

Das Ergotherapeutische Assessment – Praktikabilität, inhaltliche Validität und interne Konsistenz des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten

Occupational Therapy Assessment – Practicability, Content Validity and Internal Consistency of the Self-Assessment Questionnaire of Daily Occupation

Autoren

C. Baßler¹, R. Leonhart², S. Voigt-Radloff³

Institute

¹ Abteilung für Ergotherapie, Klinikum Stuttgart

² Abteilung für Sozialpsychologie und Methodenlehre, Institut für Psychologie, Universität Freiburg

³ Abteilung für Ergotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

Schlüsselwörter

- Ergotherapie
- Selbsteinschätzungsbogen
- Validität
- Reliabilität
- Praktikabilität

Key words

- occupational therapy
- self-assessment
- validity
- reliability
- practicability

Zusammenfassung



Einleitung: Der neue Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten bei Ergotherapiepatienten im arbeitstherapeutischen Bereich basiert auf dem validierten und etablierten Ergotherapeutischen Assessment. Seine Verständlichkeit und Akzeptanz bei erwachsenen, nicht ergotherapeutisch behandelten Probanden wurden bereits in einer Pilotstudie analysiert. Diese Studie untersucht die Praktikabilität, inhaltliche Validität und interne Konsistenz des Selbsteinschätzungsbogens.

Methode: Klienten der Ergotherapie aus unterschiedlichen arbeitstherapeutischen Einrichtungen füllten den Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten und eine Bewertung seiner Praktikabilität sowie Akzeptanz aus. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte durch die Analyse der Skalenwerte und Berechnung des Cronbach-alpha-Koeffizienten. Zur Bewertung der inhaltlichen Validität und Praktikabilität diente die ermittelte Häufigkeitsverteilung.

Ergebnisse: 145 Klienten mit vorwiegend mentalen Funktionsstörungen gaben überwiegend positive Bewertungen zur Praktikabilität und Akzeptanz ab. Die Inhalte des Fragebogens betrafen die derzeitige Lebenssituation der meisten Klienten. Für über die Hälfte der Befragten war der Fragebogen hilfreich, um Veränderungswünsche bei Alltagstätigkeiten zu erkennen. Die interne Konsistenz der einzelnen Domänen war außer bei der Domäne *Bewegung bei Alltagstätigkeiten* hoch.

Schlussfolgerungen: Der Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten kann zur Informationsgewinnung und Therapiezielsetzung bei Klienten der Ergotherapie mit primär mentalen Funktionsstörungen eingesetzt werden. Zu Test-Retest-Reliabilität, Responsivität und konkurrierender Validität sollten weitere Untersuchungen erfolgen.

Abstract



Introduction: The new Self-assessment Questionnaire of Daily Occupation for adult clients in occupational therapy settings is based on the validated and established Occupational Therapy Assessment (OTA). Its feasibility and acceptance was investigated in adult participants not treated by occupational therapists in a former pilot study. This current study aimed at identifying its practicability, content validity and reliability.

Methods: Occupational therapy clients from various work therapy settings completed the Self-Assessment Questionnaire of Daily Occupation and a rating of its practicability and acceptance. Scale values and Cronbach alpha of the self-assessment as well as descriptive statistics of its practicability and content validity rating were calculated.

Results: 145 Clients with primarily mental impairments evaluated the questionnaire mainly as good. Its contents covered the current life situation of most participants and the self-assessment was helpful for more than 50% of the respondents in order to identify need of change in daily occupation. Except for the domain *Moving in daily occupation* internal consistency was high.

Conclusions: The Self-Assessment of Daily Occupation can be applied to clients with primarily mental impairments in order to gather information and to set therapy goals. Further investigations on test-retest reliability, responsiveness and concurrent validity are necessary.

eingereicht 30.10.2007
angenommen 24.11.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-963771
ergoscience 2008; 3: 13–21
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1861-6348

Korrespondenzadresse

Sebastian Voigt-Radloff
EmSc, Universitätsklinikum
Freiburg, Ergotherapie
Lehener Str. 88
D-79106 Freiburg
sebastian.voigt@uniklinik-
freiburg.de

Einleitung

Das *Ergotherapeutische Assessment* (EA) beurteilt die Durchführung von Tätigkeiten in Alltag und Beruf [17]. Es wurde in den Jahren 1996 bis 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 sowie die alltagsrelevanten Folgen der sensomotorischen, neuropsychologischen und psychosozialen Funktionsdefizite eruieren. Zu Beginn und am Ende der Therapie werden die so gewonnenen Informationen einem vorgegebenen System von 7 Domänen, 60 Items und 4 Schweregraden zugeordnet. Das Ergotherapeutische Assessment umfasst die Domänen (1) Kompensationsmittel, (2) Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung, (3) Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung, (4) alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen, (5) alltagsrelevante Folgen neuropsychologischer Funktionen, (6) alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen und (7) arbeitsrelevante Basisaktivitäten. Alle Items, Schweregrade und Durchführung des Assessmentprozesses sind in einem Handbuch definiert bzw. beschrieben. Die psychometrischen Eigenschaften des Ergotherapeutischen Assessments wurden für eine breite Gruppe verschiedener ergotherapeutischer Klienten wissenschaftlich überprüft [7, 10, 15, 16, 18, 19, 22].

Das Instrument fand in den letzten Jahren weite Verbreitung im deutschsprachigen Raum. Seine Ausgabe und die Zahl der Schulungsteilnehmer werden vom autorisierten Schulungsteam registriert. Auf der Basis dieser Daten ist derzeit von über 700 Anwendern auszugehen.

Das Ergotherapeutische Assessment ist ein komplexer Prozess aus Informationssammlung und Bewertung (Clinical reasoning) sowie Zuordnung der Information zu einem vorgegeben System aus Domänen, Items und Schweregraden [17]. Die Ergotherapeuten nehmen die Bewertung und Zuordnung vor. Dabei beziehen sie weitestgehend subjektive Informationen der Klienten selbst mit ein, die indirekt abgefragt werden.

Damit die Klienteninformationen systematisch erfasst und dokumentiert werden können, wurde auf der Grundlage des Ergotherapeutischen Assessments ein Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten entwickelt. Das Thema Selbst- versus Fremdeinschätzung diskutieren Wissenschaftler bereits seit einigen Jahren [1, 2, 4, 11, 13, 24]. Für die Ergotherapie ist insbesondere der Bereich *gesundheitsbezogene Lebensqualität* relevant, da hier neben anderen Komponenten der Lebensqualität wie Schmerz und psychisches Befinden auch die Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten erfragt wird. Der Stand der Diskussion lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- ▶ Selbsteinschätzungsinstrumente sollen erfassen, wie Klienten ihre Gesundheit, Erkrankung oder Genesung wahrnehmen [13].
- ▶ Beurteilungen durch externe Beobachter messen andere Konstrukte (z.B. psychopathologische Symptome) als Selbsteinschätzungen durch Klienten (z.B. subjektive Wahrnehmung der sozialen Kontakte; [13]). Biomedizinisch orientierte Ärzte bevorzugen zur Diagnosenstellung oft objektive Testverfahren und Analysewerte. Klienten fühlen sich jedoch von den Krankheitsfolgen im Alltagsleben oftmals mehr belastet als von den medizinischen Symptomen. Ärzte können die Auswirkungen der Krankheit im Alltag mit der Befunderhe-

bung medizinischer Symptome weniger gut erfassen. Selbsteinschätzungsbogen ermöglichen den Klienten, von den Krankheitsfolgen zu berichten [1].

- ▶ Selbsteinschätzungen der Klienten hinsichtlich der Krankheitsfolgen im Alltag können Medizinern helfen, den möglichen Einfluss der Familie und des kommunalen Umfelds auf die Genesung, das Gesundheitsrisiko oder deren Stabilisierung zu beurteilen. Des Weiteren sind Klientenberichte notwendig, um frühzeitig unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten oder anderen Interventionen zu berücksichtigen [1].
- ▶ Selbsteinschätzungen liefern zusätzliche Informationen, die manchmal auch im Widerspruch zu den sogenannten objektiven Befunden stehen können. Medizinisches Personal, das Klienteneinschätzungen in der Diagnostik berücksichtigt, muss daher Therapieentscheidungen aufgrund komplexerer und teilweise widersprüchlicher Informationen treffen [1].
- ▶ Mündige und gut informierte Klienten wollen und sollen in den Diagnostik- und Therapieplanungsprozess mit einbezogen werden. So lassen sich ihre Präferenzen, Wünsche und Ziele für die Therapie berücksichtigen sowie ihre Behandlungcompliance und selbsttätige aktive Mitarbeit erhöhen [1]. Hier setzt auch der ergotherapeutische klientenzentrierte Ansatz des kanadischen Modells der Betätigungsdurchführung an [9, 12]. Selbsteinschätzungsinstrumente können Klienten helfen, ihre Gesundheitsprobleme besser wahrzunehmen und eventuelle Veränderungen zu beobachten bzw. zu kontrollieren [2].
- ▶ Zur Verbesserung der Therapieevaluation können Veränderungen in Selbsteinschätzungsbogen mit denen in der Fremdeinschätzung abgeglichen werden [13].
- ▶ Auch wenn Angehörige für kognitiv deutlich eingeschränkte Klienten die Selbsteinschätzung vornehmen, kann es zu Verzerrungen kommen, da diese dazu tendieren, die Lebensqualität der Klienten schlechter zu bewerten als die Klienten selbst. Übereinstimmungen finden sich eher in gut beobachtbaren Dimensionen wie der körperlichen Funktionsfähigkeit und den Aktivitäten des täglichen Lebens. Unterschiede in der Bewertung treten in den Bereichen Schmerz, Emotionen und Wahrnehmung von Veränderungen des Gesundheits- oder Selbsthilfestatus auf [1].
- ▶ Es wird empfohlen, die verschiedenen Dimensionen bei der Selbsteinschätzung der Lebensqualität wie z.B. körperliche Funktionsfähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens, psychisches Befinden und Einschätzung der allgemeinen Gesundheit nicht zu einem Summenscore zusammenzufassen, um damit Vergleiche zwischen Gruppen oder Individuen vorzunehmen. Ähnliche Summenscores können sich bei verschiedenen Gruppen oder Einzelpersonen aus völlig unterschiedlichen Werten der einzelnen Dimensionen zusammensetzen [1].
- ▶ Gegenüber Fremdeinschätzungen können Selbsteinschätzungsinstrumente mit geringerem Aufwand als Screening zur Identifikation von Beschwerden und Behandlungsbedarf eingesetzt werden [2].
- ▶ Die Psyche oder Kognition beeinträchtigende Erkrankungen, wie z.B. beispielsweise Manie Depression oder Schädelhirntrauma, können die Ergebnisse von Klientenselbsteinschätzungen verfälschen. Bei manischen Klienten fanden Altman et al. [1] beim Vergleich von 3 Selbsteinschätzungsinstrumenten mit einer als „Goldstandard“ gesetzten ärztlichen Fremdeinschätzung nur teilweise signifikante Zusammen-

hänge. Sowohl die Art des Instruments als auch die Krankheitsphase können die Validität der Ergebnisse beeinflussen. Zur Diagnostik bei Depression empfiehlt Möller [13] die gleichzeitige Anwendung von Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren. Bei Klienten mit Schädelhirntrauma wird die Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und Einschätzung eines nahen Verwandten als Indikator für die Einschränkung der Selbstwahrnehmung herangezogen [4]. Bei der Interpretation der Selbsteinschätzungen von Hirngeschädigten muss also immer geprüft werden, ob eine Störung der Selbstwahrnehmung vorliegt. Bach und David [4] zeigten, dass Menschen mit Schädelhirntrauma und deutlichen Verhaltens- und Persönlichkeitsproblemen die eigene soziale Kompetenz signifikant höher einschätzen als ihre Angehörigen. May und Foxcroft [11] weisen darauf hin, dass Selbstberichte – insbesondere von Menschen mit Suchtverhalten – sozial erwünschte Antworten enthalten und sich nach der Erwartungshaltung der Fragenden richten können. Sie betonen, dass die Machtverhältnisse in der Klienten-Therapeuten-Beziehung zu berücksichtigen sind, da diese auch die Auskünfte der Klienten verzerren könnten.

▶ Vertreter der deutschen Rehabilitationswissenschaften sprechen von patientennahen Assessmentverfahren [24]. Sie unterscheiden in generische Instrumente zur krankheitsübergreifenden Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und spezifische Verfahren, die für die Diagnostik bestimmter Erkrankungen oder die Evaluation spezieller Therapieverfahren zur Anwendung kommen. Generische Instrumente haben den Vorteil, dass sie zum Vergleich größerer Gruppen – auch international und mit unterschiedlichen Erkrankungen – herangezogen werden können. Spezifische Verfahren gelten im Allgemeinen als sensitiver für Veränderung im Therapiezeitraum und für die Erkennung krankheitsspezifischer Probleme. Die Entwicklung des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten berücksichtigte den Stand der wissenschaftlichen Diskussion insoweit, als:

- ▶ der Bogen die Klientenperspektive zur Beurteilung der Krankheitsfolgen bei Alltagstätigkeiten erfasst;
- ▶ er den Klienten aktiv in die Diagnostik und Therapieplanung mit einbezieht;
- ▶ inhaltlich kompatibel zur Fremdbeurteilung des Ergotherapeutischen Assessment ist, um Selbst- und Fremdeinschätzung besser abgleichen zu können;
- ▶ er dokumentiert, ob Angehörige beim Ausfüllen geholfen haben;
- ▶ seine einzelnen Domänen nicht zu einem Summenscore zusammengeführt werden;
- ▶ der Bogen krankheitsübergreifend eingesetzt werden kann (generisches Instrument in Bezug auf Diagnosen);
- ▶ für die Evaluation ergotherapeutischer Maßnahmen geplant wurde (spezifisch in Bezug auf Therapieverfahren).

Die Pilotuntersuchung des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten bei nicht ergotherapeutisch behandelten Teilnehmern zeigte, dass der Bogen grundsätzlich verständlich und gut auszufüllen ist [20]. Anregungen zur Verbesserung des Designs und die eindeutigere Beschreibung mancher Begriffe wurden in der zweiten Version umgesetzt. Ziel der jetzigen Studie ist es, die verbesserte Version des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten bei Ergotherapie-Klienten im arbeitstherapeutischen Setting einzusetzen und hinsichtlich der Praktikabilität und Akzeptanz sowie der inhaltlichen Validität und internen Konsistenz zu untersuchen.

Methode



Studiendesign

Die Validierungs- und Praktikabilitätsstudie wurde als Querschnittsuntersuchung mit einer Einpunktmessung bei Ergotherapie Klienten in verschiedenen medizinischen Versorgungssettings angelegt.

Klienten

Zielgruppe der Studie waren alle in Ergotherapieabteilungen mit arbeitsrehabilitativem Bereich behandelte und mindestens 16 Jahre alte Klienten.

Rekrutierung und Therapeuten

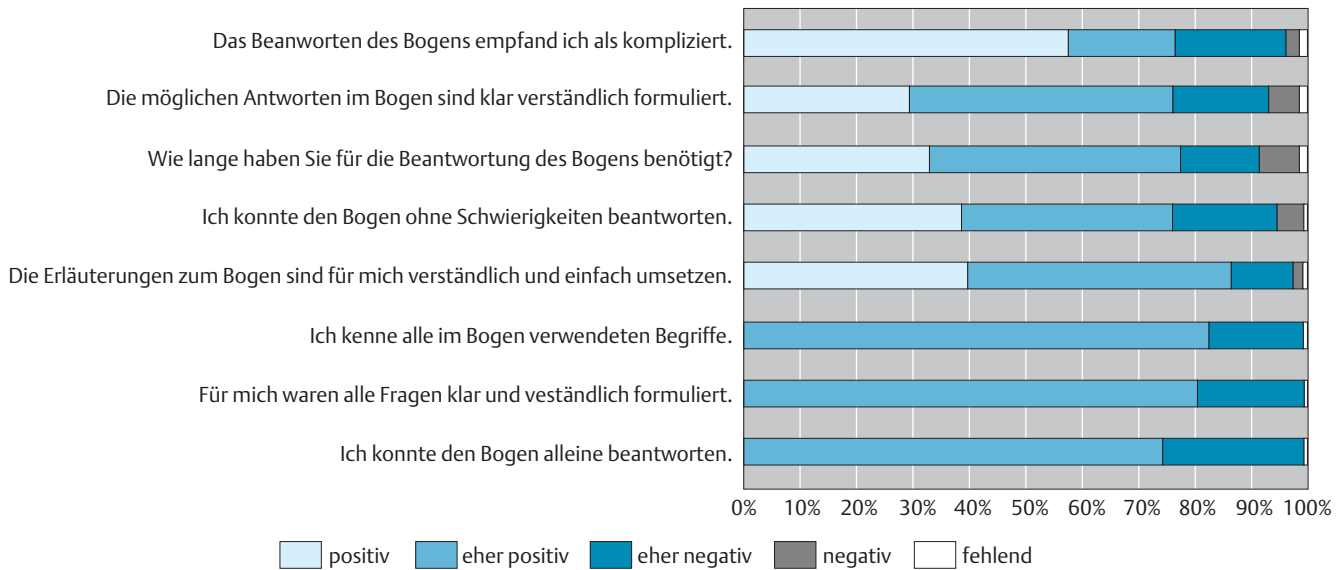
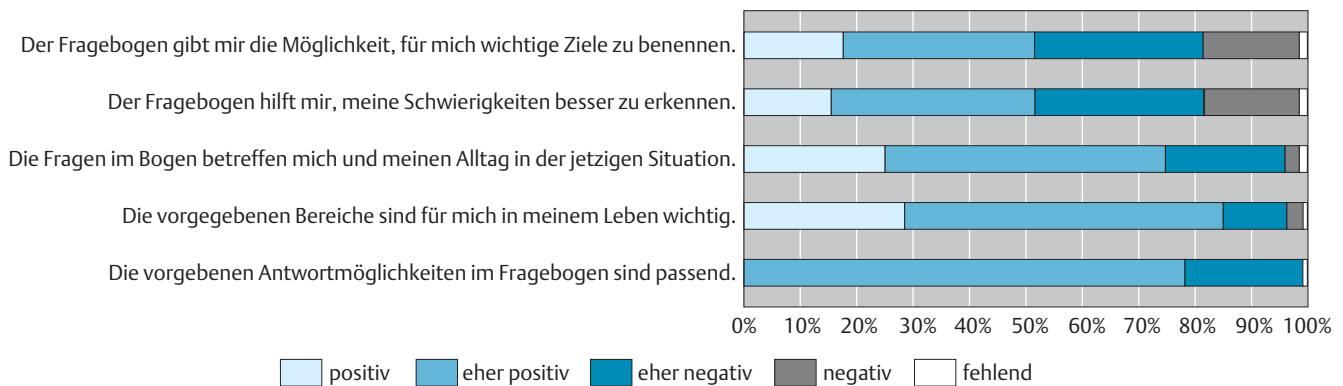
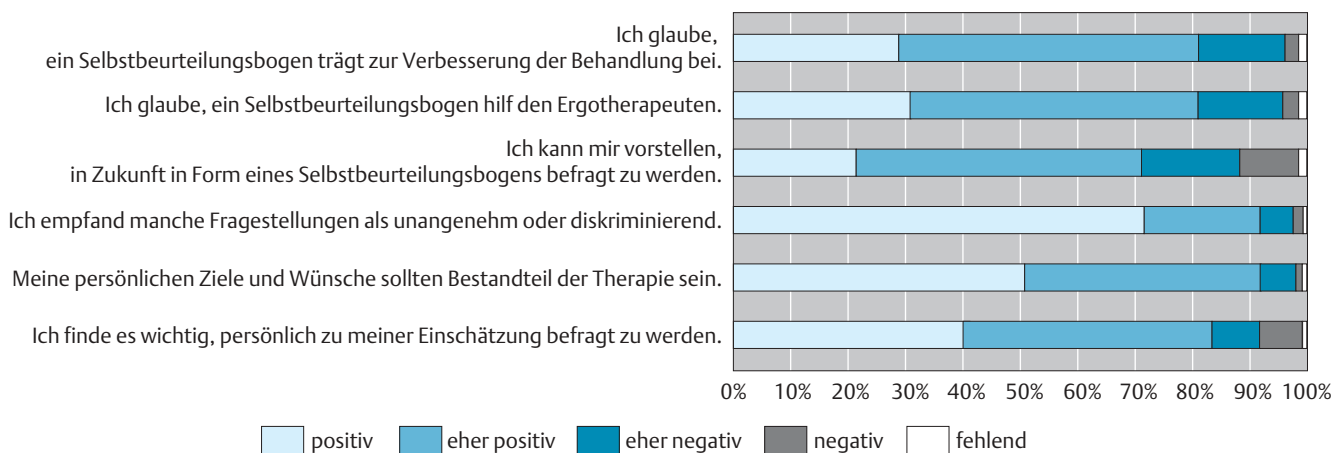
Involviert waren Ergotherapeuten mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt in deutschsprachigen Ländern ohne Beschränkung auf bestimmte medizinische Fachgebiete. Von September 2006 bis Februar 2007 kontaktierte der Studienleiter über 50 Ergotherapeuten per Internet, über eine Ergotherapie-Mailingliste, per Telefon und Post. 35 Therapeuten erhielten Studienunterlagen, 25 sandten Unterlagen zurück, davon 4 unangefüllte Bögen (3 ohne Angabe von Gründen, 1 konnte bis zum Abgabetermin keine Daten erheben). Folglich lieferten 21 Therapeuten auswertbare Datensätze, von denen 8 in medizinischen Fachkliniken (4 Psychiatrie und jeweils 1 in der Psychosomatik, Sucht, Neurologie/Querschnitt und Traumatologie), 4 in ambulanten ergotherapeutischen Einrichtungen, 2 in Werkstätten für Behinderte und 7 in anderen Einrichtungen, wie z.B. Arbeitstraining im Betrieb, im Wohnheim oder in einem beruflichen Trainingszentrum arbeiteten.

Von den 21 involvierten Therapeuten setzten bereits 9 einen Selbsteinschätzungsbogen ein (selbst erstellt, Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil [21], Lübecker Fähigkeitenprofil [14], *Performance Assessment and Capacity Testing* [6] und *Canadian Occupational Performance Measure* [8]). Nahezu alle Ergotherapeuten fanden das Einbeziehen der Klienten in die Diagnostik wichtig (n=20) und die Erläuterung für die Therapeuten zum Selbsteinschätzungsbogen verständlich (n=20). Die Klienten wurden von den involvierten Therapeuten konsekutiv aufgenommen.

Messinstrumente

Der Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten wird an anderer Stelle im Detail beschrieben [20]. Analog zum validierten Ergotherapeutischen Assessment umfasst er die 6 Dimensionen (1) körperliche Selbstversorgung, (2) eigenständige Lebensführung, (3) Bewegung bei Alltagstätigkeiten, (4) Denken bei Alltagstätigkeiten, (5) psychisches Wohlergehen und Umgang mit Menschen bei Alltagstätigkeiten sowie (6) Arbeitsleben. Der Klient soll zu jedem Item auf einer 4-stufigen Likert-Skala einschätzen, wie schwierig die Durchführung der jeweils aufgeführten Tätigkeit für ihn ist. Die wählbaren Schwierigkeitsstufen werden durch kurze Texte beschrieben. In der Auswertung bedeutet der Wert 1 keinerlei und der Wert 4 große Schwierigkeiten bei der Durchführung der jeweiligen Alltagstätigkeiten.

Der Fragebogen zur Bewertung des Selbsteinschätzungsbogens enthielt 19 geschlossene Fragen, 8 Fragen zum Thema Praktikabilität und Verständlichkeit, 5 Fragen zur inhaltlichen Validität und 6 Fragen zur Akzeptanz des Bogens (● **Abb. 1–3**). Bei 4 Fragen waren die Antwortkategorien dichotom (ja/nein), die übrigen Antwortmöglichkeiten enthielten eine 4-stufige Likert-Skala. Der Bewertungsbogen wurde speziell für diese Untersuchung entwickelt. Eine unabhängige Person prüfte die 1. Version auf

Praktikabilität (n = 141)**Abb. 1** Praktikabilität des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten.**Inhaltliche Validität (n = 141)****Abb. 2** Inhaltliche Validität des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten.**Akzeptanz (n = 141)****Abb. 3** Akzeptanz des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten.

sprachlichen Ausführungen und Verständlichkeit. Die daraufhin erstellte 2. Version wurde in einer kleinen Pilotuntersuchung mit 4 Klienten einer Arbeitstherapie aus dem psychiatrischen Langzeitbereich getestet. In der Studie kam die auf 19 Fragen erweiterte und verbesserte 3. Version des Bewertungsbogens zur Anwendung.

Studienablauf

Die Domänen des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten wurden in einem Set zusammen mit der Einverständniserklärung, der Erläuterung für die Vorgehensweise und dem Fragebogen zur Bewertung des Selbsteinschätzungsbogens zusammengeführt und mit einem Anschreiben, einer kurzen Einweisung und 5 Fragen an die kooperierenden Ergotherapeuten weitergeleitet. Die Ergotherapeuten klärten die Klienten über Sinn und Zweck der Studie auf, holten ihre Einverständniserklärung ein (Informed consent) und gaben die Sets an sie weiter. Die Klienten füllten sowohl den Selbsteinschätzungsbogen als auch den Fragebogen zu dessen Bewertung selbstständig oder mit einer unabhängigen Hilfsperson aus und gaben beide in Umschlägen an die Therapeuten zurück.

Eine Durchsicht oder Selektion der Fragebogen durch die Therapeuten war im Rahmen der Studie nicht vorgesehen. Der Studienleiter nummerierte die rückläufigen Unterlagen in anonymisierter Form und gab sie in eine Datenbank ein. Zur Erfassung der Daten erstellte er unter Verwendung von Excel-Datenbankfunktionen eine eingabegeschützte Datenmaske. Während der gesamten Zeitspanne stand eine Hotline des Projektleiters für eventuelle Fragen der Klienten oder Therapeuten zur Verfügung.

Statistische Auswertung

Der Projektleiter gab alle erhobenen Daten ein. Der Projektmentor kontrollierte und korrigierte die Eingabefehler systematisch, bis sie unter 0,2% lagen. Unabhängig von der Datenerhebung erfolgte die statistische Auswertung des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten mit dem Statistikpaket SPSS (Version 15.0, User's Guide 2006 Inc. Chicago, Illinois). Ein fehlender Wert auf Itemebene oder ausschließlich beste Bewertungen (Kategorie 1 bei jeder Antwort einer Skala) führten zum Ausschluss bei der Ermittlung der Skalenniveaus. Die Itemwerte der 4-stufigen Domänen wurden addiert und durch die Anzahl der Items der jeweiligen Domäne dividiert, sodass alle Domänen auf ein einheitliches Skalenniveau von 1–4 standardisiert sind. Zur Prüfung der internen Konsistenz dienten Cronbach alpha und Trennschärfenanalysen. Als Indikator für inhaltliche Validität, Praktikabilität und Verständlichkeit sowie der Akzeptanz wurden die Häufigkeitsverteilungen im Bewertungsbogen herangezogen.

Ergebnisse



Klienten

An 183 Klienten wurden Datensets ausgegeben und alle 145 (79%) rücklaufenden Datensets in die Auswertung eingeschlossen.

Die Mehrzahl der im Schnitt 42 Jahre alten Klienten war berufstätig (39%) oder in einer auf Arbeit vorbereitenden Phase (24%), knapp drei Viertel lebten selbstständig alleine oder mit anderen, die übrigen in betreuter Wohnform (Abb. 1). Im Schnitt wiesen die Klienten 1,5 Diagnosen pro Person auf, wobei zwei Drittel

der insgesamt 217 Diagnosen der ICF-Ebene der mentalen Funktionen zuzuordnen waren [23]. 23% der Teilnehmer gaben keine Diagnosen an.

Praktikabilität

Mehr als 70% der Befragten bewerteten alle Aussagen zur Praktikabilität des Selbsteinschätzungsbogens positiv oder eher positiv (Abb. 1). Für über 80% der Klienten waren alle Begriffe und Fragen verständlich und die Eingangserläuterungen klar, mehr als 75% fanden die Antwortmöglichkeiten klar und verständlich. Schwierigkeiten oder Hilfebedarf beim Ausfüllen des Bogens bestätigten etwa 25% der Studienteilnehmer. Der mittlere Zeitbedarf lag bei etwa 25 Minuten.

Inhaltliche Validität

85% der Klienten bestätigten, die im Selbsteinschätzungsbogen abgefragten Bereiche seien für ihr Leben wichtig, bei 75% betrafen die einzelnen Fragen den eigenen Alltag in der jetzigen Situation und 78% fanden die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten angemessen (Abb. 2). Etwas mehr als 50% der Befragten bestätigten, dass der Fragebogen hilft, eigene Schwierigkeiten besser zu erkennen oder Ziele zu benennen.

Akzeptanz

Mehr als 90% der Befragten wünschten ihre persönlichen Ziele und Wünsche als Bestandteil der Therapie und über 80% wollten persönlich dazu befragt werden (Abb. 3). Etwa 70% konnten sich vorstellen, auch zukünftig in Form eines Selbstbeurteilungsbogens befragt zu werden, 80% bestätigten dieser Form ein Potenzial zur Verbesserung der Therapie bzw. zur Unterstützung des Ergotherapeuten. Weniger als 10% der Klienten

Tab. 1 Charakteristik der Klienten (SD = Standardabweichung)

Anzahl	145
Alter	
– Mittelwert (SD)	42,0 (14,5)
– Bereich	17 – 83
Geschlecht	
– weiblich	59 (41%)
– männlich	85 (58%)
– keine Angabe	1 (1%)
Wohnform	
– alleine	41 (28%)
– mit anderen	65 (45%)
– betreut	39 (27%)
Haupttätigkeit	
– Beruf oder Familienhaushalt	57 (39%)
– Rentner	35 (24%)
– Schüler/Student	4 (3%)
– Arbeitssuche/-training/-therapie	35 (24%)
– andere	14 (10%)
Anzahl der Personen	
– ohne Diagnose (Selbsteinschätzung)	33 (23%)
– mit 1 Diagnose	55 (38%)
– mit 2 Diagnosen	29 (20%)
– mit 3 Diagnosen	16 (11%)
– mit 4 und mehr Diagnosen	12 (8%)
Diagnosen (Selbsteinschätzung)	
– Anzahl insgesamt	217 (100%)
– pro Person, Mittelwert (SD)	1,5 (1,3)
– Zuordnung nach ICF	
– b 1 mentale Funktionen	143 (66%)
– b 7 bewegungsbezogene Funktionen	46 (21%)
– andere	28 (13%)

empfanden den vorgelegten Selbsteinschätzungsbogen als unangenehm oder diskriminierend.

Skalenwerte und interne Konsistenz

Die Klienten erhielten und bewerteten je nach Problemstellung unterschiedliche Domänen des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten. Die Anzahl der ausgewerteten Domänen reichte von 22 Bögen bei der Domäne *körperliche Selbstversorgung* bis 110 Bögen bei der Domäne *psychisches Wohlergehen und Umgang mit Menschen bei Alltagstätigkeiten* (► **Tab. 2**).

Die Häufigkeitsverteilungen der Skalenwerte in den verschiedenen Domänen finden sich in den ► **Abb. 4–9**. Eine stärkere Häufung in den niedrigen Werten (nahe 1 = wenig Schwierigkeiten) und eine Nichtbesetzung der hohen Werte (nahe 4 = große Schwierigkeiten) weisen insbesondere die Domänen *körperliche Selbstversorgung*, *eigenständige Lebensführung* und *Bewegung bei Alltagsaktivitäten* auf. Die Domänen *Denken bei Alltagsaktivitäten*, *psychisches Wohlergehen und Umgang mit Menschen bei Alltagstätigkeiten* sowie *Arbeitsleben* zeigen am ehesten die Tendenz zu einer Normalverteilung (► **Abb. 7–9**, Übereinstimmung der Fläche unter den Säulen mit der unter der eingezeichneten Kurve). Dies wird auch durch den geringen Unterschied zwischen Mittelwert und Median der jeweiligen Domäne angezeigt (► **Tab. 2**). Die Cronbach-alpha-Werte für die interne Konsistenz der Domänen liegen zwischen 0,79 und 0,85, mit Ausnahme der Domäne *Bewegung bei Alltagsaktivitäten* (0,59). Hier liegen auch die Trennschärfenwerte mit –0,14–0,66 weit unter denen der anderen Domänen (0,35–0,80).

Diskussion

In dieser Validierungsstudie beurteilten 145 Klienten mit vorwiegend mentalen Funktionseinschränkungen aus 21 unterschiedlichen Einrichtungen mit primär arbeitstherapeutischem Setting ihre Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens mithilfe eines neu entwickelten Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten. In einem weiteren Fragebogen bewerteten sie Aussagen zu dessen Praktikabilität, inhaltlichen Validität und Akzeptanz.

Über 75% der Studienteilnehmer hielten den Selbsteinschätzungsbogens für klar und verständlich, ein Viertel sah Hilfebedarf beim Ausfüllen. Mehr als Dreiviertel der Beteiligten akzeptierte, zu ihren persönlichen Zielen und Wünschen – auch in Form eines Selbsteinschätzungsbogens – befragt zu werden. Die vorangegangene Praktikabilitätsstudie umfasste Studienteilnehmer, die nicht ergotherapeutisch behandelt wurden und im Vergleich zur jetzigen Stichprobe durchschnittlich selbstständiger lebten und weniger Diagnosen aufwiesen. Die Probanden der 1. Studie gaben nur in 2% der Fälle negative Bewertungen

zu Verständlichkeit und Akzeptanz des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten an. Die höhere Ausprägung von Verständnis- und Akzeptanzproblemen in der jetzigen Befragung kann zumindest zum Teil mit dem hohen Anteil von Klienten mit psychischen und kognitiven Einschränkungen erklärt werden. Hinzu kam, dass an der jetzigen Untersuchung eine Institution mit russisch sprechenden Klienten teilnahm, die trotz Übersetzer einen hohen Hilfebedarf signalisierten (8% der Studienstichprobe, n = 12).

Die Intention des Fragebogens, Tätigkeiten aus dem Alltag zu erfassen, wird durch die Beurteilung der Studienteilnehmer unterstützt, in der etwa 80% der Befragten bestätigten, der Fragebogen repräsentiere für ihren Alltag relevante Bereiche, Fragen und Antworten. Jedoch fanden nur etwa 50% der Befragten in dem Fragebogen eine Hilfe, eigene Schwierigkeiten und Veränderungswünsche bei Alltagstätigkeiten besser zu identifizieren.

Die Daten der jetzigen Untersuchung lassen keine Aussage darüber zu, ob (1) die anderen 50% der Klienten vor der Befragung bereits so gute Kenntnisse über eigene Schwierigkeiten und Veränderungswünsche hatten, dass die Selbsteinschätzung mit dem Fragebogen keine zusätzlichen Erkenntnisse erbrachte oder (2) der Fragebogen relevante Bereich nicht abfragt und diese deshalb unentdeckt bleiben oder (3) das Identifizieren eigener Schwierigkeiten und Veränderungswünschen bei Alltagstätigkeiten ein so komplexer Reflektionsprozess ist, dass er mit dem Ausfüllen eines Bogen alleine nicht komplett vollzogen werden kann.

Für die inhaltliche Validität des Selbsteinschätzungsbogens spricht, dass die Mehrzahl der Befragten den Inhalten des Fragebogens eine hohe Alltagsrelevanz bestätigte. Therapeutische Erfahrung mit dem klientenorientierten Ansatz zeigt auch, dass das Bewusstmachen von Alltagsproblemen und Veränderungswünschen ein therapeutisch zu begleitender Prozess ist, der in der Eingangsdiagnostik nur seinen Anfang, nicht aber seinen Abschluss finden kann. Aufgrund der Studienergebnisse wurde der Prozess der Zielfindung im Rahmen des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten modifiziert. Die Frage, was der Klient verändern möchte, fand sich nun nicht mehr direkt im Selbsteinschätzungsbogen, sondern Klienten und Therapeuten erarbeiteten in einem gemeinsam Gespräch auf der Basis des ausgefüllten Bogens die Veränderungswünsche und Therapieziele (► **Tab. 3**).

Fast alle Studienteilnehmer (90%) möchten in der Therapie persönliche Ziele und Wünsche berücksichtigt wissen, 80% wollen dazu auch befragt werden und 70% sind motiviert, zukünftig einen Selbsteinschätzungsbogen auszufüllen. Somit gibt es Klienten, die ihre Wünsche berücksichtigt sehen möchten, dazu aber weder im Gespräch noch schriftlich befragt werden wollen. Demnach brauchen Ergotherapeuten ein breites „Informationsgewinnungsrepertoire“ mit intuitiver Wahrnehmung und empathischer Beobachtung sowie klientenorientier-

Domänen	n	Skalenwerte			interne Konsistenz	
		Mittelwert	SD	Median	Cronbach alpha	Trennschärfe*
körperliche Selbstversorgung	22	1,51	0,51	1,28	0,85	0,35–0,80
eigenständige Lebensführung	80	1,71	0,63	1,50	0,85	0,36–0,74
Bewegung bei Alltagstätigkeiten	45	1,44	0,33	1,29	0,59	–0,14–0,66
Denken bei Alltagstätigkeiten	95	1,73	0,54	1,74	0,79	0,50–0,67
psychisches Wohlergehen und Umgang mit Menschen bei Alltagstätigkeiten	110	1,87	0,56	1,86	0,83	0,42–0,74
Arbeitsleben	77	1,62	0,40	1,60	0,83	0,44–0,65

Tab. 2 Psychometrische Werte des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten (SD = Standardabweichung; * part whole korrigierte Korrelation (Pearson) jedes Einzelitems mit der Gesamtskala, angegeben ist die Spannweite der einzelnen Trennschärfen innerhalb der jeweiligen Domäne)

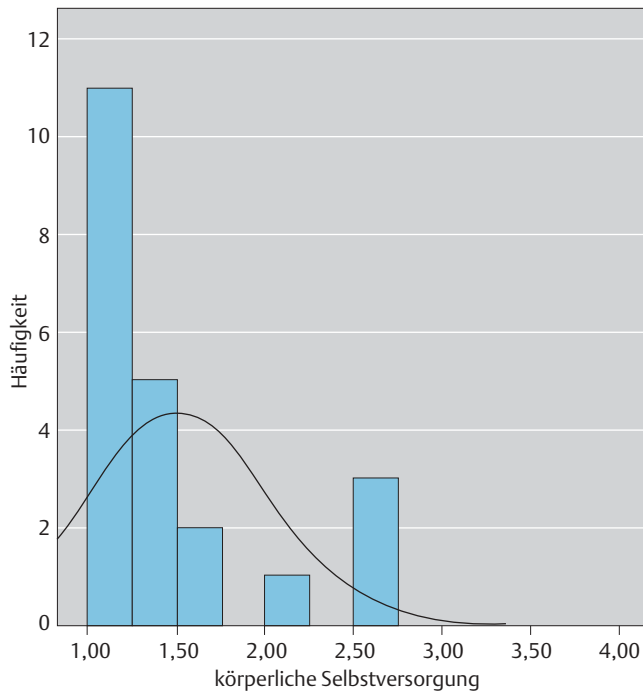


Abb. 4 Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte *körperliche Selbstversorgung*.

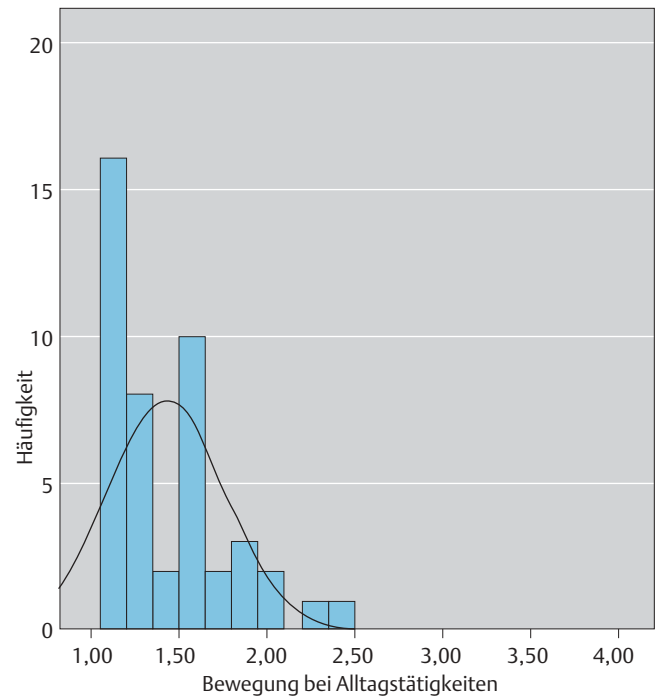


Abb. 6 Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte *Bewegung bei Alltagstätigkeiten*.

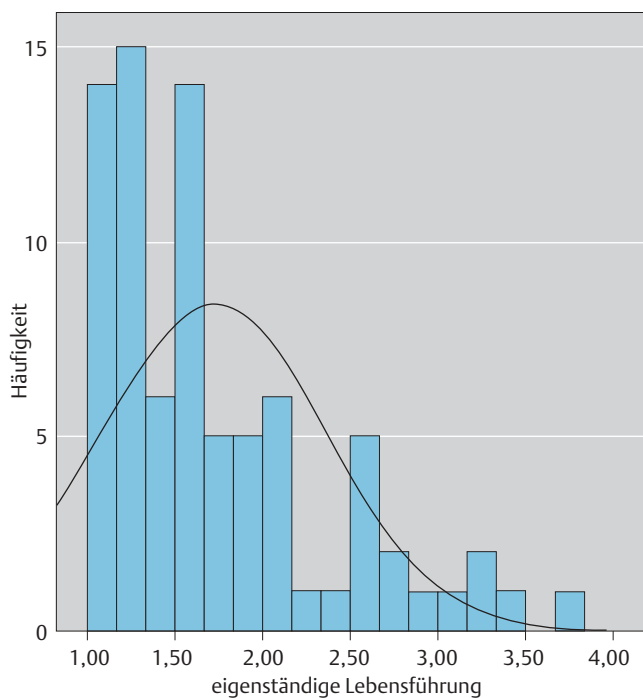


Abb. 5 Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte *eigenständige Lebensführung*.

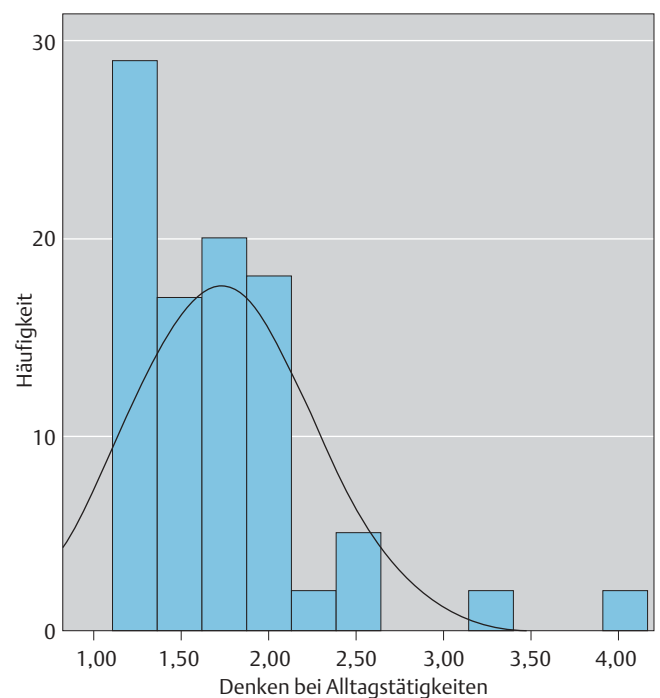


Abb. 7 Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte *Denken bei Alltagstätigkeiten*.

ter Gesprächsführung und praktikablen Selbsteinschätzungsbogen.

Die Entscheidung, ob zur ergotherapeutischen Diagnostik für einen konkreten Klienten der Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten infrage kommt und wenn ja, welche Domänen ausgegeben werden, sollte ein bewusster therapeutischer Reflektionsprozess sein: *Will mein Klient in seiner jetzigen Situation*

seine persönlichen Vorstellungen berücksichtigt wissen? Will und kann er Auskunft darüber geben? Will und kann er das in Form eines Selbsteinschätzungsbogens? Neue Fragen zur Reflexion wurden nun in die Erläuterungen für die Therapeuten zum Selbsteinschätzungsbogen aufgenommen (• **Tab. 3**).

Auch an anderer Stelle deuten die Ergebnisse auf die Notwendigkeit dieses Reflektionsprozesses vor der Ausgabe der Bögen

Tab. 3 Erläuterungen für die Therapeuten zum Fragebogen für Alltagstätigkeiten

Originalversion	neue Version
Prüfen Sie bitte vor der Ausgabe des Fragebogens, ob der Klient kognitiv, psychisch und motorisch dazu in der Lage ist, den Bogen auszufüllen.	Prüfen Sie bitte vor der Ausgabe des Fragebogens, ob der Klient kognitiv, psychisch und motorisch dazu in der Lage ist, den Bogen auszufüllen. <i>Bedenken Sie bitte, ob Ihr Klient in seiner jetzigen Situation Auskunft über seine persönlichen Vorstellungen geben will und kann? Will und kann er das in Form eines Selbsteinschätzungsbogens tun?</i>
Falls der Klient den Bogen nicht ausfüllen kann, prüfen Sie bitte, ob eine nahe Bezugsperson dies mit dem oder für den Klienten tun kann.	Falls der Klient den Bogen nicht ausfüllen kann, prüfen Sie bitte, ob eine nahe Bezugsperson dies mit dem oder für den Klienten tun kann.
Sie können einzelne Domänen bei der Ausgabe des Fragebogens weglassen, wenn Sie sich sicher sind, dass diese nicht relevant für den Klienten sind. Wenn Sie sich bei bestimmten Domänen unsicher sind oder Sie dem Klienten in jedem Fall die Auswahl lassen wollen, können Sie die jeweiligen Domänen auch kurz mit dem Klienten besprechen und gemeinsam mit ihm entscheiden, ob er diese ausfüllen will.	<i>Bitte geben Sie nur die für den Klienten in seiner jetzigen Situation relevanten Domänen des Fragebogens aus. Wenn Sie sich bei bestimmten Domänen unsicher sind oder Sie dem Klienten in jedem Fall die Auswahl lassen wollen, können Sie die jeweiligen Domänen auch kurz mit dem Klienten besprechen und gemeinsam mit ihm entscheiden, ob er diese ausfüllen will.</i>
Weisen Sie den Klienten darauf hin, dass er Tätigkeiten, die er verbessern möchte, mit einem Kreis um die Nummer der Frage markieren soll.	<i>Nachdem der Klient den Fragebogen ausgefüllt hat, erarbeiten Sie bitte in einem gemeinsamen Gespräch mit ihm, welche Tätigkeiten er verbessern möchte.</i>

hin. Von der Analyse der Skalenwerte und internen Konsistenz mussten einige Domänendaten ausgeschlossen werden, weil in allen Fragen der entsprechenden Domänen ausschließlich bestmögliche Antwortkategorien angekreuzt wurden. Dies lässt sich als starkes Indiz dafür werten, dass die abgefragten Domänen für die Klienten in ihrer gegenwärtigen Situation nicht relevant, weil völlig unproblematisch waren. Dennoch hatten die Ergotherapeuten die Domänen an die Klienten zur Selbstbeurteilung ausgegeben. Hier könnte eine Art Vorscreening, mindestens aber eine reflektiertere Entscheidung zur Ausgabe des Bogens indiziert sein.

Die starke Häufung niedriger Skalenwerte (keine Einschränkung) in den Domänen *körperliche Selbstversorgung* und *eigenständige Lebensführung* lässt sich dadurch erklären, dass die Klienten der untersuchten Stichprobe mit hoher Wahrscheinlichkeit in diesen Bereichen tatsächlich wenige Probleme aufwiesen. Sie waren primär wegen Schwierigkeiten im Arbeitsleben in ergotherapeutischer Behandlung.

Die Effektgrößen für den Einfluss des Alters, Geschlechts oder der Wohnsituation der Klienten auf das Antwortverhalten waren niedrig, sodass eine Verzerrung aufgrund dieser Faktoren weitgehend ausgeschlossen werden kann. Für eine eventuelle Normierung des Selbsteinschätzungsbogens in einer Normpopulation oder bei Klienten mit bestimmten Erkrankungen sind weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben und genaueren Subgruppenanalysen notwendig.

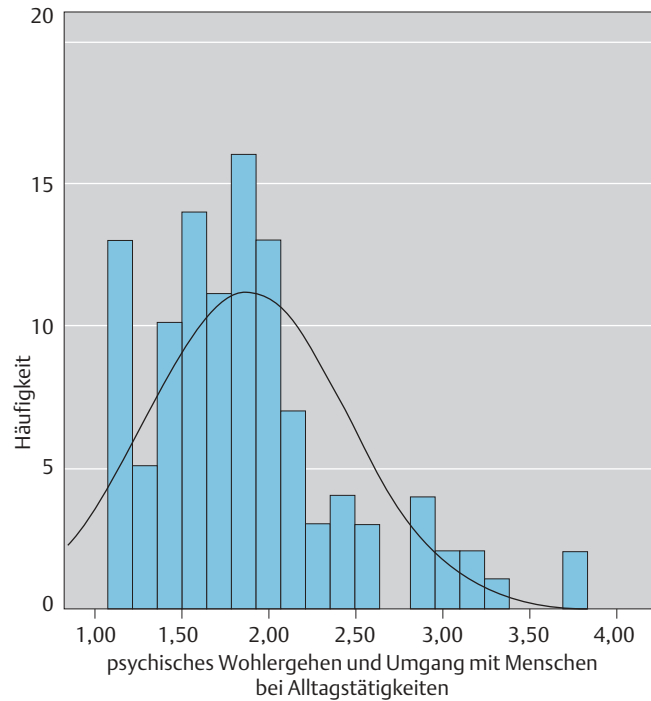


Abb. 8 Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte *psychisches Wohlergehen und Umgang mit Menschen bei Alltagstätigkeiten*,

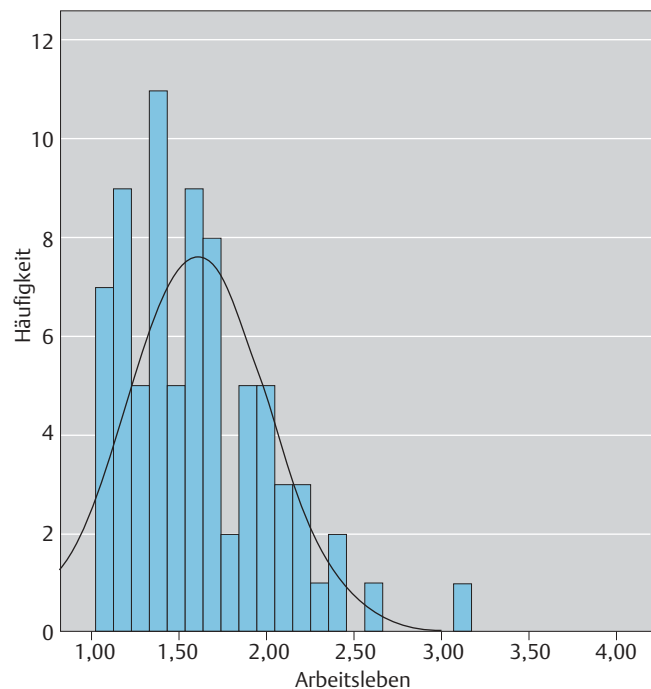


Abb. 9 Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte *Arbeitsleben*.

Bis auf eine Ausnahme liegen die Werte zur internen Konsistenz (Cronbach alpha: 0,79–0,85, Trennschärfe: 0,35–0,80) innerhalb der von Fitzpatrick et al. [5] empfohlen Richtwerte und sind mit denen der Validierungsstudie zum Ergotherapeutischen Assessment im arbeitsrehabilitativen Bereich vergleichbar (Cronbach alpha: 0,85–0,96, Trennschärfe: 0,31–0,92; [10]). Die Werte der Domäne *Bewegung bei Alltagsaktivitäten* lie-

gen mit Cronbach alpha von 0,59 und Trennschärfe $-0,14 - 0,66$ unter den geforderten Richtwerten [5], jedoch in einer Stichprobe mit hohem Anteil mentaler Funktionseinschränkungen. Vor einer Veränderung sollte die Domäne an Klienten mit primär bewegungsbezogenen Funktionsstörungen getestet werden. Auch für die anderen Domänen steht der Nachweis der internen Konsistenz in Stichproben mit hohem Anteil bewegungsbezogener Funktionsstörungen noch aus.

Schlussfolgerungen

Die befragten Ergotherapeuten bewerteten die Praktikabilität des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten als hoch, konnten diese Art der Befragung weitestgehend problemlos annehmen und bestätigten, dass der Fragebogen für sie relevante Alltagstätigkeiten erfasst. Die einzelnen Domänen des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten weisen eine zufriedenstellende bis hohe interne Konsistenz auf. Eine Modifikation der Erläuterung für Therapeuten zur Anwendung des Fragebogens soll die spezifische Anwendung der einzelnen Domänen und die gemeinschaftliche Therapiezielsetzung zwischen Klienten und Therapeuten gewährleisten. Damit und auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse kann der Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten zur Informationsgewinnung und Vorbereitung für das Gespräch zur Therapiezielsetzung bei ergotherapeutischen Klienten mit vorwiegend mentalen Funktionsstörungen eingesetzt werden. Zur Test-Retest-Reliabilität und Responsivität sowie Vergleiche mit anderen Selbsteinschätzungsinstrumenten und dem Therapeutenurteil im Ergotherapeutischen Assessment sollten weitere Untersuchungen erfolgen.

Danksagung

Unser herzlicher Dank gilt den 21 involvierten Ergotherapeuten sowie ihren Klienten, die die Fragebogen für die Studie ausfüllten.

Quintessenz

Selbsteinschätzungsbogen können der Informationsgewinnung und Therapiezielsetzung, als Screening oder durch Vergleich mit einer Fremdbeurteilung zur Verbesserung der Diagnostik eingesetzt werden und helfen, die Klientenperspektive systematisch zu berücksichtigen.

Der Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten ist für Klienten der Ergotherapie verständlich und akzeptabel und erfasst die relevanten Bereiche ihrer derzeitigen Lebenssituation. Die einzelnen Domänen des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten weisen eine zufriedenstellende bis hohe interne Konsistenz auf.

Eine Modifikation der Erläuterung für Therapeuten soll die spezifische Anwendung der einzelnen Domänen und die gemeinschaftliche Therapiezielsetzung zwischen Klienten und Therapeuten gewährleisten.

Literatur

- 1 Albrecht G. Using subjective health assessments in practice and policy-making. *Health Care Anal* 1996; 4: 284–292
- 2 Altman E. Rating scales for mania: is self-rating reliable? *J Affect Disord* 1998; 50: 283–286
- 3 Altman E, Hedeker D, Peterson JL et al. A comparative evaluation of three self-rating scales for acute mania. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 468–471
- 4 Bach LJ, David AS. Self-awareness after acquired and traumatic brain injury. *Neuropsychol Rehabil* 2006; 16: 397–414
- 5 Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ et al. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment* 1998; 2: 1–73. www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon214.pdf
- 6 Gibson L, Strong J. The reliability and validity of a measure of perceived functional capacity for work in chronic back pain. *J Occup Reha* 1996; 6: 159–175
- 7 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
- 8 Law M, Baptiste S, Carswell A et al. Canadian Occupational Performance Measure. Canadian Association of Occupational Therapy. ■■■■ Ottawa oder Toronto? ■■■■: ACE Publications, 1994
- 9 Law M, Baptiste S, Carswell A et al. Canadian Occupational Performance Measure. In: Dehnhardt B, Harth A et al (Hrsg). *A Canadian Occupational Performance Measure*. Langenhagen: Eigenverlag, Aha – Initiative für Information, Fortbildung und Entwicklung im DVE, 1999
- 10 Leonhart R, Akkad H, Seume C et al. Die Domänenn „Arbeitsrelevante Basisaktivitäten“ im Ergotherapeutischen Assessment: Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität. *ergoscience* 2006; 1: 26–35
- 11 May C, Foxcroft D. Minimizing bias in self-reports of health beliefs and behaviours. *Health Educ Res* 1995; 10: 107–112
- 12 McColl MA, Paterson M, Davies D et al. Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Can J Occup Ther* 2000; 67: 22–30
- 13 Möller HJ. Rating depressed patients: observer vs. self-assessment. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 160–172
- 14 Schirmacher T. Das Lübecker Fähigkeitsprofil (LPF) – Standardisierte Ergotherapie-dokumentation und -evaluation in der Psychiatrie. Neue Reihe Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner, 2001
- 15 Schochat T, Voigt-Radloff S, Heiss HW. Psychometrische Testung des Ergotherapeutischen Assessments. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 343–352
- 16 Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiss HW. Das Ergotherapeutische Assessment: Feldstudie zu Akzeptanz, Praktikabilität und Prozessqualität. *Die Rehabilitation* 2000; 39: 255–261
- 17 Voigt-Radloff S, Akkad H, Seume C. Das Ergotherapeutische Assessment. Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum. Freiburg: Eigenverlag, 2003
- 18 Voigt-Radloff S, Heiß HW. Abgestimmte therapeutische Assessment-Verfahren: Entwicklungsstatus und Ergebnisse am Beispiel des Ergotherapeutischen Assessments. *Neurologie & Rehabilitation* 2003; 9: 280–285
- 19 Voigt-Radloff S, Kiesinger A, Schochat T. Das Ergotherapeutischen Assessment – Implementierung in der Routine. *Die Rehabilitation* 2003; 42: 16–21
- 20 Voigt-Radloff S. Das Ergotherapeutische Assessment – Praktikabilitätsstudie zum Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten. *ergoscience* 2007; 2: 66–72
- 21 Wiedl KH, Uhlhorn S, Jürgens K. Das Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil (O-AFP) für psychiatrisch erkrankte Personen: Konzept, Entwicklung und Erprobung bei schizophrenen Patienten. *Die Rehabilitation* 2004; 43: 368–374
- 22 Wirtz M, Voigt-Radloff S. A Rasch-analysis of the unidimensionality of the ICF-oriented Occupational Therapy Assessment. *International Journal of Rehabilitation Research in press*
- 23 World Health Organisation. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. www.dimdi.de
- 24 Zwingmann C, Moock J, Kohlmann T. Patientennahe Assessmentinstrumente in der deutschsprachigen Rehabilitationsforschung – Aktuelle Entwicklungen aus dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationwissenschaften“. *Die Rehabilitation* 2005; 44: 307–315