

Neues zur Wirksamkeit der Ergotherapie?

CARSTEN PETERS, FRAUENFELD

Wir kennen das alle aus der Praxis. Da kommt die besorgte Mutter und berichtet, dass die Kindergärtnerin dringend Ergotherapie empfehle, weil der 5-jährige Sohn den Stift nicht richtig halten könne, noch unsicher auf einem Bein hüpfte und im Spielkreis sich nicht beteilige, nur passiv zuschaut und die Heilpädagogin meine auch, man müsse dringend etwas tun und... und...

Dann folgt der Blick in die Krankengeschichte und sieht verwundert, dass der gleiche Junge ein Jahr vorher bei der Vierjahres-Untersuchung altersentsprechend entwickelt war, schon Velo fuhr, im Winter schon Skifahren geht, problemlos den Ball fing und leidlich gemalt hat. Und jetzt?

Das Beispiel ist vielleicht etwas überzeichnet, aber doch finden wir uns als Kinderärzte immer wieder im Spannungsfeld zwischen Erwartungen des Kindergartens oder der Schule, der Eltern und nicht zuletzt unseren eigenen Vorstellungen, welches Kind wann und wie zu fördern wäre. Ist dann die Indikation zur Therapie gestellt, reden auch noch die Kostenträger mit: muss

die Therapie denn übernommen werden, oder hat das Kind nicht ein Geburtsgebrechen, damit die Kosten auf die IV abgewälzt werden können? Das Bürokratie-Karussell beginnt.

Mit dem uns zugesandten Artikel von Thomas A. Frank würden wir gerne nochmals das Thema Wirksamkeit der Ergotherapie anfachen. Es ist ein bekanntlich auch in Studien nicht einfach, den Anteil einer Therapie am positiven Entwicklungsverlauf von Kindern zu beurteilen. Schnell werden Items wie die Zufriedenheit der Patienten oder Eltern angeführt, die an sich sicher wichtig sind, aber nicht als Argumentarium gegenüber den Kostenträgern taugen. Es ist dem Autor hoch anzurechnen, dass er versucht hat, den Erfolg der Therapie messbar zu machen. Ob es ihm gelungen ist, möge der Leser entscheiden.

Regula Schmid, Neuropädiaterin und Leitende Ärztin am Kantonsspital Winterthur, hat sich mit der Originalarbeit kritisch auseinandergesetzt. Vielleicht können wir hiermit eine Diskussion in Gang bringen, die zum einen weitere Akteure wie Ergotherapeuten, Entwicklungspädiater, usw. auf den Plan rufen und zum anderen unser Wissen zur Diagnostik und Indikation einer Ergotherapie erweitert.

Wirksamkeit der ambulanten ergotherapeutischen Intervention bei Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahre

DR. PHIL.

THOMAS A. FRANK,
DIPL. PÄD., DIPL.
ERGOTHERAPEUT

Einleitung

Das Modell der sozialen Sicherung sowie der Gesundheitsversorgung der Schweiz befindet sich in seiner Struktur und Finanzierung in einer Umbauphase. Der Ruf nach wirtschaftlicher Effizienz hält zunehmend Einzug in Bereiche, in denen die Anforderung zuvor nur mittelbar vertreten war.

In diesem Kontext kommt der Evaluation angewandter therapeutischer Verfahren im medizinischen und im sozialen Bereich zunehmend eine grössere Bedeutung zu (Bengel und Koch 2000, S. 6).

Therapeutische Verfahren, die sich in der Vergangenheit ausschliesslich aufgrund praktischer Anwendungen in der Behandlung von Patienten innerhalb der sozialen Sicherungssysteme legitimierten, müssen heute klaren Effektivitäts- und Effizienzanalysen standhalten.

Für praktizierende Ergotherapeuten stellt der konstante Wandel eine Herausforderung dar, schliesslich werden für den Berufsstand oftmals die Notwendigkeit als auch die Effektivität der Ergotherapie vonseiten der Kostenträger infrage gestellt. Die Berufsgruppe der Ergotherapeuten versuchte bislang dieser Herausforderung mit dem Verweis auf hohe Erfolgsquoten im Bereich der se-

kundären Rehabilitation, etwa in der pädiatrischen Frühförderung zu begegnen (vgl. Jentschura 1979, S. 123).

Kritik und Infragestellung werden nicht nur von den Kostenträgern und der Gesundheitspolitik an die Ergotherapie herangetragen, sondern auch vonseiten der Frühförderung geübt. So wies Speck bereits 1989 auf die Notwendigkeit einer Wirksamkeitsprüfung einzelner Massnahmen innerhalb der Frühförderung hin. Aus dieser Feststellung ergab sich für Speck die Notwendigkeit, mittels umfangreicher Studien mit Multi-Varianten-Analyseverfahren Zusammenhänge zu überprüfen, wie zum Beispiel Motivation, Umweltvariablen sowie unterschiedliche Organisationsformen auf das Kind sowie seine Entwicklung einwirken (Speck und Thurmair 1989, S. 42). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die Effektivität der ergotherapeutischen Intervention bei Kindern im Vorschul- und Grundschulalter untersucht. Es war möglich, auf die Patienten der Praxis Dr. Frank & Partner in Berlin zuzugreifen.

Empirische Fragestellung

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine Evaluation vermuteter positiver Veränderungen der Untersuchungs-

gruppe auf der Grundlage der Baseline-Erhebung sowie fünf weiterer Messzeitpunkte durchgeführt.

Die ambulante ergotherapeutische Gesamtintervention wurde für einen bestimmten Entwicklungszeitraum auf Veränderungen der physiologischen (grob- und feinmotorische Koordination) und psychologischen (Verhalten, Sozialverhalten, Selbstbewusstsein, Frustrationstoleranz etc.) Entwicklung der Kinder sowie deren soziale Auswirkungen (Schulintegration, Schulerfolg sowie der Integration in die Peergroup und den Familienverband etc.) untersucht.

Als Einschlusskriterien in die Untersuchungsgruppe wurden folgende Parameter festgelegt:

1. ärztliche Diagnose – bzw. Verdachtsdiagnose – «Entwicklungsstörung» (Störung der sensorischen Wahrnehmung) oder «Störung des Sozialverhaltens»,
2. eine Mindestalter von drei Jahren,
3. ein Höchstalter von zwölf Jahren.

Gleichzeitig wurden folgenden Ausschlusskriterien für die Untersuchungsgruppe festgelegt:

1. ungenügende Motivation (Compliance) für eine ergotherapeutische Behandlung,
2. Kinder mit geistiger Behinderung ohne IQ-Klassifikation,
3. Kinder mit schwerer körperlicher Behinderung ohne ICF- oder ICD-10-Klassifikation.

In der Untersuchung wurde der Fragebogenkatalog durch die Mehrfacherhebung der Untersuchungsgruppe im Sinne einer retrospektiven Längsschnittbetrachtung gebildet. Die weiteren Erhebungen galten als Messwiederholung der Baseline-Erhebung.

Mindestens zwei, im Einzelfall auch drei Messungen sollten in jeder Gruppe vorgenommen werden.

Stichprobe

Bei den Untersuchungsteilnehmern handelt es sich um eine Auswahl von $N = 245$ Patienten, die spätestens nach der U8-Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt einer ergotherapeutischen Intervention zugeführt wurden. 43,7% der Patienten waren bei Therapieaufnahme zwischen zwei und sechs Jahre alt und lagen somit noch vor dem regulären Einschulungsalter. 42,9% der behandelnden Kinder waren bei Beginn der therapeutischen Intervention im Alter von sechs bis neun Jahre. 6,9% der Kinder waren zehn bis zwölf Jahre alt und ein relativ geringer Prozentsatz von 4,1% kam im Alter von ein bis drei Jahren zur Ergotherapie.

Die untersuchenden Ärzte diagnostizierten bei den Kindern in 77,6% behandlungsbedürftige Störungsbilder, die zu einer Überweisung zu einer ergotherapeutischen Intervention führten. 9% der Kinder waren in der Schule auffällig und mit jeweils 5,7% geben die

Eltern «Leidensdruck» an, sahen also die Eltern Bedarf einer ärztlichen Abklärung ihrer Kinder in der Entwicklung (z. B. in der Kindertagesstätte). Bei genauer Betrachtung werden als häufigste Störungsbilder, hierbei mit jeweils 21,2%, das Verhalten in Gruppen sowie die motorische Entwicklung aufgeführt. Danach folgen mit 20% der Angaben Defizite in den Schulleistungen und mit 15,5% Störungen im Verhalten in der Schule. Immer noch 8,6% der Eltern sehen das Verhalten der Kinder im häuslichen familiären Umfeld als Hauptproblem in der Entwicklung des Kindes.

Darstellung der Ergebnisse

Grobmotorische Entwicklung

Im Zeitraum von der Ersterhebung der ergotherapeutischen Behandlung bis zum Zeitpunkt der Nacherhebung verbesserten sich die Werte insgesamt um 10,25%. Neben den Ergebnissen des Körperkoordinationstests des Verfahrens nach *Kiphardt* waren für die vorliegende Erhebung jedoch auch einzelne Teilbereiche der motorischen Entwicklung für eine Beobachtung wichtig.

So wurden im Verfahren der standardisierten Beobachtung der sensorischen Integration nach *Jean Ayres* die Probanden von dem den Test durchführenden Ergotherapeuten auf einzelne signifikant veränderte Bereiche im Verlauf der Erst- und Nacherhebung in einzelnen Bereichen der Motorik überprüft und diese im Verfahren eines Wilcoxon-Tests erhobenen Ergebnisse mit den Ergebnissen der Ersterhebung verglichen. So konnte bei einer auswertbaren Stichprobe von 83 Probanden, in der Ordinalskala angelegten Werten, in 36 Fällen eine Verbesserung im Bereich des Bewegungsverhaltens beobachtet werden, was einen Wert von 40% ausmacht. Eine genauere Betrachtung ergibt in diesem Fall, dass es in 16 Fällen zu einer Verbesserung des Bewegungsdranges aus der Bewegungsunruhe hin zu einem ausgeglichenen, dem Alter entsprechenden Aktivierungsniveau kam und in weiteren 20 Fällen zu einer Verbesserung der Hypomotorik hin zur unauffälligen Motorik (Hypermotorik), respektive Normmotorik.

Feinmotorische Entwicklung

Eine freie und flüssige Handmotorik gilt als ein grundlegender Bestandteil der feinmotorischen Entwicklung und somit als Grundlage für erweiterte Fähigkeiten des Kindes wie das Erlernen des Schreibens (oder etwas die Beherrschung eines Saiteninstrumentes). Nach Sichtweise der allgemeinen Entwicklungsphysiologie ist eine adäquat ausgeprägte Feinmotorik erst im Übergang einer gut ausgeprägten Grobmotorik zu erzielen. Aus diesem Grund untersucht die ergotherapeutische Diagnostik bei Patienten die Ausprägung des feinmotorischen Entwicklungsstandes.



In mehr als 25,8% der Fälle kam es im Bereich des Muskeltonus der oberen Extremitäten zu einer Verbesserung der muskulären Tonusregulation hin zum Normbereich. 6,1% der Fälle verbesserten sich mit einer deutlicheren Ausprägung aus dem Bereich des hypotonen Muskeltonus hin zu einem unauffälligen Befundsbild.

Ein weiterer Auswertungspunkt im Bereich der Feinmotorik beinhaltet die Frage, wie sich der Dreipunktgriff als Ausprägungsform der Stiftführung in der Feinmotorik im Verlauf der ergotherapeutischen Intervention bzw. im weiteren Entwicklungsverlauf bis zur Nacherhebung entwickelt hat.

34,1% der untersuchten Fälle verbesserten sich in diesem Bereich, wobei sich bei der schweren Auffälligkeit (Typ 1) mit 18,8% eine deutliche Verbesserung beobachten lässt, in der mittleren Ausprägung (Typ 2) eine leichte Veränderung von 7,1% und in der leichten Form (Typ 3) immer noch eine Veränderung von 2,3% hin zur Norm.

Bei der gleichzeitig untersuchten Stiftdruckdosierung bei der Stiftführung zeigten 38,8% der Probanden eine Verbesserung mit einer deutlichen Ausprägung der Ergebnisse von 31,8%.

Entwicklung der visumotorischen Wahrnehmung

Bei diesem Unterpunkt sollten die Entwicklung der visuellen Wahrnehmung sowie die Ergebnisse der Auswertung des Frostig-Testes für die visuelle Wahrnehmung untersucht werden. Diese werden in fünf einzelnen Testbereichen beschrieben.

- Visu-motorische Leistungsfähigkeit (VM) (FEW 1)
- Figurgrundwahrnehmung (FG) (FEW 2)
- Formkonstanzwahrnehmung (FEW 3)
- räumliche Beziehungsleistung (RB) (FEW 4)
- räumliche Wahrnehmungsleistung (RW) (FEW 5)

Es zeigt sich in allen Bereichen eine leichte Verbesserung im Verlauf der Erst- zur Nacherhebung. Diese Ergebnisse sind über das 5% Signifikanzniveau abgesichert.

Entwicklung im Bereich des Sozialverhaltens

Im Bereich der ergotherapeutischen Intervention ist darüber hinaus der Aspekt des Sozialverhaltens sowie des Verhaltens innerhalb einer sozialen Gruppe von grosser Bedeutung. So beschreiben *Remschmidt* und *Neuhaus*, dass durch eine ergotherapeutische Inter-

vention auch die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtert werden kann.

Hinsichtlich des Verhaltens achtet die ergotherapeutische Diagnose auf Gruppenverhalten, die Stellung innerhalb der Gruppe sowie auf das Verhalten gegenüber dem behandelnden Ergotherapeuten (vgl. *Remschmidt* 2000, S. 444 und *Neuhaus* in *Esser* 2003, S. 529 ff.).

In vielen Fällen ist der erhöhte Leidensdruck ein Aspekt und Grund für die Bezugspersonen, das Kind einer ergotherapeutischen Behandlung zuzuführen. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse in diesem Bereich für die beleuchtete Fragestellung von besonderem Interesse, die zumal interdisziplinär gleichsam Aufschluss für einen Abgleich mit den Störungsbildern der Diagnosegruppe ADS (Attention Deficit Syndrom) sowie dem HKS-Formenkreis (Hyperaktivität) geben können. Die vorliegenden Ergebnisse zu diesem Fragekomplex zeigen Verbesserung in dem unauffälligen Normbereich in der Ausprägung (Versagensgefühle sowie Frustrationstoleranz) innerhalb der in Laborsituationen hergestellten Stresssituation für das Kind.

Um die beobachteten Veränderungen in einem erweiterten sozialen Kontext beleuchten zu können, wurde ein weiterer Unterpunkt betrachtet, in diesem Fall der Bereich Umgang mit Kompromissen, der sich mit dem bereits erwähnten Unterpunkt «Frustrationstoleranz» verknüpfen lässt. Auch hier sehen wir deutlich positive Ergebnisse sowie Verschiebungen in 25,9%.

Ähnliche Veränderungen konnten im Bereich «Regelverhalten» festgestellt werden. So kam es in 15,9% der Fälle zu Verbesserungen bei diesem Item hin zum Normbereich.

Darüber hinaus wurden in der vorliegenden Untersuchung die Veränderungen im Bereich der Konzentrationsleistungen beobachtet. Diese fallen mit insgesamt 37,7% deutlich aus.

Interpretation der Ergebnisse

Bekanntlich wirken sich bei Befragungen Merkmale, Eigenschaften und Botschaften des Untersuchenden auf die Äusserungen der Befragten aus (vgl. *Koch* und *Strube* 1977). Diese Einflussfaktoren konnten bei vorliegender Erhebung durch unterschiedliche Befragende weitgehend ausgeschaltet werden. Gleichwohl lässt sich annehmen, dass bei einigen paradoxen Antworten, zum Beispiel auf Fragen, bei denen anfangs ein besseres Ergebnis angegeben wurde als in der Nacherhebung, die Eltern zu Beginn der therapeutischen Intervention sozial angepasster geantwortet haben als am Ende oder bei bereits länger zurückliegenden Ereignissen.

Charakteristik der Patienten

Es wird aktuell durch unterschiedliche Verfahren versucht, Kindern mit bildungsfernem sozialem Hintergrund sowie Immigrationshintergrund eine bessere

Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen. Entwicklungen in diesem Bereich bleiben weiterhin zu beobachten, jedoch zeigt sich hierbei auch, dass gesetzlich eingebrachte Veränderungen und Regelungen oftmals erst mit einer zeitlichen Verzögerung zu einer praktischen Umsetzung gelangen.

Ähnliche Tendenzen sind im Bereich der ergotherapeutischen ambulanten Behandlung zu beobachten. Es zeigt sich, dass es bei den untersuchten auffälligen Kindern durch eine Verzögerung oder Verwehrung der Fördermassnahmen unter Umständen zu einer weiteren Verzögerung der Entwicklung kommen kann.

Erfolg der ergotherapeutischen Intervention

Qualitative sowie quantitative Untersuchungsmethoden in den Sozialwissenschaften stehen seit den Untersuchungen von *Lazarsfeld* in fortlaufender Kritik hinsichtlich der Objektivität sowie der Messbarkeit der zu untersuchenden Aspekte. In den quantitativ aufgearbeiteten Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung lässt sich jedoch nach den zugrunde gelegten Messverfahren die Hypothese, dass es durch Ergotherapie nicht zu einer verbesserten Entwicklung kommt, zugunsten der Alternativhypothese ersetzen, nach dem ergotherapeutische Intervention zu signifikanten Verbesserungen in den untersuchten Entwicklungsbereichen Grobmotorik, Feinmotorik, Sozialverhalten innerhalb der Peergruppe sowie in Bezug zum familiären System führen. Die Definition für den Erfolg einer eingesetzten ergotherapeutischen Intervention muss für jeden Einzelfall individuell definiert und umrissen werden. Nach den ICF-Vorgaben besteht jedoch eine klare Definition.

Zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist im Sinne der lateinischen Begriffswurzel der «Rehabilitare» oder «Rahabilitatio», das Einsetzen in den früheren Stand, respektive die Wiedereingliederung in die Gesellschaft in Form einer Wiedereingliederung in das berufliche (schulische) oder gesellschaftliche Leben.

Betrachtet man diese Vorgabe sowie die generierten Ergebnisse, lässt sich die Schlussannahme aufstellen, dass sich alle ergotherapeutischen Ergebnisse, die direkt auf das Kind bezogen sind (Grob- und Feinmotorik, Sozial- und Stressverhalten), positiv auf einzelne Forderungen im Kontextrahmen der ICF auswirken, um einem Ausschluss oder der Nicht-Partizipation des Kindes im Bereich der Schule sowie der Peergroup positiv entgegenzuwirken.

Schlussfolgerung

Durch die behandelnden Ergotherapeuten wurde während der ergotherapeutischen Behandlung und am Ende der ergotherapeutischen Intervention eine Einschätzung über die Ausprägung der zu Beginn genannten Symptome im Entwicklungsstand vorgenommen. Es zeigen sich hierzu eindeutige Ergebnisse: Ein Grossteil der insgesamt



245 an der Studie teilnehmenden Kindseltern dokumentieren nach oder während des Verlaufs der ergotherapeutischen Intervention eine Verbesserung des Auffälligkeitsbildes bei ihrem Kind. Keiner der Eltern weist auf unveränderte oder verschlechterte Störungszustände nach der ergotherapeutischen Behandlung hin.

Es bleibt innerhalb der Fragestellung letztendlich offen, wie jedes angewandte fördernde Verfahren auf das Kind qualitativ zu verorten ist. Jedoch ist aufgrund der Tatsache, dass sich die Stichprobe aus Kindern mit einer Entwicklungsauffälligkeit innerhalb der regulären Entwicklung, die sich als Auffälligkeit in der Rahmenuntersuchung der U-Untersuchungen manifestiert, zusammensetzt, von der Notwendigkeit einer konzentrierten und konzentrierten Form der Frühförderung für das Kind in jedem zu fördernden Aspekt (Schule, Familie unterstützende Dienste, Heil- und Hilfsmittel) auszugehen.

Steinebach verweist darauf, dass die allgemein in den Sozialwissenschaften gültigen Güterkriterien der drei Teilbereich Objektivität, Validität sowie Reliabilität in wissenschaftlichen Untersuchungen zwar wichtige anzustrebende Idealnormen seien, die jedoch nie ganz erfüllt werden könnten (*Steinebach* 2003, S. 111).

Hillenbrand verweist auch auf das «Primat der Beziehung». Er umschreibt damit die periodisch wiederkehrende, aus unterschiedlichen theoretischen Ansätzen erhobene Forderung nach einer positiven, tragfähigen, fördernden, belastbaren usw. Beziehung als Grundlage des therapeutischen Prozesses. Diese ist laut *Hillenbrand* Voraussetzung für jedes erfolgversprechende therapeutische Handeln (*Hillenbrand* 2006, S. 222).

Eine daraus resultierende Fragestellung für zukünftige Forschungsarbeit würde eine Längsschnittbeobachtung der untersuchten Probanden im Verlauf ihrer weiteren physiologischen Entwicklung hin zum Erwachsenen sowie beim Übertritt in das Berufsleben darstellen. Als Vorbild hierzu könnten amerikanische Studien, wie etwas das «Perry Pre School Project» (*Schweinhardt* 2006), dienen.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass die ergotherapeutische Intervention zu einem allgemeinen positiven Entwicklungsverlauf beim Kind mit beiträgt. Hier sind unter anderem die Aspekte der körperlichen Entwicklung sowie Entwicklungsschritte im Bereich der Verhaltens- und Sozialkompetenz (z.B. Konzentration, Ausdauer, soziales Verhalten) zu nennen.

Unter Berücksichtigung der allgemeinen physiologischen Entwicklung ergibt sich im Verlauf der Erst- und

Zweiterhebung eine Verbesserung in den Ergebnissen, die über das 5%-Signifikanzniveau abgesichert sind, sodass eine zufällige Verbesserung in diesen Bereich als Nullhypothese verworfen werden kann, wonach eine klare Evidenz zwischen ergotherapeutischen Intervention und allgemeiner Verbesserung der untersuchten Symptome besteht.

Es konnten in den meisten untersuchten Bereichen deutliche Verbesserungen im Verlauf der Erst- zur Zweiterhebung nachgewiesen werden, die dem entwicklungsverzögerten Kind bei der Integration in sein soziales Umfeld sowie seiner Entwicklung helfen können.

Für die Profession Ergotherapie ist es einerseits wichtig, sich in Zukunft von anderen, konkurrierend auftretenden Anbietern fachlich differenzieren zu können und eigene Stärken sowie das eigene Handlungsprofil hervorzuheben.

Ausblick

Ergotherapie kann eine Bindegliedfunktion zwischen Schule und Familie sowie zwischen weiteren Familien unterstützenden Diensten einnehmen, da sie nicht dem Spannungsfeld der Schule angehört und somit unter Umständen eine optimale fördernde Hilfe für die Familie und das Kind gewährt, ohne Ängste im Sinne einer Stigmatisierung nach Goffman und daraus resultierende Abwehrreaktionen auf Seiten der Angehörigen zu aktivieren.

Der Artikel basiert auf der Dissertation des Autors (Wirksamkeit der ambulanten ergotherapeutischen Intervention bei Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahren, Humboldt-Universität Berlin, 2005). Diese liegt in der Vollversion unter www.ergotherapie-frank.ch sowie auf dem elektronischen Datenserver der Humboldt Universität zu Berlin (edoc server), kostenfrei zum Download als PDF bereit.



Kommentar zum Artikel «Wirksamkeit der ambulanten ergotherapeutischen Intervention»

Grundsätzlich ist der Ansatz, die Wirksamkeit von Therapien nachzuweisen, sehr nötig und lobenswert. Der Artikel ist eine Zusammenfassung einer Doktorarbeit, die über 200 Seiten umfasst. Eine Wirksamkeit wird mittels Fragebogen (ausgefüllt durch Eltern, nicht durch Lehrpersonen oder andere Drittpersonen) und Tests, die von den Therapierenden selber durchgeführt wurden, nachgewiesen. Mit diesen Tests werden grob- und feinmotorische Kompetenz gemessen, mit den Fragebogen auch sozial wichtige Kompetenzen wie Frustrationstoleranz. Die Verbesserungen betreffen nicht die einzelnen Kinder, sondern Gruppenwerte (wie viel Prozent waren auffällig in der Erst-, wie viele in der Nachuntersuchung). Insbesondere in der Doktorarbeit wird diskutiert, dass wissenschaftliche Kriterien, wie wir sie kennen (Stichwort: randomisierte prospektive Doppelblindstudien) schwierig oder nicht anwendbar sind.

Ich sehe aber genau da, im Bereich der Kriterien und Statistik die grössten Kritikpunkte, welche es deutlich erschweren, mit dieser Studie eine Wirksamkeit auch gegenüber Kostenträgern z.B. zu belegen.

Die Schwachpunkte sind folgende:

Die Anzahl von 250 Kindern scheint hoch, diese verringert sich aber um eine Drop-Out Quote von 50% (wenn man die Zahlen analysiert muss diese z.T. höher sein). Bei der Nachuntersuchung waren es noch 85 Kinder, also lediglich noch etwa 30%. Dies wird auch mit einer Therapie- oder Fragebogen-Müdigkeit begründet.

Weiter werden die Ergebnisse in einer Mischung aus Absolutzahlen (Anzahl Kinder) und Prozenten angegeben, was die Wertung erschwert. Wenn z.B. 6,1% sich von hypoton zu normoton entwickelten, könnten das 3 von 48 sein, eine doch eher magere Zahl, die wohl einem Spontanverlauf entspricht. Wenn sich in

der Feinmotorik in gewissen Gruppen die Auffälligkeiten um 2,3% verbesserten, in anderen um 4,7% verschlechterten frage ich mich, ob dies nicht im Rahmen der Messungenauigkeit liegt.

Leider wird die Validität der verwendeten Testmethoden und insbesondere die Reliabilität zwischen den Untersuchenden nirgends erwähnt. Es ist auch anzunehmen aus dem Text, dass die Tests von den Therapeuten durchgeführt wurde und nicht von aussenstehenden, quasi blinden Untersuchern.

Dazu aus dem Artikel: *STEINEBACH verweist darauf, dass die allgemein in den Sozialwissenschaften gültigen Güterkriterien der drei Teilbereich Objektivität, Validität sowie Reliabilität in wissenschaftlichen Untersuchungen zwar wichtige anzustrebende Idealnormen seien, die jedoch nie ganz erfüllt werden könnten (STEINEBACH 2003, S. 111).* Dass aber diese Kriterien schlicht nicht beachtet werden, wird dem Anliegen des Wirksamkeitsnachweises nicht gerecht.

Die Studie wurde als retrospektive Längsschnittstudie konzipiert ohne Kontrollgruppe. So ist kritisch nachzufragen, ob nicht ähnliche Effekte mit einem Kinderturnen, Malstunden oder einem strukturierten Betreuungsangebot erreicht werden könnten – ebenso fehlen Angaben zum Spontanverlauf.

Speziell qualitative Auffälligkeiten der Motorik, sowie Konzentrationsfähigkeit verbessern sich häufig mit dem Alter als Reifungsprozess des Gehirns, dies gilt ja auch für Bewegungsunruhe, die abnimmt und Ausdauer, die zunimmt. Die Schlussfolgerungen sind dann auch wortreiche Annahmen, dass funktionelle Faktoren, letzten Endes Partizipationsmöglichkeiten der behandelten Kinder, verbessert wurden, ohne dies einigermaßen fundiert zu belegen. Sätze wie *«Es bleibt innerhalb der Fragestellung letztendlich offen, wie und in welchem genauen*

Ausmass die ergotherapeutische Intervention isoliert auf den allgemeinen Entwicklungsverlauf des Kindes konkret Einfluss nehmen konnte und im Gegensatz hierzu jedes weitere angewandte fördernde Verfahren auf das Kind qualitativ zu verorten ist» sind in sich etwas diffus und wenig aussagekräftig.

Zum Schluss wird richtigerweise auf das «Primat der Beziehung» hingewiesen, ein ganz entscheidendes, vielleicht DAS entscheidende therapeutische Agens. Währendem sogar bei Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten diesem Faktor Rechnung getragen wird mit der doppelten Verblindung, sehe ich in dieser Studie keinen Ansatz, entweder die Wirksamkeit der Beziehung zu belegen oder sie in irgendeiner Form zu subtrahieren (z.B. durch «blinde» Untersucher).

Zum Schluss wird dann auch die statistische Signifikanz relativiert, da diese im cross-laged-panel (2 Variablen zu 2 Zeiten gemessen) nicht erreicht wird.

Mit der Schlussfolgerung *«In der Praxis ist eine stärkere Dokumentation der Ergebnisse des Entwicklungsstandes beim einzelnen Kind unumgänglich, um somit Kostenträgern und Rezipienten das umschriebene Wirksamkeitsprofil der ergotherapeutischen Intervention möglichst präzise, im Sinne einer auf Evidenz basierenden Dokumentation verdeutlichen zu können.»* bin ich sehr einverstanden. Ich selber versuche immer wieder die Therapeutinnen und Therapeuten zur Erarbeitung von möglichst alltagsbezogenen und überprüfbareren Zielen (z.B. Velo fahren lernen statt «Verbesserung der Koordination») zu ermutigen. Dies stösst in meiner Erfahrung auch bei den Kostenträgern auf recht offene Ohren.

Regula Schmid
FAe FMH Kinder und Jugendliche,
speziell Neurologie