

DAS LÜBECKER FÄHIGKEITENPROFIL (LFP)

Standardisierte Ergotherapie-dokumentation
und -evaluation in der Psychiatrie

Tanja Schunert (geb. Schirmmacher)



Neue Reihe Ergotherapie

Herausgeber:

DEUTSCHER VERBAND DER
ERGOTHERAPEUTEN E. V.



Reihe 1: Fachbereich Psychiatrie
Band 7

Tanja Schunert (geb. Schirmmacher)

Das Lübecker Fähigkeitsprofil (LFP)

**Standardisierte Ergotherapie-dokumentation und
-evaluation in der Psychiatrie**



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

Dies ist eine inhaltlich unveränderte Ausgabe der 1. Aufl. 2001 und gibt den damaligen Wissensstand wieder.

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2017

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel

Fachlektorat: Beate Kubny-Lüke

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Susanne Koch

Die Informationen in diesem Buch sind von den Herausgebern und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Herausgeber 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

Inhalt

Anleitung für den Leser	9
1 Abkürzungen und Fachbegriffe	10
2 Einleitung	11
2.1 Vorwort	11
2.2 Entwicklung und Definition der Ergotherapie.	11
2.2.1 Geschichte der Ergotherapie	11
2.2.2 Definition der Ergotherapie.	12
2.3 Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle	13
2.4 Modelle, Therapiekonzepte und Zielsetzungen in der Ergotherapie.	14
2.5 Evaluationsforschung in der Ergotherapie	17
2.5.1 Allgemeine Kriterien, Methoden und Forderungen	17
2.5.2 Stand der Forschung	18
2.6 Standardisierte Verfahren zur Befunderhebung	20
2.6.1 Allgemeine Anmerkungen zu standardisierten Instrumenten	20
2.6.2 Entwicklung standardisierter Verfahren zur Beurteilung ergotherapeutischer Arbeit	21
2.7 Dokumentation der ergotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie	23
2.8 Zusammenfassung: Stand der ergotherapeutischen Verlaufsbeobachtung in psychiatrischen Kliniken	23
2.9 Fragestellung und Ziele der Arbeit	24
3 Material und Methoden	26
3.1 Entwicklung des Lübecker Fähigkeitsprofils (LFP)	26
3.1.1 Vorbereitung	26
3.1.2 Das Verfahren MELBA, das ACIS und ihre Integration in das LFP	26
3.1.3 Das Lübecker Fähigkeitsprofil.	27
3.1.4 Entwicklung weiterer Dokumentationshilfen für die Ergotherapie	28
3.2 Die Evaluation des LFP	28
3.3 Durchführung der Studie	29
3.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien	29
3.3.2 Datenerhebung	29
3.3.3 Erhebungsinstrumente	30
3.4 Datenerfassung und Auswertung.	31
3.4.1 Validierung.	31
3.4.2 Statistik	31
3.5 Behandlungsangebot für Depressive in der Ergotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität zu Lübeck.	33
4 Ergebnisse	35
4.1 Beschreibung der PatientInnenstichprobe (n=51)	35
4.1.1 Soziodemographische Daten der PatientInnenstichprobe.	35
4.1.2 Daten zum Aufenthalt	36
4.1.3 Medikamentöse Therapie	36
4.1.4 Diagnosenuntergruppen	36
4.1.5 Daten zur ärztlichen Beurteilung der PatientInnenstichprobe.	37
4.1.6 Daten zur Selbsteinschätzung der PatientInnenstichprobe	38

4.2	Formale Analyse des LFP	39
4.2.1	Ergebnisse der Faktorenanalyse des LFP	39
4.3	Inhaltliche Beurteilung: Faktorenrevision und -interpretation.	39
4.4	Untersuchung der gebildeten Faktoren.	41
4.4.1	Faktorenkennwerte (Median, Mittelwert, Standardabweichung)	41
4.4.2	Interne Konsistenz der Faktoren: Cronbachs Alpha	42
4.4.3	Itemkennwerte: Trennschärfe und Schwierigkeiten der Einzelmerkmale in Bezug auf ihre Faktoren	42
4.5	Änderungssensitivität des LFP	44
4.6	Externe Validierung des LFP	44
4.6.1	Symptom-Check-List (SCL-90-R)	44
4.6.2	Montgomery-Asberg-Depressions-Skala (MADRS)	45
4.7	Kriterienbezogene Validierung	46
4.7.1	Alter	46
4.7.2	Geschlecht	46
4.7.3	Schulabschluss	46
4.7.4	Dauer der Behandlung	47
4.7.5	Medikamentöse Behandlung.	47
4.7.6	Diagnosenuntergruppen	48
4.8	Befragung der ErgotherapeutInnen zum Gebrauch und Nutzen des LFP	48
4.8.1	Handhabbarkeit	48
4.8.2	Verständlichkeit	49
4.8.3	Utilität	49
4.8.4	Inhaltliche Beurteilung	49
4.9	Formale und inhaltliche Bewertung von Merkmalen zur Verkürzung des Verfahrens	50
4.9.1	Formale Bewertung von Einzelmerkmalen	50
4.9.2	Inhaltliche und formale Itemselektion	56
4.10	Vorschlag zu einer verkürzten Version des LFP für den alltäglichen Gebrauch (LFPk)	57
5	Diskussion	58
5.1	Allgemeine Beurteilung des neuen Verfahrens	58
5.2	Konstruktion des LFP.	58
5.3	Gütemaße des LFP	59
5.3.1	Mittelwerte und Profile der Merkmale des LFP	59
5.3.2	Beurteilung der Skalen	60
5.3.3	Externe Validierung	60
5.3.4	Kriterienbezogene Validierung	61
5.4	Bewertung des LFP aus ergotherapeutischer Sicht	62
5.5	Kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens	62
5.5.1	Stichprobe und Setting	62
5.5.2	Messinstrumente.	63
5.6	Ausblick	63
6	Zusammenfassung	65
7	Literaturverzeichnis	67

Anhang75
Tabelle 1: Global Dimensions Used in Occupational Rating Scales (Spermon et al., 1991)76
Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) der Einzelmerkmale des LFP zum MZP 1 und 277
Tabelle 3: Ergebnis der Faktorenanalyse des LFP zum MZP 178
Tabelle 4: Ergebnis der Faktorenanalyse des LFP zum MZP 279
Tabelle 5: Homogenität der Faktoren: Alpha der Faktoren bei Herausnahme einzelner Merkmale80
Ergänzend zu der Entwurfsfassung der Definitionen des Lübecker Fähigkeitsprofils81

Anleitung für den Leser

Liebe interessierte Leser und Leserinnen,

ich möchte Ihnen in diesem Buch das Lübecker Fähigkeitenprofil (LFP) vorstellen, das von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen auf unterschiedliche Art und Weise benutzt werden kann. Sie finden das Instrument selbst im Anhang und im Manual – Das Lübecker Fähigkeitenprofil (LFP).

Es existiert in einer Kurzversion für diejenigen, die mit wenig Aufwand und nur zur Erleichterung der eigenen täglichen Arbeit mit dem LFP arbeiten möchten, und in der längeren Originalversion. Auch diese ist mit etwas Übung im Alltag verwendbar und aussagekräftiger als die Kurzversion. Sie sollte auf jeden Fall verwendet werden, wenn es um eine Form der Evaluation von Ergotherapie oder eine Anwendung im Rahmen von Studien geht. Dafür ist die Kurzversion ungeeignet.

Da es für die Sicherung der Qualität erforderlich ist, dass Sie sich vor Gebrauch dieses Instrumentes mit seiner Anwendung und Handhabung ausreichend vertraut machen, ist es wichtig, dass Sie sich vorab mit der Zielsetzung, Entwicklung und der Zusammensetzung dieses Instrumentes etwas vertrauter machen. Hierfür empfehle ich, die Kapitel 2.8: Stand der ergotherapeutischen Verlaufsbeobachtung in psychiatrischen Kliniken, 2.9: Fragestellung und Ziele der Arbeit, 3.1: Entwicklung des Lübecker Fä-

higkeitenprofils, 4.2: Ergebnisse der Faktorenanalyse des LFP, 4.3: Inhaltliche Beurteilung: Faktorenrevisi- on und -interpretation, 4.8: Befragung der Ergothe- rapeutInnen zum Gebrauch und Nutzen des LFP, 5.1: Allgemeine Beurteilung des neuen Verfahrens, 5.2: Konstruktion des LFP, 5.3: Gütemaße des LFP und 5.6: Ausblick zu lesen. Für die Anwendung des LFP ist es weiterhin essenziell, das Anwendungsmanual für das Lübecker Fähigkeitenprofil im Manual zu studieren. Es ist dagegen für den alltäglichen Gebrauch nicht notwendig, dass Sie die statistische Auswertung der Studienergebnisse, die ich bei diesem Inst- rument untersucht habe, genauer kennen.

Es bleibt deshalb dem Interesse der jeweiligen Lese- rInnen überlassen, ob sie sich zusätzlich auch noch mit dem statistischen Anteil und der Durchführung der Studie in diesem Buch befassen.

Die Einleitung umfasst einen geschichtlichen Über- blick über die Entwicklung der Ergotherapie, eine kurze Beschreibung ergotherapeutischer Modelle und Konzepte sowie einen Überblick über andere standardisierte Verfahren zur Beurteilung ergothera- peutischer Arbeit, Evaluationsforschung und Doku- mentation in der Ergotherapie.

Tanja Schunert, geb. Schirmmacher

Für ihre Unterstützung beim Zustandekommen dieses Buches möchte ich Frau Anja Weber, Frau Beate Kubny-Lüke, Barbara, Elise und Volker Schirmmacher sowie Georg Schunert danken.

1 Abkürzungen und Fachbegriffe

Abkürzungen

ACIS	Assessment of Communication and Interaction Skills
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens; Activities of Daily Living
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
AOF	Assessment of Occupational Functioning
AOTA	American Association of Occupational Therapists
BaFPE	Bay Area Functional Performance Evaluation
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CGI	Clinical Global Impression
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
COTES	Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DSM IV	Diagnostic System of Mental Disorders
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
GRS	Geriatric Rating Scale
ICD 10	International Classification of diseases
LFP	Lübecker Fähigkeitenprofil
LFPk	Lübecker Fähigkeitenprofil Kurzversion
LSI-Z	Life-Satisfaction Index-Z
MADRS	Montgomery-Asberg-Depressions-Skala
MELBA	Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit
MOHO	Model of Human Occupation
MUL	Medizinische Universität zu Lübeck
MZP	Messzeitpunkt
OCAIRS	Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale
OTTOS	Occupational Therapy Task Observation Scale

PANSS	Positiv- und Negativ-Syndrom Skala
POTENT	Psychiatric Occupational Therapy Evaluation of Needs and Treatment
PSE	Present State Examination
SD	Standarddeviation/-abweichung
SCL-90-R	Self-Report Symptom Inventory 90 Items-Revised
SIS	Social Interviews Schedule
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TOA	Task-Orientated Assessment
WFOT	World Federation of Occupational Therapy

Statistische Fachbegriffe

Faktor	= Gesamtheit inhaltlich zusammenhängender Merkmale
Faktorenladung	= in Zahlen ausgedrückter Zusammenhang mit einem Faktor
Item	= Merkmal
Koeffizient	= zugehöriger Zahlenwert
Konsistenz	= Zusammensetzung
Korrelation	= Zusammenhang
reliabel	= zuverlässig/reproduzierbar
Reliabilität	= Zuverlässigkeit/Reproduzierbarkeit
signifikant	= bedeutsam/wichtig/ aussagekräftig
Utilität	= Nutzen/Brauchbarkeit
valide	= inhaltlich genau
Validität	= inhaltliche Genauigkeit/ inhaltliche Aussagekraft
Varianz	= Streubreite

2 Einleitung

2.1 Vorwort

Dem Nutzen und der Effektivität von Kotherapien im stationären Behandlungskonzept psychiatrischer PatientInnen ist bisher wenig Beachtung geschenkt worden. Besonders deutlich ist dies am Mangel von diagnostisch und therapeutisch einsetzbaren Instrumenten zu ersehen. Im Bereich der Ergotherapie wurde im deutschsprachigen Raum bisher nur für die ambulante Arbeitstherapie ein solches Instrument entwickelt, ansonsten werden Modelle und Interviewanleitungen aus den weit fortgeschrittenen anglophonen Ländern übernommen und finden langsam mehr Verbreitung. Diese Instrumente sind oft aufwendig, basieren auf speziellen Tests oder eignen sich v. a. zur Therapieplanung. Es existieren nur wenige empirische Verlaufsuntersuchungen, die unzureichend standardisiert und ohne einheitliche Instrumentarien durchgeführt wurden.

Unter der zunehmenden finanziellen Einengung und dem Druck der Krankenkassen, die Wirksamkeitsnachweise einfordern, gewinnt diese Problematik jedoch zunehmend an Bedeutung. Ein wachsender Bedarf nach einem auf deutsche Verhältnisse zugeschnittenen ergotherapeutischen Beobachtungsbogen zum Therapieverlauf, der zur Qualitätssicherung und zu empirischen Forschungszwecken eingesetzt werden kann, ist festzustellen.

Ziel dieser Arbeit war es deshalb, ein standardisiertes, breit einsetzbares und praktikables Instrument zur Erhebung von ergotherapeutischer Verlaufsbeobachtung in der stationären Arbeit mit psychisch Kranken zu entwickeln. Die Arbeit stellt hierzu in der Einleitung zunächst die Entwicklung von Ergotherapie, ergotherapeutische Modelle, bisherige Studien und Entwicklung von Instrumenten sowie allgemeine Informationen über Qualitätskontrolle und Beurteilungsskalen dar. In Material und Methoden werden die Entwicklung des Lübecker Fähigkeitsprofils sowie die zu seiner Evaluation angewandten statistischen Methoden aufgezeigt, im Ergebnisteil die PatientInnengruppe und die Auswertung des Lübecker Fähigkeitsprofils (LFPs). Diese Arbeit stellt dabei nur einen ersten Schritt dar und beschränkt sich auf die Untersuchung des Lübecker Fähigkeitsprofils an depressiven PatientInnen.

2.2 Entwicklung und Definition der Ergotherapie

2.2.1 Geschichte der Ergotherapie

Psychische Erkrankungen begleiten die Menschheit seit Jahrtausenden, obschon ihre Zahl und die Ausprägung ihrer Erkrankung in Abhängigkeit von der Gesellschaft und vom sozialen Klima variieren. Der Umgang mit psychisch Erkrankten hat sich jedoch in den letzten Jahrhunderten und Jahrzehnten stark verändert. Wurden sie früher isoliert, teilweise von der Gesellschaft ausgeschlossen und in Gefängnissen verwahrt, so streben wir heute zu immer mehr sozialer Integration, Verständnis und Akzeptanz ihrer Erlebnisphänomene.

Die Ergotherapie gilt in diesem Rahmen heutzutage zwar als „junger Beruf“, hat ihre Wurzeln jedoch schon im Altertum und ist tatsächlich von den heute angewandten Therapieverfahren in der Psychiatrie das älteste (Linden et al. 1989). Die Therapiebezeichnung Ergotherapie leitet sich aus dem griechischen Wort „ergon“ ab, das so viel wie Werk, Tat, Arbeit, Beschäftigung bedeutet. Sie umfasst die älteren Begriffe Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie (Linke-Vieten 1996).

„Bei Asklepiades, einem griechischen Arzt des 2. Jahrhunderts v. Chr. und in den Schriften des römischen Arztes Claudius Galenus von Pergamon (129-199 n. Chr.) finden sich Hinweise auf die Behandlung psychisch Kranker mit Musik, Beschäftigung und Arbeit.“ (Linke-Vieten 1996, S. 9). Galen prägte den Satz: „Arbeit ist die beste Medizin, die uns die Natur gegeben hat“ (Schaal 1986). Im 7. Jahrhundert existierten bereits in Marokko Spitäler, die beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen anwandten. Ernst Horn (1774-1848), der die Berliner Charité von 1806-1818 leitete, sah in Beschäftigung und Arbeit von Kranken ein „wirksames und höher wie Arzneimittel zu bewertendes Heil- und Palliativmittel“ (Linden et al. 1989). Unter dem Einfluss von John Conolly (1794-1866) und Philippe Pinel (1745-1826) entwickelte sich die Sozialpsychiatrie in Großbritannien und Frankreich, wo in der „Bicêtre“ (Paris) 1832 etwa 100 Geisteskranke im Ackerbau und in der Molkerei beschäftigt wurden (Dohm und Raps 1985).

Auch in der ersten Lübecker Anstalt für psychisch Kranke in der Wakenitzstraße fand Beschäftigungstherapie im Rahmen neuartiger Praktiken und Ideen hinsichtlich einer „moralischen Behandlung“ psychisch Kranker im 19. Jahrhundert Eingang in die Behandlungspraxis (Dilling 1994). C.G. Jung erkannte das Gestalten als Instrument zur Integration vorher unbekannter Persönlichkeitsanteile in den Prozess der Selbstfindung und der Individuation. Er setzte es als Technik ein, um „unbewusste Inhalte bewußtseinsfähig und damit wirksam werden zu lassen“ (Biniek 1982).

Als organisierter Beruf entstand die Ergotherapie zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den USA durch eine interdisziplinäre Gründergruppe (Hopkins und Smith 1993). Die „Arts and Crafts“-Bewegung legte Wert auf Kreativität und wertete das Kunsthandwerk auf (Hagedorn 1999). Dr. William Rush Dunton verfasste 1919 das „Credo for occupational therapists“, in dem er die grundlegenden Thesen formulierte: *„Betätigung ist für das Leben ebenso nötig wie Essen und Trinken. Alle Menschen sollten sowohl körperlichen als auch geistigen Beschäftigungen nachgehen (...). Ein kranker Geist, ein kranker Körper oder eine kranke Seele können durch Betätigung geheilt werden.“* (Miller und Walker 1993, S. 3). In Deutschland wurde der erste Ergotherapiekurs 1947 in Bad Pyrmont auf Anregung des englischen Roten Kreuzes abgehalten (Scheepers et al. 1999, S. 4). Im Rahmen der Verabschiedung des Psychotherapeuten-Gesetzes 1998 wurde die Änderung der Berufsbezeichnung „Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut“ in „Ergotherapeut“ festgelegt. Mittlerweile existieren 150 Ergotherapieschulen in Deutschland.

2.2.2 Definition der Ergotherapie

Die vielfältigen Versuche zu definieren, was Ergotherapie eigentlich zum Inhalt hat, zeigen, wie komplex das Aufgabengebiet ist: Die Definition der World Federation of Occupational Therapy (WFOT) bestätigt das Grundprinzip der Hilfestellung bei der Genesung individueller Einschränkungen: *„Ergotherapie ist die Behandlung körperlicher und psychischer Zustände durch spezifische Aktivitäten, die den Menschen helfen sollen, das für sie größtmögliche Maß an funktionellen Fähigkeiten und Unabhängigkeit zu erreichen.“* (College of Occupational Therapists 1994, zitiert nach C. Jerosch-Herold et al. 1999, S. 4). Die AOTA definierte Ergotherapie 1986 etwas ausführlicher folgendermaßen: *„Ergotherapie ist der thera-*

peutische Einsatz von Aktivitäten aus den Bereichen alltäglicher Selbstversorgung, Arbeit und Spiel, um unabhängige Funktionen zu steigern, Entwicklungen zu fördern und Behinderungen zu vermeiden. Dies schließt ggf. die Anpassung von Aufgaben oder eine geschicktere Nutzung der Umwelt ein, um eine maximale Unabhängigkeit erreichen und die Lebensqualität erhöhen zu können.“ (Hopkins und Smith 1993, S. 4).

In Deutschland stellte sich die im Mai '97 gegründete AG-Qualitätssicherung des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) die Aufgabe, Ergotherapie zu definieren und ihr einen gesetzlichen (versicherungstechnischen) Rahmen zu geben, um im Schaffen einer gemeinsamen Identifikation und Ausgangsposition die Grundlage zur Qualitätssicherung zu legen: *„Definition Ergotherapie: Ergotherapie beruht auf medizinischer und sozialwissenschaftlicher Grundlage und ist ein ärztlich zu verordnendes Heilmittel. Ergotherapie kommt zum Einsatz bei Menschen jeden Alters mit motorisch-funktionellen, sensomotorisch perceptiven, neuropsychologischen und/oder psychosozialen Störungen. Ziel der Ergotherapie ist es, individuelle Handlungskompetenzen im täglichen Leben und Beruf zu entwickeln, wiederzuerlangen und/oder zu erhalten. Die Methode der Ergotherapie ist der spezifische Einsatz ausgewählter Aktivitäten, um Auswirkungen von Krankheit und Behinderung zu analysieren und zu behandeln.“* (Hözl 1998, S. 120).

Laut Reilly ist die wesentliche Grundannahme der Ergotherapie, dass *„der Mensch durch den Gebrauch seiner Hände, wie sie durch Gedanken und den Willen gesteuert werden, den eigenen Gesundheitszustand beeinflussen kann.“* (Reilly 1992, S. 1).

Diese Annahme, dass zwischen Gesundheit und Beschäftigung ein wechselseitiger Zusammenhang besteht, wurde u. a. durch eine retrospektive Untersuchung von Iwarsson et al. (1998) in Schweden unterstützt.

Laut Psychiatrie-Personalverordnung gehört Ergotherapie zu den handlungsbezogenen Therapieangeboten, die zur Diagnose krankheitsbedingter Einschränkungen und zu deren Kompensation beitragen sollen. Ihre Arbeit orientiert sich an den *„Alltagsproblemen der Patientinnen und Patienten, sie berücksichtigt deren individuelle Lebensgewohnheiten und knüpft an vorhandenen Fähigkeiten an.“* (Kunze und Kaltenbach 1994, S. 118).

2.3 Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle

Da die Ergotherapie heute ausdrücklich zu den Standardbehandlungen in der stationären Behandlung psychiatrischer PatientInnen gerechnet wird (Jentschura und Janz 1979) und ihre positive Auswirkung größtenteils anerkannt ist, jedoch bisher wenig Studien zu ihrer Effektivität und Wirkungsweise existieren (Devereaux und Carlson 1992) und in den USA die Forderung laut wird, die Ergotherapie durch effizientere und zweckspezifischere Methoden einzelner Teilbereiche, wie z. B. computergestütztes kognitives Training vollständig zu ersetzen, erscheint es angebracht, die Arbeit und gängige Behandlungskonzepte der Ergotherapie kritisch zu untersuchen und die Frage zu stellen, was Qualitätssicherung in der Ergotherapie bedeuten könnte.

Genau wie in allen anderen Disziplinen und Bereichen der gesundheitlichen Versorgung steht auch in der Ergotherapie mit psychisch Kranken die Verpflichtung, im besten Interesse und zum Wohle der PatientInnen beizutragen, ganz im Vordergrund. Diese Aufgabe mag in der Psychiatrie besonders schwierig zu erfüllen sein, da das psychische Befinden etwas sehr Subjektives ist, das von anderen schwer beurteilt werden kann. Zusätzlich kann sich unter dem Bild einer psychischen Erkrankung die ursprüngliche Charakterpersönlichkeit der Kranken so stark verändern, dass ihre Selbstbestimmung und Urteilsfähigkeit zum Schutze ihrer eigenen Person z. T. erheblich eingeschränkt werden müssen.

Alle, die bei der Therapie dieser PatientInnen mitwirken, tragen somit besondere Verantwortung und es scheint deshalb wichtig, eine gemeinsame „Behandlungsethik“, d. h. Zielsetzung und Konsens über das Verständnis psychischer Erkrankungen, als Grundlage für die multidisziplinäre Behandlung zu finden. Auch so genannte soziale Berufe beziehen ihre Berechtigung nicht allein aus der selbstdefinierten guten Absicht. Es wird zunehmend erwartet und eingefordert Rechenschaft abzulegen.

So wird vor dem Hintergrund sich zunehmend differenzierender und fortentwickelnder Therapieverfahren in der klinischen Psychologie verstärkt die Frage relevant, mit welchem Therapieverfahren eine gegebene Störung am wirkungsvollsten zu behandeln ist (prognostische Indikation). Der Indikationsfrage wird dabei meist nicht ausreichend Bedeutung beigemessen, obwohl am Anfang jeder professionellen

therapeutischen Intervention eine strukturierte und schulenübergreifende Auswahl der für die jeweilige Therapieform geeigneten PatientInnen stehen sollte (Jäger 1988).

Nach Donabedian, einem der „Väter“ amerikanischer Qualitätsmanagementprogramme, lassen sich drei Qualitätsaspekte voneinander unterscheiden: die Strukturqualität (Personal, räumliche Ausstattung, Materialien, etc.), die Prozessqualität (Maßnahmen, Beziehungsangebot, Kommunikationsqualität, auch interdisziplinär, Dokumentation etc.) und die Ergebnisqualität (Therapieziele, -erfolg, Klienten- und Mitarbeiterzufriedenheit etc.). Ein direktes Evaluationskriterium ist dabei nur die Ergebnisqualität (Heilung, Lebensverlängerung, Symptomlinderung, Konstanz ...), während Prozess- und Strukturqualität sowie die PatientInnenzufriedenheit primär nur so genannte „Surrogatkriterien“ darstellen.

Im Rahmen der Reformen im Gesundheitswesen wird die Forderung, eingesetzte Maßnahmen einer Qualitätskontrolle zu unterziehen, zunehmend auch an Ergotherapeuten herangetragen. *„Qualitätssicherung im Gesundheitswesen soll helfen, eine effiziente Behandlung der PatientInnen auf hohem Niveau zu ermöglichen.“* (Bengel und Strittmatter 1995, S. 384). *„Es ist zu erwarten, daß in einem zukünftigen Gesundheitssystem nur noch solche Leistungen bezahlt werden können, deren Effektivität und Effizienz nachgewiesen sind ... „Evidence based medicine“ bedeutet, daß vor der Gewährung von Maßnahmen deren Wirksamkeit durch Studien belegt sein muß. ... Noch mangelt es an kontrollierten Studien, die den Nutzen der Ergotherapie zweifelsfrei belegen. ... Dies hängt einerseits mit der schwierigen derzeitigen Forschungssituation zusammen, andererseits mit der fehlenden Ausbildung von Ergotherapeuten in Bezug auf Forschungsfragen. ... Die Prüfung der Ergebnisqualität ist methodisch besonders problematisch. Voraussetzung hierfür wäre die Definition geeigneter Instrumente zur Ergebnismessung (outcome-Messung). Wenn solche Instrumente regelmäßig in der Ergotherapie zu Beginn der Behandlung, bei deren Abschluß und in follow-up-Untersuchungen eingesetzt werden, lassen sich Aussagen über die Ergebnisqualität einzelner Einrichtungen daraus ableiten. ... In diesem Bereich besteht jedoch noch ein erheblicher Forschungsbedarf.“* (Jäckel 1998, S. 23).

Die Psych-PV liefert einen guten Ansatz für Qualitätssicherung, da ihr zielgerichtete Leistungen für PatientInnen auf der Basis eines therapeutischen

Grundkonzeptes mit bestimmten strukturellen Voraussetzungen zugrunde liegen (Kunze und Kaltenbach 1996, Kunze et al. 1998). Sie definiert verschiedene Qualitätsanforderungen für den Bereich Ergotherapie, von denen ich einige erwähnen möchte: Förderung von Verantwortungsfähigkeit (Einbeziehung in die Therapieplanung, Selbstwahrnehmung), Förderung der sozialen Integration (lebenspraktische Fähigkeiten), Nutzerzufriedenheit, individuumsbezogene Behandlung, Transparenz der Behandlung (Information), methodisch-wissenschaftliche Orientierung (systematische und standardisierte Diagnostik), multiprofessionelle Behandlung (interdisziplinärer Austausch, Rahmenkonzept) sowie angemessene Dokumentation und Reflexion (Nachbesprechungen, Einzelverläufe) (Köhler 1998). Die bisher nur ansatzweise vorhandene Reflexion, Dokumentation und Evaluation ergotherapeutischer Behandlungskonzepte (MOHO und MELBA, siehe S. 15 u. 26) bedarf einer verstärkten Aufmerksamkeit, Anwendung und Erweiterung, um Qualitätssicherung auf diesem Gebiet zu ermöglichen.

Frau C. Scheepers, ehemalige Vorsitzende des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (1990-1998), warnt jedoch auch vor Grenzen und der Gefahr, dass Qualitätssicherung als Selbstzweck reiner Kostensenkung missbraucht werden kann, und bemerkt, dass das PatientInnen-TherapeutInnenverhältnis nicht standardisierbar sei (Scheepers 1994).

2.4 Modelle, Therapiekonzepte und Zielsetzungen in der Ergotherapie

Die Entwicklung und Erprobung theoretischer Modelle, die die Grundlage für die Veränderung und Verbesserung ergotherapeutischer Praktiken bilden, sind für Ergotherapeuten heute überlebensnotwendig (Yerxa 1994, Hocking und Whiteford 1997).

Sie wurden nicht nur als „legitime Werkzeuge“ (Mosey 1981) entwickelt, sondern weil man sich um die ergotherapeutische Identität in manchen Bezugsrahmen sorgte. Ein Modell erlaubt, dass ein Therapeut alle Aspekte des Lebens und der Funktionen eines Individuums im Verhältnis zu seiner Umwelt beachtet und garantiert, dass die Handlungen der TherapeutInnen mit den Prinzipien der Ergotherapie vereinbar sind (Jerosch-Herold 1999). Laut Reed (1984) sollte ein Praxismodell

- den Bezugsrahmen identifizieren
- helfen, Annahmen, Konzepte und Definitionen zu strukturieren und zu ordnen
- spezifische Eigenheiten der ergotherapeutischen Praxis herausstellen
- weitere Forschung anleiten
- logische Argumente für eine Spezialisierung bieten
- Änderungen im Laufe der Zeit zulassen
- helfen, anderen Ergotherapie zu erklären
- interdisziplinäre Arbeit fördern, indem es gemeinsame Interessengebiete aufzeigt

ErgotherapeutInnen beschäftigen sich mit der Handlungsfähigkeit von Menschen und konzentrieren sich mit ihren Problemlösungsstrategien auf Störungen im Handlungsbereich. Diese sehr spezifische Sichtweise menschlicher Probleme unterscheidet die Ergotherapie z. B. von der Medizin. Dort wird Dysfunktion als Krankheit angesehen, während ErgotherapeutInnen sie als Unvermögen, Tätigkeiten in gewohnter Weise auszuführen, interpretieren. Sie sehen die Handlungsdysfunktion eher personenbedingt als krankheits- oder symptomspezifisch (Dehnhardt 1993).

Kennzeichen der Ergotherapie ist zum einen, dass zielgerichtetes schöpferisches Handeln unter Verwendung gegenständlicher Arbeitsmaterialien eingesetzt wird, um krankheitsbedingt eingeschränkte oder im chronischen Erkrankungsprozess verloren gegangene Fähigkeiten wiederzugewinnen und um gesunde Anteile bzw. vorhandene Fähigkeiten der PatientInnen kompensatorisch zu fördern (Linden et al. 1989). Die Besonderheiten der Ergotherapie liegen in der Vielfalt ihrer Variations- und Einsatzmöglichkeiten, z. B. zur Konzentrationssteigerung, zur Selbstbestätigung oder Selbstverwirklichung, zur Alltagsbewältigung oder zur Tagesstrukturierung. Viele Modelle aus dem amerikanischen und kanadischen Bereich stellen heute eine klientenzentrierte Behandlung und die Orientierung am Individuum in den Vordergrund. Nach Kielhofner (1992) wird die Wahl der Behandlung eher als Recht der PatientInnen als das der TherapeutInnen betrachtet, unabhängig von den Konsequenzen dieser Entscheidung. Der Klient soll in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten Ziele festlegen und bei der Umsetzung und Ergebnisevaluation mitwirken (Law et al. 1990). Diese Partnerschaft hat viele Vorteile. Das Einbeziehen der KlientInnen in den Entscheidungsprozess

im Hinblick auf Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit ermöglicht die Erfahrung von geteilter Verantwortung, verstärkt das Selbstwertgefühl, vermindert Gefühle von Machtlosigkeit und ermöglicht Selbstbestätigung (CAOT 1988, 1997).

Das **Model of Human Occupation** (Kielhofner 1980a und b, 1995, Kielhofner und Burke 1980, Kielhofner und Nicol 1989, Kielhofner et al. 1982) erlaubt das Beschreiben geordneten und ungeordneten Verhaltens und die Untersuchung eines stetigen Wandlungsprozesses. Eine Grundannahme ist, dass Menschen sich durch Betätigung zu dem entwickeln, was sie in Zukunft darstellen. Betätigung wird deshalb als eine zentrale Kraft für Gesundheit, Wohlbefinden, Entwicklung und Veränderung angesehen (Jerosch-Herold 1999). Betätigungsverhalten wird außerdem als Ergebnis der Interaktion persönlicher und umweltbedingter Faktoren verstanden. Gemäß dem Modell produzieren Individuen Aktionen und Information und erhalten parallel Information und Feedback, sprich Rückmeldung zu ihrem Verhalten von der Umwelt. Das Individuum verarbeitet dann diese Rückmeldung und erlangt dadurch neue Handlungspotenziale. Dieser Verarbeitungsprozess wird als aus drei hierarchischen Subsystemen zusammengesetzt konzipiert: Die höchste Ebene beinhaltet das Subsystem der „Volition“, sprich Faktoren, die sich auf die Motivation auswirken, wie Interessen, die sich auf das Vergnügen und die Zufriedenheit im Zusammenhang mit Betätigung beziehen, Ziele und Werte, denen man sich persönlich verpflichtet fühlt, und das Selbstbild, das ein Gefühl persönlicher Verursachung und Beeinflussung (Wirksamkeit) beinhaltet. Wenn Menschen nun durch physische oder psychische Einschränkungen ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen und ihre Ziele nicht mehr erreichen können, kann dies den Verlust ihres Selbstwertgefühls bedeuten und zu einem Gefühl von Sinnlosigkeit führen. Interessen können zu einer Antizipation zukünftiger lustvoller Handlungsmöglichkeiten führen und so die Anziehungskraft einer Betätigung ausmachen. Für Menschen mit einer emotionalen „Fähigkeitsstörung“ (Jerosch-Herold 1999) geht diese Anziehungskraft häufig verloren. Das zweite Subsystem der „Habituation“ regelt das Verhalten nach vorhersagbaren Mustern und beinhaltet Gewohnheiten und inneres Rollenverständnis, das mit dem bewussten Eingehen von Verpflichtungen einhergeht. Aufgrund verinnerlichter Rollenskripte entwickeln

viele Menschen eine Reihe von Schemata, die regeln, wie Menschen wahrnehmen, kommunizieren, Urteile fällen und anderen gegenüber handeln. Die unterste Ebene „Performance“, sprich Verhaltensdurchführung, umfasst Fertig- und Fähigkeiten zur Durchführung basaler Handlungseinheiten. Im Sinne des Modells kann das Beschäftigungsverhalten mit Hilfe dieser Variablen untersucht und als fortwährender Zyklus verstanden werden. Im gesunden Fall adaptieren die Veränderungen innerhalb dieser Zyklen das Verhalten einer Person an seine Umwelt und vice versa, so dass Forderungen und Bedürfnisse erfüllt werden können. Es kann aber auch zu maladaptivem Verhalten kommen, wodurch eine Antizipation zukünftigen Versagens entsteht. Die Hauptaufgabe von ErgotherapeutInnen besteht demnach darin, KlientInnen dazu zu befähigen, ihr Beschäftigungsverhalten wieder in gesunden, adaptiven Zyklen zu organisieren (Cubie und Kaplan 1982) und ihre Motive und Lebensstile zu erhalten, wiederherzustellen oder neu zu entwickeln. Sie konzentrieren sich also nicht nur auf die ursprünglichen Fähigkeitsstörungen, sondern beachten darüber hinaus, auf welche Art und Weise die Gewohnheiten, Rollen und Interessen einer Person betroffen sind. Zur Befunderhebung stellt das MOHO Interessen- und Rollen-Checklisten, einen Fragebogen zur Volition (Heras de las et al. 1997), einen Interview- und Bewertungsbogen zur Betätigungsanalyse (OCAIRS) sowie das ACIS zur Auswertung von Verhalten zur Verfügung. Das vielseitige Instrumentarium wurde in der Ergotherapie als hilfreich bei der Befunderhebung angenommen, bietet jedoch wenig Möglichkeiten zur Verlaufsbeobachtung.

Das **Model of Personal Adaptation through Occupation** (Modell persönlicher Anpassung durch Betätigung) stellt die Hypothese, dass ein Individuum sowohl sich selbst als auch seine Umwelt verändern kann und die Interaktion aus ständigen Anpassungsreaktionen besteht, in den Mittelpunkt (Reed 1984 und 1999, Reed und Sanderson 1992).

Den theoretischen Rahmen für **Mosey's Model of the Profession and the Concept of Adaptive Skills** bilden verschiedene Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorien (Sullivan, Piaget, Brunner, Freud, Llorens, Ayres, Schilder, Searles u. a.). Für Mosey müssen sich die Ergotherapie und ihre Mitarbeiter beständig einer Überprüfung ihrer theoretischen

Fundierung unterziehen, so dass eine Beziehungsschleife zwischen philosophischer Basis, Modell, Bezugsrahmen, Praxis, Daten und Forschung entsteht. Als adaptive Fähigkeiten definiert sie: sensomotorische, kognitive, dyadische Interaktions-, Gruppeninteraktionsfähigkeiten und Fertigkeiten, die die eigene und sexuelle Identität betreffen. Dysfunktionen entstehen, wenn die benötigten Teilfertigkeiten nicht erlernt wurden. Sie unterscheidet daraufhin fünf Niveaus entwicklungsgerichteter Gruppen (Mosey 1968).

Wie bei Blaser-Csontos (1991, 1998) dargestellt beschreibt das **Modell zur Erfassung der Handlungsfähigkeit** entsprechend der von v. Cranach entwickelten Handlungstheorie drei Dimensionen von Handlung: den manifesten Verlauf, das subjektive Erleben und die soziale Bedeutung. Es sieht Handlung als den wesentlichen Faktor ergotherapeutischer Arbeit in der Psychiatrie.

In ihrer Abhandlung „*Objektbeziehungen und Ergotherapie*“ stellen Kayser et al. (1994) die Beziehung als die Basis für ergotherapeutisches Handeln dar. Sie basieren ihre Überlegungen auf soziologischer und psychologischer Forschung (Objektpermanenz und -konstanz, von Piaget und Freud beschrieben) und sehen die zentrale Bedeutung darin, dass Objektbeziehungen den Menschen in der Welt verankern und ihm bestimmte Persönlichkeitsanteile widerspiegeln. Es werden vier Dimensionen der Objektbeziehungen in der ergotherapeutischen Arbeit beschrieben: der funktionale Aspekt (Nutzbarkeit von Objekten), der manipulative Aspekt (Einflussmöglichkeiten auf ein Objekt), der ethische und sozial-normative Aspekt (Ehrlichkeit, Fairness, Ordnung) und die affektive Dimension (persönliche Bedeutung von Objekten, Identifizierung und Distanzierung) (Scheiber 1994). Eben diese Dimensionen finden auch Anwendung und Beachtung in der so genannten „**ausdruckszentrierten Methode**“ der Ergotherapie (Linke-Vieten 1996). Nach Franzke (1983) ist es dem Patienten „*anhand von Gestaltungen (...) häufig möglich, Einsichten in eigene Wünsche, Bedürfnisse, Haltungen, Gehemmnisse und Überzeugungen zu gewinnen. (...) Wesenszüge, die in der Realität nicht gewagt werden oder erlaubt sind, (...) im spielerischen Vorgang des Gestaltungsgeschehens*“ anzudeuten oder auszuprobieren. Eine akzeptierende, jede Gestaltung

wertschätzende Haltung des Therapeuten trägt zu einer Ichstärkung im Sinne von Selbstakzeptanz bei (Taucher und Steinbauer 1994).

Die **interaktionelle Methode** stellt Ergotherapie in den größeren Rahmen der Sozialpsychiatrie und der Milieuthherapie, die nach Heim (1985) die Prinzipien Partizipation (Mitentscheidung, Mitverantwortung und Autonomie), offene Kommunikation (Informationsaustausch, Transparenz, individueller Ausdruck), soziales Lernen (Reflexion, Lernen am Modell, Aktivierung) und Leben in der Gemeinschaft beinhaltet. Nach Lucius (Haag und Lucius 1984, Lucius und Koch 1982) nimmt die Ergotherapie mittlerweile eine zentrale Stellung im Therapie- und Rehabilitationsprozess ein. Ergotherapeuten bemühen sich heute häufig, ein geeignetes Übungsfeld für Interaktionen in einer Gruppe zu bieten (Scheiber 1994), wobei generell folgende Gruppentypen unterschieden werden: Parallelgruppen (Arbeit an eigenen Produkten im gleichen Raum), Projektgruppen (Bewältigung einer gemeinsamen Aufgabe, die der Leiter stellt), kooperative Gruppen (selbstständiges gemeinsames Arbeiten an einem Projekt in einer Gruppe) und freigestaltende Gruppen (die persönliche Befriedigung Einzelner im Umgang miteinander während einer offenen Arbeit mit gemeinsamem Ziel steht im Vordergrund). Die Gruppenkohäsion, das Teilen gemeinsamer Erfahrungen und das Erleben gegenseitiger Hilfsbereitschaft in ergotherapeutischen (auch parallel arbeitenden) Gruppen wird von den PatientInnen als wesentlicher therapeutischer Faktor gewertet (Webster und Schwartzberg 1992).

Die **kompetenzzentrierte Methode** ist die älteste Ausrichtung der Ergotherapie (Linke-Vieten 1996). Hierzu gehört auch das **Konzept der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit** von Bandura. Es wird darin davon ausgegangen, dass die positive Beeinflussung der subjektiven Erfolgserwartung für die Mobilisierung von Ressourcen zur Krankheitsbewältigung entscheidend ist (Gage et al. 1994). Die Steigerung der emotionalen Befindlichkeit sowie die Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit unmittelbar nach einer kompetenzzentrierten Ergotherapie-Behandlung konnte bereits empirisch nachgewiesen werden (Linke-Vieten et al. 1997).

Das **Canadian Occupational Performance Model (COPM)** (McColl und Pranger 1994, McColl et al. 2000) versucht, Beschäftigungsverhalten und seinen Zusammenhang zur Gesundheit darzustellen. Es geht um Interaktionen zwischen Personen und ihrer Umwelt durch Handlungen (Law et al. 1999). Betätigungsausführung wird definiert als die *„Fähigkeit, sinnvolle kulturell bedingte und altersentsprechende Betätigungen zu organisieren und zufriedenstellend auszuführen, um sich selbst zu versorgen, Freude am Leben zu haben und zum sozialen und ökonomischen Gefüge einer Gemeinschaft beizutragen“* (CAOT 1997, S. 30). Es berücksichtigt einen klientenzentrierten Ansatz und unterteilt den Betätigungsprozess in 7 Schritte. Das zugehörige Beurteilungsinstrument, das COPM, erfasst mittels eines semi-strukturierten Interviews 4 Verhaltenskomponenten: physische, geistige, soziokulturelle und spirituelle, 3 Verhaltensgebiete: Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität und physische, soziale sowie kulturelle Aspekte der Umwelt. Es wird dabei jeweils ein Punktwert für die Handlungsdurchführung und die Zufriedenheit der PatientInnen mit seiner „performance“ vergeben (Law et al. 1990). Da dieses Instrument Rollenerwartungen einschließt, die Wichtigkeit einzelner Betätigungsbereiche und die Zufriedenheit der KlientInnen berücksichtigt und damit die Selbstverantwortung fördert, den Klienten somit von Anfang an in den Therapieprozess einbindet und erneute Erhebungen vorsieht, hat es rasch weite Verbreitung gefunden. Es wurde in 8 Sprachen übersetzt und in über 20 Ländern eingesetzt. Tests bei 268 PatientInnen in Canada, Neuseeland, Griechenland und Großbritannien zeigen, dass das COPM fähig ist, einen weiten Bereich von Beschäftigungsverhalten zu identifizieren. Zur Durchführung werden durchschnittlich 30 Minuten benötigt (Law et al. 1994). Untersuchungen zur Test/Retest-Reliabilität ergaben Korrelationskoeffizienten zwischen 0,63 und 0,89 (Sanford et al. 1994, Law und Steward 1996, Bosch 1995). In einer Studie zu dessen Anwendung und Nutzbarkeit fanden Toomey et al. (1995), dass diese vom Grad der Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes, der Unterstützung und Wertschätzung durch Arbeitgeber und der Flexibilität, mit der es den praktischen Umständen angeglichen wurde, abhingen.

2.5 Evaluationsforschung in der Ergotherapie

2.5.1 Allgemeine Kriterien, Methoden und Forderungen

Ergotherapie ist auf dem Gebiet der theoretischen Fundierung bis heute nicht in die therapeutische Forschung integriert und blieb in ihrer Orientierung bisher praxeologisch (Thole und Steier 1990, Braus 1994). Gemäß einer von Scheepers und Müller 1992 durchgeführten Umfrage waren nur 27,1 % der MitarbeiterInnen ergotherapeutischer Abteilungen der Psychiatrie ausgebildete ErgotherapeutInnen.

Das von Seiten der Ärzte und Institutsleiter häufig höher bewertete quantitative, „naturwissenschaftliche“ Material stellt ein schwer wiegendes Problem für die Ergotherapie dar, die ihre Behandlung auf qualitative und deskriptive Methoden stützt und ihre Praxis nur schwerlich „naturwissenschaftlich“ zu evaluieren vermag (Jerosch-Herold et al. 1999).

Die Entwicklung der Evaluationsforschung begann Mitte der 60er-Jahre in den USA und erst über 10 Jahre später in Deutschland. Im Jahre 1989 wurde an der University of Southern California ein Doktorandenprogramm „Occupational Science“ eingerichtet, das seit 1997 die Zeitschrift „Occupational Science“ herausgibt und menschliche Betätigung aus vielen Blickwinkeln erforscht (Jerosch-Herold et al. 1999).

Die Bewertungskriterien der Evaluationsforschung umfassen insbesondere auch Bedarf und Bedürfnisse, Zielsetzung und Indikation, Aufwand und Voraussetzungen, Akzeptanz und Inanspruchnahme, Qualität und Angemessenheit sowie Auswirkungen und Effizienz therapeutischer Maßnahmen und gehen damit über die Anliegen reiner Therapiestudien hinaus.

Ottenbacher (1986) beschreibt vier Evaluationschritte für die Ergotherapie: Entwickeln und Sammeln von Information zur Behandlungsplanung, Dokumentation und Verfolgung der Umsetzung von Programmen, Auswertung des Programmeinflusses und Untersuchung der Behandlungseffizienz in Bezug auf Kosten-Nutzen Verhältnis und Ressourcennutzung. Der wichtigste Punkt könnte der Behandlungseffekt sein, der sich anhand der Veränderung in erwünschter Richtung messen ließe. Die Voraussetzung hierfür ist wiederum eine systematische Datenerhebung und -analyse, meist nach einem spezifischen Untersuchungsplan. Bisherige Evaluati-

onsdesigns erfordern meist besondere Bedingungen wie Randomisierung und Kontrollgruppen, die in den meisten klinischen Einrichtungen nicht gewährleistet werden können. Auch wird traditionellerweise nach übergreifenden Effekten im Durchschnitt gesucht, während ergotherapeutische Interventionen jedoch individuell zugeschnitten und deshalb stärker variabel sind. Es besteht also Bedarf an Behandlungsanalysen, die ihre Fragestellungen auf die Problematik individueller PatientInnen und einzelne bedeutende Probleme und Defizite richten. Zu diesem Zwecke führten Bloom und Fischer (1982) das „single system design“ ein, das Flexibilität erlaubt, gleichzeitig wissenschaftliche Kriterien wie objektive Beobachtung und Auswertung erlaubt, jedoch vielfältige Messmethoden und Instrumente notwendig macht (Cusick und Ottenbacher 1990). Gebräuchliche Methoden der empirischen Evaluationsforschung haben Bengel und Strittmatter (1995) zusammengefasst.

Aus den bisherigen Erfahrungen mit Evaluationsstudien formuliert Shadish (1990) u. a. die Forderung nach dem Einsatz zuverlässiger, valider und sensibler Messinstrumente. Außerdem solle eine kontinuierliche Rückmeldung an das therapeutische Personal über den Fortgang erfolgen.

2.5.2 Stand der Forschung

Eine zentrale Frage ist, ob Ergotherapie neben therapiestützender Funktion für die Psychotherapie eine eigenständige Wirkung zugesprochen werden kann (Meyer 1996).

Klinische Entscheidungen zur Behandlung und Evaluation werden von ErgotherapeutInnen gleichermaßen aus Intuition wie auch aus gründlichen Überlegungen heraus getroffen. Cubie und Kaplan entwickelten deshalb eine Methode zur Einzelfallanalyse, die „Case Analysis Method“, auf der Basis von Kielhofners „Model of Human Occupation“ (Cubie und Kaplan 1982). Sie soll helfen, die Beziehung zwischen Theorie, Datenerhebung, Datenanalyse und Behandlungsplanung transparenter zu machen und anhand eines Leitfadens von 10 Fragen Therapeuten bei der Organisation von Daten, Auswahlkriterien und Behandlungsstufen behilflich sein. Sie stellen die Case Analysis Method für die drei Ebenen: Erkundung/Exploration, Kompetenzen und Ergebnis/Erreichtes zur Verfügung.

Es ist wichtig und sollte selbstverständlich sein, dass ErgotherapeutInnen in die Erforschung und Hypothesenbildung zur Wirkung von Ergotherapie und

deren Überprüfung einbezogen werden. Ein Beispiel dafür wurde auf dem Ergotherapiekongress im Mai 1998 in Karlsruhe von Frau Witschi und Frau Beer in ihrem Referat „Ergotherapie mit Depressiven – eine Pilotstudie zur Therapieforschung“ vorgestellt.

Eine Zusammenfassung verschiedener Forschungsstudien zum Thema: Behandlung depressiver Symptomatik in der Ergotherapie legen auch Devereaux und Carlson vor. In den darin aufgeführten 7 Studien wurde viermal das Design einer Prä-Post-Untersuchung einer Patientengruppe (De Carlo und Mann 1985, Gangl 1987, Good-Ellis et al. 1986), zweimal eine randomisierte Post-Test-Untersuchung alleine (Kielhofner und Brinson 1989, Kremer et al. 1984) und einmal ein Zwei-Gruppen-Vergleich stationärer mit ambulanten Patienten (Fine 1988) gewählt. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen divergierende Tendenzen: Fine stellte eine signifikante Verbesserung im Problemlöseverhalten, der kommunikativen Fähigkeiten und depressiver Symptomatik durch soziale Lernprogramme auch noch 6 Wochen nach Beendigung der Behandlung fest. Eine signifikante Verminderung von Angstsymptomen finden auch Smith und Stein nach einem ergotherapeutisch basierten Stressbewältigungstraining. Gangls Ergebnisse einer auf Arbeits- und Beziehungsfähigkeiten orientierten Behandlung zeigen eine Verbesserung im allgemeinen, zwischenmenschlichen und arbeitsbezogenen Verhalten. Good-Ellis et al. (1986) finden ebenfalls eine Verbesserung v. a. sozialer und freizeitbezogener Rollen mit recht andauernden Effekten sowie eine Differenz der Genesung zwischen uni- und bipolaren Gruppen.

Nicht signifikante Veränderungen stellen De Carlo und Mann nach Teilnahme der Probanden an „sinnvollen“ Gruppenaktivitäten fest, wobei diese Behandlungsform nicht spezifiziert wird. Aber auch Kielhofner und Brinson können keinen signifikanten Unterschied in der Rehospitalisierungsrate zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe erkennen, wobei es sich um Kleingruppenarbeit mit strukturierten Zielen und bezogen auf Fähigkeiten, Rollen und Freizeit handelt. Die Arbeiten variieren sowohl im qualitativen Design, im Patientenkollektiv, den Charakteristiken der Behandlungsmethoden wie auch den Zielvariablen erheblich. In ihrer Analyse dieser Studien kommen Devereaux und Carlson (1992) zu dem Schluss, dass die kombinierten positiven Ergebnisse dennoch hoch signifikant sind (Staffer $Z = 3,37$,

$p < .001$). Diese Daten lassen also vermuten, dass ein Zusammenhang zwischen ergotherapeutischer Behandlung, funktioneller Lebensbewältigung und arbeitsrelevanten Fähigkeiten und Verhalten besteht.

Weissmans (1974) Ergebnisse lassen einen protektiven Effekt von Arbeit vermuten. Verschiedene Studien (Blackburn 1983, 1984, Murphy et al. 1984) belegen zwar die Wirksamkeit von Medikamenten bezogen auf depressive Symptome, zeigen jedoch auch, dass diese wenig bis gar keinen Einfluss auf adaptive Fähigkeiten, die zum Leben in einer Gemeinschaft notwendig sind, haben. Auch Devereaux (1986) und Keller et al. (1982a und b) bestätigen, dass viele depressive Patienten auch nach der Erholung vom akuten Schub der Depression weiterhin unter psychosozialen und arbeitsrelevanten Einschränkungen leiden. Eine Studie von Neiville-Jan ergab hohe Korrelationen zwischen Beschäftigungsverhalten und wichtigen auf die Motivation bezogenen Variablen wie selbst zugeschriebenem Kontrollvermögen, Genuss alltäglicher Aktivitäten und Planung zukünftiger Ereignisse.

Um auf den klinischen Kontext zurückzukommen, besteht bisher wenig Evidenz, dass Beschäftigung allein einen großen Einfluss auf Psychopathologie hat. In ihrer Arbeit beanspruchen Devereaux und Carlson nicht, dass Ergotherapie kurativ sei. Sie vermuten, dass der Wert von Beschäftigung in Abhängigkeit vom medizinisch-psychopathologischen Zustand einer Depression variiert. Während einer akuten Episode könne sie der Verlaufsbeurteilung von Symptomreduktion dienen, wobei zwischen kausalen Effekten medikamentöser und ergotherapeutischer Behandlung nicht differenziert werden könne. Wenn jedoch Residualsymptome weiterbeständen, müsse sich der Betrachtungswinkel ändern: das Modell der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (Post 1999) betone die Bedeutung der Ergotherapie, die verbleibende Fähigkeiten der Patienten unterstütze. Devereaux und Carlson legen 1992 eine weitere Arbeit zum Thema der Rolle der Ergotherapie in der Behandlung Depressiver vor, in der eine Reihe klinischer Forschungsstudien verglichen werden. Sie betonen die Wechselwirkung zwischen der Fähigkeit, zielgerichtet und sinnvoll Zeit, Energie und Interesse zu aktivieren und einzusetzen und dem Grad der Depression. Ergotherapie müsse dabei im weiten Kontext von sozialen Rollen, Aufgaben und Aktivitäten eingeordnet werden und ihre

Möglichkeiten, über Aktivität die Stimmungslage, Aufmerksamkeitsfokussierung, sinnvolle Zeitstruktur, Effektivität, persönliche Kontrolle und Erfüllung interpersoneller Bedürfnisse zu verbessern, bzw. Hilflosigkeitsgefühle zu vermindern, genutzt werden (Devereaux und Carlson 1992).

Eine interessante Arbeit zur Auswirkung von Ergotherapie wurde an der RWTH Aachen durchgeführt (Linke-Vieten und Wälte 1997). Untersucht wurden die emotionale Befindlichkeit und das Konzentrationsvermögen vor und nach „Freiem Werken“ anhand eines Fragebogens und eines Konzentrationstests an 56 Patienten und einer Kontrollgruppe. Für die Faktoren „Stimmung“ und „Innere Gereiztheit“ konnten signifikante Verbesserungen festgestellt werden unabhängig vom erlebten Erfolg des Patienten und anderen Merkmalen wie Geschlecht, Alter und Beruf. Auch die Konzentrationsleistung war bedeutsam erhöht, während es keine signifikante Änderung der „Aktiviertheit“ gab. Aufgrund methodischer Probleme des Studiendesigns konnte der Zusammenhang zwischen diesen kurzzeitigen Verbesserungen und einer längerfristigen Verbesserung der Krankheits-symptomatik jedoch nicht geklärt werden.

Eine ähnliche Pilotstudie führten Kipp et al. in der psychiatrischen Abteilung des Kasseler Ludwig-Noll-Krankenhauses durch. Sie versuchten zunächst aufgrund psychoanalytischer Überlegungen und klinischer Erfahrungen Hypothesen über Wirkprinzipien der Ergotherapie zu erarbeiten. Als Wirkprinzipien führen sie Ablenkung von Kränkungen und Konflikten, Wiederanknüpfen an früher gekonnte Fähigkeiten, Aktivierung von Erlebnisfähigkeit, Kontaktherstellung zu anderen, Sozialtraining, Konfliktaustragung und Ich-Stärkung durch Kompetenzerwerb an (Kipp et al. 1996). Sie ließen dann die Wirkung der Gruppenarbeit vor und nach verschiedenen Therapiegruppen von den Patienten anhand von Fragebögen einschätzen. Durch alle Therapiegruppen (Ergotherapie, Kunsttherapie, Bewegungstherapie) besserte sich die Stimmung der Patienten hochsignifikant, am deutlichsten in der Bewegungstherapie. Die Veränderungen sind bei psychotischen Patienten deutlich geringer als bei depressiven. 2/3 der Patienten gaben an, durch Gruppenarbeit von ihren Problemen abgelenkt zu werden. Der Allgemeinzustand besserte sich bei > 60 %, das Körpergefühl bei > 50 %. Ein intensi-

veres Erleben wird nur teilweise gefördert und die Potenz, bei der Lösung von Konflikten zu helfen, nur selten zugesprochen (Kipp et al. 2000).

Finn (1989) fand, dass die Steigerung der Konzentrationsfähigkeit und der Neuerwerb von Fähigkeiten von Patienten als wichtige therapeutische Faktoren gesehen werden. In den Studien von Burton (1984) und Vaughan und Prechner (1985) erklärten Patienten häufig, mit der Ergotherapie „Zeit herumkriegen“ und „irgend- etwas machen“ zu wollen. Falk-Kessler et al. (1991) stellten fest, dass Gruppenaktivität zu Hoffnungsaufbau und positiver Krankheitsbewältigung beiträgt. Webster und Schwartzberg (1992) fanden, dass die „Gruppenkohäsion“, das „Teilen gemeinsamer Erfahrung“ und das „Erleben gegenseitiger Hilfsbereitschaft“ in der Ergotherapie von Patienten als wesentliche therapeutische Faktoren angesehen werden.

Hayes und Halford sind der Meinung, den Erfolg von Ergotherapie am besten an der Generalisierung erworbener Fähigkeiten, sprich übertragener Anwendung auf weitere Lebensbereiche überprüfen zu können. „Therapie ist nur erfolgreich, wenn der Erfolg sich tatsächlich auch in der Umgebung, für die er bestimmt war, bemerkbar macht“ (Edelstein 1989). Sie untersuchten daraufhin 77 Studien und stellten fest, dass nur 4 spezifisch den Generalisierungseffekt der Ergebnisse erhoben. Der Effekt therapeutischer Interventionen auf die Umwelt der Patienten wird also selten erforscht (Steffen und Karoly 1980). Es wurde herausgefunden, dass die aktive Beteiligung von Klienten bei der Wahl therapeutischer Zielsetzung und ihr Verständnis des Behandlungsrationalen Veränderungen sowohl innerhalb wie auch außerhalb des therapeutischen Behandlungsrahmens fördert. Dieses Verständnis kann durch systematische, individuelle Erhebung von Bedürfnissen der Patienten und strukturiertes Feedback erreicht werden (Kanfer und Schefft 1988). Auch Gage et al. (1994) beschreiben, dass Ergotherapeuten häufig eine Diskrepanz zwischen entwickelten Fertigkeiten im klinischen Rahmen und dem Grad, zu dem ein Patient diese bewusst außerhalb des Klinikums anwendet, feststellen. Sie nehmen an, dass die wahrgenommene Selbst-Effektivität für diese Diskrepanz verantwortlich ist, und entwickelten deshalb ein Instrument zu deren Messung, das Self-Efficacy Gauge.

Eine qualitative Untersuchungsweise haben Taucher und Steinbauer (1994) an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz gewählt. Sie stellen psychodyna-

mische Informationen, die über die Integration der Phänomenologie von Bildern, Aussagen der Patienten zu ihren Bildern und deren Verhalten in der Gruppe gewonnen werden können und den diagnostischen Beurteilungsrahmen wesentlich erweitern, in den Vordergrund und grenzen Gestaltungscharakteristika von Bildern endogener Depressiver, neurotisch Kranker und Schizophrener gegeneinander ab.

2.6 Standardisierte Verfahren zur Befunderhebung

2.6.1 Allgemeine Anmerkungen zu standardisierten Instrumenten

Es hat sich eine Unzufriedenheit mit freien Interviews als Erhebungsmethode der Wahl in der Psychiatrie eingestellt, da sie eine geringe Reliabilität aufweisen (Kugler 1983).

Für Forschungszwecke wurden deshalb weitere Typen von Erhebungsinstrumenten entwickelt: Es handelt sich hauptsächlich um standardisierte Beurteilungsverfahren (auch Schätzskaalen genannt) in Form von Merkmallisten mit dazugehörigen Merkmalsbeschreibungen, z. B. Differenzial- oder Diskriminierungsskaalen zur Diagnostik und Klassifikation, Intensitäts- oder beschreibende Skaalen zur Feststellung des Schweregrades einer Erkrankung, prognostische Skaalen und Selektionsskaalen, die ein zu erwartendes Ergebnis einer spezifischen Behandlung voraussagen. Diesen Merkmallisten wird wegen ihrer hohen Praktikabilität, und weil sie komplexere Sachverhalte am besten abbilden, in der psychiatrischen Forschung meist der Vorrang gegeben, obwohl sich gezeigt hat, dass sie in ihrer Validität und Reliabilität problematisch sind. Da jedoch Alternativen fehlen, helfen sie dennoch, nützliche Informationen zu gewinnen (Kugler 1983).

Am häufigsten werden beschreibende oder Intensitätsskaalen in der Psychiatrie verwendet, speziell um Verläufe und Änderungen zu dokumentieren. Aufgrund dieser Überlegungen wurde auch für das LFP eine solche Form der standardisierten Beurteilung mit Merkmallisten gewählt.

Fremdbeurteilungsskaalen beziehen sich meist auf den psychopathologischen Befund (Overall 1972, Overall und Gorham 1976, 1996), Merkmalsbereiche wie soziale Adaptation (Weissman und Sholomskas 1981) oder Persönlichkeitszüge (Butcher 1969, Cohler et al. 1974, Dahlstrom et al. 1972, Fahrenberg

et al. 1984, Gehring und Blaser 1982). Es wurden bisher nur wenige Versuche unternommen, ein allgemeines psychosoziales Funktionsniveau in einer Fremdbeurteilungsskala abzubilden. Das LFP bewegt sich deshalb auf einem relativen Neuland, was, wie in Kapitel 5.3 ausgeführt, zu Schwierigkeiten bei der externen Validierung führte.

In der Therapieevaluation sind besonders solche Skalen hilfreich, die aktuelle Befindlichkeitsstörungen abbilden und zur seriellen Messwiederholung geeignet sind, was auf das LFP, wie die Untersuchung der Änderungssensitivität nahe legt, zutrifft.

Erhebungsprozesse psychologischer Charakteristika außerhalb standardisierter Tests können zunächst definitionsgemäß keine „falschen“ oder „richtigen“ Antworten liefern. Sie basieren auf Beobachtungen und Beurteilungen, die nicht unabhängig vom Beobachter/Beurteiler sind, und die deshalb viele technische und theoretische Testanforderungen nicht erfüllen können und müssen. Dennoch existieren auch für solche Verfahren Möglichkeiten, Validität, Reliabilität und Standardisierung zu überprüfen, auch wenn dies erheblich schwieriger ist als bei Testverfahren.

Beurteilungsskalen können dem Beurteiler eine Reihe von Feststellungen oder Adjektiven zum Ankreuzen zur Auswahl geben, von denen er die, die am ehesten die Beobachtung beschreiben, aussuchen soll. Viele Beurteilungsverfahren beruhen jedoch gezwungenermaßen auf Informationen, die ein Patient in Interviews über sich selbst äußert. Voll strukturierte Skalen setzen ein voll strukturiertes Interview voraus, wie z. B. das PSE (Wing et al. 1977 und 1978, Wing 1983). Für kleinere Forschungsvorhaben werden meist die weniger aufwendigen Schätzskalen bevorzugt.

2.6.2 Entwicklung standardisierter Verfahren zur Beurteilung ergotherapeutischer Arbeit

Die Entwicklung standardisierter Instrumente ist seit den 80er-Jahren ein Vorhaben von hoher Priorität in der Ergotherapie (Kaplan 1984, Kaplan und Kielhofner 1989, Watts et al. 1986). Die meisten bis dahin existierenden Instrumente waren psychometrisch inkorrekt und meist frei erfunden. Es bestand wenig Konsens. Was schon seit längerem Aufmerksamkeit und Bedeutung erlangte, sind klinische, semistrukturierte Interviews (Cynkin 1979, Melvin 1977, Pedretti 1981, Smith und Tiffany 1983, Trombly 1983).

Moorhead publizierte 1969 das erste ergotherapeutische PatientInnen-Interview: die Occupational History. Eine kürzere und der Akutbehandlung angemessenere Form entwickelten Florey und Michelman 1982 mit dem Occupational Role History. Weitere standardisierte Interviews folgten hierauf und wurden evaluiert. So z. B. das Occupational Performance History Interview (Kielhofner und Henry 1988), das kompatibler mit anderen Instrumenten, flexibler, klinisch sinnvoll, reliabel und differenzierend bezüglich Alter und Behinderungen sein sollte. Es setzt sich aus 39 Fragen zur Vergangenheit und Gegenwart des Verhaltens eines Klienten und einer jeweils fünfschrittigen Einschätzungsskala zusammen.

Wenn man den Evaluationsprozess genau betrachtet, gibt es laut Mosey (1970, 1980) drei Komponenten: Beobachtung, Interpretation und Validierung, sprich Bestätigung der Interpretationskorrektheit. Hemphill (1980 und 1982) bemerkt, dass das Sammeln von Evaluationsdaten eine Methode benötigt, die essenzielles Verhalten im Verlauf misst. Dementsprechende Skalen wurden als Beobachtungshilfen bezeichnet (Cronbach 1970). Clark et al. (1965) schlugen vor, dass solche Skalen 1. eine kurze, zusammenfassende Verhaltensanalyse mit grafischer Darstellung von Stärken und Schwächen beinhalten, 2. Veränderungen während des Therapieverlaufs widerspiegeln, 3. bei der Diagnosestellung und Behandlungsplanung hilfreich sein und 4. Forschung und Vergleichsstudien erleichtern sollten. Außerdem stellten Cronbach (1970) und Hemphill (1982) fest, dass Mess-Skalen dazu beitragen, Subjektivität in der Verhaltensbeobachtung zu reduzieren. Verhaltensmess-Skalen erwiesen sich außerdem nützlich, um effektiv Basis- und Verlaufsdaten anderen Professionellen mitzuteilen (Brayman und Kirby 1976, Clark et al. 1965). Sie seien einfach zu handhaben, benötigten wenig Zeit und ermöglichten den Therapeuten, viel Information in kurzer Zeit konsistent und mit einer einheitlichen Terminologie zu vermitteln (Bailey 1982). In ihrer Arbeit zur Entwicklung und Validierung des Psychiatric Occupational Therapy Evaluation of Needs and Treatment (POTENT) führten Spermon et al. (1991) eine Metaanalyse zu inhaltlichen Dimensionen von 8 Verhaltensmess-Skalen durch (Anhang Tabelle 1) und stellten fest, dass keines der Instrumente ausreichend umfassend für den Evaluationsbedarf der ergotherapeutischen Abteilung ihres Klinikkomplexes war. Es entstand als Konsens das POTENT (siehe Anhang Tabelle 1) mit 26 Merkmalen aus den Berei-

chen funktionelle Fähigkeiten, Selbstmanagement, physische Fertigkeiten, kognitive Fähigkeiten, die den Bereichen: ADL, Aufgabenplanung, Motorik und interpersonelle Kommunikation zugeordnet werden. Ihre Ergebnisse zeigten eine noch unzureichende Reliabilität und gaben keine diagnosespezifischen Profilwerte zu erkennen, was die Notwendigkeit einer individuellen Evaluation unterstreicht und gleichzeitig ein diagnosenübergeordnetes Zuordnen von PatientInnen zu spezifischen Programmen ermöglichte. Die im Durchschnitt für ein Profil benötigte Zeit war 1,6 Stunden.

Das Assessment of Occupational Functioning (AOF) (Watts et al. 1986) ist ein Befundungsinstrument, das für die Beurteilung körperlich Behinderter und älterer LangzeitpatientInnen entwickelt wurde. Es basiert auf dem Kielhofner'schen MOHO (Kielhofner 1980a und 1980b). Es besteht aus zwei Teilen, einem semistrukturierten Interview und einer Serie von 5 Punkte-Mess-Skalen bezogen auf Werte, Selbstverursachung, Interessen, Rollen, Gewohnheiten und Fertigkeiten. Das Interview mit anschließender Auswertung dauert ca. 25 Minuten und ermöglicht hilfreiche qualitative Datenerhebung zu einer Person, die der Therapeut anschließend beurteilt und quantifiziert. Die Ergebnisse zeigen eine gute Test-Retest- und Interrater-Reliabilität. Die konkurrente Validität im Vergleich mit der Geriatric Rating Scale (GRS) und dem Life-Satisfaction-Index-Z (LSI-Z) lassen eine höhere Sensitivität des Instruments für körperliche Behinderungen im Vergleich zu psychischen vermuten. Ein weiteres einfaches Messinstrument zur Evaluation und Dokumentation von Fähigkeiten und Fertigkeiten psychiatrischer PatientInnen in Gruppentherapie ist die Occupational Therapy Task Observation Scale (OTTOS) (Margolis et al. 1996). Sie bezieht sich wiederum auf das MOHO und beinhaltet 10 aufgabenbezogene Verhaltensweisen und 5 allgemeinere Verhaltensweisen, die jeweils mit Punktwerten zwischen 0 und 10 bewertet werden können. Die Definition einzelner Punktwerte ist dabei nicht vorgegeben und die Reliabilität scheint vom Erfahrungsgrad des Therapeuten abhängig zu sein. Die konkurrente Validität wurde im Vergleich mit der Bay Area Functional Performance Evaluation (BaFPE) (Bloomer und Williams 1979, Klyczek und Mann 1990) und der Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTES) (Brayman et al. 1976) bestimmt, wobei sich teilweise hohe Korrelationen ergaben.

Die BaFPE wurde 1979 zuerst veröffentlicht und als eines der ersten Instrumente zur Evaluation psychiatrischer PatientInnen in ihrem allgemeinen Funktionsniveau vorgestellt. Seit 1987 wurden zunehmend Forderungen nach einer verkürzten Version laut, die 1992 zur Revision des Untertests: Task-Orientated Assessment (TOA) durch Bloomer und Lang (Mann und Huselid 1993) führten. Anders als bei den zuvor beschriebenen Instrumenten handelt es sich hier um eine Testauswertung anhand standardisierter Aufgaben. Wie eine Analyse anhand semistrukturierter Interviews ergab, werden vergleichende Studien jedoch dadurch erschwert, dass auch dieses Instrument in der praktischen Anwendung von Therapeuten abgewandelt wird, um den PatientInnen eine erfolgreiche Bewältigung der Aufgaben zu ermöglichen (Managh und Cook 1993).

Das AOF (Watts et al. 1986) und die Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale (OCAIRS) (Kaplan und Kielhofner 1989) beruhen beide auf dem MOHO mit einem self-report Interview und ähnlichem Format. Sie zielen beide darauf ab, eine große Bandbreite von Faktoren, die für das **Beschäftigungsverhalten** wichtig erscheinen, zu erheben. Das AOF ist ein screening Instrument zur Informationssammlung in der Umsetzungsphase des MOHO und besteht aus dynamischen Variablen, die anhand eines semistrukturierten Interviews mit einer 5 Punkt Skala nach dem Likert Typ eingeschätzt werden. Es hat sich als reliabel und teilweise konkurrenz valide erwiesen (Watts et al. 1986). Das OCAIRS (Kaplan und Kielhofner 1989) wurde zur besseren Entlassungsplanung entwickelt. Es besteht wiederum aus einem Interview und einer Beurteilungsskala im Ordinalniveau. Wie eine Studie von Watts et al. (1989) zeigt, bildet das AOF detaillierter einzelne Komponenten ab, während das OCAIRS umfassender evaluiert, jedoch in weniger detaillierter Form.

Das Verfahren MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit), ein Katalog psychischer Merkmale, wurde Anfang der 90er-Jahre im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojektes in Deutschland entwickelt. Es wurde zur behinderungsbezogenen Analyse von Arbeitsplätzen und zur Bewertung tätigkeitsrelevanter psychischer Merkmale im Rahmen der Arbeitstherapie konzipiert und ermöglicht die detaillierte Beschreibung tätigkeitsrelevanter psychischer Fähigkeiten bei allen Behinderungsarten einschließlich psychisch-geistiger (Kleffmann et al. 1991).

Das Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) sammelt Daten, „die sich auf diejenigen Fähigkeiten beziehen, welche Menschen zeigen, wenn sie mit anderen bei einer Handlung kommunizieren und interagieren“ und „besteht aus Verhaltensbeschreibungen, die Fähigkeiten innerhalb von Handlungsdurchführung (Performance) darstellen“. Diese beiden Instrumente wurden in besonderem Maße bei der Entwicklung des LFP berücksichtigt (siehe auch Kapitel 3.1.2).

2.7 Dokumentation der ergotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie

Es hat sich inzwischen eine Arbeitsgruppe des Fachkreises Psychiatrie zusammengefunden, die sich mit dem Thema der Dokumentation von Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie beschäftigt und eine Umfrage unter ErgotherapeutInnen startete, die ergab, dass viele ErgotherapeutInnen ihre Arbeit gar nicht dokumentieren (Langemann-Reese und Platzek 1996). Es ist deshalb wichtig, noch einmal zusammenzutragen, warum eine systematische Dokumentation und standardisierte Instrumente wichtig sein können:

- Sie dienen der eigenen Reflexion und Selbstkontrolle der TherapeutInnen,
- sie dienen in der Befunderhebung als strukturierte, systematische Beobachtungshilfe und unterstützen die individuelle Behandlungsplanung. Anhand einer Dokumentation können Zielab-sprachen mit den PatientInnen getroffen werden,
- sie dienen als Kommunikationsmedium und ermöglichen die Kommunizierbarkeit ergotherapeutischer Beobachtung und Diagnostik unter ErgotherapeutInnen oder im interdisziplinären Team,
- sie erleichtern es, ergotherapeutische Befunde zu vergleichen und evtl. Schlüsse über die Effektivität zu ziehen,
- sie sollten übersichtlich und gut handhabbar sein und damit weniger zeitaufwendig als frei formulierte Verläufe,
- sie können gegenüber Kostenträgern als Arbeitsbeleg herangezogen werden,
- sie bieten Raum, Hypothesen und Perspektiven zu entwickeln und zu überprüfen.

Gleichzeitig bestehen jedoch auch Gefahren v. a. bezüglich des Datenschutzes und des Schutzes der persönlichen Menschenwürde.

Bisher existieren laut Erhebung der Arbeitsgemeinschaft 4 Typen von Erfassungssystemen:

1. Anwesenheitslisten,
2. frei formulierte Verlaufsdocumentationen,
3. Dokumentationssysteme, in denen Teambesprechungen zusammengefasst werden und
4. standardisierte Bögen mit vorgegebenen Merkmalen.

Im Rahmen des letzten Typus wurde festgestellt, dass die Merkmale den Bereichen Grundarbeitsfähigkeiten, sozioemotionale Fähigkeiten und Selbstbild zuzuordnen waren, jedoch die ca. 70 verwandten Begriffe in der Regel nicht näher definiert wurden. Auch wenn Punkteskalen existierten, wurde die Skalierung nicht inhaltlich definiert. So fiel auf, dass nur wenige Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Merkmalskatalogen bestanden und Merkmale zu global formuliert waren.

2.8 Zusammenfassung: Stand der ergotherapeutischen Verlaufsbeobachtung in psychiatrischen Kliniken

Es wurde in vielen Studien und Untersuchungen festgestellt, dass es zumindest im deutschsprachigen Raum bisher kein geeignetes Instrument für die Beobachtung und Beurteilung des Therapieverlaufs in der stationären Ergotherapie mit psychisch Kranken gibt (Linke-Vieten 1996). Bestehende Erhebungsinstrumente aus dem amerikanischen und kanadischen Raum erwiesen sich für die stationäre ergotherapeutische Versorgung an unserer Klinik als

- a) zu zeitaufwendig,
- b) auf spezifische, artifizielle Testsituationen oder auf ein Interview bezogen, nicht auf das therapeutische Setting anwendbar,
- c) an amerikanische Verhältnisse (Studium und Assistenten) angepasst,
- d) rein ökonomisch orientiert und auf arbeitstherapeutisch-relevante Merkmale beschränkt,
- e) nicht spezifisch psychiatrische Problembereiche und Fragestellungen integrierend,

- f) nicht umfassend genug, unvollständig und damit nicht dem Umfang ergotherapeutischer Interventionen gerecht werdend.

Vielfach wurde dabei aber der Wunsch und Ruf nach einem für deutsche Verhältnisse geeigneten Instrument lauter, da Therapieangebote zunehmend hinterfragt werden und Belege für ihre Wirksamkeit im Rahmen von Qualitätskontrolle erbracht werden müssen (Bengel und Strittmatter 1995). So schreibt die Arbeitsgruppe des Fachkreises Psychiatrie: „*Dokumentation psychiatrischer Ergotherapie*“, dass es „*dringend erforderlich (sei), daß sich eine Arbeitsgruppe mit der Analyse der emotionalen Anteile ergotherapeutischer Arbeit wissenschaftlich auseinandersetzt und ähnliche Merkmalskataloge, wie z. B. das MELBA-System, entwickelt.*“ (Langemann-Reese und Platzek 1996, S. 10)

ErgotherapeutInnen beziehen ihre Informationen anders als behandelnde ÄrztInnen weniger aus Interviews und Gesprächen als aus einer Art „*teilnehmender Beobachtung (...), die gleichzeitig Dokumentenanalyse, Interviews, direkte Teilnahme und Beobachtung sowie Introspektion kombiniert*“ (Denzin 1989, zitiert nach Flick 1995, S. 93). Weitere Argumente für den Einsatz standardisierter Erhebungsinstrumente finden sich in einer Umfrage zur BaFPE (Managh und Cook 1993). Dort geben Therapeuten folgende Gründe an: Forderung ihrer Einrichtung, Zeitersparnis, Hilfe zur Indikationsstellung für Ergotherapie, Vorzüge in der multidisziplinären Arbeit, wo es die Kommunikation erleichtert, Verdeutlichung klinischer Beobachtungen und Rückmeldung ihrer Arbeit.

2.9 Fragestellung und Ziele der Arbeit

Der beschriebene Mangel einer überregionalen standardisierten ergotherapeutischen Verlaufsbeobachtung und -beurteilung psychisch Kranker im stationären Bereich erschwert die Kommunikation unter ErgotherapeutInnen in Deutschland und verhindert Vergleichsstudien und Untersuchungen zur Effektivität und Qualität ergotherapeutischer Arbeit. Es soll deshalb mit der Entwicklung eines psychiatrischen Beurteilungsbogens zum Therapieverlauf für ErgotherapeutInnen ein Beitrag zur Untersuchung, Überprüfung und Verbesserung ergotherapeutischer Arbeit geleistet und dadurch mehr Kommunikation

und Austausch von Ergebnissen auch interdisziplinär ermöglicht werden.

Im Rahmen dieser Arbeit soll ein Beurteilungsbogen zur standardisierten Erfassung von Veränderungen bestimmter Fähigkeiten, die im Verlauf der ergotherapeutischen Arbeit mit psychisch Kranken in stationärer Behandlung beobachtet werden können, entwickelt werden. Dieser soll die für das ergotherapeutische Arbeiten relevanten Lebensbereiche der PatientInnen umfassen, eine möglichst reliable und valide Beurteilung der Fähigkeiten der zugewiesenen PatientInnen erlauben und praktisch breit und ohne großen Aufwand einsetzbar sein.

Die Zielsetzung des neuen Instruments im Einzelnen ist:

- a) eine strukturierte, systematische, zusammenfassende Beobachtungshilfe, die Stärken und Schwächen auch grafisch darstellt, zu liefern,
- b) die Selbstkontrolle der TherapeutInnen zu ermöglichen,
- c) Hilfestellung bei der Diagnosenstellung und Behandlungsplanung zu geben,
- d) die Kommunizierbarkeit ergotherapeutischer Beobachtung und Diagnostik zu erleichtern,
- e) eine Vergleichbarkeit ergotherapeutischer Befunde herzustellen,
- f) klinische Veränderungen abzubilden,
- g) mit Definitionen von Merkmalen und deren Graduierungen, die Fähigkeiten möglichst wertfrei beschreiben, zu arbeiten,
- h) eine Basis für empirische Forschung und Studien zu liefern,
- i) diagnoseunabhängig anwendbar zu sein.

Im Einzelnen werden folgende Fragen in Bezug auf dieses klinisch entwickelte Instrument untersucht:

1. Welche Dimensionen bilden sich in dem Instrument ab und bestätigen sie die theoretisch angenommenen Dimensionen (Lebenspraxis, kognitive Fähigkeiten, soziale Kompetenz, Affektivität und Motorik)?
2. Wird eine Veränderung der Beurteilung im Verlauf der Therapie abgebildet? (Veränderungssensitivität)
3. Wie genau und vollständig kann die ergotherapeutische Beobachtung mit dem Instrument erfasst werden?

4. Wie beurteilen die ErgotherapeutInnen die Handhabbarkeit und Verständlichkeit des Beurteilungsbogens? (Praktikabilität)
5. Wie beurteilen ErgotherapeutInnen die Nützlichkeit des Beurteilungsbogens? (Utilität)
6. Unterscheiden sich PatientInnen mit unterschiedlichen Diagnosen in ihrer Beurteilung durch Ergotherapeuten? (kriterienbezogene Validierung)
7. Lassen sich Zusammenhänge zwischen der Fremdbeurteilung durch ÄrztInnen, der Selbstbeurteilung und der Einschätzung der ErgotherapeutInnen zeigen? (externe Validierung)

Ziel der anschließenden Analysen und Auswertungen war es, folgende Hypothesen zum LFP zu überprüfen:

- 1) Der psychische Befund (z. B. Stimmungslage) wirkt sich auf alle Bereiche des Lebens, wie z. B. Kontaktfähigkeit und Leistungsfähigkeit aus → es bestehen Interkorrelationen zwischen diesen Merkmalen und den rein psychischen im Fähigkeitenprofil, die sich in der Zusammensetzung möglicher Faktoren zeigen.
- 2) Das Fähigkeitenprofil spiegelt in den sich entsprechenden Bereichen die ärztliche Beurteilung ungefähr wider → es bestehen Korrelationen zwischen MADRS und LFP:
- 3) Es wird Differenzen im Gesamtscore zwischen der ergotherapeutischen und ärztlichen Einschätzung geben, da die PatientInnen in unterschiedlichen Situationen und zu verschiedenen Aspekten eingeschätzt werden → die Gesamtscores korrelieren weniger.
- 4) Im Vergleich des LFPs mit der Selbsteinschätzung der PatientInnen werden Diskrepanzen auftreten, da es sich gezeigt hat, dass depressive PatientInnen dazu neigen, sich selbst schlechter einzuschätzen, als es die Umwelt tut (Prusoff et al. 1972, White et al. 1984).
- 5) Das LFP bildet Krankheitsverläufe ab.

3 Material und Methoden

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden die Vorarbeiten und der Testentwurf des Lübecker Fähigkeitsprofils (LFP) sowie die Durchführung der Studie beschrieben. Anschließend folgt die Beschreibung der zur externen Validierung verwendeten Instrumente in Abschnitt 3.3.3 und die Erläuterung der statistischen Methoden der Testentwicklung und -auswertung, die im Rahmen dieser Arbeit zur Anwendung kommen, in Abschnitt 3.4.2.

3.1 Entwicklung des Lübecker Fähigkeitsprofils (LFP)

3.1.1 Vorbereitung

Zunächst seien einige Voraussetzungen für die Entwicklung eines standardisierten Beobachtungsinstrumentes erwähnt: Die bisher unspezifische, unsystematische ergotherapeutische Befunderhebung bedurfte einer Sammlung, Untersuchung, Reduktion und Gliederung. Das beobachtbare Verhalten und Fähigkeitsindikatoren mussten in genügend voneinander differenzierte übergeordnete Bereiche klassifiziert werden. Eine Graduierung des Ausprägungsgrades der einzelnen Merkmale mit Ordinalskalenniveau und eine Erfassung mit Hilfe von Zahlen mussten ermöglicht werden. Hierbei wurden möglichst rein deskriptive (theoriefreie) Definitionen der Merkmale und ihrer Ausprägungsgrade angestrebt, um eine möglichst reliable Dokumentation zu erzielen.

Es fand eine allgemeine Auseinandersetzung mit Konzepten und Aufgabenbereichen der Ergotherapie statt, und eine ausführliche Literaturrecherche wurde zum Thema Dokumentationsverfahren und Erhebungsinstrumente im psychiatrischen, ergotherapeutischen Bereich durchgeführt. Anschließend wurden verschiedene Instrumente, Konzepte und Modelle ausgewählt, die zur Orientierung und als Vorlage bei der Entwicklung des neuen Beobachtungsinstrumentes dienen sollten: An allgemeinen Konzepten umfasste dies Kielhofners MOHO (Kielhofner und Burke 1980 und 1982, Kielhofner 1980a und 1980b), das AMDP System (AMDP 1995, Haug und Stieglitz 1997), die ICD-10 (Dilling et al. 1991, Siebel et al. 1997), die DSM-IV, die Psychiatrie-Personalverordnung (Kunze und Kaltenbach 1994,

Kunze et al. 1998) und den Indikationskatalog Ergotherapie (DVE 1995), an Erhebungsinstrumenten die PANSS (Positiv- und Negativ-Syndrom Skala) (Kay et al. 1994), das AOF (Watts et al. 1986), die OCAIRS (Kaplan und Kielhofner 1989), die OTTOS (Margolis et al. 1996), die BaFPE (Managh und Cook 1993, Mann und Huselid 1993), die POTENT (Spermon et al. 1991) und das Verfahren MELBA (Föhres et al. 1998, Kleffmann et al. 1991, Kleffmann 1994).

3.1.2 Das Verfahren MELBA, das ACIS und ihre Integration in das LFP

Es wurden in der Hauptsache zwei Verfahren ausgewählt, die als valide, reliabel und auf den ergotherapeutischen Bereich zugeschnitten bekannt sind und aufgrund ihrer gut definierten Skalen und Beurteilungsmöglichkeiten als Orientierungsvorlage geeignet erscheinen.

Das Verfahren MELBA, ein Katalog psychischer Merkmale, wurde Anfang der 90er-Jahre im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojektes in Deutschland entwickelt. Es wurde zur behinderungsbezogenen Analyse von Arbeitsplätzen und zur Bewertung tätigkeitsrelevanter psychischer Merkmale im Rahmen der Arbeitstherapie, eines ambulanten Zweiges der Ergotherapie, konzipiert und ermöglicht die detaillierte Beschreibung tätigkeitsrelevanter psychischer Fähigkeiten bei allen Behinderungsarten (psychisch-geistige eingeschlossen). Der Merkmalskatalog umfasst insgesamt 30 psychische Merkmale, die in ihrer Beschreibung und jeweils 5 Ausprägungsgraden genau definiert und im Rahmen einer Itemanalyse wissenschaftlich auf ihre Relevanz geprüft wurden. Bei der Entwicklung wurden mehr als 700 einschlägige Publikationen und 28 bestehende Verfahren ausgewertet. In der Anlage heißt es, das Verfahren könne in jedes bestehende Verfahren eingefügt werden, und sei andererseits eine in sich abgeschlossene eigenständige Methode; das Verfahren sei ökonomisch in der Durchführung und die bisherigen Ergebnisse erlaubten die eindeutige Aussage, dass das Verfahren die Bedingungen an Validität und Reliabilität erfülle (Föhres et al. 1998). Das ACIS sammelt Daten, *„die sich auf diejenigen Fähigkeiten beziehen, welche Menschen zeigen, wenn sie mit anderen bei einer Handlung kommunizieren und interagieren“* und *„besteht aus Verhal-*

tensbeschreibungen, die Fähigkeiten innerhalb von Handlungsdurchführung (Performance) darstellen“ (Forsyth et al. 1995, S. 7, Kaplan und Kielhofner 1989). Seine erste Version wurde 1989 von Simon entwickelt und auf seine Reliabilität erforscht. Aufgrund der ungenügenden Ergebnisse wurde es 1993 von Salamy weiterentwickelt und validiert und 1996 noch einmal von Forsyth überarbeitet und durch 52 schottische ErgotherapeutInnen an 117 Klienten und 224 ausgefüllten Bögen getestet. Anschließend wurde diese Überarbeitung von Raschanalysen des FACETS, einem vielschichtigen Computerprogramm, analysiert. Die Ergebnisse zeigten, dass das ACIS über eine valide Beurteilungsskala verfügt und Menschen nach verschiedenen Graden von Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten unterscheidet.

Das Verfahren MELBA konnte nicht unverändert auf die Bewertung psychischer Merkmale in der stationären ergotherapeutischen Behandlung von psychisch Kranken übertragen werden (Lagemann-Reese und Platzek 1996). Für den Bereich der Beschäftigungstherapie sind seine Merkmale zu sehr auf arbeitsrelevante Fähigkeiten beschränkt. Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie bezieht sich hingegen auf die Gesamtpersönlichkeit und beobachtet z. B. auch Persönlichkeitseigenschaften und Affektivität. Das Verfahren MELBA ist deshalb zu einseitig tätigkeitsbezogen, d. h. zu sehr am Bedarf und an Fähigkeiten, die auf dem Arbeitsmarkt gefordert werden, orientiert und bedurfte auf der einen Seite einer Erweiterung um zustandsbezogenere Merkmale wie Selbstbild und Stimmung, auf der anderen Seite einer Einschränkung rein arbeitsrelevanter Anforderungen, wie z. B. Pünktlichkeit, Rechnen und Ordnungsbereitschaft. Außerdem wurden die Profilwerte leicht abweichend vom MELBA-Schema definiert, da stationär behandelte psychiatrische Patienten im gesamten Niveau ihrer Fähigkeiten denen der ambulant Betreuten im Allgemeinen etwas unterlegen sind. Dies musste in der feinen Graduierung bei der Beurteilung der Merkmale durch die ErgotherapeutInnen beachtet werden, um Veränderungen im Ausprägungsgrad der Fähigkeiten detaillierter abzubilden.

Es wurden deshalb folgende 9 der 30 Merkmalsdefinitionen unverändert übernommen: Aufmerksamkeit, Ausdauer, Feinmotorik, Konzentration, Kritische Selbstkontrolle, Merkfähigkeit (im MELBA:

Lernen/Merken), Problemlösen, Sorgfalt und Vorstellung. Weitere 6 wurden leicht abgeändert: Antrieb, Durchsetzungsvermögen (im MELBA: Durchsetzungsfähigkeit), Kontaktaufnahme (im MELBA: Kontaktfähigkeit), Frustrationstoleranz (im MELBA: Kritisierbarkeit), Selbstständigkeit und Teamarbeit. Ergänzt wurde das LFP schließlich um 9 Merkmale, die immer wieder von den in der Psychiatrie arbeitenden ErgotherapeutInnen beobachtet und in Teambesprechungen angesprochen wurden. Diese beziehen sich hauptsächlich auf den affektiven Bereich und finden im Verfahren MELBA keine Beachtung: Affektive Schwingungsfähigkeit, Aggressivität, Körperliche Beschwerden, Phantasie/Kreativität, Regeln einhalten, Selbstbild, Stimmung/Gefühlslage, Realitätsbezug und Wahrnehmen und Äußern eigener Gefühle und Bedürfnisse. Außerdem fanden hierbei gängige Lehrbücher der Ergotherapie, wie der Indikationskatalog (DVE 1995), und das Lehrbuch: „Ergotherapie in der Psychiatrie“ von Scheiber (1995) Beachtung. Auch einige der Definitionen und Begriffe aus dem von Simon und anderen entwickelten ACIS (Kaplan und Kielhofner 1989) fanden Eingang in unseren Fähigkeitenprofilbogen: so z. B. das Durchsetzungsvermögen, Ergreifen von Initiative, sowie Respekt im Merkmal Kontaktaufnahme, Gefühlsausdruck im Merkmal Stimmung, Zusammenarbeit im Merkmal Teamarbeit und Anpassungsfähigkeit im Merkmal Regeln einhalten. Weitere Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten aus dem ACIS wie Körperkontakt, Blickkontakt und Körperhaltung/Gestik wurden in den Aufnahmebogen zur Ergotherapie integriert. Wir konnten jedoch auch dieses Erhebungsinstrument nicht ungeändert übernehmen, da hier die kognitiven und lebenspraktischen Fähigkeiten sowie das Selbstbild der Patienten für eine umfassende ergotherapeutische Beurteilung in unserem Sinne zu wenig Beachtung finden.

3.1.3 Das Lübecker Fähigkeitenprofil

Es wurde ein Fähigkeitenprofil mit 26 Merkmalen entwickelt, die zur Vermeidung einer clusterartigen, undifferenzierten Beurteilung alphabetisch angeordnet wurden, so wie es auch nach Studienergebnissen im MELBA gehandhabt wird. Jedes Merkmal kann mit einem Punktwert von 1 bis 5 beurteilt werden, wobei der

- Profilwert 1: stark eingeschränkte Fähigkeit,
- Profilwert 2: eingeschränkte Fähigkeit,
- Profilwert 3: leicht eingeschränkte Fähigkeit (im Gegensatz zu durchschnittlich bei MELBA),
- Profilwert 4: durchschnittliche Fähigkeit (im Gegensatz zu ausgeprägt bei MELBA),
- Profilwert 5: ausgeprägte, sehr gute Fähigkeit (im Gegensatz zu überdurchschnittlich bei MELBA)

bedeuten.

Die gesammelten Merkmale wurden den folgenden fünf hypothetischen Dimensionen und drei ergotherapeutischen Arbeitsmethoden zugeordnet, die mit den in der Literatur genannten Einteilungen (Scheiber 1995, Scheepers 1999, DVE 1995) übereinstimmen:

a) Ausdruckszentriertes Arbeiten	
1. Selbstwahrnehmung/Selbstdarstellung:	Phantasie/Kreativität; Realitätsbezug; Selbstbild; Wahrnehmen und Äußern eigener Gefühle und Bedürfnisse
2. Affektive/emotionale Fähigkeiten:	Affektive Schwingungsfähigkeit; Aggressivität; Frustrationstoleranz; Körperliche Symptome; Stimmung/Gefühlslage
b) Interaktionelles Arbeiten	
3. Soziale Fähigkeiten:	Durchsetzungsvermögen; Kontaktaufnahme; Regeln einhalten; Teamarbeit/Kooperation; Umgang mit Kritik
c) Kompetenzzentriertes Arbeiten	
4. Kognitive Fähigkeiten:	Aufmerksamkeit; Ausdauer; Konzentration; Merkfähigkeit; Sensorische Wahrnehmung; Selbstständigkeit
5. Lebenspraktischer Bereich:	Antrieb/Motivation; Entscheidungsfähigkeit; Feinmotorik; kritische Selbstkontrolle; Problemlösen; Sorgfalt

(siehe vollständiges LFP im Manual).

Die Bewertung sollte sobald wie möglich nach der Beobachtung stattfinden.

Zur Vorbereitung und Hilfestellung wurde ein Anwendungsmanual mit einigen Beispielen von Situationen und entsprechenden Bewertungsmöglichkeiten verfasst (siehe Manual).

3.1.4 Entwicklung weiterer Dokumentationshilfen für die Ergotherapie

Zur Durchführung der Studie wurden weitere, folgende Dokumentationsbögen entwickelt:

- ein Patientenfragebogen zu Beginn der Ergotherapie mit 33 Fragen (2/3 geschlossen und 1/3 offen, siehe Manual) zu den fünf Einflussbereichen der Ergotherapie (lebenspraktische, soziale, kognitive und affektive Umstände, Selbsteinschätzung und -wahrnehmung) sowie selbst empfundenen Problembereichen und angestrebten Zielen und bisherigen Erfahrungen zu und Vorstellungen von Ergotherapie. Diese Fragen wurden z. T. in Anlehnung an das OCAIRS konzipiert, das als Instrument für die „Planung und Entlassung von psychiatrischen stationären Kurzzeitpatienten“ entwickelt wurde.
- ein Patientenfragebogen zum Ende der Ergotherapie mit 42 Fragen (23 geschlossene, 19 offene, siehe Manual). Die Fragen beziehen sich auf das allgemeine Wohlbefinden in der Klinik sowie dasjenige in der Beschäftigungstherapie, der ärztlichen Gesprächstherapie und medikamentösen Therapie, auf wichtige Erfahrungen und Kritikpunkte zu diesen Bereichen und auf Ergebnisse der Therapie (erreichte Ziele, Zukunftsperspektiven, Veränderungen in der Krankheitsverarbeitung und -symptomatik).

3.2 Die Evaluation des LFP

Der zweite Teil dieser Arbeit umfasst die Untersuchung (Kapitel 3.3) und Analyse (Kapitel 3.4) des LFP. Das Ziel bestand in der Sammlung und Analyse von Daten, die eine Aussage zur Validität, Reliabilität (interne Konsistenz), Änderungssensitivität, Praktikabilität und Nützlichkeit des LFP ermöglichen. Hierzu wurde das LFP bei 51 depressiv erkrankten Patienten der MUL angewandt und ein Vergleich mit einer weiteren Fremd- und einer Selbsteinschätzung der Patienten unternommen.

3.3 Durchführung der Studie

Im folgenden Abschnitt werden die Durchführung der Studie und ihre Auswertung beschrieben.

3.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

1. Die PatientInnen sollten subjektiv in der Lage sein, den Fragebogen und die SCL-90-R auszufüllen.
2. Alle untersuchten PatientInnen sollten mündlich ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie geben.
3. Die PatientInnen sollten eine Diagnose aus dem Formenkreis der depressiven Erkrankungen haben (ICD-10 F3 und F4), die im Entlassungsbrief enthalten sein sollte. PatientInnen, die zum Ende der Therapie anderweitige Diagnosen erhielten, auch wenn zunächst eine Depression vermutet worden war, wurden nachträglich aus der Studie ausgeschlossen.
4. Die untersuchten PatientInnen sollten minimal 10-mal an der Ergotherapie teilnehmen, um einen Verlauf abbilden zu können.

3.3.2 Datenerhebung

Zunächst wurde das LFP im Mai/Juni 1997 an verschiedenen PatientInnen getestet und aufgrund der dabei auftretenden Schwierigkeiten in der Beurteilung einzelner Merkmale oder missverständlicher Definitionen mehrfach angepasst und leicht verändert. Anschließend wurden im Zeitraum von Juli bis Dezember 1997 und Januar bis Mai 1999 51 PatientInnen der Stationen 3, 5, 6 und 7 der psychiatrischen Universitätsklinik in Lübeck, die mit einer depressiven Symptomatik nach ICD-10 (Dilling et al. 1991) zur ergotherapeutischen Behandlung angemeldet wurden, von den behandelnden ErgotherapeutInnen anhand des LFP beurteilt. Eingeschlossen wurden folgende Diagnosen: Bipolare affektive Störung, derzeit depressiv (F31), depressive Episode (F32), rezidivierende Depression (F33), anhaltende depressive Störung (F34) und Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (F43.2). Die Beurteilung erfolgte nach einem inoffiziellen Training der ErgotherapeutInnen während der Vorphase (Mai/Juni 1997) mit dem LFP, während der ersten und letzten Woche der Teilnahme an der Ergotherapie sowie in 1- bis 2-wöchigen Abständen dazwischen.

Zur externen Validierung wurden zeitgleich zu Beginn (Messzeitpunkt 1 [MZP]) und gegen Ende (Messzeit-

punkt 2 [MZP]) der Ergotherapie weitere folgende Parameter erhoben:

1. ÄrztInnen:	Einschätzung der Patienten anhand der MADRS
2. Selbsteinschätzung der PatientInnen:	a) anhand der SCL-90-R Skala, b) anhand der von uns entwickelten Fragebögen, jeweils zum MZP 1 und 2

Als weitere Parameter wurden erhoben: Alter, Geschlecht, Diagnose, Medikation und Dauer der Behandlung.

Die PatientInnen wurden entweder durch die behandelnden ErgotherapeutInnen oder durch die Doktorandin gebeten, die Fragebögen nach eigenem Wunsch entweder während einer Ergotherapie- oder auf der Station auszufüllen. In der überwiegenden Zahl der Fälle geschah dies nach einer kurzen Einführung eigenständig, wobei sich die PatientInnen bei Fragen an die Doktorandin oder die Ergotherapeutin wenden konnten. In einigen Fällen (ca. 20 %) wurde eine direkte Betreuung und Hilfe bei der Bearbeitung in Anspruch genommen, da große Unsicherheit, Verständnisprobleme oder körperliche Einschränkungen wie Sehschwäche oder verminderte Schreibkraft vorlagen. Die Unterstützung wurde meist von der Doktorandin direkt und zum Teil auch durch den/die betreuende/n ErgotherapeutIn gegeben, wobei bei der Hilfestellung eine Beeinflussung der Antworten vermieden wurde, indem z. B. mehrere Antwortbeispiele gegeben wurden. 22 PatientInnen verweigerten von Anfang an die Teilnahme an der Studie, was z. T. mit der Länge des Fragebogens, z. T. mit der krankheitsbedingten Antriebslosigkeit oder Unsicherheit und z. T. mit Misstrauen erklärt werden kann.

Die zweite Befragung (zum MZP 2) erfolgte in der letzten Woche der Teilnahme an der Ergotherapie wiederum mit dem Fragebogen gegen Ende der Ergotherapie und der SCL-90-R Skala. Zu diesem Zeitpunkt war es fast allen PatientInnen möglich, die Fragebögen eigenständig auszufüllen und in der Therapie abzugeben. Wurde ein Patient so überraschend entlassen, dass die Rückgabe bzw. Ausgabe der Abschlussbögen nicht erfolgte, wurde er schriftlich (mit Rückporto) kontaktiert und gebeten, den fehlenden Bogen ausgefüllt an die Klinik zurückzuschicken. Leider ist dies nur selten erfolgt, weshalb

in 10 Fällen der zweite Fragebogen fehlt. In 9 Fällen wurde auch die weitere Teilnahme an der Studie verweigert.

Parallel zu dieser PatientInnenbefragung erhielten die behandelnden ÄrztInnen nach der Anmeldung eines/r PatientIn in der ersten Woche der Teilnahme an der Ergotherapie (MZP 1) und vor Beendigung der Therapie (MZP 2) von der Doktorandin eine MADRS, die diese anschließend wieder einsammelte. Die Koordination dieser Verteilung wurde durch die regelmäßige Teilnahme der Doktorandin an Teamübergabebesprechungen erleichtert. Die Anmeldung und der Beginn der Teilnahme lagen aufgrund von Wartezeiten oder „Startschwierigkeiten“ und Veränderungen des psychischen Zustandes mancher Patienten z. T. zeitlich weit auseinander, so dass als Erhebungszeitpunkt erst die tatsächliche Teilnahme gewählt wurde.

Die ErgotherapeutInnen hielten regelmäßig Rücksprache mit der Doktorandin, wobei die Indikation neu angemeldeter PatientInnen zur Aufnahme in die Studie von dieser anhand der Anmeldeformulare und durch Rücksprache mit den behandelnden Ärzten geprüft wurde.

Die Angaben zu Geschlecht, Alter, Bildungsstand und die endgültigen Diagnosen wurden aus der Basisdokumentation der Klinik für Psychiatrie übernommen (Dilling et al. 1982). Die Angaben zur Medikation und zur Dauer des stationären Aufenthaltes wurden den Aufnahme- und Entlassungsberichten der Akte entnommen. Der Zeitraum und die einzelnen Termine, zu denen die Ergotherapie besucht wurde, wurden den Anwesenheitslisten der Ergotherapie entnommen.

3.3.3 Erhebungsinstrumente

Zur Dokumentation des Schweregrads der depressiven Symptomatik und der psychopathologischen Parameter dieser Erkrankung orientierten wir uns an dem von der DFG geförderten „Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung“, einem Gemeinschaftsprojekt der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart (Kächele 1989) und der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg. Dieses umfasst verschiedene Skalen sowohl zur Fremd- wie auch zur Selbstbeurteilung der PatientInnen.

Montgomery-Asberg-Depressions-Skala

Wir entschieden uns für eine spezifisch auf depressive Erkrankungen abgestimmte Fremdbeurteilung mit

Hilfe der MADRS (Montgomery und Asberg 1979), die eine Auswertung folgender Punkte erlaubt: Sichtbare Traurigkeit, berichtete Traurigkeit, innere Spannung, Schlaflosigkeit, Appetitverlust, Konzentrationsschwierigkeiten, Untätigkeit, Gefühllosigkeit, pessimistische Gedanken, Selbstmordgedanken. Die Vorteile der MADRS, einer Fremdbeurteilungsskala, liegen in ihrer Quantifizierung depressiver Störungen im Erwachsenenalter, ihrer Ökonomie und ihrer Änderungssensitivität. Die MADRS wurde aus Merkmalen der Comprehensive Psychopathological Scale (CPRS) (Asberg und Schalling 1979) zusammengestellt und besteht aus 10 Merkmalen, die auf einer 6-stufigen Kategorienkala eingeschätzt werden. 0 codiert für „nicht vorhanden“, 6 für „stark ausgeprägt“, wobei jedes Merkmal durch eine Einzelbeschreibung spezifiziert ist. Die Merkmals-Werte werden zu einem Gesamt-Wert addiert, der zwischen 0 und 60 Punkten variiert. Bei Untersuchungen wurden weder Geschlechts- noch Altersunterschiede festgestellt (Schmidtke et al. 1988), und es ergab sich ein Mittelwert von 32,5 Punkten bei Aufnahme in die klinische Studie (Neumann und Schulte 1988). Die Interrater-Reliabilität liegt gemäß Montgomery und Asberg (1979) im Bereich von $r = .89$ bis $.97$. Einen etwas niedrigeren Koeffizienten fanden Davidson et al. (1986): $r = .76$. Sie berichten außerdem von Korrelationen zwischen $r = .22$ und $.54$ zwischen HAMD und MADRS. Von Maier und Philipp (1985) wurde ein Konsistenzkoeffizient von $r = .86$ gefunden. Neumann und Schulte (1988) berichten von Korrelationen der Summenrohwerde deutscher Versionen zwischen HAMD und MADRS von $r = .72$ bis $.92$ und Übereinstimmungen zwischen CGI (Merkmal I) und MADRS Summenrohwerde von $r = .67$ bis $.78$.

Symptom-Checkliste (SCL 90-R)

Zur Selbstbeurteilung der PatientInnen wurde die SCL-90-R von Derogatis (Derogatis 1977, Derogatis und Cleary 1977) verwandt, die mit 90 Items die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome erfasst. Sie bezieht folgende Kategorien ein: Somatisierung (somatization), Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive), Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity), Depressivität (depression), Ängstlichkeit (anxiety), Aggressivität/Feindseligkeit (anger hostility), phobische Angst (phobic anxiety), paranoides Denken (paranoid ideation) und Psychotizismus (psychoticism).

Jeder Frage „Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter ...“ kann der Patient einen Wert von 0-4 zuordnen. 0 codiert dabei für „überhaupt nicht“ und 4 für „sehr stark“. Die Skala ist auf einfachem sprachlichen Niveau formuliert, und es genügt eine kurze Anweisung für die Patienten. Gewöhnlich benötigt der Patient ca. 15 Minuten zur Durchführung. Die Skala dient als Entscheidungshilfe für adäquate Behandlungspläne, eignet sich für Verlaufsbeschreibungen und sollte deshalb zu Beginn und gegen Ende einer Behandlung erhoben werden. Für jede Skala werden der Summenwert S , der Skalenwert G (S geteilt durch die Anzahl der Merkmale) und die Belastungstendenz P (Anzahl der Merkmale in einer Skala, für die ein Wert größer null vorliegt) bestimmt. Aus diesen Skalen und 7 Zusatzmerkmalen lassen sich drei globale Kennwerte errechnen: die allgemeine psychische Symptombelastung ($GSI = \text{Summe über alle Merkmale } GS$), die Intensität der Antworten ($PSDI = \text{Gesamtsumme } GS \text{ dividiert durch } PST$) und die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt ($PST = \text{Anzahl der Belastungstendenzen } P \text{ aller Skalen}$). Die interne Konsistenz erwies sich als $r = .80$ für paranoides Denken und $r = .90$ für Depressivität. Acht der neun faktorenanalytisch konzipierten Dimensionen konnten bei 1002 ambulanten psychiatrischen Patienten sehr gut bestätigt werden (Ausnahme: Psychotizismus) (Derogatis 1977, Derogatis und Cleary 1977, Derogatis et al. 1976).

3.4 Datenerfassung und Auswertung

Nach Abschluss aller Befragungen und Beurteilungen wurden die erhobenen Daten mit Hilfe des Datenauswertungsprogramms SPSS für Windows erfasst und ausgewertet. Im Folgenden wird v. a. auf die Evaluierung des LFP eingegangen. Die Datenkontrolle (Plausibilitätskontrolle, Stichprobenkontrolle von 5 % der Daten) ergab eine ausreichend niedrige Fehlerquote von $< 0,1 \%$.

Die Aufarbeitung der Daten habe ich, wie in diesem Kapitel beschrieben, persönlich durchgeführt.

3.4.1 Validierung

Die Validität eines Tests bzw. einer Erhebung bestimmt den Grad der Genauigkeit, mit dem diese das Konstrukt, welches sie zu messen oder zu beurteilen beabsichtigen, tatsächlich messen. Es können dabei

verschiedene Aspekte wie die Konstruktvalidität, die inhaltliche Validität und die konkurrente Validität, vielfach auch Übereinstimmungsvalidität genannt, untersucht werden (Lienert und Raatz 1994). Die Konstruktvalidität besagt, dass ein Beurteilungsverfahren auf einer Theorie begründet ist, die weitere zu untersuchende Hypothesen hervorbringen kann (Messick 1988). Die konkurrente Validität versucht ein Merkmal in Relation zu einem geeigneten externen Kriterium, das alternativ oder indirekt eine Aussage über das Merkmal ermöglicht, zu setzen und zu überprüfen.

Bei der Entwicklung des LFP wurde durch eine gründliche Recherche und Nutzung, bzw. Teilintegration bereits validierter Instrumente versucht, eine ausreichende Konstruktvalidität zu erreichen.

Die in dieser Arbeit durchgeführte inhaltliche Validierung umfasste eine inhaltlich-logische Analyse der Testelemente anhand einer Faktorenanalyse, die Analyse intraindividuelle Veränderungen bei wiederholter Durchführung mittels des Mann-Whitney-U-Tests zur Analyse abhängiger Stichproben sowie die Analyse interindividueller Unterschiede (kriterienbezogene Validität, z. B. Diagnoseabhängigkeit) mittels des Kruskal-Wallis-Tests, bzw. Korrelationen nach Spearman. Zur konkurrenten Validierung wurden die Übereinstimmungen des LFP mit den externen Beurteilungsskalen MADRS und SCL-90-R untersucht. Es wurden Validitätskoeffizienten für die konkurrente Validität berechnet, die auf der 1 %-Stufe einen ausreichend wahrscheinlich wahren Zusammenhang zwischen Skala und Außenkriterium anzeigen (Lienert und Raatz 1994).

3.4.2 Statistik

3.4.2.1 Itemanalyse

Die Überprüfung und inhaltliche Validierung des LFP erfolgte entsprechend der klassischen Testtheorie unter Berücksichtigung klinischer und praktischer Gesichtspunkte. Hierbei wurde zunächst eine Faktorenanalyse durchgeführt, um das Testkonstrukt auf homogene Unterskalen zu untersuchen. Daraufhin erfolgte die Itemanalyse der Faktoren anhand von Trennschärfe und interner Konsistenz zur Selektion ungeeigneter Merkmale. Ziel dieser Analysen ist eine Verbesserung der Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) der Beurteilungsskala (Lienert und Raatz 1994).

3.4.2.2 Schwierigkeitsindex

Der Schwierigkeitsindex ist ein wichtiges Maß, um festzustellen, ob ein Merkmal einer Skala über eine größere Anzahl von Probanden ausgewogen oder in Richtung der Extreme beurteilt wird, d. h. eine Annäherung an eine Normalverteilung erfolgt oder eine schiefe Verteilung vorliegt. Merkmale sollten nach Möglichkeit eine mittlere Schwierigkeit zwischen 0,2 und 0,8 haben, um ausreichend zu differenzieren (Klapprott 1975).

Der Schwierigkeitsindex gibt das prozentuale Verhältnis des Mittelwertes einzelner Merkmale über alle Patienten zur maximal erreichbaren Punktzahl eines Merkmals an. Nach Dahl (1971) muss die Punkteverteilung dazu auf einer kontinuierlichen Skala von 0, 1, 2, 3, n liegen. Zur Berechnung wurde deshalb in unserem Fall die Punkteskala auf 0 geeicht, und somit ein Maximalwert von 4 für jedes Merkmal festgelegt. Der Mittelwert eines jeden Merkmals - 1 wurde dann durch 4 geteilt.

3.4.2.3 Faktorenanalyse

Faktoren sind hypothetische Variablen, die im Wesentlichen denselben Merkmalsraum wie ihre zugehörigen Einzelmerkmale erfassen. Sie reduzieren eine größere Anzahl von Merkmalen, indem sie diejenigen Merkmale, die untereinander hoch korrelieren, zu einem Faktor zusammenfassen und diejenigen, die wenig miteinander korrelieren, trennen (Trennschärfe) (Weber 1972). Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt, um die 26 Merkmale des LFP inhaltlich logisch zu bündeln und zu untersuchen. Die Anzahl der Faktoren wurde nach dem Kaiser-Kriterium (alle Faktoren, deren Eigenwert > 1 ist, werden berücksichtigt) ermittelt. Nach Exklusion zweier Faktoren, die eine zu geringe Anzahl von Merkmalen enthielten und deshalb nicht ausreichend reliabel erschienen, konnte so eine befriedigende Anzahl Faktoren ermittelt werden.

Es ergibt sich daraus eine Faktorenladungs-Matrix, die die hypothetische Korrelation eines Merkmals mit dem Faktor, einen Wert zwischen -1 und 1, angibt. Wie für alle Korrelationen gilt auch hier, dass Werte $< 0,5$ eine geringe Korrelation, Werte $> 0,7$ eine hohe Korrelation und negative Werte einen gegenläufigen Zusammenhang ausdrücken (Bühl und Zöfel 1995). Alle Merkmale, die ihre höchste Ladung auf demselben Faktor haben, werden auf ihren inhaltlichen Zusammenhang untersucht und mit einer

übergeordneten Bezeichnung belegt. Es können außerdem die Eigenwerte der Faktoren ermittelt werden, die ein Maß für die Aufklärung der Unterschiedlichkeit (Varianz) der einzelnen Probanden durch den Faktor liefern. Auch die prozentualen Anteile der Faktoren an der Aufklärung der Gesamtvarianz werden erfasst.

3.4.2.4 Trennschärfenanalyse

Die Trennschärfe eines Merkmals wird durch die Korrelation seines Wertes mit dem Gesamtwert des Faktors, auf dem er lädt, (bzw. der Gesamtskala) wiedergegeben und durch einen Trennschärfekoeffizienten gekennzeichnet. Die Trennschärfe eines Faktors oder einer Gesamtskala gibt an, ob jedes einzelne Merkmal eines Faktors oder einer Gesamtskala etwas Ähnliches misst wie diese und ob es zwischen Patienten mit hohen und niedrigen Testwerten unterscheidet. Die Trennschärfe ist ein entscheidendes Kriterium für die Brauchbarkeit eines Merkmals für einen Faktor oder eine Skala und sollte nicht unter $r = 0,3$ liegen (Klapprott 1975, S. 54).

3.4.2.5 Reliabilitätskontrolle

Reliabilität ist nach Lienert und Raatz (1994) ein Gütekriterium eines Tests oder einer Skala, das angibt, wie akkurat und unabhängig vom Beurteiler ein Instrument ein bestimmtes Merkmal misst. Cronbach (1970) unterscheidet zwischen der Stabilität und internen Konsistenz eines Instruments. Die Stabilität eines Instruments kann durch die Test-Retest-Reliabilität, sprich wiederholte Messungen oder Testungen der gleichen Person und deren Vergleich, bestimmt werden, sofern es sich um ein zumindest für einen Zeitraum stabiles Merkmal handelt; ansonsten liefert man Gefahr, eventuell eine hohe Veränderungssensitivität des Tests, also gerade die Fähigkeit, Veränderungen zu reflektieren, fehlzuinterpretieren. Eine weitere Möglichkeit bei Fremdbeurteilungsskalen ist die „Inter-Rater“-Reliabilität, bei der verschiedene Beobachter die gleiche Person anhand eines Messinstruments beurteilen.

Wenn ein Instrument durchweg verschiedene Indikatoren ein und derselben Qualität zu messen vorgibt, kann dies über die interne Konsistenz nach der Methode der Testhalbierung (zwei inhaltlich vergleichbare Hälften des Tests werden miteinander korreliert) oder nach der Methode der Konsistenzanalyse überprüft werden (Lienert und Raatz 1994).

Der Homogenitätsindex ist eine Form instrumentaler Reliabilität und kennzeichnet die Leistungsfähigkeit eines Tests (Lienert und Raatz 1994). Man berechnet für jedes Einzelmerkmal eines Faktors oder einer Gesamtskala den Alpha-Koeffizienten nach Cronbach, der darstellt, wie stark das Einzelmerkmal das Gleiche wie der Gesamtfaktor misst. Die Höhe von Alpha hängt von der Homogenität eines Faktors oder einer Gesamtskala, der Höhe der Interkorrelation des Einzelmerkmals mit dem Rest der Merkmale und der Anzahl der Merkmale eines Faktors oder einer Gesamtskala ab. Er gibt die Messpräzision wieder und sollte für die Beurteilung von Gruppendifferenzen eine Reliabilität von $r = 0,5$ und für die Beurteilung individueller Differenzen eine Reliabilität von $r = 0,7$ nicht unterschreiten (Lienert und Raatz 1994). In dieser Studie wurde zur Untersuchung der internen Konsistenz eine Faktorenanalyse mit Konsistenzanalyse und Homogenitätsindex (Alpha bei Herausnahme des Merkmals, siehe Anhang, Tabelle 5) durchgeführt.

3.4.2.6 Korrelationsmaße

Die Korrelation zweier Merkmale beschreibt anhand eines Korrelationskoeffizienten den Zusammenhang, der diese Merkmale verbindet. Der Korrelationskoeffizient kann dabei Werte zwischen -1 und 1 annehmen, wobei negative Werte einen inversen, positive einen parallelen Zusammenhang darstellen. Je stärker der Wert gegen 0 tendiert, desto weniger Zusammenhang besteht zwischen zwei Variablen. Man spricht laut Bühl und Zöfel (1995) von

sehr geringer Korrelation	< 0,2
geringer Korrelation	0,2-0,5
mittlerer Korrelation	0,5-0,7
hoher Korrelation	0,7-0,9
sehr hoher Korrelation	> 0,9

Die Berechnung des Korrelationskoeffizienten hängt vom Skalenniveau der Variablen ab. Entsprechen sie den Kriterien der Intervallskalierung und Normalverteilung und sind linear abhängig, verwendet man die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson. Sind diese Bedingungen nicht erfüllt, sollte die Rangkorrelation nach Spearman verwendet werden, die die einzelnen Werte in Rangplätze transformiert. So wird eine Berechnung auch bei ordinalskalierten Werten, die keine linearen Zusammenhänge aufweisen, sinnvoll (Harms 1992). Für die Berechnungen in dieser

Arbeit wurde immer die Rangkorrelation nach Spearman verwendet, da davon ausgegangen wird, dass die Merkmale nicht exakt intervallskaliert und nicht normal verteilt sind. Die Annahme über die Verteilungsform wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test bestätigt.

3.5 Behandlungsangebot für Depressive in der Ergotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität zu Lübeck

Seit Jahrzehnten bietet die Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck für stationäre PatientInnen ein ergotherapeutisches Behandlungsprogramm. Seit 1998 wird zu diesem Zwecke unter anderem das renovierte Kesselhaus, Haus 34, genutzt. In verschiedenen Räumen bietet die Ergotherapie heute verschiedene Formen von kreativem Werken an, das von Korbflechten über Seidenmalerei, Töpferei, Malerei und Holzarbeiten bis hin zu Speckstein- und Lederarbeiten führt. Neben diesen Arbeitsmöglichkeiten und vielen kleineren und größeren Maschinen und Werkzeugen zu deren Durchführung bietet die Ergotherapie auch Kochgruppen, Gartentherapie und computergestütztes kognitives Lernen an. Die Gruppen sind meist stationsgebunden, z. T. jedoch auch stationsübergreifend. Z. T. wird auch in Kleingruppen oder Einzelbetreuung gearbeitet. Es werden jeweils ca. 8 Personen in einer Gruppe betreut, die Therapie findet 4- bis 5-mal pro Woche statt über je 1 ½ Stunden Zeitraum. Bei der Untersuchung der StudienpatientInnen beschränken wir uns, um Überschneidungen und Verwirrung zu vermeiden, auf diejenigen Patienten, die an der traditionellen Ergotherapie, sprich „Werken“, teilnehmen. Es werden folgende Arbeiten angeboten: Seidenmalerei, Tonarbeiten, Korbflechten, Speckstein, Holzarbeiten, Malarbeiten, Lederarbeiten.

Zu den allgemeinen Behandlungsansätzen bei depressiven Patienten schreibt Kubny-Lüke (1996), dass Akzeptanz, Empathie, Echtheit, Geduld, Regelmäßigkeit, Strukturierung, eine adäquate Belastungsanforderung und das Ermöglichen von Offenheit wie Öffentlichkeit zu beachten sind. Sie strukturiert die therapeutische Arbeit gemäß dem Krankheitsverlauf in zunächst wenig fordernde und leistungsorientierte Arbeiten mit dem Angebot zuzuschauen, dann

langsame Förderung des emotionalen Ausdrucks und Unterstützung des Selbstwertgefühls, Eigeninitiative und Motivation über die ausdruckszentrierte und kompetenzzentrierte Methode, z. B. mit einfachen aber sehr effektvollen und schnell erfolgreichen Seidenmaltechniken (nass in nass). In der nächsten Stufe kommen Tagesstruktur und Förderung sozialer

Kontakte hinzu und schließlich die Förderung von Belastungsfähigkeit, Ausdauer und Konzentration über kompetenzzentrierte und interaktionelle Methoden. Ein wichtiges Element ist die Einbeziehung der PatientInnen in den laufenden Therapieprozess und das Anregen des eigenen Gefühlsausdrucks (Kubny-Lüke 1996).

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der PatientInnenstichprobe (n=51)

Die PatientInnengruppe rekrutierte sich aus stationär behandelten PatientInnen mit einer Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis der Stationen 3, 5, 6 und 7 der Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck in den Zeiträumen Mai bis Dezember 1997 und Januar bis Juni 1999. Während des stationären Aufenthalts wurde diesen PatientInnen die Teilnahme an der Ergotherapie angeboten, wenn sie imstande schienen, an dieser teilzunehmen. Die PatientInnen wurden jeweils zu Beginn ihrer Teilnahme an der Ergotherapie (MZP 1) und kurz vor der Entlassung zum Ende der Ergotherapie (MZP 2) untersucht.

4.1.1 Soziodemographische Daten der PatientInnenstichprobe

Geschlecht und Alter

Es wurden insgesamt 24 Männer (47,1 %) und 27 Frauen (52,9 %) erfasst.

Das durchschnittliche Alter lag bei 56,6 Jahren. Das durchschnittliche Alter der Männer betrug dabei 53,6 Jahre, das der Frauen 59,3 Jahre. Der jüngste Patient war 24, der älteste 82 Jahre alt. Die Altersverteilung ergab sich wie folgt: 8 PatientInnen (15,7 %) waren zwischen 20 und 40 Jahre alt, 19 PatientInnen (37,2 %) zwischen 40 und 60, 23 (45,1 %) zwischen 60 und 80 und eine (2 %) über 80 Jahre alt.

Tabelle 1: Prozentuale Anteile der Altersgruppen (in Jahren) N=51

	20–40	40–60	60–80	> 80
Männer	9,8 %	19,7 %	15,7 %	2,0 %
Frauen	5,9 %	17,5 %	29,4 %	0 %
Alle	15,7 %	37,2 %	45,1 %	2,0 %

Schulabschluss

Alle 51 PatientInnen hatten einen Schulabschluss erworben. 22 PatientInnen erreichten den Hauptschulabschluss (43,1 %), 16 die Mittlere Reife (31,4 %), 6 das Abitur (11,8 %), 2 das Fachabitur (3,9 %) und 5 einen Hochschulabschluss (9,8 %).

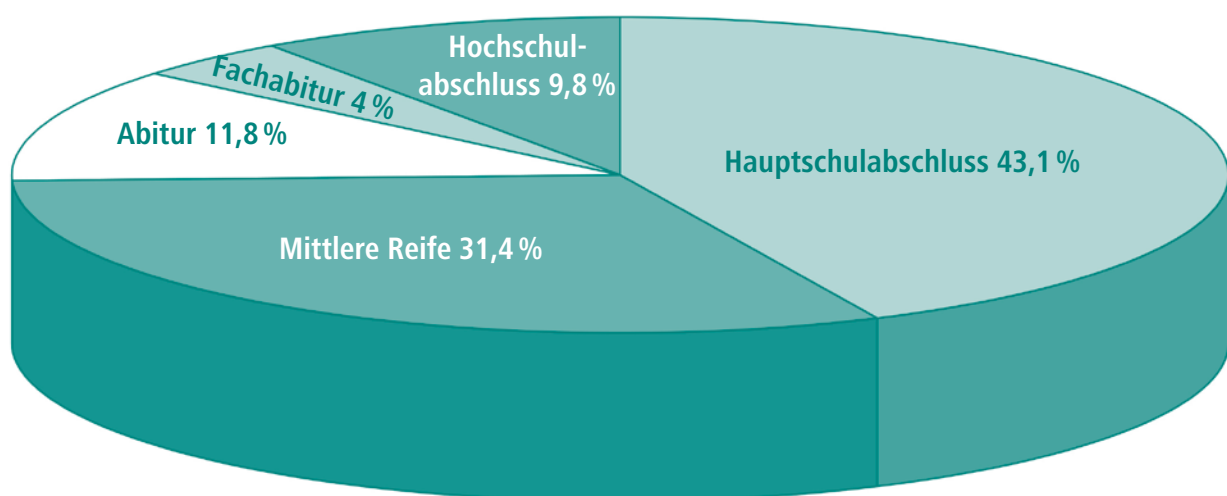


Abbildung 1: Prozentuale Häufigkeit der Schulabschlüsse N=51

4.1.2 Daten zum Aufenthalt

Aufenthaltsdauer in der Ergotherapie, Anzahl der besuchten Ergotherapiestunden

Die durchschnittliche Dauer, über die sich die Teilnahme an der Ergotherapie erstreckte, betrug 45,6 Tage (SD: 23,14), mit einem Minimum von 15 und einem Maximum von 112 Tagen. Dabei nahmen die PatientInnen in diesem Zeitraum durchschnittlich 26,2 mal an der Ergotherapie teil (SD: 12,27), minimal 10-mal und maximal 59-mal.

Dauer des Krankenhausaufenthalts

Der Krankenhausaufenthalt insgesamt betrug durchschnittlich 62,28 Tage (SD: 32,71), mit einem Minimum von 26 und einem Maximum von 164 Tagen. Hieraus ergibt sich eine durchschnittliche Differenz zum Teilnahmezeitraum an der Ergotherapie von 16,7 Tagen. Da die Ergotherapie häufig zeitgleich mit der Entlassung aus der Klinik beendet wird, erstrecken sich diese 2,5 Wochen vornehmlich auf die Zeit vor Beginn der Teilnahme an der Ergotherapie, was zum einen durch die Schwere der Depression zu Beginn und zum anderen durch Wartezeiten auf einen Platz in der Ergotherapie bedingt ist.

4.1.3 Medikamentöse Therapie

Antidepressive Vormedikation und antidepressive Medikation bei Entlassung

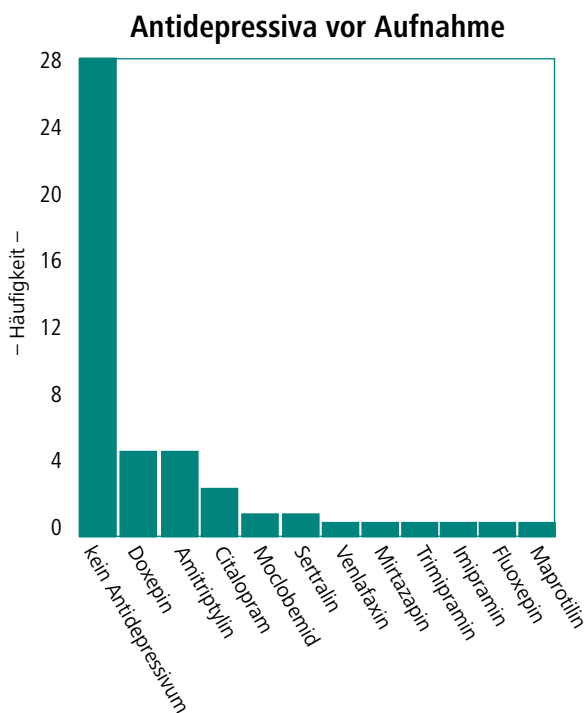


Abbildung 2: Anzahl der PatientInnen mit verschriebener antidepressiver Medikation vor der stationären Aufnahme entsprechend der Häufigkeit, N = 51

Im Vorfeld der stationären Aufnahme erhielten 45,1% der StudienpatientInnen keine antidepressive Medikation. Die drei am häufigsten verschriebenen Antidepressiva vor der stationären Aufnahme waren Doxepin (Aponal), Amitriptylin (Saroten) und Citalopram (Cipramil). Bei der Entlassung wurden 84,3% der PatientInnen antidepressiv behandelt. Die drei am häufigsten verordneten Medikamente waren wiederum Doxepin (Aponal), Amitriptylin (Saroten) und Citalopram (Cipramil) (siehe Schaubild).

4.1.4 Diagnosenuntergruppen

Der größte Anteil der PatientInnen (43,1%, 22) litt zum Zeitpunkt der Erhebung an einer rezidivierenden depressiven Episode (unipolar depressiv) der Kategorie F33 der ICD-10 (Dilling et al. 1991). Hiervon wurden 10 PatientInnen aus ärztlicher Sicht mittelgradig depressiv eingeschätzt und 12 schwer depressiv, davon 5 mit psychotischen Symptomen.

31,4% (16 PatientInnen) litten unter der ersten depressiven Episode (F32 nach ICD-10), darunter 10 unter einer mittelgradigen (F32.1) und 6 unter einer schweren (F32.2 und 32.3) Episode, die Hälfte davon mit psychotischen Symptomen. 11,8% (6 PatientInnen) litten unter einer anhaltenden affektiven Störung, 5 vom Typ der Dysthymie (F34.1) und eine/r vom Typ der Zykllothymia (F34.0). 9,8% (5 PatientInnen) hatten eine Anpassungsstörung mit depres-

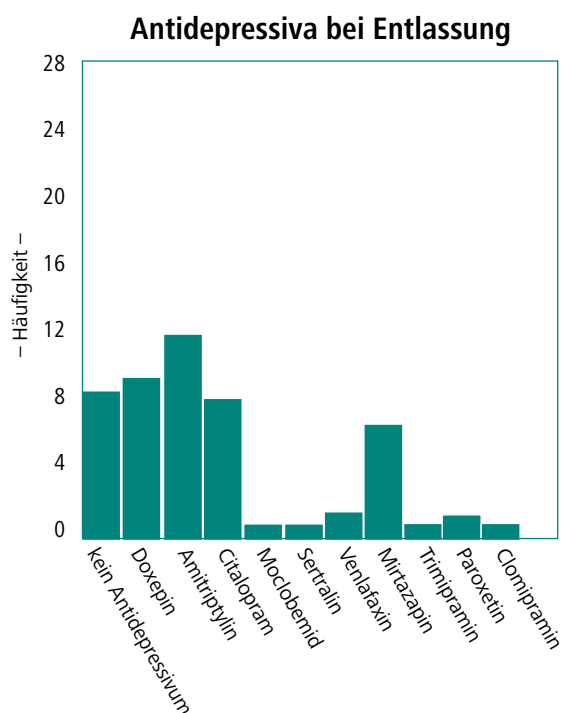


Abbildung 3: Anzahl der PatientInnen mit antidepressiver Medikation zum Entlassungszeitpunkt entsprechend der Rangfolge vor der stationären Aufnahme, N=51

siver Reaktion (F 43.2), früher reaktive Depression genannt und 3,9% (2 PatientInnen) eine bipolare affektive Störung, derzeit depressiv, eine/r davon

mittelgradig (F31.3), der/die andere schwer mit psychotischen Symptomen (F31.5).

Insgesamt erlebten 17,6% (9) der PatientInnen eine psychotische Symptomatik.

Diagnosen nach ICD-10

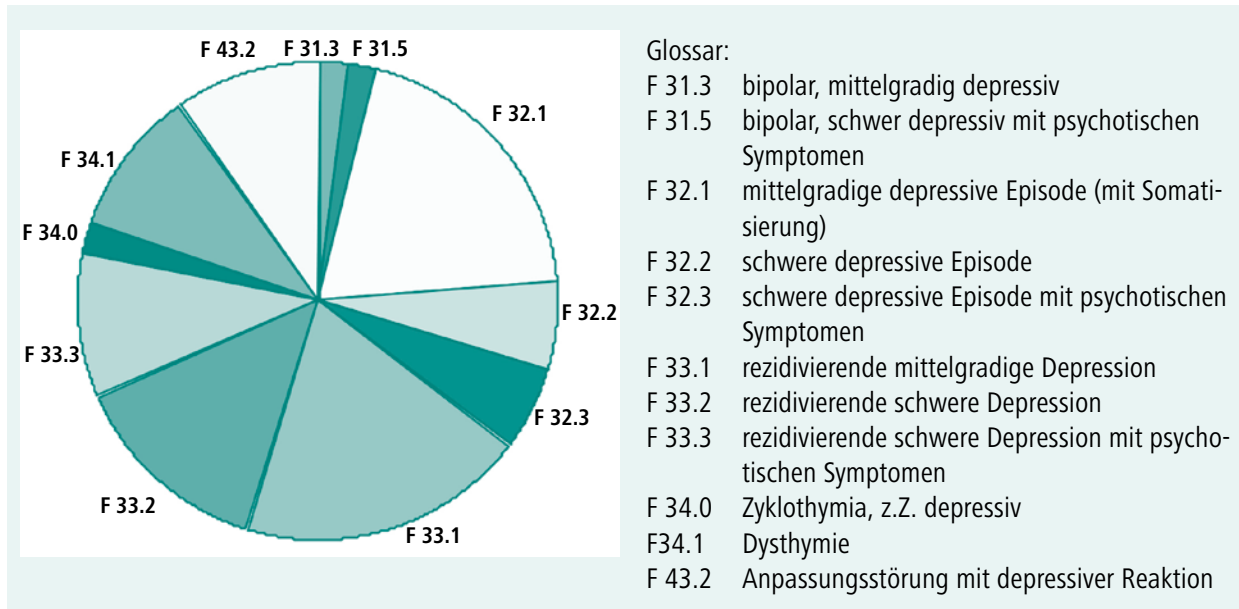


Abbildung 4: Häufigkeit der Diagnosegruppen, N = 51

4.1.5 Daten zur ärztlichen Beurteilung der PatientInnenstichprobe

Die PatientInnen wurden von den behandelnden ÄrztInnen zu verschiedenen Bereichen ihrer Erkrankung und derer Auswirkungen befragt und beurteilt. Diese Daten wurden auf ihre statistischen Häufigkeiten, Median und Mittelwerte, sowie Standardab-

weichungen einzelner Merkmale zum MZP 1 und 2 untersucht.

Tabelle 2 zeigt den Median, den Mittelwert und die Standardabweichungen der ärztlichen Einschätzungen des Depressivitätsgrades anhand der MADRS zum MZP 1.

Tabelle 2: Median, Mittelwert, Standardabweichung der ärztlichen Einschätzung der PatientInnen anhand der MADRS zum MZP 1

MADRS	Merkmal 1	Merkmal 2	Merkmal 3	Merkmal 4	Merkmal 5	Merkmal 6	Merkmal 7	Merkmal 8	Merkmal 9	Merkmal 10	Merkmal 11
Median	3	3	2	3	2	2	3	2	2	1	27
Mittelwert	3,1	3,17	2,37	2,67	2,08	2,63	2,82	2,59	2,59	1,27	25,7
Standardabw.	1,49	1,39	1,06	1,52	1,39	1,46	1,52	1,45	1,37	1,04	8,79

Glossar:

Merkmal 1 = sichtbare Traurigkeit
 Merkmal 2 = berichtete Traurigkeit
 Merkmal 3 = innere Spannung
 Merkmal 4 = Schlaflosigkeit
 Merkmal 5 = Appetitverlust
 Merkmal 6 = Konzentrationsschwierigkeiten

Merkmal 7 = Untätigkeit
 Merkmal 8 = Gefühllosigkeit
 Merkmal 9 = pessimistische Gedanken
 Merkmal 10 = Selbstmordgedanken
 Merkmal 11 = Gesamtwert

Besonders hohe Mittelwerte erreichten die sichtbare und berichtete Traurigkeit sowie die Untätigkeit. Dabei zeigten die Merkmale sichtbare Traurigkeit sowie Untätigkeit aber auch die Schlaflosigkeit die höchsten Standardabweichungen, d. h. die größten interindividuellen Unterschiede.

Tabelle 3 fasst die Ergebnisse der ärztlichen Einschätzung anhand der MADRS zum MZP 2 zusammen.

Die Mittelwerte zeigen diesmal die höchsten Werte bei innerer Spannung und pessimistischen Gedanken sowie Schlaflosigkeit, d. h., es kommt zu einer von ärztlicher Seite beobachtbaren Verschiebung der Symptome in den mehr innerpsychischen Bereich. Dieselben drei Merkmale zeigen auch die höchsten Standardabweichungen, d. h. die höchste Variabilität.

4.1.6 Daten zur Selbsteinschätzung der PatientInnenstichprobe

Die PatientInnen, die sich bereit zeigten, an der Studie teilzunehmen, erhielten in der ersten und letzten

Woche ihrer Teilnahme an der Ergotherapie die SCL-90-R mit 90 Fragen zum Ankreuzen. 46 der 51 PatientInnen füllten diesen Bogen zum MZP 1 korrekt aus, jedoch nur 39 zum MZP 2. Tabelle 4 fasst die Mittelwerte, Median und Standardabweichungen der Selbsteinschätzung der depressiven PatientInnen anhand der SCL-90-R zusammen. Gebildet wurden gemäß der Anleitung die 12 Summenwerte:

Skala 1: Somatisierung, Skala 2: Zwanghaftigkeit, Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt, Skala 4: Depressivität, Skala 5: Ängstlichkeit, Skala 6: Aggressivität und Feindseligkeit, Skala 7: phobische Angst, Skala 8: paranoides Denken, Skala 9: Psychotizismus und die Gesamtkennwerte: General Symptomatic Index (GSI), Positive Symptom Total (PST) und Positive Symptom Distress Index (PSDI).

Es zeigt sich, dass die Skala für Depressivität jeweils zum MZP 1 und 2 die höchsten Werte aufweist, gefolgt von Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit.

Tabelle 3: Median, Mittelwert, Standardabweichungen (SD) der ärztlichen Einschätzung der PatientInnen anhand der MADRS zum MZP 2*

MADRS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Median	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	7
Mittelwert	0,9	0,74	1,1	0,98	0,46	1,04	0,76	0,62	1,1	0,32	8
SD	0,89	0,88	0,93	1,02	0,76	0,86	0,74	0,73	0,94	0,55	5,06

*Glossar siehe Tabelle 2

Tabelle 4: Median, Mittelwert, Standardabweichung (SD) der Skalen der Selbsteinschätzung der PatientInnen anhand der SCL-90R zum MZP 1

SCL-90-R-Skalen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mittelwert	0,86	1,41	0,96	1,58	1,08	0,54	0,94	0,64	0,72	1,1	47,63	1,91
Median	0,79	1,26	0,93	1,65	0,8	0,33	0,57	0,5	0,53	1,02	16	1
SD	0,7	0,8	0,85	0,9	0,77	0,62	1,01	0,73	0,61	0,61	21,04	0,56

Glossar:	
Skala 1 der SCL-90-R = Somatisierung	Skala 7 der SCL-90-R = phobische Angst
Skala 2 der SCL-90-R = Zwanghaftigkeit	Skala 8 der SCL-90-R = paranoides Denken
Skala 3 der SCL-90-R = soziale Unsicherheit	Skala 9 der SCL-90-R = Psychotizismus
Skala 4 der SCL-90-R = Depressivität	Skala 10 der SCL-90-R = GSI
Skala 5 der SCL-90-R = Ängstlichkeit	Skala 11 der SCL-90-R = PST
Skala 6 der SCL-90-R = Aggressivität	Skala 12 der SCL-90-R = PSDI

Tabelle 5: Median, Mittelwert, Standardabweichung (SD) der Skalen der Selbsteinschätzung der PatientInnen anhand der SCL-90-R zum MZP 2*

SCL-90-R-Skalen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mittelwert	0,48	0,65	0,43	0,70	0,52	0,28	0,46	0,44	0,33	0,51	31,97	1,31
Median	0,33	0,70	0,33	0,46	0,30	0,16	0,14	0,27	0,20	0,36	26	1,25
SD	0,46	0,55	0,41	0,60	0,56	0,38	0,63	0,48	0,39	0,41	22,05	0,40

*Glossar siehe Tabelle 4

Tabelle 5 zeigt, dass sich zum MZP 2 weiterhin der höchste Mittelwert im Bereich der Depressivität (0,70) befand, wiederum gefolgt von Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit, während die Unsicherheit im Sozialkontakt nun einen geringeren Stellenwert als phobische Ängste erhielt.

Es stellte sich bei der Erhebung zum MZP 1 heraus, dass die Selbstbeurteilung der PatientInnen mit Diagnosen aus dem depressiven Formenkreis anhand der SCL-90-R den höchsten Mittelwert von 1,58 in der Subskala Depressivität ergab. Weitere Subskalen, die bei dieser Gruppe depressiver PatientInnen einen hohen Wert ergaben, sind die Skalen für Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit und Unsicherheit in sozialen Kontakten.

4.2 Formale Analyse des LFP

Im folgenden Kapitel wird die Faktorenanalyse dargestellt und anschließend in Kapitel 4.4 die Untersuchung der Faktoren auf Trennschärfe und Schwierigkeit durchgeführt.

Die Faktorenanalyse gibt Auskunft über innere Zusammenhänge einzelner Merkmale eines Instruments oder eines Tests. Neben der Überprüfung theoretischer Hypothesen wird sie v.a. dazu verwendet, zu untersuchen, ob sich eine Vielzahl von Variablen zu inhaltlich sinnvoll interpretierbaren Bündeln (Faktoren) zusammenfassen und reduzieren lassen, die auf bestimmten Gemeinsamkeiten dieser Variablen beruhen. Sie macht somit eine Aussage über die innere Konsistenz eines Instruments. Eine Rotation (z. B. Varimax-Rotation) der Faktorenladungsmatrix kann dabei zu leichter interpretierbaren Ergebnissen führen. Die Faktorenladungen von Merkmalen auf einem Faktor geben deren Korrelationen mit dem Faktor wieder. Alle Merkmale, die auf dem gleichen Faktor hoch „laden“, haben einen starken inneren Zusam-

menhang mit diesem Faktor und bilden etwas Ähnliches ab. Die inhaltliche Gemeinsamkeit der Merkmale, die auf einem Faktor laden, kann häufig durch inhaltliche Betrachtungen gefunden werden. Einem inhaltlich stimmigen Faktor kann ein Name gegeben werden; ein solcher Faktor wird dann üblicherweise Skala genannt. In den Tabellen werden jeweils nur die signifikanten Faktorladungen dargestellt.

4.2.1 Ergebnisse der Faktorenanalyse des LFP

Mit der Varimax-rotierten Hauptkomponentenanalyse wurden die Ergebnisse der 51 PatientInnen zum MZP 1 auf innere Zusammenhänge untersucht. Es bildeten sich bei Zulassung von Eigenwerten > 1 fünf Faktoren ab. Eine vollständige Darstellung mit allen Faktorenladungen befindet sich im Anhang (Tabelle 3). Da auf den Faktoren 4 und 5 nur jeweils zwei bzw. ein Merkmal luden, wurde beschlossen, diese zwei Faktoren unberücksichtigt zu lassen.

4.3 Inhaltliche Beurteilung: Faktorenrevision und -interpretation

Bei der Untersuchung der durch den Wegfall des vierten und fünften Faktors betroffenen Merkmale wurde festgestellt, dass die beiden Merkmale Kontaktaufnahme und Realitätsbezug einzig auf den weggefallenen Faktoren mit einem Korrelationskoeffizienten $r > 0,3$ laden, während das Merkmal Stimmung und Gefühlslage auch auf dem zweiten Faktor mit $r = 0,41$ lädt. Da dieses Merkmal inhaltlich einen wichtigen Beitrag in der Beurteilung psychiatrischer PatientInnen liefert, wurde beschlossen, es in den zweiten Faktor aufzunehmen. Es wurde anschließend eine inhaltliche Deutung und Zusammenfassung der Faktoren wie folgt vorgenommen:

Tabelle 6: Faktoren des LFP

Faktor	Zielbereich	Itemanzahl	erklärte Gesamtvarianz
1	Lebenspraxis und kognitive Fähigkeiten	11	21 %
2	Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung	8	17 %
3	Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit	5	16 %

Tabelle 7 zeigt die Ladung der einzelnen Merkmale auf den drei Faktoren. Der Faktor Lebenspraxis und kognitive Fähigkeiten umfasst 11 Merkmale aus dem lebenspraktischen Bereich: Antrieb/Motivation, Durchsetzungsvermögen, Feinmotorik, Körperliche

Beschwerden, Phantasie/Kreativität, Problemlösen, Regeln einhalten und Selbstständigkeit und aus dem kognitiven Bereich: Aufmerksamkeit, Konzentration und Sensorische Fähigkeiten. Der Faktor Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung beinhaltet die 8

Tabelle 7: Ergebnis der Faktorenanalyse des LFP

LFP	Faktor 1 Lebenspraxis und Kognition	Faktor 2 Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung	Faktor 3 Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit
Affektive Schwingungs- fähigkeit			,696
Aggressivität		,850	
Antrieb/Motivation	,628		
Aufmerksamkeit	,495		
Ausdauer		,575	
Durchsetzungsvermögen	,682		
Entscheidungsfähigkeit		,510	
Feinmotorik	,510		
Frustrationstoleranz		,656	
Körperliche Beschwerden	,686		
Konzentration	,639		
Kritische Selbstkontrolle		,511	
Merkfähigkeit			,634
Phantasie/Kreativität	,544		
Problemlösen	,502		
Regeln einhalten	,629		
Selbstbild		,572	
Selbstständigkeit	,630		
Sensorische Wahrnehmung	,581		
Sorgfalt			,591
Stimmung		,410	
Teamarbeit			,667
Umgang mit Kritik		,786	
Wahrnehmen und Äußern von Gefühlen			,832

folgenden Merkmale aus dem Bereich Stresstoleranz: Aggressivität, Ausdauer, Frustrationstoleranz, kritische Selbstkontrolle und Umgang mit Kritik und aus dem Bereich der Eigenwahrnehmung: Entscheidungsfähigkeit, Stimmung und Selbstbild. Der Faktor Anpassungsfähigkeit (Adaptation) und Achtsamkeit setzt sich aus den 5 Merkmalen aus dem Bereich der Anpassungsfähigkeit: affektive Schwingungsfähigkeit, Teamarbeit/Kooperation und aus dem Bereich der Achtsamkeit: Merkfähigkeit, Sorgfalt und Wahrnehmen und Äußern eigener Gefühle zusammen. Insgesamt wird durch die drei Faktoren eine Gesamtvarianz von ca. 54 % erklärt.

4.4 Untersuchung der gebildeten Faktoren

Folgende Kennwerte wurden für die Merkmale und Faktoren des LFP berechnet: Median, Mittelwert, interne Konsistenz (Cronbachs Alpha), Trennschärfe und Schwierigkeitsindex.

4.4.1 Faktorenkennwerte (Median, Mittelwert, Standardabweichung)

Die 51 depressiven PatientInnen wurden in der Ergotherapie von insgesamt 5 verschiedenen ErgotherapeutInnen regelmäßig anhand des neu entwickel-

ten Fähigkeitenprofils zu ihren in der Ergotherapie gezeigten Fähigkeiten und Verhaltensweisen eingeschätzt. Tabelle 5 zeigt die Summenwerte (Mittelwert über alle PatientInnen aus der Summe der einzelnen Itemwerte) der 3 Faktoren Lebenspraxis und Kognition, Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung sowie Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit. Die erreichten Punktwerte sind umgekehrt proportional zu den Werten der MADRS und der SCL-90-R, d. h., niedrige Punktwerte repräsentieren ein geringeres Fähigkeitspotenzial als höhere Werte.

Um die einzelnen Werte vergleichbar zu machen, werden sie mit folgender Formel standardisiert: Mittelwert des Gesamtwertes eines Faktors minus Anzahl der Merkmale des Faktors geteilt durch die Anzahl der Merkmale des Faktors mal 25.

Tabelle 8 zeigt, dass die von ErgotherapeutInnen beobachteten Defizite der PatientInnen zum MZP 1 am höchsten im Bereich von Adaptation und Achtsamkeit sind, dort jedoch auch die größte Variabilität (Standardabweichung) zwischen den PatientInnen herrscht. Die am besten ausgeprägten Fähigkeiten finden sich im Bereich Lebenspraxis und kognitive Fähigkeiten.

Zum MZP 2 stiegen die Mittelwerte deutlich an, wobei sich wiederum die am besten ausgeprägten Fähigkeiten im Bereich kognitive Fertigkeiten und Lebenspraxis befinden.

Tabelle 8: Faktorenkennwerte (Mittelwert, Median und Standardabweichung) des LFP zum MZP 1

Häufigkeiten	Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung		Lebenspraxis und Kognition		Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit	
	auf 100 standadisiert	Rohwerte	auf 100 standadisiert	Rohwerte	auf 100 standadisiert	Rohwerte
Mittelwert	51,83	33,5	47,30	23,14	44,51	13,9
Median	54,55	35	50	24	50	15
SD	16,97	7,47	16,45	5,3	17,87	3,57

Tabelle 9: Faktorenkennwerte (Mittelwert, Median, Standardabweichung SD) des LFP zum MZP 2

Faktoren des LFP	Lebenspraxis und Kognition		Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung		Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit	
	auf 100 standadisiert	Rohwerte	auf 100 standadisiert	Rohwerte	auf 100 standadisiert	Rohwerte
Mittelwert	64,6	39,42	60,56	27,4	60,9	17,8
Median	65,91	40	62,5	28	65	18,0
SD	12,63	5,6	13,4	4,3	13,91	2,78

4.4.2 Interne Konsistenz der Faktoren: Cronbachs Alpha

Jeder Faktor wurde auf seine interne Konsistenz mit der Reliabilitätsanalyse im SPSS untersucht. Tabelle 10 zeigt Cronbachs Alpha für die 3 Faktoren. Es zeigt sich außerdem eine gute Übereinstimmung der Faktorenreliabilität bei Betrachtung der Faktorenwerte zum MZP 2 (Faktor 1: Alpha = ,90 ; Faktor 2: Alpha = ,90 ; Faktor 3: Alpha = ,82). Die Analyse zeigt, dass alle Faktoren ein Alpha > ,86 erreichen und damit über dem Grenzwert von Alpha: ,80 liegen. Dies lässt eine gute Reliabilität der 3 Faktoren erkennen.

Tabelle 10: Cronbachs Alpha der Faktoren des LFP zum MZP 1

Faktoren	Alpha zum MZP 1
Lebenspraxis und kognitive Fähigkeiten	,92
Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung	,91
Adaptation und Achtsamkeit	,86

Es wurde auch der Homogenitätsindex für jedes Einzelmerkmal (siehe Kapitel 3.4.2.5) bestimmt (siehe Anhang, Tabelle 5).

4.4.3 Itemkennwerte: Trennschärfe und Schwierigkeiten der Einzelmerkmale in Bezug auf ihre Faktoren

Jeder Faktor wurde jeweils auf die Trennschärfe und Schwierigkeit seiner Einzelmerkmale untersucht. Diese wurden, jeweils auf die Summe des Faktors bezogen, errechnet.

Jeder Faktor wird anhand der Reliabilitätsanalyse im SPSS auf seine Trennschärfe untersucht. Dies bedeutet, dass für jedes Merkmal eines Faktors dessen Korrelation mit dem Faktor berechnet und somit der innere Zusammenhang zwischen dem Merkmal und dem Faktor erkennbar wird. Es zeigt sich, dass das Merkmal körperliche Beschwerden als einziges mit seinem Faktor < ,50 korreliert (Trennschärfe = ,39). Dies mag auf die von Nicht-Medizinern schwer zu beurteilende Ursächlichkeit körperlicher Beschwerden zurückzuführen sein. Da unter diesem Merkmal Somatisierungstendenzen erfasst werden, stellte es sich als schwierig heraus, diese gegen tatsächlich bestehende somatische Erkrankungen abzugrenzen. Das Merkmal körperliche Beschwerden wurde deshalb aus dem LFP herausgenommen. Die Analyse zeigt weiter, dass alle anderen Merkmale in ihrer Trennschärfe deutlich über dem Punktwert von ,30 liegen. Es ergibt sich ein guter innerer Zusammenhang der Merkmale der 3 Faktoren mit einer guten Trennschärfe.

Als Maß für die Antworttendenzen lässt sich der Schwierigkeitsindex eines Merkmals berechnen, der angibt, wie gut ein Merkmal zwischen verschiedenen Probanden differenziert. Für keines der Merkmale ergab sich bei der Beurteilung zum MZP 1 wie auch zum MZP 2 ein Wert außerhalb der festgelegten Grenzen (<0,2; >0,8) (siehe Tabelle 11).

Aufgrund der guten Ergebnisse der formalen Untersuchung der Faktoren des LFP, die die inhaltlichen Konstrukte stützen, werden diese im Folgenden in Skalen umbenannt.

Tabelle 11: Trennschärfe und Schwierigkeitsindizes der Einzelmerkmale des LFP zum MZP 1 und 2

Items des LFP	Trennschärfe zum MZP 1	Trennschärfe zum MZP 2	Schwierigkeitsindex zum MZP 1	Schwierigkeitsindex zum MZP 2
Skala 1				
Antrieb/Motivation	,75	,72	,44	,67
Aufmerksamkeit	,71	,65	,57	,66
Durchsetzungsvermögen	,57	,74	,44	,59
Feinmotorik	,69	,63	,64	,72
Körperliche Beschwerden	,39	,22	,46	,60
Konzentration	,68	,56	,56	,70
Phantasie/Kreativität	,76	,70	,46	,61
Problemlösen	,81	,82	,44	,58
Regeln einhalten	,66	,56	,59	,68
Selbstständigkeit	,85	,84	,49	,66
Sensorische Wahrnehmung	,80	,67	,62	,66
Skala 2				
Aggressivität	,52	,58	,62	,68
Ausdauer	,63	,55	,55	,67
Entscheidungsfähigkeit	,74	,75	,50	,62
Frustrationstoleranz	,69	,71	,46	,61
Kritische Selbstkontrolle	,78	,68	,43	,57
Selbstbild	,68	,85	,38	,55
Stimmung	,77	,74	,39	,56
Umgang mit Kritik	,75	,64	,47	,60
Skala 3				
Affektive Schwingungsfähigkeit	,73	,71	,34	,58
Merkfähigkeit	,67	,59	,56	,63
Sorgfalt	,64	,54	,51	,60
Teamarbeit/Kooperation	,63	,67	,43	,65
Wahrnehmen und Äußern eigener Gefühle	,67	,58	,40	,60

4.5 Änderungssensitivität des LFP

Die Ergebnisse der Einschätzung von Fähigkeiten depressiver PatientInnen mit Hilfe des Fähigkeitenprofils zum MZP 1 und 2 wurden miteinander verglichen, indem die Differenz zwischen dem Wert 2 und 1 gebildet und auf ihre Signifikanz überprüft wurde. Es wurde der Wilcoxon-Test als nichtparametrischer Test für zwei verbundene Stichproben angewendet und die asymptotische Signifikanz (p) berechnet. Bei der Untersuchung der einzelnen 25 Merkmale auf signifikante Veränderungen im Verlauf der Therapie ergab sich für alle Merkmale bis auf die sensorische Wahrnehmung ein signifikanter Unterschied: Bei der Aggressivität liegt das Signifikanzniveau der Änderungssensitivität bei $p < 0,05$, bei Aufmerksamkeit, Feinmotorik, Merkfähigkeit, Realitätsbezug und Regeln einhalten bei $p < 0,01$ und bei allen anderen Merkmalen bei $p < 0,001$.

Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse des Wilcoxon-Tests beim Vergleich der zwei Messzeitpunkte für die Skalen des LFP.

Tabelle 12: Wilcoxon-Test zur Veränderung der Skalenergebnisse des LFP zum MZP 1 und 2 (Änderungssensitivität Z und Signifikanzniveau p)

Skalen des LFP Änderungs- sensitivität	Lebens- praxis und kognitive Fähigkeiten	Stress- toleranz und Eigen- wahrneh- mung	Adaptation und Acht- samkeit
Z	- 5,163	5,128	-5,660
p	,000	,000	,000

Es zeigt sich, dass drei Skalen des Lübecker Fähigkeitsprofils eine hochsignifikante Veränderung des ergotherapeutischen Befundes abbilden, wenn man die Werte zum MZP 1 und 2 vergleicht. Die hohe Änderungssensitivität des LFP ist als Ausdruck einer guten Validität des LFP bezogen auf die Abbildung von Verläufen hin zu werten.

4.6 Externe Validierung des LFP

Das Lübecker Fähigkeitsprofil soll die Einschätzung von Ressourcen und Fertigkeiten psychisch kranker Menschen aus ergotherapeutischer Sicht abbilden. Da es bisher kein vergleichbares Instrument gibt,

wurde zur konkurrenten Validierung auf standardisierte Erhebungsinstrumente aus dem nicht-ergotherapeutischen Bereich zurückgegriffen. Es wurden hierzu die MADRS, ein bekanntes Instrument zur ärztlichen Einschätzung des Schweregrades einer Depression, und die SCL-90-R, eine allgemeinspsychiatrische Erhebungsskala mit 90 Fragen zur Selbstbeurteilung für psychiatrische PatientInnen, gewählt. Die Hypothese, dass ErgotherapeutInnen mehr ressourcenorientiert und -fokussiert arbeiten als die eher diagnostisch und psychopathologisch orientierten ärztlichen Behandler, lässt bei einer solchen konkurrenten Validierung anhand von Befunden anderer Berufsgruppen und Betroffener erwarten, dass nur ein mittelmäßiges Maß an Übereinstimmung gefunden werden kann. Gleichzeitig bietet diese Form des Vergleichs jedoch auch Raum für interessante Beobachtungen und weitere Hypothesen zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

Die Korrelationen sind jeweils umgekehrt proportional zu erwarten, das heißt negativ, da höhere Punktwerte der MADRS und der SCL-90-R stärkere Einschränkungen und Beeinträchtigungen abbilden, während das LFP mit höherer Punktzahl bessere Fähigkeiten und Ressourcen darstellt.

4.6.1 Symptom-Check-List (SCL-90-R)

Bei dem Vergleich der ergotherapeutischen Fremdbeurteilung mit der Selbsteinschätzung der PatientInnen anhand der SCL-90-R ließen sich nur relativ wenig Korrelationen zwischen den drei Skalen des LFP und denen der SCL-90-R finden. Die beiden ersten Skalen korrelieren zum MZP 1 jeweils signifikant mit der zweiten Skala der SCL-90-R, die für Zwanghaftigkeit steht.

Tabelle 13: Korrelationen der Skalen des LFP mit der SCL-90-R zum MZP 1; *: $p < 0,05$

Skalen des LFP SCL-90-R	Skala 1 Lebenspraxis und Kognition	Skala 2 Stresstoleranz und Eigenwahr- nehmung
Skala 2 Zwanghaftigkeit	-,332*	-,302*

Wenn man die Zusammensetzung der Skala für Zwanghaftigkeit der SCL-90-R genauer betrachtet, beinhaltet sie folgende Symptome:

Grübeln (Frage 3), Gedächtnisschwierigkeiten (Frage 9), Beunruhigung (Frage 10), Antriebsminderung (Frage 28), Verlangsamung (Frage 38), Kontrollzwang (Frage 45), Entscheidungsunfähigkeit (Frage 46), Gefühl der Leere (Frage 51), Konzentrationsschwierigkeiten (Frage 55) und Wiederholungszwang (Frage 65).

Von den Fragen dieser Skala beziehen sich demnach nur zwei (45 und 65) direkt auf Zwangssphänomene, die anderen decken eine häufig bei depressiven PatientInnen vorhandene Symptomatik mit Grübelzwang, Entscheidungsschwierigkeiten, subjektiv erlebten kognitiven Einschränkungen und Verlangsamung ab. So ist die inhaltliche Übereinstimmung dieser Skala mit den Beobachtungen der ErgotherapeutInnen gut verständlich.

4.6.2 Montgomery-Asberg-Depressions-Skala (MADRS)

Bei dem Vergleich der ergotherapeutischen und ärztlichen Einschätzung depressiver PatientInnen zum MZP 1 zeigt sich, dass die Skala 1 des LFP, die den lebenspraktischen und kognitiven Bereich von Fähigkeiten abbildet, als einzige mit dem Gesamtwert der MADRS hochsignifikant korreliert. Bei genauerer Betrachtung der Korrelationen zwischen den Einzelmerkmalen der MADRS und den Skalen des LFP fallen die hochsignifikante Übereinstimmung aller drei Skalen des LFP mit der ärztlichen Einschätzung der sichtbaren Traurigkeit der PatientInnen und die signifikante Übereinstimmung der drei Skalen des LFP mit der ärztlichen Einschätzung der Untätigkeit depressiver PatientInnen auf. Weiterhin korreliert wiederum die erste Skala mit dem Merkmal Appetitverlust der MADRS hochsignifikant.

Tabelle 14: Korrelationen der Einschätzung depressiver PatientInnen in den Skalen des LFP mit den Merkmalen der MADRS zum MZP 1 *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

MADRS	Merkmal 1 Sichtbare Traurigkeit	Merkmal 7 Untätigkeit	Merkmal 5 Appetitverlust	Gesamtwert
Skalen des LFP				
Skala 1	-,533 **	-,323 *	-,562 **	-,364 **
Skala 2	-,363 **		-,316 *	
Skala 3	-,400 **		-,331*	

Bei der Beurteilung der PatientInnen zum MZP 2, d.h. kurz vor Entlassung, differieren die Einschätzungen von ErgotherapeutInnen und ÄrztInnen stärker. Es korrelieren nur noch die Skalen 2 und 3 des LFP, wiederum am stärksten mit dem ersten Merkmal der MADRS, sichtbare Traurigkeit, sowie Skala 2 mit der ärztlichen Beurteilung der inneren Anspannung jeweils hochsignifikant.

Tabelle 15: Korrelationen zwischen den Skalen des LFP und Merkmalen der MADRS zum MZP 2 **: $p < 0,01$

MADRS	Merkmal 1 Sichtbare Traurigkeit	Merkmal 3 Innere Anspannung
Skalen des LFP		
Skala 2	-,478**	-,394**
Skala 3	-,396**	

Wenn man nun die Korrelationen zwischen den Differenzen der Anfangs- und Endbefunde der Skalen des LFP und der Merkmale der MADRS betrachtet, zeigen sich hauptsächlich signifikante Korrelationen zwischen der Änderungssensitivität von Skala 1 des LFP und Veränderungen von Merkmalen der MADRS. Die Differenz der Befunde zum MZP 1 und 2 von Skala 1 korreliert signifikant mit der ärztlichen Einschätzung der Veränderung von sichtbarer Traurigkeit, Untätigkeit und pessimistischen Gedanken der PatientInnen. Des Weiteren korreliert die Änderungssensitivität von Skala 3, Adaptation und Achtsamkeit, signifikant mit der ärztlich beobachteten Veränderung pessimistischer Gedanken der PatientInnen.

Tabelle 16: Korrelationen zwischen der Änderungssensitivität der Skalen des LFP und der Merkmale der MADRS *: $p < 0,05$

MADRS	Merkmal 1 Sichtbare Traurigkeit	Merkmal 7 Untätigkeit	Merkmal 9 Pessimistische Gedanken
Skalen des LFP			
Skala 1	-,323*	-,352*	-,300*
Skala 3			-,307*

4.7 Kriterienbezogene Validierung

Die Skalen des LFP wurden auf den Einfluss äußerer Faktoren wie Alter, Geschlecht, Schulbildung, Dauer des Krankenhausaufenthaltes, medikamentöse Therapie und Diagnosenuntergruppen untersucht. Hierbei wurde für kontinuierliche, intervallskalierte Merkmale wie das Alter der PatientInnen und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes die Rangkorrelation nach Spearman berechnet. Für Daten im Nominalniveau wie das Geschlecht, die medikamentöse Behandlung oder Diagnosenuntergruppen wurde mit Hilfe des H-Tests nach Kruskal und Wallis überprüft, ob es signifikante Unterschiede zwischen den Untergruppen in den Skalen des LFP gibt (differenzielle Validität). Es werden jeweils der Chi²-Wert und die Irrtumswahrscheinlichkeit p angegeben.

4.7.1 Alter

Tabelle 17: Korrelation zwischen PatientInnenalter und den Skalenwerten des LFP zum MZP 1 und 2. Angegeben sind der Korrelationskoeffizient nach Spearman r und die Irrtumswahrscheinlichkeit p; *: p<0,05; **: p<0,01.

	Skala 1		Skala 2		Skala 3	
	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2
r	-,38**	-,42**	-,18	-,29*	-,39**	-,41**
p	,006	,002	,22	,038	,005	,003

Es zeigt sich eine hochsignifikante Korrelation zwischen dem Alter der PatientInnen und der ergotherapeutischen Beurteilung von Fähigkeiten der Lebenspraxis und kognitiven Fähigkeiten, sowie der Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit (Skala 1 und 3), die sich zum MZP 2 noch deutlicher abbildet als zum MZP 1. Zum MZP 2 zeigt sich zusätzlich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der PatientInnen und der Skala 2 für Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung. Dies kann folgendermaßen interpretiert werden: Mit dem Alter depressiver PatientInnen nimmt die Kompetenz in der Alltagsbewältigung und Anpassungsfähigkeit ab, was einer generell beobachtbaren Aggravationstendenz depressiver Erkrankungen im Alter und auch der generellen Beobachtung von Alterserscheinungen Gesunder entspricht. Jüngere PatientInnen leiden im Allgemeinen in geringerem Maße an kognitiven

Einschränkungen oder Fähigkeitsdefiziten im lebenspraktischen Bereich und in der Adaptationsfähigkeit. Die Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung zeigt zum MZP 1 keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Alter der PatientInnen, sondern ist ähnlich stark beeinträchtigt bei jüngeren und älteren PatientInnen. Zum MZP 2 scheinen sich die jüngeren PatientInnen jedoch stärker darin verbessert zu haben als die älteren, was sich in einem signifikanten Unterschied zum MZP 2 bemerkbar macht.

4.7.2 Geschlecht

Tabelle 18: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Einschätzung depressiver PatientInnen durch ErgotherapeutInnen anhand des LFP zum MZP 1 und 2 (gruppiertes Median, H-Test mit Chi²-Wert und Irrtumswahrscheinlichkeit p, df = 1).

	Skala 1		Skala 2		Skala 3	
	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2
Männlich	36,5	40,8	29,2	27,3	14,6	17,5
Weiblich	33,0	39,0	24,2	28,6	14,3	18,0
Chi²	3,0	,72	,06	1,24	,67	1,43
p	,084	,397	,813	,266	,414	,232

Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Fähigkeiten depressiver PatientInnen durch ErgotherapeutInnen und dem Geschlecht der PatientInnen.

4.7.3 Schulabschluss

Tabelle 19: Einfluss der Schulbildung auf die Beurteilung von Fähigkeiten depressiver PatientInnen durch ErgotherapeutInnen anhand des LFP zum MZP 1 und 2 (H-Test mit Chi²-Wert und Irrtumswahrscheinlichkeit p, df = 4)

	Skala 1		Skala 2		Skala 3	
	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2
Chi²-Wert	1,97	4,91	5,42	6,66	2,97	7,56
p	,741	,296	,246	,155	,562	,109

Es zeigt sich kein signifikanter Einfluss der Schulbildung depressiver PatientInnen auf die Beurteilung ihrer Fähigkeiten im LFP aus ergotherapeutischer Sicht.

4.7.4 Dauer der Behandlung

Die ergotherapeutische Einschätzung der Fähigkeiten im lebenspraktischen und kognitiven Bereich sowie in der Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung zum MZP 1 korreliert signifikant mit der Dauer in Tagen, über die der Patient anschließend an der Ergotherapie teilnimmt. PatientInnen, die im LFP geringere Punktwerte erreichen, d. h. stärkere Defizite haben, müssen nach Beginn der Teilnahme an der Ergotherapie länger behandelt werden als PatientInnen mit höheren Punktwerten. Die Einschätzung der PatientInnen mit dem LFP zum MZP 2 korreliert nicht signifikant mit deren Teilnahmedauer in der Ergotherapie. Dies ist logisch, da dann der aktuelle Zustand vor Entlassung beurteilt wird, der meist ein Abklingen der depressiven Symptomatik zur Voraussetzung hat. Dies liefert wiederum einen Hinweis auf eine auf die Behandlungsdauer bezogene gute Validität des LFP.

Tabelle 20: Korrelation zwischen der Behandlungsdauer in der Ergotherapie und der Beurteilung von Fähigkeiten depressiver PatientInnen anhand des LFP zum MZP 1 (Korrelationskoeffizient r nach Spearman und Irrtumswahrscheinlichkeit); *: $p < 0,05$

	Skala 1	Skala 2	Skala 3
r	-,287*	-,309*	-,121
p	,044	,029	,401

Die Dauer des gesamten Aufenthalts in der Klinik korreliert dagegen nicht signifikant mit der Einschätzung der ErgotherapeutInnen zum MZP 1. Dies bildet die Tatsache ab, dass schwer kranke PatientInnen teilweise erst gegen Ende der Gesamtbehandlung beginnen, am ergotherapeutischen Angebot teilzunehmen, nachdem sie längere Zeit mit Medikamenten oder auch Elektrokrampftherapie behandelt wurden, so dass dann nur noch die schon teilremittierte Depression in der Ergotherapie sichtbar wird. Zum MZP 2 korreliert die Dauer des Krankenhausaufenthaltes signifikant ($r = -,352^*$, $p = ,014$) mit der dritten Skala für Adaptation und Achtsamkeit. Eine lange Krankenhausaufenthaltsdauer geht demzufolge mit einer signifikant schlechteren Anpassungsfähigkeit einher

und könnte eine gewisse Tendenz von PatientInnen mit langer Krankenhausaufenthaltsdauer zur Hospitalisierung (Verminderung der Anpassungsfähigkeit an äußere Umstände) widerspiegeln, bzw. vice versa bedeuten, dass eine Verminderung der Anpassungsfähigkeit zu verlängerten Krankenhausaufenthalten führen kann.

4.7.5 Medikamentöse Behandlung

Die antidepressive Vorbehandlung vor der stationären Aufnahme zeigt keine signifikante Korrelation mit der ergotherapeutischen Beurteilung depressiver PatientInnen zum MZP 1 bzw. 2. Es ist auch kein Zusammenhang dieses Kriteriums mit dem Schweregrad einer depressiven Episode zu vermuten.

Die antidepressive Behandlung zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik, die als Fortführung der stationären Therapie zu interpretieren ist, korreliert signifikant mit den Skalen 1 und 3 für lebenspraktische und kognitive Fähigkeiten, Adaptation und Achtsamkeit (siehe Tabelle 21) des LFP zum MZP 1 nicht jedoch zum MZP 2. Dies kann mit der Tatsache erklärt werden, dass PatientInnen, die eine medikamentöse Therapie benötigen, ursprünglich (d. h. vor Erfolg der medikamentösen Therapie) häufig stärker in ihren Fähigkeiten eingeschränkt sind als PatientInnen, die keine medikamentöse Therapie benötigen. Zum MZP 2 gleichen sich die Fähigkeiten wahrscheinlich bedingt durch die Wirkung der Medikation wieder an. Dies ist wiederum als Zeichen für eine gute kriterienbezogene Validität des LFP zu werten.

Tabelle 21: Korrelation zwischen der medikamentösen Therapie bei Entlassung und der Beurteilung von Fähigkeiten depressiver PatientInnen anhand des LFP zum MZP 1 (gruppiertes Median, H-Test mit χ^2 -Wert und Irrtumswahrscheinlichkeit)

	Skala 1	Skala 2	Skala 3
Ohne Antidepressiva	40,3	24,5	15,8
Mit Antidepressiva	34,1	24,1	13,4
χ^2-Wert	10,19	,30	3,88
p	,001	,585	,049

4.7.6 Diagnosenuntergruppen

Verlauf

Tabelle 22: Einfluss des Verlaufs depressiver Erkrankungen auf die Beurteilung von Fähigkeiten depressiver PatientInnen anhand des LFP zum MZP 1 und 2 (gruppiertes Median, H-Test mit Chi²-Wert und Irrtumswahrscheinlichkeit p, df = 2)

	Skala 1		Skala 2		Skala 3	
	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2
Akut	35,5	39,6	23,2	28,0	14,75	17,8
Rezidivierend	34,6	40,25	24,4	27,5	13,8	17,5
Chronisch	39,0	43,0	26,0	29,0	15,5	18,0
Chi²-Wert	2,88	,108	1,35	,021	,77	,408
p	,237	,947	,509	,990	,679	,816

Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der ergotherapeutischen Beurteilung von Fähigkeiten depressiver PatientInnen und dem Verlauf ihrer Erkrankungen. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass der Verlauf nicht immer den Schweregrad einer aktuellen depressiven Episode bestimmt.

Psychotische Symptome

Tabelle 23: Einfluss psychotischer Symptomatik auf die von ErgotherapeutInnen beurteilten Fähigkeiten depressiver PatientInnen anhand des LFP zum MZP 1 und 2 (gruppiertes Median, H-Test mit Chi²-Wert und Irrtumswahrscheinlichkeit p, df = 1)

	Skala 1		Skala 2		Skala 3	
	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2	MZP 1	MZP 2
Psychotisch	24,0	36,2	18,0	26,0	9,0	15,5
Nicht psychotisch	36,9	40,8	24,8	28,3	15,3	18,1
Chi²-Wert	12,90	4,68	7,75	2,20	12,40	3,12
p	,000	,031	,005	,138	,000	,077

Die Beurteilung der Fähigkeiten depressiver PatientInnen durch ErgotherapeutInnen zum MZP 1 zeigt einen hochsignifikanten Zusammenhang mit dem Vorhanden- bzw. Nicht-Vorhandensein psychotischer

Symptome. Die Skalen 1 und 3 für Lebenspraxis und kognitive Fähigkeiten, Adaptation und Achtsamkeit korrelieren hochsignifikant, Skala 2 für Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung signifikant mit dem Auftreten psychotischer Symptome. PatientInnen, bei denen psychotische Symptome festgestellt wurden, haben deutlich niedrigere Werte in der ergotherapeutischen Beurteilung, d. h. mehr Defizite in ihren Fähigkeiten als nicht psychotische PatientInnen. Bei der Beurteilung der PatientInnen zum MZP 2 bleibt nur eine signifikante Korrelation der ersten Skala (Lebenspraxis und kognitive Fähigkeiten) mit dem Auftreten psychotischer Symptome bestehen. Dies kann als Zeichen für die Rückbildung psychotischer Symptome im Therapieverlauf bewertet werden. Die leicht signifikanten Unterschiede der Diagnosegruppen im Bereich der lebenspraktischen und kognitiven Fähigkeiten zum MZP 2 sind als Restwirkung der dann abgeklungenen psychotischen Symptome zu verstehen. Insgesamt kann dies als Hinweis auf eine gute diagnosenbezogene Validität des LFP gewertet werden.

4.8 Befragung der ErgotherapeutInnen zum Gebrauch und Nutzen des LFP

Die vier ErgotherapeutInnen, die sich an der Studie beteiligten, wurden anschließend mit einem Fragebogen zu ihrer Einschätzung des LFP befragt und ihre Antworten gesammelt ausgewertet.

4.8.1 Handhabbarkeit

Bezogen auf die Handhabbarkeit wurden folgende Fragen bearbeitet:

- 1) Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit/Praktikabilität des LFP ein?
- 2) Lohnt sich der Aufwand, ist er angemessen?
- 3) Wie viel Zeit benötigen Sie durchschnittlich nach einer Eingewöhnungszeit, um das LFP für einen Patienten/eine Patientin durchzuführen?

Die erste Frage wurde anhand einer Skala von 1 = sehr hoher Aufwand bis 5 = geringer Aufwand beurteilt. Es wurden dabei zweimal der Punktwert 3 und zweimal die 2 gegeben, woraus sich ein Durchschnitt von 2,5 ergibt.

Für den zeitlichen Aufwand pro LFP und Patient wurde zweimal 10 Minuten, einmal 15 und einmal 30

Minuten angegeben, was einen Durchschnitt von 16 Minuten ergibt.

Die Frage, ob sich der Aufwand lohne, beantworteten alle TherapeutInnen mit ja, wobei eine längere Behandlungsdauer mit der Möglichkeit einer Verlaufsbeurteilung sinnvoller sei, als Einschätzungen von PatientInnen, die nur über kurze Zeit an der Ergotherapie teilnehmen.

Es lässt sich feststellen, dass das LFP nach Einschätzung der ErgotherapeutInnen einen mäßiggradigen Aufwand bedeutet, die Bearbeitungszeit z. T. in Abhängigkeit des jeweiligen Therapeuten erheblich schwankt, bei der Mehrheit jedoch um die 10-15 Minuten in Anspruch nimmt und der Aufwand als angemessen eingestuft wird.

4.8.2 Verständlichkeit

Bezogen auf die Verständlichkeit der Definitionen und Anwendungshilfen des LFP wurden folgende Fragen gestellt:

- 1) Wie verständlich war das Glossar mit den Definitionen?
- 2) Wie schwer war das Glossar mit den Definitionen in seiner Anwendung zu erlernen?
- 3) Wie viel Zeit bzw. PatientInnen benötigten Sie, um damit effektiv umgehen zu können?

Die ersten beiden Fragen konnten wiederum auf einer Skala von 1 bis 5 beurteilt werden. Die erste Frage konnte von 1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr gut beantwortet werden. Es wurden einmal 5, zweimal 4 und einmal 3 Punkte gegeben, was einen Mittelwert von 4 ergibt. Die zweite Frage konnte zwischen 1 = sehr schwer und 5 = sehr einfach eingeschätzt werden. Zwei Therapeuten entschieden sich für einen Punktwert von 3 und zwei für einen von 4, was einem Mittelwert von 3,5 entspricht. Zur dritten Frage wurden Zahlen von 3-7 PatientInnen genannt und geschrieben, die regelmäßige Anwendung erleichtere den Umgang.

Die Verständlichkeit und Erlernbarkeit des LFP erscheint nach Einschätzung der ErgotherapeutInnen gut. Es bedarf einer Anzahl von ca. 5 PatientInnen, um genügend Routine in der Anwendung des LFP zu erwerben.

4.8.3 Utilität

Zum Nutzen des LFP wurden folgende Fragen gestellt:

- 1) Wie schätzen Sie den praktischen Nutzen ein?
- 2) Erschien Ihnen das LFP für die ergotherapeutische Arbeit hilfreich?
- 3) Können Sie sich vorstellen, das LFP selbst anzuwenden?

Die erste Frage wurde mit Hilfe einer Skala von 1 = nicht sinnvoll bis 5 = sehr sinnvoll beantwortet. Zwei der TherapeutInnen gaben einen Punktwert von 5, die anderen beiden einen von 4, was einen Mittelwert von 4,5 ergibt. Alle TherapeutInnen beantworteten die zweite Frage mit „ja“ und begründeten ihre Antwort folgendermaßen:

Das LFP

- ermöglihe ein „wesentlich effektiveres, zielgerichteteres und auf den Patienten abgestimmtes Arbeiten“,
- helfe, „Klarheit über Zielsetzungen für PatientInnen zu gewinnen“,
- lenke die „Konzentration auf einen Patienten in puncto Zielformulierung“,
- ermöglihe eine „feingliedrige Erkennung von Entwicklung, Regression und Stagnation einzelner Fähigkeiten“
- und helfe schließlich, eine „bewusstere Wahrnehmung der Entwicklung eines Patienten“ zu erlangen.

Die dritte Frage wurde von 3 TherapeutInnen bejaht, von einer verneint, da sie punktuelle, nicht-standardisierte Notizen bevorzuge. Insgesamt wurde die Utilität des LFP von den ErgotherapeutInnen hoch eingeschätzt.

4.8.4 Inhaltliche Beurteilung

Zur Beurteilung inhaltlicher Qualitäten des LFP wurden den ErgotherapeutInnen folgende Fragen gestellt:

- 1) Wie gut bildet das LFP den ergotherapeutischen Bereich in der Psychiatrie ab?
- 2) Gab es besonders schwer zu beurteilende Merkmale? Wenn ja, welche?
- 3) Allgemeine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge

Die erste Frage wurde wiederum anhand einer Skala von 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut beurteilt. Zwei TherapeutInnen wählten die 3, eine die 4 und eine die 5, was einen Mittelwert von 3,75 ergibt. Es wurde betont, dass sich das LFP gut für den Akutbereich der Psychiatrie eigne.

Als besonders schwer zu beurteilende Merkmale wurden das Durchsetzungsvermögen, das in seiner Beurteilbarkeit sehr von der Arbeitsform (Einzel- oder Gruppenarbeit) abhängt, die Konzentration, die schwer von der Motivation abzugrenzen sei, die Sorgfalt, die von der Intention und Konzentration/Motivation beeinflusst sei, das Problemlösen, die sensorische Wahrnehmung und die Teamarbeit/Kooperation, die nur in interaktionellen Gruppen ausreichend beurteilt werden können, genannt.

Es gab folgende allgemeine Anmerkungen:

- das LFP sei für eine regelmäßige, kontinuierliche Anwendung noch zu umfangreich. Eine häufigere Anwendung als zu Beginn und Ende der Therapie sei noch zu aufwendig,
- das LFP solle mit einer weiteren Dokumentation, die freie Formulierung und Hintergrundinformationen aufnehmen könne, kombiniert werden, so wie es während der Studie praktiziert wurde, da dies bessere Interpretation ermögliche,
- das LFP eigne sich sehr, um sich zügig einen Gesamtüberblick über einen Patienten zu verschaffen und herauszufinden, wo essenzielle Schwierigkeiten liegen. Die Schwerpunkte würden dadurch deutlicher,
- das LFP helfe, den „roten Faden“ durch die Therapie hindurch nicht aus den Augen zu verlieren und den PatientInnen klarer gegenüberzutreten,
- die PatientInnen arbeiteten durch eine bessere Planung und Zielsetzung der Therapie motivierter und kooperativer mit,
- das LFP ermögliche es außerdem den TherapeutInnen, sich in Teambesprechungen klarer und strukturierter über PatientInnen zu äußern und ihre Maßnahmen besser zu begründen.

Insgesamt wurde das LFP von den ErgotherapeutInnen als inhaltlich valide besonders für die psychiatrische Akutversorgung beurteilt. An einzelnen Merkmalen wurde bezüglich ihrer Beurteilbarkeit

Kritik geübt und es scheint, als ob eine Straffung des LFP für den täglichen Gebrauch aus zeitlichen Erwägungen erwünscht wäre. Es wird deshalb in Kapitel 4.9 und 4.10 der Vorschlag zu einer Kurzversion des LFP für den täglichen Routine-Gebrauch, der die beschriebenen Kritikpunkte aufgreift, erörtert.

Im Allgemeinen wurden verschiedene Vorteile, v. a. die Hilfestellung des LFP bezüglich individueller Zielsetzung in der Ergotherapie mit psychiatrischen PatientInnen, hervorgehoben.

4.9 Formale und inhaltliche Bewertung von Merkmalen zur Verkürzung des Verfahrens

Im Folgenden geht es um eine inhaltliche und formale Bewertung jedes Merkmals zur Selektion der aussagekräftigsten Merkmale für eine noch praktikablere Kurzversion des LFP für den alltäglichen Gebrauch.

4.9.1 Formale Bewertung von Einzelmerkmalen

4.9.1.1 Bewertung von Mittelwerten und Standardabweichungen

- Merkmale mit besonders niedrigen Mittelwerten zum MZP 1 und 2

Tabelle 24: Mittelwerte einzelner Merkmale des LFP zum MZP 1 und 2

LFP	MZP 1	MZP 2
Affektive Schwingungsfähigkeit	2,35	3,3
Kontaktfähigkeit	2,41	3,3
Kritische Selbstkontrolle	2,72	3,28
Problemlösen	2,75	3,3
Selbstbild	2,51	3,18
Stimmung/Gefühlslage	2,57	3,22

Diese Merkmale wurden bei den depressiven PatientInnen der Studie von den ErgotherapeutInnen als besonders defizitär beurteilt und geben dementsprechend gut Depressivität wieder.

■ Merkmale mit besonders hohen Werten zum MZP 1 und 2

Tabelle 25: Mittelwerte einzelner Merkmale des LFP zum MZP 1 und 2; Werte in Klammern weniger hoch

LFP	MZP 1	MZP 2
Feinmotorik	3,57	3,86
Konzentration	(3,26)	3,78
Realitätsbezug	3,71	3,9
Regeln einhalten	(3,35)	3,72
Sensorische Wahrnehmung	3,47	(3,62)

Diese Merkmale sind bei der Beurteilung der depressiven PatientInnen vergleichsweise gut beurteilt worden.

■ Merkmale mit besonders hohen Standardabweichungen

Tabelle 26: Standardabweichungen einzelner Merkmale des LFP zum Messzeitpunkt 1 und 2

LFP	MZP 1	MZP 2
Antrieb/Motivation	1,07	,80
Entscheidungsfähigkeit	1,01	,79
Körperliche Symptome	1,08	,904
Merkfähigkeit	(,85)	,79
Phantasie/Kreativität	1,01	,79
Selbstständigkeit	1,1	,80

Diese Merkmale zeigten höhere Standardabweichungen, d. h. stärkere interindividuelle Unterschiede.

■ Merkmale mit besonders niedriger Standardabweichung

Tabelle 27: Standardabweichungen einzelner Merkmale des LFP zum Messzeitpunkt 1 und 2

LFP	MZP 1	MZP 2
Aggressivität	,67	(,61)
Ausdauer	(,79)	,51
Durchsetzungsvermögen	,65	(,66)
Feinmotorik	(,81)	,57
Realitätsbezug	,54	,30

Diese Merkmale zeigten eine eher einheitliche Tendenz bei depressiven PatientInnen.

4.9.1.2 Änderungssensitivität der Einzelmerkmale

■ Merkmale mit besonders geringer Änderungssensitivität Z (Wilcoxon-Test, $p > ,000$)

Tabelle 28: Merkmale mit geringer Änderungssensitivität $p > ,000$

LFP	Z	p
Aggressivität	-2,45	,014
Aufmerksamkeit	-2,95	,003
Feinmotorik	-2,89	,004
Merkfähigkeit	-3,13	,002
Realitätsbezug	-2,67	,008
Regeln einhalten	-3,00	,003
sensorische Wahrnehmung	-1,73	,083
Sorgfalt	-3,3	,001

Diese Merkmale bilden Verläufe etwas schlechter ab als die restlichen Merkmale.

4.9.1.3 Korrelationen der Einzelmerkmale des LFP mit der SCL-90-R

■ Merkmale, die mit Subskalen der Selbsteinschätzung der PatientInnen korrelieren

Tabelle 29: Korrelation von Einzelmerkmalen des LFP mit der Selbsteinschätzung der PatientInnen zum MZP 1, *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

Merkmale des LFP	1	2	6	8	9	14	16	18	19	23	24
SCL-90-R											
S 2	-,32*		-,32*	-,35*	-,31*		-,39**	-,37*	-,35*	-,39**	
S 3			-,34*			,35*		-,36*		-,32*	
S 4						,33*				-,33*	
S 5			-,30*								
S 6		-,32*				,29*					,39**
S 7											,32*
S 8						,30*					
S 9						,30*					

Glossar:
 Merkmal 1 = affektive Schwingungsfähigkeit
 Merkmal 2 = Aggressivität
 Merkmal 6 = Durchsetzungsvermögen
 Merkmal 8 = Feinmotorik
 Merkmal 9 = Frustrationstoleranz
 Merkmal 14 = Merkfähigkeit
 Merkmal 16 = Problemlösen
 Merkmal 18 = Regeln einhalten
 Merkmal 19 = Selbstbild
 Merkmal 23 = Stimmung
 Merkmal 24 = Teamarbeit
 Skala 2 = Zwanghaftigkeit
 Skala 3 = Unsicherheit
 Skala 4 = Depressivität
 Skala 5 = Ängstlichkeit
 Skala 6 = Aggressivität
 Skala 7 = phobische Angst
 Skala 8 = paranoides Denken
 Skala 9 = Psychotizismus

8 Merkmale korrelieren signifikant mit der Skala für Zwanghaftigkeit der SCL-90-R. Es sind dies die affektive Schwingungsfähigkeit, das Durchsetzungsvermögen, Feinmotorik, Frustrationstoleranz, Problemlösen, Regeln einhalten, Selbstbild und Stimmung. Man beachte hierzu die Erläuterungen von Kapitel 4.6.1. Die 3 Merkmale Durchsetzungsvermögen, Regeln einhalten und Stimmung korrelieren außerdem mit der Skala für Unsicherheit, das Merkmal Aggressivität mit der Skala für Aggressivität und wiederum das Merkmal Stimmung mit der Skala für Depressivität. Es zeigt sich auffälligerweise, dass die Merkmale Merkfähigkeit und Teamarbeit anders als die anderen Merkmale, die negativ korrelieren, was der entgegengesetzten Skalierung des LFP und der SCL-90-R entspricht, positiv korrelieren. In der ergotherapeutischen Beurteilung besitzen also diejenigen PatientInnen, die sich selbst zu Beginn besonders unsicher, depressiv, aggressiv, ängstlich und pho-

bisch einschätzen eine objektiv bessere Merkfähigkeit. Dies weist darauf hin, dass die eher objektiv beobachtbaren kognitiven Fähigkeiten depressiver PatientInnen nicht unbedingt mit deren Selbsteinschätzung bezüglich der Schwere ihrer Symptomatik korrelieren, und lässt sich als eine Art verzerrter Selbstwahrnehmung besonders depressiver PatientInnen interpretieren. Eine solche wurde in einigen Untersuchungen bestätigt (Prusoff et al. 1972, White et al. 1984). Gleichzeitig beschreiben nach außen hin angepasste und im Team um andere bemühte PatientInnen (Merkmal Teamarbeit) eher aggressive Gefühle und Feindseligkeit (S6). Dies könnte durch das psychoanalytische Konzept der „Wendung ins Gegenteil“, eine für depressive PatientInnen typische Unterdrückung von Wut und Ärger, erklärt werden. Weitere mehrfach korrelierende Merkmale sind das Durchsetzungsvermögen und die Stimmung.

■ Merkmale, die mit einem der Gesamtwerte GSI, PST oder PSDI der SCL-90-R korrelieren:

Tabelle 30: Korrelationen zwischen Einzelmerkmalen des LFP und den Gesamtscores des SCL-90-R zum MZP 1; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

LFP	Feinmotorik	Merkfähigkeit	Selbstbild	Stimmung	Teamarbeit
SCL-90-R					
Skala 10				-,30*	
Skala 11		,32*			,37*
Skala 12	-,31*		-,35*	-,44**	

Mit der Gesamteinschätzung ihres psychischen Zustandes durch die PatientInnen korrelieren v. a. die Merkmale Feinmotorik, Selbstbild und Stimmung in der Fremdbeurteilung des LFP.

Zum MZP 2 differieren die Beurteilungen von ErgotherapeutInnen und PatientInnen stärker und es bestehen weniger Korrelationen.

4.9.1.4 Korrelationen der Einzelmerkmale mit der MADRS

■ Merkmale des LFP, die mit Einzelmerkmalen der MADRS signifikant korrelieren:

Tabelle 31: Korrelationen zwischen dem LFP und der MADRS zum MZP 1; *: p<0,05; **: p<0,01

Merkmale des LFP	1	3	4	6	7	8	9	10	11	13	14
1											
2											
3											
5											
6											
7											
8											
9											
Gesamt											

Merkmale des LFP	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1											
2											
3											
5											
6											
7											
8											
9											
Gesamt											

Glossar:

Merkmal 1 = Affektive Schwingungsfähigkeit	Merkmal 15 = Phantasie/Kreativität	MADRS 1 = sichtbare Traurigkeit
Merkmal 3 = Antrieb/Motivation	Merkmal 16 = Problemlösen	MADRS 2 = berichtete Traurigkeit
Merkmal 4 = Aufmerksamkeit	Merkmal 17 = Realitätsbezug	MADRS 3 = innere Spannung
Merkmal 6 = Durchsetzungsvermögen	Merkmal 18 = Regeln einhalten	MADRS 5 = Appetitverlust
Merkmal 7 = Entscheidungsfähigkeit	Merkmal 19 = Selbstbild	MADRS 6 = Konzentrationsschwierigkeit
Merkmal 8 = Feinmotorik	Merkmal 20 = Selbstständigkeit	MADRS 7 = Untätigkeit
Merkmal 9 = Frustrationstoleranz	Merkmal 21 = sensorische Wahrnehmung	MADRS 8 = Gefühllosigkeit
Merkmal 10 = Kontaktaufnahme	Merkmal 22 = Sorgfalt	MADRS 9 = pessimistische Gedanken
Merkmal 11 = Körperliche Beschwerden	Merkmal 23 = Stimmung	
Merkmal 13 = Kritische Selbstkontrolle	Merkmal 24 = Teamarbeit	
Merkmal 14 = Merkfähigkeit	Merkmal 25 = Umgang mit Kritik	

Bis auf 7 Merkmale (Aggressivität, Ausdauer, Kontaktaufnahme, Konzentration, Realitätsbezug bzw. Regeln einhalten, Umgang mit Kritik bzw. Teamarbeit und Wahrnehmen und Äußern von Gefühlen) korrelieren alle Merkmale des LFP zum MZP 1 mit der ärztlichen Einschätzung der „sichtbaren Traurigkeit“ und der „Untätigkeit“ der PatientInnen.

Besonders hoch korrelieren dabei affektive Schwingungsfähigkeit, Antrieb/Motivation, Aufmerksamkeit, Entscheidungsfähigkeit, Feinmotorik, Selbst-

ständigkeit, sensorische Wahrnehmung und Stimmung. Die folgenden 9 Merkmale korrelieren zusätzlich mit dem Gesamtwert der MADRS: Antrieb/Motivation, Aufmerksamkeit, Durchsetzungsvermögen, Entscheidungsfähigkeit, Feinmotorik, Frustrationstoleranz, Selbstständigkeit, sensorische Wahrnehmung und Stimmung. Die Entscheidungsfähigkeit und Frustrationstoleranz korrelieren außerdem mit der ärztlichen Beurteilung der „inneren Anspannung“.

Tabelle 32: Korrelationen zwischen Einzelmerkmalen des LFP und der MADRS zum MZP 2;

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

Merkmale des LFP Merkmale des MADRS	1	2	4	6	7	8	9	10	11	12
1	-,47**	-,41**	-,31*	-,38**	-,51**		-,48**	-,49**		
2										
3		-,53**			-,33*		-,35*			
5										-,29*
6										
7						-,32*			-,33*	
8	-,36*							-,37**		
9		-,32*								
10		-,39**					-,35*	-,34*		
Gesamt	-,43**	-,37**		-,29*	-,39**		-,30*	-,32*	-,33*	

Merkmale des LFP Merkmale des MADRS	13	14	17	18	19	20	22	23	26
1	-,30*	-,29*	-,39**	-,41**	-,32*			-,51**	-,34*
2				-,30*					
3			-,31*	-,43**	-,29*				
5									
6									
7							-,29*		
8									
9				-,32*					
Gesamt				-,32*		-,30*		-,35*	

Glossar: siehe Tabelle 31 und: Merkmal 2 = Aggressivität

Zum MZP 2 korrelieren 14 Merkmale signifikant mit der ärztlichen Einschätzung der sichtbaren Traurigkeit, besonders hoch korrelieren die Merkmale affektive Schwingungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Frustrationstoleranz, Kontaktaufnahme und Stimmung. 10 Merkmale korrelieren mit dem Gesamtwert der MADRS. Der Zusammenhang mit der Untätigkeit nimmt deutlich ab.

Die Merkmale Regeln einhalten und Aggressivität zeigen eine hochsignifikante Korrelation mit der von den ÄrztInnen beobachteten inneren Spannung.

4.9.1.5 Zusammenfassung der formalen Auswertung

Aufgrund der Faktorenanalyse müssen die beiden Merkmale Kontaktaufnahme und Realitätsbezug genauer betrachtet werden. Es zeigt sich, dass die Kontaktaufnahme ein wichtiges Merkmal für interpersonelle Fertigkeiten ist, welche durch den Wegfall der Teamarbeit (Kapitel 4.9.2) nur noch durch das Durchsetzungsvermögen indirekt vertreten ist. Die Kontaktaufnahme gehört zu den zum MZP 1 am geringsten ausgeprägten Fähigkeiten Depressiver, was als Zeichen für eine gute Eignung als Depressionsindikator zu werten ist.

Des Weiteren korreliert die Kontaktaufnahme mit dem Merkmal 7 der MADRS zum MZP 1 und (hoch) signifikant mit den Merkmalen 1 und 7 zum MZP 2. Diese Beobachtungen sprechen für eine Beibehaltung des Merkmals in der Kurzfassung.

Das Merkmal Realitätsbezug zeigt eine besonders niedrige Standardabweichung und einen hohen (sprich „gesunden“) Wert zum MZP 1 und 2 mit nicht signifikanter Änderungssensitivität. Dies ist damit zu erklären, dass dieses Merkmal als Marker schizophrener Erkrankungen in das LFP integriert wurde, was seine „Unauffälligkeit“ bei der Untersuchung depressiver PatientInnen erklärt. Da das LFP jedoch diagnosenübergreifend anwendbar sein sollte, wurde beschlossen, dieses Merkmal beizubehalten, bis seine Relevanz bei schizophrenen Erkrankungen geklärt werden kann.

Das Merkmal Wahrnehmen und Äußern von Gefühlen zeigt wenig Zusammenhänge mit den Instrumenten zur externen Validierung, bietet keine besonderen Vorteile und scheint auch inhaltlich eher schwierig zu beurteilen zu sein, da es zu Diskrepanzen zwischen der verbalen und nonverbalen Kommunikation diesbezüglich kommen kann. Es wurde deshalb aus der Kurzversion des LFP ausgeschlossen.

Die Merkmale Merkfähigkeit und Sorgfalt zeigen eine eher geringe Änderungssensitivität und scheinen damit konstantere Persönlichkeitsmerkmale zu sein. Die Merkfähigkeit korreliert außerdem, wie in Kapitel 4.9.1.3 beschrieben, umgekehrt mit der Selbsteinschätzung der PatientInnen, was dieses Merkmal für die Kurzform ungeeignet erscheinen lässt. Auch das Merkmal Sorgfalt ergab keine besonders hohen Korrelationen mit den externen Skalen. Beide Merkmale wurden deshalb aus der Kurzform herausgenommen.

Das Merkmal Phantasie und Kreativität zeigt eine besonders hohe Standardabweichung und ist individuell besonders unterschiedlich ausgeprägt. Es zeigt jedoch keine besonders relevanten Korrelationen und Ausprägungen, so dass es nicht in die Kurzversion übernommen wurde.

4.9.2 Inhaltliche und formale Itemselektion

Es existieren zunächst Merkmale, die von den ErgotherapeutInnen im Fragebogen bzw. in Diskussionen als schwer zu bewerten angegeben wurden. Dies betrifft:

- die körperlichen Beschwerden, die schwer einzuordnen sind (siehe Kapitel 4.4.3),
- die Teamarbeit, die nur bei bestimmten Aufgaben ausreichend beurteilt werden kann,
- die sensorische Wahrnehmung,
- das Problemlösen und
- das Durchsetzungsvermögen.

Aus inhaltlichen Überlegungen wurden deshalb die Merkmale körperliche Beschwerden, Teamarbeit und sensorische Wahrnehmung nicht in die Kurzform aufgenommen. Die sensorische Wahrnehmung zeigte bei den depressiven PatientInnen auch keine formalen Vorteile, da sie einen hohen Wert zum MZP 1 und wenig Änderungssensitivität zeigte.

Da das Problemlösen nur von einer Therapeutin als schwer zu beurteilen bemängelt wurde, es in der formalen Auswertung jedoch gut mit externen Instrumenten korrelierte und einen wichtigen Aspekt ergotherapeutischer Arbeit darstellt, der auch bei psychotischen PatientInnen maßgeblich werden kann, wurde dieses Merkmal in der Kurzversion beibehalten. Ebenso wurde das Merkmal Durchsetzungsvermögen beibehalten, da es hohe Übereinstimmungen mit der MADRS und der SCL-90R zeigte. Des Weiteren gibt es Merkmale, die in ihrer Differenzierung voneinander Probleme bereiten:

Die Merkmale Konzentration, Sorgfalt, Ausdauer und Antrieb/Motivation drücken relativ verwandte Fähigkeiten aus, so dass ihre Unterscheidung den ErgotherapeutInnen relativ schwer fiel (siehe Kapitel 4.8.4). Es wurde deshalb beschlossen, aufgrund formaler Überlegungen nur das Merkmal Antrieb/Motivation aus dieser Reihe beizubehalten. Inhaltlich ähnlich verwandt sind auch die Merkmale Selbstständigkeit und Entscheidungsfähigkeit sowie Frustrationstoleranz, kritische Selbstkontrolle und Umgang mit Kritik. Hier wurde beschlossen, aufgrund von Vorteilen in der formalen Auswertung, nur die Merkmale Selbstständigkeit und Frustrationstoleranz (siehe Kapitel 4.9.1.4) beizubehalten.

4.10 Vorschlag zu einer verkürzten Version des LFP für den alltäglichen Gebrauch (LFPk)

Es wurden schließlich folgende 14 Merkmale in die Kurzform des LFP aufgenommen:

affektive Schwingungsfähigkeit, Antrieb/Motivation, Aggressivität, Aufmerksamkeit, Durchsetzungsvermögen, Feinmotorik, Frustrationstoleranz, Kontaktaufnahme, Problemlösen, Realitätsbezug, Regeln einhalten, Selbstbild, Selbstständigkeit und Stimmung.

Tabelle 33 zeigt die jeweiligen Charakteristika und Vorteile dieser Merkmale.

Tabelle 33: Besondere Eigenschaften der für die Kurzversion des LFP (LFPk) selektierten Merkmale

LFP	Mittelwert	Standardabweichung	Änderungssensitivität	Korrelationen mit Merkmalen der MADRS		Korrelationen mit Merkmalen der SCL-90-R
				MZP 1	MZP 2	MZP 1
Affektive Schwingungsfähigkeit	besonders niedrig		hochsignifikant		1,7 gesamt	1,8 2
Aggressivität		niedrig			1,3,9,10 gesamt	6
Antrieb/Motivation		besonders hoch	hochsignifikant	1,7 gesamt		
Aufmerksamkeit				1,2,5,7 gesamt	1	
Durchsetzungsvermögen		niedrig	hochsignifikant	1,7,9 gesamt	1 gesamt	2,3,5
Feinmotorik		niedrig		1,2,5,7,8 gesamt	7	2 gesamt
Frustrationstoleranz			hochsignifikant	1,3,6 gesamt	1,3,10 gesamt	
Kontaktaufnahme	besonders niedrig		hochsignifikant	7		
Problemlösen	besonders niedrig		hochsignifikant	1,7		2
Realitätsbezug		niedrig		7	1,3	
Regeln einhalten				1	1,2,3,9 gesamt	2,3
Selbstbild	besonders niedrig		hochsignifikant	1,7	1,3	2 gesamt
Selbstständigkeit		besonders hoch	hochsignifikant	1,5,7 gesamt	gesamt	
Stimmung	besonders niedrig		hochsignifikant	1,6,7 gesamt	1 gesamt	2,3,4 gesamt

Merkmale mit niedrigen Mittelwerten sind als gute Indikatoren für Depression zu interpretieren.

5 Diskussion

5.1 Allgemeine Beurteilung des neuen Verfahrens

Das Lübecker Fähigkeitenprofil wurde entwickelt, um ErgotherapeutInnen zusätzlich zu individuellen, handschriftlichen Aufzeichnungen ein Instrument zur zeitsparenden, übersichtlichen, möglichst umfassenden standardisierten Beurteilung psychiatrischer PatientInnen an die Hand zu geben. Dieses standardisierte Vorgehen ermöglicht eine bessere Objektivierbarkeit von Befunden, intra- wie interindividuelle Vergleiche sowie in größerem Umfang angewandt möglicherweise wissenschaftliche Untersuchungen zur Qualität und Effektivität ergotherapeutischer Interventionen. Bisher stehen ErgotherapeutInnen vor allem allgemeine Modelle und Instrumente zum Aufnahmeinterview zur Verfügung, die wenig Möglichkeiten bieten, Verläufe darzustellen. Ein geeignetes und evaluiertes Instrument zur Therapieverlaufsbeurteilung im psychiatrischen Bereich existiert für die Ergotherapie noch nicht.

Deshalb wurde ein standardisierter Beurteilungsbogen zum Therapieverlauf erstellt, der sich an den Erfahrungen und Ergebnissen ähnlicher Instrumente aus dem ergotherapeutischen Bereich orientiert, aber die spezifischen Problemfelder akut psychiatrischer PatientInnen berücksichtigt. Die TherapeutInnen können anhand der 25 Merkmale dieses Instruments eine/n PatientIn mit jeweils fünf Punktwerten beurteilen und sich somit ein relativ differenziertes Bild machen. Da die Beurteilungskategorien und die Merkmale selbst differenziert definiert sind, bietet das Instrument die Möglichkeit der Befundvergleichbarkeit sowohl bei Mehrfachmessungen wie auch interindividuell. Einem möglichen Nachteil dieses standardisierten Vorgehens, nämlich die Befunderhebung weniger individuell und mit eigenen Hypothesen und Erklärungen versehen zu gestalten, wurde dadurch begegnet, dass jedem Merkmal eine Spalte für Bemerkungen angefügt ist und es ein kleines Feld für Allgemeinbemerkungen gibt. Eine weiter gehende frei formulierte schriftliche Befunderhebung muss an anderer Stelle erfolgen. Das LFP kann und soll diese Form der „freien“ Befunderhebung nicht gänzlich ersetzen. Dass die Möglichkeit zu Bemerkungen jedoch relativ wenig genutzt wurde, zeigt, dass die Definitionen relativ verständlich

waren und der Befund ausreichend erfasst zu sein scheint.

Bei der Befragung der ErgotherapeutInnen wurden die Definitionen und das Manual als gut verständlich beurteilt und keine fehlenden Merkmale zur Ergänzung vorgeschlagen (Frage 3 S. 24 mit gut beantwortet). Die hohen Werte des Merkmals „Realitätsbezug“ zum MZP 1 und seine Nicht-Integration in eine der Skalen deuten darauf hin, dass dieses Merkmal wenig Bedeutung und Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen hat. Um dieses Merkmal im LFP zu belassen, wäre es wichtig, seine theoriegeleitete Bedeutung für schizophrene Erkrankungen zu untersuchen.

5.2 Konstruktion des LFP

Im LFP sollen Fertigkeiten und Fähigkeiten psychiatrischer PatientInnen abgebildet werden, die sich in der stationären, ergotherapeutischen Arbeit testen, beobachten und beurteilen lassen. Sie sollen einen möglichst umfassenden Gesamteindruck des Funktionsniveaus eines Patienten liefern. Grundlage für die Beurteilung ist das Verhalten und die Ausprägung der Fähigkeiten, wie sie sich direkt in der Ergotherapie darstellen. Es handelt sich also um eine Fremdbeurteilungsskala zum allgemeinen Funktionsniveau.

Zur Konstruktion des LFP wurde zunächst eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Eine wichtige Voraussetzung für die Konstruktvalidität ist die Vollständigkeit der relevanten und in der Ergotherapie beobachtbaren Fähigkeiten. Um eine möglichst umfassende Liste zu erstellen, wurden verschiedenste gebräuchliche Instrumente aus dem ergotherapeutischen und psychiatrischen Bereich untersucht und integriert, der Testentwurf mehrfach geprüft und in Teamsitzungen von allen ErgotherapeutInnen und der Doktorandin ergänzt und differenziert, bzw. zusammengefasst, so dass bei der Befragung am Ende der Studie keine fehlenden Merkmale mehr ergänzt wurden.

Anschließend wurde das Instrument mit einer Faktorenanalyse, gefolgt von Reliabilitäts- und Validitätsüberprüfungen der Faktoren, untersucht. Die 25 Merkmale des LFP lassen sich demnach drei Ska-

len: „Lebenspraktische und kognitive Fähigkeiten“, „Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung“ und „Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit“ zuordnen. Diese Einteilung entspricht nur zum Teil den theoretisch angenommenen Dimensionen des Entwurfs: Selbstwahrnehmung/Selbstdarstellung, affektive/emotionale Fähigkeiten, soziale Fähigkeiten, kognitive Fähigkeiten und lebenspraktische Fähigkeiten (siehe Kapitel 3.1.3; Frage 1 S. 24 mit „teilweise“ beantwortet). Von den 6 Merkmalen, die ursprünglich den kognitiven Fähigkeiten zugeordnet wurden, finden sich 4 von den 6 Merkmalen aus dem lebenspraktischen Bereich 3 in der ersten Skala wieder. In der zweiten Skala (Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung) befinden sich eins von vier Merkmalen aus dem Bereich der Selbstwahrnehmung (das Merkmal Realitätsbezug aus diesem Bereich ist in keiner Skala abgebildet) und 3 von 5 Merkmalen aus dem affektiven Bereich sowie je eines aus dem kognitiven, lebenspraktischen und sozialen Bereich. Auch die dritte Skala vereinigt je ein Merkmal aus allen Bereichen.

Zu Frage 1 S. 24 lässt sich deshalb feststellen, dass nur die erste Skala das Konstrukt der theoretischen Zuordnung von Fähigkeiten zu jeweils einem bestimmten Lebensbereich, wie z. B. kognitive Fähigkeiten, annähernd wiedergibt. Die beiden anderen Skalen bilden dagegen eher übergeordnete „Generalfähigkeiten“, wie z. B. Frustrationstoleranz in ihren Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche, ab. Die Einteilung, die sich aus der Faktorenanalyse ergibt, teilt die Merkmale folglich eher beobachtbaren, individuellen Verhaltensmustern zu. Dieses Ergebnis erscheint logisch, da sich eine psychische Erkrankung auf verschiedene Fähigkeitsbereiche in einer ähnlichen Art und Weise auswirkt. Beispielsweise wird eine Person, die unter einer Depression leidet, nicht nur niedergeschlagen in ihrer Stimmung sein, sondern sich auch sozial zurückziehen und evtl. Konzentrationsstörungen haben. Da die Individuen in unterschiedlichen Situationen und zu unterschiedlichen Fähigkeitsbereichen beobachtet wurden, konnte eine Gesamtabbildung der Problembereiche in den drei Skalen, die jeweils einen übergeordneten Fähigkeitsbereich abbilden, entstehen. In der Theorie erfolgt die Einteilung der Merkmale dagegen mehr einer formalen Zuordnung zu Lebensbereichen, was jedoch weniger generelle Verhaltensstile berücksichtigt. Ein Ergebnis dieser Befunde könnte es deshalb sein, weitere Untersuchungen zu bestimmten Verhaltensstrukturen und Kommunikationsstilen

durchzuführen und ergotherapeutische Beobachtungen mehr auf solche Gemeinsamkeiten und „Generalfähigkeiten“ von PatientInnen zu lenken. Weitere theoretische Konstrukte zum Funktionsniveau liefern Modelle wie das Model of Personal Adaptation through Occupation und das COPM.

Des Weiteren sollte angestrebt werden, dass ein Instrument klare, präzise und relevante Informationen und Definitionen einzelner Merkmale zur Verfügung stellt. Aufgrund der prinzipiellen Ungenauigkeit der Messung psychischer Fähigkeiten ist allerdings eine relativ grobe Skalierung meist ausreichend. Es hat sich gezeigt, dass dabei eine Auswahl von 5-7 Stufen für ein Merkmal am günstigsten ist.

Beiden Erfahrungswerten wurde bei der Konstruktion des LFP Beachtung geschenkt. Es verfügt über eine fünfstufige Skalierung mit detaillierten Definitionen zu jedem Merkmal und jeder einzelnen Ausprägungsstufe. Die solchermaßen gewonnenen psychopathometrischen Messdaten haben meist das Niveau einer Ordinalskala, d. h., sie geben eine Rangfolge an und keine äquidistanten Intervalle; so auch im LFP. Zahlenwerte für zusammengehörige Merkmale, die z. B. durch Anwendung multivariater statistischer Verfahren (Faktoren- und Clusteranalyse) empirisch ermittelt werden können, können zu einem Summenwert addiert werden, was bei den drei Skalen des LFP möglich wird.

5.3 Gütemaße des LFP

5.3.1 Mittelwerte und Profile der Merkmale des LFP

Die Untersuchung der Merkmale des LFP ergaben einen guten Schwierigkeitsindex für alle Merkmale, d. h., die Merkmale liegen mit ihren Mittelwerten und ihrer Streubreite in einem ausgewogenen Bereich und zeigen keine einseitigen Extreme für die untersuchte Patientengruppe. Alle Merkmale bis auf die sensorische Wahrnehmung zeigten eine signifikante bis hochsignifikante Änderungssensitivität im Behandlungsverlauf. Damit ist Frage 2 S. 24 bejaht und Hypothese 5 S. 25 bestätigt.

Weitere Untersuchungen der Verteilung von Befunden bei anderen Erkrankungsbildern und ein Vergleich mit der Beurteilung gesunder Probanden in einer Doppel-Blind-Studie stehen noch aus und könnten weitere Erkenntnisse zur Validität und Differenziertheit liefern.

5.3.2 Beurteilung der Skalen

Von den ursprünglich durch die Faktorenanalyse erhaltenen 5 Faktoren des LFP lassen sich drei sinnvoll interpretieren und zeigen sehr hohe Reliabilitätskoeffizienten ($\alpha = .93, .91$ und $.86$). Aus diesen Koeffizienten und der Trennschärfeanalyse lässt sich schließen, dass die drei Skalen ein sinnvolles Konstrukt abbilden und gut geeignet sind.

Die drei Skalen erklären zusammen 54 % der Varianz der Befunde. Den größten Anteil von 21 % erklärt dabei die erste Skala, wobei die beiden anderen Skalen nur geringfügig weniger aufklären (16 und 17 %), so dass keine der drei Skalen als Generalfaktor gewertet werden kann, sondern ihre Summe den Befund ergibt. Die Gesamtvarianz von > 50 % spricht bei einem so komplexen Konstrukt wie dem allgemeinen Funktionsniveau und einer Anzahl von 25 Merkmalen und drei Skalen für eine gute Abbildung durch das LFP.

Bei der Berechnung der Faktorenladungen einzelner Merkmale ergaben sich z. T. ähnlich hohe Korrelationen einzelner Merkmale auf verschiedenen Skalen. Dies wie auch die Interkorrelationen zwischen den drei Skalen zeigt, wie eng die verschiedenen Bereiche zusammenhängen (Hypothese 1 S. 25 bestätigt). Da die drei Skalen jedoch eine sehr gute Reliabilität, gemessen an der internen Konsistenz, aufweisen und zwischen Altersgruppen, Diagnosemerkmalen und Medikation, als Hinweis auf den Schweregrad einer Depression, unterscheiden, wurde keines dieser Merkmale entfernt. Auf diese Art wurde einer Einengung des Befundes und Ausblendung für die Therapie wesentlicher Sachverhalte (Reiter 1976) vorgebeugt. Die Änderungssensitivität der drei Skalen erwies sich als hochsignifikant (Hypothese 5 S. 25 bestätigt). Insgesamt sprechen diese Ergebnisse für eine gute Konstruktvalidität des LFP.

5.3.3 Externe Validierung

Zur externen Validierung des LFP wurden zwei Instrumente gewählt, die den psychopathologischen Befund psychiatrischer PatientInnen aus der Sicht der PatientInnen (Selbstbeurteilung) und aus der Sicht der ÄrztInnen (Fremdbeurteilung) beleuchten. Diese Form der externen Validierung anhand von Instrumenten, die nur zum Teil dasselbe Konstrukt wie das zu untersuchende Testinstrument abbilden und andere Perspektiven und Untersuchungssituationen umfassen, ist etwas problematisch, da notwendigerweise größere Differenzen zu erwarten sind.

Die Hypothese, dass Ergotherapeuten mehr ressourcenorientiert und -fokussiert arbeiten als die eher diagnostisch und psychopathologisch orientierten ärztlichen Behandler, lässt bei einer solchen konkurrierenden Validierung anhand von Befunden anderer Berufsgruppen und Betroffener erwarten, dass nur ein mittleres Maß an Übereinstimmung gefunden werden kann. Gleichzeitig bietet diese Form des Vergleichs jedoch auch Raum für interessante Beobachtungen und weitere Hypothesen zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Ergänzung.

Die Ergebnisse müssen aus diesem Grund besonders sorgfältig und detailliert untersucht und interpretiert werden. Eine Untersuchung der Korrelationen von Einzelmerkmalen zusätzlich zu den Generalskalen bietet sich deshalb an. Bei der externen Validierung mit der SCL-90-R ergibt sich eine Korrelation der ersten beiden Skalen des LFP und 8 einzelner Merkmale des LFP (affektive Schwingungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Feinmotorik, Frustrationstoleranz, Problemlösen, Regeln einhalten, Selbstbild und Stimmung) mit der Skala für Zwanghaftigkeit der SCL-90-R. Wenn man diese nun genauer untersucht (Kapitel 4.8) finden sich in dieser Skala tatsächlich einige Fragen zu typischen Symptomkomplexen depressiver PatientInnen. 5 Merkmale des LFP (Feinmotorik, Merkfähigkeit, Selbstbild, Stimmung und Teamarbeit) korrelieren außerdem mit den Gesamtscores der SCL-90-R.

Dieses Ergebnis einer relativ geringen Übereinstimmung zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung entspricht den Befunden anderer Untersuchungen (Hypothese 4 S. 25 bestätigt). Es hat sich in verschiedenen Studien gezeigt, dass zwischen den objektiven Lebensbedingungen und der subjektiven Zufriedenheit von PatientInnen allenfalls schwache (Lehmann et al. 1982; Mercier und King 1994) bis mittlere (Oliver 1991), häufig jedoch überhaupt keine (Skanze et al. 1990; Barry und Crosby 1994) signifikanten Korrelationen nachweisbar sind. Weitgehende Unklarheit besteht nach Kilian (1995) auch darüber, in welcher Weise die Krankheitssymptomatik die subjektive Lebensqualität psychisch Kranker beeinflusst. Es ist von Klinikern außerdem seit mehr als einem Jahrhundert festgestellt worden, dass die Erholung eines Patienten von einer Depression häufig in seiner äußeren Erscheinung, Sozialisation und Fähigkeit, Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen, sichtbar wird, bevor er oder sie berichten, sich weniger depressiv zu fühlen (Kraepelin 1921/1989).

Die gefundenen Korrelationen zwischen der ergotherapeutischen Fremdbeurteilung und der Selbstbeurteilung der PatientInnen entsprechen somit dem zu erwartenden Ergebnis einer nur mäßiggradigen Übereinstimmung (Hypothese 4 S. 25 bestätigt).

Ein Zusammenhang mit der ärztlichen Fremdbeurteilung anhand der MADRS zeigt sich für die Summenwerte aller drei Skalen des LFP zum MZP 1 mit dem Merkmal 1 der MADRS für sichtbare Traurigkeit (hochsignifikant) und dem Merkmal 7 für Untätigkeit, das einen wichtigen Bereich der ergotherapeutischen Beobachtung widerspiegelt. Gegen Ende der Therapie korrelieren weiterhin die zweite und dritte Skala hochsignifikant mit dem Merkmal 1 der MADRS. Des Weiteren zeigen sich Übereinstimmungen zwischen der Veränderungssensitivität der ersten und dritten Skala des LFP und Merkmalen der MADRS. Betrachtet man die Einzelmerkmale des LFP ergeben sich 60 verschiedene Korrelationen mit den Merkmalen der MADRS. 19 der 25 Merkmale korrelieren zum größten Teil hochsignifikant jeweils mit den Merkmalen für sichtbare Traurigkeit und Untätigkeit (Hypothese 2 S. 25 bestätigt). 9 Merkmale korrelieren mit dem Gesamtscore der MADRS (Hypothese 3 S. 25 bestätigt). 7 dieser Merkmale wurden in die Kurzversion des LFP übernommen, eines wegen inhaltlicher Schwierigkeiten und ein weiteres wegen Ähnlichkeiten entfernt. Die Merkmale der MADRS Schlaflosigkeit und Selbstmordgedanken waren die einzigen, die keine signifikanten Korrelationen mit den Summenwerten der drei Skalen des LFP aufwiesen.

Diese Ergebnisse zeigen deutliche und logisch interpretierbare Übereinstimmungen zwischen den externen Instrumenten und dem LFP. Sie sind als hinreichend für die externe Validität des LFP zu deuten.

5.3.4 Kriterienbezogene Validierung

Das Funktionsniveau eines Menschen, das mit dem LFP abgebildet werden soll, wird von vielfältigen Faktoren beeinflusst, die sowohl Ressourcen wie biologische Grundlagen, erlernte Fähigkeiten und Sozialisation beinhalten wie auch die Ebenen pathologischer Einschränkungen. Die WHO unterteilt pathologische Einschränkungen in der ICDH (Matthesius 1995) in Schädigungen, Fähigkeitsstörungen (impairments) und Beeinträchtigungen (handikaps), zu denen auch Folgeerscheinungen, wie z. B. Arbeitslosigkeit, zählen (Siebel et al. 1997). Für diese Größen spielen wiederum weitere Variablen wie so-

ziodemographische Kriterien und die Art der Erkrankung eine Rolle. Es wurde deshalb der Einfluss dieser Kriterien auf die Beurteilung des Funktionsniveaus durch die ErgotherapeutInnen untersucht. Die Merkmale Alter und Aufenthaltsdauer wurden mit den Skalen des LFP korreliert. Für Merkmale unterhalb des Ordinalniveaus (Geschlecht, Schulabschluss, medikamentöse Behandlung und Diagnosenkriterien) wurde die differenzielle Validität überprüft.

Es zeigte sich ein hochsignifikanter bzw. signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der PatientInnen und ihrem Funktionsniveau in den drei Skalen des LFP, der sich vor der Entlassung der PatientInnen noch deutlicher abbildete, was auf eine Abnahme der Therapierbarkeit bzw. Restitutio ad integrum mit zunehmendem Alter hinweist.

Weitere Zusammenhänge ergeben sich zwischen der in der Ergotherapie bis zur Entlassung verbrachten Zeit und den ersten beiden Skalen des LFP. Eine Erklärung dafür, dass die dritte Skala für Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit nicht signifikant mit diesem Kriterium korreliert, wurde nicht gefunden. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine weitere Differenzierung der dritten Skala des LFP noch in Erwägung gezogen werden kann.

Auch die antidepressive Medikation, die während des stationären Aufenthaltes verordnet wird, korreliert mit dem Grad des Funktionsniveaus in den Skalen 1 und 3 des LFP, wie es in der Ergotherapie sichtbar wird. Schwerer erkrankte medikamentös behandelte PatientInnen leiden unter stärkeren Funktionseinschränkungen als leichter Erkrankte, die ohne medikamentöse Behandlung auskommen, bzw. bei denen diese vor Entlassung abgesetzt werden konnte.

Ein weiteres wichtiges Kriterium für die kriterienbezogene Validität ist der Einfluss der Schwere einer Erkrankung auf die Beurteilung. Hier zeigt sich, dass keine signifikanten Unterschiede in der Beurteilung anhand des LFP in Abhängigkeit davon, ob es sich bei der depressiven Episode um ein erstmaliges Auftreten, eine rezidivierende Depression oder eine anhaltende Störung (Dysthymie) handelt, auftreten. Für eine derartige Unterscheidung wäre es evtl. notwendig, genauer zu differenzieren, wie häufig eine Depression schon aufgetreten ist. Andererseits sagt die Häufigkeit des Auftretens einer Erkrankung nichts über ihren akuten Schweregrad aus. Es wurde deshalb überprüft, ob sich ebenso kein Zusammenhang zwischen diesem Diagnosekriterium und der

ärztlichen Fremdeinschätzung ergibt. Die statistische Untersuchung dieses Zusammenhangs mit Hilfe des Kruskal-Wallis-Tests ergibt auch für den Verlauf bzw. die Diagnose und die MADRS keine signifikanten Korrelationen.

Für den deutlicheren Marker des Schweregrades einer Depression, das Auftreten psychotischer Symptome, zeigt sich dagegen eine hochsignifikante Korrelation mit den Skalen 1 und 3 und eine signifikante Korrelation mit der Skala 2 des LFP. Der Grad der Beeinträchtigung durch psychotisches Erleben bildet sich demnach deutlich in der ergotherapeutischen Einschätzung des Funktionsniveaus der PatientInnen ab: ein Zeichen guter kriterienbezogener Validität (Frage 6 S. 25 z. T. bejaht).

Wie zu erwarten, haben die Merkmale Geschlecht und Schulabschluss keine Auswirkungen auf die akute Beurteilung des Funktionsniveaus eines Patienten während einer depressiven Episode. Insgesamt sind diese Ergebnisse als Nachweise einer guten kriterienbezogenen Validität des LFP zu bewerten.

5.4 Bewertung des LFP aus ergotherapeutischer Sicht

Das LFP wurde von den ErgotherapeutInnen als mittelgradig aufwendig eingestuft und eine Bearbeitungsdauer von ca. 15 Minuten angegeben. Es ist hierbei jedoch zu bedenken, dass ErgotherapeutInnen bisher keine vergleichbaren Instrumente zur Verfügung standen, so dass der Aufwand derzeit allein in Relation zur Arbeit ohne standardisierte Auswertung beurteilt wurde. Es ist außerdem zu vermuten, dass weiteres Training und Gewöhnung die Bearbeitungszeit noch verkürzen werden. Das LFP wurde als gut verständlich und sehr sinnvoll empfunden. Es bilde den ergotherapeutischen Arbeitsbereich in der Psychiatrie gut ab (Fragen 3,4 und 5 S. 25 mit „gut“ beantwortet).

5.5 Kritische Betrachtung des methodischen Vorgehens

5.5.1 Stichprobe und Setting

Es wurden 51 PatientInnen, die mit einer Diagnose aus dem depressiven Formenkreis (F3, F4) in bestimmten Untersuchungszeiträumen zur Ergotherapie angemeldet wurden, jeweils zu Beginn (MZP 1) und gegen Ende (MZP 2) der Ergotherapie untersucht. Da es den PatientInnen offen stand, an der Studie teilzunehmen oder dies abzulehnen, konnte dieses Auswahlverfahren, obwohl es Selektion zu minimieren versuchte, nicht absolut dem Zufallsprinzip folgen, weshalb sich eine Verzerrung der Ergebnisse nicht ausschließen lässt. Nach Ansicht der Untersucherin lässt sich diese Einschränkung nicht vermeiden, da PatientInnen nicht gegen ihren Willen zur Teilnahme an einer Studie gezwungen werden können. Ob die Verweigerer eventuell besonders schwer erkrankt waren, lässt sich im Nachhinein schwer beurteilen.

Es zeigt sich, dass bei der Beurteilung der 51 depressiven PatientInnen dieser Studie mit der MADRS der Mittelwert etwas unter dem von Neumann (1988) ermittelten Mittelwert von 32,5 Punkten liegt, nämlich bei 25,7. Dies ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass die PatientInnen zu Beginn der Studie zumeist schon ca. 10 Tage in stationärer Therapie verbracht haben und eine gewisse Entlastung sich abzubilden beginnt. Anders als in der von Naumann durchgeführten Untersuchung, ist bei dieser Studie die Grundfähigkeit, an der Ergotherapie überhaupt teilzunehmen, Voraussetzung.

Die Beschränkung der Untersuchung auf depressive PatientInnen verhindert zum jetzigen Zeitpunkt eine Aussage über die Testgüte des LFP bezogen auf psychiatrische Erkrankungen generell. Es können deshalb zunächst nur Aussagen über die Anwendung des LFP bei depressiv Erkrankten gemacht werden.

Die Verteilung der PatientInnen orientierte sich an ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Stationen und der Anmeldung durch die behandelnden ÄrztInnen. Dieser Studienaufbau entspricht deshalb einer Ex-post-facto-Studie und erfüllt nicht die systematischen Evaluationsstrategien, wie sie für experimentelle Studien entworfen wurden (z. B. Biefang 1980).

Ein Versuch, die Studie an mehreren Kliniken durchzuführen, um eine größere Stichprobe zu erhalten und evtl. Aussagen über die Interrater-Reliabilität machen zu können, war leider nicht erfolgreich.

Aufgrund der Rahmenbedingungen war auch eine auf die Klinik begrenzte Interrater-Reliabilität, die die Anwesenheit zweier TherapeutInnen in der gleichen Gruppe oder Videoarbeit in größerem Umfang erforderlich gemacht hätte, nicht möglich. Die Möglichkeit der Test-Retest-Reliabilität wurde durch den Verlaufscharakter des Instruments verhindert, das änderungssensibel sein sollte. Eine Wiederholung der Beobachtung in sehr kurzen Intervallen war den PatientInnen nicht zuzumuten und auch von den ErgotherapeutInnen wegen des größeren Aufwandes nicht zu leisten. Eine aussagekräftige Beurteilung der Reliabilität des LFP ist deshalb zukünftigen Untersuchungen vorbehalten.

Die Stichprobe von 51 PatientInnen ist für die Faktorenanalyse relativ klein. Weber (1974) schlägt hier eine optimale Stichprobengröße von ca. 100 vor. Eine gewisse Einschränkung der Aussagefähigkeit muss daher in Betracht gezogen werden.

5.5.2 Messinstrumente

Als Mess-Skalen zur externen Validierung wurden die MADRS für den ärztlichen Befund und die SCL-90-R zur Selbstbeurteilung der PatientInnen gewählt. Diese Wahl der Instrumente hatte Vor- und Nachteile. Da keine Skalen zur globaleren Einschätzung des gesamten Funktionsniveaus eines Patienten existieren, wurde ein Schwerpunkt auf die spezielle Beobachtung depressiver Symptome bei der PatientInnengruppe gelegt. Die Skalen sollten jeweils in der Lage sein, ähnlich wie das LFP Befundveränderungen wiederzugeben. Für die ärztliche Beurteilung kamen hierzu v. a. die Hamilton Depressionsskala und die Montgomery-Asberg Depressionsskala in Betracht. Hiervon erschien die MADRS für Verlaufsbeurteilungen geeigneter. Es war nicht möglich, ein Instrument mit einer inhaltlich stärkeren Annäherung an das LFP zu finden, das ähnlich gut geeignet für eine Verlaufsbeurteilung erschien und spezifisch psychiatrische Aspekte berücksichtigte.

Für die Selbsteinschätzung der PatientInnen wurde dagegen eine Skala gewählt, die einen umfassenderen psychopathologischen Befund abbildet, in der Hoffnung, mehr Einflüsse als allein das Ausmaß an Depressivität auf das Funktionsniveau zu finden. Es ist zu überlegen, ob eine Skala wie z. B. die Befindlichkeits-Skala mit 28 Merkmalen (v. Zerssen 1976, Schwarz und Strian 1972) oder die Paranoid-Depressivitäts-Skala mit 43 Merkmalen (v. Zerssen 1973, 1996, v. Zerssen et al. 1974) geeigneter gewesen

wäre für die externe Validierung, da der große Aufwand der SCL-90-R mit 90 Fragen viele PatientInnen von einer Mitarbeit abschreckte. Die Verwertbarkeit der Selbstbeurteilungen zum MZP 2 ist aufgrund der relativ geringen Rücklaufquote der Beurteilungsbögen zu hinterfragen.

5.6 Ausblick

Die ursprüngliche Überlegung, die hinter dieser Arbeit stand, war die Frage, wie die Effektivität und Effizienz ergotherapeutischer Angebote angesichts eines zunehmenden Kostendruckes untersucht, nachgewiesen und ggf. verbessert werden können. Zu dieser Fragestellung gibt es einige Untersuchungen in der Literatur.

Eines der Hauptprobleme in der Evaluation von Ergebnisqualität ist häufig die Bestimmung der Parameter, mit denen man diese zu messen trachtet. Viele Autoren haben bisher die Zufriedenheit der Klienten als wichtigen Faktor betrachtet. Sowohl Behandler wie auch Klienten bemerken, dass Professionelle aus dem psychiatrischen Bereich und Klienten in ihrer Wahrnehmung von Prioritäten, Stellenwert der Behandlung, Problembereichen und dem gewünschten Therapieerfolg differieren (Boydell und Everett 1992, Capponi 1990, Elbeck und Fecteau 1990, Estroff 1991, Everett und Nelson 1992, Kalman 1983, Larsen et al. 1979, Law et al. 1990, Nelson und Niederberger 1990, Prager und Tanaka 1980).

Es zeigt sich bei einem Überblick bisher erfolgter Studien zum Thema Effektivität von Ergotherapie (siehe Kapitel 2.4.2), dass noch wenig Konsens über Evaluationskriterien und -instrumente besteht. Die mangelnde Vergleichbarkeit dieser Untersuchungen und Metaanalysen verschiedener Studien erschwert deshalb eine Qualitätsbeurteilung in der Ergotherapie sehr.

Die Entwicklung des LFP soll deshalb dazu beitragen, dass ein Instrument zur Messung von Therapieeffekten und Veränderungen von einem in der Ergotherapie beobachtbaren Funktionsniveau psychiatrischer PatientInnen entsteht, welches leicht zu handhaben ist und Untersuchungen zur Effektivität von Ergotherapie ermöglicht und vergleichbar macht. Im Gegensatz zu bisherigen Studien mit vorhandenen nicht spezifisch ergotherapeutischen Skalen bietet das LFP die Möglichkeit, theoriegeleitet und empirisch überprüft und konstruiert auf standardisierte Weise

einen möglichst kompletten ergotherapeutischen Beobachtungsbefund zu liefern.

Es erschien zur Evaluation des LFP nicht notwendig, eine Untersuchung mit einer Kontrollgruppe durchzuführen. Eine solche Untersuchung mit einer randomisierten Zuweisung von PatientInnen zu einer Ergotherapie- und einer Kontrollgruppe und eine Untersuchung dieser beiden Gruppen mit Hilfe des LFP aus ergotherapeutischer Sicht gegen Ende der Teilnahme, bzw. Nicht-Teilnahme an der Ergotherapie, wäre in einem weiteren Schritt der Anwendung des LFP zur Evaluationsforschung in der Ergotherapie denkbar und sinnvoll.

Einer solchen Untersuchung zur Effektivität von Ergotherapie stehen jedoch Einwände bezüglich einer geeigneten Kontrollgruppe entgegen. Einerseits gibt es massiven Widerstand und Bedenken dagegen, einigen Patienten zu Kontrollzwecken die Teilnahme am ergotherapeutischen Angebot zu verweigern, andererseits kommt eine Kontrollgruppe nicht-mediziner PatientInnen aus ethischen Gründen nicht in Frage. Letzteres erscheint auch nicht sinnvoll, da Ergotherapie nicht fordert, eine hinreichende Behandlungsmethode beispielsweise für Psychotiker zu sein (Linden et al. 1989), sondern sich als Partialmethode (Co-Therapie) im Rahmen komplexerer Gesamtbehandlungspläne betrachtet. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wird als wichtig erachtet, um PatientInnen nicht nur psychopathologisch, sondern auch auf einer mehr handlungsorientierten Ebene einschätzen zu können.

Der Begriff „Gesundheit“ muss hier über die Abwesenheit psychopathologischer Symptome hinaus auch Reintegration und Rückfallprophylaxe berücksichtigen. So liegt der Fokus in der Ergotherapie beim Arbeiten und der Konfrontation mit Aufgaben zum Teil bei ganz anderen Schwierigkeiten als denjenigen, die ein Psychiater im Gespräch aufdeckt.

Was die Entwicklung des LFP und die Studie zu seiner Anwendbarkeit nicht zu leisten vermag, ist eine Aussage über die Effektivität von Ergotherapie zum jetzigen Zeitpunkt, die vielfach ungeduldig eingefordert wird. Dazu müsste das LFP an zwei parallelen Gruppen angewendet werden. Das LFP ermöglicht dagegen, derzeit den Verlauf und Erfolg der Gesamtheit von Therapiemethoden während des stationären Aufenthaltes bezogen auf das allgemeine Funktionsniveau der PatientInnen abzubilden.

Die Arbeitsgruppe „Dokumentation der ergotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung“ schreibt: „Unserer Auffassung nach ist es dringend erforderlich, daß sich eine Arbeitsgruppe mit der Analyse der emotionalen Anteile ergotherapeutischer Arbeit wissenschaftlich auseinandersetzt und ähnliche Merkmalskataloge, wie z. B. das MELBA-System entwickelt. Eine so grundlegende Arbeit ... erfordert langfristige, kontinuierliche Forschungs- und Entwicklungsarbeit und finanzielle Mittel, die dies ermöglichen.“ (Lange-mann-Reese und Platzek 1996). Ich hoffe, mit der Entwicklung des LFP diesem Ziel näher gekommen zu sein.

6 Zusammenfassung

Im Rahmen der immer stärker von den Krankenkassen geforderten Qualitätskontrolle und der Überprüfung der Effektivität stationärer und ambulanter Behandlungsangebote werden Verfahren zu deren Durchführung immer dringender benötigt. Im psychiatrischen Bereich werden für die ärztliche Befunderhebung und medikamentöse Therapie standardisierte Erhebungsverfahren und Studien seit langer Zeit eingesetzt. Dies trifft jedoch weniger auf den Bereich der komplementären Behandlungsangebote wie Krankengymnastik und Ergotherapie zu, deren Nutzen deshalb schwerer abschätzbar ist. Es ist somit notwendig, auch für diese Behandlungsangebote Verfahren zur Effektivitätskontrolle und dafür entsprechend geeignete Erhebungsinstrumente zu entwickeln. Ergotherapeutische Erhebungsinstrumente für die Behandlung psychiatrischer PatientInnen im stationären Setting existieren bislang nicht in standardisierter Form. Es gibt jedoch allgemeine Instrumente zur Befunderhebung und Behandlungsplanung aus den USA, wie z. B. das MOHO, COPM und arbeitstherapeutische Erhebungsverfahren wie das Verfahren MELBA, die sich jedoch als zeitaufwendig und/oder wenig spezifisch für psychiatrische PatientInnen erwiesen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde deshalb ein standardisierter ergotherapeutischer Beurteilungsbogen zum Therapieverlauf für stationär behandelte psychiatrische PatientInnen entwickelt. Hierzu wurden zunächst eine große Anzahl bereits existierender Verfahren gesichtet, bewertet und manche davon in Teilen übernommen und durch eigene Erfahrungen und Ideen ergänzt. Anschließend wurde die mehrfach revidierte Testform des so entstandenen Lübecker Fähigkeiten Profils (LFP) an 51 PatientInnen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität zu Lübeck mit der Diagnose einer depressiven Erkrankung (F3, F4) im Verlauf der ergotherapeutischen Behandlung getestet. Parallel wurden zu Beginn und gegen Ende der ergotherapeutischen Behandlung eine Befragung der PatientInnen mit Hilfe der SCL-90-R und eine Fremdbeurteilung durch die behandelnden Ärzte mit Hilfe der MADRS durchgeführt. Die PatientInnen waren 24 bis 82 Jahre alt und nahmen im Durchschnitt über einen Zeitraum von 46 Tagen an der Ergotherapie teil.

Zur Evaluation wurden die so erhobenen Daten zu den 26 Merkmalen des LFP einer Item- und Faktorenanalyse unterzogen. Es wurde zunächst der Schwierigkeitsindex der Merkmale berechnet, der für alle Merkmale die in der Literatur genannten Grenzen erfüllte. Es folgte eine Faktorenanalyse, die drei sinnvolle Faktoren ergab, die insgesamt eine Varianzaufklärung von 54% erbringen. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) zeigt für die drei Skalen „Lebenspraxis und kognitive Fähigkeiten“ (Alpha = .92), „Stresstoleranz und Eigenwahrnehmung“ (Alpha = .90) und „Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit“ (Alpha = .86) eine gute Abbildung der gemessenen Merkmale. Alle drei Skalen zeigten außerdem eine hochsignifikante Änderungssensitivität. Nur ein Merkmal (körperliche Beschwerden) zeigte keine ausreichende Trennschärfe zu seiner Skala und wurde auch aufgrund von inhaltlichen Schwierigkeiten aus dem LFP entfernt. Zwei weitere Merkmale, die auf keiner der drei Skalen laden, wurden aus inhaltlichen Überlegungen beibehalten.

Im Rahmen der externen Validierung wurden die parallel erhobenen Daten der Symptomcheckliste (SCL-90-R) und der MADRS mit den Skalen wie auch mit den Einzelmerkmalen korreliert. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen den zwei ersten Skalen des LFP und der zweiten Skala der SCL-90-R für Zwanghaftigkeit zu Beginn der Ergotherapie. Des Weiteren zeigten sich hochsignifikante Zusammenhänge zwischen allen drei Skalen des LFP zu Beginn, der zweiten und dritten Skala des LFP gegen Ende der Ergotherapie und dem Merkmal sichtbare Traurigkeit der MADRS. Weitere Korrelationen bestanden zwischen den Skalen des LFP und den Merkmalen 3 (innere Anspannung), 5 (Appetitverlust), 7 (Untätigkeit), 9 (pessimistische Gedanken) und dem Gesamtscore der MADRS. 11 der 25 verbliebenen Einzelmerkmale korrelierten signifikant mit verschiedenen Skalen der SCL-90-R und 22 mit verschiedenen Merkmalen der MADRS.

Die Prüfung der kriterienbezogenen Validierung ergab signifikante Unterschiede im Funktionsniveau für alle Skalen in Abhängigkeit vom Alter der PatientInnen. Die Dauer der Behandlung in der Ergotherapie korrelierte signifikant mit den beiden ersten Skalen des LFP zum MZP 1. Die medikamentöse Therapie

während und zum Ende der Therapie bewirkte Unterschiede in der Beurteilung der lebenspraktischen und kognitiven Fähigkeiten (Skala 1 des LFP) sowie der Anpassungsfähigkeit und Achtsamkeit (Skala 3 des LFP). Bezogen auf die Einschätzung des Funktionsniveaus der depressiven PatientInnen durch die ErgotherapeutInnen zeigte der Gesamtverlauf (akut, rezidivierend oder chronisch) der depressiven Erkrankung keinen Einfluss. Das Auftreten psychotischer Symptome hingegen zeigte einen signifikanten bis hochsignifikanten Zusammenhang mit allen drei Skalen des LFP. Für die Merkmale Geschlecht und Schulabschluss zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Die Befragung der ErgotherapeutInnen zur Praktikabilität und Utilität des LFP ergab, dass zum Ausfüllen des LFP durchschnittlich 15 Minuten benötigt werden, dass sich der Aufwand lohne und dass das LFP als sehr nützlich und hilfreich eingeschätzt wird. Es ist anzumerken, dass sich der Zeitaufwand mit dem Erwerb von Routine sicher noch deutlich reduzieren lässt.

Auf Anregung der ErgotherapeutInnen wurde ein Vorschlag zu einer verkürzten Version des LFP für den alltäglichen Gebrauch gemacht.

Die gefundenen Skalen entsprechen zum Teil den in der Theorie entwickelten Einflussbereichen ergotherapeutischer Behandlung. Sie scheinen durch ausreichende Konstruktvalidität den ergotherapeutischen Befund trotz des standardisierten Vorgehens relativ umfassend wiederzugeben. Praktikabilität, Utilität, vorläufige Reliabilität und Validität der ausführlichen Endversion des Lübecker Fähigkeitsprofils sind gut, so dass als Ergebnis der Arbeit ein Instrument zur Beurteilung des Gesamttherapieverlaufs stationär-psychiatrischer PatientInnen in Bezug auf deren allgemeines Funktionsniveau aus ergotherapeutischer Sicht zur Verfügung steht. Die Reliabilität, Validität und der Indikationsbereich des LFP können in zukünftigen Studien noch erhärtet und ergänzt werden.

7 Literaturverzeichnis

- AMDP – Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. DasAMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hogrefe, Göttingen. (1995)
- Asberg M., Schalling D.: Construction of a new psychiatric rating instrument, the comprehensive psychopathological rating scale – CPRS. *Progress in Neuropsychopharmacology, Biology and Psychiatry* 3, 405-407. (1979)
- Bailey C.T.: The measurement of job performance. Gower, London. (1982)
- Barry M.M., Crosby C.: Assessing the impact of community placement on quality of life. In: Crosby C., Barry M.M.(eds.): Evaluation of community resettlement from the north wales psychiatric hospital. Community care services, Avebury. (1994)
- Bengel J., Strittmatter R.: Evaluation und Qualitätssicherung in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 4, 383-390. (1995)
- Biefang S. (Hrsg.): Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellung und Methoden. Enke, Stuttgart. (1980)
- Biniek E.M.: Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln: Eine Einführung in die Gestaltungstherapie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt. (1982)
- Blackburn I.: Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry* 143, 609-617. (1983)
- Blackburn I.M.: Setting relevant patient differences – a problem in phase-IV research. *Pharmacopsychiatry* 17, 143-147. (1984)
- Blaser Csontos M.: Die Förderung der Handlungsfähigkeit aufgezeigt am Beispiel der Ergotherapie in der Psychiatrie; Lizentiatsarbeit bei Prof. von Cranach. Psychologisches Institut der Universität Bern. (1991)
- Blaser Csontos M.: Modell zur Erfassung der Handlungsfähigkeit. *Ergotherapie und Rehabilitation* 6, 448-452. (1998)
- Bloom M., Fischer J.: Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, NJ. (1982)
- Bloomer J., Williams S.K.: The Bay Area Functional Performance Evaluation. Consulting Psychologists, Palo Alto, CA. (1979)
- Bosch J.: The reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure. Master's Thesis. McMaster University, Hamilton. (1995)
- Boydell K.M., Everett B.: What makes a house a home? An evaluation of a supported housing project for individuals with long-term psychiatric backgrounds. *Canadian Journal of Community Mental Health* 10, 109-123. (1992)
- Braus D.F.: Ergotherapie zwischen Methode und Intuition. *Praxis Ergotherapie* 7, 292-294. (1994)
- Brayman S.J., Kirby T.F., Misenheimer A.M., Short M.J.: Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale. *American Journal of Occupational Therapy* 30, 94-100. (1976)
- Bühl A., Zöfel P.: SPSS für Windows Version 6.1. 2. Auflage, Addison-Wesley, Bonn. (1995)
- Burton L.: Introducing the concept of occupational therapy to patients in an acute psychiatric unit. *British Journal of Occupational Therapy* 47, 178-183. (1984)
- Butcher J.N.: MMPI: Research Developments and Clinical Applications. McGraw-Hill, New York. (1969)
- CAOT: Canadian Association of Occupational Therapists: Position paper on occupational therapists' role in work-related therapy. Canadian Association of Occupational Therapists, *Canadian Journal of Occupational Therapy* 55, 1-7. (1988)
- CAOT: Canadian Association of Occupational Therapists. Enabling occupation: an occupational therapy perspective. CAOT, Ottawa. (1997)
- Capponi P.: Consumer perspectives: Empowerment. Paper presented at the International Association of Psychosocial Rehabilitation Conference, Hamilton, Ontario. (1990)
- Clark J.R., Koch B.A., Nichols R.C.: A factor analytically derived scale for rating psychiatric patients in occupational therapy: part 1. Development. *American Journal of Occupational Therapy* 9, 14-18. (1965)
- Cohler B.J., Weiss J.L., Grunebaum H.U.: "Short-form" content scales for the MMPI. *Journal of Personality Assessment* 38, 563-572. (1974)
- College of Occupational Therapists. Core Skills and a conceptual framework for practice – a position statement. College of Occupational Therapists, London. (1994)

- Cronbach L. J.: Essentials of Psychological Testing. 3rd edition Harper and Row, New York. (1970)
- Cubie S.H., Kaplan K.: A Case Analysis Method for the Model of Human Occupation. *American Journal of Occupational Therapy* 36, 645-656. (1982)
- Cusick A., Ottenbacher K.: Clinical Evaluation and Research in Occupational Therapy: Single System Designs. *Australian Occupational Therapy Journal* 37, 31-38. (1990)
- Cynkin S.: Occupational Therapy: Toward health through activities. Little Brown, Boston. (1979)
- Dahl G.: Zur Berechnung des Schwierigkeitsindex bei quantitativ abgestufter Aufgabenbewertung. *Diagnostica* 17, 139-142. (1971)
- Dahlstrom W.G., Welsh G.S., Dahlstrom L.E.: An MMPI handbook: I. Clinical interpretation. University of Minnesota Press, Minneapolis. (1972)
- Davidson J., Turnbull C.D., Strickland R., Miller R., Graves K.: The Montgomery-Asberg depression rating scale: reliability and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 73, 544-548. (1986)
- De Carlo J.J., Mann W.C.: The effectiveness of verbal versus activity groups in improving self-perceptions of interpersonal communication skills. *American Journal of Occupational Therapy* 39, 20-27. (1985)
- Dehnhard B.: „Conceptual Foundations of OT“ der neue Grundgedanke in Kielhofners Theorie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 5, 425-428. (1993)
- Denzin N.: The Research Act. 3rd edition, Prentice Hall, Englewood Cliffs. (1989)
- Derogatis L.R.: SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version. Eigendruck: Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD. (1977)
- Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.: The SCL-90 and the MMPI: A step in the Validation of a New-Self-Report Scale, *British Journal of Psychiatry* 128, 280-289. (1976)
- Derogatis L.R., Cleary P.A.: Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A Study in Construct Validation, *Journal of Clinical Psychology* 33, 981-989. (1977)
- Devereaux E.: Current issues in the assessment and treatment of depression, 2-13. In: Depression assessment and treatment update, Proceedings, MD: American Occupational Therapy Association, Rockville. (1986)
- Devereaux E., Carlson M.: The Role of Occupational Therapy in the Management of Depression, *The American Journal of Occupational Therapy* 46, 175-180. (1992)
- Dilling H., Balck F., Bosch G., Christiansen U., Eckmann F., Kaiser K.-H., Kunze H., Seelheim H., Spangenberg H. unter Mitarbeit von Asmus C., Klusmann D., Stumme W.: Die psychiatrische Basisdokumentation. Bericht über die Tätigkeit der Arbeitsgruppe und Vorschlag der DGPN sowie der Bundesgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser zur Vereinheitlichung der Merkmalskataloge. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 11, 147-160. (1982)
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V. Klinisch diagnostische Leitlinien. Huber. Bern. (1991)
- Dilling H.: History of psychiatry in Lübeck: the nineteenth century. *History of Psychiatry* 5, 157-174. (1994)
- Dohm K., Raps W.: Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten und Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. 4. Aufl., Rehabilitationsvertrag, Bonn. (1985)
- DVE: Deutscher Verband der Ergotherapeuten: Indikationskatalog Ergotherapie. Schulz-Kirchner, Idstein. (1995)
- Edelstein B.A.: Generalization: terminological, methodological and conceptual issues. *Behaviour Therapy* 20, 311-324. (1989)
- Elbeck M., Fecteau G.: Improving the validity measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 41, 998-1001. (1990)
- Estoff S.: An ethnographical approach to rehabilitation. Paper presented at the III. World Psychological Rehabilitation Congress, Montreal. (1991)
- Everett B., Nelson A.: We're not cases and you're not managers: An account of a client-professional partnership developed in response to the "borderline" diagnosis. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 15, 49-60. (1992)
- Fahrenberg J., Hampel R., Selg H.: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI, revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1, Handanweisung. Hogrefe, Göttingen. (1984)
- Falk-Kessler J., Momich C., Perel S.: Therapeutic Factors in occupational therapy Groups. *The American Journal of occupational therapy* 45, 59-66. (1991)

- Fine S.B.: Evaluating the impact of occupational therapy with affective disorders. Paper presented at the 68th Annual Conference of the American Occupational Therapy Association, Phoenix. (1988)
- Finn M.E.: Patients' Perceptions of Occupational Therapy Groups: Interview Generated Factors. Unpublished master's thesis, Tufts University, Medford, MA. (1989)
- Flick, U.: Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie – Methoden und Anwendungen. *Psychiatrische Praxis* 22, 91-96. (1995)
- Föhres F., Kleffmann A., Müller B., Weinmann S.: Arbeitsmaterialien für das Verfahren MELBA. Forschungsprojekt Az.-Vb 1-58 330/53, Teilprojekt Psychologie, Forschungsprojekt MELBA der Universität-Gesamtschule Siegen gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialforschung, 2. Auflage, Siegen. (1998)
- Forsyth K., Salamy M., Simon S., Kielhofner G.: The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS). Version 4.0. University of Illinois, Chicago. (1995) Übersetzung: Mentrup C. (1997)
- Franzke E.: Der Mensch und sein Gestaltungserleben: Psychotherapeutische Nutzung kreativer Arbeitsweisen. Huber, Bern. (1983)
- Gage M., Noh S., Polatajako H.J., Kaspar V.: Measuring perceived self-efficacy in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 48, 783-790. (1994)
- Gangl M.L.: The effectiveness of an occupational therapy program for chemically dependent adolescents. *Occupational Therapy in Mental Health* 7, 67-88. (1987)
- Gehring A., Blaser A.: MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Deutsche Kurzform für Handauswertung, Handbuch. Huber, Bern. (1982)
- Good-Ellis M., Fine S.B., Haas G.L., Spencer J.H., Glick I.D.: Quantitative role and performance assessment: Implications and application to treatment of major affective disorders, 26-48. In: Depression assessment and treatment update, proceedings, MD: American Occupational Therapy Association, Rockville. (1986)
- Haag G., Lucius G.: Psychologie in der Rehabilitation. *Rehabilitation* 23, 1-9. (1984)
- Hagedorn R.: Theorie in der Ergotherapie – eine konzeptionelle Grundlage für die Praxis. In: Jerosch-Herold C., Marotzki U., Hack B.M., Weber P. (Hrsg.): Ergotherapie – Reflexion und Analyse. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis, 1-16. Springer, Berlin. (1999)
- Harms V.: Biomathematik, Statistik und Dokumentation, 128. Harms, Kiel. (1992)
- Haug H.-J., Stieglitz R.-D.: Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung. Hogrefe, Göttingen. (1997)
- Heim E.: Praxis der Milieuthherapie, 171. Springer, Berlin. (1985)
- Hemphill B.J.: Mental Health evaluations used in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 34, 721-726. (1980)
- Hemphill B.J.: The Evaluation Process in Psychiatric Occupational Therapy. Charles B. Slack, New Jersey. (1982)
- Heras de las C.G., Geist R., Kielhofner G.: Volitional Interview, 3rd edition, Model of Human Occupation, Clearinghouse, University of Illinois, Chicago. (1997)
- Hocking C., Whiteford G.: What Are the Criteria for Development of Occupational Therapy Theory? A response to Fidler's Life Style performance Model. *American Journal of Occupational Therapy* 51, 154-157. (1997)
- Hölzel J.: Definition Ergotherapie. AG Qualitätssicherung. *Ergotherapie und Rehabilitation* 2, 120. (1998)
- Hopkins H., Smith H.: Willard and Spackman's occupational therapy, 8th edn. Lippicott, Philadelphia. (1993)
- Iwarsson S., Isacson A., Persson D., Schersten B.: Occupation and survival: a 25-year follow-up study of an aging population. *American Journal of Occupational Therapy* 52, 65-70. (1998)
- Jäckel W.H.: Qualitätsmanagement in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 1, 22-25. (1998)
- Jäger R.S.: Psychologische Diagnostik, Ein Lehrbuch, 174-212. Psychologie Verlag Union, Weinheim. (1988)
- Jentschura G., Janz H.-W.: Beschäftigungstherapie, Grundlagen und Praxis in zwei Bänden. Thieme, Stuttgart. (1979)
- Jerosch-Herold C., Marotzki U., Hack B.M., Weber P. (Hrsg.): Ergotherapie – Reflexion und Analyse. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Springer Verlag, Berlin. (1999)
- Kächele H.: Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozeßforschung. Habilitations-

- schrift der Medizinischen Fakultät der Universitätsklinik Ulm. (1989)
- Kalman T.P.: An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 34, 48-54. (1983)
- Kanfer F.H., Schefft B.K.: Guiding the process of therapeutic change. Research Press, Champaign, IL. (1988)
- Kaplan K.: Short-term assessment: The need and a response. *Occupational Therapy in Mental Health* 4, 29-45. (1984)
- Kaplan K., Kielhofner G.: Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale. Thorofare, New York. (1989)
- Kay R., Opler P., Fiszbein G.: Positive und Negative Symptom Scale (PANSS). In: Hänsgen K.-D., Merten T.: CORA – Computerbasiertes Ratingsystem psycho-pathologisch relevanter Urteilsdaten. Hogrefe Testsystem, Testzentrale des Berufsverbandes Deutscher Psychologen, Göttingen. (1994)
- Kayser E., Schanz V., Rotberg A.v.: Objektbeziehungen und Ergotherapie. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein. (1994)
- Keller M.B., Shapiro R.W., Lavori P.W., Wolfe N.: Recovery in major depressive disorder: analysis with the life table and regression models. *Archives of General Psychiatry* 39, 905-910. (1982a)
- Keller M.B., Klerman G.L., Lavori P.W., Fawcett J., Coryell W., Endicott J.: Treatment received by depressed patients. *Journal of the American Medical Association* 248, 1848-1855. (1982b)
- Kielhofner G., Burke L.P.: A model of human occupation, Part 1. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy* 34, 572-581. (1980)
- Kielhofner G.: A model of human occupation, Part 2. Ontogenesis from the perspective of temporal adaptation. *American Journal of Occupational Therapy* 34, 657-663. (1980 a)
- Kielhofner G.: A model of human occupation, Part 3. Benign and vicious cycles. *American Journal of Occupational Therapy* 34, 731-737. (1980 b)
- Kielhofner G., Burke J.P., Igi C.H.: A model of human occupation, Part 4. Assessment and intervention. *American Journal of Occupational Therapy* 36, 637-644. (1982)
- Kielhofner G., Henry A.D.: Development and Investigation of the Occupational Performance History Interview. *American Journal of Occupational Therapy* 42, 489-498. (1988)
- Kielhofner G., Brinson M.: Development and evaluation of an aftercare program for young chronic psychiatrically disabled adults. *Occupational Therapy in Mental Health* 9, 1-25. (1989)
- Kielhofner G., Nicol M.: The Model of Human Occupation. A Developing Conceptual Tool for Clinicians. *British Journal of Occupational Therapy* 52, 210-214. (1989)
- Kielhofner G.: Conceptual foundations of Occupational Therapy. Davis, Philadelphia. (1992)
- Kielhofner G.: A model of human occupation: theory and application. 2nd edn. Davis, Philadelphia. (1995)
- Kilian R.: Ist Lebensqualität meßbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis* 22, 97-101. (1995)
- Kipp J., Unger H.P., Wehmeier P.: Beziehung und Psychose. Thieme, Stuttgart. (1996)
- Kipp J., Herda C., Schwarz H.-J.: Wirkfaktoren der Ergotherapie – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 6, 17-21. (2000)
- Klapprott J.: Einführung in die psychologische Methodik, 54 ff. Kohlhammer, Stuttgart. (1975)
- Kleffman A. L., Weinmann S., Föhres F.: Bundesinnenministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Erstellung eines Merkmalskatalogs als Voraussetzung für die Entwicklung eines Verfahrens zur behinderungsbezogenen Beschreibung von Arbeitsanforderungen und -fähigkeiten. Psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit – MELBA – Forschungsbericht Nr. 212, Stollfuß, Bonn. (1991) mit Dank für die Genehmigung, Teile des MELBA in das LFP integrieren und zitieren zu dürfen.
- Kleffmann A.: Bundesinnenministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Informationssystem Merkmalskatalog – Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur tätigkeitsbezogenen Beurteilung von Arbeitsanforderungen und Fähigkeiten für Behinderte. unveröffentlichter Forschungsbericht, Siegen-Essen. (1994)
- Klyczek J.P., Mann W.C.: Concurrent validity of the task-oriented assessment component of the Bay Area Functional Performance Evaluation with the American Association on Mental Deficiency Adaptive Behavior Scale. *American Journal of Occupational Therapy* 44, 907-912. (1990)
- Köhler K.: Qualitätssicherung – angewandt in der arbeitstherapeutischen Abteilung eines Landes-

- krankenhauses. *Ergotherapie und Rehabilitation* 3, 174-182. (1998)
- Kraepelin E.: *Manic-depressive insanity and paranoia*. AL: Gryphon, Birmingham. (1989). (Original work published 1921)
- Kremer E.R., Nelson D.L., Duncombe L.W.: Effects of selected activities on affective meaning in psychiatric patients. *American Journal of Occupational Therapy* 38, 522-528. (1984)
- Kubny-Lüke B.: Fachspezifische Behandlungstechniken in der Psychiatrie, Teil 2 Endogene Depression. *Ergotherapie und Rehabilitation* 4, 328-329. (1996)
- Küffner H.: *Datenanalyse-systeme für statistische Auswertungen*, 1-65. G. Fischer Verlag, Stuttgart. (1985)
- Kugler B.T.: Rating Scale Methods: Validity and Reliability. In: Weller M. (ed.): *The scientific Bases of Psychiatry*, 151-163. Bailliere Tindale, London. (1983)
- Kunze H., Kaltenbach L. (Hrsg.): *Psychiatrie-Personalverordnung, Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. 3. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart. (1996)
- Kunze H., Pohl J., Krüger U.: Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie Personalverordnung, Band 99, 5-12. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 99, Nomos, Baden-Baden. (1998)
- Langemann-Reese H., Platzek C.: Dokumentation der ergotherapeutischen Behandlung in der Psychiatrie – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung. *Schriftenreihe Psychiatrie* 2, 1-11, BTZ Berufliche Bildung, Köln. (1996)
- Larsen D.L., Attkisson C.C., Hargreaves W.A., Nguyen T.A.: Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning* 2, 197-207. (1979)
- Law M., Baptiste S., McColl M., Opzoomer A., Polatajko H., Pollock N.: The Canadian Occupational performance measure: An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 57, 82-86. (1990)
- Law M., Polatajko H., Pollock N., McColl M.A., Carswell A., Baptiste S.: Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurement issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 61, 191-197. (1994)
- Law M., Steward D.: Test retest reliability of the COPM with children (unveröffentlichtes Manuskript). (1996)
- Law M., Polatajko H., Carswell A., McColl M.A., Pollock N., Baptiste S.: Das Kanadische Modell der Occupational Performance und das Canadian Occupational Performance Measure. In: Jerosch-Herold C., Marotzki U., Hack B.M., Weber P. (Hrsg.): *Ergotherapie – Reflexion und Analyse. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. Springer, Berlin, 156-173. (1999)
- Lehman A.F., Ward N.C., Linn, L.S.: Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry* 139, 1271-1276. (1982)
- Lienert G.A., Ratz U.: *Testaufbau und Testanalyse*, 171-189. Beltz, Weinheim. (1994)
- Linden M., Saupe J., Etter J.: Psychopathologie-orientierte Ergotherapie. *Psychiatrische Praxis* 16, 141-147. (1989)
- Linke-Vieten, E.: *Theoretischer Bezugsrahmen ergotherapeutischer Methoden in der Psychiatrie*. Schulz-Kirchner, 1. Aufl., Idstein. (1996)
- Linke-Vieten E., Wälte D.: Auswirkungen von Ergotherapie auf die emotionale Befindlichkeit und Konzentration. *Forum Zeitschrift für medizinische Psychologie* 1/97, 30-37. (1997)
- Lucius G., Koch U.: Psychiatrie Therapie und Rehabilitation. In: Minsel W.R., Scheller R. (Hrsg.): *Brennpunkte der klinischen Psychologie* 4, 11-33. Kösel, München. (1982)
- Maier W., Philipp M.: Comparative Analysis of observer rating scales. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 72, 239-245. (1985)
- Managh M.F., Cook F.V.: The Use of standardized Assessment in Occupational therapy: The BaFPE-R as an Example. *American Journal of Occupational Therapy* 47, 877-884. (1993)
- Mann W., Huselid R.: An Abreviated Task-Oriented Assessment: the Bay Area Functional Performance Evaluation. *American Journal of Occupational Therapy* 47, 111-118. (1993)
- Margolis R.L., Harrison S.A., Robinson H.J., Jayaram G.: Occupational Therapy Task Observation Scale (OTTOS): A Rapid Method for Rating Task Group Function of Psychiatric Patients. *American Journal of Occupational Therapy* 50, 380-384. (1996)
- Matthesius R-G., Jochheim K-A., Barolin G.S., Heinz C.: ICDH, Die ICDH – Bedeutung und Perspektiven, Internationale Klassifikation der Schädigungen

- gen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. (WHO 1980). Ullstein Mosby, Berlin. (1995)
- McCull M.A., Pranger T.: Theory and practice in the occupational therapy guidelines for client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 61, 250-259. (1994)
- McCull M.A., Paterson M., Davies D., Doubt L., Law M.: Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 64, 22-30. (2000)
- Melvin J.: Rheumatic disease: Occupational therapy and rehabilitation. Davis, Philadelphia. (1977)
- Mercier C., King S.: A latent variable causal model to the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 89, 72-77. (1994)
- Messick L.: Validity. In: Linn R.L.: Educational Measurement. 3. Auflage, Mcmillan, New York. (1988)
- Meyer A.E.: Grundrichtungen der Psychotherapie und ihre Modelle. In: Meyer A.E., Freyberger H., v. Kerekjarto M. (Hrsg.): Jores Praktische Psychosomatik. Einführung in die Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin, 25-48. Huber, Bern. (1996)
- Miller R.J., Walker K.F.: Perspectives on the theory for the practice of occupational therapy. Aspen Publications, Gaithersburg, MD. (1993)
- Montgomery S.A., Asberg M.: A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* 134, 382-389. (1979)
- Mosey A.C.: Recapitulation of ontogenesis: a theory for the practice of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 22, 426-432. (1968)
- Mosey A.C.: Three frames of reference for mental health. Slack, Thorofare, NJ. (1970)
- Mosey A.C.: A model for occupational therapy. *Occupational Therapy in Mental Health* 1, 11-32. (1980)
- Mosey A.C.: Occupational therapy: configuration of a profession. Raven, New York. (1981)
- Mosey A.C.: Applied scientific inquiry in the health professions. The American Occupational Therapy Association, Bethesda/MD. (1996)
- Murphy G.E., Simons A.D., Wetzell R.D., Lustman P.J.: Cognitive therapy and pharmacotherapy. Single and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry* 41, 33-41. (1984)
- Nelson C.W., Niederberger J.: Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement. *Hospital and Health Sciences Administration* 35, 409-427. (1990)
- Neumann N.-U., Schulte R.-M.: Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala. Bestimmung der Validität und Interrater-Reliabilität der deutschen Fassung. *Psycho* 14, 911-924. (1988)
- Oliver J. P.: the social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Social Work and Social Science* 3, 5-45. (1991)
- Ottenbacher K.J.: Evaluating clinical change strategies for occupational and physical therapists. Williams and Wilkins, Baltimore. (1986)
- Overall J.E.: The Brief Psychiatric Rating Scale in Psychopharmacology Research. In: University of Texas (ed.): Psychometric Laboratory Reports 29, Galveston. (1972)
- Overall J.E., Gorham D.R.: O6BPRS. Brief Psychiatric Rating Scale. In: Guy W., Bonato R.R. (eds.): EC-DEU Assessment Battery, 157-169. Rev. Ed. Rockville, Maryland. (1976)
- Overall J.E., Gorham D.R.: Brief Psychiatric Rating Scale, Kurze Psychiatrische Beurteilungs-Skala, Fremdbeurteilungs-Skala (F). In: Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie, 105-109. Beltz Test, Göttingen. (1996)
- Pedretti L.: Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction. C.V. Mosby, St. Louis. (1981)
- Post M.W., de Witte L.P., Schrijvers A.J.: Quality of life and the ICDH: towards an integrated conceptual model for rehabilitation outcomes research. *Clinical Rehabilitation* 13, 5-15. (1999)
- Prager E., Tanaka H.: Self-assessment: The client's perspective. *Social Work* 25, 189-199. (1980)
- Prusoff B.A., Klerman G.L., Paykels E.S.: Concordance between clinical assessments and patient's self-report in depression. *Archives of General Psychiatry*, 546-552. (1972)
- Reed K.L.: Meta models. Models of practice in occupational therapy. Williams und Wilkins, Baltimore. (1984)
- Reed K.L., Sanderson S.R.: Concepts of occupational therapy. 3rd edn., Williams und Wilkins, Baltimore. (1992)
- Reed K.L.: Das Model of Personal Adaptation through Occupation. In: Jerosch-Herold C., Marotzki U., Hack B.M., Weber P. (Hrsg.): Ergotherapie – Re-

- flexion und Analyse. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis, 83-129. Springer Verlag, Berlin. (1999)
- Reilly M.: Occupational therapy can be one of the great ideas of the 20th century medicine. *American Journal of Occupational Therapy* 16, 1. (1992)
- Reiter L., Steiner E.: Allgemeine Wert- und Zielvorstellungen von Psychotherapeuten und Beratern. *Praxis Psychotherapie* 21, 80-91. (1976)
- Sanford J., Law M., Swanson L., Guyatt G.: Assessing clinically important change as an outcome of rehabilitation in older adults. Conference of The American Society of Aging, San Francisco/CA. (1994)
- Schaal M.: Ein Beitrag zur Geschichte der psychiatrischen Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation* 5, 267-269. (1986)
- Scheepers C., Müller M.: Zur Lage der Ergotherapie in der Psychiatrie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 6, 508-513. (1992)
- Scheepers C.: Qualitätssichernde Maßnahmen in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 6, 569-573. (1994)
- Scheepers C., Steding-Albrecht U., Jehn P.: Ergotherapie, vom Behandeln zum Handeln. Thieme, Stuttgart. (1999)
- Scheiber I.: Plädoyer für eine Theorie; Das Konzept der Objektbeziehungen in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 1, 12-17. (1994)
- Scheiber I.: Ergotherapie in der Psychiatrie. 2. Auflage, Stam, Köln. (1995)
- Schmidtke A., Fleckenstein P., Moises W., Beckmann H.: Untersuchungen zur Reliabilität und Validität einer deutschen Fassung der Montgomery-Asberg-Depression-Rating-Scale (MADRS). *Schweiz. Archives of Neurology and Psychiatry* 139, 51-65. (1988)
- Schwarz D., Strian F.: Psychometrische Untersuchungen zur Befindlichkeit psychiatrischer und internmedizinischer Patienten. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 216, 70-81. (1972)
- Shadish W.R.: Amerikanische Erfahrungen mit der Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. In: Koch U., Wittmann W.W. (Hrsg.): *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlagen von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*, 159-182. Springer, Berlin. (1990)
- Siebel U., Michels R., Hoff P., Schaub R.T., Droste R., Freyberger H.J., Dilling H.: Multiaxiales System des Kapitels V (F) der ICD10. *Nervenarzt* 68, 231-238. (1997)
- Skanze K., Malm U., Denecker S.J., May P.R.A.: Quality of life in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* 44, 71-75. (1990)
- Smith H.D., Tiffany E.G.: Assessment and evaluation - An overview, 143-147. In: Smith H.D., Hopkins H.L. (Eds.): *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (6th ed.), Lippincott, Philadelphia. (1983)
- Spermon D.M., Wilson S.M., Hill M.A.: The Development and Validation of the Psychiatric O.T. Evaluation of Needs and Treatment Instrument. *Occupational Therapy in Mental Health* 11, 91-110. (1991)
- Steffen J.J., Karoly P.: Toward a psychology of therapeutic persistence, 3-24. In: Karoly P., Steffen J.J. (Eds.): *Improving the long-term effects of psychotherapy: Models of durable outcome*. Gardner Press, New York. (1980)
- Taucher J., Steinbauer M.: Die Malgruppe; Psychodynamische Therapie und Diagnostik stationär psychiatrischer Patienten. *Psychotherapeut* 39, 158-165. (1994)
- Thole W., Steier F.: Mit den Doofen basteln kann doch jeder. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation* 4/90, 264-295. (1990)
- Toomey M., Nicholson D., Carswell A.: The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 62, 242-249. (1995)
- Trombly C. (Ed.): *Occupational therapy for physical dysfunction*. Williams und Wilkins, Baltimore. (1983)
- Vaughan P.J., Prechner M.: Occupation or therapy in psychiatric day care? *British Journal of Occupational Therapy* 48, 169-171. (1985)
- Watts J.H., Kielhofner G., Bauer D.F., Gregory M.D., Valentine D.B.: The Assessment of Occupational Functioning: A Screening Tool for Use in Long-Term Care. *American Journal of Occupational Therapy* 40, 231-241. (1986)
- Watts J.H., Brollier C., Bauer D., Schmidt W.: A Comparison of Two Evaluation Instruments Used with Psychiatric Patients in Occupational Therapy. The Haworth Press, Binghamton, New York. (1989)
- Weber E.: Einführung in die Faktorenanalyse S. 15. Fischer, Stuttgart. (1974)

- Webster D., Schwartzberg S.L.: Patients' Perception of Curative Factors in Occupational therapy Groups. *Occupational therapy in Mental Health* 12, 3-24. (1992)
- Weissman M.M., Klerman G.L., Paykels E.S., Prusoff B., Hanson B.: Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Archives of General Psychiatry* 30, 771-778. (1974)
- Weissman M.M., Sholomskas D., John K.: The assessment of social adjustment. An update. *Archive of General Psychiatry* 38, 1250-1258. (1981)
- White J., White K., Razani J.: Effects of endogeneity and severity on consistency of standard depression rating scales. *Journal of Clinical Psychiatry* 45, 260-261. (1984)
- Wing J.K., Nixon J.M., Mann S.A., Leff J.P.: Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population study. *Psychology and Medicine*, 505-516. (1977)
- Wing J.K., Cooper J.E., Sartorius N.: Present State Examination (PSE). Medical Research Council/ Cambridge University Press, Cambridge. (1973). Deutsche Bearbeitung: Cranach M.v.: Bearbeitung im Rahmen „Sonderforschungsbereich 116, Psychiatrische Epidemiologie an der Universität Heidelberg, Außenstelle München“. Beltz Test, Weinheim. (1978)
- Wing J.K.: Use and misuse of the PSE. *British Journal of Psychiatry* 143, 111-117. (1983)
- Yerxa E.J.: In search of good ideas for occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1, 7-15. (1994)
- Zerssen D.v.: Selbstbeurteilungs-Skalen zur Abschätzung des „subjektiven Befundes“ in psychopathologischen Querschnitt- und Längsschnittuntersuchungen. *Archiv Psychiatrischer Nervenkrankheiten*, 299-314. (1973)
- Zerssen D. v.: Die Befindlichkeitsskala, Manual. Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informations-System (PSYCHIS München). Beltz Test, Weinheim. (1976)
- Zerssen D.v.: Paranoid-Depressivitäts Skala, Selbstbeurteilungs-Skala (S). In: Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie, 111-117. Beltz Test, Göttingen. (1996)
- Zerssen D.v., Strian F., Schwarz D.: Evaluation of Depressive States, Especially in Longitudinal Studies. In: Pichot P., Olivier-Martin R. (eds.): *Psychological Measurements in Psychopharmacology*, 189-202. Modern Problems of Pharmacopsychiatry, Basel. (1974)

Anhang

Tabelle 1: Global Dimensions Used in Occupational Rating Scales (Spermon et al. 1991)

Global dimension (with sample items)	Wolff (1961) Rehabilitation	Clark et al. (1965) Acute Psychiatry	Fidler und Fidler (1963) General Psychiatry	Brayman und Kirby (1976) Acute Psychiatry	Johnson et al. (1980) Acute Psychiatry	Ostrow und Kaufman (1981) Chronic Psychiatry	Bell und Ingesman (1983) Acute Psychiatry	Kaplan (1984) General Psychiatry	POTENT General Psychiatry
1. Social interpersonal Abilities e.g. Social Skills Conversation Skills	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2. Task Behaviour e.g. Following instructions, Concentration	Yes	Yes	Yes	Yes		Yes	Yes	Yes	Yes
3. Activities of Daily Living/Personal Care e.g. Dressing, Domestic Skills					Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
4. Work/Vocational e.g. Manual Dexterity, Work Habits	Yes				Yes		Yes	Yes	
5. Home Community Resources e.g. Money Management, Transport Skills and Knowledge					Yes	Yes		Yes	Yes
6. Self Concept e.g. Body Image		Yes						Yes	Yes
7. General Behaviour e.g. Appearance, Responsibility	Yes		Yes						
8. Creativity e.g. Choice of Artistic Work, Creativity in Projects			Yes						
9. Dominance/ Manipulation e.g. Dominance of other patients, Dominance of Personnell			Yes						
10. Concept of Others e.g. view of Authority, Expectations of Relationships		Yes							
11. Unconscious Conflicts e.g. Ego Defenses, Frustrated Needs and Drives		Yes							
12. Health and Medication Management e.g. Appropriate use of medication, Ability to make and keep medical appointments				Yes					

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) der Einzelmerkmale des LFP zum MZP 1 und 2

LFP	Mittelwert zum MZP 1	SD zum MZP 1	Mittelwert zum MZP 2	SD zum MZP 2
Affektive Schwingungsfähigkeit	2,35	0,93	3,30	0,76
Aggressivität	3,47	0,67	3,72	0,61
Antrieb/Motivation	2,75	1,07	3,66	0,80
Aufmerksamkeit	3,27	0,87	3,64	0,66
Ausdauer	3,18	0,79	3,68	0,51
Durchsetzungsvermögen	2,76	0,65	3,36	0,66
Entscheidungsfähigkeit	2,98	1,01	3,46	0,79
Feinmotorik	3,57	0,81	3,86	0,57
Frustrationstoleranz	2,82	1,03	3,44	0,79
Kontaktaufnahme	2,41	0,94	3,30	0,71
Körperliche Beschwerden	2,84	1,08	3,40	0,90
Konzentration	3,25	0,87	3,78	0,62
Kritische Selbstkontrolle	2,73	0,80	3,28	0,70
Merkfähigkeit	3,22	0,86	3,52	0,79
Phantasie/Kreativität	2,84	1,01	3,44	0,79
Problemlösen	2,75	0,89	3,30	0,68
Realitätsbezug	3,71	0,54	3,90	0,30
Regeln einhalten	3,35	0,74	3,72	0,61
Selbstbild	2,51	0,73	3,18	0,75
Selbstständigkeit	2,94	1,07	3,64	0,80
Sensorische Wahrnehmung	3,47	0,81	3,62	0,73
Sorgfalt	3,02	0,84	3,38	0,75
Stimmung	2,57	0,81	3,22	0,68
Teamarbeit	2,73	0,90	3,60	0,73
Umgang mit Kritik	2,88	0,86	3,40	0,73
Wahrnehmen und Äußern von Gefühlen	2,59	0,96	3,38	0,60

Tabelle 3: Ergebnis der Faktorenanalyse des LFP zum MZP 1
 Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung,
 Werte < ,300 sind nicht abgebildet

LFP	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
Affektive Schwingungsfähigkeit			,696		
Aggressivität		,850			
Antrieb/Motivation	,628	,329		,433	
Aufmerksamkeit	,495	,468	,420		
Ausdauer	,436	,575			
Durchsetzungsvermögen	,682				
Entscheidungsfähigkeit	,470	,510		,329	
Feinmotorik	,510		,436		,334
Frustrationstoleranz		,656	,334		
Kontaktaufnahme				,871	
Körperliche Beschwerden	,686				
Konzentration	,639				
Kritische Selbstkontrolle		,511	,426	,373	,339
Merkfähigkeit	,424		,634		
Phantasie/Kreativität	,544	,304	,359	,483	
Problemlösen	,502	,430	,426		,482
Realitätsbezug					,902
Regeln einhalten	,629	,447			
Selbstbild	,305	,572		,366	
Selbstständigkeit	,630		,467		,397
Sensorische Wahrnehmung	,581		,497		,439
Sorgfalt	,413	,363	,591		
Stimmung	,382	,410	,357	,482	
Teamarbeit			,667	,496	
Umgang mit Kritik		,786			
Wahrnehmen und Äußern von Gefühlen			,832		

Tabelle 4: Ergebnis der Faktorenanalyse des LFP zum MZP 2
Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung,
Werte < ,300 sind nicht abgebildet

LFP	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
Affektive Schwingungsfähigkeit	,329	,637	,336		,328
Aggressivität			,838		
Antrieb/Motivation	,673	,329			,324
Aufmerksamkeit	,650		,503		
Ausdauer	,620	,464			
Durchsetzungsvermögen	,412	,391	,512		
Entscheidungsfähigkeit	,570		,447		,332
Feinmotorik	,457			,532	
Frustrationstoleranz		,490	,76		
Kontaktaufnahme		,754			
Körperliche Beschwerden					,879
Konzentration				,819	
Kritische Selbstkontrolle	,396		,442	,400	
Merkfähigkeit	,677	,346			
Phantasie/Kreativität	,523	,646		,314	
Problemlösen	,662	,358		,337	
Realitätsbezug	,306		,673	,393	
Regeln einhalten			,774	,419	
Selbstbild	,341	,445	,465	,359	,404
Selbstständigkeit	,658	,330		,510	
Sensorische Wahrnehmung	,840				
Sorgfalt	,501			,322	
Stimmung		,473	,467	,340	
Teamarbeit	,384	,483	,364	,349	
Umgang mit Kritik		,633		,387	
Wahrnehmen und Äußern von Gefühlen		,664			

**Tabelle 5: Homogenität der Faktoren: Alpha der Faktoren bei Herausnahme einzelner Merkmale
Reliabilitätskoeffizienten; Cronbachs Alpha bei Herausnahme einzelner Merkmale**

LFP	Alpha bei Herausnahme des Merkmals zum MZP 1	Alpha bei Herausnahme des Merkmals zum MZP 2
Skala 1		
Antrieb/Motivation	,91	,88
Aufmerksamkeit	,91	,89
Durchsetzungsvermögen	,92	,88
Feinmotorik	,91	,89
Körperliche Beschwerden	,93	,92
Konzentration	,91	,89
Phantasie/Kreativität	,91	,89
Problemlösen	,91	,88
Regeln einhalten	,92	,89
Selbstständigkeit	,91	,88
Sensorische Wahrnehmung	,91	,89
Skala 2		
Aggressivität	,91	,90
Ausdauer	,90	,90
Entscheidungsfähigkeit	,89	,88
Frustrationstoleranz	,90	,89
Kritische Selbstkontrolle	,89	,89
Selbstbild	,89	,87
Stimmung	,89	,88
Umgang mit Kritik	,89	,89
Skala 3		
Affektive Schwingungsfähigkeit	,81	,76
Merkfähigkeit	,82	,80
Sorgfalt	,83	,80
Teamarbeit/Kooperation	,83	,77
Wahrnehmen und Äußern eigener Gefühle	,83	,80

Ergänzend zu der Entwurfssfassung der Definitionen des Lübecker Fähigkeitsprofils (vollständiger Abdruck im Manual)

Körperliche Symptome:

physisch zum Ausdruck kommendes Unwohlsein, das jedoch auch psychisch verursacht sein kann.

1a	die Arbeit oder den Alltag beeinträchtigende Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen etc. (falls es dafür eine offensichtliche körperliche Ursache gibt, z. B. Blindheit, bitte bei Bemerkungen anfügen).
1b	Leibgefühlsstörungen; berichtet von unerklärlichen, merkwürdigen Empfindungen; bizarre, stereotype Bewegungen, verzerrte Pose, unnatürliche Haltung.
2a	starke körperliche (und geistige) Erschöpfung; verlangsamt; Minimismus an Aktivität und Sprache; berichtet über Appetitstörung, Schlafstörung.
2b	starke innere Unruhe; Nervosität; Hände zittern; Schwitzen; Speichelfluss; oder merklich unbeholfene Bewegungen (evtl. Medikamentennebenwirkungen).
3a	leichte körperliche Erschöpfung; etwas verlangsamt; leichte Appetit- oder Schlafstörung.
3b	leichte Anspannung; schlecht still sitzen können; (Erwartungsangst).
4	keine körperlichen Beschwerden.
5	fit, körperlich stark belastbar, kräftig.