

# Hand in Hand – Ergotherapeutische Handtherapie

Ergebnisse einer Diskussion von zertifizierten Handtherapeutinnen zur Gestaltung betätigungsorientierter Interventionen

Anna Hanitzsch, Ellen Raber, Barbara Venten

## Zusammenfassung

Die Bereiche von funktionsorientierter Handtherapie und von betätigungsorientierter Ergotherapie weisen ein Spannungsfeld in der Durchführung des Therapieprozesses auf. Untersucht wurde daher die Gestaltung betätigungsorientierter Interventionen in der Handtherapie von zertifizierten Handtherapeutinnen im ergotherapeutischen Kontext.

Beruhend auf den Ergebnissen von zwei Gruppendiskussionen wurden praxisnahe Handlungsspielräume anhand des Occupational Therapy Intervention Process Model nach Anne Fisher (2014) aufgezeigt. Diese werden in Form von vier Ansätzen erläutert.

## Schlüsselwörter

- Ergotherapie
- Handtherapie
- Betätigung
- Intervention

## Einleitung

Die Schärfung des Berufsprofils, und somit eine klare Positionierung und Abgrenzung von anderen Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitssystems, ist schon lange eine Baustelle der Ergotherapie. Informiert man sich im Internet über das Berufsbild der Ergotherapeutin, so wird dies häufig im Zusammenhang mit Handtherapie gebracht. Besonders deutlich wird diese scheinbare Verknüpfung bei Google Bilder, hier sind auf 63 von 100 Bildern in Bezug auf das Suchwort "Ergotherapie" Hände im Fokus. Handtherapie die Paradedisziplin der Ergotherapie? Wie kann ein Aufgabenfeld, welches wir uns mit den Physiotherapeuten teilen, Profit für die Ergotherapie sein?

*„Die Hände sind dazu da, um etwas zu tun und nicht nur um beweglich zu sein.“ (TN 3)*

Diese Aussage bezieht eine Teilnehmerin der Studie auf den Unterschied von Physiotherapie zu Ergotherapie, die einen Fokus auf den Alltag des Klienten richtet. Der Schritt in Richtung Partizipation durch die Betätigungsorientierung wird als Chance

für die Handtherapie in der Ergotherapie gesehen.

Mit 34,5% der berufsbedingten Handverletzungen ist der Behandlung ein großer Bedarf zu verzeichnen, da der Gebrauch der Hände in Beruf und Alltag elementar ist (DGUV, 2015). Die Zusatzqualifikation zur Handtherapeutin ermöglicht der Ergotherapie dieses spezielle Gebiet mit abzudecken.

## Die Kombi macht's!

„Handtherapie ist die Verbindung ergotherapeutischer und physiotherapeutischer Theorie und Praxis, die fundierte Kenntnisse in Bezug auf das obere Körperviertel, die Körperfunktion und Aktivität kombiniert“ (Waldner-Nilsson, 2009).

Handtherapeutinnen haben viel Wissen über die Anatomie und Physiologie der Hand und des Arms. Sie sind fachlich kompetent, bezogen auf Krankheitsverläufe und Heilungsprozesse der oberen Extremität. Der Schwerpunkt der Weiterbildungen liegt auf der Wiederherstellung von Körperfunktionen. Hierzu werden Praktiken wie Schienenbau, Manuelle Therapie und Physikalische Therapie gelehrt. Diese funktionsorientierte

Sichtweise steht der, aus der zeitgeössischen Ergotherapie kommenden betätigungsorientierten Sichtweise gegenüber. Da sowohl Ergo- als auch Physiotherapeutinnen die Ausbildung zur Handtherapeutin absolvieren können, ist eine betätigungsorientierte Intervention ein Alleinstellungsmerkmal der Ergotherapie. "Im Mittelpunkt ergotherapeutischen Interesses steht nicht mehr die Wiederherstellung von Funktionen oder Beheben von pathologischen Zuständen, sondern die menschliche Handlungsfähigkeit im Alltagsleben." (Götsch, 2012, S.57).

Schaut man sich die Studienlage zur Handtherapie in der Ergotherapie im internationalen Kontext an, so ist zu erkennen, dass die rein medizinische, körperfunktionsorientierte Herangehensweise immer mehr von der Betätigungsorientierten Arbeit ergänzt wird. Der Alltag der Klienten rückt mehr und mehr in den Fokus der Handtherapie und ergänzt die Behandlung positiv.

In einer qualitativen Studie aus Malaysia wird die Nutzung von Betätigung als therapeutisches Mittel in der Handtherapie empfohlen (Che Daud et al 2016).

Eine retrospektive Umfrage unter australischen Klienten, die eine traumatische Handverletzung erlitten hatten, ergab, dass die Mehrheit der Befragten auch nach handtherapeutischen Maßnahmen anhaltende Schwierigkeiten im Alltag hatten. Die tägliche Auswirkung dieser Probleme auf den Alltag war für mehr als die Hälfte der Befragten mäßig bis extrem. Arbeits- und Freizeitaktivitäten waren am häufigsten betroffen (Bell et al 2011).

Hier sehen die Autorinnen einen Ansatzpunkt für die betätigungsorientierte Intervention. Ziel ist es, die Partizipation der Klienten in genau

diesen Arbeits- und Freizeitaktivitäten, die bedeutungsvollen Betätigungen sind, zu verbessern.

Viele Ergotherapeutinnen befürworten die betätigungsorientierte Handtherapie und würden diese mehr in ihre Intervention einbringen, es mangle jedoch an der Darstellung von Durchführungsmöglichkeiten (Colaïanni & Provident, 2010). Diese Diskrepanz zwischen Theorie und praktischer Umsetzung von Betätigungsorientierung definieren die Autorinnen als Gegenstandsbereich ihrer Arbeit und stellen sich der Herausforderung Handlungsspielräume aufzuzeigen. Es entstand die Frage wie eine betätigungsorientierte Intervention in der Handtherapie aussehen kann und wie zertifizierte Handtherapeutinnen im ergotherapeutischen Kontext diese bereits umsetzen.

### **Methode – Nachgefragt!**

Um die Forschungsfrage adäquat beantworten zu können, wurde ein qualitativer Forschungsansatz in Anlehnung an das phänomenologische Forschungsdesign gewählt. Dieses Design wird verwendet, wenn ein Phänomen von gelebten Erfahrungen beschrieben werden soll (Ritschl, Prinz-Buchberger & Stamm, 2016). Deshalb stehen die Praktiker im Mittelpunkt. Zur methodischen Datenerhebung dienten zwei Gruppendiskussionsverfahren mit einer Diskussionsleiterin und vier zertifizierten Handtherapeutinnen als Studienteilnehmerinnen.

### **Ergebnisse: Und so geht's – Ansätze zum selber machen!**

Die Aussagen der Studienteilnehmerinnen zeigen Handlungsspielräume und Ideen für die Gestaltung einer betätigungsorientierten Intervention

(BOI) auf. Nachfolgend werden diese BOI Ergebnisse aus der Abbildung 1 mit den vier Ansätzen des Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) von Fisher (2014) verknüpft. Die Autorinnen haben sich gezielt für dieses Modell entschieden, da der Schwerpunkt hier auf der Intervention liegt und verschiedene Möglichkeiten für die Durchführung vorgeschlagen werden. Anne Fisher legt großen Wert auf die Betätigungsorientierung und sieht diese als Kernelement der Ergotherapie. Die nachfolgenden Therapieansätze beinhalten dieses Kernelement und werden daher von Fisher (2014) als „legitim“ bezeichnet. **(siehe S.24: Abb. BOI Blume)**

**1. Der edukative Ansatz** beinhaltet laut Fisher (2014, S.33) „Schulungsprogramme für größere Gruppen, in denen es um tägliches Leben und dazugehörige Betätigungsleistung geht“. Diese können in Form von Seminaren, Vorträgen oder Workshops durchgeführt werden. Die Kursteilnehmer haben in diesem Rahmen die Möglichkeit, Strategien zu diskutieren, allerdings ohne dabei die Fertigkeiten direkt zu erlernen und zu üben. Es kann sich um den direkten Klienten oder dessen Umwelt handeln. Die Klienten sollen dazu ermuntert werden, später neue Strategien auszuprobieren, die sie im Kurs gelernt haben.

Zu diesem Ansatz gehört die Aufklärung des Klienten. Hier ist es speziell in der Handtherapie wichtig den Klienten über sein Krankheitsbild, besonders nach Operationen der Hand, aufzuklären. Die Studienteilnehmerinnen nutzen hier ihr Wissen aus der Weiterbildung zur Handtherapeutin und beziehen dies auf den

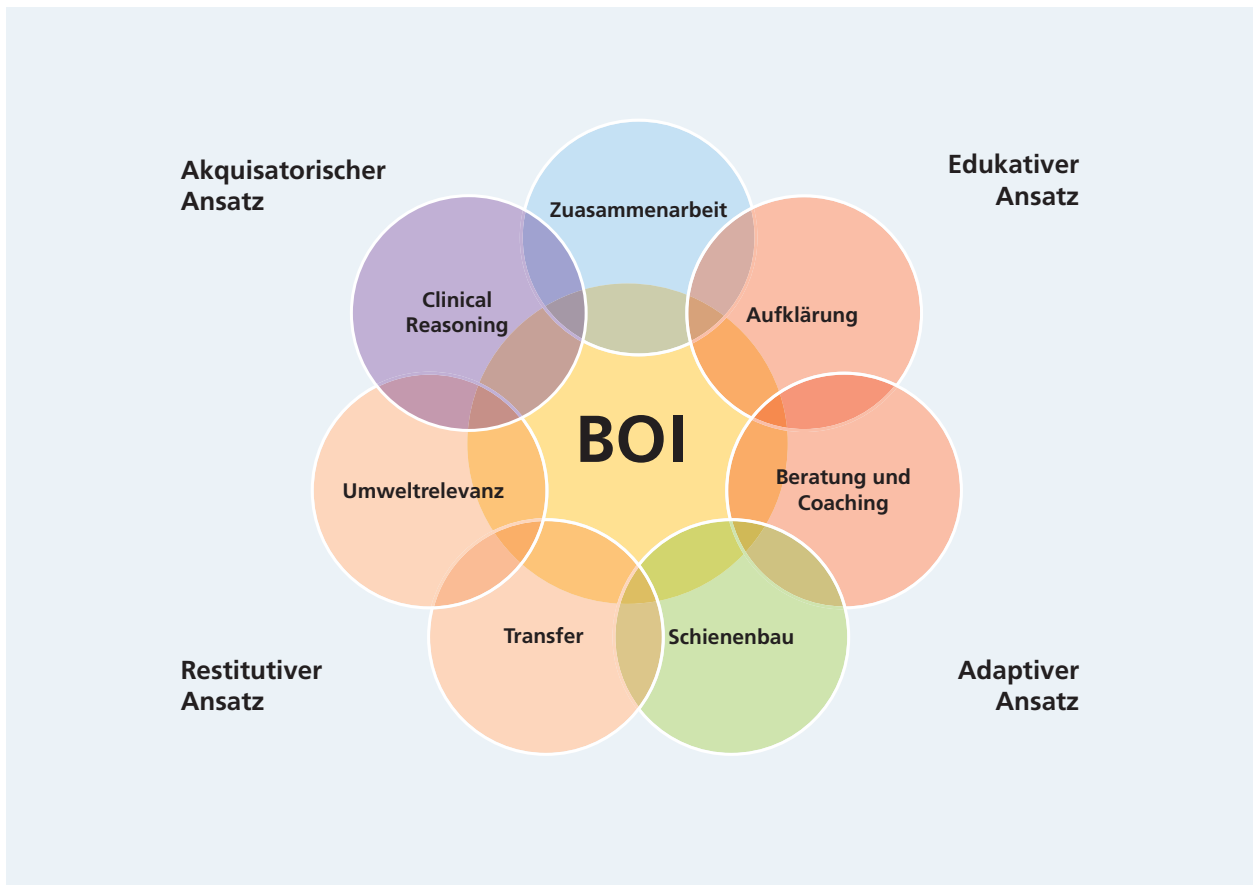


Abbildung BOI Blume

Alltag des Klienten. Das Wissen darüber, welche Bewegungen und Belastungen der Klient in seinem individuellen Alltag ausführen darf und welche nicht, kann entscheidend für die Betätigungsperformanz sein.

*„Ich habe viele Patienten, die kommen ganz frisch operiert. Da ist das Wichtigste, was machen die in den nächsten Tagen? Also es geht da ausschließlich um eine Aufklärung, was dürfen die Patienten im Alltag machen und was nicht. Wie dürfen sie die Hand nutzen, ja oder nein, viel oder wenig, nur bewegen oder auch mit Kraft? Da geht es nur um Betätigung. Und das sind eben Gespräche, die du als Therapeut*

*dann führst. Es geht darum den Patienten Sicherheit zu geben, dass sie keine Angst haben, dass sie Vertrauen haben.“ (TN 2)*

*„Bei einer Bewegungseinschränkung ist es auch wichtig, eine Bewegung einzuleiten oder die Bewegung durchzuführen. Aber was jetzt für mich als Ergotherapeut wichtig ist, ist dass der Patient versteht, welche Bewegung da nicht funktioniert und die auch in Verbindung bringt mit der Betätigung, die er nicht kann.“ (TN 1)*

In der ergotherapeutischen Handtherapie muss die Therapeutin nicht stets hands-on behandeln, auch die Rolle

der Beraterin und Coachin sind legitim. Auch hier wird sich der edukative Ansatz zu Nutze gemacht (Fisher, 2014). Dafür ist die Gesprächsführung elementar. Bei Videoanalysen ist es innerhalb der Evaluations- und Zielsetzungsphase die Aufgabe der Therapeutin die Betätigungsperformanz zu analysieren. Innerhalb der Interventionsphase kann diese jedoch auch als Mittel genutzt werden, um den Klienten selbst in der Analyse seiner Betätigungsperformanz zu schulen.

*„Intervention kann nur stattfinden, wenn ich sehe, wie der Patient die Betätigung ausführt.“ (TN 1)*

**2. Der adaptive Ansatz** legt den Fokus nicht auf die Wiederherstellung, Entwicklung oder Erhalt von Fähigkeiten oder Funktionen. Im adaptiven Ansatz ändern sich nicht die Eigenschaften des Klienten, sondern die der Umwelt. Betätigungen werden so angepasst, dass „der Klient Aktivitäten auf eine neue Art ausführt, die sich von der unterscheidet, wie es Menschen üblicher Weise tun“ (Fisher, 2014, S.51), zum Beispiel durch den Einsatz von Hilfsmitteln.

*„Es muss abgeklärt werden, wer den Klienten im Haushalt unterstützt oder was er für Hilfsmittel braucht. Also das ganze häusliche Umfeld muss da abgeklärt werden. Jetzt sag ich mal nur für den Alltag und dann das gleiche noch mal für die Arbeit.“ (TN 1)*

Speziell für das Arbeitsfeld Handtherapie ist die Schienenversorgung eines der meistverbreiteten Hilfsmittel.

*„Und das kann ja auch manchmal so sein, dass man eine Schiene herstellt, damit der Alltag auch wieder besser funktioniert.“ (TN 2)*

Aus Fishers (2014) Sicht sind diese Interventionsformen für die Ergotherapie nicht legitim, sie sieht den Klienten hier als absolut passiv und es wird keine bedeutungsvolle Betätigung ausgeführt. Söderback (2015) hingegen ordnet den Schienenbau und die Mobilisation einer akut verletzten Hand der Kompetenz der Ergotherapeutin die Adaptionen für den Klienten anzupassen, zu. Sie formuliert eine klare Rolle der Ergotherapeutin, indem sie schreibt, dass ein umfangreiches Wissen über biome-

chanische Aspekte der verletzten Hand, sowie Erfahrung mit angepassten Schienen und Bewegungsprogrammen von Seiten der Ergotherapeutin Voraussetzung ist (Söderback, 2015). Söderback (2015) beschreibt als Ziel einer handtherapeutischen Intervention das Erreichen einer maximalen Handfunktion, damit der Klient in der Lage ist, Betätigung selbstständig auszuführen. Dies stimmt mit dem zuvor formulierten Hauptziel einer ergotherapeutischen Intervention, die Betätigungsperformance zu verbessern, überein.

**3.** Beim **restitutiven Ansatz** „liegt der Fokus auf Besserung zugrunde liegender Schädigungen oder auf Wiederherstellung, Entwicklung oder Erhalt personenbezogener Faktoren und Körperfunktionen“ (Fisher, 2014, S.46). Diese Funktionen werden durch den Einsatz von Betätigung als therapeutisches Mittel trainiert. Die Betätigung soll für den Klienten bedeutungsvoll und zweckgerichtet sein und so weit wie möglich relevant für den Alltag.

Da es vielen Ergotherapeutinnen schwer fällt über die Betätigung die Körperfunktion zu verbessern (Top-Down-Vorgehen), formulieren die Teilnehmerinnen ein gut durchdachtes Bottom-Up-Vorgehen mit einem hohen Fokus auf den Alltagstransfer als legitimen Schritt in die richtige Richtung. Während funktionsorientierte Methoden genutzt werden, ist es wichtig den Alltag und die bedeutungsvolle Betätigung des Klienten nicht außer Acht zu lassen. Dies geschieht meist auf Ebene der Kommunikation. Die Teilnehmerinnen versuchen von der funktionsorientierten Bewegung einen Transfer auf die Betätigung zu verdeutlichen. Wird z.B. der Pinzettengriff durch das Auf-

sammeln kleiner Kügelchen trainiert, kann die Therapeutin abfragen, wann der Klient in seinem Alltag sonst diesen Griff benötigt und die Übungen hier individuell anpassen. Statt Kügelchen können nun für den Klienten relevantere Gegenstände z.B. Büroklammern aufgesammelt werden. Sind die Gegenstände aus dem Alltag jedoch nicht vorhanden, so lässt sich der Transfer auch über gezieltes Nachfragen herstellen.

*„Und auch bei Knetübungen, das ganz normale Zugreifen. Meinen Sie [Klient] denn, die Kraft würde jetzt reichen Ihre Tasche zu tragen? Auch wenn es manchmal nicht ganz sinnvoll ist der Transfer, aber dass die Patienten wissen, okay wir arbeiten im Endeffekt an dem Outcome Partizipation.“ (TN 3)*

Die Umweltrelevanz, welche Fisher (2014) beschreibt, sollte nach Möglichkeit innerhalb der Therapie natürlich gestaltet werden. Der Klient soll aktiv in die Gestaltung der Intervention mit eingebunden werden. Die oben erwähnte Umweltrelevanz ist am natürlichsten, wenn der Klient die Gegenstände, welche er zum Ausführen der priorisierten Betätigung benötigt direkt von Zuhause/vom Arbeitsplatz mit in die Therapie bringt. Sollte dieser Transfer nicht gegeben sein und nur funktionell gearbeitet werden sagt Söderback (2015), dass auch eine Physiotherapeutin diese Art von Intervention durchführen kann. Ein Beispiel aus dem Alltag einer Studententeilnehmerin, welches die Umweltrelevanz noch einmal verdeutlichen soll:

*„Und ich musste bei meinem Vater mal Kartoffeln schälen.“*

*Konnte ich nicht mit seinem Schüler. Das ging einfach nicht. Das kann man ja nicht vergleichen. Deshalb sage ich auch, die [Klienten] sollen ihre Sachen mitbringen. Es gibt so viele verschiedene Messer, die können wir nicht alle da haben. Und dann soll er sein Lieblingmesser mitbringen, mit dem er normalerweise hantieren kann und das auch wieder möchte. Andersrum auch, es bringt nichts, wenn wir ein tolles Messer haben, er geht nach Hause und hat wieder keine Ahnung mit was er da arbeitet. Aber als erstes möchte ich halt, dass er auch aktiv mit eingebunden sein soll. Also dass für ihn auch klar ist, das geht jetzt hier um ihn und um seine Anliegen.“ (TN 3)*

4. Das Ziel des **akquisitorischen Ansatzes** besteht darin, „Klienten zu befähigen, effektive Aktionen wieder zu erwerben, zu entwickeln oder zu erhalten, damit sie Alltagsaufgaben so ausführen können, wie es für Personen dieses Alters, dieses Geschlechts und dieser kulturellen Gruppe normal ist“ (Fisher, 2014, S.48). Der Fokus liegt jedoch nicht, wie bei dem restitutiven Ansatz auf dem Training der Körperfunktionen, sondern dem der Betätigungsfähigkeiten. Dies wird häufig nur im Clinical Reasoning der Therapeutin deutlich.

*„Klassischer Satz: Aber ich muss doch was tun.“ (TN 3)*

Die Barriere liegt oft im Kopf der Therapeutin und es muss erst *„klick machen, um betätigungsorientiert zu arbeiten“ (TN 3)*. Die Studienteilnehmerinnen berichten, dass viele Therapeutinnen denken würden, sie müssten etwas tun. Tun

meint hier aktiv an dem Klienten arbeiten, z. B. durch manuelle Therapie oder Narbenbehandlung.

Hier findet sich die größte Barriere und gleichzeitige Chance für betätigungsorientiertes Arbeiten, die Grundeinstellung der Therapeutin. Durch regelmäßigen Austausch unter Kolleginnen und kollegialer Beratung wird das Clinical Reasoning angeregt und es entstehen neue Ideen und Möglichkeiten in den Köpfen.

*„Oft kriegt man es halt nicht so mit, aber dass wirklich gerade wenn man von so einer rein funktionellen Fortbildung zurück kommt auch fragt, wie kann ich das jetzt für mich umsetzen? Da sind wir beim Clinical Reasoning. Also dass diese Prozesse vielleicht auch noch mal angeleitet werden durch jemanden vor Ort. Dass man sagt, okay schön und gut, du hast jetzt hier die ganze manuelle Mobilisation, hast deine Techniken alle ausprobiert – was hat es dem Patienten denn für seine Partizipation oder für seine Betätigungsanliegen gebracht?“ (TN 3)*

Unter den akquisitorischen Ansatz fallen Interventionsformen wie die Umweltanpassung Zuhause, sowie des Arbeitsplatzes, aber auch die Hilfsmittelversorgung oder die Implementierung von Smart Home Technologien. Eine Studienteilnehmerin berichtet über ihr Vorgehen bei der Analyse eines Arbeitsplatzes:

*„[...] wirklich an den Arbeitsplatz gehen, die Leute da beobachten, Analysen durchführen und gucken, wie können die Patienten wirklich was wieder machen?*

*Welchen Job können sie überhaupt nochmal, können sie ihren alten Job noch machen? Und dass das auch eigentlich eine viel befriedigendere Aufgabe ist, Patienten wieder in die Tätigkeit zu bringen, als wirklich nur funktionsorientiert zu arbeiten.“ (TN 1)*

## Diskussion:

### Professionalisierung in der Ergotherapie

Die Teilnehmerinnen empfehlen jedem, sich mit dem Gegenstandsbe- reich der Ergotherapie, der Betätigung und dem daraus resultierenden Zuständigkeitsbereich innerhalb des Gesundheitssystems, vertraut zu machen. Durch die ergotherapeutische Expertise wird die Professionalität gestärkt, diese findet sich vor allem im Reasoning wieder (DVE, 2018). Gerade in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist eine klare ergotherapeutische Haltung elementar. Hier wird besonders auf die Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen verwiesen. Manche Diagnosen, besonders akute wie z.B. eine distale Radiusfraktur, machen es notwendig, dass eine funktionsorientierte Grundversorgung stattfindet, bevor betätigungsorientiert gearbeitet werden kann. Hier ist es von besonderer Relevanz, dass die Ergotherapeutin ihre Kompetenz Managen nutzt und den Klienten dahingehend berät, dass neben Ergotherapie auch Physiotherapie stattfinden sollte (DVE, 2018). Im Weiteren ist es dann wichtig, sich über Therapieziele und -erfolge mit anderen Berufsgruppen abzusprechen und gegebenenfalls die Therapien aneinander anzupassen oder aufeinander aufzubauen. Hier findet sich die Kompetenz Zusammenarbeit wieder (DVE, 2018).

## Schlussfolgerung: Unser Profit!

Die Anwendung eines betätigungsorientierten Ansatzes kann denen in der Handtherapie praktizierenden Ergotherapeutinnen helfen, die Besonderheit der Rolle der Ergotherapie zwischen Ärzten, anderen Teammitgliedern, Krankenversicherungen und Klienten zu klären (Colaiani et al 2015). Die Aufklärung des Klienten über die Arbeitsweise ist hier essenziell. Im internationalen Raum fanden hierzu bereits erste Forschungen statt, welche die Handtherapie und deren betätigungsorientierte Umsetzung als Profit für die Ergotherapie untersuchten (Che Daud et al 2016, Colaiani et al 2015; Nagayama et al. 2016).

Es liegt jetzt in unseren Händen, die ergotherapeutische Expertise aktiv in der Handtherapie zu nutzen. Denn im multiprofessionellen Feld der Handtherapie bietet die Betätigungsorientierung eine Profilierung und profes-

sionelle Abgrenzung der dort tätigen Ergotherapeutinnen. Multiprofessionelle Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der Handtherapie sollten daher mit einer betätigungsorientierten Grundhaltung besucht werden. Clinical Reasoning erscheint den Autorinnen hierzu als ein geeignetes Mittel. So können die Inhalte der Handtherapie mit der betätigungsorientierten Grundhaltung der Ergotherapeutin Hand in Hand gehen.

## Literaturverzeichnis

1. **Bell, J., Gray, M., & Gail, K.** The longer term functional impact of traumatic hand injury on people living. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2011; S. 370-382.
2. **Che Daud, A. Z., Yau, M., Barnett, F., Judd, J.** Occupational-based intervention in hand injury rehabilitation: Experiences of occupational therapists in Malaysia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2015; S. 57-66.
3. **Colaiani, D. J., Provident, I., Di Bartola, L., Wheeler, S.** A phenomenology of occupation-based hand therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2015; S. 177-186. doi:10.1111/1440-1630.12192
4. **Colaiani, D., Provident, I.** The Benefits of and Challenges to the Use of Occupation in Hand Therapy. *Occupational Therapy in Health Care*, 2010, 24(2), 130-146. doi:10.3109/07380570903349378
5. **DGUV.** Arbeitsunfälle an der Hand - Spezielle handtherapeutische Rehabilitation. *Trauma und Berufskrankheit*. 2015; S. 116-119.
6. **DVE Projektgruppe** „Kompetenzprofil und Modularisierung“. *KOMPETENZ- PROFIL ERGOTHE- RAPIE – ein Diskussionspapier*. 2018. Abgerufen am 17. Juli, 2018 <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergo->

Anzeige



www.handsching.de

**Rico Wappler**  
Lederhandschuhmacher



HANDSCHING\*

Dorfstraße 76 | 08328 Stützengrün / OTHundshübel  
fon +49 37462 5324 | fax +49 37462 289844  
email post@handsching.de



HANDSCHING\*

Lederhandschuhe  
nach Maß:  
für Arbeit, Sport  
und Freizeit,  
warm gefüttert  
und mit  
integrierter Heizung.

\* Für besondere Hände

therapie/3302-kompetenzprofil-final/file

7. **Fisher, A. G.** OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag, 2014.
8. **Götsch, K.** Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen der Ergotherapie. In: Scheepers, C., Steuding-Albrecht, U., Jehn, P. Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln. (4. Aufl., S. 56- 64) Stuttgart: Thieme, 2012
9. **Nagayama, H., Tomori, K., Ohno, K., Takahashi, K., Oghara, K., Sawada, T.** Effectiveness and Cost-Effectiveness of Occupation-Based Occupational Therapy Using the Aid for Decision Making in Occupation Choice (ADOC) for Older Residents: Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. PLoS ONE. 2016, 11(3): e0150374. doi:10.1371/journal.pone.0150374
10. **Ritschl, V., Prinz-Buchberger, B., Stamm, T.** Die richtige Methode wählen. In: Ritschl, V., Weigl, R., Stamm T. Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2016
11. **Söderback, I.** International Perspective on Occupational Therapy: The Past-The Present-The Future (2nd Ed.). Switzerland: Springer International Publishing. 2015, doi:10.1007/978-3-319-08141-0
12. **Waldner-Nilsson, B.** Einführung. In: Waldner-Nilsson, B. Handrehabilitation: Für Ergotherapeuten und Physiotherapeuten, Band 1: Grundlagen, Erkrankungen (2. Aufl., S. 1-6). Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009

#### Anna Hanitzsch



#### Anna Hanitzsch

Dozentin an einer Fachschule für Ergotherapie mit Schwerpunkt Pädiatrie, sowie in einer Praxis für Ergotherapie

#### Ellen Raber



#### Ellen Raber

Ergotherapeutin in einer Klinik im Fachbereich Geriatrie

#### Barbara Venten



#### Barbara Venten

Ergotherapeutin in einer Praxis mit Schwerpunkt Pädiatrie, Geriatrie und Neurologie

■ **Korrespondenzadresse:**  
Bachelorarbeit-zuyd@web.de