funktionelle Behandlung
- motorisch-funktionelle Behandlung
- motorisch-funktionelle Behandlung
- motorisch-funktionelle Behandlung
  
- Pacing – Strategien

### *Gruppentherapie*

- Ayurvedische Kochgruppe
  
- Bewegungsspiele
  
- Bewegungsübungen
- Bewegungsübungen
  
- Entspannungstraining
- Entspannungstraining
  
- Geländetraining
  
- Genusstraining
- Genusstraining
  
- Indikationsgeleitete Werktherapie
  
- Kreativgruppe
  
- Nordic Walking
- Nordic Walking
- Nordic Walking
  
- Progressive Muskelentspannung

---

## Lebensqualität

- Bewusstsein über Wichtigkeit von Aktivität
- Bewusstsein über Wichtigkeit von Aktivität
- Bewusstsein über Wichtigkeit von Aktivität
  
- Bio-psycho-soziales Schmerzverständnis
- Bio-psycho-soziales Schmerzverständnis
  
- kein Schmerzmittelgebrauch
  
- kognitive Lebensqualität
- kognitive Lebensqualität
- kognitive Lebensqualität
  
- lokale Schmerzfreiheit
  
- physische Lebensqualität
  
- psychische Lebensqualität
- psychische Lebensqualität
- psychische Lebensqualität
- psychische Lebensqualität
- psychische Lebensqualität
- psychische Lebensqualität
  
- Schmerzakzeptanz
- Schmerzakzeptanz
  
- Schmerzlinderung
- Schmerzlinderung
- Schmerzlinderung
- Schmerzlinderung
- Schmerzlinderung
  
- Schmerzrelevanz
  
- soziale & kulturelle Lebensqualität
  
- temporäre Schmerzfreiheit
- temporäre Schmerzfreiheit

---

## Vorstellung der Autorinnen

### Josefin Noster

Ergotherapeutin seit 2012, seit 2013 im Arbeitsfeld Schmerztherapie tätig und beschäftigt am *Sophien- und Hufeland- Klinikum Weimar* in der *Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie* im Bereich “NONPain-Unit Schmerzstation”. Beginn des Studiums 2014.

**Kontakt:** [josefin\\_noster@gmx.de](mailto:josefin_noster@gmx.de)



### Carina Friedrich

Ergotherapeutin seit 2014, im direkten Anschluss den Bachelorstudiengang für Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen begonnen.

**Kontakt:** [carina\\_friedrich@gmx.de](mailto:carina_friedrich@gmx.de)



---

## Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Heerlen, den 15. Oktober 2015

  
..... und

Unterschrift  
Josefin Noster

  
.....

Unterschrift  
Carina Friedrich