

Heide Akkad | Caroline Seume |  
Melanie Kriegseisen-Peruzzi | Thomas Leidag

# **Das Ergotherapeutische Assessment**

**Version 6**

**Ein validiertes Instrument zur  
ergotherapeutischen Diagnostik,  
Therapieplanung und Evaluation**



herausgegeben von

Ulrike Marotzki | Christiane Mentrup | Peter Weber

gefördert durch



**Heide Akkad** beendete 1971 die Fachschul- ausbildung zur Ergotherapeutin und war da- nach 9 Jahre am heutigen SRH Klinikum Karls- bad-Langensteinbach im Fachbereich Neuro- logie schwerpunktmäßig in der Schädel-Hirn- traumalogie tätig. 1980 wechselte sie in den Fachbereich Querschnitt am Orthopädischen Krankenhaus Markgröningen. Dort baute sie

die Abteilung Ergotherapie auf und war längere Zeit nebenberuf- lich als Dozentin an der Schule für Ergotherapie Stuttgart-Feuer- bach tätig. 1986 kehrte sie wieder an das SRH Klinikum Karlsbad- Langensteinbach, Fachbereich Schädelhirntraumatologie zurück. Sie intensivierte dort das kognitive Training und arbeitete eng mit der Abteilung für berufliche Rehabilitation zusammen. Seit dem Jahr 1996 gehört sie der Autorengruppe zur Erarbeitung des Ergo- therapeutischen Assessments an und wirkte bis 2018 an den Überarbeitungen und Erweiterungen mit.



**Melanie Kriegseisen-Peruzzi**

schloss ihre Diplombildung zur Ergothe- rapeutin an der medizinisch-technischen Akademie für Ergotherapie Salzburg 2001 ab und arbeitet seitdem als Ergotherapeu- tin in unterschiedlichen Settings im Fach- bereich Geriatrie. Seit 2005 ist sie als Leh- rende und Vortragende an mehreren Fachhochschulen und Fortbildungsinstitutionen tätig. 2008 graduierte sie an der Paris-Lodron-Universität Salzburg in Angewandter Linguistik und schloss 2015 berufsbegleitend den Masterlehrgang Ergo- therapie an der fhg Tirol ab. Als wissenschaftliche Projektmitar- beiterin und Mitglied in diversen Berufs- und Fachverbänden in unterschiedlichen Funktionen ist sie unter anderem seit 2009 im Schulungs- und Entwicklungsteam des Ergotherapeutischen Assessments aktiv.



**Caroline Seume** studierte Ergotherapie in den USA und schloss das Studium zum Occupa- tional Therapist mit dem Bachelor of Science 1982 ab. Es folgten 35 Jahre Tätigkeit als Ergo- therapeutin vorwiegend im Klinikum Karlsbad- Langensteinbach in den Bereichen Orthopädie, berufliche Rehabilitation und schwerpunktmä- ßig in der Neurologie. Während dieser Zeit war

sie auch zwei Jahre als Ergotherapeutin in den USA tätig. Seit 1995 unterrichtet sie nebenberuflich in der Schule für Ergothera- pie Karlsbad/Karlsruhe. 1997 begann ihre Mitarbeit beim Autoren- team zur Entwicklung des Ergotherapeutischen Assessments. 1998 wurde sie Referentin im EA Schulungsteam. Sie ist Co-Auto- rin des Langensteinbacher Therapiematerials für kognitives Train- ing und führte in diesem Zusammenhang Seminare zu neuropsy- chologischen Grundlagen für Ergotherapeut\*innen von 2004–2016 durch.



**Thomas Leidag** schloss 1987 seine Fach- schulausbildung zum Ergotherapeuten ab. Da- nach war er 13 Jahre am SRH Klinikum Karls- bad-Langensteinbach im Fachbereich Neuro- logie tätig. Seit 1998 ist er Lehrender an der SRH Fachschule für Ergotherapie Karlsbad/ Karlsruhe. Von 2000 bis 2018 leitete er dort

den Ausbildungsgang Ergotherapie. 2018 schloss er berufsbeglei- tend den Masterstudiengang Ergotherapie an der fhg Tirol ab. Ebenfalls 2018 begann er seine Tätigkeit als Fachlektor Ergothera- pie sowie als Chef vom Dienst der wissenschaftlichen Fachzeit- schrift ergoscience im Schulz-Kirchner Verlag. Seit 1996 ist er in verschiedenen Gremien und Projekten ehrenamtlich für den Deut- schen Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE) und seit 1998 im Schulungs- und Entwicklungsteam des Ergotherapeutischen As- sessments aktiv.

Heide Akkad | Caroline Seume |  
Melanie Kriegseisen-Peruzzi | Thomas Leidag

# Das Ergotherapeutische Assessment

Version 6

**Ein validiertes Instrument zur  
ergotherapeutischen Diagnostik,  
Therapieplanung und Evaluation**



**Schulz-  
Kirchner  
Verlag**

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besuchen Sie uns im Internet: [www.skvshop.de](http://www.skvshop.de)**

1. Auflage 2020

ISBN 978-3-8248-1267-7

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2020

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Fachlektorat: Thomas Leidag

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Susanne Koch

Titelfotos: cherryandbees – Adobe Stock (links); De Visu – Adobe Stock (rechts)

Druck und Bindung: medienHaus Plump, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Autor\*innen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autor\*innen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über:

[info@schulz-kirchner.de](mailto:info@schulz-kirchner.de)

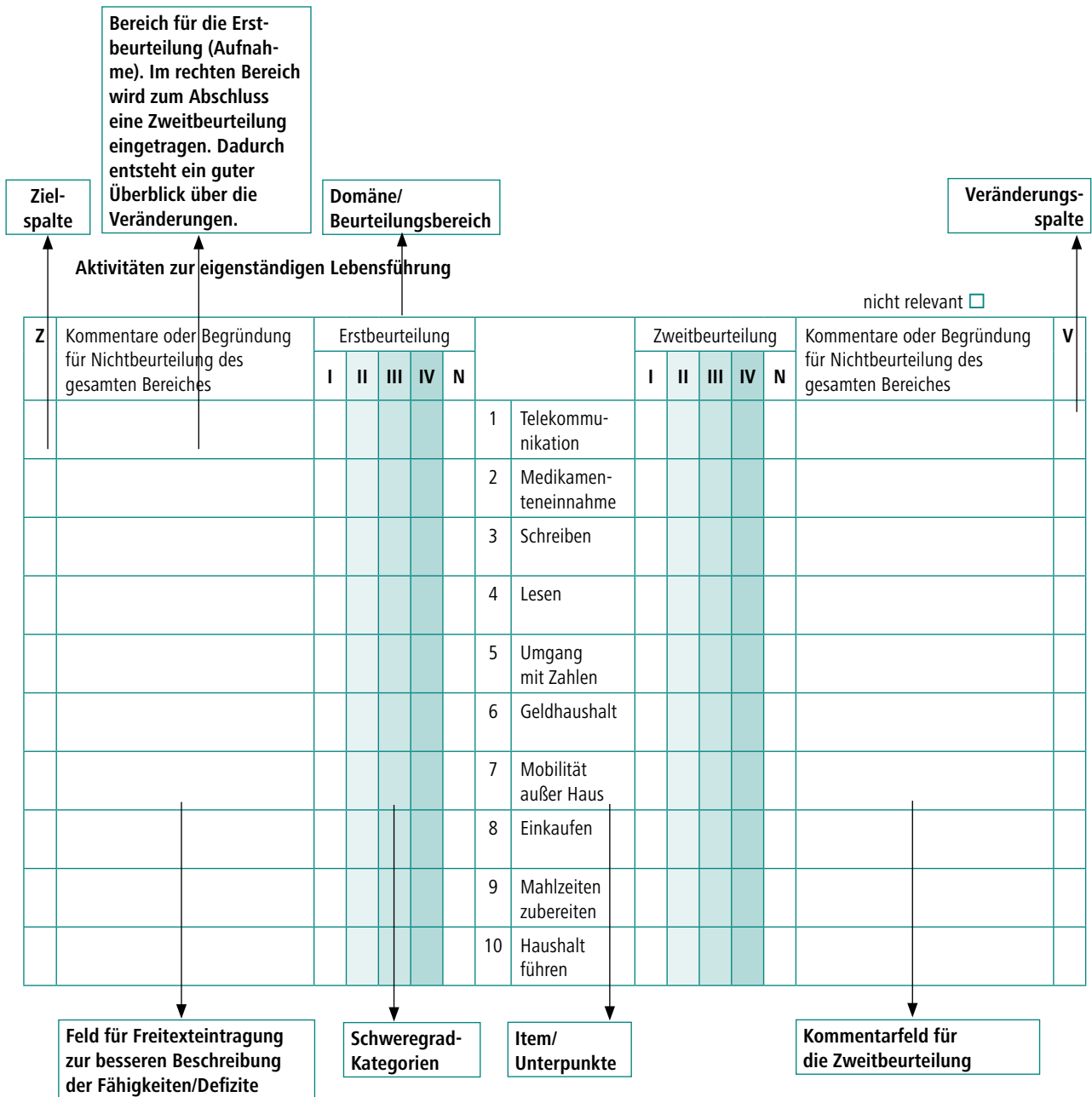
# Inhalt

|   |    |
|---|----|
| <b>Vorwort der Herausgeber</b> . . . . .  | 9  |
| <b>Vorwort</b> . . . . .  | 11 |
| <b>Ergotherapeutisches Assessment (Instrument)</b> . . . . .  | 13 |
| <b>Ergotherapeutisches Assessment (EA) – Kurzanleitung</b> . . . . .  | 21 |
| EA-Domänen . . . . .  | 21 |
| EA-Schweregrad-Kategorien . . . . .   | 22 |
| <b>1 Einleitung</b> . . . . .   | 23 |
| 1.1 Sinn und Zweck des Assessmentverfahrens . . . . .   | 23 |
| 1.2 Philosophie des Ergotherapeutischen Assessments (EA). . . . .   | 23 |
| 1.2.1 Rehabilitation als Integrationsprozess . . . . .  | 23 |
| 1.2.2 Rehabilitation als klientenzentrierter Prozess . . . . .  | 23 |
| 1.2.3 Rehabilitation als interdisziplinärer Prozess . . . . .   | 24 |
| 1.2.4 Das EA als Entscheidungsprozess qualifizierter Therapeutinnen und Therapeuten . . . . .                             | 24 |
| 1.2.5 Das EA als dynamischer Entwicklungsprozess . . . . .  | 24 |
| 1.3 Verknüpfung mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) . . . . . | 24 |
| 1.4 Bezug zu ergotherapeutischen Modellen . . . . .   | 34 |
| 1.4.1 Fähigkeiten der Person und Umfeldbedingungen . . . . .  | 34 |
| 1.4.2 Aufteilen der personalen Fähigkeiten in einzelne Komponenten . . . . .  | 35 |
| 1.4.3 Einteilung in verschiedene Lebensbereiche. . . . .  | 35 |
| 1.5 Bezug zum Qualitätsmanagement . . . . .   | 36 |
| 1.6 Wissenschaftliche Studien . . . . .   | 37 |
| <b>2 Anleitung zum Erstellen</b> . . . . .  | 38 |
| 2.1 Deckblatt . . . . .   | 38 |
| 2.1.1 Patientenstammdaten . . . . .   | 38 |
| 2.1.2 Ärztliche Diagnosen . . . . .   | 38 |
| 2.1.3 Ausgangslage seitens des Patienten/der Patientin und seines/ihrer Umfeldes . . . . .                                | 38 |
| 2.1.3.1 Familiäre, berufliche und sonstige soziale Situation, inkl. Unterstützungsmöglichkeit durch Angehörige . . . . .  | 38 |
| 2.1.3.2 Krankengeschichte und medizinische Zusatzinformation (z. B. Medikation) . . . . .                                 | 38 |
| 2.1.3.3 Bisherige Therapie/Hilfe durch professionelle Dienste oder Privatpersonen. . . . .                                | 38 |
| 2.1.3.4 Wohnraum und Wohnumfeld . . . . .   | 38 |
| 2.1.3.5 Kommunikationsfähigkeit . . . . .   | 38 |
| 2.1.3.6 Visus, Geschmacks- und Geruchssinn . . . . .  | 39 |
| 2.1.3.7 Interessen, Gewohnheiten, Werte und prägende Erlebnisse des Patienten/der Patientin . . . . .                     | 39 |
| 2.2 Einholen der für die Beurteilung relevanten Informationen . . . . .   | 39 |
| 2.2.1 Der Patient/die Patientin selbst oder seine/ihre Angehörigen. . . . .   | 39 |
| 2.2.2 Andere Rehabilitationspartner . . . . .   | 39 |
| 2.2.3 Eigene Quellen. . . . .   | 39 |
| 2.3 Diagnostik (Erstbeurteilung mit entsprechendem Datum) . . . . .   | 39 |
| 2.3.1 Umfeldabhängiges Leistungsniveau . . . . .  | 39 |
| 2.3.2 Eindeutigkeit. . . . .  | 40 |
| 2.3.3 Beurteilungspflicht und Ausnahmen . . . . .   | 40 |
| 2.3.4 Freitexteintrag . . . . .   | 40 |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 2.4      | Zielsetzung und Therapieplanung . . . . .                                     | .40        |
| 2.4.1    | Patientenziele eruieren. . . . .  | .40        |
| 2.4.2    | Therapeutische Möglichkeiten ausloten . . . . .                               | .40        |
| 2.4.3    | Ergotherapeutische Ziele setzen und hierarchisieren . . . . .                 | .41        |
| 2.4.4    | Abstimmung der Therapieziele und -planung im interdisziplinären Team. . . . . | .41        |
| 2.5      | Verlaufsdokumentation . . . . .   | .43        |
| 2.5.1    | Gemeinsame interdisziplinäre Verlaufsdokumentation . . . . .                  | .43        |
| 2.5.2    | Ergotherapeutische Freitext-Dokumentation . . . . .                           | .43        |
| 2.5.3    | Mehrfache punktuelle Statusbeurteilung mithilfe des EA. . . . .               | .43        |
| 2.6      | Evaluation (Zweitbeurteilung mit entsprechendem Datum) . . . . .              | .43        |
| <b>3</b> | <b>Informationen zum Beurteilungsprozess . . . . .</b>                        | <b>.45</b> |
| 3.1      | Allgemeine Definition der Schweregrad-Kategorien . . . . .                    | .45        |
| 3.2      | Beispiele für aufgetretene Fehler oder Probleme in der Beurteilung . . . . .  | .46        |
| <b>4</b> | <b>Spezifische Item-Informationen . . . . .</b>                               | <b>.48</b> |
| 4.1      | Kompensationsmittel . . . . .   | .48        |
| 4.2      | Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung. . . . .                        | .49        |
| 4.2.1    | Umsetzen . . . . .  | .49        |
| 4.2.2    | Toilettenbenutzung . . . . .  | .50        |
| 4.2.3    | Tägliche Hygiene. . . . .   | .51        |
| 4.2.4    | Baden/Duschen (Waschen des gesamten Körpers) . . . . .                        | .52        |
| 4.2.5    | An-/Ausziehen oben . . . . .  | .53        |
| 4.2.6    | An-/Ausziehen unten. . . . .  | .54        |
| 4.2.7    | Trinken. . . . .  | .55        |
| 4.2.8    | Essen . . . . .   | .56        |
| 4.2.9    | Beweglichkeit im Haus. . . . .  | .57        |
| 4.3      | Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung . . . . .                        | .58        |
| 4.3.1    | Telekommunikation . . . . .   | .58        |
| 4.3.2    | Medikamenteneinnahme . . . . .  | .59        |
| 4.3.3    | Schreiben . . . . .   | .60        |
| 4.3.4    | Lesen . . . . .   | .61        |
| 4.3.5    | Umgang mit Zahlen . . . . .   | .62        |
| 4.3.6    | Geldhaushalt . . . . .  | .63        |
| 4.3.7    | Mobilität außer Haus . . . . .  | .64        |
| 4.3.8    | Einkaufen . . . . .   | .65        |
| 4.3.9    | Mahlzeiten zubereiten . . . . .   | .66        |
| 4.3.10   | Haushalt führen . . . . .   | .67        |
| 4.4      | Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen . . . . .                 | .68        |
| 4.4.1    | Sitzen . . . . .  | .68        |
| 4.4.2    | Stehen. . . . .   | .69        |
| 4.4.3    | Gehen . . . . .   | .70        |
| 4.4.4    | Sensomotorik Kopf/Rumpf . . . . .   | .71        |
| 4.4.5    | Motorik Schultergürtel/Schultergelenk links . . . . .                         | .72        |
| 4.4.9    | Motorik Schultergürtel/Schultergelenk rechts . . . . .                        | .72        |
| 4.4.6    | Motorik Ellenbogen/Unterarm links . . . . .                                   | .73        |
| 4.4.10   | Motorik Ellenbogen/Unterarm rechts. . . . .                                   | .73        |
| 4.4.7    | Motorik Handgelenk und Hand links. . . . .                                    | .74        |
| 4.4.11   | Motorik Handgelenk und Hand rechts . . . . .                                  | .74        |
| 4.4.8    | Sensibilität der oberen Extremität links . . . . .                            | .75        |
| 4.4.12   | Sensibilität der oberen Extremität rechts. . . . .                            | .75        |
| 4.4.13   | Sensomotorik des Gesichtes . . . . .  | .76        |
| 4.4.14   | Schlucken . . . . .   | .77        |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 4.5      | Alltagsrelevante Folgen neuropsychologisch-kognitiver Funktionen . . . . .                               | .78        |
| 4.5.1    | Aufmerksamkeit . . . . .   | .78        |
| 4.5.2    | Orientierung . . . . .   | .79        |
| 4.5.3    | Gedächtnis. . . . .  | .80        |
| 4.5.4    | Körperwahrnehmung . . . . .  | .81        |
| 4.5.5    | Objektwahrnehmung . . . . .  | .82        |
| 4.5.6    | Gesichtsfeld . . . . .   | .83        |
| 4.5.7    | Beachtung beider Körperseiten/Raumseiten . . . . .   | .84        |
| 4.5.8    | Räumliche Leistungen . . . . .   | .85        |
| 4.5.9    | Praxie . . . . .   | .86        |
| 4.5.10   | Handlungssteuerung. . . . .  | .87        |
| 4.6      | Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen . . . . .  | .89        |
| 4.6.1    | Antrieb . . . . .  | .89        |
| 4.6.2    | Emotionalität . . . . .  | .90        |
| 4.6.3    | Motivation. . . . .  | .91        |
| 4.6.4    | Krankheitsverarbeitung . . . . .   | .92        |
| 4.6.5    | Interaktionsfähigkeit. . . . .   | .93        |
| 4.6.6    | Verantwortungsbewusstsein . . . . .  | .94        |
| 4.6.7    | Interessen verwirklichen . . . . .   | .95        |
| 4.7      | Arbeitsrelevante Basisaktivitäten . . . . .  | .96        |
| 4.7.1    | Arbeitsablauf steuern . . . . .  | .96        |
| 4.7.2    | Arbeitsplatz organisieren . . . . .  | .98        |
| 4.7.3    | Arbeitsqualität gewährleisten . . . . .  | .99        |
| 4.7.4    | Belastbarkeit . . . . .  | 100        |
| 4.7.5    | Einstellung zur Arbeit . . . . .   | 102        |
| 4.7.6    | Arbeitsrelevantes Lernen. . . . .  | 103        |
| 4.7.7    | Selbstbild . . . . .   | 105        |
| 4.7.8    | Verhalten im Team . . . . .  | 106        |
| 4.7.9    | Umgang mit Kritik und Konflikt . . . . .   | 108        |
| 4.7.10   | Zuverlässigkeit. . . . .   | 109        |
| 4.8      | Aktivitäten zur Freizeitgestaltung . . . . .   | 110        |
| 4.8.1    | Freizeitaktivitäten, Erholung . . . . .  | 110        |
| 4.8.2    | Beispiele für Freizeitaktivitäten und Erholung . . . . .   | 112        |
| <b>5</b> | <b>Assessment-Information für andere Teammitglieder . . . . .</b>  | <b>114</b> |
|          | Das Ergotherapeutische Assessment – Kurz-Information für Teammitglieder/Rehabilitationspartner . . . . . | 114        |
| <b>6</b> | <b>Literatur . . . . .</b>   | <b>115</b> |

# Ergotherapeutisches Assessment (EA) – Kurzanleitung



## EA-Domänen

|   |   |
|---|---|
| 1. Kompensationsmittel (z. B. Schienen und Hilfsmittel) | 5. Alltagsrelevante Folgen neuropsychologisch-kognitiver Funktionen   |
| 2. Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung        | 6. Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen                  |
| 3. Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung         | 7. Arbeitsrelevante Basisaktivitäten                                  |
| 4. Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen  | 8. Aktivitäten zur Freizeitgestaltung (Freizeitaktivitäten, Erholung) |



## EA-Schweregrad-Kategorien

Kategorie-Einteilung in Bezug auf jedes einzelne Item:

### Kategorie I

- Keine Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten im vertrauten und nicht vertrauten Umfeld
- Keine Funktionseinschränkung

### Kategorie II

- Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten im vertrauten Umfeld; die leichten Einschränkungen werden kompensiert (durch Strategien und/oder Kompensationsmittel)
- Leichte Funktionseinschränkung

### Kategorie III

- Relevante Teilleistungen werden selbstständig erbracht
- Eine Hilfsperson wird benötigt; diese Person leistet Supervision oder Unterstützung, um Alltagsaktivitäten im vertrauten Umfeld durchzuführen
- Deutliche Funktionseinschränkung

### Kategorie IV

- Keine relevanten Teilleistungen werden erbracht
- Alltagsaktivitäten müssen vollständig von einer Hilfsperson übernommen werden
- Massive Funktionseinschränkung

- N = derzeit nicht beurteilbar

# 1 Einleitung

## 1.1 Sinn und Zweck des Assessmentverfahrens

Assessmentverfahren in der Rehabilitation dienen der standardisierten, umfassenden und ganzheitlichen Diagnostik, Therapieplanung, -dokumentation und -evaluation. Je nach Einsatzbereich erfassen sie neben verwaltungs- und medizinischen Basisdaten (Diagnosen, Medikamente u. ä.) auch Funktionstests zur Mobilität, kognitiven Leistungsfähigkeit, zu den Aktivitäten des täglichen Lebens und einigen anderen Bereichen. Außerdem wird die soziale Situation des/der Betroffenen erfasst. Assessmentverfahren sollen helfen, die Rehabilitationsprognose einzuschätzen und Rehabilitationsziele sowie einen Rehabilitationsplan festzulegen. In der Literatur wird beschrieben, dass z. B. durch multidimensionale geriatrische Assessmentverfahren die Mortalität sinkt, die Zahl der Pflage tage und Klinikaufenthalte sowie die Medikamentenmenge reduziert wird, Fehlentscheidungen in der Indikationsstellung und in der Platzierung vermindert werden und vor allem die Diagnostik verbessert wird<sup>1</sup>.

Das Ergotherapeutische Assessment (EA) soll ähnliche Funktionen auf spezifisch ergotherapeutischer Ebene erfüllen. Für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Erwachsenen-Rehabilitation unterstützt es eine strukturierte ergotherapeutische Befundung und Indikationsstellung. Der Checklistencharakter soll verhindern, dass wichtige Punkte übersehen werden. Die systematische und umfassende Darstellung der Befunderhebung hilft, Behandlungsziele festzulegen und einen Behandlungsplan zu erstellen. Durch den Vergleich zwischen Erst- und Zweitbeurteilung sowie dem Therapieaufwand kann das Behandlungsergebnis unter Berücksichtigung externer Einflussgrößen evaluiert werden.

Eine strukturierte, zeitsparende und dennoch informative Dokumentation stellt die ergotherapeutische Arbeit gegenüber anderen Berufsgruppen prägnant und profiliert dar. Das Instrument soll zur Verbesserung des Informationsflusses in und zwischen den Einrichtungen beitragen und als Grundlage für Evaluation und wissenschaftliches Arbeiten dienen.

Dies geht einher mit einer Einigung auf eine gemeinsame Sprache, mit der man alltagsrelevante Fähigkeiten und Probleme von Patienten beschreiben kann.

## 1.2 Philosophie des Ergotherapeutischen Assessments (EA)

### 1.2.1 Rehabilitation als Integrationsprozess

Dem EA liegt ein Verständnis von Rehabilitation zugrunde, das eine auf Dauer angelegte Integration des Menschen in ein von ihm gewünschtes bzw. seinem Wohlbefinden dienendem Umfeld als oberstes Ziel ansieht. So verstandene Rehabilitation geht über das Ziel hinaus, die Funktions- und Fähigkeitsstörungen des Patienten/der Patientin positiv zu beeinflussen. Sie berücksichtigt auch die Bedeutsamkeit dieser Störungen für den Patienten/die Patientin in seinem/iherm individuellen Umfeld. Ebenso sollen die Veränderungsmöglichkeiten dieses Umfeldes als Integrationsressourcen erschlossen werden und hierzu konkrete Unterstützung in Form von Information und Beratung durch die Therapeutin und den Therapeuten gewährleistet werden. Zur konkreten Verwirklichung dieses Aspektes sind die Therapeutin und der Therapeut bei dem Punkt „Ausgangslage seitens des Patienten/der Patientin und des Umfeldes“ aufgefordert, das Umfeld des Patienten/der Patientin zu eruieren.

### 1.2.2 Rehabilitation als klientenzentrierter Prozess

Ein Rehabilitationsprozess stellt sich immer als ein mehrdimensionaler Kompromiss aus Patienten- und Angehörigenwünschen, gesellschaftlichen Zielen bzw. Finanzressourcen und therapeutisch Machbarem dar. Um den Klientenzielen besonderes Gewicht zu verleihen und sie dezidiert im Blickfeld der Therapeutin und des Therapeuten zu halten, werden sie im EA explizit dokumentiert. Nach dem Verständnis des EA liegt der Fokus im assessmentgesteuerten Beurteilungsprozess nicht auf einer normierten und vergleichenden Einteilung von Fähigkeiten (z. B.: Die vierzigjährige Patientin geht eine normal lange Treppe mit normal hohen Treppenstufen 30 Sekunden langsamer hoch als die Mehrheit der gesunden Vierzigjährigen). Vielmehr werden die individuellen Fähigkeiten des Patienten/der Patientin bezogen auf seine/ihre Bedürfnisse und die Anforderungen des individuellen Umfeldes beurteilt (z. B.: Die Patientin bewältigt die steile und schmale Treppe in ihrem Haus nach Verbesserung der Kniestabilität und beidseitiger Installation eines Geländers langsam aber sicher. Durch die Erprobung und Organisation eines Rollators ist sie bei dem Item „Mobilität außer Haus“

1 Rubenstein LZ, Rubenstein LV: Multidimensional geriatric Assessment. In: Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM (Eds) Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology

unabhängig von einer Hilfsperson, daher durch ihre Behinderung weniger beeinträchtigt, so z. B. in der Pflege ihrer sozialen Kontakte oder auch in der Ausübung beruflicher Aufgaben).

### 1.2.3 Rehabilitation als interdisziplinärer Prozess

Das EA soll in ein Assessment-Netzwerk integriert werden, das für jeden Heilmittelerbringer ein eigenes spezifisches Assessmentverfahren<sup>2, 3, 4</sup> vorsieht. Dieses Netzwerk fordert und fördert ein eigenständiges Profil der einzelnen Berufsgruppen im Rehabilitationsprozess. Die berufsspezifische Diagnostik, die Therapieplanung und insbesondere die eigenverantwortliche Evaluation per Assessment stellen einen wichtigen eigenständigen Beitrag der Heilmittelerbringer für den Rehabilitationsprozess dar. Darüber hinaus unterstützt das Assessment-Netzwerk die Vernetzung der Rehabilitationspartner durch den gleichen formalen Aufbau und dieselben Schweregrad-Kategorien für alle Heilmittelerbringer. Hierdurch werden eine Verbesserung der interprofessionellen Verständigung über Problembereiche und die Abstimmung der therapeutischen Ziele und Maßnahmen im Team und institutionsübergreifend unterstützt.

### 1.2.4 Das EA als Entscheidungsprozess qualifizierter Therapeutinnen und Therapeuten

Im Grundsatz geht das EA davon aus, dass eine Beurteilung durch qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten der komplexen Situation von Patienten und Patientinnen besser gerecht wird als die alleinige Verrechnung verschiedener Testergebnisse. Das EA hat deshalb keine generell vorschreibende Funktion für die Art der Informationsgewinnung, d. h., die eigentliche Befundung bleibt der Therapeutin und dem Therapeuten freigestellt. Das EA lässt an vielen Stellen Freiraum für fallbezogene Entscheidungen. Beispielsweise wird die Art und Intensität der Vorabklärung (Eruieren der Ausgangslage seitens des Patienten/der Patientin und des Umfeldes) der Therapeutin und dem Therapeuten freigestellt. Auch hat sie bzw. er die Möglichkeit, ganze Domänen unter Begründung aus der Beurteilung auszuklammern und sie bzw. er wählt die Befundungsverfahren je nach Patient/Patientin und Situation. Therapieziele und -planung ergeben sich nicht automatisch aus einem Muster der Erstbeurteilung, sondern können nur Ergebnis des anschließenden Abwägungsprozesses durch qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten in Abstimmung mit dem Patienten/der Patientin, den Angehörigen und den anderen Rehabilitationspartnern sein.

### 1.2.5 Das EA als dynamischer Entwicklungsprozess

Das EA versteht sich nicht als statisches Verfahren, das einmal entwickelt für immer unverändert Anwendung finden muss. Vielmehr unterliegt es einem dynamischen Entwicklungsprozess, an dem auch die Anwender beteiligt werden sollen. So ist es beispielsweise wünschenswert, dass die Anwender die in ihrer Praxis üblichen Verfahren der Informationsgewinnung und Befundung (z. B. Tests, Beobauungskriterien, Performanceaufgaben, strukturierte Interviews) an das Entwicklungsteam<sup>5</sup> rückmelden. Auch Ideen zur Entwicklung weiterer Domänen für andere ergotherapeutische Arbeitsbereiche sowie Kritik und Verbesserungsvorschläge bezüglich der konkreten Anwendung des Assessments werden als Anregung gerne aufgenommen. Des Weiteren sollen mit dem validierten Instrument auch Wirksamkeitsstudien durchführbar werden. Hier soll ein reger Austausch zwischen Studienteilnehmern und denjenigen, die diese Studien entwickeln und auswerten, zu einer dauerhaften und dynamischen Verknüpfung zwischen Praxis und Theorie, zwischen Anwendung und Forschung, führen.

## 1.3 Verknüpfung mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)<sup>6</sup>

Die folgenden Ausführungen sollen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen darin unterstützen, wesentliche Ergebnisse der EA-Erst- und Zweitbeurteilung nach ICF zu kodieren<sup>7</sup>. Damit können sie die systematisch ermittelten ICF-Kodes

- 2 Voigt-Radloff S, Leonhart R, Schochat T, Schlenstedt D, Heiss HW (2006) Psychometrische Testung des Physiotherapeutischen Assessments. *Physikalische Medizin – Rehabilitationsmedizin – Kurortmedizin* 16: 189-196
- 3 Voigt-Radloff S, Leonhart R, Schwer B, Junde I, Heiss HW (2005) Das Logopädische Assessment: Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität. *Das Gesundheitswesen* 67: 665-73
- 4 Voigt-Radloff S, Heiss HW (2003) Abgestimmte therapeutische Assessment-Verfahren: Entwicklungsstatus und Ergebnisse am Beispiel des Ergotherapeutischen Assessment. *Neurologie & Rehabilitation* 9 (6): 280-5
- 5 Rückmeldungen über [www.ergoas.de](http://www.ergoas.de)
- 6 WHO (2001) International Classification of Functioning ICF, Disability and Health. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
- 7 Voigt-Radloff S (2008) Use in Practice – Links between the German Occupational Therapy Assessment and ICF Codes. *Bulletin of the World Federation of Occupational therapy. WFOT Bulletin* 57, May: 17-25

inkl. deren Veränderungen in den Schweregraden vor und nach der Therapie in die interdisziplinäre Therapieplanung und -evaluation einbringen. Des Weiteren könnten die Daten international zu Forschungs- oder Evaluationszwecken genutzt werden.

### Verknüpfungsregeln

Es wurden die Verknüpfungsregeln und das Update von Cieza et al. (2002<sup>8</sup>, 2005<sup>9</sup>) angewandt. Es gab folgende Erweiterung der Regeln:

- Priorität hat die Praktikabilität. Deshalb sollte möglichst nur ein ICF-Kode, und zwar der am besten passende, pro EA-Item angegeben werden. Nur wenn ein einzelner ICF-Kode wesentliche Teile des EA-Items nicht abdeckt, sollten weitere ICF-Kodes angegeben werden.
- Priorität haben die Aktivitäten bzw. die Folgen von Funktionen auf Alltagsaktivitäten. Daher sollte möglichst ein passender sogenannter d-Kode aus der Komponente *Aktivitäten/Partizipation* angegeben werden. Nur wenn hier kein passender Kode zu finden war, sollte ein b-Kode aus der Komponente *Funktionen* gewählt werden.

### ICF-Kodierung im Rahmen der EA-Erstellung

Um den Zeitaufwand für die Kodierung möglichst gering zu halten, wird folgendes Vorgehen empfohlen:

1. Erstbeurteilung im EA
2. Prioritätensetzung der EA-Items in der Spalte Z (welche Items sollen durch Ergotherapie verbessert werden?)
3. Nur diese priorisierten EA-Items gemäß u. s. Tabellen kodieren
4. Kodierung des zutreffenden Schweregrades
5. Zweitbeurteilung im EA am Ende der Therapie
6. Kodierung des zutreffenden Schweregrades am Ende der Therapie

### Schweregradkodierung in der ICF

1. Für den b-Kode (Komponente *Funktionen*) gelten folgende Schweregrade:
  - xxx.0 = keine Schädigung
  - xxx.1 = leicht ausgeprägte Schädigung
  - xxx.2 = mäßig ausgeprägte Schädigung
  - xxx.3 = erheblich ausgeprägte Schädigung
  - xxx.4 = voll ausgeprägte Schädigung
2. Im d-Kode (Komponente *Aktivitäten/Partizipation*) soll die tatsächliche Leistung im üblichen Umfeld bewertet werden, und zwar wie folgt:
  - xxx.0 = Problem nicht vorhanden
  - xxx.1 = Problem leicht ausgeprägt
  - xxx.2 = Problem mäßig ausgeprägt
  - xxx.3 = Problem erheblich ausgeprägt
  - xxx.4 = Problem voll ausgeprägt

### Kompatibilität der Schweregradkodierung ICF vs. EA

- xxx.0 = Kategorie I
- xxx.1 = Kategorie II
- xxx.2 = Kategorie III
- xxx.3 = Kategorie III
- xxx.4 = Kategorie IV

8 Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S et al. Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning; Disability and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2002; 34: 205-210

9 Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2005; 37(4):212-218