

Abgestimmte therapeutische Assessment-Verfahren: Entwicklungsstatus und Ergebnisse am Beispiel des Ergotherapeutischen Assessments

S. Voigt-Radloff, H. W. Heiß

Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, ZGGF

Zusammenfassung

Einleitung: Ausgangsbasis für ein interdisziplinäres Assessment-Netzwerk sind die abgestimmten therapeutischen Assessment-Verfahren für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Der Bedarf wird vor dem Hintergrund der ICF, der Interdisziplinarität der Rehabilitation und der Forderung nach kontinuierlichem datengestützten Qualitätsmanagement aufgezeigt. Exemplarisch werden einige Ergebnisse zum Ergotherapeutischen Assessment referiert.

Methodik: Expertengruppen der jeweiligen Profession entwickelten nach vorgegebenen Kriterien zu Struktur und Intention die Assessmentverfahren für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Die Qualität der Verfahren wird in dreistufigen Untersuchungen (Probelauf, Pilotstudie, Validierungsstudie) geprüft. Zur Implementierung werden Anwenderschulungen durchgeführt.

Ergebnisse: Die bisherigen Untersuchungen zeigen für das Ergotherapeutische Assessment eine hohe Praktikabilität und Akzeptanz bei den Anwendern (Pilotstudie, n=329) und zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften (Validierungsstudie, n=833). Die Pilotstudie für das Physiotherapeutische Assessment diente der Fallzahlberechnung für die Validierungsstudie 2002/2003. Das Logopädische Assessment ist inkl. Handbuch fertiggestellt und wird in einer Pilotstudie ab Oktober 2003 untersucht. In der Anwendung des bereits geprüften Ergotherapeutischen Assessments sind bisher insgesamt etwa 300 Ergotherapeuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz geschult worden.

Diskussion: Der Nutzen der abgestimmten therapeutischen Assessment-Verfahren für die neurologische Rehabilitation wird diskutiert und weitere Entwicklungsoptionen werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Rehabilitation, Assessment-Netzwerk, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Consistent therapeutic Assessment-Instruments: State of development and results instancing the Occupational Therapy Assessment

S. Voigt-Radloff, H. W. Heiß

Abstract

Introduction: The consistent therapeutic Assessment-Instruments for occupational, speech and physiotherapy are the groundwork for an interdisciplinary Assessment-Network. The need is described on the background of the ICF, the interdisciplinarity of rehabilitation and the demand for continuing data-based quality management. Exemplarily some results regarding the Occupational Therapy Assessment are reported.

Methods: Expert groups of the respective profession developed the assessment instruments for occupational, speech and physiotherapy according to given criteria for structure and intention. The quality of the instruments is assayed by a three-step investigation (pilot run, pilot study, validation study). Training courses for user are performed for the implementation.

Results: Previous investigations of the Occupational Therapy Assessment revealed a high feasibility and acceptance by users (pilot study, n=329) and satisfactory psychometric properties (validation study, n=833). The pilot study of the Physiotherapy Assessment provided data for the power analysis of the validation study 2002/03. The Speech Therapy Assessment is completed inclusive handbook and the pilot study has started in October 2003. Up to now about 300 occupational therapists from Germany, Austria and Switzerland took part in training courses for user of the Occupational Therapy Assessment.

Discussion: The benefit of the consistent therapeutic Assessment-Instruments for the neurological rehabilitation is discussed, also further options of development.

Key words: Rehabilitation, assessment-network, occupational therapy, physiotherapy, speech therapy

Neurol Rehabil 2003; 9 (6): 280-285

Einleitung

Nach vorsichtigen Schätzungen ist davon auszugehen, dass 150.000 Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten (hier: Therapeuten) in Deutschland tätig sind. Bei konservativen Annahmen (6 Behandlungen pro Arbeitstag, 40 vollzeitäquivalente Arbeitswochen pro Jahr und 25 € [9] pro Behandlungseinheit) führen sie jährlich mindestens 180 Millionen Behandlungseinheiten im von Wert 4,5 Milliarden € aus. Die Therapeuten haben daher, wie auch die anderen Berufsgruppen der neurologischen Rehabilitation, die Aufgabe der effizienten interdisziplinären Zusammenarbeit [2, 8, 19, 24, 32] und müssen sich mit neuen Entwicklungen wie der Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [4] und der Forderung nach systematischem Qualitätsmanagement [1, 15] auseinandersetzen. Das interdisziplinäre Assessment-Netzwerk (AN) [12] soll sie in diesen Aufgaben unterstützen. Es beinhaltet derzeit berufsspezifische, aufeinander abgestimmte Assessmentverfahren für die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie, deren Struktur und Intentionen an anderer Stelle publiziert wurden [5, 11, 16, 29]. Ausgehend von den abgestimmten therapeutischen Assessmentverfahren könnte sukzessive ein kompatibles interdisziplinäres Netzwerk zur umfassenden und sektorenübergreifenden Evaluation von »Rehabilitationskarrieren« verschiedener Patienten aufge-

baut werden. Das Entwicklungsteam ist grundsätzlich an einer Erweiterung für andere Berufsgruppen interessiert. Im Vorfeld der Entwicklung wurden Kriterien festgelegt, die die therapeutischen Assessment-Verfahren erfüllen sollten (Tab. 1).

Eine Literaturrecherche ergab, dass derzeit keine Instrumente mit den geforderten umfassenden Funktionen zur Verfügung stehen. Der Bedarf für die Entwicklung eines Assessment-Netzwerkes wird vor dem Hintergrund der ICF, der interdisziplinären Zusammenarbeit und des Qualitätsmanagements erläutert.

Die ICF ermöglicht eine Kodierung von bio-psycho-sozialen Komponenten der Gesundheit auch auf der Ebene des Patientenalltags. Mit der ICF stellt die WHO eine internationale Basis für eine gemeinsame Sprache aller Gesundheitsprofessionen zur Beschreibung von Gesundheitsproblemen zur Verfügung. Therapeuten sind mit der lebensweltnahen Beurteilung und Behandlung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation vertraut. So befanden z. B. Physiotherapeuten das Gehvermögen eines Parkinsonpatienten in eigener Wohnung (ICF, d4600), Ergotherapeuten die Mahlzeitzubereitung bei Patienten mit Hemiparese (ICF, d630) oder Logopäden die Kommunikationsfähigkeit eines Aphasiepatienten (ICF, d310–399). Bei der sogenannten Komponente »Aktivitäten und Partizipation« unterscheidet die ICF zwischen Leistungsfähigkeit (beschreibt, was ein Mensch unter standardisierten Umweltbedingungen maximal tun kann) und Leistung (beschreibt, was ein Mensch in seiner üblichen Umwelt tut). Im Rahmen der Assessmentverfahren sollen die Therapeuten die Leistung des Patienten beurteilen. Die ICF klärt jedoch nicht, auf welches Umfeld sich die Beurteilung der Leistung beziehen soll. In der deutschen ICF-Version wird der englische Originalbegriff »current environment« mit »übliche Umwelt« übersetzt. Für eine zielführende und therapierelevante Beurteilung ist jedoch eine Unterscheidung zwischen »current« (eher mit »aktuell« zu übersetzen) und »familiär« (mit stärkerer Tendenz zu »gewohnt« oder »vertraut«) notwendig. Therapeuten wollen und sollen als wesentlichen Endpunkt erreichen, dass Patienten möglichst selbstständig und zufrieden in ihr gewohntes oder auf Dauer für sie geplantes Umfeld integriert sind. Beobachtete Leistungen im aktuellen Umfeld (Akuthaus, Rehabilitationsklinik oder Praxis) müssen also in einem zweiten Beurteilungsschritt auf das gewohnte Umfeld des Patienten übertragen werden. Hier wird offensichtlich, dass vorhandene Tests, die Standardbedingungen erfordern, diese Aufgabe alleine nicht leisten können. Deshalb war es angezeigt, die Assessmentinstrumente als Fremdbeurteilungsverfahren zu konzipieren, in dem qualifizierte Therapeuten zusätzlich den individuellen Kontext des Patienten berücksichtigen.

Für eine gemeinsame Therapieplanung und -bewertung sollte eine effiziente interdisziplinäre Kommunikation den verständnisgesicherten und reibungslosen Austausch von berufsspezifischen (1) Befunden, (2) Therapiezielen und

Die abgestimmten therapeutischen Assessment-Verfahren sollen:

1. Stärken und Schwächen auf der Ebene der Person erfassen, d. h. auf der Ebene der Fähigkeiten (ICIDH-1) bzw. der Aktivitäten und Partizipation (ICF);
2. für alle erwachsenen Patienten anwendbar sein, d. h. im ambulanten und stationären Sektor sowie in der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Langzeitversorgung und in den relevanten medizinischen Fachgebieten;
3. von Fachpraktikern und mit Hilfe wissenschaftlicher Beratung entwickelt werden;
4. potentielle Zielgrößen der jeweiligen Profession beinhalten;
5. auf der strukturierten Befundung und Beurteilung qualifizierter Therapeuten basieren; d. h. die Therapeuten sollen Befundungsverfahren situationsspezifisch wählen können und bei der Beurteilung sowohl die Ergebnisse der Befundungsverfahren als auch den individuellen Kontext des Patienten berücksichtigen;
6. konkreten Nutzen in der therapeutischen Routine stiften, d. h. die Befundung, Therapieplanung, Dokumentation, Evaluation und interdisziplinäre Kommunikation unterstützen;
7. für alle berufsspezifischen Assessmentverfahren die gleiche Struktur mit (1) Vorinformation, (2) Beurteilungsdomänen mit zusammengehörigen Items und jeweils vier Schweregrad-Kategorien und (3) zusammenfassendem deskriptiven Abschlussbericht aufweisen;
8. Daten generieren, die einen statistischen Vergleich von Patientengruppen ermöglichen; d. h. für Outcome-Studien und datengestütztes Qualitätsmanagement einsetzbar sein;
9. die Testgütekriterien Validität, Reliabilität, Responsibilität und Praktikabilität erfüllen;
10. modular aufgebaut sein, so dass für spezialisierte Institutionen nur bestimmte Module zur Anwendung kommen müssen;
11. EDV-fähig sein, d. h. sowohl individuelle Patientenberichte als auch eine übergreifende Datenzusammenschau etwa für Jahresberichte generieren können.

Tab. 1: Anforderungskriterien an die Assessment-Verfahren

(3) Ergebnissen umfassen. Diese drei Informationen sind in den in sich kompatiblen Assessmentverfahren dokumentiert. Nach der Erstbeurteilung liegen je nach Indikation für Ergotherapie, Logopädie und/oder Physiotherapie strukturierte Befunde und Therapieziele vor. Sie dienen als Basis für die interdisziplinäre Therapieplanung. Die Zweitbeurteilungen liefern vergleichbare Ergebnisdaten, die zur gemeinsamen Therapiebewertung herangezogen werden können. Die Items des jeweiligen Assessmentverfahrens repräsentieren die potentiellen berufsspezifischen Zielgrößen. Sie sind für jede Berufsgruppe in eigens erstellten Handbüchern definiert. Dies dient der klaren Begrifflichkeit in der interdisziplinären Kommunikation. Bei der Entwicklung der Handbücher wurde darauf geachtet, dass die Definitionen weitgehend unabhängig von den Fachtermini der vielfältigen professionsinternen Therapierichtungen und -methoden bleiben. Die Aufgabe der interdisziplinären Zusammenarbeit erfordert Assessmentverfahren, die einerseits den originären Rehabilitationsbeitrag der jeweiligen Profession und andererseits eine teamkompatible Kommunikationsstruktur darstellen.

Im Rahmen des datengestützten Qualitätsmanagements können die Assessmentverfahren als Indikatoren für die therapiespezifische Ergebnisqualität herangezogen werden. Welchen Beitrag beispielsweise das Ergotherapeutische Assessment zum Qualitätsmanagement liefern kann, ist an anderer Stelle publiziert [30, 31]. Die kontinuierliche Evaluation der Behandlungsergebnisse durch die Therapeuten selbst fördert nach Auffassung der Entwickler das Qualitätsbewusstsein und die intrinsische Motivation zur Qualitätsverbesserung stärker als ausschließlich externe Kontrollmaßnahmen. Dass in der Therapie (durch Heilmittelbringer) routinemäßig angewendete Dokumentationsverfahren statistisch verwertbare Evaluationsdaten liefern, ist ein Novum, das zu einer gewinnbringenden engeren Verzahnung von Rehabilitationsforschung und -praxis führen kann.

Methodik

1. Das Anforderungsprofil für die Assessmentverfahren (vgl. Tab. 1) wurde durch den Vergleich vorhandener Beurteilungsinstrumente [20, 22, 23] und Klassifizierungen [4] erstellt und stetig ergänzt.
2. Zur Entwicklung der berufsspezifischen Assessments wurden Arbeitsgruppen gebildet, die sich aus sieben bis dreizehn Fachpraktikern der jeweiligen Profession und dem Teilprojektleiter aus dem ZGGF als Moderator zusammensetzten. Die Aufgabe umfasste (1) die Sammlung von potentiellen Zielgrößen der Therapie (Items), (2) die aus fachpraktischer Sicht inhaltlich sinnvolle Systematisierung der Items zu Domänen und (3) die Zusammenstellung der Domänen und weiterer Informationen zu einem praktikablen Assessmentformular.
3. Nach erfolgreichem Probelauf des Assessmentformulars in der therapeutischen Routine der Arbeitsgruppen-Mitglieder erarbeitete eine Kernarbeitsgruppe aus

3–5 Experten der Profession das Handbuch mit Handlungsanweisungen sowie einer Definition der Items und Schweregrad-Kategorien.

4. Die anschließende Pilotstudie dient der Untersuchung von Praktikabilität und Akzeptanz seitens der Therapeuten sowie der Ermittlung empirischer Daten zur Fallzahlenberechnung für die Validierungsstudie.
5. In den Validierungsstudien für jedes Assessmentverfahren im deutschen bzw. deutschsprachigen Raum werden die psychometrischen Eigenschaften geprüft. Sowohl Pilotstudien als auch Validierungsstudien werden mit rehabilitationswissenschaftlicher Expertise geplant und ausgewertet. Das Votum der Ethikkommission des Universitätsklinikums Freiburg wird dazu eingeholt. Die Besonderheit der multizentrischen Studien ist, dass die Daten im Assessmentverfahren unter Routine-Arbeitsbedingungen der jeweiligen Therapeuten erhoben werden. Die Kongruenz zwischen Studien- und Routinebedingungen sorgt für eine höhere externe Validität der Studien und nachfolgend für eine leichtere Implementierung in der Praxis.
6. Die Instrumente mit zufriedenstellender Testgüte werden durch die Schulung anwendungsinteressierter Fachpraktiker in der therapeutischen Routine implementiert.
7. Zur kontinuierlichen Optimierung der Assessmentverfahren wird ein stetiger Austausch zwischen Anwendern, Entwicklern und wissenschaftlichen Experten und die Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) [33] angestrebt. Dazu führt das ZGGF eine Anwender-Datenbank.

Ergebnisse

Für das Logopädische Assessment sind die Entwicklung des Assessmentformulars, der Probelauf und die Handbucharstellung abgeschlossen. Die Pilotstudie begann im Oktober 2003. Die Ergebnisse der Pilotstudie zum Physiotherapeutischen Assessment mit mittleren bis hohen Effektstärken im Prä/Post-Interventionsvergleich bildeten die Basis für die Planung der Validierungsstudie, die im Oktober 2002 begann und im Herbst 2003 abgeschlossen wurde.

Ergotherapeutisches Assessment: Nach erfolgreichem Abschluss der Validierungsstudie im Jahre 2002 [14, 28] (Ergebniszusammenfassung in Tab. 2) wurden bis September 2003 etwa 300 Ergotherapeuten aus Deutschland, der Schweiz und Österreich in der Anwendung des Ergotherapeutischen Assessments geschult. Erste Kontakte zur Weiterentwicklung des Instrumentes sind gebahnt. In Planung sind weitere Module, z. B. für die beruflichen Aktivitäten, eine EDV-Version zur statistischen Auswertung im Sinne eines Abteilungs-jahresberichtes sowie die Verbreitung in andere europäische Länder, evtl. über den Studiengang zum European Master of Science in Occupational Therapy.

EA Domäne Psychometrische Eigenschaft	EA 1	EA 2	EA 3	EA 4	EA 5
Reliabilität					
Interne Konsistenz, Cronbach's alpha	0.97	0.96	0.90	0.92	0.92
Test-Retest-Reliabilität, Intraclass Correlation Coefficient	0.99	0.98	0.98	0.96	0.93
Beurteilerübereinstimmung, Konkordanzmaß Kappa	0.81	0.82	0.79	0.72	0.78
Konkurrenente Validität (Pearson Correlation Coefficient)					
Korrelation mit FFbH	- 0.80	- 0.67	- 0.78		
Korrelation mit MMSE		- 0.66		- 0.59	
Korrelation mit IRES funktional	0.58	0.59	0.56		
Korrelation mit IRES psychosozial					- 0.39
Veränderungssensitivität					
Effektstärken zwischen EA-Messungen prä/post Behandlung	0.58	0.49	0.65	0.44	0.47

EA 1 = Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung
 EA 2 = Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung
 EA 3 = Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen
 EA 4 = Alltagsrelevante Folgen neuropsychologischer Funktionen
 EA 5 = Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen
 FFbH = Funktionsfragebogen Hannover [17, 18, 27]
 MMSE = Mini Mental State Examination [6]
 IRES = Indikatoren des Reha-Status [7]

Tab. 2: Ergebnisse der Validierungsstudie zum Ergotherapeutischen Assessment (EA)

Diskussion

Strukturgleiche und kompatible Assessmentverfahren für die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie sind von Fachpraktikern entwickelt und sind bzw. werden wissenschaftlich auf Anwendbarkeit und psychometrische Eigenschaften geprüft. Sie evaluieren die Aktivitäten und Funktionen der Person bezogen auf deren individuellen Kontext und erfassen damit den Endpunkt neurologischer Rehabilitationsbemühungen. Das Ergotherapeutische Assessment umfasst derzeit die Domänen Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung und eigenständigen Lebensführung sowie die alltagsrelevanten Folgen sensomotorischer, neuropsychologischer und psychosozialer Funktionen auf diese Aktivitäten. Das Logopädische Assessment erfasst die kommunikativen Aktivitäten sowie die Sprach-, Sprech- und Schluckfunktionen im Alltag des Patienten. Das Physiotherapeutische Assessment repräsentiert die Bewegungsaktivitäten und -funktionen im Alltag des Patienten sowie die Folgen funktioneller und spezifisch neurophysiologischer Störungen auf die Bewegungsausführung der Person.

Die Fremdbeurteilungsverfahren sind auch bei kognitiv eingeschränkten Patienten anwendbar. Sie sind nicht unabhängig auf Patientenangaben angewiesen, sondern stützen sich auch auf Informationen vom Team, von Angehörigen, aus Tests und aus Beobachtungen. Dies ist ein Vorteil

gegenüber Patienten-Selbsteinschätzungsinstrumenten wie dem SF-36 [3], dem IRES [7] oder dem Canadian Occupational Performance Measure [21].

Die Therapeuten sollen im Beurteilungsprozess den Zusammenhang zwischen einzelnen körperlichen und mentalen Funktionen und Aktivitäten/Partizipation des Patienten in seinem vertrauten Umfeld herstellen. Auf dieser Grundlage planen sie die Therapie. Im konkreten Fall können sie so ermitteln, ob das Training einer bestimmten Funktion, das Einüben einer kompensatorischen Aktivität oder eine Veränderung des Umfeldes angezeigt ist, um sich dem angestrebten Endpunkt einer gelungenen Partizipation anzunähern. Die bisher in Deutschland etablierten Instrumente zur Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens wie der Barthel-Index [23], der Erweiterte Barthel-Index [26], IADL nach *Lawton & Brody* [22] und der FIM [20] berücksichtigen diese Zusammenhänge zwischen Funktionen, Aktivitäten, Kontextfaktoren und Partizipationen kaum. Sie liefern Informationen zu Aktivitätseinschränkungen des Patienten in dem Umfeld, in dem der Rater beobachtet. Sie geben damit weder Auskunft über den Einfluss der zugrunde liegenden Funktionsstörungen noch über den Einfluss des patienten-spezifischen Kontextes auf die jeweiligen Aktivitäten. Somit stellen diese Instrumente zu wenig Information zur Verfügung, um konkrete ergo-, physio- oder sprachtherapeutische Behandlungsansätze zu identifizieren. *Heiß et al.* [13] konnten an einer Stichprobe von Patienten der Ambulanten Geriatrischen Rehabilitation zeigen, dass das AN im Vergleich zum Barthel-Index und zu den IADL nach *Lawton & Brody* alltagsrelevante Veränderungen besser aufzeigt. Das Ergotherapeutische Assessment konnte mittlere Effektstärken in einem heterogenen Sample von Patienten mit verschiedenen Diagnosen aus Akutkrankenhäusern, der stationären und ambulanten Rehabilitation sowie der Langzeitversorgung aufzeigen [28]. Um Veränderungen abzubilden, nutzt das Ergotherapeutische Assessment – wie auch die beiden anderen Verfahren – eine Viererskalierung. *Nosper et al.* [25] konnten mit dem siebener-skalierten FIM große Effektstärken bei Patienten der stationären neurologischen Rehabilitation messen. Aus Sicht der therapeutischen Praktiker sind bei dem Vergleich der gemessenen Effekte mehrere Aspekte kritisch zu betrachten.

1. *Nosper et al.* untersuchten ein homogeneres Sample mit höherem Rehabilitationspotential.
2. Die im FIM gemessene Selbstständigkeit bezieht sich nicht eindeutig auf das für den Patienten gewohnte oder auf Dauer geplante Umfeld.
3. Es ist fraglich, inwieweit der Sprung von einer FIM-Stufe auf die nächst höhere relevant für die Handlungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit des Patienten in seinem Alltag ist. Wenn z. B. eine Person anfangs 60% und am Ende der Rehabilitation 76% des Treppensteigens alleine bewältigt, macht dies einen Categoriesprung im FIM aus. Für die konkrete Reintegrationssituation des Patienten kann dies aber evtl. völlig unerheblich sein. Hat der Patient in seiner Wohnung keine Hilfs-

person, aber eine Treppe zwischen Schlafzimmer und Toilette, so muss er umbauen oder umziehen. Kann der gleiche Patient an seiner Arbeitsstelle mit dem Aufzug zu seinem Büro gelangen, ist der im FIM gemessene Rehabilitationserfolg für die berufliche Reintegration ebenso irrelevant. Die fragliche Aussagekraft des FIM für die Partizipation im Alltag wird auch in einer Studie von Gurka et al. [10] bestätigt. Sie fanden keine signifikante prädiktive Validität des FIM für die Werte der Return to Work Scale und des Community Integration Questionnaire in einer Follow-up Untersuchung nach 24 Monaten.

Ausblick

Das Ergotherapeutische Assessment steht für jede interessierte Einrichtung zur Implementierung zur Verfügung [34]. Es kann unter bestellung@ergoas.de bezogen werden. Informationen zu Schulungen sind unter Schulungsteam@ergoas.de zu erhalten. Die in Entwicklung befindliche neue Domäne »Basisaktivitäten zur selbstständigen Berufsausübung« wird voraussichtlich ab 2004 in einer Pilotstudie auf Praktikabilität getestet. Eine Subgruppenanalyse der Daten aus der Validierungsstudie [28] für Patienten aus (1) der Akutversorgung, (2) der stationären und (3) der ambulanten Rehabilitation sowie (4) aus Einrichtungen zur Langzeitversorgung wird im Rahmen einer europäischen Masterarbeit im englischen Sprachraum publiziert. Schulungen zur Implementierung des Physiotherapeutischen Assessments werden voraussichtlich für Mitte 2004 nach Beurteilung der Ergebnisse der Validierungsstudie angeboten. Für das Logopädische Assessment werden nach Abschluss der Pilotstudie und evtl. Modifizierung des Instrumentes ab Ende 2004 Teilnehmer zur bundesweiten Validierungsstudie gesucht.

Wenn alle Assessmentverfahren validiert und in mehreren Einrichtungen in der Anwendung sind, so sind Untersuchungen zur Optimierung der interdisziplinären Informationsorganisation unter Routinebedingungen möglich. Institutionen der neurologischen Rehabilitation bieten sich dafür an, da hier Ergo-, Physio- und Sprachtherapie oft gemeinsam an einem Patienten arbeiten.

Der Aufbau eines kompatiblen interdisziplinären Assessment-Netzwerks durch Ergänzung mit Assessmentverfahren für weitere Berufsgruppen ist aus Sicht der Autoren erstrebenswert. Denn die häusliche und berufliche Reintegration eines Patienten ist eine komplexe Aufgabe, weil neben Krankheit und funktioneller Behinderung auch die Biographie und Motivationslage sowie das physikalische und soziale Arbeits- und Lebensumfeld des Patienten zu berücksichtigen sind. Und der Ansatz der berufsspezifischen Assessmentverfahren in einem kompatiblen Assessment-Netzwerk fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Befunderhebung, Planung und Evaluation. Damit basiert die Therapiesteuerung auf dem systematisch ermittelten Urteil eines Teams (Intersubjektivität), in dem jede Berufsgruppe ihren originären Beitrag darstellt, und

nicht nur auf einzelnen Testverfahren, die unter Standardbedingungen scheinbar objektive Ergebnisse liefern, aber über den Alltag des einzelnen Patienten wenig aussagen können. Außerdem wird die zunehmende Dokumentationsarbeit auf mehrere Schultern verteilt und diejenigen, die die Therapie durchführen, sind auch verantwortlich für deren Evaluation. Dies kann das Qualitätsbewusstsein des einzelnen Therapeuten, die Kommunikation des Teams und letztendlich die lernende Organisation unterstützen.

Literaturverzeichnis

72. Gesundheitsministerkonferenz: Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Stand: 9./10. Juni 1999. <http://www.gqmg.de/Links/strategie.htm>
- Barolin GS: Rehabilitation especially needs a holistic approach. *Ther Umsch* 1996; 53 (3): 228-36
- Bullinger M, Kirchberger I: SF-36 – Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen 1998
- DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand: 24.9.2002. www.dimdi.de
- Dorfmueller-Kuechlin S, Schlenstedt D, Voigt-Radloff S: Das Physiotherapeutische Assessment. *Krankengymnastik – Zeitschrift für Physiotherapeuten* 1998; 10: 1711-1723
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: »Mini-mental state«: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12, 189-98
- Gerdes N, Jaeckel WH: Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Die Rehabilitation* 1995; 34, XIV-XXIV
- Girardi P, Acherer E, Holzapfl M, Strebl L: Ambulante, interdisziplinäre Teamarbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis – Die sozialmedizinische Organisation in Vorarlberg. *Rehabilitation* 1998; 37: 229-232
- Gladman J, Whyne D, Lincoln N: Cost comparison of domiciliary and hospital-based stroke rehabilitation. *Age and Aging* 1994; 23: 241-245
- Gurka JA, Felmingham KL, Baguley IJ, Schotte DE, Crooks J, Marosszky JE: Utility of the functional assessment measure after discharge from inpatient rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14 (3): 247-56
- Habermann C, Voigt-Radloff S: Das Ergotherapeutische Assessment als Prozess, *Bulletin of World Federation of Occupational Therapists (WFOT)* 1998; 37: 24-29
- Heiß HW: Assessment-Netzwerk. In: Nikolaus T (Hrsg.): *Klinische Geriatrie*. Springer, Heidelberg 2000, 196-204
- Heiß HW, Roth M, Dorfmueller-Kuechlin D, Ebert D, Wolf R, Voigt-Radloff S, Schwer B, Schlenstedt D, Jäger M: Ambulante geriatrische Rehabilitation in einer Institutsambulanz: Ergebnisse des Modellversuches des Landes Baden-Württemberg. *Geriatric Research* 1999; 9 (2): 71-79
- 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 (1): 23-9
- Jäckel WH, Maier-Riehle B, Protz W, Gerdes N: Peer Review: Ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. *Rehabilitation* 1997; 36: 224-232
- Kiesinger A, Voigt-Radloff S: Das Ergotherapeutische Assessment, *Ergotherapie & Rehabilitation* 1996; 7: 647-651
- Kohlmann T, Raspe H: Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). *Die Rehabilitation* 1996; 35: I-VIII
- Kohlmann T, Raspe H: Die patientennahe Diagnostik von Funktionseinschränkungen im Alltag. *Psychomed, Zeitschrift für Psychologie und Medizin* 1994; 6: 21-27
- Korbmacher H, Kahl-Nieke B: Optimizing interdisciplinary cooperation for patients with orofacial dysfunctions. Presentation of an interdisciplinary diagnostic referral sheet. *J Orofac Orthop* 2001; 62 (3): 246-50

20. de Langen EG, Frommelt P, Wiedmann KD, Amann J: Messung der funktionalen Selbständigkeit in der Rehabilitation mit dem Funktionalen Selbständigkeitsindex (FIM). *Die Rehabilitation* 1995; 34, IV-XI
21. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N: *Canadian Occupational Performance Measure: CAOT Publications ACE*, 1994
22. Lawton MP, Brody EM: Assessment of older people, selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86
23. Mahony FI, Barthel DW: Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 61-6
24. Muller K: Basel Project of comprehensive and interdisciplinary rehabilitation of neurological patients. An action concept. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1991; 80 (41):1076-91
25. Nosper M, Hock G, Hardt R: Stationäre Behandlung von Schlaganfallpatienten in geriatrischen und neurologischen Rehabilitationseinrichtungen (Teil II: Ergebnisse). *European Journal of Geriatrics* 2003; 2
26. Prosiegel M, Böttger S, Schenk T, König N, Marolf M, Vaney C, Garner C, Yassouridis A: Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurol Rehabil* 1996; 1: 7-13
27. Raspe H, Hagedorn U, Kohlmann T, Mattussek S: Der Funktionsfragebogen Hannover (FFbH): Ein Instrument zur Funktionsdiagnostik bei polyartikulären Gelenkerkrankungen. In: Siegrist J (Ed.): *Wohnortnahe Betreuung Rheumakrankter. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Evaluation eines Modellversuches*. Schattauer, Stuttgart, New York 1990
28. Schochat T, Voigt-Radloff S, Heiß HW: Psychometrische Analysen des Ergotherapeutischen Assessments. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 343-352
29. Schwer B, Hauck E, Voigt-Radloff S: Das Logopädische Assessment, *Forum Logopädie* 1997; 11: 23-25
30. Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiß HW: Das Ergotherapeutische Assessment: Feldstudie zu Akzeptanz, Praktikabilität und Prozessqualität. *Rehabilitation* 2000; 39: 255-61. <http://www.aqs.de/ea.pdf>
31. Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiß HW: Das Ergotherapeutischen Assessment – Praktische Anwendung und Implementierung. *Ergotherapie & Rehabilitation* 2002; 11: 5-8
32. Wallesch CW, Frank B, Bartels C, Herrmann M: Determining patient staff with regard to needs and requirement profile for neuropsychologists, speech therapists and occupational therapists of acute care neurologic clinics in Germany. *Nervenarzt* 1995; 66 (6): 455-61
33. www.aqs.de
34. www.ergoas.de

Korrespondenzadresse:

Sebastian Voigt-Radloff
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg (ZGGF)
Universitätsklinikum Freiburg
Lehener Straße 88
D-79106 Freiburg
E-Mail: voigt@zggf.ukl.uni-freiburg.de