Alexa Dorweiler | Ümit Felden

Handbuch zum Assessment der Lebensgewohnheiten

AdLg 3.1
Adaptierte Kurzversion für Erwachsene

inklusive **Assessment der Lebensgewohnheiten** AdLg 3.1

von Patrick Fougeyrollas | Luc Noreau*

ins Deutsche übersetzt und angepasst von
Alexa Dorweiler | Ümit Felden |
Marlen Schlicht | Tom Dahmen

* LIFE-H Reference, Fougeyrollas, P., Noreau L. et al. (2003) The Assessment of Life Habits (LIFE-H 3.1) – General Short form, Lac-St-Charles, International Network on the Disability Creation Process, 22 pages – German adaptations

EDITION VITA ACTIVA
eine Initiative von Aha ...

herausgegeben von

Ulrike Marotzki | Christiane Mentrup | Peter Weber

gefördert durch

DEUTSCHER VERBAND DER **ERGOTHERAPEUTEN** E.V. | DVE

Die Autorinnen und Übersetzerinnen



Alexa Dorweiler, Ergotherapeutin (Bc. of Health in Occupational Therapy), Jahrgang 1984, schloss ihre Ausbildung 2008 an der Ergotherapieschule der LVR-Klinik Düren ab. 2010 folgte die Akademisierung an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL). Die ersten beiden Jahre arbeitete sie in einer ergotherapeutischen Praxis in den Fachbereichen Pädiatrie und Neurologie. Seit 2010 ist sie an einer LVR-Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sehen in Düren tätig. Als Dozentin begleitet sie seit Anfang 2014 Lernende der Ergotherapieschule Düren in der praktischen Ausbildung sowie im Unterricht. Stundenweise betreut sie seit 2012 Erwachsene mit psychischen, seelischen und/oder körperlichen Behinderungen im Setting des ambulant betreuten Wohnens.



Ümit Felden, Ergotherapeutin (Bc. of Health in Occupational Therapy), Jahrgang 1985, schloss ihre Ausbildung 2008 an der Ergotherapieschule der LVR-Klinik Düren ab. 2010 folgte die Akademisierung an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL). Ihre ersten drei Berufsjahre widmete sie den Fachbereichen der Pädiatrie und Neurologie in einer Praxis für Ergotherapie in Mönchengladbach. Seit 2012 ist sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen tätig.

Kontaktadresse: AdLg@web.de

Alexa Dorweiler | Ümit Felden

Handbuch zum Assessment der Lebensgewohnheiten

AdLg 3.1
Adaptierte Kurzversion für Erwachsene

inklusive **Assessment der Lebensgewohnheiten** AdLg 3.1

von Patrick Fougeyrollas | Luc Noreau

ins Deutsche übersetzt und angepasst von
Alexa Dorweiler | Ümit Felden |
Marlen Schlicht | Tom Dahmen

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.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2015
ISBN 978-3-8248-1181-6
e-ISBN: 978-3-8248-0974-5
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2015
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm
Fachlektorat: Reinhild Ferber
Lektorat: Doris Zimmermann
Layout: Susanne Koch
Titelfotos: © npdesignde – Fotolia.com; contrastwerkstatt – Fotolia.com
Druck und Bindung: medienHaus Plump, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach
© Originalausgabe: LIFE-H Reference, Fougeyrollas, P., Noreau L. et al. (2003) The Assessment of Life Habits (LIFE-H 3.1) – General Short form, Lac-St-Charles, International Network on the Disability Creation Process, 22 pages – German adaptations
Printed in Germany

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

Inhalt

Vorwort der Herausgeber 7

1 Theoretischer Hintergrund 9
1.1 Bezugsmodell: Disability Creation Process Model (DCP-Modell) 9
1.1.1 Schematische Darstellung 11
1.1.2 Begriffsbestimmung 12
1.2 Geschichtlicher Hintergrund 13
1.3 International Network of the Disability Creation Process (INDCP). 14

2 The Assessment of Life Habits (Life-H) – die Originalversionen 15
2.1 Versionen für Kinder 15
2.2 Versionen für Jugendliche, Erwachsene und Senioren 15

3 Das Assessment der Lebensgewohnheiten (AdLg). 16
3.1 Ziele und Möglichkeiten 16
3.2 Klientel. 17
3.3 Aufbau 18

4 Die Anwendung des AdLg 20
4.1 Anleitung zur Durchführung 20
4.2 Definitionen der Antwortmöglichkeiten – die Messskala 21
4.3 Alltagsbezogene Beispiele 23
4.4 Auswertung 24
4.4.1 Berechnung des Partizipationswertes anhand des Themenbereiches „Ernährung“ 26
4.4.2 Übersicht möglicher Punkte für alle Themenbereiche, dargestellt an einem Fallbeispiel 28

Literaturverzeichnis 29

Assessment der Lebensgewohnheiten AdLg 3.1 31

Vorwort der Herausgeber

Die Assessmentreihe der EDITION VITA ACTIVA steht ergotherapeutischen Erhebungsinstrumenten offen, die den Anspruch haben, einen systematischen Entwicklungs-, Erprobungs- und Validierungsprozess zu durchlaufen und sich der Fachkritik zu stellen. In dieser Reihe erscheinen erstens Assessments aus dem englischsprachigen Bereich. Zweitens werden in diese Reihe auch deutschsprachige Erhebungsinstrumente aufgenommen, die den oben genannten Ansprüchen entsprechen.

Englischsprachige Assessments stoßen auf eine große Resonanz in der deutschen Ergotherapie, da sie aus einer klientenzentrierten Perspektive einen besonderen Bezug zu den Alltagsbetätigungen der Klienten herstellen und damit die Relevanz des ergotherapeutischen Ansatzes für Therapie und Rehabilitation besonders deutlich machen. Mit den englischsprachigen Assessments verbindet sich die besondere Herausforderung der kultursensiblen Übersetzungen und der terminologischen Festlegung. Individuelle Ansprache und Alltagsbezug sind hochgradig in kulturelle Zusammenhänge eingebettet (Su & Parham, 2002). Hier die Bedeutungen adäquat zu übertragen, erfordert einen systematischen Prozess allmählicher Annäherung zwischen Ausgangs- und Zielkontext, der nicht von einer Person geleistet werden kann. Aus diesem Grunde wird die Übersetzung englischsprachiger Assessments in der EDITION VITA ACTIVA einer systematischen Überprüfung unterzogen.

Deutschsprachige Assessments bzw. Erhebungsinstrumente, die in VITA ACTIVA aufgenommen werden, integrieren ergotherapeutisches und interdisziplinäres Wissen, welches die jeweiligen Fachbereiche fundiert. Zudem repräsentieren sie häufig bewährte Arbeitsweisen und Prozessschritte aus der ergotherapeutischen Befunderhebung, z. B. Anamnese- und Reflexionsgespräche, Selbst- und Fremdbeobachtungen. Aufgenommene Neuentwicklungen sind von der klientenzentrierten Vorgehensweise und dem Anspruch, der Mehrdimensionalität des ergotherapeutischen Gegenstandes gerecht zu werden, motiviert.
Die in den Handbüchern beschriebenen systematischen Entwicklungsschritte und Studien verdeutlichen, dass es sich um Instrumente handelt, die das Versuch-und-Irrtum-Stadium hinter sich gelassen haben. VITA ACTIVA repräsentiert mit den in ihr erscheinenden Assessments und Befunderhebungsinstrumenten einen bestimmten Entwicklungsschritt im Professionalisierungsprozess ergotherapeutischer Praxis: die Einsicht in die Notwendigkeit terminologischer Standardisierung und sinngemäßer Überprüfung von und des kritischen Umgangs mit Erhebungsinstrumenten. Hiermit wird ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung ergotherapeutischer Maßnahmen erbracht. Nachfolgend werden Validierungsstudien der in dieser Reihe erschienenen Instrumente erforderlich sein. Erst gut validierte Instrumente, von denen es bisher noch zu wenige gibt, werden dazu beitragen, dass auch die deutschsprachige Ergotherapie bspw. im Rahmen größerer Forschungsprojekte ihren genuinen Beitrag zu Therapie-, Rehabilitations- und Präventionserfolgen evident nachweisen kann.

Die Herausgeber
Ulrike Marotzki, Christiane Mentrup, Peter Weber

Literatur:
Su, C.-T. B.; Parham, L. D. (2002). Case Report – Generating a valid questionnaire translation for cross-cultural use. American Journal of Occupational Therapy, 56, 581-585.

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Bezugsmodell: Disability Creation Process Model (DCP-Modell)

In den Jahren 1995 bis 1998 entstand die Idee zur Entwicklung des DCP-Modells, sie geht auf die Mitarbeit des INDCP (International Network on the Disability Creation Process) an der ICIDH (International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps) zurück (INDCP, 2006). Es wurde ein universell gültiges Modell zur Betrachtung der menschlichen Entwicklung angestrebt, mit dem es möglich wäre, die interaktiven Prozesse personenbezogener Faktoren und Umweltfaktoren zu berücksichtigen. Diese Interaktion ist, im Sinne des INDCP, ausschlaggebend für die Ausführung von Lebensgewohnheiten.

Mit dieser grundlegenden Vorstellung entwickelte der Anthropologe Patrick Fougeyrollas (Bouffioulx, 2007, S. 5) zunächst das „Model of Human Development", welches auf René Dubos Definition von Gesundheit basierte. Dubos (zitiert in Bouffioulx, 2007, S. 5) definiert Gesundheit als einen physischen und mentalen Zustand, verhältnismäßig frei von Beschwerden und Leiden, der es einer Person ermöglicht, sich so effizient und so lange wie möglich in ihrer Umwelt zu betätigen, in die sie zufällig hineingeboren wurde.

Basierend auf dieser Definition von Gesundheit sowie den anthropologischen und holistischen Annahmen von Patrick Fougeyrollas richtet das Modell den Blickwinkel vorwiegend auf die menschliche Betätigung und nicht nur auf die medizinischen Probleme. Folgende drei Faktoren sind demnach in diesem Modell implementiert (siehe Abb. 1):

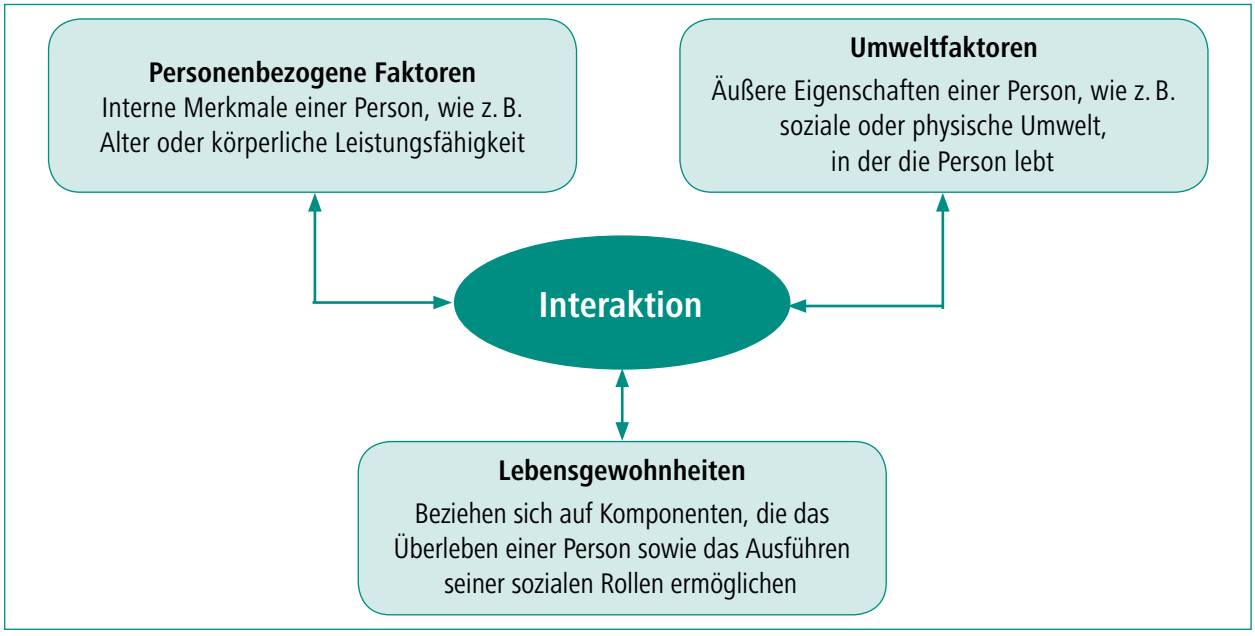

Abb. 1: „Model of Human Development", adaptiert von Dorweiler & Felden

1998 wurde das Modell um die Komponente der Risikofaktoren ergänzt und in „Disability Creation Process“ (DCP, siehe Abb. 2) umbenannt. Somit ist das DCP-Modell eine Weiterentwicklung des „Model of Human Development“.

Beim DCP-Modell handelt es sich um ein Erklärungsmodell zu Ursachen und Folgen von Krankheiten, Verletzungen oder anderen Störungen der Unversehrtheit sowie der Entwicklung einer Person (Bouffioulx, 2007, S. 5), es unterliegt den Grundannahmen einer einheitlichen Klassifikation sowie einer systemischen, ökologischen und destigmatisierenden Basis (Albrecht et al., 2001, S. 179).
Ziel ist die Schaffung eines Klassifikationssystems, das auf alle Personen anwendbar ist: Die INDCP erhofft sich dadurch mehr Offenheit und Integration für Menschen mit Behinderungen (INDCP, 2006).

Im Sinne des DCP-Modells können verschiedene Verletzungen, Krankheiten oder andere Störungen in der Entwicklung eines Menschen zu vorübergehenden oder bleibenden Behinderungen führen, die mit einer geminderten sozialen Partizipation einhergehen können. Eine Behinderung oder Verletzung allein reicht jedoch nicht aus, um eine geminderte soziale Partizipation zu erklären. Vielmehr müssen die personenbezogenen Faktoren sowie die Ausübung individueller Lebensgewohnheiten im jeweiligen Kontext betrachtet werden. Eine Situation, die zu Benachteiligungen führt, wird stark von bestehenden Förderfaktoren und/oder Barrieren der Umwelt bedingt. Die Verantwortung für Behinderung wird somit nicht allein der betroffenen Person zugeschrieben (INDCP, 2006).
Wird Behinderung im ganzheitlichen Kontext betrachtet, kann gesagt werden, dass eine Person erst dann funktional behindert ist, wenn sie am gesellschaftlichen Leben nicht in dem von ihr gewünschten Maße partizipieren kann.
Die Hauptdomänen des DCP-Modells werden zum ganzheitlichen Verständnis in Interaktion miteinander betrachtet, inhaltlich jedoch durch eine genaue Definition der jeweiligen Begrifflichkeiten voneinander abgegrenzt. Somit bietet das DCP-Modell die Möglichkeit, herauszufinden, in welcher Domäne die Auslöser für die vorhandenen Einschränkungen bestehen. Der Entstehungsprozess von Behinderung („Disability Creation Process“) im ganzheitlichen sowie im sozialen Kontext kann somit nachvollzogen und erklärt werden. Des Weiteren kann die soziale Partizipation einer Person erfasst werden.

Soziale Partizipation wird als das Ergebnis einer für das jeweilige Individuum zufriedenstellenden und erfolgreichen Durchführung seiner/ihrer Lebensgewohnheiten („Life Habits“) bezeichnet.
Lebensgewohnheiten werden im DCP-Modell sowohl als wichtige Aktivitäten des täglichen Lebens als auch als soziale Rollen definiert. Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Rollen werden im Modell nicht explizit voneinander unterschieden, sondern sind gleichermaßen der Domäne der Lebensgewohnheiten zuzuordnen.
Nach dem Verständnis der INDCP stellt die Dimension der umweltbedingten Faktoren die essentielle Variable dar, die soziale Partizipation unabdingbar beeinflusst.
Dem DCP-Modell liegt die Annahme zugrunde, dass niemand es aus intrinsischen Gründen ablehnt, Aktivitäten auszuführen bzw. an der Gesellschaft zu partizipieren. Unfähigkeiten oder Ablehnungen entstehen erst aus der Interaktion von personenbezogenen Faktoren (Organsystem und Leistungsvermögen) und entsprechenden Umweltfaktoren (Barrieren), sodass der jeweils auszuführenden Aktivität nur vor dem Hintergrund des bestehenden Lebenskontextes eine Bedeutung zugemessen werden kann (Albrecht et al., 2001, S. 186). Wichtig ist zudem, wie das Individuum die jeweilige Situation einschätzt, welche Wertigkeit es ihr einräumt, das heißt, wie wichtig der jeweilige Kontext (das Ergebnis der Interaktion aller Domänen des Modells) für das Individuum ist. Was eine Person im Alltag zu leisten imstande ist bzw. welche Rollen sie einnehmen kann, kann lediglich von der Person selbst, d. h. von ihrem subjektiven Standpunkt aus, beurteilt werden (Albrecht et al., 2001, S. 190).

1.1.1 Schematische Darstellung

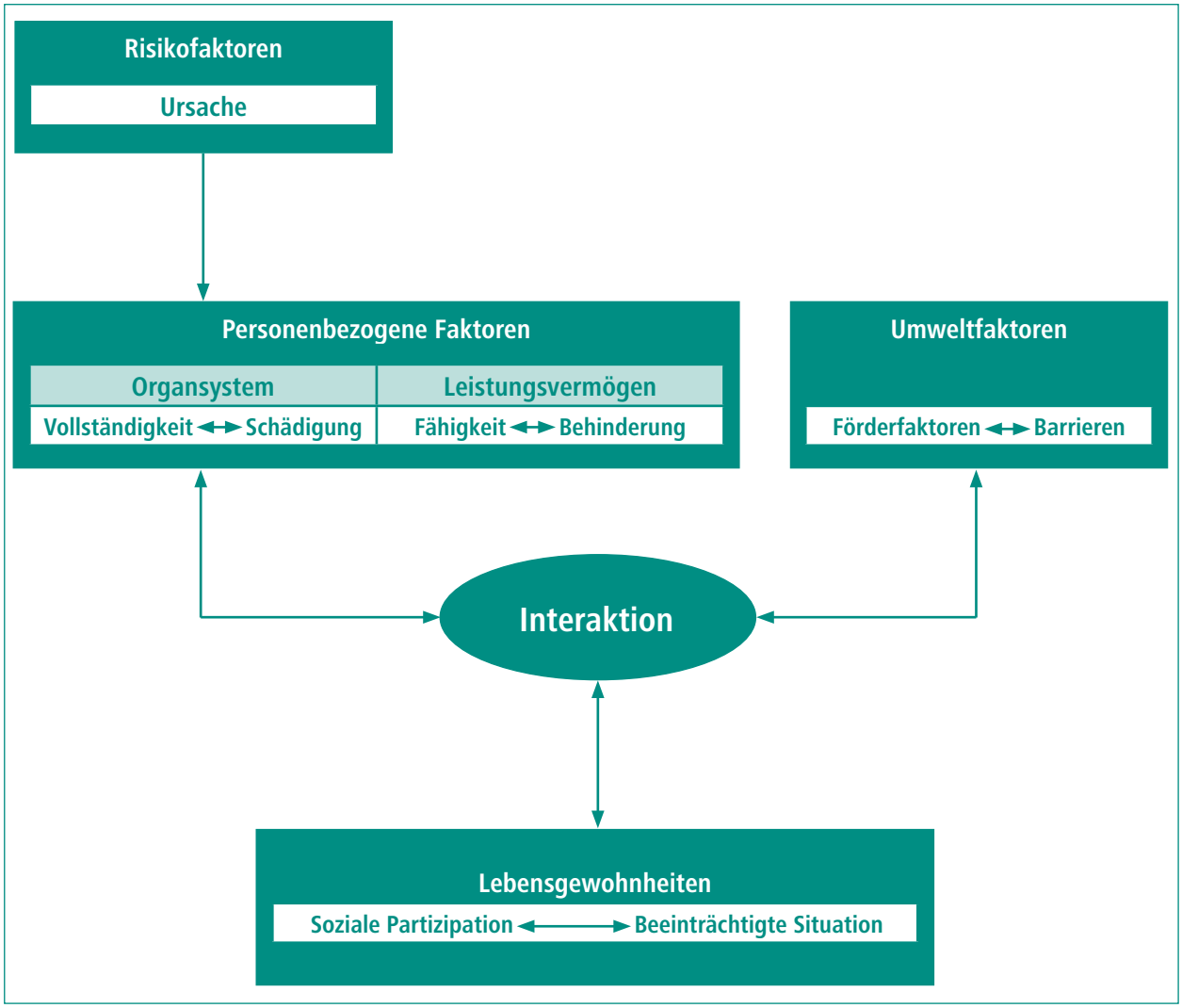

Abb. 2: „Disability Creation Process" – übersetzt von Dahmen, Dorweiler, Felden & Schlicht

1.1.2 Begriffsbestimmung

Risikofaktoren und Ursache

Ein „Risikofaktor" ist ein Element, das entweder der Person innewohnt oder aber in der Umwelt vorhanden ist. Dieser Faktor bedingt als „Ursache" voraussichtlich eine Krankheit, ein Trauma oder jegliche andere Störung bezüglich der Unversehrtheit und/oder Entwicklung einer Person. „Risikofaktoren" sind wesentliche Bestandteile, um das DCP-Modell zu verstehen und zu erklären. In der ICIDH-1 waren diese nicht inbegriffen (Albrecht et al., 2001, S. 179).

Personenbezogene Faktoren

Die „Personenbezogenen Faktoren" entsprechen den intrinsischen Eigenschaften einer Person, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, soziokulturelle Identität, Organsystem, Leistungsvermögen etc. (Albrecht et al., 2001, S. 179).

Organsystem

Das „Organsystem" ist eine Gruppe körperlicher Komponenten, die eine gemeinsame Funktion teilen. Die Klassifizierung identifiziert alle Bestandteile des menschlichen Körpers. Das Organsystem wird auf der Skala von „Vollständigkeit" bis „Schädigung" gemessen (Albrecht et al., 2001, S. 179).

Vollständigkeit ist die Qualität eines unveränderten Organsystems entsprechend der biologischen Norm. ◄► **Schädigung** ist der Grad des Organsystems hinsichtlich anatomischer, histologischer und/oder physiologischer Anomalien oder Veränderungen.

Leistungsvermögen

„Leistungsvermögen" ist das Potenzial einer Person, mentale oder physische Aktivitäten auszuführen. Die Qualität des Leistungsvermögens wird auf einer Skala von „optimale Fähigkeit" bis hin zu „Behinderung" gemessen (Albrecht et al., 2001, S. 179).

„Optimale Fähigkeit" besteht, wenn die Person problemlos eine Aktivität ausführen kann. ◄► **„Behinderung"** auf der Ebene der Leistungsfähigkeit besteht, wenn die Person nicht in der Lage ist, eine Aktivität auszuführen.

Diese Klassifikation unterscheidet sich von der ICIDH-1 und ICIDH-2 der WHO. Organstrukturen und Organfunktionen werden deutlich von funktioneller Leistungsfähigkeit unterschieden. Die Konsequenz dieser Änderung ist, dass die Quebec-Klassifikation intellektuelle und psychologische Funktionen aus dem Konzept des „Organsystems" ausschließt und eindeutig ins Konzept der funktionellen „Leistungsfähigkeit" überträgt. Es muss also deutlich unterschieden werden zwischen einem Profil organischer Konsequenzen und einem Profil des funktionellen Leistungsvermögens (Albrecht et al., 2001, S. 179).

Umweltfaktoren

„Umweltfaktoren" sind physische oder soziale Dimensionen, die eine gesellschaftliche Organisation sowie einen entsprechenden Kontext bestimmen. Die Beurteilung von Umweltfaktoren ist nur in einer Interaktion zwischen einer erwarteten sozialen Teilhabe und personenbezogener Variablen (Organsystem, Leistungspotenzial, persönliche Identität) sinnvoll. Die Qualität der Umweltfaktoren reicht von optimalen „Förderfaktoren" bis hin zu großen „Barrieren" (Albrecht et al., 2001, S. 179).

„Förderfaktor" ist ein umweltbedingter Faktor, der die Ausführung von Lebensgewohnheiten positiv unterstützt. ◄► Eine **„Barriere"** behindert die Ausführung von Lebensgewohnheiten oder die soziale Partizipation.

Lebensgewohnheiten (Life Habits)

Eine „Lebensgewohnheit" ist eine alltägliche Aktivität oder eine soziale Rolle, die von der Person oder ihrem soziokulturellen Rahmen entsprechend ihrer persönlichen Eigenschaften gewürdigt wird und ihr „Dasein" und Wohlbefinden in der Gesellschaft das ganze Leben über sichert (Albrecht et al., 2001, S. 183). Die Qualität der Lebensgewohnheiten wird sowohl durch die Eigenschaften einer Person als auch durch die Qualität der Umweltfaktoren bestimmt, die unterstützend oder hemmend wirken können. Somit kann sich eine Person in einer sozial partizipierenden Position oder in einer beeinträchtigten Situation befinden (Albrecht et al., 2001, S. 183).

„Soziale Partizipation" ist eine durch die Interaktion von personenbezogenen Faktoren *und* Umweltfaktoren ermöglichte vollständige Ausführung von Lebensgewohnheiten. ◄► **„Beeinträchtigte Situation"** ist eine durch die Interaktion von personenbezogenen Faktoren *und* Umweltfaktoren beeinträchtigte Ausführung von Lebensgewohnheiten.

1.2 Geschichtlicher Hintergrund

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts herrschte eine mechanistische Sichtweise auf den Menschen und dessen Gesundheit bzw. Krankheit. Gesundheit wurde als das „Fernbleiben von Krankheit" angesehen (Minaire, 1992, zitiert in Albrecht et al., 2001, S. 174). Der Umwelteinfluss auf die individuelle Gesundheit wurde nicht explizit berücksichtigt. Erst seit Ende des 19. Jahrhunderts wandelten sich die Perspektive und das Verständnis von Krankheit im Kontext einer Lebenssituation. Aufgrund der Arbeiten von Charles Darwin und Ernst Heinrich August Haeckel entwickelte sich ein Bewusstsein für die Auswirkungen der Umwelt auf den Menschen (Albrecht et al., 2001, S. 172).
1960 beschäftigte sich der Biologe Bertalanffy mit der „General System Theory" (Systemtheorie). Er widersetzte sich der mechanistischen Sichtweise und bevorzugte stattdessen eine holistische (OPPapers. com, 2010).

Im Jahre 1980 entwickelte die WHO die ICIDH (Albrecht et al., 2001, S. 178). Sie basierte auf einer biomedizinischen sowie defizitorientierten Sichtweise und präsentierte die Konstrukte „Schädigung" (Impairment), „Fähigkeitsstörung/Behinderung" (Disability) und „Beeinträchtigung" (Handicap). Das Modell verlief linear und zeigte einen Ursache-Wirkungs-Prozess in Bezug auf Behinderung und Beeinträchtigung.

Die WHO entwickelte mit der ICIDH das erste Modell, das die sozialen Konsequenzen einer Behinderung darstellt. Kritisiert wurde, dass die Einbeziehung bzw. die Berücksichtigung von Kontextfaktoren gänzlich fehlte und die einzelnen Konstrukte nicht klar voneinander abzugrenzen waren (Volz-Sidiropoulou, 2008, S. 616).
Die Kritik an der ICIDH wuchs stetig an, sodass 1992 der erste Revisionsprozess stattfand, in dem das Modell um das Konzept der „Kontextfaktoren" erweitert wurde (Albrecht et al., 2001, S. 178). Aufgrund der Kritik, dass die einzelnen Konstrukte nicht klar voneinander abzugrenzen seien, wurden diese nun separat voneinander beschrieben und definiert. Die Interaktion zu- bzw. miteinander wurde jedoch nicht berücksichtigt (Albrecht et al., 2001, S. 178).

Im Jahre 1987 stellte das QCICIDH (Quebec Committee on the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) das Konzept „Handicap" vor, um im darauffolgenden Jahr mit der Forschung zu beginnen. Das Konzept „Handicap" wurde stark diskutiert. 1994 fand ein internationales Treffen statt, bei dem versucht wurde, eine Definition des Konzeptes „Handicap" zu finden. Diese bezog sich besonders auf die dynamische Interaktion der einzelnen Konstrukte zueinander.
Im Sommer 1995 fand ein weiteres Treffen statt, bei dem die Konzepte des „Handicaps" und der „Kontextfaktoren" definiert wurden. Infolge weiterer Entwicklungen begann bald eine zweite Revisionsphase, sodass 1999 die ICIDH-2 (beta-2-Version) vorgestellt wurde. Die Bedeutung der Umgebungsfaktoren wurde zwar anerkannt, es gab jedoch immer noch Widerstand dagegen, diese Konstrukte als eigenständiges Konzept darzustellen (Albrecht et al., 2001, S. 185).

Während das kanadische Komitee die „Kontextfaktoren" bereits in ihrem DCP-Modell berücksichtigte, entwickelte sich die ICIDH-2 erst 2001 zur ICF (International Classification of Functioning, Disability and

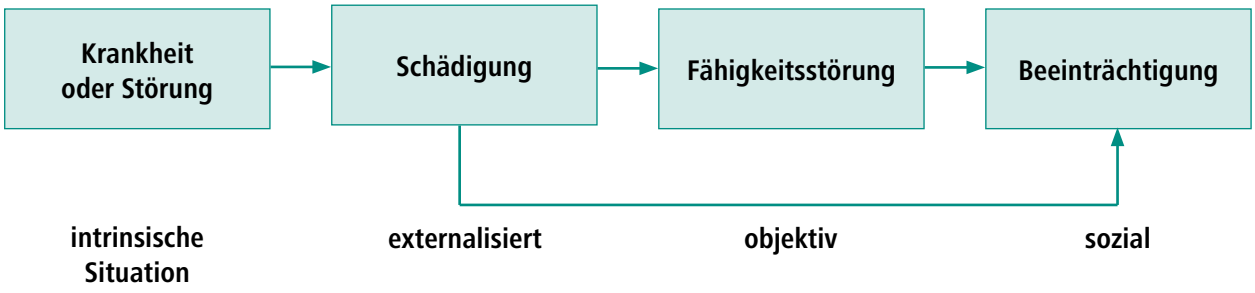

Abb. 3: „ICIDH-1" (Volz-Sidiropoulou, 2008, S. 616)

Health). Die biomedizinische Sichtweise wich nun einer biopsychosozialen, sodass die Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie die dynamische Interaktion aller bestehenden Konstrukte deutlich wurden.

Die Zusammenarbeit der WHO und der INDCP sowie eine wachsende Nutzung wissenschaftlicher Forschungsmethoden trugen dazu bei, dass von 1995 bis 1998 der „Disability Creation Process" entwickelt und seither weiterentwickelt wurde. Der wohl wichtigste Beitrag des kanadischen Komitees war es, dass „Kontextfaktoren" als eigenständiges Konzept anerkannt wurden (INDCP, 2006), so wie sie es lange zuvor bereits in ihrem DCP-Modell berücksichtigt hatten (siehe Abb. 2).

1.3 International Network of the Disability Creation Process (INDCP)

1986 wurde die INDCP unter dem Namen „Quebec Committee on the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps" (QCICIDH) als eine „Non-Profit"-Organisation gegründet. Maryke Muller, Mario Bolduc und Patrick Fougeyrollas hatten mit der Gründung dieser Organisation das Ziel, sich an der Entwicklung der ICIDH zu beteiligen. 1997 wurde sie dann aufgrund einer inhaltlichen Neuorientierung in INDCP umbenannt, da die Entwicklung des DCP-Modells in den Vordergrund trat. Seitdem konzentriert sich die Arbeit der INDCP auf die Entwicklung konzeptioneller Definitionen. Seit 2001 bemüht sie sich besonders darum, die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu fördern und konzeptionelle Verbesserungen durchzuführen. Ziel ist es, Wissen über die optimale soziale Partizipation von Menschen mit Behinderungen zu erarbeiten und zu verbreiten. Im Zuge dessen werden die Vermarktung sowie die Verbreitung des LIFE-H (The Assessment of life habits) durch die INDCP fokussiert und als ein Ziel des Netzwerkes angesehen (INDCP, 2006).

Die Originalversion, die von Patrick Fougeyrollas und Luc Noreau entwickelt wurde, basiert konzeptionell auf dem oben vorgestellten DCP-Modell und erfasst die Partizipationsfähigkeit von Menschen mit Behinderung. Erfragt werden dabei diverse Lebensgewohnheiten in Bezug auf Aktivitäten des täglichen Lebens und soziale Rollen. Eine detailliertere Inhaltsbeschreibung des Assessments entnehmen Sie bitte Kapitel 3 auf S. 16.

Das Life-H ist sowohl für Erwachsene als auch für Kinder in verschiedenen Altersgruppen verfügbar. Es gibt jeweils eine Ausführung in der Kurzversion und eine detaillierte Version. Zudem ist das Life-H bereits in mehrere Sprachen übersetzt worden. Aktuell gibt es folgende Versionen, die auf der Homepage der INDCP (indcp.qc.ca) erhältlich sind:

2 The Assessment of Life Habits (Life-H) – die Originalversionen

2.1 Versionen für Kinder

- Kinder 0–4 Jahre, detaillierte Version
  Erhältlich in Englisch und Französisch, auf Anfrage in Norwegisch und Spanisch
- Kinder 5–13 Jahre, Kurzversion
  Erhältlich in Englisch und Französisch, auf Anfrage in Niederländisch, Norwegisch, Spanisch und Persisch
- Kinder 5–13 Jahre, detaillierte Version
  Erhältlich in Englisch und Französisch

2.2 Versionen für Jugendliche, Erwachsene und Senioren

- Brief-Form (16 Items)
- Kurzversion
  Erhältlich in Englisch, Französisch und jetzt auch in Deutsch, auf Anfrage in Portugiesisch, Norwegisch, Lettisch
- Detaillierte Version
  Erhältlich in Englisch und Französisch, auf Anfrage in Italienisch und Portugiesisch

Im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (2010) übersetzten und adaptierten die Autorinnen das Assessment of Life Habits ins Deutsche, wodurch das Assessment der Lebensgewohnheiten (AdLg) entstand. Die Autorinnen befragten dazu schriftlich mehrere Menschen mit Behinderung, Ergotherapeuten sowie einen Sprachexperten. Die Leitfragen bezogen sich auf die sprachliche Verständlichkeit, die kulturelle Eignung, die zeitliche Aktualität und die Vollständigkeit des Assessments. Diese Version für Erwachsene liegt nun auch in Deutsch vor.

3 Das Assessment der Lebensgewohnheiten (AdLg)

3.1 Ziele und Möglichkeiten

Das Assessment der Lebensgewohnheiten bietet viele positive Aspekte, die den ergotherapeutischen Prozess unterstützen können.
Zum einen ist hervorzuheben, dass das AdLg als Selbsteinschätzungsbogen konzipiert wurde und somit das subjektive Erleben des Klienten darstellt. Es bietet demzufolge eine ausschließlich *klientenzentrierte Sichtweise.* Ist es einem Klienten nicht selbstständig möglich, das AdLg auszufüllen, so kann ein „erweiterter Klient" hinzugezogen werden. Dieser sollte den Klienten sehr gut kennen und das Assessment in dessen Sinne beantworten, da weiterhin das persönliche Erleben der verschiedenen Alltagssituationen im Fokus steht. Neben der klientenzentrierten Sichtweise sind alle Items im AdLg *betätigungsorientiert* formuliert und befassen sich mit den sozialen Rollen und Gewohnheiten eines Menschen im Alltag. Dies hat den positiven Nebeneffekt, dass die Gespräche mit dem Klienten bereits betätigungsorientiert geprägt sind und die Therapieziele vereinfacht in eben dieser Weise formuliert werden können. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der sich auf die Therapieziele bezieht, ist die *Messbarkeit.* Messbare Ziele im therapeutischen Vorgehen sind aufgrund einer notwendigen Transparenz gegenüber dem verschreibenden Arzt, aber auch gegenüber dem Klienten wichtiger denn je.

Im ergotherapeutischen Prozess kann das Assessment der Lebensgewohnheiten in vielen *verschiedenen Phasen der Therapie* eingesetzt bzw. hinzugezogen werden. Man kann sogar sagen, es dient über den gesamten Therapieprozess hinweg als Grundlage.
Zu Beginn der Therapie kann es *beim Erstgespräch* eingebracht werden. Je nach zeitlichen Ressourcen und persönlichem Wunsch kann das AdLg entweder gemeinsam mit dem Klienten oder auch von dem Klienten alleine ausgefüllt und zum nächsten persönlichen Kontakt wieder mitgebracht und besprochen werden. Um den Umgang mit dem Fragebogen zu vereinfachen, kann der erste Themenbereich gemeinsam erarbeitet werden, damit der Klient bereits einen Einblick in die Handhabung erhält.
Nach diesen ersten Informationen über den Alltag des Klienten, vorhandene Schwierigkeiten eingeschlossen, kann das Assessment der Lebensgewohnheiten zur *Zielformulierung* hinzugezogen werden. Anhand der ausgewerteten Themenbereiche kann sehr schnell in Erfahrung gebracht werden, in welchen Bereichen der Klient Einschränkungen im Alltag erfährt und in welchem Ausmaß. In einem gemeinsamen Gespräch können die Angaben des Klienten besprochen werden, dabei sind die Angaben zur Zufriedenheit des Klienten bei den einzelnen Items zu berücksichtigen.
Die Angabe der Zufriedenheit wird bei der Auswertung nicht numerisch erfasst. Aus diesem Grund ist es unbedingt notwendig, diesen Wert separat zu betrachten, da er einen wichtigen Indikator für das subjektive Erleben des Klienten in seinem Alltag darstellt und bereits Hinweise gibt, ob Veränderungsbedarf besteht oder nicht.
Werden jedoch diese Faktoren berücksichtigt, können gemeinsam mit dem Klienten die zu verändernden Situationen herausgearbeitet und im Anschluss daran *konkrete, messbare und betätigungsorientierte Therapieziele* formuliert werden.
Während der therapeutischen Intervention kann das AdLg stets hinzugezogen werden, um dem Klienten die therapeutische Vorgehensweise transparent zu gestalten. Anhand der gemeinsam formulierten Ziele kann der Therapeut seine Interventionen erläutern und somit den Klienten informieren. Weiterhin kann es genutzt werden, um Fortschritte des Klienten aufzuzeigen *(Zwischenevaluation)*, wenn dieser nach bestimmten Therapieabschnitten eine weitere Einschätzung der zu bearbeiteten Betätigung/en vornimmt. Die Veränderungen können ebenfalls numerisch dargestellt werden.
Ebenso kann das AdLg *interdisziplinär* eingesetzt werden. Die Kurzversion des AdLg gibt einen Überblick über grundlegende Betätigungen, soziale Rollen und Gewohnheiten im Alltag eines Klienten, sodass bereits viele Informationen für diverse therapeutische Bereiche vorliegen. Als *Informationsgrundlage* genutzt, können so wiederholende Gespräche durch verschiedene Disziplinen eingespart und zeitliche Ressourcen optimiert werden. Die vom Klienten gegebenen Informationen über momenta-

ne Einschränkungen im Alltag können als Grundlage von allen am Therapieprozess beteiligten Personen genutzt werden. Dadurch kann je nach Disziplin schwerpunktmäßig auf unterschiedliche Aspekte innerhalb der verschiedenen Themenbereiche eingegangen werden.

Besonders hilfreich ist das AdLg bei der *Evaluation der Therapie*. Es kann beispielsweise zum Vergleich herangezogen werden, um einen Vorher-Nachher-Effekt darzustellen. Dieser kann als messbarer Nachweis für den Arzt genutzt werden, um den Stand der therapeutischen Intervention zu belegen. Durch den numerisch dargestellten Partizipationswert ist es sehr leicht möglich, den anfänglichen Wert mit dem abschließenden Wert zu vergleichen und somit Veränderungen der Partizipationsfähigkeit aufzuzeigen (genaue Angaben zur Auswertung des AdLg siehe Kapitel „Auswertung" auf S. 24).

In Kombination mit der Angabe zur Zufriedenheit ist es möglich, nicht nur die funktionale bzw. partizipatorische Fähigkeit des Klienten darzustellen, sondern auch dessen aktuelle Zufriedenheit zu berücksichtigen. Die Angabe zur Zufriedenheit kann als Grundlage genutzt werden, um beispielsweise eine Veränderung der Lebensqualität anzusprechen. Es muss jedoch mit jedem Klienten individuell besprochen werden, ob sich eine Veränderung in der Zufriedenheit tatsächlich auf seine Lebensqualität auswirkt.

Mit dem AdLg kann somit nicht nur herausgefunden werden, in welchen sozialen Rollen und Gewohnheiten der Klient eine messbare Veränderung erreicht hat, sondern auch, ob die Behandlung zudem eine emotionale Veränderung mit sich gebracht hat. Ziele sind die Verbesserung bzw. Erweiterung der Lebensqualität, die Aufrechterhaltung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und somit die soziale Partizipation eines jeden Menschen.

3.2 Klientel

Das Assessment der Lebensgewohnheiten (Kurzversion 3.1) wurde für erwachsene Personen unabhängig von einer Erkrankung und/oder Behinderung konzipiert. Da es sich mit sozialen Rollen und Gewohnheiten beschäftigt, kann es gleichermaßen auf alle Menschen angewandt werden, weil jedes Mitglied der Gesellschaft gewisse Rollen und Gewohnheiten ausführt bzw. ausführen muss.
Dementsprechend kann das AdLg von jedem durchgeführt werden, unabhängig davon, ob eine vorübergehende Einschränkung durch Erkrankung oder eine dauerhaft bleibende Einschränkung in Form einer Behinderung vorliegt.

Um das AdLg ausfüllen zu können, ist eine gewisse kognitive Leistung vorauszusetzen: Zum einen weist es eine hohe Anzahl von Items auf, zum anderen gibt es zu jedem Item verschiedene Antwortmöglichkeiten. Personen, die neurologische oder kognitive Einschränkungen aufweisen, können einen erweiterten Klient hinzuziehen. Diese Person kann bei Verständnisproblemen die Antwortmöglichkeiten mit Beispielen unterlegen, um es der befragten Person zu ermöglichen, die jeweiligen Items auf sich zu beziehen und entsprechend einzuschätzen. Sollte der befragte Klient nicht selbstständig in der Lage sein, seine Einschätzungen verständlich zu kommunizieren, muss der erweiterte Klient ein sehr enger Vertrauter (Lebenspartner, Betreuer, naher Verwandter etc.) sein, um das AdLg entsprechend der gewohnheitsmäßigen Lebensführung des befragten Klienten einzuschätzen.