



HAWK

Fakultät

Soziale Arbeit und Gesundheit

Hildesheim

THINK TANK 2023

20. Oktober 2023
09.00 Uhr - 17.30 Uhr

**ABLAUF und
IDEENSKIZZEN**
**DER STUDIERENDEN FÜR IHRE
MASTERARBEITEN**

Hochschule für angewandte
Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Holzminden/Göttingen

Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

Goschentor 1, 31334 Hildesheim

Ablauf

9:00 Begrüßung durch Prof. Dr. Ulrike Marotzki im Hörsaal (Raum E 01) Zoom-Link: https://eu02web.zoom-x.de/j/69265583933 Meeting-ID: 692 6558 3933 Kenncode: 186285		
	Raum 02 Diskussionsleitung: U. Marotzki Expert*innen: S. Dennhardt, N. Gätz, H. Grötzbach (12:00-12:45), H. Höppner, A. Kazberg, C. Müllenmeister, J. Schirmer, A. Siemens	Raum 03 Diskussionsleitung: A. Probst Expert*innen: D. Bünemann-Geißler, V. Colasius, L. Gözl, H. Grötzbach (9:30-11:45), E. Rittich
	Zoom-Link: https://eu02web.zoom-x.de/j/69265583933 Meeting-ID: 692 6558 3933 Kenncode: 186285	Zoom-Link: https://eu02web.zoom-x.de/j/69020334853 Meeting-ID: 690 2033 4853 Kenncode: 788340
9:30-10:15	Christian Beckmann <i>Das Phänomen Schmerz in der Physiotherapie</i>	Eero-Veikko Häkkinä <i>Transkulturelle Adaptation und Validierung der finnischen Version des „Vocal Tract Discomfort Scale“ Fragebogens.</i>
Kaffeepause (10:15-11:00)		
11:00-11:45	Rebecca Lang <i>Teilhabe an Arbeit bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen innerhalb von WfbM-Strukturen</i>	Franziska Erbert <i>Entwicklung und Evaluation eines Elternberatungskonzepts für Kinder mit Dysphagie in der Palliativversorgung</i>
Kaffeepause (11:45-12:00)		
12:00-12:45	Anna Bayrhof/Viktoria Mair-Ramm <i>Analyse der Normdaten für das aktualisierte Cookie Theft Picture</i>	Caterina Wendel <i>BGF-Konzept für Physio-therapeut*innen in ambulanten Praxen</i>
Mittagspause (12:45-13:45)		
	Raum 02 Diskussionsleitung: U. Marotzki Expert*innen: S. Dennhardt, N. Gätz, C. Müllenmeister, J. Schirmer, A. Siemens	Raum 03 Diskussionsleitung: A. Probst Expert*innen: V. Colasius, L. Gözl, H. Höppner
13:45-14:30	Rebecca Herm <i>Verborgene Bedeutungen von Betätigungen und deren Auswirkungen bei Bulimie</i>	Arndt Gräbner <i>Implementierung von internationalen physiotherapeutischen Leitlinien in das deutsche Gesundheitssystem</i>
Kaffeepause (14:30-14:45)		
14:45-15:30	Sabine Čavić <i>Strukturelle und psychische Belastungsfaktoren von Therapierenden, die palliative Patient*innen behandeln und von ihnen angewendete Strategien zur Reduktion der Belastungsfaktoren</i>	Franziska Grünberg-Lemli <i>Menschen mit kognitiver Einschränkung und Zerebralparese – Erfahrungen zum Umgang mit einer Bewegungsstörung</i>

Vorträge externer Referentinnen im Hörsaal (Raum E 01):

Zoom-Link:

<https://eu02web.zoom-x.de/j/69265583933>

Meeting-ID: 692 6558 3933

Kenncode: 186285

15:30-16:15	Vortrag Julia Schirmer
	<p>„Wer bin ich (geworden), wer möchte ich, wer könnte ich morgen sein? Berufliche Identitätsarbeit von Lernenden in Gesundheitsfachberufen und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung.</p> <p>Die Entwicklung beruflicher Kompetenz ist ohne eine Identifikation mit der Berufsrolle nicht denkbar. Einer Herausforderung, der Lernende auf dem Weg ihrer beruflichen Identitätsentwicklung begegnen, ist die Identifizierung von berufsrelevanten Aufgaben. Sie müssen die Aufgaben erkennen, die zu ihrem Beruf gehören und die sie qualitätsbewusst und verantwortungsvoll beherrschen müssen und (im Sinne einer reflexiv verstandenen - auf Beruflichkeit beruhenden - Identität) auch beherrschen wollen. Dazu kommt die Notwendigkeit einer gemeinsamen Perspektive und der Bedarf an interprofessioneller Kooperation in der Gesundheitsversorgung, sowie die Verschränkung von Praxishandeln mit Forschungswissen, also die Hinführung zu einer reflektierten, methodischen Vorgehensweise. Julia Schirmer, Vorstandsmitglied für Bildung und Wissenschaft des Deutschen Verbands Ergotherapie (DVE) unternimmt mithilfe einiger ausgewählter (für Euch gelesener) Literatur einen Ausflug in die Bildungsforschung und freut sich über Reisegesellschaft und Austausch.</p>
16:15-17:00	Vortrag Heidi Höppner
	<p>Interprofessionalität - vom Abstrakten zum Konkreten. Handlungsfelder und Praxisbeispiele</p> <p>In Expertisen über ein künftig angemessenes Gesundheitssystem ist Interprofessionalität seit Jahren ganz großgeschrieben. Offenbar ist es – neben der Digitalisierung - die neue Zauberformel, adäquat auf die gegenwärtigen Herausforderungen an eine Gesundheitsversorgung im Wandel zu reagieren. Gelingt Interprofessionalität in stationären Settings durch die Arbeit «unter einem Dach» mehr und weniger gut, so sind die Anforderungen an Zusammenarbeit der Berufe im ambulanten Sektor bislang nicht bedarfsentsprechend entwickelt. Der Input von Prof. Dr. Heidi Höppner MPH, Professorin für Interprofessionelle Zusammenarbeit und Systementwicklung an der Alice Salomon Hochschule Berlin, verdeutlicht die Lücke zwischen Theorie und Praxis in Deutschland. Sie zeigt Praxisbeispiele kooperativer Arbeit sowie deren Rahmenbedingungen und Gelingensfaktoren, auf. Gemeinsam werden Handlungsfelder komplexer Versorgung ergänzt, in denen Studierende – theoretisch und praktisch - Interprofessionalität weiterentwickeln können. Die Studierenden werden gebeten, ihre eigenen Berufserfahrungen (nicht-)gelebter, notwendiger Interprofessionalität zu reflektieren und darüber ggf. berichten zu können.</p>
17:00-17:30	Verabschiedung & Ausklang

Inhalt

Anna Bayrhof & Viktoria Mair-Ramm	1
Christian Beckmann	5
Sabine Cavic	8
Franziska Erbert	10
Arndt Gräbner	11
Franziska Grünberg-Lemli	13
Eero Häkkinen	15
Rebecca Herm	17
Rebecca Lang	21
Caterina Wendel	24

Anna Bayrhof & Viktoria Mair-Ramm

Name, Profession, Mastersemester

Anna Bayrhof

Logopädin (B. Sc.)

4. Semester im Masterstudiengang ELP

Viktoria Mair-Ramm

Logopädin (B. Sc.)

4. Semester im Masterstudiengang ELP

Wer ich bin

Wir beide haben im Jahr 2020 unsere Ausbildung zur staatlich geprüften Logopädin an der Staatlichen Berufsfachschule für Logopädie an der Ludwigs-Maximilians-Universität in München abgeschlossen. Ausbildungsintegrierend haben wir den Bachelorstudiengang Logopädie (B. Sc.) an der Ostbayerischen Technischen Hochschule (OTH) Regensburg absolviert und im Jahr 2022 abgeschlossen. Parallel zum Bachelorstudium haben wir bereits erste Berufserfahrungen als Logopädinnen sammeln können. Seit April 2022 studieren wir berufsbegleitend im Masterstudiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (M. Sc.) an der Hochschule für Angewandte Kunst und Wissenschaft (HAWK) in Hildesheim.

Anna Bayrhof:

Ich bin seit Abschluss meiner Berufsausbildung 2020 in einer ambulanten logopädischen Praxis tätig. Dort arbeite ich vorwiegend mit Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen und auditiven Verarbeitungsstörungen. Zudem therapiere ich vereinzelt erwachsene Menschen mit Stimmstörungen sowie mit post-akuten und chronischen neurologischen Störungsbildern. Um meine Berufserfahrungen im neurologischen Bereich auszubauen, bin ich seit 2022 in einer rehabilitativen Fachklinik tätig. Hier versorge ich Patient*innen mit Dysarthrien und Aphasien.

Viktoria Mair-Ramm:

Ich bin seit 2020 im Klinikum Erding angestellt. Im Akuthaus versorge ich die Schlaganfallereinheit, die Intensivstation, Intermediate Care Station sowie die angeschlossene Akutgeriatrie. Ich diagnostiziere und therapiere vorwiegend die Störungsbilder Dysphagie, Aphasie und Dysarthrie und bin erfahren im Umgang mit Trachealkanülen.

Mein Hintergrund und meine Motivation für ein Thema

In unserem beruflichen Alltag sind wir täglich in Kontakt mit Personen mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen. Hierbei beschäftigt uns immer wieder die Komplexität der Störungsbilder und deren Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit im Alltag der betroffenen Personen. Da wir bereits im Rahmen unserer Bachelorarbeit erfolgreich einen Beitrag zu einem Forschungsprojekt leisten konnten, bestand auch bei der Masterarbeit die Idee in einem Forschungsvorhaben mitzuwirken. Daher befassten wir uns mit Forschungsprojekten, welche unseren Forschungsinteressen entsprechen. Dabei sind wir auf das Forschungsprojekt *Funktionale Prädiktoren für kommunikations- und partizipationsrelevante Parameter bei Lautproduktionsstörungen (Sprechapraxie, aphasisch-phonologische Störungen)* von Dr. Ingrid Aichert aus der Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie (EKN) an der LMU München gestoßen. Das Ziel des Projekts besteht darin, die Auswirkungen der linguistisch beschreibbaren Symptomatik aphasischer Patienten mit phonologischen und/oder sprechpraktischen Störungen auf die Wahrnehmung der Störung durch potenzielle Gesprächspartner aufzuklären. Nach einer Kontaktaufnahme mit dem Forschungsteam entstanden erste Ideen zur Umsetzung der Masterarbeit im Rahmen des Forschungsprojekts. Zur Erhebung der verbundenen Rede wurde im Forschungsprojekt die moderne Version des *Cookie Theft Picture* (Berube et al., 2019) verwendet. Daher besteht das Ziel eines Nebenprojekts in der Erhebung und Analyse aktualisierter Normdaten für das moderne *Cookie Theft Picture*. Diese Forschungslücke in Deutschland entspricht den Barrieren in der Diagnostik, mit welchen wir in unserer praktischen Tätigkeit als Logopädinnen alltäglich konfrontiert werden. Uns ist die Relevanz der Erhebung von sprachlichen Leistungen auf Diskursebene bewusst, wobei eine Umsetzung

im klinischen Alltag erschwert ist. Zeitliche Ressourcen sowie ein strukturiertes Vorgehen bei der Auswertung liegen oftmals nicht vor. Unser subjektives Empfinden spiegelt sich auch in einer Erhebung von Stark et al. (2021). Befragte Therapeut*innen und Forscher*innen gaben an, dass es an psychometrischen Eigenschaften und normativen Daten bei der Beurteilung und Behandlung des gesprochenen Diskurses von Personen mit Aphasie mangelt. Daher ergibt sich die Motivation, durch die Erhebung und Analyse von Normdaten für ein etabliertes Diagnostikmittel, einen Beitrag zur klinischen Umsetzung zu leisten.

Meine Themenidee

In Absprache mit den leitenden Forschenden entstand die Idee, deutsche Normdaten für das *Cookie Theft Picture* zu analysieren. Hierfür liegen bereits Daten von insgesamt 50 sprachgesunden Personen vor. Konkret ist das Ziel, den Kernwortschatz für Nomen und Verben auf Diskursebene auszuwerten. Die Auswertung des Kernwortschatzes stellt eine ökonomische, anwenderfreundliche und klinisch relevante Möglichkeit dar, um ein umfassenderes Verständnis der spezifischen lexikalischen Beeinträchtigungen von Personen mit Aphasie im Diskurs zu erhalten (Kim & Wright, 2020). Es handelt sich um eine einfache Zählmethode. Anschließend besteht ein weiteres Ziel in der Erstellung einer Handreichung für die klinische Auswertung. Zur Validierung der Ergebnisse sollen zudem Daten von insgesamt 30 Patient*innen mit Aphasie analysiert werden.

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung

In der klinischen Aphasiediagnostik werden überwiegend die Leistungen in einzelnen Sprachbereichen anhand von allgemein verwendeten diagnostischen Instrumenten oder intern entwickelten Bewertungsbatterien erhoben (Schwinn, Pieper, Damm-Lunau & Baumgärtner, 2014; Simmons-Mackie, Threats & Kagan, 2005; Verna, Davidson & Rose, 2009). Mit der Einführung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 2001 sind neben den medizinischen auch die psychosozialen Faktoren einer Aphasie in den Vordergrund gerückt (Grötzbach, Iven & Hollenweger Haskell, 2014). Diese Entwicklung hat in der Sprachtherapie und Logopädie zu einer Forderung nach einer stärkeren Ausrichtung an den Kommunikationsanforderungen des Alltags geführt (Auer & Bauer, 2008; Schwinn et al., 2014). Zudem soll die ökologische Validität in der Diagnostik von Aphasien verbessert werden, indem Prädiktoren für die Kommunikationsfähigkeit im Alltag miteinbezogen werden (Dalton & Richardson, 2015; Marini, Andretta, Del Tin & Carlomagno, 2011; Mayer & Murray, 2003). Narrative Aufgaben, wie beispielsweise bei einer Bildbeschreibung, geben einen Einblick in die Kommunikationsfähigkeit von Menschen mit Aphasie (Kim, Kintz & Wright, 2021). Die Diskursanalyse wird im klinischen Setting aufgrund der ressourcenintensiven Vorbereitungsarbeit für die Beurteilung nur selten eingesetzt (Bryant, Ferguson & Spencer, 2016; Maddy, Howell & Capilouto, 2016). Bei der Verwendung eines Kernwortschatzes ist die Überprüfung der Diskursfähigkeit mit geringem Zeitaufwand möglich. Ein Scoring zur Überprüfung des Vorhandenseins oder Fehlens des Kernwortschatzes erfordert keine spezielle Schulung. Anhand von Normdaten kann eine Aussage getroffen werden, inwieweit eine Abweichung zu Sprachgesunden vorliegt (Kim et al., 2021).

Das *Cookie Theft Picture* (Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B., 2001) ist ein Instrument zur qualitativen Beurteilung des Schweregrades einer Aphasie. Eine überarbeitete Version des Bildes wurde von Berube et al. (2019) veröffentlicht. Für das Deutsche existieren keine Daten zur Normierung und Validierung. Durch das beschriebene Vorhaben soll eine normierte und validierte Anwendung für den deutschsprachigen Raum ermöglicht werden.

Ideen zur Umsetzung

Eingangs ist eine vertiefte Literaturrecherche zum Vorgehen bei einer Kernwortschatzanalyse relevant. Auch gilt es sich mit Normdaten und Validierungsstudien der Ursprungsversion des *Cookie Theft Pictures* sowie der aktualisierten Version im englischsprachigen Raum zu beschäftigen. Basierend auf der vorangegangenen Literaturrecherche soll die Auswertung der Normdaten hinsichtlich des

Kernwortschatzes sowie die Erstellung der klinischen Handreichung erfolgen. Im letzten Schritt soll die Validierung der Daten anhand von 30 Patient*innen stattfinden.

Fragen an die Diskussionsgruppe

- Welche Formalitäten sollten wir als externe Mitwirkende an einem Forschungsprojekt beachten?
- Welche rechtlichen Formalia, beispielsweise bezüglich der Veröffentlichung der Masterarbeit und der Autorinnenschaft, sind zu berücksichtigen?
- Wie könnte eine klinische Handreichung gestaltet sein (z.B.: Manual; Rasterauswertung; Cut-Off-Werte)?
- Inwieweit ist der Forschungsanspruch an eine Masterarbeit durch die Vorgaben aus dem Forschungsprojekt erfüllt (z.B.: Datenerhebung bereits durch das EKN erfolgt)?
- Inwieweit sind statistische Berechnungen, beispielsweise für den Vergleich der Normdaten, sinnvoll und erforderlich?

Literaturverzeichnis

- Auer, P. & Bauer, A. (2008). *Aphasie im Alltag* (Forum Logopädie, 1. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Berube, S., Nonnemacher, J., Demsky, C., Glenn, S., Saxena, S., Wright, A. et al. (2019). Stealing Cookies in the Twenty-First Century: Measures of Spoken Narrative in Healthy Versus Speakers With Aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(1S), 321–329. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-17-0131
- Bryant, L., Ferguson, A. & Spencer, E. (2016). Linguistic analysis of discourse in aphasia: A review of the literature. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 30(7), 489–518. <https://doi.org/10.3109/02699206.2016.1145740>
- Dalton, S. G. & Richardson, J. D. (2015). Core-Lexicon and Main-Concept Production During Picture-Sequence Description in Adults Without Brain Damage and Adults With Aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(4), S923–38. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0161
- Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B. (2001). *Boston Diagnostic Aphasia Examination. Third Edition (BDAE-3)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Grötzbach, H., Iven, C. & Hollenweger Haskell, J. (Hrsg.). (2014). *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (Das Gesundheitsforum, 2., aktualisierte und überarb. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Kim, H., Kintz, S. & Wright, H. H. (2021). Development of a measure of function word use in narrative discourse: core lexicon analysis in aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(1), 6–19. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12567>
- Kim, H. & Wright, H. H. (2020). A Tutorial on Core Lexicon: Development, Use, and Application. *Seminars in Speech and Language*, 41(1), 20–31. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3400973>.
- Maddy, K., Howell, D. & Capilouto, G. (2016). Current practices regarding discourse analysis and treatment following non-aphasic brain injury. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 6(2), 211–236. <https://doi.org/10.1558/jircd.v7i1.25519>
- Marini, A., Andreetta, S., Del Tin, S. & Carlomagno, S. (2011). A multi-level approach to the analysis of narrative language in aphasia. *Aphasiology*, 25(11), 1372–1392. <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.584690>
- Mayer, J. & Murray, L. (2003). Functional measures of naming in aphasia: Word retrieval in confrontation naming versus connected speech. *Aphasiology*, 17(5), 481–497. <https://doi.org/10.1080/02687030344000148>
- Schwinn, S., Pieper, A., Damm-Lunau, R. & Baumgärtner, A. (2014). Funktionelle Aphasiediagnostik aus klinischer Anwendersicht. Ein Überblick und Erfahrungen mit dem ANELT. *Forum Logopädie*, 6(28), 14–21.

- Simmons-Mackie, N., Threats, T. T. & Kagan, A. (2005). Outcome assessment in aphasia: a survey. *Journal of Communication Disorders*, 38(1), 1–27. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.03.007>
- Stark, B. C., Dutta, M., Murray, L. L., Fromm, D., Bryant, L., Harmon, T. G. et al. (2021). Spoken Discourse Assessment and Analysis in Aphasia: An International Survey of Current Practices. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research : JSLHR*, 64(11), 4366–4389. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00708
- Verna, A., Davidson, B. & Rose, T. (2009). Speech-language pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(3), 191–205. <https://doi.org/10.1080/17549500902726059>

Christian Beckmann

Christian Beckmann / Physiotherapie / WiSe 2023/2024

Wer bin ich?

Ich bin Christian Beckmann, 31 Jahre alt und wohnhaft in Köln. Seit acht Jahren arbeite ich als Physiotherapeut. Meine gesamte Laufbahn habe ich in ambulanten Praxen für Physiotherapie verbracht. Meine Arbeitsschwerpunkte liegen im weitesten Sinne in der Orthopädie/Chirurgie. Zusätzlich konnte ich Erfahrungen im Bereich der Geriatrie sowie Neurologie sammeln. Meinen Bachelor of Science habe ich berufsbegleitend an der Hochschule Osnabrück absolviert.

Meine Themenidee?

Eine **Qualitative** Untersuchung zu:

Was denken in Deutschland ausgebildete Physiotherapeut:innen über das Phänomen Schmerz, das ihnen in ihrer täglichen Arbeit begegnet? Wird die Mehrdimensionalität des Phänomens im Behandlungsprozess erkannt und wie wird damit umgegangen? Wie schlägt es sich im beruflichen Handeln der Therapeut:innen nieder? Wie groß ist die Herausforderung der beitragenden Faktoren? Werden diese erkannt und in den Prozess integriert?

ggf. eine Erweiterung des Themas um die Patient:innenperspektive.

Mein Hintergrund & Meine Motivation?

Sehr früh in meiner beruflichen Karriere habe ich das Interesse an dem Phänomen **Schmerz** gefunden. Schnell ist mir deutlich geworden, dass die Ausbildungsinhalte eine geringfügige Grundlage für die Arbeitsrealität ablichten können. Entweder sind viele Dinge veraltet oder die Integration aktueller Erkenntnisse fehlt gänzlich.

Biomedizinische Erklärungsansätze dominieren das Denken und Handeln in unserer Berufsgruppe (Mescouto 2022). Aus meiner Beobachtung heraus hatte ich frühzeitig einen ähnlichen Eindruck. Ich bekam das Gefühl, dass da „mehr“ sein muss als ein verspannter Muskel oder eine zu dehnende Faszie. Ich stieß mit ausschließlich somatischen Erklärungsansätzen an meine Grenzen und konnte die Komplexität der Patient:innen nicht adäquat begegnen. Das Erkennen der Kontextfaktoren innerhalb einer Behandlung fiel mir sehr schwer.

Ich begann zu lesen. Ich informierte mich zunehmend über beitragende Faktoren im Behandlungsprozess. Es öffneten sich zahlreiche gedankliche Türen zu vielen verschiedenen Themenbereichen der Schmerzforschung. Zu Beginn meiner persönlichen Weiterentwicklung lernte ich viel über die biologischen Prozesse bei einer beginnenden oder bestehenden Chronifizierung von Schmerzen. Primär geprägt durch pathophysiologische Prozesse im peripheren und/oder zentralen Nervensystem. Schnell war für mich zu erkennen, dass die biologischen Erklärungen nur einen kleinen Teil des Gesamtbildes darstellen. Hinzukamen die unzähligen Kontextfaktoren oder auch beitragen Faktoren. Diese stellen eine riesige Herausforderung in der Versorgung von Patient:innen mit (chronischen) Schmerzen dar. Ich habe wahrgenommen, dass sich mein Handeln von dem meiner Kolleginnen zu unterscheiden begann.

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung?

Chronic pain is pain that persists or recurs for longer than 3 months. Such pain often becomes the sole or predominant clinical problem in some patients. As such it may warrant specific diagnostic evaluation, therapy and rehabilitation. Chronic pain is a frequent condition, affecting an estimated 20% of people worldwide. It is multifactorial: biological, psychological and social factors contribute to the pain syndrome. (iasp-pain.org)

Die internationale Gesellschaft zur Erforschung von Schmerzen definiert das Phänomen Schmerz als **multifaktoriell** (IASP).

17% aller Deutschen sind von chronischen Schmerzen betroffen – mehr als 12 Millionen Menschen. Chronische Schmerzen beanspruchen schätzungsweise jährliche Kosten von 38 Mrd. Euro (Deutsche Schmerzgesellschaft 2019). Beispielhaft zeigt die Die DAK NRW in ihrem Gesundheitsbericht von 2018, dass 775.000 Menschen von chronischen Rückenschmerzen betroffen sind. Auf je 100 Versicherte fallen ca. 84 Fehltag im Jahr. Dieses steht exemplarisch für ein(!) mögliches Feld in dem Physiotherapeut:innen auf chronifizierte Patient:innen treffen (DAK Gesundheit NRW 2018).

Mescouto et al. 2022 zeigen, dass Physiotherapeutinnen einen überwiegend biomedizinischen Ansatz zur Behandlung von Schmerzen wählen und sich im Umgang mit Kontextfaktoren nicht sicher fühlen. Das dieses ein entscheidender Teil eines möglichen Chronifizierungsprozesses sein kann untermauert der Artikel von Bernhard Taxer 2020. Hier beschreibt er verschiedene Einflussfaktoren die Therapeut:innen als Risikofaktor identifizieren. Oberflächlich zusammengefasst beschreibt er die Diskrepanz zwischen einem biomedizinischen Behandlungsansatz und dem Nichterkennen relevanter Kontextfaktoren. Die **Multidimensionalität** der Problematik wird **eindimensional** behandelt.

Mit meiner Themenidee möchte diese Problemlage qualitativ untersuchen.

Einige meiner Vorannahmen die sich zum Teil theoriegestützt herauskristallisieren sind:

In Deutschland ausgebildete Physiotherapeut:innen adressieren das Phänomen Schmerz überwiegend mit einem biomedizinischen Ansatz.

Die Multidimensionalität stellt eine (zu) große Hürde im beruflichen Handeln von Physiotherapeut:innen dar

In Deutschland ausgebildete Physiotherapeut:innen haben ein hohes Maß an Anpassungsschwierigkeiten bezüglich der Versorgungsbedarfe chronischer Schmerzpatient:innen

Meine Ideen zur Umsetzung und meine Fragen

- leitfadengestützte Interviews
 - o phänomenologische / biografische Forschung? (möglicherweise ein Unterschied mit welcher Seite ich sprechen würde)
 - o Mischung der Methode, wenn möglich, angebracht?
- sind Gruppenformate sinnvoll?
- Zusammenführung zweier Ansichten – Therapeut:innen und Patient:innen?
 - o Welche Menge an Perspektiven ist realistisch?
 - o macht eine Gegenüberstellung bzw. ein Vergleich Sinn?
- Nutzen eines methodologischen Hintergrunds nach Foucault (Die Geburt der Klinik) → Rationalisierung der Krankheit, in diesem Beispiel des Schmerzes, und der Verlust einer übergeordneten Betrachtung des Phänomen Schmerzes „Metastasen und Metamorphosen der Krankheit (Schmerz)“ (Die Geburt der Klinik; Foucault, S. 27)

Literaturverzeichnis

Bernhard Taxer (2020): Chronifizieren wir Patienten? - Yellow Flag: Therapeut. In: *physiopraxis* (3), S. 10–12.

DAK Gesundheit NRW (2018): Immer mehr Patienten mit Rückenschmerzen in Klinik. Hg. v. DAK Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/gesundheitsreport-2018-2108874.html#/>.

Deutsche Schmerzgesellschaft (2019): Chronische Schmerzen. Unter Mitarbeit von Roman Rolke Hans-Günter Nobis. Hg. v. Deutsche Schmerzgesellschaft. Online verfügbar unter <https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen/herausforderung-schmerz/chronische-schmerzen>.

IASP: Definitions of Chronic Pain Syndromes. Hg. v. Internatiol Association for the study of pain.
Online verfügbar unter <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>.

Mescouto, Karime; Olson, Rebecca E.; Hodges, Paul W.; Costa, Nathalia; Patton, Mary Anne; Evans, Kerrie et al. (2022): Physiotherapists Both Reproduce and Resist Biomedical Dominance when Working With People With Low Back Pain: A Qualitative Study Towards New Praxis. In: *Qualitative health research* 32 (6), S. 902–915. DOI: 10.1177/10497323221084358.

Sabine Cavic

Name, Profession, Mastersemester

Sabine Čavić; Ergotherapeutin BSc., 14. Mastersemester

Wer bin ich?

- seit mehr als 30 Jahren Ergotherapeutin; Behandlung überwiegend neurologischer, orthopädischer und pädiatrischer Patient*innen
- auf den Tätigkeitsbereich bezogene Fortbildungen
- mehrjährige Lehrerfahrung
- 2016 Bachelorabschluss an der Hochschule Osnabrück
- Seit 2017 im Masterstudium an der HAWK
- Interesse an medizinischen und behandlungsbezogenen Themen aber auch an Occupational Science und berufspolitischen Themen

Mein Hintergrund und meine Motivation für ein Thema

Im Verlauf des Studiums habe ich mich häufig mit palliativen Themen auseinandergesetzt und auch eine diesbezügliche Fortbildung absolviert. Dieses Interesse würde ich gerne gemeinsam mit meinem Interesse an berufspolitischen Themen in der Masterarbeit vertiefen und dokumentieren.

Meine Themenidee (kurz und möglichst konkret)

Strukturelle und psychische Belastungsfaktoren von Therapierenden, die palliative Patient*innen behandeln und von ihnen angewendete Strategien zur Reduktion der Belastungsfaktoren

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung

Da sich zu wenig Therapierende dafür entscheiden, palliative Patient*innen ambulant zu behandeln, ist die adäquate diesbezügliche Versorgung der Betroffenen nicht gewährleistet (Pape et al. 2022, S. 59). Dies hat auch strukturelle Gründe, da die Therapierenden in Deutschland überwiegend auf Basis von Heilmittelverordnungen arbeiten und nicht Teil der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) oder der Spezialisierten ambulanten Pflegeversorgung (SAPV) sind, obwohl dies möglich wäre. Infolgedessen sind diese Therapierenden auch nicht Teil der Teams, denen verpflichtende Zeiten zum Austausch über die zu Pflegenden zur Verfügung stehen, die auch nachgewiesen werden müssen. Ebenso sind sie folglich nicht Teil der Supervisionen, die für in diesem Arbeitsbereich Arbeitende grundsätzlich angeraten ist und in den Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur SAPV auch verankert ist. Organisatorisch besteht für die Therapierenden die Schwierigkeit, das eine Behandlung dieser sehr schwer kranken Klientel häufig kurzfristig, also auch am Krankenbett, von knapp 18 % der zu Behandelnden (Übernahme der Zahl aus dem stationären Bereich (Bialy 2015)) wegen der momentan bestehenden körperlichen Verfasstheit abgelehnt wird und die Kosten für die vom Therapierenden vorgehaltene Zeit und die die Anfahrtskosten somit nicht übernommen werden.

Im Mittelpunkt der geplanten Untersuchung steht, welche persönlichen und strukturellen Belastungen diese Therapierenden wahrnehmen und wie sie diesen Belastungen begegnen

Meine Ideen zur Umsetzung (optional)

Idee 1

- Ethikvotum
- Rekrutierung von Teilnehmenden in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Sektion PEL, die in 08/2023 111 Mitglieder hatte
- Beginnend mit einer Umfrage, die deskriptiv ausgewertet wird und deren Fragen aus meinen Hypothesen entwickelt werden. Es sollen die Themen der folgenden Interviews induktiv ermittelt werden

- Darauf aufbauend Entwicklung eines Leitfadens für 6 Interviews (je 2 TN pro Berufsgruppe)
- Auswertung der Interviews mit der Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Idee 2

- Ethikvotum
- Entwicklung eines Leitfadens für Experteninterviews (6 TN; je 2 pro Berufsgruppe)
- Durchführung der Interviews
- Auswertung mit der Inhaltsanalyse nach Kuckartz.
- Darauf aufbauend Entwicklung eines Fragebogens mit dem die Mitglieder der Gruppe PEL befragt werden
- Deskriptive Auswertung des Fragebogens

Meine Fragen an die Diskussionsgruppe

- Ist dies eine adäquate Umsetzung meines Anliegens?
- Welche Reihenfolge ist sinnvoller? Also erst die Umfrage mit einem Fragebogen und dann vertiefend zu den Themen Interviews oder umgekehrt?
- Gibt es weitere zu berücksichtigende Punkte?

Literatur/ Quellen

GKV-Spitzenverband (Hg.) (2012): *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 in der Fassung vom 05.11.2012.* Berlin. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/GKV_Empfehlungen_2012_Palliativ_Empfehlungen_nach_132d_Abs_2_SGB_V_05-11-20102.pdf, zuletzt geprüft am 06.10.2023.

Bialy, Laura (2015): *Physiotherapie bei schwerst- und sterbenskranken Patienten auf einer Palliativstation – Retrospektive Analyse von Möglichkeiten und Grenzen.* Dissertation. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg. Onkologisches Zentrum, II. Medizinische Klinik. Online verfügbar unter <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/6639/1/Dissertation.pdf>, zuletzt geprüft am 06.10.2023.

Pape, Anna Elisabeth; Gschnell, Martin; Maul, Julian; Volberg, Christian (2022): *Physio- und Ergotherapie in der deutschen Palliativmedizin – wo stehen wir?* In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (175), S. 59–66. DOI: 10.1016/j.zefq.2022.10.002.

Franziska Erbert

Name, Profession, Mastersemester

Franziska Erbert, Logopädie, 4. Fachsemester

Wer bin ich

Ich habe 2010 mein Staatsexamen als Logopädin an der privaten Logopädieschule in Chemnitz abgelegt. Im Jahr 2013 folgte der Abschluss Bachelor of Science in Logopädie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst in Hildesheim.

Verschiedene berufliche Stationen in Praxen und Kliniken mit unterschiedlichen medizinischen Schwerpunkten führten mich 2017 an das heutige Muskuloskelettales Universitätszentrum des LMU Klinikums. Dort leite ich seit 2019 das Reheatem Logopädie. Mein klinischer Schwerpunkt im Bereich Neurologie liegt in der Therapie von Patientinnen und Patienten auf Stroke Unit und der neurologischen Intensivstation, sowie in der Durchführung von intraoperativen Sprachmonitorings bei Wachoperationen von Patientinnen und Patienten mit Hirntumoren oder Epilepsien. Zweiter Schwerpunkt ist die Therapie von Dysphagien bei Kindern mit schweren, unheilbaren Erkrankungen auf der Kinderpalliativstation. Daneben bin ich Teil des Neurovaskulären Netzwerks Südwestbayern (NEVAS). Seit diesem Jahr übernehme ich als Dozentin an der Staatlichen Berufsfachschule für Logopädie am LMU Klinikum den Praxisunterricht Dysphagie.

Mein Hintergrund und meine Motivation für ein Thema

Mein Interessensschwerpunkt liegt in der Diagnostik und Therapie neurogener Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen. Neben der Behandlung von Erwachsenen bin ich am LMU Klinikum erstmalig mit neurogenen Dysphagien bei Kindern im Kontext der Palliativmedizin in Kontakt gekommen. Diese Kinder sind sehr schwer und unheilbar erkrankt und weisen in der Regel eine stark verkürzte Lebensprognose auf. Als herausfordernd erlebe ich, dass keines der aktuell verfügbaren Diagnostikinstrumente und Therapiemethoden auf die komplex erkrankten Kinder passt. Dennoch ist es mein therapeutisches Bestreben diesen Kindern und ihren Bezugspersonen, in der Regel den Eltern, eine Therapie bzw. Beratung anzubieten, welche die Lebensqualität der oralen Nahrungsaufnahme und damit die Teilhabe am Familienleben ermöglicht, sowie die Bindung zu den Bezugspersonen stärkt und gleichzeitig das Risiko vor einer Aspirationspneumonie verringert.

Meine Themenidee

Wie erleben Eltern Schluckstörungen im Rahmen der palliativen Versorgung ihrer Kinder und welche Erwartungen stellen sie an die Logopädie?

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung

In den aktuellen Publikationen widmen sich Lillian Krikheli und Kolleg*innen aus Australien dem Thema Logopädie im Kontext der Kinderpalliativversorgung, indem sie die Rolle der Logopäd*innen und die therapeutischen Tätigkeiten beschreiben. Darüber hinaus existiert jedoch keine Evidenz zur Diagnostik und Therapie von Kindern, sowie zur Beratung von Bezugspersonen im Umgang mit Dysphagie im Kontext der Kinderpalliativmedizin.

In meiner Arbeit erlebe ich das Bedürfnis der Eltern ihre Kinder oral ernähren zu können, aber auch die damit verbunden Unsicherheiten und Ängste beim Management der Dysphagie. Ich möchte diese Erfahrungen bündeln und eventuell etwas entwickeln, was wir auf der Kinderpalliativstation am LMU Klinikum nutzen können, aber auch anderen Logopäd*innen zur Verfügung stellen können.

Meine Fragen an die Diskussionsgruppe

- Wo fängt man in einem unerforschten Handlungsfeld an?
- Was ist machbar im Rahmen einer Masterarbeit?

Arndt Gräbner

Arndt Gräbner

Physiotherapeut

Semester: WiSe 23/24

Wer ich bin?

Mein Name ist Arndt Gräbner. Ich bin 39 Jahre alt und bin seit 2006 Physiotherapeut. Zurzeit arbeite ich in Heidelberg an einer Schule für Physiotherapie als Fachlehrer für den Bereich der Orthopädie. Davor war ich in verschiedenen orthopädisch/chirurgisch orientierten Praxen als Physiotherapeut tätig.

Mein Hintergrund und meine Motivation für ein Thema

Meine Motivation als Lehrkraft für Physiotherapie tätig zu sein, entsprang der Idee, dabei mitwirken zu können, qualifiziertere Physiotherapeut:innen auszubilden.

In meinem Bachelorstudiengang in den Niederlanden habe ich die entsprechenden Fähigkeiten erlernt. Dort kam ich zum ersten Mal mit physiotherapeutischen Leitlinien in Berührung. Ich erkannte darin die Chance, für deutsche Physiotherapeut:innen den diagnostischen sowie therapeutischen Prozess auf der Grundlage von Evidenz durchzuführen. Deswegen integrierte ich die Arbeit mit Leitlinien in meinen Unterricht. Umso mehr ich mich mit dem Thema Leitlinien beschäftigte, umso mehr kam in mir der Gedanke auf, dass es eigene deutsche Leitlinien brauchte.

In der Folge dauerte es bis zum Masterstudium, dass ich das Thema „physiotherapeutische Leitlinien“ wiederaufnahm. Bestärkt von einem Gespräch mit Prof. Dr. Schäfer, begann ich mir darüber Gedanken zu machen, welches Thema ich in Bezug auf Leitlinien in meine Masterarbeit bearbeiten könnte. Parallel zu meiner Hausarbeit im Modul PT (Grundlagen über Qualitätssicherung durch Leitlinien im deutschen Gesundheitssystem), meldet ich mich bei der DGPTW an und trat mit der dortigen Sektion für Leitlinien in Kontakt. Da die Sektion 2020 ein „Methodenpapier zur Anpassung internationaler Leitlinien in der Physiotherapie“ veröffentlicht hatte, begann ich mich mit dessen Inhalt auseinanderzusetzen, um darin vielleicht einen Ansatz für meine Masterarbeit zu finden. Dieser Prozess dauert bis zum heutigen Tag an.

Meine Themenidee/Umsetzung

Das Methodenpapier der Sektion „Leitlinien“ der DGPTW umfasst verschiedene Schritte zur Implementierung ausländischer Leitlinien in das deutsche Gesundheitssystem. Meine Idee zur Umsetzung beinhaltet, einen Teil dieser Schritte in meiner Masterarbeit darzustellen.

Diese Schritte sind im Folgenden:

- 1.) Vorbereitende Themenfindung
- 2.) Formulierung der Fragestellung
- 3.) Recherche und Screening der Leitlinien
- 4.) Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien
 - a. AGREE- II- Instruments → Bewertung
 - b. GRADE- Methode (GRADE-ADOLPMENT; ADAPTE Collaboration (Toolkit) → Anpassung
- 5.) Review der angepassten Leitlinien (innerhalb der DGPTW)

6.) Implementierung

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung

Die Anfänge der Entwicklung von Leitlinien in Deutschland sind in der zeitlichen Verortung noch jung. Durch die Bitte des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahr 1994, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) möge Empfehlungen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen erstellen, begann der Entwicklungsprozess zu den heutigen AWMF Leitlinien (M. Nothacker et al., 2014). Damals wie heute ist die Grundidee von medizinischen Leitlinien, den Beschäftigten im Gesundheitswesen eine Übersicht der bestmöglichen Behandlungsstrategien für die Patient:innen bereitzustellen (Hostettler et al., 2014). Dennoch gibt es bis heute keine eigenen physiotherapeutischen Leitlinien und die Empfehlungen in der Physiotherapie werden ausschließlich in ärztlichen Leitlinien unter dem Punkt „konservative Therapie“ abgehandelt (siehe u.a. Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz). Die Sektion Leitlinien der DGPTW nahm dies zum Anlass, ein Methodenpapier zu entwickeln, welches den Prozess beschreibt, ausländische physiotherapeutische Leitlinien für die deutsche Physiotherapie nutzbar zu machen. Dadurch können den deutschen Physiotherapeut:innen Handlungsempfehlungen für die Versorgung ihrer Patient:innen zugänglich gemacht werden (Kirchner et al., 2020).

Meine Fragen an die Diskussionsgruppe

- 1.) Welche Teile des Methodenpapiers eignen sich als Masterarbeit?
- 2.) Wie könnten diese im Rahmen der Masterarbeit umgesetzt werden?
- 3.) Welche alternativen Ideen zu Fragestellungen zum Thema „Leitlinien in der Physiotherapie“ könnten in der Masterarbeit bearbeitet werden?

Literaturverzeichnis

- Hostettler, S., Kraft, E. & Bosshard, C. (2014). Guidelines – Qualitätsmerkmale erkennen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(03). <https://doi.org/10.4414/saez.2014.02165>
- Kirchner, Ä., Diermayr, G., Becker, M., Rösner, K., Kopkow, C. & Saal, S. (2020). Anpassung internationaler Leitlinien in der Physiotherapie – ein Methodenpapier der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V. (DGPTW). *physioscience*, 16(03), 132–137. <https://doi.org/10.1055/a-1158-7313>
- Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz–Langfassung*. (2017).
- Nothacker, M., Muche-Borowski, C. & Kopp, I. B. (2014). 20 Jahre ärztliche Leitlinien in Deutschland - was haben sie bewirkt? [Reflections on 20 years of clinical practice guideline programmes in Germany: what is their impact?]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(10), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.10.012>

Franziska Grünberg-Lemli

Name, Profession, Mastersemester

Franziska Grünberg-Lemli
Physiotherapeutin B.Sc.
4.Mastersemester

Wer ich bin

Seit 1987 bin ich Physiotherapeutin, 2022 habe ich den Bachelor of Science in Physiotherapie an der HAWK abgelegt, derzeit bin ich an der gleichen Hochschule im Masterstudiengang ELP. Dazwischen liegen viele Berufs- und Erfahrungsjahre mit pädiatrischem Schwerpunkt in der ambulanten Praxis, im Kindergarten der Lebenshilfe und einer öffentlichen Schule mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Ausflüge in die Arbeitswelt als leitende pädagogische Mitarbeiterin gab es 2015/2016 in einem Flüchtlingscamp in meiner Heimatstadt Celle. Etliche berufliche Auslandsaufenthalte zeigten mir die Arbeitswelt von Physiotherapeut:innen in Bangladesh, in der Türkei und in Jordanien. Berufsbegleitend habe ich 2013 eine vierjährige Ausbildung zur Yogalehrerin abgeschlossen und leite seither Yogakurse für Menschen mit und ohne körperliche Einschränkungen an. Derzeit arbeite ich im sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) in Celle.

Mein Hintergrund und meine Motivation für das Thema

Was geschieht mit Menschen im physiotherapeutischen Behandlungsprozess, wenn sie nicht so ganz in die herkömmlichen Ablaufmuster einer physiotherapeutischen Behandlung passen? Welche Erlebniswelt bringen sie mit und welche Auswirkungen hat dies auf die physiotherapeutische Behandlung?

Schon lange beschäftige ich mich mit Menschen, zu denen der Zugang auf üblichem Wege erschwert ist oder denen meine physiotherapeutischen Angebote nur bedingt zugänglich sind (z.B. Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit kommunikativen Störungen, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen). Dies geschah theoriegebunden in meiner Bachelorarbeit, in der ich mich mit der Lebenswelt von Menschen mit Fluchterfahrung und behindertem Kind auseinandersetzte, sowie in der praktischen Arbeit mit Individuen.

In meiner täglichen Arbeit bin ich häufig mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen konfrontiert. Sie behandle ich bereits im Kindesalter und sie begegnen mir auch als Erwachsene in der Physiotherapie, derzeit als Begleitpersonen oder Eltern, früher als Patient:innen. Es würde mich interessieren, was mittlerweile erwachsen gewordene Patient:innen mit kognitiver Beeinträchtigung davon halten, wenn über zumeist lange Zeitspannen ihrer Entwicklung ihre körperliche Verfasstheit therapiert wurde und welchen Umgang sie aktuell mit ihren körperlichen Einschränkungen haben. Kinder mit infantiler Zerebralparese (ICP) werden häufig über viele Jahre bis zum Erwachsenenalter physiotherapeutisch begleitet, so dass sich Menschen mit dieser Diagnose als zu befragende erwachsene Adressat:innengruppe eignen würden.

Meine Themenidee (kurz und möglichst konkret)

Welchen Umgang haben Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Zerebralparese (CP) mit sich und ihrer Therapiehistorie?

Das beinhaltet folgende Aspekte:

- Wie beschreiben Menschen mit kognitiven Einschränkungen und CP ihre körperliche Situation?
- Wie erleben Menschen mit kognitiven Einschränkungen und CP ihren Körper und ihre Umwelt?
- Wie bewerten sie die bislang erfolgte Therapie der körperlichen Einschränkungen?
- Welche Bedeutung hatte die Physiotherapie für sie?

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung

Elternbefragungen zur Lebenswelt von Kindern mit ICP lassen sich recherchieren (etwa Kohlheis 2016). Während von Menschen mit Cerebralparese und normaler Intelligenzleistung eine Reihe von Studien vorliegen (etwa Lindsay 2015), sind von Menschen mit dem Störungsbild CP verbunden mit kognitiven Einschränkungen kaum eigene Stimmen vorhanden. Es handelt sich um eine wenig gehörte Gruppe unter den Menschen mit Cerebralparese, für die in der Regel die Betreuungspersonen sprechen.

Die Behandlung der Infantilen Cerebralparese stellt einen nicht unbeträchtlichen Teil der pädiatrischen Physiotherapie dar. Mehr als die Hälfte aller Kinder mit ICP hat eine kognitive Entwicklungsstörung, davon haben 23% bis 44% einen IQ unter 70% (Palisano 2017, S. 447). Die Fähigkeit von Kindern zur selbstbestimmten Entscheidung ist abhängig von Alter, Entwicklungsstand und individuellen Vorerfahrungen (Alderson, 2007). In Folge werden Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung weniger in die Behandlungsgestaltung mit einbezogen. Erziehungsberechtigte und ggf. gesetzliche Betreuer:innen übernehmen noch umfassender das Therapiemanagement.

Beide Aspekte verlangen nach einer genaueren Befragung der therapierten Personen, unter bewusster Inkaufnahme der Schwierigkeiten, die sich durch Verhaltensauffälligkeiten und eingeschränkte kognitive Leistung der Betroffenen stellen können.

Meine Ideen zur Umsetzung (optional)

Dazu möchte ich eine qualitative Untersuchung vornehmen und ca. 4 Erwachsene mit kognitiver Einschränkung und CP zu ihren Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich meiner Themenstellung befragen. Der Zugang könnte über ambulante und stationäre Wohneinrichtungen geschehen. In der Wahl der Interviewform und des zeitlichen Rahmens hätte ich mich an die Möglichkeiten der Interviewpartner:innen anzupassen. Relevant dürfte eine Verwendung von einfacher Sprache sein, was eine weitere Einarbeitung voraussetzt.

Meine Fragen an die Diskussionsgruppe

- biographisches Interview oder Experteninterview oder...?
- Relevanz für Physiotherapie?
- Fragestellung präzisieren?
- Weitere?

Literaturliste:

Priscilla Alderson (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science and medicine* 65(11), 2272–2283.

Kohlheiß K., 2016. Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Infantiler Zerebralparese und Spina bifida. Dissertation Medizinische Fakultät Universität Ulm.

Lindsay, S. (2016). Child and youth experiences and perspectives of cerebral palsy: a qualitative systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 42(2), 153-175.

Palisano R., Orlin M., Schreiber J. (2017). *Campbell's Physical Therapy for Children*. St. Louis: Elsevier.

Eero Häkkinen

Name, Profession, Mastersemester

Eero-Veikko Häkkinen, BSc (akademischer Sprachtherapeut), 4.Semester ELP-Masterstudiengang, HAWK. Auch: Master of Music (Voice Performance) , Bachelor of Music (Gesangspädagogik).

Wer ich bin

Ich habe im Jahr 2021 den Abschluss als Sprachtherapeut in Deutschland absolviert und danach das Masterstudium an der HAWK begonnen. Ich habe dazu einen Hintergrund in Musik und werde in der Zukunft in beiden Bereichen arbeiten. Nach dem Studium werde ich in meinem Heimatland, Finnland, tätig sein.

Mein Hintergrund und meine Motivation für ein Thema

Mein besonderes Interesse an der Stimme und ihrer Unterrichtung führte mich schließlich zur Logopädie, die natürlich viele interessante Themen umfasst. Angesichts meines Hintergrunds ist es jedoch naheliegend, dass die Masterarbeit mit Stimmstörungen verbunden ist, insbesondere irgendeine quantitative Sichtweise auf die Stimme wäre interessant.

Meine Themenidee (kurz und möglichst konkret)

Transkulturelle Adaptation und Validierung der finnischen Version des „Vocal Tract Discomfort Scale“ Fragebogens.

Die VTD-Skala wurde im Jahr 1993 von Mathieson durch die Untersuchung von 36 Personen mit hyperfunktioneller Dysphonie entwickelt. Diese Subjekten wurden in einem strukturierten Interview zu ihren Gefühlen von Unbehagen im Hals befragt. Die erste vollständige Version der VTD-Skala wurde mehr als ein Jahrzehnt später von Mathieson et al. (2009) eingeführt.

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung

Dieser Fragebogen wurde bisher noch nicht ins Finnische adaptiert und validiert. Zumindest die folgenden Fragebögen sind derzeit in Finnland validiert: VHI (Voice Handicap Index), VFI (Vocal Fatigue Index), VAPP (Voice Activity and Participation Profile). SVHI (Singing Voice Handicap Index) ist anscheinend in Vorbereitung. Darüber hinaus werden einzelne andere nicht validierte Fragebögen verwendet.

Der VTD enthält 8 Fragen, die sich spezifisch auf die Bewertung von Symptomen im Vokaltrakt beziehen. Der Schweregrad und die Häufigkeit der Empfindungen (Brennen, Kitzeln, Wund, Trockenheit, Schmerzen, Gereizt, Enge, Kloß im Hals) werden auf einer 7-Punkte-Likert-Skala bewertet (Lukaschyk et al. 2017). Meines Erachtens würde ein solches schnelles Diagnoseinstrument, das sich auf den Vokaltrakt konzentriert, einen wichtigen Mehrwert zu den bereits in Finnland verwendeten Fragebögen bringen:

Laut einer systemischen Übersichtsarbeit (Aghaei et al. 2022) kann der VTD viele komplexe Aspekte der Kehlkopfsymptome anzeigen, die mit Stimmstörungen in Zusammenhang stehen, während andere Bewertungsskalen diese nicht aufzeigen können. Die VTD-Messung zeigt einige Symptome auf, die nicht zum Hauptziel der Stimmtherapie gehören, die aber nach einer Behandlung signifikant beeinflusst wurden. Aghaei et al. (2022) geben an, dass dieses Diagnoseinstrument als Indikator für die Wirksamkeit der Behandlung für Logopäden dienen kann, die für die tägliche klinische Versorgung empfohlen wird und insbesondere bei der Behandlung von MTD (Muscle Tension Dysphonia) oder zur Messung der Progression nach manueller Therapie geeignet ist. Einige Dokumente haben allerdings gezeigt, dass die Anwendung von VTD nicht nur auf MTD beschränkt ist und auch bei anderen Stimmstörungen helfen kann (Lukaschynk et al. 2017).

VTD ist auf Deutsch, Argentinisch, Arabisch, Italienisch, Koreanisch, Persisch, Flämisch und Polnisch adaptiert und validiert. Der Fragebogen hat sich als reliabler und valider Wahrnehmungsindikator für sensorische Veränderungen des Vokaltraktes bei Stimmstörungen erwiesen. Die nachgewiesene

Korrelation zwischen der VTD-Skala und anderen konventionellen standardisierten Bewertungsinstrumenten wie VHI oder Maximum Phonation Time (MPT) bestätigt den klinischen Wert dieses Selbstbewertungsinstrumentes (Aghaei et al. 2022).

Meine Ideen zur Umsetzung (optional)

Für die Anpassung und Validierung gibt es bestimmte Protokolle, die befolgt werden müssen. Die Umsetzung besteht darin, diese Verfahren zu befolgen. Sousa und Rojjanasrirat (2010) schlagen einen klaren und benutzerfreundlichen Leitfaden für die Übersetzung, Anpassung und Validierung von Selbsteinschätzungsinstrumenten für die kulturübergreifende Forschung vor.

Meine Fragen an die Diskussionsgruppe

Da das Thema meiner Arbeit klar und konkret ist, und andererseits ich noch ganz am Anfang des Projekts stehe, bin ich mir noch nicht ganz sicher, welche vernünftigen Fragen ich stellen könnte. Wahrscheinlich werde ich im Think Tank den offiziellen Übersetzungs- und Validierungsverfahren vorstellen. Sicherlich gibt es hierbei verschiedene bewegliche Teile, die ich noch nicht zu berücksichtigen weiß. In diesem Zusammenhang könnte ich fragen, ob mein Vorhaben realistisch ist und was noch zu beachten ist. Diese können sich darauf beziehen, wo ich die richtigen Fachleute für den Übersetzungsprozess finden kann oder ob die Terminplanung angemessen ist. Was wäre eine angemessene Anzahl von Probanden (n)? An welche Art von Patienten sollte die Testversion idealerweise geschickt werden? Andererseits könnte die Verwendung von Fragebögen im Allgemeinen zu einer Diskussion führen. Inwieweit verwenden Logopäd*innen wissenschaftlich belegte Fragebögen zur Selbsteinschätzung oder andere externe diagnostische Methoden? Wie verbreitet ist die deutsche Version des VTD?

Quelle:

Aghaei F, Khoramshahi H, Biparva S (2022). Psychometric Characteristics of Different Versions of Vocal Tract Discomfort (VTD) Scale: A Systematic Review. *Iran J Public Health*. 2022 Jan;51(1):37-47. doi: 10.18502/ijph.v51i1.8290

Lukaschyk, J, Brockmann-Bauser M, Beushausen U (2017). Transcultural Adaptation and Validation of the German Version of the Vocal Tract Discomfort Scale. *J Voice*. 2017 Mar;31(2):261.e1-261.e8. doi: 10.1016/j.jvoice.2016.05.006

Mathieson, L (1993). Vocal tract discomfort in hyperfunctional dysphonia. *J Voice*. 1993;2;40-48.

Mathieson L, Hiramani SP, Epstein R (2009). Laryngeal manual therapy: a preliminary study to examine its treatment effects in the management of muscle tension dysphonia. *J Voice*. 2009;23:353-366

Sousa VD, Rojjanasrirat W (2011). Translation, adaption and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011 Apr;17(2):268-74. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434x

Rebecca Herm

Name, Profession, Mastersemester

Rebecca Herm, BSc OT (NL), 4. Semester ELP-Masterstudiengang, HAWK

Wer ich bin

Ich habe 2010 mein Ergotherapie-Diplom an einer klassischen Deutschen Berufsfachschule erworben. Mit Ausnahme von 3 Jahren Tätigkeit in einer ambulanten Ergotherapie-Praxis mit neurologischem Schwerpunkt, habe ich meine gesamte berufliche Laufbahn im psychiatrischen Arbeitsfeld gearbeitet. Davon grösstenteils im akutpsychiatrischen, stationären Bereich, aber auch in tagesklinischen und ambulanten Institutionen sowie in der Entwöhnungsbehandlung. 2015 habe ich meine erste Arbeitsstelle als Grenzgängerin in der Schweiz angetreten und 2017 habe ich mich entschieden, meinen Lebensmittelpunkt ganz in die Schweiz zu verlegen. Derzeit arbeite ich im Hometreatment einer universitären psychiatrischen Klinik.

Mein Hintergrund und meine Motivation für das Thema

Während meiner Berufstätigkeit habe ich mehrfach mit psychischen erkrankten Menschen zusammengearbeitet, die nach aussen hin eine Normallebenslauf führen, unterschiedliche Rollen ausfüllen und über ein gewisses Betätigungsrepertoire verfügen, das die klassischen Betätigungsbereiche Arbeit, Freizeit und Selbstversorgung abdeckt. Im jahrelangen Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung, Persönlichkeitsstörung oder Essstörung haben sie einen gewissen Umgang mit ihren „Symptomen“ gefunden, der es ihnen ermöglicht, autonom zu sein und gesellschaftlich an unterschiedlichen Lebensbereichen teilzuhaben. Während sie somit von aussen betrachtet mit beiden Beinen im Leben stehen, vereinzelt sogar hinsichtlich der ICD-Kriterien als remittiert gelten, gehen sie insgeheim weiter Verhaltensweisen nach, über die sie mit niemandem sprechen. Einerseits besteht Scham, über „die Feierabendbiere zuhause“ oder „den Essanfall“ zu sprechen, andererseits sind sie jedoch auch ein fester und subjektiv bedeutsamer Bestandteil eines Alltags geworden. Obwohl sich viele meiner Klient*innen rein rational durchaus über das Unangebrachte ihrer „Tätigkeiten“ bewusst sind, messen sie ihnen andererseits eine Bedeutung in ihrem Alltag bei und berichten auch von positiven Sinnzuschreibungen.

Als Ergotherapeutin habe ich mich oft gefragt, was die Bedeutung dieser vermeintlich gesundheitsschädigenden „Tätigkeiten“ ausmacht, dass ihnen trotz des Vorhandenseins anderer Betätigungen, die die gleiche Funktion erfüllen würden, weiterhin nachgegangen wird. Durch mein Bachelorstudium bin ich das erste Mal mit der Occupational Science in Verbindung gekommen und war hier sofort von den kritischeren Perspektiven auf menschliches Betätigen begeistert. Meine Arbeit in der Psychiatrie hat mich schon immer kritisch auf das Kategorisieren von Betätigungen blicken lassen. Dass Betätigungen immer zum Wohlbefinden und Gesundheit beitragen müssen, ging mir in meiner Auffassung noch nie weit genug. Daher haben mich insbesondere die Publikationen zu Dark Side of Occupations begeistert.

Eine erste Diskussion meiner Themenidee mit Frau Marotzki führte zu der kritischen Frage, was genau das Betätigen in der Abhängigkeit ist und dass ich mir genau überlegen sollte, auf welche Definition von Betätigung ich mich beziehe, um Konsum von Betätigung abzugrenzen. Dieser Anstoss hat dazu beigetragen, dass ich mich momentan auf die Zielgruppe Menschen mit Bulimie und deren Bedeutung von Essen im Lebensverlauf begrenze.

Meine Themenidee (kurz und möglichst konkret)

Welche Bedeutung hat Essen (inklusive anfallsartigem Essen und anschliessende gegensteuernde) im Langzeitverlauf eines Menschen mit der Lebenszeitdiagnose Bulimie? Wie hat sich die Bedeutung des Essens (inklusive Essanfall und anschliessender Säuberung) auf die Bedeutung und Auswahl anderer Betätigungen im Lebensverlauf ausgewirkt?

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung

Laut einer repräsentativen Umfrage aus dem Jahr 2010 erkrankten rund 3.5% der Schweizer Wohnbevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer Essstörung. Rund 2.4% der in der Schweiz lebenden Frauen erhält die Lebenszeitdiagnose Bulimie. Damit liegt die Schweiz über dem europäischen Durchschnitt. Zu beachten ist jedoch, dass sich die Diagnosekriterien und die Erhebungsarten bei den Umfragen stark unterscheiden, so dass die Prävalenzraten deutlich variieren (BAG, o.D.). Da viele Betroffene keine medizinische Hilfe in Anspruch nimmt, ist von einer deutlich höheren Dunkelziffer auszugehen. Seit der Covid-19 Pandemie ist es zu einem deutlichen Anstieg an Essstörungen in der Weltbevölkerung gekommen (BzGA, 2023). Die Heilungsrate liegt bei Bulimie-Betroffenen nach 5 Jahren bei 50%, bei 20% tritt keine Verbesserung ein (BzGA, 2023). Wie die Erfahrungsberichte von Betroffenen zeigen, kann sich der individuelle Genesungsweg über 10 Jahre erstrecken und häufig bleiben Symptome der Essstörung jahrzentelang bestehen, auch wenn die Betroffenen im Verlauf einen verbesserten Umgang damit finden (Roberts & Skipsey, 2022; Klein & Tilly, 2022).

Für Menschen mit Essstörungen hat die Erkrankung einen identitätsstiftenden Charakter, indem sie Teil einer selbst geformten Welt wird, die Sicherheit und Schutz bietet und als Teil des eigenen Wesens verstanden wird. Der Genesungsweg aus einer Essstörung beinhaltet somit einen Transitionsprozess. Um diesen Prozess zu unterstützen ist es notwendig, die Bedeutungen von Betätigungen in der selbst geformten Welt zu verstehen (Elliot, 2012; Dark et al., 2022). Studien zeigen, dass für die Genesung von der Bulimie kein neues Betätigungsprofil notwendig ist, sondern es vielfach um eine Umschreibung der Bedeutungen bestehender Betätigungen geht und um ein bewusstes Nicht-Betätigen zugunsten einer anderen Betätigung (Elliot, 2012; Roberts & Skipsey, 2022). Allgemein als gesundheitsförderlich betrachtete Betätigungen wie Sport können für Menschen mit Bulimie die Bedeutung von Bestrafung haben, während mit gesundheitsschädlichen Betätigungen, wie dem Essen während eines Essanfalls Befriedigung, Belohnung und Trost verbunden wird (Roberts & Skipsey, 2022; Churruca et al., 2026). Laut Churruca et al. (2016) ist es wichtig, der Bedeutung eines Essanfalls mehr Beachtung zu schenken und ihn nicht nur als Antwort auf Heisshunger und zuvor restriktives Essen zu betrachten. Essanfälle und gegensteuernde Aktivitäten wie Erbrechen finden im Verborgenen statt und für Betroffene ist es relevant, dass sie wertfrei diese Aktivitäten/Betätigungen offenlegen können (Roberts & Skipsey, 2022).

In ihrem Konzept der Dark Side of Occupation greift Rebecca Twinley (2021) diese Forderung zur wertfreien Betrachtung sämtlicher Aspekte menschlicher Betätigung auf. Sie legt Wert auf die subjektive Erfahrungswelt von Betätigungen, die sich nicht in vereinfachende Kategorien, wie gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädlich abbilden lässt. Mit den Dark Side of Occupations sollen die Betätigungen beleuchtet werden, denen bislang zu wenig Beachtung

geschenkt wurde, die aber einen bestimmten Zweck haben oder aus bestimmten Gründen notwendig sind. Der Praxistransfer des Konzeptes in die Ergotherapie einer Tagesklinik hat gezeigt, dass Dark Side of Occupations zur Offenlegung neuer Themen und einem authentischen Dialog mit den Klient*innen führt. Cowan und Sorlie (2021) kommen zu dem Schluss, dass Verhaltensweisen einer Essstörung als Betätigung verstanden werden können, da sie den Tag strukturieren, auf bestimmte Ziele ausgerichtet sind sowie bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten erfordern und trotz der schambesetzten Ausführung auch als befriedigend und erfreulich wahrgenommen werden.

Meine Idee zur Umsetzung (optional)

Qualitative Forschung, eventuell auch mit partizipativen Anteilen. Genauer noch offen bzw. Teil des Diskussionsanliegens.

Meine Fragen an die Diskussionsgruppe

Wie lässt sich Betätigung von Verhaltensweisen einer Essstörung bzw. Konsum abgrenzen? => Welcher theoretische Blickwinkel ist für die Forschung möglicherweise am geeignetsten: bestimmte Definition von Betätigung oder Dark Side of Occupation (Twinley, 2021) oder non-sactioned occupation nach Kiepek et al. (2019) oder andere?

Wie lässt sich die Langzeitperspektive der Bedeutung von Betätigungen theoretisch und methodisch am besten abbilden?

Wie finde ich Zugang zu meinen Teilnehmenden? Welche Methoden könnten geeignet sein, auch über schambesetzte Themen sprechen zu können? Reicht der Ausdruck über Sprache aus, um die individuelle Bedeutsamkeit zu erheben?

Literatur

Aufklärung, B. F. G. (2023, 16. August). *Nehmen Essstörungen zu?* BzGA Essstörungen.
<https://www.bzga-essstoerungen.de/was-sind-essstoerungen/wie-haeufig-sind-essstoerungen/nehmen-essstoerungen-zu/>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (o. D.). *Essstörungen*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/essstoerungen.html>

Cowan M and Sørli C (2021) An eating disorder intensive day service. In: Twinley R (ed), *Illuminating the Dark Side of Occupation, International Perspectives from Occupational Therapy and Occupational Science*. Milton Park: Routledge Advances in Occupational Science and Occupational Therapy, pp. 114–121.

Churrua, K., Ussher, J. M. & Perz, J. (2016). Just desserts? Exploring constructions of food in women's experiences of bulimia. *Qualitative Health Research*, 27(10), 1491–1506.
<https://doi.org/10.1177/1049732316672644>

Dark, E., Cocking, C., Twinley, R. & Haines, D. (2022). Occupational therapy's role in the exploration of Meaning in anorexia. *British Journal of Occupational Therapy*, 85(6), 389–391.
<https://doi.org/10.1177/03080226221086223>

Elliot, M. L. (2012). Figured world of Eating Disorders: Occupations of illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 15–22. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.1.3>

Kiepek, N., Beagan, B. L., Rudman, D. L. & Phelan, S. (2019). Silences around occupations framed as unhealthy, illegal, and deviant. *Journal of Occupational Science*, 26(3), 341–353. <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1499123>

Roberts, E. & Skipsey, J. (2021). Exploring Occupation in Recovery from bulimia nervosa: An Interpretative Phenomenological analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 030802262110452. <https://doi.org/10.1177/03080226211045289>

Twinley, R. (2021). *Illuminating the dark side of occupation: International Perspectives from Occupational Therapy and Occupational Science*. Routledge Advances in Occupational Science and Occupational Therapy.

Rebecca Lang

Name, Profession, Mastersemester

Rebecca Lang, BSc OT (NL), 4. Semester ELP-Masterstudiengang, HAWK

Wer ich bin

Ergotherapeutin seit 1996, 22 Jahre lang in einer akuten psychiatrischen Abteilung tätig, davon 15 Jahre Leitung von Kreativ- und Arbeitstherapie.

Seit 17 Jahren Lehrtätigkeit an Berufsfachschulen, davon 12 Jahre in Honorartätigkeit und seit 5 Jahren festangestellt. Seit 3 Jahren zusätzlich Lehrtätigkeit an der Hogeschool Zuyd.

Mein Hintergrund und meine Motivation für ein Thema

Auf Berufsfachschulniveau unterrichte ich Lernende im Fachbereich „Arbeitstherapeutische Behandlungsverfahren“ und begleite sie in der fachpraktischen Ausbildung (FPA). Sehr viele der FPA-Stellen sind in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) verortet, so dass ich durch die Besuche regelmäßig Einblick in Werkstattarbeit von intelligenzgeminderten Menschen und Menschen mit psychischen Erkrankungen erhalte. Ferner begleite ich Lernende, die ein FPA in einem Inklusionsprojekt absolvieren, bei dem Menschen mit Behinderung im Rahmen von unterstütztem Arbeiten und unterstützter Beschäftigung (UB) auf Arbeitsplätzen am allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten.

An der Hochschule unterrichte ich im Modul „Neue Arbeitsfelder“ und setzte mich in diesem Zusammenhang mit neuen Möglichkeiten der Teilhabe an Arbeit und Inklusion auseinander. Themen sind Jobcoaching, UB, WfbM + betriebsintegrierte Arbeitsplätze (BiAP), Budget für Arbeit.

Mein beruflicher Schwerpunkt liegt auf der ergotherapeutischen Zusammenarbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, so dass ich mich nach meiner praktischen Tätigkeit auch im Bereich der Lehre dafür interessiere, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Betätigung Well-being entwickeln, aufrechterhalten und gesellschaftlich teilhaben. Dabei liegt mein Fokus durch meine Lehrtätigkeit auf dem Aspekt der Teilhabe an Arbeit.

Ich sehe viele Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht inklusiv in Werkstätten arbeiten. Erst allmählich gibt es Inklusionscoaches, die in Werkstätten festangestellt sind, um Beschäftigte aus der Werkstatt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu begleiten. Dies erfolgt zu einem hohen Prozentsatz auf betriebsintegrierte Arbeitsplätze, die zwar räumlich, nicht aber organisatorisch von der Werkstatt getrennt sind. Flankierende Hilfen, wie beispielsweise das Budget für Arbeit, die Menschen mit Behinderungen sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze ermöglichen sollen, sind bei den ergotherapeutischen Mitarbeiter*innen kaum bekannt.

Meine Themenidee (kurz und möglichst konkret)

Wie erleben Menschen mit psychischen Erkrankungen die Teilhabe an Arbeit innerhalb von WfbM-Strukturen?

Mich interessiert die Motivation psychisch erkrankter Menschen, in einer WfbM zu gehen und dort zu bleiben. Ist eine Inklusion in den allgemeinen Arbeitsmarkt mit einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz für Menschen mit psychischer Erkrankung unter den derzeitigen Arbeitsmarktbedingungen attraktiv?

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung

Die Staatenprüfung der UN äußert sich nach 2015 zum zweiten Mal besorgt darüber, dass es in Deutschland eine „hohe Zahl von Menschen mit Behinderungen [gibt], die in geschützten Werkstätten untergebracht sind“ sowie über die „niedrige Übergangsquote auf den offenen Arbeitsmarkt“ (uneditierte Fassung, No.61). Auch eine Untersuchung von Seeger (2023) identifiziert die Übergangszahlen aus der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bei unter 1% (S. 281).

In Deutschland gibt es im Jahr 2020 736 Werkstätten, in den letzten 5 Jahren ist die Zahl von 730 auf 736 gestiegen (BAG WfbM, 2023). Ende 2021 waren ca. 26.000 Personen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich. 276.204 Personen über Eingliederungshilfeleistungen im Arbeitsbereich der Werkstätten beschäftigt. Das sind zwar 0,3% weniger als im Vorjahr, der Anteil von Menschen mit seelischen Behinderungen im Arbeitsbereich der WfbMs sind jedoch seit 2012 von 17,9 auf 20,9% gestiegen (BAGüS, 2023, S. 51), dies sind vor allem „Quereinsteiger“, die während ihrer Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt psychisch erkrankt sind (Schreiner, 2017).

§219 SGB IX besagt, dass WfbM „den Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen“ fördern.“ Im Gegensatz dazu äußert sich die BAG WfbM in einer Stellungnahme: „Im Unterschied zu beruflichen Reha-Einrichtungen, die zeitlich befristet Menschen rehabilitieren oder unterstützte Ausbildungen für Menschen mit Behinderungen anbieten, ist die Werkstatt in aller Regel auf Dauerhaftigkeit ausgelegt.“ (BAG WfbM, 2021). Inwieweit bieten also WfbM-Strukturen Menschen mit psychischen Erkrankungen im Sinne der Betätigungsgerechtigkeit eine gleichberechtigte Möglichkeit, inklusiv auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten?

Es existieren BiAPs (seit 2009), das Budget für Arbeit (seit 2018) und „Andere Leistungsanbieter“ (seit 2018), um den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern.

- ➔ Im Arbeitsbereich/Eingliederungshilfe sind nur 1,8-10,1% der Arbeitsplätze BiAPs nach §219 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX (BAGüS, 2023, S.40)
- ➔ Ende 2021 erhalten nur 2472 leistungsberechtigte Personen ein Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX, davon 414 Personen erstmals. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr eine leichte Zunahme, die Anzahl ist jedoch niedriger als im Vor-Corona-Jahr 2019.
- ➔ Ende 2021 melden 15 Eingliederungshilfeträger 59 Vereinbarungen mit „Anderen Leistungsanbieter“ § 60 SGB IX. Lediglich 576 Personen erhielten Leistungen anderer Leistungsträger.

Meine Ideen zur Umsetzung (optional)

Qualitativ, leitfadengestützte Interviews, berufsbiographische Interviews mit psychisch erkrankten Menschen, die im Berufsbildungsbereich oder im Arbeitsbereich einer WfbM arbeiten (Interviews mit retrospektiven und prospektiven Anteilen)

und/oder Interviews mit Inklusionshelfer*innen/Inklusionscoaches (phänomenologisch)

Meine Fragen an die Diskussionsgruppe

Einschlusskriterien – wen befragen?

- Beschäftigte mit psychischen Erkrankungen im BBB? Im Arbeitsbereich? Frageschwerpunkte: wie kam es zum Eintritt in die WfbM? Oder: Welche Alternativen zu WfbM sind bekannt/in Erwägung gezogen worden?
- Inklusionsbegleiter*innen innerhalb oder außerhalb der WfbM-Strukturen? Frageschwerpunkt: Strukturen für den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt?

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS). (2023). BAGüS-Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe. Berichtsjahr 2021.

Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (BAG WfbM). (2023). *Menschen in Werkstätten*. <https://www.bagwfbm.de/page/25>

Deutsches Institut für Menschenrechte (2023). *Staatenberichtsverfahren*. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/abteilungen/monitoring-stelle-un-behindertenrechtskonvention/staatenberichtsverfahren> (18.8.2023).

Schreiner, M. (2017). Teilhabe am Arbeitsleben. Die Werkstatt für behinderte Menschen aus Sicht der Beschäftigten. Springer

Seeger, A. (2023). Budget für Arbeit - Zauberformel für Inklusion? - In: V. Schachler, W. Schlummer & R. Weber (Hrsg.), *Zukunft der Werkstätten. Perspektiven für und von Menschen mit Behinderung zwischen Teilhabe-Auftrag und Mindestlohn*. Verlag Julius Klinkhardt; Lebenshilfe Verlag der Bundesvereinigung (S. 280-293). DOI: 10.25656/01:26782

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2023). Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany, Advanced, unedited version. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FDEU%2FCO%2F2-3&Lang=en (20.9.2023)

Caterina Wendel

Caterina Wendel, Physiotherapie, 4. Mastersemester

Wer ich bin?

Mein Name ist Caterina Wendel. Ich bin 26 Jahre alt, seit drei Jahren Physiotherapeutin, und ich habe 2021 das Bachelor-Studium in Hamburg abgeschlossen. Seit April 2022 studiere ich im Master of Science an der HAWK in Hildesheim.

Seit Abschluss der Berufsausbildung bin ich in der ambulanten Physiotherapie tätig. Derzeit lebe und arbeite ich in München.

Mein Hintergrund und meine Motivation für ein Thema

Bereits im Rahmen meiner Berufsausbildung hatte ich erste Berührungspunkte mit dem Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Welchen Einfluss ein ergonomischer Arbeitsplatz für am Schreibtisch tätige Menschen hat, konnte ich in einem Projekt mit einer in Hamburg ansässigen Anwaltskanzlei erproben. Hierbei lag der Schwerpunkt darauf, anhand verschiedener Parameter Empfehlungen für die Arbeitsplatz- und Arbeitsalltagsgestaltung der Mitarbeiter*innen zu entwickeln und auszusprechen.

Mein aktueller beruflicher Schwerpunkt liegt überwiegend im orthopädisch-chirurgischen Bereich. In Einzeltherapien mit den Patient*innen ist das Thema der Gesundheitsförderung und der ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung immer wieder präsent, allerdings bleibt im teilweise durchgetakteten Praxisalltag selten Zeit für eine umfassende Beratung. Deshalb strebe ich nach Abschluss des Masterstudiums an, mir im Bereich der BGF ein weiteres berufliches Standbein aufzubauen.

Die Relevanz des Themas und die Problemstellung

Die BGF ist, neben dem Gesundheits- und Arbeitsschutz und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM), einer der wesentlichen Bestandteile des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Im Gegensatz zum Arbeitsschutz und dem BEM ist die BGF eine freiwillige Leistung von Seiten der Arbeitgeber*innen. Allerdings wird diese finanziell durch die Krankenkasse nach § 20b Absatz 3 SGB V und durch Steuerbefreiung nach § 3 Nummer 34 EStG unterstützt (Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF), 2023).

Das Bundesgesundheitsministerium schreibt auf seiner Webseite:

„In den vergangenen Jahren hat die betriebliche Gesundheitsförderung zunehmend größeres Interesse gefunden, da sie ein geeignetes Mittel ist, auf die gesundheitlichen Beanspruchungen der Beschäftigten und veränderten psychischen Belastungen [...] angemessen zu reagieren.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2023)

Recherchiert man nach Konzepten der BGF und sucht nach entsprechenden Anbietern, stößt man immer wieder auf das Angebot von Physiotherapie oder durch Physiotherapeut*innen angeleitete Maßnahmen. Der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK e.V.) wirbt damit, dass „Physiotherapeuten mit den Mitarbeitern [der an BFG interessierten Firmen] individuelle Strategien erarbeiten“ (2023). Mohokum und Dieterich schreiben in ihrem 2022 veröffentlichtem Artikel, dass „Physiotherapeut*innen in besonderer Weise prädestiniert [seien], ihre Expertise und ihr Können an verschiedenen Stellen einzubringen“ (S. 157).

Zwar sind Physiotherapeut*innen die „Expert*innen“ für körper- und bewegungsbezogene Problemstellungen, allerdings sind gemäß der Studie von Stoll muskulo-skelettale und psychische Erkrankungen die Hauptbeschwerden von berufstätigen Physiotherapeut*innen (2019, S. 240). 2020 waren laut BARMER Gesundheitsreport 19,1% der Krankmeldungen von Physiotherapeut*innen auf Grund von psychischen Erkrankungen, und 20,3% der Krankmeldungen ließen sich auf muskulo-skelettale Leiden zurückführen (Grobe & Braun, 2021, S. 232). Auch 2021 waren psychische (13,9% der AU-Tage) und muskulo-skelettale Beschwerden (15,3% der AU-Tage) die häufigsten Diagnosen für die Arbeitsunfähigkeit von Physiotherapeut*innen (Badura, Ducki, Meyer, & Schröder, 2022, S. 472). Trotz

dieser Problemlage sucht man vergeblich nach Empfehlungen oder Konzepten zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz für Physiotherapeut*innen in der ambulanten Praxis.

Meine Themenidee

Um für das Schließen dieser Lücke einen Beitrag zu leisten, ist die Idee für die Konzeptentwicklung eines BGF-Workshops für Physiotherapeut*innen in ambulanten Praxen entstanden.

Es soll herausgefunden werden, welche Relevanz das Thema BGF in der ambulanten Physiotherapie hat, und wie die Therapeut*innen dazu stehen. Des Weiteren sollen Bedarfe für die BGF am Arbeitsplatz sichtbar gemacht werden, und mittels der davon abgeleiteten möglichen Maßnahmen und Handlungsempfehlungen das Konzept für einen Workshop entwickelt werden.

Idee zur Umsetzung

Entwicklung eines standardisierten Fragebogens → Befragung von Physiotherapeut*innen in ambulanten Praxen → Ableitung von konkreten Interventionen/ Maßnahmen → Entwicklung eines Workshop-Leitfadens

Meine Fragen an die Diskussionsgruppe

- Wer soll befragt werden? – ausschließlich Physiotherapeut*innen oder alle, die in einer Physiotherapiepraxis tätig sind?
- Expert*inneninterviews? – zusätzlich oder vor Entwicklung des Fragebogens?
- Sollten auch Physiotherapeut*innen im stationären Setting befragt werden, um ggf. Vergleiche und Unterschiede in den Bedarfen sichtbar zu machen?

Literaturverzeichnis

Badura, B., Ducki, A., Meyer, M., & Schröder, H. (2022). *Fehlzeiten-Report 2022*. Berlin: Springer-Verlag GmbH.

Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/was-steckt-dahinter.html> abgerufen

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e.V. (2023). Von <https://ifk.de/patienteninformation/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung> abgerufen

Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). (2023). *Rechtsgrundlagen*. Von <https://www.dnbgf.de/betriebliche-gesundheitsfoerderung/rechtsgrundlagen-bgf> abgerufen

Grobe, T. G., & Braun, A. (2021). *BARMER Gesundheitsreport 2021*. Berlin.

Mohokum, M., & Dieterich, A. V. (2022). Betriebliche Gesundheitsförderung - ein wichtiges Arbeitsfeld, das physiotherapeutische Kompetenz erfordert. *MSK - Muskuloskeletale Physiotherapie*, 26(03), S. 157-163.

Stoll, S. (2019). Arbeitsbedingte Beschwerden und Erkrankungen in der Physiotherapie - Ergebnisse einer quantitativen Befragung. *Manuelle Therapie*(23), S. 238–245.