

Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus Sicht von Klienten und Ergotherapeuten



Stefanie Jung

Birgit Rauchfuß

Bachelorarbeit im Fachbereich Ergotherapie an der
Hogeschool Zuyd, Heerlen (Niederlande), Mai 2008

Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus Sicht von Klienten und Ergotherapeuten

Stefanie Jung und Birgit Rauchfuß

Bachelorarbeit im Fachbereich Ergotherapie
an der Hogeschool Zuyd, Heerlen (Niederlande)

Betreuung: Maren Kneisner und Mieke le Granse

Mai 2008

Die vorliegende Abschlussarbeit entstand im Rahmen des berufsbegleitenden Aufbaustudiums für Ergotherapeuten an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL).

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung 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.

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Bachelorarbeit ausschließlich die männliche Form von Personenbezeichnungen verwendet. Dies soll in keiner Weise als Wertung oder Diskriminierung aufgefasst werden.

Im weiteren Textverlauf wird fortlaufend der Begriff „Klient“ statt „Patient“ verwendet, um dem klientenzentrierten Ansatz der Ergotherapie gerecht zu werden. Dabei wird mit der Rolle des Klienten ein höheres Maß an Selbstbestimmtheit, Verantwortung und Mitgestaltung assoziiert, wobei der ergotherapeutische Prozess auf eine empathische und partnerschaftliche Beziehungsgestaltung ausgerichtet ist.

Innerhalb dieser Studie werden die Benennungen „Autoren“ und „Verfasser“ verwendet. Mit „Verfasser“ sind die Urheber dieser Studie gemeint. Als „Autoren“ hingegen werden die Schriftsteller internationaler Literatur bezeichnet.

Begriffe aus internationaler Literatur werden von deutschen Autoren unterschiedlich übersetzt. Relevante Begriffe aus englischsprachiger Literatur werden im Original übernommen. Die Verfasser bieten in Klammern (...) eine mögliche deutsche Übersetzung an.

Begriffe, die im Glossar erläutert werden, sind im Text bei erstmaliger Nennung mit einem * versehen. Abkürzungen werden gesondert in einem Verzeichnis aufgeführt.

Kontaktadressen:

Stefanie Jung
steffijungbo@freenet.de

Birgit Rauchfuß
rauchfuss@ergotherapie-marl.de

Gemeinsame Adresse
bachelorperfetti@web.de

Unser Dank gilt

- Maren Kneisner und Mieke le Granse für die Betreuung
- den Klienten und Ergotherapeuten, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt und uns ihre Erfahrungen berichtet haben.
- Ursula Kind für die liebevolle Unterstützung, das unendlich umfangreiche Korrekturlesen, die tolle Verpflegung und für ihr Verständnis.
- Julia und Cathleen mit den fleißigen Händen, die für uns die Interviews transkribiert haben.
- allen Klienten und Ergotherapeuten, die an unserer Pilotstudie und Hauptstudie teilgenommen haben, für die aufgewendete Zeit und ihre Gedanken.
- Regina und Hanne für die Übersetzung der italienischen Texte und den Kontakt nach Italien.
- Carla Rizello, die sich Zeit genommen hat für ein inspirierendes Gespräch.
- Ina für das Korrekturlesen und die hilfreichen und konstruktiven Anregungen
- Jantine und Meike für die Übersetzung des Abstracts.
- Stefan für sein Verständnis und die emotionale Unterstützung.
- Sabine Langenberg-Green für die kreative Gestaltung des Titelbildes und Roger Green für die Buchbindearbeiten.
- Laura Majitzki für die Hilfe bei der Eingabe der Daten.
- unseren Familien und Freunden für ihr Interesse, ihre Unterstützung und für ihr Verständnis, wenn wir mal wieder keine Zeit hatten.

Alles Wissen bleibt denkendes Wahrnehmen,
vergleichendes, vereinigendes und scheidendes Empfinden.

(Karl Steffensen, (1816 - 1888), deutscher Philosoph an der Universität Basel)

Zusammenfassung

Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus Sicht von Klienten und Ergotherapeuten

Das Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Perfetti findet Anwendung in der ergotherapeutischen Behandlung von neurologischen und orthopädischen Klienten. Im Rahmen dieser Studie werden Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten im Zusammenhang mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept erfasst. Dabei interessieren Aspekte der Wirksamkeit, Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit. Das gewählte Forschungsdesign umfasst qualitative und quantitative Anteile. Zwei Fragebögen werden auf der Basis von Annahmen, theoretischen Grundlagen und Interviews entwickelt. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung werden zusammengefasst und diskutiert. Sie zeigen u. a., dass die Zusammenarbeit von klientenzentrierten Aspekten geprägt ist und Klienten Verbesserungen aufgrund der Behandlung bei der Durchführung alltäglicher Aktivitäten feststellen.

Abstract

Evaluation of the Perfetti concept from the point of view of clients and occupational therapists

The Perfetti concept of cognitive-therapeutic-exercises can be applied in the occupational therapy of neurological and orthopaedical clients. This study records the experiences of clients and occupational therapists with the Perfetti concept. Emphasis is focused on the aspects of effectiveness, client centredness, motivation and satisfaction. The selected research design comprises qualitative and quantitative elements. Two questionnaires have been developed on the basis of theoretical foundations, interviews and assumptions. Their written results have been summarized and discussed. They show among others that collaboration is characterized by client centered aspects and that due to the therapy they make progress in daily activities.

Samenvatting

Evaluatie van het Perfetti-Concept gezien vanuit ervaringen van Cliënten en Ergotherapeuten

De cognitief-therapeutische oefeningen volgens het concept van Perfetti worden gebruikt in de ergotherapeutische behandeling van cliënten met neurologische en orthopedische stoornissen. Binnen het kader van deze studie ervaringen, van zowel cliënten als ergotherapeuten, met de behandeling volgens het Perfetti-concept verzameld. Daarbij is interesse voor de aspecten werkzaamheid, cliëntgerichtheid, motivatie en tevredenheid. De gekozen onderzoeksmethode bevat zowel kwalitatieve als kwantitatieve aspecten. Twee vragenformulieren zijn op basis van aannamen, theoretische achtergronden en interviews ontwikkeld. De resultaten van deze formulieren worden samengevat en bediscussieerd. Ze laten o. a. zien dat het samengaan van cliëntgerichte aspecten van belang is en dat cliënten door de behandeling verbeteringen kunnen vaststellen bij het uitoefenen van dagelijkse bezigheden.

Informative Zusammenfassung

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus Sicht von Klienten und Ergotherapeuten.

In der theoretischen Hinführung wird der aktuelle ergotherapeutische Behandlungskontext betrachtet und die komplexe Theorie des Perfetti-Konzeptes kurz vorgestellt. Die Sichtweise der deutschen Ergotherapie ist zunehmend von ergotherapeutischen Entwicklungen angelsächsischer Länder beeinflusst.

Die Bedeutung von Betätigung im Leben eines Menschen und die klientenzentrierte Praxis werden zu Kernelementen des ergotherapeutischen Paradigmas. Dabei steht die Befähigung des Klienten zur Ausführung von Betätigung im Fokus ergotherapeutischer Behandlung. Ergotherapeutische Modelle* und Assessments* unterstützen die Umsetzung dieser Grundelemente in die Praxis. Das Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen findet Anwendung in der ergotherapeutischen Behandlung von neurologischen und orthopädischen Klienten. Es bevorzugt eine systemische Sichtweise des Menschen und wird auf der Basis aktueller neurowissenschaftlicher Entwicklungen fortlaufend weiterentwickelt. Aufgabe des Therapeuten ist es, im Rahmen der Behandlung den Klienten zu befähigen, kognitive Strategien zu erlernen, die ihm eine bestmögliche Wiederherstellung seiner Bewegungsfähigkeit ermöglichen. Wirksamkeitsstudien zur ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept wurden bisher nicht durchgeführt.

Um zunächst einmal die Erfahrungen von Ergotherapeuten und Klienten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept systematisch zu erfassen, erscheint eine Evaluation des Therapiekonzeptes sinnvoll. Dabei werden die Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten als wertvoll und wissenschaftlich betrachtet.

Eine Kombination qualitativer* und quantitativer* Forschungsmethoden ermöglicht einerseits das Erfassen der subjektiven Perspektiven und andererseits eine Überprüfung, ob Auffassungen von einer größeren Anzahl an Studienteilnehmern geteilt werden. Die Eingrenzung der Forschung erfolgt über die Formulierung von Leitfragen. Für diese Studie sind Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Wirksamkeit, Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit im Rahmen der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept von Interesse. Die Literaturrecherche zeigt, dass für die Fragestellung kein geeignetes Untersuchungsinstrument zur Verfügung steht. Auf der Basis von Annahmen, theoretischen Grundlagen zu den Konstrukten* der Leitfragen und den Ergebnissen aus leitfadengestützten Experteninterviews werden zwei Fragebögen entwickelt. Die Fragebogeninhalte erfassen Aussagen über Erfahrungen der Studienteilnehmer zu Aspekten der Wirksamkeit, Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit im Zusammenhang mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept. Im Rahmen der Hauptstudie findet eine schriftliche Befragung von Klienten und Ergotherapeuten statt. An der Studie nehmen 24 Ergotherapeuten und 62 Klienten teil.

Die Ergebnisse der Hauptstudie zeigen, dass die Zusammenarbeit im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept von klientenzentrierten Aspekten geprägt ist. Ergotherapeuten und Klienten erleben die Behandlung als wirksam. Therapieerfolge werden u. a. an der Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und der Durchführung alltäglicher Aktivitäten festgemacht. Klienten sind motiviert, nach dem Therapiekonzept zu arbeiten, weil sie diese Veränderungen bewusst erleben und Ziele, die für sie wichtig sind, in die Behandlung einbezogen werden.

Ergotherapeuten entscheiden sich für die Anwendung des Perfetti-Konzeptes aufgrund der aktuellen neurowissenschaftlichen Basis und der aktiven Rolle, die der Klient im Therapieprozess einnimmt. Klienten bestätigen eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung u. a. aufgrund der erlebten Therapieerfolge. Ergotherapeuten sind zufrieden mit den differenzierten Behandlungsmöglichkeiten, die ihnen das Therapiekonzept bietet. Ergotherapeutische Assessments werden von den befragten Ergotherapeuten bisher kaum für die Therapieplanung und Ergebnisevaluation genutzt.

Um gültige Aussagen über erreichte Therapieerfolge zu erhalten, wird empfohlen, in der ergotherapeutischen Praxis zukünftig valide Assessments zu nutzen. Zum einen sind sie die Basis für wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept, zum anderen lenken sie den Fokus der Interventionsplanung auf individuelle, betätigungsorientierte Zielfindung.

Weiterführende Studien mit quantitativem Design können durchgeführt werden und mit Hilfe des Einsatzes von ergotherapeutischen Assessments die Wirksamkeit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept für eine bestimmte Klientengruppe untersuchen. Damit kann ein wesentlicher Beitrag zur Professionalisierung der Ergotherapie und Sicherung der Behandlungsqualität für die Klienten geleistet werden.

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	11
2. Theoretische Hinführung	13
2.1. Ergotherapeutischer Behandlungskontext	13
2.1.1. Ergotherapeutisches Paradigma	13
2.1.2. Ergotherapeutische Modelle	15
2.1.3. Ergotherapeutische Assessments	17
2.1.4. Ansätze ergotherapeutischer Befunderhebung, Therapieplanung und Intervention.....	18
2.2. Das Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Perfetti	19
2.2.1. Entwicklung des Therapiekonzeptes	19
2.2.2. Grundlegende Annahmen des Perfetti-Konzeptes	19
2.2.3. Analyse der spezifischen Pathologie des Klienten	21
2.2.4. Die Bedeutung der Übung	22
2.2.5. Übungsstrategien	22
2.2.6. Behandlungsplanung	23
2.2.7. Anwendungsbereiche	24
2.2.8. Studien.....	24
2.2.9. Information und Weiterbildungsmöglichkeiten.....	25
2.2.10. Annahmen – Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Wirksamkeit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept.....	26
3. Theoretische Konstrukte	27
3.1. Klientenzentrierung.....	27
3.1.1. Klientenzentrierte Praxis in der Ergotherapie.....	27
3.1.2. Klientenzentrierte Aspekte des Perfetti-Konzeptes	28
3.1.3. Annahmen zur Klientenzentrierung	29
3.2. Motivation	30
3.2.1. Motivation aus Klientenperspektive	30
3.2.2. Motive ergotherapeutischen Handelns	31
3.2.3. Annahmen zur Motivation von Klienten und Ergotherapeuten	32
3.3. Zufriedenheit.....	33
3.3.1. Zufriedenheit aus Klientenperspektive	33
3.3.2. Patientenzufriedenheit in der Ergotherapie	33
3.3.3. Annahmen zur Zufriedenheit	34
4. Studiendesign	35
4.1. Qualitativer Forschungsprozess	35
4.2. Phänomenologischer Forschungsansatz	36
4.3. Wahl der Untersuchungsmethoden	36
4.3.1. Leitfadengestütztes Experteninterview.....	37
4.3.2. Critical incident Methode	37
4.3.3. Auswertung der Interviews – qualitative Inhaltsanalyse.....	37
4.4. Schriftliche Befragung	38
4.4.1. Fragebogenkonstruktion.....	38
4.4.2. Fragearten und Antwortmöglichkeiten.....	40
4.4.3. Aufbau, Design, Format und Layout.....	42
5. Vorbereitung und Durchführung der Studie	45
5.1. Literaturrecherche und -analyse.....	47
5.2. Vorstudie – Leitfadengestützte Experteninterviews	48
5.2.1. Durchführung der Interviews	48
5.2.2. Auswertung der Interviews	48
5.2.3. Ergebnisse der Interviews	49
5.3. Pilotstudie	50
5.3.1. Durchführung der Pilotstudie	50
5.3.2. Auswertung der Pilotstudie.....	50

5.4.	Hauptstudie.....	51
5.4.1.	Einschlusskriterien und Stichprobengewinnung.....	51
5.4.2.	Kontaktaufnahme, Studienverlauf und Rücklaufquote	52
5.4.3.	Methodik der Auswertung.....	53
6.	Darstellung der Ergebnisse	55
6.1.	Demographische Daten der Teilnehmergruppen	55
6.1.1.	Demographische Daten der Klienten	55
6.1.2.	Demographische Daten der Ergotherapeuten.....	56
6.2.	Ergebnisse zum Konstrukt Klientenzentrierung	58
6.2.1.	Klienten – Aussagen zur Information	58
6.2.2.	Ergotherapeuten – Aussagen zur Information.....	59
6.2.3.	Klienten – Aussagen zur Zusammenarbeit	60
6.2.4.	Ergotherapeuten – Aussagen zur Zusammenarbeit	62
6.3.	Ergebnisse zum Konstrukt Wirksamkeit.....	63
6.3.1.	Klienten – Aussagen zur Anwendung von Therapiestrategien	63
6.3.2.	Klienten – Aussagen zur Erfahrung mit Schmerzen	65
6.3.3.	Ergotherapeuten – Erfahrung mit Schmerzbehandlung	66
6.3.4.	Klienten – Aussagen zur Wirksamkeit	67
6.3.5.	Ergotherapeuten – Aussagen zur Wirksamkeit	68
6.3.6.	Klienten – Aussagen zum Alltagsbezug	71
6.3.7.	Ergotherapeuten – Aussagen zum Alltagsbezug	73
6.3.8.	Ergotherapeuten – Aussagen zur Überprüfung der Wirksamkeit	74
6.4.	Ergebnisse zum Konstrukt Motivation	76
6.4.1.	Klienten – Aussagen zur Motivation	76
6.4.2.	Ergotherapeuten – Aussagen zur Motivation	77
6.5.	Ergebnisse zum Konstrukt Zufriedenheit	80
6.5.1.	Klienten – Aussagen zur Zufriedenheit	80
6.5.2.	Ergotherapeuten – Aussagen zur Zufriedenheit	81
7.	Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen.....	82
7.1.	Klientenzentrierung.....	82
7.2.	Wirksamkeit	83
7.3.	Motivation	85
7.4.	Zufriedenheit.....	86
8.	Schlussfolgerung	87
8.1.	Reflexion der Stärken, Schwächen und Verbesserungsmöglichkeiten.....	87
8.2.	Fazit der Studie und Ausblick.....	88
	Glossar	90
	Abkürzungsverzeichnis.....	99
	Abbildungsverzeichnis.....	100
	Tabellenverzeichnis	101
	Literatur.....	102
	Anlagenverzeichnis	111
	Anlagen.....	112

1. Einleitung

Die Anwendung professioneller Therapiekonzepte spielt in der ergotherapeutischen Behandlung neurologischer Klienten eine bedeutende Rolle (Marotzki, 2004, S. 45). Nahezu 2/3 aller ambulant behandelten Klienten werden mit Konzepten auf neurophysiologischer oder neuropsychologischer Basis behandelt (Steding-Albrecht, 2007, S. 318). Der Fokus der Behandlung liegt auf einer möglichst umfassenden Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeit als Grundlage für die Ausführung alltäglicher Aktivitäten.

Das Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Perfetti wird in den letzten 10 Jahren unter deutschen Ergotherapeuten mit zunehmendem Interesse in der Behandlung von neurologischen und orthopädischen Klienten angewendet. Perfetti (1997, S.22ff) betrachtet Rehabilitation als Lernprozess unter pathologischen Bedingungen. Die kognitive Theorie des Konzeptes geht davon aus, dass die Qualität der Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeit von der Aktivierung kognitiver Prozesse abhängt (Perfetti, 2007, S. 11).

Der Klient soll in der Therapie Strategien lernen, wie er wieder zu physiologischen, anpassbaren Bewegungen gelangt, die er dann flexibel im Alltag einsetzen kann (vgl. Beise, 2002, S. 284). Die Verfasser dieser Studie verfügen über Erfahrungen in der Behandlung neurologischer Klienten nach dem Perfetti-Konzept seit mehr als 10 Jahren. Der Bezug des Therapiekonzeptes zu aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen, die positiven Therapieergebnisse und nicht zuletzt die aktive Rolle des Klienten sind motivierende Faktoren, sich weiterzubilden, um Klienten eine qualitativ hochwertige Behandlung anbieten zu können.

Bisher gibt es keine Wirksamkeitsstudien zur ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept. Inspiriert durch das Bachelorstudium wollen die Verfasser einen Beitrag zur Professionalisierung der Ergotherapie leisten, indem sie die Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept systematisch erfassen.

Dazu wird ein Studiendesign gewählt, welches sowohl qualitative, als auch quantitative Aspekte, beinhaltet. Mittels qualitativer Untersuchungsmethoden wird den subjektiven Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten ausreichend Raum gegeben und quantitative Methoden können erfassen, ob ähnliche Auffassungen von einer größeren Anzahl an Klienten und Ergotherapeuten geteilt werden.

Salmon (2003, S. 311) betont, dass wissenschaftliche Ansätze, die sich mit der Evaluation eines therapeutischen Angebotes befassen, oft den eigentlichen Nutzer des Angebotes ausschließen. In dieser Studie betrachten wir die Perspektiven von Klienten und Ergotherapeuten als gleichermaßen bedeutsam und tragen dazu bei, neue Erkenntnisse zu gewinnen, um Empfehlungen für die therapeutische Praxis aufzuzeigen.

Zur Annäherung an das Forschungsthema werden von den Verfassern in einem ersten Schritt Annahmen über die Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept formuliert. Daraus entwickeln sich folgende Leitfragen dieser Studie:

- Wie erleben Ergotherapeuten und Klienten die Wirksamkeit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?
- Inwieweit erfolgt die Zusammenarbeit von Ergotherapeuten und Klienten in der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept nach Aspekten der klientenzentrierten Praxis?
- Was motiviert Ergotherapeuten und Klienten, in der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten?
- Wie zufrieden sind Ergotherapeuten und Klienten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?

Diese Studie beginnt mit einer theoretischen Hinführung zum aktuellen ergotherapeutischen Behandlungskontext in Kapitel 2. Darin werden auch die wesentlichen theoretischen Grundlagen des Perfetti-Konzeptes erläutert, um ein Grundverständnis über die Wirksamkeit der Behandlung sicherzustellen. Die Annahmen der Verfasser über Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zum Konstrukt der Wirksamkeit werden am Ende des Kapitels vorgestellt.

In Kapitel 3 werden theoretische Hintergründe zu den Konstrukten der Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit beschrieben. Dabei werden sowohl die Klienten- als auch Therapeutenperspektive berücksichtigt. Im Anschluss werden zu jedem der drei Konstrukte die entsprechenden Annahmen vorgestellt, um deren Theoriebezug zu verdeutlichen.

Das 4. Kapitel stellt das gewählte Studiendesign und die Untersuchungsmethoden vor. Die Konstruktion von Fragebögen für die Hauptstudie auf der Basis von leitfadengestützten Experteninterviews wird vorgestellt.

Die konkrete Durchführung der Studie wird in Kapitel 5 beschrieben. Im darauf folgenden 6. Kapitel werden die Studienergebnisse präsentiert und im Anschluss daran in Kapitel 7 auf der Grundlage relevanter Literatur diskutiert.

Handlungsempfehlungen für die ergotherapeutische Praxis werden vorgestellt. Abschließende Betrachtungen zu Stärken und Schwächen dieser Studie folgen im 8. Kapitel. Die gewonnenen Erkenntnisse werden verdeutlicht und es wird aufgezeigt, welche weiteren Forschungen sich an diese Studie anschließen können.

2. Theoretische Hinführung

Wenn Ergotherapeuten neurologische oder orthopädische Klienten nach dem Perfetti-Konzept behandeln, findet dies auf Grundlage ihrer Fachkenntnisse über das Behandlungskonzept und im Kontext ihrer eigenen Sichtweise von Ergotherapie statt. In den folgenden Kapiteln wird zunächst der ergotherapeutische Kontext kurz dargestellt. Das aktuelle ergotherapeutische Paradigma*, wesentliche Inhalte und Bedeutung von ergotherapeutischen Modellen und Assessments werden kurz erläutert. Zwei mögliche Wege der ergotherapeutischen Befunderhebung, Therapieplanung und Intervention werden vorgestellt.

Im Anschluss daran geben die Verfasser eine zusammenfassende Übersicht über die komplexe Theorie des Perfetti-Konzeptes. Sie dient dem grundlegenden Verständnis der Theorie, auf die sich die Wirksamkeit der Behandlung stützt. Darauf aufbauend werden die Annahmen der Verfasser über die Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Wirksamkeit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept vorgestellt.

2.1. Ergotherapeutischer Behandlungskontext

Die Ergotherapie ist im Gesundheitswesen als medizinisch-therapeutischer, rehabilitativer Beruf verankert und existiert nun seit mehr als 50 Jahren in Deutschland. Laut Marotzki (2006, S. 9) ist sie neben Physiotherapie und Logopädie zu einer „tragenden Säule in der medizinischen Versorgung und Rehabilitation“ geworden. In der Geschichte und Entwicklung der Ergotherapie haben gesellschaftliche Faktoren und das jeweilige medizinische Menschenbild Einfluss auf die Denkmuster und Behandlungsformen und somit auf das Paradigma des Berufsstandes gewonnen. (vgl. Marotzki, 2006, S. 27). Miesen, Christopher, Mentrup (2004, S. 156) beziehen sich auf Grundgedanken von Kielhofner zum aktuellen „contemporary paradigm“. Demnach zählen die klientenzentrierte Berufspraxis und die Bedeutung von Betätigung für den Menschen zu den grundlegenden Werten der Ergotherapie. Die aktive Einbindung („engagement“) und die Befähigung („empowerment“) des Klienten zur Betätigung und Partizipation stehen im Fokus der ergotherapeutischen Behandlung.

Auf diesen Grundgedanken basiert die aktuelle Definition von Ergotherapie des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE):

„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 8/2007

2.1.1. Ergotherapeutisches Paradigma

„Paradigma (griechisch *paradigma*: Beispiel, Vorbild, Verweis, Beweis, Urbild), Bezeichnung für ein Vorbild, Modell, Muster oder mustergültiges Beispiel“ (Microsoft® Encarta® 2007).

Hagedorn (2000, S. 35) weist darauf hin, dass im ergotherapeutischen Kontext u. a. eine Diskussion um die Begriffsdefinition des ergotherapeutischen Paradigmas stattfindet. Ausarbeitungen im „Berufsprofil Ergotherapie“ des DVE von 2004 beziehen sich auf die Definition des ergotherapeutischen Paradigmas von Kielhofner (2004, S. 16), auf die sich diese Studie bezieht. Basierend auf wissenschaftstheoretischen Arbeiten von Kuhn (1970) besteht das ergotherapeutische Paradigma nach Kielhofner (2004, S. 16) aus „core constructs“ (Kernannahmen), „focal viewpoints“ (Grundpositionen) und „values“ (Wertvorstellungen) des Berufsstandes. Die grundlegenden Aussagen des Autors sind im Folgenden zusammengefasst. Die Kernannahmen eines Paradigmas beschreiben, an welche menschlichen Bedürfnisse sich Ergotherapie richtet, welche Probleme sie löst und wie sie diese Probleme löst. Grundpositionen befassen sich mit der Organisation ergotherapeutischen Wissens. Die Auseinandersetzung mit den komplexen Beziehungen zwischen Person, Umwelt und Betätigung und der Austausch zwischen Wissenschaft und ergotherapeutischer Praxis spielen eine wichtige Rolle. Letztendlich basiert die Ausübung des Berufes auf grundlegenden Überzeugungen und Wertvorstellungen. Das jeweils vorherrschende Paradigma deutet das Wesen, die Zielsetzung und die Grenzen des Berufes an. Es gibt den Angehörigen des Berufsstandes Stabilität und eine unverkennbare Identität. Das

ergotherapeutische Paradigma stellt eine gemeinsame, verbindende Basis dar ungeachtet verschiedener Behandlungssituationen und Spezialgebiete, in denen Ergotherapeuten arbeiten.

Paradigmenwechsel - Entwicklung zum „contemporary paradigm“

Anhand der Entwicklung der Ergotherapie in den USA stellt Kielhofner (2004, S. 31-44) die wesentlichen Merkmale von bisher drei ergotherapeutischen Paradigmen dar. Im „*paradigm of occupation*“ (USA, 1900-1940) heben die Kernannahmen die Bedeutung von Betätigung für Gesundheit und Wohlbefinden und das Potential von Betätigung als therapeutisches Mittel hervor (Kielhofner, 2004, S. 31-44). Grundpositionen betrachten die dynamische Beziehung zwischen den Umgebungsfaktoren und der Ausführung von Betätigung. Die Werte gründen auf einer ganzheitlichen Sichtweise des Menschen.

Auf Druck der medizinischen Disziplinen führte die Forderung nach empirischer* Evidenz* und theoretischen Grundlagen für die Behandlungspraxis zur Einleitung eines ersten Paradigmenwechsels*.

Das „*mechanistic paradigm*“ (Kielhofner, 2004, S. 46-57) geht in seiner Grundposition von einer medizinisch-reduktionistischen Sichtweise aus (USA, 1960-1970). Der Blickwinkel ist auf das Verständnis der Funktionen des Muskel-, Skelett- und Nervensystems gerichtet und deren Einfluss auf Funktion und Dysfunktion*. Im Vordergrund ergotherapeutischer Behandlung steht das Identifizieren von Funktionsstörungen und Behandlungsziele streben die Verbesserung von Funktionsstörungen an.

Obwohl das mechanistische Paradigma in vielen Bereichen das grundlegende Wissen von Ergotherapeuten verbesserte, wurden auch unerwünschte Folgen für das Berufsbild deutlich. Ganzheitliches Denken wird ersetzt durch eine Betonung der reduktionistischen* internen Prozesse des Körpers und der Psyche. In den sechziger Jahren entwickeln sich auf dieser Basis professionelle Therapiekonzepte u. a. auf neurophysiologischen* Grundlagen. Sie verfolgen das Ziel, die Pathologie* des Klienten zu reduzieren.

In Deutschland etablieren sich Mitte der siebziger Jahre funktionell orientierte Therapiekonzepte in der Ergotherapie (Marotzki, 2006, S. 45-57). So gehört z. B. das Bobath-Konzept* bis heute zu den meist verbreiteten Behandlungskonzepten in der Behandlung neurologischer Klienten in der Ergotherapie und Physiotherapie. Ergotherapeutische Behandlung konzentriert sich in dieser Zeit auf das Identifizieren und Behandeln von Funktionsstörungen. Menschliche Betätigung in ihrer Vielfalt wird fast unmerklich zur Randbedingung und die Partizipation* an bedeutungsvoller Betätigung häufig völlig vom Therapieplan gestrichen.

Ein Verlust der professionellen Identität und das Vertrauen in die therapeutische Bedeutung von Betätigung sind die Folge. Aus dieser Krise heraus wird in den USA ein zweiter Paradigmenwechsel eingeleitet (Kielhofner, 2004, S. 58).

Das „*contemporary paradigm*“ (heutige) kehrt in den achtziger Jahren (USA) zurück zu Betätigung als Kernelement des Berufsbildes (Kielhofner, 2004, S. 64-93). Nützliche Konzepte aus dem „*mechanistic paradigm*“ und der Fokus auf Betätigung aus dem „*paradigm of occupation*“ werden zusammengeführt. Die Grundposition des Paradigmas orientiert sich an systemtheoretischen und ganzheitlichen Sichtweisen des Menschen. Das individuelle Bedürfnis von Menschen nach bedeutungsvoller Betätigung, sowie eine betätigungsbasierte Praxis gehören zu den Kernelementen. Grundlegende Werte orientieren sich an der Bedeutung von Betätigung im menschlichen Leben und der Wichtigkeit des „*active engagement*“ (aktiv eingebunden sein) und „*empowerment*“ (Befähigung) von Klienten. Daraus resultiert eine klientenzentrierte Vorgehensweise, die Klienten in die Formulierung und Festlegung der Zielsetzung einbezieht.

Ergotherapeutische Praxismodelle werden in dieser Zeit in den angelsächsischen Ländern entwickelt (Marotzki, 2006, S. 45). Sie verfolgen das Ziel, dem Berufsbild eine fachspezifische theoretische Basis zu geben und eine klare Identität gegenüber anderen Professionen im Gesundheitswesen zu beschreiben. Laut Miesen et al (2004, S. 156) findet in der deutschen Ergotherapie seit Ende der neunziger Jahre eine vermehrte Auseinandersetzung mit ergotherapeutischen Modellen und Theorien statt. Sie beeinflussen und verändern jedoch nur langsam die ergotherapeutische Praxis. Die Autoren stellen fest, dass sich nicht alle Kollegen, Institutionen und Fachbereiche bisher mit diesen Themen auseinandersetzen und einen Paradigmenwechsel in der deutschen Ergotherapie aktiv mitgestalten. Ihrer Ansicht nach herrscht in vielen Bereichen noch eine reduktionistische Orientierung an Störungsbildern und der Behandlung von Funktionsstörungen vor. Ein einheitliches Bild der Ergotherapie nach außen ist nur schwer zu erkennen. Inwieweit klientenzentrierte Praxis im ergotherapeutischen Alltag und die Befähigung von Klienten eine Rolle spielen ist unklar.

Habermann (2002, S. 20-21) ist der Ansicht, dass die Auseinandersetzung mit ergotherapeutischen Praxismodellen und die Betrachtungsweise des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) den Paradigmenwechsel in der neurologischen Ergotherapie unterstützen. Die Weiterentwicklung der eigenen beruflichen Praxis ist laut Siepelmeyer-Müller (2003, S. 12-16) Grundlage für die Mitgestaltung eines Paradigmenwechsels. Die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit Praxismodellen, die Reflektion der eigenen Arbeitsweise und Grundhaltung, sowie die Frage nach Bedürfnissen und Zufriedenheit von Klienten sind Voraussetzung dafür.

2.1.2. Ergotherapeutische Modelle

Für die Begriffe ergotherapeutisches Modell oder Praxismodell gibt es keine einheitliche Definition. Laut Hagedorn (2000, S. 16) herrscht jedoch gemeinsamer Konsens darüber, dass ein Modell „*Ideen und Konzepte für einen spezifischen Beruf in sich vereint.*“

Die Verfasser verweisen auf die Definition von Kielhofner, da eine ausführliche Begriffsdiskussion für das Verständnis dieser Studie nicht relevant erscheint.

„*A model is a way of thinking about and doing practice that is constantly refined and improved*“ (Kielhofner, 2004, S. 74).

Demnach beschreibt ein Modell die grundlegende Denkweise über die ergotherapeutische Praxis und ihre Ausführung. Modelle basieren auf einer interdisziplinären Wissensbasis, formulieren Theorien über spezielle Phänomene, geben einen Leitfaden für die ergotherapeutische Praxis und sind wissenschaftlich überprüft. Die Anwendung eines Modells in der Praxis unterstützt die Begründung spezifisch ergotherapeutischer Handlungsweisen, die konsequente Ausrichtung der Therapie an der Handlungsfähigkeit und den Handlungswünschen des Klienten. Zu den bekanntesten und weit verbreiteten Modellen gehören das amerikanische „*Model of Human Occupation*“ (MOHO) von Kielhofner und das „*Canadian Model of Occupational Performance*“ (CMOP) des kanadischen Berufsverbandes der Ergotherapeuten (CAOT). Modelle beruhen auf der Betrachtung der komplexen Interaktion von Person, Betätigung und Umwelt. Unterschiede liegen in der Betonung einzelner Komponenten und der Betrachtungsweise der komplexen Interaktion.

Person-Environment-Occupation Model (PEO)

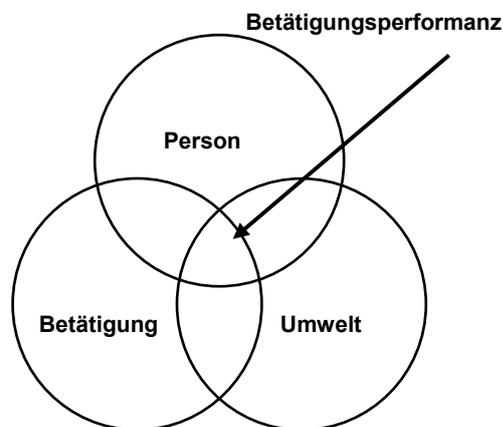


Abb. 1. Adaptierte Darstellung des PEO-Modells (Law & Dunbar, 2007, S. 29)

Das PEO-Modell basiert auf der Arbeit einer Forschergruppe an einer kanadischen Universität in den frühen Neunzigern (Law & Dunbar, 2007, S. 28-32). Aus Sicht des PEO-Modells ist „*occupational performance*“ (Betätigungsperformanz) das Resultat einer dynamischen, permanenten Interaktion zwischen der Person, ihrer Betätigung und der Umwelt. Die Art und Weise, wie jemand eine Betätigung ausführt, kann beobachtet werden, das Erleben von „*occupational performance*“ bleibt jedoch subjektiv. Die Person wird als einzigartiges Wesen betrachtet. Sie weist spezifische körperliche, emotionale, kognitive und spirituelle* Charakteristika auf.

Diese individuellen Merkmale der Person nehmen Einfluss auf Betätigungen, interagieren mit der Umwelt und beeinflussen die Erfahrung einer Betätigungsausführung. Die Umwelt schließt kulturelle, soziale, psychosoziale, organisatorisch-institutionelle und physikalische Komponenten mit ein. Ver-

schiedene Umgebungsbedingungen beeinflussen die „*occupational performance*“ des Menschen in unterschiedlicher Art und Weise. Betätigung wird von Law et al (zitiert in Law & Dunbar, 2007, S. 31) definiert als:

„...*groups of self-directed, functional tasks and activities in which a person engages over lifespan.*“

Interventionen, die auf dem PEO-Modell basieren, befähigen Klienten zur optimalen Ausführung von Betätigungen, die für ihn von Bedeutung sind (Law & Baum, 2005, S. 14).

Die Orientierung an der klientenzentrierten Praxis stellt die partnerschaftliche Zusammenarbeit in den Vordergrund und unterstützt Klienten darin, Verantwortung für ihre eigene Rehabilitation zu übernehmen.

Im Folgenden werden die Kernthemen des CMOP und MOHO kurz zusammengefasst. Beide Modelle basieren auf den Grundgedanken der Interaktion zwischen Person, Umgebung und Betätigung. Unterschiede liegen in der Betonung von Kernthemen, der Gewichtung einzelner Elemente und der Komplexität der Theorie (Law & Baum, 2005, S. 13-15).

CMOP – Canadian Model of Occupational Performance

Das CMOP basiert auf einem klientenzentrierten Ansatz. Die Bedeutung von „*occupation*“ (Betätigung), „*occupational performance*“ (Betätigungsperformanz) und „*enablement*“ (Befähigung) des Klienten sind Kernthemen des Modells (CAOT, 2002, S. 3). Die klientenzentrierte Praxis beschreibt die Gestaltung des Therapieprozesses und die Beziehung zwischen Therapeut und Klient (Law, Polatajko, Baptiste, Townsend, 2002, S. 29ff). „*Occupational performance*“ des Klienten ist das Resultat einer dynamischen Beziehung zwischen Person, Umwelt und Betätigung. Sie beschreibt die Fähigkeit, bedeutungsvolle Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und zufriedenstellend auszuführen. Als wesentliche Betätigungsbereiche werden die Bereiche der Selbstversorgung, der Produktivität* und Freizeit identifiziert. Spiritualität* ist das Kernkonzept des Modells und beschreibt das innere, ganz persönliche Wesen eines Menschen. Die Umwelt umfasst kulturelle, institutionelle, physikalische und soziale Aspekte. Sie bildet u. a. den Kontext, in welchem Betätigung stattfindet (Law et al, 2002, S. 44). Die ergotherapeutische Behandlung hat das Ziel, den Klienten zu befähigen, für ihn bedeutungsvolle Betätigungen zufriedenstellend auszuführen.

MOHO – Model of Human Occupation

„*Das Modell der menschlichen Betätigung basiert auf systemtheoretischen Denkansätzen und reflektiert somit eine dynamische und ganzheitliche Sicht des Menschen*“ (Kielhofner, Mentrup, Niehaus, 2004, S. 46).

Der Fokus ist auf das „*occupational functioning*“ (Betätigungsfunktion) und auf die Organisation oder Reorganisation des „*occupational behavior*“ (Betätigungsverhaltens) eines Menschen gerichtet. Kielhofner (2004, S. 14) beschreibt drei grundlegende Komponenten des Menschen, die „*habituation*“ (Rollen und Gewohnheiten), „*volition*“ (Selbstbild, Werte und Interessen) und „*performance capacity*“ (Performanzvermögen), die miteinander in Wechselbeziehung stehen. Sie beeinflussen, welche Betätigungen ein Mensch auswählt und wie er sein Betätigungsverhalten im Laufe seines Lebens gestaltet. Auch die Umwelt mit ihren physikalischen und sozialen Gegebenheiten wiederum beeinflusst die Wahl von Betätigung und das Betätigungsverhalten des Menschen. Das MOHO basiert auf einer sehr komplexen Theorie.

Auf der theoretischen Basis von Modellen werden Erhebungsinstrumente, sog. Assessments entwickelt (Marotzki, 2006, S. 65). Die Bedeutung und verschiedene Arten von Assessments werden im nächsten Kapitel kurz vorgestellt.

2.1.3. Ergotherapeutische Assessments

Der englische Begriff „*assessment*“ kann mit Beurteilung, Bewertung oder Befunderhebung übersetzt werden (Berding et al, 2004, S. 107). Es handelt sich bei ergotherapeutischen Assessments um Erhebungsinstrumente, bei denen die Untersuchung der „*occupational performance*“ in verschiedenen Betätigungsbereichen im Vordergrund steht (Hagedorn, 2000, S. 21; McColl & Pollock, 2005, S. 81-90). Von den Autoren ergotherapeutischer Modelle werden Assessments für verschiedene Klientengruppen zu unterschiedlichen Problemstellungen auf der theoretischen Basis des Modells entwickelt. Assessments dienen der Identifikation von Betätigungsproblemen, erleichtern Zielfindung und Therapieplanung und ermöglichen die Evaluation* der Therapieergebnisse (Hagedorn, 2000, S. 21). Um gültige Aussagen über Therapieerfolge machen zu können, müssen Assessments valide* (gültig) und reliabel* (zuverlässig) sein (Hagedorn, 2000, S. 22).

Assessments sind eine wichtige Grundlage für Untersuchungen zur Wirksamkeit einer ergotherapeutischen Behandlung. Es wird grundsätzlich zwischen Beobachtungs- und Selbstbewertungsassessments unterschieden. Bei Anwendung von Beobachtungsassessments bewerten Ergotherapeuten anhand der Beobachtung des Klienten unterschiedliche Aspekte der Betätigungsausführung. Eine möglichst objektive Bewertung wird angestrebt. Selbstbewertungsassessments stellen die subjektive Perspektive des Klienten an erste Stelle. Klienten bewerten ihre Erfahrungen und Gefühle bei der Ausführung von Betätigung (Mc Coll & Pollock, 2005, S. 82).

Beispielhaft werden 2 unterschiedliche Assessments vorgestellt, die u. a. für die Anwendung bei Klienten mit neurologischen und orthopädischen Krankheitsbildern geeignet sind.

Das Ergotherapeutische Assessment – Ergo ASS, wurde in Deutschland entwickelt. Es integriert Grundannahmen der verschiedenen angelsächsischen Modelle und des ICF (Voigt-Radloff, Akkad, Seume, 2003, S. 6ff) in seinem Inhalt. Die Fähigkeiten des Klienten bei der Ausführung von Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung und eigenständigen Lebensführung werden erfasst. In drei Domänen erfolgt die Beurteilung alltagsrelevanter Folgen sensomotorischer, neuropsychologischer und psychosozialer Funktionen. Ergänzt wurde die Domäne der arbeitsrelevanten Basisaktivitäten (Leonhart, Akkad, Seume, Häußermann, Voigt-Radloff, 2006). Laut Validierungsstudie (Schochat, Voigt-Radloff, Weis, 2002) ist das Ergo ASS ein reliables und valides Messinstrument, das spezifische Aspekte ergotherapeutischer Behandlung erfasst und sensitiv Veränderungen im Funktionsstatus des Klienten misst.

Das COPM (Canadian Occupational Performance Measure) ist ein Selbstbewertungsassessment, das auf dem CMOP basiert (George, 2002). Es ist ein Instrument zur Identifizierung klientenzentrierter Ziele und zur Outcomeevaluation aus Klientenperspektive.

Der Klient identifiziert zunächst „*occupational performance*“ Probleme in den Bereichen der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit und deren Wichtigkeit. Im nächsten Schritt bewertet der Klient seine Fähigkeit der aktuellen „*occupational performance*“ (Betätigungsausführung) und seine Zufriedenheit mit dieser auf einer 10er Skala. Für die englische Version des COPM gelten die Testgütekriterien als belegt (George, 2002, S. 27; Law et al, 2004, S. 151).

Für die deutsche Übersetzung wurden bisher kaum Untersuchungen veröffentlicht (George, 2002, S. 28). Es kann nach Ansicht von Dehnhardt, Harth, Meyer & George (2004, S. 154) davon ausgegangen werden, dass das COPM ein nützliches Instrument ist, um den klientenzentrierten Ansatz in die Praxis umzusetzen. Es herrscht jedoch Unklarheit darüber, ob tatsächlich Veränderungen der Betätigungsleistung gemessen werden, solange die Objektivität des Instruments nicht belegt ist.

2.1.4. Ansätze ergotherapeutischer Befunderhebung, Therapieplanung und Intervention

Top-down und Bottom-up

Es werden zwei wesentliche Ansätze identifiziert, nach denen ergotherapeutische Befunderhebung, Therapieplanung und Intervention strukturiert werden können (Holm, Rogers, Stone, 2003, S. 466). Basierend auf Arbeiten von Thrombly (1993, S. 253-257) werden sie als „top-down“ und „bottom-up“-Ansatz bezeichnet.

Der bottom-up-Ansatz legt seinen Fokus auf das Untersuchen und Behandeln von Funktionsstörungen. Dabei werden die Körperfunktionen und –strukturen, sowie die dazugehörigen Behinderungen betrachtet (Holm, Rogers, Stone, 2003, S. 466). Der Therapeut richtet seine Aufmerksamkeit auf Defizite von Funktionen wie Kraft, Gleichgewicht und Bewegungsausmaß, die er als Voraussetzung für eine erfolgreiche Betätigungsperformanz betrachtet. Befund und Zielsetzung erfolgen aus der Perspektive des Therapeuten (Hase, 2007, S. 198). Thrombly (1993, S. 253) weist darauf hin, dass sich der Therapeut die Zusammenhänge zwischen Funktionsstörung und Betätigungsperformanz verdeutlicht, jedoch nicht zum Klienten transportiert.

Der bottom-up-Ansatz birgt die Gefahr, dass die Aktivität und Partizipation und die Prioritäten des Klienten für die Behandlung vernachlässigt werden. Die ergotherapeutische Behandlung läuft Gefahr, an der Behandlung von Funktionsstörungen stehen zu bleiben. Fehlende Transparenz über Ziele und Behandlungsinhalte können zu Irritationen und Enttäuschung beim Klienten führen (Thrombly, 1993, S. 253). Die eigentlichen Interessensbereiche der Ergotherapie sind, sowohl für den Klienten, als auch für andere Berufsgruppen nur schwer transparent darzustellen (Fischer, 2005, S. 16).

Der top-down-Ansatz stellt die Bedeutung der Betätigung im Leben des Klienten vor der Erkrankung in den Fokus der Behandlungsplanung (Thrombly, 1993, S. 253ff). Es werden zunächst Rollen identifiziert, die für den Klienten in den Betätigungsbereichen der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit bedeutsam sind. Aus dieser Perspektive werden die zugrunde liegenden Fähigkeiten auf der Funktionsebene analysiert, die der Klient benötigt, um wieder erfolgreich und kompetent zu handeln. Die Verknüpfung zwischen Handlungskompetenz und dazugehörigen Fähigkeiten wird für den Klienten transparent und motiviert ihn zur aktiven Mitarbeit (Holm et al, 2003, S. 469). Unter dem top-down-Ansatz übernimmt der Ergotherapeut nicht die Rolle des Behandlers von Funktionsstörungen, sondern unterstützt, befähigt den Klienten, selbstständig Einfluss auf seine Probleme zu nehmen (Hurtz, 2002, S. 514).

Ergotherapeutische Modelle, die sich an einem systemtheoretischen und klientenzentrierten Ansatz orientieren wie das MOHO und das CMOP, implizieren laut Hase (2007, S. 199) das Vorgehen des Therapeuten nach dem top-down-Ansatz. Verschiedene Autoren (Holm et al, 2003, S. 467; Hase, 2007, S. 199; Fischer, 2005, S. 16) verdeutlichen anhand der Ebenen des ICF die unterschiedliche Herangehensweise beider Ansätze. In der folgenden Tabelle sind beide Ansätze nach ICF-Ebenen mit den dazugehörigen Definitionen dargestellt (Dimdi, 2005, S. 16).

bottom-up Ansatz		top-down Ansatz
3. Partizipation →	„einbezogen sein in eine Lebenssituation“	1. Partizipation
↑		↓
2. Aktivitäten →	„Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen	2. Aktivitäten
↑		↓
1. Körperstrukturen/ Körperfunktionen	„anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile“ „physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen)“	3. Körperstrukturen/ Körperfunktionen

Tab. 1: Adaptierte Darstellung des top-down und bottom-up Ansatzes nach ICF-Ebenen (vgl. Fischer, 2006, Haase, 2006)

2.2. Das Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Perfetti

Ergotherapeutische Modelle und Therapiekonzepte teilen laut Marotzki (2006, S. 55 -65) die Absicht, eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis für den praktizierenden Ergotherapeuten herzustellen. Die theoretische Begründung eines Therapiekonzeptes basiert auf Bezugswissenschaften des jeweiligen medizinischen Fachbereichs. Therapiekonzepte beinhalten praktische Anleitungen zur Arbeit mit dem Klienten, Behandlungstechniken, Therapiemittel und diagnostische Befunderhebungsinstrumente.

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die Entwicklung des Konzeptes und seine grundlegenden Annahmen dargestellt. Im weiteren Verlauf werden die Analyse der Pathologie des Klienten, die Bedeutung der Übung und die Behandlungsplanung kurz beschrieben. Auf die Anwendungsbereiche, Studien zum Therapiekonzept, sowie Information und Weiterbildungsmöglichkeiten wird abschließend Bezug genommen. Auf dieser theoretischen Basis werden die Annahmen der Verfasser zu Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten bezüglich der Wirksamkeit der Therapie nach dem Perfetti-Konzept vorgestellt.

2.2.1. Entwicklung des Therapiekonzeptes

Prof. Carlo Perfetti, ausgebildeter Neuropsychiater und Rehabilitationsmediziner, ist heute Chefarzt der Klinik für Nervenkrankheiten in der Villa Miari in Santorso (Italien). Als wissenschaftlicher Direktor des „*Centro Studi Riabilitazione Neurocognitiva*“ (Studienzentrum für neurokognitive Rehabilitation) steht für ihn die Auseinandersetzung mit aktuellen Forschungsergebnissen, insbesondere der kognitiven Neurowissenschaften und deren Bedeutung für die Rehabilitation im Vordergrund. Birbamer (Beise, 2001a, S. 284) bezeichnet Perfetti als wichtiges Bindeglied zwischen Wissenschaft und Therapie, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in therapeutische Übungen zu übersetzen. In den siebziger Jahren war die Unzufriedenheit mit den Rehabilitationsergebnissen der Rehabilitation der Hand bei Hemiplegiepatienten Auslöser für seine Forschungstätigkeit (Perfetti, 1997, S. 7ff). Entgegen vorherrschender mechanistischer Anschauungsweisen der Siebziger Jahre bevorzugt Perfetti (1997, S. 58-60) eine systemische* Sichtweise des Menschen.

Auch spätere Anschauungsweisen, die Bewegung und Verhalten des Menschen als Summe von Reflexaktivitäten betrachten, hält Perfetti (Beise, 2002, S. 822; Oberleit & Wagner, 1996, S. 260) für ungeeignet. Der Autor spricht von neuromotorischen Ansätzen, zu denen er u. a. das Bobath-Konzept zählt. Sie dominieren bis heute im Großen und Ganzen die neurologische Rehabilitation. (Beise, 2002, S. 822).

Perfetti plädiert für eine Veränderung des Rehabilitationsparadigmas (Beise, 2002, S. 822). Er bevorzugt den systemtheoretischen Ansatz. Die motorische Organisation wird als komplexes Phänomen betrachtet. Erst durch das Zusammenwirken verschiedener Elemente ist der Mensch in der Lage, seinen Körper in unterschiedlicher Art und Weise zu organisieren und sein Verhalten variabel an die Bedingungen der Umwelt anzupassen (Perfetti, 2007, S. 242-244).

Theoretische Grundlagen des Perfetti-Konzeptes orientieren sich u. a. an Gedanken von Alexander Lurija*, Oliver Sachs*, Jean Piaget* und Carl Popper* (Oberleit, 1993, S. 307). Anfänglich stand die Erforschung und Definition der „*spezifischen Motorik*“ als sichtbares Phänomen des Hemiplegiepatienten im Vordergrund (Perfetti 2007, S. 18ff). Therapie und Übungsinhalte waren darauf ausgerichtet, dem Klienten die Kontrolle seiner pathologischen Bewegung zu ermöglichen.

2.2.2. Grundlegende Annahmen des Perfetti-Konzeptes

Bewegung als Erkenntnisprozess - Kognitive Vision der Bewegung -

Perfetti spricht vom Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen. Die Grundgedanken der kognitiven Theorie besagen: „...dass Bewegung nicht mit der Muskelkontraktion, sondern der Bewegungsplanung im Gehirn beginnt“ (Beise, 2001, S. 282).

“Als kognitiv definiert man die Abläufe, die es dem Menschen ermöglichen, sich mit der Außenwelt in Verbindung zu setzen, Informationen hinsichtlich dieser Interaktionen zu verarbeiten, gemachte Erfahrungen zu sammeln, diese bei anderen Gelegenheiten anzuwenden, die Merkmale nachfolgender Interaktionen zu verändern und sie zum Gegenstand der Kommunikation zu machen. Zu den kognitiven Prozessen gehören die Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis, die Vorstellungsgabe und die Sprache“ (Perfetti 2007, S. 11).

Nach der kognitiven Vision dient Bewegung dazu, der Welt einen Sinn zu geben (Perfetti, 1997, S. 56-57; Beise, 2002, S. 824). Wenn Menschen die Welt um sich herum erfahren wollen, geschieht dies in Interaktion mit der Welt. Bewegung wird somit als Element der „*Erkenntnis*“ betrachtet.

Moderne Modelle von Bewegung sehen laut Conti (2004) die Aufgabe des ZNS nicht nur in der Bewegungskontrolle. Das ZNS analysiert, schaut voraus, plant und adaptiert Bewegung. Zwischen den verschiedenen Modulen der Bewegungsorganisation findet eine ständige Interaktion statt. Eine Läsion, wie z. B. nach einem Hirninfarkt, führt daher zu einer komplexen Störung des gesamten Systems. Diese Sichtweise hat Einfluss auf die Betrachtungsweise der Rehabilitation.

Rehabilitation als Lernprozess

„*Eine neuere Theorie sieht die Rehabilitation als einen Lernprozess bei Vorliegen pathologischer Bedingungen an*“ (Perfetti, 1997, S. 22-23). Nach Ansicht des Autors steht die Qualität der Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeit in engem Zusammenhang mit der korrekten Aktivierung von kognitiven Prozessen.

Die rehabilitative Arbeit ist dadurch gekennzeichnet, dass sie den Patienten zur Aktivierung dieser Prozesse führen soll, um ihm dadurch die weitestgehende Wiederherstellung der durch die Läsion beeinträchtigten Funktionen zu ermöglichen“ (Perfetti, 2007, S. 22).

Basierend auf Arbeiten der Kognitionsbiologen Maturana* & Varela* von 1986, kommt Perfetti (2007, S. 91) zu der Auffassung, dass es keine stereotypen motorischen Programme zum Auswählen gibt. Der Mensch bewegt sich jedes Mal anders. Dabei werden die Strukturen des ZNS und des Körpers immer wieder neu organisiert. Das System besitzt die Fähigkeit, sich zu wandeln und zu erneuern. Mit diesem Verständnis zerstreut der Autor die Illusion, man könne als Therapeut Bewegungsprogramme beim Klienten aktivieren, so wie man ein Buch aus dem Regal holt. Die Rehabilitation soll sich darauf konzentrieren, den Klienten die Fähigkeit zu lehren, Bewegungen immer wieder ganz anders zu organisieren.

„*Deshalb muss es unser Ziel sein, nicht einzelne Phänomene anzugehen, sondern den Patienten in die Lage zu versetzen, Strategien zu erlernen, die er unter immer neuen internen und externen Bedingungen anwenden kann*“ (Beise, 2001a, S. 283-284).

Basierend auf aktuellen Forschungsarbeiten über die Plastizität* und Reorganisationsprozesse des ZNS weist Conti (2004) darauf hin, dass Lernprozesse zu strukturellen und funktionellen Veränderungen sensibler und motorischer Repräsentationen im ZNS führen. Die gerichtete Aufmerksamkeit auf relevante Informationen und die Schwierigkeit der Aufgabenstellung spielen im Lernprozess eine wichtige Rolle. Dieser kann verstärkt werden, wenn die Strategien im Lernprozess bewusst werden.

Der Körper als wahrnehmende Oberfläche

Der Körper wird im Rahmen des Konzeptes als wahrnehmende Oberfläche und differenzierte Informationsquelle betrachtet (Perfetti, 1997, S. 53ff). Der Autor bezieht sich auf wissenschaftliche Arbeiten von Strick & Preston (1982) und Gould (1986), die das Wissen über die Repräsentation sensibler und motorischer Informationen im ZNS erweitert haben. Demnach gibt es in den motorischen und sensorischen Cortexarealen* mehrfache Repräsentationen, die je nach Funktion und Interaktion aktiviert werden. Somästhetische* Informationen spielen für die Organisation von Bewegung eine bedeutende Rolle. Informationen, die vom Körper kommen, erscheinen für den Wiederherstellungsprozess nach einer Läsion besonders geeignet. Aus diesem Grund werden Klienten im Rahmen der Übungen aufgefordert, die Augen zu schließen und ihre Aufmerksamkeit auf Informationen zu richten, die vom eigenen Körper kommen (Perfetti, 1997, S. 40).

„*Der Körper des Fühlenden ist nicht nur in der Lage, auf die Außenwelt einzuwirken, sondern ist auch in der Lage, mit der Außenwelt einen Dialog zu führen. ...beim Dialog spricht man, um mit einem anderen in Wechselbeziehung zu treten,....und man setzt sich in Bereitschaft, um die Antwort auf das Bestmögliche zu verstehen*“ (Perfetti, 1997, S. 63).

Der Körper als differenzierte Rezeptoroberfläche ist aufgrund seiner Fragmentierungsfähigkeit* in der Lage dem ZNS Informationen zu liefern und sich optimal in Interaktion mit der Umwelt anzupassen (Perfetti, 2007, S. 12). Auch für die Rehabilitation orthopädischer Klienten schlägt Perfetti ein Vorgehen vor, dass den Körper als System betrachtet (Perfetti, 2007, S. 248). Gelenke sind demnach nicht nur „*Mittel zur Bewegung*“, sondern „*echte Sinnesorgane*“, die dem ZNS wichtige Informationen liefern. Sie ermöglichen die Antizipation (Vorwegnahme) über den zukünftigen Handlungsablauf und die notwendige Anpassung der Muskelkontraktion.

2.2.3. Analyse der spezifischen Pathologie des Klienten

Jede Behandlungs- und Übungsplanung beruht auf der Auseinandersetzung mit der spezifischen Pathologie des Klienten. Die spezifische Motorik, das Profil und die mentalen Strategien des Klienten werden betrachtet. Es gilt die Hindernisse zu identifizieren, die eine normale Interaktion mit der Umwelt unmöglich machen (Pantè, 2004). Der Therapeut stellt sich die Frage, welche Prozesse und Strategien müssen beim Klienten aktiviert werden, um einen optimalen Lernprozess zu ermöglichen (Perfetti, 2007, S. 13). Im Rahmen der Studie wird ein kurzer Überblick über die Definition der spezifischen Motorik beim Hemiplegiepatienten gegeben.

Spezifische Motorik des Hemiplegiepatienten

Bei der beurteilenden Beobachtung des Hemiplegikers hat die traditionelle Rehabilitation für gewöhnlich das Auftreten und das Ausmaß des als „Spastizität“ definierten Phänomens in den Vordergrund gestellt.

„Man kann annehmen, dass unter diesem Terminus ein Symptomenkomplex zu finden ist. Er setzt sich aus verschiedenen Phänomenen bei unterschiedlichen Ursachen zusammen (Perfetti, 1997, S. 79).“

Perfetti (1997, S. 73) studiert die neurophysiologischen Faktoren, die zur „Spastizität“ führen und definiert diese im Rahmen der spezifischen Motorik. Es handelt sich dabei um die abnorme Reaktion auf Dehnung*, abnorme Irradiation*, elementares Schemata* und das Rekrutierungsdefizit*.

Bei der Analyse der Pathologie des Klienten ist es wichtig, dass der Therapeut versteht, wie die Läsion* die Organisation des ZNS verändert hat. Eine genaue Analyse der spezifischen Motorik ermöglicht dem Therapeuten, die Behandlung an die Besonderheiten der einzelnen Klienten angepasst, strukturiert und genau auszuarbeiten. Es geht darum, jene pathologischen Elemente herauszufinden, die verhindern, dass ein Klient eine hochentwickelte, anpassungsfähige und variable Bewegungsfähigkeit wiedererlangt (Lehmann, Hunziker, Van Hemelrijk, Conti, 2002, S. 95; Perfetti, 1997, S. 79).

„Profil des Patienten“

Kognitive Komponenten spielen für die Organisation von Bewegung eine bedeutende Rolle (Perfetti, 2007, S. 11). Im Profil des Klienten werden sie differenziert analysiert. Es geht darum herauszufinden, wie sie Einfluss auf die Art und Weise der Bewegung des Klienten nehmen.

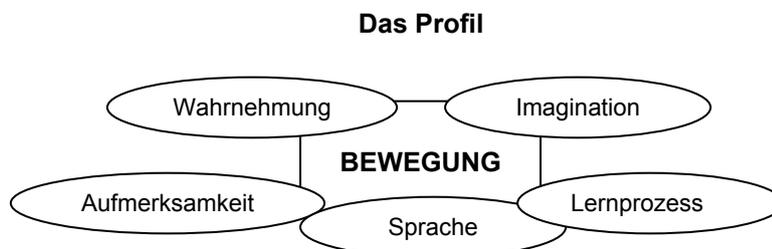


Abb. 2: Das Profil des Patienten (adaptierte Graphik von Wopfner-Oberleit, 2004)

Während der Befunderhebung sind u. a. folgende Leitfragen zur Erstellung des kognitiven Profils von Bedeutung (vgl. Wopfner-Oberleit, 2004):

- | | |
|-----------------------|--|
| <i>Sprache</i> | – Wie nutzt der Klient seine Sprache? Wie spricht er über seine betroffene Seite? |
| <i>Wahrnehmung</i> | – Wie nimmt der Klient seine betroffene Körperhälfte wahr? Wie spürt er Bewegung oder Berührung? |
| <i>Aufmerksamkeit</i> | – Wie nutzt der Klient seine Aufmerksamkeit? Worauf richtet er seine Aufmerksamkeit beim Erkennen? |
| <i>Lernprozess</i> | – Wie lernt der Klient? |
| <i>Imagination</i> | – Kann der Klient eine motorische Imagination bilden? Bildet er eine korrekte Imagination? |

2.2.4. Die Bedeutung der Übung

Im Rahmen des Therapiekonzeptes spielt die Übung in zweierlei Hinsicht eine zentrale Rolle. Zum einen dient sie der Überprüfung von Hypothesen über die Regenerationsprozesse im ZNS. Die Übung ist damit eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes auf wissenschaftlicher Basis (Wopfner-Oberleit, 2005 Perfetti, 1997, S. 12).

Perfetti (1997, S. 12-14) nutzt ausbleibende Therapieerfolge als Grundlage für die wissenschaftliche Erforschung des aufgetretenen Problems. Nachdem das Problem identifiziert ist, werden Arbeitshypothesen auf der Basis von Literaturrecherche und relevanter Grundlagenforschung formuliert. Es werden Übungen entwickelt, die u. a. der Überprüfung dieser Hypothesen dienen. Auf diese Weise wird das Therapiekonzept fortlaufend weiterentwickelt und aktualisiert. Neue Probleme werden entdeckt und führen zu neuen Forschungsfragen (Perfetti, 1997, S. 18-19). Ziel dieser Vorgehensweise ist es, dem Klienten einen optimalen Lernprozess zur Wiederherstellung seiner Bewegungsfähigkeit zu ermöglichen.

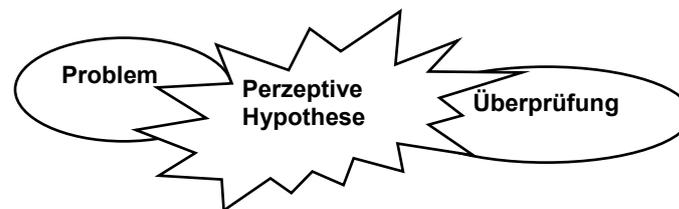


Abb. 3: Problem-Hypothese-Überprüfung

Zum anderen werden Übungen mit dem Klienten durchgeführt, mit dem Ziel, eine maximale Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit zu erreichen, soweit es die Läsion zulässt (Perfetti, 1997, S. 11).

Die Übungen werden als kognitiv-therapeutisch bezeichnet, weil der Klient bei jeder Ausführung einer Übung vor ein „kognitives Problem“ gestellt wird (Perfetti, 1997, S. 109). Er muss eine Erkenntnisaufgabe lösen, wie z. B. das Erkennen verschiedener Formen.

Die Lösung des Problems erfolgt durch die Aktivierung von kognitiven Strategien, wie sie im Profil des Patienten beschrieben sind. Die Aufgabenstellung einer Übung sollte dazu führen, dass der Klient sich fragen muss, was werde ich spüren, wenn ich bewegt werde? Was werde ich spüren, wenn ich mich selbst bewege, um ein Ziel zu erreichen oder wenn ich etwas berühre? In dieser Phase der Übung stellt das ZNS eine Hypothese darüber auf, was es gleich wahrnehmen wird und welche Informationen für die Lösung des Problems von Bedeutung sind (Perfetti, 2007, S. 29). Am Ende einer Übung muss der Klient seine zuvor erstellte Hypothese mit dem vergleichen, was er tatsächlich wahrgenommen hat. Der Therapeut begleitet den Klienten in diesen Prozess. Die Sprache des Therapeuten und Klienten spielt hier eine zentrale Rolle (siehe Kapitel 3.1.2.).

2.2.5. Übungsstrategien

Motorische Imagination

Die motorische Imagination ist eine Übungsstrategie, die aktuell von großer Bedeutung ist. Unter motorischer Imagination wird die Fähigkeit des Menschen betrachtet „im Voraus sagen zu können, was man zu spüren erwartet“ (Perfetti, 2007, S. 29).

Perfetti (2007, S. 30ff) bezieht sich u. a. auf Arbeiten von Decety (1996), der motorische Imagination als einen dynamischen Zustand beschreibt, in dem eine bestimmte Handlung simuliert wird. Dies setzt voraus, dass man sich selbst beim Ausführen einer bestimmten Handlung wahrnimmt (Perfetti, 2007, S. 30ff). Erkenntnisse verschiedener wissenschaftlicher Untersuchungen sagen, dass beim Hervorrufen einer Imagination eine deutliche Veränderung der Erregbarkeit und Blutzirkulation im ZNS beobachtet werden kann.

Die Anwendung der Imagination in der Behandlung von Klienten basiert auf diesem Wissen. Vorgestellte und tatsächlich ausgeführte Handlungen aktivieren mit wenigen Ausnahmen die gleichen Strukturen im ZNS, die auch für die Vorbereitung und Programmierung von Bewegung genutzt werden (Wopfner-Oberleit, 2005). Sie soll den Klienten dazu befähigen, selbstgesteuert Einfluss auf die Ausführung und Korrektur von Bewegungen zu nehmen (Wopfner-Oberleit, 2005). Sie wird eingesetzt, um angemessene Muskelaktivierungen hervorzurufen und Sensibilitätsstörungen zu überwinden. Die Übungsstrategie ist auch geeignet, wenn Bewegungen erhalten werden sollen, die vorübergehend nicht möglich sind oder neue Bewegungen erlernt werden sollen.

Bewusste Erfahrung / Verbale Beschreibung

Durch die Analyse der spezifischen Motorik und die Erstellung des kognitiven Profils hat der Therapeut zunächst ein äußeres „Bild“ des Klienten. Er hat aber keinen Einblick darüber, was der Klient während einer Übung denkt und wie er seinen Körper wahrnimmt.

Bei dem Studium der Erkenntnisse zur bewussten Erfahrung bezieht sich Perfetti (2007, S. 19ff) auf wissenschaftliche Arbeiten der Kognitionsbiologen Chalmers* und Varela*. Demnach erforscht Chalmers die bewusste Erfahrung über die Sprache. Die „verbale Beschreibung der bewussten Erfahrung“ nimmt aktuell eine bedeutsame Rolle in der Behandlung ein (Perfetti, 2007, S. 19).

Perfetti (2007, S. 21) formuliert grundlegende Fragen für den Rehabilitationsprozess. Sie befassen sich mit der bewussten Erfahrung des Klienten und dessen Erkenntnisprozess:

„Was macht der Patient, um zu erkennen, welche kognitiven Prozesse bzw. Strategien setzt er ein? Was empfindet der Patient beim Erkennen?“ (Perfetti, 2007, S. 21).

Es geht darum, die subjektiven Erfahrungen des Klienten korrekt zu erfassen und zu analysieren. Nur das, was dem Klienten bewusst ist, kann er auch verändern. Die verbale Beschreibung gibt dem Therapeuten Hinweise darüber, wie der Klient seinen Körper (Innenwelt) in der Außenwelt empfindet und erlebt. Klienten werden im Rahmen der Übungen dazu aufgefordert, in der ersten Person über ihre bewusste Erfahrung während der Ausführung einer Übung, der Durchführung einer Bewegung oder beim Hineinspüren in den eigenen Körper zu berichten.

„Die angebotenen Übungen stellen nicht nur einen Stimulus für das ZNS dar, sich zu verändern – bedingt durch das Ausführen von kognitiven Handlungen sondern sie bilden auch eine bewusste Erfahrung für den, der sie lebt“ (Perfetti 2007, S. 19).

2.2.6. Behandlungsplanung

Der Therapeut führt die Planung der Behandlung auf der Basis seines erworbenen Wissens, eigenen Beobachtungen und den Untersuchungsergebnissen anderer Disziplinen durch. Basierend auf diesen Erkenntnissen werden „*voraussagende Elemente*“ formuliert, die den Rehabilitationsablauf unterstützen oder behindern können. Eine Hypothese über ein konkret überprüfbares Rehabilitationsziel, die sog. „*erwartete Endveränderung*“, wird erstellt (Lehmann et al, 2002). Als Formular für die Befunderhebung und Behandlungsplanung steht die „*cartella riabilitativa*“ zur Verfügung.

Der Therapeut hat die Aufgabe, Übungen zu entwickeln, die auf die individuelle Problematik des Klienten abgestimmt sind. Er begleitet den Klienten bei der Erreichung der definierten Ziele. Für jede geplante Übung werden Inhalte, Modalitäten und Ziele definiert.

Übungsinhalte beschreiben Strategien, die der Klient lernen soll, um das definierte Ziel zu erreichen (Lehmann et al, 2002, S. 102; Pantè, 2004). Die Modalitäten einer Übung beinhalten die Art der Übungsdurchführung, den Einsatz von Therapiemitteln, die Sprache des Therapeuten und Unterstützungsmöglichkeiten.

In der kognitiven Rehabilitationstheorie erarbeitete Übungen müssen konkrete und objektivierbare Ziele enthalten, auch wenn sie auf den Einsatz von mentalen Prozessen Bezug nehmen“ (Perfetti, 2007, S. 13).

Übungsarten

Jede Übung beinhaltet die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen. Der Klient muss das gestellte Problem durch die Aktivierung kognitiver Prozesse und den Einsatz seines Körpers lösen (Beise, 2002, S. 284). Die Schwierigkeit der Übungen wird so gestaltet, dass der Klient seine maximalen pathologiefreien Bewegungsmöglichkeiten einsetzen kann (Lehmann et al, 2002, S. 98ff).

Es werden drei Übungsgrade beschrieben. Übungen 1.*, 2.* und 3.* Grades beziehen sich jeweils auf die Kontrolle der verschiedenen Elemente der spezifischen Motorik, beim Hemiplegiepatienten. Die Hypothesen zur Wirkungsweise der verschiedenen Übungsgrade basieren auf neurowissenschaftlicher Grundlagenforschung auf die in dieser Studie nicht näher eingegangen wird.

Bei der Auswahl geeigneter Übungen wird nicht nur der Übungsgrad bestimmt, sondern auch die Anwendung der Übungsstrategien. Der Klient soll im Rahmen der Behandlung befähigt werden, die pathologischen Elemente der spezifischen Motorik selbst zu kontrollieren, indem er zunehmend erlernte Strategien bewusst anwendet.

Therapiemittel

Ein weiteres Element der Übungen stellen die von Perfetti und seinem Team entwickelten, variabel einsetzbaren Therapiemittel dar. Wopfner-Oberleit (2005) beschreibt die Therapiemittel als „*Elemente der Realitätsvereinfachung*“.

Sie haben die Aufgabe, dem Klienten verschiedenste Interaktionen mit der Umwelt (Objekten) in unterschiedlichen Situationen und Ebenen des Raumes zu ermöglichen. Informationen taktiler und/oder kinästhetischer Art, Druck oder Reibungswiderstände müssen vom Klienten analysiert werden. Alltagsgegenstände sind nach Ansicht von Lehmann et al (2002, S. 102) keine geeigneten Therapiemittel. Sie rufen aus dem Gedächtnis globale und auf Kompensationen basierende Antworten hervor. Der Klient wird schnell überfordert und muss auf pathologische Bewegungen zurückgreifen. Perfetti (Beise, 2002, S. 824) hält den Einsatz forcierter Bewegung für wenig geeignet, dem Klienten die Ausführung motorischer Aufgaben des Alltags zu ermöglichen.

Nach Ansicht des Autors führt dieser Ansatz, solange der Klient nicht über eine ausreichende Kontrolle seiner Pathologie verfügt und Strategien der Informationsverarbeitung und Programmierung von Bewegung einsetzen kann, verstärkt zum Auftreten von pathologischen Elementen und globalen Antworten.

Das Erlernen von qualitativ hochwertigen, anpassbaren Bewegungen wird so erschwert. Alltagsgegenstände und Alltagsaktivitäten werden entsprechend der erreichten Fähigkeiten langsam in die Therapie integriert. Sie dienen der Evaluation der Behandlungsergebnisse. Hat der Klient die formulierten Ziele erreicht und kann er erlernte Strategien auch im Alltag einsetzen?

2.2.7. Anwendungsbereiche

Das Perfetti-Konzept wurde im deutschsprachigen Raum mit seinen Behandlungsansätzen für Hemiplegiepatienten bekannt. Im Lauf der Jahre befasste sich Perfetti mit Hypothesen zur Interpretation und Behandlung der Apraxie (2007, S. 88-173) und der Pathologie des Kleinhirns (2007, S. 174-224). Daumüller & Götz (2008a, 2008b, 2008c) beschreiben Theorie und Praxis kognitiv-therapeutischer Übungen anhand von Fallbeispielen zur Behandlung von Klienten mit Läsionen des Kleinhirns.

In der Auseinandersetzung mit der Rehabilitation orthopädischer Krankheitsbilder stellt Perfetti eine differenzierte Analyse und Behandlungsansätze für die Pathologie des Schultergelenkes (2007, S. 239 –240), der Wirbelsäule (Perfetti, 2007, S. 296-344), des Kniegelenkes (Perfetti, 2007, S. 345-392) und der Hand (Perfetti, 2007, S. 393-420) vor.

Behandlungsansätze der kognitiv-therapeutischen Übungen bei Schmerzen wurden im Rahmen eines deutschsprachigen Kurses in Italien 2007 vorgestellt. Perfetti (2007, S. 6-45) stellt seine Beobachtungen und Arbeitshypothesen zum Thema Schmerz anhand eines Fallbeispiels dar (Perfetti, 2007, S. 6-15).

2.2.8. Studien

Auf die Frage nach Wirksamkeitsstudien weist Perfetti (Beise, 2002, S. 826) darauf hin, dass sich bisher eine relativ kleine Gruppe von 15 Personen damit befasst, die rehabilitative Arbeit laufend an die aktuellen Erkenntnisse der Neurowissenschaften anzupassen. Im Studienzentrum werden systematisch Fallstudien durchgeführt, die sich auf Grundlagenforschung stützen. Perfetti sieht bisher seine Vorgehensweise durch die erzielten Ergebnisse bei den Klienten bestätigt.

Erste wissenschaftliche Untersuchungen zur theoretischen Basis des Konzeptes wurden in Zusammenarbeit mit einer Universität in Belgien unter Leitung von Van de Winckel durchgeführt. Eine Untersuchung befasst sich mit der Frage nach der Aktivierung von Hirnarealen bei der passiven Durchführung von Diskriminationsaufgaben (Unterscheidungsaufgaben) bei 10 gesunden Versuchspersonen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass im ZNS unterschiedliche Netzwerke je nach Aufgabentyp aktiviert werden.

Van de Winckel et al (2005) kommen zu dem Schluss, dass unterschiedliche passive somatosensorische Unterscheidungsaufgaben für läsionsspezifische Übungen nach Schlaganfall im Sinne der kognitiv-therapeutischen Übungen geeignet erscheinen.

Das von Perfetti entwickelte Messinstrument (MESUPES) zur Untersuchung der Qualität von Armbewegungen bei Schlaganfallpatienten wurde von Van de Winckel et al (2006) auf Interrater Reliabilität untersucht. Nach kleineren Anpassungen des MESUPES Arm- und Hand-Test, schlugen die Autoren der Studie das Messinstrument als nützliches klinisches und Forschungsinstrument, für die qualitative Evaluation der Wiederherstellung von Arm- und Handfunktion nach Schlaganfall, vor.

Eine Fallstudie berichtet über die Anwendung kognitiv-therapeutischer Übungen und die Wirkungsweise der motorischen Imagination bei einem Klienten nach beidseitiger Handtransplantation (Wopfner-Oberleit, Barbach & Kaiser, 2002; Perfetti, 2007, S. 421-437).

Rasch (2004) analysiert im Rahmen einer Bachelorarbeit die Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Behandlungsgrundlagen des Bobath- und Perfetti-Konzeptes bei Erwachsenen mit Hemiparese. Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass das Perfetti-Konzept mit seiner komplexen kognitiven Theorie der motorischen Kontrolle nicht mit einem Ansatz kombinierbar ist, der zusätzlich mit äußerer Reizgebung und Fazilitation arbeitet, wie das Bobath-Konzept, und auf anderen neurophysiologischen Modellen basiert.

2.2.9. Information und Weiterbildungsmöglichkeiten

Das in der Villa Miari (Santorso, Italien) ansässige „*Centro studi riabilitazione neurocognitiva*“ unter der Leitung von Prof. Perfetti befasst sich mit aktuellen Forschungen aus den Basiswissenschaften (Neurophysiologie, Neuropsychologie, Neurobiologie, Neurophilosophie) auf der Suche nach relevanten Aspekten für die Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes.

Das Zentrum bietet neben Fortbildungen auch die Möglichkeit zur Hospitation an. Weitere Informationen finden sich auf der Website „Riabilitazione Neurocognitiva“ auch in deutscher Sprache (<http://www.riabilitazioneneurocognitiva.it/ars/portale.nsf>).

Die **AIDETC** (Associazione Internazionale Docenti Esercizio Terapeutico Conoscitivo) ist eine internationale Dozentenvereinigung für kognitiv-therapeutische Übungen. Fortbildungsinhalte und Richtlinien für die Qualifizierung von Therapeuten und Dozenten werden festgelegt mit dem Ziel der Qualitätssicherung.

Der **VFCR** – (Verein für kognitive Rehabilitation) wurde 1998 in Deutschland gegründet. Vereinsziel ist es, die Weiterentwicklung der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Perfetti zu unterstützen und deren Bekanntheitsgrad im deutschsprachigen Raum zu erhöhen. Aktuell verzeichnet der Verein 150 Mitglieder, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Mediziner aus Deutschland, der Schweiz, Österreich. Im deutschsprachigen Raum nehmen bisher verstärkt Ergotherapeuten die Fortbildungsangebote wahr.

Zu den Vereinstätigkeiten gehören u. a. die jährliche Organisation von Symposien, Unterstützung der Organisation von Fort- und Weiterbildungen, die den Richtlinien der AIDETEC entsprechen. Die Information der Mitglieder erfolgt über Rundbriefe. Seit Februar 2008 finden sich weitere Informationen auf der Website des VFCR (<http://www.perfetti-therapie.de/>). Um zukünftige Irritationen durch wechselnde Kursbezeichnungen zu vermeiden, haben sich VFCR und AIDETEC auf aktuell gültige Kursbezeichnungen für den deutschsprachigen Raum geeinigt (VFCR, 2008).

Der bisher umfangreichste Kurs, aktuell bezeichnet als Examenkurs, umfasst 14 Tage. Abschluss des Kurses bilden eine schriftliche Arbeit, eine mündliche und praktische Prüfung. Der Kursteilnehmer soll in die Lage versetzt werden, die Beurteilung des Klienten, Entwicklung und Ausführung von Übungen, Gestaltung der therapeutischen Behandlung und Überprüfung der Ergebnisse selbstständig auszuführen.

Beim DVE sind eine neunseitige Informationsbroschüre über das Perfetti-Konzept und ein Merkblatt (DVE, 2007) erhältlich.

2.2.10. Annahmen – Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Wirksamkeit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept

Die folgende Übersicht über die von den Verfassern formulierten Annahmen basieren u. a. auf den zuvor dargestellten theoretischen Grundlagen des Behandlungsprozesses. Der Prozess der Präzisierung der Annahmen bis zu der hier vorgestellten Form wird in Kapitel 4 erläutert.

Wirksamkeit	
Annahmen Klienten	Annahmen Ergotherapeuten
Klienten erleben sich als befähigt, erlernte Therapiestrategien im Alltag anzuwenden und Einfluss auf spezifische Probleme zu nehmen.	Ergotherapeuten erleben die Anwendung des Therapiekonzeptes als wirksam, weil in jeder Therapieeinheit aktivierte Lernprozesse beim Klienten sichtbar werden, indem der Klient selbst Veränderungen herbeiführen kann.
Klienten nehmen Veränderungen durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept bewusst wahr und können diese beschreiben.	Ergotherapeuten wenden das Perfetti-Konzept an, weil sie bessere Therapieergebnisse erzielen als mit anderen ihnen bekannten Therapiekonzepten.
Klienten machen die Wirksamkeit der Therapie am Erreichen von Zielen, die ihnen wichtig sind, fest.	Ergotherapeuten überprüfen die Therapieerfolge anhand der Durchführung alltäglicher Aktivitäten.
Klienten kennen kognitive Strategien wie das „Hinspüren“, „Aufmerksamkeit richten“, „Gedanken übertragen“ und die „Vorstellung von Bewegung“.	Ergotherapeuten erfahren, dass sich im Rahmen der Behandlung Schmerzen bei Klienten verringern.
	Ergotherapeuten erleben die Therapie nach dem Perfetti-Konzept als wirksam, weil Klienten alltägliche Aktivitäten besser ausführen können.
	Ergotherapeuten erleben die Therapie nach dem Perfetti-Konzept als wirksam, weil Klienten ihnen von Verbesserungen berichten.
	Ergotherapeuten erleben die Therapie nach dem Perfetti-Konzept als wirksam, weil sie Verbesserung der Bewegungsfähigkeit beobachten.

Tab. 2: Annahmen - Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Wirksamkeit

3. Theoretische Konstrukte

In den folgenden Kapiteln werden theoretische Grundlagen der Konstrukte der Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit kurz erläutert. Der Bezug zur Ergotherapie und dem Perfetti-Konzept wird hergestellt. Am Ende eines jeden Kapitels stellen die Verfasser die formulierten Annahmen zur Thematik vor. Damit wird Transparenz über den Theoriebezug der Annahmen hergestellt.

3.1. Klientenzentrierung

Die Zusammenfassung aus der Microsoft Encarta (2007) gibt einen kurzen Überblick über das Konzept der Klientenzentrierung. Klientenzentrierung geht auf den amerikanischen Psychologen Carl Rogers* (1902-1987) zurück. Rogers hat therapeutische Standards für die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie erarbeitet. Seine Ansichten sind von einem humanistischen Menschenbild geprägt und wirken in viele Bereiche der angewandten Psychologie, Pädagogik, Soziologie und Medizin. Demnach ist es dem Menschen angeboren, sich selbst zu erhalten und sich weiterzuentwickeln. Der Therapeut hat die Aufgabe, den Klienten in diesem Prozess zu begleiten.

„Rogers weist den Klienten eine aktive Rolle im Definieren und Lösen von Problemen zu. Sie sollen zu Experten ihrer selbst werden“ (Flotho, 2007, S. 200).

Im Rahmen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie führte Rogers das Wort „*Klient*“ ein. Damit soll u. a. zum Ausdruck gebracht werden, dass die Behandlung nicht manipulativ ist. Das genaue, feinfühliges Verständnis für die Erfahrungen und Gefühle des Klienten erhalten höchste Bedeutung in der Therapie (Microsoft Encarta, 2007).

Angelehnt an Definitionen von Herzberg (1990) stellt Sumsion (2002, S. 35) folgende Begriffsdefinitionen von Klient und Patient vor:

Klient:

„...ein Mensch, der die professionellen Dienste einer anderen Person in Anspruch nimmt. Ein Klient hat das Recht Informationen zu verlangen und seine Meinung frei zu äußern.“

Patient:

„...jemand, der Hilfe sucht und dem gesagt wird was er zu tun hat...an dem gehandelt wird.“

3.1.1. Klientenzentrierte Praxis in der Ergotherapie

Das „*emerging paradigm*“ und die ergotherapeutische Modelle wie das MOHO oder das CMOP rücken gemeinsam den Klienten in den Fokus ergotherapeutischer Arbeit. Laut Priebe & Roleff-Correll, (2004, S. 122) bedeutet klientenzentrierte Arbeit, den einzelnen Menschen in seinem Wissen, seiner Gesamtheit und seinen Bezügen wahrzunehmen und zu begreifen.

Die klientenzentrierte Praxis hat erheblichen Einfluss auf die Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeut und Klient. Das Interesse für eine klientenzentrierte Praxis wurde mit der Entwicklung des CMOP in den achtziger Jahren vorangetrieben. Die „*Occupational performance*“ (Betätigungsperformanz) und das „*enabling*“ (befähigen) des Klienten zur Ausführung von individuell bedeutungsvollen Betätigungen treten als wichtige Kernelemente der ergotherapeutischen Praxis in den Vordergrund.

Law, Polatajko, Baptiste & Townsend (2002, S. 50) definieren Klienten in der Ergotherapie wie folgt: *„clients are individuals who may have occupational problems arising from medical condition, transitional difficulties, or environmental barriers...“*

Die ergotherapeutische Philosophie klientenzentrierter Praxis wird durch den „*process of enablement*“ (Prozess der Befähigung) in die Tat umgesetzt. Das bedeutet, Klienten zu befähigen, Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und auszuführen, die sie als nützlich oder bedeutungsvoll für ihr Leben erachten (Law et al, 2002, S. 50).

Der Therapeut übernimmt die Rolle des „*enabler*“ (Befähiger). Diese Rolle beinhaltet verschiedene Eigenschaften: das „*facilitating*“ (erleichtern), „*guiding*“ (führen), „*coaching*“ (betreuen, trainieren, nachhelfen), „*educating*“ (lehren), „*listening*“ (zuhören), „*reflecting*“ (reflektieren), „*encouraging*“ (ermutigen), „*collaborating*“ (zusammenarbeiten).

Law et al (2002, S. 49) formulieren folgende Grundzüge klientenzentrierter Praxis:

- Partnerschaftliche Zusammenarbeit beim Erreichen von Zielen
- Klienten zur Ausführung von Betätigung befähigen
- Klienten in die Entscheidungsfindung einbeziehen
- Eintreten für die Bedürfnisse von Klienten
- Erfahrung und Wissen von Klienten anerkennen
- Respektvolle Zusammenarbeit

Sumsion (2002, S. 6ff) fasst die Ergebnisse eines Forschungsprojektes von 1997 in Großbritannien zur klientenzentrierter Praxis zusammen.

„Der Therapeut hört dem Klienten zu, respektiert dessen Maßstäbe und adaptiert seine Interventionen so, dass sie den Bedürfnissen des Klienten gerecht werden. Der Klient ist aktiv an der Vereinbarung der Behandlungsziele beteiligt, und es wird ihm durch Training und Unterweisung ermöglicht, Entscheidungen zu treffen (Sumsion, 2002, S. 6).“

Eine weitere wichtige Grundlage für die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Klient und Therapeut ist das Erklären und die Weitergabe von relevanten Informationen in einer für den Klienten verständlichen Ausdrucksweise. Nur ein gut informierter Klient kann die Rolle als Partner im Therapieprozess aktiv mitgestalten bei der Formulierung von Therapiezielen und dem Treffen von Entscheidungen (Sumsion, 2002, S. 39).

3.1.2. Klientenzentrierte Aspekte des Perfetti-Konzeptes

Therapeutenrolle/Therapeutisches System im Behandlungsprozess

Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient sollte laut Perfetti (1997, S. 92) eine „*kooperative Interaktion*“ sein. Perfetti (2006) spricht vom „*Sistema Terapeutico*“ (therapeutisches System). Die Interaktion zwischen Therapeut – Klient, und der externen Realität (Objekt) wird beschrieben. Diese Interaktion wurde im Lauf der Jahre weiterentwickelt (Perfetti, 2006, S. 8-9).

Aktuell wird der Sprache des Klienten in eine große Bedeutung beigemessen. Der Klient wird gefragt, was er während der Interaktion mit dem Objekt spürt. Die Sprache wird somit ein wichtiger Teil des „*konzeptionellen Kerns*“ der Übung. Der Therapeut erfährt durch verbale Beschreibung des Klienten etwas über die subjektive Erfahrung des Klienten im Kontakt mit dem Objekt.

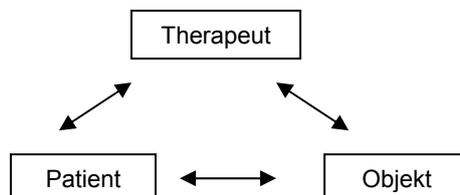


Abb. 4: Therapeutisches System, Patient-Therapeut-Objekt

Im Rahmen der Übungsplanung hat der Therapeut die Aufgabe, jene Übungen herauszufinden, die dem Klienten Lernen unter pathologischen Bedingungen ermöglicht. Er gestaltet eine möglichst optimale Lernsituation bezüglich der Übungsanforderung, so dass der Klient erfolgreich Informationen einholen kann, wenn er in Kontakt mit der Außenwelt tritt (Lehmann et al, 2002, S. 101).

Konstruktive Rückmeldungen sind von großer Bedeutung, wenn es dem Klienten nicht gelungen ist, eine Aufgabe korrekt zu lösen (Lehmann et al, 2002, S. 101).

Der Klient erhält die Möglichkeit einer Wiederholung der Übung, damit er seine Hypothese nochmals überprüfen kann und schließlich das Problem selbstständig lösen kann. Der Therapeut ist in diesem Moment Begleiter bei der aktiven Problemlösung.

3.1.3. Annahmen zur Klientenzentrierung

In der folgenden Tabelle sind die Annahmen der Verfasser zu Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zum Konstrukt der Klientenzentrierung zusammengefasst. Sie beziehen sich u. a. auf theoretische Grundlagen aus den vorherigen Kapiteln.

Klientenzentrierung	
Annahmen Klienten	Annahmen Ergotherapeuten
	Ergotherapeuten beziehen den Klienten als aktiven Partner in den Therapieprozess mit ein und schätzen die partnerschaftliche Zusammenarbeit.
Klienten sind in einer für sie verständlichen Sprache über das Therapiekonzept informiert.	Ergotherapeuten informieren Klienten in einer verständlichen Sprache über das Perfetti-Konzept.
Klienten erfahren, dass die Ergotherapeuten die Bedeutung der Übungen verständlich erklären.	Ergotherapeuten leiten Klienten an, wie sie in der Therapie erlernte Strategien im Alltag nutzen können.
Klienten erfahren, dass Ergotherapeuten den Bezug der Übungen zum ihrem Alltag herstellen.	Ergotherapeuten stellen innerhalb der Therapie den Bezug zum Alltag des Klienten her.
Klienten erfahren, dass Ergotherapeuten mit ihnen gemeinsam die Therapieziele besprechen.	
Klienten erfahren, dass Ergotherapeuten partnerschaftlich mit ihnen zusammenarbeiten.	
Klienten erfahren, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse bei der Zielfindung der Therapie einbezogen werden.	Ergotherapeuten beziehen die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten aktiv in die Zielfindung mit ein.
Klienten erfahren, dass Ergotherapeuten einfühlsam auf ihr subjektives Erleben der Körperwahrnehmung und Schmerzen eingehen und in die Therapie einbeziehen.	Ergotherapeuten beziehen die subjektive Körperwahrnehmung des Klienten und das Erleben von Schmerzen in die Therapie mit ein. Wirksamkeit

Tab. 3: Annahmen - Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Klientenzentrierung

3.2. Motivation

Motivation ist ein im Alltag häufig verwendeter Begriff, für den es jedoch keine einheitliche Begriffsdefinition gibt (Mulder, 2007, S. 157; Dehn-Hindenberg, 2008, S. 33). Stoffer, (2007) Professor für experimentelle Kognitionspsychologie, definiert Motivation als „...*Vorgang, durch den eine Handlung auf der Basis eines bestimmten Motivs der Antrieb gegeben wird.*“

Das Motiv ist ein Grundbegriff aus der Motivationspsychologie und wird definiert als: „*individuell unterschiedlich stark ausgeprägte Disposition oder Beweggrund für ein Verhalten, also die Richtung gebende, antreibende, energetische Komponente, die dem Verhalten erst seine Dynamik verleiht und auf das Erreichen bestimmter thematisch unterschiedlicher Ziele ausgerichtet ist*“ (Stoffer, 2007).

In der Psychologie werden verschiedene Modelle entwickelt, die versuchen Motivation zu erklären. Dabei steht die Frage des „*Warum*“ menschlichen Handelns im Mittelpunkt (Mayer, 2006, S. 30).

Laut Stoffer (2007) betrachten moderne Motivationstheorien, Bedürfnisse, Motive, kognitive Vorgänge und Emotionen als dynamische, am Motivationsprozess beteiligte Komponenten. Diese Motivationstheorien gehen davon aus, dass der Mensch in Auseinandersetzung mit seiner Umwelt Anreize für Handlungsalternativen untereinander abwägt. Ausgewählt werden jene, die affektiv am stärksten positiv bewertet werden.

„*Nach Vollendung einer Handlung spielt die Bewertung des Handlungsergebnisses eine Rolle, und auch hierbei sind neben den kognitiven Vorgängen der Bewertung die affektiven Reaktionen der Zufriedenheit mit dem Handlungsergebnis wichtig*“ (Stoffer, 2007).

Eine weitere Annäherung an das komplexe Konstrukt der Motivation erfolgt im Rahmen dieser Studie aus der Perspektive von Klienten und Ergotherapeuten.

3.2.1. Motivation aus Klientenperspektive

Für die Betrachtung des komplexen Konstruktes der Motivation aus Klientenperspektive wird der Begriff der „*volition*“ (Wille) von Kielhofner (2002, S. 44-62) herangezogen.

„*Volition*“ ist neben „*habituation*“ (Gewohnheiten) und „*performance capacity*“ (Performanzvermögen) eine der drei grundlegenden Komponenten des Menschen, welche im Rahmen des MOHO beschrieben werden.

Kielhofner (2002, S. 44) definiert Volition wie folgt: „...*pattern of thoughts and feelings about oneself as an actor in one's world which occur as one anticipates, chooses, experiences and interprets what one does.*“

Demnach beschreibt „*volition*“ Gedankenmuster und Gefühle des Menschen über sich selbst als Handelnder. Sie entstehen während man antizipiert, auswählt, erfährt und das interpretiert was man gerade tut. Diese Gedankenmuster basieren auf persönlichen Interessen, Werten und dem Selbstbild („*personal causation*“) des Menschen.

Die „*personal causation*“ des Menschen beinhaltet laut Kielhofner (2002, S. 45) nicht nur einen Katalog mit persönlichen Anlagen und Fähigkeiten, sondern auch das aktive Bewusstsein über die eigenen Fähigkeiten. Dabei werden zwei bedeutsame Dimensionen „*sense of personal capacity*“ (Gefühl für persönliche Fähigkeiten) und „*self-efficacy*“ (Selbstwirksamkeit) hervorgehoben.

Wenn Menschen ein Gefühl und Bewusstsein dafür entwickeln, was sie selbst bewirken und umsetzen können, wird dies als stark motivierender Aspekt in der Therapie betrachtet. Diese Erfahrung trägt dazu bei, dass Klienten in die Lage versetzt werden, ihre Fähigkeiten und Wirksamkeit bei Betätigungen besser einzuschätzen.

Grundlegendes Motiv für die Aufnahme von Betätigung ist nach Auffassung des Autors das intrinsische* Bedürfnis zu handeln und mit der Umwelt in Kontakt zu treten.

“*That we can look at, touch, step into, reach toward, hold and shape the world is an irresistible invitation to act*“ (Kielhofner, 2002, S. 14).

3.2.2. Motive ergotherapeutischen Handelns

Betrachtet man Motiv in Anlehnung an Stoffer (2007) als Beweggrund oder richtunggebende Komponente des Handelns, stellt sich die Frage, aus welchen Beweggründen entscheiden sich Ergotherapeuten, ihre Klienten nach einem bestimmten Therapiekonzept zu behandeln.

Hagedorn (2000, S. 49) verweist auf die Theorie des „*clinical reasoning*“ (klinisches Begründen), welche Denkprozesse beschreibt, die hinter Entscheidungen von Ergotherapeuten liegen, wenn sie z. B. ein Therapiekonzept auswählen oder Entscheidungen innerhalb der Behandlung treffen (Hagedorn, 2000, S. 49).

Clinical Reasoning*

Der englische Begriff „*clinical reasoning*“ wird in den Therapiewissenschaften und der Medizin angewendet. Er bedeutet übersetzt „*klinische Argumentation, Begründung, Schlussfolgerung oder Beweisführung*“ (wikipedia, n. d).

Autoren wie Chapparo & Ranka (2008, S. 265), Boyt Schell & Schell (2008, S. 4) und Feiler (2003) beziehen sich in ihren Arbeiten zum „*clinical reasoning*“ auf eine Studie von Mattingly & Fleming aus dem Jahr 1994. Interviews, Beobachtungsprotokolle und Videobänder von Ergotherapeuten wurden analysiert, um herauszufinden, welche Denkprozesse sie während der Behandlung nutzen und auf welcher Basis sie Entscheidungen treffen (Marotzki, 2006, S. 109).

Marotzki (2006, S. 109ff) fasst die Gedanken von Mattingly & Fleming (1994) zusammen und verdeutlicht „...dass *Ergotherapeuten niemals etwas nur aus einem Grunde tun* (Marotzki, 2006, S. 118).

Während des Therapieprozesses denken und entscheiden sie auf verschiedenen Ebenen. Das Denken und Wissen des Therapeuten dient dazu, ein umfassendes Bild des Klienten zu erhalten, dessen Potentiale zu erkennen, Therapieinhalte und Ziele zu planen (Chapparo & Ranka, 2008, S. 271). Diese Denkmuster finden sich u. a. im „*scientific reasoning*“ (wissenschaftliches Begründen) wieder. In Form von analytisch-wissenschaftlichem Denken wird der Einfluss der Erkrankung auf den Klienten analysiert (Boyt Schell, 2003, S. 134, Marotzki, 2006, S. 110).

„*Procedural*“ (prozessorientiertes Begründen) und „*diagnostic reasoning*“ (diagnostisches Begründen) werden als Unterformen des „*scientific reasoning*“ betrachtet. Sie kommen zum Einsatz, wenn Ergotherapeuten diagnostische Mittel auswählen, um Probleme des Klienten zu identifizieren. Des Weiteren wird erworbenes Fachwissen herangezogen, um Hypothesen über die Probleme des Klienten zu erstellen und angemessen therapeutische Interventionen auszuwählen.

Wenn Ergotherapeuten sich damit auseinandersetzen, wie sie Klienten zur aktiven Mitarbeit bewegen können, wenden sie Denkmuster des „*interactive reasoning*“ (interaktives Begründen) an (Marotzki, 2006, S. 112).

Die Therapieinhalte werden individuell auf die Zielerreichung und auf das Anforderungsniveau des Klienten abgestimmt. Ergotherapeuten stellen sich die Frage, wie sie die Kompetenzen des Klienten in die Therapie integrieren und Erfolgserlebnisse ermöglichen können.

In Form des „*conditional reasoning*“ (situationsumfassendes Begründen) werden aktuelle Bedingungen des Klienten auf einer ganzheitlichen Sichtweise berücksichtigt. Es gilt, eine Vision über die zukünftig möglichen Perspektiven über die Lebenssituation des Klienten zu entwickeln. Transparenz über den Bezug der ergotherapeutischen Behandlung zum Alltag des Klienten wird hergestellt, wenn alle Einflüsse der Person und Umwelt auf Betätigung des Klienten einbezogen werden (Marotzki, 2006, S. 114ff).

Nicht zuletzt haben Krankheits- und Lebensgeschichte des Klienten Einfluss darauf, wie er seine Situation erlebt und bewertet. Sie werden im „*narrative reasoning*“ berücksichtigt, um u. a. zu verstehen, welche Betätigungen und Zielsetzungen für den Klienten von Bedeutung sind (Marotzki, 2006, S. 114).

Neben der individuellen Situation des Klienten bedenken Therapeuten auch ihre eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten. In allen Entscheidungen während des Therapieprozesses spielen das Wissen, die Erfahrung, persönliche Motive, Werte („*ethical reasoning*“) und Wünsche des Therapeuten eine Rolle. (vgl. Feiler, 2003, S. 2). Im Rahmen des „*pragmatic reasoning*“ werden Aspekte des persönlichen und praktischen Kontextes der Therapie einbezogen.

Nicht zuletzt beeinflussen gesundheitspolitische, soziale und institutionelle Rahmenbedingungen, was unter den gegebenen Bedingungen in der ergotherapeutischen Behandlung möglich ist (vgl. Feiler, 2003, S. 78ff; Chapparo & Ranka, 2008, S. 273).

3.2.3. Annahmen zur Motivation von Klienten und Ergotherapeuten

Annahmen zur Motivation von Klienten und Ergotherapeuten in der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept arbeiten sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Verfasser gehen davon aus, dass Klienten in der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept ihre Selbstwirksamkeit erfahren können.

Das Perfetti-Konzept basiert auf komplexen Erkenntnissen aktueller Neurowissenschaft. Dieses Wissen unterstützt Ergotherapeuten in der Auswahl und Begründung des Konzeptes und spezieller Übungen, sowohl gegenüber dem Klienten als auch im interdisziplinären Kontext im Sinne des *scientific reasoning*.

Wenn Ergotherapeuten die aktive Rolle des Klienten bevorzugen, und aus diesem Grund motiviert sind das Perfetti-Konzept anzuwenden, nutzen sie Aspekte des „interactive reasoning“.

Motivation	
Annahmen Klienten	Annahmen Ergotherapeuten
Klienten sind motiviert zur Therapie, weil sie die Veränderungen durch die Therapie bewusst erleben.	Ergotherapeuten entscheiden sich für das Erlernen und die Anwendung des Therapiekonzeptes, weil der Ansatz sich an aktueller Neurowissenschaft orientiert.
Klienten sind motiviert zur Therapie, weil sie ihre Fähigkeit, Veränderungen zu bewirken, erkennen und erleben.	Ergotherapeuten entscheiden sich für Fort- und Weiterbildung und Anwendung des Therapiekonzeptes, weil sie Therapieerfolge erleben.
Klienten sind motiviert, weil sie an für sie bedeutungsvollen Zielen arbeiten.	Ergotherapeuten wenden das Therapiekonzept an, weil es den Klienten aktiv in den Behandlungsprozess einbindet und nicht der Therapeut als „Behandler“ im Vordergrund steht.
	Ergotherapeuten erfahren, dass das Therapiekonzept ihnen eine differenzierte Befunderhebung und Behandlungsmöglichkeiten zur Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit bietet.
	Ergotherapeuten informieren sich über aktuelle neurowissenschaftliche Entwicklungen

Tab. 4: Annahmen - Motivation von Klienten und Ergotherapeuten nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten

3.3. Zufriedenheit

Zufriedenheit wird als wichtiger Teil des biologischen, psychologischen und sozialen Wohlbefindens betrachtet, das im Allgemeinen die Gesundheit und Lebensqualität entscheidend mitbestimmt. (wikipedia, 2008, <http://de.wikipedia.org/wiki/Zufriedenheit>)

Reed (2004, S. 108) definiert persönliche Zufriedenheit als „*das persönliche Gefühl von Wohlbefinden, das ein Mensch erlebt, wenn er in der Lage ist, die Betätigungen und Anpassungsreaktionen erfolgreich durchzuführen, um den individuellen Bedürfnissen und den Bedürfnissen der externen Umwelt gerecht zu werden.*“

Dehn-Hindenberg (2008) erforscht in einer Studie Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. In der Auseinandersetzung mit dem Thema Zufriedenheit kommt die Autorin zu dem Schluss, dass Zufriedenheit als schwer zu erfassendes, multidimensionales Konstrukt verstanden werden muss (Dehn-Hindenberg, 2008, S. 118ff). Demnach gibt es über Entstehungsprozess und Determinanten von Zufriedenheit zahlreiche Theorien und Aussagen.

Es besteht keine Einigkeit darüber, ob Zufriedenheit als Emotion oder Kognition einzuordnen ist. Ein wichtiger Aspekt betrachtet die Bedeutung von Bedürfnissen und Erwartungen in Zusammenhang mit dem Erleben von Zufriedenheit. „*Bedürfnisse und Erwartungen fließen in das Zufriedenheitsurteil mit ein*“ (Dehn-Hindenberg, 2008, S. 124).

3.3.1. Zufriedenheit aus Klientenperspektive

Im Rahmen des Qualitätsmanagements von Krankenhäusern spielt die „*Patientenzufriedenheit*“ eine zunehmend bedeutsame Rolle. Wüthrich-Schneider (2000, S. 1046-1048) betont, dass die Sicht von Patienten einzigartig ist und wichtige Informationen zur Ergebnisqualität liefert. Die Autorin definiert Patientenzufriedenheit wie folgt:

„*Des Patienten eigene Beurteilung (subjektiv und objektiv) aller Aspekte einer medizinischen Versorgung beinhaltet auch die zwischenmenschlichen Gesichtspunkte einer Behandlung und deren organisatorischer Ablauf*“ (Wüthrich-Schneider, 2000a, S. 1046).

Die Autorin bezieht sich auf eine Studie von Leimkühler und Müller, die sich mit Faktoren auseinandersetzt, die zur Zufriedenheit beitragen. Daraus werden verschiedene Theorien abgeleitet. Die Anspruchsniveautheorie geht davon aus, dass Zufriedenheit „*von der Differenz zwischen Anspruchsniveau und wahrgenommener Situation oder erreichtem Ziel abhängt*“ (Wüthrich-Schneider, 2000, S. 1047). Demnach sind eine umfassende Information des Klienten, eine gute Kommunikation und die Einigkeit über die Behandlungsweise wichtige Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit.

Der Kompetenztheoretische Ansatz basiert auf der Annahme, dass die erfolgreiche Bewältigung externer Anforderungen zu Wohlbefinden und Zufriedenheit beitragen. Das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, gesetzte Ziele zu erreichen, steigt.

Wüthrich-Schneider (2000b, S. 1116) sieht das Hauptproblem bei Erhebungen und Umfragen zum Thema Zufriedenheit in der Subjektivität der Empfindung von Zufriedenheit. Die Autorin beschreibt unterschiedliche Erhebungsmethoden, die eingesetzt werden, um Patientenzufriedenheit zu erfassen. Die Rating Methode (Bewertungsmethode) lässt Klienten ihre Zufriedenheit in Form von Likert Skalen* bewerten. Im Rahmen der Reporting Methode (Berichterstattung) können auch offene Fragen an Klienten gestellt werden. Sie liefern aufschlussreiche Informationen über Kriterien von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit.

3.3.2. Patientenzufriedenheit in der Ergotherapie

Die Literaturrecherche zum Thema Klienten-, Patientenzufriedenheit und Ergotherapie zeigt, dass erst in Studien aktuelleren Datums die Zufriedenheit der Klienten als wichtiges Qualitätskriterium ergotherapeutischer Behandlung untersucht wird. Schützwohl & Olbrich (2000) untersuchen Bedingungsfaktoren berichteter Patientenzufriedenheit in der stationären psychiatrischen Ergotherapie. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass u. a. unterstützende Therapeuten und eine Orientierung der Therapie an den persönlichen Problemen des Klienten mit hoher Klientenzufriedenheit korrelieren*.

Lindemann & Remstedt (2007) untersuchen im Rahmen einer Bachelorarbeit die Patientenzufriedenheit in der ambulanten neurologischen und orthopädischen Ergotherapie. Als Untersuchungsmethode nutzen die Autoren einen adaptierten Fragebogen. Im Ergebnis zeigt sich, dass u. a. die Umsetzung eigener Ziele, Information und Alltagsbezug der Therapie bedeutsame Faktoren für die Zufriedenheit von Klienten darstellen.

Treusch (2008) untersucht Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Ergotherapie. Eine Befragung unter Ergotherapeuten und Klienten identifiziert die Atmosphäre, Beziehung und aus Sicht der Klienten die Vermittlung von Informationen als bedeutsam. Dehn-Hindenberg (2008) untersucht Behandlungsqualität und Therapieerfolg aus Patientensicht im Rahmen von Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Die Autorin identifiziert das Einfühlungsvermögen des Therapeuten, die erhaltenen Informationen und Erklärungen, sowie ein angemessenes Therapieziel als Faktoren, die sich am stärksten auf die Gesamtbewertung der Therapie auswirken. Auch in der englischsprachigen Literatur sind Studien, die sich mit der Evaluation von Ergotherapie aus Sicht von Klienten auseinandersetzen im Zeitraum der letzten 5 Jahre zu finden. So untersuchen z. B. Lim, Morris & Craik (2007) Perspektiven von Klienten über Ergotherapie in der Akutpsychiatrie. Sichtweisen von Bewohnern und Therapeuten zur tiergestützten Therapie werden von Velde, Cipriani & Fisher (2005) erfasst. Annahmen und Erfahrungen von 2 Schlaganfallpatienten mit einem Heimprogramm der „constraint-induced movement“ Therapie werden von Gillot, Holder-Walls, Kurtz, Varley (2003) im Rahmen von Interviews erfasst. Allgemeine Aussagen lassen sich aus diesen Studien nur schwer ableiten, da sie sich alle mit sehr spezifischen Fragestellungen befassen.

3.3.3. Annahmen zur Zufriedenheit

Aufgrund der Komplexität des Konstruktes der Zufriedenheit werden von den Verfassern hier keine differenzierten Annahmen formuliert. Zwar kann auf Erfahrungen zurückgegriffen werden, demnach Klienten mit der Behandlung sehr zufrieden sind. Es erscheint allerdings von größerem Interesse direkt von Klienten oder Ergotherapeuten jene Faktoren zu erfragen, die auf ihre Zufriedenheit Einfluss nehmen (Wüthrich-Schneider, 2000b, S. 1116).

Zufriedenheit	
Annahmen Klienten	
Klienten sind zufrieden mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept, weil sie die Behandlung als wirksam erleben.	

Tab. 5: Annahmen - Zufriedenheit von Klienten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept

4. Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus Sicht von Klienten und Ergotherapeuten. Dazu wird ein Forschungsdesign gewählt, welches sowohl Aspekte qualitativer* als auch quantitativer* Forschung beinhaltet. In den folgenden Kapiteln wird die Wahl des Forschungsdesigns begründet. Im Anschluss werden die gewählten Untersuchungsmethoden in Form von leitfadengestützten Interviews und einer schriftlichen Befragung dargestellt.

Auf Maßnahmen zur Sicherung von Gütekriterien* der Forschung wird an entsprechender Stelle im Text hingewiesen.

Evaluation im Rahmen von Qualitätsmanagement* befasst sich u. a. mit der Bewertung von Projekten und Prozessen zur Standortbestimmung und Beschreibung von Verbesserungspotentialen (QM-Lexikon, 2007). Quantitative Forschung in der Serviceevaluation überprüft Interventionen auf ihre Effektivität* und Effizienz* (Salmon, 2003, S. 313ff).

Kielhofner & Fossey (2006, S. 25) erachten den qualitativen Ansatz für geeignet, wenn es darum geht, herauszufinden, wie Klienten Therapie erfahren. Denkprozesse, die hinter Entscheidungen von Ergotherapeuten bezüglich ihrer Klienten und der Wahl eines Therapiekonzeptes stehen, können so erforscht werden. In dieser Untersuchung wird den subjektiven Perspektiven und Erfahrungen von Ergotherapeuten und Klienten mit der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti Konzept eine bedeutende Rolle beigemessen (vgl. Salmon, 2003, S. 311; Kinèbanian, Satink, van Nes, 2007, S. 121). Ihre Erfahrungen sind wissenschaftlich wertvoll und tragen mittels induktiver* Vorgehensweise zur Aufdeckung einer Vielfalt an neuen Erkenntnissen bei (Stein & Cutler, 2000, S. 164; Bortz & Döring, 2006, S. 300). Dabei werden aus beobachteten Einzelfällen allgemeingültige Aussagen abgeleitet (Mayer, 2006, S. 23).

Der offene Zugang qualitativer Forschung strebt eine größtmögliche Nähe zu den Sichtweisen der Forschungsteilnehmer an (Mayer, 2006, S. 24).

4.1. Qualitativer Forschungsprozess

Laut Mayer (2006, S. 24) erfolgt auch in qualitativer Forschung die Annäherung an den Gegenstand nicht konzeptlos. Theoretisches Vorwissen fließt in den Forschungsprozess mit ein und befindet sich im ständigen Austausch mit qualitativ erhobenen Daten (Mayer, 2006, S. 22).

Um das zu untersuchende Feld einzugrenzen und im Rahmen dieser Bachelorarbeit untersuchbar zu machen, werden erste Leitfragen zum Forschungsthema formuliert. Eine Annäherung an den Forschungsgegenstand erfolgt durch das Formulieren von Annahmen über Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept.

Der Forscher ist Teil des Forschungsprozesses (Kinèbanian et al, 2007, S. 121) und setzt nach phänomenologischer* Empirie* an seinen eigenen subjektiven Erfahrungen an (Hitzler & Eberle, 2007, S. 111).

Die Annahmen basieren auf langjähriger praktischer Erfahrung als Ergotherapeuten in der Behandlung neurologischer Klienten nach dem Perfetti-Konzept. Erworbenes theoretisches Wissen aus Literaturstudium, Fortbildungsveranstaltungen und Symposien zum Thema der kognitiv-therapeutischen Übungen bilden eine weitere Grundlage. Nicht zuletzt sind sie beeinflusst vom Erfahrungsaustausch mit Klienten und Ergotherapeuten.

Der offene und flexible Charakter qualitativer Forschung beinhaltet, dass Fragestellungen, Annahmen und Theorien im Forschungsverlauf präzisiert, fokussiert, weiterentwickelt oder revidiert werden (Mayer, 2006, S. 22; Flick 2007, S. 258).

Aus den ersten Annahmen werden induktiv Kategorien gebildet. Es zeigt sich, dass sie sich deduktiv* vier großen Themenkomplexen zuordnen lassen. Die Themenkomplexe führen zur Präzisierung der folgenden Leitfragen:

- Inwieweit erfolgt die Zusammenarbeit von Ergotherapeuten und Klienten in der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept nach Aspekten der klientenzentrierten Praxis?
- Wie erleben Ergotherapeuten und Klienten die Wirksamkeit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?
- Was motiviert Ergotherapeuten und Klienten, in der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten?
- Wie zufrieden sind Ergotherapeuten und Klienten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?

Die identifizierten Themen der Wirksamkeit, Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit werden in Anlehnung an Schnell, Hill & Esser (2005, S. 127) als theoretische Konstrukte* bezeichnet. Durch sie erhält der Forschungsprozess eine strukturierende Richtung. Um die theoretischen Konstrukte im Rahmen dieser Studie zu untersuchen, ist es notwendig, sog. Dimensionen*, Aspekte zu identifizieren, die sie beschreiben (vgl. Mayer, 2006, S. 32; Schnell et al, 2005, S. 128). Aus den Kategorien der formulierten Annahmen über Erfahrungen von Ergotherapeuten¹ und Klienten² ergeben sich erste Dimensionen.

4.2. Phänomenologischer Forschungsansatz

Von Interesse für diese Forschungsarbeit sind Aspekte des schwer zu charakterisierenden und vielfältigen Ansatzes der Phänomenologie* (Luborsky & Lysack, 2006, S. 336ff). Ein Leitgedanke phänomenologischer Forschung erscheint interessant. Er legt laut Kinèbanian et al (2007, S. 121) den Fokus auf das „*Beschreiben erlebter Erfahrung*“ von Menschen in ihrer alltäglichen Wirklichkeit.

Es geht darum, Themen zu ermitteln, die anhand der ausgedrückten Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten mit der Behandlung von zentraler Bedeutung erscheinen.

Basierend auf den phänomenologischen Sichtweisen von Varela* und Chalmers* ist die „*verbale Beschreibung der bewussten Erfahrung*“ (siehe Kapitel 2.2.5) heute eine bedeutsame Strategie der kognitiv-therapeutischen Übungen (Perfetti, 2007, S. 19; Wopfner-Oberleit, 2006, S. 10ff).

Varela plädiert laut Wopfner-Oberleit (2006, S. 11) dafür, die Subjektivität der verbalen Beschreibung einer bewussten Erfahrung nicht der Objektivität einer Beobachtung gegenüberzustellen, sondern ihre Wechselbeziehung zu betrachten. Die subjektiven Erfahrungen der Person sind bedeutsam (vgl. Hitzler & Eberle, 2007, S. 111).

Dieser Leitgedanke phänomenologischer Philosophie wird bei der Erfassung qualitativer Daten beachtet. Bedeutungen werden in der Datenanalyse u. a. an beispielhaften Zitaten aus der Datensammlung validiert* (Luborsky & Lysack, 2006, S. 337).

4.3. Wahl der Untersuchungsmethoden

Auf die gewählte Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden zur Datenerhebung wird im Folgenden eingegangen. Verschiedene Autoren (Mayring, 2002, S. 148; Bortz & Döring, 2006, S. 299; Kelle & Erzberger, 2007, S. 299) plädieren dafür, scheinbare Gegensätze beider Methoden nicht als „Dichotomien“* zu betrachten. Sie können sich vielmehr ergänzen und tragen zu einem umfassenden Bild des Untersuchungsgegenstandes bei (Kelle & Erzberger, 2007, S. 306).

Leitfadengestützte Experteninterviews eignen sich, im Rahmen einer Vorstudie die subjektiven Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur erfassen.

Der quantitative Studienteil überprüft mit Hilfe einer schriftlichen Befragung, ob ähnliche Perspektiven und Erfahrungen von einer größeren Anzahl an Ergotherapeuten und Klienten geteilt werden. Die Fragebogenmethode ist unter den gegebenen zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Studie geeignetes Untersuchungsinstrument.

Die Fragebogenmethode erfreut sich laut Ballinger & Davey (1998, S. 547) unter Ergotherapeuten zunehmender Beliebtheit. Sie wird angewendet, um Sichtweisen und Zufriedenheit von Klienten, die einen therapeutischen Service nutzen, und um die Einstellung von Therapeuten zu erfassen, die mit einer bestimmten Klientel arbeiten.

Der Vorteil der Fragebogenmethode liegt darin, dass Informationen direkt von einer größeren Anzahl an Studienteilnehmern erfasst werden. Die Chance steigt, aus gesammelten Daten Aussagen verallgemeinern zu können (Stein & Cutler, 2000, S. 118).

Eine Literaturrecherche (vgl. Kapitel 5.1) kommt zu dem Ergebnis, dass kein geeigneter Fragebogen für den zu untersuchenden Kontext zur Verfügung steht. Demzufolge werden für die Hauptstudie je ein „Therapeuten- und ein Patientenfragebogen“ entwickelt, die inhaltlich und sprachlich an die unterschiedlichen Belange der Studienteilnehmer angepasst sind.

In den folgenden Kapiteln wird die Fragebogenkonstruktion auf Basis von leitfadengestützten Experteninterviews mit Klienten und Ergotherapeuten dargestellt.

¹ siehe Anlage 1

² siehe Anlage 2

4.3.1. Leitfadengestütztes Experteninterview

Leitfadengestützte Experteninterviews ermöglichen einen vertiefenden Einblick (Taylor & Kielhofner, 2006, S. 536) in die Erfahrungen von Ergotherapeuten und Klienten. Gläser & Laudel (2004, S. 10) plädieren für einen „weiteren“ Expertenbegriff. Demnach sind Experten Menschen „...die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen und Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“.

Der klientenzentrierte Ansatz der Ergotherapie betrachtet Klienten als Experten „...wenn es um ihre eigenen Stärken und Probleme geht“ (Sumsion, 2002, S. 39). Demzufolge sind Klienten und Ergotherapeuten Experten, die über ein spezielles Wissen aus ihren Erfahrungen in Zusammenhang mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept verfügen.

Der Leitfaden bietet dem Interview ausreichende Struktur, um die relevanten Themenbereiche anzusprechen (Bortz & Döring, 2006, S. 314; Schnell et al, 2005, S. 387). Er ist Gerüst für die Datenerhebung und Datenanalyse. Die Ergebnisse unterschiedlicher Interviews können miteinander verglichen werden (Bortz & Döring, 2006, S. 314) und bringen im Sinne qualitativer Forschung ein breites Spektrum an neuen Erkenntnissen.

Die formulierten Interviewleitfragen³ für Klienten und Ergotherapeuten orientieren sich an den theoretischen Konstrukten der Forschungsfragen zur Wirksamkeit, Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit. Begriffe wie „Klient“ oder „Klientenzentrierung“ werden im Interview vermieden. Es ist davon auszugehen, dass sie erklärungsbedürftig sind, da Ergotherapeuten und Klienten im Alltag von „Patienten“ sprechen. Induktive Vorgehensweise interessiert sich für die Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten bezüglich ihrer Zusammenarbeit in ihren eigenen Worten.

Die qualitativ erhobenen Daten dienen der Präzisierung und Überarbeitung der Leitfragen und Annahmen. Gemeinsam mit ihnen bilden sie die Grundlage zur Entwicklung der Fragebögen für die Hauptstudie

4.3.2. Critical incident Methode

Das Verfahren der „*Critical Incident Technique*“ wurde ursprünglich von dem Psychologen John C. Flanagan als Beobachtungsmethode entwickelt, um kritische Vorkommnisse hinsichtlich ihrer situativen Bedingungen und folgenden Reaktionen aufzudecken.

Eine adaptierte Form dieses Ansatzes wird heute z. B. in den Pflegewissenschaften genutzt (Reuschenbach, 2000). Es geht darum, im Rahmen von Interviews relevante Bedingungen aufzudecken, die in Zusammenhang mit einem Ereignis oder einer Erfahrung stehen. Bei der Befragung sollen an die Stelle unsystematischer Beschreibungen möglichst klar abgrenzbare und verhaltensnahe Schilderungen rücken (Reuschenbach, 2000). Die Idee dieses Ansatzes lässt in den Interviews nach konkreten Ereignissen/Erlebnissen fragen, an denen die Befragten ihre Erfahrungen festmachen.

Auch in offenen Fragen der schriftlichen Befragung werden die Studienteilnehmer angeregt, ihre Ansichten oder Bewertungen anhand konkret erlebter Situationen oder Veränderungen zu begründen.

4.3.3. Auswertung der Interviews – qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der Experteninterviews erfolgt mittels „*qualitativer Inhaltsanalyse*“ nach Mayring. Das Vorgehen ist systematisch, regel- und theoriegeleitet mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen, aus denen sich Kategorien ableiten lassen (Mayring, 2003, S. 13). Der zentrale Schritt der Kategoriendefinition erfolgt induktiv*. Kategorien werden in einem Verallgemeinerungsprozess direkt aus dem Material abgeleitet (Mayring, 2003, S. 75; Mayring, 2002, S. 115-117). Anhand von zuvor festgelegten Selektionskriterien werden alle Aussagen ausgewählt und analysiert, die im Zusammenhang mit Erfahrungen im Rahmen der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept stehen. Unwesentliches und Ausschmückendes zum Thema wird dabei nicht berücksichtigt (Mayring, 2003, S. 76–77). Bei der Kategorienbildung werden folgende Schritte vollzogen:

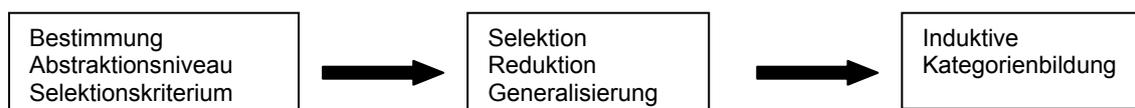


Abb. 5: Reduktionsprozess der induktiven Kategorienbildung nach Mayring

³ siehe Anlage 3

Zur Kategorienbildung werden die reduktiven Prozesse der zusammenfassenden Inhaltsanalyse genutzt (Mayring, 2002, S. 115).

Die gebildeten Kategorien werden nach 10-50% des Materialdurchgangs darauf überprüft, ob der Abstraktionsgrad zum Gegenstand der Fragestellung passt und wenn nötig angepasst (Mayring, 2002, S. 115). Damit wird ein Gütekriterium qualitativer Forschung (Mayring, 2002, S. 144ff) „*Regelgeleitetes Vorgehen*“ gesichert. „*Nähe zum Gegenstand der Untersuchung*“ wird hergestellt dadurch, dass die gebildeten Kategorien die inhaltlichen Aussagen der interviewten Ergotherapeuten und Klienten widerspiegeln.

Entwickelte Kategorien aus den Therapeuten⁴- und Klienteninterviews⁵ werden den theoretischen Konstrukten den Leitfragen dieser Studie und den formulierten Annahmen gegenübergestellt. Neue Erkenntnisse aus den Interviews werden identifiziert und genutzt, die Annahmen zu präzisieren und neue Dimensionen (Aspekte) der theoretischen Konstrukte zu erfassen (siehe Kapitel 5.2.2)

Das gebildete Kategoriensystem wird als eine Grundlage für die Itemkonstruktion der Fragebögen genutzt.

4.4. Schriftliche Befragung

Der Fragebogen wird im Rahmen der Hauptstudie als Erhebungsinstrument zur Beantwortung der Leitfragen dieser Studie genutzt. Folglich müssen Fragen konstruiert werden, die Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Wirksamkeit, Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept erfassen.

Der Prozess der Fragebogenkonstruktion, die gewählten Fragearten und das Layout werden in den folgenden Kapiteln beschrieben.

4.4.1. Fragebogenkonstruktion

Items* sind in der Regel Aussagen oder Antwortvorgaben, denen die Befragten zustimmen, oder die sie ablehnen sollen (Schnell et al, 2005, S. 179). Für die Itemkonstruktion wird auf verschiedene Quellen zurückgegriffen:

- Überarbeitete Version der Annahmen
- Kategorien der analysierten Experteninterviews von Ergotherapeuten & Klienten
- Literaturstudium zu den theoretischen Konstrukten (siehe Kapitel 2 und 3)

Um die theoretischen Konstrukte in messbare Items zu überführen, werden relevante Dimensionen/Aspekte aus Annahmen, Interviews und Theorie identifiziert (Schnell et al, 2005, S. 128). Qualitative Daten der Interviews werden auf diesem Weg in quantitative, messbare Daten/Items überführt (Bortz & Döring, 2006, S. 289).

Im Prozess der Operationalisierung* wird ermittelt und angegeben, wie die Sachverhalte, die diese Begriffe bezeichnen, gemessen werden sollen (Schnell et al, 2005, S. 127; Mayer, 2006, S. 71). Für das theoretische Konstrukt der Klientenzentrierung im „Patientenfragebogen“ sind beispielhaft identifizierte Dimensionen, die Itembildung und das ausgewählte Messinstrument in Abb. 6 dargestellt.

Die Itemformulierung findet nach Faustregeln von Schnell et al (2005, S. 180) statt. Statements bestehen aus einfachen Sätzen, sind klar und direkt formuliert. Wörter wie „alle“, „immer“, „niemand“ oder „niemals“ werden vermieden. Formulierungen orientieren sich an der Sprachgewohnheit der Befragten, um die Verständlichkeit der Items zu gewährleisten.

Begriffe aus den Klienteninterviews, wie „*Hindendenken*“, „*Hinspüren*“ oder „*Gedanken übertragen*“ werden übernommen (siehe Abb. 6). Von den Verfassern wird unabhängig voneinander eine Fülle an inhaltlich gleichen, sprachlich variierenden Items formuliert. Diese werden anhand der zugrundeliegenden Quellen diskutiert, überprüft und selektiert (Schnell et al, 2005, S. 187). Ausgewählte Items stellen Aussagen dar, von denen angenommen wird, dass sie die interessierende Einstellung wiedergeben (vgl. Schnell et al, 2005, S. 187).

Die Itemformulierung wird im Rahmen einer Pilotstudie auf Verständlichkeit und Eindeutigkeit überprüft und gegebenenfalls angepasst.

⁴ siehe Anlage 12

⁵ siehe Anlage 13

Operationalisierung des Begriffs der Klientenzentrierung im Patientenfragebogen

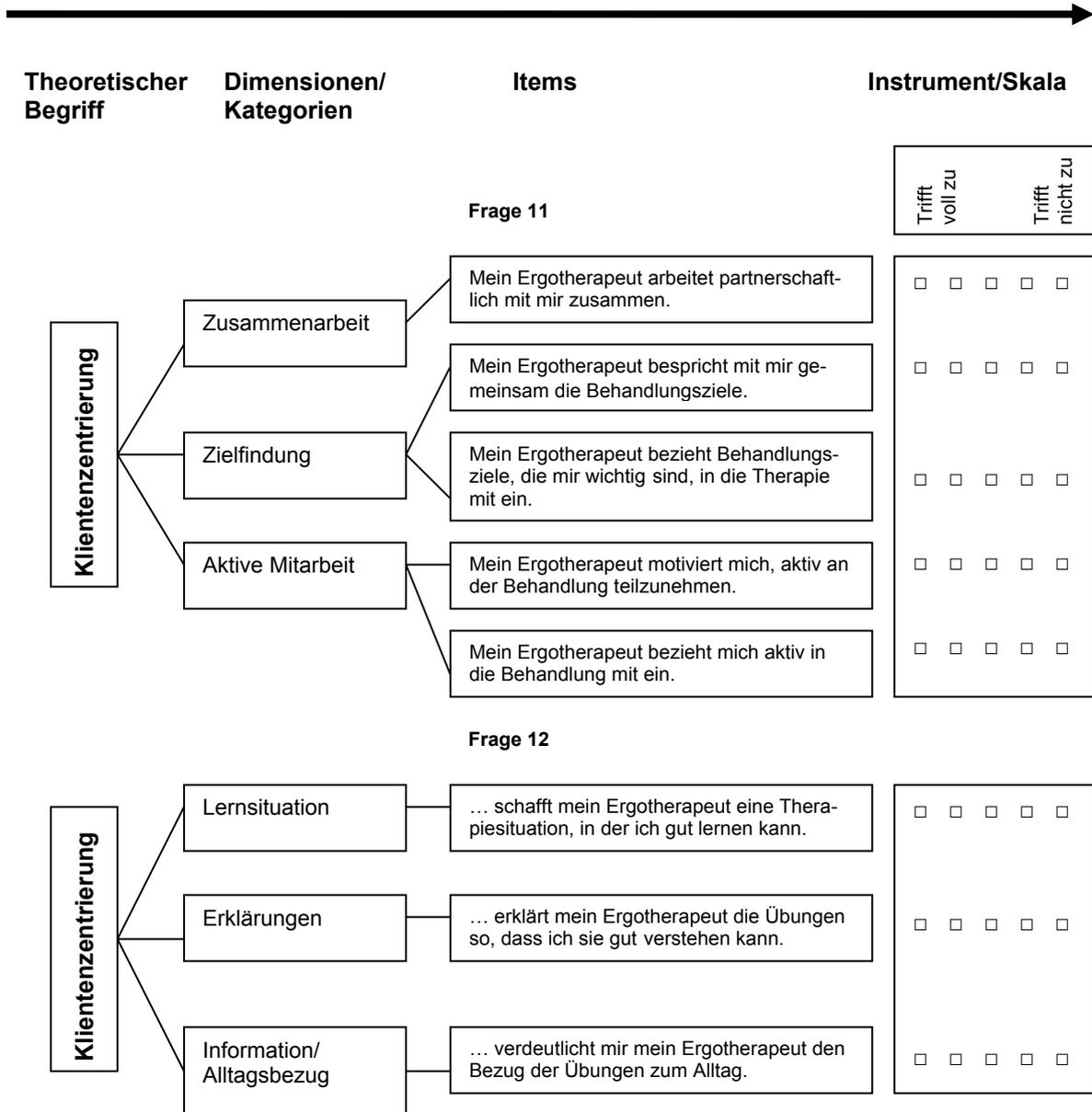


Abb. 6: Operationalisierung des Begriffs der Klientenzentrierung anhand einer Frage aus dem Patientenfragebogen

Likert Skala

Zur Messung von Einstellungen zu formulierten Items wird das Likert Skala* gewählt. Den Befragten wird im Rahmen von geschlossenen (halboffenen) Fragen eine Reihe von Items vorgelegt, zu denen sie ihre Zustimmung oder Ablehnung in abgestufter Form aussprechen können (Ludwig-Mayerhofer, Jacob & Eirnbter, 2004).

Die gewählte fünfstufige Likert Skala enthält je 2 Abstufungen bezüglich der Zustimmung oder Ablehnung und eine neutrale Mitte. Bortz & Döring (2004, S. 180-181, S. 224) diskutieren das Problem des

„mittleren Skalenwertes“. Er kann bei unsicheren Studienteilnehmern das Ausweichen auf die Neutral-kategorie erleichtern.

Für die Einschätzung der vorgegebenen Antwortformate in den gewählten Fragestellungen ist davon auszugehen, dass eine echte „neutrale Mitte“ vorhanden ist, die wir den Befragten damit zur Verfügung stellen. Je nach Frageart werden unterschiedliche Skalenbezeichnungen verwendet (s. Tab. 6):

Zutreffen	trifft voll zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Häufigkeit	Immer	oft	gelegentlich	selten	nie
Zufriedenheit	1 sehr zufrieden	2	3	4	5 nicht zufrieden
Verständlichkeit	1 sehr verständlich	2	3	4	5 nicht verständlich
Wichtigkeit	1 sehr wichtig	2	3	4	5 nicht wichtig

Tab. 6: Skalenbezeichnung nach Frageart

4.4.2. Fragearten und Antwortmöglichkeiten

Der Fragebogen ermöglicht durch geschickte Kombination verschiedener Fragearten das Erfassen quantitativer und qualitativer Daten. Je nach Art der gesuchten Information wird unter geschlossener, halboffener und offener Fragestellung die geeignete Frageart ausgewählt (Mayer, 2006, S. 89-93). Patienten⁶- und Therapeutenfragebogen⁷ weisen Gemeinsamkeiten in der Auswahl der Frage- und Antwortkategorien, sowie im Aufbau und Layout auf.

Geschlossene Fragen

Die Antwortkategorien bei geschlossenen Fragen sind vom Untersucher vorgegeben (Pratzner, 2001; Forsyth & Kviz, 2006, S. 96-97; Bortz & Döring, 2006, S. 215). Die Studienteilnehmer müssen aus mehreren Antwortalternativen eine oder mehrere Antworten auswählen.

Die quantitative Auswertung der Antwortkategorien ist gut möglich. Geschlossene Fragen werden u. a. für das Erfassen demographischer Eigenschaften der Studienteilnehmer (Schnell et al, 2005, S. 327) eingesetzt. Ihre Erfassung ermöglicht es, Korrelationen* zwischen Eigenschaften der Befragten und bestimmten Erfahrungen zu ermitteln.

29. Wie lange arbeiten Sie ergotherapeutisch nach dem Perfetti-Konzept?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> weniger als 2 Jahre | <input type="checkbox"/> 2 – 4 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 4 – 6 Jahre | <input type="checkbox"/> 6 – 8 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 8 – 10 Jahre | <input type="checkbox"/> länger als 10 Jahre |

Bei einfachen Fragestellungen mit vorgegebener „Ja-Nein“ Antwortkategorie wird eine „weiß nicht“ Kategorie eingefügt, um zu verhindern, dass Befragte zu einer subtilen Antwort gezwungen werden, die nicht mit ihrer wahren Einstellung oder Erfahrung übereinstimmt (Schnell et al, 2005, S. 337).

8. Stellen Sie Verbesserungen bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept fest?

- Ja
- Nein
- weiß nicht

⁶ siehe Anlage 25

⁷ siehe Anlage 26

Fragen mit Mehrfachnennungen ermöglichen das Ankreuzen mehrerer Antwortvorgaben. Ihr Einsatz ist dort sinnvoll, wo eine Reihe von Eigenschaften oder Verhalten gleichzeitig auftreten können (Mayer, 2006, S. 91).

5. Welche der folgenden Therapiestrategien sind Ihnen aus der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept bekannt? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> „Hindendenken“ | <input type="checkbox"/> „Hinspüren“ |
| <input type="checkbox"/> „Aufmerksamkeit lenken“ | <input type="checkbox"/> „Gedanken übertragen“ |
| <input type="checkbox"/> „Vorstellung von Bewegung“ | <input type="checkbox"/> „Imagination“ |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| <input type="checkbox"/> andere _____ | |

Halboffene Fragen

Bei der sog. „Hybridfrage“ oder „halboffenen“ Frage (Mayer, 2006, S. 91; Schnell et al, 2005, S. 333) werden geschlossene und offene Antwortvorgaben kombiniert. Die Antwortkategorie „Sonstiges“ oder „Andere“ wird eingefügt, wenn unklar ist, ob die Antwortkategorien alle Möglichkeiten erschöpfend anbieten.

Einige Fragen mit Likert-skalierten Items enthalten eine zusätzliche Antwortkategorie „eigene Anmerkungen“. Bei dichotomen* Antwortskalen im „Ja–Nein-Format“, muss der Befragte seine Antwort je nach ausgewählter Antwortkategorie in Kurzform erläutern. Die Befragten haben so die Möglichkeit, individuell bedeutsame Erfahrungen zu ergänzen.

Im Rahmen eines qualitativen Forschungsansatzes werden auf diese Weise neue Erkenntnisse zum Kontext der Fragestellung ermittelt.

Offene Fragen

Bei offenen Fragen kann der Befragte seine Antwort frei formulieren und wird nicht durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten in eine bestimmte Richtung gedrängt (Schnell et al, 2005, S. 332). Sie ermöglichen das Erfassen von subjektiven, individuellen Erfahrungen und Einschätzungen der Studienteilnehmer zum Thema (Ballinger & Davey, 1998, S. 547; Forsyth & Kviz, 2006, S. 97) und sind daher für ein qualitatives Design gut geeignet. Möglicherweise sind Antworten ehrlicher und überlegter, da kein Interviewer anwesend ist und mehr Zeit zum Ausfüllen gegeben ist (Mayer, 2006, S. 99).

Mehrere Autoren (Mayer, 2006, S. 99; Schnell et al, 2005, S. 332) weisen auf Nachteile offener Fragen hin. Probleme der Vergleichbarkeit der Aussagen, der Zeitaufwand bezüglich Beantwortung und Auswertung der Fragen werden genannt.

Die Anzahl offener Fragen wird aus pragmatischen Gründen auf jene Themenbereiche begrenzt, in denen neue Erkenntnisse von großem Interesse sind, und die Befragten möglichst unbeeinflusst von Vorannahmen antworten sollen.

Die Auswertung offener Fragen erfolgt systematisch und regelgeleitet nach den zuvor beschriebenen Kriterien der qualitativen Inhaltsanalyse (siehe Kapitel 4.3.3).

9. Wie gestalten Sie die Zusammenarbeit mit Ihren Patienten, die Sie nach dem Perfetti-Konzept behandeln?

4.4.3. Aufbau, Design, Format und Layout

Bei der Fragebogenkonstruktion wird beachtet, dass zu einem Themenbereich mehrere Fragen gestellt werden. „Fragen, die denselben Aspekt des Themas behandeln, werden nacheinander abgefragt“ (Schnell et al, 2005, S. 343). Damit wird vermieden, dass die Studienteilnehmer zu ständigen Gedankensprüngen gezwungen werden (Mayer, 2006, S. 94).

In Tabelle 7 sind die Themenbereiche des Patienten- und Therapeutenfragebogens und die dazugehörigen Fragestellungen und Fragearten übersichtlich dargestellt.

Der „Ausstrahlungseffekt“ oder „Halo-Effekt“ (Schnell et al, 2005, S. 342) und damit verbundene einseitige Antworttendenz soll vermieden werden. Geschlossene, halboffene und offene Fragenformate wechseln sich daher ab. Fragen nach demographischen Merkmalen werden ans Ende des Fragebogens gestellt. Sie sind leicht zu beantworten, wenn bereits Ermüdungserscheinungen auftreten (Mayer, 2006, S. 94; Schnell et al, 2005, S. 343).

In beiden Fragebögen werden sog. „Filterfragen“ eingesetzt. Das „Vorhanden“ oder „Nichtvorhandensein“ eines Merkmals wird zunächst abgefragt (Bsp. Frage 13 im Patientenfragebogen zum Thema Schmerz). Mittels sog. „Sprungmarke“ wird der Befragte darauf hingewiesen, dass er folgende Fragen, die ihn nicht betreffen, überspringen kann.

Der Einsatz solcher Filterfragen ermöglicht eine eindeutige Zuordnung von Aussagen. Sie verhindern, dass das Interesse an der Befragung verloren geht und sich der Zeitrahmen für die Beantwortung unnötig verlängert (Mayer, 2006, S. 95).

Der Sprachgebrauch ist in beiden Fragebögen auf die unterschiedlichen Belange der Studienteilnehmer abgestimmt. Es wird ausschließlich der Begriff „Patient“ genutzt, der im alltäglichen Sprachgebrauch von praktizierenden Ergotherapeuten und Klienten vorherrscht. Auch Perfetti (1997, 2007) spricht in der Darstellung des Therapiekonzeptes von Patienten.

Der Begriff des „Klienten“ oder der „Klientenzentrierung“ müsste eingeführt und inhaltlich erläutert werden. Darauf wird bewusst verzichtet.

Bei der Auswahl der Fragearten wird darauf geachtet, den Fragebogen einerseits so kurz wie möglich zu halten und andererseits möglichst reichhaltige Informationen zu sammeln. Der Zeitbedarf zum Ausfüllen wird mit im Rahmen der Pilotstudie ermittelt. Um die subjektive Befragungszeit kürzer erscheinen zu lassen, wird den Befragten der baldige Schluss mit der Formel „*Sie haben es gleich geschafft!*“ angekündigt.

Das Fragebogenformat ist großzügig angelegt. Die schnelle Abarbeitung vieler Seiten wirkt laut Schnell et al (2005, S. 347) kooperationsfördernd. Der Therapeutenfragebogen umfasst 11 und der Patientenfragebogen 9 DIN-A4-Seiten. Beide Fragebögen sind in einem einheitlichen Layout mit der Schriftart „Arial“ pt 11,5 gestaltet. Die Fragen sind durchgehend nummeriert, übersichtlich dargestellt und mittels Fettdruck optisch hervorgehoben (Schnell et al. 2005, S. 346).

Das Layout führt und unterstützt den Befragten. Fragen mit dazugehörigen Antwortkategorien befinden sich auf einer Seite, um unnötiges Umblättern während der Beantwortung zu vermeiden. Die gewählte Fragebogenfarbe Gelb soll Aufmerksamkeit auf den Fragebogen lenken und zur Beantwortung motivieren.

Zur Beantwortung offener Fragen sind Führungslinien vorgesehen, die genügend Raum geben. Das gesamte Erscheinungsbild des Fragebogens trägt dazu bei, mögliche Fehlerquellen zu reduzieren und die Motivation der Studienteilnehmer während der Beantwortung aufrecht zu erhalten.

Fragebogeninhalte, geordnet nach Teilnehmergruppen

	Patientenfragebogen	Therapeutenfragebogen
Klientenzentrierung <ul style="list-style-type: none"> • Information • Zusammenarbeit 	<i>Frage 1-4</i> <ul style="list-style-type: none"> • Information über Perfetti-Konzept erhalten? (J/N/WN) • Wie wurde informiert? (MN) • Verständlichkeit der Informationen (Bewertung, LS) • Wichtigkeit verschiedener Informationsquellen, 3 Items (LS) <i>Frage 11+12+15</i> <ul style="list-style-type: none"> • Aussagen zur Zusammenarbeit (5 Items) • Aussagen zur Behandlungsgestaltung (3 Items) • Umgang mit subjektiver Körperwahrnehmung , 2 Items 	<i>Frage 1-3</i> <ul style="list-style-type: none"> • Werden Patienten informiert? (J/N/TW) • Welche Informationsmöglichkeiten werden genutzt? (MN) • Zufriedenheit mit Informationsmöglichkeiten (J/N) <i>Frage 9+10</i> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wird die Zusammenarbeit gestaltet? • Wie wird Therapeutenrolle gesehen?
Wirksamkeit	<i>Frage 5-10 und Frage 13-16</i> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Therapiestrategien sind bekannt? (MN) • Anwendung erlernter Therapiestrategien, 3 Items (LS) • Auf welche Probleme kann durch Anwendung von Therapiestrategien Einfluss genommen werden? • Ausführung alltäglicher Aktivitäten verbessert? (J/N) • Welche alltäglichen Aktivitäten haben sich verbessert? • Wahrnehmung von Verbesserungen, 3 Items (LS) • Schmerzen aufgrund der Erkrankung? (J/N/TW) • Umgang mit Schmerz in der Behandlung, 2 Items, (LS) • Verbesserung krankheitsbedingter Probleme (J/N) Wenn Ja, welche? 	<i>Frage 11-20</i> <ul style="list-style-type: none"> • Positive Erfahrungen mit Anwendung bei Schmerzen? (J/N/WN) • Umgang mit Schmerzen in Behandlung (4 Items) • Überprüfung der Therapieerfolge (2 Items) • Woran wird die Wirksamkeit der Therapie festgemacht? • Behandlungsmöglichkeiten, die Konzept bietet (3 Items) • Wie wird Alltagsbezug in der Therapie hergestellt? • Betrachtung von Klienten aus Modellperspektive (CMOP, MOHO) (LS) • Überprüfung der Therapieergebnisse mit Befundinstrumenten, Assessments (LS) • Welche Befundinstrumente/Assessments werden genutzt? • Erlebte Aspekte der Wirksamkeit der Therapie (4 Items)
Motivation <ul style="list-style-type: none"> • Clinical reasoning 	<i>Frage 17</i> <ul style="list-style-type: none"> • Aspekte der Motivation, nach dem Konzept zu arbeiten, 4 Items (LS) 	<i>Frage 4-8</i> <ul style="list-style-type: none"> • Was motiviert zur Auseinandersetzung mit dem Konzept • Gründe für Anwendung des Therapiekonzeptes, 5 Items (LS) • Informieren Sie sich über aktuelle neurowissenschaftliche Entwicklungen? (J/N/T) • Welche Informationsmöglichkeiten über das Perfetti-Konzept werden genutzt? (M/N) • Zufriedenheit mit zur Verfügung stehenden Informationsmöglichkeiten (MN)

	Patientenfragebogen	Therapeutenfragebogen
Zufriedenheit	<i>Frage 18+19</i> <ul style="list-style-type: none"> • Globalurteil zur Zufriedenheit mit der Behandlung (LS) • Woran wird die Zufriedenheit/Unzufriedenheit festgemacht? Welche Faktoren tragen dazu bei? (offen) 	<i>Frage 21-22</i> <ul style="list-style-type: none"> • Globalurteil zur Zufriedenheit mit Behandlungsmöglichkeiten, die das Konzept bietet (LS) • Woran wird die Zufriedenheit/Unzufriedenheit festgemacht? Welche Faktoren tragen dazu bei? (offen)
Demographische Daten	<i>Frage 20-24</i> <ul style="list-style-type: none"> • Alter, Geschlecht • Aufgrund welcher Erkrankung findet ergotherapeutische Behandlung statt? (offen) • Dauer der ergotherapeutischen Behandlung? • Dauer der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Konzept? 	<i>Frage 23-29</i> <ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Tätigkeit in welcher Einrichtung? (MN) • Tätigkeit in welchem Fachgebiet? (MN) • Bei welchen Krankheitsbildern wird das Perfetti-Konzept angewendet? (MN) • Dauer der Tätigkeit als Ergotherapeutin? Wie lange wird nach dem Konzept gearbeitet?

Tab. 7: Inhalte Fragebogen, geordnet nach Teilnehmergruppen

Legende für Abkürzungen der Antwortkategorien	
Ja-Nein	(J/N)
Ja-Nein-Weiß nicht	(J/N/WN)
Ja-Nein-Teilweise	(J/N/T)
Mehrfachnennungen	(MN)
Likertskala	(LS)
offene Fragen	blau hervorgehoben

5. Vorbereitung und Durchführung der Studie

Der Forschungsprozess und die zeitliche Abfolge der einzelnen Forschungsschritte werden in Abb. 7 übersichtlich dargestellt. Die erste Annäherung an den Gegenstand der Untersuchung erfolgt durch die Formulierung von Leitfragen und Annahmen.

Die Literaturrecherche zu unterschiedlichen Themen findet vor und während des gesamten Forschungsprozesses statt. In den folgenden Kapiteln werden Literaturrecherche, Durchführung und Auswertung der leitfadengestützten Experteninterviews, der Pilot- und Hauptstudie dargestellt.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Forschungsarbeit orientierten sich an den von Mayring vorgeschlagenen sechs Gütekriterien qualitativer Forschung (Mayring, 2002, S. 144-148).

Auf konkrete Maßnahmen zur „*Verfahrensdokumentation*“, „*Argumentativen Interpretationsabsicherung*“, „*Regelgeleitetheit*“, „*Nähe zum Gegenstand*“, „*Kommunikativen Validierung*“ und der „*Triangulation*“ wird an entsprechender Stelle im Text verwiesen.

Graphik: Vorbereitung und Durchführung der Studie

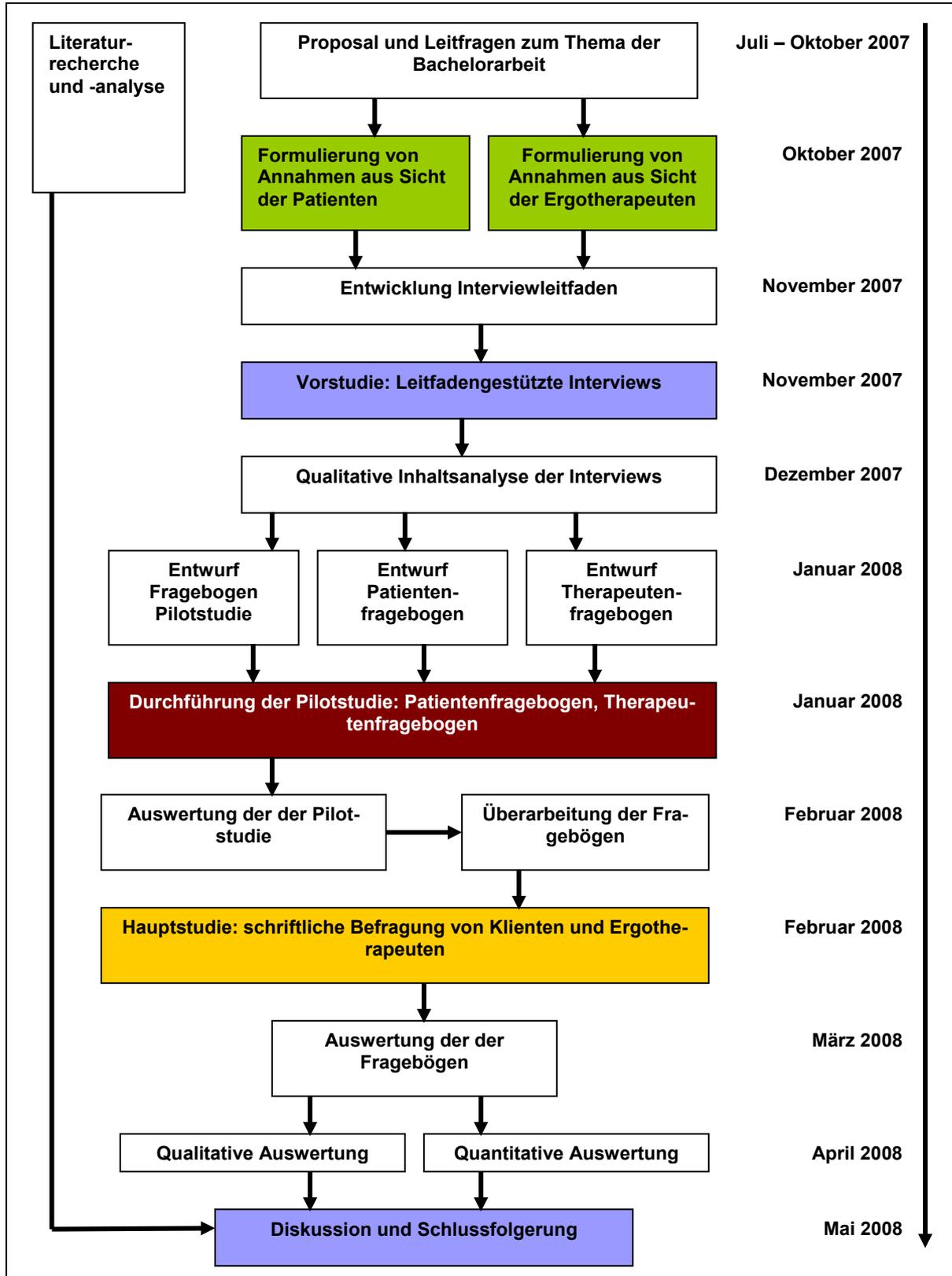


Abb. 7: Vorbereitung und Durchführung der Studie

5.1. Literaturrecherche und -analyse

Die Recherche und Analyse relevanter Literatur ist grundlegender Bestandteil sowohl des theoretischen, als auch praktischen Teils dieser Forschungsarbeit (Dieter & Kielhofner, 2006, S. 437). Um ein systematisches Vorgehen zu gewährleisten, werden die von Dieter & Kielhofner (2006, S. 440) vorgeschlagenen Schritte zur Literaturrecherche angewendet.

Schritt 1 - **Was** wird gesucht?

Relevante Themen für die Literaturrecherche werden bestimmt (Dieter & Kielhofner, 2006, S. 440). Es zeichnen sich 2 übergreifende Themenkomplexe ab. Der erste Themenkomplex ergibt sich aus den theoretischen Konstrukten der Leitfragen. Ein zweiter Themenkomplex setzt sich mit der Wahl der geeigneten Untersuchungsmethoden auseinander.

Gibt es Forschungen in der Ergotherapie, die sich mit der Evaluation eines Therapiekonzeptes aus Sicht von Klienten und Ergotherapeuten auseinandersetzen? Welche Forschungsdesigns und Untersuchungsmethoden werden gewählt? Gibt es zur vorliegenden Fragestellung einen geeigneten Fragebogen?

Schritt 2 - **Wo** wird gesucht?

Es wird festgelegt, welche Möglichkeiten bei der Suche nach gewünschten Informationen genutzt werden (Dieter & Kielhofner, 2006, S. 440). Je nach Fragestellung der Suche sind unterschiedliche Quellen relevant. Für eine breit angelegte Recherche werden verschiedene Quellen genutzt:

- Elektronische Datenbanken: Dimdi, pubmed, medline, OTseeker, OTDbase
- Suche in den Literaturhinweisen relevanter Artikel
- Suche in relevanten Ergotherapie-Zeitschriften: Ausgaben der englischsprachigen Journals of Occupational Therapy aus Amerika, England, Kanada und Skandinavien, sowie die verschiedenen deutschen Fachzeitschriften, ergoscience, Ergotherapie – Zeitschrift für angewandte Wissenschaft, Ergotherapie & Rehabilitation, ergo praxis
- Recherche im World Wide Web mit der Suchmaschine Google
- Listen der Bachelorarbeiten der verschiedenen Hochschulen in Deutschland
- Literatur in Form von Fachbüchern zum Thema

Schritt 3 - **Wie** wird gesucht?

Zu den dargestellten Themenkomplexen werden Suchbegriffe und mögliche Kombinationsbegriffe ausgewählt, mit deren Hilfe nach den gewünschten Informationen recherchiert werden kann (Dieter & Kielhofner, 2006, S. 442ff; Stein & Cutler, 2000, S. 194). Zur Eingrenzung der Recherche werden je nach Bedeutsamkeit des Themas Einschlusskriterien bezüglich des Veröffentlichungszeitraumes und von Autoren festgelegt. In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Themenkomplexe und Suchbegriffe dargestellt:

Perfetti-Konzept	
<i>Suchbegriffe:</i>	Perfetti-Konzept, kognitiv-therapeutische Übungen, kognitiv-therapeutische Übungen, Perfetti
<i>Kombinationswörter:</i>	AND Evaluation, client satisfaction, occupational therapy, therapy, Patientenzufriedenheit, Ergotherapie, Therapie
<i>Eingrenzung:</i>	keine, da Entwicklung des Konzeptes von Interesse
Klientenzentrierung	
<i>Suchbegriffe:</i>	Klientenzentrierung, klientenzentrierte Praxis, client centred practice, client centred
<i>Kombinationswörter:</i>	AND Occupational therapy, therapy, Ergotherapie, Therapie
Zufriedenheit	
<i>Suchbegriffe:</i>	Patientenzufriedenheit, client satisfaction, patient satisfaction, therapist satisfaction
<i>Kombinationswörter:</i>	AND Ergotherapie, Therapie, occupational therapy, therapy, Fragebogen, questionnaire, evaluation, service evaluation, therapist view, patient view,

Fragebogen	
Suchbegriffe:	Fragebogen, Fragebogenkonstruktion, questionnaire, design questionnaire
Kombinationsbegriffe	AND Evaluation, Patientenzufriedenheit, client satisfaction, patient satisfaction, Ergotherapie, occupational therapy, Therapie, therapy,

Tab. 8: Suchbegriffe und Kombinationswörter der Literaturrecherche

Schritt 4 – **Wie** geeignet ist die Literatur?

Es geht darum, jene Literatur zu selektieren, die zum Thema der Fragestellung relevant und interessant ist. Zur Aufbereitung der Daten schlägt Kruse (2005, S. 93-94) das Exzerpieren* und Paraphrasieren* vor. Relevante Aussagen werden unter dem Blickwinkel der Fragestellung in eigenen Worten zusammengefasst. Inhalte gelesener Artikel werden strukturiert erfasst und auf ihre Bedeutsamkeit für die Forschungsarbeit untersucht.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche sind in den jeweiligen Kapiteln dargestellt.

5.2. Vorstudie – Leitfadengestützte Experteninterviews

Eine Nachfrage per E-mail-Anfrage an die führenden Behandlungszentren in der Schweiz (Brissago, Clinica Hildebrand; Tschugg, Klinik Bethesda) und Italien (Villa Miari, Santorso) machen deutlich, dass kein geeigneter Fragebogen für die Hauptstudie zur Verfügung steht und demnach entwickelt werden muss.

Das Leitfadengestützte Experteninterview ist ein erster Schritt zur Entwicklung der Fragebögen. Durchführung und Auswertung werden in den nächsten beiden Kapiteln dargestellt.

5.2.1. Durchführung der Interviews

Für die Interviews stellen sich 2 Ergotherapeuten und 2 Klienten zur Verfügung, welche die Einschlusskriterien der Stichprobe (siehe Kapitel 5.4.1) erfüllen. Alle Interviews werden von einer der beiden Verfasserinnen durchgeführt. Damit wird eine einheitliche Durchführung und bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse sichergestellt.

Aus pragmatischen Gründen ist eine maximale Interviewdauer von 20 Minuten vorgesehen. Die Interviewteilnehmer werden zuhause oder in einer ergotherapeutischen Praxis aufgesucht. Mit Unterzeichnung einer vorbereiteten Einverständniserklärung⁸ erklären sich alle Teilnehmer mit der Tonbandaufzeichnung und anonymen Verwendung der Daten einverstanden. Die Tonbandaufzeichnung ermöglicht die Konzentration der Beteiligten auf das eigentliche Gespräch und ist Grundlage für die Transkription der Interviews.

Die in der Vorbereitungsphase erstellten Interviewleitfäden für Klienten und Ergotherapeuten sind die Grundlage für das Interview. Bei Bedarf werden erweiterte Fragen gestellt, wenn Erläuterungen unverständlich bleiben oder von vertiefendem Interesse sind. Die Befragten erhalten Raum, ihre Erfahrungen in eigenen Worten zu schildern.

Alle Interviewpartner zeigen sich aufgeschlossen und die Gesprächsatmosphäre ist durchgehend positiv. Die durchschnittliche Interviewdauer beträgt 15 Min.

Transkribiert werden die vier Interviews⁹ von zwei neutralen Personen nach zuvor aufgestellten Transkriptionsregeln¹⁰. Es findet eine Übertragung in „normales Schriftdeutsch“ mit Übersetzung von Dialekt ins Hochdeutsche und Weglassen von lautsprachlichen Äußerungen wie „ahs“ und „ähms“ (Mayring, 2002, S. 91) statt. Sie leisten keinen wesentlichen Beitrag zum Erkenntnisgewinn für die Fragestellung dieser Studie (Flick, 2006, S. 274).

5.2.2. Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgt mittels qualitativer Inhaltsanalyse und induktiver Kategoriebildung nach Mayring (siehe Kapitel 4.3.3). Alle 4 Interviews werden zunächst von beiden Verfassern unabhängig voneinander ausgewertet.

⁸ siehe Anlage 4

⁹ siehe Anlagen 6,7,8,9

¹⁰ siehe Anlage 5

Die Interviews werden codiert in P1, P2 (Klienteninterviews) und T1, T2 (Therapeuteninterviews). Im Anhang sind exemplarisch Teile der Auswertungstabellen der Therapeuten¹¹- und Klienteninterviews¹² dargestellt. In den vorbereiteten Tabellen werden, Zeilenangabe des Interviewausschnittes, Nr. der Paraphrase, Paraphrase, Reduktion, Generalisierung und Kategorie festgehalten.

Für die Kategorienbildung werden jeweils beide Therapeuten- und Klienteninterviews in einer Tabelle ausgewertet.

In der Literatur wird die Anwendbarkeit der klassischen Gütekriterien, wie Objektivität*, Reliabilität* und Validität* auf qualitative Untersuchungsmethoden diskutiert (Flick, 2006, S. 429-430; Mayring, 2002, S. 141). Flick (2006, S. 429) verweist in der Diskussion auf eine Arbeit von Madill et al (2000), nach der Objektivität qualitativer Daten hergestellt werden kann, wenn 2 Forscher bei der Analyse der Daten zu gleichen Ergebnissen kommen.

Durch die unabhängige Auswertung nach zuvor festgelegten Regeln wird eine größtmögliche Auswertungs- und Interpretationsobjektivität (Bortz & Döring, 2006, S. 199) hergestellt. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse werden in einem gemeinsamen Materialdurchgang verglichen und diskutiert. Die logische Einhaltung zuvor festgelegter Regeln wird überprüft und die endgültigen Kategorien gebildet.

Zur Sicherung der „*kommunikativen Validierung*“ (Mayring, 2002, S. 144) werden die ausgewerteten und kategorisierten Interviews den Befragten zur kritischen Überprüfung vorgelegt. Alle bestätigen, dass sich ihre beabsichtigten Aussagen in den gebildeten Kategorien wiederfinden.

Die gebildeten Kategorien werden den theoretischen Konstrukten der Leitfragen dieser Studie deduktiv zugeordnet, gegenübergestellt. .

5.2.3. Ergebnisse der Interviews

Durch die Zuordnung der Anzahl von Textstellen zu den gebildeten Kategorien werden qualitative Daten der Interviews in quantitative Daten überführt (Mayring, 2002, S. 117).

Mittels tabellarischer Gegenüberstellung der gebildeten Kategorien und formulierten Annahmen (Ergotherapeuten¹³ und Klienten¹⁴) werden relevante Aspekte deutlich, die bisher nicht in den Annahmen enthalten sind. Häufig genannte Kategorien werden für die Itemkonstruktion des Fragebogens herangezogen. Anhand einiger Beispiele mit Zitierungen aus den Interviews wird die Auswahl verdeutlicht.

Aus den Klienteninterviews werden viele Kategorien gebildet, welche Dimensionen der Wirksamkeit der Behandlung beschreiben.

Die Kategorie „*bewusste Anwendung von Therapiestrategien*“ (6 Textstellen) gründet u. a. auf Aussagen wie von P1: *„Also ich weiß, dass ich die Gedanken übertragen muss. Und das gelingt auch, ich kann es immer nicht glauben, aber es ist tatsächlich so.“*

7 Textstellen beschreiben die Verbesserung der Durchführung alltäglicher Aktivitäten, so erklärt P1: *„ich kann jetzt also ein Glas greifen“*; *„ich kann jetzt die Flasche halten und öffnen“*, oder P2 stellt fest: *„der vermehrte Einsatz meiner rechten, betroffenen Seite, noch viel stärker fällt mir das auf bei stundenlanger Arbeit in der Küche.“* Klienten beschreiben viele Aspekte zur Frage der Zusammenarbeit mit ihrem Ergotherapeuten.

Laut P2 ist es: *„ein genießerisches Herangehen. Also es ist wirklich ein miteinander herangehen“* und die Lernsituation wird wie folgt gestaltet: *„Wie sie das macht, und sie macht es so, dass ich es nachvollziehen kann, dass ich mich ja so konzentrieren kann.“*

Die Auswertung der Therapeuteninterviews stellt sich als schwieriger heraus. Die Aussagen sind weniger klar und viele Themen sind in einer Aussage miteinander verbunden.

Zur Frage der Wirksamkeit sagt T2: *„Ich kann es einmal festmachen an der Übung selber...sichtbar für beide, und dass mir die Patienten sagen, dass ihnen auch im Alltag schon etwas auffällt.“*

Als häufigste Kategorie lässt sich aus den Textstellen ableiten, dass die Evaluation der Wirksamkeit der Behandlung anhand der Rückmeldung (4) und Beobachtung (4) des Klienten stattfindet.

Aus den Aussagen zur Gestaltung der Zusammenarbeit mit dem Klienten werden Kategorien identifiziert, welche Information, verständliche Erklärungen, ganzheitliche Sichtweise oder der Stärkung der Selbststeuerung/Selbstwirksamkeit des Klienten beschreiben. T1: *„Man spricht den Menschen nicht als Patient an, sondern als den, der dafür sorgen kann, dass er z. B. wieder eine Handlung, eine Bewegung machen kann.“*

¹¹ siehe Anlage 10

¹² siehe Anlage 11

¹³ siehe Anlage 12

¹⁴ siehe Anlage 13

Die größte Anzahl an Textstellen beinhalten Aussagen, in denen die Interviewten beschreiben, warum sie sich entscheiden, nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten.

Aussagen wie von T1: „*dass die Theorie mir hilft, dass ich die Prozesse besser verstehe und ich dem Patienten besser helfen kann*“, oder T1: „*weil ich denke, dass es wirklich wichtig ist aktiv dabei sein zu müssen*“ und T2: „*Und das Deutlichste, man kann auf keinem Fuß laufen, den man nicht spürt.*“ Nach induktiver Kategoriebildung wird deutlich, dass einige Kategorien der Therapeuten clinical reasoning Prozesse beschreiben, die dem Konstrukt der Motivation aus Therapeutesicht untergeordnet sind (siehe Kapitel 3.3.).

Die Kategorien der Interviews werden für die Itembildung des Fragebogens genutzt und führen zu einer Überarbeitung und Präzisierung der Annahmen. Der Veränderungsprozess der Annahmen wird in der Gegenüberstellung der Annahmen von ¹⁵Klienten und Ergotherapeuten¹⁶ dargestellt, Veränderungen sind farblich in blau hervorgehoben.

5.3. Pilotstudie

Der entwickelte Patienten- und Therapeutenfragebogen wird im Rahmen einer Pilotstudie auf Verständlichkeit und Anwendbarkeit getestet (Forsyth & Kviz, 2006, S. 101; Mayer 2006, S. 58). Dafür wird ein Fragebogen „Pilotstudie“¹⁷ entwickelt. Er ist in drei Teile gegliedert.

Das „Anschreiben zur Hauptstudie“¹⁸, die „Anleitung zum Ausfüllen“¹⁹ und der Fragebogen werden auf Verständlichkeit überprüft. Die Teilnehmer der Pilotstudie haben die Möglichkeit, unangemessene/unverständliche Formulierungen im Fragebogen zu identifizieren und Verbesserungsvorschläge zu notieren.

5.3.1. Durchführung der Pilotstudie

Für die Pilotstudie werden Ergotherapeuten per E-Mail-Kontakt oder telefonisch rekrutiert und gebeten, Klienten für die Teilnahme zu gewinnen. Die Pilotstudie wird mit einer Stichprobe von 5 Ergotherapeuten und 5 Klienten durchgeführt. Alle Teilnehmer erfüllen die Einschlusskriterien der Stichprobe (siehe Kapitel 5.4.1).

Um verlässliche Auskünfte zu erhalten, orientiert sich das Vorgehen am Prozedere der Hauptstudie. Den teilnehmenden Ergotherapeuten werden auf dem Postweg alle Unterlagen zugesendet. Sie werden gebeten, die gekennzeichneten Unterlagen an die teilnehmenden Klienten weiterzuleiten.

Das „Anschreiben - Teilnehmer Pilotstudie“²⁰ informiert über das Studienziel und enthält eine Anleitung zur Durchführung der Pilotstudie. Die Teilnehmer werden gebeten, zunächst den Fragebogen zur Hauptstudie (gelbes Papier) auszufüllen und anschließend mittels „Fragebogen Pilotstudie“ (blaues Papier) die Durchführung kritisch zu reflektieren.

Beide Fragebögen werden gemeinsam in einem dafür vorgesehenen frankierten Rückumschlag im vorgegebenen Zeitraum von 2 Wochen an die Verfasser zurückgesendet.

5.3.2. Auswertung der Pilotstudie

Die Ergebnisse der Pilotstudie werden mit Hilfe des Microsoft-Office-Programms „Excel“ erfasst und ausgewertet. Die Rücklaufquote bei den Ergotherapeuten beträgt 100% und 80% bei den Klienten (4 von 5). Vorgenommene Veränderungen des Fragebogens nach Auswertung der Pilotstudie sind tabellarisch für Klienten²¹ und Ergotherapeuten²² dargestellt und im Anhang einzusehen.

Im „Anschreiben zur Hauptstudie“ wird der tatsächliche Zeitaufwand von ca. 20 Min auf ca. 25 Min korrigiert. Die Anleitung zum Ausfüllen bleibt unverändert, sie wird von allen Pilotstudienteilnehmern als verständlich und hilfreich bewertet. Von den Klienten werden keine Kritikpunkte oder Anregungen zum Inhalt des Fragebogens gegeben.

¹⁵ siehe Anlage 1

¹⁶ siehe Anlage 2

¹⁷ siehe Anlage 18

¹⁸ siehe Anlagen 16, 17

¹⁹ siehe Anlage 19

²⁰ siehe Anlage 15

²¹ siehe Anlage 22

²² siehe Anlage 23

Nach Auswertung der ausgefüllten Patientenfragebögen kann davon ausgegangen werden, dass die Klienten die Fragen verstehen und beantworten können. Der Patientenfragebogen kann daher unverändert für die Hauptstudie übernommen werden.

Aufgrund der Auslassung einzelner Items bei der Beantwortung wird im Anschreiben darum gebeten, möglichst alle Fragen zu beantworten.

Auf Anregung und Kritik der befragten Ergotherapeuten werden einige Veränderungen im Therapeutenfragebogen vorgenommen. Formulierungen werden präzisiert, der Begriff „Behandlung“ wird dort durch „Therapie“ ersetzt, wo sich Fragen nicht auf eine einzelne Behandlungssituation, sondern auf den gesamten Therapieprozess beziehen.

Eine geschlossene Frage zum Thema Klientenzentrierung - Zusammenarbeit mit 5 Items wird durch eine offene Frage ersetzt. Die eindeutige positive Antworttendenz bei Beantwortung dieser Frage kann im Sinne sozialer Erwünschtheit* erfolgt sein.

Eine offene Frage entspricht mehr dem qualitativen Ansatz dieser Studie, neue Erkenntnisse darüber zu gewinnen wie Ergotherapeuten die Zusammenarbeit mit Klienten gestalten, die sie nach dem Perfetti-Konzept behandeln.

5.4. Hauptstudie

Inhalt der Hauptstudie ist die zeitgleiche schriftliche Befragung von Ergotherapeuten und Klienten. Die folgenden Kapitel informieren über die Stichprobengewinnung, den Verlauf der Hauptstudie, die erreichte Rücklaufquote und die Methodik der Auswertung der Fragebögen.

In Bezug auf das Gütekriterium *Verfahrensdokumentation* (Mayring, 2002, S. 144-145) wird der Forschungsprozess transparent und nachvollziehbar dargestellt.

5.4.1. Einschlusskriterien und Stichprobengewinnung

In der qualitativen Forschung steht laut Mayer (2006, S. 38) die Relevanz des Themas für die Stichprobe im Vordergrund. Es müssen folglich Studienteilnehmer identifiziert werden, die am besten geeignet sind, über das zu untersuchende Phänomen zu informieren (Dickerson, 2006, S. 524). Vorab werden Kriterien festgelegt, nach denen die Stichprobe begründet ausgewählt wird.

Ergotherapeuten

Um sicherzustellen, dass Ergotherapeuten ausreichendes theoretisches und praktisches Wissen in der Anwendung der kognitiv-therapeutischen Übungen haben, müssen sie einen AIDETEC anerkannten Basiskurs (2004) oder Examenskurs (2007) absolviert haben.

Trotz unterschiedlicher Namensgebung (siehe Kapitel 2.2.9) umfassen beide Kurse die gleichen Ausbildungsinhalte. So wird sichergestellt, dass Klienten auf der Basis von fundiertem Wissen nach dem Perfetti-Konzept behandelt werden.

Da für die Fragestellung kulturell bedingte Unterschiede nicht als relevant zu betrachten sind, werden deutschsprachige Ergotherapeuten aus der Schweiz in die Studie aufgenommen.

Klienten

Ein Mindestalter von 18 Jahren ist Voraussetzung. Klienten müssen ausreichend kognitive Fähigkeiten mitbringen, um den Inhalt des Fragebogens zu verstehen. Klienten mit orthopädischen oder neurologischen Krankheitsbildern können an der Studie teilnehmen.

Das Perfetti-Konzept enthält Arbeitshypothesen und Behandlungsstrategien für beide Klientengruppen (Perfetti, 2007). Eine Behandlungsdauer von mindestens 3 Wochen ist Voraussetzung, damit Klienten erste Erfahrungen mit der Behandlung gesammelt haben.

Der behandelnde Ergotherapeut muss die Einschlusskriterien der Therapeutenstichprobe erfüllen.

Stichprobengewinnung

Für die Studienteilnehmergewinnung werden Teilnehmerlisten der beiden deutschsprachigen Kurse (Basiskurs Brissago CH, 2004; Examenskurs München, 2007) genutzt. Den Verfassern sind die Teilnehmer des Basiskurses in Brissago aufgrund ihrer eigenen Teilnahme persönlich bekannt.

Zu allen Kursteilnehmern wird per E-mail²³ oder postalisch Kontakt aufgenommen. Sie werden über das Studienziel informiert und um ihre Teilnahme gebeten. 30 Ergotherapeuten erklären sich im Vorfeld zur Studienteilnahme bereit.

Die Stichprobengröße der Klienten hängt davon ab, inwieweit die teilnehmenden Ergotherapeuten ihre Klienten, welche die Einschlusskriterien erfüllen, zur Studienteilnahme motivieren können.

Per E-mail werden die teilnehmenden Ergotherapeuten angefragt, die gewünschte Anzahl an Patientenfragebögen zu nennen. Auf diesem Wege werden 119 Patientenfragebögen angefordert. Die Spannweite beläuft sich pro Therapeut von 0-10 Fragebögen.

5.4.2. Kontaktaufnahme, Studienverlauf und Rücklaufquote

Kontaktaufnahme und Korrespondenz mit den Studienteilnehmern erfolgt postalisch und per E-mail. Die entwickelten Anschreiben für die teilnehmenden Ergotherapeuten²⁴ und Klienten²⁵ enthalten, basierend auf den Empfehlungen von Schnell et al (2005, S. 362) und Bortz & Döring (2006, S. 71), folgende Informationen:

- Kontaktdaten mit E-mail Adresse und Telefonnummern
- Vorstellung der für die Durchführung der Studie verantwortlichen Personen
- Zweck und Intention der Studie
- Einschlusskriterien der Studienteilnehmer
- Wichtigkeit der Teilnahme und der individuellen Erfahrung jedes einzelnen Studienteilnehmers
- zeitlicher Aufwand für die Bearbeitung des Fragebogens
- Zusicherung der Anonymität
- Bestellmöglichkeit der Bachelorarbeit als Anerkennung für die Teilnahme

Die formulierten Anschreiben sollen zur Studienteilnahme motivieren und ein ansprechendes und interessantes Bild von dem vorgestellten Forschungsprojekt vermitteln (Schnell et al, 2005, S. 362; Mayer, 2006, S. 98).

Für die Hauptstudie werden folgende Unterlagen zusammengestellt:

- Anschreiben Hauptstudie Ergotherapeuten/Klienten
- Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens
- Therapeutenfragebogen/Patientenfragebogen
- Bestellformular Bachelorarbeit
- Umschlag für Bestellformular Bachelorarbeit
- frankierter Rückumschlag für die Rücksendung des Fragebogens

Jeder teilnehmende Ergotherapeut erhält die vorgesehene Anzahl an bestellten Therapeuten- und Patientenfragebögen auf dem Postweg. Alle Unterlagen sind in Klarsichthüllen einsortiert und mit einem Aufkleber „Patienten“- oder „Therapeutenfragebogen“ versehen.

Zur Erhöhung der Rücklaufgeschwindigkeit und -quote werden verschiedene Maßnahmen ergriffen. Die Rücksendefrist wird auf 3 Wochen nach Versendung der Unterlagen datiert. Nach 1 Woche erhalten alle teilnehmenden Ergotherapeuten ein „Erinnerungsschreiben“²⁶ mit der Bitte, diese entsprechend an die teilnehmenden Klienten weiterzuleiten.

Eine zweite Erinnerung erfolgt nach 2 Wochen per E-mail (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 257). Als Dank für ihre Teilnahme können die Befragten ein Exemplar der Bachelorarbeit als pdf-Datei oder CD-Rom mittels „Bestellformular Bachelorarbeit“²⁷ anfordern.

²³ siehe Anlage 14

²⁴ siehe Anlage 23

²⁵ siehe Anlage 24

²⁶ siehe Anlagen 27, 28

²⁷ siehe Anlage 20

Weitere Maßnahmen dienen der Gewährleistung der Anonymität. Das ausgefüllte Bestellformular „Bachelorarbeit“ wird in einen beschrifteten Briefumschlag gesteckt und gemeinsam mit dem ausgefüllten Fragebogen im beigefügten adressierten und frankierten Rückumschlag zurückgesendet. Der Briefumschlag wird bei Eingang der Unterlagen von einer neutralen Person geöffnet. Fragebogen und Briefumschlag „Bestellformular Bachelorarbeit“ werden auf getrennte Stapel sortiert. Erst nach Eingang aller Fragebögen werden die Briefumschläge geöffnet. Folglich kann keine Verbindung zwischen Fragebogen und persönlichen Daten der Studienteilnehmer hergestellt werden. Die eingegangenen Fragebögen werden nach Ergotherapeuten und Klienten getrennt sortiert und in der Reihenfolge ihres Eingangs mit einer fortlaufenden Nummer versehen.

Rücklaufquote

Teilnehmer	Anfrage	Rücklauf N	Prozent
Ergotherapeuten	30	24	80%
Klienten	119	62	52,10%
Gesamt	149	86	57,72%

Tab. 9: Darstellung der Rücklaufquote der Hauptstudie

Die Rücklaufquote bei den teilnehmenden Ergotherapeuten kann als hoch bewertet werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass bisher lediglich 62 Ergotherapeuten die Einschlusskriterien der Stichprobe erfüllen. Diese Anzahl ergibt sich aus den Teilnehmern der beiden einzigen deutschsprachigen Kurse mit 14-tägiger Ausbildung (54) und ca. 6 Ergotherapeuten, die gleichartige Kurse in Italien besucht haben. Mit 24 (ca. 39 %) teilnehmenden Ergotherapeuten kann man von einer repräsentativen Stichprobe für diese Gruppe ausgehen. Die Rücklaufquote der Klienten kann aus verschiedenen Gründen geringer ausfallen. Es bleibt unklar, ob die Ergotherapeuten tatsächlich die angeforderte Anzahl an Fragebögen an ihre Klienten weitergegeben haben. Für die Stichprobe der Klienten kann nicht von einer repräsentativen Gruppe ausgegangen werden. Die tatsächliche Anzahl an Klienten, die nach dem Perfetti-Konzept ist unbekannt.

5.4.3. Methodik der Auswertung

Die im Rahmen der Befragung erhobenen quantitativen und qualitativen Daten (offene Fragen, halb-offene Fragen) werden zunächst getrennt ausgewertet. Im Vorfeld werden Übersichtstabellen zur Auswertung von Therapeuten-²⁸ und Patientenfragebogen²⁹ erstellt. Die Art der Datenauswertung, das Skalenniveau und die Darstellung der Ergebnisse sind darin enthalten. Einzelne Antwortauslassungen werden in der Auswertung mit „Keine Angabe“ gekennzeichnet, und verändern die Angabe der Stichprobengröße „n“.

Quantitative Auswertung

Die quantitative Datenanalyse und Auswertung findet mit dem Microsoft-Office-Programm „Excel“ statt. Anhand der Kodierung der Fragebögen in fortlaufender Nummerierung wird jede Frage einzeln auf einem Tabellenblatt eingegeben und ausgewertet.

Die vorgegebenen Antwortkategorien werden in Zahlen kodiert, um sie mittels Computer auswerten und berechnen zu können (Mayer, 2006, S. 103). In der folgenden Tabelle sind die vorgenommenen Kodierungen beispielhaft für die verschiedenen Antwortkategorien vorgestellt:

Antwortkategorie	Codierung
Ja, Nein, weiß nicht, teilweise	Ja = 1, Nein = 2, weiß nicht/teilweise = 3, keine Antwort = 0
Mehrfachnennung	Nennung = 1, keine Nennung = 0,
Items mit 5 stufiger Likert Skala	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 keine Angabe = 0
Offene Fragen	Anzahl Nennungen pro Kategorie, keine Nennung = 0, Nennung = 1

Tab. 10: Fragebogenauswertung - Antwortkategorien und Codierung

²⁸ siehe Anlage 29

²⁹ siehe Anlage 30

Fragen mit mehreren Items sind nach ihrer Aufzählung a, b, c, d. usw. geordnet und werden einzeln in der Excel-Tabelle aufgeführt und ausgewertet. Die Dateneingabe erfolgt mit 4 Personen. Per Ansage werden jeweils alle Daten der Patienten- und Therapeutenfragebögen eingegeben.

Wechselseitig erfolgt die Fehlerkontrolle und Korrektur der Eingaben. Anschließend werden die Daten berechnet und graphisch dargestellt.

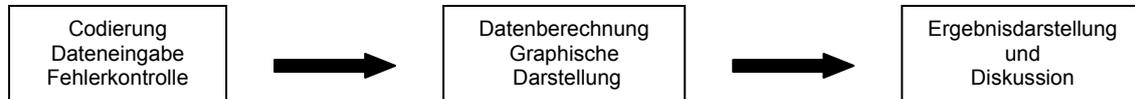


Abb. 8: Phasen der Datenauswertung

Qualitative Auswertung

Bei halboffenen Fragen werden die Angaben unter der Rubrik „*eigene Anmerkungen*“ oder „*andere*“ mit der Nummer des Fragebogens und der Aussage tabellarisch erfasst. Es wird jeweils eine Tabelle zur Auswertung des Patienten³⁰- und Therapeutenfragebogens³¹ erstellt.

Je nach Anzahl der Anmerkungen wird überprüft, ob daraus Kategorien gebildet werden können. Nach induktiver Kategorienbildung werden diese in eine Excel-Tabelle übertragen und in quantitative Daten überführt, indem Häufigkeiten der Nennungen gezählt werden (Mayring, 2003, S. 76).

Entsprechend werden die offenen Fragen ausgewertet, Auszüge sind im Anhang³² einzusehen. Zur Sicherung der Auswertungs- und Interpretationsobjektivität werden alle Fragen von beiden Verfassern ausgewertet und in einem peer-review* Verfahren von einer neutralen Ergotherapeutin auszugsweise kontrolliert oder überprüft. Es zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der gebildeten Kategorien.

Die Beantwortung der offenen Fragen bei den Klienten fällt kurz und prägnant aus, was die Kategoriebildung vereinfacht.

Die Aussagen der Klienten zur Verbesserung alltäglicher Aktivitäten (Frage 9, Patientenfragebogen) ähneln sehr den ICF-Kategorien. Sie werden in einem zweiten Auswertungsschritt deduktiv verschiedenen ICF-Kategorien zugeordnet.

Durch die hohe Anzahl an offenen Frage (7) gestaltet sich die Auswertung der Therapeutenfragebögen deutlich komplexer.

In nächsten Kapiteln werden die Ergebnisse der Hauptstudie zusammengefasst. Nach Themenkomplexen sortiert, werden jeweils die Ergebnisse von Klienten und Ergotherapeuten dargestellt.

³⁰ siehe Anlage 34

³¹ siehe Anlage 31

³² Siehe Anlagen 32, 33

6. Darstellung der Ergebnisse

Zunächst erfolgt die Zusammenfassung der demographischen Daten der Teilnehmergruppen, bevor die gewonnenen Ergebnisse, nach thematischen Schwerpunkten sortiert, dargestellt werden. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Text kurz zusammengefasst. Prozentangaben sind gerundet. Zitate werden mit K (Klient) und T (Therapeut) und der Fragebogennummer gekennzeichnet. Positive Antworttendenzen oder negative Antworttendenzen bei Likert skalierten Items werden im Text zusammengefasst. Die neutrale Mitte wird dargestellt. Bei der Darstellung der offenen Fragen werden die Anzahl der Nennungen in Klammern hinter der entsprechenden Kategorie genannt. n gibt die Anzahl der Studienteilnehmer an, die eine Frage oder eine Item beantwortet haben.

6.1. Demographische Daten der Teilnehmergruppen

6.1.1. Demographische Daten der Klienten (Fragen 20 – 24)

Geschlecht und Alter

An der schriftlichen Befragung nehmen insgesamt 62 Klienten (N = 62) teil, davon sind 25 Frauen (40%) und 36 Männer (58%). Ein Klient macht zum Geschlecht und zum Alter keine Angabe.

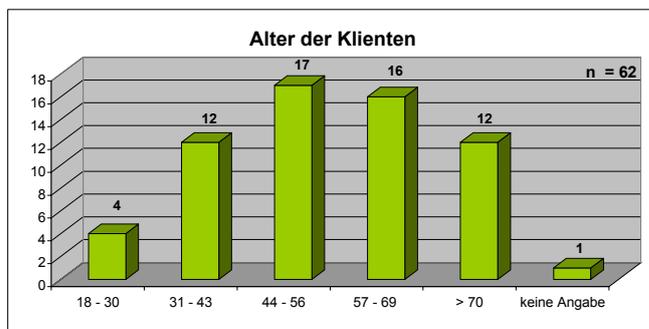


Abb. 9: Alter der Klienten

Die Altersspanne der Klienten liegt zwischen 18 und über 70 Jahre. Die Altersgruppe der 44-69-jährigen ist mit 53% (33) am häufigsten vertreten.

Dauer der ergotherapeutischen Behandlung/ Behandlung nach Perfetti

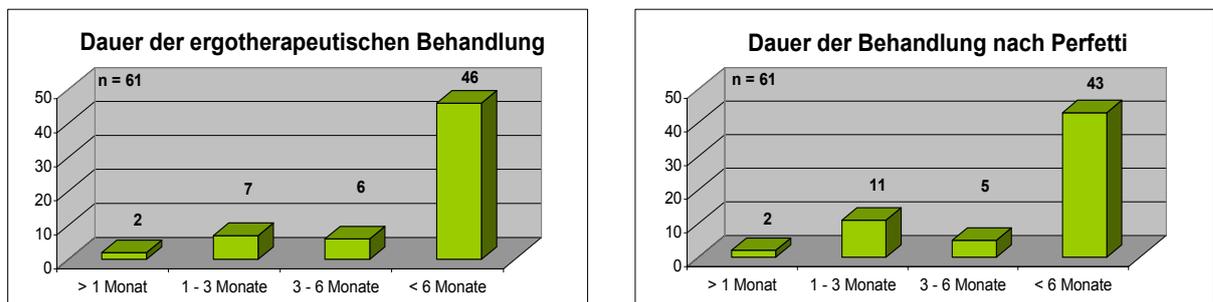


Abb. 10: Dauer der ergotherapeutischen Behandlung und Dauer der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept

46 Klienten (74%) befinden sich länger als 6 Monate in ergotherapeutischer Behandlung. Nur 2 Klienten werden kürzer als 1 Monat behandelt. Zum Zeitpunkt der Befragung werden bei 43 Klienten (69%) länger als 6 Monate nach dem Perfetti-Konzept behandelt.

Eine Korrelation der Daten ergibt, dass bei 43 Klienten (69%) die Dauer der ergotherapeutischen Behandlung mit der Behandlungsdauer nach dem Perfetti-Konzept übereinstimmt.

Frage 22: Aufgrund welcher Erkrankung werden Sie ergotherapeutisch behandelt?

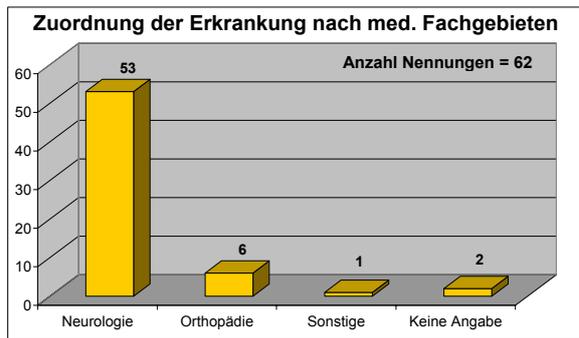


Abb. 11: Indikation für ergotherapeutische Behandlung n. Fachgebieten

Die Angaben der Klienten werden den medizinischen Fachgebieten der Neurologie (53) und Orthopädie (6) zugeordnet, sie entsprechen den Einschlusskriterien der Stichprobe. Als häufigste Erkrankungen werden der Apoplex (31) und die Hirnblutung (7) genannt. Unter orthopädischen Erkrankungen werden u. a. Knie- und Hüftoperationen genannt.

6.1.2. Demographische Daten der Ergotherapeuten (Fragen 23 – 29)

Alter und Geschlecht

An der Befragung nahmen 24 Ergotherapeuten (N = 24) teil, davon 21 Frauen (87%) und 3 Männer (13%). Die Altersspanne der Ergotherapeuten liegt zwischen 26 und 57 Jahre, die Hälfte der Teilnehmer ist zwischen 42 und 49 Jahre alt.

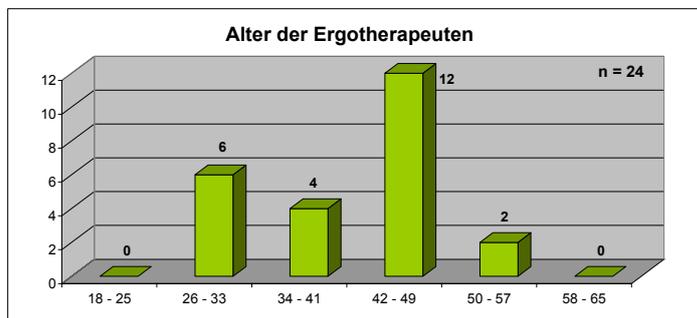


Abb. 12: Alter der Ergotherapeuten

Dauer ergotherapeutischer Tätigkeit und Erfahrung mit dem Perfetti-Konzept

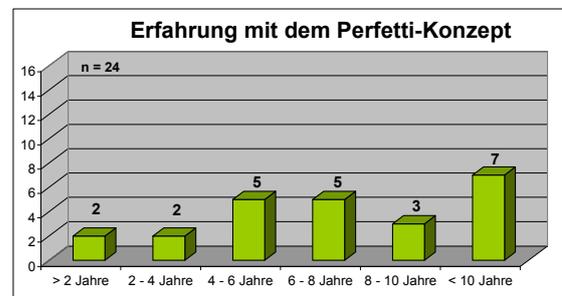
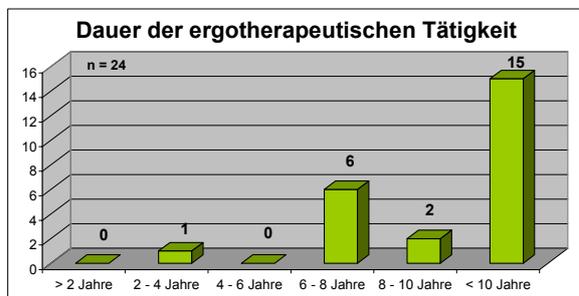


Abb. 13: Dauer ergotherapeutischer Tätigkeit und Dauer Erfahrung mit dem Perfetti-Konzept

Die Ergotherapeuten verfügen über eine Berufserfahrung von 2 bis über 10 Jahren. 23 Studienteilnehmer sind über 6 Jahre berufstätig, davon 15 (63%) länger als 10 Jahre. Ein Viertel der Befragten sind zwischen 6 und 8 Jahren als Ergotherapeuten tätig. Die Spannweite der Erfahrung mit dem Per-

fetti-Konzept reicht von 2 bis über 10 Jahre. 15 Teilnehmer arbeiten länger als 6 Jahre nach dem Perfetti-Konzept, davon 7 Ergotherapeuten (29%) länger als 10 Jahre und 9 Ergotherapeuten zwischen 2 und 6 Jahren nach dem Perfetti-Konzept. Bei Korrelation der Daten zeigt sich, dass 10 Ergotherapeuten (42%) seit Beginn ihrer Berufstätigkeit auch Erfahrung mit dem Perfetti-Konzept haben. 7 Ergotherapeuten (29%) sind länger als 10 Jahre berufstätig und haben genauso lange Erfahrungen mit dem Perfetti-Konzept.

Ergotherapeutischer Tätigkeitsbereich nach Einrichtung

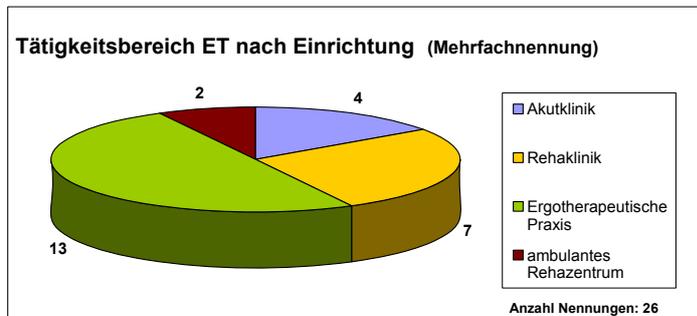


Abb. 14: Tätigkeitsbereiche der Ergotherapeuten

13 Nennungen fallen auf die ergotherapeutische Praxis. 11 Nennungen fallen auf Akutklinik und Rehaklinik. 2 Ergotherapeuten arbeiten parallel in einer Reha- und Akutklinik und im ambulanten Rehaszentrum. Sonstige Arbeitsbereiche: Werkstatt für behinderte Menschen (1), Schul- und Fortbildungsinstitut (1).

Anwendungsbereiche und Krankheitsbilder

Alle Ergotherapeuten (24) wenden das Perfetti-Konzept bei neurologischen Klienten an, 18 Ergotherapeuten auch in der Orthopädie, 5 in der Pädiatrie. Sonstiges: Neuropädiatrie (1), Chirurgie (1)

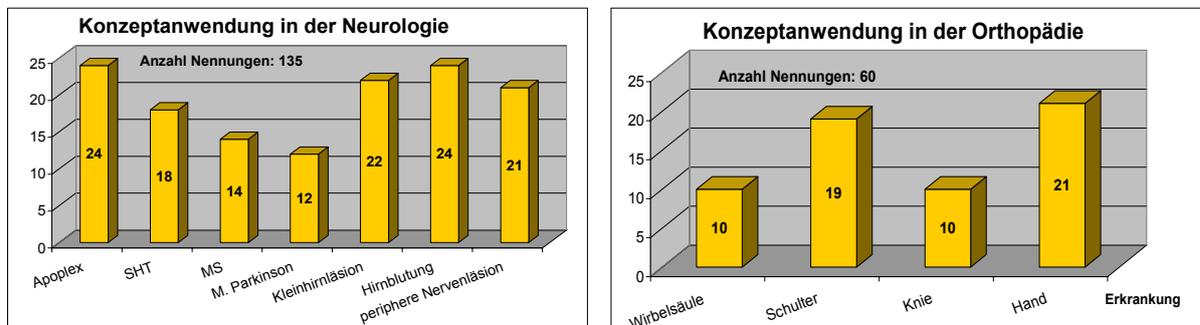


Abb. 15: Konzeptanwendung in der Neurologie und Orthopädie

In der Neurologie wenden alle Studienteilnehmer das Perfetti-Konzept bei Klienten mit Apoplex und Hirnblutung an. Bei Kleinhirnläsionen (22) und peripheren Nervenläsionen (21).

18 Ergotherapeuten (75%) wenden das Konzept ebenfalls bei Klienten mit einem Schädel-Hirn-Trauma an, die Hälfte bei Parkinsonerkrankten. Ergänzend zu den genannten Krankheitsbildern werden die Facialisparesie, Polyneuropathie, CRPS, Spina bifida, Querschnittslähmungen und das Guillain-Barré-Syndrom genannt.

Bei der Behandlung von orthopädischen Klienten spielen vor allem Hand- und Schulterverletzungen eine große Rolle. Hier wird das Konzept von 21 bzw. 19 Ergotherapeuten angewendet. Weniger als die Hälfte der Therapeuten behandeln Klienten mit Knie- und Wirbelsäulenverletzungen. Ergänzend werden die Arthritis und Hüft- und Knie-TEP genannt.

6.2. Ergebnisse zum Konstrukt Klientenzentrierung

Im Folgenden werden die Aussagen von Klienten und Ergotherapeuten zur Dimension der Information und Zusammenarbeit.

6.2.1. Klienten – Aussagen zur Information (Fragen 1 – 4)

Information über das Perfetti-Konzept

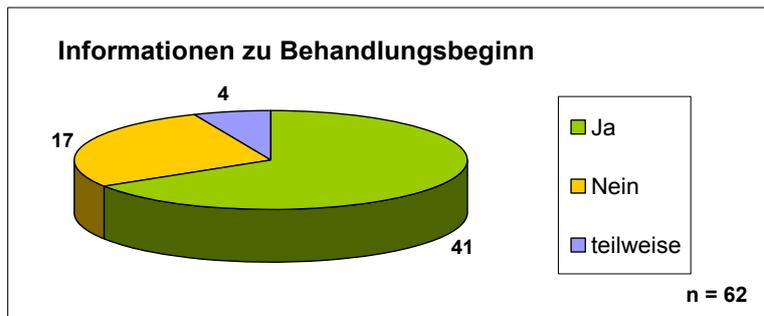


Abb. 16. Angabe über Informationen zum Behandlungsbeginn

41 Klienten wurden zu Beginn ihrer ergotherapeutischen Behandlung über das Perfetti-Konzept informiert. Sie bilden mit 67% die größte Gruppe. 17 Klienten (27%) wurden nicht informiert und 4 Klienten (6%) teilweise.

Art und Verständlichkeit der Informationen über das Perfetti-Konzept

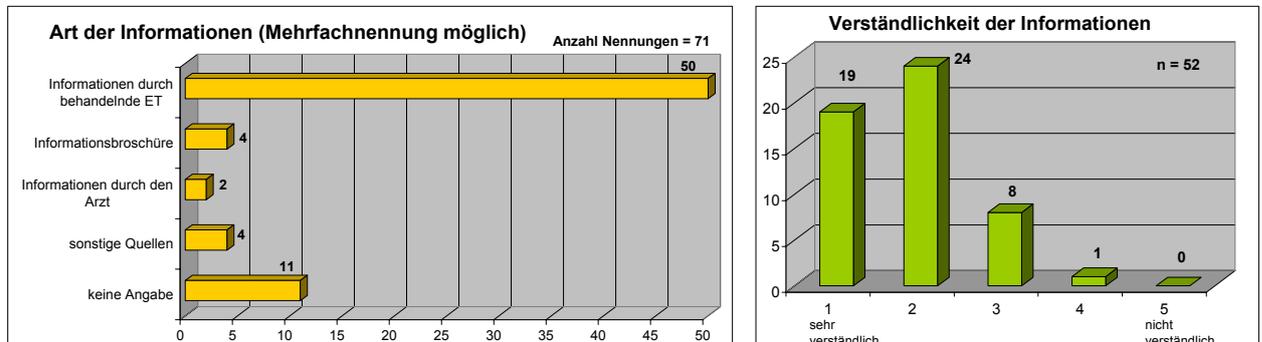


Abb. 17: Art und Verständlichkeit der Informationen

50 (81%) Klienten nennen die Information durch den behandelnden Ergotherapeuten. 4 Klienten erhielten zusätzlich Informationen durch eine Informationsbroschüre und 2 durch den behandelnden Arzt. Als sonstige Quellen werden das Internet und das Perfetti-Buch genannt.

43 Klienten (70%) bewerten die erhaltenen Informationen über das Perfetti-Konzept als sehr verständlich bzw. verständlich. 8 Klienten wählen die neutrale Mitte. 10 Klienten (16%) machen zu dieser Frage keine Angabe.

Wichtigkeit der Informationsquellen

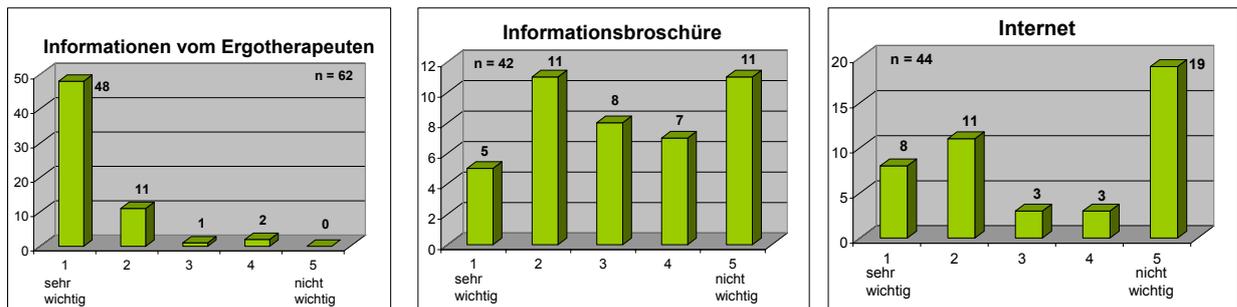


Abb. 18: Wichtigkeit der Informationsquellen

59 Klienten (95%) bewerten die persönliche Information durch den Ergotherapeuten als sehr wichtig bzw. wichtig. Die Informationsbroschüre ist für 16 Klienten (26%) sehr wichtig bzw. wichtig, für 18 eher nicht wichtig, 8 Klienten (13%) wählen die neutrale Mitte.

Für 19 Klienten (31%) stellt das Internet eine wichtige Informationsquelle dar, für 22 (36%) ist dies eher nicht wichtig, und 3 Klienten wählen die neutrale Mitte. Eine Korrelation dieser Ergebnisse mit dem Alter der Klienten zeigt, dass von 19 Klienten, für die das Internet nicht wichtig ist, 11 Klienten zwischen 57 und über 70 Jahre alt sind.

6.2.2. Ergotherapeuten – Aussagen zur Information (Fragen 1 – 3)

Information der Klienten über das Therapiekonzept

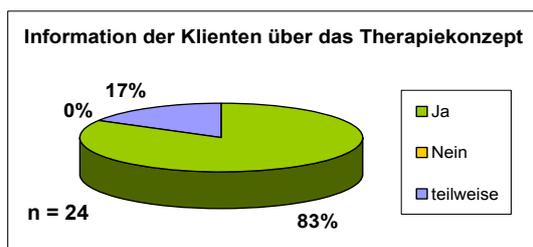


Abb. 19: Angabe über Information der Klienten

20 Ergotherapeuten (83%) informieren ihre Klienten über das Perfetti-Konzept, 4 Therapeuten (17%) antworten mit „teilweise“.

Genutzte Informationsmöglichkeiten

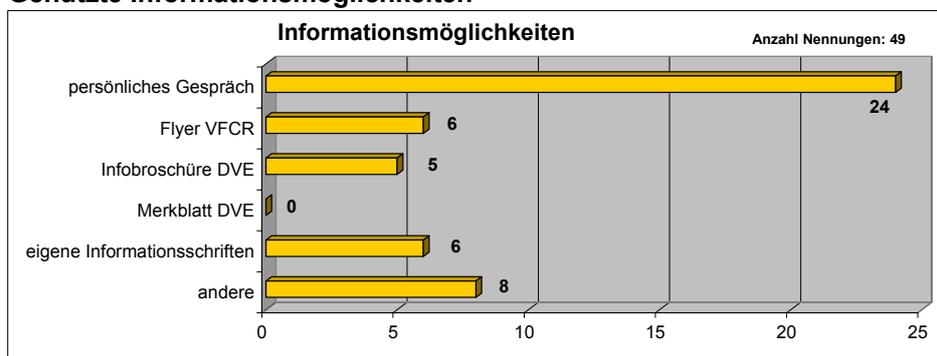


Abb. 20: verwendete Informationsmöglichkeiten des Ergotherapeuten

Alle Ergotherapeuten nutzen das persönliche Gespräch zur Weitergabe von Informationen. Je 6 Nutzen den Flyer des VFCR oder eigene Informationsschriften.

Sonstiges: Bücher zum Perfetti-Konzept (2), Informationen der Klinik Bethesda in der Schweiz (2),

Zufriedenheit mit Informationsmöglichkeiten

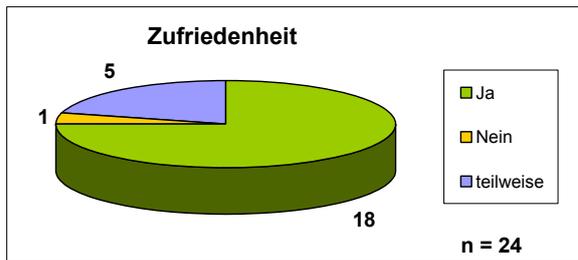


Abb. 21: Zufriedenheit mit den zur Verfügung stehenden Informationsmöglichkeiten

18 Ergotherapeuten (75%) sind mit den zur Verfügung stehenden Informationsmöglichkeiten zufrieden, 5 nur teilweise. Ein Studienteilnehmer ist nicht zufrieden. 5 Therapeuten äußern den Wunsch nach verständlichem Informationsmaterial für Klienten und Angehörige. Zwei regen eine Internetseite des VFCR an.

6.2.3. Klienten – Aussagen zur Zusammenarbeit (Fragen 11 und 12)

Zur besseren Übersicht werden in den folgenden Graphiken nur die häufigsten Bewertungen dargestellt. Anhand der Angabe von n = x wird deutlich, wie viele Studienteilnehmer ein Item beantwortet haben.

Zusammenarbeit mit dem Ergotherapeuten

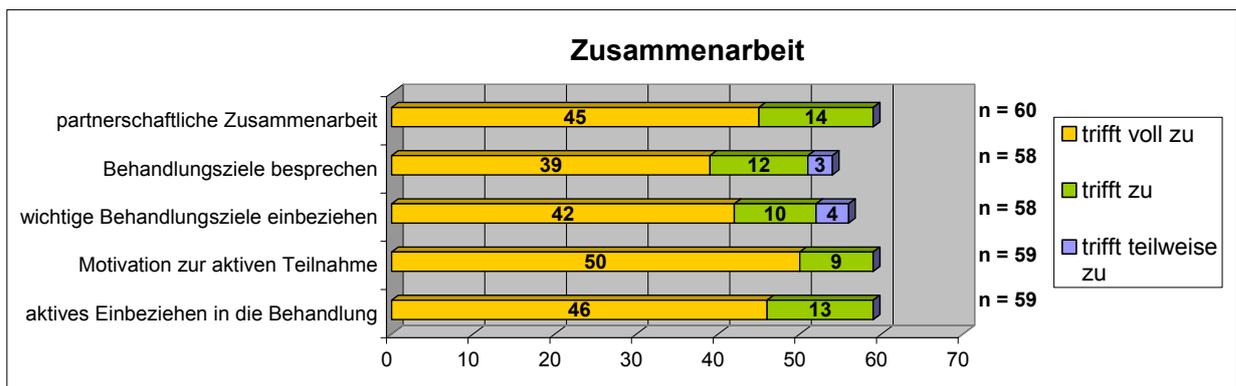


Abb. 22: Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten

59 Klienten (96%) bestätigen, dass ihr Ergotherapeut partnerschaftlich mit ihnen zusammenarbeitet. Für einen Klienten trifft diese Aussage kaum zu.

51 Klienten (84%) bestätigen, dass Ergotherapeuten mit ihnen Behandlungsziele besprechen, für 39 Klienten (63%) trifft dies voll zu. Für 3 Klienten (5%) trifft dies kaum zu, für 1 trifft dies nicht zu.

Für 52 Klienten (84%) trifft es zu, dass Ergotherapeuten Behandlungsziele, die ihnen wichtig sind, in die Therapie mit einbeziehen. Für einen Klienten trifft dies nicht zu.

59 Klienten (95%) geben an, dass der Ergotherapeut sie motiviert, aktiv an der Behandlung teilzunehmen.

59 der befragten Klienten (95%) sagen an, dass der Ergotherapeut sie aktiv in die Behandlung einbezieht. Für 46 Klienten (74%) trifft dies voll zu.

Anmerkungen:

(K 62) äußert sich zur Zusammenarbeit folgendermaßen: *Meine Therapeutin hat eine wunderbare Art, mich ernst zu nehmen, mit meinen Erfahrungen und mich zu motivieren. Es macht Spaß, mit ihr zu arbeiten*“.

Aussagen zur Therapiesituation

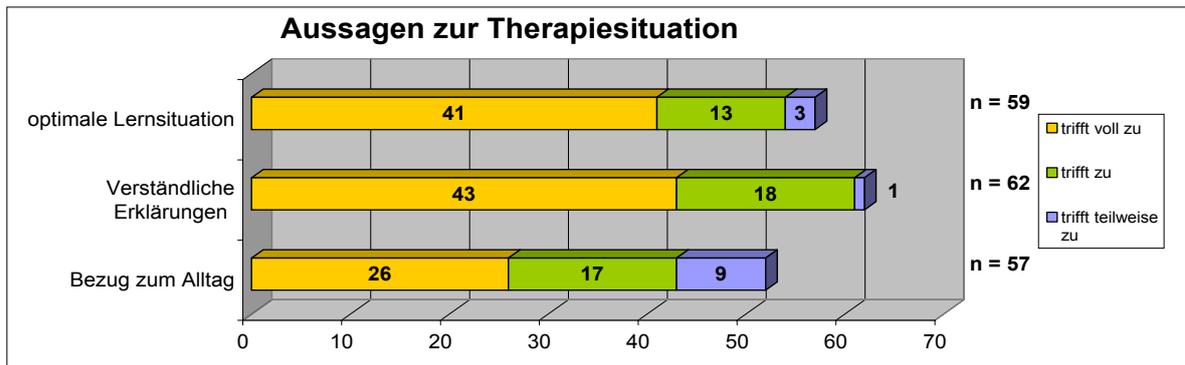


Abb. 23: Aussagen zur Therapiesituation

54 (87%) Klienten bestätigen, dass der Ergotherapeut eine Therapiesituation schafft, in der sie gut lernen können. 41 Klienten (66%) bewerten dies mit voll zutreffend, 13 Klienten (21%) mit zutreffend. Für einen Klienten trifft dies nicht zu.

61 Klienten (98%) sagen, dass der Ergotherapeut ihnen die Übungen sehr verständlich erklärt. Für 43 Klienten (69%) trifft dies voll zu.

Für 43 (69%) Klienten wird der Bezug der Therapie zum Alltag verdeutlicht. Für 26 der Befragten (42%) trifft dies voll zu, für 3 Klienten (5%) trifft dies kaum zu.

Ein Klient (K44) merkt zur Behandlung nach dem Perfetti-Konzept an, dass sowohl seine Therapeutin als auch er nach dem „Schlüssel“ für die Alltagsanwendung suchen. Positiv wird von einem Klienten (K46) hervorgehoben, dass die Therapeutin die Zusammenhänge zwischen der individuellen Schädigung und Veränderung erklärt. Ein Klient (K54) führt an, dass er sich den Bezug zum Alltag oft zu Hause erarbeitet.

Umgang mit subjektivem Körperempfinden

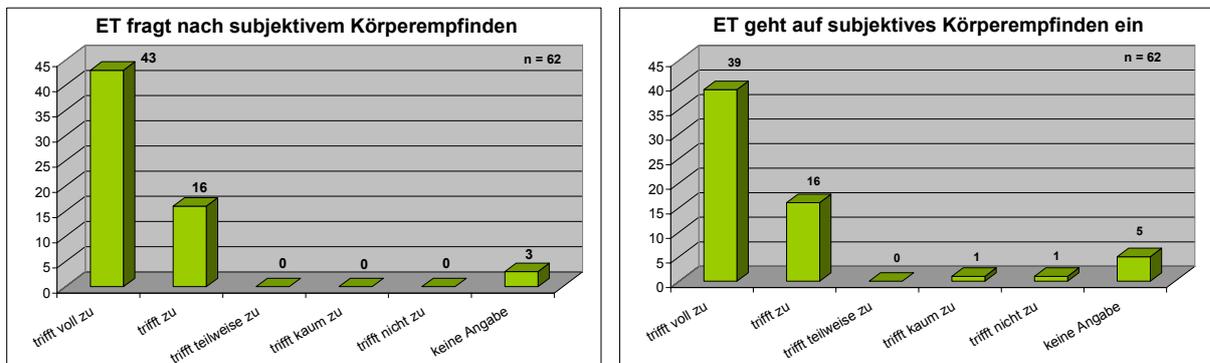


Abb. 24: Umgang mit subjektivem Körperempfinden

59 der befragten Klienten (95%) bestätigen, dass der Ergotherapeut innerhalb der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept nach dem subjektiven Körperempfinden fragt. Für 43 Klienten (69%) trifft dies voll zu, für 16 (26%) trifft es zu. 3 Klienten (5%) machen keine Angabe zu dieser Fragestellung.

Der Ergotherapeut geht auf das subjektive Körperempfinden ein. Dies bestätigen 55 Klienten (89%). Für 39 Klienten (63%) trifft dies voll zu, für 16 (26%) trifft es zu.

6.2.4. Ergotherapeuten – Aussagen zur Zusammenarbeit (Fragen 9 +10)

Frage 9: Wie gestalten Sie die Zusammenarbeit mit Ihren Patienten, die Sie nach dem Perfetti-Konzept behandeln?

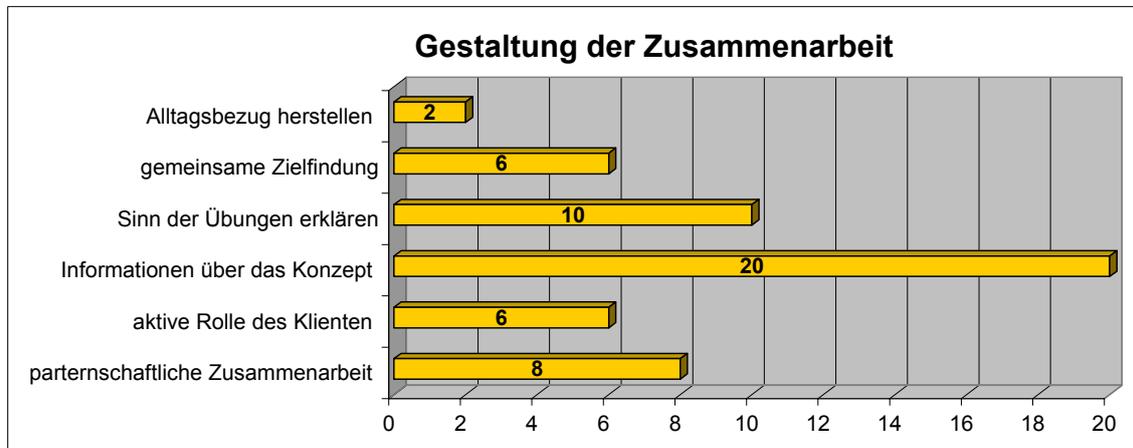


Abb. 25: Gestaltung der Zusammenarbeit

Alle 24 Ergotherapeuten beantworteten diese Frage. Aus den 52 erhaltenen Antworten werden 6 Kategorien gebildet und dargestellt.

Zwei Ergotherapeuten schreiben zur Gestaltung der Zusammenarbeit „die ganzheitliche Betrachtung des Patienten“ (T 17) und „das Schaffen einer optimalen Lernsituation“ (T21). Ein einziger Therapeut spricht von klientenzentrierter Zusammenarbeit. Dieser betrachtet seine Klienten auch oft aus der Sicht des CMOP (Korrelation der Daten zu Frage 17).

Frage 10: Wie sehen Sie Ihre Rolle als Therapeut in der Therapie nach dem Perfetti-Konzept?

Aus den Aussagen der Ergotherapeuten zu dieser Frage lassen sich keine sinnvollen Kategorien bilden. Anhand von Zitaten werden die Antworten verdeutlicht.

Therapeuten bezeichnen ihre Rolle mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten, wie Begleiter (7), Vermittler (4), Lehrer (2), Pädagoge (1) oder Coach (1), Informant und Erklärer, sowie als Detektiv oder Geburtshelfer.

7 Therapeuten bezeichnen sich als „Begleiter“ „die versuchen, mit den Betroffenen zusammen Übungen für Veränderungen zu entwickeln“. Im Rahmen der Übungen soll der Klient begleitet werden „beim Sammeln von neuen Erfahrungen und Erkenntnissen, mit dem Ziel, sich letztendlich überflüssig zu machen.“

Ein Ergotherapeut (T2) beschreibt seine Rolle als Vermittler folgendermaßen: „Ich sehe meine Rolle eher als „Vermittler“. Als Vermittler zwischen den kognitiven Prozessen des Patienten und seinem „ihm fremd“ gewordenen Körper. Ich bringe ihm bei, dass er derjenige ist, der einen aktiven Einfluss z. B. auf seine spezielle Motorik hat. Damit gebe ich ihm wieder Verantwortung über sich selbst zurück.“

Eine Therapeutin (T7) sieht sich „als Mediatorin, die durch ausgewählte Übungen den Patienten Möglichkeiten eröffnet, Denkprozesse zu aktivieren und somit seine kognitiven Fähigkeiten wie Sprache, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Imagination nutzt, um Veränderungen zu bewirken.“

Der Auftrag des Klienten steht für einen Ergotherapeuten (T18) in Mittelpunkt der Zusammenarbeit: „Ich frage den Patienten nach seinem Auftrag an mich und versuche, ihn, so gut wie es mir gelingt, zu erfüllen.“ Für einen Therapeuten (T 20) ist es wichtig, „dass der Patient befähigt wird, seinen Körper und die Pathologien bzw. Vermeiden von Pathologien kennen zu lernen und mit diesen zu seiner Zufriedenheit umzugehen. Ich nehme also eher eine lehrende Rolle ein, wobei immer eine Zusammenarbeit mit dem Patienten besteht, z. B. beim Herausfinden der Entstehung von Pathologien und Vermeiden von Pathologien. Ich leite den Patienten an, um physiologische Bewegungen hervorzurufen.“

6.3. Ergebnisse zum Konstrukt Wirksamkeit

6.3.1. Klienten – Aussagen zur Anwendung von Therapiestrategien (Fragen 5-7)

Bekannte Therapiestrategien

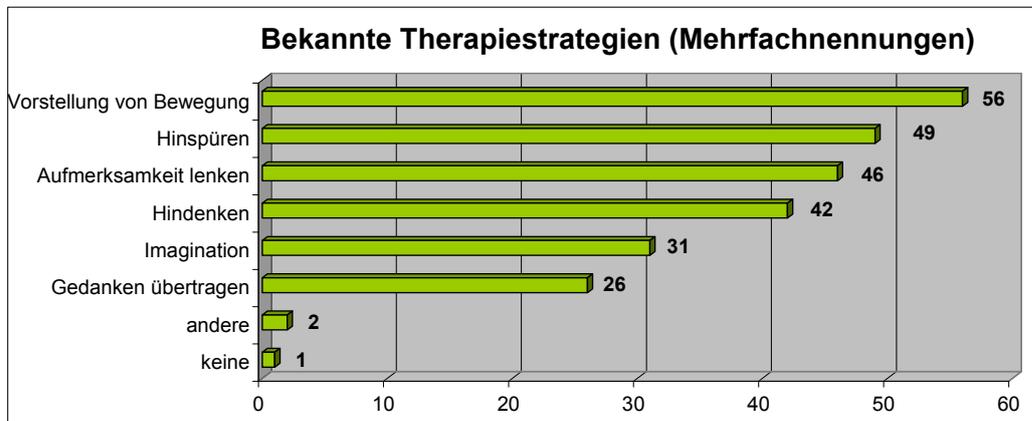


Abb. 26: Darstellung bekannter Therapiestrategien

61 Studienteilnehmer beantworten diese Frage. 56 Klienten (90%) kennen die Strategie „Vorstellung von Bewegung“. Das „Hinspüren“ kennen 49 Klienten (79%). Die Strategien „Aufmerksamkeit lenken“ und „Hindenken“ sind mehr als 50% der Klienten bekannt. Die Hälfte der Teilnehmer kennen die Strategien der *Imagination*.

Andere: K 46 nennt als weitere Strategie: „Weich machen und den Muskel lang machen“ und „geschmeidig machen, fließen lassen“.

Anwendung der Therapiestrategien

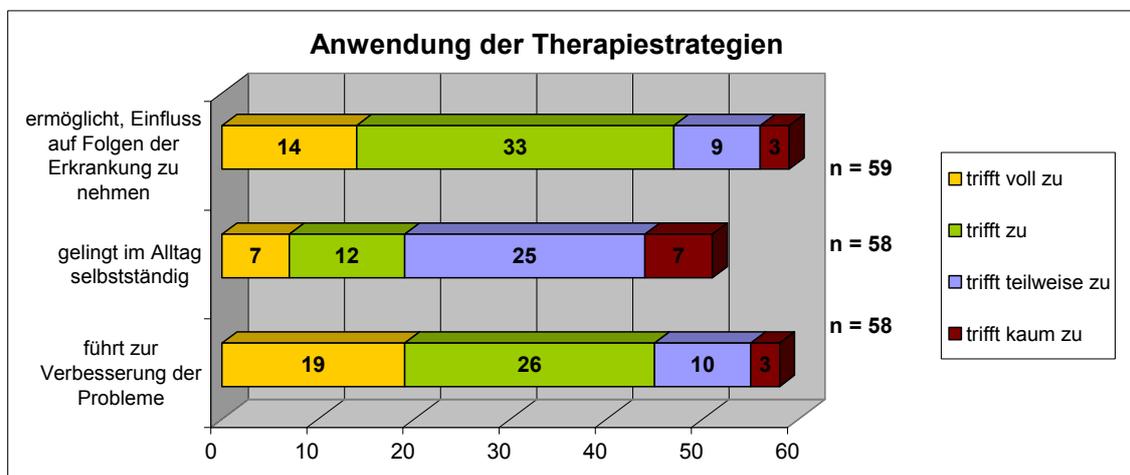


Abb. 27: Anwendung von Therapiestrategien

47 Klienten (76%) bestätigen, dass ihnen die Anwendung der Therapiestrategien ermöglicht, Einfluss auf die Folgen ihrer Erkrankung zu nehmen.

19 Klienten (30%) bestätigen, dass ihnen die selbstständige Anwendung der Therapiestrategien im Alltag selbstständig gelingt. Für 7 Klienten (11%) trifft dies voll zu, für 7 Klienten trifft dies kaum zu.

Von den 62 befragten Studienteilnehmern bestätigen 45 Klienten (73%), dass die Anwendung der erlernten kognitiven Therapiestrategien zur Verbesserung ihrer Probleme führt. 19 Klienten (31%) erachten dies als voll zutreffend, für 3 Klienten (5%) trifft dies kaum zu.

Frage 7: Auf welche Probleme als Folgen Ihrer Erkrankung können Sie durch die Anwendung der Therapiestrategien nach dem Perfetti-Konzept selbstständig Einfluss nehmen?

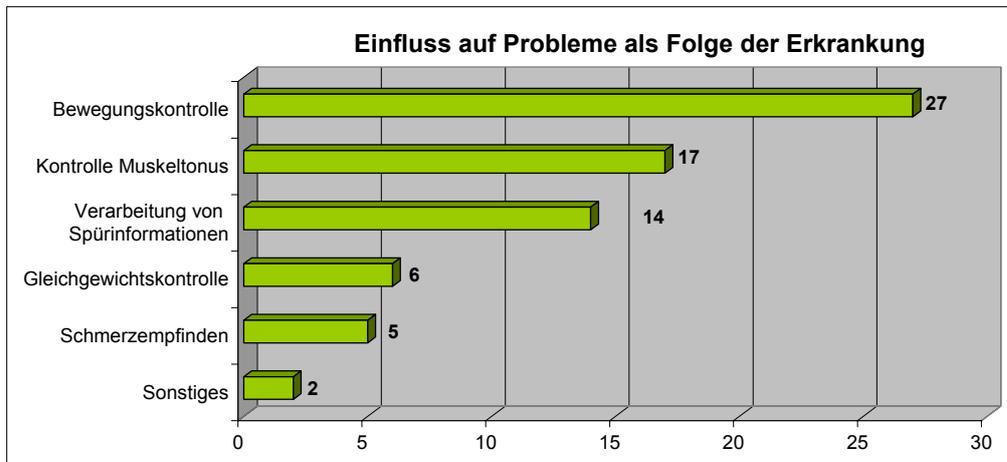


Abb. 28: Einfluss der Anwendung der Therapiestrategien auf Probleme als Folge der Erkrankung

Insgesamt beantworten 50 Klienten die Frage. Aus den Aussagen wurden 6 Kategorien gebildet. Der Einfluss auf die Bewegungskontrolle bildet mit 27 Nennungen die größte Gruppe. Auf die Kontrolle des Muskeltonus können 17 der befragten Klienten selbstständig Einfluss nehmen. Die Verarbeitung von Spürinformationen ist für 14 Klienten selbstständig möglich.

Aussagen der Klienten:

(K19): „*Ich passe mehr auf, was ich spüre, spüre meinen Körper besser (auch beim Kuscheln).*“

(K 2) sagt, dass für ihn die Anwendung der Therapiestrategien zur „*Steigerung des Selbstwertgefühls*“ und zur „*Steigerung der Gehirnleistung*“ führt.

6.3.2. Klienten – Aussagen zur Erfahrung mit Schmerzen (Fragen 13 + 14)

Schmerzen

Von den befragten Klienten geben 17 (27%) an, dass sie aufgrund der Erkrankung Schmerzen haben. 25 Klienten (41%) verneinen dies, 18 Klienten (29%) geben an, dass sie teilweise Schmerzen haben und 2 Klienten (3%) machen keine Angabe dazu.

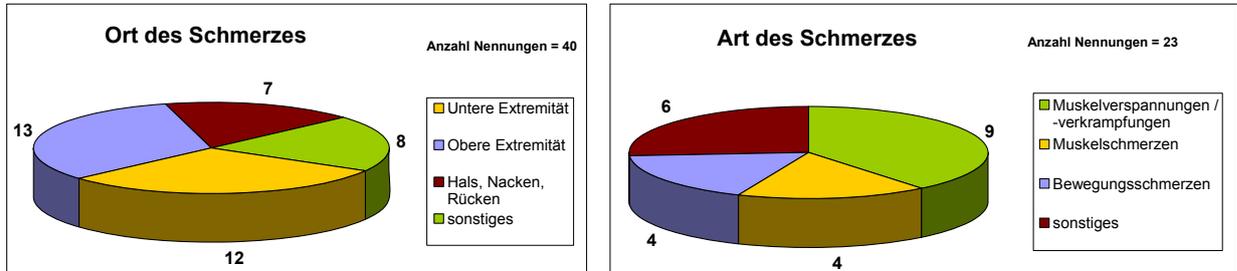


Abb. 29: Ort und Art des Schmerzes

Ort und Art des Schmerzes

Insgesamt haben 28 Klienten eine Angabe dazu gemacht. Die Aussagen zu Art und Ort des Schmerzes wurden in Kategorien zusammengefasst. Schmerzen der oberen (13) und unteren (12) Extremität werden am häufigsten genannt. 9 Klienten nennen vor allem Muskelverspannungen und Muskelverkrampfungen, je 4 Klienten geben Muskel- und Bewegungsschmerzen an.

Erfahrung des Klienten mit Schmerzen in der Behandlung

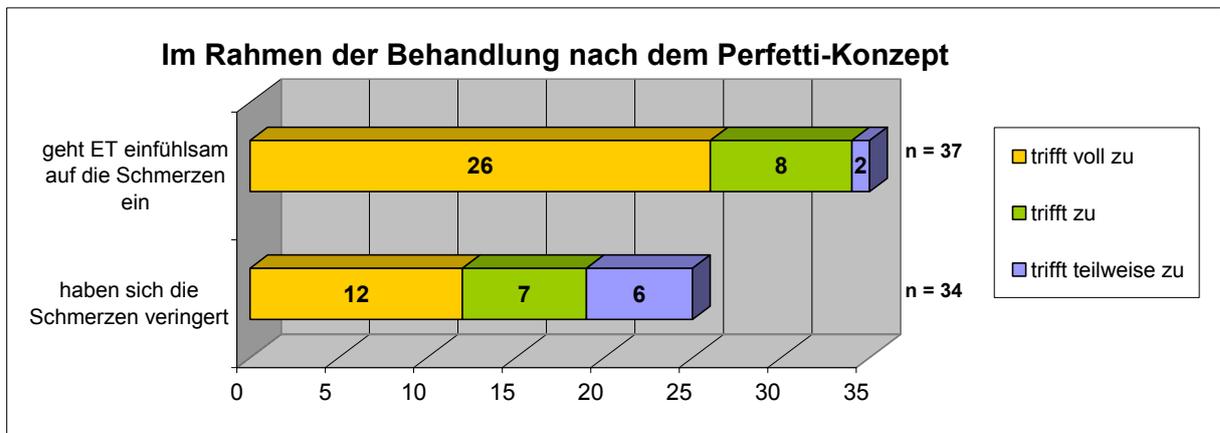


Abb. 30: Erfahrungen von Klienten mit Schmerzen in der Behandlung

34 Klienten (55%) bestätigen, dass Ergotherapeuten einfühlsam auf ihre Schmerzen eingehen. Ein Klient, sagt, dass diese Aussage für ihn nicht zutrifft. 19 Klienten (31%) stellen fest, dass sich Schmerzen aufgrund der Behandlung verringert haben. Für 4 Klienten (6%) trifft das nicht zu.

Die Korrelation mit Ergebnissender Frage 13 ergibt, dass von den 17 Befragten, die Schmerzen haben, 13 Klienten bestätigen, dass sich diese im Rahmen der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept verringert haben.

6.3.3. Ergotherapeuten – Erfahrung mit Schmerzbehandlung (Fragen 11 + 12)

21 Ergotherapeuten (88%) haben positive Erfahrung in der Anwendung des Perfetti-Konzeptes bei Klienten mit Schmerzen. 2 Therapeuten haben keine Erfahrungen, ein Therapeut teilweise.

Die Nennungen der Schmerzarten werden den Kategorien „Neurologie“ (15 Nennungen) und „Orthopädie“ (10 Nennungen) zugeordnet. Als größte Gruppe wird der Schulterschmerz, sowohl bei neurologischen (7) als auch orthopädischen (5) Krankheitsbildern, genannt.

Weitere neurologische Krankheitsbilder sind das CRPS* (4), neuropathische Schmerzen (4), schmerzhafte Missempfindungen (6) und Schulterschmerzen bei Apoplex (3). Zu den orthopädischen Schmerzproblemen gehört u. a. die zervikale Myelopathie (1).

Die beiden Ergotherapeuten, die keine positiven Erfahrungen mit der Behandlung von Schmerzen gemacht haben, nennen als Gründe „weil ich bisher noch keine reinen Schmerzpatienten hatte“ (T2) und „manchmal chronifiziert und verstärkt das viele Sprechen über Schmerz den Schmerz noch mehr“ (T15).

Erfahrungen mit der Schmerzbehandlung

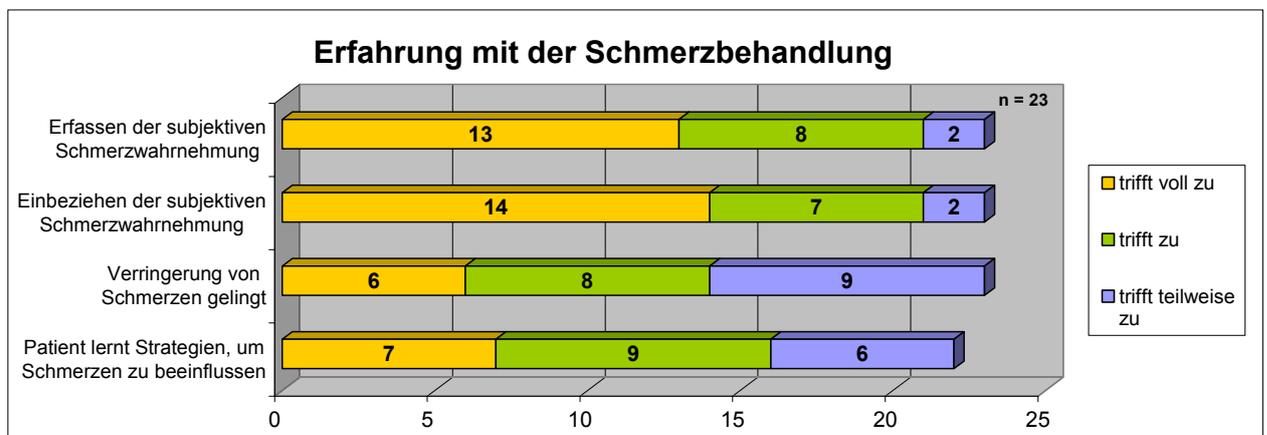


Abb. 31: Erfahrungen von Ergotherapeuten mit Schmerzbehandlung

Alle Aussagen beziehen sich auf die Erfahrungen mit der Schmerzbehandlung im Rahmen der Therapie nach dem Perfetti-Konzept. 21 Ergotherapeuten (87%) geben an, dass sie die subjektive Schmerzwahrnehmung des Klienten erfassen.

Auch sagen 21 Therapeuten (87%), dass sie die subjektive Schmerzwahrnehmung des Klienten mit einbeziehen. 14 Therapeuten (58%) machen die Erfahrung, dass es gelingt, die Schmerzen des Klienten zu verringern.

16 Therapeuten (67%) machen die Erfahrung, dass der Klient lernt, mittels kognitiver Strategien seine Schmerzen zu beeinflussen. Für einen Ergotherapeuten trifft diese Aussage nicht zu.

Anmerkungen:

Ein Therapeut (T15) findet, dass es „für chronische Schmerzen kognitive Konzepte (z. B. nach Buttler) gibt, die effizienter sind.“

Ein anderer Therapeut (T23) beschreibt, dass „viele Patienten sehr dankbar sind, wenn man den Schmerz ernst nimmt und ihn nicht ignoriert.“ T 11 meint, dass „die Erfolge abhängig von der Fähigkeit des Patienten sind, Metaphern zu bilden und sich mit seinem Körper auseinander zu setzen.“

T 5 erwähnt, dass „ein Rahmen für eine multimodale Schmerztherapie (Medikamente, physikalische Anwendungen und psychologische Betreuung) zusätzlich wichtig ist.“

6.3.4. Klienten – Aussagen zur Wirksamkeit (Frage 10 + 16)

Wahrnehmung von Verbesserungen

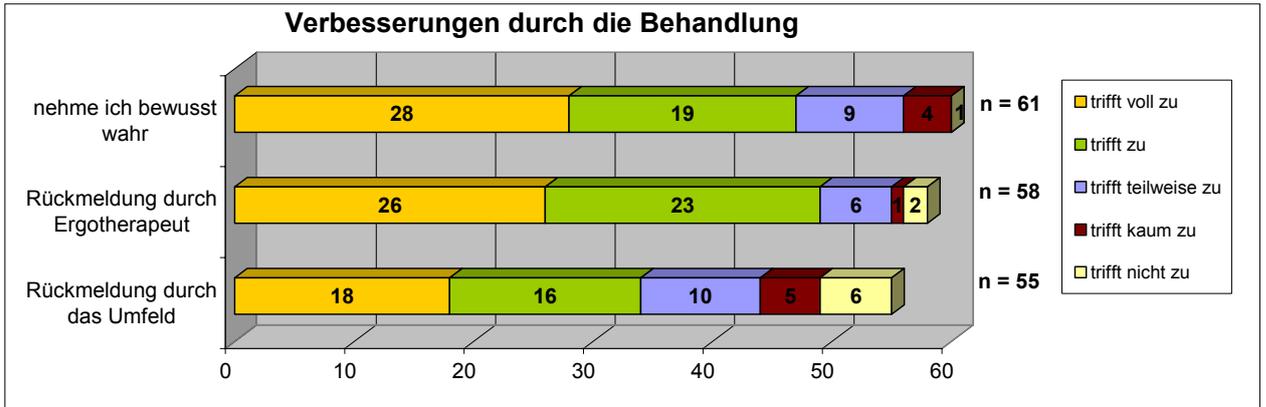


Abb. 32: Wahrnehmung von Verbesserung durch die Behandlung

47 Klienten (76%) nehmen Verbesserungen durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept bewusst wahr. Für 5 Klienten trifft dies eher nicht zu.

49 Klienten (79%) erhalten Rückmeldung vom Ergotherapeuten über die Verbesserungen durch die Behandlung. Für 3 Klienten trifft dies kaum oder nicht zu.

34 Klienten (45%) erhalten Rückmeldung über die Verbesserungen durch die Behandlung von ihrem Umfeld.

Anmerkungen:

Ein Klient (K 3) merkt an, dass er ergotherapeutisch nach dem Perfetti-Konzept und physiotherapeutisch nach dem Bobath-Konzept behandelt wird. Verbesserungen kann er aus diesem Grund keiner Behandlungsmethode zuordnen, für ihn zählt der Gesamterfolg. Ein weiterer Klient (K55) erwähnt, dass er Verbesserungen nur in Kombination mit Physiotherapie sieht. Für (K24) hat sich „*erfreulicherweise so mancher Erfolg verfestigt hat, so dass anderes Vorrang haben kann.*“

Ein Klient (K54) schreibt: „*Ich suche noch nach der Anwendbarkeit im Alltag. Bisher sind Verbesserungen nur während der Therapie spürbar.*“

Verbesserung krankheitsbedingter Probleme (Frage 16)

47 Klienten (76%) bestätigen, dass sich krankheitsbedingte Probleme durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept verbessert haben. 7 Klienten (11%) antworten mit „nein“ und 8 Klienten (13%) beantworten diese Frage nicht.

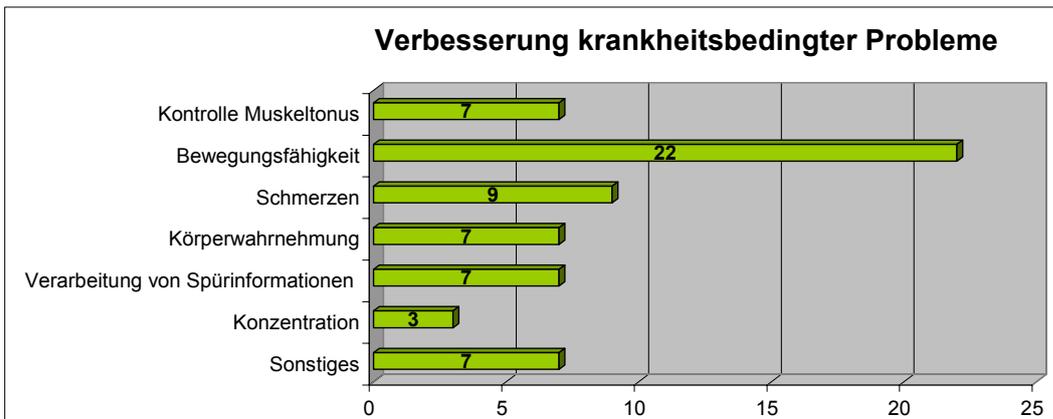


Abb. 33: Verbesserung krankheitsbedingter Probleme

57 Klienten (92%) beschreiben, welche krankheitsbedingten Probleme sich für sie verbessert haben. Aus den 62 Aussagen werden 7 Kategorien gebildet. Einzelne Zitate zu den Kategorien werden hier beispielhaft aufgeführt.

Bewegungsfähigkeit:

(K23) „eine bessere Bewegung“, ein größeres Bewegungsausmaß (K40) und „fließende Bewegungsabläufe“ (K50).

Schmerzen:

„Völlige Schmerzfreiheit“ (K5), „verringerte Schulterschmerzen“ (K30) und „einen schmerzfreien Bewegungsapparat“ (K46)

Kontrolle des Muskeltonus, die Körperwahrnehmung und die Verarbeitung von Spürinformationen.

Hier beschreiben die Klienten „eine Regulierbarkeit der Muskelspannung“ (K2), ein „besseres Körpergefühl“ (K40) und die „Veränderung des Empfindens von Armen und Beinen“ (K45).

Sonstiges:

„ich verstehe meine Behinderung besser“ (K52) und „mehr Vertrauen“ (K60).

6.3.5. Ergotherapeuten – Aussagen zur Wirksamkeit (Fragen 14, 15, 20)

Erleben der Wirksamkeit

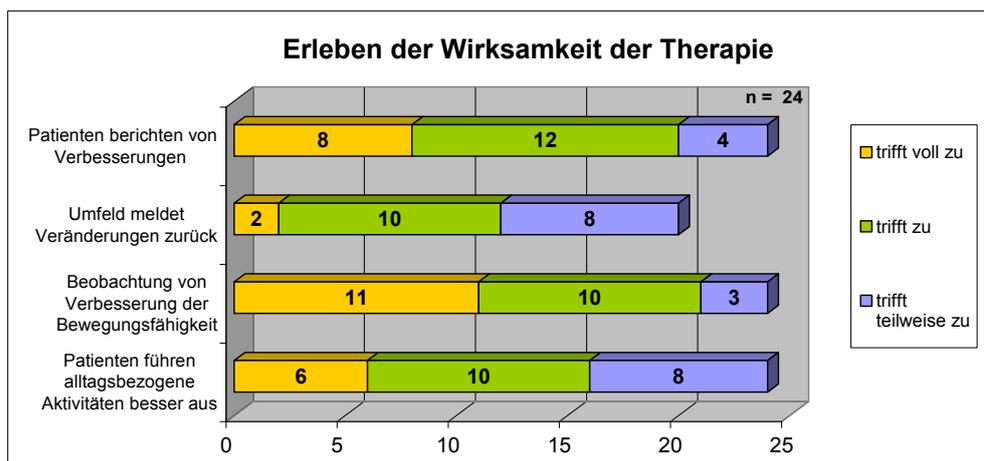


Abb. 34: Erleben der Wirksamkeit der Therapie - Ergotherapeuten

20 Ergotherapeuten (83 %) erleben die Anwendung des Perfetti-Konzeptes als wirksam, weil Klienten ihnen von Verbesserungen berichten.

12 Ergotherapeuten (50%) erleben die Wirksamkeit dadurch, dass das Umfeld des Klienten Veränderungen zurückmeldet. Für 4 Ergotherapeuten (17%) trifft diese Aussage kaum zu.

Aufgrund der Beobachtung von Verbesserungen der Bewegungsfähigkeit erleben 21 Studienteilnehmer (88%) die Therapie als wirksam. Und 16 Ergotherapeuten (78%) erleben die Therapie als wirksam, weil Klienten alltagsbezogene Aktivitäten besser ausführen.

Frage 14: An welchen Faktoren machen Sie die Wirksamkeit der Therapie nach dem Perfetti-Konzept fest?

Diese Frage beantworten insgesamt 23 Teilnehmer. Ihre Aussagen werden in zwei Gruppen geordnet.

Aussagen zu konkreten Veränderungen, an denen die Wirksamkeit festgemacht wird

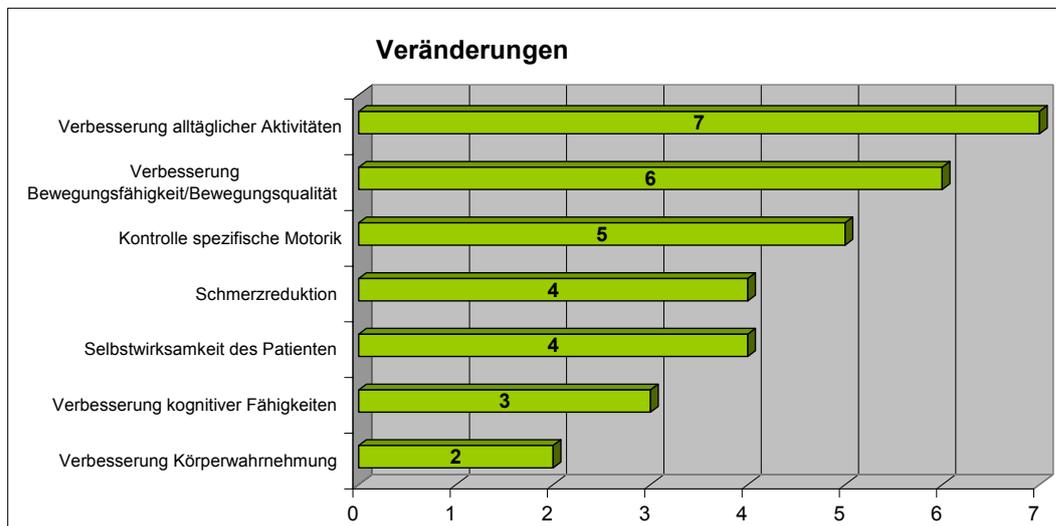


Abb. 35: Veränderungen, an denen Ergotherapeuten die Wirksamkeit der Therapie festmachen

Aus den insgesamt 31 Aussagen werden 7 Kategorien gebildet. Hier werden beispielhaft einige Zitate der Ergotherapeuten genannt.

Verbesserungen alltäglicher Aktivitäten (7):

Ein Therapeut (T14) macht die Wirksamkeit daran fest, dass die „Umsetzung in alltägliche Handlungen gelingt“. Ein weiterer (T20) nennt die „Zufriedenheit der Patienten und die zunehmende Übernahme von Alltagsdingen“.

Verbesserung der Bewegungsfähigkeit/Bewegungsqualität (6):

Hier schreibt ein Ergotherapeut (T11): „Erlernte Bewegungen sind oft variabler und fragmentierter als ich es bei anderen Patienten beobachte. Vor allem bei Schulterschmerzen sind die Erfolge evident und recht schnell.“

Bessere Kontrolle der spezifischen Motorik (5):

Ein Therapeut (T2) beschreibt hierzu seine Erfahrungen: „Ich konnte sowohl Patienten im Frührehabereich als auch im AHB-Bereich damit behandeln. Alle konnten eine Kontrolle über ihre spezifische Motorik erzielen (auch 12 Jahre nach der Läsion) und damit die Qualität ihrer Bewegungen verbessern.“

Je 4 Aussagen werden der Kategorie **Schmerzreduktion** und **Selbstwirksamkeit des Klienten** zugeordnet. Therapeuten nennen hier u. a. das „Anhalten von Schmerzfremheit“ (T8) und „Die Veränderungen sind auch nach der Therapie für den Patienten spürbar“ (T20).

Die **Verbesserung kognitiver Fähigkeiten** als Wirksamkeitsfaktor nennen drei Therapeuten. Sie beschreiben, dass „Patienten mehr Selbstsicherheit und Problemlösungsstrategien entwickeln (...)“ (T3) und sich die „Aufmerksamkeit und Eigenverantwortlichkeit verändern“ (T5).

Insgesamt zwei Ergotherapeuten machen die Wirksamkeit an der **Verbesserung der Körperwahrnehmung** in Verbindung mit Äußerungen des Klienten fest. Hierzu schreibt ein Therapeut (T9) folgendes: „Anhand der Äußerungen des Patienten bzgl. Wahrnehmung von Veränderungen/ Beschreibung der Empfindungen.“

Aussagen zur Art und Weise, wie die Wirksamkeit überprüft wird

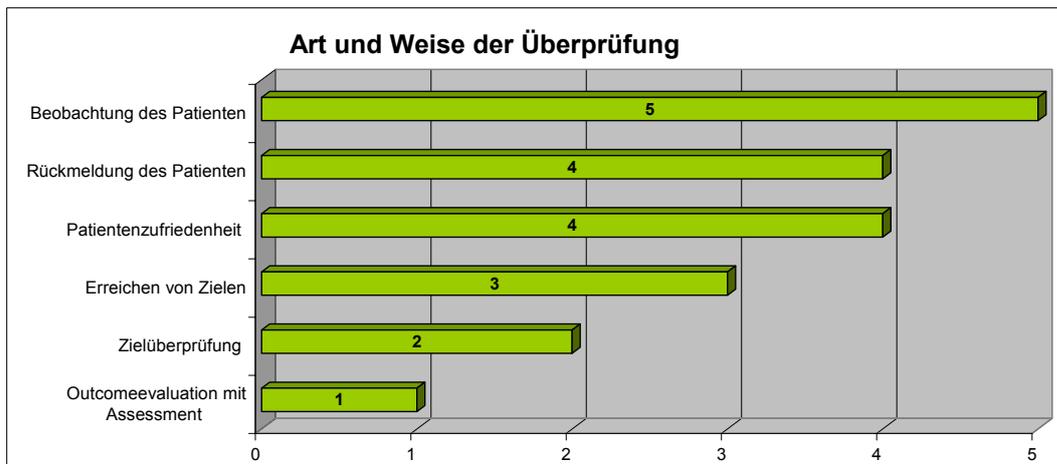


Abb. 36: Art und Weise, wie Ergotherapeuten Wirksamkeit überprüfen

Hier werden 6 Kategorien aus insgesamt 19 Äußerungen gebildet. 5 Ergotherapeuten nennen in der Kategorie **Beobachtung des Klienten**, dass sie die Wirksamkeit „an den deutlichen Veränderungen in jeder Therapieeinheit in Muskelspannung, Empfinden, Bewegungsmöglichkeiten und dem möglichen Lernprogramm daraus“ (T21) festmachen.

Je 4 Ergotherapeuten nennen die **Rückmeldung des Patienten** und die **Zufriedenheit des Patienten** als Faktor für die Überprüfung der Wirksamkeit. Sie nennen die „subjektive Äußerung des Patienten, dass es ihnen besser geht und meine Frage nach dem Warum.“ (T10) und die „positive Rückmeldung der Patienten“ (T20).

Das **Erreichen von Zielen** ist für 3 Ergotherapeuten ein Faktor der Wirksamkeit. Dies belegt die Äußerung eines Therapeuten (T22), der „anhand des Erreichens der festgelegten Ziele und der positiven Äußerung des Patienten“ die Wirksamkeit überprüft.

Je 1 Therapeut überprüft die Wirksamkeit anhand der **Outcomeevaluation** mittels Assessments (T24) und der **Überprüfung der Ziele** (T19).

Möglichkeiten in der Behandlung durch Anwendung des Perfetti-Konzeptes

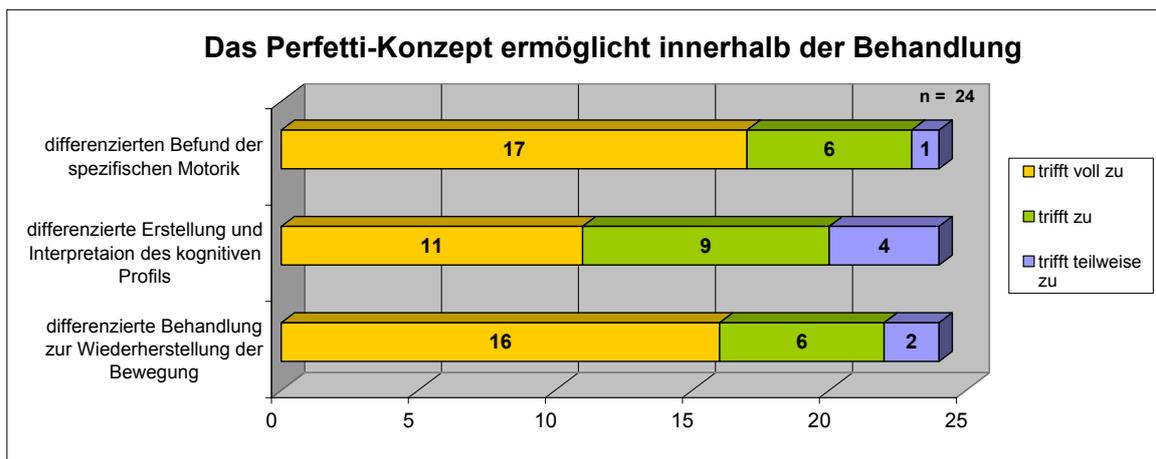


Abb. 37: Möglichkeiten des Perfetti-Konzeptes innerhalb der Behandlung

23 Ergotherapeuten (96%) bestätigen, dass ihnen das Perfetti-Konzept innerhalb der Behandlung einen differenzierten Befund der spezifischen Motorik ermöglicht.

Die Möglichkeit einer differenzierten Erstellung und Interpretation des kognitiven Profils bestätigen 20 der befragten Studienteilnehmer (83%). 22 Ergotherapeuten (93%) bestätigen, dass ihnen das Perfetti-Konzept eine differenzierte Behandlung zu Wiederherstellung der Bewegung ermöglicht.

6.3.6. Klienten – Aussagen zum Alltagsbezug (Fragen 8 + 9)

Verbesserung bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten

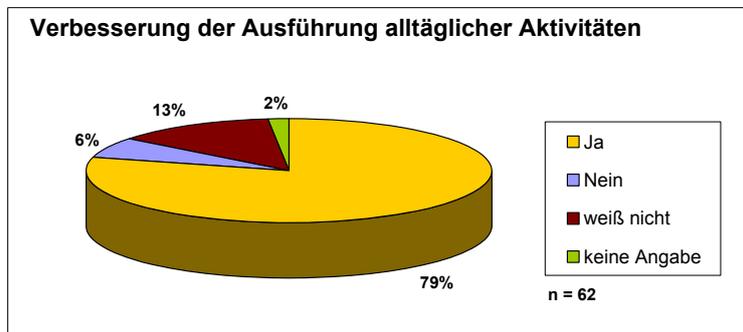


Abb. 38: Verbesserung bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten

49 Klienten (79%) stellen Verbesserungen bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept fest. 4 Klienten (6%) verneinen dies.

Frage 9: Welche alltäglichen Aktivitäten/ Tätigkeiten können Sie aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept besser ausführen?

Die Antworten der Klienten auf diese offene Frage sind klar und deutlich. Sie werden deduktiv den ICF-Kategorien zu den ICF-Komponenten der Aktivität und Partizipation zugeordnet. Die Kategorien können den ICF-Domänen „Selbstversorgung und häusliches Leben“ und „Mobilität und Freizeit“ zugeordnet werden. Die Kodierungen werden in Klammern angegeben. Zur besseren Übersicht erfolgt die Darstellung der entsprechenden Kategorien in zwei Diagrammen.

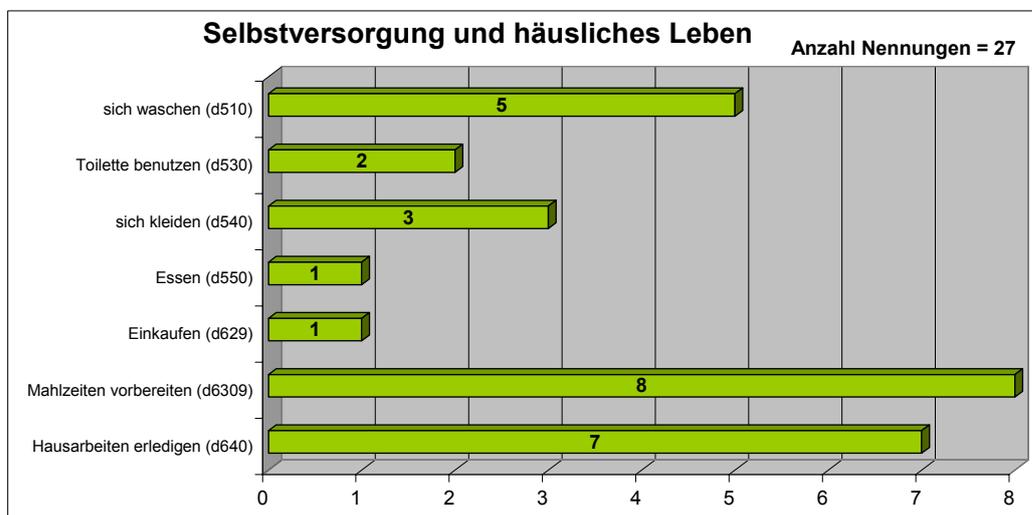


Abb. 39: ICF Domäne Selbstversorgung und häusliches Leben

Im Bereich der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens ist es für 8 Klienten möglich, Mahlzeiten vorzubereiten. Hierzu zählen Aktivitäten wie Gemüse schneiden (K60), Kartoffeln schälen (K61) und das Kochen (K24). 7 Klienten geben an, dass es ihnen möglich ist, Hausarbeiten durchzuführen. Hier werden Aktivitäten wie Wäsche aufhängen (K40), Staub wischen (K46) und Schuhe putzen (K5) genannt.

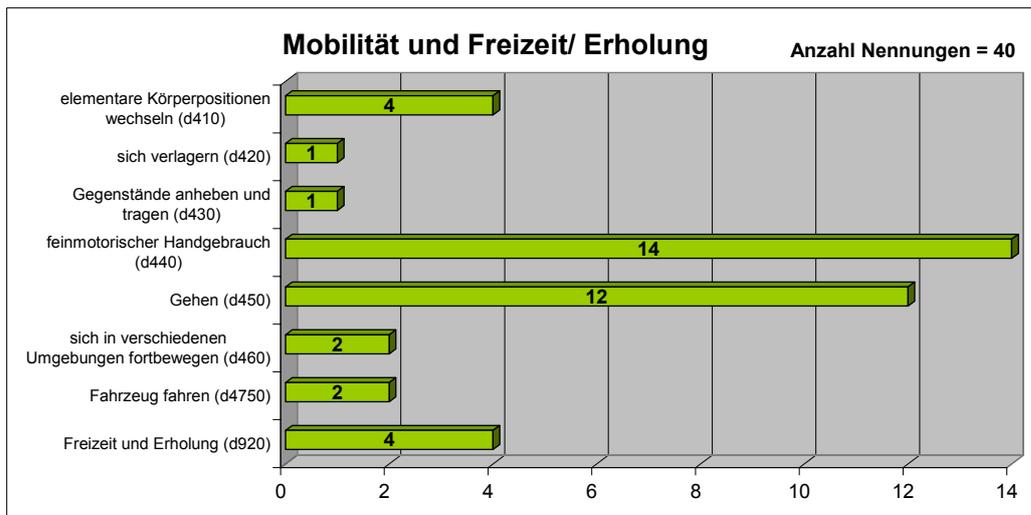


Abb. 40: ICF Domäne Mobilität und Freizeit/Erholung

Im Bereich der Mobilität wird der feinmotorische Handgebrauch mit 14 Aussagen am häufigsten genannt. Hierzu zählen Aussagen wie das Schreiben (K16), einen Schlüssel ins Schloss stecken (K19) und einen Reißverschluss (K32) schließen.

Zur Freizeit und Erholung nennen 4 Klienten Aktivitäten wie dem Hobby nachgehen (Malen: K56), Freunde und Verwandte besuchen (K46) und der Restaurantbesuch (K24).

13 Aussagen der Klienten können zusätzlich der ICF-Domäne Körperfunktionen zugeordnet werden. Hier bildet die Funktion der Kontrolle von Willkürbewegungen mit 7 Nennungen die größte Gruppe. Dazu zählen die Steuerung von Bewegungsabläufen (K29), die isolierte Schulterbeweglichkeit (K42) und die Koordination von Armbewegungen (K49). Je einmal ist die Zuordnung zur Funktion des Sehens (K36), zur Atmungsfunktion (K55), zum Empfinden von Gelenkschmerz (K57) und zur allgemeinen Ausdauerleistung (K56) möglich. Zwei Aussagen werden der Funktion von Muskeltonus (K2 und K18) zugeordnet.

6.3.7. Ergotherapeuten – Aussagen zum Alltagsbezug (Frage 16)

Frage 16: Wie stellen Sie innerhalb der Therapie nach dem Perfetti-Konzept den Bezug zu alltäglichen Aktivitäten der Klienten her?

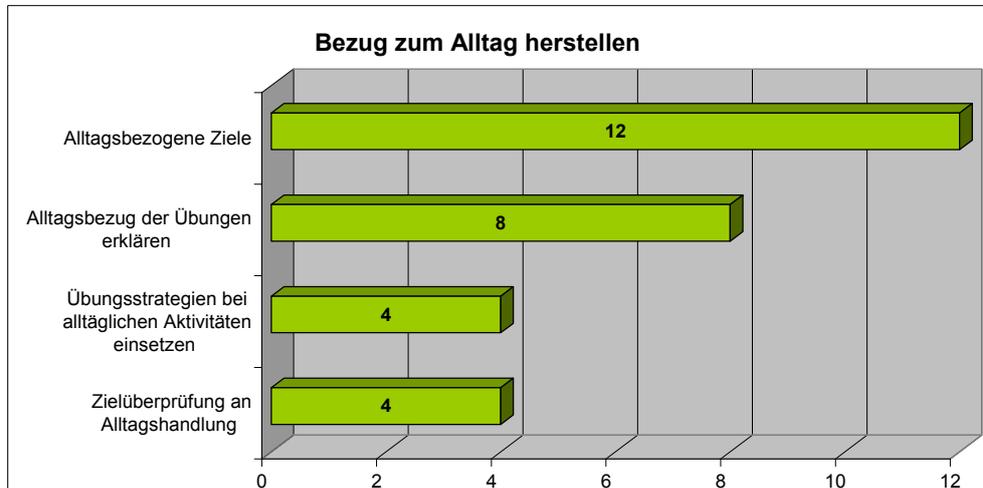


Abb. 41: Bezug zum Alltag herstellen

Insgesamt beantworten 22 Ergotherapeuten diese offene Frage. 2 Aussagen sind aufgrund unvollständiger Sätze nicht auswertbar. Aus den insgesamt 28 Antworten werden 4 Kategorien gebildet.

Die Kategorie **Alltagsbezogene Ziele** bildet mit 12 Nennungen die größte Gruppe. Die Ergotherapeuten sagen hier u. a., dass „*Behandlungsziele an alltägliche Verrichtungen geknüpft sind*“ (T14), dass „*Endveränderung sich auf eine Aktivität bezieht*“ (T20) und dass sie „*gemeinsam mit den Patienten eine Alltagshandlung als Ziel festlegen*“ (T22).

Alltagsbezug der Übungen erklären stellt mit 8 Nennungen eine weitere Kategorie dar. Hierzu schreibt ein Therapeut: „*Ich kläre die Patienten auf, in welchen Zusammenhang der aktuelle Therapieinhalt z. B. zum Anziehen, Essen, Zähneputzen steht*“ (T12). Ein anderer Ergotherapeut erläutert folgendes: „*Bei jeder Übung wird dem Patienten erklärt, warum er diese Bewegungssequenz üben, erlernen muss, im Bezug zu einer Alltagsbewegung.*“ (T23).

Mit der **Zielüberprüfung an Alltagshandlung** stellen 4 Ergotherapeuten den Bezug zu alltäglichen Aktivitäten des Klienten her. Dazu erklären sie, dass sie sich „*zu Beginn der Stunde oder einiger Therapiestunden eine Alltagshandlung (auch Ausschnitte davon) zeigen lassen und festhalten – Überprüfung [erfolgt] danach (in an / Zeiteinheit/ Beschreibung /...)*“ (T1). Ein Ergotherapeut stellt den Bezug zum Alltag wie folgt her: „*In regelmäßigen Abständen lasse ich den Patienten unter Anleitung Alltagshandlungen durchführen, um zu überprüfen, ob er den Transfer der Übungsinhalte in den Alltag schafft*“ (T23).

6.3.8. Ergotherapeuten – Aussagen zur Überprüfung der Wirksamkeit (Fragen 13, 17 – 19)

Betrachtung des Klienten aus Sicht eines Modells

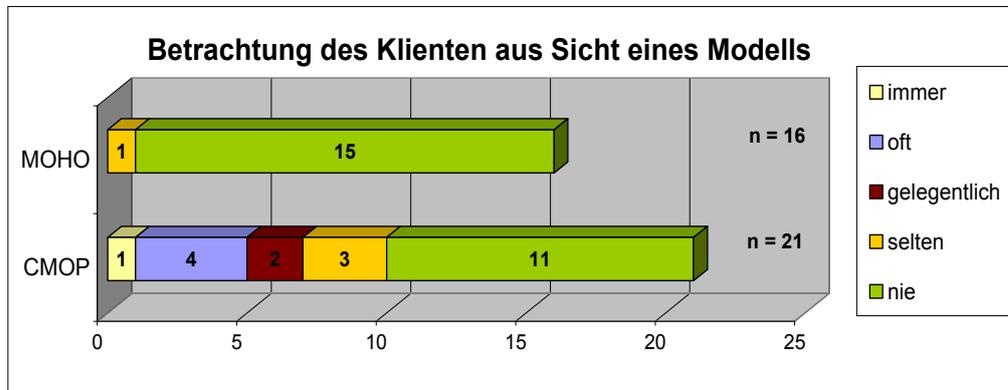


Abb. 42: Modellanwendung MOHO und CMOP

Das CMOP nutzen lediglich 5 Ergotherapeuten immer oder oft. 14 Ergotherapeuten (58%) nutzen es selten oder nie. Das MOHO nutzt lediglich ein Therapeut selten, 15 nutzen es nie, alle anderen machen keine Angabe zu dieser Frage. Als zusätzliche Modelle werden das PRPP und 2 eigene entwickelte Skalen oder „eigenes entwickeltes Modell in Anlehnung an CMOP“ genannt.

Anwendung von Befundinstrumenten und Assessments

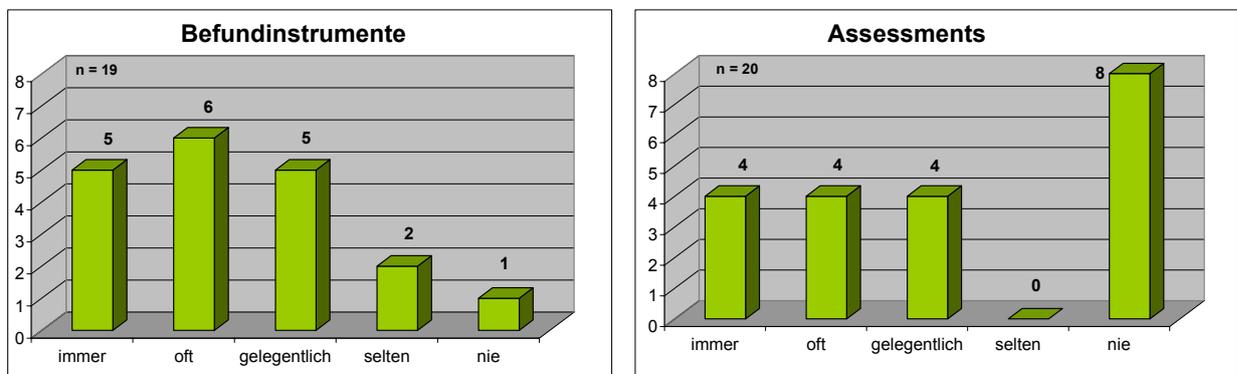


Abb. 43: Anwendung Befundinstrumente und Assessments

11 Ergotherapeuten (46%) nutzen Befundinstrumente immer oder oft für die Therapieplanung und Überprüfung der Ergebnisse. 3 Ergotherapeuten (13%) nutzen diese selten oder nie. Assessments werden von 8 Ergotherapeuten (33%) immer oder oft genutzt, von 8 nie.

Frage19: Nennen Sie bitte die Befundinstrument und Assessments, die Sie in der Therapie nach dem Perfetti-Konzept nutzen.

21 der befragten Ergotherapeuten (87%) nennen folgende Befundinstrumente und Assessments, die sie in der Therapie nach dem Perfetti-Konzept nutzen: Cartella riabilitativa (9), der Apraxietest (5), das ErgoAss (3), das CMOP (1) und Berichte (1). Die Ergotherapeuten nennen noch insgesamt 23 verschiedene Befundinstrumente und Assessments. Beispielhaft können hier der Derenzi-Test und das MESUPES genannt werden.

Überprüfen der Therapieerfolge

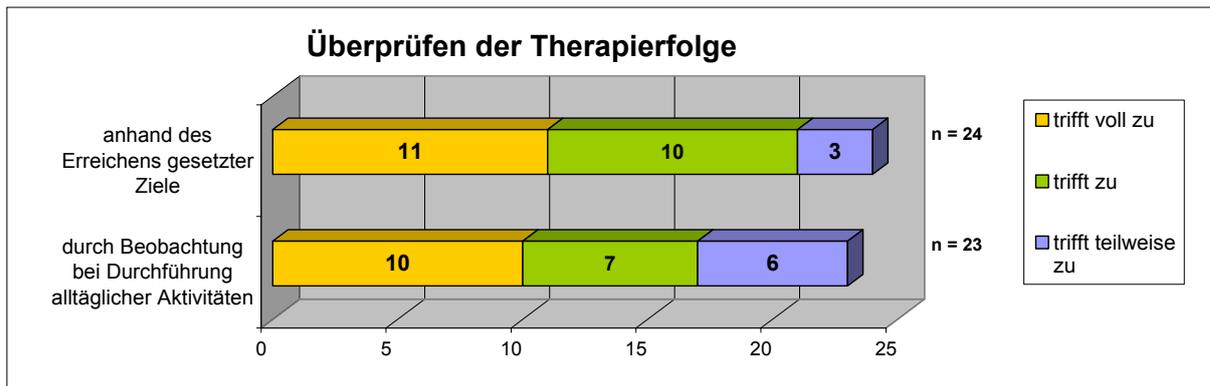


Abb. 44: Überprüfen der Therapieerfolge

21 Ergotherapeuten (88%) überprüfen die Erfolge der Therapie anhand des Erreichens der festgelegten Ziele.

17 der befragten Ergotherapeuten (71%) überprüfen die Erfolge der Therapie nach dem Perfetti-Konzept durch die Beobachtung des Klienten bei der Durchführung alltäglicher Aktivitäten.

Anmerkungen (12):

4 Aussagen beziehen sich darauf, dass die Ergotherapeuten die Erfolge der Therapie anhand von Äußerungen der Klienten überprüfen. 2 Ergotherapeuten überprüfen die Erfolge mittels Tests und Assessments.

2 Ergotherapeuten nennen zeitliche Probleme aufgrund der bestehenden Rahmenbedingungen für die fehlende Formulierung und Überprüfung von Zielen.

6.4. Ergebnisse zum Konstrukt Motivation

6.4.1. Klienten – Aussagen zur Motivation (Frage 17)

Aspekte der Motivation

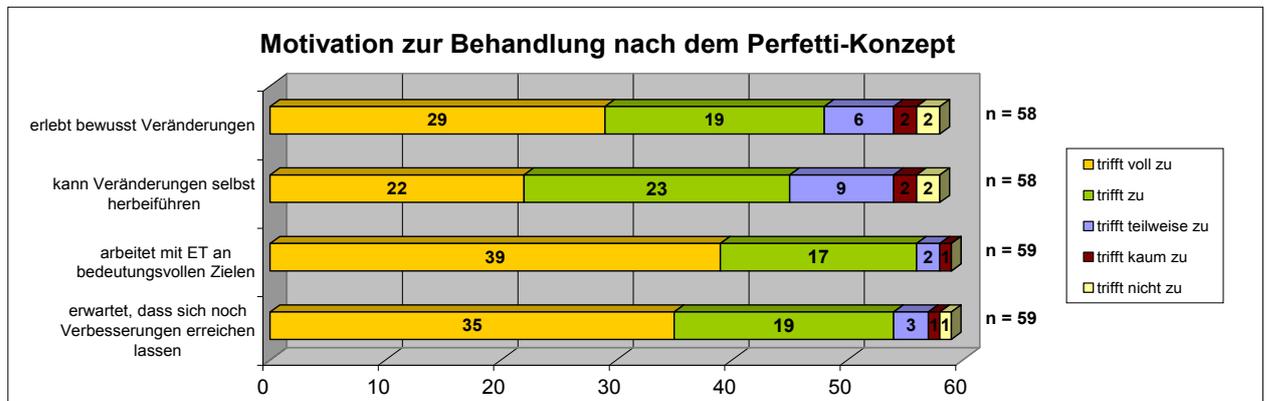


Abb. 45: Motivation der Klienten zur Behandlung nach dem Perfetti-Konzept

Insgesamt sagen 45 Klienten (78%) sagen, dass die bewusst erlebten Veränderungen sie motivieren, in der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten. Für je 2 Klienten (3%) trifft dies kaum oder nicht zu.

Die Fähigkeit, selbst Veränderungen herbeiführen zu können, motiviert insgesamt 45 Klienten (72%), in der Ergotherapie nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten. Für je 2 Klienten (3%) trifft dies kaum oder nicht zu.

56 Klienten (90%) sagen, dass sie in der Ergotherapie motiviert nach dem Perfetti-Konzept arbeiten, weil sie mit dem Ergotherapeuten an für sie bedeutsamen Zielen arbeiten. Für einen Klienten trifft diese Aussage kaum zu.

Die Erwartung, dass sich in Zukunft noch weitere Verbesserungen erreichen lassen, motiviert insgesamt 54 Klienten (87%) in der Therapie nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten. Für je einen Klienten trifft dies kaum oder nicht zu.

Klienten, die eigene Anmerkungen machen, begründen ihre Motivation u. a. im eigenen Willen (5), in der Verbesserung der Bewegungsfähigkeit (2) und der täglichen Handlungen (2) und dadurch, dass sie durch den Therapeuten motiviert werden (3).

Ein Klient sagt, dass er sehr motiviert ist („very motivated“). Ein anderer gibt an, dass seine Motivation tagesformabhängig ist.

6.4.2. Ergotherapeuten – Aussagen zur Motivation (Fragen 4 – 8)

Frage 4: Was hat Sie motiviert, sich mit dem Perfetti-Konzept auseinanderzusetzen?

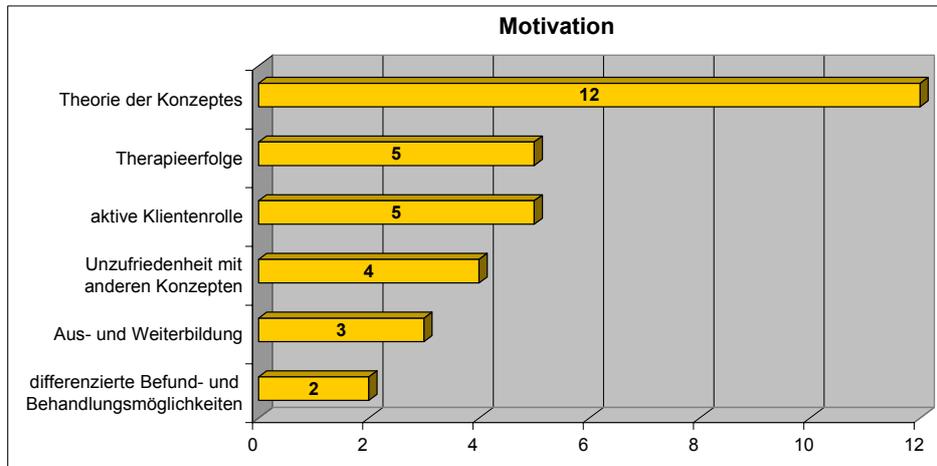


Abb. 46: Motivation der Ergotherapeuten zur Auseinandersetzung mit dem Perfetti-Konzept

Alle Studienteilnehmer beantworten diese Frage. Die Aussagen werden in 6 Kategorien zusammengefasst.

Hier bildet die Kategorie „Theorie des Konzeptes“ mit insgesamt 12 Nennungen die größte Gruppe. Hierzu schreiben Ergotherapeuten *„Der neurowissenschaftlich und erkenntnistheoretisch fundierte Ansatz, der grundlegende Unterschied der Patientenrolle zu anderen Ansätzen. (...) Die ständige Weiterentwicklung des Konzeptes und die Suche nach neuen Erkenntnissen“* (T9).

Therapieerfolge bilden für 5 Ergotherapeuten die Motivation, sich mit dem Konzept auseinanderzusetzen. Sie sagen: *„Ich habe in der Frühreha schnell positive Auswirkungen auf den Tonus beobachten können“* (T2) oder *„Das Konzept bietet eine sehr strukturierte Herangehensweise an Befund, Behandlung und Überprüfung der Veränderungen, die oft sehr schnell spürbar und sichtbar werden“* (T5).

Ein weiterer Motivationsgrund ist für die Studienteilnehmer die aktive Klientenrolle (5). Sie nennen hierfür *„den aktiven Anteil, den der Patient bei diesem Konzept hat“* (T8).

„Ich war mit den bisherigen Möglichkeiten, die „Feinmotorik“ zu fördern nicht zufrieden und bin jetzt froh, eine gute Möglichkeit zu haben, neuropsychologische Inhalte mit „motorischen“ zu verbinden.“ (T1). Die Unzufriedenheit mit anderen Therapiekonzepten ist hier für 4 Ergotherapeuten Grund der Motivation.

3 Ergotherapeuten sind durch Informationen in Aus- und Fortbildung zur Auseinandersetzung motiviert: *„Während meiner Ausbildung durfte ich bei mehreren Perfetti Therapien zuschauen. Die Ergebnisse und vorsichtige Herangehensweise haben mich beeindruckt. Jetzt bin ich begeistert, da ich bei Erkennen des Problems einen Therapieansatz finde und es nie in der Pathologie gearbeitet wird. Die Befähigung des Patienten, sich selbst zu kontrollieren, und zu helfen, ist toll. Es ist möglich, bei fast allen Problemen Lösungen zu finden und dem Patienten zu helfen. Therapie ohne Schmerzen.“* (T20)

Differenzierte Befund- und Behandlungsmöglichkeiten nennen 2 Ergotherapeuten. Ein Teilnehmer erklärt dazu: *„Nachdem ich in den neurologischen Bereich gewechselt hatte, habe ich mich über die verschiedenen Konzepte in dem Bereich informiert und da sprach mich das Perfetti-Konzept aufgrund seines ganzheitlichen Ansatzes am meisten an“* (T6).

Motive für die Anwendung des Therapiekonzeptes

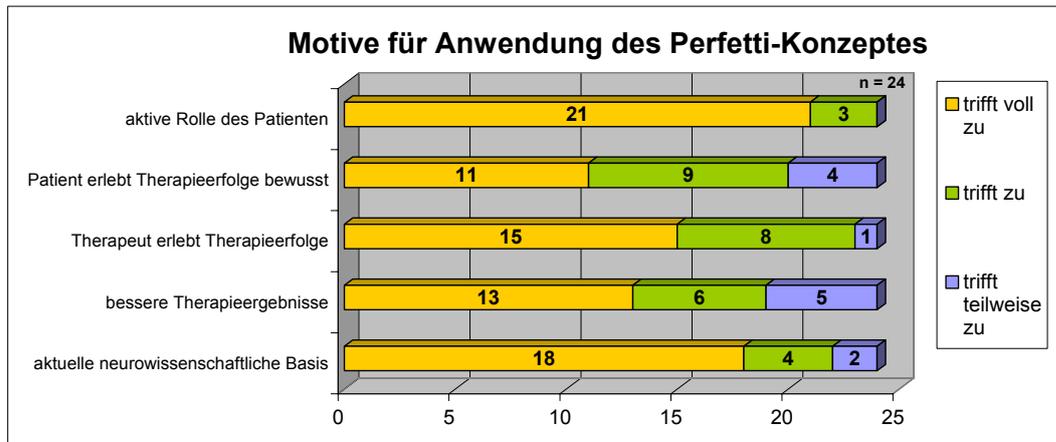


Abb. 47: Motive für die Anwendung des Perfetti-Konzeptes

Alle 24 Ergotherapeuten nennen die aktive Rolle des Patienten als wichtigstes Motiv für die Anwendung des Perfetti-Konzeptes. 20 Ergotherapeuten (83%) sind dadurch motiviert, dass Patienten Therapieerfolge bewusst erleben und 23 (96%), weil sie als Therapeut Erfolge erleben. Die besseren Therapieerfolge sind für 19 Ergotherapeuten (79%) ein motivierender Faktor.

Frage 6: Informieren Sie sich über aktuelle neurowissenschaftliche Entwicklungen?

15 Ergotherapeuten (62%) bestätigen, dass sie sich über aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse informieren, für 9 Therapeuten (38%) trifft dies nur teilweise zu.

Genutzte Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten

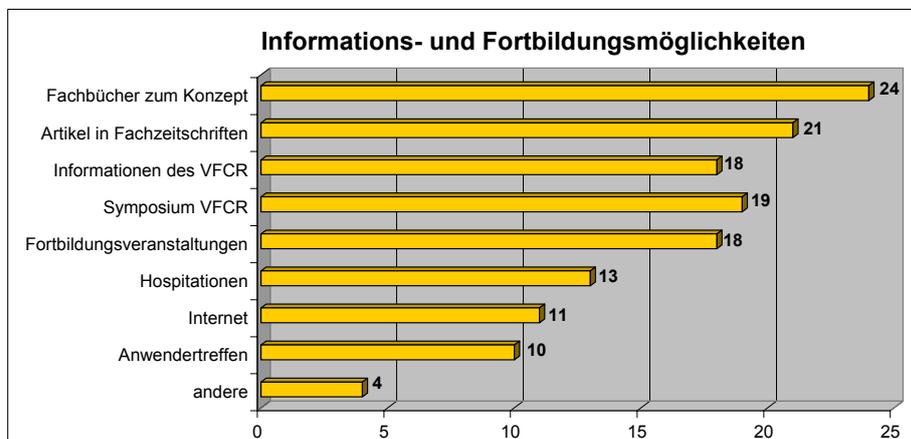


Abb. 48: Genutzte Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten der Ergotherapeuten

Alle 24 Ergotherapeuten nutzen Fachbücher zum Perfetti-Konzept, um sich über aktuelle Entwicklungen zu informieren. Fachzeitschriften, Informationen, Symposien und Fortbildungen sind weitere häufig genutzte Informationsmöglichkeiten.

Als weitere Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten nennen 4 Ergotherapeuten den Austausch in der Abteilung (1) und mit Kollegen (2), sowie den Austausch mit Experten in Santorso (Italien), der Schweiz (Brissago) und Belgien (Uni Leuven).

Zufriedenheit mit Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten

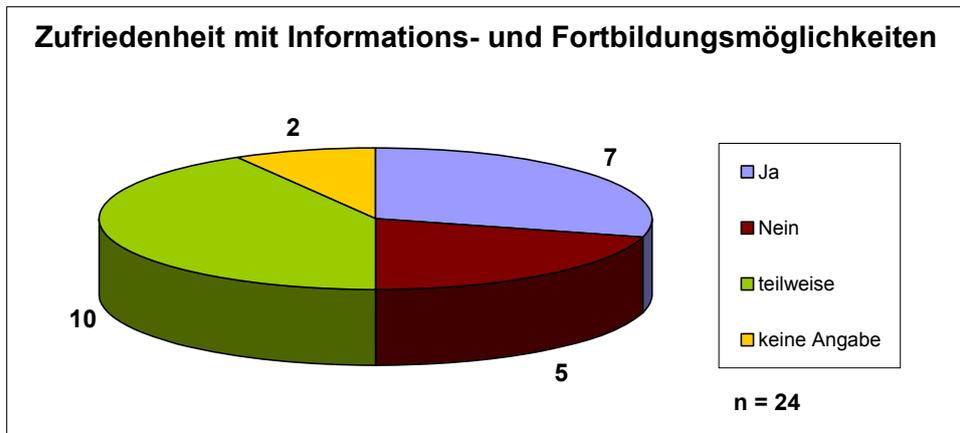


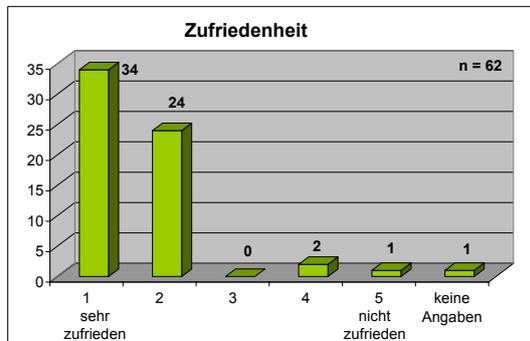
Abb. 49: Zufriedenheit der Ergotherapeuten mit Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten

7 der befragten Ergotherapeuten (29%) sind mit den Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten zufrieden. 15 Studienteilnehmer (63%) sind nicht oder nur teilweise zufrieden. Sie äußern den Wunsch nach mehr Kursen in Deutschland (9 Nennungen), nach mehr qualifizierten Dozenten (2) und nach mehr Anwendertreffen (1). Ein Therapeut wünscht sich eine einheitliche Benennung der in Deutschland angebotenen Fortbildungskurse.

6.5. Ergebnisse zum Konstrukt Zufriedenheit

6.5.1. Klienten – Aussagen zur Zufriedenheit (Fragen 18 + 19)

Globalurteil – Zufriedenheit



Faktoren der Zufriedenheit/Unzufriedenheit

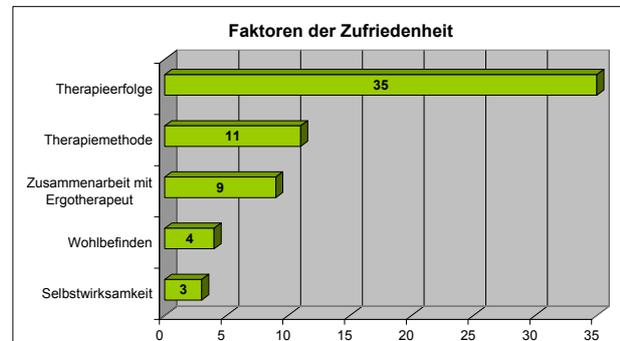


Abb. 50: Globalurteil Zufriedenheit – Klienten und Faktoren der Zufriedenheit

58 Klienten (94%) sind mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept sehr zufrieden bzw. zufrieden. 52 der Befragten (84%) nennen Faktoren, an denen sie ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit fest machen. 50 Klienten nennen ausschließlich Faktoren ihrer Zufriedenheit. Aus insgesamt 62 Aussagen werden 5 Kategorien gebildet und in der Abb. 50 dargestellt.

Ihre Zufriedenheit machen die Klienten an den Therapieerfolgen (35), der Therapiemethode (11), an der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten (9), an dem Erleben ihrer Selbstwirksamkeit (3) und an dem Wohlbefinden (4) fest.

Therapieerfolge (35):

Klienten nennen u. a. „den Rückgang des Schmerzes“ (K12), „Ich bin meinen Zielen näher gekommen“ (K18), „der eindeutige Erfolg durch die Behandlung“ (K10) und „Ich kann vieles, was ich vorher nicht konnte“ (K19).

Therapiemethode (11):

Klienten schreiben: die „Therapiemethode ist abwechslungsreich und interessant“ (K2), die „Therapieansätze sind vorstellbar und praktikabel“ (K24) und die „Therapie erfolgt ohne Schmerzen“ (K51).

Zusammenarbeit mit dem Therapeuten (9):

Hier nennen Klienten „Kontakt zur Therapeutin“ (K1), die „gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit meiner Therapeutin“ (K9), das „Gefühl des Angenommenseins“ (K54) und die „Ziele orientieren sich an meinen Möglichkeiten“ (K50).

Erleben von Selbstwirksamkeit (3):

„Ich mache es selbst“ (K45), „Ich kann meinen Körper selber beeinflussen“ (K51).

Wohlbefinden (4):

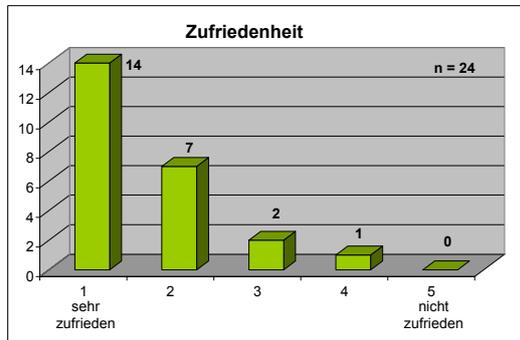
Sie sagen: „ich fühle mich einfach gut nach der Therapie“ (K49) und beschreiben ein „körperliches Wohlbefinden nach den Übungen“ (K27).

Aussagen zur Unzufriedenheit:

2 Klienten machen Aussagen zur Unzufriedenheit. Sie nennen als Grund, dass sie keine Therapieerfolge bemerken. Ein Klient (K31) sagt: „Ich halte das Perfetti-Konzept für ungeeignet für Patienten mit Tetraplegie“.

6.5.2. Ergotherapeuten – Aussagen zur Zufriedenheit (Fragen 21 +22)

Globalurteil – Zufriedenheit



Faktoren der Zufriedenheit/Unzufriedenheit

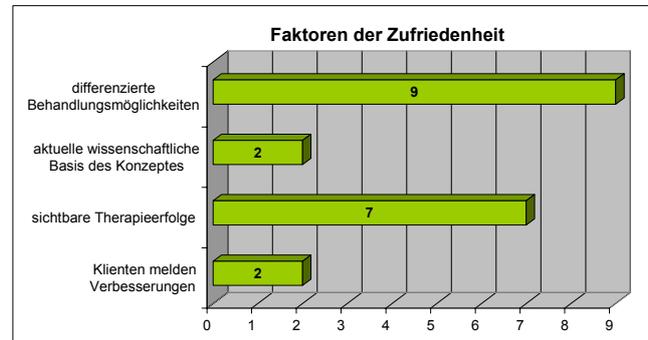


Abb. 51: Globalurteil Zufriedenheit – Ergotherapeuten und Faktoren der Zufriedenheit

21 Ergotherapeuten (87%) sind mit den Behandlungsmöglichkeiten, die ihnen das Perfetti-Konzept bietet, zufrieden. 14 von ihnen (58%) davon sehr zufrieden.

Alle 24 Ergotherapeuten nennen Faktoren, an denen sie ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit festmachen. Aus den Aussagen werden 4 Kategorien gebildet und in der Abb. 51 dargestellt.

Differenzierte Behandlungsmöglichkeiten (9):

Ein Ergotherapeut (T7) erklärt dazu: „Das Perfetti-Konzept bietet mir ein großes Repertoire an Übungsmöglichkeiten. Die genaue Befundung, z. B. Apraxietest zeigt die Probleme der Patienten deutlich auf. Durch das Erkennen der Probleme der Patienten kann ich besser auf sie eingehen (Erstellen eines Patientenprofils)“.

Sie nennen auch ein „sehr individuelles Vorgehen bei den einzelnen Patienten“ (T16) und „das Perfetti-Konzept ist sehr vielseitig nutzbar, sowohl Krankheitsbilder, als auch Patienten betreffend“ (T9).

Sichtbare Therapieerfolge (7):

Hier nennen die Ergotherapeuten „schnell spürbare Veränderungen“ (T5), und das „schnelle Hervorrufen positiver Veränderungen“ (T20).

Klienten melden Verbesserungen (2):

Die Therapeuten nennen: „dass Patienten positiv über spürbare Veränderungen berichten (T16) und „sie (die Patienten) merken, dass sich was tut“ (T12).

Aktuelle wissenschaftliche Basis des Konzeptes (2):

Ein Therapeut (T10) sagt dazu: „Das Konzept überzeugt mich, ich kann die Interpretation der Pathologie nachvollziehen und ist für mich als einzig logisch. Nur das kann ich auch vertreten und entsprechend an die Patienten weitergeben.“

Ein weiterer bemerkt zur aktuellen wissenschaftlichen Basis, „dass das Konzept sich verändert und kein veraltetes starres Konzept ist“ (T6).

Die Aussagen zur Unzufriedenheit werden hauptsächlich an verschiedenen Rahmenbedingungen festgemacht. Hier beschreiben die Ergotherapeuten vor allem, dass „der Therapiezeitraum in der Akutklinik mittlerweile recht begrenzt ist“ (T5), dass es „zu wenig Zeit in der Rehabilitation [gibt] (T24) und „um effektiv das Behandlungskonzept einzusetzen, muss die Therapiesequenz deutlich höher sein als 30 Min zweimal in der Woche, damit sich ein guter Erfolg einstellt.“ (T22).

7. Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen

Im folgenden Kapitel werden die Aussagen von Klienten und Ergotherapeuten einander gegenübergestellt und in Bezug zur Theorie der Konstrukte (vgl. Kapitel 2 und 3) diskutiert. Nach Themenbereichen geordnet, steht die Beantwortung der Leitfragen im Vordergrund der Diskussion. Von den Verfassern werden Handlungsempfehlungen für die ergotherapeutische Praxis vorgestellt, die auf den Untersuchungsergebnissen und eigenen Ideen basieren. Aufgrund der Fülle der Daten und des begrenzten Rahmens dieser Studie werden die wesentlichen Aspekte der Ergebnisse diskutiert.

7.1. Klientenzentrierung

Leitfrage:

Inwieweit erfolgt die Zusammenarbeit von Ergotherapeuten und Klienten in der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept nach klientenzentrierten Aspekten?

Mehrere Autoren (Sumsion, 2002, S. 3; Law et al, 2002, S. 49; Dehn-Hindenberg, 2007, S. 9) betrachten die Information des Klienten als einen wichtigen Aspekt für partnerschaftliche Zusammenarbeit und als Basis für eine aktive Rolle des Klienten im Therapieprozess (vgl. 3.1.1). Nur der ausreichend informierte Klient wird in die Lage versetzt, eine aktive Rolle einzunehmen und Entscheidungen zu treffen.

83% der befragten Ergotherapeuten treffen die Aussage, dass sie ihre Klienten über das Perfetti-Konzept informieren, 17% tun dies nur teilweise. Der Anteil der Klienten, die zu Beginn der Behandlung über das Therapiekonzept informiert wurden, ist mit 67% zunächst gering. Da Klienten die erste Frage nicht konsequent als Filterfrage genutzt haben, ist davon auszugehen, dass die Folgefrage auch jene Klienten beantwortet haben, die erst im Verlauf der Behandlung über das Perfetti-Konzept informiert wurden. Somit steigt der Anteil der informierten Klienten auf 80%.

Als wichtigste Informationsquelle bestätigen 95% der Klienten die Information durch den behandelnden Ergotherapeuten. Auch die befragten Ergotherapeuten (20) nennen die Information des Klienten als wichtigsten Aspekt der Zusammenarbeit neben der Erklärung vom Sinn und Zweck der Übungen (vgl. 6.2.4).

Die Aussagen von Klienten und Ergotherapeuten decken sich mit Untersuchungsergebnissen von Dehn-Hindenberg (2007). Die Autorin identifiziert u. a. neben dem Einfühlungsvermögen des Therapeuten (vgl. 6.2.3) die erhaltenen Informationen und Erklärungen sowie ein angemessenes Therapieziel als wesentliche Einflussfaktoren auf die Gesamtbewertung der Therapie durch den Klienten. Ergotherapeuten, die nach dem Perfetti-Konzept arbeiten scheinen hier auf einem guten Weg zu sein.

Die erhaltenen Informationen werden von 70% der Klienten als verständlich bewertet. 25% der Klienten halten eine Informationsbroschüre und 30% das Internet für eine wichtige Informationsquelle. Von beiden Teilnehmergruppen der Befragung wird eine verständliche Informationsbroschüre für Klienten und Angehörige gewünscht. Nur wenige Ergotherapeuten (5) nutzen die Informationsbroschüre des DVE. Die Gründe sind unklar, möglicherweise ist sie mit 4 € (2 € für Mitglieder des DVE) recht teuer. Seit Februar dieses Jahres ist der VFCR (siehe 2.2.9) im Internet vertreten. Der Schwerpunkt liegt auf der Information von Therapeuten über Tätigkeit des Vereins und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Ergotherapeuten, die nach dem Perfetti-Konzept arbeiten, betrachten die Information des Klienten bereits als wesentlichen Aspekt der Zusammenarbeit. Im Hinblick auf eine klientenzentrierte Praxis und die Professionalisierung der Ergotherapie können sie dazu beitragen, dass Patienten zu informierten Klienten werden, die sich aktiv am Therapieprozess und der Entscheidungsfindung beteiligen können.

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit und die gemeinsame Zielfindung mit dem Klienten sind weitere Aspekte der Zusammenarbeit, welche die befragten Ergotherapeuten nennen und die sich in der Theorie der klientenzentrierten Praxis wiederfinden (vgl. 6.4.2). Sie sind außerdem in den Kernelementen des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas enthalten (vgl. 2.1.2). Klienten bestätigen in hohem Maß, dass ihre Ergotherapeuten, die sie nach dem Perfetti-Konzept behandeln partnerschaftlich mit ihnen zusammenarbeiten.

Auch werden Behandlungsziele, die ihnen wichtig sind in die Therapie mit einbezogen (vgl. 6.2.3). Des Weiteren gelingt es den behandelnden Ergotherapeuten ihre Klienten zur aktiven Teilnahme an der Therapie zu motivieren und sie aktiv in die Behandlung einzubeziehen. Auch das empathische Eingehen des Therapeuten auf das subjektive Körperempfinden und auf Schmerzen des Klienten wird bestätigt. Sie gehören zu den Grundzügen der klientenzentrierten Praxis, die auf Rogers zurückgeht

(vgl. 3.1). Es gelingt den Therapeuten demnach eine empathische Arbeitsatmosphäre zu schaffen, indem sie dem subjektiven Erleben und den Erfahrungen des Klienten Bedeutung beimessen. Die Theorie des Perfetti-Konzeptes mit seiner Beschreibung des Therapeutischen Systems (vgl. 3.1.2) und der Bedeutung der bewussten Erfahrung (vgl. 2.2.5) unterstützt diese Vorgehensweise.

Die Aussagen der befragten Ergotherapeuten zur Gestaltung ihrer Therapeutenrolle können den Aussagen von Law et al (2002, S. 50) gegenübergestellt werden, die den Ergotherapeuten u. a. als „*enabler*“ bezeichnen und dessen Eigenschaften charakterisiert (vgl. 3.1.1 und vgl. 6.2.4).

Eine Gegenüberstellung der beiden Aussagen verdeutlicht dies: „*guiding*“ - Begleiter (7), Vermittler (4), „*educating*“ Lehrer, Pädagoge oder „*coaching*“ - Coach (vgl. 3.1.1). Perfetti (2006) beschreibt die Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient als kooperative Interaktion.

Ergotherapeutische Modelle werden von den befragten Ergotherapeuten bisher kaum für die Betrachtung ihrer Klienten aus einer betätigungsorientierten Perspektive genutzt (vgl. 6.3.6). Anhand der Berufserfahrung der Ergotherapeuten wird deutlich, dass 17 bereits länger als 8 Jahre im Beruf sind. Sie haben demzufolge ihre Ausbildung vor der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1999 absolviert und ergotherapeutische Modelle und Assessments wahrscheinlich kaum in ihrer Ausbildung kennen gelernt. Es kann angenommen werden, dass die meisten der befragten Ergotherapeuten ihre Klienten hauptsächlich aus der Perspektive des Perfetti-Konzeptes betrachten.

Fazit:

Anhand der Auswertung der Daten und Diskussion der Ergebnisse kommen die Verfasser zu dem Schluss, dass Theorie und Praxis des Perfetti-Konzeptes mit seiner ganzheitlichen, systemischen Sichtweise des Menschen eine klientenzentrierte Praxis impliziert (vgl. 2.2).

Die befragten Klienten bestätigen, dass die ergotherapeutische Behandlung nach dem Perfetti-Konzept nach Aspekten der klientenzentrierten Praxis erfolgt, das aktive Einbeziehen in die Behandlung und das Einbeziehen von Behandlungszielen, die dem Klienten wichtig sind.

Handlungsempfehlungen:

- Die verständliche Information des Klienten über das Perfetti-Konzept durch den Ergotherapeuten ist bedeutsam, um den Klienten als aktiven Partner in die Therapie mit einzubeziehen und sollte ein wesentlicher Bestandteil der Therapie sein.
- Die Entwicklung und Bereitstellung einer verständlichen Informationsbroschüre für Klienten und Angehörige sollte in Abstimmung mit den Bedürfnissen der Klienten erfolgen (Kooperation des VFCR).
- Informationsmöglichkeiten im Internet sollten auch die Bedürfnisse der Klienten berücksichtigen (z. B. Möglichkeiten zur Therapeutensuche auf der Homepage des VFCR).
- Zusätzliche Betrachtung des Klienten aus Sicht eines ergotherapeutischen Modells, z. B. CMOP, fördert die klientenzentrierte Praxis und betätigungsorientierte Zielfindung.

7.2. Wirksamkeit

Leitfrage:

Wie erleben Ergotherapeuten und Klienten die Wirksamkeit der Behandlung nach dem Perfetti Konzept?

Klienten bestätigen, dass sie Therapiestrategien des Perfetti-Konzeptes kennen und mit deren Hilfe Einfluss auf Folgen ihrer Erkrankung nehmen können (vgl. 6.3.1). Klienten konkretisieren dies als in Form von Einfluss auf die Bewegungskontrolle, den Muskeltonus, die Verarbeitung von Spürinformationen, der Gleichgewichtskontrolle und des Schmerzempfindens. Dies entspricht den beabsichtigten Zielen des Perfetti-Konzeptes.

Der Klient soll zur Verbesserung seiner Probleme Strategien lernen. Die selbstständige Anwendung der Therapiestrategien im Alltag scheint jedoch Schwierigkeiten zu bereiten. Hier zeigt sich, dass die behandelnden Ergotherapeuten, dies in ihrer Behandlung noch verstärkt berücksichtigen sollten.

88% der befragten Ergotherapeuten sagen aus, dass sie positive Erfahrungen bei der Anwendung des Therapiekonzeptes bei Klienten mit Schmerzen haben. Dies betrifft vorwiegend die Behandlung von Schulterschmerzen bei neurologischen und orthopädischen Krankheitsbildern.

19 Klienten, die aufgrund ihrer Erkrankung Schmerzen haben, bestätigen, dass sich ihre Schmerzen durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept verringert haben. Ein größerer Anteil an Klienten (34) bestätigt, dass Ergotherapeuten insgesamt einfühlsam auf ihre Schmerzen eingehen. Ergotherapeuten stellen in ihren Anmerkungen zur Diskussion, dass es bessere Ansätze zur Schmerzbehandlung gibt und die Therapie im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie stattfinden sollte.

Das Perfetti-Konzept nutzt die kognitiven Strategien, insbesondere die Imagination, um dem Klienten den Einfluss auf Schmerz zu ermöglichen. Es wird einfühlsam mit dem Klienten immer im schmerzfreien Raum gearbeitet (Perfetti, 2006).

Bisher gibt es im deutschsprachigen Raum noch keine Veröffentlichungen zur Schmerzbehandlung nach dem Perfetti-Konzept und das Thema ist nicht schwerpunktmäßig im Examenskurs enthalten. An dieser Stelle besteht noch Informations- und Fortbildungsbedarf für die praktizierenden Ergotherapeuten (vgl. 2.2.7).

Sowohl Ergotherapeuten als auch Klienten erleben die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept als wirksam. 21 Ergotherapeuten führen dies auf die Verbesserung der Bewegungsfähigkeit des Klienten und die Verbesserung alltagsbezogener Handlungen zurück (vgl. 6.3.5). 47 Klienten bestätigen, dass sie Verbesserungen bewusst wahrnehmen und sie konkretisieren dies vorwiegend als Verbesserung der Bewegungsfähigkeit.

Die Anwendung der Therapiestrategien kann als wesentlicher Faktor angesehen werden, aufgrund dessen Klienten die Verbesserung ihrer Probleme erleben. Dies ergibt sich aus einer Gegenüberstellung der Fragen, welche Probleme sich aufgrund der Behandlung verbessert haben und welche Probleme sich aufgrund der Anwendung von Therapiestrategien verbessert haben. Dabei werden als Verbesserungen die Bewegungsfähigkeit (22 Nennungen), sowie Einfluss auf und Verbesserung des Muskeltonus, der Verarbeitung von Spürinformationen, Körperwahrnehmung und Schmerzen beschrieben. Hier werden zunächst Verbesserungen auf der Funktionsebene beschrieben.

Im Folgenden bestätigen jedoch auch 79 % der Klienten, dass sie eine Verbesserung bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten erleben und können diese konkretisieren (vgl. 6.3.6). Veränderungen werden erlebt in den Bereichen der Selbstversorgung und der Mobilität. Hier sind besonders der feinmotorische Handgebrauch (14 Nennungen) und das Gehen (12 Nennungen) hervorgehoben. Es scheint also zu gelingen, dass Klienten das in der Therapie erlernte in den Alltag übertragen können, so wie es die Theorie des Perfetti-Konzeptes beabsichtigt (vgl. 2.2).

Dennoch ist zu bedenken, dein größerer Teil der Klienten noch Schwierigkeiten hat die Therapiestrategien im Alltag selbständig anzuwenden. Ergotherapeuten unterstützen den Alltagsbezug der Behandlung, indem sie alltagsbezogene Ziele formulieren und den Alltagsbezug der Übungen in der Behandlung verdeutlichen. Dies entspricht der Vorgehensweise im Perfetti-Konzept (vgl. 2.2.6), dass konkrete und objektivierbare Ziele formuliert werden, die sich Verhaltensebene des Klienten zeigen und überprüfbar sind. Ergotherapeuten überprüfen das Erreichen der Ziele u. a. anhand der Beobachtung des Klienten bei der Ausführung von Alltagshandlungen. 54 Klienten bestätigen, dass in der Therapiesituation der Bezug zu ihrem Alltag hergestellt wird und der Therapeut die Übungen verständlich erklärt (vgl. 6.2.3).

Die Evaluation der Behandlungsergebnisse stützt sich bisher hauptsächlich auf die Beobachtung durch den Therapeuten. Befundinstrumente und Assessments werden von weniger als der Hälfte der befragten Ergotherapeuten regelmäßig eingesetzt. Lediglich 5 Ergotherapeuten nutzen immer Befundinstrumente und 4 immer Assessments. Verschiedene Instrumente werden angegeben. Am häufigsten wird die „cartella riabilitiva“ (9) genannt, deren Handhabung im Examenskurs vermittelt wird. Das ErgoASS (3) und COPM (1) werden weniger genannt.

Fazit:

Klienten bestätigen die vom Konzept beabsichtigte Wirkungsweise, dass sie mittels Einsatz der Therapiestrategien Einfluss auf ihre Bewegungskontrolle nehmen können

Klienten mit Schmerzen bestätigen, dass sie eine Verbesserung der Schmerzen durch die Behandlung erleben. Sowohl Ergotherapeuten als auch Klienten erleben die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept als wirksam, können dies konkretisieren. Die Verbesserung von krankheitsbedingten Problemen aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept wird von 78% der Klienten beschrieben. Dazu gehören vorwiegend Verbesserungen im Bereich der Selbstversorgung und Mobilität. Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung werden bisher kaum ergotherapeutische Assessments genutzt.

Handlungsempfehlungen:

- Da Klienten noch Schwierigkeiten bei der selbstständigen Anwendung kognitiver Strategien im Alltag beschreiben, sollten Ergotherapeuten ihre Klienten dazu befähigen, indem sie ihre Klienten konkret in Alltagssituationen begleiten. Klienten sollte in der Therapie bewusst werden, wie sie selber Veränderungen herbeigeführt haben.
- Zur Behandlung von Schmerzpatienten mit dem Perfetti-Konzept besteht noch Informations- und Fortbildungsbedarf. Einen Beitrag kann hier die Veröffentlichung von Fallstudien leisten.
- Die Anwendung von praktikablen und validen ergotherapeutischen Assessments (vgl. 2.1.3) wird angeregt, damit die Wirksamkeit der Behandlung nachgewiesen werden kann.

7.3. Motivation**Leitfrage:****Was motiviert Klienten und Ergotherapeuten, in der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten?**

Als eindeutig motivierende Aspekte bewerten die Klienten das bewusste Erleben von Veränderungen, die Fähigkeit, selbst Veränderungen herbeiführen zu können (vgl. 6.4.1).

Wenn Klienten durch die Anwendung der Therapiestrategie der „verbalen Beschreibung der bewussten Erfahrung“ (2.2.5) ihre Selbstwirksamkeit erkennen, kann dies als motivierender Aspekt für die ergotherapeutische Behandlung betrachtet werden.

Dies deckt sich auch mit den Aussagen von Kielhofner, der das Gefühl der Selbstwirksamkeit als ein Aspekt der „*volition*“ des Menschen beschreibt (vgl. Kielhofner, 2002, S. 14; vgl. 3.2.1). Einige Klienten ergänzen zu den vorgegebenen Items ihren eigenen Willen (5) und die Verbesserung der Bewegungsfähigkeit als motivierende Faktoren. Das Arbeiten an bedeutungsvollen Zielen wird von Klienten als stärkster motivierender Faktor identifiziert, dies deckt sich auch mit Untersuchungsergebnissen von Dehn-Hindenberg (2007, S. 9).

Ein wichtiges Motiv, welches Ergotherapeuten sowohl als Grund für die Auseinandersetzung mit dem Therapiekonzept als auch für die Wahl als Behandlungskonzept angeben, ist die aktive Rolle des Klienten. Betrachtet man die verschiedenen Formen des „clinical reasoning“, so nutzen Ergotherapeuten das „interactive reasoning“ als wesentlichen Aspekt ihrer Entscheidungsfindung (vgl. 3.2.2).

Als weiteres wichtiges Motiv wird die aktuelle neurowissenschaftliche Basis des Therapiekonzeptes von 22 Ergotherapeuten bestätigt. Hier nutzen Ergotherapeuten das „*scientific reasoning*“. Die komplexe theoretische Basis des Therapiekonzeptes verlangt von Ergotherapeuten eine intensive Auseinandersetzung mit aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen, welches 62% der Ergotherapeuten bestätigen.

Eine gute theoretische Wissensbasis ist die Voraussetzung für die Therapieplanung und –durchführung auf qualitativ hohem Niveau. Dies ist nur möglich, wenn Ergotherapeuten im Sinne des „life long learning“ motiviert sind, sich fortlaufend weiterzuentwickeln. Es bildet die Grundlage, sowohl dem Klienten zu erklären, was genau und warum in der Therapie geschieht und das Vorgehen in der Behandlung gegenüber anderen Berufsgruppen zu vertreten. Eine gute Begründung der Vorgehensweise in der Therapie trägt damit auch zur Professionalisierung der Ergotherapie bei.

Fazit:

Als wesentlichen motivierenden Aspekt erleben Klienten, dass an Zielen gearbeitet wird, die ihnen wichtig sind und sie bewusst Veränderungen erleben. Auf dieser Basis erwarten Klienten auch in der Zukunft weitere Verbesserungen durch die Behandlung.

Ergotherapeuten entscheiden sich für das Perfetti-Konzept, weil es auf neurowissenschaftlichen Erkenntnissen basiert und weil der Klient eine aktive Rolle im Therapieprozess einnimmt.

Handlungsempfehlungen:

- Die Arbeit an bedeutungsvollen Zielen wirkt sich motivierend auf den Klienten aus. Dies kann unterstützt werden durch die Anwendung von ergotherapeutischen Assessments wie das COPM, das eine betätigungsorientierte und klientenzentrierte Zielfindung unterstützt (vgl. 2.1.3)

- Die Anwendung des top-down-Ansatzes zur Betrachtung der Klienten legt den Fokus auf die Betätigungsrollen und Wünsche des Klienten. Dies kann helfen besonders unter begrenzten Rahmenbedingungen in klinischen Einrichtungen die wichtigsten Betätigungsziele in den Fokus der Behandlung zu stellen.

7.4. Zufriedenheit

Leitfrage:

Wie zufrieden sind Ergotherapeuten und Klienten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?

Im Globalurteil bestätigen 93% der Klienten (53) in dieser Studie ihre Zufriedenheit mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept. Hervorzuheben ist, dass 54% der Befragten (34) sogar sehr zufrieden sind.

Als wesentlicher Faktor der Zufriedenheit nennen die Klienten die Therapieerfolge (35). Sie beschreiben u. a. „den Rückgang des Schmerzes“ (K12), „Ich bin meinen Zielen näher gekommen“ (K18), „der eindeutige Erfolg durch die Behandlung“ (K10) und „Ich kann vieles, was ich vorher nicht konnte“ (K19). Diese Antworten decken sich mit den Ergebnissen der Arbeit von Dehn-Hindenberg (2007, S. 8): „Indikatoren der Patienten, wann für sie die Therapie erfolgreich ist, sind eindeutig die Besserung der Beschwerden und dass sie gelernt haben, damit umzugehen.“

Die Arbeiten von Lindemann & Remstedt (2007) und Schützwohl & Olbrich (2000) bestätigen, dass Therapieerfolge ein wichtiger Faktor für die Zufriedenheit sind. Für die befragten Klienten ist die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten (9) ebenfalls von Bedeutung. Wüthrich-Schneider (2000a, S.1047) bestätigt außerdem, dass eine umfassende Kommunikation und die Einigkeit über die Behandlungsweise wichtige Einflussfaktoren auf die „Patientenzufriedenheit“ sind.

Zwei Klienten, die mit der Behandlung unzufrieden sind, werden aufgrund einer Tetraplegie ergotherapeutisch behandelt. Laut Anspruchsniveautheorie (vgl. 3.1.1) hängt die Zufriedenheit auch von der Differenz zwischen den Wünschen und tatsächlich erreichten Zielen ab. Sicherlich haben Klienten mit einer Tetraplegie vielfältige Probleme, die je nach Schweregrad einer Läsion auch schwer zu behandeln sind.

Hier könnte ein Erfahrungsaustausch unter Therapeuten angeregt werden, um zu erfassen inwieweit sich das Perfetti-Konzept bei diesen Klienten anwenden lässt und welche Ziele realistisch zu erreichen sind.

Die Frage nach der Zufriedenheit der befragten Ergotherapeuten bezieht sich auf die Behandlungsmöglichkeiten, die das Perfetti-Konzept bietet. Diese bewerten 87% der Befragten insgesamt positiv (vgl. 6.5.2.). Sie begründen ihre Zufriedenheit u. a. mit den differenzierten Behandlungsmöglichkeiten und den sichtbaren Therapieerfolgen. Auch die neurowissenschaftliche Basis des Konzeptes ist ein Faktor der Zufriedenheit.

Fazit:

Klienten bestätigen eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung u. a. aufgrund der erlebten Therapieerfolge. Ergotherapeuten sind zufrieden mit den differenzierten Behandlungsmöglichkeiten, die ihnen das Therapiekonzept bietet.

Handlungsempfehlungen:

- Das Perfetti-Konzept orientiert und entwickelt sich an der aktuellen Neurowissenschaft. Die Ergotherapeuten sind motiviert und bereit, sich diesbezüglich fortzubilden und weiterzuentwickeln. Diese Motivation bietet eine gute Möglichkeit, erworbenes Wissen und Erkenntnisse, die im Rahmen der Behandlung gewonnen wurden, in Form von Fallstudien zu dokumentieren und zu veröffentlichen.
- Weiterführende Studien mit quantitativem Design können durchgeführt werden um die Wirksamkeit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept für eine bestimmte Klientengruppe untersuchen. Damit kann ein wesentlicher Beitrag zur Professionalisierung der Ergotherapie und Sicherung der Behandlungsqualität für die Klienten geleistet werden.
- Der Bekanntheitsgrad des Konzeptes sollte erhöht werden, um einer größeren Anzahl an Klienten den Zugang zu dieser Behandlungsmethode zu ermöglichen.

8. Schlussfolgerung

8.1. Reflexion der Stärken, Schwächen und Verbesserungsmöglichkeiten

Da für die vorliegende Studie kein geeigneter Fragebogen zur Verfügung stand, wurden in einem sehr zeitaufwändigen Prozess zwei Fragebögen für die beiden Teilnehmergruppen entwickelt. Als Stärke dieser Studie kann angesehen werden, dass die Entwicklung der Fragebögen auf vielfältiges Datenmaterial zurückgreift.

Neben den Annahmen der Verfasser, die auf subjektiven Erfahrungen und theoretischem Wissen basieren, wurden die Perspektiven von Klienten und Ergotherapeuten anhand der Interviews mit einbezogen. Eine umfassende Literaturrecherche und die Auseinandersetzung mit den theoretischen Konstrukten der Leitfragen sind eine weitere Grundlage für die Entwicklung der Fragebögen, mit denen die Leitfragen der Studie beantwortet werden sollen. Durch die Sicherung der Gütekriterien qualitativer Forschung ist es gelungen, den Forschungsprozess regelgeleitet durchzuführen und transparent darzustellen (vgl. Kapitel 4). Als weitere Stärke kann betrachtet werden, dass sowohl Perspektiven der Klienten als auch Ergotherapeuten erfasst wurden. Dies ermöglicht an verschiedenen Stellen die Gegenüberstellung der Ergebnisse und Diskussion. Eine einseitige Sichtweise wird somit vermieden. Besonders wichtig sind hier die Erfahrungen der Klienten zur Wirksamkeit der Behandlung und zum Alltagsbezug. Der qualitative Forschungsprozess legt Wert darauf, dass diese subjektiven Perspektiven erfasst werden.

Der Fragebogen weist jedoch an einigen Stellen Schwierigkeiten auf. Die offenen Fragen im Ergotherapeutenfragebogen sind nicht immer eindeutig genug gestellt, dies zeigt sich an der Mischung der Themen im Antwortverhalten der Studienteilnehmer. Insgesamt vermischen sich in den Fragen zum Konstrukt der Wirksamkeit verschiedene Dimensionen. Hier wäre es hilfreich gewesen, evtl. weniger Fragen zu stellen, diese jedoch vorher deutlicher nach Dimensionen der Wirksamkeit zu strukturieren (subjektives Erleben der Wirksamkeit, Alltagsbezug, Evaluation der Therapieergebnisse). Dies ist erst in einer späteren Phase des Forschungsprozesses geschehen.

Der Fragebogen erfüllt nur in Teilen die klassischen Testgütekriterien der Objektivität, Validität und Reliabilität. Mit einem Schwerpunkt auf einem qualitativen Forschungsansatz lag es nicht im ersten Interesse der Verfasser, ein reliables und valides Messinstrument für die Befragung zu konstruieren. Bezogen auf den Fragebogen ist die Durchführungsobjektivität gewährleistet, da Klienten und Ergotherapeuten schriftlich befragt werden und den Fragebogen in Abwesenheit des Forschers beantworten, die Anonymität ist zugesichert und gewährleistet (vgl. Meyer, 2006, S. 88).

Auswertungsobjektivität ist insofern gegeben, als im Vorfeld die Regeln zur Auswertung der offenen und geschlossenen Fragen festgelegt wurden. Die Kategorisierung der offenen Fragen wird zusätzlich durch ein Peer-review-Verfahren sichergestellt wird. Aussagen zur Reliabilität und Validität können nicht auf konkrete Messungen von Werten zurückgreifen.

Durch die Ansammlung mehrerer Items zu einem Konstrukt wurde versucht, interne Konsistenz herzustellen, die jedoch nicht durch Messverfahren überprüft wurde. Es kann jedoch von einer gewissen Konstruktvalidität ausgegangen werden, da die Beziehung der Items zu den theoretischen Konstrukten aufgrund der Erläuterungen im theoretischen Teil dieser Arbeit (Kapitel 2 und 3) hergestellt werden kann.

Die hohe Rücklaufquote bei Ergotherapeuten (80%) und bei den Klienten (52%) kann als Indiz gewertet werden, dass die Befragung für die Studienteilnehmer von Interesse ist. Die Stichprobengröße der Ergotherapeuten von $N = 24$ kann als repräsentative Stichprobe bezeichnet werden. Einschlusskriterien der Therapeutenstichprobe werden bisher erst von ca. 62 Ergotherapeuten im deutschsprachigen Raum erfüllt. Diese Anzahl ergibt sich aus den Kursteilnehmern, die bisher Kurse mit 14tägiger Ausbildung auf dem Niveau eines Examenskurses erfüllt haben (vgl. 2.2.9).

Für die Stichprobengröße der Klienten ($N = 62$) kann nicht von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden. Die tatsächliche Anzahl der Klienten, die von qualifizierten Ergotherapeuten nach dem Perfetti-Konzept behandelt werden, ist den Verfassern nicht bekannt. Es zeigt sich jedoch bei den Klienten eine überwiegend positive Antworttendenz.

Aufgrund der Zusicherung und Einhaltung von Maßnahmen zur Sicherung der Anonymität ist nicht davon auszugehen, dass die Antworttendenzen im Sinne einer sozialen Erwünschtheit ausgefallen sind, sondern die tatsächlichen Erfahrungen der Studienteilnehmer widerspiegeln.

Einschränkend muss jedoch festgestellt werden, dass die Auswahl der Klienten für die Studie ausschließlich durch ihre behandelnden Ergotherapeuten stattgefunden hat. Hier kann nicht sicher ausgeschlossen werden, ob nicht jene Klienten bevorzugt ausgewählt wurden, die sich positiv gegenüber

der Behandlung äußern und zufrieden sind. Allerdings sind in der Studie auch negative Antworttendenzen bei einigen Fragen enthalten.

Insgesamt ist es gelungen, mit dem gewählten Studiendesign unter den gegebenen Rahmenbedingungen einer Bachelorarbeit die Erfahrungen einer möglichst großen Anzahl an Studienteilnehmern mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept strukturiert zu erfassen und darzustellen.

8.2. Fazit der Studie und Ausblick

Thema dieser Studie ist die Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus Sicht von Klienten und Ergotherapeuten. Anhand von Leitfragen werden mittels schriftlicher Befragung die Erfahrungen und Aussagen der Studienteilnehmer zu den Konstrukten der Wirksamkeit, Klientenzentrierung, Motivation und Zufriedenheit erfasst im Zusammenhang mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept erfasst.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen, dass Ergotherapeuten, die ihre Klienten nach dem Perfetti-Konzept behandeln, auch nach klientenzentrierten Aspekten arbeiten. Dies wird in hohem Maß durch die Aussagen der Klienten bestätigt.

Da Ergotherapeuten ihre Klienten bisher kaum oder gar nicht aus der Perspektive eines ergotherapeutischen Modells betrachten, kann davon ausgegangen werden, dass die komplexe Theorie und Praxis des Perfetti-Konzeptes mit seiner systemischen Sichtweise des Menschen bereits eine klientenzentrierte Praxis fördert.

Auch die Wirksamkeit der Behandlung wird von den Klienten bestätigt und u. a. an den Therapieerfolgen, die sich sowohl in der Verbesserung ihrer Bewegungsfähigkeit, als auch bei Ausführung alltäglicher Betätigungen zeigen, festgemacht. Diese Verbesserung wird u. a. auf die Anwendung der kognitiven Therapiestrategien zurückgeführt. Allerdings zeigt sich, dass die selbstständige Anwendung dieser Strategien im Alltag noch vielen Klienten Probleme bereitet.

Ergotherapeuten nehmen diese Verbesserungen der Klienten wahr, nutzen bisher allerdings kaum Assessments, um diese Ergebnisse zu dokumentieren.

Als motivierenden Faktor betrachten Klienten die Tatsache des gemeinsamen Arbeitens mit ihrem Therapeuten an Zielen, die ihnen wichtig sind. Ergotherapeuten wenden das Perfetti-Konzept an, weil der Klient eine aktive Rolle im Behandlungsprozess einnimmt und das Konzept auf aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen basiert.

Das sehr positive Globalurteil der Klienten über die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept legt den Schluss nahe, dass es auch zukünftig eine wichtige Rolle in der Behandlung von neurologischen und orthopädischen Klienten einnehmen sollte. Auch sind Ergotherapeuten sehr zufrieden mit dem Behandlungskonzept, weil es ihnen differenzierte Befund- und Behandlungsmöglichkeiten bietet und somit die Grundlage schafft für die Anpassung der Behandlung an die individuellen Probleme des Klienten.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie schließen sich Handlungsempfehlungen für die ergotherapeutische Praxis und Vorschläge für weitere Studien an.

Die positiven Ergebnisse dieser Studie sollten auf eine solidere Datenbasis gestellt werden, um zukünftig auch eine qualitativ hochwertige Behandlung der Klienten nach dem Perfetti-Konzept sicherzustellen. Damit Ergotherapeuten in die Lage versetzt werden, die Therapieergebnisse auch strukturiert zu erfassen, sollten sie ihr Wissen über ergotherapeutische Modelle und Assessments erweitern. Möglicherweise könnten Ergotherapeuten im Rahmen von Fortbildungen nach dem Perfetti-Konzept für die aktuellen Perspektiven der Ergotherapie sensibilisiert werden und motiviert, sich weiter damit auseinanderzusetzen. Dies könnte dazu führen, dass die Professionalisierung der Ergotherapie unterstützt wird.

Weiterführende Studien

Durch die weitestgehend positiven Bewertungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Wirksamkeit der Behandlung sind die Verfasser der Ansicht, dass hier eine gute Basis gegeben ist für Studien zur Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept mit einem quantitativen Studiendesign.

Dies ist besonders wichtig, wenn z. B. im Rahmen von Leitlinienentwicklung für Schlaganfallpatienten nach Wirksamkeitsstudien zur ergotherapeutischen Behandlung gesucht wird.

Hier erscheint es sinnvoll, zukünftige Studien anzusiedeln. Die Verfasser können sich verschiedene Wege vorstellen, dies zu realisieren.

Das von van de Winckel et al (2005) überprüfte Messinstrument für die Erfassung qualitativer Veränderungen der Bewegungsfähigkeit der oberen Extremität MESUPES (vgl. 2.2.8) könnte z. B. in Kombination mit dem Ergotherapeutischen Assessment (Voigt-Radloff et al, 2003; vgl. 2.1.3) im Rahmen einer Studie bei Schlaganfallpatienten eingesetzt werden, um zu überprüfen, ob sensomotorische Veränderungen auf der Funktionsebene sich auch in der verbesserten Ausführung alltäglicher Handlungen abbilden lassen.

Des weiteren könnte eine Studie durchgeführt werden, die das COPM als Assessment nutzt, um zu untersuchen, inwieweit durch ergotherapeutische Behandlung nach dem Perfetti-Konzept sich aus Klientenperspektive die Betätigungsperformanz bei Ausführung bedeutungsvoller Betätigungen verbessern lässt.

Die vorliegende Bachelorarbeit möchte einen Beitrag zur Professionalisierung der deutschen Ergotherapie leisten, indem sie die Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept strukturiert erfassen und darstellen.

Die Verfasser verbinden damit die Hoffnung, einen Beitrag zu leisten, das Perfetti-Konzept als wirksames Behandlungskonzept in der ergotherapeutischen Behandlung von neurologischen und orthopädischen Klienten zu etablieren.

Mit den Handlungsempfehlungen für die ergotherapeutische Praxis soll eine qualitativ hochwertige Behandlung der Klienten sichergestellt werden, die sich an der klientenzentrierten Praxis und bedeutungsvollen Zielen des Klienten orientiert.

Glossar

Apoplex	<p>allgemein für Apoplexie, Insult od. Schlaganfall plötzliches Aussetzen der Funktion eines Organs (im Verlauf einer starken Organblutung, z. B. infolge einer Embolie); im engeren Sinne: = Apoplexia cerebri. © Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM].</p>
Abnorme Irradiation	<p>Aspekt der spezifischen Motorik beim Hemiplegiepatienten im Perfetti-Konzept. Die abnorme Irradiation ist die Strategie, auf die das zentrale Nervensystem zurückgreifen muss, wenn es überfordert ist, d.h. wenn von ihm eine Leistung abverlangt wird, zu deren Erfüllen es noch nicht fähig ist. Bei willkürlicher Innervation eines Körperbezirkes der hemiplegischen oder der anderen Seite treten ungewollte und unphysiologische Innervationen auf, die auch andere Körpersegmente mit einbeziehen können. Bei der abnormen Irradiation werden immer wieder die gleichen Muskelgruppen aktiviert. Die abnorme Irradiation ist eine Strategie auf die das ZNS zurückgreifen muss, wenn es überfordert ist (Wopfner-Oberleit, 2005).</p>
Abnorme Reaktion auf Dehnung	<p>Hierbei handelt es sich um den physiologischen Dehnungsreflex, dessen Reizschwelle durch fehlende oder mangelnde kortikale Kontrolle stark herabgesetzt ist. Beim passiven Bewegen eines Muskels entsteht ein erhöhter Widerstand (abnorme Reaktion auf Dehnung) in den bewegten Muskeln. Die Ausprägung ist abhängig von der Lokalisation der Läsion und der Unterstützungsfläche, die dem Patienten zur Verfügung steht. Eine entscheidende Rolle spielt die Geschwindigkeit der Bewegung. Je höher die Geschwindigkeit der Bewegung, desto intensiver und schneller ist das Auftreten eines Widerstandes. „Es handelt sich um eine abnorm betonte Reaktion auf Dehnung. Sie hat eine niedrigere Reizschwelle, was Geschwindigkeit und Ausmaß der Dehnung anbelangt“ (Perfetti, 1997, S. 81).</p>
Assessment	<p>Assessment bedeutet soviel wie „Befunderhebung“ oder „Statuserhebung“. Das Assessmentverfahren ist ein Prozess, in dem systematisch Daten gesammelt werden. Unter Assessmentverfahren werden quantitative oder standardisierte Methoden verstanden, die vor allem die Beurteilung der Behandlungseffekte oder Outcomes auf eine möglichst objektive und überprüfbare Basis stellen (Harth, Pinkepank, 2007, S. 254)</p>
Bobath-Konzept	<p>Das Bobath-Konzept wird weltweit auf neurophysiologischer/ neurowissenschaftlicher Grundlage zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit zerebralen Bewegungsstörungen und sensomotorischen Störungen eingesetzt (Steding-Albrecht, 2007).</p>
Chalmers	<p>Australischer Philosoph. Er lehrt an der Australian National University (Canberra) und ist Direktor des dortigen <i>Centre for Consciousness</i>. Seine Hauptarbeitsgebiete liegen im Bereich der Sprachphilosophie und der Philosophie des Geistes. Dort gilt er als einer der wichtigsten Vertreter des (Eigenschafts-)Dualismus'. (http://de.wikipedia.org/wiki/David_Chalmers)</p>

Clinical reasoning	Der englische Begriff „Clinical Reasoning“ (CR) wird in der Medizin und den Therapiewissenschaften angewendet. Wortwörtlich übersetzt bedeutet er „klinische Argumentation, Schlussfolgerung, Beweisführung“. Gemeint sind damit Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse, welche klinisch tätige Personen (Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten u. a.) entweder allein oder in der Auseinandersetzung mit Berufskollegen und/oder dem betroffenen Patienten treffen (http://de.wikipedia.org/wiki/Clinical_reasoning).
Cortex	1) »Rinde«: Bezeichnung für die äußere Zellschicht bzw. das äußere Schichtengefüge eines Organs (Anat.). 2) Kurzbez. für Cortex cerebri (Anat.). © Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM].
CRPS	complex regional pain syndrome © Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM]. Schmerzhafte Erkrankung einer Extremität, meist in Folge von leichten Weichteilverletzungen nach operativen Eingriffen oder bei Erkrankungen des peripheren oder zentralen Nervensystems Pschyrembel, 1998, 258. Auflage, S. 1351
deskriptiv	beschreibend Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]
Dichotomie, dichotom	Merkmal, bei dem nur zwei Ausprägungen möglich sind. Unterscheiden lassen sich natürliche dichotome Merkmale wie nach Auffassung mancher das (biologische) Geschlecht und künstliche, wo der Merkmalsraum durch sog. Alternativfragen die nur zwei Antwortkategorien vorsehen, (u. U. drastisch) eingengt wird (Ilmes-Internet Lexikon, 2004) http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm
Dimension	Beschreibt die Aspekte eines bestimmten Gegenstandsbereiches, die durch den theoretischen Begriff bezeichnet werden, bzw. welche Dimensionen das Konzept/Konstrukt anspricht (Schnell et al, 2005, S. 128).
Dimensionale Analyse	Theoretische Begriffe lassen sich mit Hilfe einer dimensional Analyse meist in unterschiedliche Dimensionen auflösen. (Mayer, 2006, S. 32)
Dysfunktion	gestörte Funktion, Funktionsstörung (z. B. eines Organs) © Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM].
Effektivität	Effektivität bezeichnet die Wirksamkeit einer Maßnahme oder eines Prozesses. Sie ist ein Messfaktor in der Gesundheitssystemforschung, mit dem die Wirksamkeit z.B. von Versorgungsstrukturen und Therapieverfahren bewertet wird (QM-Lexikon, 2008, http://www.quality.de/lexikon/effektivitaet.htm).
Effizienz	Effizienz beschreibt das Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen (QM-Lexikon, 2008, http://www.quality.de/lexikon/effizienz.htm).

Elementare Schemata	<p>Aspekt der spezifischen Motorik beim Hemiplegiepatienten im Perfetti-Konzept.</p> <p>Der Hemiplegiker zeigt eine außerordentlich „arme“ Willkürmotorik, die nichts anderes ermöglicht als eine grobe Beziehung zur Außenwelt mittels Annäherungs- und Entfernungsbewegungen der oberen Extremität und vereinfachter Fortbewegungsschemata der unteren Extremität (Perfetti, 1997, S. 85). Elementare Schemata sind also einfachste, primitive Bewegungen. Diesen fehlt die Fähigkeit der Variabilität, Adaptation und Fragmentierungsfähigkeit (Wopfner-Oberleit, 2005).</p>
Empirie/empirisch	<p>1. Methode, die sich auf Erfahrung stützt, um [wissenschaftliche] Erkenntnisse zu gewinnen.</p> <p>2. Aus der Erfahrung gewonnene Erkenntnisse; Erfahrungswissen. (Duden, Das Fremdwörterbuch, 2001)</p>
Epistemologie	<p>Wissenschaftslehre, Erkenntnistheorie (bes. in der angelsächsischen Philosophie)</p> <p>Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]</p>
Ergotherapiemodell	<p>Gesamtheit von Konzepten und Praktiken, die von einem Ergotherapeuten als Leitlinie für eine ergotherapiespezifische Praxis entwickelt wurden. Ergotherapiemodelle befassen sich damit, wie eine Person Betätigungen in ihrer Umwelt ausführt (Hagedorn, 2004, S. 42).</p>
Evaluation	<p>Bewertung eines Projektes bzw. Prozesses anhand von festzulegenden Kriterien entweder von innen (interne od. Selbstevaluation) und/oder außen (externe Evaluation) zur Standortbestimmung und Beschreibung von Verbesserungspotentialen (QM Lexikon, 2007, http://www.quality.de/lexikon/evaluation.htm).</p>
Evidenz	<p>Externe Evidenz besteht aus Forschungsergebnissen hinsichtlich der Wirksamkeit von Therapien, die aus validen klinisch-praktischen Studien stammen. Evidenz bedeutet in diesem Zusammenhang wie im Englischen „Aussage“, „Zeugnis“, „Beweis“ oder „Beleg“ (Scherfer, 2006, S. 14).</p>
exzerpieren	<p>»herausklauben, auslesen«: ein Exzerpt anfertigen</p> <p>Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]</p>
Fragmentierung	<p>Fragmentierung beschreibt die Fähigkeit des Menschen, den Körper aufzuteilen, wobei die verschiedenen Teile gleichzeitig in unterschiedliche Richtungen ziehen können.</p> <p>(Perfetti, 1997, S. 54)</p>
Gütekriterien	<p>Kriterien, anhand derer die Qualität sozialwissenschaftlicher (wie sonstiger) Forschung beurteilt wird. Im Rahmen der quantitativen/standardisierten Forschung wurden Gütekriterien vor allem im Hinblick auf die Messung entwickelt. Die wesentlichen Gütekriterien sind hier Validität, die Reliabilität sowie die Objektivität. (Ludwig-Mayerhofer, 1999)</p> <p>http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm</p>
Hemiparese	<p>halbseitige leichte Lähmung, leichtere Form einer Hemiplegie</p> <p>© Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM].</p>

ICF	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit beschreibt die Folgeerscheinungen von Krankheit (ergo science, 4/2006, S. 43).
Imagination	Fantasie, Einbildungskraft, bildhaft anschauliches Denken. Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]
Induktion	Um Induktion handelt es sich, wenn aus wiederholten Beobachtungen bestimmter Vorkommnisse oder Umstände ein allgemeines Gesetz hergeleitet wird (Jerrosch-Herold et al, 2004, S. 7).
induktiv	Vom Einzelnen zum Allgemeinen hinführend. Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]
intrinsisch	Begriff aus der Psychologie, von innen her, aus eigenem Antrieb durch Interesse an der Sache erfolgend, durch in der Sache liegende Anreize bedingt; Ggs. extrinsisch; intrinsische Motivation: durch die von einer Aufgabe ausgehenden Anreize bedingte Motivation (1); Ggs. extrinsische Motivation. Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]
Item	Frage oder Aussage in einem Fragebogen bzw. Aufgabe in einem Test (Bortz & Döring, 2006, S. 730).
kognitiv	die Erkenntnis betreffend; erkenntnismäßig Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]
Konstrukt	Wissenschaftliche Theorien haben oft Sachverhalte zum Gegenstand, welche nicht direkt beobachtbar sind. Diese Sachverhalte werden als Konstrukt bezeichnet, wenn man betonen will, dass es sich dabei um eine gedankliche, theoretische Konstruktion handelt. Das bedeutet natürlich nicht, dass es den betreffenden Sachverhalt nicht "gibt", sondern nur, dass er aus anderen, leicht(er) beobachtbaren Sachverhalten erschlossen wird. Daher spricht man auch manchmal von latenten Konstrukten (Ilmes Internetlexikon, 1999) http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm).
Konstrukte	Wissenschaftliche Begriffe, die sich auf nicht unmittelbar beobachtbare Größen beziehen (z.B. Intelligenz, Leistungsmotiv). (Glossar, 2002, http://psychologie.fernuni-hagen.de/Sem7/glossar.html#Konstrukt
Korrelationen	Mit Korrelation wird ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen bezeichnet, der durch statistische Kennzahlen auszudrücken ist. Zumeist wird der Begriff "Korrelation" auf die Bezeichnung des Zusammenhangs zweier metrischer Merkmale beschränkt (Ludwig-Mayerhofer, 2005, http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm).
Läsion	Bezeichnung für: Verletzung oder Störung der Funktion eines Organs oder Körperteiles © Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM].

Likert Skala	<p>Von Rensis Likert entwickeltes Skalierungsverfahren zur Messung von Einstellungen.</p> <p>Dabei wird folgendermaßen verfahren: Den Befragten wird eine Reihe von Aussagen (oft auch als "Statements" oder "Items" bezeichnet) vorgelegt, zu denen sie Zustimmung oder Ablehnung äußern können, und zwar in abgestufter Form (Ilmes- Internet Lexikon, 2004).</p> <p>http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm).</p>
Lurija, Alexander	<p>1902-1977, russischer Psychologe. Er gilt als einer der Begründer der Neuropsychologie. Bahnbrechende Arbeiten zur Aphasie und Rolle der Sprache in der geistigen Entwicklung des Kindes verschaffte ihm Ansehen im Ausland. Er stand in freundschaftlichem Kontakt zu Wissenschaftlern wie Jean Piaget und Oliver Sacks (http://de.wikipedia.org/wiki/Lurija).</p>
Maturana, H., R.	<p>Maturana, H. R. (geb. 1928): chilenischer Biologe (mit dem Schwerpunkt Neurobiologie) und Philosoph. Zusammen mit Francisco J. Varela gilt Maturana als einer der Begründer des radikalen Konstruktivismus und als Erfinder des Konzeptes der Autopoiesis (1972). (http://de.wikipedia.org/wiki/Humberto_Maturana)</p>
Metakognition, metakognitiv	<p>Der Begriff Metakognition ist vom Begriff Kognition (einer Sammelbezeichnung für alle geistig-mentalen Vorgänge und Inhalte abgeleitet, die mit dem Gewahrwerden und Erkennen zusammenhängen) und bezeichnet <i>die Auseinandersetzung mit den eigenen kognitiven Prozessen</i> (Gedanken, Meinungen, Einstellungen usw.), also das „Wissen über das eigene Wissen“.</p> <p>Die Grenze zwischen den Begriffen kognitiv und metakognitiv ist fließend (http://de.wikipedia.org/wiki/Metakognition).</p>
Methode	<p>Vorgehensweise bei der Datensammlung einer Studie. Paragraph in einer Publikation, die beschreibt, wie die Klienten rekrutiert wurden und die Therapien und Messungen erläutert (ergosciene, 2/2006, S. 88).</p>
Modell	<p>Übergeordneter Begriff, der genutzt wird, um die Darlegung theoretischer Konzepte in einem Beruf zu beschreiben (Hagedorn, 2004, S. 42).</p>
Muskeltonus	<p>normaler Spannungszustand eines Muskels Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]</p>
Neurophysiologie, neurophysiologisch	<p>Zweig der Medizin, der sich mit den normalen Vorgängen im Nervensystem befasst. © Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM].</p>
Objektivität	<p>Die Objektivität eines Tests gibt an, in welchem Ausmaß die Testergebnisse vom Testanwender unabhängig sind (Bortz & Döring, 2006, S. 195).</p>
Operationalisierung	<p>„Operationalisierung“ eines Begriffes besteht in der Angabe einer Anweisung wie Sachverhalte, die der Begriff bezeichnet, gemessen werden können (Schnell, Hill, Esser, 2005, S. 127).</p>

Outcome	<p>Dieses steht als Ergebnis am Ende eines Therapieverlaufs (ergociene, 1/2006, S. 43).</p> <p>Ergebnis, Resultat, Folge: Begriff aus der Gesundheitsökonomie: die Bestimmung eines Gesundheitszustandes von Patienten als Ergebnis einer medizinischen Intervention; relevante Faktoren sind Mortalität und Morbidität/Multimorbidität und Lebensqualität. © Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM].</p>
Paradigma, engl. paradigm	<p>Konsens über die grundlegendsten Überzeugungen auf einem Gebiet. Das Paradigma eines Berufs bietet eine vereinheitlichende Struktur und ein Muster für die Praxis (Hagedorn, 2004, S. 42).</p>
Paradigmenwechsel	<p>Radikaler Wechsel der Sichtweise aufgrund neuen Wissens; führt zu einem neuen Paradigma (Hagedorn, 2004, S. 42).</p>
Paraphrase, paraphrasieren	<p>Umschreibung eines sprachlichen Ausdrucks mit anderen Wörtern oder Ausdrücken und freie, nur sinngemäße Übertragung, Übersetzung in eine andere Sprache. Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]</p>
Partizipation	<p>Teilhabe, einbezogen sein in eine Lebenssituation (ICF, 2005).</p>
Pathologie	<p>Lehre von den Krankheiten, insbesondere ihrer Entstehung und den durch sie hervorgerufenen organisch-anatomischen Veränderungen. © Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM].</p>
Peer review Verfahren	<p>Ist ein Verfahren zur Beurteilung von wissenschaftlichen Arbeiten oder Projekten in Unternehmen durch unabhängige Gutachter, die sogenannten „Peers“ (eng. für <i>Ebenbürtige</i>; <i>Gleichrangige</i>) mit dem Ziel der Qualitätssicherung (Wikipedia) http://de.wikipedia.org/wiki/Peer-Review</p>
Phänomenologie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wissenschaft von den sich dialektisch entwickelnden Erscheinungen der Gestalten des [absoluten] Geistes u. Wissenschaft der Erfahrung des Bewusstseins (Hegel). 2. Streng objektive Aufzeigung u. Beschreibung des Gegebenen, der Phänomene (nach N. Hartmann). 3. Wissenschaft, Lehre, die von der geistigen Anschauung des Wesens der Gegenstände od. Sachverhalte ausgeht u. die geistig-intuitive Wesensschau (anstelle rationaler Erkenntnis) vertritt (Husserl). <p>Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]</p>
Popper, Karl	<p>Sir Karl Raimund Popper (* 28. Juli 1902 in Wien, † 17.09.1994 in London), österreichisch-britischer Philosoph. Er hat mit seinen Arbeiten zu Erkenntnistheorie und Wissenschaftstheorie den kritischen Rationalismus begründet und eine bedeutende Arbeit zur politischen Philosophie, Gesellschaftstheorie und Geschichtsphilosophie geleistet. (http://de.wikipedia.org/wiki/Karl_Popper)</p>

Plastizität	„Neuroplastizität ist die Fähigkeit des Gehirns, sich an die Erfordernisse der Umwelt anzupassen, sich nach dem Input zu richten, kleinere Defizite auszugleichen und vorhandene Funktionen zu reorganisieren. Der Mensch kommt mit einer sich verändernden Welt zurecht, weil sein Gehirn und sein Körper sich anpassen und dazulernen“ (Braus 2004, S. 42).
Produktivität	Betätigungsbereich im COPM. Der Bereich der Produktivität umfasst Betätigungen, welche die Teilnahme am sozialen und ökonomischen Leben in der Gesellschaft ermöglichen (CAOT, 2002).
Qualitative Studie	Forschungsmethodik, bei der nichtnumerische und interpretierende Analyse sozialer Phänomene wichtig ist (Jerosch-Herold, 2004, S. 42).
Qualitätsmanagement	(QM, quality management) ist ein auf die gesamte Organisation bezogenes Verfahren, das sich im Bemühen um ständige Verbesserung an den legitimen Bedürfnissen der Bürger/Kunden orientiert. (QM-Lexikon, 2007, http://www.quality.de/lexikon/qualitaetsmanagement.htm)
Quantitative Studie	Forschungsmethodik mit Schwergewicht auf der Erfassung numerischer Daten und ihrer statistischen Analyse im Hinblick auf bestimmte Forschungshypothesen (Jerosch-Herold, 2004, S. 42).
Reduktion	Zurückführung des Komplizierten auf etwas Einfaches. Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM]
Reduktionismus, reduktionistisch	Ansatz zum Verständnis (der Wirklichkeit); der das Problem in Teile zerlegt und die Teile getrennt voneinander betrachtet und handhabt (Hagedorn, 2004, S. 42).
Rekrutierungsdefizit	Aspekt der spezifischen Motorik beim Hemiplegiepatienten im Perfetti-Konzept. Rekrutierungsdefizit bedeutet, dass nicht alle notwendigen Einheiten organisiert werden können, die für die Entwicklung der vollen Bewegungsfähigkeit notwendig sind (Lehmann et al, 2002). Die Läsion absteigender Systeme verursacht eine Beeinträchtigung der Koordination zwischen verschiedenen Muskelgruppen und bewirkt eine qualitative (schlechte Koordination der aktivierten motorischen Einheiten) und quantitative (wenige motorische Einheiten) Veränderung der Rekrutierung der motorischen Einheiten der Muskeln der betroffenen Seite.
Reliabilität, reliabel	Zuverlässigkeit Gütekriterium der klassischen Testtheorie. Die Zuverlässigkeit bezieht sich auf die Stabilität und Genauigkeit der Messung sowie die Konstanz der Messbedingungen. Sie ist ein Maß für die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse (Meyer, 2006, S. 176).
Repräsentativität	Ausmaß, in dem die Zusammensetzung einer Stichprobe mit der Zusammensetzung der Population, aus der sie stammt und über die Aussagen getroffen werden sollen, übereinstimmt. Die Repräsentativität einer Stichprobe hängt weniger von ihrer Größe als vielmehr vom Auswahlverfahren ab (Bortz & Döring, 2006, S. 740).

Rogers, Carl	Rogers, Carl Ransom (1902-1987), amerikanischer Psychologe. Er begründete die so genannte klientenzentrierte Psychotherapie, wobei „Klient“ hier den „Patienten“ meint. Bei dieser Methode ist die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten überaus wichtig. Der Klient soll diese Beziehung dazu nutzen, den Verlauf der Therapie zu steuern. Rogers veröffentlichte u. a. <i>Die klientbezogene Gesprächstherapie</i> (1951), <i>Lernen in Freiheit</i> (1969) und <i>Partnerschule</i> (1972) (Microsoft® Encarta® 2007).
Sacks, Oliver	amerikanischer Neurologe und Schriftsteller, bekannt durch populärwissenschaftliche Bücher. Gemeinsam mit dem russischen Neuropsychologen Lurija greift er auf medizinisch-literarische Tradition des 19. Jh. zurück, die bei der wissenschaftlichen Betrachtung den kranken Menschen in den Mittelpunkt stellt (Wikipedia) http://de.wikipedia.org/wiki/Oliver_Sacks
Selbstbild	Eine Sammlung von Neigungen und Selbsterkenntnis, die die eigenen Fähigkeiten und ihre Wirksamkeit bei Betätigungen betrifft; beinhaltet Wissen um die Fähigkeit und um die Effektivität (Kielhofner, Mentrup, Niehaus, 2004, S. 73).
Somästhetik, Somatosensibilität	Unter Somästhetik oder auch Somatosensibilität versteht man alle Wahrnehmungsqualitäten, die vom Körper kommen. (Perfetti, 1997, S. 23)
soziale Erwünschtheit	Verzerrender Faktor bei Befragungen, sofern der Befragte im Sinne gesellschaftlich erwünschter Tendenzen antwortet (Glossar, ergoscience, 2008, S. 88) .
Spiritualität, spirituell	Kernkonzept im CMOP Das innere, ganz persönliche Wesen eines Menschen; der eigene Geist; die persönlichen Charakterzüge, die durch Sozialisation erworben oder genetisch bedingt sein können; für manche Menschen gehört auch die Religiosität dazu (Law, Polatajko, Carswell, McColl, Pollock, Baptiste 2004, S. 152).
Stichprobe	Ausgewählte Untergruppe einer Bevölkerung, wobei zufällige und nichtzufällige sowie repräsentative unterschieden werden (ergoscience, 1/2006, S. 44).
Systemtheorie, systemsich	Die Systemtheorie ist ein Denkansatz, in dem es um Ganzheiten geht. Systemisches Denken ist eine Betrachtungsweise, die der Gefahr entgegenwirkt, sich in Einzelheiten zu verlieren. Ein System wird als eine neue Einheit verstanden, die zwar bestimmte Elemente als Voraussetzung hat, aber nicht als bloße Summe dieser Elemente zu verstehen ist. Diese Erkenntnis wird als Übersumation bezeichnet. Durch die Beziehungen der Elemente untereinander und die daraus entstehenden Wechselwirkungen ergibt sich etwas Neues, das nicht ausschließlich auf die Eigenschaften der Elemente zurückführbar ist (Portal Systemische Theorie und Praxis, 2008).
Triangulation	Gebrauch, Kombination und Aufeinanderbeziehen verschiedener Datenquellen (ergoscience, 4/2007, S. 176).

Übung 1. Grades	<p>Bei den Übungen ersten Grades werden die Bewegungen des Patienten komplett vom Therapeuten geführt. Die Aufmerksamkeit des Patienten wird dabei auf unterschiedliche Elemente der Bewegung (Richtung, Distanz, Richtungswechsel, Gelenkstellung), aber auch auf Kontaktelemente (Oberflächen) und das (Wieder-)Erkennen der Informationen gelenkt. Dabei hält er die Augen geschlossen.</p> <p>Die Übungen ersten Grades werden dann angewandt, wenn es notwendig ist, dass der Patient lernt, die abnorme Reaktion auf Dehnung (ARD) zu kontrollieren (Perfetti, 1997, S. 97).</p> <p>Weitere Ziele sind die Verbesserung der taktil/ kinästhetischen Wahrnehmung und die Verminderung des Rekrutierungsdefizites.</p>
Übung 2. Grades	<p>Der Patient beginnt einen immer größer werdenden Teil der Bewegung aktiv zu übernehmen, aber jeweils nur soviel, dass es zu keinen pathologischen Elementen wie z. B. der abnormen Irradiation kommt.</p> <p>Ziel der Übungen ist es, die abnormen Irradiationen kontrollieren lernen, weitere Verbesserungen der somesthetischen Wahrnehmung, das quantitative Rekrutierungsdefizit weiter vermindern, das qualitative Rekrutierungsdefizit verringern, d. h. eine korrekte Programmierung der Parameter einer Bewegung (Richtung, Geschwindigkeit, Intensität) erlernen (Wopfner-Oberleit, 2005).</p>
Übung 3. Grades	<p>Der Patient beginnt schleichend und kaum merkbar die Bewegung selbstständig auszuführen.</p> <p>Das Ziel der Übungen ist, die elementaren Schemata kontrollieren lernen, weitere Verbesserung der somesthetischen Wahrnehmung, das quantitative Rekrutierungsdefizit aufheben, das qualitative Rekrutierungsdefizit aufheben, d. h. die Durchführung von physiologischen Bewegungen ermöglichen (Wopfner- Oberleit, 2005).</p>
Validität	<p>(Gültigkeit) Dieses Gütekriterium erlaubt die Aussage darüber, ob tatsächlich das gemessen wird, was gemessen werden soll. Der Begriff kann sich sowohl auf Messinstrumente als auch auf Studienanordnungen beziehen (ergo science, 4/2006, S.44).</p>
Validität, valide	<p>Gültigkeit</p> <p>Klassisches Gütekriterium der Testtheorie. Sie bezieht sich auf die Frage, ob das gemessen wird, was gemessen werden soll. Die Gültigkeit einer Messung gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem diese ein Merkmal, das es zu messen gilt, tatsächlich misst (Meyer, 2006, S. 172).</p>
Varela, F. J.	<p>Chilenischer Biologe, Philosoph und Neurowissenschaftler(1946-2001), der, zusammen mit Humberto Maturana, vor allem für die Einführung des Konzeptes der Autopoiese und die Begründung des radikalen Konstruktivismus bekannt wurde. Er selbst bezeichnete sich jedoch nicht als Konstruktivist, vielmehr verwies er auf die philosophische Arbeit Edmund Husserls und den Buddhismus. http://de.wikipedia.org/wiki/Francisco_Varela</p>
Volition	<p>Ein System von Disposition und Selbstbewusstsein, das Menschen dazu führt und befähigt, Betätigungsverhalten vorwegzunehmen (antizipieren), zu wählen, zu erleben und zu interpretieren (Kielhofner, Mentrup, Niehaus, 2004, S. 73).</p>

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AIDETEC	Associazione Internazionale Docenti Esercizio Terapeutico Conoscitivo Internationale Dozentenvereinigung der Kognitiv-therapeutischer Übungen
bzw.	Beziehungsweise
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists (kanadischer Berufsverband der Ergotherapeuten)
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
Ergo ASS	Ergotherapeutisches Assessment
i. d. R.	in der Regel
ICF	International Classification of Functioning*
MESUPES	Motor Evaluation Scale for Upper Extremity in Stroke Patients
MOHO	Model of Human Occupation
PEO	Person-Environment-Occupation-Model (Person-Umwelt-Betätigungs-Modell)
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie
S.	Seite
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
u. v. m.	und vieles mehr
VFCR	Verein für kognitive Rehabilitation
z. B.	Zum Beispiel
ZNS	Zentralnervensystem

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Adaptierte Darstellung des PEO-Modells (Law & Dunbar, 2007, S. 29)	15
Abb. 2: Das Profil des Patienten (adaptierte Graphik von Wopfner-Oberleit, 2004).....	21
Abb. 3: Problem-Hypothese-Überprüfung.....	22
Abb. 4: Therapeutisches System, Patient-Therapeut-Objekt.....	28
Abb. 5: Reduktionsprozess der induktiven Kategorienbildung nach Mayring.....	37
Abb. 6: Operationalisierung des Begriffs der Klientenzentrierung	39
Abb. 7: Vorbereitung und Durchführung der Studie	46
Abb. 8: Phasen der Datenauswertung	54
Abb. 9: Alter der Klienten	55
Abb. 10: Dauer der ET-Behandlung und Behandlung nach dem Perfetti- Konzept.....	55
Abb. 11: Indikation für ergotherapeutische Behandlung n. Fachgebieten	56
Abb. 12: Alter der Ergotherapeuten	56
Abb. 13: Dauer ergotherapeutischer Tätigkeit und Dauer Erfahrung mit dem Perfetti-Konzept.....	56
Abb. 14: Tätigkeitsbereiche der Ergotherapeuten.....	57
Abb. 15: Konzeptanwendung in der Neurologie und Orthopädie.....	57
Abb. 16: Angabe über Informationen zum Behandlungsbeginn	58
Abb. 17: Art und Verständlichkeit der Informationen.....	58
Abb. 18: Wichtigkeit der Informationsquellen.....	59
Abb. 19: Angabe über Information der Klienten	59
Abb. 20: verwendete Informationsmöglichkeiten des Ergotherapeuten	59
Abb. 21: Zufriedenheit mit den zur Verfügung stehenden Informationsmöglichkeiten	60
Abb. 22: Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten	60
Abb. 23: Aussagen zur Therapiesituation	61
Abb. 24: Umgang mit subjektivem Körperempfinden.....	61
Abb. 25: Gestaltung der Zusammenarbeit	62
Abb. 26: Darstellung bekannter Therapiestrategien.....	63
Abb. 27: Anwendung von Therapiestrategien.....	63
Abb. 28: Einfluss der Anwendung der Therapiestrategien auf Probleme als Folge der Erkrankung....	64
Abb. 29: Ort und Art des Schmerzes	65
Abb. 30: Erfahrungen von Klienten mit Schmerzen in der Behandlung.....	65
Abb. 31: Erfahrungen von Ergotherapeuten mit Schmerzbehandlung	66
Abb. 32: Wahrnehmung von Verbesserung durch die Behandlung.....	67
Abb. 33: Verbesserung krankheitsbedingter Probleme	67
Abb. 34: Erleben der Wirksamkeit der Therapie - Ergotherapeuten.....	68
Abb. 35: Veränderungen, an denen Ergotherapeuten die Wirksamkeit der Therapie festmachen	69
Abb. 36: Art und Weise, wie Ergotherapeuten Wirksamkeit überprüfen.....	70
Abb. 37: Möglichkeiten des Perfetti-Konzeptes innerhalb der Behandlung.....	70
Abb. 38: Verbesserung bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten	71
Abb. 39: ICF Domäne Selbstversorgung und häusliches Leben	71
Abb. 40: ICF Domäne Mobilität und Freizeit/Erholung.....	72
Abb. 41: Bezug zum Alltag herstellen	73
Abb. 42: Modellanwendung MOHO und CMOP.....	74
Abb. 43: Anwendung Befundinstrumente und Assessments	74
Abb. 44: Überprüfen der Therapieerfolge	75
Abb. 45: Motivation der Klienten zur Behandlung nach dem Perfetti-Konzept.....	76
Abb. 46: Motivation der Ergotherapeuten zur Auseinandersetzung mit dem Perfetti-Konzept	77
Abb. 47: Motive für die Anwendung des Perfetti-Konzeptes.....	78
Abb. 48: Genutzte Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten der Ergotherapeuten.....	78
Abb. 49: Zufriedenheit der Ergotherapeuten mit Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten.....	79
Abb. 50: Globalurteil Zufriedenheit – Klienten und Faktoren der Zufriedenheit.....	80
Abb. 51: Globalurteil Zufriedenheit – Ergotherapeuten und Faktoren der Zufriedenheit.....	81

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Adaptierte Darstellung des top-down und bottom-up Ansatzes nach ICF-Ebenen).....	18
Tab. 2: Annahmen - Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Wirksamkeit.....	26
Tab. 3: Annahmen - Erfahrungen von Klienten und Ergotherapeuten zur Klientenzentrierung	29
Tab. 4: Annahmen - Motivation von Klienten und Ergotherapeuten	32
Tab. 5: Annahmen - Zufriedenheit von Klienten mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept	34
Tab. 6: Skalenbezeichnung nach Frageart	40
Tab. 7: Inhalte Fragebogen, geordnet nach Teilnehmergruppen	44
Tab. 8: Suchbegriffe und Kombinationswörter der Literaturrecherche	48
Tab. 9: Darstellung der Rücklaufquote der Hauptstudie	53
Tab. 10: Fragebogenauswertung - Antwortkategorien und Codierung	53

Literatur

Bücher

Berding, J., von Bodelschwingh, A., Dehnhard, B., Mentrup, C., Reichel, K., Rode, A. Scheffler, J. (2004). *Fachwörterbuch Ergotherapie*. Idstein: Schulz Kirchner Verlag.

Bortz, J.; Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Boyt Schell, B. A. (2003). Clinical reasoning: the basis of practice. In: E. B. Crepeau, E. S. Cohn, B. A. Boyt Schell (Eds.): *Willard and Speckman's Occupational Therapy* (10th ed), (S. 131-139), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Boyt Schell, B. A., Schell, J. W. (2008). *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*. Baltimore, Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Braus, D. F. (2004). *EinBLick ins Gehirn*. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.

CAOT (2002). Chapter One – Introduction. In: CAOT *Enabling Occupation, an occupational perspective* (S. 1-8). CAOT Publications Ottawa, revised edition.

Dehnhardt, B., Harth, A., Meyer, A., George, S. (2004). Anmerkungen zum derzeitigen Entwicklungsstand rund um das kanadische Modell 2003. In: In: C. Jerosch-Herold, B. M. Hack, U. Marotzki, P. Weber (Eds.): *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 154-156). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*, Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Dickerson, A. E. (2006). Securing Samples for Effective Research Across Research Designs. In: G. Kielhofner (Ed.): *Research in Occupational Therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice* (S.515-529). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Dieter, M. G., Kielhofner, G. (2006). Searching the Literature. In: G. Kielhofner (Ed.): *Research in Occupational Therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice* (S. 437-451). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Feiler, M. (2003). Die verschiedenen Formen des Klinischen Reasoning. In: M. Feiler (Ed.): *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (S. 10-97), Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Fleming, M. (2003). Was ist klinisches Reasoning? In: M. Feiler (Ed.): *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie* (S. 2-5), Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Flick, U. (2004). *Triangulation – Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

Flick, U. (2006). Qualitative Evaluationsforschung – zwischen Methodik und Pragmatik. In: U. Flick (Ed.): *Qualitative Evaluationsforschung* (S. 9-32). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, U. (2007). Design und Prozess qualitativer Forschung. In: U. Flick, E. von Kardorff, I. Steinke [Eds.]: *Qualitative Forschung* (5. Auflage), (S. 252-275). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flotho, W. (2007). Klientenzentrierter Ansatz. In: C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (Eds.): *Ergotherapie- Vom Behandeln zum Handeln*, 3. Auflage, (S. 200-204), Stuttgart: Thieme Verlag.

- Forsyth, K. & Kviz, F. J. (2006). Survey Research Design. In: G. Kielhofner (Ed.): *Research in Occupational Therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice* (S. 91-109). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- George, S. (2002). *Praxishandbuch COPM*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Gläser, J, Laudel, G. (2004). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Habermann, C. (2002). Aspekte ergotherapeutischen Handelns im Arbeitsfeld der Neurologie. In: C. Habermann, F. Kolster (Eds.): *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 2-23). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie – Theorien und Modelle*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Hagedorn, R. (2004). Umsetzung von Modellen in die Praxis. In: C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. Hack, P. Weber (Eds.): *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (2. Auflage), (S. 30-43). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Harth, A., Pinkepank, S. (2007). Diagnostische Verfahren. In: *Ergotherapie- Vom Behandeln zum Handeln*, 3. Auflage, (S. 254-265). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Hase, F. C. (2007). Handlungsorientierte Sichtweisen im ergotherapeutischen Prozess. In: C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (Eds.): *Ergotherapie- Vom Behandeln zum Handeln*, 3. Auflage, (S. 197-204). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Hitzler, R., Eberle, T. (2007). Phänomenologische Lebensweltanalyse. In: U. Flick, E. von Kardorff, I. Steinke [Eds.]: *Qualitative Forschung* (5. Auflage), (S. 109-117). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Holm, M. B., Rogers, J. C., Stone, R. G. (2003). Person-Task-Environment Interventions: A Decision-Making Guide (S- 460-490) In: E. B. Crepeau, E. S. Cohn, B. A. Boyt Schell (Eds.): *Willard and Speckman's Occupational Therapy* (10th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- ICF (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. WHO, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI.
- Kelle, U., Erzberger, C. (2007). Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: U. Flick, E. von Kardorff, I. Steinke [Eds.]: *Qualitative Forschung* (5. Auflage), (S. 299-308). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kielhofner, G. (2002). Volition. In: G. Kielhofner (Ed.): *Model of Human Occupation* (3rd ed), (S. 44-62). Baltimore, Philadelphia USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (3rd ed). Philadelphia: FA Davis Company.
- Kielhofner, G., Fossey, E. (2006). The Range of Research. In: G. Kielhofner (Ed.): *Research in Occupational Therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice* (S. 20-35). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kielhofner, G., Mentrup C., Niehaus, A. (2004). Das „Model of Human Occupation“ (MOHO): Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In: C. Jerosch-Herold, B. M. Hack, U. Marotzki, P. Weber (Eds.): *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 45-74). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawin, S. (2003). *Der Fragebogen – Datenbasis, Konstruktion und Auswertung* (3rd ed). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

- Kruse, O. (2005). *Keine Angst vorm leeren Blatt*. Frankfurt, New York: Kruse Verlag.
- Law, M., Barker Dunbar, S. (2007). Person-Environment-Occupation Model. In: S. Barker Dunbar (Ed.): *Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families*. USA: Slack Incorporated.
- Law, M., Baum, C. (2005). Measurement in Occupational Therapy. In: M. Law, C. Baum, W. Dunn (Eds.): *Measuring Occupational Performance* (2nd ed), (S. 3-20). Thorofare USA: Slack Incorporated.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., Townsend, E. (2002). Core Concepts of Occupational Therapy. In: CAOT (Ed.): *Enabling Occupation* (S. 29-56). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Law, M., Polatajko, H., Carswell, A., Mc Coll, A., Pollock, N., Baptiste, S. (2004). Das kanadische Modell der "occupational performance" und das "Canadian Occupational Performance Measure. In: C. Jerosch-Herold, B. M. Hack, U. Marotzki, P. Weber (Eds.): *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 138-152). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Lehmann, R., Hunziker, E., van Hemelrijk, B., Dr. Conti, F. M. (2002). Die kognitiv-therapeutische Übung nach Perfetti. In: C. Habermann, F. Kolster (Eds.): *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 94-115). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Luborsky, M. R., Lysack, C. (2006). Overview of Qualitative Research. In: G. Kielhofner (Ed.): *Research in Occupational Therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice* (S. 326- 340). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Lurija, A. R. (1998). *Das Gehirn in Aktion, Einführung in die Neuropsychologie*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Lysack, C., Luborsky, M. R., Dillaway, H. (2006). Gathering Qualitative Data. In: G. Kielhofner (Ed.): *Research in Occupational Therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice* (S. 341-357). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Marotzki, U. (2006). *Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung* (2. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Mayer, H. (2006). *Interview und schriftliche Befragung* (3. Auflage). München, Wien: Oldenbourg Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken* (8. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mc Coll, M. N., Pollock, N. (2005). Measuring Occupational Performance Using a Client-Centered Perspective. In: M. Law, C. Baum, W. Dunn (Eds.): *Measuring Occupational Performance* (S. 81-90). USA: Slack Incorporated.
- Mentrup, C. (2007). Model of Human Occupation (MOHO). In: C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (Eds.): *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln*, 3. Auflage, (S. 127-137). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Miesen, M., Christopher, A., Mentrup, C. (2004). Begriffsbestimmung Ergotherapie. In: M. Miesen (Ed.): *Berufsprofil Ergotherapie* (S. 151-171). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Mulder, T. (2007). *Das adaptive Gehirn – Über Bewegung, Bewusstsein und Verhalten* (S. 155-163). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

- Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G. (2005). *Das Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) – Benutzerhandbuch und Formblatt*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Perfetti, C. (1997). *Der hemiplegische Patient – Kognitiv-Therapeutische Übungen*. München: Pflaum Verlag.
- Perfetti, C. (2007). *Rehabilitieren mit Gehirn – Kognitiv-Therapeutische Übungen in der Neurologie und Orthopädie*. München: Pflaum Verlag.
- Priebe, C., Roleff-Corell, N. (2004). Menschenbild. In: M. Miesen (Ed.): *Berufsprofil Ergotherapie* (S. 109-131), Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Reed, K. L. (2004). Das Modell of Personal Adaptation through Occupation. In: C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. Hack, P. Weber (Eds.): *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (2. Auflage), (S. 77-109). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Scherfer, E. (2006). *Forschung verstehen*. München, Bad Kissingen, Berlin, Düsseldorf, Heidelberg: Pflaum Verlag.
- Schnell, R., Hill, P.B., Esser, E. (2005): *Methoden der empirischen Sozialforschung* (7. Auflage). München: Oldenbourg Verlag.
- Steding-Albrecht, U. (2007). Neurophysiologische und neuropsychologische Verfahren in der Ergotherapie. In: C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (Eds.): *Ergotherapie- Vom Behandeln zum Handeln*, 3. Auflage, (S. 318-348). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Stein, F. & Cutler, S. (2000). *Clinical research in occupational therapy* (4th ed): Canada: Singular Thomson Learning.
- Sumsion, T. (2002). Probleme bei der Umsetzung. In: T. Sumsion (Ed.): *Klientenzentrierte Ergotherapie* (S. 35-44). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Sumsion, T. (2002). Übersicht über klientenzentrierte Praxis. In: T. Sumsion (Ed.): *Klientenzentrierte Ergotherapie* (S. 3-15). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Taylor, R. R., Kielhofner, G. (2006). Collecting Data. In: G. Kielhofner (Ed.): *Research in Occupational Therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice* (S. 530-547). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Voigt-Radloff, S., Akkad, H., Seume, C. (2003). *Das ergotherapeutische Assessment- ein validiertes Instrument zur ergotherapeutischen Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation*. Deutsche Bibliothek-CIP-Einheitsaufnahme.

Zeitschriften

- Ballinger, C., Davey, C. (1998). Designing a Questionnaire: An Overview. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(12), S. 547-550.
- Beise, U. (2001a). Das Gehirn denkt nicht in Muskelkontraktionen - Interview mit Prof. Birbamer. *Ars Medici* 6, S. 282-285.
- Beise, U. (2002). Bewegung heißt, der Welt einen Sinn zu geben - Interview mit Prof. Perfetti. *Ars Medici* 18, S. 821-827.
- Beise, U. (2001b). Das Gehirn denkt nicht in Muskelkontraktionen - Interview mit Prof. Birbamer. *Ars Medici*, 7, S. 340-342.
- Boutin-Lester, P., Gibson, R. W. (2002). Patient's perspectives of home health occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49, S. 146-154.
- Chalmers, D. (1995). Facing Up to the Problem of Consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 2 (3), S. 200-219.
- Conti, F. M. (2003). Die Übung als Problem. *Riabilitazione Cognitiva*, n° 3, S. 199-208.
- Curtin, M., Fossey, E. (2007). Appraising the trustworthiness of qualitative studies: Guideline for occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*; 54, S. 88-94.
- Daumüller, M., Götze, R. (2008a). Das Kleinhirn und das zerebropontozerebelläre System, Teil 1: *Ergotherapie und Rehabilitation*, Nr.3, S. 10-15.
- Daumüller, M., Götze, R. (2008b). Das Kleinhirn und das zerebropontozerebelläre System, Teil 2: Therapeutische Praxis. *Ergotherapie und Rehabilitation*, Nr.4, S. 19-27.
- Daumüller, M., Götze, R. (2008c). Das Kleinhirn und das zerebropontozerebelläre System, Teil 3: Therapeutische Praxis. *Ergotherapie und Rehabilitation*, Nr.5, S. 26-32.
- Dehn-Hindenberg, A. (2005). Die Bedeutung von Kommunikation und Empathie im Therapieprozess: Patientenbedürfnisse in der Ergotherapie. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 7, S. 5-10.
- Estermann, D. (2002). *Bilaterale Handtransplantation – Rückblick der Ergotherapie*. *Zeitschrift für Handtherapie*, 1/02, S. 6-9.
- Farin, E., Fleitz, A., Follert, P. (2006). Entwicklung eines ICF orientierten Patientenfragebogens zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung. *Phys Med Rehab Kuror*, 16, S. 197-211.
- Gillot, A. J., Holder-Walls, A., Kurtz, J. R., Varley, N. C. (2003). Perceptions and experiences of two survivors of stroke who participated in constraint-induced movement therapy home programs. *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 57, No. 1, S. 168-176.
- Kinëbanian, A., Satink, T., van Nes, F. (2007). Architektur qualitativer wissenschaftlicher Forschung. *ergoscience*, 2, S. 120-126.
- Lehmann R, Messerli R, Kauffeld U, Kunz C (2000). Kognitive Rehabilitation: Schwerpunkt Schulter bei Hemiplegie. *praxis ergotherapie*, April, S. 104-108.
- Leonhart, R., Akkad, H., Seume, C., Häußermann, H., Voigt-Radloff, S. (2006). Die Domain Arbeitsrelevante Basisaktivitäten im Ergotherapeutischen Assessment: Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität. *ergoscience*, 1, S. 26-35.

- Lim, K. H., Morris, J., Craik, C. (2007). Inpatients' perspective of occupational therapy in acute mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*; 54, S. 22-32.
- Lindemann, L., Remstedt, D. (2008). Patientenzufriedenheit als Beitrag zur Qualitätssicherung in der ambulanten neurologischen und orthopädischen Ergotherapie. *ergoscience*, 3, S. 57-66.
- Modestin, J., Hanselmann, F., Rüesch, P., Grünwald, H., Meyer, P. (2003). Der Züricher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 3, S. 127-138.
- Oberleit, S. (1993). Einführung in das Perfetti Konzept. *praxis ergotherapie*, Jg. 6 (5), S. 307-313.
- Oberleit, S., Wagner, A (1996). Die Behandlung von Hemiplegiepatienten – Bobath oder Perfetti? *praxis ergotherapie*, Jg. 9 (4), S. 260-268.
- Salmon, N. (2003). Service Evaluation and the Service User: a Pluralistic Solution. *British Journal of Occupational Therapy*, 66 (7), S. 311-317.
- Schochat, T., Voigt-Radloff, S., Weis, H. W. (2002). Psychometrische Testung des Ergotherapeutischen Assessments. *Gesundheitswesen* 2002; 64: S. 343–352.
- Schützwohl, M., Olbrich, R. (2000). Patientenbewertungen stationärer psychiatrischer Ergotherapie. Bedingungsfaktoren der berichteten Patientenzufriedenheit. *Psychiatrische Praxis*, Vo. 27 (8), S. 4001-4005.
- Siepmeyer-Müller, U. (2003). Gibt es einen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Ergotherapie? *Ergotherapie und Rehabilitation*, Nr. 10, S. 12-17.
- Strick, P. L., & Preston J. B. (1982). Two representations of the hand in area 4 of a primate. *Journal of Neurophysiologie*, 48 (1), S. 139-49.
- Thrombly, C. (1993). Anticipating the future: Assessment of occupational function. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, S. 253-257.
- Treusch, Y. (2008). Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium in der psychiatrischen Ergotherapie. *ergoscience*, 3, S. 67-78.
- Unsworth, C. (2005). Using a Head-Mounted Video Camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 59, No. 1, S. 31-40
- Van de Winckel, A., Feys, H., van der Knapp, S, Messerli, R., Baronti, F., Lehmann, R., van Hemelrijk, B, Pantè, F., Perfetti, C., de Weerd, W. (2006). Can quality of movement be measured? Rasch analysis an inter-rater reliability of the Motor Evaluation Scale for Upper Extremity in Stroke Patients (MESUPES). *Clinical Rehabilitation*, 20, S. 871-884.
- Van de Winckel, A., Sunaert, S., Wenderoth, N., Peters, R., van Hecke, P., Feys, H., Horemans, E., Marchal, G., Swinnen, S. P., Perfetti, C., de Weerd, W. (2005). Passive somatosensory discrimination tasks in healthy volunteers: Differential networks involved in familiar versus unfamiliar shape and length discrimination. *NeuroImage*, Vol. 26, Issue 2, S. 441-453.
- Wopfner-Oberleit, S., Barbach, M., Kaiser, C. (2002a). Kognitiv Therapeutische Übungen nach beidseitiger Handtransplantation. *praxis ergotherapie*, Jg. 15 (1), S. 9-16.
- Wopfner-Oberleit, S., Kaiser, C., Barbach, M. (2002b). Bilaterale Handtransplantation – Ein Jahresrückblick der Physiotherapie. *Zeitschrift für Handtherapie*, 1/02, S. 10-13.

Wüthrich-Schneider, E. (2000a). Patientenzufriedenheit – Wie verstehen? *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 20, S. 1046-1048.

Wüthrich-Schneider, E. (2000b). Patientenzufriedenheit – Wie messen? *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 21, S. 1116-1119.

Wüthrich-Schneider, E. (2000c). Patientenzufriedenheit – Praktisches Beispiel einer Messung. *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 22, S. 1193- 1196.

Internet

AQMS - Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (2006). *Adaptiver ICF-orientierter Fragebogen zu Mobilität und Selbstversorgung (MOSES Fragebogen)*. Studiert am 19.09.2007 auf dem World Wide Web: http://www.ukl.uni-freiburg.de/agms/live/abgProjekte/MOSES_de.html

Bührmann, Andrea D. (2005). Rezension zu: Jochen Gläser & Grit Laudel (2004). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum:Qualitative Social Research*, 6(2), Art. 21. Studiert am 26.02.2008 auf dem World Wide Web: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-05/05-2-21-d.pdf>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (8/2007). *Merkblatt zum Thema - Information zum Perfetti-Konzept*. Studiert am 17.04.2008 auf dem World Wide Web: http://www.ergotherapie-dve.de/dokumente/merkblaetter/MB_23_BM_Perfetti.pdf

Drew, C.H., van Duivenboden, J., Bonnefoy, X. (2000). *Guidelines for evaluation of environmental health services - Environmental Health Services in Europe No. 5* -. Denmark: WHO Regional Publications, European Series, No. 90. Studiert am 13.02.2008 auf dem World Wide Web: <http://www.euro.who.int/document/e71502.pdf>

Ergotherapeutisches Assessment (n. d.). Downloads. Studiert am 12.04.2008 auf dem World Wide Web: <http://www.ergoas.de/>

Fischer, A. (2005). Das Modell funktioneller Gesundheit durch Betätigung. Studiert am 22.04.2008 auf dem World Wide Web: <http://www.wiso.fh-osnabrueck.de/uploads/media/MfGdB-v0510-FH-Homepage.pdf>

Ludwig-Mayerhofer, W., Jacob, R., Eirnbter, W. H. (26.04.2004). *Ilmes- Internet Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung - Likert-Skala*. Studiert am 01.02.2008 auf dem World Wide Web: http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm

Mayring, P. (2001) *Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse*. Forum Qualitative Sozialforschung, Vol.2, No. 1, S. 1-13: Studiert am 22.04.2008 auf dem World Wide Web: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01mayring-d.pdf>

Pratzner, A. (2001). *Evaluation durch webbasierte Fragebogen aus erwachsenenpädagogischer Perspektive*. Tübingen: Wissenschaftliche Abschlussarbeit an der Universität Tübingen. Studiert am 11.11.2007 auf dem World Wide Web: <http://www.fragebogen.de/index.htm>

Portal Systemische Theorie und Praxis (2008). *Einführung in die Systemtheorie*. Studiert am 16.04.2008 auf dem World Wide Web: (<http://www.systemische-beratung.de/systemtheorie.htm>)

QM Lexikon (2008) *Glossar*. Studiert am 22.04.2008 auf dem World Wide Web: <http://www.quality.de/lexikon.htm>

Reuschenbach, B. (2000). *Grundlagen der Critical Incident Technique*. Studiert am 20.10.2007 auf dem World Wide Web: http://www.pflegewissenschaft.org/cit_methode.pdf

Schmidtman, H. (2001). *Kurze Einführung in die Fragebogenkonstruktion*. Studiert am 2.01.2008 auf dem World Wide Web: <http://psychologie.fernuni-hagen.de/Sem7/einfuehrung.html>

Verein für Kognitive Rehabilitation (18.02.2008). *Kurse*. Studiert am 15.04.2008 auf dem World Wide Web: <http://www.perfetti-therapie.de/index.php?section=kurse>

Verein für Kognitive Rehabilitation (18.02.2008). *Vereinstätigkeit*. Studiert am 14.04.2008 auf dem World Wide Web: <http://www.perfetti-therapie.de/index.php?section=home&page=zweck>

Unveröffentlichte Quellen

Assauer, E. M. (2004). Das Occupational Self Assessment (OSA) und das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) - eine Gegenüberstellung unter Berücksichtigung ihrer theoretischen Fundierung. Unveröffentlichte Bachelorarbeit der Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Hildesheim/Holzwinden/Göttingen, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst.

Conti (2004). *Kognitiv-therapeutische Übung (ETC)*. Unveröffentlichtes Fortbildungsskript Basiskurs, Brissago (CH), Clinica Hildebrand.

Conti, F. M., Hunziker, E., Itel, R. (n. d.). *Kognitiv-therapeutische Übung (Perfetti)*. Unveröffentlichter Unterrichtsskript, Tschugg (CH), Klinik Bethesda, Klinik für Epilepsie und Neurorehabilitation.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2005): *Das Perfetti-Konzept: Die kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti*. DVE Karlsbad, 1. Auflage.

Lindemann, L., Remstedt, D. (2007). *Patientenzufriedenheit als Instrument der Qualitätssicherung in der Ergotherapie*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Berlin, Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Alice Salomon.

Pantè, F. (2004). *Kognitiv-therapeutische Übung (ETC)*. Unveröffentlichtes Fortbildungsskript Basis-kurs, Brissago (CH), Clinica Hildebrand.

Perfetti, C. (2006). *Die Sprache und das therapeutische System*. Rundbrief VFGR, 9, Herbst 2006, S. 8-9.

Perfetti, C. (2007). *Zwischen Körper und Schmerz – „Eine zu schwere Decke“*. Rundbrief VFGR, 10, April 07.

Rasch, J. (2004). *Eine Gegenüberstellung des Bobath- und Perfettikonzeptes – Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Behandlungsgrundlagen bei Erwachsenen mit Hemiparese*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit der Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Hildesheim/Holzwinden/Göttingen, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst.

Wopfner-Oberleit, S. (2005). *Kognitiv-therapeutische Übungen nach Prof. Perfetti*. Unveröffentlichtes Fortbildungsskript, Hattingen, Einführungsseminar 2005.

Wopfner-Oberleit, S. (2006). *Bewusste Erfahrung*. Rundbrief VFGR, 9, Herbst 2006, S. 10-14.

Andere Quellen

Duden - Das Fremdwörterbuch, 8. Aufl. Mannheim 2005 [CD-ROM].

Duden - Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, 7. Aufl., Mannheim 2003 [CD-ROM].

Duden – Die deutsche Rechtschreibung, 24. Aufl. Mannheim 2006 [CD-ROM].

Microsoft® Encarta® Enzyklopädie 2007 © 1993-2006 Microsoft Corporation.

Stoffer, T. (2007). *Motiv (Psychologie)*. Microsoft® Lernen und Wissen 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006. Microsoft® Encarta® 2007.

Stoffer, T. (2007). *Motivation.* Microsoft® Lernen und Wissen 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006. Microsoft® Encarta® 2007.

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Entwicklung der Annahmen Ergotherapeuten – Kategorien, Konstrukte	112
Anlage 2: Entwicklung der Annahmen Klienten – Kategorien, Konstrukte	114
Anlage 3: Interviewleitfragen Ergotherapeuten und Klienten	116
Anlage 4: Einverständniserklärung Interviews	117
Anlage 5: Transkriptionsregeln Interviews	118
Anlage 6: transkribiertes Interview Patient 1 (P1)	119
Anlage 7: transkribiertes Interview Patient 2 (P2)	119
Anlage 8: transkribiertes Interview Therapeut 1 (T1)	119
Anlage 9: transkribiertes Interview Therapeut 2 (T2)	119
Anlage 10: Auszug der Inhaltsanalyse Therapeuteninterviews – Kategorienbildung	136
Anlage 11: Auszug Inhaltsanalyse Klienteninterviews - Kategorienbildung	141
Anlage 12: Gegenüberstellung der Kategorien Therapeuteninterviews und Annahmen	144
Anlage 13: Gegenüberstellung der Kategorien Patienteninterviews und Annahmen	148
Anlage 14: Anschreiben Studienteilnehmergewinning	150
Anlage 15: Anschreiben Teilnehmer Pilotstudie	151
Anlage 16: Anschreiben Hauptstudie Ergotherapeuten	152
Anlage 17: Anschreiben Hauptstudie Patienten	154
Anlage 18: Fragebogen Pilotstudie	155
Anlage 19: Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens	160
Anlage 20: Bestellformular Bachelorarbeit	161
Anlage 21: Veränderungen Therapeutenfragebogen nach Pilotstudie	162
Anlage 22: Veränderungen Patientenfragebogen nach Pilotstudie	164
Anlage 23: Anschreiben Hauptstudie Ergotherapeuten	166
Anlage 24: Anschreiben Hauptstudie Patienten	168
Anlage 25: Patientenfragebogen Hauptstudie	169
Anlage 26: Therapeutenfragebogen Hauptstudie	176
Anlage 27: Erinnerungsschreiben „Studienteilnehmer Therapeuten“	186
Anlage 28: Erinnerungsschreiben „Studienteilnehmer Patienten“	187
Anlage 29: Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisdarstellung Therapeutenfragebogen	188
Anlage 30: Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisdarstellung Patientenfragebogen	190
Anlage 31: Auszug – Auswertung offene Fragen – Therapeutenfragebogen	192
Anlage 32: Auszug – Auswertung halb offene Fragen – Therapeutenfragebogen	198
Anlage 33: Auszug – Auswertung offene Fragen – Patientenfragebogen	208
Anlage 34: Auszug – Auswertung halb offene Fragen – Patientenfragebogen	213
Anlage 35: Exemplarische Auswertung verschiedener Fragen – Therapeutenfragebogen	218
Anlage 36: Exemplarische Auswertung verschiedener Fragen – Patientenfragebogen	222

Anlagen

Anlage 1: Entwicklung der Annahmen Ergotherapeuten – Kategorien, Konstrukte

Erste Annahmen Oktober 2007	Überarbeitete und ergänzte Annahmen Dezember 2007	Kategorie/ Dimension	Theoretisches Konstrukt
Ergotherapeuten entscheiden sich für das Erlernen und die Anwendung des Therapiekonzeptes, weil der Ansatz sich an aktueller Neurowissenschaft orientiert.	Ergotherapeuten entscheiden sich für das Erlernen und die Anwendung des Therapiekonzeptes, weil der Ansatz sich an aktueller Neurowissenschaft orientiert.	Wissenschaftlich begründete Theorie (scientific reasoning)	Motivation clinical reasoning
Ergotherapeuten entscheiden sich für Fort- und Weiterbildung und Anwendung des Therapiekonzeptes, weil sie Behandlungserfolge erleben.	Ergotherapeuten entscheiden sich für Fort- und Weiterbildung und Anwendung des Therapiekonzeptes, weil sie Therapieerfolge erleben.	Therapieerfolge	
Ergotherapeuten wenden das Therapiekonzept an, weil es den Patienten aktiv in den Behandlungsprozess einbindet und nicht der Therapeut als „Behandler“ im Vordergrund steht.	Ergotherapeuten wenden das Therapiekonzept an, weil es den Klienten aktiv in den Behandlungsprozess einbindet und nicht der Therapeut als „Behandler“ im Vordergrund steht.	Aktiver Partner partnerschaftliche Zusammenarbeit	
	Ergotherapeuten erfahren, dass das Therapiekonzept ihnen eine differenzierte Befunderhebung und Behandlungsmöglichkeiten zur Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit bietet.	Wiederherstellung Bewegungsfähigkeit (prozedurales reasoning)	
Ergotherapeuten informieren sich über aktuelle neurowissenschaftliche Entwicklungen, die in Zusammenhang mit dem Therapiekonzept stehen.	Ergotherapeuten informieren sich über aktuelle neurowissenschaftliche Entwicklungen.	Fundiertes Grundlagenwissen (scientific reasoning)	
Ergotherapeuten ziehen die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept anderen ihnen bekannten Behandlungskonzepten vor.			
Ergotherapeuten beziehen den Patienten als aktiven Partner in den Therapieprozess mit ein und schätzen die partnerschaftliche Zusammenarbeit.	Ergotherapeuten beziehen den Klienten als aktiven Partner in den Therapieprozess mit ein und schätzen die partnerschaftliche Zusammenarbeit.	Partnerschaftliche Zusammenarbeit aktiver Partner	Klientenzentrierung
Ergotherapeuten informieren Patienten umfassend in einer für sie verständlichen Sprache über die Inhalte und Vorgehensweise des Behandlungskonzeptes.	Ergotherapeuten informieren Klienten in einer verständlichen Sprache über das Perfetti-Konzept.	Information Erklärung	
Ergotherapeuten leiten Patienten an, wie sie in der Therapie erlernten Strategien im Alltag nutzen können.	Ergotherapeuten leiten Klienten an, wie sie in der Therapie erlernte Strategien im Alltag nutzen können.	Alltagsbezug Befähigung	

Erste Annahmen Oktober 2007	Überarbeitete und ergänzte Annahmen Dezember 2007	Kategorie/ Dimension	Theoretisches Konstrukt
Ergotherapeuten stellen innerhalb des Therapieprozesses den Bezug zum Alltag her und machen dies den Patienten transparent.	Ergotherapeuten stellen innerhalb der Therapie den Bezug zum Alltag des Klienten her.	Erklärung Information Alltagsbezug	
Ergotherapeuten beziehen die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten aktiv in die Zielfindung mit ein.	Ergotherapeuten beziehen die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten aktiv in die Zielfindung mit ein.	Gemeinsame Zielfindung	
Ergotherapeuten beziehen die subjektive Körperwahrnehmung des Patienten und das Erleben von Schmerzen in die Therapie mit ein.	Ergotherapeuten beziehen die subjektive Körperwahrnehmung des Klienten und das Erleben von Schmerzen in die Therapie mit ein.	Empathie einfühlsam	
Ergotherapeuten erleben die Anwendung des Therapiekonzeptes als wirksam, weil in jeder Therapieeinheit aktivierte Lernprozesse beim Patienten sichtbar werden, indem der Patient selbst Veränderungen herbeiführen kann.	Ergotherapeuten erleben die Anwendung des Therapiekonzeptes als wirksam, weil in jeder Therapieeinheit aktivierte Lernprozesse beim Klienten sichtbar werden, indem der Klient selbst Veränderungen herbeiführen kann.	Sichtbare Veränderungen	Wirksamkeit
Ergotherapeuten, die Erfahrung in der Anwendung des Konzeptes haben, nehmen Unterschiede in der „Qualität der Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeit“ im Vergleich zu anderen Therapiekonzepten wahr.	Ergotherapeuten wenden das Perfetti-Konzept an, weil sie bessere Therapieergebnisse erzielen als mit anderen ihnen bekannten Therapiekonzepten.	Bessere Therapieergebnisse	
Ergotherapeuten überprüfen den Erfolg der Behandlung an alltagsbezogenen Aktivitäten.	Ergotherapeuten überprüfen die Therapieerfolge anhand der Durchführung alltäglicher Aktivitäten.	Alltagsbezogene Outcome Evaluation	
Ergotherapeuten bewerten die subjektive Körperwahrnehmung des Patienten und das Erleben von Schmerzen als grundlegend bedeutsam für den Therapieprozess und den Erfolg der Therapie.	Ergotherapeuten erfahren, dass sich im Rahmen der Behandlung Schmerzen bei Klienten verringern.	Schmerzreduktion	
	Ergotherapeuten erleben die Therapie nach dem Perfetti-Konzept als wirksam, weil Klienten alltägliche Aktivitäten besser ausführen können.	Verbesserung alltäglicher Aktivitäten	
	Ergotherapeuten erleben die Therapie nach dem Perfetti-Konzept als wirksam, weil Klienten ihnen von Verbesserungen berichten.	Patienten berichten über Verbesserungen	
Ergotherapeuten, die Erfahrung in der Anwendung des Konzeptes haben, nehmen Unterschiede in der „Qualität der Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeit“ im Vergleich zu anderen Therapiekonzepten wahr.	Ergotherapeuten erleben die Therapie nach dem Perfetti-Konzept als wirksam, weil sie Verbesserung der Bewegungsfähigkeit beobachten.	Verbesserung der Bewegungsfähigkeit	

Anlage 2: Entwicklung der Annahmen Klienten – Kategorien, Konstrukte

Erste Annahmen Oktober 2007	Überarbeitete und ergänzte Annahmen Dezember 2007	Kategorie/ Dimension	Theoretisches Konstrukt
Patienten erleben sich als befähigt, erlernte Strategien selbstständig (ohne Anwesenheit des Therapeuten) im Alltag anzuwenden.	Klienten erleben sich als befähigt, erlernte Therapiestrategien im Alltag anzuwenden und Einfluss auf spezifische Probleme zu nehmen.	Befähigung „empowerment“ Alltagsbezug	Wirksamkeit
	Klienten nehmen Veränderungen durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept bewusst wahr und können diese beschreiben.	Bewusst erlebte Veränderungen	
Patienten machen die Wirksamkeit der Therapie am Erreichen von Zielen, die ihnen wichtig sind, fest.	Klienten machen die Wirksamkeit der Therapie am Erreichen von Zielen, die ihnen wichtig sind, fest.	Erreichen von bedeutsamen Zielen	
Patienten kennen kognitive Strategien wie das „Hinspüren“, aufmerksam sein, Planen von Bewegung und die Vorstellung von Bewegung.	Klienten kennen kognitive Strategien wie das „Hinspüren“, „Aufmerksamkeit richten“, „Gedanken übertragen“ und die „Vorstellung von Bewegung“.	Therapiestrategien	
Patienten sind in einer für sie verständlichen Sprache über das Therapiekonzept informiert.	Klienten sind in einer für sie verständlichen Sprache über das Therapiekonzept informiert.	Information über Therapiekonzept	Klientenzentrierung
Patienten erfahren, dass die Ergotherapeuten die Bedeutung der Übungen verständlich erklären und den Bezug zum Alltag herstellen.	Klienten erfahren, dass die Ergotherapeuten die Bedeutung der Übungen verständlich erklären.	Übungen verständlich erklärt	
	Klienten erfahren, dass Ergotherapeuten den Bezug der Übungen zum ihrem Alltag herstellen.	Alltagsbezug	
Patienten erfahren, dass Ergotherapeuten mit ihnen gemeinsam die Behandlungsziele besprechen.	Klienten erfahren, dass Ergotherapeuten mit ihnen gemeinsam die Therapieziele besprechen.	Therapieziele besprechen	
	Klienten erfahren, dass Ergotherapeuten partnerschaftlich mit ihnen zusammenarbeiten.	Partnerschaftliche Zusammenarbeit	
Patienten erfahren, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse bei der Zielfindung der Therapie einbezogen werden.	Klienten erfahren, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse bei der Zielfindung der Therapie einbezogen werden.	Individuell bedeutungsvolle Ziele	
Patienten erfahren, dass der Ergotherapeut einfühlsam auf ihr subjektives Erleben der Körperwahrnehmung und Schmerzen eingeht und in die Therapie einbezieht.	Klienten erfahren, dass Ergotherapeuten einfühlsam auf ihr subjektives Erleben der Körperwahrnehmung und Schmerzen eingehen und in die Therapie einbeziehen.	Zusammenarbeit	

Erste Annahmen Oktober 2007	Überarbeitete und ergänzte Annahmen Dezember 2007	Kategorie/ Dimension	Theoretisches Konstrukt
Patienten sind motiviert zur Therapie, weil sie ihre Fähigkeit, Veränderungen zu bewirken, erkennen und erleben.	Klienten sind motiviert zur Therapie, weil sie die Veränderungen durch die Therapie bewusst erleben.	Bewusst erlebte Veränderungen	Motivation
	Klienten sind motiviert zur Therapie, weil sie ihre Fähigkeit, Veränderungen zu bewirken, erkennen und erleben.	Selbstwirksamkeit erleben	
	Klienten sind motiviert, weil sie an für sie bedeutungsvollen Zielen arbeiten.	bedeutungsvolle Ziele	
	Klienten sind zufrieden mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept, weil sie es als wirksam erleben.	wirksame Therapie	Zufriedenheit
Patienten können Fragen zu Inhalten und Zielen von Übungen stellen, wenn sie diese nicht verstehen.			
Patienten sind so zufrieden mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept, dass sie es weiterempfehlen würden.			
Patienten, die auch andere Therapiekonzepte kennen gelernt haben, bevorzugen die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept.			

Anlage 3: Interviewleitfragen Ergotherapeuten und Klienten

Interviewleitfragen Ergotherapeuten

1. Erzählen Sie mir etwas über Ihre Erfahrungen mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept!
2. Was motiviert Sie, mit Patienten nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten?
3. Was ist Ihnen in der Zusammenarbeit mit Patienten nach dem Perfetti-Konzept wichtig?
Woran machen Sie das fest? Nennen Sie bitte konkrete Beispiele.
4. Ist die Therapie Ihrer Meinung nach wirksam?
Woran machen Sie das fest?
5. Sind Sie mit der Behandlungsweise nach dem Perfetti Konzept zufrieden?
Woran machen Sie das fest? Nennen Sie bitte konkrete Beispiele.

Interviewleitfragen Klienten

1. Erzählen Sie mir doch einmal etwas über Ihre Erfahrungen mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept in der Ergotherapie?
2. Was ist Ihnen in der Zusammenarbeit mit ihrer Therapeutin wichtig?
Woran machen Sie das fest? Nennen Sie bitte ein konkretes Beispiel.
3. Was wissen Sie über das Perfetti-Konzept und darüber, wie das Konzept wirkt?
Woran machen Sie das fest? Können Sie ein konkretes Beispiel nennen?
4. Ist die Therapie Ihrer Meinung nach wirksam?
Woran machen Sie das fest?
5. Wie zufrieden sind Sie mit der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?
Woran machen Sie das fest?

Anlage 4: Einverständniserklärung Interviews**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass Daten und Informationen aus den Interviews und bei Erstellung der Bachelorarbeit von Frau Jung und Frau Rauchfuß verarbeitet werden dürfen.

Mit der Aufzeichnung des Interviews bin ich einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die gewonnenen Daten vertraulich und anonym behandelt und unter datenschutzrechtlichen Aspekten aufbewahrt werden.

Nach Auswertung der Daten werden die Aufzeichnungen fachgerecht gelöscht.

Ich kann jederzeit die Verwendung meiner Daten widerrufen. Daraus entstehen mir keine Nachteile.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 5: Transkriptionsregeln Interviews

Deckblatt

- Thema des Interviews
- Code-Name des Interviewten
- Name der Interviewerin
- Datum des Interviews
- Dauer des Interviews

Transkription

Die Verschriftlichung menschlicher Kommunikation, meist auf der Grundlage von Tonband- oder anderen Aufzeichnungen. Je nach Untersuchungszweck kann bzw. muss die Transkription mehr oder weniger umfassend sein (ILMES, 1999).

Anonymisierung

Namen oder sonstige Angaben zur Person sind durch Codes oder Abkürzungen zu ersetzen (P1= Patient 1, T1 = Therapeut 1).

Im Text werden Namen oder Ort durch entsprechende Kürzel gekennzeichnet, z. B. Frau A aus M.

Wie genau und umfänglich transkribiert wird, hängt von der Art der Auswertung und/oder des Forschungsinteresses ab. Dies betrifft z.B. die Frage, ob der Dialekt erfasst wird, ob grammatikalische Fehler erfasst werden. Wir haben eine pragmatische Vorgehensweise gewählt. Wir sind der Ansicht, dass Dialekt und alle „ahs“ und „ähms“ keinen wesentlichen Beitrag zum Erkenntnisgewinn für unsere Fragestellung leisten (Flick, 2006, S. 274).

Transkriptionsregeln

Wörtliche Transkription:

- Gesprochene Worte werden in ein normales, flüssiges Schriftdeutsch übertragen.
- Dialekt wird ins Hochdeutsche übertragen.
- Lautsprachliche Äußerungen wie „ähm“ und „hm“, die nicht direkt in den Textinhalt gehören, werden weggelassen.
- Als Lesehilfe werden Satzzeichen gesetzt.
- Kennzeichnen am Beginn der Zeile wer spricht:
P1.: oder T1.: (Code der interviewten Person)
I.: (Interviewer) steht immer zu Beginn einer neuen Zeile

Zeichen

..
...
(lachend)
()
(so schrecklich?)

Bedeutung

Kurze Pause
Längere Pause
Begleiterscheinung des Sprechens (steht jeweils vor der Textstelle)
Unverständlich
Nicht genau verständlich, vermuteter Wortlaut

Anlage 6: transkribiertes Interview Patient 1 (P1)

Anlage 7: transkribiertes Interview Patient 2 (P2)

Anlage 8: transkribiertes Interview Therapeut 1 (T1)

Anlage 9: transkribiertes Interview Therapeut 2 (T2)

- 1 I: Hallo, ok das läuft einfach so mit, das nimmt auf.
2 P1: Das kenne ich.
3 I: Das kennen Sie.
4 Frau P1 ich würde gerne am Anfang mal so eine allgemeine Frage stellen, aber ich helfe
5 ihnen noch weiter, wenn sie- wenn ihnen die zu grob ist, dann machen wir das ein biss-
6 chen differenzierter. Und zwar erzählen sie mir doch mal, was sie selber für Erfahrungen
7 bisher mit der Behandlung nach diesem Therapiekonzept, was sich das Perfetti-Konzept
8 nennt, nach dem die Frau R. sie ja behandelt, gemacht haben.
9 P1: Was für Erfahrungen?
10 I: Ja, genau.
11 P1: Das ist ja eine schwere Frage.
12 I: Ja, die ist erstmal sehr allgemein.
13 P1: Ja .. allgemein..
14 Ja .. Frau Rauchfuß hat ja die Feinmotorik mit mir gemacht. Und jetzt schon wochenlang,
15 mit der Hand bzw. mit dem gesamten Arm und die Schulter haben wir da bearbeitet. Ja
16 also... ich bin einigermaßen erstaunt, ich habe heute morgen noch eine ganz gravieren-
17 de Feststellung gemacht, dass ich jetzt immer erzählt habe seit 2 / 3 Wochen, dass ich
18 den Oberarm empfinde, als wenn eine Banderole- Also es ist ja in dem gesamten Arm
19 eine- ein fremdes Gefühl, irgendwie ein Spannungsgefühl. Und jetzt war das so, dass ich
20 eigentlich aussagen konnte, es ist wie eine Banderole. Und jetzt haben wir dann mit..
21 einmal mit viel List und Tücke, haben wir also uns- habe ich mir das da hingedacht und ..
22 weg- .. weggedacht, sag ich mal, und das Gefühl von dem Oberarm ist jetzt im Unterarm,
23 das ist jetzt .. also hier ist auch noch ein fremdes Gefühl, aber ich empfinde es nicht mehr
24 als Banderole. Also es ist nicht mehr so intensiv. Es ist jetzt viel intensiver in dem Unter-
25 arm und auch in der Hand und das hatte auch Auswirkungen, das ich- also das der Finger
26 heute gar nicht so locker ist, immer noch nicht ist, so locker ist, also ganz- ganz seltsam.
27 I: Das Gefühl ist gewandert?
28 P1: Das Gefühl .. und jetzt erwarte ich, dass es jetzt, wenn es von hier oben vom Unterarm in
29 den - vom Oberarm in den Unterarm gerutscht ist, dass es jetzt ganz rausrutscht.
30 I: Das wäre so ihre Idee?
31 P1: Das wäre so meine Idee. Und da bin ich eigentlich ganz froh drüber. Das wäre doch ei-
32 gentlich ein toller Erfolg.
33 I: Ja.
34 P1: Also kann ich nicht anders sagen.
35 I: Ist das so ein Gefühl von Veränderung, dass sie..?
36 P1: Das ist, das Gefühl hat sich eigentlich jeden Tag verändert. Es ist immer anders, es ist
37 immer anders.
38 I: Hmm.
39 P1: Es ist mal besser und es ist auch dann wieder der vergangene Zustand wieder einge-
40 kehrt, also das ist .. das ist für mich wirklich sehr erstaunlich. Denn gerade heute ist das
41 gewesen, dass das Gefühl hier oben besser war und dafür viel intensiver im Unterarm.
42 Da war bis jetzt nichts. Nur das fremde Gefühl, das, ja was ich einfach nicht beschreiben
43 kann. Das ist, das Gefühl ist auch im, im, im Bein, ich würde sagen, jetzt hauptsächlich
44 noch im Fuß.
45 I: Hmhm
46 P Ja also das äh.
47 I: Das sind Veränderungen, die sie..?
48 P1 Ja das sind Veränderungen, die .. ja, die aufgrund der Behandlung festzustellen sind.
49 I: Und ... ist denn Ihrer Meinung nach dann die Therapie für sie wirksam? Wie würden sie
50 das jetzt beschreiben, also?
51 P1: Also die Therapie ist wirksam sicher in Kombination, sag ich mal, mit dem Physiothera-
52 peuten. Denn der Physiotherapeut behandelt ja auch noch ganz intensiv die Schulter.
53 Und da ist Frau R. - weiß ich gar nicht mehr - also speziell; in der Klinik, in meiner Reha,
54 hat man auch die Schulter behandelt. Aber das haben wir, glaube ich, hier mit Frau R.
55 nicht gemacht. Das wird eigentlich hauptsächlich von dem Physiotherapeuten gemacht.
56 Und dann in Folge, mit Frau R. schätze ich die Therapie eigentlich sehr. Weil sich wirklich
57 auch was tut und es sich.. es verändert, und ver- und verbessert. Also-

- 58 I: Woran machen sie das fest? Gibt es, wo sie wirklich dann merken - die Veränderungen -
59 im Alltag auch? Oder ist es jetzt rein diese Gefühlsebene?
- 60 P1: Nein! Ich äh - Es ist ja auch so. Die ganze Hand und der Arm ist anders. Sie müssen be-
61 denken, der Arm war vollkommen gelähmt. Also ich konnte anfangen und den Zeigefin-
62 gerfinger mal bewegen. Und also da ist doch gewaltig was geschehen. Aber als ich aus
63 der Reha kam und mit Frau R. angefangen bin, war- konnte ich auch schon die Hand be-
64 wegen. Aber es ist, es ist wieder noch besser geworden. Ich kann jetzt also schon ein
65 Glas greifen. Ich kann - also ich kann schon, schon greifen. Ich kann noch nicht korrekt
66 ein Brötchen schmieren, aber ich kann es halten. Ich habe immer mit Brett, mit Nägeln -
67 aufgepiekst. Aber jetzt kann ich schon das; und ich versuche auch immer wieder auch
68 selbst zu schmieren. Aber da mache ich noch falsche Bewegungen. Also dann, Ich weiß,
69 dass ich nicht mit der Schulter hochgehen darf und wenn ich dann ganz konzentriert da
70 hindenke, dann wird es auch wirklich besser. Also, aber dass ich das halten kann, das ist-
71 das ist eine ganz gravierende Neuigkeit für, für mich. Ja doch. Oder jetzt zum Beispiel die
72 Türklinke zumachen mal, also nicht so .. sondern das ich wirklich gerade. Also das sind
73 Veränderungen und Verbesserungen, die ich aufgrund dieser Behandlung feststellen
74 konnte.
- 75 I: Hmm, Gut. Die merken sie dann auch () im Alltag?
- 76 P1: Ja das merke ich im Alltag.
- 77 I: Hm schön. Und ähm..
- 78 P1: (unterbricht I) Und die Flasche; in der Klinik hab ich die Flasche immer zwischen die Bei-
79 ne genommen. Und das ging ja dann. Aber jetzt, ich kann jetzt die Flasche halten und
80 den- und öffnen.
- 81 I: Und was wissen sie denn jetzt, in ihrer Sprache, über das Perfetti-Konzept und wie das
82 Konzept wirkt? Was wissen sie darüber?
- 83 P1: (lachend) Tja.
- 84 I: (lachend)
- 85 P1: Also ich weiß, dass ich die Gedanken übertragen muss. Und das gelingt auch, das.. ich
86 kann es immer nicht glauben, aber es ist tatsächlich so. Wenn wir Dinge geübt haben,
87 und wenn ich die mit geschlossenen Augen, und mich ganz konzentriert habe, erst mal
88 auf die linke Hand, auch die Bewegungen gemacht habe und dann noch mal nur in Ge-
89 danken die Bewegungen gemacht habe und dann die Gedanken übertragen auf den
90 rechten Arm und die Dinge, den.. den.. hier sag mal.. die.. übertragen habe auf die Hand
91 und das in Gedanken nur gemacht habe und dann erst wieder Pause und Machen. Ja ..
92 das ging erst gar nicht und nachher ging es. Also das war schon erstaunlich, für- für- für
93 mich. Also, und ich kann diesem Konzept folgen. Also diese Gedankenübertragung – das,
94 das gelingt mir doch immer wieder. Und ich meine, also wir haben uns gedacht, also auch
95 die Banderole um den Arm, und dann habe ich es auch in der Behandlung und in den
96 Gedanken habe ich auch mir das wegdenken können. Aber das war nachher, war es wie-
97 der da. Aber es ist ja jetzt weg, also muss es doch gewirkt haben, doch seine Wirkung ge-
98 tan haben.
- 99 I: Hm.
- 100 P1: Ja auf jeden Fall. Also das is.. also ich - Ich hab erst sehr skeptisch dem Perfetti gegenü-
101 bergestanden, aber.. ich bin schon davon überzeugt, dass sich Dinge vollziehen.
- 102 I: Hm, ja
- 103 P1: Also ganz bestimmt. Ja. Ja.
- 104 I: Ja. Sie haben das selber, habe ich das so richtig verstanden, dass sie selber auch mer-
105 ken, dass sie etwas verändern können?
- 106 P1: Ja. Ja, das- das kann ich. Da muss ich mich sehr konzentrieren und muss das erst mit
107 der gesunden Hand - das ist mein Lehrmeister. Das ist..(Lachend)
- 108 I: Ja, (lachend) Ja gut.
- 109 P1: (lachend) Das ist die linke Hand. Da weiß ich immer wie es sein muss, und dann muss ich
110 da hindenken und dann.. Manchmal merke ich selbst wenn- merke ich, wenn ich die Toi-
111 lettentür dann zumache: oh da habe ich es wieder falsch gemacht. Und wenn ich- dann
112 mache ich sie wieder auf und dann muss ich wieder richtig da hindenken und dann klappt
113 das, dann geht das.
- 114 I: Aha.

- 115 P1: Und so war das auch, wir haben das auch vor Wochen oder so ziemlich zu Beginn oder -
116 ich weiß das nicht mehr so genau – mit dem Fuß gemacht und mit dem Laufen. Und
117 wenn ich dann Schritte mache und ich trete nicht richtig auf, sondern trete mit dem gan-
118 zen Fuß auf, dann muss ich in die Ferse denken. Und dann setze ich, dann kann ich auch
119 richtig abrollen. Also das, das ist auch.. Tatsache. Also da bin ich auch davon überzeugt,
120 das ist – das ist ein Fortschritt für mich.
- 121 I: Schön.
- 122 P1: Ja. .. Ja.
- 123 I: Das Hört sich gut an.
- 124 P1: Ja.
- 125 I: Was ist ihnen denn in der Zusammenarbeit mit ihrer Therapeutin wichtig?
- 126 P1: Ja, .. was soll mir da wichtig sein?
- 127 I: (lachend) Ja, als Patientin, was ist ihnen wichtig, wenn sie mit ihrer Therapeutin arbeiten?
- 128 P1: Ja, wie sie, wie sie auf mich, wie sie mit mir spricht, wenn ich diese, wenn ich diese..
129 wenn ich das gedanklich vollziehen muss und übertragen muss, also wie sie das sehr ru-
130 hig mit mir bespricht und leicht vielleicht ja auch über meinen Arm streicht. Also das ist
131 mir schon sehr angenehm und das ist schon ganz wichtig. Also wie sie das - wie sie das
132 macht. Und sie macht es so, das ich es nachvollziehen kann, dass ich mich ja so kon-
133 zentrieren kann. Also das ist, also das ist mir schon sehr viel wert, das ist schon das wich-
134 tigste eigentlich für mich an ihr. Doch - doch in jedem Fall.
- 135 I: Hm schön.
- 136 P1: Wie sie.. , wie sie mit mir spricht. Leicht, leise, nicht .. und beruhigend und gleichzeitig
137 leichtes Streicheln. Doch.. dadurch gelingt mir das, das ich so .. denken kann. Das ist
138 schon, das ist schon.. ja .. das ist schon mir sehr wichtig. Das ist ja, das macht sie ja aus.
- 139 I: Ja.
- 140 P1: Das macht sie ja aus.
- 141 I: Hmhm. Also das bewerten sie als sehr wichtig?
- 142 P1: Das bewerte ich als sehr wichtig. Ja. Und das hat sie immer auch, das war.. also mit dem
143 Fuß und das ist jetzt auch mit den Händen, mit den Gefühlen der Hände. Da macht sie
144 das auch.
- 145 I: Gibt es da noch irgendetwas was ihnen so in der Zusammenarbeit (bedeutend?) oder
146 wichtig ist?... Oder wäre das so das..(gleichzeitig redend)
- 147 P1: (das ist die Bedeutung)?
- 148 I: (oder ist das ..)?
- 149 P1: Das macht uns doch aus. Also das..
- 150 I: Die Zusammenarbeit macht das aus?
- 151 P1: Ja diese - die Zusammenarbeit macht das eigentlich aus. Das würde ich schon- schon
152 sagen.
- 153 I: Und wenn sie noch mal so rundum sagen sollten, wie zufrieden sind sie denn mit der
154 ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept? Wie würden - wie würden
155 sie das sagen?
- 156 P1: Ja ich mein, das war doch, das meine ich, eigentlich Lob genug. Oder, ich habe doch
157 eigentlich nur Zufriedenheit ausgedrückt, meine ich.
- 158 I: Das können sie auch rundum so..?
- 159 P1: Das will ich auch so -
- 160 I: bestätigen
- 161 P1: - bestätigen, das ist nach wie vor auch meine Meinung. Da ist nichts negatives zu sagen,
162 sondern nur .. vollstes Einverständnis und ähm.. Und ich meine, da haben wir doch ja
163 auch schon einiges erreicht. Also das ist..
- 164 I: Ist das so, das Gefühl dass sie doch im Sinne ihrer Ziele, die sie haben, also -
- 165 P1 (dazwischen redend): ja natürlich
- 166 I: - in ihrer Rehabilitation, wirklich vorankommen?
- 167 P1: Ja, natürlich. Also, wenn ich so denke, meine Umwelt ist mit mir sehr zufrieden oder be-
168 stimmt auch, oder auch übersch-, über- ..oder er- , erstaunt, was ich doch bisher erreicht
169 habe. Denn da weiß ich von anderen Fällen, da ist es lange nicht so. Also da - da glaube
170 ich ganz bestimmt, dass ich die richtigen Therapeuten habe. Also das, das funktioniert
171 gut.
- 172 I: Prima.

173 P1: Das funktioniert sehr gut meine ich. Ja das ist so.
174 I: Dankesfloskeln

- 1 I: Frau P2 erzählen sie mir doch einmal etwas über ihre Erfahrungen, die sie bisher mit der
2 Behandlung, mit der ergotherapeutischen Behandlung nach diesem Perfetti-Konzept ge-
3 macht haben. Können sie einfach mal was ihnen spontan einfällt ... sagen.
- 4 P2: Ja also erstmal möchte ich kurz was zu meiner Herangehensweise sagen. Nämlich, ich
5 mache mir also über den theoretischen Hintergrund überhaupt gar keine Gedanken. Was
6 eigentlich untypisch für mich ist, weil ich aus dem Bereich beruflich komme, also im wei-
7 testen Sinne. Ich bin Sozialarbeiterin im Gesundheitswesen in der alten (?) gewesen. Ich
8 lass mich jetzt, jetzt hier bei jedem Termin einfach neu wieder darauf ein und setze mich
9 mit den mir gestellten Aufgaben auseinander und genieße das, dass ich einfach mich in-
10 sofern auch treiben lasse mit diesem ganzen monatelangen Verlauf. Weil ich mich auch
11 aufgrund meiner Nichtlesefähigkeit nicht mit den Handreichungen die es dazu gab ausei-
12 nandersetzen konnte. Und tue es jetzt so wie ich es jetzt so tue die ganzen Monate auch
13 richtig genießerisch. Es ist so eine Art des Baumelns und Lockerseins, weil ich so gar
14 nicht gewohnt war, dass jemand sich über so lange Zeit konzentriert mit mir befasst. Ich
15 bin immer diejenige, die sich mit anderen konzentriert befasst hat.
- 16 I: Hm. Und das ist für sie etwas Besonderes?
- 17 P2: Ja Ja.
- 18 I: Ok. Und .. vielleicht ein bisschen konkreter, was ist ihnen denn wichtig in der Zusammen-
19 arbeit mit ihrer Therapeutin.
- 20 P2: ... dass ich verstehe, was jetzt im Moment die gestellte Aufgabe ist. Weil ich mit Auffas-
21 sungs-schwierigkeiten zu tun habe, meinerseits, und mich insofern auch wirklich locker
22 machen kann. Und dass ich mich eben, bei der Situation die immer geschaffen ist, die ich
23 so jetzt immer schon gewohnt bin, mich optimal konzentrieren kann und (?) vollkommen.
24 Ich bin ganz bei der Sache, aber... wie es im Buche steht, und dann nach einer Dreivier-
25 telstunde ist dann Schluss bei mir, so langsam kann ich dann gar nicht mehr.
- 26 I: Weil das dann (?) Aufmerksamkeit. (Frage nicht zu verstehen)
- 27 P2: Ja Ja. Also nicht die totale Erschöpfung, aber dann.. dann ..kann ich nicht mehr- dann ist
28 das nicht mehr begreifbar für mich, was jetzt gefordert ist. Daran merke ich das dann
29 auch immer.
- 30 I: Hmm, ok also das sind schon mal die zwei Punkte, die in der Zusammenarbeit sehr wich-
31 tig sind.
- 32 P2: Ja, ja.
- 33 I: Fällt ihnen denn sonst noch etwas ein?
- 34 P2: ... da müssten sie mir vielleicht einen ganz kleinen Impuls geben, das ist bei der jetzt
35 gestellten Frage, natürlich vielleicht viel verlangt von Ihnen, aber -
- 36 I: Nein, (*lachend*) nein
- 37 P2: - aber ich fühle mich jedenfalls sehr aufgeknöpft. Ich würde ihnen alles erzählen, nur
38 drauf kommen ist das Problem.
- 39 I: Sie haben gesagt einmal, dass die Therapeutin ihnen das gut erklärt, verständlich, und
40 dass sie eine Situation schafft in der sie sich sehr gut konzentrieren können.
- 41 P2: Ja, ja.
- 42 I: Also das sind so zwei Punkte die sie in der Zusammenarbeit herausgefunden haben. Gibt
43 es da noch etwas-
- 44 P2: Ja, also ich habe das Gefühl, dass ich gut erfasst worden bin, mit meinen Fähigkeiten
45 aber eben auch Handicaps. Und ich bekomme sehr viel von Fortschritten erzählt, die sind
46 mir noch gar nicht klar geworden. (*lachend*)
- 47 I: (*lachend*)
- 48 P2: (*lachend*) hm,ne..
- 49 I: (*lachend*).. also diese Rückmeldungen sind ihnen auch wichtig?
- 50 P2: Ja, ja.
- 51 I: Obwohl sie selber merken, ich selbst habe es noch nicht so ganz begriffen, die Fortschrit-
52 te.
- 53 P2: Ja, ja.
- 54 I: Hmhm. Ok. Was wissen sie denn darüber, über dieses Perfetti-Konzept; und darüber wie
55 das Konzept wirkt?
- 56 P2: also da muss ich ihnen jetzt wirklich sagen, das ist furchtbar lange her, als es mir ge-
57 sprächsweise mal erzählt wurde und ich habe es auch bejaht. Und seit dem- also wenn
58 mich jetzt irgendein Laie fragen würde, erzähl mal was ihr da eigentlich immer treibt. Oder

- 59 wer sich da mal was- wer sich da mal was bei gedacht hat.. da habe ich mir jetzt einfach
60 Mut zur Lücke geleistet. Das ist das was mich jetzt entspannt macht, das ist jetzt mal end-
61 lich auch mal etwas, was- was ich nicht zur Wissenschaft erhebe, von mir aus. Ich könnte
62 jetzt mir der großen Lupe zu hause sitzen und die zwei bis drei Flyer, die ich bekommen
63 habe, zu dem was hier prinzipiell geschieht, durchlesen. Es ist kein Fall von Ignoranz bei
64 mir. Sondern .. also.. ein genießerisches... Herangehen. Also es ist wirklich ein miteinan-
65 der herangehen, aber ich kann ihnen über die Hintergründe nichts erzählen. Und ich war
66 jetzt auch nicht so genau- es hat mich nicht so sehr interessiert.
- 67 I: Das ist in Ordnung. Deswegen frage ich sie ja (*lachend*) nach ihrer Sicht. Das ist völlig in
68 Ordnung.
- 69 P2: Ja, ja.
- 70 I: Ist denn ihrer Meinung nach oder ihrer Erfahrung nach das Konzept bei ihnen wirksam?
- 71 P2: also ähm... ich mache ja Fortschritte. Und ich habe das unbedingte Gefühl in kompeten-
72 ten Händen zu sein. Das kann ich sagen. Und ähm-
- 73 I: Gibt es Beispiele woran sie das festmachen, diese Fortschritte? Wie sie die erleben?
- 74 P2: Ja zum Beispiel, beim- wenn ich mich als Fußgängerin fortbewege. Eben die Körperbe-
75 herrschung, das mich gerade halten können, das nicht immer nur von links nach schräg in
76 einem Drehpunkt der Wirbelsäule herumzukippen und einen Stock zu brauchen, am bes-
77 ten, damit das nicht so auffällt im Straßenbild. Ich kann mittlerweile gut 500m sehr be-
78 herrscht und nahezu unauffällig gehen und brauche auch nicht unbedingt meinen Stock
79 ständig zu nehmen. Es sieht bestimmt für Leute schon ganz, die wissen von meinem
80 Handicap, schon ganz o.k aus. Das ist ein großer Fortschritt. Da ist bestimmt noch mehr,
81 aber immer im Moment jetzt darauf kommen..
- 82 I: Gibt es noch etwas im Alltag, zu hause, wo ihnen das auffällt?
- 83 P2: ähm das - vermehrter Einsatz meiner rechten, also meiner betroffenen Seite. Und noch
84 viel stärker fällt mir auf, dass ich bei sogar stundenlanger Arbeit in der Küche. Erstmal
85 nochnochnoch am Folgetag erstmal Ordnung schaffen, um wieder arbeiten zu können in
86 der Küche, das erstmal also alles in die Spülmaschine, sagen wir mal, damit man über-
87 haupt mal Lust hat jetzt wieder zu kochen bis hin zu eben dann noch Tischdecken in ei-
88 nem anderen Raum; dass ich mich da nicht einmal hinsetzen muss; und überhaupt nicht
89 über meine Standfestigkeit gar nicht nachdenken muss und auch kein Ermüdungsgefühl
90 habe. Das ist- .. denn ich habe auch Küchenarbeit gemacht in der Reha. Und da habe ich
91 mich mindestens dreimal innerhalb einer, einer so einer Therapiezeit- das war vielleicht
92 1Stunde oder 1 ½ .. also Zubereitung eines Essens hinterher Essen und dann noch Ge-
93 schirrspülen – habe ich mich schweißgebadet x-Mal hinsetzen müssen oder, oder wenn
94 ich an der Spüle stand oder am Herd oder so, dass ich mich mit dem Becken irgendwo
95 ange-angelehnt habe. Um mal eben über meine Standfestigkeit nicht nachdenken zu
96 müssen. Also das ist- das ist vielleicht noch das- mit das Auffälligste. Oder auch- auch
97 jetzt für den Betrachter von außen, der ja so von meinen sonstigen Handicaps jetzt nichts
98 weiß. Oder auch .. das ich jetzt endlich eine Sitzgelegenheit gefunden habe, zu hause,
99 die- mit der ich die Beine unter meinen Küchentisch bekomme, der eigentlich kein richti-
100 ger Tisch – das ist nur ein Beistelltischchen, aber der sieht in meiner alten Küche so ent-
101 zückend aus – und das ist- also ich passe da jetzt endlich drunter und das ist aber eben
102 ein Hocker und nicht ein Stuhl. Also esse ich und lese die Zeitung und was man sonst
103 noch so für Gemütlichkeit tut rund ums Frühstück alles, ohne eine Rückenlehne und
104 ohne Ermüdungserscheinungen.
- 105 I: Das sind Ziele die sie so selber auch verfolgt haben?
- 106 P2: Ja .. Ja.. Jaja.. Und weil- weil ich jetzt das, um bei dem Beispiel mit der Küchensitzgele-
107 genheit zubleiben; das hätte sonst geheißen, ich muss mir einen anderen Tisch zulegen
108 oder von- von meinem Stuhl, der ist aber antik; den ich eigentlich –hätte ich da die Beine
109 abschneiden müssen – auch das wollte ich nicht.
- 110 I: (*lachend*) Ja.
- 111 P2: (*lachend*) und dafür so Beispiele gibt es viele. Dass ich eben meinen Kopf irgendwie
112 durchsetzen will, aber dann muss ich es, sagen wir mal, büßen durch irgendeine Leis-
113 tung, wie auf dem Stuhl sitzen ohne Lehne. Das ist (?), und die gehe ich aber gerne auch
114 so als Herausforderung ein.
- 115 I: Schön und das haben sie gemeinsam mit ihrer Therapeutin dann erarbeitet?

- 116 P2: Ja. Dass ich zum Beispiel hier sehr oft so auf dem Wackelstuhl sitze. Oder es wird hier
117 von diesem Stuhl die Lehne abgemacht. Aber dann muss ich noch einige Male darauf
118 aufmerksam gemacht werden: , Wir haben heute die Lehne ab.´ Manchmal nur so als, als
119 Habitus will man sich immer so ein bisschen gewichtig zurücklehnen, wohlgefällig oder
120 so, (lachend) und- und dann ist an dem Tag nichts. Aber das kann sein, dass ich dann
121 diese Sachen nicht eingespeichert habe, dass ist die Gefahr.
- 122 I: O.k. Schön. ..Wie zufrieden sind sie denn dann, wenn wir es mal als Großes Ganzes
123 sehen, mit der ergotherapeutischen Behandlung nach diesem Perfetti-Konzept, was die
124 Frau B. mit ihnen macht?
- 125 P2: Ja also, höchst zufrieden. Ich ähm.. Ich weiß nur manchmal nichts von meinen Erfolgen,
126 die mir im Grunde von außen bescheinigt werden, aber. Ich merke diese großen- großen
127 Erfolge merke ich gar nicht. Manchmal allerdings habe ich schon aber auch wieder so Er-
128 innerungen, dass ich das schon in der Reha gekonnt habe. Und trotzdem dass das aber
129 sehr gewichtig wird, wie schön das ist, dass ich das kann und.. ich hatte einen sehr
130 schweren Schlaganfall.. aber ich glaube, dass das ich nach der Reha auch erstmal wie-
131 der total nachgelassen hatte. Und so muss ich mich hier ja wohl dann auch vorgestellt
132 haben.
- 133 I: Woran machen sie das fest, dass sie manchmal von diesen Erfolgen nichts wissen oder
134 sie nicht so wahrnehmen können?
- 135 P2: Ja also das kann ich ihnen sagen. Das ist ein so großes Thema. Da könnte ich darüber
136 sinnieren, wenn ich nicht meinen Haushalt machen müsste, nicht mein gesellschaftliches
137 Leben versuche zu leben. ..Regelmäßig ins Cafe zu gehen, Leute zu beobachten und
138 meine Einläufe erledige – ich mache im Grunde alles selber. .. Und dann, dann, dann
139 kann ich das rückwirkend ja nicht mehr richtig (notieren oder sortieren?).
- 140 I: Was wann wie war?
- 141 P2: Ja ja genau, Ja. Wenn ich-ich , wenn ich schreiben könnte – also man kann jetzt nicht
142 sagen, dass ich gar nicht schreiben kann. Wir haben es ja jetzt hier gerade auch gese-
143 hen. Aber früher habe ich – habe ich .. fast alles was ich getrieben habe, immer protokol-
144 liert, nur aus lauter Spaß an der Freude. Und ich lebe jetzt sozusagen freihändig. Und das
145 kann ich dann kaum .. noch mal so Rückblick halten. Weil mir flutscht das eben als Erin-
146 nerungen zu schnell weg. Die Erinnerung.. also das Gedächtnis ist bei mir sehr stark in
147 Mitleidenschaft gezogen.
- 148 I: O.k. Und das ist dann auch ein Problem, dass sie es nicht mehr so genau wissen.
- 149 P2: Jaja, Ja.
- 150 I: O.k. Frau P2 wir haben es schon geschafft.
- 151 Dankesfloskeln.

- 1 I.: Also, ..., da wir uns ja persönlich kennen, hoffe ich, dass Du damit einverstanden bist –
2 weil die Interview-Leitfragen ja eigentlich in der Sie-Form gestellt sind – dass wir uns
3 aber duzen. Ja, als erstes die Einstiegsfrage - möchte ich mal, oder, erzähl doch ein-
4 fach mal ein bisschen was darüber, was Du für Erfahrungen mit dem Perfetti-Konzept,
5 mit der Anwendung des Perfetti-Konzeptes so bisher gemacht hast. Was würdest Du so
6 ganz frei erstmal erzählen?
- 7 T1.: Ganz frei... also ich persönlich merke, dass ich mit dem Konzept z.B. sehr gerne mit Or-
8 thopädischen arbeite.
- 9 I.: Mhm.
- 10 T1.: Mit Querschnittpatienten finde ich, habe ich jetzt auch eine Erfahrung gemacht, die ich
11 sehr spannend finde.
- 12 I.: Mhm.
- 13 T1.: als teilweise mit neurologischen Patienten, die z.B. eine Aphasie haben, weil ich das
14 sehr schwierig finde. Bei Neglect-Patienten ist es schon was anderes, da (finde ich es
15 auch sehr?) sinnvoll, weil Du da leichter einen Zugang findest bzw. weil da der verbale
16 Austausch konkreter ist.
- 17 I.: Mhm.
- 18 T1.: Was bei Aphasiepatienten mit einer Hemi rechts ja deutlich erschwert ist, wo Du erst
19 woanders arbeiten musst, um dann dahin zu kommen. Das finde ich sehr schwierig mit
20 dem Perfetti-Konzept. Das kann aber auch daran liegen, dass ich einfach noch keine
21 oder zu wenig Erfahrung habe –
- 22 I.: Mhm.
- 23 T1.: - auch in der Umsetzung.
- 24 I.: Mhm.
- 25 T1.: Ich finde das Konzept – wie war die Frage nochmal?
- 26 I.: Ja, einfach etwas über Deine Erfahrungen zu berichten.
- 27 T1.: Die Erfahrung ist, dass ich häufig Aha-Erlebnisse habe, auch von Patienten, wo sich
28 die Augen weiten und wo man so merkt, da passiert auch was und die ganz erstaunt
29 sind, dass etwas passiert, dass sie z.B. keine Schmerzen mehr haben, wenn der betref-
30 fene Arm berührt wird, wo sie vorher sagen: „Da darfst Du mich nicht anfassen, das tut
31 mir weh!“, und dementsprechend, wenn ich sie anfasse, dann auf einmal keine
32 Schmerzen da sind. Das ist ganz merkwürdig.
- 33 I.: Mhm.
- 34 T1.: Oder dass überhaupt der Arm bemerkt wird, oder dass sie ihn bewegen können und
35 das wahrnehmen können.
- 36 I.: Mhm.
- 37 T1.: Das finde ich sehr faszinierend. Dann finde ich halt...faszinierend z.B. die Anwendung
38 der (echten motorischen Imagination?).
- 39 I.: Mhm.
- 40 T1.: Das gilt für alle Bereiche, also ob jetzt für orthopädische oder auch für zentrale Störun-
41 gen, weil sich tatsächlich doch fast jeder darauf einlässt, dieses zu nutzen.
- 42 I.: Mhm.
- 43 T1.: Also auch relativ zügig Metaphern z.B. finden und das beschreiben. Wenn sie zu An-
44 fang noch Schwierigkeiten vielleicht haben, das legt sich eigentlich innerhalb der ersten
45 halben Stunde.
- 46 I.: Mhm
- 47 T1.: Und die sehen dann meistens auch einen Effekt, und denken dann erstmal ...also...
48 wenn die nicht reden können, oder wenn sie es nicht richtig äußern können, dann gu-
49 cken sie (sich?) so an, oder sagen das oder auch so: „ War ich das jetzt, hab ich das
50 wirklich gemacht –
- 51 I.: Mhm
- 52 T1.: Das geht ja, ich komme ja weiter!“. Ja.
- 53 I.: Also ich habe auch noch ein paar konkretere Fragen und wollte einfach als Einstieg ein
54 bisschen offener loslegen. Was motiviert Dich denn eigentlich dazu, mit den Patienten
55 nach diesem Konzept zu arbeiten? Was ist da Deine Motivation?
- 56 T1.: Meine Motivation ist erstens, weil die Patienten weniger Schmerzen haben,
57 I.: Mhm
- 58 T1.: Zweitens weil ich denke, es ist wirklich sehr wichtig, dass die aktiv dabei sein müssen,

- 59 I.: Mhm
- 60 T1.: Weil ich davon überzeugt bin, dass die Bewegung dann deutlich physiologischer ist, als
61 wenn ich irgendwelche Reflexe versuche zu erarbeiten oder einfach nur sage: mach
62 mal!
- 63 I.: Mhm
- 64 T1.: Die Auseinandersetzung halt mit dem Körper an sich,
- 65 I.: Mhm
- 66 T1.: ... Ja und auch der Austausch, Du kommst – was ich sehr schön finde eigentlich - Du
67 gehst auch teilweise von der emotionalen Seite weg (zunächst?), Du arbeitest ja richtig.
68 Und der Patient muss dabei sein. Weil wenn er nicht dabei ist, hast Du auch keinen Ef-
69 fekt, also Du musst ihn auffordern, das finde ich schon auch eine Entscheidung des Pa-
70 tienten, mitzumachen. Wenn es für ihn plausibel ist und er verstanden hat, worum es
71 geht. Das ist die Voraussetzung.
- 72 I.: Mhm. Und was motiviert Dich dazu so, Dich einfach weiterhin mit den Inhalten, der
73 Theorie auch auseinanderzusetzen?
- 74 T1.: Weil ich halt schon sehe, dass, .. , dass z. B. die Theorie sich dann .. also, das hilft mir,
75 dass ich die Prozesse besser verstehe und dass ich es dem Patienten auch besser er-
76 klären kann. Und halt auch, dass es hilft. Also man hat ja sehr schnelle Erfolge bei Pati-
77 enten, die kognitiv keine Probleme mehr haben, da geht es ja rasend schnell.
- 78 I.: Mhm.
- 79 T1.: Bei schwerer Betroffenen finde ich es etwas schwieriger, vor allem in unserem Setting.
80 Da denke ich, wenn ich nur die hätte, würde mich das nicht motivieren. Da fände ich
81 das ... ja eher also, .. , ich weiß nicht, da würde mir dann die Zeit fehlen, um den Effekt
82 zu sehen.
- 83 I.: Mhm. Und was ist Dir denn so in der Zusammenarbeit mit dem Patienten, also wenn Du
84 mit ihm nach dem Perfetti-Konzept arbeitest, wichtig?
- 85 T1.: Dass der Austausch, der gleichberechtigte Austausch - also ich finde wichtig, dass der
86 Patient versteht, um was es geht, also dass er auch weiß, um welche Bewegung es
87 geht und was da vielleicht so in Ansätzen passieren muss –
- 88 I.: Mhm.
- 89 T1.: Also, hm, ... , () ..fast auf - wie auf gleicher Ebene, aber man spricht den Menschen
90 nicht als Patient an sondern als denjenigen, der dafür sorgen kann, dass er z. B. wieder
91 eine Handlung, eine Bewegung machen kann.
- 92 I.: Mhm.
- 93 T1.: Dass er das Gefühl hat, meine Empfindungen, meine Gefühle, meine Schmerzen, die
94 sind alle da, aber ich kann sie auch wieder selbst hemmen oder steuern oder zurück-
95 nehmen – also das ist - so die Eigen- oder die Selbstverantwortung des Patienten ist da
96 sehr groß.
- 97 I.: Mhm. Ist das – habe ich das so richtig verstanden, so dieses Stück Verantwortung auch
98 an den Patienten zu geben, ihn aber auch zu befähigen, also –
- 99 T1.: Ja
- 100 I.: zu sagen, ich geb Dir auch Mittel mit,
- 101 T1.: Genau. Also Du musst - erstmal muss er die Verantwortung ja annehmen können und
102 er muss wissen, wie er die annehmen kann, oder wie er dahin kommt, eine eigen Ver-
103 antwortung zu übernehmen. Ja.
- 104 I.: Mhm, mhm.
- 105 T1.: Genau wie Du es gerade zusammengefasst hast.
- 106 I.: Mhm. Und ist denn Deiner Meinung nach so die Therapie wirksam? Woran machst du
107 das fest, wie misst Du Wirksamkeit oder wo siehst Du die?
- 108 T1.: Ja, das finde ich (ja?) schwierig..
- 109 I.: (lacht)
- 110 T1.: Aber es gibt so Momente – also wie das - bei Fitteren siehst Du das wirklich, das be-
111 schreiben die ja auch, die Patienten. Also da siehst Du relativ schnell, dass innerhalb
112 einer halben Stunde wirklich die Bewegung an sich fließender ist, leichter ist.
- 113 I.: Mhm.
- 114 T1.: Dann sehe ich die Wirksamkeit daran, dass die Patienten mich angucken und Schmer-
115 zen eigentlich erwarten, aber sie nicht da sind.
- 116 I.: Mhm.

- 117 T1.: Und ich sehe es halt am Tonus. Da kann ich das häufig auch sehen. Weil gerade bei
118 Neglect-Patienten – das fällt mir gerade ein, da hatte ich letzte Woche jemanden – der
119 Tonus war so so hoch und der konnte erst gar nicht die Aufmerksamkeit so weit auf die
120 linke Seite bringen. Nachher war aber der Arm, der vorher in Flexion und Innenrotation
121 war, lag der parallel neben dem Körper. Also daran entnehme ich schon, dass es funk-
122 tioniert hat.
- 123 I.: Mhm. Geht es auch da darum, so Ziele auch zu überprüfen, letztendlich zu gucken, sind
124 die Ziele, die wir gesteckt haben, auch erreicht worden, oder .. ?
- 125 T1.: Hm, ja, also, ja innerhalb der Situation, innerhalb der Therapieeinheit überlege ich mir
126 halt: was will ich erreichen –
- 127 I.: Mhm.
- 128 T1.: Und wenn ich das erreiche weiß ich, ich war halt auf dem richtigen Weg
- 129 I.: Mhm
- 130 T1.: Und wenn nicht, dann wird es ja (moduliert?) und dann (). Ja, doch genau. Aber ich
131 würde es eher so beschreiben, wirklich wie das Schmerzempfinden ist, wie das Bewe-
132 gungsausmaß, also die Bewegung an sich ist
- 133 I.: Mhm,
- 134 T1.: ob wir auch weiterkommen von der Bewegung, und ob da eine gewisse Rekrutierung
135 schon zu sehen ist.
- 136 I.: Mhm, mhm. Und gibt es noch andere Bereiche, wo Du denkst, da ist, da kann ich eine
137 Wirksamkeit feststellen oder da findet auch ein Transfer statt dessen, was die Patienten
138 in der Therapie gelernt haben? Transfer in den Alltag oder in die Handlung?
- 139 T1.: Ne, eher weniger ganz ehrlich.
- 140 I.: Mhm.
- 141 T1.: Also bei denen wo ich es mir vorstelle, weniger. Also bei fitteren Patienten, ja.
- 142 I.: Mhm.
- 143 T1.: Aber bei der Mehrzahl...
- 144 I.: Versuchst Du das irgendwie,...,da, eine Brücke zu schlagen, dass
- 145 T1.: Ich versuche, den (Aufgang?) teilweise (mitzugehen?). Das, und das Problem ist halt
146 nur, dass die Meisten das nicht umsetzen können, weil sie das vergessen.
- 147 I.: Mhm.
- 148 T1.: Aber wenn da Angehörige mit dabei sind, dann versuche ich, die dahin zu begleiten,
149 dass sie das dann umsetzen können.
- 150 I.: Mhm.
- 151 T1.: Das ist mir auch sehr wichtig, weil ich denke, nur so kommt man in den Transfer in den
152 Alltag rein. Das ist halt das Manko finde ich bei Patienten, die das halt nicht können, die
153 sich nicht erinnern, die das vergessen, oder die dann sehr schnell wieder in den Alltag-
154 Rhythmus kommen. Sobald – bei Ablenkung oder wenn die (Wünsche?) sind, z.B. beim
155 Rollstuhlfahren, dann vergessen die ja auch häufig die Seite oder (vergessen) die Auf-
156 merksamkeit.
- 157 I.: () Worauf würdest Du das Manko denn zurückführen? Würdest Du da auf das Thera-
158 piekonzept eher zurückführen oder auf andere Bedingungen, die das schwierig ma-
159 chen?
- 160 T1.: Ich denke es hängt mit der Betroffenheit des Patienten, mit dem Schweregrad zusam-
161 men.
- 162 I.: Mhm.
- 163 T1.: Also da würde ich halt eher wünschen - die Kritik wäre da eher an das Konzept, dass es
164 hat zu selten gemacht wird, dass zwei Einheiten in der Woche einfach zu wenig wäre.
- 165 I.: Ist das eine Kritik an dem Konzept oder eher Kritik an dem Setting, in dem Du
166 T1./I.: ()
- 167 T1.: Also ja doch, eher eine Kritik an dem Setting. Also ich denke schon, dass wenn man
168 das regelmäßiger, also wenn man das intensiver machen würde und wenn alle an die-
169 sem selben Strang ziehen würden – ich glaube eher, dass das Umfeld das so schwer
170 macht, nicht das Konzept. Also wenn alle diesem Konzept folgen könnten und da mitar-
171 beiten würden, ich denke, dann wäre das anders. Dann wäre es auch wirklich sichtbarer
172 und dann würde es auch dem Patienten trotz der Betroffenheit leichter fallen, das ir-
173 gendwann mal zu merken oder auch zu reflektieren. Weil die machen das innerhalb der

- 174 Einheit reflektieren die das ja als (einerseits als angenehm?) oder können auch die
175 Funktion, die da ist, vielleicht schon mit einsetzen bei Transferen zum Beispiel.
- 176 I.: Mhm. Wie zufrieden bist Du denn mit der Behandlungsweise nach dem Perfetti-Konzept
177 so für Deine ergotherapeutische Arbeit? ()
- 178 T1.: Auf die (Institution?) bezogen oder nur – weil ich mache das abhängig von meinem
179 I.: Wie Du möchtest.
- 180 T1.: Ich würde mir wünschen, also ich wäre glaube ich zumindest zufriedener, wenn ich ein
181 anderes Setting hätte
- 182 I.: Mhm.
- 183 T1.: Wenn ich – also erstmal Setting von der Therapiefrequenz und von anderen Berufs-
184 gruppen.
- 185 I.: Mhm.
- 186 T1.: Ich glaube dann würde mich das zufriedener stellen. Weil halt schon durch die anderen
187 Konzepte – und das tut mir dann halt leid für den Patienten – dass man teilweise die
188 Patienten mehr verwirrt oder sie zu einer Entscheidung praktisch zwingt, wem sie folgen
189 wollen.
- 190 I.: Ja.
- 191 T1.: Und das finde ich sehr sehr, das finde ich eigentlich sehr gefährlich. Weil deswegen
192 wende ich das teilweise nicht so konsequent an, weil ich eigentlich nicht den Patient in
193 diese Situation bringen will, dass er sich entscheiden muss. Also dann müsste er ja ü-
194 berall sagen, ja, ich will dann halt nicht mehr nach dem Konzept Perfetti arbeiten, son-
195 dern ich würde lieber Bobath oder PNF machen.
- 196 I.: Mhm.
- 197 T1.: Und das finde ich einfach sehr schwierig, also, weil wir halt nicht so viele Leute sind, die
198 Perfetti machen oder so. Auch für die Perfetti-Anwender ist das (denke ich?) auch
199 schwierig.
- 200 I.: Mhm.
- 201 T1.: (also, das macht mich eher unzufrieden?)
- 202 I.: Mhm. Also das bezieht sich jetzt wirklich eher so auf die Bedingungen des Umfeldes,
203 die halt das (wohl?) erschweren.
- 204 T1.: Also (an sich?) das Konzept finde ich halt hoch spannend und ich denke auch, es ent-
205 spricht einfach unserer Zeit, unserer menschlichen Entwicklung und dass man halt auf
206 höherer Ebene jetzt versucht da anzusetzen und Funktionen anzubahnen, weil vorher
207 fing man ja ganz funktionell an,
- 208 I.: Mhm.
- 209 T1.: weil das war ja auch am nächsten und da hat man auch die besten Erfolge gesehen
210 und jetzt kann man ja das alles auch nachweisen – oder versucht, es nachzuweisen.
- 211 I.: Mhm.
- 212 T1.: Und ich denke, das ist halt auch die Zukunft, dass Du halt wirklich jetzt das Gehirn mi-
213 teinbeziehst, also die neurophysiologischen Prozesse beachtest.
- 214 I.: Mhm.
- 215 T1.: Also ich denke, das ist ein wichtiger Zweig in der Therapie, der sich durchsetzen wird
216 über kurz oder lang, wenn es auch jetzt schwer ist, weil (alle ?)erstmal lieber arbeiten
217 wollen, also körperlich arbeiten, als halt den Kopf miteinzubeziehen.
- 218 I.: Mhm.
- 219 T1.: Speziell in der
220 I.: Neurologie?
- 221 T1.: oder auch Orthopädie – also da bin ich inzwischen .. und ich denke, es erklärt auch viel
222 .. ich glaub sogar auch, dass es oft bei Leuten, die Rückenschmerzen – oder die halt
223 aufgrund einer Fehlhaltung Probleme haben, dass man da glaube ich auch etwas ma-
224 chen könnte.
- 225 I.: Mhm.
- 226 T1.: Also das glaube ich schon. Dass man auch vorbeugend vielleicht sogar ein biss-
227 chen..also ich spinne da manchmal so rum, (was man da noch?) machen könnte.
- 228 I.: Mhm.
- 229 T1.: Weil Du bist ja auch in einem bestimmten Bewegungsmuster,
230 I.: Mhm.

231 I.: Und das musst Du ja auch dann wieder aufdröseln, wenn es nicht ganz physiologisch
232 ist, um es dann richtig hinzukriegen.
233 I.: Ja, schön. Die Zeit haben wir gefüllt! Ich bedanke mich schon mal,
234 T1.: (war doch auch schön?)
235 I.: (lacht), ja, ganz herzlich für die Bereitschaft für das Interview. Ja, und wenn das soweit
236 ausgewertet ist, dann wirst Du es noch mal bekommen um zu gucken, ob wir die (pas-
237 senden?) Kategorien dazu gefunden haben.
238 T1.: Ja, guck mal,
239 I.: ()
240 T1.: Ja, da bin ich ja mal gespannt.
241 I.: Okay.

- 1 I.: Also, Regina, zu Anfang, da wir uns ja persönlich kennen, weil eigentlich sind die Inter-
2 viewfragen ja per Sie,
3 T2./I.: (lachend) ()
4 I.: () wir einigen uns auf das Du. Die erste Frage ist relativ frei. Erzähl Du mir doch einfach
5 mal ganz frei etwas über Deine Erfahrung mit dem Perfetti-Konzept. (beide lachen)
6 T2.: Große Frage!
7 I.: Ja!
8 T2.: Wo soll ich da anfangen?
9 I.: Irgendwas, was Dir -
10 T2.: Meine Erfahrung mit -
11 I.: wichtig ist.
12 T2.: Dann fange ich mal ganz am Anfang an.
13 I.: Mhm.
14 T2.: Ich halte mich kurz. Ich hab erst nach Bobath gearbeitet.
15 I.: Mhm.
16 T2.: Hab Kurse gemacht und hab dann alleine gearbeitet, keine anderen Therapeuten neben
17 mir. So bin ich wirklich vorangekommen und ich wusste nicht, ob das, was der Patient da-
18 zugelehrt hat, ob das durch meine Therapie kam oder durch die Physiotherapie oder
19 durch die Angehörigen. Dann habe ich angefangen mit Perfetti, und hab nach dem ersten
20 Kurs bereits angefangen mit der Patientin. Samstag/Sonntag war der Kurs beim Conti
21 und hab dann gefragt: „Darf ich denn schon anfangen am Montag?“ „Ja, Sie dürfen.“
22 Dann bin ich angefangen und hab in der ersten Behandlung einen Fortschritt festgestellt.
23 Und der Patient auch.
24 I.: Mhm.
25 T2.: Also nur durchs Begreifen des Konzeptes.
26 I.: Mhm.
27 T2.: Nicht dass mir jemand gezeigt hat, wie ich das anwende. Hab ich meine (Behandlung?)
28 umgestellt und hab sofort innerhalb der dreiviertel Stunde - und der Patient eben auch -
29 gesehen, dass das was bringt.
30 I.: Mhm.
31 T2.: Und das hat mich da sehr neugierig gemacht und deswegen bin ich diesem Konzept ge-
32 folgt und hab dann parallel am Anfang ein bisschen Bobath noch gemacht, weil, ich wuss-
33 te ja nicht, ob das was taugt -
34 I./T2.: (beide lachen)
35 T2.: - und ob ich nicht was vernachlässige, (große?) Bewegung und was weiß ich, und bin
36 dann immer mehr auf Perfetti umgestiegen und mache jetzt nur noch nach Perfetti.
37 I.: Mhm.
38 T2.: So. Die (Größe zu dem Konzept?) zeigt mir also in der Behandlung in der Regel sogar,
39 dass es voran geht -
40 I.: Mhm.
41 T2.: - das ist einfach der wichtigste Aspekt. Und das Deutlichste: Man kann auf keinem Fuß
42 laufen, den man nicht spürt, wenn man die Ferse nicht spürt, sie aufzusetzen, dann kann
43 auch derjenige nicht das beantworten, was ich ihn frage. Warte mal, sage noch mal die
44 Frage.
45 I.: Ja, allgemein einfach Deine Erfahrung. Du hast ja jetzt schon einiges genannt.
46 T2.: Genau. Und dann vielleicht noch die Erfahrung, dass oft Patienten zu mir kommen im
47 Moment, wo ich denke, dass ich früher sie hätte nicht weiter behandeln können.
48 I.: Mhm.
49 T2.: Dann wäre ich sehr schnell ans Schreiben gegangen, ich wäre sehr schnell ans Hand-
50 werk gegangen, weil das ja schon alles ganz gut geht. Und die Diagnose, wenn man nicht
51 Perfetti kennt und die Diagnosemöglichkeiten oder die Befundung, man dann nicht so ar-
52 beitet.
53 I.: Hmh.
54 T2.: So genau schauend auf das, was wirklich an Pathologie vorliegt. Also gucke ich jetzt viel
55 genauer auf die Pathologie und kann erheblich weiter behandeln, sodass ich, ja, annä-
56 hernd an 100%ige Ergebnisse komme.
57 I.: Hmh. 100%ige Ergebnisse bezüglich was?
58 T2.: Der Physiologie der Bewegungen.

- 59 I.: Hmh.
- 60 T2.: Ich hab jetzt wieder einen Patienten, der eigentlich, .. , jeder würde sagen, der hat nichts
61 mehr.
- 62 I.: Hmh.
- 63 T2.: Und die Krankengymnastin macht nur noch Kraft.
- 64 I.: Hmh.
- 65 T2.: Kraft, und um Hütchen laufen und schnell ausweichen und hat trotzdem noch Wahrneh-
66 mungsprobleme. Aber selbst bei ihm kann ich fast kein perfettisches therapeutisches Mit-
67 tel mehr anwenden.
- 68 I.: Hmh.
- 69 T2.: () diesen letzten zwei Wochen wieder ganz deutlich. Es geht nur noch im Imaginations-
70 bereich, und ganz schwierige Positionen, die er einnehmen muss. So im hinteren Quad-
71 ranten irgendwo da noch was zu machen,
- 72 I.: Hmh.
- 73 T2.: Da hat der keine Vorstellung, was da hinten passiert. Hätte ich nie nach Bobath überlegt,
74 dort hinten zu suchen.
- 75 I.: Hmh.
- 76 T2.: Und er wunderte sich immer, dass die Hand nicht auf und zu geht schnell, und das sind
77 eben ganz komplizierte Sachen, die von der Schulter aus (noch?) runter gehen. Und vom
78 Rumpf und vom Becken, minimal, vielleicht überall 5°, aber das reicht ihm halt, dass er
79 sich nicht wohlfühlt und sich nicht austherapiert findet.
- 80 I.: Hmh. Also das Wohlbefinden, das Subjektive,
- 81 T2.: Genau, das Subjektive, da kann ich ihm noch weiterhelfen, das hätte ich vorher nicht
82 gekonnt.
- 83 I.: Aha.
- 84 T2.: Und meine Feststellung, was ich jetzt auch noch zusätzlich getroffen habe, ist, dass alle
85 versuchen Kraft zu trainieren, vor allem bei einem tonus unangepassten Muskel.
- 86 I.: Hmh.
- 87 T2.: Und wundern sich: Warum kriegen sie nicht mehr Kraft?
- 88 I.: Hmh.
- 89 T2.: Das ist so im Moment mein .. mein neues Ergebnis. Oder Feststellung. Und sobald der
90 Muskel – je tonusangepasster der Muskel anzusteuern ist, je besser lässt er sich stärken.
- 91 I.: Hmh.
- 92 T2.: Und die können sich bei der Krankengymnastik noch Matte hoch, Matte runter rennen,
93 der kann trotzdem nicht aufstehen, weil der Quadrizeps nicht kräftig wird, weil da To-
94 nus(spannungen?), Irradiationen vorliegen.
- 95 I.: Hmh.
- 96 T2.: Und das ist eigentlich immer wieder interessant. Und es wird besser, wenn's bei mir bes-
97 ser wird, wird's bei ihr besser, das sagt mir der Patient.
- 98 I.: Aha.
- 99 T2.: Das ist echt irre.
- 100 I.: (lacht) Der Zusammenhang so von Deiner Behandlung auch hat Auswirkungen dann
101 auch auf die
- 102 I./T2. () (anderen)
- 103 T2.: Und von mir auf die. Und nicht dass ich das schließe, sondern dass die Patienten das
104 erkennen.
- 105 I.: Aha.
- 106 T2.: Weil ich so detailliert arbeite, auch wenn die Krankengymnastin ihnen vielleicht genauer
107 sagen kann, welcher Muskel da hinten wodurch irgendwo ansetzt und dass der da ir-
108 gendein Problem hat, aber sie geht das Problem nicht an.
- 109 I.: Hmh.
- 110 T2.: Sie markiert das und dehnt das und bei mir merkt er mehr, was dieser Muskel für Proble-
111 me macht.
- 112 I.: Hmh. Okay. Du hast es vielleicht schon kurz gesagt, aber so meine Frage ist noch mal,
113 was motiviert Dich denn dann letztendlich, mit dem Patienten nach dem Perfetti-Konzept
114 zu arbeiten?
- 115 T2.: Ja, meine - meine Therapie, wie sie jeweils sofort einen Erfolg bringt. Und die genaue
116 Zuordnung zu der Therapie, die ich mache.

- 117 I.: Also hat ganz viel mit dem was Du an Erfolg, Wirksamkeit,
118 T2.: Ja, genau. Der Patient sieht es und ich sehe das Ergebnis.
119 I.: Mhm, und das motiviert Dich, weiter zu machen.
120 T2.: Genau. Und ich komme sehr weit mit den Patienten.
121 I.: Mhm. Was ist Dir denn in der Zusammenarbeit mit den Patienten nach dem Perfetti-
122 Konzept besonders wichtig?
123 (Pause, Geräusche)
124 I.: Okay, also noch mal zu der Frage, was Dir in der Zusammenarbeit mit den Patienten
125 nach dem Perfetti-Konzept wichtig ist.
126 T2.: Ja. Mir ist wichtig, dass .. das konkrete Gespräch, was er fühlt, was er denkt, wie er lo-
127 gisch denkt, wie er Zusammenhänge auffasst und darüber sind die Patienten sehr dank-
128 bar, um da eine Rückmeldung zu kriegen, weil da hat sie eigentlich noch niemand zu ge-
129 fragt.
130 I.: Hmh.
131 T2.: Zu vielen Lebensbereichen, zu vielem, was sie fühlen, wie sie sich fühlen, wie sie ihren
132 Körper spüren, wo sie Schmerzen haben,
133 I.: Hmh.
134 T2.: Wirklich so genau, dass sie auch denken, dass man da helfen könnte. Und vorher werden
135 sie halt nicht so genau gefragt.
136 I.: Hmh.
137 T2.: Und, ja, sie fühlen sich gut verstanden und das ist sehr im Einklang eigentlich, jede Be-
138 handlung. Es geht nicht, dass der Therapeut etwas anderes will als der Patient versteht,
139 das funktioniert sofort nicht. Man merkt es dann sofort, und dann muss man seine Frage-
140 stellung oder seine Therapie anders angreifen.
141 I.: Hmh.
142 T2.: () jedenfalls ist es einfach dieses intensive Auseinandersetzen .. ja, mit dem Menschen
143 I.: Hmh.
144 T2.: als System.
145 (beide lachen)
146 I.: Hmh. Gut, okay. Und, Du hast es vorhin auch schon ein paar Mal kurz anklingen lassen,
147 ist denn die Therapie Deiner Meinung nach wirksam bzw. woran machst Du das fest, ob
148 sie wirksam ist?
149 T2.: Ja, ich kann es einmal festmachen an der Übung selber,
150 I.: Hmh.
151 T2.: die sich innerhalb der einzelnen Therapieeinheit verbessert, sichtbar, für beide, und dass
152 mir die Patienten sagen, dass ihnen auch im Alltag schon etwas auffällt.
153 I.: Aha.
154 T2.: Wenn sie zuhause ins Regal greifen, ob sie dann nur ein Glas nehmen oder wie sie das
155 Glas (spüren?/spülen?), wenn sie in verschiedene Höhen greifen, dass sie da sicherer
156 werden. Oder dass sogar Reflexsituationen sich anpassen.
157 I.: Hmh.
158 T2.: Es war ein Arzt da, der
159 (komische Geräusche)
160 I.: Nach einer kurzen Unterbrechung, weil das Band leider geklemmt hat, sind wir noch Mal
161 kurz an der Frage, also, ist die Therapie Deiner Meinung nach wirksam und woran
162 machst Du das fest? Gibt es da noch irgendetwas, was Dir dazu einfällt?
163 T2.: Also, der Patient gibt einem immer direkte Auskunft darüber, wie gut er eigentlich voran-
164 kommt. Jedes Mal auch, wenn man ihm keine Hausaufgaben gibt, genau, dann manch-
165 mal gebe ich denen was, wo sie dran denken sollen oder sich beobachten sollen als
166 Hausaufgabe. Manchmal frage ich: „ Oh, es ist ja schon besser als letztes Mal zum Ende
167 der Therapie – haben Sie was gemacht?“. Dann sagt der Patient: „Nein, ich hatte gar kei-
168 ne Zeit, an irgendetwas zu denken.“ Und trotzdem hat sich total viel gebessert, man hört oft
169 nicht dort auf, wo man in der letzten Therapie am Ende war, sondern schon ein Stück-
170 chen weiter. Manchmal schon mal ein bisschen besser sogar.
171 I.: Mhm.
172 T2.:) es verändert sich von Therapie zu – zwischen den Therapien auch etwas.

- 173 I.: Mhm. Und vielleicht als Abschluss noch mal: Bist Du denn mit der Behandlungsweise
174 nach dem Perfetti-Konzept zufrieden bezüglich der Möglichkeiten, die Dir das für Deine
175 ergotherapeutische Behandlung gibt?
- 176 T2.: Es fehlen noch einige Teile.
- 177 I.: Mhm.
- 178 T2.: Also mich würde noch sehr interessieren: Wie geht man mit einem akuten Schmerz um
179 außer in der Achtsamkeit, um nicht in den Schmerzbereich zu gehen. Aber was wir über
180 den neuropathischen Schmerz gehört haben, ist beim akuten Schmerz ja nicht unbedingt
181 anwendbar.
- 182 I.: Mhm.
- 183 T2.: Deswegen fehlt mir da eigentlich noch eine therapeutische Maßnahme: Wie kann ich ihn
184 in dem Moment, außer dass ich seine Wahrnehmung dorthin leite, da geht ja manchmal
185 auch der Schmerz ein bisschen mehr weg, aber das Thema Schmerz ist für mich noch
186 nicht genügend von Professor Perfetti abgedeckt. Das ist eigentlich der Hauptbereich.
- 187 I.: Mhm. Und ansonsten, wie würdest Du sonst sagen bist Du mit den Behandlungsmöglich-
188 keiten, die Dir das Konzept bietet, zufrieden?
- 189 T1.: Ja, ich kann es fachübergreifend verwenden, also ob ich einen orthopädischen Patienten
190 habe oder auch pädiatrische Kinder ist etwas anders, aber man kann vom Prinzip her in
191 allen Bereichen das Konzept anwenden. Auch in der speziellen Handtherapie, nach
192 Handverletzungen, nach Sehnenrissen, Muskulaturrissen, Kapsel- also alles, was so or-
193 thopädisch auch ist, gehe ich alles nach Perfetti an.
- 194 I.: Mhm.
- 195 T2.: Alles über die Wahrnehmung und auch Kraftaufbau ist dann auch mit diesen ganz leich-
196 ten Widerständen, die man so bietet, möglich.
- 197 I.: Mhm.
- 198 T2.: Rein über die Bewegung.
- 199 I.: Gut. Dann bedanke ich mich ganz herzlich für das Interview.
- 200 T2.: Gerne, mach was draus.
- 201 I.: (lacht)Ja, danke.

Anlage 10: Auszug der Inhaltsanalyse Therapeuteninterviews – Kategorienbildung

Fall	Zeile	Nr.	Paraphrase	Reduktion	Generalisierung	Kategorie
Wirksamkeit						
T1	60-62	15	Weil ich davon überzeugt bin, dass die Bewegung dann deutlich physiologischer ist, als wenn ich irgendwelche Reflexe versuche zu erarbeiten oder einfach nur sage: mach mal!	Ich bin davon überzeugt, dass die Bewegung deutlich physiologischer ist.	ET sind motiviert, weil das Konzept bessere Möglichkeiten bietet, die Bewegung physiologisch wiederherzustellen als andere Konzepte.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Bewegungsphysiologie. • Verbesserung der Therapieergebnisse
T1	76-77	21	Und halt auch, dass es hilft. Also man hat ja sehr schnelle Erfolge bei Patienten, die kognitiv keine Probleme mehr haben, da geht es ja rasend schnell.	Man hat sehr schnelle Erfolge bei Patienten, die kognitiv keine Probleme mehr haben. Da geht es rasend schnell.	Schnellere Erfolge bei Patienten ohne kognitive Probleme.	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängig von kognitiven Fähigkeiten des Patienten • Schnelle Erfolge
T2	84-97	55	Und die können sich bei der Krankengymnastik Matte hoch, Matte runter rennen, der kann trotzdem nicht aufstehen, weil der Quadrizeps nicht kräftig wird, weil da Tonus, Irradiationen vorliegen. Und das ist eigentlich immer wieder interessant. Und es wird besser, wenn's bei mir besser wird, wird's bei ihr besser, das sagt mir der Patient. Und nicht dass ich das schließe, sondern dass die Patienten das erkennen.	Die können bei der KG Matte hoch und runter rennen, der kann trotzdem nicht aufstehen, weil im Quadrizeps Irradiationen vorliegen. Wird es bei mir besser, wird es bei der KG besser, sagt mir der Patient. Nicht ich schließe das, sondern die Patienten erkennen das.	Die Auswirkungen, Veränderungen durch die Behandlung nehmen Patienten auch in der Krankengymnastik wahr.	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Auswirkungen auf die Physiotherapie
T2	149-152	67	Ich kann es einmal festmachen an der Übung selber, die sich innerhalb der einzelnen Therapieeinheit verbessert, sichtbar, für beide, und dass mir die Patienten sagen, dass ihnen auch im Alltag schon etwas auffällt.	Ich kann es an der Übung selbst festmachen, die sich innerhalb der einzelnen Therapieeinheiten sichtbar verbessert.	Wirksamkeit der Therapie ist sichtbar an der Verbesserung der Übungsausführung in einer Therapieeinheit.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation mit der Übung • Evaluation durch Rückmeldung des Patienten
T2	154-156	69	Dass mir die Patienten sagen, dass ihnen im Alltag schon etwas auffällt. Wenn sie zuhause ins Regal greifen, ob sie dann nur ein Glas nehmen oder wie sie das Glas spüren, wenn sie in verschiedene Höhen greifen, dass sie da sicherer werden. Oder dass sogar Reflexsituationen sich anpassen.	Dass mir die Patienten sagen, dass ihnen im Alltag etwas auffällt. Wenn sie zuhause ins Regal greifen, wenn sie in verschiedene Höhen greifen, dass sie da sicherer werden. Dass sich Reflexsituationen anpassen.	Patienten melden dem Therapeuten Veränderungen bei Bewegungsausführungen im Alltag zurück.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation durch Rückmeldung des Patienten

Fall	Zeile	Nr.	Paraphrase	Reduktion	Generalisierung	Kategorie
Clinical Reasoning						
T1	74-76	20	Weil ich halt schon sehe, dass, .., dass z. B. die Theorie sich dann .. also, das hilft mir, dass ich die Prozesse besser verstehe und dass ich es dem Patienten auch besser erklären kann.	Ich verstehe die Prozesse dann besser und kann es dem Patienten besser erklären.	Die Auseinandersetzung mit der Theorie lässt Prozesse besser verstehen und sie dem Patienten erklären.	<ul style="list-style-type: none"> • Scientific reasoning
T1	151-156	35, 36	Das ist mir auch sehr wichtig, weil ich denke, nur so kommt man in den Transfer in den Alltag rein. Das ist halt das Manko finde ich bei Patienten, die das halt nicht können, die sich nicht erinnern, die das vergessen, oder die dann sehr schnell wieder in den Alltag-Rhythmus kommen. Sobald – bei Ablenkung z.B. beim Rollstuhlfahren, dann vergessen die ja auch häufig die Seite oder (vergessen) die Aufmerksamkeit.	Das ist mir wichtig, weil ich denke, nur so bekommt man den Transfer in den Alltag hinein. Das Manko ist bei Patienten, die das nicht können, die sich nicht erinnern oder vergessen	Therapeuten halten das Einbeziehen der Angehörigen für den Transfer der Therapieinhalte in den Alltag für sehr wichtig.	<ul style="list-style-type: none"> • Konditionales reasoning
T2	84-97	55	Und meine Feststellung, was ich jetzt auch noch zusätzlich getroffen habe, ist, dass alle versuchen, Kraft zu trainieren, vor allem bei einem tonusunangepassten Muskel. Und wundern sich: Warum kriegen sie nicht mehr Kraft? Warum kriegen sie nicht mehr Kraft? Das ist so im Moment mein .. mein neues Ergebnis. Oder Feststellung. Und sobald der Muskel – je tonusangepasster der Muskel anzusteuern ist, je besser lässt er sich stärken.	Alle versuchen, Kraft zu trainieren, vor allem bei tonusunangepassten Muskeln. Und sie wundern sich: Warum kriegen sie nicht mehr Kraft? Meine Feststellung ist: Je tonusangepasster der Muskel anzusteuern ist, desto besser lässt er sich stärken.	Das Perfetti-Konzept ermöglicht dem Patienten, eine gute Tonusanpassung der Muskeln zu lernen als grundlegende Basis für den Aufbau von Kraft.	<ul style="list-style-type: none"> • Scientific reasoning
T2	106-111	57	Weil ich so detailliert arbeite, auch wenn die Krankengymnastin ihnen vielleicht genauer sagen kann, welcher Muskel da hinten wodurch irgendwo ansetzt und dass der da irgendein Problem hat, aber sie geht das Problem nicht an. Sie markiert das und dehnt das und bei mir merkt er mehr, was dieser Muskel für Probleme macht.	Weil ich so detailliert arbeite. Die Krankengymnastin kann ihnen genau sagen, welcher Muskel wo ansetzt und dass er ein Problem hat, aber sie geht das Problem nicht an. Bei mir merkt er mehr, was dieser Muskel für Probleme macht.	Probleme des Patienten mit der Tonusanpassung können innerhalb der Anwendung des Perfetti-Konzeptes detailliert erarbeitet werden.	<ul style="list-style-type: none"> • Scientific reasoning • Problemorientiertes Arbeiten

Fall	Zeile	Nr.	Paraphrase	Reduktion	Generalisierung	Kategorie
Motivation						
T1	56	13	Meine Motivation ist erstens, weil die Patienten weniger Schmerzen haben,	Die Patienten haben weniger Schmerzen.	Therapeuten arbeiten motiviert nach dem Konzept, weil die Patienten weniger Schmerzen haben.	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzreduktion
T1	58	14	Zweitens, weil ich denke, es ist wirklich sehr wichtig, dass die aktiv dabei sein müssen,	Ich denke, dass es sehr wichtig ist, dass Patienten aktiv dabei sein müssen.	Therapeuten arbeiten motiviert nach dem Konzept, weil Patienten aktiv in die Therapie einbezogen sind.	<ul style="list-style-type: none"> • Aktive Mitarbeit der Patienten • Aktives Einbeziehen des Patienten
T1	64	16	Die Auseinandersetzung halt mit dem Körper an sich.	Die Auseinandersetzung mit dem Körper.	Therapeuten sind motiviert, weil eine Auseinandersetzung mit dem Körper stattfindet.	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit dem Körper
T1	66-69	17, 18	Ja und auch der Austausch, Du kommst – was ich sehr schön finde eigentlich - Du gehst auch teilweise von der emotionalen Seite weg (zunächst?), Du <u>arbeitest</u> ja richtig. Und der Patient muss dabei sein. Weil wenn er nicht dabei ist, hast Du auch keinen Effekt, also Du musst ihn auffordern, das finde ich schon auch eine Entscheidung des Patienten, mitzumachen. Wenn es für ihn plausibel ist und er verstanden hat, worum es geht. Das ist die Voraussetzung.	Der Austausch. Man geht von der emotionalen Seite weg und der Patient muss dabei sein. Wenn er nicht dabei ist, hat man keinen Effekt. Man muss ihn auffordern, mitzumachen. Wenn es für ihn plausibel ist und er verstanden hat, worum es geht. Das ist die Voraussetzung.	Therapeuten sind motiviert, das Therapiekonzept anzuwenden, weil ein aktiver Austausch mit dem Patienten stattfindet.	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiver Austausch mit Patienten. • Aktives Einbeziehen des Patienten. • Abhängig von der aktiven Mitarbeit des Patienten.
T2	115-116	58	Ja, meine - meine Therapie, wie sie jeweils sofort einen Erfolg bringt. Und die genaue Zuordnung zu der Therapie, die ich mache.	Meine Therapie, wie sie sofort einen Erfolg bringt.	Unmittelbare und der Therapie zuzuordnende Erfolge motivieren Ergotherapeuten, nach dem Konzept zu arbeiten.	<ul style="list-style-type: none"> • Schnelle und sichtbare Erfolge
T2	118	59	Ja, genau. Der Patient sieht es und ich sehe das Ergebnis. Und ich komme sehr weit mit den Patienten.	Der Patient und ich sehen das Ergebnis. Ich komme mit dem Patienten sehr weit.		<ul style="list-style-type: none"> • Patient nimmt Erfolge wahr • Therapeut nimmt Erfolge wahr

Fall	Zeile	Nr.	Paraphrase	Reduktion	Generalisierung	Kategorie
Klientenzentrierung						
T1	85-87	23	Dass der gleichberechtigte Austausch - also ich finde wichtig, dass der Patient versteht, um was es geht, also dass er auch weiß, um welche Bewegung es geht und was da vielleicht so in Ansätzen passieren muss –	Der gleichberechtigte Austausch. Ich finde wichtig, dass der Patient versteht, um was es geht, um welche Bewegung es geht und was da in Ansätzen passieren muss.	Therapeuten legen in der Zusammenarbeit mit Patienten Wert auf einen gleichberechtigten Austausch und die verständliche Erklärung.	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit als gleichberechtigte Partner • Verständliche Erklärungen
T1	89-91	24	Also, hm, ... , () ..fast auf - wie auf gleicher Ebene, aber man spricht den Menschen nicht als Patienten an sondern als denjenigen, der dafür sorgen kann, dass er z. B. wieder eine Handlung, eine Bewegung machen kann.	Man spricht den Menschen nicht als Patienten an, sondern als denjenigen, der dafür sorgen kann, dass er eine Handlung oder Bewegung wieder machen kann.	Therapeuten legen Wert auf die aktive Rolle des Patienten als Initiator von Veränderungen.	<ul style="list-style-type: none"> • Empowerment/ Befähigung • Selbststeuerung/ Eigenverantwortlichkeit
T2	126-129	61	Ja. Mir ist wichtig, dass .. das konkrete Gespräch, was er fühlt, was er denkt, wie er logisch denkt, wie er Zusammenhänge auffasst und darüber sind die Patienten sehr dankbar, um da eine Rückmeldung zu kriegen, weil da hat sie eigentlich noch niemand zu gefragt.	Mir ist das konkrete Gespräch wichtig, das, was er fühlt, was er denkt, wie er logisch denkt, wie er Zusammenhänge auffasst. Dafür sind die Patienten sehr dankbar. Eine Rückmeldung zu bekommen, weil sie eigentlich noch niemand gefragt hat.	Therapeuten legen Wert auf den aktiven Austausch mit Patienten und seine individuelle Art zu denken und zu fühlen.	<ul style="list-style-type: none"> • Respekt, Wertschätzung • Aktiver Austausch mit dem Patienten
T2	137-138	64	Und, ja, sie fühlen sich gut verstanden und das ist sehr im Einklang eigentlich, jede Behandlung.	Sie fühlen sich gut verstanden und das ist im Einklang mit jeder Behandlung.	Therapeuten legen Wert darauf, dass Patienten sich wertgeschätzt und verstanden fühlen.	<ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung
T2	138-140	65	Es geht nicht, dass der Therapeut etwas anderes will als der Patient versteht, das funktioniert sofort nicht. Man merkt es dann sofort, und dann muss man seine Fragestellung oder seine Therapie anders angreifen.	Es geht nicht, dass der Therapeut etwas anderes will als der Patient versteht, das funktioniert sofort nicht. Man merkt es dann sofort, und dann muss man seine Fragestellung oder seine Therapie anders angreifen.	Therapeuten legen Wert darauf, mit Patienten gemeinsam Ziele zu verhandeln und Therapieinhalte verständlich zu erklären.	<ul style="list-style-type: none"> • Verständliche Erklärung • Gemeinsam Ziele verhandeln
T2	142-144	66	Jedenfalls ist es einfach dieses intensive Auseinandersetzen.. ja, mit dem Menschen als System.	Es ist diese intensive Auseinandersetzung mit dem Menschen als System.	Therapeuten betrachten den Menschen aus systemischer Sicht.	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitliche, systemische Sicht des Menschen

Fall	Zeile	Nr.	Paraphrase	Reduktion	Generalisierung	Kategorie
Anwendbarkeit						
T1	7-8	1	Ganz frei... also ich persönlich merke, dass ich mit dem Konzept z.B. sehr gerne mit Orthopädischen arbeite. Mit Querschnittpatienten finde ich, habe ich jetzt auch eine Erfahrung gemacht, die ich sehr spannend finde.	Ich persönlich merke, dass ich nach dem Konzept sehr gerne mit orthopädischen Patienten arbeite. Mit Querschnittspatien-ten habe ich eine Erfahrung gemacht, die ich sehr span-nd finde.	Gute Erfahrungen beim Ein-satz des Perfetti-Konzeptes mit orthopädischen und Querschnittpatienten.	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendungsberei-che Orthopädie/ Querschnitt
T1	43-52	10, 11, 12	Also zügig Metaphern finden und das beschreiben. Wenn sie zu Anfang noch Schwierigkeiten vielleicht haben, das legt sich eigentlich innerhalb der ersten halben Stunde. Und die sehen dann meistens auch einen Effekt, und denken dann erstmal (...):	Wenn die Patienten zu Anfang noch Schwierigkeiten haben, legt sich das innerhalb der ersten halben Stunde. Die Patienten sehen meistens auch einen Effekt. Ich komme weiter.	Die Anwendung von Thera-piestrategien kann von Pati-enten schnell umgesetzt werden und wird als wirksam erlebt.	<ul style="list-style-type: none"> • Angewandte Stra-tegien
T2	76-79	53	Und er wunderte sich immer, dass die Hand nicht auf und zu geht schnell, und das sind eben ganz komplizierte Sa-chen, die von der Schulter aus runter gehen. Und vom Rumpf und vom Be-cken, minimal, vielleicht überall 5°, aber das reicht ihm halt, dass er sich nicht wohl fühlt und sich nicht austherapiert findet. Genau, das Subjektive, da kann ich ihm noch weiterhelfen, das hätte ich vorher nicht gekonnt.	Er wunderte sich, dass die Hand nicht schnell auf und zu geht. Das reicht ihm, dass er sich nicht wohl fühlt und sich nicht austherapiert findet. Das Subjektive, da kann ich ihm noch weiterhelfen. Das hätte ich vorher nicht gekonnt.	Das Perfetti-Konzept bietet noch Behandlungsmöglich-keiten bei Restdefiziten, wel-che die Qualität der Bewe-gung und das subjektive Wohlbefinden des Patienten beeinträchtigen.	<ul style="list-style-type: none"> • Differenzierte Be-handlungsmöglich-keiten • Einbeziehen des subjektiven Wohl-befindens
T2	189-193	74	Ja, ich kann es fachübergreifend ver-wenden, also ob ich einen orthopädi-schen Patienten habe oder auch pädiat-rische Kinder ist etwas anders, aber man kann vom Prinzip her in allen Be-reichen das Konzept anwenden. Auch in der speziellen Handtherapie, nach Handverletzungen, nach Sehnen-rissen, Muskulaturrissen, Kapsel- also alles, was so orthopädisch auch ist, gehe ich alles nach Perfetti an.	Ich kann es fachübergreifend verwenden.	Therapeuten schätzen die fachübergreifende Anwend-barkeit des Konzepts in der Orthopädie, bei Kindern und Handverletzungen.	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendungsberei-che. Orthopädie, Pädiatrie, Handver-letzungen

Anlage 11: Auszug Inhaltsanalyse Klienteninterviews - Kategorienbildung

Fall	Zeile	Nr.	Paraphrase	Reduktion	Generalisierung	Kategorie
Wirksamkeit						
P1	36-37 48	3 4	„Das ist, das Gefühl hat sich eigentlich jeden Tag verändert. Es ist immer anders, es ist immer anders. Ja das sind Veränderungen, die .. ja, die aufgrund der Behandlung festzustellen sind.“	Das Gefühl hat sich jeden Tag verändert.	Veränderungen der Sensibilität in Arm und Bein führen Patienten auf die Behandlung zurück.	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung/ Verbesserung der Sensibilität • Patient erlebt Veränderungen/ Verbesserungen bewusst.
P1	60-68	8	„Ich kann noch nicht korrekt ein Brötchen schmieren, aber ich kann es halten. Ich habe immer mit Brett, mit Nägeln - aufgepiekst. Aber jetzt kann ich schon das; und ich versuche auch immer wieder auch selbst zu schmieren.“	Ich kann noch nicht korrekt ein Brötchen schmieren, aber halten.	Patienten machen die Verbesserungen durch die Therapie an alltäglichen Aktivitäten fest.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Durchführung von alltäglichen Aktivitäten • Patienten erleben sich als befähigt
P2	71-72	40, 41	„...ich mache ja Fortschritte und ich habe das unbedingte Gefühl, in kompetenten Händen zu sein. Das kann ich sagen. Und ähm-...“	Ich mache Fortschritte. Ich habe das Gefühl, in kompetenten Händen zu sein.	Patienten erleben Fortschritte und haben das Gefühl, in kompetenten Händen zu sein.	<ul style="list-style-type: none"> • Patient erlebt Veränderungen/ Verbesserungen bewusst. • Kompetenz des Ergotherapeuten trägt zur Wirksamkeit bei.
P2	96-102	46	„Oder auch- auch jetzt für den Betrachter von außen, der ja so von meinen sonstigen Handicaps jetzt nichts weiß.“		Veränderungen am Patienten sind für das Umfeld sichtbar.	<ul style="list-style-type: none"> • Umfeld nimmt Veränderungen wahr.
P2	77-80	43	Es sieht bestimmt für Leute schon ganz, die wissen von meinem Handicap, schon ganz o.k aus. Das ist ein großer Fortschritt. Da ist bestimmt noch mehr, aber immer im Moment jetzt darauf kommen.	Für Menschen, die von dem handicap wissen, sieht das ganz o. k. aus. Das ist ein großer Fortschritt.	Für die Umwelt des Patienten sind Verbesserungen durch die Therapie sichtbar.	<ul style="list-style-type: none"> • Umfeld nimmt Veränderungen wahr.
P2	95-96	46	„Um mal eben über meine Standfestigkeit nicht nachdenken zu müssen. Also das ist- das ist vielleicht noch das- mit das Auffälligste.“	Noch mehr fällt mir auf, dass ich mich nicht einmal hinsetzen muss und nicht über meine Standfestigkeit nachdenken muss.	Patienten müssen über schwierige Bewegungsabläufe nicht mehr nachdenken.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Bewegungsfähigkeit (Qualität und Quantität)

Fall	Zeile	Nr.	Paraphrase	Reduktion	Generalisierung	Kategorie
Klientenzentrierung						
P1	106-107	19	„Ja. Ja, das- das kann ich. Da muss ich mich sehr konzentrieren und muss das erst mit der gesunden Hand - das ist mein Lehrmeister.“	Ich muss mich konzentrieren.	Patienten sind sich ihrer Fähigkeit, Strategien wie die motorische Imagination und Aufmerksamkeit anwenden zu können bewusst.	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten wenden therapeutische Strategien bewusst an. • Patienten können selbstgesteuert Veränderungen herbeiführen.
P1	68-70	9	„Aber da mache ich noch falsche Bewegungen. Also dann: Ich weiß, dass ich nicht mit der Schulter hochgehen darf und wenn ich dann ganz konzentriert da hindenke, dann wird es auch wirklich besser.“	Ich mache noch falsche Bewegungen. Wenn ich ganz konzentriert hindenke, wird es besser.	Patienten erkennen falsche Bewegungen und können über konzentriertes Hindenken Veränderungen von Bewegungsabläufen herbeiführen.	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten wenden therapeutische Strategien bewusst an. • Patienten können selbstgesteuert Veränderungen herbeiführen.
P2	20-25	31	Weil ich mit Auffassungsschwierigkeiten zu tun habe, meinerseits, und mich insofern auch wirklich locker machen kann. Und dass ich mich eben, bei der Situation die immer geschaffen ist, die ich so jetzt immer schon gewohnt bin, mich optimal konzentrieren kann und (?) vollkommen. Ich bin ganz bei der Sache, aber... wie es im Buche steht, und dann nach einer Dreiviertelstunde ist dann Schluss bei mir, so langsam kann ich dann gar nicht mehr.	Mir ist wichtig, dass ich die gestellte Aufgabe verstehe.	Patienten ist die eine verständliche und an die individuelle Problematik angepasste Erklärung der Aufgabenstellung wichtig.	<ul style="list-style-type: none"> • Verständliche, nachvollziehbare Erklärungen
P2	20-25	31	„Und dass ich mich eben, bei der Situation die immer geschaffen ist, die ich so jetzt immer schon gewohnt bin, mich optimal konzentrieren kann und (?) vollkommen. Ich bin ganz bei der Sache, aber... wie es im Buche steht, und dann nach einer Dreiviertelstunde ist dann Schluss bei mir, so langsam kann ich dann gar nicht mehr.“	Mir ist wichtig, dass ich mich optimal konzentrieren kann.	Patienten erleben, dass Therapeuten eine Therapiesituation schaffen, in der optimale Konzentration möglich ist.	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeut schafft optimale Lernsituation.

Fall	Zeile	Nr.	Paraphrase	Reduktion	Generalisierung	Kategorie
Motivation						
P2	111-114	50	„...und dafür so Beispiele gibt es viele. Dass ich eben meinen Kopf irgendwie durchsetzen will, aber dann muss ich es, sagen wir mal, büßen durch irgendeine Leistung, wie auf dem Stuhl sitzen ohne Lehne. Das ist (?), und die gehe ich aber gerne auch so als Herausforderung ein.“		Patienten sind bereit, in der Behandlung Herausforderungen anzunehmen, die sie sich selbst gestellt haben.	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeiten an bedeutungsvollen Zielen
P1	28-32	2	„Das Gefühl .. und jetzt erwarte ich, dass es jetzt, wenn es von hier oben vom Unterarm in den - vom Oberarm in den Unterarm gerutscht ist, dass es jetzt ganz rausrutscht. Das wäre so meine Idee. Und da bin ich eigentlich ganz froh drüber. Das wäre doch eigentlich ein toller Erfolg. Das wäre so meine Idee. Und da bin ich eigentlich ganz froh drüber. Das wäre doch eigentlich ein toller Erfolg.“	Ein toller Erfolg.	Patienten erwarten, dass sich die Wahrnehmungen von Missempfindungen durch die Therapie weiterhin positiv beeinflussen lassen.	<ul style="list-style-type: none"> • Patient erlebt Veränderungen /Verbesserungen bewusst. • Zukünftig erwartete Veränderungen

Anlage 12: Gegenüberstellung der Kategorien Therapeuteninterviews und Annahmen

	Kategorie	Paraphrase	Gegenüberstellung Annahme
Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positive Auswirkung auf Physiotherapie 	55	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewusst erlebte Veränderungen vom Patienten 	3	9. Ergotherapeuten erleben die Anwendung des Therapiekonzeptes als wirksam, weil in jeder Therapieeinheit aktivierte Lernprozesse beim Patienten sichtbar werden, indem der Patient selbst Veränderungen herbeiführen kann.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Bewegungsphysiologie 	15	10. Ergotherapeuten, die Erfahrung in der Anwendung des Konzeptes haben, nehmen Unterschiede in der „Qualität der Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeit“ im Vergleich zu anderen Therapiekonzepten wahr.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schmerzreduktion 	28	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beobachtbare Veränderungen der Tonusanpassung 	29	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beobachtbare Veränderungen der Aufmerksamkeit 	29	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Zielerreichung überprüfen 	31	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Rückmeldung des Patienten 	27,67,68,70	9. Ergotherapeuten erleben die Anwendung des Therapiekonzeptes als wirksam, weil in jeder Therapieeinheit aktivierte Lernprozesse beim Patienten sichtbar werden, indem der Patient selbst Veränderungen herbeiführen kann.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch die Beobachtung des Patienten 	3,27,32,69	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation mit der Übung 	67	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ abhängig vom therapeutischen Setting 	22,33	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abhängig von Konzepten des interdisziplinären Teams 	39	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abhängig von den kognitiven Fähigkeiten des Patienten 	21	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abhängig von der Sensibilität des Patienten 	48	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abhängig von der aktiven Mitarbeit des Patienten 	17,18	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alltagstransfer abhängig vom Schweregrad 	33,38		

	Kategorie	Paraphrase	Gegenüberstellung Annahme
Clinical Reasoning	<ul style="list-style-type: none"> Scientific reasoning (Auseinandersetzung mit der Theorie, EBP, Diagnose) 	20,41,42,47,51, 52,55,57	17. Ergotherapeuten informieren sich über aktuelle neurowissenschaftliche Entwicklungen, die in Zusammenhang mit dem Therapiekonzept stehen. 1. Ergotherapeuten entscheiden sich für das Erlernen und die Anwendung des Therapiekonzeptes, weil der Ansatz sich an aktueller Neurowissenschaft orientiert.
	<ul style="list-style-type: none"> Pragmatisches reasoning (setting, Erfahrung, Ressourcen und Schwächen Therapeut und Patient) 	38,39,40,41	
	<ul style="list-style-type: none"> Konditionales reasoning (Umwelt einbeziehen) 	34,35	
	<ul style="list-style-type: none"> Prozedurales Reasoning (Erscheinungsbild des Patienten, Auswahl der Methode) 	51	
	<ul style="list-style-type: none"> Problemorientiertes Arbeiten 	57	
Motivation	<ul style="list-style-type: none"> Schmerzreduktion 	13	
	<ul style="list-style-type: none"> Aktive Mitarbeit der Patienten 	14	3. Ergotherapeuten wenden das Therapiekonzept an, weil es den Patienten aktiv in den Behandlungsprozess einbindet und nicht der Therapeut als „Behandler“ im Vordergrund steht.
	<ul style="list-style-type: none"> Aktiver Austausch mit dem Patienten 	18	
	<ul style="list-style-type: none"> Verbesserung der Therapieergebnisse 	15	10. Ergotherapeuten, die Erfahrung in der Anwendung des Konzeptes haben, nehmen Unterschiede in der „Qualität der Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeit“ im Vergleich zu anderen Therapiekonzepten wahr.
	<ul style="list-style-type: none"> Auseinandersetzung mit dem Körper 	16	
	<ul style="list-style-type: none"> Schnelle und sichtbare Erfolge 	21,43,45,58	
	<ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftlich begründetes Arbeiten 	41	17. Ergotherapeuten informieren sich über aktuelle neurowissenschaftliche Entwicklungen, die in Zusammenhang mit dem Therapiekonzept stehen.
	<ul style="list-style-type: none"> Patient nimmt Erfolge wahr 	43,52,59	
	<ul style="list-style-type: none"> Therapeut nimmt Erfolge wahr 	52,59	2. Ergotherapeuten entscheiden sich für Fort- und Weiterbildung und Anwendung des Therapiekonzeptes, weil sie Behandlungserfolge erleben.

	Kategorie	Paraphrase	Gegenüberstellung Annahme
Klientenzentrierung	▪ Aktives Einbeziehen des Patienten	14,18	4. Ergotherapeuten beziehen den Patienten als aktiven Partner in den Therapieprozess mit ein und schätzen die partnerschaftliche Zusammenarbeit. 3. Ergotherapeuten wenden das Therapiekonzept an, weil es den Patienten aktiv in den Behandlungsprozess einbindet und nicht der Therapeut als „Behandler“ im Vordergrund steht.
	▪ Zusammenarbeit als gleichberechtigter Partner	23	4. Ergotherapeuten beziehen den Patienten als aktiven Partner in den Therapieprozess mit ein und schätzen die partnerschaftliche Zusammenarbeit.
	▪ Befähigung (Empowerment) des Patienten	24,25,26	
	▪ Respekt und Empathie/ Wertschätzung	25,61,64	
	▪ Selbststeuerung/ Selbstverantwortung/ Eigenverantwortlichkeit	24,25,64	6. Ergotherapeuten leiten Patienten an, wie sie in der Therapie erlernte Strategien im Alltag nutzen können.
	▪ Anleitung von Angehörigen	35	
	▪ Einbeziehen des subjektiven Wohlbefindens	53	18. Ergotherapeuten beziehen die subjektive Körperwahrnehmung des Patienten und das Erleben von Schmerzen in die Therapie mit ein. 12. Ergotherapeuten bewerten die subjektive Körperwahrnehmung des Patienten und das Erleben von Schmerzen als grundlegend bedeutsam für den Therapieprozess und den Erfolg der Therapie.
	▪ Einbeziehen individueller Wahrnehmung	62	12. Ergotherapeuten bewerten die subjektive Körperwahrnehmung des Patienten und das Erleben von Schmerzen als grundlegend bedeutsam für den Therapieprozess und den Erfolg der Therapie.
	▪ Informationen	62	5. Ergotherapeuten informieren Patienten umfassend in einer für sie verständlichen Sprache über die Inhalte und Vorgehensweise des Behandlungskonzeptes.
	▪ Verständliche Erklärungen	23,65	5. Ergotherapeuten informieren Patienten umfassend in einer für sie verständlichen Sprache über die Inhalte und Vorgehensweise des Behandlungskonzeptes.
	▪ Gemeinsam Ziele verhandeln	65	8. Ergotherapeuten beziehen die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten aktiv in die Zielfindung mit ein.
▪ Ganzheitliche systemische Sicht des Menschen	66		

	Kategorie	Paraphrase	Gegenüberstellung Annahme
Anwendbarkeit	▪ Differenzierte Diagnostikmöglichkeiten	49,50	
	▪ Differenzierte Behandlungsmöglichkeiten	49,50,53	10. Ergotherapeuten, die Erfahrung in der Anwendung des Konzeptes haben, nehmen Unterschiede in der „Qualität der Wiederherstellung von Bewegungsfähigkeit“ im Vergleich zu anderen Therapiekonzepten wahr.
	▪ Angewandte Strategien (motorische Imagination)	52	
	▪ Anwendungsbereiche: Neurologie, Pädiatrie, Chirurgie, Handverletzungen)	1,2,74	
	▪ Abhängig vom Wissen und der Erfahrung des Therapeuten	2	
	▪ Abhängig vom Schweregrad der Betroffenheit (kognitive Defizite)	2,3,4,5	

Anlage 13: Gegenüberstellung der Kategorien Patienteninterviews und Annahmen

	Kategorie	Paraphrase	Gegenüberstellung Annahmen
Wirksamkeit	▪ Patient erlebt bewusst Veränderungen / Verbesserungen	2,3,4,6,7,16,18,40,41	
	▪ Veränderung/Verbesserung der Sensibilität	1,3,4,16	
	▪ Verbesserung der Bewegungsfähigkeit (Qualität und Quantität)	8,10,11,21,42,45,46	
	▪ Verbesserung der Durchführung von alltäglichen Aktivitäten	8,10,11,42	
	▪ Verbesserung der Durchführung von Betätigungen in individueller Umwelt	45,47,48	
	▪ Umfeld nimmt Veränderungen wahr	28,43,46,52	
	▪ Anwendung von Strategien als wirksam erlebt („Gedanken übertragen“, „Hindenken“)	12,13,14,16	3. Patienten machen die Wirksamkeit der Therapie am Erreichen von Zielen, die ihnen wichtig sind, fest.
	▪ Kompetenz des Ergotherapeuten trägt zur Wirksamkeit bei	28,40,41	
	▪ Abhängig von kognitiven Fähigkeiten	51	
	▪ Zufriedenheit durch das Erreichen von gesetzten Zielen	27,49,52	18. Patienten, die auch andere Therapiekonzepte kennengelernt haben, bevorzugen die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept, weil sie es als wirksam erleben.
Motivation	▪ In Kombination mit der Physiotherapie	5	
	▪ Erlebte Veränderungen/ Verbesserungen	2	12. Patienten sind motiviert zur Therapie, weil sie die Veränderungen während der Therapie bewusst erleben.
	▪ Zukünftig erwartete Veränderungen/ Verbesserungen	2	
	▪ Arbeiten an bedeutungsvollen Zielen	50	

	Kategorie	Paraphrase	Gegenüberstellung Annahmen
Klientenzentrierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten kennen Therapiestrategien („Hindenden“, „Gedanken übertragen“, „Aufmerksamkeit“) 	1,12,13,14,51	18. Patienten, die auch andere Therapiekonzepte kennen gelernt haben, bevorzugen die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept, weil sie es als wirksam erleben.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten wenden therapeutische Strategien bewusst an 	1,9,14,19,20,21	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten können selbstgesteuert Veränderungen herbeiführen 	9,16,19,20	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten erleben sich als befähigt (empowerment) 	8,16,21	1. Patienten erleben sich als befähigt, erlernte Strategien selbstständig (ohne Anwesenheit des Therapeuten) im Alltag anzuwenden.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partnerschaftliche Zusammenarbeit 	25,30,33,38	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeinsam an bedeutungsvollen Zielen arbeiten 	49	1. Patienten erleben sich als befähigt, erlernte Strategien selbstständig (ohne Anwesenheit des Therapeuten) im Alltag anzuwenden.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Als Person ganzheitlich erfasst 	33	11. Patienten erfahren, dass der Ergotherapeut einfühlsam auf ihr subjektives Erleben der Körperwahrnehmung und Schmerzen eingeht und in die Therapie einbezieht.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behutsamer, einfühlsamer Körperkontakt während der Übungen 	24,26	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verständliche, nachvollziehbare Erklärungen (Transparenz) 	24,25,31	6. Patienten erfahren, dass die Ergotherapeuten die Bedeutung der Übungen verständlich erklären und den Bezug zum Alltag herstellen.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapeut schafft optimale Lernsituation 	25,26,31	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen über das Therapiekonzept 	29,36	5. Patienten sind in einer für sie verständlichen Sprache über das Therapiekonzept informiert.



Anlage 14: Anschreiben Studienteilnehmergewinnung

Liebe Kollegen,

wir sind Studentinnen des berufsbegleitenden Bachelorstudienganges Ergotherapie in Hamburg in Kooperation mit der Hogeschool Zuyd (Heerlen, NL). Vor über 10 Jahren haben wir beide das Konzept der kognitiv therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti kennen gelernt und uns kontinuierlich in Theorie und Praxis weitergebildet. Seitdem haben wir viel Erfahrung gesammelt in der Behandlung von neurologischen Patienten und engagieren uns aktiv in der Arbeit des VfCR (Verein für Cognitive Rehabilitation).

Wir haben nun mit unserer Bachelorarbeit begonnen und bitten Euch um Eure Unterstützung. Wir möchten eine „**Evaluation des Perfetti-Konzeptes aus der Sicht von Ergotherapeuten und Patienten**“ durchführen.

Bisher gibt es keine Untersuchung zum Perfetti-Konzept, die sich damit auseinandersetzt, wie Patienten und Ergotherapeuten die Behandlung erleben und bewerten. Aus eigenen Erfahrungen besteht zwar der Eindruck, dass Patienten mit der Behandlung nach dem Therapiekonzept zufrieden sind und gute Fortschritte machen. Doch wie beurteilen die Patienten tatsächlich und woran machen sie das fest? Findet ein Transfer der erlernten Inhalte in den Alltag statt? Warum entscheiden sich z. B. Ergotherapeuten für das Therapiekonzept? Um Antworten auf diese und andere Fragen zu finden, möchten wir je einen Patienten- und Therapeutenfragebogen entwickeln.

Es sollen neurologische Patienten befragt werden, die von Euch nach dem Therapiekonzept behandelt werden.

Um ein möglichst gleichmäßiges theoretisches und praktisches Basiswissen über das Perfetti-Konzept zu garantieren, haben wir folgende Einschlusskriterien für die teilnehmenden Ergotherapeuten festgelegt:

- Teilnahme am Perfetti „Examenskurs“ (2,5 Wochen Theorie und Praxis) 2007 in München
- Teilnahme am Perfetti „Basiskurs“ (2,5 Wochen Theorie und Praxis) 2004 in der Clinica Hildebrand in Brissago/ CH
- Teilnahme am „corso di base“ bis 2003 oder „corso di primo livello“ ab 2003 (2,5 Wochen Theorie und Praxis) in Italien

Alle Kurse sind AIDETC (Associazione Internazionali Docenti Esercizio Terapeutico Conoscitivo) anerkannt. Da sich die Kursbezeichnungen trotz gleichbleibender Inhalte in Italien und Deutschland mehrfach verändert haben, sind die betreffenden Kurse oben aufgeführt.

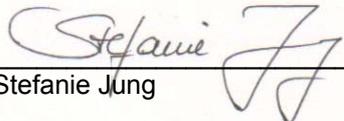
Wir würden uns sehr über Eure Bereitschaft freuen, an der Studie teilzunehmen, denn die Zahl der Ergotherapeuten, die diese Einschlusskriterien erfüllt, ist begrenzt. Sendet dazu bitte bis zum 27.12.2007 Eure e-mail und Postadresse an eine der unten angegebenen Adressen oder an die oben genannte E-mail-Adresse.

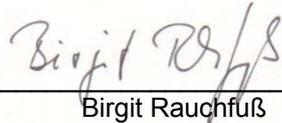
Voraussichtlich werden die Fragebögen und weitere Informationen zur Durchführung der Studie bis Ende Januar 2008 verschickt. Erhobene Daten werden natürlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Als Dankeschön für die Teilnahme stellen wir Euch gerne unsere Bachelorarbeit in digitaler Form (pdf Datei) zur Verfügung. Bei Fragen Eurerseits könnt Ihr Euch jederzeit an uns wenden.

Wir bedanken uns im Voraus für Eure Hilfe und verbleiben

mit freundlichen Grüßen


Stefanie Jung


Birgit Rauchfuß



Anlage 15: Anschreiben Teilnehmer Pilotstudie

Liebe Teilnehmer der Pilotstudie,

wir möchten uns zunächst dafür bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben, an unserer Pilotstudie mitzuwirken.

Wir, Stefanie Jung und Birgit Rauchfuß, sind ausgebildete Ergotherapeutinnen mit langjähriger Berufserfahrung in der Behandlung von Patienten nach dem Perfetti-Konzept. Zurzeit nehmen wir an einem berufs begleitenden Bachelorstudiengang Ergotherapie in Hamburg in Kooperation mit der Hogeschool Zuyd (Heerlen, NL) teil. Im Rahmen unserer Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) möchten wir eine Bewertung des Behandlungskonzeptes nach Prof. Perfetti aus der Sicht von Patienten und Ergotherapeuten durchführen.

Bisher gibt es keine Untersuchung zum Perfetti-Konzept, die sich damit auseinandersetzt, wie Patienten und Ergotherapeuten die Behandlung erleben und bewerten. Um Antworten auf diese und andere Fragen zu finden, führen wir Mitte Februar 2008 eine Hauptstudie durch. Dazu konnten wir Patienten und Ergotherapeuten als Teilnehmer gewinnen.

Bevor diese Hauptstudie durchgeführt werden kann, möchten wir uns vergewissern, dass der Fragebogen für den Leser verständlich ist und problemlos ausgefüllt werden kann. Diese Überprüfung findet durch unsere Pilotstudie statt.

Ihre Mitarbeit im Rahmen der Pilotstudie ist für uns sehr bedeutsam und hilfreich. Ihre Aufgabe besteht unter anderem darin, den Fragebogen sowie die Anleitung zum Ausfüllen und das Anschreiben kritisch zu überprüfen und zu bewerten.

Zu Ihrer Erleichterung haben wir die notwendigen Arbeitsschritte in ihrer Reihenfolge aufgeführt:

1. Anschreiben zum Fragebogen	durchlesen
2. Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens	durchlesen
3. Fragebogen (gelb)	ausfüllen Achten Sie bitte darauf, wie viel Zeit Sie zum Ausfüllen benötigen.
4. Fragebogen zur Pilotstudie (blau)	ausfüllen

Wir freuen uns sehr über Ihre Anregungen und werden diese bei der Überarbeitung des Fragebogens berücksichtigen. Ihre Daten werden selbstverständlich anonym ausgewertet und vertraulich behandelt.

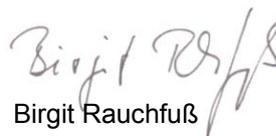
Für Nachfragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch oder per E-mail zur Verfügung.

Bitte senden Sie die ausgefüllten Fragebögen im beigefügten frankierten Rückumschlag bis spätestens 31.01.08 zurück.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen


Stefanie Jung


Birgit Rauchfuß

Anlage



Anlage 16: Anschreiben Hauptstudie Ergotherapeuten

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

wir, Stefanie Jung und Birgit Rauchfuß, sind ausgebildete Ergotherapeutinnen mit langjähriger Berufserfahrung in der Behandlung von Patienten nach dem Perfetti-Konzept. Zurzeit nehmen wir an einem berufsbegleitenden Bachelorstudiengang Ergotherapie in Hamburg in Kooperation mit der Hogeschool Zuyd (Heerlen, NL) teil.

Im Rahmen unserer Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) möchten wir eine Bewertung des Behandlungskonzeptes der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti aus Sicht von Patienten und Ergotherapeuten durchführen.

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich bereit erklärt haben, an unserer Studie teilzunehmen.

Bisher gibt es keine wissenschaftliche Untersuchung zum Perfetti-Konzept, die sich damit auseinandersetzt, wie Patienten und Ergotherapeuten die Behandlung erleben und bewerten.

Um Antworten auf diese und andere Fragen zu erhalten, haben wir einen Therapeuten- und Patientenfragebogen entwickelt.

Alle teilnehmenden Ergotherapeuten haben an einem „Basiskurs“ (2004), „Examenskurs“ (2007), „corso di base“ (bis 2003) oder „corso di primo livello“ (ab 2003) teilgenommen.

Ihre individuelle Erfahrung und Bewertung ist für uns von großem Interesse und trägt dazu bei, ein möglichst breites Meinungsbild aus Therapeutensicht zu erfassen und darzustellen. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es aus diesem Grund keine richtigen oder falschen Antworten.

Für das Ausfüllen des Fragebogens sollten Sie ca. 20 Min. einplanen.

Alle Daten werden selbstverständlich anonym ausgewertet und vertraulich behandelt. Die Ergebnisse der Befragung werden im Rahmen unserer Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) veröffentlicht und am 27. Juni 2008 an der Hogeschool in Heerlen (NL) präsentiert.

Als Dankeschön für Ihre Mitarbeit stellen wir Ihnen gerne eine Version unserer Bachelorarbeit als CD oder per mail zur Verfügung. Bitte füllen Sie bei Interesse das beiliegende grüne Formular „Bestellung Bachelorarbeit“ aus.

Rücksendung:

Um Ihre Anonymität zu wahren, stecken Sie bitte das grüne Formular in den beigefügten Briefumschlag mit der Aufschrift „Bestellung Bachelorarbeit“. Diesen Briefumschlag und den ausgefüllten Therapeutenfragebogen stecken Sie dann in den beiliegenden frankierten DIN A5 Rückumschlag.

Bitte senden Sie diesen bis spätestens 29.02.08 an uns zurück.

Patientenfragebogen

Wir bitten Sie, die beiliegenden Exemplare des Patientenfragebogens Ihren Patienten auszuhändigen.

Beachten Sie bitte bei der Auswahl der Patienten folgende Einschlusskriterien:

- Mindestalter 18 Jahre
- neurologische und orthopädische Patienten, die mindestens seit 3 Wochen von **Ihnen** nach dem Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti behandelt werden
- die Patienten müssen kognitiv in der Lage sein, den Fragebogen zu verstehen

Ihre Patienten können zum Ausfüllen des Fragebogens eine Person aus ihrem Umfeld um Hilfe bitten. Um die Anonymität zu gewährleisten, darf der behandelnde Ergotherapeut keine Hilfestellung leisten. Für das Ausfüllen des Fragebogens sollten Ihre Patienten mind. 20 Min. einplanen.



Bitte reichen Sie jeweils eine vorbereitete, komplette Dokumentenhülle mit folgendem Inhalt an Ihre Patienten weiter:

- Anschreiben Studienteilnehmer Patienten
- Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens
- Patientenfragebogen (gelb)
- Formular „Bestellung Bachelorarbeit“ (grün) mit Briefumschlag
- frankierter DIN A 5 Rücksendeumschlag

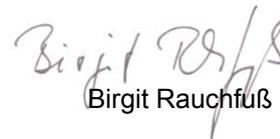
Sollte die vorgesehene Anzahl der Patientenfragebögen nicht ausreichen, melden Sie sich bitte telefonisch oder per E-mail bei uns. Wir senden Ihnen umgehend die gewünschte Anzahl zu.

Für Rückfragen stehen wir gerne jederzeit zur Verfügung.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen


Stefanie Jung


Birgit Rauchfuß

Anlage 17: Anschreiben Hauptstudie Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir, Stefanie Jung und Birgit Rauchfuß, sind ausgebildete Ergotherapeutinnen mit langjähriger Berufserfahrung in der Behandlung von Patienten nach dem Perfetti-Konzept. Zurzeit nehmen wir an einem berufsbegleitenden Bachelorstudiengang Ergotherapie in Hamburg in Kooperation mit der Hogeschool Zuyd (Heerlen, NL) teil.

Im Rahmen unserer Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) möchten wir eine Bewertung des Behandlungskonzeptes nach Prof. Perfetti aus der Sicht von Patienten und Ergotherapeuten durchführen.

Wir haben Ihre Ergotherapeutin/Ihren Ergotherapeuten gebeten, den Fragebogen an Sie und andere Patienten weiterzuleiten, die nach dem Perfetti-Konzept behandelt werden.

Bisher gibt es keine wissenschaftliche Untersuchung zum Perfetti-Konzept, die sich damit auseinandersetzt, wie Patienten und Ergotherapeuten die Behandlung erleben und bewerten.

Um Antworten auf diese und andere Fragen zu erhalten, bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen möchten wir mit Handlungsempfehlungen dazu beitragen, die Behandlung für Sie und andere Patienten weiterzuentwickeln und zu verbessern. Ihre individuelle Erfahrung und Bewertung ist für uns von großem Interesse und trägt dazu bei, ein möglichst breites Meinungsbild aus Patientensicht zu erfassen.

Aus diesem Grund gibt es bei der Beantwortung der Fragen keine richtigen oder falschen Antworten.

Sollten Sie Schwierigkeiten haben, den Fragebogen selbstständig auszufüllen, kann Ihnen eine Person aus Ihrem Umfeld dabei behilflich sein. Bitte lesen Sie sich zuerst die Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens durch. Für das Ausfüllen sollten Sie ca. 20 Min. einplanen.

Alle Daten werden selbstverständlich anonym ausgewertet und vertraulich behandelt. Die Ergebnisse der Befragung werden im Rahmen unserer Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) veröffentlicht und am 27. Juni 2008 an der Hogeschool in Heerlen (NL) präsentiert.

Als Dankeschön für Ihre Mitarbeit stellen wir Ihnen gerne eine Version unserer Abschlussarbeit als CD oder per e-mail zur Verfügung. Bitte füllen Sie bei Interesse das beiliegende grüne Formular „Bestellung Bachelorarbeit“ aus.

Rücksendung:

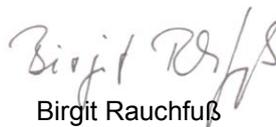
Um Ihre Anonymität zu wahren, stecken Sie bitte das grüne Formular in den beigefügten Briefumschlag mit der Aufschrift „Bestellung Bachelorarbeit“. Diesen Briefumschlag und den ausgefüllten Fragebogen stecken Sie dann in den beiliegenden frankierten DIN A 5 Rückumschlag.

Bitte senden Sie diesen bis spätestens zum 29.02.2008 an uns zurück.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit und verbleiben

mit freundlichen Grüßen


Stefanie Jung


Birgit Rauchfuß

Anlage 18: Fragebogen Pilotstudie**Fragebogen Pilotstudie****I. Teil: Anschreiben zum Fragebogen****1. Enthält das Anschreiben Ihrer Meinung nach alle relevanten Informationen?**

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

2. Wirkt das Anschreiben ansprechend auf Sie?

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

3. Sind alle Inhalte verständlich formuliert?

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, nennen Sie bitte die entsprechenden Formulierungen:

II. Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens

4. Enthält die Anleitung Ihrer Meinung nach alle relevanten Informationen?

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

5. Ist die Anleitung zum Ausfüllen verständlich formuliert?

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

III. Allgemeine Fragen zum Fragebogen (gelb)

6. Sind die Fragen verständlich und eindeutig formuliert?

- Ja ▶ dann weiter mit Frage 8
- Nein ▶ dann weiter mit Frage 7
- teilweise ▶ dann weiter mit Frage 7

7. Gibt es Fragen und Aussagen, die überarbeitet werden sollten?

- Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Ja“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, nennen Sie bitte die Nummer der Frage/Aussage und Ihre Kritik und Anregungen:

Nummer der Frage/Aussage: _____

Ihre Kritik/Anregung:

8. Sind die Fragen interessant?

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

9. Fehlen Fragen oder Aussagen, die Ihnen wichtig erscheinen?

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Ja“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

10. Waren Ihnen Fragen zu persönlich?

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Ja“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

11. Empfinden Sie das Layout des Fragebogens übersichtlich und ansprechend?

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

12. Ist die Schriftgröße des Fragebogens angenehm?

Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

13. Ist die Farbe des Fragebogens angenehm?

- Ja Nein teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort:

14. Wie hoch war Ihr Zeitaufwand für das Ausfüllen des Fragebogens?

_____ Min.

15. Welchen Zeitaufwand halten Sie für das Ausfüllen des Fragebogens für angemessen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> weniger als 10 min | <input type="checkbox"/> 10 – 15 min |
| <input type="checkbox"/> 15 – 20 min | <input type="checkbox"/> 20 – 25 min |
| <input type="checkbox"/> 25 – 30 min | <input type="checkbox"/> länger als 30 min |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Anlage 19: Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens

Bevor Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens beginnen, möchten wir Ihnen ein paar Hinweise zum Ausfüllen geben. Der Fragebogen ist auf gelbem Papier gedruckt, damit Sie ihn gut von den Anschreiben unterscheiden können.

Bitte kreuzen Sie ihre jeweilige Antwort im vorgesehenen Kästchen, wie im Beispiel, an.

Ja Nein weiß nicht

Sollten Sie eine Antwort falsch angekreuzt haben und möchten Sie diese korrigieren, dann bitte wie folgt:

~~Ja~~ Nein weiß nicht

Bei einigen Fragen sind Mehrfachnennungen möglich, das bedeutet, Sie können mehrere Antworten Ihrer Wahl ankreuzen.

Bei Fragestellungen, die 5 Bewertungsmöglichkeiten vorsehen, wählen Sie bitte die aus, die Ihrer persönlichen Bewertung am ehesten entspricht.

sehr verständlich					nicht verständlich
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Für die Beantwortung von offenen Fragen sind Linien für den Eintrag Ihrer Antwort vorgesehen. Hier interessiert uns ganz besonders Ihre persönliche Meinung.



Anlage 20: Bestellformular Bachelorarbeit

Bestellformular Bachelorarbeit

Als Dankeschön für Ihre Teilnahme an unserer Studie stellen wir Ihnen gerne unsere Bachelorarbeit in digitaler Form als CD oder per E-mail zur Verfügung. Bitte füllen Sie dazu dieses Formular aus und stecken es in den beigefügten Briefumschlag mit der Aufschrift „Bestellung Bachelorarbeit“.

Diesen Briefumschlag und den ausgefüllten Fragebogen stecken Sie dann in den beiliegenden frankierten DIN A5 Rückumschlag.

Sie erhalten die Arbeit vermutlich im Juli 2008.

Ich möchte die Bachelorarbeit

als CD (pdf-Datei)

per E-mail (pdf-Datei)

E-mail Adresse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Herzlichen Dank für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung!

Anlage 21: Veränderungen Therapeutenfragebogen nach Pilotstudie

Frage	Antwort/ Anmerkung	Anmerkungen/Veränderungen
I. Anschreiben zum Fragebogen		
Frage 1 Enthält das Anschreiben Ihrer Meinung nach alle relevanten Informationen?	5 x ja	Keine Veränderungen im Anschreiben zum Therapeutenfragebogen vorgenommen.
Frage 2 Wirkt das Anschreiben ansprechend auf Sie?	5 x ja	Keine Veränderungen im Anschreiben zum Therapeutenfragebogen vorgenommen.
Frage 3 Sind alle Inhalte verständlich formuliert?	5 x ja	Keine Veränderungen im Anschreiben zum Therapeutenfragebogen vorgenommen.
II. Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens		
Frage 4 Enthält die Anleitung Ihrer Meinung nach alle relevanten Informationen?	5 x Ja	Keine Veränderungen in der Anleitung zum Ausfüllen vorgenommen.
Frage 5 Ist die Anleitung zum Ausfüllen verständlich formuliert?	4 x Ja 1 x teilweise	Keine Veränderungen vorgenommen.
III. Allgemeine Fragen zum Fragebogen (Inhalte)		
Frage 6 Sind die Fragen verständlich und eindeutig formuliert?	1 x Ja 4 x teilweise	Veränderung einzelner Fragen, Veränderung der Formulierung, Veränderung der Frageform (offen, halb offen, geschlossen)
Frage 7 Gibt es Fragen und Aussagen, die überarbeitet werden sollten?	2 x Ja 1 x Nein 1 x teilweise	Keine Veränderungen
Frage 8 Sind die Fragen interessant?	3 x Ja 2 x teilweise	Keine Veränderungen
Frage 9 Fehlen Fragen oder Aussagen, die Ihnen wichtig erscheinen?	4 x Nein 1 x teilweise	Keine Veränderungen
Frage 10 Waren Ihnen Fragen zu persönlich?	5 x Nein	Keine Veränderungen

Frage	Antwort/ Anmerkung	Anmerkungen/Veränderungen
IV. Fragen zum Layout und Erscheinungsbild des Fragebogens		
Frage 11 Empfinden Sie das Layout des Fragebogens übersichtlich und ansprechend?	5 x ja	Layout in Frageblöcken mit tabellarischem Aufbau und offenen Fragen mit Linien verteilt auf 10 Seiten
Frage 12 Ist die Schriftgröße des Fragebogens angenehm?	5 x ja	Fragen - Arial 11,5 fett Antwortmöglichkeiten - Arial 11,5 Keine Veränderungen
Frage 13 Ist die Farbe des Fragebogens angenehm?	4 x Ja 1 x teilweise Anmerkung: gelb assoziiert Kran- kenhausgelb	Fragebogenfarbe gelb Keine Veränderung, Fragebogenfarbe erscheint angemessen
V. Fragen zum zeitlichen Aufwand zum Ausfüllen des Fragebogens		
Frage 14 Wie hoch war Ihr Zeitaufwand für das Ausfüllen des Fragebogens?	1 x 20 Min. 2 x 25 Min. 1 x 40 Min. 1 x 45 Min.	
Frage 15 Welchen Zeitaufwand halten Sie für das Ausfüllen des Fragebogens für angemessen?	3 x 15-20 Min. 1 x 20-25 Min. 1 x über 30 Min.	

Anlage 22: Veränderungen Patientenfragebogen nach Pilotstudie

Frage	Antwort/ Anmerkung	Anmerkungen/ Veränderungen
I. Anschreiben zum Fragebogen		
Frage 1 Enthält das Anschreiben Ihrer Meinung nach alle relevanten Informationen?	4 x ja	Keine Veränderungen im Anschreiben zum Patientenfragebogen vorgenommen.
Frage 2 Wirkt das Anschreiben ansprechend auf Sie?	4 x ja	Keine Veränderungen im Anschreiben zum Patientenfragebogen vorgenommen.
Frage 3 Sind alle Inhalte verständlich formuliert?	4 x ja	Keine Veränderungen im Anschreiben zum Patientenfragebogen vorgenommen.
II. Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens		
Frage 4 Enthält die Anleitung Ihrer Meinung nach alle relevanten Informationen?	4 x Ja	Keine Veränderungen in der Anleitung zum Ausfüllen vorgenommen.
Frage 5 Ist die Anleitung zum Ausfüllen verständlich formuliert?	4 x Ja	Keine Veränderungen vorgenommen.
III. Allgemeine Fragen zum Fragebogen (Inhalte)		
Frage 6 Sind die Fragen verständlich und eindeutig formuliert?	4 x Ja	Keine Veränderungen
Frage 7 Gibt es Fragen und Aussagen, die überarbeitet werden sollten?	Keine Angaben von Patienten.	Keine Veränderungen
Frage 8 Sind die Fragen interessant?	4 x Ja	Es gibt 24 Fragen auf 7 Seiten Keine Veränderung der Anzahl der Fragen
Frage 9 Fehlen Fragen oder Aussagen, die Ihnen wichtig erscheinen?	4 x Nein	Es gibt 24 Fragen auf 7 Seiten Keine Veränderung der Anzahl der Fragen
Frage 10 Waren Ihnen Fragen zu persönlich?	4 x Nein	Keine Veränderungen

Frage	Antwort/ Anmerkung	Anmerkungen/ Veränderungen
IV. Fragen zum Layout und Erscheinungsbild des Fragebogens		
Frage 11 Empfinden Sie das Layout des Fragebogens übersichtlich und ansprechend?	4 x ja Anmerkung: für Layout lieber ein deutsches Wort	Layout in Frageblöcken mit tabellarischem Aufbau und offenen Fragen mit Linien verteilt auf 7 Seiten Keine Veränderungen, der Begriff Layout kommt im Patientenfragebogen nicht vor.
Frage 12 Ist die Schriftgröße des Fragebogens angenehm?	4 x ja	Fragen - Arial 11,5 fett Antwortmöglichkeiten - Arial 11,5 Keine Veränderungen
Frage 13 Ist die Farbe des Fragebogens angenehm?	3 x Ja 1 x keine Angabe	Fragebogenfarbe gelb Keine Veränderung, Fragebogenfarbe erscheint angemessen
V. Fragen zum zeitlichen Aufwand zum Ausfüllen des Fragebogens		
Frage 14 Wie hoch war Ihr Zeitaufwand für das Ausfüllen des Fragebogens?	1 x 15 Min. 1 x 25 Min. 1 x 30 Min. 1 x keine Angaben	
Frage 15 Welchen Zeitaufwand halten Sie für das Ausfüllen des Fragebogens für angemessen?	1 x 15-20 Min. 1 x 20-25 Min. 1 x 25-30 Min. 1 x keine Angaben	



Anlage 23: Anschreiben Hauptstudie Ergotherapeuten

09.02.08

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

wir, Stefanie Jung und Birgit Rauchfuß, sind ausgebildete Ergotherapeutinnen mit langjähriger Berufserfahrung in der Behandlung von Patienten nach dem Perfetti-Konzept. Zurzeit nehmen wir an einem berufsbegleitenden Bachelorstudiengang Ergotherapie in Hamburg in Kooperation mit der Hogeschool Zuyd (Heerlen, NL) teil.

Im Rahmen unserer Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) möchten wir eine Bewertung des Behandlungskonzeptes der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti aus Sicht von Patienten und Ergotherapeuten durchführen.

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich bereit erklärt haben, an unserer Studie teilzunehmen.

Bisher gibt es keine wissenschaftliche Untersuchung zum Perfetti-Konzept, die sich damit auseinandersetzt, wie Patienten und Ergotherapeuten die Behandlung erleben und bewerten.

Um Antworten auf diese und andere Fragen zu erhalten, haben wir einen Therapeuten- und Patientenfragebogen entwickelt.

Alle teilnehmenden Ergotherapeuten haben an einem „Basiskurs“ (2004), „Examenskurs“ (2007), „corso di base“ (bis 2003) oder „corso di primo livello“ (ab 2003) teilgenommen.

Ihre individuelle Erfahrung und Bewertung ist für uns von großem Interesse und trägt dazu bei, ein möglichst breites Meinungsbild aus Therapeutensicht zu erfassen und darzustellen. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es aus diesem Grund keine richtigen oder falschen Antworten. Wir bitten Sie, möglichst alle Fragen zu beantworten.

Für das Ausfüllen des Fragebogens sollten Sie ca. 30 Min. einplanen.

Alle Daten werden selbstverständlich anonym ausgewertet und vertraulich behandelt. Die Ergebnisse der Befragung werden im Rahmen unserer Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) veröffentlicht und am 27. Juni 2008 an der Hogeschool in Heerlen (NL) präsentiert.

Als Dankeschön für Ihre Mitarbeit stellen wir Ihnen gerne eine Version unserer Bachelorarbeit als CD oder per mail zur Verfügung. Bitte füllen Sie bei Interesse das beiliegende grüne Formular „Bestellung Bachelorarbeit“ aus.

Rücksendung:

Um Ihre Anonymität zu wahren, stecken Sie bitte das grüne Formular in den beigefügten Briefumschlag mit der Aufschrift „Bestellung Bachelorarbeit“. Diesen Briefumschlag und den ausgefüllten Therapeutenfragebogen stecken Sie dann in den beiliegenden frankierten DIN A5 Rückumschlag.

Bitte senden Sie diesen bis spätestens **03.03.08** an uns zurück.

Patientenfragebogen

Wir bitten Sie, die beiliegenden Exemplare des Patientenfragebogens Ihren Patienten auszuhändigen.

Beachten Sie bitte bei der Auswahl der Patienten folgende Einschlusskriterien:

- Mindestalter 18 Jahre
- neurologische und orthopädische Patienten, die mindestens seit 3 Wochen von **Ihnen** nach dem Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti behandelt werden
- die Patienten müssen kognitiv in der Lage sein, den Fragebogen zu verstehen



Ihre Patienten können zum Ausfüllen des Fragebogens eine Person aus ihrem Umfeld um Hilfe bitten. Um die Anonymität zu gewährleisten, darf der behandelnde Ergotherapeut keine Hilfestellung leisten. Für das Ausfüllen des Fragebogens sollten Ihre Patienten mind. 25 Min. einplanen. Bitte reichen Sie jeweils eine vorbereitete, komplette Dokumentenhülle mit folgendem Inhalt an Ihre Patienten weiter:

- Anschreiben Studienteilnehmer Patienten
- Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens
- Patientenfragebogen (gelb)
- Formular „Bestellung Bachelorarbeit“ (grün) mit Briefumschlag
- frankierter DIN A 5 Rücksendeumschlag

Sollte die vorgesehene Anzahl der Patientenfragebögen nicht ausreichen, melden Sie sich bitte telefonisch oder per E-mail bei uns. Wir senden Ihnen umgehend die gewünschte Anzahl zu.

Für Rückfragen stehen wir gerne jederzeit zur Verfügung.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen


Stefanie Jung


Birgit Rauchfuß



Anlage 24: Anschreiben Hauptstudie Patienten

09.02.08

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir, Stefanie Jung und Birgit Rauchfuß, sind ausgebildete Ergotherapeutinnen mit langjähriger Berufserfahrung in der Behandlung von Patienten nach dem Perfetti-Konzept. Zurzeit nehmen wir an einem berufs begleitenden Bachelorstudiengang Ergotherapie in Hamburg in Kooperation mit der Hogeschool Zuyd (Heerlen, NL) teil.

Im Rahmen unserer Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) möchten wir eine Bewertung des Behandlungskonzeptes nach Prof. Perfetti aus der Sicht von Patienten und Ergotherapeuten durchführen.

Wir haben Ihre Ergotherapeutin/Ihren Ergotherapeuten gebeten, den Fragebogen an Sie und andere Patienten weiterzuleiten, die nach dem Perfetti-Konzept behandelt werden.

Bisher gibt es keine wissenschaftliche Untersuchung zum Perfetti-Konzept, die sich damit auseinandersetzt, wie Patienten und Ergotherapeuten die Behandlung erleben und bewerten.

Um Antworten auf diese und andere Fragen zu erhalten, bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen möchten wir mit Handlungsempfehlungen dazu beitragen, die Behandlung für Sie und andere Patienten weiterzuentwickeln und zu verbessern. Ihre individuelle Erfahrung und Bewertung ist für uns von großem Interesse und trägt dazu bei, ein möglichst breites Meinungsbild aus Patientensicht zu erfassen.

Aus diesem Grund gibt es bei der Beantwortung der Fragen keine richtigen oder falschen Antworten. Wir bitten Sie, möglichst alle Fragen zu beantworten.

Sollten Sie Schwierigkeiten haben, den Fragebogen selbstständig auszufüllen, kann Ihnen eine Person aus Ihrem Umfeld dabei behilflich sein. Bitte lesen Sie sich zuerst die Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens durch. Für das Ausfüllen sollten Sie ca. 25 Min. einplanen.

Alle Daten werden selbstverständlich anonym ausgewertet und vertraulich behandelt. Die Ergebnisse der Befragung werden im Rahmen unserer Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) veröffentlicht und am 27. Juni 2008 an der Hogeschool in Heerlen (NL) präsentiert.

Als Dankeschön für Ihre Mitarbeit stellen wir Ihnen gerne eine Version unserer Abschlussarbeit als CD oder per e-mail zur Verfügung. Bitte füllen Sie bei Interesse das beiliegende grüne Formular „Bestellung Bachelorarbeit“ aus.

Rücksendung:

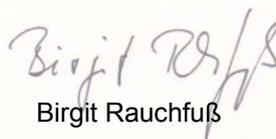
Um Ihre Anonymität zu wahren, stecken Sie bitte das grüne Formular in den beigefügten Briefumschlag mit der Aufschrift „Bestellung Bachelorarbeit“. Diesen Briefumschlag und den ausgefüllten Fragebogen stecken Sie dann in den beiliegenden frankierten DIN A 5 Rückumschlag.

Bitte senden Sie diesen bis spätestens zum **03.03.2008** an uns zurück.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit und verbleiben

mit freundlichen Grüßen


Stefanie Jung


Birgit Rauchfuß

Anlage 25: Patientenfragebogen Hauptstudie**Patientenfragebogen**

Die folgenden Fragen beziehen sich alle auf Ihre ergotherapeutische Behandlung nach dem Perfetti-Konzept.

1. Haben Sie zu Beginn Ihrer ergotherapeutischen Behandlung Informationen über das Perfetti-Konzept erhalten?

- Ja ▶ dann weiter mit Frage 2
- Nein ▶ dann weiter mit Frage 4
- weiß nicht ▶ dann weiter mit Frage 4

2. Wie wurden Sie über das Perfetti-Konzept informiert? (Mehrfachnennungen möglich)

- Informationsbroschüre
- Informationen durch meine behandelnde Ergotherapeutin/ meinen behandelnden Ergotherapeuten
- Informationen durch den Arzt
- sonstige Quellen: _____

3. Wie verständlich waren die erhaltenen Informationen über das Perfetti-Konzept für Sie?

sehr verständlich					nicht verständlich	
1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>						

4. Wie wichtig sind Ihnen folgende Informationsquellen über das Perfetti-Konzept, nach dem Sie behandelt werden?

	sehr wichtig					nicht wichtig	
	1	2	3	4	5		
a) Verständliche Informationen von meiner Ergotherapeutin/meinem Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>						
b) Verständliche Informationen durch eine Informationsbroschüre	<input type="checkbox"/>						
c) Informationsmöglichkeiten über das Internet	<input type="checkbox"/>						
d) Eigene Anmerkungen:							

5. Welche der folgenden Therapiestrategien sind Ihnen aus der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept bekannt? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> „Hindenken“ | <input type="checkbox"/> „Hinspüren“ |
| <input type="checkbox"/> „Aufmerksamkeit lenken“ | <input type="checkbox"/> „Gedanken übertragen“ |
| <input type="checkbox"/> „Vorstellung von Bewegung“ | <input type="checkbox"/> „Imagination“ |
| <input type="checkbox"/> keine | |
| <input type="checkbox"/> andere _____ | |

6. Die Anwendung erlernter Therapiestrategien nach dem Perfetti-Konzept

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) ermöglicht mir, Einfluss auf Folgen meiner Erkrankung zu nehmen.	<input type="checkbox"/>				
b) gelingt mir im Alltag selbstständig.	<input type="checkbox"/>				
c) führt zur Verbesserung meiner Probleme.	<input type="checkbox"/>				

7. Auf welche Probleme als Folgen Ihrer Erkrankung können Sie durch die Anwendung der Therapiestrategien nach dem Perfetti-Konzept selbstständig Einfluss nehmen?

8. Stellen Sie Verbesserungen bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept fest?

- Ja ► dann weiter mit Frage 9
- Nein ► dann weiter mit Frage 10
- weiß nicht ► dann weiter mit Frage 10

9. Welche alltäglichen Aktivitäten/Tätigkeiten können Sie aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept besser ausführen?

10. Verbesserungen durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teil- weise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) nehme ich bewusst wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) werden mir von meiner Ergotherapeutin/ meinem Ergotherapeuten zurückgemeldet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) werden von meinem Umfeld beobachtet und mir zurückgemeldet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Eigene Anmerkungen:

11. Inwieweit treffen folgende Aussagen Ihrer Meinung nach auf die Zusammenarbeit mit Ihrer Ergotherapeutin/Ihrem Ergotherapeuten zu?

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) Meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut arbeitet partnerschaftlich mit mir zusammen.	<input type="checkbox"/>				
b) Meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut bespricht mit mir gemeinsam die Behandlungsziele.	<input type="checkbox"/>				
c) Meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut bezieht Behandlungsziele, die mir wichtig sind, in die Therapie mit ein.	<input type="checkbox"/>				
d) Meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut motiviert mich, aktiv an der Behandlung teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>				
e) Meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut bezieht mich aktiv in die Behandlung mit ein.	<input type="checkbox"/>				
f) Eigene Anmerkungen:					

12. Innerhalb der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) schafft meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut eine Therapiesituation, in der ich gut lernen kann.	<input type="checkbox"/>				
b) erklärt mir meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut die Übungen so, dass ich sie gut verstehen kann.	<input type="checkbox"/>				
c) verdeutlicht mir meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut den Bezug der Übungen zum Alltag.	<input type="checkbox"/>				
d) Eigene Anmerkungen:					

13. Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung Schmerzen?

- Ja ▶ dann weiter mit Frage 14
- Nein ▶ dann weiter mit Frage 15
- teilweise ▶ dann weiter mit Frage 14

Wenn Sie „Ja“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, beschreiben Sie bitte die Art und den Ort des Schmerzes:

14. Im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) geht meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut einfühlsam auf meine Schmerzen ein.	<input type="checkbox"/>				
b) haben sich meine Schmerzen verringert.	<input type="checkbox"/>				

15. Innerhalb der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) erfragt meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut, wie ich meinen Körper empfinde/ spüre.	<input type="checkbox"/>				
b) geht meine Ergotherapeutin/mein Ergotherapeut auf meine subjektive Körperempfindung ein.	<input type="checkbox"/>				

16. Haben sich krankheitsbedingte Probleme durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept verbessert?

- Ja Nein

Wenn „Ja“, welche:

17. Ich bin motiviert, in der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten, weil

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teil- weise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) ich Veränderungen/Verbesserungen bewusst erlebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ich bemerke, dass ich selbst Veränderungen/Verbesserungen herbeiführen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ich mit meiner Ergotherapeutin/ meinem Ergotherapeuten an Zielen arbeite, die für mich bedeutsam sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ich erwarte, dass sich zukünftig noch weitere Verbesserungen erreichen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Eigene Anmerkungen zur Motivation

18. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?

sehr zufrieden			nicht zufrieden		
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>					

19. Woran machen Sie Ihre Zufriedenheit/Unzufriedenheit fest? Welche Faktoren tragen dazu bei?

Sie haben es gleich geschafft! Die abschließenden Fragen helfen uns, ein umfassendes Bild der Teilnehmer zu erstellen. Bitte beantworten Sie uns noch folgende Fragen:

20. Wie alt sind Sie?

- 18 – 30 Jahre 31 – 43 Jahre 44 – 56 Jahre
 57 – 69 Jahre über 70 Jahre

21. Geschlecht:

- weiblich männlich

22. Aufgrund welcher Erkrankung werden Sie ergotherapeutisch behandelt?

23. Wie lange befinden Sie sich in ergotherapeutischer Behandlung?

- weniger als 1 Monat 1 – 3 Monate
 3 – 6 Monate länger als 6 Monate

24. Wie lange befinden Sie sich in ergotherapeutischer Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?

- weniger als 1 Monat 1 – 3 Monate
 3 – 6 Monate länger als 6 Monate

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum **03.03.08** im beigefügten frankierten Rückumschlag zurück.

Kontaktadresse:

Birgit Rauchfuß
Linder Weg 44
45770 Marl
Tel. 02365/ 69 99 620
rauchfuss@ergotherapie-marl.de

Anlage 26: Therapeutenfragebogen Hauptstudie**Therapeutenfragebogen**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit der Behandlung Ihrer Patienten nach dem Konzept der kognitiv-therapeutischen Übungen nach Prof. Perfetti. Wir nutzen im Fragebogen die Kurzform „Perfetti-Konzept“.

1. Informieren Sie Ihre Patienten, die Sie nach dem Perfetti-Konzept behandeln, über das Therapiekonzept?

- Ja ▶ dann weiter mit Frage 2
- Nein ▶ dann weiter mit Frage 4
- teilweise ▶ dann weiter mit Frage 2

2. Welche der folgenden Informationsmöglichkeiten nutzen Sie zur Information Ihrer Patienten? (Mehrfachnennungen möglich)

- persönliches Gespräch
- Flyer des VFCCR (Verein für cognitive Rehabilitation)
- Merkblatt des DVE: „Information zum Perfetti-Konzept“ (MB 23 BM 08/07)
- Informationsbroschüre des DVE „Die kognitiv-therapeutischen Übungen nach Perfetti“ (Bestellnr. EFB 2100)
- eigene Informationsschriften
- Informationen auf der eigenen Homepage
- andere _____

3. Sind Sie mit den Informationsmöglichkeiten für Ihre Patienten zufrieden?

- Ja
- Nein
- teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort und teilen Sie uns Ihre Wünsche und Anregungen mit!

4. Was hat Sie motiviert, sich mit dem Perfetti-Konzept auseinanderzusetzen?

5. Ich wende das Perfetti-Konzept in der Therapie von Patienten an, weil...

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teil- weise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) es auf aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen basiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ich bessere Therapieergebnisse erziele als mit anderen, mir bekannten Therapiekonzepten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ich Therapieerfolge erlebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Patienten Therapieerfolge bewusst erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Patienten eine aktive Rolle im Lernprozess einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Eigene Anmerkungen:					

6. Informieren Sie sich über aktuelle neurowissenschaftliche Entwicklungen?

- Ja
- Nein
- teilweise

Wenn Sie „Ja“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, nennen Sie die Informationsquellen:

7. Welche der folgenden Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten nutzen Sie, um sich über aktuelle Entwicklungen des Perfetti-Konzeptes zu informieren?

- Fachbücher zum Konzept
- Artikel in Fachzeitschriften
- Informationen des VfCR (Verein für cognitive Rehabilitation)
- Symposium des VfCR
- Fortbildungsveranstaltungen
- Hospitationen
- Internet
- Anwendertreffen
- andere: _____

8. Sind Sie mit den zur Verfügung stehenden Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten zufrieden?

- Ja
- Nein
- teilweise

Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort und teilen Sie uns Ihre Wünsche oder Anregungen mit!

9. Wie gestalten Sie die Zusammenarbeit mit Ihren Patienten, die Sie nach dem Perfetti-Konzept behandeln?

10. Wie sehen Sie Ihre Rolle als Therapeut in der Therapie nach dem Perfetti-Konzept?

11. Haben Sie positive Erfahrung mit der Anwendung des Perfetti-Konzeptes bei Patienten mit Schmerzen?

- Ja ▶ dann weiter mit Frage 12
- Nein ▶ dann weiter mit Frage 13
- teilweise ▶ dann weiter mit Frage 12

Wenn Sie „Ja“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, beschreiben Sie bitte bei welcher Art von Schmerzen:

Wenn Sie „Nein“ angekreuzt haben, begründen Sie bitte Ihre Antwort:

12. Im Rahmen der Therapie nach dem Perfetti-Konzept

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
c) erfasse ich die subjektive Schmerzwahrnehmung des Patienten.	<input type="checkbox"/>				
d) beziehe ich die subjektive Schmerzwahrnehmung in die Therapie mit ein.	<input type="checkbox"/>				
e) gelingt es, die Schmerzen des Patienten zu verringern.	<input type="checkbox"/>				
f) lernt der Patient mittels kognitiver Strategien, seine Schmerzen zu beeinflussen.	<input type="checkbox"/>				

g) Eigene Anmerkungen:

13. Ich überprüfe die Erfolge der Therapie nach dem Perfetti-Konzept...

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teil- weise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) durch Beobachtung des Patienten bei Durchführung alltäglicher Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) anhand des Erreichens der festgelegten Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Eigene Anmerkungen:					

14. An welchen Faktoren machen Sie die Wirksamkeit der Therapie nach dem Perfetti-Konzept fest?

15. Das Perfetti-Konzept ermöglicht mir innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung...

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teil- weise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
a) eine differenzierte Befunderhebung der spezifischen Motorik des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) eine differenzierte Erstellung und Interpretation des kognitiven Profils des Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) eine differenzierte Behandlung zur Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eigene Anmerkungen:					

16. Wie stellen Sie innerhalb der Therapie nach dem Perfetti-Konzept den Bezug zu alltäglichen Aktivitäten des Patienten her?

17. Ich betrachte Patienten, die ich nach dem Perfetti-Konzept behandle, aus Sicht eines ergotherapeutischen Modells.

	immer	oft	gelegentlich	selten	nie
a) Canadisches Modell (CMOP)	<input type="checkbox"/>				
b) Model of Human Occupation (MOHO)	<input type="checkbox"/>				
c) andere: _____	<input type="checkbox"/>				

18. Für die Therapieplanung und Evaluation (Überprüfung) der Therapieergebnisse nutze ich...

	immer	oft	gelegentlich	selten	nie
a) Befundinstrumente.	<input type="checkbox"/>				
b) Assessments (Bewertungsinstrumente).	<input type="checkbox"/>				

19. Nennen Sie bitte die Befundinstrumente und Assessments, die Sie in der Therapie nach dem Perfetti-Konzept nutzen.

20. Ich erlebe die Anwendung des Perfetti-Konzeptes als wirksam, weil...

	trifft voll zu	trifft zu	trifft teil- weise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
e) Patienten mir von Verbesserungen berichten, die sie bemerken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) weil das Umfeld von Patienten Veränderungen zurückmeldet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ich Verbesserungen der Bewegungsfähigkeit beobachten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Patienten alltagsbezogene Aktivitäten besser ausführen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Eigene Anmerkungen:					

21. Wie zufrieden sind Sie mit den Behandlungsmöglichkeiten, die Ihnen das Perfetti-Konzept bietet?

sehr zufrieden					nicht zufrieden
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>					

22. Woran machen Sie Ihre Zufriedenheit/Unzufriedenheit fest? Welche Faktoren tragen dazu bei?

Sie haben es gleich geschafft!

Die abschließenden Fragen helfen uns, ein umfassendes Bild der Studienteilnehmer zu erstellen. Bitte beantworten Sie uns noch folgende Fragen:

23. Wie alt sind Sie?

- 18 – 25 Jahre 26 – 33 Jahre 34 – 41 Jahre
 42 – 49 Jahre 50 – 57 Jahre 58 – 65 Jahre

24. Geschlecht:

- weiblich männlich

**25. In welcher Einrichtung sind Sie als Ergotherapeutin/als Ergotherapeut tätig?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Akutklinik Rehabilitationsklinik
 Ergotherapeutische Praxis ambulantes Rehabilitationszentrum
 andere: _____

**26. In welchen Fachgebieten wenden Sie das Perfetti-Konzept an?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Neurologie Orthopädie Pädiatrie
 andere: _____

**27. Bei welchen Krankheitsbildern wenden Sie das Perfetti-Konzept an?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Apoplex periphere Nervenläsionen
 Schädel-Hirn-Trauma Wirbelsäulenverletzungen/ -erkrankungen
 Multiple Sklerose Schulterverletzungen/ -erkrankungen
 Morbus Parkinson Knieverletzungen/ -erkrankungen
 Kleinhirnläsionen Handverletzungen/ -erkrankungen
 Hirnblutungen
 andere _____

28. Wie lange sind sie als Ergotherapeutin/als Ergotherapeut berufstätig?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> weniger als 2 Jahre | <input type="checkbox"/> 2 – 4 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 4 – 6 Jahre | <input type="checkbox"/> 6 – 8 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 8 – 10 Jahre | <input type="checkbox"/> länger als 10 Jahre |

29. Wie lange arbeiten Sie ergotherapeutisch nach dem Perfetti-Konzept?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> weniger als 2 Jahre | <input type="checkbox"/> 2 – 4 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 4 – 6 Jahre | <input type="checkbox"/> 6 – 8 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 8 – 10 Jahre | <input type="checkbox"/> länger als 10 Jahre |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum **03.03.08** im beigefügten frankierten Rückumschlag zurück.

Kontaktadresse:

Birgit Rauchfuß
Linder Weg 44
45770 Marl
Tel. 02365/ 69 99 620
rauchfuss@ergotherapie-marl.de



Anlage 27: Erinnerungsschreiben „Studienteilnehmer Therapeuten“

18.02.08

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

vor einigen Tagen haben Sie den Therapeutenfragebogen zu unserer Studie erhalten. Vielleicht hatten Sie schon die Möglichkeit, den Fragebogen zu lesen und auszufüllen.

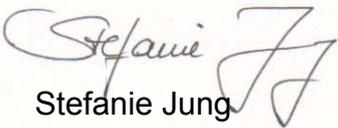
Damit wir Ihre Erfahrung und Bewertung mit in die Auswertung unserer Studie einbeziehen können, möchten wir Sie bitten, uns den Fragebogen bitte bis spätestens **03.03.08** (Poststempel) zurück zu senden.

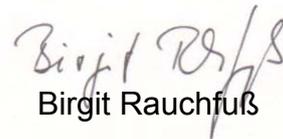
Sollten Sie den Fragebogen in der Zwischenzeit bereits an uns verschickt haben, betrachten Sie dieses Schreiben bitte als gegenstandslos.

Bitte reichen Sie das beigegefügte Erinnerungsschreiben „Studienteilnehmer Patienten“ an Ihre teilnehmenden Patienten weiter. Jede Rückmeldung trägt dazu bei, ein breites Meinungsbild zu unserer Fragestellung zu erfassen.

Wir freuen uns sehr auf Ihre Rückmeldung und danken Ihnen für Ihre Unterstützung. Für Rückfragen stehen wir gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Stefanie Jung


Birgit Rauchfuß



Anlage 28: Erinnerungsschreiben „Studienteilnehmer Patienten“

18.02.08

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

vor einigen Tagen haben Sie den Fragebogen zu unserer Studie von Ihrer behandelnden Ergotherapeutin/Ihrem behandelnden Ergotherapeuten erhalten.

Vielleicht hatten Sie schon die Möglichkeit, den Fragebogen zu lesen und auszufüllen.

Damit wir Ihre Erfahrung und Bewertung mit in die Auswertung unserer Studie einbeziehen können, möchten wir Sie bitten, uns den Fragebogen bitte bis spätestens **03.03.08** (Poststempel) zurück zu senden.

Sollten Sie den Fragebogen in der Zwischenzeit bereits an uns verschickt haben, betrachten Sie dieses Schreiben bitte als gegenstandslos.

Wir freuen uns sehr auf Ihre Rückmeldung und danken Ihnen für Ihre Unterstützung. Für Rückfragen stehen wir gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Stefanie Jung


Birgit Rauchfuß

Anlage 29: Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisdarstellung Therapeutenfragebogen

Fragestellung	Begründung der Fragestellung	Skalenniveau	Ergebnisdarstellung																																										
<p>16. Informieren Sie Ihre Patienten, die Sie nach dem Perfetti-Konzept behandeln, über das Therapiekonzept? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise</p>	<p>Annahme 5. Kategorien der Therapeuteninterviews</p>	<p>Nominalskala</p>	<p>Kreisdiagramm Angaben in %</p>																																										
<p>17. Was hat Sie motiviert, sich mit dem Perfetti-Konzept auseinanderzusetzen?</p>	<p>Überprüfen der Annahmen 12, 13, 15 und Kategorien aus Therapeuteninterviews</p>	<p>offene Frage Aussagen sammeln Kategorien bilden</p>	<p>Tabelle mit Aussagen von T1 bis Tn</p>																																										
<p>18. Ich wende das Perfetti-Konzept in der Therapie von Patienten an, weil...</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: center; width: 10%;">trifft voll zu</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">trifft zu</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">trifft teils zu</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">trifft kaum zu</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">trifft nicht zu</td> </tr> <tr> <td>a) es auf aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen basiert.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) ich bessere Therapieergebnisse erziele als mit anderen, mir bekannten Therapiekonzepten.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) ich Therapieerfolge erlebe.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Patienten Therapieerfolge bewusst erleben.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Patienten eine aktive Rolle im Therapieprozess einnehmen.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Eigene Anmerkungen</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>		trifft voll zu	trifft zu	trifft teils zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu	a) es auf aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen basiert.	<input type="checkbox"/>	b) ich bessere Therapieergebnisse erziele als mit anderen, mir bekannten Therapiekonzepten.	<input type="checkbox"/>	c) ich Therapieerfolge erlebe.	<input type="checkbox"/>	d) Patienten Therapieerfolge bewusst erleben.	<input type="checkbox"/>	e) Patienten eine aktive Rolle im Therapieprozess einnehmen.	<input type="checkbox"/>	f) Eigene Anmerkungen						<p>Annahmen Therapeuten 13,14,15,1,2 Kategorien Therapeuteninterviews Theorie des Perfetti-Konzeptes</p>	<p>Ordinalskala jedes Item der Frage wird einzeln ausgewertet f) eigene Anmerkungen: sammeln und Kategorien bilden</p>	<p>Säulendiagramm Angaben in % f) eigene Anmerkungen von T1 bis Tn in Tabelle darstellen</p>																				
	trifft voll zu	trifft zu	trifft teils zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu																																								
a) es auf aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen basiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
b) ich bessere Therapieergebnisse erziele als mit anderen, mir bekannten Therapiekonzepten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
c) ich Therapieerfolge erlebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
d) Patienten Therapieerfolge bewusst erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
e) Patienten eine aktive Rolle im Therapieprozess einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
f) Eigene Anmerkungen																																													

Fragestellung	Begründung der Fragestellung	Skalenniveau	Ergebnisdarstellung
<p>19. Wie sehen Sie Ihre Rolle als Therapeut in der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?</p>	<p>Annahmen Therapeuten 6,12 Kategorie Therapeuteninterviews Theorie des Perfetti-Konzeptes Stimmen die Ansichten der Therapeuten mit der Theorie überein? Gibt es einen Hinweis auf Klientenzentrierung, empowering, Befähigung der Patienten selbstständig Veränderungen herbeizuführen?</p>	<p>offene Frage Aussagen von T1 bis Tn sammeln, Kategorien bilden (Mayring)</p>	<p>Tabelle mit Aussagen von T1 bis Tn</p>
<p>20. Ich betrachte Patienten, die ich nach dem Perfetti-Konzept behandle, aus Sicht eines ergotherapeutischen Modells.</p> <p style="text-align: center;">immer oft gelegentlich selten nie</p> <p>a) Canadisches Modell (CMOP) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Model of Human Occupation (MOHO) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) andere: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Lassen sich Verknüpfungen zu PEO herstellen? Arbeiten Ergotherapeuten klientenzentriert, weil sie Modelle kennen und anwenden? Impliziert das Perfetti-Konzept bereits von sich aus eine klientenzentrierte Arbeitsweise? Wie gut lässt sich das Perfetti-Konzept mit ergotherapeutischen Modellen anwenden (Top-down, bottom-up?)</p>	<p>Ordinalskala</p>	<p>Säulendiagramm Angaben in %</p>
<p>21. Wie alt sind Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> 18 – 25 Jahre <input type="checkbox"/> 26 – 33 Jahre <input type="checkbox"/> 34 – 41 Jahre <input type="checkbox"/> 42 – 49 Jahre <input type="checkbox"/> 50 – 57 Jahre <input type="checkbox"/> 58 – 65 Jahre</p>	<p>interessant für Differenzierung der Stichprobe</p>	<p>Intervallskala</p>	<p>Histogramm</p>

Anlage 30: Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisdarstellung Patientenfragebogen

Fragestellung	Begründung der Fragestellung	Skalenniveau	Ergebnisdarstellung
<p>1. Haben Sie zu Beginn Ihrer ergotherapeutischen Behandlung Informationen über das Perfetti-Konzept erhalten?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht</p>	<p>Annahmen Patienten 5 Kategorien Patienteninterviews Arbeit von Dehn-Hindenberg Theorie Klientenzentrierung</p>	<p>Nominalskala da mehrklassige Einteilung in Kategorien</p>	<p>Kreisdiagramm Angaben in %</p>
<p>2. Wie wurden Sie über das Perfetti-Konzept informiert? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Informationsbroschüre <input type="checkbox"/> Informationen durch behandelnden ET <input type="checkbox"/> Informationen durch den Arzt <input type="checkbox"/> sonstige Quellen</p>	<p>Gebrauch des vorhandenen Informationsmaterial DVE, VFCR, homepage der Italiener klären Gegenüberstellung zu den Aussagen der Therapeuten, was sie nutzen</p>	<p>Nominalskala mehrklassige Einteilung in Kategorien sonstige Quellen auflisten</p>	<p>Kreisdiagramm 4 Kategorien Anzahl der Nennungen</p>
<p>3. Auf welche Probleme als Folgen Ihrer Erkrankung können Sie durch die Anwendung der Therapiestrategien nach dem Perfetti-Konzept selbstständig Einfluss nehmen?</p>	<p>Annahmen Patienten 1, Kategorien der Patienteninterviews Theorie des Perfetti-Konzeptes</p>	<p>offene Frage Aussagen von P1 bis Pn sammeln, generalisieren und (Mayring) Feststellung von Häufigkeiten</p>	<p>Tabelle mit Aussagen von P1 bis Pn</p>
<p>4. Im Rahmen der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept</p> <p style="text-align: center;">trifft trifft trifft trifft trifft voll zu teils kaum nicht zu zu zu zu zu</p> <p>h) geht meine Ergotherapeutin/ mein Ergotherapeut einfühlsam auf meine Schmerzen ein. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>i) haben sich meine Schmerzen verringert. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Annahmen Patienten 11 Theorie des Perfetti-Konzeptes zum Thema Schmerz (monografischer Kurs)</p>	<p>Ordinalskala</p>	<p>Säulendiagramm</p>

Fragestellung	Begründung der Fragestellung	Skalenniveau	Ergebnisdarstellung
<p>5. Haben sich Ihre Probleme durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept verbessert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja, welche _____</p>	<p>Annahmen Patienten 2 Kategorien Patienteninterviews</p>	<p>Nominalskala</p>	<p>Kreisdiagramm Angaben in %</p>
<p>6. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept?</p> <p style="text-align: center;">sehr zufrieden → nicht zufrieden</p> <p style="text-align: center;"> 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>	<p>Annahmen Patienten 2 Kategorien Patienteninterviews</p>	<p>Ordinalskala (Schulnoten) streng monoton steigend, nicht gleich abständig</p>	<p>Säulendiagramm</p>
<p>7. Woran machen Sie Ihre Zufriedenheit/ Unzufriedenheit fest? Welche Faktoren tragen dazu bei?</p>	<p>Annahmen von Patienten 2 Kategorien aus Patienteninterviews was macht die Zufriedenheit mit der Behandlung aus?</p>	<p>offene Frage welche Kriterien sind besonders bedeutsam für Patienten? Nennungen von P1 bis Pn sammeln, kategorisieren und Häufigkeiten feststellen</p>	<p>Tabelle mit Aussagen von P1 bis Pn</p>
<p>8. Wie lange befinden Sie sich in ergotherapeutischer Behandlung?</p> <p><input type="checkbox"/> weniger als 1 Monat <input type="checkbox"/> 1 – 3 Monate <input type="checkbox"/> 3 – 6 Monate <input type="checkbox"/> länger als 6 Monate</p>	<p>Dauer der ergotherapeutischen Behandlung interessant im Vergleich zu Behandlung nach dem Perfetti Konzept hat Patient auch andere Erfahrungen gemacht??</p>	<p>Ordinalskala</p>	<p>Säulendiagramm</p>

Anlage 31: Auszug – Auswertung offene Fragen – Therapeutenfragebogen

Frage Nr. 4			
Was hat Sie motiviert, sich mit dem Perfetti-Konzept auseinanderzusetzen?			
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie
1	„Ich war mit den bisherigen Möglichkeiten, die „Feinmotorik“ zu fördern nicht zufrieden und bin jetzt froh, eine gute Möglichkeit zu haben, neuropsychologische Inhalte mit „motorischen“ zu verbinden	Unzufriedenheit mit bisherigen Möglichkeiten, Feinmotorik zu fördern	Unzufriedenheit mit anderen Behandlungsmöglichkeiten
3	„Die Vielfältigkeit und die Einsatzmöglichkeiten sowie Erfolge in der Therapie.“	Erfolge in der Therapie Vielfältigkeit Einsatzmöglichkeiten	Therapieerfolg Differenzierte Behandlungsmöglichkeiten
5	„Das Konzept bietet eine sehr strukturierte Herangehensweise an Befund, Behandlung und Überprüfung der Veränderungen, die oft sehr schnell spürbar und sichtbar werden.“	Strukturierter Befund, Behandlung und Überprüfung Veränderungen schnell sichtbar	Differenzierte Befund- und Behandlungsmöglichkeiten Sichtbare Therapieerfolge
11	„Die Erkenntnis, dass vor jeder Muskelkontraktion kognitive Prozesse ablaufen hat mich überzeugt, dass solche Prozesse in einem rehabilitativen Ablauf gehören. Die viel genauere Analyse des spezifischen Problems des Patienten ist bestechend!	kognitive Prozesse vor jeder Muskelkontraktion genauere Analyse des spezifischen Problems	Theorie des Konzeptes • Kognitiver Ansatz
12	<ul style="list-style-type: none"> • Der logische Aufbau des Konzeptes. • Die Möglichkeit, anfangs „simple“ und zunehmend komplexere Umsetzungen zu realisieren. • Die Art des Materials, differenzierte Anwendungsmöglichkeiten, das Potential kreativ (aktiv) werden zu können bei der Entwicklung eigener Materialien • Vor allem: es ist Sensomotorik pur und für mich scheint es das ideale Herangehen für neurologische therapeutische Interventionen. 	logischer Aufbau Übungen abstufbar Material bietet differenzierte Behandlungsmöglichkeiten Sensomotorik pur	Theorie des Konzeptes • Logischer Aufbau Differenzierte Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten
13	„Andere Konzepte geben keinerlei Antwort auf grundsätzliche Fragen“	Antwort auf grundsätzliche Fragen, Vergleich mit anderen Konzepten	Unzufriedenheit mit anderen Behandlungsmöglichkeiten
14	„Ich habe schon intuitiv Behandlungskonzepte entwickelt bevor ich 1998 mit dem Perfetti-Konzept in Berührung kam, die dem Perfetti-Konzept nahe kamen. Ich war froh, dann wissenschaftlichen Hintergrund zu bekommen.	Neurowissenschaftliche Basis	Theorie des Konzeptes • scientific reasoning (wissenschaftliche Basis)
17	<ul style="list-style-type: none"> • Schneller, sichtbarer Therapieerfolg • Nach Verständnis des Konzeptes eigene Weiterentwicklung, auch mit Patienten 	schnelle Therapieerfolge eigene Weiterentwicklung	Therapieerfolge

Frage Nr. 9 Wie gestalten Sie die Zusammenarbeit mit Ihren Patienten, die Sie nach dem Perfetti-Konzept behandeln?			
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie
2	„An der Zusammenarbeit schätze ich sehr, die „Gleichberechtigung“ und dass nicht mehr ich als „große“ Therapeutin den „armen kleinen“ Patienten „bearbeite“ und dann ist wieder „seine Hand locker“. So wie er „mental“ bzw. kognitiv durch meine Übungen gefordert wird, fordert er auch mich, seine Worte interpretieren zu lernen und richtige Hypothesen zu seinem Problem aufzustellen und zu überprüfen.“	Gleichberechtigung Therapeut fordert Patient und Patient fordert Therapeut	partnerschaftliche Zusammenarbeit aktive Rolle des Klienten
3	1. Zu Beginn mittels CMOP Ziele formulieren. 2. Patienten Vorgehensweise, warum welche Übungen erklären. 3. Wenn möglich, Übungen für den Alltag mit dem Patienten ermitteln (übt mit Fliesen aus der Küche, die übrig waren, die „Bücher-Übungen“). 4. Stand der Therapie in Bezug zum Ziel überprüfen, mehrmals bis zum Ziel.	CMOP zur Zielformulierung Erklärung der Vorgehensweise, Übungen für Alltag ermitteln Evaluation der Therapie im Verlauf in Bezug zu Ziel	Zielformulierung mit Klient Information über Sinn der Übungen Alltagsbezug herstellen Zielüberprüfung
7	<ul style="list-style-type: none"> • Eine ruhige empathische Atmosphäre • Ich erkläre die Übungen und bitte auch die Patienten darum, mir rückzumelden, was sich nach den Übungen verändert hat • Ich nutze bewusst die Sprache der Patienten (z. B. Bildung von Metaphern) 	Empathie Übungen erklären Sprache des Patienten nutzen	Sinn der Übungen erklären Empathie
9	Ich versuche, den Patienten so weit möglich die Behandlung zu erklären, den Sinn der einzelnen Übungen anhand der Ziele transparent zu machen. Absolute Priorität haben alle Patientenäußerungen, Beschreibungen, etc. Ziel ist immer, den Patienten zu lehren, aktiv auf neue Pathologie Einfluss zu nehmen.	Behandlung erklären Übungen anhand der Ziele transparent machen Priorität von Patientenäußerungen, Pat. lernt, aktiv Einfluss zu nehmen	Information Therapiekonzept Sinn der Übungen erklären aktive Patientenrolle
15	Wie mit allen anderen auch, v. a. patienten- bzw. klientenzentriert	patienten- klientenzentriert	Klientenzentrierte Zusammenarbeit
18	Kommunikation auf gleicher Ebene.	gleiche Ebene	Partnerschaftliche Zusammenarbeit
21	Partnerschaftlich; gleichberechtigt; ernst nehmend, was der Patient über sich berichten kann; Situationen schaffen, in denen er besser lernen kann; Ziele diskutieren – wenn das möglich ist.		Partnerschaftliche Zusammenarbeit Optimale Lernsituation Ziele besprechen

Frage Nr. 10 Wie sehen Sie Ihre Rolle als Therapeut in der Therapie nach dem Perfetti-Konzept?			
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie
1	„Ich bin eine Begleiterin bei den Verbesserungen, eine Assistentin, die versucht, mit den Betroffenen zusammen Übungen für diese Veränderungen zu entwickeln – meist erfolgreich.“	Begleiterin, Assistentin gemeinsam mit Patienten Übungen entwickeln	Zusammenarbeit Begleiter
4	Ich verlasse meine Rolle als Therapeut nicht; bin durch das Konzept jedoch näher am Patienten als bei anderen Konzepten.	näher am Patienten als bei anderen Konzepten	
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. In Dialog treten 2. Aufmerksamkeit des Patienten auf die entscheidenden Informationsquellen lenken, so dass er pathologische Elemente selbst wahrnehmen, beeinflussen und kontrollieren lernt. 3. Begleiten beim Sammeln von neuen Erfahrungen und Erkenntnissen. 	Dialog Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit fördern Begleiter, neue Erfahrungen und Erkenntnisse sammeln lassen	zu aktiver Kontrolle befähigen
8	Als Vermittler. Der Patient soll verstehen was passiert und somit den Ansatz für sich persönlich nutzen.	Vermittler	bewusste Erfahrung
11	„Ich bin ein Pädagoge, der zunächst eine Analyse der pathologischen Komponenten vornehmen muss, um schließlich gezielte Lernprozess zu aktivieren. Dabei sollte dem Patienten die eigene Verantwortung deutlich werden.“	Pädagoge gezielte Lernprozesse aktivieren Eigenverantwortlichkeit deutlich machen	Pädagoge Selbstwirksamkeit bewusst machen Lernprozesse aktivieren
18	Ich frage den Patienten nach seinem Auftrag an mich und versuche ihn, so gut wie es mir gelingt, zu erfüllen.	Auftrag des Patienten erfüllen	
19	Ich leite den Patienten an, wie er Defizite (Pathologien) kontrollieren kann. Ich erkläre ihm theoretische Hintergründe. Der Patient soll zum Experten für sein eigenes Krankheitsbild werden. Ich arbeite intensiv mit dem Patienten gemeinsam an der Umsetzung seiner Teilziele.	Patienten anleiten zur aktiven Kontrolle der Pathologie, Patienten zum Experten machen	Anleiter zur aktiven Kontrolle
20	Es ist mir wichtig, dass der Patient befähigt wird, seinen Körper und die Pathologien bzw. Vermeiden von Pathologien kennen zu lernen und mit diesen zu seiner Zufriedenheit umzugehen. Ich nehme also eher eine lehrende Rolle ein, wobei immer eine Zusammenarbeit mit dem Patienten besteht, z. B. beim Herausfinden der Entstehung von Pathologien und Vermeiden von Pathologien. Ich leite den Patienten an um physiologische Bewegungen hervorzurufen.	Patient befähigen mit Pathologien umzugehen lehrende Rolle Anleitung	Lehrer partnerschaftliche Zusammenarbeit Anleiter

Frage Nr. 14 An welchen Faktoren machen Sie die Wirksamkeit der Therapie nach dem Perfetti-Konzept fest?			
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie
1	Anhand von erreichten Handlungen im Alltag des Patienten, außerhalb der Therapie	Alltagshandlungen außerhalb der Therapie erreicht	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichen alltagsbezogener Ziele
6	<ul style="list-style-type: none"> • An den Fortschritten meiner Patienten • Dass das Konzept kein starres Konzept ist, sondern neue medizinische Erkenntnisse berücksichtigt und sich das Konzept ständig weiterentwickelt und verändert. 	Beobachtbare Fortschritte aktuelle wissenschaftliche Basis und Weiterentwicklung des Konzeptes	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtbare Fortschritte • Wissenschaftliche Basis des Konzeptes
7	Kontrolle der Pathologie, z. B. abnorme Irradiationen, ARD. Verbesserung der Fragmentierung und der Rekrutierung. Diese Faktoren sind sichtbar bei Beobachtung des Patienten.	Kontrolle der Pathologie Verbesserung von Fragmentierung und Rekrutierung Beobachtung des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtbare Fortschritte • Kontrolle spezifische Motorik
8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anhalten von Schmerzfreiheit 2. Verbesserung der Bewegungsabläufe 3. Zufriedenheit des Patienten 	anhaltende Schmerzfreiheit Verbesserung der Bewegungsabläufe Patientenzufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzreduktion • Verbesserung der Bewegungsfähigkeit • Patientenzufriedenheit
13	z. B. Veränderungen innerhalb der Übungen	Veränderungen innerhalb Übungen	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtete Veränderungen
14	<ul style="list-style-type: none"> • Der Patient hat mehr Bewusstsein über seine Strategien entwickelt • Umsetzung in alltägliche Handlungen gelingt • Schmerz kann deutlich reduziert/ eingegrenzt werden 	Bewusstsein des Patienten über seine Strategien Transfer in alltägliche Handlungen, Schmerzreduktion	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung alltäglicher Aktivitäten/Handlungen • Schmerzreduktion
17	Einfluss auf Tonusverhältnisse durch Patienten, auch außerhalb der Therapie – im Alltag.	Aktiver Einfluss des Patienten, Transfer in den Alltag	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwirksamkeit des Patienten (Therapie und Alltag)
19	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichen von Zielen (Handlungskompetenzen des Patienten: physiologisch und nicht kompensatorisch) • Patientenzufriedenheit 	Erreichen von Zielen physiologisch Patientenzufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Zielüberprüfung • Patientenzufriedenheit
22	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn es Patienten gelingt, den Transfer in den Alltag zu übertragen • Anhand des Erreichens der festgelegten Ziele und die positive Äußerung des Patienten 	Transfer in den Alltag Erreichen von Zielen positive Rückmeldung des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung alltäglicher Handlungen • Zielerreichung • Patientenzufriedenheit

Frage Nr. 16 Wie stellen Sie innerhalb der Therapie nach dem Perfetti-Konzept den Bezug zu alltäglichen Aktivitäten des Patienten her?			
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie
1	„Zu Beginn der Stunde oder einiger Therapiestunden eine Alltagshandlung (auch Ausschnitte davon) zeigen lassen und festhalten – Überprüfung danach (in an / Zeiteinheit/ Beschreibung /...)“	Integration und Überprüfung von Alltagshandlungen in Therapieeinheit	<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsbezug innerhalb Therapieeinheit • Zielüberprüfung an Alltagshandlung
3	Alltägliche Aktivitäten bilden die Therapieziele	Therapieziele alltägliche Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Zielüberprüfung an Alltagshandlung
4	Der Grundgedanke des Konzeptes ist leicht übertragbar auf alltägliche Bewegungen/ Aktivitäten, also über das Bewusstmachen des Fühlens und Bewegung, als auf natürlich über die Wahrnehmung und Imagination.	Grundgedanke des Konzeptes auf alltägliche Bewegungen, Aktivitäten übertragen	<ul style="list-style-type: none"> • Zielüberprüfung an Alltagshandlung
5	Erarbeitete Teilaspekte in der Einzeltherapie, wie Kontrolle ARD / IRR werden innerhalb des Selbsthilfetrainings in den Alltag transferiert.	Integration von erarbeiteten Teilaspekten Transfer in Alltagshandlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Übungsstrategien im Selbsthilfetraining
6	Indem ich in meine Zwischenveränderungen alltägliche Dinge mit hineinnehme oder durch Beobachtung von Angehörigen oder von mir.	Zwischenveränderungen alltagsnah	<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsnahe Zielformulierung
9	1. Zielformulierung anhand alltäglicher Handlungen (z. B. ohne Irradiationen aufzustehen, Besteck zu benutzen, ...) 2. Indem ich dem Patienten erklären, bei welchen Handlungen welche Therapieinhalte Voraussetzung sind (wenn möglich) (z. B. Haare bürsten, Richtungssteuerung, über angepasste Pronation/ Supination).	Ziele alltagsnah formuliert Erklären der Übungen in Bezug zum Alltag.	<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsnahe Zielformulierung • Alltagsbezug der Übungen erklären
10	Ich erfrage, was die Patienten gerne im Alltag erreichen möchten, bespreche das aus meiner Sicht Mögliche, teile die Handlung in Einzelbewegungen und stecke mit dem Patienten die Ziele.	Ziele des Patienten im Alltag Übungen in Bezug zu Alltagszielen setzen.	<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsbezogene Ziele
14	„Indem Behandlungsziele an alltägliche Verrichtungen geknüpft sind“.	Behandlungsziele in Bezug zu alltäglichen Handlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsbezogene Ziele
16	Ich versuche in der „Übung“ erarbeitete Bewegungen und Einflussmöglichkeiten des Patienten darauf zunächst in einfache, später in komplexe Handlungen bewusst zu übertragen.	Transfer der erarbeiteten Bewegungen in einfache und komplexe Handlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Übungsstrategien bei alltäglichen Aktivitäten einsetzen
18	Indem ich das Ziel „alltagsnah“ definiere.	Ziele alltagsnah formuliert.	<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsbezogene Ziele

Frage Nr. 22				
Woran machen Sie Ihre Zufriedenheit/ Unzufriedenheit fest? Welche Faktoren tragen dazu bei?				
Nr. Fragebogen	Aussage	Zufriedenheit		Unzufriedenheit
		Reduktion	Kategorie	
3	1. Therapieerfolge 2. Flexible Einsatzmöglichkeit unterschiedlichster Hilfsmittel (Sussidi) in Kombination mit „nicht Perfetti Materialien“ ermöglichen die Behandlung schwerst betroffener Patienten bis Patienten mit minimalsten Problemen.	Therapieerfolge Flexible Einsatzmöglichkeiten Unterschiedliche Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> sichtbare Therapieerfolge Differenzierte Behandlungsmöglichkeiten 	
4	Die Rückmeldung durch den Patienten und natürlich auf die sichtbar gewordenen Therapieerfolge.	Rückmeldung vom Patienten Sichtbare Therapieerfolge	<ul style="list-style-type: none"> Klienten melden Verbesserungen zurück sichtbare Therapieerfolge 	
20	Zu den meisten Problemen gibt es eine therapeutische Lösung und Vorgehensweise. Es werden schnell positive Veränderungen hervorgerufen.	Therapeutische Lösungen für viele Probleme vorhanden. Schnelle positive Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> Sichtbare Therapieerfolge Differenzierte Befund- und Behandlungsmöglichkeiten 	
21	Meine Klarheit in der Vorgehensweise, der Befundaufnahme, Ziele benennen – große Beteiligung der Patienten, Konzentration in der Therapieeinheit.	Klarheit in der Vorgehensweise, der Befundung, große Beteiligung der Patienten,	<ul style="list-style-type: none"> aktive Patientenrolle differenzierte Befunderhebung und Therapieplanung 	
22	Um effektiv das Behandlungskonzept einzusetzen, muss die Therapiesequenz deutlich höher sein als 30 min 2 Mal in der Woche, damit sich ein guter Erfolg einstellt.			<ul style="list-style-type: none"> Zeitliche Rahmenbedingungen (höherer Therapiebedarf)
24	Zufriedenheit: Ziele, die ich mit Patienten setze, werden erreicht; wenig Pathologie. Unzufriedenheit: Konzept – keine, aber zu wenig Zeit in der Rehabilitation	Mit dem Patienten gesetzte Ziele werden erreicht.		<ul style="list-style-type: none"> Zeitliche Rahmenbedingungen im therapeutischen setting

Anlage 32: Auszug – Auswertung halb offene Fragen – Therapeutenfragebogen

Frage Nr. 2				
Welche der folgenden Informationsmöglichkeiten nutzen Sie zur Information Ihrer Patienten? Ergänzung mit andere:				
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie		
		Printmedien	Internet	Fortbildungen
3	Broschüre Klinik Bethesda	Broschüre Klinik Bethesda		
5	Nun auch Hinweise auf der Homepage des VFGR		Homepage VFGR	
6	Zeitungsartikel, je nach Patient	Zeitungsartikel		
9	Infos Klinik Bethesda/ Tschugg	Infos Klinik Bethesda/		
15	z. T. Buch von Perfetti	Perfetti Buch		
17	Infos auf Praxisflyer	Informationen auf dem Praxisflyer		
23	Perfetti Bücher, Einladung an Kursen teilzunehmen!	Perfetti Buch		Teilnahme an Fortbildungen
24	Artikel (Praxis Ergotherapie, NOT)	Artikel		

Frage Nr. 3		
Sind Sie mit den Informationsmöglichkeiten für Ihre Patienten zufrieden? Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort und teilen Sie uns Ihre Wünsche und Anregungen mit!		
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie
2	Wünsche: noch einfacher zu verstehendes Material für Patienten und Angehörige, den Flyer und die Homepage gibt es ja noch nicht sehr lange, ist ein guter Anfang	Informationsmaterial für Patienten und Angehörige
10	Ich wünsche mir einen – für Patienten – verständlichen „Perfetti-Flyer“.	Informationsmaterial für Patienten und Angehörige
11	Das persönliche Gespräch ist am effektivsten, aber eine gute verständliche Patienteninformation wäre hilfreich – auch für Angehörige.	Informationsmaterial für Patienten und Angehörige
12	Weil die Inhalte in direktem Zusammenhang mit der Erkrankung und deren folgen stehen und das Ziel verfolgen, dem Patienten „Werkzeug“ im Umgang mit funktionelle Einschränkungen zu sein und eine Brücke zwischen Therapie und Alltag zu werden (Transfer).	Informationsmaterial für Patienten und Angehörige
17	Poster Patienten verständlichere Flyer	Informationsmaterial für Patienten und Angehörige Sonstiges (Poster)

Frage Nr. 3	Sind Sie mit den Informationsmöglichkeiten für Ihre Patienten zufrieden? Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort und teilen Sie uns Ihre Wünsche und Anregungen mit!	
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie
23	Gerade bei der „kognitiv-therapeutischen“ Behandlungsmethode ist es wichtig, dem Patienten das Konzept und den therapeutischen Hintergrund zu erklären, damit der langsam aufbauende Übungsaufbau für Patienten nachvollziehbar wird und er weiß, warum er z. B. „aufmerksam“ sein soll.	Informationsmaterial für Patienten und Angehörige

Frage Nr. 5	Ich wende das Perfetti-Konzept in der Therapie von Patienten an, weil....Ergänzung bei f)		
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduzierung	Kategorie
5	Weil es bei Schmerzpatienten oft nur den Zugang z. B. über Imagination gibt.	Imagination einziger Zugang zu Schmerzpatienten	Strategien Zugang zu Schmerzpatienten
7	Ich habe beobachtet, dass sich Patienten innerhalb des Rehabilitationsprozesses nur verändern, wenn sie Denkprozesse bzw. ihre kognitiven Fähigkeiten einsehen.	Veränderung nur wenn kognitive Prozesse genutzt werden	Befähigung des Klienten
9	Weil die Therapie für Patient und Therapeut spannender ist als bei anderen Ansätzen	spannendere Therapie als andere Ansätze	Therapiekonzept spannendere Therapie
11	Die klassischen Methoden z. t. 50 Jahre und älter sind – das darf in der Medizin nicht sein.	klassische Methoden sind veraltet	Therapiekonzept aktuell
20	Ich kann bewusst Einfluss auf die Pathologie nehmen Es ist auch möglich, bei Störungen der Sprachproduktion zu therapieren Die Anwendung erfolgt bei neurologischen, chirurgischen, orthopädischen Erkrankungen und Schmerzbehandlung vom Säugling bis zum Greis.	bewusster Einfluss auf Pathologie, breites Anwendungsspektrum	Differenzierte Behandlungsmöglichkeiten
24	Weil ich davon überzeugt bin und deshalb mein eigenes Handeln am besten vertreten kann.	Überzeugung, eigenes Handeln vertreten	

Frage Nr. 6				
Informieren Sie sich über aktuelle neurowissenschaftliche Entwicklungen? Wenn Sie „Ja“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, nennen Sie die Informationsquellen:				
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie		
		Fortbildungen	Printmedien	Internet
1	Perfetti-Symposium, DVE-Zeitschriften, Rehazeitschriften, Neurologiebücher, Internet	Perfetti-Symposium	DVE-Zeitschriften Rehazeitschriften Neurologiebücher	Internet
3	Weiterbildung, Literatur (Fachzeitschriften)	Weiterbildung	Literatur	
5	Kurse (monographischer Kurs, EKN-Fortbildung)	Kurse		
6	Fachzeitschriften, Internet		Fachzeitschriften	Internet
7	Monographischer Kurs in Italien, Hospitationen in Santorso, Symposium des VFCR, Rundbriefe des VFCR	Monographischer Kurs Hospitationen Symposium des VFCR	Rundbriefe des VFCR	
14	Fachzeitschriften, Bücher Internet Fortbildungen	Fortbildungen	Fachzeitschriften, Bücher	Internet
15	Internet Kolleginnen, Ärzte, Bücher, Artikel, Kongresse	Kolleginnen, Ärzte Kongresse	Bücher Artikel	Internet
21	Zeitschriften, Zeitungen, TV, Internet		Zeitschriften, Zeitungen	Internet TV
22	Fachbücher, Anwendertreffen, Fortbildungsveranstaltungen	Anwendertreffen Fortbildungsveranstaltungen	Fachbücher	
23	Internet, Fachbücher, Artikel, Flyer DVE, Zusammenarbeit mit Italien, Kongresse, Symposien	Zusammenarbeit mit Italien Kongresse, Symposien	Fachbücher, Artikel Flyer DVE,	Internet
24	Fachzeitschriften Besuch von Fort- und Weiterbildungen	Besuch von Fort- und Weiterbildungen	Fachzeitschriften	

Frage Nr. 7 Welche der folgenden Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten nutzen Sie, um sich über aktuelle Entwicklungen des Perfetti-Konzeptes zu informieren? Ergänzung mit andere:			
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie	
		Austausch	Fortbildungen
5	Austausch und Fortbildung innerhalb des abteilungsinternen Arbeitskreises Perfetti	Austausch innerhalb des abteilungsinternen Arbeitskreises Perfetti	Fortbildung innerhalb des abteilungsinternen Arbeitskreises Perfetti
7	Austausch mit Kollegen, Fachvorträge über Hirnforschung in der Uniklinik	Austausch mit Kollegen,	Fachvorträge über Hirnforschung in der Uniklinik
15	Kontakte mit Santorso, Dr. Conti, Uni Leuven (Belgien)	Kontakte mit Santorso, Dr. Conti, Uni Leuven (Belgien)	
21	Austausch mit Kollegen	Austausch mit Kollegen	

Frage Nr. 8 Sind Sie mit den zur Verfügung stehenden Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten zufrieden? Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort und teilen Sie uns Ihre Wünsche und Anregungen mit!			
Nr. Fragebogen	Aussage / Wünsche und Anregungen	Wunsch/ Anregung Information	Wunsch/ Anregung Fortbildungen
2	Wunsch nach mehr Basiskursen und einem jährlich stattfindenden Examenkurs		mehr Basiskurse jährlich ein Examenkurs
3	Mehr Anwendertreffen wären gut zum fachlichen Austausch		mehr Anwendertreffen
4	Weil ein Großteil der Fortbildung in Schio stattfindet und in Deutschland erst das Italienische ins Deutsche übersetzt werden muss. Der ständige Wechsel der „Benennung“ und auch der Inhalte der Fortbildungsmöglichkeiten ist unübersichtlich! Es fehlt eine einheitliche Fortbildungsstruktur, die dauerhaft Bestand hat und ausschließlich in Deutschland wahrgenommen werden kann!	Einheitliche Benennung der Fortbildungsmöglichkeiten	Einheitliche Kursstruktur
7	Es wäre gut, auch monographische Kurse in Deutschland anzubieten.		Monographische Kurs in Deutschland
8	Bisher gab es zu wenige Möglichkeiten, sich weiterzubilden, bzw. es sehr zeitintensiv z. B. nach Italien zu fahren.		Mehr Kurse in D
10	Ich wünsche mir in Zukunft mehr qualifizierte Dozenten.		mehr qualifizierte Dozenten
12	Anwendertreffen (ortsnah, Umkreis 30-50 km) regelmäßig Anwenderforum per Internet/ mail Supervision durch Anwender		Anwendertreffen Anwenderforum im Internet Supervision
15	Kurse zur Weiterbildung, Kongresse (Symposium) sind immer extrem kurz-	Information über Veran-	Kurse

Frage Nr. 8	Sind Sie mit den zur Verfügung stehenden Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten zufrieden? Wenn Sie „Nein“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, erläutern Sie bitte Ihre Antwort und teilen Sie uns Ihre Wünsche und Anregungen mit!		
Nr. Fragebogen	Aussage / Wünsche und Anregungen	Wunsch/ Anregung Information	Wunsch/ Anregung Fortbildungen
	fristig bzw. fast nicht planbar	staltungstermine auch für nicht VFCR Mitglieder	
17	Viel zu wenig für Einsteiger und für Absolventen des Examenskurses, nur noch monographischer Kurs.		mehr Kurse für Absolventen der Examenskurse
18	Ich wünsche mir mehr Fortbildungsangebote in Deutschland.		mehr Fortbildungen in Deutschland
22	Fortbildungen sollten mehr in Deutschland angeboten werden.		mehr Fortbildungen in Deutschland
24	Es ist sehr schwer an aktuelle Kursinformationen (wann und wo) zu kommen bzw. viele Angebote erhält man erst kurz vor dem Ereignis oder die Kurse sind ausgebucht, Informationen über das Internet wäre schön.	Information über Veranstaltungstermine über Internet	Mehr Information (Internet)

Frage Nr. 11			
Haben Sie positive Erfahrungen mit der Anwendung des Perfetti-Konzeptes bei Patienten mit Schmerzen? Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, beschreiben Sie bitte bei welcher Art von Schmerzen:			
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie	
		Neurologie	Orthopädie
3	CRPS Fuß, Schmerzen ohne und mit Belastung; Schmerzen bei Berührung – Reduktion der Schmerzen bei Kontakt und Erhöhung der Belastbarkeit Zervikale Myelopathie; nach OP HWS – Reduktion der Schmerzen im HWS-Schulterbereich, sowie Verbesserung der Motorik und Sensibilität	CRPS	Zervikale Myelopathie
5	Schulter Schmerzen nach diversen OP-Eingriffen CRPS, chronische Schmerzsyndrome /z. B. HWS)	CRPS, chronische Schmerzsyndrome /z. B. HWS)	Schulter Schmerzen nach diversen OP-Eingriffen
6	Bei neuropathischen Schmerzen	Neuropathische Schmerzen	
9	Schulter Schmerzen nach Frakturen, bzw. bei Apoplex, Schmerzen der Hand nach Operationen (z. B. Dupuytren)	Schulter Schmerzen bei Apoplex	Schulter Schmerzen nach Frakturen Schmerzen der Hand nach Operationen (z. B. Dupuytren)
10	Schmerzen nach physiotherapeutischer Überanstrengung.		
17	Spannungsschmerz Schwindel Kribbeln/ Parästhesien	Spannungsschmerz schmerzhafte Missempfindungen	
18	Hauptsächlich im Bereich Schulter	Schulter Schmerzen	Schulter Schmerzen
20	Bei Schmerzen nach Frakturen, Gelenkersatz, Schulter Syndrom mit Bewegungseinschränkungen Bei Schmerzen durch Hemisymptomatik (obere und untere Extremität) Bei Wirbelsäulenschmerzen durch Verspannungen oder degenerative Prozesse Bei neuropathischen Schmerzen	Schulter Schmerzen Neuropathische Schmerzen	Schmerzen nach Frakturen, Gelenkersatz, Schulter Syndrom mit Bewegungseinschränkungen Wirbelsäulenschmerzen, Verspannungen oder degenerative Prozesse
22	Parästhesien: sobald Patienten Metaphern bilden können, bilden sich die Missempfindungen zurück	schmerzhafte Missempfindungen	
24	Meist Schulter Schmerzen (häufig aufgrund ARD im M. subscapularis, nicht zentrierter Humeruskopf) Starke Missempfindungen in der oberen Extremität	Schulter Schmerzen schmerzhafte Missempfindungen	

Frage Nr. 11	Haben Sie positive Erfahrungen mit der Anwendung des Perfetti-Konzeptes bei Patienten mit Schmerzen? Wenn Sie „Nein“ angekreuzt haben, begründen Sie bitte Ihre Antwort:	
Nr. Fragebogen	Aussage / Begründung	Kategorie
2	Weil ich bisher noch keine „reinen“ Schmerzpatienten hatte	
15	Manchmal chronifiziert und verstärkt das viele Sprechen über Schmerz den Schmerz noch mehr.	

Frage Nr. 12	Im Rahmen der Therapie nach dem Perfetti-Konzept Ergänzung bei e)	
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie
1	Nicht alle Patienten kommen dazu, mit den Schmerzen selbst zu agieren, nicht nur zu reagieren.	schwierig für Patienten zu agieren und nicht zu reagieren
5	Der Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie (Medikamente, Physikalische Anwendungen und psychologische Betreuung) sind zusätzlich wichtig.	multimodale Schmerztherapie wichtig
7	Oft ist eine von der Krankenkasse vorgegebene Behandlungszeit von 30 bzw. 45 min. zu kurz, um intensiv mit dem Patienten zu arbeiten. Die Behandlungsfrequenz von einer Behandlung pro Woche ist ebenfalls ungünstig.	kurze Behandlungszeit und Frequenz ungünstig
9	c) und d) können nicht eindeutig beurteilt werden, da häufig die Behandlungsdauer zu kurz ist. Schmerzpatienten sind i. d. R. sehr zeitintensiv, es dauert, bis der Patient den ihm fremden, neuen Ansatz versteht und er sich ganz darauf einlassen kann.	Behandlungsdauer zu kurz zeitintensive Behandlung
10	Die Patienten haben oft Angst, zum Schmerz hinzudenken. Mit therapeutischer Führung gelingt es ihnen und sie erkennen häufiger, was für ein Potenzial ihre Gedanken haben.	Angst zum Schmerz hinzudenken
11	Die Erfolge sind abhängig von der Fähigkeit des Patienten, Metaphern zu bilden und sich mit seinem Körper auseinander zu setzen.	Erfolge abhängig von Fähigkeit Metapher zu bilden
12	In wenigen Fällen habe ich das angestrebt; es besteht bei mir noch Lernbedarf (tieferes Verständnis).	
15	Ich finde, für chronische Schmerzen gibt es kognitive Konzepte (nach Buttler z. B.), die effizienter sind.	effizientere Therapien bei chronischen Schmerzen
16	Bisher sind meine Erfahrungen bzgl. bleibender Veränderungen/ Reduktion des Schmerzes sehr unterschiedlich. Problematisch sind Patienten mit schwerem dysexekutivem Syndrom und Neglect. Oftmals gelingen Verbesserungen innerhalb einer Stunde, diese können nicht gehalten werden.	unterschiedliche Erfahrungen Verbesserungen haben oft nicht Bestand
23	Viele Patienten sind sehr dankbar, wenn man den Schmerz ernst nimmt und ihn nicht ignoriert. Die Frustration sinkt und die Bewegung wird evtl. nicht mehr als „schwer“ und „schmerzhaft“, sondern als „fließend“ und „angenehm“ beschrieben.	Schmerz ernst nehmen Patienten sind dankbar

Frage Nr. 13				
Im überprüfe die Erfolge der Therapie nach dem Perfetti-Konzept Ergänzung bei c)				
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie		
		Beobachtung/ sessment	As-	Aussagen
			von	Sonstiges
2	Anhand von Beobachtungen, die Angehörige gemacht haben.	Beobachtungen von Angehörigen		
7	Eine ausführliche Befundung mit Zielformulierungen ist im Praxisalltag aus Zeitgründen für mich nicht möglich.			Befundung und Zielüberprüfung aus Zeitgründen nicht möglich
9	Anhand der Äußerungen des Patienten bzgl. Wahrnehmungen von Veränderungen/ Beschreibung der Empfindungen.			Äußerungen von Patienten.
11	Oft ist die Zeit, die uns bleibt, zu knapp, um explizit Ziele zu überprüfen – ich achte aber auf Veränderungen, um die Therapie ggf. zu ändern.	Beobachtung von Veränderungen während Therapie		
12	Ziele sind nicht immer ausformuliert.			Ziele nicht immer ausformuliert
15	Tests, ICF	Tests ICF		
22	Positive Äußerungen des Patienten.			Positive Äußerungen des Patienten

Frage Nr. 15				
Das Perfetti-Konzept ermöglicht mir innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung ...Ergänzung bei d)				
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie		
1	Eine differenzierte Behandlung bei neuropsychologischen Störungen, z. B. Apraxie- und Neglectpatienten.	Differenzierte Behandlung bei neuropsychologischen Störungen		
5	Klinikalltag lässt leider wenig Zeit für eine ausführliche „Cartella“, wie gelernt, zu Jedoch differenzierter als alle anderen neurophysiologischen Konzepte.	siehe 15b)		Wenig Zeit für ausführliche Befundung.
8	Schwierig ist, die Bewegungsfähigkeit in den Alltag zu transferieren.			Alltagstransfer schwer.

Frage Nr. 17 Ich betrachte Patienten, die ich nach dem Perfetti-Konzept behandle, aus Sicht eines ergotherapeutischen Modells. Ergänzung bei c)		
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie
14	Bisher nur eigen entwickeltes Modell in Anlehnung an CMOP	eigenes Modell in Anlehnung an CMOP
15	Neues „framework“	framework
16	PRPP (australisches Modell)	PRPP
18	Skala, welche ich interdisziplinär mit Neuropsychologen, Logopäden und Physiotherapeuten entwickelt habe.	eigene entwickelte Skala

Frage Nr. 20 Ich erlebe die Anwendung des Perfetti-Konzeptes als wirksam, weil..... Ergänzung bei e)		
Nr. Fragebogen	Aussage	
2	Sie auf ein großes Krankheitsbildspektrum anzuwenden sind.	Anwendung auf großes Krankheitsspektrum
4	Weil nicht nur die Bewegung und Aktivität sich durch die Therapie verändern, sondern u. a. auch die Wahrnehmung, die Schmerzen und auch das Körpergefühl und das Denken.	Veränderung von Bewegung, Aktivität, Veränderung von Wahrnehmung, Schmerz, Körpergefühl und Denken
11	Ich habe überdurchschnittlich viele Patienten, deren Selbstreflexionsvermögen eingeschränkt ist. Rückmeldungen sind entsprechend fragwürdig.	in Selbstreflexion eingeschränkte Patienten fragliche Rückmeldungen
23	Ich habe aus dem Grund dreimal teilweise angekreuzt, da ich auch Patienten und Angehörige habe, die „klassische“ Behandlungsmethoden vorziehen und es manchmal mit Patienten Motivationsgrenzen gibt. Trotzdem bevorzuge ich, auch mit solchen Patienten nach Perfetti zu arbeiten, da „unmotivierte“ Patienten nach Perfetti wenigstens „sanft“ gezwungen werden, mitzuarbeiten, anstatt dass der Therapeut der Alleinunterhalter ist.	manche Patienten und Angehörige ziehen „klassischen“ Behandlungsmethoden vor Patienten mit Motivationsgrenzen bevorzuge nach Perfetti zu arbeiten, „unmotivierte“ Patienten nach Perfetti „sanft“ gezwungen werden, mitzuarbeiten, Therapeut nicht Alleinunterhalter

Frage Nr. 26				
In welchen Fachgebieten wenden Sie das Perfetti-Konzept an? Ergänzungen bei andere:				
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie		
		Neurologie	Orthopädie	Andere
1	Patienten mit Facialisparesen	Facialisparesen		
7	Chirurgie, Schmerzbehandlung, Rückenpatienten		Schmerzbehandlung, Rückenpatienten	Chirurgie,
10	Neuropädiatrie	Neuropädiatrie		
23	Fortbildungen, Schulen			Fortbildungen, Schulen

Frage Nr. 27				
Bei welchen Krankheitsbildern wenden Sie das Perfetti-Konzept an? Ergänzungen bei andere:				
Nr. Fragebogen	Aussage	Kategorie		
		Neurologie	Orthopädie	
1	Facialisparese	Facialisparese		
2	PNP, Arthritis	PNP	Arthritis	
5	CRPS	CRPS	CRPS	
7	Frühkindliche Entwicklungsverzögerung, Rückenschmerzenpatienten	Frühkindliche Entwicklungsverzögerung,	Patienten mit Rückenschmerzen	
8	Feinmotorische Probleme bei Kindern, Spina bifida	Spina bifida		
10	Tumor (Hirn)	Tumor (Hirn)		
12	Querschnitt	Querschnitt		
15	Periphere Probleme mit zentralen Problemen kombiniert, z. B. bei SHT	Periphere Probleme mit zentralen Problemen kombiniert, z. B. bei SHT		
20	Hüft- und Knie TEP		Hüft- und Knie TEP	
24	GBS ???	Guillain-Barré Syndrom (GBS)		

Anlage 33: Auszug – Auswertung offene Fragen – Patientenfragebogen

Frage Nr. 7 Auf welche Probleme als Folge Ihrer Erkrankung können Sie durch die Anwendung der Therapiestrategien nach dem Perfetti-Konzept selbstständig Einfluss nehmen?			
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie
2	Selbstständige Bewegungen mit dem Arm Steigerung des Selbstwertgefühls Steigerung der Gehirnleistung	Armbewegungen Selbstwertgefühl Hirnleistung	Bewegungskontrolle Sonstiges (Selbstwertgefühl Hirnleistungsfähigkeit)
4	Spastik	Muskeltonuskontrolle	Kontrolle Muskeltonus
7	Muskelspannung, Neglect	Muskeltonuskontrolle Neglect	Kontrolle Muskeltonus
9	Freihändiges „Stehen“, Geradeausgang	Stehen und Gehen	Bewegungskontrolle Gleichgewichtskontrolle
13	Cortolling of the arms (Kontrolle der Arme)	Bewegung der Arme	Bewegungskontrolle
14	Spastik im gelähmten Arm hat merklich nachgelassen; kann den Arm bewegen, teilweise mit viel Konzentration auch den Daumen.	Bewegung des Armes und des Daumes Kontrolle Spastik	Kontrolle Muskeltonus Bewegungskontrolle
16	Essensbereitung, selbstständiges Essen.	Selbstständiges Essen	Selbstständigkeit
18	Kann betroffene Hand in der Werkstatt besser einsetzen, spüre jetzt Verletzungen, z. B. einen Spreisel (Holzsplitter??).	Einsatz der betroffenen Hand, Verarbeitung von Spürinformationen	Bewegungskontrolle Verarbeitung von Spürinformation
19	Passe mehr auf, was ich spüre, spüre meinen Körper besser (auch beim Kuscheln).		Verarbeitung von Spürinformationen
21	Mein Laufen wird runder und flüssiger.	Laufen	Bewegungskontrolle
24	Haltung, Muskeltonus, Unruhe der Beine und Hände.	Muskeltonuskontrolle Haltungskontrolle	Kontrolle Muskeltonus Bewegungskontrolle
27	Intensiver Fühlen, Bewegungen wieder erlernen, wieder gut gehen, sprechen, besser kommunizieren, lauter sprechen.	Spürinformationen intensiver, gehen, Sprechen	Bewegungskontrolle Verarbeitung von Spürinformationen
36	Kann meine linke Seite wieder wahrnehmen.	Wahrnehmung der linken Seite	Verarbeitung von Spürinformationen
39	Gangbild, Gleichgewicht, Stellung der Beine	Gehen Gleichgewicht	Bewegungskontrolle Gleichgewichtskontrolle
45	Muskelspannung senken	Muskelspannung	Kontrolle Muskeltonus

Frage Nr. 7 Auf welche Probleme als Folge Ihrer Erkrankung können Sie durch die Anwendung der Therapiestrategien nach dem Perfetti-Konzept selbstständig Einfluss nehmen?			
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie
47	Verringerung von Schmerzen im Sprunggelenk.	Schmerzen	Schmerzempfinden
48	Verbesserung der Muskeln und Gelenke	Muskelkontrolle Gelenke	Bewegungskontrolle
53	Linksseitige Lähmung.	Lähmungserscheinungen	Bewegungskontrolle
54	Gegen Schmerzen, Sensibilität, Vorstellung von Bewegung	Schmerzen Sensibilität	Schmerzempfinden Verarbeitung von Spürin- formationen
58	Wärmeempfindungen Oberarm/ Schulter	Wärme fühlen	Verarbeitung von Spürin- formationen
61	Bewegungen können wieder einfacher durchgeführt werden. Vor allem mit viel weniger Kraft (Problematik: Fibromyalgie).	Bewegungen einfacher	Bewegungskontrolle

Frage Nr. 9 Welche alltäglichen Aktivitäten/ Tätigkeiten können Sie aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept besser ausführen?				
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie	ICF Kategorie Funktion, Aktivität und Partizipation
1	Einsatz der betroffenen Hand als Haltehand beim Kochen.	Haltehand beim Ko- chen	Haushaltsaktivitäten	Mahlzeiten vorbereiten (d6309)
6	Laufen – Treppe steigen	Laufen Treppe steigen	Mobilität	Gehen (d450) Sich in verschiedenen Umgebungen fortbe- wegen (d460)
19	Kleinere Sachen besser anfassen, Schlüssel ins Schlüssel- loch stecken, mit Unterstützung Unterschrift leisten, hauswirt- schaftliche Tätigkeiten, Körperpflege	Schlüssel stecken Unterschrift, Körper- pflege, Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	Bewegungsfähigkeit Haushaltsaktivitäten Selbstversorgung	Feinmotorischer Hand- gebrauch (d440) Sich waschen (d510) Hausarbeiten erledigen (d640)
20	Ich kann kleine Gegenstände mit der betroffenen Hand halten.	Gegenstände halten	Bewegungsfähigkeit	Feinmotorischer Hand- gebrauch (d440)
22	Arm- Handführung, bei PC Bedienung, selbstständiges Essen, Schulter- Nachenentspannung vor dem Einschlafen.	PC Bedienung Essen Schlafen	Selbstversorgung	Kommunikationsgeräte und Techniken benut- zen (d360) Essen (d550)

Frage Nr. 9 Welche alltäglichen Aktivitäten/ Tätigkeiten können Sie aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept besser ausführen?				
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie	ICF Kategorie Funktion, Aktivität und Partizipation
29	Bewegungsabläufe steuern	Bewegungsabläufe steuern	Bewegungsfähigkeit	b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
37	Allein am Rollator auf die Toilette gehen	Am Rollator gehen Toilettengang	Selbstversorgung	Toilette benutzen (d530)
43	Gehen, Laufen und Fahrradfahren	Gehen, Laufen Radfahren	Mobilität	Gehen (d450) Fahrzeug fahren (d4750)
49	Ich kann meinen Arm besser kontrollieren.	Armfunktion		b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
50	Erhöhung der Selbstständigkeit (An- und Ausziehen, Essen, Körperpflege).	An- und Auskleiden Essen Körperpflege	Selbstversorgung	Sich kleiden (d540) Sich waschen (d510)
57	Drei Wochen nach Reha keine Schmerzen linke Schulter! Kann linke Hand/ Arm zu 70% wieder nutzen	Schmerzfremie Schulter Armbewegung	Bewegungsfähigkeit Schmerzfremie	b28016 Gelenkschmerz b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen

Frage Nr. 19 Woran machen Sie Ihre Zufriedenheit/ Unzufriedenheit fest? Welche Faktoren tragen dazu bei?			
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie
1	Der Kontakt zur Therapeutin Positive Rückmeldung durch Therapeutin Erfolgreiche Durchführung der Übungen	Kontakt Therapeutin Erfolgreiche Übungsdurchführung	Zusammenarbeit mit Therapeut Therapieerfolge
2	Klare Erfolge → Motivation – Herausforderung für mich, da die Therapiemethode abwechslungsreich und interessant ist.	Erfolge, Motivation, Abwechslungsreiche Therapiemethode	Therapieerfolge Therapiemethode
5	Ich habe von Behandlung zu Behandlung deutliche Verbesserung der Bewegung meines Fingers gespürt.	Verbesserung	Therapieerfolge
7	Ich werde sehr ernst genommen.	Ernst genommen werden	Zusammenarbeit mit Therapeut

Frage Nr. 19	Woran machen Sie Ihre Zufriedenheit/ Unzufriedenheit fest? Welche Faktoren tragen dazu bei?		
Nr. Fragebogen	Aussage	Reduktion	Kategorie
9	Verbesserung der Krankheitssymptome, gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Therapeutin	Vertrauensvolle Zusammenarbeit	Zusammenarbeit mit Therapeut
11	Es hat sich mein Zustand kaum verbessert.	Kaum Verbesserung des Zustandes	Therapieerfolge
12	Durch den Rückgang des Schmerzes lerne ich und kann allmählich wieder laufen/ auftreten.	Verbesserung von Schmerz und Bewegungsfähigkeit	Therapieerfolge
13	Makes me more aware and makes me think of getting in contact with my senses and feelings.		Therapieerfolge
18	Bin meinen Zielen näher gekommen.	Ziele erreichen	Therapieerfolge
19	Weil ich vieles kann, was ich vorher nicht konnte.	Verbesserung	Therapieerfolge
22	Positiv: Therapeuten-Klienten-Kontakt, Aufmerksamkeitsschulung, gezieltes Üben/ Schwierig: monokausaler Bezug auf Perfetti-Konzept	Therapeutenkontakt Aufmerksamkeitsschulung	Zusammenarbeit mit Therapeut
30	Bessere Beweglichkeit, Linderung der Schmerzen	Verbesserung von Bewegung und Schmerzen	Therapieerfolge
39	Erfolg, Schmerzen, Hilfe, Vorwärtkommen	Verbesserungen	Therapieerfolge
40	Stetige Fortschritte auch nach langer Rehapphase	Stetige Verbesserungen	Therapieerfolge
41	Stetige Verbesserungen (wenn auch mühsam) nach langer Zeit. Vieles lässt sich im Alltag umsetzen.	Stetige Verbesserungen	Therapieerfolge
42	Dass ich besser laufen kann, meine rechte Körperhälfte besser spüre.	Verbesserungen	Therapieerfolge
44	Ich bin von der Wirkung begeistert – „vergessene“ Bewegungen werden neu erlernt - Übertragung in den Alltag ist schwierig.	Verbesserungen	Therapieerfolge
45	Ich mache es selbst.	Selbstwirksamkeit	Selbstwirksamkeit
52	Ich habe Glück, eine gute Therapeutin gefunden zu haben, die mir Mut und Kraft zurückgibt. Man fühlt sich geborgen und in guten Händen.	Therapeutin gibt Mut und Kraft	Zusammenarbeit mit Therapeut
54	Kontakt zur Therapeutin, Gefühl des Angenommenwerdens Erklärungen der Vorgehensweise	Therapeutenkontakt, Sich angenommen fühlen, Erklärungen	Zusammenarbeit mit Therapeut
55	Meine Therapeutin geht einfühlsam mit mir um. Das Material finde ich toll. Die Therapie ist sehr abwechslungsreich.	Einfühlsame Therapeutin Abwechslungsreiche Therapie	Therapiemethode (abwechslungsreich)
57	Fortschritte bei der Therapie	Fortschritte	Therapieerfolge
62	Ich lerne bessere Wahrnehmung von Bewegungen; Bewusstsein, dass Gelenkbewegungen auf unterschiedliche Art ausgeführt werden können (gewaltsam – mit viel Kraft – sanft – ganz bewusst).	Verbesserung Bewusste Wahrnehmung	Therapieerfolge Therapiemethode (bewusste Wahrnehmung)

Frage Nr. 22	Aufgrund welcher Erkrankung werden Sie ergotherapeutisch behandelt?			
Nr. Fragebogen	Aussage/	Kategorie		
1	Schlaganfall	Apoplex		Neurologie
4	Spastische Hemiplegie	Hemiplegie		Neurologie
10	Operation nach Elmsley „Partellaansatz“ um 1,4 cm nach innen versetzt	Patellaansatz		Orthopädie
12	CRPS an rechten Vorfuß	CRPS		Neurologie
13	Tetraplegie	Tetraplegie		Neurologie
16	Schlaganfall	Apoplex		Neurologie
19	Angeborene Tetraspastik	Tetraspastik		Neurologie
21	SHT nach Reitunfall	SHT	Hirnblutung	Neurologie
22	Tetraplegie	Tetraplegie		Neurologie
27	Subdurales Hämatom	Subdurales Hämatom	Hirnblutung	Neurologie
29	Cervikale Myelopathie, Tetraspastik, Tetraparese, Z. n. TEP beidseits	Cervikale Myelopathie		Neurologie
31	Tetraplegie	Tetraplegie		Neurologie
36	Schlaganfall mit linksseitiger Lähmung	Apoplex		Neurologie
40	Hirnblutung, Parese links	Hirnblutung	Hirnblutung	Neurologie
43	Gleichgewichtsstörungen (SHT)	SHT	Hirnblutung	Neurologie
44	Multiple Sklerose	MS		Neurologie
46	Schlaganfall	Apoplex		Neurologie
47	Bänderriss im Sprunggelenksbereich und weil die Physios Fehler gemacht haben.	Bänderriss		Orthopädie
48	Schlaganfall mit Querschnittslähmung	Apoplex		Neurologie
51	Rotatorenmanschettenruptur, Impingement-Syndrom, Entzündung der Bizepssehne, Schleimbeutelentzündung	Rotatorenmanschettenruptur	Schulterverletzung	Orthopädie
56	Schlaganfall	Apoplex		Neurologie
58	Wallenberg-Syndrom (Hirnstammsyndrom) *	Wallenberg Syndrom		Neurologie
59	Apoplex mit Hemiparese	Apoplex		Neurologie
61	Fibromyalgie	Weichteilrheuma		Sonstiges
62	Trümmerbruch linkes Handgelenk	Handgelenksverletzung		Sonstiges

Anlage 34: Auszug – Auswertung halb offene Fragen – Patientenfragebogen

Frage Nr. 2			
Wie wurden Sie über das Perfetti-Konzept informiert? Ergänzungen: sonstige Quellen			
Nr. Fragebogen	Aussage/ Quellen	Kategorie	
22	Infos im Verlauf der Behandlung	Siehe 2b)	
32	Internet		Internet
42	Internet		Internet
56	Perfetti-Buch		Fachliteratur

Frage Nr. 4			
Wie wichtig sind Ihnen folgende Informationsquellen über das Perfetti-Konzept, nach dem Sie behandelt werden? Eigene Anmerkungen d)			
Nr. Fragebogen	Aussage/ Anmerkungen	Kategorie	
24	Ich bin einfach offen und positiv gegenüber dem Behandlungsgeschehen.	Offenheit	
36	Infos in Rehakliniken wären wünschenswert.	Infos in Rehaklinik	
46	Meine Therapeutin hat mir alles erklärt.	Siehe 4a)	
47	Ich bin zwar Legastheniker, aber ich würde mich freuen, wenn mehr über das Konzept in der Presse stünde.	Presse	
49	Ich kann nicht so gut umgehen mit Computer und Heften.	Pc und Infoschriften schwierig	
51	Ich vertraue meiner Ergotherapeutin	Vertrauen, siehe Zusammenarbeit	
			Vertrauensbasis zu ET

Frage Nr. 5			
Welche der folgenden Therapiestrategien sind Ihnen aus der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept bekannt? Ergänzungen: andere			
Nr. Fragebogen	Aussage/ Ergänzungen	Kategorie	
46	Weich machen und den Muskel lang machen, geschmeidig machen, fließen lassen, schweben lassen	Muskel weich, lang, geschmeidig machen	Einsatz von Bildern, Metaphern
59	Bereit sein zur vollsten Konzentration		Sich konzentrieren

Frage Nr.10 Verbesserungen durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept / Eigene Anmerkungen d)			
Nr. Fragebogen	Aussage/ Anmerkungen	Kategorie	
24	Erfreulicherweise hat sich mancher Erfolg verfestigt, so dass anderes Vorrang haben kann.	Erfolg verfestigt	Verfestigte Erfolge
30	Besseres psychisches Befinden wegen der besseren Beweglichkeit.	Verbessertes psychisches Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden
44	Ich suche noch nach der Anwendbarkeit im Alltag – bisher sind Verbesserungen nur während der Therapie spürbar.	Fehlender Alltagstransfer	Schwieriger Alltagstransfer
46	Selbstbewusstsein ist gestiegen.	Gesteigertes Selbstbewusstsein	Selbstbewusstsein
55	Verbesserung nur in Kombination mit KG.		Verbesserung in Kombination mit Physiotherapie

Frage Nr.11 Inwieweit treffen folgende Aussagen Ihrer Meinung nach auf die Zusammenarbeit mit Ihrer Ergotherapeutin/ Ihrem Ergotherapeuten zu? Eigene Anmerkungen f)			
Nr. Fragebogen	Aussage/ Anmerkungen	Kategorie	
2	Es findet eine gute Zusammenarbeit statt.		Gute Zusammenarbeit
13	Would like more information (Möchte mehr Informationen)		Mehr Information
22	Berücksichtigt Umfeld und Gesamtsituation und gibt Hilfestellungen, die jenseits des Perfetti-Konzeptes stehen.	Berücksichtigung Umfeld und Gesamtsituation	Ganzheitliche Betrachtungsweise
24	Die Zusammenarbeit könnte noch reger sein, wenn ich den konzeptionellen Oberbau verinnerlichen könnte.		Schwierige Verständlichkeit des Konzeptes
46	Meine Besserung verdanke ich meiner Therapeutin.		Verbesserung durch Therapeutin
47	Ich verstehe oftmals die Zusammenhänge nicht (Hirnleistungsschwäche).	Zusammenhänge oft schwer verständlich	Schwierige Verständlichkeit des Konzeptes
48	Ich fühle mich „gut“ behandelt.		
51	Es ist alles toll, super, zufrieden.		Gute Zusammenarbeit
59	Zu d) ist schließlich auch mein Anspruch an mich selbst. Bin motiviert bis „in die Fingerspitzen“.	Eigene Motivation	Eigener Wille
62	Meine Therapeutin hat eine wunderbare Art, mich ernst zu nehmen mit meinen Erfahrungen und mich zu motivieren. Es macht Spaß, mit ihr zu arbeiten.	Ernst nehmen der eigenen Erfahrungen motiviert und macht Spaß	Spaß Ganzheitliche Betrachtungsweise

Frage Nr.12 Innerhalb der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept / Eigene Anmerkungen d)			
Nr. Fragebogen	Aussage/ Anmerkungen	Kategorie	
24	Ich habe das gute Gefühl, dass meine Antworten a–c zutreffen; Konkretisieren ist eine große Schwierigkeit für mich.		
32	Arbeiten mit Bildern ist oft schwer, aber leichter umzusetzen.		
44	Sowohl meine Therapeutin als auch ich suchen nach dem „Schlüssel“ für die Alltagsanwendung.	Alltagsanwendung schwierig	Schwieriger Alltagstransfer
46	Meine Therapeutin erklärt mir den Zusammenhang zwischen meiner Schädigung und meiner Veränderung.	Erklärung der Zusammenhänge Schädigung und Veränderung	Therapeut erklärt Zusammenhänge
48	Es erleichtert die Zusammenarbeit.	Aussage unklar	
54	Bezug zum Alltag erarbeite ich mir oft zu Hause.	Selbst erarbeiteter Bezug zum Alltag	

Frage Nr.13 Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung Schmerzen? Wenn Sie „Ja“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, beschreiben Sie bitte bei welcher Art von Schmerzen:			
Nr. Fragebogen	Aussage/	Kategorie	
6	Ziehen im rechten Oberschenkelbereich und beim Bücken im Beckenbereich	Oberschenkel Becken	Untere Extremität Sonstiges
13	Neck	Nacken	Nacken
18	Verspannungen im Schulterbereich Im Rücken ab und zu	Schulter Rücken	Muskelverspannung Obere Extremität Rücken
22	Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich, Gefahr von Verkrampfungen der Arme und Hände	Schulter; Nacken, Arme, Hände	Obere Extremität Nacken
24	Ich habe häufiger einen Krampf im Fuß/ den Zehen auf der Schlaganfallseite; das ist schmerzhaft.	Fuß	Muskelverkrampfungen Untere Extremität
26	Schulter	Schulter	Obere Extremität
29	Re Hüfte, Ulnarisbereich beider Hände	Hüfte Hände	Obere Extremität Untere Extremität
30	Teilweise wetterbedingte Schmerzen, stechende Schmerzen in Schulter, Hüfte beidseits	Schulter Hüfte	Obere Extremität Untere Extremität
31	Muskel- und Gelenkschmerzen		Muskelschmerzen Sonstiges (Gelenkschmerzen) Sonstiges
35	Nervenschmerz auf dem Fußrücken	Fuß	Sonstiges (Nervenschmerz) Untere Extremität

Frage Nr.13 Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung Schmerzen? Wenn Sie „Ja“ oder „teilweise“ angekreuzt haben, beschreiben Sie bitte bei welcher Art von Schmerzen:				
Nr. Fragebogen	Aussage/	Kategorie		
39	Außenkante Fuß, beim Gehen, Hüfte, Beckenkamm	Fuß, Hüfte, Becken		Untere Extremität Sonstiges
41	Chronische Kopfschmerzen mit starken Schüben, im Bereich des wieder eingesetzten Knochendeckels verstärkt, teilweise Nackenschmerzen (starke Verspannungen)	Kopfschmerzen Nacken	Muskelverspannungen	Nacken Sonstiges (Kopf)
55	Schulter-Nacken Bereich Spastik	Schulter Nacken	Muskelverspannungen	Obere Extremität Nacken
62	Bei Drehung des Handgelenks und gleichzeitiger Belastung; bei Beugung im Handgelenk über 45 ° nach unten und oben	Handgelenk	Bewegungsschmerz	Obere Extremität

Frage Nr.16 Haben Sie krankheitsbedingte Probleme durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept verbessert? Wenn „Ja“, welche:				
Nr. Fragebogen	Aussage/	Kategorie		
1	Verbesserung der Selbstständigkeit	Selbstständigkeit		Sonstiges
2	Verbesserung der Beweglichkeit, die Anspannung der Muskulatur ist für mich besser regulierbar.	Armfunktion Muskelspannung		Bewegungsfähigkeit, Kontrolle Muskeltonus
6	Besserung beim Finden des Körpergleichgewichts mit Hilfe von Personenwaagen	Gleichgewicht		Körperwahrnehmung
7	Spüren nach links, Muskelspannung senken	Sensibilität Muskeltonuskontrolle		Spürinformationen Kontrolle Muskeltonus
8	Feinmotorik bei Hemiparese	Feinmotorik		Bewegungsfähigkeit
9	Verminderung des Drehschwindels, sicheres Gleichgewichtsgefühl	Gleichgewicht Drehschwindel		Bewegungsfähigkeit Körperwahrnehmung
10	Differenzen der „abgespeicherten Stellung“ im Hirn und der tatsächlichen Stellung der Bewegung im Knie wurden fast gänzlich behoben	Verarbeitung von Spürinformationen		Verarbeitung von Spürinformationen
12	Der Schmerz ist zurückgegangen, der Fuß fast vollständig abgeschwollen, die Durchblutungsstörung ist zurückgegangen	Schmerz Durchblutung		Schmerz Sonstiges
22	Der Arm hat sich besonders verbessert	Armfunktion		Bewegungsfähigkeit
23	Ein wenig, kann mich etwas besser bewegen.	Bewegung		Bewegungsfähigkeit
27	Ich kann mich nach anfänglicher kurzer Übung gut konzentrieren und verinnerlichen.	Konzentration		Konzentrationsfähigkeit
36	Niglegh ist weg, linke Körperseite wird wieder wahrgenommen, Tast- und Fühlsystem ist angeregt worden.	Körperwahrnehmung Neglect	-	Körperwahrnehmung Verarbeitung von Spürinformationen

Frage Nr.16 Haben Sie krankheitsbedingte Probleme durch die Behandlung nach dem Perfetti-Konzept verbessert? Wenn „Ja“, welche:			
Nr. Fragebogen	Aussage/	Kategorie	
43	Siehe Nr. 19. Ich bin zufrieden weil ich wieder gut gehen, laufen und fahrradfahren kann.	Gehen, laufen, Radfahren	Bewegungsfähigkeit Sonstiges
55	Ich kann mich länger konzentrieren.		Konzentrationsfähigkeit

Frage Nr.17 Ich bin motiviert, in der ergotherapeutischen Behandlung nach dem Perfetti-Konzept zu arbeiten, weil / Ergänzungen zu e)			
Nr. Fragebogen	Aussage/ Ergänzungen	Kategorie	
6	Meine Motivation nehme ich aus der Tatsache, dass sich Veränderungen, bzw. Verbesserung der Bewältigung alltäglicher Handlungen eingestellt haben		Verbesserung alltäglicher Handlungen
7	Es ist sehr anstrengend, trotzdem gut		
13	Very motivated		
16	Dass ich wieder Geige spielen kann		Verbesserung alltäglicher Handlungen
21	Ich bemühe mich, gut mitzumachen und bin sehr motiviert.		Eigener Wille
32	Extremer Wille wieder selbstständig zu sein. Möchte meine Hand und den Arm wieder voll einsetzen können.	Ziel selbstständig zu sein, eigener Wille motiviert	Eigener Wille, Ziele
39	Dass mein Gehverhalten wieder bis zu 80% wiederhergestellt wird.	Verbessertes Gehen	Verbesserung der Bewegungsfähigkeit
40	Berufsstreben, Weiterqualifikation, persönliche Weiterentwicklung, Unabhängigkeit.		Eigener Wille, Ziele
46	Die Therapie kann ich empfehlen, weil sie mir sehr geholfen hat.	Verbesserungen bewusst erleben	
48	Unterstützung des Therapeuten durch Erklärung der Übungen ist sehr hilfreich		Motivation durch Therapeut
54	Immer neue Veränderungen merken, einen Schritt vorwärts und nicht zurück	Siehe Antwort a)	Veränderungen erleben
55	Mir macht Perfetti total viel Spaß, weil ich nicht nur stur üben, sondern meinen Kopf dabei anstrengen muss.	Spaß, kognitive Strategien anzuwenden	Übungen und Strategien
60	Das Imaginieren und Hinspüren sind Übungen für mich als ganzen Menschen. Mein Mann hilft mir auch beim Üben.	Hinspüren, Imaginieren	Übungen und Strategien

Anlage 35: Exemplarische Auswertung verschiedener Fragen – Therapeutenfragebogen

Nr.	Frage 7: Welche der folgenden Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten nutzen Sie, um sich über aktuelle Entwicklungen des Perfetti-Konzeptes zu informieren?										
	Fachbücher zum Konzept	Artikel in Fachzeitschriften	Infos VFCR	Symposium VFCR	Fortbildungsveranstaltungen	Hospitationen	Internet	Anwender-treffen	sonstige		
									Austausch (Arbeitskreis der Abteilung)	Austausch mit Kollegen	Austausch mit Italien (Santorso), Dr. Conti, Uni Leuven (Belgien)
1.	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0
2.	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
3.	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0
4.	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0
5.	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0
6.	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
7.	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
8.	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
9.	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0
10.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
11.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
12.	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
13.	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
14.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
15.	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
16.	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
17.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
18.	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
19.	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
20.	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
21.	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0
22.	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
23.	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
24.	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	24	21	18	19	18	13	11	10	1	2	1

Nr.	Frage 9: Wie gestalten Sie die Zusammenarbeit mit Ihren Patienten, die Sie nach dem Perfetti-Konzept behandeln?					
	partnerschaftliche Zusammenarbeit	aktive Rolle des Klienten	Informationen über das Konzept	Sinn der Übungen erklären	gemeinsame Zielfindung	Alltagsbezug herstellen
1.	0	1	1	0	0	0
2.	1	1	0	0	0	0
3.	0	0	0	1	1	1
4.	0	0	0	0	0	0
5.	1	0	1	0	0	0
6.	0	0	1	1	1	0
7.	0	0	0	1	0	0
8.	0	0	0	0	0	0
9.	0	1	1	1	0	0
10.	0	1	0	1	0	0
11.	0	0	1	1	0	0
12.	0	0	0	1	1	1
13.	1	0	1	1	0	0
14.	1	0	0	0	1	0
15.	1	0	0	0	0	0
16.	0	0	0	0	0	0
17.	1	0	0	0	0	0
18.	1	0	0	0	0	0
19.	0	1	0	0	1	0
20.	0	0	1	0	0	0
21.	1	0	10	0	1	0
22.	0	0	1	0	0	0
23.	0	1	1	1	0	0
24.	0	0	1	1	0	0
	8	6	20	10	6	2

Nr.	Frage 17: Ich betrachte Patienten, die ich nach dem Perfetti-Konzept behandle, aus Sicht eines Modells	
	CMOP	MOHO
1.	2	0
2.	5	5
3.	1	0
4.	5	5
5.	5	5
6.	5	5
7.	5	5
8.	5	5
9.	4	5
10.	5	5
11.	3	5
12.	0	0
13.	5	5
14.	0	0
15.	2	4
16.	4	5
17.	5	5
18.	2	0
19.	3	0
20.	5	5
21.	5	5
22.	2	0
23.	0	0
24.	4	5

Legende:	
immer =	1
oft =	2
gelegentlich =	3
selten =	4
nie =	5

	CMOP	MOHO
Immer	1	0
Oft	4	0
Gelegentlich	2	0
Selten	3	1
Nie	11	15
Keine Antwort	3	8
Gesamt	24	24

Frage 20: Ich erlebe die Anwendung des Perfetti-Konzeptes als wirksam, wie				
Nr.	a) Patienten von Verbesserungen berichten	b) Umfeld meldet Veränderungen zurück	c) Beobachtung von Verbesserung der Bewegungsfähigkeit	d) Patienten führen alltagsbezogene Aktivitäten besser aus
1.	1	3	1	2
2.	2	2	1	1
3.	2	2	2	2
4.	2	2	3	3
5.	2	4	2	3
6.	2	2	1	2
7.	2	2	2	3
8.	2	3	1	3
9.	2	2	1	2
10.	1	4	1	1
11.	1	3	3	3
12.	3	4	2	2
13.	2	2	2	2
14.	1	2	1	3
15.	3	3	2	3
16.	2	2	2	2
17.	1	1	1	1
18.	1	3	1	1
19.	2	2	1	1
20.	1	1	1	1
21.	1	3	3	2
22.	2	3	2	2
23.	3	3	2	3
24.	3	4	2	2

Legende:									
trifft voll zu:	1	trifft zu:	2	trifft teilweise zu:	3	trifft kaum zu:	4	trifft nicht zu:	5

Anlage 36: Exemplarische Auswertung verschiedener Fragen – Patientenfragebogen

Nr.	Frage 9: Welche alltäglichen Aktivitäten/ Tätigkeiten können Sie aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept besser ausführen?						
	Selbstversorgung				Haushaltsaktivitäten		
	sich waschen (d510)	sich kleiden (d540)	Toilette benutzen (d530)	Essen (d550)	Mahlzeiten vorbereiten (d6309)	Hausarbeiten erledigen (d640)	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen (d760)
1.	0	0	0	0	1	0	0
2.	0	0	0	0	0	0	0
3.	0	0	0	0	0	0	0
4.	0	0	0	0	0	0	0
5.	0	1	0	0	0	1	0
6.	0	0	0	0	0	0	0
7.	0	0	0	0	0	0	0
8.	0	0	0	0	0	0	0
9.	0	0	0	0	0	0	0
10.	0	0	0	0	0	0	0
11.	0	0	0	0	0	0	0
12.	0	0	0	0	0	0	0
13.	0	0	0	0	0	0	0
14.	0	0	0	0	0	0	0
15.	0	0	0	0	0	0	0
16.	0	0	0	0	0	0	0
17.	0	0	0	0	0	0	0
18.	0	0	0	0	1	1	0
19.	1	0	0	0	0	1	0
20.	0	0	0	0	0	0	0
21.	0	0	0	0	0	0	0
22.	0	0	0	1	0	0	0
23.	0	0	0	0	0	0	0
24.	1	0	0	0	1	1	0
25.	0	0	0	0	0	0	0
26.	0	0	0	0	0	0	0
27.	0	0	0	0	1	0	0

Nr.	Frage 9: Welche alltäglichen Aktivitäten/ Tätigkeiten können Sie aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept besser ausführen?						
	Selbstversorgung				Haushaltsaktivitäten		
	sich waschen (d510)	sich kleiden (d540)	Toilette benutzen (d530)	Essen (d550)	Mahlzeiten vorbereiten (d6309)	Hausarbeiten erledigen (d640)	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen (d760)
28.	0	0	0	0	0	0	0
29.	0	0	0	0	0	0	1
30.	0	0	0	0	0	0	1
31.	0	0	0	0	0	0	0
32.	0	0	0	0	0	0	0
33.	0	0	0	0	0	0	0
34.	0	0	0	0	0	0	0
35.	0	0	0	0	0	0	0
36.	0	0	0	0	0	0	0
37.	0	0	1	0	0	0	0
38.	0	0	0	0	0	0	0
39.	0	0	0	0	0	0	0
40.	0	0	0	0	1	1	0
41.	0	0	1	0	1	0	0
42.	0	0	0	0	0	0	1
43.	0	0	0	0	0	0	0
44.	0	0	0	0	0	0	0
45.	0	0	0	0	0	0	1
46.	1	1	0	0	0	1	0
47.	0	0	0	0	0	0	0
48.	0	0	0	0	0	0	0
49.	0	0	0	0	0	0	1
50.	1	1	0	0	0	0	0
51.	0	0	0	0	0	0	0
52.	0	0	0	0	0	0	0
53.	0	0	0	0	0	1	0
54.	0	0	0	0	0	0	0
55.	0	0	0	0	0	0	0
56.	0	0	0	0	0	0	0

Nr.	Frage 9: Welche alltäglichen Aktivitäten/ Tätigkeiten können Sie aufgrund der Behandlung nach dem Perfetti-Konzept besser ausführen?						
	Selbstversorgung				Haushaltsaktivitäten		
	sich waschen (d510)	sich kleiden (d540)	Toilette benutzen (d530)	Essen (d550)	Mahlzeiten vorbereiten (d6309)	Hausarbeiten erledigen (d640)	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen (d760)
57.	0	0	0	0	0	0	1
58.	0	0	0	0	0	0	0
59.	0	0	0	0	0	0	1
60.	1	0	0	0	1	0	0
61.	0	0	0	0	1	0	0
62.	0	0	0	0	0	0	0
	5	3	2	1	8	7	7

Nr.	Frage 19: Woran machen Sie Ihre Zufriedenheit/ Unzufriedenheit fest? Welche Faktoren tragen dazu bei?					
	Zufriedenheit			Unzufriedenheit		
	Therapieerfolge	Therapiemethode	Zusammenarbeit mit Therapeut	Selbstwirksamkeit	Wohlbefinden	keine Therapieerfolge
1.	1	0	1	0	0	0
2.	1	1	0	0	0	0
3.	1	0	0	0	0	0
4.	0	0	0	0	0	0
5.	1	0	0	0	0	0
6.	1	0	0	0	0	0
7.	0	0	1	0	0	0
8.	0	0	0	0	0	0
9.	0	0	1	0	0	0
10.	1	1	0	0	0	0
11.	1	0	0	0	0	0
12.	1	0	0	0	0	0
13.	1	0	0	0	0	0
14.	0	0	0	0	0	0
15.	0	0	0	0	0	1
16.	0	0	0	0	0	0
17.	0	0	0	0	0	0
18.	1	0	0	0	0	0
19.	1	0	0	0	0	0
20.	0	0	0	0	0	0
21.	1	0	0	0	0	0
22.	0	0	1	0	0	0
23.	1	0	0	0	0	0
24.	0	1	1	0	0	0
25.	0	0	0	0	0	0
26.	0	0	0	0	0	0
27.	1	0	0	0	1	0
28.	1	0	0	0	0	0

Nr.	Frage 19: Woran machen Sie Ihre Zufriedenheit/ Unzufriedenheit fest? Welche Faktoren tragen dazu bei?					
	Zufriedenheit			Unzufriedenheit		
	Therapieerfolge	Therapiemethode	Zusammenarbeit mit Therapeut	Selbstwirksamkeit	Wohlbefinden	keine Therapieerfolge
29.	0	1	0	0	0	0
30.	1	0	0	0	0	0
31.	0	0	0	0	0	1
32.	1	0	0	0	0	0
33.	1	0	0	0	0	0
34.	0	0	0	0	0	0
35.	1	0	0	0	0	0
36.	0	0	0	0	0	0
37.	0	0	0	0	0	0
38.	0	1	0	0	0	0
39.	1	0	0	0	0	0
40.	1	0	0	0	0	0
41.	1	0	0	0	0	0
42.	1	0	0	0	0	0
43.	1	0	0	0	0	0
44.	1	0	0	0	0	0
45.	0	0	0	1	0	0
46.	1	0	0	0	1	0
47.	1	1	0	0	0	0
48.	1	0	0	0	0	0
49.	0	0	0	0	1	0
50.	0	0	1	0	0	0
51.	1	1	0	1	0	0
52.	0	0	1	0	0	0
53.	1	0	0	0	0	0
54.	0	0	1	0	0	0
55.	0	1	0	0	0	0
56.	1	0	0	0	1	0
57.	1	0	0	0	0	0

Nr.	Frage 19: Woran machen Sie Ihre Zufriedenheit/ Unzufriedenheit fest? Welche Faktoren tragen dazu bei?					
	Zufriedenheit			Unzufriedenheit		
	Therapieerfolge	Therapiemethode	Zusammenarbeit mit Therapeut	Selbstwirksamkeit	Wohlbefinden	keine Therapieerfolge
58.	1	0	1	0	0	0
59.	0	1	0	0	0	0
60.	0	1	0	0	0	0
61.	1	0	0	1	0	0
62.	1	1	0	0	0	0
	35	11	9	3	4	2

Nr.	Frage 22: Aufgrund welcher Erkrankung werden Sie ergotherapeutisch behandelt?				
	Neurologie			Orthopädie	Sonstiges
	Apoplex	Hirnblutung	andere	Orthopädie	Sonstiges
1.	1	0	0	0	0
2.	1	0	0	0	0
3.	0	1	0	0	0
4.	0	0	1	0	0
5.	0	0	0	1	0
6.	1	0	0	0	0
7.	1	0	0	0	0
8.	1	0	0	0	0
9.	1	0	0	0	0
10.	0	0	0	1	0
11.	1	0	0	0	0
12.	0	0	1	0	0
13.	0	0	1	0	0
14.	1	0	0	0	0
15.	1	0	0	0	0
16.	1	0	0	0	0
17.	0	0	0	0	0
18.	0	0	1	0	0
19.	0	0	1	0	0
20.	1	0	0	0	0
21.	0	1	0	0	0
22.	0	0	1	0	0
23.	1	0	0	0	0
24.	1	0	0	0	0
25.	1	0	0	0	0
26.	1	0	0	0	0
27.	0	1	0	0	0
28.	1	0	0	0	0
29.	0	0	1	0	0
30.	1	0	0	0	0
31.	0	0	1	0	0
32.	1	0	0	0	0
33.	1	0	0	0	0
34.	0	0	0	0	0
35.	0	0	0	1	0
36.	1	0	0	0	0
37.	1	0	0	0	0
38.	1	0	0	0	0
39.	0	0	1	0	0
40.	0	1	0	0	0
41.	1	0	0	0	0
42.	0	1	0	0	0
43.	0	1	0	0	0
44.	0	0	1	0	0
45.	0	0	1	0	0

Nr.	Frage 22: Aufgrund welcher Erkrankung werden Sie ergotherapeutisch behandelt?				
	Neurologie			Orthopädie	Sonstiges
	Apoplex	Hirnblutung	andere	Orthopädie	Sonstiges
46.	1	0	0	0	0
47.	0	0	0	1	0
48.	1	0	0	0	0
49.	0	1	0	0	0
50.	0	0	1	0	0
51.	0	0	0	1	0
52.	1	0	0	0	0
53.	1	0	0	0	0
54.	1	0	0	0	0
55.	0	0	1	0	0
56.	1	0	0	0	0
57.	1	0	0	0	0
58.	0	0	1	0	0
59.	1	0	0	0	0
60.	0	0	1	0	0
61.	0	0	0	0	1
62.	0	0	0	1	0
	31	7	15	6	1