

# Die Domain Arbeitsrelevante Basisaktivitäten im Ergotherapeutischen Assessment: Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität

R. Leonhart<sup>1</sup>  
H. Akkad<sup>2</sup>  
C. Seume<sup>2</sup>  
H. Häußermann<sup>2</sup>  
S. Voigt-Radloff<sup>3</sup>

*The Domain Basic Work-Related Activities of the Occupational Therapy Assessment: Field Study on Psychometric Properties, Feasibility, Acceptance and Process Quality*

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Bislang fehlte beim Ergotherapeutischen Assessment die Domain zur Beurteilung der beruflichen Aktivitäten.

**Ziele:** Die interne Konsistenz, konkurrente Validität, Responsivität, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität des Ergotherapeutischen Assessment (EA) mit der neuen Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* wurden unter Routinearbeitsbedingungen von Ergotherapeuten mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt untersucht.

**Methoden:** 13 Therapeuten aus 13 Einrichtungen setzten das EA bei 175 konsekutiv behandelten erwachsenen Klienten mit vorwiegend neuropsychologischen Störungsbildern, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung ein. Zusätzlich beurteilten sie mittels eines Fragebogens den Nutzen des EA. Zur Bewertung der Assessment-Daten wurden Cronbach alpha, Signifikanztestung und Effektgrößen im Prä-post-Interventionsvergleich sowie der Pearson- und Spearman-Korrelationskoeffizient für den Vergleich mit einem Globalurteil herangezogen. Der Fragebogen zum Nutzen des EA wurde quantitativ und qualitativ ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die interne Konsistenz und konkurrente Validität waren hoch. Bezüglich der Responsivität zeigten sich mittlere Effektgrößen. Hinsichtlich der Praktikabilität, Akzeptanz, Wirkung auf die Diagnostik, die Zielfindung und die Kommunikation mit anderen Rehabilitationspartnern des EA lag das Gesamturteil der befragten Therapeuten auf 5fach-skalierten Likert-Skalen bei 1,8 (SD = 0,5).

**Schlussfolgerung:** Therapeuten im arbeitstherapeutischen Setting bewerten den Nutzen des EA als gut. Es erfüllt wesentliche Gütekriterien der klassischen Testtheorie. Die vorgelegten Ergeb-

## Abstract

**Background:** The Occupational Therapy Assessment (OTA) has, to date, not included the domain for evaluating work-related activities.

**Objective:** Drawing on vocational training departments, this study investigated the internal consistency, responsiveness, concurrent validity, practicability, acceptance and process quality of the new domain *basic work-related activities* of the OTA.

**Methods:** Thirteen therapists from 13 institutions applied the OTA to 175 consecutively treated adult clients with primarily neuropsychological or psychiatric disorders. In addition, they completed a questionnaire on the usefulness of the OTA. For data analyses, the following methods were applied: Cronbach alpha, significance testing and effect sizes in pre-post-comparison as well as the Pearson and Spearman correlation coefficients for concurrent validity. The questionnaire on the usefulness of the OTA was evaluated both quantitatively and qualitatively.

**Results:** The internal consistency and concurrent validity were high and effect sizes regarding responsiveness were moderate. The OTA's usefulness in regard to practicability, acceptance, impact on diagnostics, identification of therapeutic goals and communication with other rehabilitation partners was rated by therapists at 1.8 (SD = 0.5) on a 5-step Likert scale.

**Conclusion:** Overall, therapists in vocational training departments judged the usefulness of the OTA as good. This meets the essential quality criteria of classical test theory. The presented results on the new domain *basic work-related activities* argue in favour of implementation into practice. However, prior to the application of the new domain in outcome studies, a multi-centred

## Institutsangaben

<sup>1</sup> Abt. für Sozialpsychologie und Methodenlehre, Institut für Psychologie, Universität Freiburg

<sup>2</sup> Abt. für Ergotherapie, Klinikum Karlsbad-Langensteinbach

<sup>3</sup> Abt. für Ergotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

## Korrespondenzadresse

Sebastian Voigt-Radloff, EuMSC · Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg · Lehener Str. 88 · D-79106 Freiburg · E-Mail: sebastian.voigt@uniklinik-freiburg.de

**Manuskript eingereicht:** 27.10.2005 · **Manuskript angenommen:** 30.1.2006

## Bibliografie

ergoscience 2006; 1: 26–35 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2006-926611  
ISSN 1861-6348

nisse für die Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* sprechen für eine Implementierung in der ergotherapeutischen Routine. Vor dem Einsatz der neuen Domain in wissenschaftlichen Outcome-Studien sollte eine multizentrische Validierungsstudie zur weiteren Untersuchung psychometrischer Eigenschaften der neuen EA-Domain erfolgen.

### Schlüsselwörter

Ergotherapeutisches Assessment · Arbeit · Validität · Reliabilität · Anwendbarkeit

validation study on further psychometric properties of the domain is necessary.

### Key words

Occupational therapy assessment · work · validity · reliability · feasibility

## Einleitung und Ziele der Studie

Entscheidungsträger im Gesundheitswesen fordern von allen Akteuren im System eine kontinuierliche Qualitätssicherung ihrer Leistung und eine von wissenschaftlicher Evaluation begleitete Effizienzsteigerung [1, 11]. Um die Berufsgruppe der Heilmittlerbringer im Daten-basierten Qualitätsmanagement und der interdisziplinären Kooperation zu unterstützen, wurde das therapeutische Assessment-Netzwerk entwickelt [20]. Es umfasst abgestimmte Evaluationsinstrumente für die Logopädie [16], Physiotherapie [3] und Ergotherapie [7, 13]. Das Logopädische Assessment wurde in einem 1. Feldversuch untersucht [22], und das Physiotherapeutische und Ergotherapeutische Assessment (EA) haben bereits die Pilotphase und Validierungsstudie durchlaufen [9, 15, 17 – 19].

Das Ergotherapeutische Assessment findet in der Praxis breite Anwendung und unterliegt einem dynamischen Entwicklungs- und Forschungsprozess. Der Feldversuch 2000 [17] ergab eine hohe Akzeptanz und Praktikabilität sowie eine positive Wirkung auf ergotherapeutische Diagnostik, Therapiezielfindung und Kommunikation im interdisziplinären Team. Die Validierungsstudie wies eine hohe interne Konsistenz, Beurteilerübereinstimmung und Retest-Reliabilität, einen mittelgradigen Zusammenhang mit konstruktähnlichen Selbsteinschätzungsinstrumenten und eine gute Responsivität gegenüber Veränderungen im Therapiezeitraum in einer heterogenen, aber für Ergotherapie typischen Klientenstichprobe ( $n > 800$ ; [15]).

Subgruppenanalysen bestätigten die positiven Ergebnisse für verschiedene Alterklassen [9] und Klienten in unterschiedlichen Settings (Akutkrankenhaus, Rehabilitationsklinik, ambulante Zentren, Langzeiteinrichtungen; [21]). Über die klassische Testtheorie hinaus konnte auch in einer auf der moderneren Item-Response-Theorie basierenden Rasch-Analyse nachgewiesen werden, dass die Schweregradeinstufung des EA adäquat ist und die einzelnen EA-Skalen unter Eliminierung weniger Items eindimensional sind und als intervallskaliert gelten können [24].

2 weitere Untersuchungen zeigten, dass das EA auf Modellebene kompatibel zur *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF; [26]) ist und die Anwender darin unterstützen kann, Einschränkungen auf Aktivitäts- und Partizipations-ebene zu kodieren [4, 6]. Ebenso konnte die ergotherapeutische Befunderhebung mit der EA-Domain *Alltagsrelevanten Folgen psychosozialer Funktionen* durch strukturierte Empfehlungen verbessert werden [8].

Im EA fehlte bisher jedoch eine Domain für das arbeitstherapeutische Setting, die die Stärken, Schwächen und Entwicklungen von Klienten bei beruflichen Aktivitäten erfasst. Das EA-Entwicklungsteam hat eine solche Domain entwickelt, von ergotherapeutischen Experten für Arbeitstherapie begutachten lassen, nochmals überarbeitet und in einem Feldversuch 2004 untersucht. Ziel dieses Versuchs war die Untersuchung des EA mit der neuen Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* hinsichtlich interne Konsistenz, Responsivität, konkurrente Validität, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität.

## Methode

### Stichprobenplanung

Im Feldversuch zum Ergotherapeutischen Assessment aus dem Jahr 1998 [17] und der Validierungsstudie 2001 [15] wurden im Prä-post-Vergleich Effektgrößen zwischen 0,4 und 0,7 nachgewiesen. Die Autoren der vorliegenden Arbeit gingen daher bei der Fallzahlberechnung von der konservativen Annahme einer Effektgröße von 0,3 aus. Um bei einem 2-seitigen t-Test für abhängige Stichproben bei einer Power von  $1 - \beta = 0,80$  und einem Fehler 1. Art von  $p = 0,05$  einen Effekt von 0,3 zu entdecken, muss eine Fallzahl von mindestens  $n = 82$  erreicht werden.

### Klienten

Eingeschlossen waren alle Klienten, die von Ergotherapeuten mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt behandelt wurden und mindestens 18 Jahre alt waren. Die involvierten Therapeuten nahmen die Klienten konsekutiv (der Reihe nach, ohne besondere Selektion) auf.

### Therapeuten

Die Zielgruppe der Studie umfasste Ergotherapeuten mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt in Deutschland, die erwachsene Klienten behandeln und bereits an einer EA-Schulung teilgenommen hatten. Als mögliche arbeitstherapeutische Schwerpunkte waren im Rahmen der Studie definiert: ambulante oder klinische Programme zur Abklärung einer eventuellen Arbeitsfähigkeit, berufsvorbereitende Belastungserprobungen, arbeitstherapeutische Programme für Kranke oder Behinderte, Werkstätten für Behinderte, Programme zur Integrationsbegleitung in Arbeit und Beruf, Arbeitsassistenz, Programme zur Arbeitsplatzadaptation und vergleichbare Bereiche.

Voraussetzung für die Studienteilnahme waren eine abgeschlossene Ausbildung zum Ergotherapeuten und mindestens 1 Jahr Be-

rufserfahrung. Die Teilnahme beschränkte sich nicht auf bestimmte medizinische Fachgebiete. Die Rekrutierung der Therapeuten erfolgte über die Schulungslisten des EA-Schulungsteams. 8 der 13 involvierten Therapeuten waren in Rehabilitationskliniken tätig, davon 6 in der medizinischen und 2 in der beruflichen Rehabilitation. Jeweils 2 Therapeuten arbeiteten in ambulanten Zentren und in Werkstätten für geistig bzw. psychisch behinderte Menschen und 1 in einem Akutkrankenhaus. Sie hatten durchschnittlich 10,5 Jahre Berufserfahrung (Standardabweichung [SD]: 7,7; Range [r]: 1–29 Jahre) und 13,3 Assessments im Rahmen der Studie erstellt (SD: 8,9; r: 4–40).

### Messinstrumente

Das EA wurden in den Jahren 1996–1999 von ergotherapeutischen Fachpraktikern und Experten in Abstimmung mit Rehabilitationswissenschaftlern und dem *Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V.* entwickelt. Bei diesem Fremdbeurteilungsverfahren sollen die Ergotherapeuten die Klientenaktivitäten im gewohnten Umfeld und die alltagsrelevanten Folgen der sensomotorischen, neuropsychologischen und psychosozialen Funktionsdefizite eru-

ieren. Zu Beginn und am Ende der Therapie werden die so gewonnenen Informationen einem vorgegebenen System von Domains, Items und Schweregraden zugeordnet. Bisher umfasste das EA die 6 Domains *Kompensationsmittel, Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung, Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung, Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen, Alltagsrelevante Folgen neuropsychologischer Funktionen* und *Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen*. Neu hinzugekommen ist nun die hier untersuchte 7. Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten*, die 10 in einem Handbuch definierte Items beinhaltet (Tab. 1, Abb. 1).

Den Fragebogen zum Nutzen des EA hatte die Ergotherapie am Universitätsklinikum Freiburg mit der Expertise der Abteilung *Arbeits- und Organisationspsychologie* am Institut für Psychologie der Universität Freiburg bereits für die 1. Feldstudie entwickelt [17]. Er enthält die 6 Themenfelder *Praktikabilität, Akzeptanz, Wirkung des EA-Einsatzes auf die ergotherapeutische Diagnostik, ergotherapeutische Zielfindung, interdisziplinäre Teamkommunikation* und ein *Gesamturteil*. Die Themenbereiche werden durch jeweils 3 oder 4 Aussagen operationalisiert, die anhand einer

Item	Umfasst
Arbeitsablauf steuern	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeitsplanung</li> <li>– Organisation der Arbeit (strukturierter und zielorientierter Ablauf, Überblick behalten)</li> <li>– Problemlösung (inkl. Flexibilität)</li> <li>– Entscheidungsfindung</li> </ul>
Arbeitsplatz organisieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ordnung ergonomisch und zweckmäßig einrichten und aufrechterhalten</li> <li>– Einhalten von Regeln und Vorschriften (z. B. Unfallverhütung, Hygiene)</li> </ul>
Arbeitsqualität gewährleisten	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sorgfalt im Umgang mit den Arbeitsmitteln</li> <li>– Kritische Kontrolle des Arbeitsergebnisses</li> </ul>
Belastbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychisches Durchhaltevermögen</li> <li>– Körperliche und kognitive Ausdauer</li> <li>– Anpassung an das Arbeitstempo</li> <li>– Umgang mit Stress, Erfolg und Misserfolg</li> </ul>
Einstellung zur Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeitsmotivation</li> <li>– Einsatzbereitschaft</li> <li>– Interesse an der Arbeitsaufgabe und/oder dem Arbeitsinhalt</li> </ul>
Arbeitsrelevantes Lernen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aufnahme arbeitsrelevanter Informationen</li> <li>– Erwerb neuer Inhalte, Konzepte und Verhaltensweisen</li> <li>– Erfassung theoretischer und praktischer Anweisungen durch eigenständiges oder gemeinsames Erarbeiten (mündlich, schriftlich, multimedial, <i>Learning by doing</i>, Lernen am Modell)</li> <li>– Aufnahmegeschwindigkeit für praktische und/oder theoretische Anweisungen (auch unter Zeitdruck)</li> <li>– Längerfristige Speicherung von Informationen</li> <li>– Möglichkeit, Lernstrategien zu erfassen und sinnvoll einzusetzen</li> <li>– Abruf von Informationen</li> <li>– Neu Erlerntes anwenden</li> <li>– Neue Informationen in bereits vorhandene Wissensinhalte integrieren</li> <li>– Erlerntes auf ähnliche Situationen übertragen</li> </ul>
Selbstbild	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kritische Selbstkontrolle des äußeren Erscheinungsbildes unter Berücksichtigung der Anforderungen des Arbeitsumfeldes</li> <li>– Selbstbewusstsein bei der Arbeit</li> <li>– Selbsteinschätzung bei der Arbeit</li> </ul>
Verhalten im Team	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Umgang mit anderen Menschen bei arbeitsrelevanten Aktivitäten (Arbeitsgruppen- oder Teammitglieder, Vorgesetzte, Untergebene, andere Betriebsangehörige und Betriebsfremde wie Kunden und Lieferanten)</li> <li>– Einhaltung der sozialen Umgangsformen des Kulturkreises</li> <li>– Selbstbehauptung, Durchsetzungsvermögen und Kooperationsfähigkeit</li> <li>– Ausfüllung der zugewiesenen Rolle</li> <li>– Akzeptanz der Rolle anderer</li> <li>– Übernahme einer Führungsrolle</li> </ul>
Umgang mit Kritik und Konflikten	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Spannungen ertragen</li> <li>– Konflikte wahrnehmen, ertragen und lösen</li> <li>– Kritik üben und annehmen</li> </ul>
Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Regelmäßigkeit der Anwesenheit</li> <li>– Einhalten von Vereinbarungen (Pünktlichkeit, Pausenverhalten)</li> <li>– Zuverlässige Durchführung der Aufträge</li> </ul>

Tab. 1 Item-Definitionen der EA-Domain *arbeitsrelevante Basisaktivitäten*

## Auszug aus dem Ergotherapeutisches Assessment

### 7. Arbeitsrelevante Basisaktivitäten

Z	Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	V	
		I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N			
						1	Arbeitsablauf steuern								
						2	Arbeitsplatz organisieren								
						3	Arbeitsqualität gewährleisten								
						4	Belastbarkeit								
						5	Einstellung zur Arbeit								
						6	Arbeitsrelevantes Lernen								
						7	Selbstbild								
						8	Verhalten im Team								
						9	Zuverlässigkeit								

#### Legende für die nachfolgende Beurteilung des Patienten

- I** = Pat. hat keine Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten im individuellen vertrauten und nicht vertrauten Umfeld
- II** = Pat. hat selbstständig kompensierbare Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten im individuellen vertrauten Umfeld
- III** = Pat. erbringt bei Alltagsaktivitäten im individuellen vertrauten Umfeld Teilleistungen, benötigt aber eine Hilfsperson
- IV** = Pat. erbringt bei Alltagsaktivitäten im individuellen vertrauten Umfeld keine relevanten Teilleistungen
- N** = Funktion ist für die Ergotherapie derzeit **nicht** beurteilbar
- Z** = Zielbereiche der Behandlung, d.h. bedeutsam für die Patientin bzw. den Patienten und durch Ergotherapie voraussichtlich positiv zu beeinflussen
- V** = Veränderungen zwischen Erst- und Zweitbeurteilung

Abb. 1 Ergotherapeutisches-Assessment-Auszug (entwickelt in Kooperation von ZGGF und AG Ergo-Ass sowie in Abstimmung mit dem DVE und Vertretern der Rehabilitationswissenschaft).

5fach gestuften Likert-Skala bewertet werden können (1 = sehr gute Bewertung oder hohe Zustimmung, 5 = mangelhafte Bewertung oder hohe Ablehnung).

Zusätzlich eruieren offen formulierte Fragen, wo die Therapeuten förderliche und hinderliche Faktoren bzw. Verbesserungspotenzial für den Einsatz des EA sehen. Der Fragebogen wurde in adaptierter Form ebenfalls in der Pilotphase des Physiotherapeutischen und Logopädischen Assessments [22] sowie in einer Erhebung eingesetzt, die den Nutzen einer Checkliste zur Identifikation geriatrischer Klienten in Akutkrankenhäusern zeigte [10].

#### Studienablauf

Die Therapeuten hatten bereits eine Schulung zum Erstellen des EA durchlaufen. Für diese Studie erhielten sie zusätzlich eine eintägige Einführung in die neue Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten*, das dazugehörige neue Handbuch, Informationen zur Studiendurchführung und eine Checkliste zur Datenerhebung für jeden Klienten. Nachdem sie die für die Studie geeigneten Klienten über die Studienziele informiert hatten, führten sie zu Beginn der Behandlung ( $T_0$ ) das EA einschließlich der neuen Domain durch. Anschließend behandelten sie ihre Klienten in der für die jeweilige Einrichtung typischen Art und Intensität. Zu einem individuell gesetzten 2. Zeitpunkt  $T_1$  am Ende der Behandlung führten sie wiederum das EA durch. Die Beurteilung zu  $T_1$  entfiel, wenn die Behandlungsdauer insgesamt unter 6 Stunden lag.

Zusätzlich zur Erstellung des EA gaben die Therapeuten nach Beendigung der Therapie ein Globalurteil zur Verschlechterung oder Verbesserung der arbeitsrelevanten Basisaktivitäten auf einer Skala von -5 bis +5 ab (Abb. 2). Ebenso bewerteten sie für jedes einzelne Item der neuen Domain, ob sich eine alltagsrelevante Veränderung ergeben hatte, auch wenn sie sich nicht durch eine Verschiebung in der Schweregradkategorie repräsentierte (Abb. 2). Die anonymisierten Datensätze wurden per Post

der Studienzentrale im Klinikum Karlsbad Langensteinbach übermittelt. Die Therapeuten wurden kontinuierlich betreut und konnten jederzeit telefonisch Rücksprache halten. Nachdem die klientenbezogene Datenerhebung abgeschlossen war, füllten die involvierten Therapeuten den Fragebogen zum Nutzen des EA aus.

#### Statistische Auswertung

Ein Projektmitarbeiter gab alle erhobenen EA-Daten mithilfe von Eingabemasken, die bereits bei der Eingabe auf nicht plausible Werte kontrollierten, in Microsoft Access ein. Der Projektkoordinator kontrollierte und korrigierte die Eingabefehler systematisch, bis sie unter 0,2% lagen. Die statistische Auswertung mit dem Statistikpaket SPSS Version 13.0 erfolgte unabhängig von der Datenerhebung.

Missings auf Itemebene führten zum Ausschluss bei der Ermittlung der Skalenwerte. Die Itemwerte der 4-stufigen EA-Domains wurden addiert und durch die Anzahl der beantworteten Items der jeweiligen Domain dividiert, sodass alle Domains auf ein einheitliches Skalenniveau von 1–4 standardisiert sind. Klienten, die an beiden Messzeitpunkten ausschließlich Itemwerte der Kategorie I erhielten, wurden als nicht relevant für die jeweiligen Analysen ausgeschlossen.

Zur Prüfung der internen Konsistenz dienten Cronbach alpha und Trennschärfenanalysen. Die Responsivität des EA wurde durch Signifikanzprüfung der Unterschiede in der Prä-post-Messung mit einem 2-seitigen t-Test für abhängige Stichproben und durch die Berechnung der Effektgrößen (Standardised response mean; [5, 14]) untersucht. Als Indikator für die konkurrente Validität wurden sowohl der Pearson- als auch der Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen Globalurteil und Veränderungen in der EA-Domain ermittelt. Für die Fünferskalen des Fragebogens zum Nutzen des EA wurden die Häufigkeitsverteilungen sowie

Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet und die wesentlichen Ergebnisse der offenen Fragen qualitativ zusammengefasst.

## Ergebnisse

### Probanden und Skalenwerte

Die Charakteristika der Probanden und die Verteilungen der Skalenwerte sind in den Tab. 2 und 3 dargestellt. Die Teilnehmer mit und ohne Zweitbeurteilung unterscheiden sich nicht signifikant

in Alter, Geschlechtsverteilung und Diagnosehauptgruppen nach ICD 10 [25] und ICF (Ebene der Körperfunktionen; [26]). Die Probanden litten primär an psychischen und Verhaltensstörungen (ICD; [25]) und waren hauptsächlich in den mentalen Funktionen eingeschränkt (ICF; [26]), sodass die EA-Domain *Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen* nur in 40 von 175 Fällen (23%) relevant war (Tab. 3).

Daneben traten nur bei einem Teil der Probanden Einschränkungen bei den Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung (24%) und zur eigenständigen Lebensführung (42%) auf. Die Domain

Abb. 2 Zusätzliche Beurteilungen der involvierten Therapeuten.

### Allgemeine Einschätzung

Kreuzen Sie bitte an, wie sehr sich der Patient verschlechtert oder verbessert hat. Es geht an diese Stelle nur um die „**arbeitsrelevanten Basisaktivitäten**“ und um den Zeitraum **zwischen Erst- und Zweitbeurteilung**.

Patient hat sich verschlechtert	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	Patient hat sich verbessert

### Veränderungen ohne Kategorieverschiebungen

Kreuzen Sie bitte an, in welchem Item sich Veränderungen ergeben haben, ohne dass sich eine Kategorieverschiebung zwischen Erst- und Zweitbeurteilung zeigt.

		Arbeitsrelevante Basisaktivitäten			
A = verschlechtert in gleicher Kategorie	A			B	B = verbessert in gleicher Kategorie
		1	Arbeitsablauf steuern		
	2	Arbeitsplatz organisieren			
	3	Arbeitsqualität beachten			
	4	Belastbarkeit			
	5	Einstellung zur Arbeit			
	6	arbeitsrelevantes Lernen			
	7	Selbstbild			
	8	Verhalten im Team			
	9	Umgang mit Kritik/Konflikt			
	10	Zuverlässigkeit			

	Teilnehmer mit Zweitbeurteilung	Teilnehmer ohne Zweitbeurteilung
Anzahl n (% vom Gesamtsample)	169 (97%)	6 (3%)
Alter in Jahren, Mittelwert (95%-Konfidenzintervall), t-Test Spannweite	33,9 (32,2 – 35,5) 23 – 54	33,3 (21,8 – 44,8) p = 0,90 18 – 65
Geschlecht Anteil männlich n (%) x <sup>2</sup> -Test (Exakter Fisher-Yates-Test)	95 (56,2%)	2 (33,3%) p = 0,28 (p = 0,41)
Anzahl der häufigsten Diagnosehauptgruppen (Mehrfachnennung möglich)		
– ICD		
– F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	198	6
– G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	54	
– S00-T98 Verletzungen/Vergiftungen/best. Folgen äußerer Ursachen	21	
– ICF		
– b1 Mentale Funktionen	246	6
– b7 Neuromuskoskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	41	
– b4 Funktionen des kardiovaskulären/hämatologischen/Immun- und Atmungssystems	20	1
Anzahl der Teilnehmer mit Diagnosen aus den Hauptgruppen der ICD10 (ICF)		
– 1 Diagnose aus F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (b1 Mentale Funktionen)	76	5
– 1 Andere Diagnose	4	
– 2 Diagnosen, beide aus F00-F99 (b1)	24	
– 2 Diagnosen: erste aus F00-F99 (b1) und eine andere	22	
– 3 und mehr Diagnosen	43	1

Tab. 2 Charakteristika der Probanden zu T<sub>0</sub>

EA Domain	n	Mittelwert	SD	Median	Bodeneffekte in %	Deckeneffekte in %
Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung	42	1,87	0,72	1,72	2,4	0,0
Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung	74	2,06	0,76	2,10	5,4	1,4
Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen	40	1,76	0,55	1,75	5,0	0,0
Alltagsrelevante Folgen neuropsychologischer Funktionen	140	1,48	0,44	1,30	0,0	0,0
Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen	168	2,09	0,56	2,00	0,0	0,0
Arbeitsrelevante Basisaktivitäten	172	2,13	0,54	2,00	0,0	0,0

Tab. 3 Verteilung der Skalenwerte zu T<sub>0</sub> (SD: Standardabweichung; die Angaben bei Boden- und Deckeneffekt bezeichnen den Anteil an gültigen Werten, die jeweils auf den niedrigst- bzw. höchstmöglichen Wert entfallen)

Tab. 4 Interne Konsistenz des EA zu T<sub>0</sub> (\*part whole korrigierte Korrelation (Pearson) jedes Einzelitems mit der Gesamtskala; angegeben ist die Spannweite der einzelnen Trennschärfen innerhalb der jeweiligen Domain; \*\*die part whole korrigierte Korrelation des Items *Selbstbild* mit der Gesamtskala betrug 0,31, bei allen anderen Items > 0,48)

Interne Konsistenz		
EA Domain	Cronbach alpha	Trennschärfe*
Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung	0,96	0,71–0,92
Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung	0,96	0,70–0,91
Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen	0,91	0,42–0,83
Alltagsrelevante Folgen neuropsychologischer Funktionen	0,87	0,48–0,75
Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen	0,85	0,55–0,69
Arbeitsrelevante Basisaktivitäten	0,88	0,31–0,70**

*Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* war für alle Probanden relevant; hier wurden nur 3 Datensätze aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen. Median und Mittelwerte lagen bei allen Domains dicht beieinander, und Decken- und Bodeneffekte zeigten geringe Werte.

### Interne Konsistenz

Cronbach alpha und Trennschärfen waren hoch (0,85–0,96 bzw. 0,42–0,92), außer bei einem Item der neuen Domain (*Selbstbild*: 0,31; Tab. 4). Cronbach alpha blieb auch nach Eliminierung des Items *Selbstbild* stabil bei 0,88.

### Responsivität

Die Mittelwertdifferenzen ergaben 0,09–0,19, die Unterschiede zwischen dem Sample zu Beginn und am Ende der Therapie waren mit Effektgrößen von 0,32–0,58 signifikant (Tab. 5). In den Fällen, in denen die Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* keine Veränderung durch eine Kategorieverschiebung anzeigte, beobachteten die Therapeuten durchschnittlich zu 4,9% eine Verschlechterung und zu 21,0% eine Verbesserung (Tab. 6). Bei der Überprüfung, ob die Berücksichtigung dieser Beobachtungen in der statistischen Analyse die Responsivität erhöhte, wurden in der Zweitbeurteilung am Ende der Therapie folgende „Zwischenkategorien“ eingeführt: beobachtete Verschlechterung bei gleicher EA-Kategorie +0,3 und beobachtete Verbesserungen bei gleicher EA-Kategorie –0,3. Dadurch entstand für den Zeitpunkt T<sub>1</sub> eine neue „Zwischenkategorieskala“. Die Mittelwertdifferenz

der beiden ursprünglichen EA-Skalen zu T<sub>0</sub> und T<sub>1</sub> wurde mit der Mittelwertdifferenz der ursprünglichen EA-Skala zu T<sub>0</sub> und der neuen „Zwischenkategorieskala“ zu T<sub>1</sub> verglichen und die Effektgrößen berechnet. Durch die Einführung der Zwischenkategorien erhöhte sich für die 166 gültigen Fälle die Effektgröße (Standardised response mean) von 0,62 auf 0,70.

### Konkurrenente Validität

Als erster Hinweis für die konkurrenente Validität wurden die Veränderungen in der EA-Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* mit dem Globalurteil des Therapeuten zur Veränderungen der Klienten im selben Bereich und Zeitraum verglichen. Beim Globalurteil repräsentieren der Wert –5 die maximale Verschlechterung und +5 die höchstmögliche Verbesserung. Der Mittelwert bzw. die Standardabweichung lagen bei 1,45 bzw. 1,96, woraus sich ein Standardised response mean von 0,74 ermitteln lässt. Alle 3 Veränderungsmaße (2 unterschiedlich ermittelte Mittelwertdifferenzen in der EA-Domain und das Globalurteil) korrelieren hoch miteinander (Pearson- und Spearman-Koeffizient  $\geq 0,80$ ; Tab. 7).

### Nutzen des EA

Der Nutzen des EA im arbeitstherapeutischen Setting erhielt von den Anwendern eine gute Bewertung (Abb. 3 u. 4). Die Durchschnittswerte (SD) betragen beim Gesamturteil 1,8 (0,5), für die Praktikabilität 2,3 (1,2) und die Akzeptanz 1,9 (0,9) sowie für die Wirkung auf die Diagnostik 1,9 (0,9), auf die Zielfindung 2,2 (0,9) und auf die Kommunikation mit anderen Rehabilitationspartnern 2,0 (0,9).

Die Antworten auf die offenen Fragen bezogen sich hauptsächlich auf folgende Bereiche:

1. Zeitaufwand vs. Adaptationsfähigkeit des EA;
2. Übersichtlichkeit und Vollständigkeit;
3. Einsatz im Kontext der jeweiligen Institution.

Zu 1: Mehrere Therapeuten wünschten eine spezifischere Anpassung des EA an ihre Klientel bzw. Einrichtungsbedingungen, um den Zeitaufwand für die Erstellung des Assessments zu reduzieren. Vorgeschlagen wurden die Ausblendung ganzer Domains (vorwiegend *Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung* und *Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen*) und Veränderungen innerhalb der Domains (z. B. Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* insbesondere für die berufliche Rehabilitation erweitern bzw. anpassen, Entscheidungsfähigkeit und Flexibilität als getrennte Items aufführen, den Bereich der sozialen Kompetenz stärker berücksichtigen).

Tab. 5 Messwertvergleiche  $T_0/T_1$  und Effektgrößen im EA ( $T_0$ ,  $T_1$ : 1. bzw. 2. Messzeitpunkt; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung;  $DIFF_{(T_0-T_1)}$ : Mittelwertdifferenz der Messwerte zu  $T_0$  und  $T_1$ ;  $SD_{DIFF}$ : Standardabweichung der Mittelwertdifferenz, SRM: Standardised Response Mean)

EA Domain	n	M $T_0$	SD $T_0$	M $T_1$	SD $T_1$	p	$DIFF_{(T_0-T_1)}$	$SD_{DIFF}$	SRM
Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung	41	1,89	0,72	1,80	0,70	0,034	0,09	0,25	0,34
Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung	79	2,16	0,75	2,06	0,72	0,000	0,09	0,23	0,42
Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen	44	1,76	0,54	1,72	0,53	0,041	0,04	0,12	0,32
Alltagsrelevante Folgen neuropsychologischer Funktionen	141	1,50	0,45	1,44	0,45	<0,001	0,06	0,14	0,43
Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen	167	2,09	0,55	1,90	0,68	<0,001	0,19	0,41	0,48
Arbeitsrelevante Basisaktivitäten	169	2,14	0,55	1,95	0,65	<0,001	0,19	0,32	0,58

Tab. 6 Veränderungen gemäß der Therapeutenbeobachtungen

Item	Keine Veränderungen im EA n (entspricht jeweils 100%)	Verschlechterung lt. Therapeut n (%)	Verbesserung lt. Therapeut n (%)
Arbeitsablauf steuern	128	11 (8,6)	29 (22,7)
Arbeitsplatz organisieren	136	5 (3,7)	25 (18,4)
Arbeitsqualität gewährleisten	127	6 (4,7)	27 (21,3)
Belastbarkeit	104	9 (8,7)	38 (36,5)
Einstellung zur Arbeit	121	4 (3,3)	18 (14,9)
Arbeitsrelevantes Lernen	142	1 (0,7)	31 (21,8)
Selbstbild	107	6 (5,6)	30 (28,0)
Verhalten im Team	136	7 (5,2)	22 (16,2)
Umgang mit Kritik und Konflikten	118	7 (5,9)	19 (16,1)
Zuverlässigkeit	130	4 (3,1)	18 (13,9)
Mittelwert über alle Items	125	6 (4,9)	26 (21,0)

Tab. 7 Konkurrente Validität ( $Diff-Original_{(T_0-T_1)}$  = Mittelwertdifferenz zwischen ursprünglichen Skalen zu  $T_0$  und  $T_1$ ;  $Diff-Adaptiert_{(T_0-T_1)}$  = Mittelwertdifferenz zwischen ursprünglicher Skala zu  $T_0$  und *Zwischenkategorie-Skala* zu  $T_1$ ; \*  $p < 0,01$ )

Zusammenhang zwischen den Veränderungsmaßen für die arbeitsrelevanten Basisaktivitäten			
Pearson-Korrelationskoeffizient (Spearman), n = 166			
	Diff-Original $(T_0-T_1)$	Diff-Adaptiert $(T_0-T_1)$	Globalurteil
Diff-Original $(T_0-T_1)$	1,00 (1,00)	0,98 (0,97)*	0,80 (0,82)*
Diff-Adaptiert $(T_0-T_1)$	–	1,00 (1,00)	0,85 (0,86)*
Globalurteil	–	–	1,00 (1,00)

Zu 2: Die überwiegende Mehrheit der Therapeuten beurteilte das EA als sehr übersichtlich, umfassend und gut strukturiert. Dies habe positive Auswirkungen auf Diagnostik, Zielfindung und Evaluation. Originalkommentare umfassten z. B.:

- „Das übersichtliche Ankreuzsystem ist einfach zu handhaben und übersichtlich, schnell zu erfassen. Alle Domains des gemeinsamen Instruments geben einen umfassenden Einblick über Patienten, was mir auch in meiner Therapiesituation hilft.“
- „Ich habe die Patienten durch das EA viel umfassender wahrgenommen und beurteilt.“
- „Das Instrument hilft durch die gute Struktur beim Setzen der Behandlungsziele.“
- „Im Rahmen der Qualitätssicherung halte ich das EA für ein ideales Instrument, um die Messbarkeit der Behandlungs-

ergebnisse sichtbar zu machen. Gerade auch die Möglichkeit der grafischen Darstellung der Ergebnisse kann den einen oder anderen Arzt doch vom Nutzen der Ergotherapie überzeugen.“

Eine Teilnehmerin wünschte sich mehr Platz für die Kommentare, eine andere die detailliertere Ausarbeitung für die Phase der beruflichen Rehabilitation.

Zu 3: Einige Therapeuten berichteten von Schwierigkeiten, das EA als Standard einzusetzen, weil ihre Einrichtung bereits ein anderes Dokumentationskonzept verwendet. In manchen Fällen waren auch das geringe Interesse seitens der Kollegen oder Vorgesetzten am Instrument selbst oder an Dokumentation allgemein und der geringe Bekanntheitsgrad des EA in Einrichtungen mit arbeitsthe-

rapeutischem Schwerpunkt Hinderungsgründe für die Etablierung. Mehrere Teilnehmer berichteten aber auch positive Erfahrungen, wie z. B.:

- „Meine Kommunikationspartner äußern sich positiv über das EA, wodurch auch die Motivation zur Weiterverbreitung gegeben ist.“
- „Nach Rücksprache mit den Gruppenleitern wird das EA dem Leiter des Sozialdienstes weitergegeben.“
- „Ich merke [...], dass diese Art der Informationsweitergabe an den Bezugstherapeuten (Arzt oder Psychologen) als sehr wertvoll und verwertbar für den Abschlussbericht an den Kostenträger angesehen wird.“

## Diskussion

Im vorliegenden Feldversuch wurden die metrischen Eigenschaften des EA an einer Stichprobe von 175 Klienten im arbeitstherapeutischen Setting untersucht und die Bewertungen der 13 behandelnden Therapeuten bezüglich des EA-Nutzen analysiert. Bei der Analyse fand die neue EA-Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* besondere Berücksichtigung.

Zur Repräsentativität der Klienten- und Therapeutenstichprobe können keine eindeutigen Aussagen getroffen werden, da die Gesamtheit der Ergotherapeuten mit arbeitstherapeutischem

Schwerpunkt für den deutschsprachigen Raum weder in Art noch in Anzahl bekannt ist, weil keine Pflicht zur Registrierung besteht. Daher ließ sich keine repräsentative Zufallsstichprobe aus der Gesamtheit ziehen.

Die Teilnahme der Therapeuten war freiwillig (Convenience sampling), die Aufnahme der Klienten konsekutiv. Die Charakteristik der Klientel (Tab. 2) zeigt, dass die Ergebnisse primär für Klienten mit neuropsychologischen Störungsbildern, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung gelten. Die bisherigen EA-Domains sind auch bei Klienten mit motorisch-funktionellen Störungen anwendbar [15, 24]. Das neue Modul muss für diese Klientel allerdings noch untersucht werden.

Werden die EA-Domains modular eingesetzt, d.h. eine Domain bewertet wird, wenn der Klient überhaupt eine Störung in diesem Bereich zeigt, weisen die Skalenwerte keine wesentlichen Boden- oder Deckeneffekte auf und sind annähernd normal verteilt (Tab. 3). Damit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine Auswertung mit parametrischen Tests erfüllt. Des Weiteren bedeutet es, dass das EA sowohl im unteren als auch im oberen Bereich differenziert misst.

Die interne Konsistenz mit Cronbach alpha > 0,80 und Trennschärfen > 0,30 (Tab 4) liegt in allen Domains des EA über den Mindestrichtgrößen nach Fitzpatrick et al. (Cronbach al-

Mittelwerte (SD) und Häufigkeitsverteilungen (n=13)

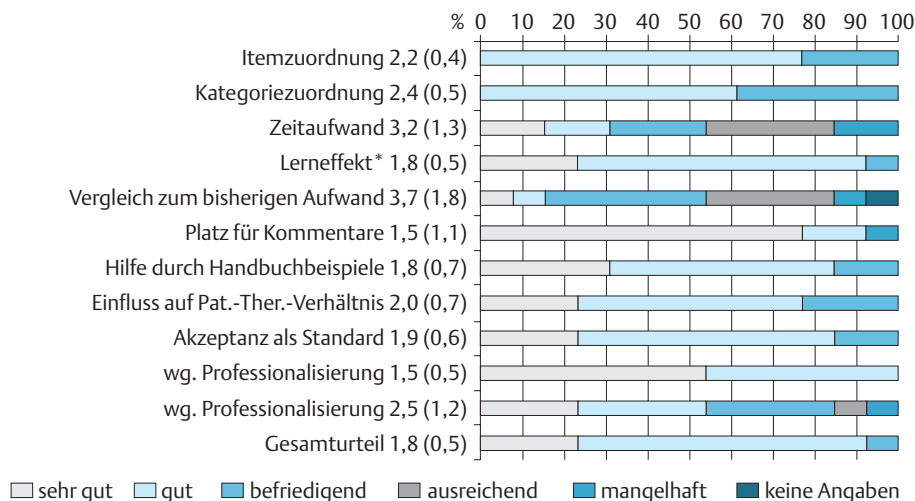


Abb.3 Akzeptanz und Bewertung der Praktikabilität durch die Therapeuten (\* unter Lerneffekt wurde abgefragt, inwieweit das Erstellen mit der Anzahl der ausgefüllten Ea schneller geht).

Mittelwerte (SD) und Häufigkeitsverteilungen (n=13)

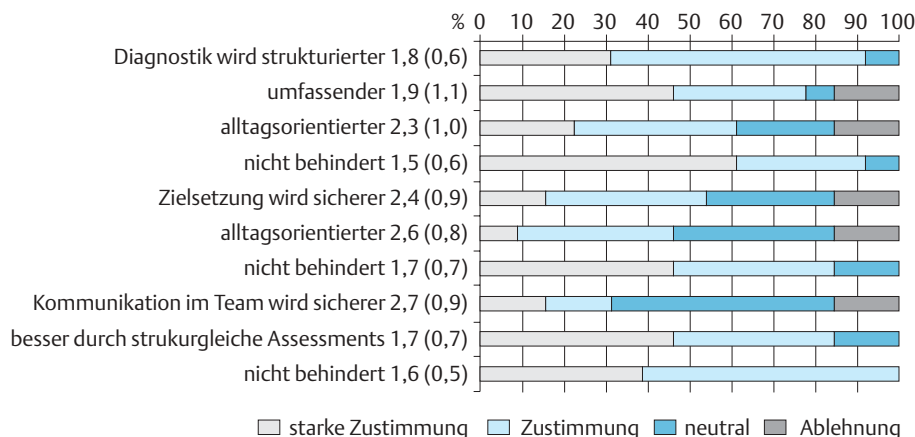


Abb.4 Bewertung der Prozessqualität durch die Therapeuten.



pha > 0,70; Trennschärfe > 0,20; [5]) und ist mit den Werten der bisherigen Studien zum therapeutischen Assessment-Netzwerk vergleichbar [15, 22, 23].

Die Messwerte der EA-Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* zu Beginn und am Ende der Routineintervention unterscheiden sich signifikant (Tab. 5). Da die Signifikanz der Prä-post-Unterschiede stark von der Größe der Stichprobe abhängt, wurden als stabilerer Kennwert ebenso die Effektgröße berechnet und Vergleichswerte aus der Literatur herangezogen. Die ermittelte Effektgröße kann nach Cohen [2] als mittlerer ( $\geq 0,5$ ) Effekt eingestuft werden und entspricht den Effektgrößen der strukturgleichen Instrumente im Assessment-Netzwerk [15, 22, 23].

Fließen zusätzliche Therapeutenbeobachtungen (Verschlechterung oder Verbesserung bei gleich bleibender Kategorie) als Zwischenkategorien in die Analyse ein, erhöht sich die Responsivität von 0,62 auf 0,70. Diese Vorgehensweise beinhaltet jedoch mindestens 3 diskussionswürdige Aspekte:

- Möglicherweise reduziert die Einführung von Zwischenkategorien die Übereinstimmung der Bewertungen durch 2 verschiedene Therapeuten.
- Die Werte  $-0,3$  bzw.  $+0,3$  für die Zwischenkategorien sind vom Forscher beliebig gesetzt. Ob die Einführung dieses Intervalls und die Festlegung seiner Größe adäquat sind, kann nur mit einer komplexen Rasch-Analyse untersucht werden.
- Für die Beobachtung *Verschlechterung* (oder *Verbesserung*) muss der Therapeut den Verlauf des Klienten kennen. Für eine Statuserhebung zu einem fixen Zeitpunkt – sei es zu Beginn oder am Ende der Therapie – ist dies nicht notwendig. Die Zwischenkategorie kann also nur der behandelnde Ergotherapeut beurteilen.

Für Outcome-Studien, bei denen Behandler und Assessor verschiedene Personen sein sollten, ist die Beurteilung von Zwischenkategorien nicht möglich. Probleme könnten auch in der Praxis auftreten, z. B. bei Therapeutenwechsel oder Urlaubsvertretung. Des Weiteren besteht die Gefahr, dass der Therapeut verstärkt in die Richtung seines „Wunschergebnisses“ beurteilt (Bias der sozialen Erwünschtheit). Um die Therapeutenbeobachtungen *Verschlechterung* oder *Verbesserung bei gleich bleibender Kategorie* routinemäßig in die statistische Analyse übernehmen zu können, sind folgende 3 Fragen zu klären:

- Wird die Interrater-Reliabilität durch Einführung der Zwischenkategorien nicht verschlechtert?
- Können die EA-Domains danach auch noch als intervallskaliert angesehen werden?
- Stellen die adaptierten EA-Domains im Vergleich zu den Originalversionen bessere Prädiktoren für relevante standardisierte Außenkriterien dar (z. B. Veränderungen in anderen konstruktähnlichen Assessment-Instrumenten oder Reintegrationsrate ins Arbeitsleben 1 Jahr nach der arbeitstherapeutischen Behandlung; [12])?

Die hohen Korrelationen zwischen Globalurteil des Therapeuten und Veränderungen in der Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* müssen zurückhaltend interpretiert werden, da beide Werte dieselbe Person ermittelt, sodass ein hoher Zusammenhang nahe liegt. Es kann aber als relativ gesichert gelten, dass die in-

volvierten Therapeuten keine größeren Veränderungen in Bereichen beobachten, die über die Items der Domain hinausgehen bzw. unabhängig davon sind.

Inwiefern relevante Aspekte von Grundarbeitsfähigkeiten existieren, die weder durch die EA-Domain noch durch das Globalurteil der Therapeuten erfasst wurden, ist auf der Basis der bisher vorliegenden Daten nicht zu beurteilen. Dazu müssen in einem 2. Schritt im Rahmen einer Validierungsstudie Vergleiche mit anderen Instrumenten herangezogen werden, die ebenfalls die Ausführung von Arbeitsaktivitäten im gewohnten Umfeld erfassen.

Eine Recherche in der Assessment-Datenbank des *Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation* ([www.assessment-info.de](http://www.assessment-info.de)) zeigte, dass mit MELBA eines der wenigen praktikablen Instrumente ( $\leq 2$  Stunden Zeitaufwand,  $\leq \text{€ } 500$ ) mit dem Messkonstrukt *Einschätzung tätigkeitsrelevanter Schlüsselqualifikationen* im deutschsprachigen Raum zur Verfügung steht. Die Autoren des Verfahrens geben jedoch mit dem Hinweis, MELBA sei kein diagnostisches, sondern ein Dokumentationsinstrument, keine Testgütekriterien an.

Der Feldversuch liefert erste Evidenz für eine gute interne Konsistenz und Responsivität des EA im arbeitstherapeutischen Setting und erste Hinweise auf eine zufrieden stellende konkurrente Validität der neuen Domain. Ähnliche Ergebnisse sind mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei weiterem Einsatz des EA bei gleicher Klientel zu erwarten, da das EA unter Routinearbeitsbedingungen untersucht wurde.

Die involvierten Therapeuten bewerten das EA insgesamt mit *gut* (Abb. 3 u. 4). Die Akzeptanz und das Gesamturteil fallen etwas besser aus als im Feldversuch zum Logopädischen Assessment und entsprechen den Ergebnissen des 1. Feldversuches zum EA im Jahre 1998 [17, 22]. Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Erstellung des EA lag wie 1998 bei 55 Minuten. Bei der Routineanwendung lässt sich der zeitliche Aufwand zum einen durch den bestätigten Lerneffekt, zum anderen durch das Weglassen nicht relevanter Domains reduzieren. Im Sinne einer adaptiven Testung müssen also nur diejenigen Module des EA eingesetzt werden, die für die Klientel der jeweiligen Einrichtung von Bedeutung sind. Eine einrichtungsspezifische Anpassung auf Itemebene wäre nur mit erheblichem Aufwand möglich, weil dadurch eine Vielzahl von Domains mit unterschiedlicher Itemzusammensetzung entstünde. Für jede dieser Domains wären die Validität und Reliabilität in einer eigenen Untersuchung zu prüfen.

Die von den involvierten Therapeuten angeregte Erweiterung oder Spezifizierung der neuen Domain müssen in eine Überarbeitung einfließen, bevor dieses Modul in einer weiteren Untersuchung getestet wird. Allerdings ist nicht zu erwarten, dass eine Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* die Evaluation berufsspezifischer Kompetenzen in der beruflichen Rehabilitation leistet. Dazu sind auf den jeweiligen Beruf abgestimmte Assessment-Verfahren notwendig.

Die von den Therapeuten genannten, einrichtungsinternen Hinderungsgründe für die Etablierung des EA sind vonseiten des Entwicklungsteams kaum beeinflussbar. Dennoch soll sein Be-

kanntheitsgrad auch für das arbeitstherapeutische Setting kontinuierlich erhöht werden. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass das Interesse an validen und reliablen Evaluationsinstrumenten zunimmt, da Evaluation, Qualitätsmanagement und Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem vermehrt gefordert und umgesetzt wird.

## Schlussfolgerungen

Mit dem erweiterten EA steht Ergotherapeuten für die Praxis ein Instrument zur Verfügung, das sie mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt routinemäßig einsetzen können. Die involvierten Therapeuten bestätigten gute Praktikabilität und positive Wirkung auf Diagnostik, Zielfindung und Kommunikation im interdisziplinären Team. Eine erste Evidenz für die Testgüte nach klassischer Testtheorie liegt vor.

In einer multizentrischen Validierungsstudie müssen insbesondere die Interrater- und Retest-Reliabilität sowie die prädiktive und konkurrente Validität mit standardisierten Außenkriterien untersucht werden. Außerdem sollte eine Raschanalyse zur Eindimensionalität der EA-Domain *Arbeitsrelevante Basisaktivitäten* erfolgen.

## Danksagung

Wir danken den an der Datenerhebung beteiligten Therapeuten, deren engagierte Mitarbeit dieses Projektes erst ermöglicht hat.

### Quintessenz

- ▶ Die neue EA-Domain erfasst Veränderungen in den arbeitsrelevanten Aktivitäten ausreichend sensitiv.
- ▶ Ergotherapeuten mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt können alle EA-Domains für ihre Klientel modular einsetzen.
- ▶ Das EA ist praktikabel, akzeptiert und für eine zuverlässige und valide Therapieplanung und Evaluation einsetzbar.

## Literatur

- 1 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen; 1999. [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de). => Qualitätssicherung => QS-Informationsportal => Organisationen A-Z => Gesundheitsministerkonferenz (GMK) => 72. Gesundheitsministerkonferenz (1999). Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen
- 2 Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale: NJ: Erlbaum, 1988
- 3 Dorfmueller-Küchlin S, Schlennstedt D, Voigt-Radloff S. Das Physiotherapeutische Assessment. Krankengymnastik – Zeitschrift für Physiotherapeuten 1998; 50: 1711 – 1723
- 4 Erber A, Fest B, Irsch M et al. Zur Kompatibilität und Praktikabilität des „Ergotherapeutischen Assessments (EA)“ mit der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ [Bacherlor-Thesis]. (unveröffentlicht)
- 5 Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ et al. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. Health Technology Assessment 1998; 2 ([www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon214.pdf](http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon214.pdf))
- 6 Girsch B. Standardisierung – Alltagsrelevanz: Vergleich eines standardisierten Ergotherapeutischen Assessments mit einem selbst erstellten Instrument basierend auf der ICF. [Diplomarbeit]. 2005 (unveröffentlicht)
- 7 Habermann C, Voigt-Radloff S. Das Ergotherapeutische Assessment als Prozess. Bulletin of World Federation of Occupational Therapists (WFOT) 1998; 37: 24 – 29
- 8 Hartmann A, Wolst A, Pfeiffer C et al. Zwei Diplomarbeiten über Empfehlungen zum Ergotherapeutischen Assessment als Beispiel für deutsche Ergotherapieforschung bei knappen Ressourcen. Ergotherapie – Zeitschrift für Angewandte Wissenschaft 2005; 6(2): 22 – 30
- 9 Heiss HW, Voigt-Radloff S, Schochat T. Occupational Therapy Assessment (OTA): Validity and reliability for adults of various ages. European Journal of Geriatrics 2003; 5: 23 – 29
- 10 Heiss HW. Identifikation geriatrischer Patienten in Akutkrankenhäusern (in Vorbereitung für die AG „Geriatric“ beim Sozialministerium Baden-Württemberg)
- 11 Henke KD. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Bonn: Sondergutachten, 1997
- 12 Johansson U, Bernspang B. Predicting return to work after brain injury using occupational therapy assessments. Disabil Rehabil 2001; 23: 474 – 480
- 13 Kiesinger A, Voigt-Radloff S. Das Ergotherapeutische Assessment. ERGOTHERAPIE & Rehabilitation 1996; 7: 647 – 651
- 14 Leonhart R. Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien. Rehabilitation 2004; 43: 241 – 246
- 15 Schochat T, Voigt-Radloff S, Heiss HW. Psychometrische Testung des Ergotherapeutischen Assessments. Gesundheitswesen 2002; 64: 343 – 352 ([www.aqs.de/pdf/ea02.pdf](http://www.aqs.de/pdf/ea02.pdf))
- 16 Schwer B, Hauck E, Voigt-Radloff S. Das Logopädische Assessment. Forum Logopädie 1997; 11: 23 – 25
- 17 Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiss HW. Das Ergotherapeutische Assessment: Feldstudie zu Akzeptanz, Praktikabilität und Prozessqualität. Die Rehabilitation 2000; 39: 255 – 261 ([www.aqs.de/pdf/ea.pdf](http://www.aqs.de/pdf/ea.pdf))
- 18 Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiss HW. Das Ergotherapeutischen Assessment – Praktische Anwendung und Implementierung. ERGOTHERAPIE & Rehabilitation 2002; 11: 5 – 8
- 19 Voigt-Radloff S, Schochat T. Das Ergotherapeutische Assessment – Theorie, Testgüte, Qualitätsmanagement und Outcome-Forschung. Ergotherapie – Zeitschrift für Angewandte Wissenschaft 2002; 3: 49 – 57
- 20 Voigt-Radloff S, Heiss HW. Abgestimmte therapeutische Assessmentverfahren: Entwicklungsstatus und Ergebnisse am Beispiel des Ergotherapeutischen Assessments. Neurol Rehabil 2003; 9: 280 – 285
- 21 Voigt-Radloff S. The Occupational Therapy Assessment: Psychometric analyses within subgroups of different health service stages [Master thesis] 2004 (unveröffentlicht)
- 22 Voigt-Radloff S, Leonhart R, Schwer B et al. Das Logopädische Assessment: Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität. Das Gesundheitswesen 2005; 67: 665 – 673
- 23 Voigt-Radloff S, Leonhart R, Schochat T et al. Psychometrische Testung des Physiotherapeutischen Assessments. Physikalische Medizin. (im Review)
- 24 Wirtz M, Voigt-Radloff S. A Rasch-analysis of the Unidimensionality of the ICF-oriented Occupational Therapy Assessment. (in Vorbereitung)
- 25 World Health Organization. ICD 10 – International Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: WHO, 1998
- 26 World Health Organization (WHO). ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO, 2001