

3.9.2020

# Wie gut lässt sich das Child Occupational Self Assessment (2.2)(COSA) von Ergotherapeuten\*innen in ihren beruflichen Alltag integrieren?

Eine ergotherapeutische Studie zur Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2)

Von **Miriam Brenner (1937243)** und **Carmen Sebers (1912887)**

Bachelorstudiengang der Zuyd Hogeschool  
Academie voor ergotherapie  
Begleiterin: Helen Strebel

## Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern wir, Miriam Brenner und Carmen Sebers, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht haben. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

**Ort, Datum**

Börger, 25.08.2020

---

**Unterschriften**

*Miriam Brenner*

---

Miriam Brenner

*C. Sebers*

---

Carmen Sebers

## Corona-Passus

Im März 2020 brach in Deutschland und den Niederlanden der COVID-19 Virus aus. Dies hatte auch Einfluss auf die Bachelorarbeiten des Studiengangs Ergotherapie. Der Zugang zur Hochschule, zu diversen Versorgungseinrichtungen und unterschiedlichen Zielgruppen war nicht mehr möglich und erforderte Anpassungen in der Gestaltung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Bachelorarbeit sowie deren Planung und Umsetzung, die bereits in vollem Gang war. Hierdurch wurde die Online-Datenerhebung notwendige Norm (anstatt face-to-face Kontakt) und in einigen Fällen musste auf andere Zielgruppen oder Literaturstudien zurückgegriffen werden, weil der direkte Kontakt mit Klienten und Professionals nicht möglich war. Alle methodischen Veränderungen sind mit dem/der Begleiter\*in der Bachelorarbeit und evtl. Auftraggebern abgestimmt. Insofern möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die methodische Gestaltung vorliegender Arbeit aufgrund der aktuellen Situation während des Entstehungsprozesses nicht immer den optimalen Bedingungen entspricht.

## Danksagung

Hiermit möchten wir uns ganz herzlich bei allen Menschen bedanken, die uns in dieser Zeit zur Seite gestanden und uns während des gesamten Bachelorprozesses unterstützt haben.

An erster Stelle geht ein großer Dank an Helen Strebel, die unsere Bachelorarbeit betreut hat. Danke, dass du für uns während des gesamten Prozesses immer eine große und positive Stütze warst. Die vielen hilfreichen Anregungen sowie konstruktive Kritik, die du uns gegeben hast, haben uns in unserem Denk- und Schreibprozess unterstützt. Danke, dass du immer zu erreichen warst und uns in dieser Zeit viel Sicherheit gegeben hast.

Wir möchten uns auch beim MOHO Clearinghouse bedanken, das uns eine Einverständniserklärung zur Forschung am COSA (2.2) ausgehändigt hat. Danke, dass es uns durch eine freundliche Kooperation ermöglicht wurde, die Forschung mit dem übersetzten COSA (2.2) durchzuführen.

Ein besonderer Dank geht an alle Ergotherapeuten\*innen, die trotz der noch unklaren COVID-19 Situation an der Studie teilgenommen haben. Ohne Ihren Einsatz hätte diese Forschung nicht entstehen können. Durch ihr Feedback erhielten wir viele wichtige Anregungen, die dazu beitragen haben, dass das COSA (2.2) weiter entwickelt wird, um dieses zeitnah zu veröffentlichen.

Hier ist besonders der Einsatz von Natascha Mürer hervorzuheben. Sie hat als Pilotin den Pretest durchgeführt, den Forscherinnen wichtige Rückmeldungen zum Fragebogen gegeben und sich im weiteren Verlauf auch als Korrekturleserin in einem besonderen Maße engagiert.

Außerdem bedanken wir uns bei den Übersetzern\*innen des Abstracts für die Übersetzung des Abstracts in die englische und niederländische Sprache.

Ebenfalls möchten wir uns bei den Korrekturlesern\*innen Heinz Becker und Claudia Brenner bedanken, die viel Zeit in die Korrektur investiert haben.

Abschließend bedanken wir uns bei unseren Familien, unseren Freunden\*innen und Kommilitoninnen, die uns auch in stressigen Zeiten viel Mut gemacht und unterstützt haben.

Von Miriam:

Ich bedanke mich vom ganzen Herzen bei meiner Freundin und Bachelorpartnerin Carmen Sebers, ohne dich wäre diese Arbeit nie zu dem geworden was sie jetzt ist. Die Zusammenarbeit mit dir war die ganze Zeit über bereichernd. Ich konnte mich immer auf dich verlassen und dich erreichen. Dein entgegengebrachtes Vertrauen hat mir sehr viel Sicherheit bei der Ausarbeitung gegeben und deine aufbauenden Worten, auch in stressigen Phasen, haben mich stets motiviert. Durch die Zusammenarbeit mit dir ist diese Arbeit für mich zu etwas Einzigartigem geworden - ich bin stolz auf uns.

Von Carmen:

Mein größter Dank gilt meiner Bachelorpartnerin Miriam Brenner, die für mich über die Zeit eine sehr gute Freundin geworden ist. Du hast mich nicht nur in der Zusammenarbeit der Bachelorarbeit inhaltlich bereichert, sondern auch persönlich durch deine menschliche Art, die mir viel Sicherheit und Vertrauen gegeben hat, dass wir die Arbeit erfolgreich schaffen werden. In stressigen Phasen hast du mir immer den Rücken freigehalten, mich aufgebaut und motiviert – das hat mir sehr geholfen! Danke, für diese unvergessliche Zeit. Ich bin unglaublich stolz auf uns.

## Lesehinweise

**Abkürzungen:** Wörter, die im Verlauf durch eine Kurzfassung auftauchen, wurden davor ausgeschrieben. Aus diesem Grund wird kein Abkürzungsverzeichnis aufgeführt.

**Besondere Bezeichnungen:** Die Bezeichnung „Forscherinnen“ bezieht sich auf die Studentinnen, die diese vorliegende Bachelorarbeit verfasst haben. Unter den Bezeichnungen „Studienteilnehmer\*innen“ und „Befragte“ werden die Ergotherapeuten\*innen verstanden, die sich aktiv an der Forschung beteiligt haben.

**Genderaspekt:** Innerhalb dieser Arbeit wird eine gendergerechte Formulierung durch „Gendersternchen und Genderstrich (\* und /)“ ausgedrückt (Beispiel: Der/Die Studienteilnehmer\*in). Damit berücksichtigen wir auch andere Geschlechtsformen, wie Transsexuelle, Transgender oder Intersexuelle, um die Gleichstellung aller Geschlechter hervorzuheben.

**Verweise:** Zusammenhänge zwischen einzelnen Kapiteln werden durch Verweise auf Kapitel, Anlagen oder graphische Darstellungen deutlich.

**Zitationen:** Direkte und indirekte Zitate sind nach APA-6 (American Psychological Association, 2015) gekennzeichnet und im Literaturverzeichnis alphabetisch aufgeführt.

**Glossar:** Im Glossar werden Begrifflichkeiten definiert, welche im ergotherapeutischen Sprachgebrauch genutzt werden und für andere Personen oder Berufsgruppen zu Unverständlichkeiten führen könnten. Die im Glossar aufgeführten Begriffe sind im Text mit einem Pfeilsymbol (→) gekennzeichnet.

## Abstract

### Deutsch:

Das Ziel in dieser Studie war die Bewertung der Praktikabilität des Child Occupational Self Assessment (COSA) (2.2) (Reis & Schuster, 2019) von Ergotherapeuten\*innen. Damit eine Weiterentwicklung der evidenzbasierten ergotherapeutischen Praxis stattfindet wurden förderliche und hinderliche Faktoren bei der Integration des COSA (2.2) in den ergotherapeutischen Berufsalltag erhoben und die Wichtigkeit der Nutzung von Assessments in der Ergotherapie durch den theoretischen Hintergrund dargelegt.

Es wurde eine quantitative Forschung mit dem Forschungsinstrument eines Online-Fragebogens durchgeführt. Der Fragebogen enthielt dabei sowohl offene als auch geschlossene Fragen. Die Auswertung erfolgte anhand von deskriptiver Statistik und bei den offenen Fragen mit einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2010).

Die Ergebnisse des Fragebogens bestätigen die Hypothese, dass das COSA (2.2) von allen Befragten als gut in ihren therapeutischen Berufsalltag integrierbar bewertet wird.

Auf Grundlage dieser Studie sollte eine Veröffentlichung des COSA (2.2) angestrebt werden, damit dieses Assessment auch in Deutschland genutzt werden kann.

Englisch:

The aim of this study was to evaluate the practicability of the Child Occupational Self Assessment (COSA) (2.2) (Reis & Schuster, 2019) of occupational therapists. In order to ensure that evidence-based occupational therapy practice is developed further, beneficial and detrimental factors in the integration of the COSA (2.2) into everyday occupational therapy were identified and the importance of using assessments in occupational therapy was explained by the theoretical background.

Quantitative research was conducted using the research tool of an online questionnaire. The questionnaire contained both open and closed questions. The evaluation was based on descriptive statistics and for the open questions a qualitative content analysis based on Mayring (2010).

The results of the questionnaire confirm the hypothesis that COSA (2.2) is assessed by all respondents as being easily integrated into their daily therapeutic work. On the basis of this study, a publication of COSA (2.2) should be sought so that this assessment can also be used in Germany.

Niederländisch:

Het doel van deze studie was het beoordelen van de uitvoerbaarheid van Child Occupational Self Assessment (COSA) (2.2) (Reis & Schuster, 2019) door ergotherapeuten om ervoor te zorgen dat een verdere ontwikkeling van de op bewijs gebaseerde ergotherapeutische praktijk, zowel gunstige als schadelijke factoren werden geïdentificeerd in de integratie van COSA (2.2) in het beroep van ergotherapeut en het belang van het gebruik van beoordelingen in de ergotherapie verklaard door de theoretische achtergrond.

Kwantitatief onderzoek is uitgevoerd met behulp van het onderzoeksinstrument van een online vragenlijst. De vragenlijst bevatte zowel open als gesloten vragen. De evaluatie werd uitgevoerd aan de hand van beschrijvende statistieken en voor de open vragen met een kwalitatieve inhoudsanalyse op basis van Mayring (2010). De resultaten van de vragenlijst bevestigen de hypothese dat COSA (2.2) wordt beoordeeld als gemakkelijk te integreren in hun therapeutische professionele leven.

Op basis van deze studie moet worden gestreefd naar een publicatie van de COSA (2.2) zodat deze beoordeling ook in Duitsland kann worden gebruikt.

## Zusammenfassung

Die evidenzbasierte Praxis (EBP) (→) und deren Umsetzung gewinnt in der Ergotherapie immer mehr an Bedeutung. Die Umsetzung von EBP, z.B. durch die Anwendung standardisierter Assessments, stellt jedoch für viele Ergotherapeuten\*innen im Berufsalltag noch eine Herausforderung dar (Ritschl et al., 2015). In der Ergotherapie stehen viele wissenschaftlich fundierte Assessments zur Verfügung, deren Validität und Reliabilität durch Studien bestätigt wurden. Es gibt jedoch nur wenige Studienergebnisse zur Praktikabilität eines ergotherapeutischen Assessments. Fawcett (2007) stellte fest, dass ein standardisiertes, valides und reliables Assessment nicht automatisch praktikabel ist. Unterschiedliche Rahmenbedingungen in der Ergotherapie, wie ein begrenzter Zeitrahmen, die Anschaffungskosten des Assessments, sowie institutionelle Vorgaben stellen in der Therapie wesentliche Faktoren dar, die dazu beitragen, dass bestimmte Assessments gar nicht angewendet werden. Aus diesem Grund setzen die Forscherinnen den Fokus ihrer Studie auf die Praktikabilität des COSA (2.2) (Reis & Schuster, 2019), da es ihnen ein Anliegen ist, dass das COSA (2.2) auch im beruflichen Alltag von Ergotherapeuten\*innen genutzt wird.

Das Forschungsthema ist die Bewertung der Praktikabilität der übersetzten deutschen Version des COSA (2.2) von Ergotherapeuten\*innen. Um die Praktikabilität des COSA (2.2) zu erforschen, entschieden sich die Forscherinnen für ein quantitatives Studiendesign, um durch die Erhebung mehrerer bestimmter Daten eine messbare und aussagekräftige Bewertung zu erhalten. Durch die Darstellung und Verknüpfung mit theoretischen Grundlagen wurde die Relevanz der Forschung untermauert.

Durch das Forschungsinstrument des Online-Fragebogens erheben die Forscherinnen Daten zu verschiedenen Aspekten der Praktikabilität (Zeit, Kosten, Verständlichkeit) des COSA (2.2). Die Integration von qualitativen Fragen (offenen Fragen) ermöglicht es den Forscherinnen eine subjektive Sicht der Studienteilnehmer\*innen in Bezug auf hinderliche und förderliche Faktoren des Assessments und weitere mögliche Verbesserungsvorschläge zu erfassen. Mit dieser Vorgehensweise wollen die Forscherinnen Verbesserungsvorschläge oder Änderungen transparent machen, um das Assessment bei Bedarf anzupassen. Hierbei haben die Forscherinnen das Ziel, mit dem COSA (2.2) ein klientenzentriertes Assessment auch für deutschsprachige Ergotherapeuten\*innen zugänglich zu machen. Um hierdurch einen Beitrag für die EBP und die Weiterentwicklung des ergotherapeutischen Berufes zu leisten.

## Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	2
Corona-Passus	3
Danksagung	4
Lesehinweise	6
Abstract	7
Zusammenfassung	9
Inhaltsverzeichnis	10
<b>1. Einleitung</b>	12
1.1 Wichtigkeit dieser Forschung für die Ergotherapie	12
1.2 Wichtigkeit und Nutzen von praktikablen Assessments für die Ergotherapie	12
1.3 Persönliche Motivation der Forscherinnen	14
1.4 Vorgehensweise und Kapitelübersicht	14
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b>	16
2.1 Literaturrecherche	16
2.2 Das "Model of Human Occupation" (MOHO)	17
2.2.1 Aufbau des MOHO	18
2.2.2 Unterschiede von Prozess- und Inhaltsmodellen	21
2.2.3 Das ergotherapeutische Prozessmodell des therapeutischen Reasonings	22
2.2.4 Wichtigkeit und Nutzen von Prozessmodellen	33
2.2.5 Assessmenteinsatz aus dem MOHO	33
2.2.6 Das COSA als Assessment aus dem MOHO	35
2.3 Assessments	37
2.3.1 Assessment Definitionen/ Beschreibungen in Deutschland und International	37
2.3.2 Assessment Arten	38
2.3.3 Assessmenteinsatz in der Ergotherapie	40
2.4 Gütekriterien	43
2.4.1 Wichtigkeit von Gütekriterien	44
2.4.2 Hauptgütekriterien	45
2.4.3 Nebengütekriterien	46
2.4.4 Praktikabilität	46
<b>3. Methode</b>	50
3.1 Aufbau des Studiendesigns	49
3.2 Forschungsethik	50
3.3 Gütekriterien der quantitativen Forschung	51

	11
3.4 Forschungsprozess	52
<b>4. Ergebnisse</b>	64
<b>5. Diskussion</b>	81
5.1 Diskussion der Forschungsergebnisse	78
5.2 Diskussion des methodischen Vorgehens	85
5.3 Stärken der Studie	88
5.4 Schwächen der Studie	88
<b>6. Schlussfolgerung</b>	95
Literaturverzeichnis	91
Glossar	97
Tabellenverzeichnis	99
Abbildungsverzeichnis	100
Anlagen	101

## 1. Einleitung

In diesem Kapitel wird zu Beginn der Ausarbeitung die Relevanz des Themas für die Forschung sowie die Motivation der Forscherinnen hinsichtlich dieser Thematik beschrieben. Es folgt eine Erläuterung über den Aufbau der Arbeit indem die Vorgehensweise beschrieben sowie eine einführende Kapitelübersicht gegeben werden.

### 1.1 Wichtigkeit dieser Forschung für die Ergotherapie

Die zugrundeliegende Problemstellung dieser Forschung und damit auch die Wichtigkeit des Forschungsthemas für die Ergotherapie besteht darin, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine deutschsprachige Version des Child Occupational Self- Assessment (COSA) (2.2) verlegt wird. Zudem gibt es bislang sowohl zur neuen (2.2) als auch zur alten Version (2.1) des COSA keine aussagekräftigen Studien zur Praktikabilität des Assessments.

Für deutschsprachige Ergotherapeuten\*innen gibt es seit 2008 eine Übersetzung des COSA (2.1) durch Pätzold, Hörning, Hoven und Wolf (2008). Die Originalversion des COSA (2.2) (Kramer et al., 2014) wurde im Jahr 2014 zuletzt im amerikanischen Raum überarbeitet und inhaltlich angepasst.

Diese überarbeitete und somit aktuelle Version des COSA (2.2) wurde im letzten Jahr im Rahmen einer Bachelor Arbeit an der Zuyd Hogeschool ins Deutsche übersetzt. Nun wurde in dieser Forschung die deutsche Übersetzung des COSA (2.2) (Reis & Schuster, 2019) praktisch angewendet und hinsichtlich der Praktikabilität für Ergotherapeuten\*innen geprüft.

Dies ist auch von den Forscherinnen, die den Übersetzungsprozess koordiniert haben, empfohlen worden: "Um die Verständlichkeit und Umsetzung des übersetzten Manuals zu überprüfen, wird eine Anwendungsstudie empfohlen..." (Reis & Schuster 2019, S. 7). Innerhalb einer Anwendungsstudie kann die Verständlichkeit des Textes sowie die Übersichtlichkeit der Selbsteinschätzungsbögen abgefragt werden (Döring, 2014).

„Ebenso können positive Erfahrungsberichte der Durchführung des Assessment in der Gesellschaft und der ergotherapeutischen Praxis stärken" (Reis & Schuster 2019, S. 73).

## 1.2 Wichtigkeit und Nutzen von praktikablen Assessments für die Ergotherapie

„Der Einsatz von Assessments im ergotherapeutischen Prozess kann von großem Nutzen sein: Er verschafft dem Klienten und dem Therapeuten Einblicke . . . “ (Van Hartingsveldt, Meijers, Ras, Stal, & ten Velden, 2019, S. 563).

Diese, durch den Einsatz von Assessments erhaltenen Einblicke können sich auf unterschiedliche Aspekte beziehen, diese können funktionsorientiert oder klientenzentriert sein. Letzteres ermöglicht es dem/der Ergotherapeuten\*in mehr über den Alltag und die Stärken und Schwächen ihres/ihrer Klienten\*in zu erfahren. Neben diesen, für die Klienten\*innen und Therapeuten\*innen beschriebenen Nutzen, dient die Verwendung von Assessments auch als Möglichkeit der Outcome- und Qualitätsmessung in der Ergotherapie (Van Hartingsveldt et al., 2019). Durch eine erneute Assessmentdurchführung kann somit gemessen werden, ob die Therapieziele erreicht wurden oder neue Ziele von dem/der Klient\*in fokussiert werden. Zusätzlich können ebenso die Effektivität und Qualität der gewählten Intervention gemessen werden.

Das COSA ist, wie viele weitere Assessments auf Grundlage des MOHO entstanden und basiert somit auf einem breit gefächerten theoretischen Hintergrund, der zur Umsetzung der EBP beiträgt. Zudem wurde das COSA in mehreren Studien in den USA als ein valides und reliables Selbsteinschätzungsinstrument bewertet (Kramer, Kielhofner, & Smith, 2010).

Die Verwendung standardisierter Assessments in der Praxis hat dabei nach Elsner, Thomas und Mehrholz (2016) vielerlei Vorteile: sie bietet mehr Potenzial, dazulernen, selbstbewusster aufzutreten und gehaltvoller argumentieren zu können. Dazu ist es bei der Vielzahl an Assessments in der der Ergotherapie jedoch wichtig zu wissen, was gemessen werden soll und welche Assessments dafür genutzt werden können (George, 2012). Zudem ist die Zugänglichkeit dieses Assessments für den/die Ergotherapeuten\*in essentiell, damit es zu einer praktischen Durchführung kommen kann.

Testgütekriterien (→) stellen die Qualität eines Assessments sicher. Objektivität, Reliabilität und Validität sind die bekanntesten klassischen Testgütekriterien, man spricht hier von Hauptgütekriterien (Moosbrugger & Kelava, 2012). Fawcett (2007) weist darauf hin, dass ein standardisiertes, valides und reliables Assessment im klinischen Umfeld nicht automatisch praktikabel ist. Daher stellt die Überprüfung der Praktikabilität des COSA (2.2) für Ergotherapeuten\*innen den zentralen Aspekt dieser Forschung dar.

Es ist den Forscherinnen ein wichtiges Anliegen, dass den Ergotherapeuten\*innen nicht nur aktuelle, wissenschaftlich geprüfte und klientenzentrierte Assessments zur Verfügung stehen, sondern diese von ihnen auch genutzt und in ihren therapeutischen Berufsalltag integriert werden können.

### 1.3 Persönliche Motivation der Forscherinnen

Die Motivation der Forscherinnen eine Studie zum COSA durchzuführen entstand dadurch, dass sie die theoretischen Grundlagen des MOHO sowie des COSA (2.1) bereits in ihrer Ausbildung kennen gelernt haben, bislang aber nur wenig Erfahrung in der Beobachtung sowie der eigenen praktischen Durchführung dieses Assessments sammeln konnten.

Ein weiterer Motivationsgrund der Forscherinnen liegt darin, dass im pädiatrischen Bereich mehr klientenzentrierte Assessments genutzt werden, um die Wünsche und Ziele der Kinder besser mit in die Therapie einzubeziehen. Um eine vermehrte Nutzung von klientenzentrierten Assessments von Ergotherapeuten\*inne zu erreichen, war es das Ziel zu erforschen, welche Erfahrungen mit dem übersetzten COSA (2.2) gemacht werden.

Zudem stellte es für die Forscherinnen eine hohe Motivation dar, mit der Durchführung der Forschung einen Beitrag zur evidenzbasierten Ergotherapie beitragen zu können und an einer Veröffentlichung des COSA (2.2) auf Deutsch mitzuwirken.

### 1.4 Vorgehensweise und Kapitelübersicht

Zur Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit lässt sich sagen, dass die Kapitel jeweils in guter Zusammenarbeit und in einem ständigen Austausch unter den Forscherinnen entstanden sind. Nachdem mit der Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2) das Thema der Forschung feststand, haben sich die Forscherinnen nacheinander mit der Wahl eines passenden Forschungsansatzes sowie Messinstrumentes zur Erhebung der Daten befasst. Die Wichtigkeit des Testgütekriteriums der Praktikabilität für ein ergotherapeutisches Assessment wollen die Forscherinnen auf Grundlage des theoretischen Hintergrundes erläutern und die Integration des COSA (2.2) in einem ergotherapeutischen Prozess darstellen.

Im zweiten Kapitel der Bachelorarbeit wird zunächst der theoretische Hintergrund beschrieben, auf dem die Forschung aufbaut. Hierbei dient das Model of Human Occupation (MOHO) als wichtige Grundlage des theoretischen Hintergrundes, auf dessen

Theorien auch das COSA beruht. Zudem wird in diesem Kapitel auf die Begriffe Assessments und Testgütekriterien (→) eingegangen und das Prozessmodell der „Sieben Schritte des therapeutischen Reasonings (Forsyth, 2017) anhand eines Fallbeispiels unter Anwendung des COSA erklärt.

Im Anschluss daran (Kapitel 3) wird das methodische Vorgehen innerhalb des Forschungsprozesses beschrieben. Dieses Kapitel beginnt mit einem theoretischen Überblick des Forschungsdesigns und der Forschungsethik. Dann stellen die Forscherinnen den gesamten Forschungsprozess anhand einer Graphik dar. Der Forschungsprozess wird dabei in die Schritte der Fragebogenkonstruktion, der Pretestphase, der Teilnehmerrekrutierung, der praktischen Durchführungsphase des COSA (2.2) und der Auswertung der Ergebnisse des Online-Fragebogens unterteilt und näher beschrieben.

In Kapitel 4: „Ergebnisse“ wird ein Überblick über die erhaltenen Antworten der Fragebögen gegeben, um im Anschluss daran in Kapitel 5 (Diskussion) die Forschungsfrage zu beantworten. Hierzu finden eine Betrachtung der erhaltenen Ergebnisse sowie eine Einordnung und Bewertung in den ergotherapeutischen Kontext statt.

Im sechsten und letzten Kapitel „Schlussfolgerung“ wird ein Fazit aus dieser Forschung gezogen und Anregungen und ein Ausblick auf mögliche weitere Forschungen gegeben.

## 2. Theoretischer Hintergrund

Zu Beginn dieses Kapitels werden Auszüge der Literaturrecherche beschrieben.

Darauffolgend wird der Aufbau des Model of Human Occupation (MOHO) von Gary Kielhofner (2008) vorgestellt. Es handelt sich hierbei um ein weit verbreitetes ergotherapeutisches Inhaltsmodell, auf deren Grundlagen das Child Occupational Self Assessment (COSA) basiert (Taylor, 2017). Darauf aufbauend wird das Prozessmodell der "sieben Schritte des therapeutischen Reasonings" (Taylor, 2017) erklärt und anhand eines Fallbeispiels dargestellt. Im weiteren Verlauf werden die Unterschiede zwischen Inhalts- und Prozessmodellen verdeutlicht. Um darauf aufbauend die Wichtigkeit eines Prozessmodells sowie die daraus resultierenden Vorteile innerhalb eines ergotherapeutischen Behandlungsprozesses zu erläutern. Auf der Grundlage des MOHO sind verschiedene Assessments entstanden, über die im Folgenden ein Überblick gegeben wird. Zum Abschluss des Kapitels wird ein besonderes Augenmerk auf das Child Occupational Self Assessment (COSA) (2.2) (Kramer et al., 2014) und dessen Eigenschaften und Besonderheiten gelegt, da es sich bei dem COSA (2.2) um das zentrale Assessment dieser Forschung handelt.

Zudem wird in diesem Kapitel der Begriff "Assessment" aus nationaler und internationaler Sicht definiert sowie verschiedene Arten von Assessments vorgestellt und deren Unterschiede aufgezeigt. Im weiteren Verlauf wird beschrieben wie Assessments in der Ergotherapie in Deutschland eingesetzt werden und welche Unterschiede es in Bezug auf den Assessmenteinsatz in der internationalen Ergotherapie gibt.

Für diese Studie stellen die Gütekriterien (→) als Qualitätsindikatoren für Assessments eine große Wichtigkeit dar. Am Ende dieses Kapitels werden Gütekriterien definiert und Bezug zur Wichtigkeit von Gütekriterien für ein Assessment genommen. Die Gütekriterien lassen sich in Haupt- und Nebengütekriterien unterteilen, die innerhalb der Unterkapitel aufgegriffen werden, um abschließend das Augenmerk auf das Nebengütekriterium "Praktikabilität" zu richten, welches die Basis für die Forschung an dem COSA (2.2) bildet.

### 2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche begann mit einer intensiven Auseinandersetzung mit dem neuen COSA (2.2) auf Deutsch sowie der englischen Version, die den Forscherinnen von der Zuyd Hogeschool zur Verfügung gestellt wurden. Diese dienten als Grundlage unserer Forschung. Eine weitere Literaturrecherche erfolgte durch verschiedene Quellen, die aus Büchern und Datenbanken entstammten und den Forscherinnen als Grundbaustein für die theoretischen und methodischen Grundlagen dienten.

So kamen vor allem Bücher wie die aktuelle Version des „Kielhofners Model of Human Occupation“, „Grundlagen der Ergotherapie“ und „Ergotherapie in der Pädiatrie (->)“ als Grundlage für die weitere Verschriftlichung der Informationen zum Einsatz. Für den Methodenteil diente außerdem das Buch „Wissenschaftlich arbeiten und schreiben“ als zusätzliche Informationsquelle zur methodischen Didaktik. Weiterhin wurden von den Forscherinnen Online-Datenbanken genutzt, wie die DIZ der Zuyd Hogeschool und Google Scholar, die viele weitere wissenschaftliche Informationen lieferten.

Für die Suche über die Online-Datenbank DIZ wurden häufig folgende Suchbegriffe verwendet:

- Gütekriterien
- Praktikabilität
- Assessment, Assessmenteinsatz
- Model of Human Occupation
- Child Occupational Self Assessment
- Klientenzentrierung

Als Ergänzung diente uns die Datenbank Google-Scholar, in der ähnliche Begriffe eingegeben wurden, um weitere wissenschaftliche Quellen zu finden, mit dem Vorteil, dass hier nicht nur wissenschaftliche Artikel, sondern auch weitere wichtige Informationen aus wissenschaftlichen Büchern herausgefiltert werden konnten. In beiden Datenbanken wurden die Begriffe auf Deutsch und Englisch eingegeben, um auch die internationale Sicht auf das Thema betrachten zu können.

Durch die intensive Recherche und Auseinandersetzung mit der Literatur konnte der theoretische und methodische Teil durch wissenschaftliche Hintergründe untermauert und begründet werden.

## 2.2 Das “Model of Human Occupation” (MOHO)

Das Model of Human Occupation wurde in den 1970-er Jahren von Dr. Gary Kielhofner entwickelt und bildet bis heute eine wesentliche Grundlage für das Gebiet der Ergotherapie. Das MOHO ermöglicht einen detaillierten Einblick in die Bedeutung des Betätigens und erklärt anhand von vier Elementen (Volition, Habituation, Performanzvermögen, Umwelt), wie ein Mensch seine Betätigungen aufgrund der wechselseitigen Interaktion der Elemente ausführt.

Das MOHO stellt ein evidenzbasiertes konzeptionelles Modell für die ergotherapeutische Praxis dar, das erklärt, wie ein Mensch sich an bestehende Einschränkungen anpassen kann, um das Wohlbefinden in seinem Leben wiederherzustellen. Über vier Jahrzehnte wurde das MOHO weiterentwickelt, mit der Vision, eine Praxis zu unterstützen, die betätigungsfokussiert, klientenzentriert, ganzheitlich, evidenzbasiert und auf andere Therapiemodelle und interdisziplinären Theorien ergänzend eingesetzt werden kann (Taylor, 2017).

### 2.2.1 Aufbau des MOHO

Das MOHO ist so aufgebaut, dass es den Menschen durch die drei miteinander verbundenen Komponenten der Volition, Habituation und des Performanzvermögens in seiner Gesamtheit darstellt. Hierbei wird besonders die Wechselwirkung zwischen den drei Komponenten und der Umwelt eines Menschen in den Fokus gestellt (Taylor, 2017). Dazu beschreibt das MOHO, inwiefern Menschen motiviert werden, für sie bedeutsame Betätigungen auszuführen (Volition) und diese im Laufe der Zeit immer wieder zu wiederholen (Habituation). Durch die wiederholenden Betätigungen verändert sich die subjektive Sicht des Menschen auf die eigenen Leistungsfähigkeiten und auch die objektive Bewertung durch eine/n Ergotherapeuten\*in (Performanzvermögen). Der Prozess entfaltet sich in dem sozialen und physischen Kontext (Umwelt) und ermöglicht dem Menschen die Teilhabe an einer Betätigung.

Die **Volition** bezieht sich auf die Motivation oder den Willen des Menschen eine Betätigung durchzuführen. Innerhalb des Modells werden diese willentlichen Gedanken und Gefühle als Selbstbild, Werte und Interessen bezeichnet. Die persönliche Effektivität bezieht sich auf das Gefühl der eigenen Fähigkeiten und deren Wirksamkeit. Die Werte stellen dar, was für einen Menschen wichtig und bedeutungsvoll ist. Die Interessen beziehen sich auf das, was einem Menschen Freude oder Befriedigung bereitet (Taylor, 2017). Diese Komponenten sind eng miteinander verbunden und stehen in Wechselwirkung zueinander. Jeder Mensch entwickelt eine einzigartige Betätigungsgeschichte, welche durch Erfahrungen geprägt wird sowie die Motivation und den Willen formt. (Verhoef & Zalmstra, 2019). Dieser Wille bildet ein Muster von Gedanken und Gefühlen über den Menschen in seiner eigenen Welt, die entstehen, wenn man antizipiert, wählt, erfährt und interpretiert, was man tut (Taylor, 2017).

Die **Habitation** bezieht sich auf Gewohnheiten, die bezogen auf Betätigungen für routinemäßige Abläufe und Automatisierung sorgen. Der Mensch entwickelt durch eine gewohnheitsmäßige Neigung konsistente Verhaltensmuster, die sich an Gewohnheiten und Rollen orientieren sowie an den Merkmalen der routinemäßigen zeitlichen, physischen und sozialen Umgebung angepasst sind. Die Gewohnheit eines Menschen prägt das, was er in seinem Leben für gewöhnlich und alltäglich hält und bestimmt sein Verhalten im Umgang mit anderen Menschen (Taylor, 2017).

Das **Performanzvermögen** beschreibt die Leistungsfähigkeit eines Menschen, die durch subjektive Erfahrung und *objektive, physische* und *psychische Komponenten* geprägt ist. Diese greifen ineinander und beeinflussen die Art und Weise, wie ein Mensch eine Betätigung ausführt. Die subjektiven Erfahrungen beziehen sich auf die Durchführungserfahrungen bei einer Betätigung. Diese Erfahrungen sind auf das Konzept zurückzuführen, das als „gelebter Körper“ (lived Body (→)) bezeichnet wird. Dieses Konzept beschreibt den Körper als einen Ort der Erfahrung, den jeder Mensch als individuell erlebt. Die objektiven Komponenten des Performanzvermögens beziehen sich auf den Körper und die Psyche des Menschen sowie dessen Kapazitäten, wie z.B. die Funktionalität des Herzens und des Lungensystems (Taylor, 2017).

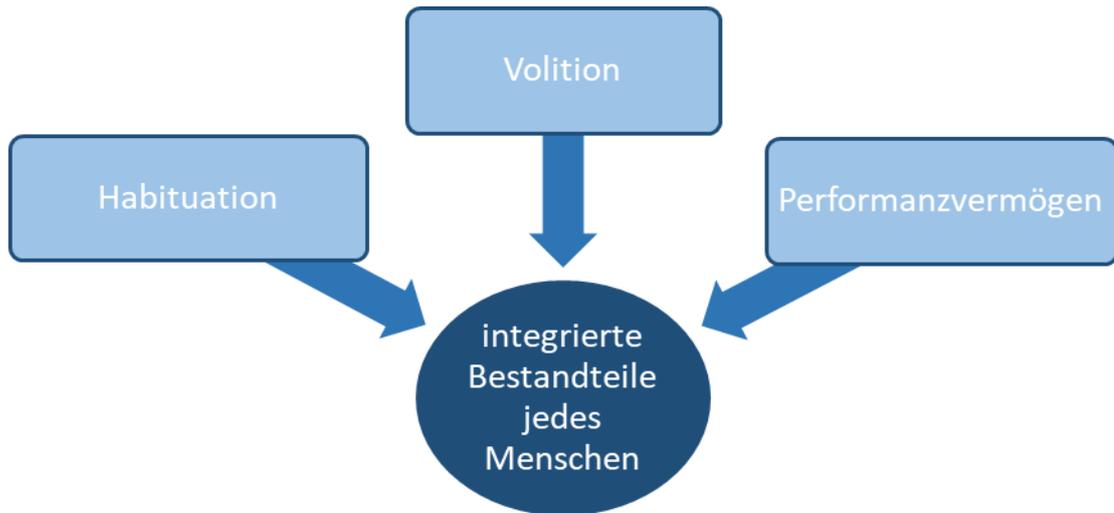


Abbildung 1 die drei Komponenten des Menschen

### Die Umwelt aus der Sicht des MOHO

Die Beeinflussung dieser Person durch die Merkmale ihrer Umgebung steht immer im Zusammenhang mit den drei Komponenten der Person und beeinflussen das Betätigen in der Umwelt. Dabei bietet jede Umwelt Möglichkeiten, Unterstützung, Anforderungen und Einschränkungen, welche die Entscheidung zum Betätigen beeinflussen. Diese werden auch als *Umwelteinfluss* bezeichnet. Diese Einflüsse können die Person zum Betätigen befähigen, aber auch durch Beeinträchtigung behindern (Taylor, 2017). Ein Bürgersteig bietet zum Beispiel die Möglichkeit auf ihm zu gehen, aber auch Anforderungen, wie z.B. das Überqueren eines Bordsteines. Wenn keine Mittel, wie z.B. eine Absenkung des Bordsteines am Bürgersteig gegeben ist, kann dieser für einen älteren Menschen mit Gangschwierigkeiten ein Hindernis darstellen und das Ausführen der Betätigung hemmen, da die Anforderungen der Umwelt zu hochgestellt sind (Verhoef & Zalmstra, 2019). Bei dem MOHO handelt es sich um ein bekanntes ergotherapeutisches Inhaltsmodell, das eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen ermöglicht. In der Ergotherapie werden neben Inhaltsmodellen auch Prozessmodelle genutzt. Im folgenden Abschnitt werden deswegen die Unterschiede zwischen Prozess- und Inhaltsmodellen sowie die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten innerhalb der Ergotherapie beschrieben.

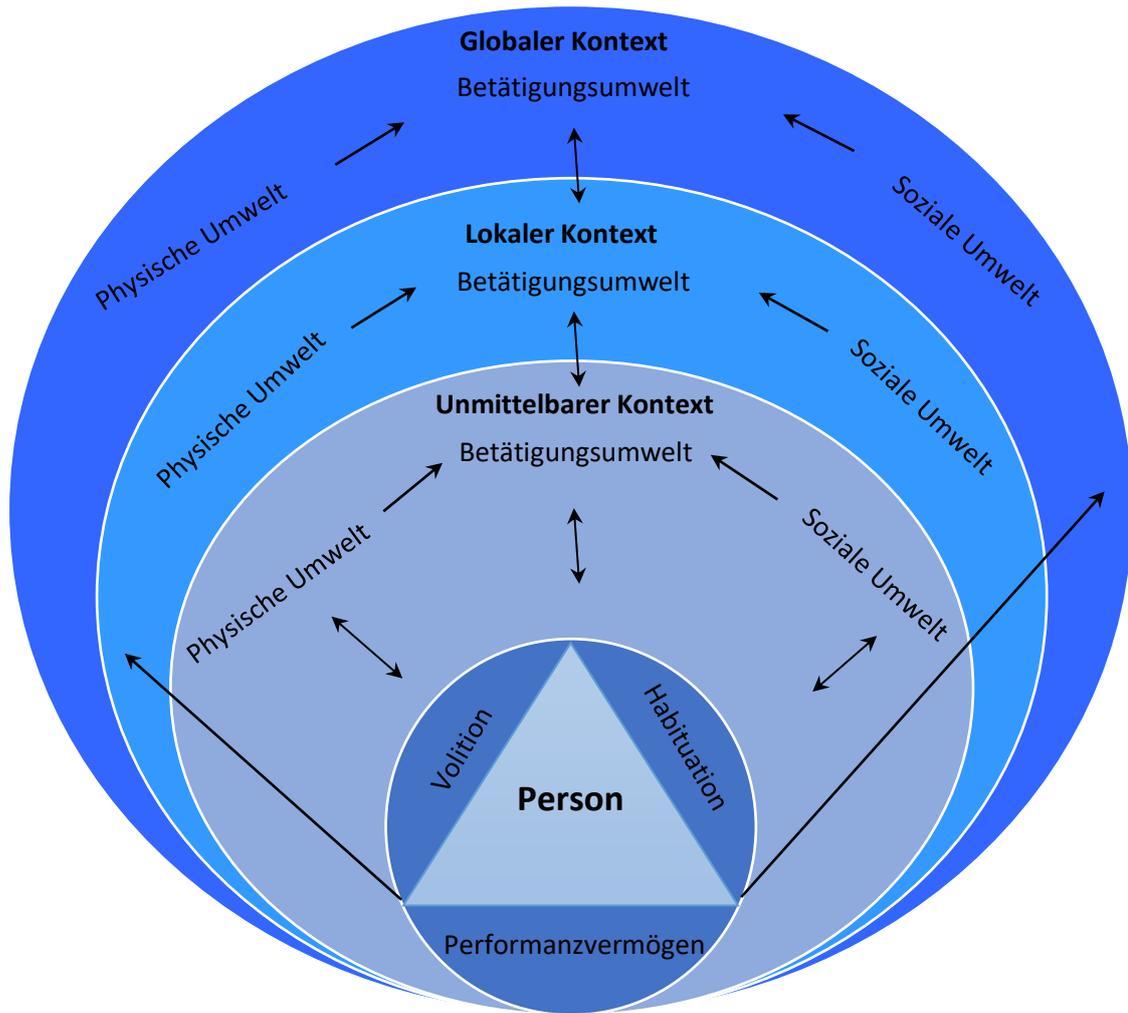


Abbildung 2 Interaktion zwischen der Person und der sozialen, physischen und Betätigungsumwelt innerhalb der drei Kontexte (in Anlehnung an Fisher, Parkinson & Haglung, 2017)

### 2.2.2 Unterschiede von Prozess- und Inhaltsmodellen

Prozessmodelle unterstützen den/die Ergotherapeuten\*in dabei, den Überblick über den komplexen Therapieprozess zu behalten und somit ein systematisches Vorgehen zu ermöglichen. , Inhaltsmodelle dienen Ergotherapeuten\*innen dazu , durch eine „professionelle Brille“ einen klaren, ganzheitlichen Blick auf den/die Klienten\*in zu richten (Kranz, 2015a) und Informationen zum Inhalt einer Betätigungsfrage bereitzustellen (Kinebanian & Logister-Proost, 2019).

In der Ergotherapie müssen Therapeuten\*innen über ein vielfältiges Wissen verfügen und sich gleichzeitig ein ganzheitliches Bild von dem/der Klienten\*in machen.

Dies erfolgt, indem sie Informationen über den/die Klienten\*in sowie dessen individuelle Lebenssituation und Betätigungsanliegen erheben. Um diese Informationen zu strukturieren nutzen Ergotherapeuten\*innen Inhaltsmodelle, die das Wissen in die Praxis übertragen (Kranz, 2015a).

Das MOHO stützt sich z.B. auf Erkenntnisse aus der Systemtheorie, Psychologie, Sozialpsychologie, Anthropologie und Occupational Science und erklärt, wie ein/e Klient\*in in seiner/ ihrer täglichen Umwelt agiert und was ihn/sie zu einer Betätigung motiviert, um diese durchzuführen. Dabei unterscheiden Inhaltsmodelle drei Elemente: Person, Betätigung und Umwelt (Taylor, 2017). Inhaltsmodelle dienen als theoretische Grundlage für die Entwicklung von Assessments. Der/ Die Ergotherapeut\*in kann diese Assessments nutzen, um wichtige Informationen über den/die Klienten\*in zu erheben und Betätigungsanliegen zu ermitteln (Scheepers, 2011). In Bezug zu dieser Forschung ist das Assessment COSA (2.2) auf Grundlage des MOHO entwickelt worden. Aus diesem Grund wird dieses Assessment im Kapitel (2.4) noch genauer beschrieben. Durch den Einsatz dieser Assessments wird ein klientenzentriertes Vorgehen gewährleistet, da der/ die Ergotherapeut\*in mehr über die Sicht des/der Klienten\*in erfährt und die Intervention auf die Ziele des/ der Klient\*in abstimmen kann, und somit seine/ihre Compliance in der Therapie stärkt. (Kranz, 2015b).

Innerhalb eines Prozessmodells durchlaufen Ergotherapeut\*in und Klient\*in einen Problemlösungsprozess auf Grundlage des Betätigungsanliegens des/der Klienten\*in. Dieser Prozess setzt sich aus mehreren Aktionen zusammen, die sich auf die Evaluation, Intervention und das Outcome beziehen. Dabei unterstützt ein Prozessmodell den/die Ergotherapeuten\*in dabei, diese Phasen sinnvoll zu gestalten und die praktische Umsetzung zu leiten (Duncan, 2012). Ein Prozessmodell ergänzt damit ein Inhaltsmodell, welches die theoretischen Zusammenhänge strukturiert darstellt und eine Basis für den ergotherapeutischen Prozess bildet (Kielhofner, 2004).

Für die Strukturierung ihres Therapieprozesses können Ergotherapeuten\*innen verschiedene Prozessmodelle nutzen. Auf Grundlage des Inhaltsmodell MOHO ist das Prozessmodell des therapeutischen Reasonings (Kielhofner, 2017) entstanden.

### 2.2.3 Das ergotherapeutische Prozessmodell des therapeutischen Reasonings

Das Prozessmodell des professionellen Reasonings (→) setzt sich aus sieben Schritten zusammen und basiert auf klientenzentrierten, theorie- und evidenzbasierten Ansätzen. Das therapeutische Reasoning (→) innerhalb des Prozesses stellt die Klientenzentrierung und die Theorie des MOHO in den Fokus. Es liefert dem/ der Ergotherapeuten\*in unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten die Theorie des MOHO anzuwenden, um den/ die Klienten\*in zu verstehen und gemeinsam mit ihm/ihr eine Therapie zu planen und umzusetzen (Forsyth, 2017).

Im Folgenden wird das Prozessmodell des therapeutischen Reasonings anhand der sieben Schritte sowie die Integration des COSA (2.2) innerhalb dieses Prozesses mit Hilfe von einem ergotherapeutischen Fallbeispiel erklärt.

Bei dem Klienten handelt es sich um den 8-jährigen John, der die dritte Klasse einer Regelgrundschule besucht. Bei John wurde eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) diagnostiziert. Aus diesem Grund kommt John einmal wöchentlich zur Ergotherapie.

#### 1. Generalisieren und Anwendung von Fragen für den Reasoning Prozess

Im ersten Schritt des Prozessmodells generiert der/die Ergotherapeut\*in theoriegeleitete Fragen für den Reasoningprozess, um eine nichtstandardisierte Beurteilung über den/die Klienten\*in zu ermöglichen. Diese Vorgehensweise erleichtert das Kennenlernen zwischen Klienten\*in und Ergotherapeuten\*in, da die allgemeinen Fragen auf der MOHO Theorie basieren (Forsyth, 2017). Durch diese leitet der/die Ergotherapeut\*in ein klientenzentriertes Gespräch ein, welches zur Verdeutlichung der Betätigungsfragen beiträgt. „Auch kann am Ende dieses Schrittes festgestellt werden, welcher Aspekt des Betätigens im zweiten Schritt der weiteren Analyse bedarf“ (Verhoef & Zalmstra, 2019, S. 406).

Die Ergotherapeutin leitet durch das Generieren von Fragen ein klientenzentriertes Gespräch mit John und seiner Mutter ein, um durch ein interaktives sowie narratives Reasoning (→) (Feiler, 2019) eine therapeutische Beziehung aufzubauen. So fragt die Ergotherapeutin die Mutter von John unter anderem folgende Fragen: „Erledigt John die Hausaufgaben größtenteils selbstständig oder benötigt er noch viel externe Begleitung von Ihnen?“, „Wie viel Zeit benötigt John im Durchschnitt für seine Hausaufgaben?“. Hierbei ist

es der Therapeutin wichtig Informationen über die notwendigen Kommunikations-/Interaktions-, Motorik und Prozessfähigkeiten von John in Bezug auf die Hausaufgabensituation zu erhalten. Diese Fragen dienen außerdem im Sinne der Klientenzentrierung dazu, möglichst viele Informationen über John zu erhalten, welche wiederum zur Verdeutlichung der Betätigungsfrage beitragen. John's Mutter berichtet, dass es zu Hause über zwei Stunden dauert, bis John seine Hausaufgaben erledigt hat. Dabei benötigt er viel Unterstützung von seiner Mutter, da er sich häufig ablenken lässt.

## 2. Durchführung standardisierter Assessments

Zur weiteren Analyse zieht der/die Ergotherapeut\*in standardisierte Assessments hinzu. Dabei handelt es sich um Assessments, die einem festgelegten Protokoll folgen, welches durch Forschung entwickelt und erprobt wurde. Diese erfüllen die Testgütekriterien der Reliabilität und Validität und schützen während der Beurteilungen vor Verzerrungen in der Bewertung. Auf der Grundlage des MOHO wurden standardisierte Assessments, wie z.B. die Rollen- und Interessencheckliste entwickelt (Kielhofner, Mentrup & Langlotz, 2019). Durch die Anwendung eines standardisierten Assessments bei einem/einer Klienten\*in stehen nach der Beurteilung eine Fülle von Informationen zur Verfügung, um die Betätigungssituation des/der Klienten\*in zu verstehen. Durch diese Vorgehensweise kann der/die Ergotherapeut\*in ein Verständnis dafür entwickeln, wie Informationen eingeordnet und interpretiert werden. Daraufhin kann eine Hypothese zur Betätigungsfrage entwickelt werden (Forsyth, 2017).

Die Ergotherapeutin stützt sich auf ihr Scientific Reasoning (Feiler, 2019), um Probleme zu identifizieren, zu analysieren und Lösungen für bestehende Probleme zu entwickeln. Das Scientific Reasoning bezieht das prozedurale Reasoning (→) mit ein, durch das die Ergotherapeutin Methoden einsetzt, um Informationen über John zu erhalten. Dies ermöglicht ihr Hypothesen zu formulieren (Feiler, 2019). Um die Betätigungsprobleme im Alltag von John zu identifizieren und zu analysieren, stützt die Ergotherapeutin sich auf den betätigungsbasierten Bezugsrahmen (→) (Merklein de Freitas, 2016) und führt mit John eine Befragung mit Hilfe des COSA durch. Parallel dazu füllt John's Mutter den Elternfragebogen aus. Durch den Selbsteinschätzungsbogen will die Ergotherapeutin Stärken und Probleme von John im Alltag ausfindig machen. Dieses standardisierte Assessment ermöglicht es der

Ergotherapeutin ein ganzheitliches Bild von John zu erhalten. John füllt gemeinsam mit der Ergotherapeutin den Selbsteinschätzungsbogen mit einem einfachen Bewertungssystem in Form von Smileys und Sternchen aus und schätzt seine Fähigkeiten in verschiedenen Alltagssituationen ein. Im nächsten Schritt bewertet John, wie wichtig ihm diese Fähigkeiten sind. Durch den Elternbogen kann die Ergotherapeutin Informationen über John's Betätigungskompetenz und Wichtigkeit erfassen, indem die gleichen Alltagsaktivitäten von der Mutter bewertet wurden. Durch die Anwendung der Bögen können beide Perspektiven erfasst werden. Es gelingt John nach kurzem Überlegen angemessen auf die verschiedenen Items (→) zu antworten. Er kann Stärken und Schwierigkeiten eindeutig benennen. Im Anschluss werden auf Grundlage eines Gesprächs die Ergebnisse besprochen.

John und seine Mutter geben an, dass bei Folgenden Items Schwierigkeiten auftreten und mit einer hohen Wichtigkeit bewertet werden:

*In der Schule kann John die Aufgaben in der vorgegebenen Zeit beenden.*

*John kann seine Hausaufgaben ohne Hilfe erledigen.*

*John hat genügend Zeit, um Sachen zu tun, die er gerne mag.*

Im weiteren Verlauf wurde mit Frostigs Entwicklungstest zur visuellen Wahrnehmung (FEW 2) (Büttner, Dacheneder, Schneider & Weyer, 2008) ein weiteres standardisiertes Assessment angewendet, um visuelle Wahrnehmungsschwierigkeiten als Ursache für die lange Bearbeitungszeit der Hausaufgaben ausschließen zu können. Die Ergebnisse des FEW 2 von John befanden sich im Normbereich für sein Alter, sodass eine Einschränkung der visuellen Wahrnehmung ausgeschlossen werden konnte.

### 3. Formulierung einer Hypothese zur Betätigungsfrage

Im 3. Schritt fasst der/die Ergotherapeut\*in alle gesammelten Informationen zusammen, um einen Überblick über die Betätigungssituation des/der Klienten\*in zu schaffen.

Forsyth (2000) benannte diese Vorgehensweise als eine "Betätigungsformulierung".

Die Betätigungsformulierung leitet den/die Ergotherapeuten\*in bei der Identifizierung von möglichen Betätigungsveränderungen und bei der Entwicklung von messbaren Zielen. Da dieser Schritt einen wichtigen Teil des Prozesses darstellt, ist es wichtig, den/die Klienten\*in so weit wie möglich mit einzubeziehen (Forsyth, 2017). Durch die

Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind und den Eltern werden diese aktiv in den Prozess mit eingebunden.

Das Kind schätzt sich selbst in seinen Stärken und Schwächen ein und kann somit seine Betätigungsprobleme mit Hilfe von Items darstellen. Auch die Eltern wurden integriert, indem sie mit Hilfe des Elternbogen des COSA (2.2) die Stärken und Schwächen ihres Kindes einschätzen. Zudem ermöglicht er die Bewertung der Wichtigkeit von einzelnen Betätigungen für das Kind. Somit können Betätigungen ermittelt werden, die für das Kind eine große Bedeutung haben. Durch diese klientenzentrierte Vorgehensweise können Ergotherapeut\*in, Kind und Eltern gemeinsam über ein weiteres Vorgehen entscheiden.

Ziel der Betätigungsformulierung ist es, ein neues Verständnis in Bezug auf die Betätigungsfrage zu erlangen, da diese die Grundlage für die Betätigungsformulierung bildet. Die Betätigungsformulierung ihrerseits dient dann als Grundlage für das weitere therapeutische Vorgehen, um die gewünschte Betätigungsveränderung zu erreichen (Forsyth, 2017).

Durch die gewonnenen Informationen stellt die Ergotherapeutin verschiedene Hypothesen auf, welche Ursachen für die Schwierigkeiten in der Hausaufgabensituationen verantwortlich sein könnten.

Die aufgestellten Hypothesen lassen sich auf verschiedene Bezugsrahmen stützen. Die Ergotherapeutin stützt sich z.B. auf den psychosozialbasierten Bezugsrahmen, welcher auf Strategien des Selbstmanagements basiert, indem sie die Hypothese aufstellt, dass die Ursachen in kognitiven Aspekten und im Verhalten von John liegen.

Stellt die Ergotherapeutin die Hypothese auf, dass die Ursachen in der visuellen Wahrnehmung von John liegen, stützt sie sich auf den wahrnehmungsbasierten Bezugsrahmen. Diese Hypothese konnte aufgrund der Ergebnisse des FEW 2 widerlegt werden.

Weitere Ursachen für John's Probleme können in der Umwelt liegen. Hier stützt sich die Ergotherapeutin auf den adaptionsbasierten Bezugsrahmen (Merklein De Freitas, 2016).

Um John bei der Bearbeitung seiner Hausaufgaben zu beobachten, führt die Ergotherapeutin eine dynamische Ausführungsanalyse (DAA), in Anlehnung an den Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Ansatz (Polatajko &

Mandricht, 2008), der Hausaufgabensituation durch. Dies unterstützt die Ergotherapeutin zusätzlich durch eine Videoaufnahme. Die Ergotherapeutin stellt im Folgenden eine erste Betätigungsformulierung auf: "John ist ein 8 Jahre alter Junge, der zurzeit die Rollen als Schüler, Sohn, Freund und Fußballer ausführt. Er schätzt diese Rollen, kann die Rollen als Freund und Fußballer, durch den großen Zeitaufwand bei den Hausaufgaben, nur noch begrenzt ausführen. Er zeigt bei den Hausaufgaben eingeschränkte prozessbezogene Performanzfähigkeiten und ist dadurch auf eine enge Begleitung in den Hausaufgabensituationen angewiesen. Dies liegt daran, dass er nach Bearbeitung der Aufgaben die Ergebnisse nicht kontrolliert, häufig Fehler übersieht und sehr voreilig arbeitet. Dies führt dazu, dass John lange an Hausaufgaben verweilt und nur noch wenige Möglichkeiten hat, sich an Aktivitäten in seiner sozialen Umwelt zu beteiligen, wie z.B. seine Freunde auf dem Fußballplatz zu treffen. Er erfährt in seiner sozialen Umwelt viel Unterstützung durch seine Mutter. In seiner Betätigungsumwelt liegt der Fokus auf dem Bereich Produktivität und Freizeit. Das selbstständige Erledigen der Hausaufgaben gelingt ihm nicht. In der Freizeit spielt er gerne Fußball mit seinen Freunden, kann diese Betätigung jedoch nur noch eingeschränkt ausführen. John und seine Mutter setzen gemeinsam mit der Ergotherapeutin Ziele, damit John wieder regelmäßiger Betätigungen nachgehen kann, die für ihn bedeutsam sind."

#### 4. Identifizierung von Betätigungsveränderungen

Bei der Festlegung von Zielen lässt sich der/die Ergotherapeut\*in von der Betätigungsformulierung leiten, indem er/sie darüber nachdenkt, welche Betätigungsveränderungen in der Ergotherapie möglich sind. Die Betätigungsveränderungen können sich auf die Umwelt, die Person und auf die Anforderungen der Betätigung beziehen. Dies bietet dem/der Ergotherapeuten\*in eine Grundlage, um im Anschluss messbare Ziele zu entwickeln (Forsyth, 2017).

Auf Grundlage der Hypothesen entwirft die Ergotherapeutin verschiedene Pläne, welche Betätigungsveränderungen in der Ergotherapie für John möglich sind. Sie nutzt das konditionale Reasoning (→) (Feiler, 2019), indem sie den Gesamtzusammenhang (Person, Betätigung, Umwelt) berücksichtigt, um eine klientenzentrierte Intervention zu planen und diese in Form von Betätigung durchzuführen. Die Ergotherapeutin identifiziert die

Betätigungsveränderungen im Bereich der Person und der Umwelt, um im Anschluss darauf aufbauend mit John und seiner Mutter Ziele zu formulieren.

Eine Betätigungsveränderung in der Person selbst kann dazu führen, dass John sich Problemlösestrategien aneignet und diese ihn durch stetige Reflexion zu einer Verhaltensänderung anregt. Durch die Anwendung eigener Problemlösestrategien wird John's Betätigungsidentität und -kompetenz gestärkt. Als mögliche Veränderung der Betätigung der Hausaufgabenbearbeitung wurde anhand der DAA eine Veränderung in der sozialen Umwelt identifiziert. Der Therapeut kann durch eine gezielte Förderung der kognitiven Strategien (Zeitpläne, Pausen) von John den Erwerb von neuen Fertigkeiten sowie die Generalisierung und den Transfer dieser Fertigkeiten in den Alltag fördern. Dadurch wird eine zufriedenstellendere Teilhabe in seiner Umwelt gefördert.

#### 5. Entwicklung der messbaren Ziele

Durch die Entwicklung der messbaren Ziele, wird angegeben, welche Art der Betätigungsveränderung in der Intervention angestrebt wird. Diese Veränderungen sind dann erforderlich, wenn die Betätigungen des/der Klienten\*in für ihn/sie zu einer Herausforderung werden.

Wenn sich ein/e Klient\*in z.B. nicht selbstwirksam fühlt, wird sich die Therapie darauf richten, sein/ihr Gefühl von Selbstwirksamkeit zu stärken.

Die Entwicklung eines Ziels setzt sich aus vier Elementen zusammen, die das Ziel messbar machen:

1. Element: beinhaltet die Betätigungsveränderungen und was der/die Klient\*in tun wird, um zu zeigen, dass das Betätigungsziel erreicht wurde
2. Element: bezieht sich auf das Setting, indem der/die Klient\*in die Betätigung ausführt
3. Element: bezieht sich auf das Maß der Umstände, unter denen der/die Klient\*in etwas tun wird, z.B. durch verbale Anleitung oder physische Unterstützung
4. Element: umfasst den Zeitrahmen, in dem der/die Klient\*in die Betätigung ausführt. Durch das Einbeziehen dieser Elemente in die Zielformulierung, wird

klaraufgezeigt, was innerhalb der Intervention erreicht werden soll, um diese im Anschluss zu messen und zu überprüfen, ob die Ziele erreicht worden sind (Forsyth, 2017).

Eine Besonderheit des MOHO stellen die Interventionsstrategien dar, die gemeinsam von dem/der Klienten\*in und Ergotherapeuten\*in beschlossen werden. Der/Die Ergotherapeut\*in kann aus verschiedenen Interventionsstrategien wählen (Kielhofner, 2008):

- Validieren: Erfahrungen und Perspektiven des/der Klienten\*in respektieren
  - Identifizieren: persönliche Möglichkeiten des/der Klienten\*in verdeutlichen
  - Feedback geben: Ansichten zur Betätigungsfrage teilen, um das Verständnis des/der Klienten\*in auf seine/ihre Fragen zu sichern
  - Beraten: Beratung in Hinblick auf die Ziele und Darstellung der Möglichkeiten, um die Ziele zu erreichen
  - Verhandeln: Austausch mit dem/der Klienten\*in über Perspektiven
  - Strukturieren: Fixpunkte anbieten durch das Aufzeigen von Alternativen
  - Coachen: wenn der/die Klient\*in neue Strategien erlernt und Fertigkeiten steigert
  - Ermutigen: den/die Klienten\*in motivieren und emotional unterstützen
  - Anbieten physischer Unterstützung: körperliche Unterstützung des/der Ergotherapeuten\*in, bei eingeschränkten motorischen Fertigkeiten des/der Klienten\*in
- Diese Interventionsstrategien befähigen und unterstützen den/die Klienten\*in dabei, eine Betätigung ausführen zu können.

Zur Entwicklung von messbaren Zielen hat die Ergotherapeutin ein gemeinsames Gespräch mit John und seiner Mutter, auf Grundlage der ausgefüllten COSA Bögen geführt. John und seine Mutter haben im Rahmen des COSA ähnliche Ziele benannt. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin werden folgende Therapieziele für die nächsten 10 Therapieeinheiten vereinbart und schriftlich festgehalten:

- John beendet mit strukturierter Unterstützung seiner Mutter und der Strategien verbaler Selbstanleitung seine Hausaufgaben in zweimal 30 Minuten.
- John benutzt bei den Hausaufgaben verbale Selbstanweisung, um eigene Lösungen zu finden und ein planvolles Handeln in Einzelschritten zu üben.

Die Ergotherapeutin plant gemeinsam mit John und seiner Mutter als Interventionsstrategien John und seine Mutter durch Strukturierung, Beratung, Coaching und Ermutigung zu befähigen, eine mehr zufriedenstellende Teilhabe zu erreichen. Die Mutter wird in Hinblick auf die Erreichung der Ziele im häuslichen Umfeld beraten.

### 6. Durchführung der Intervention

Während der Durchführung der Intervention geht es darum, den/die Klienten\*in bei der Ausübung von bedeutungsvollen Betätigungen zu unterstützen und diese zu ermöglichen. Nur so kann das Wohlbefinden und die Gesundheit eines/einer Klienten\*in wiederhergestellt werden, wenn bedeutungsvolle Betätigungen ausgeführt werden, die ein Gefühl der Betätigungsidentität und -kompetenz unterstützen. Das therapeutische Reasoning, welches den/die Ergotherapeuten\*in in der Intervention leitet, ist sehr komplex, da die Beteiligung des/der Klienten\*in an der Betätigung spontan in Echtzeit und im Kontext der Handlung organisiert ist. Die Leistungen des/der Klienten\*in in der Intervention können z.B. beeinträchtigt werden, durch fehlenden Glauben in die eigenen Fähigkeiten oder die fehlende Kraft, alte Gewohnheiten abzulegen und zu verändern.

Für den/die Ergotherapeuten\*in ist es daher wichtig, in seinem therapeutischen Reasonings die Dynamik der Wechselwirkung zwischen der Person und der Umwelt zu beachten. Das therapeutische Reasoning fokussiert sich darauf, gemeinsam mit dem/der Klienten\*in über Veränderungen im Bereich der Volition, Habituation, des Performanzvermögens und der Umwelt zu entscheiden, um ihm/ihr die Möglichkeit zu geben, Fähigkeiten zu verbessern und die Teilhabe an einer Betätigung zu ermöglichen (Forsyth, 2017).

Durch die Anwendung des CO-OP Ansatzes wird außerdem ein evidenzbasiertes Arbeiten gewährleistet, welches die EBP stärkt. Die Wirksamkeit des CO-OP Ansatzes bei mehreren Krankheitsbildern, wie auch der einfachen Aktivitäts- und

Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0) ist durch viele Studien belegt. Innerhalb eines systematischen Reviews (Novak & Honan, 2019) wird der CO-OP Ansatz als ein gut zu empfehlender Interventionsansatz für Kinder mit ADHS dargestellt. In diesem Review werden unter anderem randomisierte Kontrollstudien begutachtet, die nach Borgetto (2007) das höchste Evidenzlevel aufweisen und die Wirksamkeit der CO-OP Intervention beweisen.

Die Ergotherapeutin stützt sich in der Intervention auf den kognitiv-verhaltensbasierten Bezugsrahmen (Merklein de Freitas, 2016) und entscheidet nach dem CO-OP Ansatz (Polatajko & Mandich, 2008) zu arbeiten, da es John mit der Erarbeitung der globalen Lösungsstrategie: ZIEL, PLAN, TU, CHECK sowie verbalen Selbstanweisungen besser gelingt eine angemessene Eigensteuerung bei der Bearbeitung der Hausaufgaben aufzubauen. Der Transfer der erlernten Inhalte in den Alltag spielt dabei eine wichtige Rolle im CO-OP Ansatz. Im Vordergrund der Intervention steht der Erwerb von Fertigkeiten, die zu einer zufriedeneren Teilhabe von John führen sollen. Die Anwendung kognitiver Strategien soll die Lösung eigener Performanzprobleme sowie das Entwickeln eigener Strategien fördern, z.B. in Hausaufgabensituationen. Die erlernten Strategien werden im Anschluss außerhalb der Therapie generalisiert. Dabei spielt die Rückmeldung der Mutter eine wichtige Rolle, ob die Ausführung der Fertigkeiten gelingt. Die erlernten Strategien sollen durch einen Transfer auch auf andere Schwierigkeiten im Alltag angewendet werden, z.B. sich beim Abschreiben von der Tafel in der Schule nicht ablenken lassen.

### 7. Bewertung der Ergebnisse der Intervention

Die Bewertung der Interventionsergebnisse (Outcome-Messung) stellt einen wichtigen letzten Schritt dar. Die Interventionsergebnisse können durch zwei Ansätze dokumentiert werden: durch eine Untersuchung des Ausmaßes, in dem die messbaren Ziele erreicht worden sind (Zielerreichung) und durch die Wiederverwendung von standardisierten Assessments, wie z.B. eine erneute Erhebung des COSA (2.2), um die Veränderungen zu messen. Die Bewertung der Ergebnisse durch Beurteilung der Zielerreichung ist für den/die Ergotherapeuten\*in hilfreich und wertvoll, da er/sie so ermitteln kann, ob die Auswahl der Intervention eine gute Entscheidung war. Da er/sie die Ziele gemeinsam mit dem/der Klienten\*in formuliert hat, kann er/sie außerdem durch die Beurteilung des Ausmaßes der Zielerreichung feststellen, inwieweit die Wünsche des/der Klienten\*in

erfüllt wurden. Eine erneute Erhebung durch ein strukturiertes Assessment kann Hinweise auf Veränderungen liefern. Diese werden zu Beginn und am Ende der Therapie hinzugezogen, um zu ermitteln, wie viel Veränderung erreicht wurde. Dabei erfassen die Assessments aus dem MOHO immer eines oder mehrere Komponenten aus der MOHO-Theorie (Volition, Habituation etc.) und sind besonders nützlich, wenn ein Ziel des/der Klienten\*in eine oder mehrere Komponenten beinhaltet. Zudem wird auch der Vergleich von Veränderungen bei unterschiedlichen Klienten\*innen ermöglicht. Durch die Anwendung dieser strukturierten Vorgehensweise kann eine evidenzbasierte Therapie gewährleistet werden (Forsyth, 2017).

Die Therapeutin führt bei John und seiner Mutter nach 10 Wochen eine erneute Erhebung mit der DAA durch und kann somit erkennen, in welchen Bereichen sich John verbessert hat und ob es weiterhin ergotherapeutischen Therapiebedarf gibt. Nach einer erneuten Durchführung der DAA ist zu erkennen, dass John und seiner Mutter eine gute und sichere Anwendung der erlernten Strategien in Hausaufgabensituationen gelingen. Die Mutter berichtet, dass auch Erfolge im häuslichen Setting zu beobachten sind und sie sich gemeinsam über die Erfolge freuen. John hat seitdem mehr Zeit seinen Freizeitaktivitäten wie dem Fußballspielen nachzugehen.

Die Unterstützung durch die Mutter im häuslichen Umfeld fördert die Effektivität der Intervention und den Transfer des Erlernten in den Alltag von John. Die Kontrollprozesse gelingen ihm in der Hausaufgabensituation schon sehr gut. Es ist jedoch wichtig, diese ausreichend zu automatisieren, damit John diese auch in anderen Kontexten, wie in der Schule, durchgängig anwenden kann. Aus diesem Grund hat die Ergotherapeutin auch Kontakt zu John's Lehrerin aufgenommen, um eine Rückmeldung zum Arbeitstempo von John im schulischen Kontext zu erhalten.

### 2.2.4 Wichtigkeit und Nutzen von Prozessmodellen

Prozessmodelle dienen in der Therapie als Strukturierungshilfe, die den Weg zu einem gewählten Ziel aufzeigen, um das gewünschte Ergebnis zu erreichen.

Die Grundstruktur eines Prozessmodells unterstützt den/die Ergotherapeuten\*in bei seinem/ihrer methodischen Handeln, indem Klient\*in und Ergotherapeut\*in gemeinsam anhand dieser Struktur Veränderungsprozesse modellieren und organisieren, um ein gewünschtes Ziel zu erreichen.

Dabei ist die Betätigungsfrage eines/einer Klienten\*in oft so komplex, dass zyklische und spiralförmige Prozessmodelle einen vollständigen Ansatz bieten, mit dem Ziel, optimale Betätigungs- und Partizipationsmöglichkeiten für den/die Klienten\*in in seiner Umwelt zu erreichen (Kinebanian & Logister-Proost, 2019). Diesen vollständigen Ansatz bieten auch die sieben Schritte des professionellen Reasonings, indem Taylor (2017) die Wichtigkeit betont, dass diese Schritte nicht sequentiell zu durchlaufen sind. So stellt auch die Vielfalt der Prozessmodelle einen großen Nutzen für das professionelle Handeln dar, um den Anforderungen der verschiedensten Betätigungsfragen von Klienten\*innen gerecht zu werden (Kinebanian & Logister-Proost, 2019).

In einem ergotherapeutischen Prozess geht es darum, den/die Klienten\*in zu befähigen, von einem Ist-Zustand in seinen Soll-Zustand zu kommen (Hagedorn, 2000). Hier ist die klientenzentrierte Haltung wichtig, durch die der/die Klient\*in aktiv in den Prozess mit einbezogen wird (Kranz, 2015b). Das Prozessmodell des MOHO bietet dem/der Ergotherapeuten\*in Reasoningstrategien in einzelnen Phasen an, die er dazu nutzen kann. In der Evaluationsphase werden durch strukturierte und unstrukturierte Assessments Informationen über den/die Klienten\*in eingeholt, um sich ein umfassendes Bild von dem/der Klienten\*in mit seinen/ihren Stärken und Herausforderungen zu machen. Darauffolgend werden in der Interventionsphase Ziele entwickelt und die Intervention geplant. In der Outcomephase sammelt der/die Ergotherapeut\*in erneut Informationen, durch strukturierte und unstrukturierte Weise, mit dem Ziel, den Therapieerfolg zu bewerten (Kielhofner, 2008).

### 2.2.5 Assessmenteinsatz aus dem MOHO

Das Model of Human Occupation (Taylor, 2017) beinhaltet eine Vielzahl von strukturierten Assessments, die je nach ergotherapeutischem Fachbereich und Klientel eingesetzt werden können, um z.B. die Betätigungsanliegen und damit auch die Ziele der Klienten\*innen zu erfassen.

Hierbei werden diese strukturierten Assessments innerhalb des MOHO unterteilt in Beobachtungsinstrumente, wie das Paediatric Volitional Questionnaire (PVQ) (Basu et al., 2008), Selbstbewertungsinstrumente, wie das COSA (2.2) (Kramer et al., 2014), Interviews wie das Occupational Performance History Interview (OPHI) II (Kielhofner et al., 2004) oder gemischten Assessments wie dem Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) (Parkinson & Forsyth, 2006).

In der folgenden Tabelle wird ein Überblick über einige pädiatrische Assessments aus dem MOHO gegeben, bevor im weiteren Verlauf das COSA als Assessment, welches die Grundlage dieser Forschung bildet, genauer beschrieben wird.

*Tabelle 1 Pädiatrische Bewertungsinstrumente des MOHO*

<b>MOHO Assessment</b>	<b>Art der erhobenen Informationen</b>	<b>die Art und Weise, in der Informationen erhoben werden</b>	<b>Durchführungszeit</b>	<b>Kosten</b>
Assessment of communication and interaction skills (ACIS)	Performanzfähigkeiten	Beobachtung	15-45 Minuten Beobachtungszeit	Ca. 23 Euro
Assessment of motor and process skills (AMPS)	Performanzfähigkeiten	Beobachtung	30-60 Minuten	Workshop und die Software in Deutschland zwischen 1290€ für DVE-Mitglieder und 1680€ für Nicht-Mitglieder (Stand: 2016)
Child occupational self-assessment (COSA)	Werte und Fähigkeiten	Selbstbeurteilung	Ca. 30 Minuten	Ca. 47 Euro
Occupational therapy psychosocial assessment of learning (OT PAL)	die Anpassung der Studierenden an die Rolle der Studierenden und die damit verbundenen Anforderungen	Beobachtung	Beobachtung: mindestens 40 Minuten in der Schule	Ca. 30 Euro
Paediatric volitional questionnaire (PVQ)	Wille und Motivation	Beobachtung	20-40 Minuten	Deutsche Übersetzung: 15,30 Euro
Short child occupational profile evaluation (SCOPE)	Wille und Motivation, Gewohnheiten, Performance-Fähigkeiten, Einfluss der Umwelt	Beobachtung, Befragung von Betreuern*innen, Klienten*innen Befragung, Überprüfung von Unterlagen.	15-30 Minuten	Ca. 50 Euro

Wie in dieser Tabelle dargestellt, werden beim COSA die Werte und Fähigkeiten des Kindes in Form eines Selbstbeurteilungsbogens erhoben.

Dies ist eine gute Möglichkeit, um im Sinne der Klientenzentrierung zu arbeiten und somit das Kind und die Eltern als erweiterten/e Klienten\*in mit in den ergotherapeutischen Prozess einzubeziehen. Weitere Aspekte, die zu einer genaueren Forschung der Praktikabilität dieses Assessments geführt haben, waren die Durchführungszeit von circa 30 Minuten sowie die Möglichkeit das COSA ohne zusätzliche Fortbildung für ungefähr 47 Euro anzuschaffen.

### 2.2.6 Das COSA als Assessment aus dem MOHO

Bei dem COSA (2.2) (Reis & Schuster, 2019) handelt es sich um ein Selbsteinschätzungsinstrument für Kinder zwischen 7 und 17 Jahren. Das COSA soll die Handlungskompetenz der Klienten\*innen im Hinblick auf alltägliche Tätigkeiten beurteilen. Diese Selbstbeurteilungen erlauben es den Klienten\*innen, die eigenen Einschätzungen anzugeben, für die Ergotherapie Ziele zu benennen und somit Prioritäten zu setzen. Das Ziel der Durchführung liegt dabei in der Darstellung, wie die Kinder ihre eigenen Fähigkeiten wahrnehmen und welche Wichtigkeit sie den Aktivitäten zusprechen.

Das COSA fragt nach einer Reihe von Aktivitäten im Bereich der Selbstversorgung, der sozialen Interaktion mit anderen und der Teilhabe an Interessen. Das COSA umfasst Schularbeiten, den Umgang mit Klassenkameraden\*innen und die Einhaltung von Regeln. Diese Betätigungen können auch mit den wichtigsten MOHO-Konzepten wie Volition (Beteiligung an Interessen), Habituation (Erfüllung von Rollenerwartungen) und Fertigkeiten (Fähigkeit, bestimmte Aufgaben zu erfüllen) in Einklang gebracht werden, um das Betätigungsprofil eines/einer Klienten\*in zu erstellen.

Bei der Durchführung des COSA bewerten die Klienten\*innen nach jeder Frage, zu einem der 25 Items, anhand einer Vier-Punkte-Skala, wie gut er/sie diese Betätigung aktuell ausübt. Die Klienten\*innen bewerten auch die Bedeutung der einzelnen Tätigkeiten anhand einer Vier-Punkte-Skala. Das COSA verwendet altersgerechte Bewertungsskalen. Um die Aussagekraft des Selbstbeurteilungsinstruments für so viele Kinder wie möglich zu maximieren, stehen drei Versionen des COSA-Bewertungsformulars zur Verfügung: Ein Bewertungsbogen für Jugendliche mit Symbolen, ein Bewertungsbogen für Jugendliche

ohne Symbole und eine Kartenversion, die ebenfalls Symbole gebraucht. Symbole werden verwendet, um den Jugendlichen die Bedeutung der einzelnen Antwortkategorien verständlich zu machen: Traurige und fröhliche Gesichter werden verwendet, um die Kompetenzskalen zu verdeutlichen, und Sterne werden verwendet, um die Wichtigkeitsskala zu verdeutlichen.

Nach der Beantwortung der COSA-Items haben die Kinder die Möglichkeit, durch die Beantwortung einer Reihe von offenen Folgefragen über alle zusätzlichen Bedenken und Stärken zu sprechen, die in den COSA-Items nicht angesprochen wurden.

Das COSA-Formular enthält keinen dritten Schritt zur Auswahl von Bereichen, in denen Prioritäten für Veränderungen gesetzt werden sollen. Stattdessen strukturiert der/die Ergotherapeut\*in den Prozess und hilft dem Kind, die Punkte zu überprüfen, Tätigkeiten mit der größten Lücke zwischen Kompetenz- und Wichtigkeitsratings zu identifizieren und die Prioritäten für Veränderungen auszuwählen (Kramer et al., 2017). Auf Grundlage des COSA sowie der Bewertung der gleichen Items von Seiten der Eltern, werden dann im Anschluss in einem gemeinsamen Gespräch mit dem/der Ergotherapeut\*in und (erweitertem/erweiterter) Klient\*in Ziele für die ergotherapeutische Intervention formuliert.

Das COSA ist auch als Assessment zur Ergebnismessung konzipiert, dass die selbstwahrgenommenen Veränderungen der Klienten\*innen erfasst. Als Ergebnismesswerte dienen die Werte des COSA, die zu Beginn und am Ende der Therapie erhoben werden. Im Verlauf oder zum Ende der Intervention kann eine erneute Durchführung des COSA zur Outcome Messung dienen, um die Performanz und Wichtigkeit der Betätigungen erneut von Kind und Eltern bewerten zu lassen. Hierdurch können sich auch nach dem Erreichen eines Therapieziels neue Ziele für die Ergotherapie definieren.

Das COSA (2.2) weist starke psychometrische Eigenschaften auf und wurde mit großen, internationalen Klienten\*innen Populationen validiert. Die COSA-Items messen auch die beiden Konstrukte von Handlungskompetenz und Wichtigkeit (interne Validität), wenn sie mit einer internationalen Stichprobe von Jugendlichen im Alter von 7 bis 18 Jahren mit einer Vielzahl von Behinderungen und Diagnosen verwendet werden (Kramer, Kielhofner & Smith, 2010). Studien sowohl in den Vereinigten Staaten als auch in den Niederlanden bestätigen, dass die COSA-Items Aktivitäten erfragen, die für Jugendliche

relevant und wichtig sind (Kramer, 2011; O'Brien et al., 2009; ten Velden, Couldrick, Kinebanian & Sadlo, 2013).

Da das COSA (2.2) erst im vergangenen Jahr als Bachelorarbeit in die deutsche Sprache übersetzt wurde und bislang noch nicht veröffentlicht ist, dient diese sowie eine parallellaufende Forschung dazu, auch die deutsche Version des COSA (2.2) (Reis, Schuster, 2019) hinsichtlich seiner psychometrischen Eigenschaften zu prüfen. Hierdurch soll auch deutschsprachigen Ergotherapeuten\*innen die neue Version eines innerhalb der Ergotherapie weitverbreiteten, klientenzentrierten Assessments zugänglich gemacht werden, damit es von ihnen genutzt werden kann.

### 2.3 Assessments

Im folgenden Kapitel wird der Begriff Assessment definiert sowie der Einsatz von Assessments in Deutschland und im internationalen Bereich betrachtet. Zusätzlich werden verschiedene Arten von Assessments beschrieben, die in der Ergotherapie vorherrschend sind.

#### 2.3.1 Assessment Definitionen/ Beschreibungen in Deutschland und International

In der deutschen sowie auch in der internationalen Terminologie wird der Begriff Assessment von vielen Autoren unterschiedlich definiert und führt somit auch zu einer unterschiedlichen Verwendung des Begriffs „Assessment“. Eine gemeinsame Terminologie in der Ergotherapie stellt immer noch eine Herausforderung dar. Diese ist jedoch wichtig in Bezug auf den Begriff „Assessment“, da eine einheitliche Terminologie den Austausch von Ideen und Informationen ermöglicht und eine internationale Zusammenarbeit sowie das Lernen erleichtert (Laver-Fawcett, 2014).

Der Begriff Assessment stammt vom englischen „to assess“ und bedeutet „einschätzen“ oder „beurteilen“. Ein Assessment definiert somit einen Prozess der Sammlung und Interpretation von Informationen über Funktionen und Umgebungen eines Menschen, um Entscheidungen zu begründen und Veränderungen zu erfassen (Stadler-Grillmaier, 2007). Ein Assessment ist ein spezifisches Instrument, Werkzeug oder eine systematische Interaktion, das zur Erfassung des Betätigungsprofils und der Betätigungsperformanz während des Evaluierungsprozesses verwendet werden kann (Hinojosa & Kramer, 2009).

Fawcett veröffentlichte 2007 verschiedenste Definitionen von Autoren zum Begriff „Assessment“. Dabei stellte sie einige Aspekte zur Beschreibung eines Assessments auf,

die von allen Autoren gleichermaßen oder ähnlich beschrieben worden sind. Auf Grundlage dieser Aspekte definierte sie ein Assessment als einen Gesamtprozess der Auswahl und Verwendung mehrerer Datenerhebungsinstrumente und verschiedener Informationsquellen, um Entscheidungen zu treffen, die für die Steuerung der therapeutischen Intervention während des gesamten Therapieprozesses erforderlich sind. Zudem beinhaltet ein Erhebungsinstrument die Interpretation der gesammelten Informationen, um klinische Entscheidungen zu treffen, die sich auf die Bedürfnisse der Person und die Angemessenheit und Art ihrer Therapie beziehen. Eine Beurteilung beinhaltet die Bewertung der Ergebnisse von therapeutischen Interventionen.

### 2.3.2 Assessment Arten

Im gesamten Gesundheitssystem und somit auch in der Ergotherapie wird verstärkt eine externe Evidenz für die therapeutische Intervention gefordert. Somit wird die Orientierung an standardisierten Assessments immer wichtiger, da die Ergotherapie durch die Anwendung von wissenschaftlich fundierten Assessments die Notwendigkeit sowie Effektivität belegen kann (George, 2012). Insgesamt gibt es eine Vielzahl von Assessments und somit auch unterschiedliche Arten von Assessments. Bei der Auswahl des Assessments sollten verschiedene Faktoren beachtet werden, um eine bestmögliche und umfassende Befundung zu erreichen, z.B. das Alter des/der Klienten\*in, welche Informationen werden benötigt, wie viel Zeit steht für die Befundung des/der Klienten\*in zur Verfügung (Taylor, 2017). Die Befunderhebung hat einen großen Einfluss auf den Erfolg einer ergotherapeutischen Intervention. Um eine effiziente Befunderhebung durchzuführen, die das Ziel verfolgt, die Alltagsschwierigkeiten eines/einer Klienten\*in zu erkennen und zu analysieren, ist es notwendig, quantitative sowie qualitative Daten zu erheben und zu kombinieren. Bei der Auswahl eines Assessments ist es wichtig zu beachten, in welchem Fachbereich der/die Ergotherapeut\*in tätig ist und was genau beurteilt werden soll. Dabei orientiert sich der/die Ergotherapeut\*in an der "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)", indem eine Zuordnung zu den Domänen der ICF (Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten/Teilhabe, Kontextfaktoren bezogen auf Person/Umwelt, Sonstige), erfolgt (George, 2012). Die methodischen Vorgehensweisen bei der Informationssammlung lassen sich in zwei große Kategorien unterteilen, die standardisierten und die nichtstandardisierten Assessments (Baumgarten & Strebel, 2016). Die Vorgehensweise bei standardisierten Assessments erfolgt formell. Sie werden schriftlich von dem/der

Therapeuten\*in oder Klienten\*in ausgefüllt und bieten die Möglichkeit, relevante und fundierte Informationen über den/die Klienten\*in zu erfassen. Es liefert detaillierte Anweisungen, wann und wie das Ergebnis verwaltet werden soll, sowie zur Interpretation des Ergebnisses und zu den Untersuchungsergebnissen der Reliabilität und Validität (Cole et al., 1995). Es gibt einen festgelegten Standard, an dem das Assessment gemessen werden kann. Nichtstandardisierte Assessments sind Assessments, die auf subjektiver Beobachtung in normaler Umgebung basieren und informell durchgeführt werden (Hagedorn, 2000). Die Vorgehensweise erfolgt z.B. durch Interviews und Beobachtungen, die unter natürlichen Umständen durchgeführt werden. Das bedeutet, dass der/die Klient\*in sich im besten Fall in seiner natürlichen Umgebung befindet, in der er sich wohl fühlt.

Die nichtstandardisierten Ansätze dienen daher als Ergänzung zu standardisierten Ansätzen und sind nützlich, um wichtige Informationen innerhalb eines natürlichen Settings zu erfassen (Taylor, 2017). Innerhalb dieser Kategorien gibt es verschiedene Arten von Assessments, die entweder qualitative oder quantitative Daten erheben oder beide Ansätze miteinander kombinieren. Man unterscheidet dabei vier Arten von Befunderhebungsinstrumenten, mit denen unterschiedliche Daten erhoben werden können. Diese werden in der folgenden Tabelle kurz dargestellt.

Tabelle 2 Assessment Arten

<b>Art des Assessments</b>	<u>Interview</u>	<u>Beobachtung</u>	<u>Test</u>	<u>Selbsteinschätzungs-instrument</u>
<b>Beschreibung</b>	Befragung zur inhaltlichen und strukturellen Unterstützung	Aufgaben, die kriteriengeleitet zusammengestellt oder standardisiert vorgegeben sind.	Standardisierte Tests sollten den Testgütekriterien entsprechen, d.h. standardisierte Vorgehensweise, Durchführung und Material werden genau beschrieben (i.d.R. quantitative Erhebung).	Selbsteinschätzung durch den/die Klienten*in selbst. Beurteilung des/der Klienten*in von festgelegten Betätigungen/ Fähigkeiten anhand von vorgegebenen Kategorien wie z.B. Wichtigkeit und Zufriedenheit.
<b>Ziel</b>	Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Intervention bewerten sowie das diagnostische Verfahren für den folgenden Prozess, Informationssammlung über den/die Klienten*in und sein/ihr Betätigungsverhalten, Aufbau einer therapeutischen Beziehung.	Besseres Verständnis für Probleme, Stärken und Fähigkeiten sowie den gesamten Überblick und die Priorisierung durch eine systematische Dokumentation.	Berechnung, Beurteilung oder Einschätzung über das Ausmaß eines bestimmten Merkmals wird definiert.	Die Stärkung und Befähigung von Klienten*innen durch selbstgesteuerte Beurteilung, ihre Bedürfnisse und Ziele zu erkennen. Klient*in wird Experte seines/ihrer eigenen Lebens. Fördert die Entwicklung von Klienten (Keller & Kielhofner, 2005).
<b>Beispiel (e)</b>	WRI (Bravemann et al., 2017)	VQ (Geist, Kielhofner, de las Heras & Li, 2009)	ARAT (Lyle, 1981)	COSA 2.2 (Kramer et al., 2014)

Assessments können dabei analog zur ICF schwerpunktmäßig den einzelnen Ebenen zugeordnet werden: zum einen Assessments auf Körperfunktionsebene oder Assessments zur Erfassung von Betätigungsdomänen (Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit) sowie Assessments zur Erhebung der Umwelt- und Kontextfaktoren. „Der Befunderhebungsprozess ist daher eine höchst komplexe, dynamische und am einzelnen Individuum orientierte Aufgabe, die nicht einfach mit einem Assessment zu absolvieren ist“ (Baumgarten & Strebel, 2016, S. 133). Bei der Informationssammlung ist es somit notwendig, passende Assessments auszuwählen, um ein ganzheitliches Verständnis für den/die Klienten\*in, seine Umwelt und seine Betätigung zu entwickeln (Baumgarten & Strebel, 2016).

### 2.3.3 Assessmenteinsatz in der Ergotherapie

Assessments kommen im ergotherapeutischen Prozess zum Einsatz, um eine Intervention zu planen, den Erfolg zu messen und eine Wirksamkeit der Therapie zu belegen. Der Schwerpunkt der Nutzung liegt überwiegend in der Evaluationsphase. Der Assessmenteinsatz erfolgt in der Regel an mehreren Punkten während des ergotherapeutischen Prozesses. Dies kann ein beginnendes Assessment zur Zielfestlegung und Bereitstellung einer Grundlinie (Baseline) beinhalten sowie ein laufendes Assessment zur Überprüfung von Reaktionen des/der Klienten\*in auf die Intervention. Auch bei der Evaluation der Ergebnisse am Ende der Intervention und in der Nachuntersuchung nach der Entlassung des/der Klienten\*in kommen Assessments zum Einsatz (Creek, 2003). Die Evaluation ist ein wichtiger Bestandteil eines ganzheitlichen Assessmentprozesses. Corr (2003) erklärte, dass eine ergotherapeutische Intervention noch so gut sein könnte, aber ohne eine Evaluation sich der Wert verringert, da es keine objektive Messung gibt, die dies nachweist. Die Evaluation erfordert zu erhebende Bewertungsdaten mindestens zweimal zu erheben, um Änderungen über einen bestimmten Zeitraum zu berücksichtigen (Haywood und Lidz, 2007).

Assessments sind für mehrere Parteien wichtig und werden aus verschiedenen Gründen in der Ergotherapie eingesetzt: Die Klienten\*innen werden durch den Einsatz von Assessments besser informiert und in den Prozess eingebunden. Klientenzentrierte Assessments, wie z.B. das COSA (2.2) (Kramer, 2014), unterstützen außerdem die gemeinsame Formulierung von Zielen und somit die Motivation des/der Klienten\*in in der Ergotherapie. Therapeuten\*innen können durch die Nutzung von Assessments die Wirksamkeit ihrer Intervention überprüfen und ihr Handeln verbessern.

Einheitlichen Assessments können zudem die intra- und interdisziplinäre Kommunikation verbessern und standardisieren, z.B. durch eine einheitliche Dokumentation der Ergebnisse und erhöhen so auch die wissenschaftliche Überprüfung und Nachvollziehbarkeit (Harth & Pinkepank, 2015). Auch die Kostenträger profitieren durch den Einsatz eines Assessments, da sie somit einen besseren Einblick in die Ergebnisse erhalten (van Hartingsveldt, Meijers, Ras, Stal & Ten Velden, 2019).

Dabei werden in der Ergotherapie verschiedene Arten von Assessments genutzt, wie z.B. Fragebögen, Beobachtungsbögen, Interviews, oder Selbsteinschätzungsinstrumente. Diese unterscheiden sich in ihrer Art und welchen Zweck sie im ergotherapeutischen

Prozess erfüllen sollen (Senn & Schulze, 2019). Der Einsatz von Assessments lässt sich danach einteilen, ob mit dem Assessment der Bereich der Person, der Umwelt oder der Betätigung genauer unter die Lupe genommen wird (Law, Baum & Dunn, 2017). Im klinischen Reasoning nach Feiler (2019) sowie im Sinne des Top-down-Vorgehens orientiert sich der/die Therapeut\*in daran, nur diejenigen Assessments durchzuführen, die spezifische Informationen liefern, um die ergotherapeutische Intervention klientenzentriert und betätigungsorientiert planen zu können. Gleichzeitig werden Therapeuten\*innen durch eine steigende Nachfrage nach evidenzbasierter Praxis – zum Beispiel von Seiten der Gesundheitspolitik, Kostenträgern oder der Institution – dazu angehalten, vermehrt bestimmte, standardisierte Instrumente zu verwenden. Diese sollen Klienten\*innen möglichst gezielt erfassen und ein möglichst valides und reliables Ergebnis der Behandlung gewährleisten (Senn & Schulze, 2019). Der Einsatz von standardisierten Assessments führt dazu, dass bei unterschiedlichen Testpersonen und Durchführungszeiten nur minimale Abweichungen zu erwarten sind. Bei der Auswahl eines Assessments müssen drei grundlegende Fragen gestellt werden: 1. „von wem möchte ich Informationen erhalten?“, 2. Welche Informationen möchte ich erhalten? 3. „Zu welchem Zweck möchte ich Informationen erhalten?“, um ein ganzheitliches Betätigungsprofil erstellen zu können (van Hartingsveldt, Meijers, Ras, Stal & Ten Velden, 2019). Durch den Einsatz eines betätigungsorientierten Assessments wie z.B. dem AMPS (Fisher, 2014) versucht der/die Therapeut\*in mit den Klienten\*innen herauszufinden, welche Betätigungsprobleme zurzeit vorrangig sind, und beobachtet die Klienten\*innen beim Ausführen dieser Aufgaben. Durch die Beschreibung und Analyse der Betätigungsperformanz zieht der/die Ergotherapeut\*in Rückschlüsse auf mögliche zugrunde liegende Ursachen und setzt gezielt Assessments ein, um Körperfunktionen oder Umweltfaktoren zu erfassen (Senn & Schulze, 2019). Durch ihr Top-Down-Vorgehen und somit die Auswahl eines klientenzentrierten und betätigungsbasierten Assessments können Ergotherapeuten\*innen ihre professionsspezifische Sichtweise verdeutlichen.

Es werden viele Vorteile eines Top-Down-Befundsystems beschrieben. Das bedeutet jedoch nicht, dass ein Bottom-up Ansatz als minderwertig betrachtet werden sollte (Augustin & Becker, 2006). „Da sowohl das Wissen über Betätigung und deren Ausführung als auch das Wissen über das Zusammenspiel der Funktionen in einem ganzheitlichen Denken nicht fehlen dürfen, ergänzen sich beide Vorgehensweisen“

(Weinstock- Zlotnick & Hinojosa 2008, S. 596). Auch das Bottom-up Vorgehen kann in Situationen, in denen kein „normaler Alltag“ stattfindet, vorteilhaft sein, z.B. im Krankenhaus auf der Intensivstation oder wenn ein direkter Eingriff notwendig ist, um Schmerzen zu lindern. Wenn die Situation sich normalisiert hat, ist es sinnvoll, zu einem Top-Down-Ansatz überzugehen. In Deutschland beschäftigen sich Ergotherapeuten\*innen sowohl mit Körperfunktionen als auch mit Alltagsaktivitäten. Jedoch nutzen sie oft ein Bottom-up Vorgehen und damit einhergehend funktionsorientierte Assessments, vor allem im Bereich der Entwicklungsförderung, da sie davon ausgehen, dass bestimmte Voraussetzungen, z.B. für die Entwicklung eines Kindes, erfüllt sein müssen. Bei einem Top-Down-Vorgehen stehen die Betätigung sowie Partizipation im Zentrum. Dies bedeutet für Ergotherapeuten\*innen, dass sie im normalen Umfeld des/der Klienten\*in arbeiten sollten, um eine direkte Beobachtung des Alltagsproblems zu gewährleisten (Augustin & Becker, 2006). In Deutschland erschweren Strukturen, wie z.B. das Arbeiten in einem Krankenhaus, die Umsetzung eines betätigungsorientierten Ansatzes. Häufig ist auch die Komplexität, der zu betrachtenden Ebenen, in vielen Strukturen in Deutschland ein Nachteil, da eine genaue Analyse von Kontextfaktoren erforderlich ist. Neben dem hohen Zeitaufwand ist auch die Bereitstellung möglichst alltagsnaher Bedingungen in der Therapie notwendig (Scheepers & Berne-Hüneke, 2007). Anders als in Deutschland, arbeiten Ergotherapeuten\*innen, z.B. aus den USA, Kanada und Australien zunehmend an Schulen und in den Gemeinden. Dies erleichtert das Vorgehen eines Top-Down-Ansatzes und die Nutzung von betätigungsorientierten Assessments, da Voraussetzungen, wie die Beobachtung im natürlichen Umfeld des/der Klienten\*in, schon bestehen. Auch in Deutschland kann ein alltagsnahes Arbeiten zunehmend ermöglicht werden, wenn Ergotherapeuten\*innen ihre Fähigkeiten in diesem Bereich vertiefen (Augustin & Becker, 2006). Die Ergotherapie entwickelt sich immer weiter in Richtung der Forderung nach einer evidenzbasierten Praxis und nach einer Verlagerung hin zur Verwendung standardisierter Assessments sowie die Fokussierung auf eine klientenzentrierte Praxis. Die Auswirkungen solcher Entwicklungen führen zu einem Bedarf an reliablen und validen Outcome-Messungen, die es dem/der Ergotherapeuten\*in ermöglichen, klinisch relevante Veränderungen zu messen und die Wirksamkeit einer Intervention nachzuweisen (Laver Fawcett, 2007).

Die Entwicklung in Deutschland wird auch in den nächsten Jahren weitergehen müssen, da ein großer Bedarf für Schulungen oder Testverfahren für Aktivitäten und Partizipation

besteht (Augustin & Becker, 2006). Ein Großteil der Assessments kommt aus dem englischsprachigen Raum und sind durch fehlende Übersetzungen oder Publikationen noch nicht ausreichend in Deutschland etabliert.

## 2.4 Gütekriterien

Gütekriterien werden genutzt, um die Ergebnisse aus Erhebungsinstrumenten unabhängig und stabil darzustellen und Qualität in der Forschung zu gewährleisten. Als Qualitätsindikatoren für Assessments dienen die psychometrischen Gütekriterien. Dies sind Kriterien, die beurteilen, wie vertrauenswürdig die Daten aus einem Messverfahren sind. Diese Testgütekriterien stellen somit ein Instrument zur Beurteilung der Qualität des Testverfahrens dar. Als Gütekriterien haben sich eine Reihe von Aspekten etabliert (Testkuratorium, 1986). Nach Kelava & Moosbrugger (2012) werden folgende Kriterien unterschieden:

1. Objektivität
2. Reliabilität
3. Validität
4. Skalierung
5. Normierung (Eichung)
6. Test Ökonomie
7. Nützlichkeit
8. Zumutbarkeit
9. Unverfälschbarkeit
10. Fairness

Diese Vielzahl an Gütekriterien trägt dazu bei, dass Assessments wissenschaftlich überprüft werden und über eine wissenschaftliche Basis verfügen. Um diese gewährleisten zu können, ist die Erfüllung der Gütekriterien wichtig.

### 2.4.1 Wichtigkeit von Gütekriterien

Das Ziel einer Assessmentdurchführung liegt vor allem bei den standardisierten Testverfahren darin, möglichst genaue und fehlerfreie Messwerte zu erhalten (Kraus, 2016). Aufgrund der Vielzahl an ergotherapeutischen Assessments ist es nicht immer einfach für die Klienten\*innen passende Assessments zu finden (George, 2012).

Diese sollen den psychometrischen Gütekriterien entsprechen: „Standardized, efficient tools are needed to accurately measure the effectiveness of intervention“ (Weinstock & Hinojosa, 2004, S.596), da die Klienten\*innen ein Recht darauf haben, die beste Leistung zu erhalten.

Wenn in der Therapie Assessments eingesetzt werden, die den psychometrischen Gütekriterien entsprechen, so untermauert diese externe Evidenz die Entscheidungsfindung mit dem/der Klienten\*in und gibt der internen klienten- und therapeutenbezogenen Evidenz eine wissenschaftlich fundierte Basis (Dunn, 2005). Für die ergotherapeutische Arbeit ist es einerseits wichtig, dass Testverfahren genutzt werden, die eine Veränderung im Laufe des Therapieprozesses sichtbar machen. Andererseits ist es, im Sinne des zeitgenössischen Paradigmas, ebenso wichtig die Klientenzentrierung in den Fokus der Therapie zu stellen (Fisher, 2014).

Da bei den wenigsten Testverfahren alle Gütekriterien erfüllt werden können, werden den Hauptgütekriterien die höchste Wichtigkeit zugeschrieben, um innerhalb der Gütekriterien eine Wertigkeit vorzunehmen.

#### 2.4.2 Hauptgütekriterien

Die Hauptgütekriterien fokussieren sich auf die Entstehung der Ergebnisse und deren Qualität. Dies sind: Objektivität, Reliabilität und Validität (Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH, 2004). Diese Gütekriterien stehen in Beziehung zueinander.

##### Objektivität:

Die Objektivität beschreibt, in wie fern die Ergebnisse unabhängig vom Anwender sind (Bortz & Döring, 2016). Dabei unterteilt sich die Objektivität in Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität. Ein Assessment gilt somit als objektiv, wenn es innerhalb dieser drei Schritte klar definiert und festgelegt ist. Der Test ist unabhängig von verschiedenen Faktoren wie z.B. Ort und Zeit, und führt zum gleichen Ergebnis (Moosbrugger & Kelava, 2012). Die Objektivität des COSA (2.2) ist somit gewährleistet, wenn es bei einem/einer Klienten\*in zu den gleichen Angaben kommt, egal ob er es im Setting der ergotherapeutischen Praxis mit dem/der Therapeuten\*in oder zuhause mit einer beliebigen Testperson durchführt.

### Reliabilität:

Die Reliabilität beschreibt den Grad der Präzision eines Instrumentes (Bortz & Döring, 2016; Fawcett, 2007). Sie bezieht sich darauf, wie gemessen wird und verlangt, dass die Messungen bei einer erneuten Erhebung durch eine andere Person oder zu einem anderen Zeitpunkt zu den gleichen Ergebnissen gelangt, die Reproduzierbarkeit ist dabei auch von der Population abhängig (Greenwood 1999).

### Validität:

Validität bedeutet nach Hinojosa, Kramer et al. (2010), dass das Assessment auch tatsächlich den Gegenstandsbereich misst, den es vorgibt zu messen. Bortz & Döring (2006) und Fawcett (2007) unterteilen die Validität in Inhalts-, Kriteriums- und Konstruktvalidität. Innerhalb der Therapie ist es von Bedeutung, dass Assessment gründlich zu prüfen, damit das Instrument die Informationen misst, die es angibt (Dunn, 2005). Die Inhaltsvalidität misst die Vollständigkeit der Items und Subskalen eines Instrumentes (Fawcett, 2007). Zur Überprüfung der Validität des COSA wurde von Kramer, Kielhofner und Smith (2010) bereits eine erfolgreiche Studie durchgeführt.

Damit für ergotherapeutische Assessments eine wissenschaftliche Grundlage besteht und eine Erklärung der Nutzung gegenüber Kostenträgern erfolgen kann, sind die Hauptgütekriterien von großer Bedeutung. Neben den hier beschriebenen Kriterien werden noch weitere Kriterien als Indikatoren zur Bewertung von Assessments herangezogen.

#### 2.4.3 Nebengütekriterien

Die beschriebenen Hauptgütekriterien wurden ergänzt mit Nebengütekriterien: Skalierung, Normierung (Eichung), Testökonomie, Nützlichkeit, Zumutbarkeit, Unverfälschbarkeit und Fairness (Moosbrugger & Kelava, 2012). Wobei in der folgenden Ausarbeitung nur die Praktikabilität näher betrachtet wird, da Fawcett (2007) bemerkt, dass ein standardisiertes, valides und reliables Assessment nicht automatisch praktikabel ist.

Damit ein Assessment im therapeutischen Berufsalltag genutzt wird, sind vor allem die Nebengütekriterien zu beachten. Diese beziehen sich auf den Bedarf der Praxis, die Bedeutung für den Klienten\*in, die Durchführungszeit und die Kosten. Zudem muss der/die Therapeut\*in, der/die einen Test durchführt, muss ihn genau kennen. Um die

Ergebnisse richtig interpretieren zu können, führt er/sie den Test gemäß den Anweisungen durch. Es ist wichtig, dass standardisierte Tests nicht verändert werden, sonst können die Ergebnisse nicht mehr interpretiert und verglichen werden. Ergänzungen sind möglich, sollten jedoch als zusätzliche Befunde erfasst werden (Gritsch, 2008).

#### 2.4.4 Praktikabilität

Praktikabilität, auch Nützlichkeit genannt, ist für die Praxis und Anwendung ein zentrales Gütekriterium. Die Praktikabilität stellt das zentrale Gütekriterium innerhalb dieser Forschung dar, da es den Forscherinnen besonders wichtig ist, dass das COSA (2.2) von Ergotherapeuten\*innen auch in ihrem beruflichen Alltag genutzt wird.

Innerhalb der Literatur beinhaltet der Begriff der Praktikabilität dabei je nach Autor\*in unterschiedliche Merkmale. Als Übersicht hierzu dient ein Auszug der Literaturrecherche Tabelle von Fässler und Marchner (2013) (Tabelle 3).

Tabelle 3 Kriterien der Praktikabilität

	Fawcett (2007)	Harth und Pinkepank (2011)	Kool (2008)	Voigt- Radloff et al (2000)
<b>Kosten</b>	X	X		
<b>Zeitaufwand</b>	X	X	X	X
Material		X	X	
Akzeptanz	X	X		
<b>Ausbildungsaufwand</b>	X	X	X	
Bewertungsskala		X		
<b>Benutzerfreundlichkeit</b>		X	X	X
Verfügbarkeit			X	
Einfluss auf Therapeut*in- Klient*in Verhältnis				X
Verständlichkeit für Klienten*innen			X	
Übertragbarkeit	X			

Law (1997, in Fawcett, 2007) definiert die Praktikabilität als globale Brauchbarkeit eines Assessments in einer klinischen Situation. Fawcett (2007, S. 184 f.) unterteilt in folgende Unterkategorien „cost, time, energy and effort, portability, acceptability“. Wenn diese Unterkategorien von Fawcett nun mit den dieser Arbeit zugrunde gelegten Gütekriterien von Moosbrugger und Kelava (2012) verglichen werden, so umfasst die Praktikabilität die Nebengütekriterien der Test Ökonomie (Kosten und zeitliche Ressourcen) sowie der Nützlichkeit. Als Einordnung und grundlegende Definition für diese Arbeit umfasst die Praktikabilität für die Forscherinnen die Test Ökonomie und die Nützlichkeit.

Innerhalb dieser Tabelle lässt sich erkennen, dass oft der Zeitaufwand, der Ausbildungsaufwand und die Benutzerfreundlichkeit als Kriterien der Praktikabilität

benannt werden. Dies führte innerhalb der Forschung dazu, dass in der durchgeführten Erhebung/Forschung detailliert nach dem zeitlichen Umfang von Lesen und Einarbeiten in das Manual, Vorbereitung der Durchführung und der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind gefragt wurde. Ein hoher Zeitaufwand, der nicht in Relation zu den gewonnenen Informationen steht, ist für viele Therapeuten\*innen ein ausschlaggebender Grund dieses Assessment nicht zu verwenden. Die Praktikabilität eines Assessments wird dabei von vielen unterschiedlichen, zum Teil auch individuellen Faktoren, beeinflusst. Um die Verwendung von Assessments zu stärken ist es somit wichtig herauszufinden, welche Faktoren die Praktikabilität negativ beeinflussen und somit zu einer geringen Nutzung des Assessments in der praktischen Arbeit führen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei Gütekriterien um wichtige wissenschaftliche Qualitätsindikatoren handelt, die bei der Auswahl von Assessments für die Ergotherapie von Bedeutung sind. Dies ist zum einen durch die zunehmende Forderung nach evidenzbasiertem Handeln von Seiten der Kostenträger begründet. Zum anderen ist es ebenso wichtig, dass sich wissenschaftlich fundierte Assessments auch gut in den therapeutischen Berufsalltag integrieren lassen, damit diese auch angewendet werden. Deswegen erheben die Forscherinnen Daten zu verschiedenen Aspekten der Praktikabilität des COSA (2.2), wie Zeitaufwand, Kosten, Verständlichkeit, um förderliche und hinderliche Faktoren bei der Integration des Assessments in den Berufsalltag von Ergotherapeuten\*innen zu definieren.

### 3. Methode

Im nächsten Kapitel wird das methodische Vorgehen der Forscherinnen innerhalb ihrer Arbeit beschrieben. Dazu werden zu Beginn der Aufbau des Studiendesigns, die Forschungsethik und die Gütekriterien für eine quantitative Forschung erläutert.

Im weiteren Verlauf wird der Forschungsprozess dargestellt, der sich aus der Fragebogenkonstruktion, der Durchführung eines Pretests, der Teilnehmerrekrutierung, der praktischen Durchführungsphase der Forschung sowie der Auswertung der Fragebögen zusammensetzt. Fawcett (2007) stellte fest, dass ein standardisiertes, valides und reliables Assessment nicht automatisch praktikabel ist. Daher stellt die Praktikabilität das zentrale Gütekriterium dieser Forschung dar, weil es den Forscherinnen besonders wichtig ist, dass klientenzentrierte Assessments, auch im pädiatrischen Bereich, vermehrt genutzt, und somit die Ziele der Kinder mit in die Therapie einbezogen werden. Deswegen erheben die Forscherinnen Daten zu verschiedenen Aspekten der Praktikabilität des COSA (2.2), wie Zeitaufwand, Kosten, Verständlichkeit des Manuals. Dies dient dazu förderliche und hinderliche Faktoren bei der Integration des Assessments in den Berufsalltag von Ergotherapeuten\*innen zu definieren. Um die Forschungsfrage: „Wie wird die Praktikabilität der deutschen Version des COSA (2.2) von Ergotherapeuten\*innen bewertet?“ zu beantworten wurden weitere Leitfragen entwickelt.

#### 3.1 Aufbau des Studiendesigns

Das Studiendesign ist eine quantitative Studie zur Erhebung der Praktikabilität des COSA (2.2) aus der Sicht von Ergotherapeuten\*innen. In der quantitativen Forschung wird deduktiv vorgegangen, im Mittelpunkt steht also die Überprüfung von empirischen Hypothesen.

Die, von den Forscherinnen aufgestellten, Hypothesen lauten: „Die Anwendung des COSA (2.2) wird von Ergotherapeuten\*innen als praktikabel in ihrem Berufsalltag wahrgenommen“, „Die Ergotherapeuten\*innen nehmen keine großen Unterschiede in der Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2) aufgrund ihrer Ausbildung und/oder Berufserfahrung vor“, „Das Therapeut\*in-Klient\*in Verhältnis entwickelt sich positiv durch den Einsatz des COSA (2.2) in der Ergotherapie aus Sicht der befragten Therapeuten\*innen“

Die Forscherinnen haben sich für das Forschungsinstrument des Fragebogens entschieden, da dieser in der quantitativen Forschung eine der am meisten angewandten Methoden der Datenerhebung darstellt (Bortz & Döring 2016; Schnell et al. 2005). Hierbei werden an relativ großen und möglichst repräsentativen Stichproben numerische Messwerte erhoben und statistisch ausgewertet (Bortz & Döring, 2016). Weitere Argumente für das Instrument des Online-Fragebogens sind der geringere Kosten- und Zeitaufwand sowie eine größere Objektivität und Validität durch eine größere Stichprobe und exakt messbare Ergebnisse (empirio, o. D.). Auch weitere Autoren beschreiben die schriftliche Befragung im Gegensatz zu anderen Methoden der Datenerhebung als eine kostengünstige Untersuchungsvariante, die sich demnach gut zur Befragung einer großen Stichprobe eignet (Atteslander 2008; Bortz & Döring, 2016). Gegenüber einer mündlichen Befragung wird die schriftliche Datenerhebung von den Probanden als anonymer wahrgenommen. Hierdurch ist eine höhere Glaubwürdigkeit der Antworten zu erwarten (Bortz & Döring 2016).

Der Fragebogen enthält neben den geschlossenen Fragen auch offene Fragen, um von den Studienteilnehmer\*innen neben objektiven Daten z.B. anhand von Schulnoten auch subjektive Einschätzungen zu förderlichen/hinderlichen Faktoren der Integration des COSA (2.2) in ihren Berufsalltag zu erfassen. Die Auswertung der Fragebögen erfolgt durch deskriptive Statistik mit Excel sowie bei den Freitextantworten anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

### 3.2 Forschungsethik

Um mit der englischen Version des COSA (2.2) (Kramer et al., 2014) zu forschen, wurde zu Beginn von den Forscherinnen beim MOHO Clearinghouse angefragt, ob diese zu Forschungszwecken verwendet werden darf. Daraufhin wurde eine Genehmigung zur Forschung mit dem COSA (2.2) erteilt (Anlage 1).

In der vorliegenden Forschung wurde sich an den ethischen Prinzipien für die Pflegeforschung nach Schnell und Heinritz (2006) orientiert.

Die Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2) als Ziel der Forschung sowie mögliche Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnehmer wurden den Studienteilnehmern\*innen auf einem Flyer mitgeteilt. Die Forschungstätigkeit hat zudem keine ethisch relevanten positiven oder negativen Folgen für die Studienteilnehmer\*innen. Der Nutzen ihrer

Forschung wurde von den Forscherinnen klar angegeben und keine falschen Aussagen diesbezüglich getroffen.

Auch von Reichel, Marotzki und Schiller (2009) wird beschrieben, dass Selbstbestimmung und die freiwillige Teilnahme ein Grundprinzip darstellen und dies durch ein informiertes Einverständnis sichergestellt werden kann.

Die geltenden Datenschutzbestimmungen wurden eingehalten, indem die Studienteilnehmer\*innen eine Datenschutzvereinbarung (Anlage 2) unterzeichnen mussten, bevor Sie den Link für den Online-Fragebogen bekamen. Durch dieses Vorgehen konnte sichergestellt werden, dass die erhaltenen Daten und Ergebnisse der Fragebögen für die Forschung verwendet werden können, ohne dabei die Anonymität der Teilnehmer\*innen zu gefährden.

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE, 2005) hat auf der Grundlage des Code of Ethics and Standards of Practice des Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC, 1996) sowie des Codes of Ethics der World Federation of Occupational Therapists (WFOT, 2005) den „Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie“ veröffentlicht.

An den darin übersetzten Forschungsethischen Richtlinien des WFOT wurde sich zudem orientiert, um innerhalb dieser Forschung auch ethische Aspekte der Ergotherapie zu berücksichtigen. Wobei vor allem der Aspekt der Förderung und Entwicklung des Berufes, durch die Durchführung einer ergotherapeutischen Forschung, berücksichtigt wurde.

„Code of Ethics“ des WFOT (2005)

- persönliche Eigenschaften/Merkmale
- Verantwortung gegenüber den Empfängern einer ergotherapeutischen Dienstleistung
- Professionelles Verhalten in der gemeinschaftlichen/Zusammenarbeit Praxis
- Entwicklung von Fachwissen
- Förderung und Entwicklung

### 3.3 Gütekriterien der quantitativen Forschung

Innerhalb des gesamten Forschungsprozesses haben sich die Forscherinnen an den „klassischen“ Gütekriterien der quantitativen Forschung (Objektivität, Reliabilität und Validität) orientiert. Diese Gütekriterien werden im theoretischen Hintergrund (Kapitel 2.4.2) näher erläutert.

Hierzu empfehlen Bortz & Döring (2016) sich an den vier Kriterien wissenschaftlicher Qualität zu orientieren, die in der quantitativen Forschung noch in spezifischer Weise ausdifferenziert sind. Das betrifft vor allem das Kriterium der methodischen Strenge, mit dem herausgehobenen Unterkriterium der Validität.

Schon während der Gestaltung des Fragebogens legten die Forscherinnen Wert darauf, die Gütekriterien so gut wie möglich abzudecken, um mit einem qualitativ guten Forschungsinstrument eine wichtige Grundlage für die Datenerhebung und spätere Auswertung zu haben. Hierbei muss die Operationalisierung beachtet werden, dies bedeutet, dass die Konstruktion und Messbarmachung von im Fragebogen strategisch erfolgen muss. Dazu gehören auch Aspekte, wie die Anordnung von Fragen, (Gütekriterien: Validität, Reliabilität & Objektivität, o. D.).

Um die Gütekriterien der quantitativen Forschung in Bezug auf das Forschungsinstrument zu überprüfen, diente der Pretest der Studie. Hier erhielten die Forscherinnen das Feedback, dass sich die Fragen auf die Praktikabilität des COSA (2.2) beziehen und somit im Sinne der Validität genau das messen, was gemessen werden soll.

### 3.4 Forschungsprozess

Der Forschungsprozess innerhalb der Arbeit lässt sich anhand mehrerer Unterpunkte beschreiben. Diese werden zur Übersichtlichkeit mit folgender Grafik dargestellt und im Folgenden genauer erläutert.

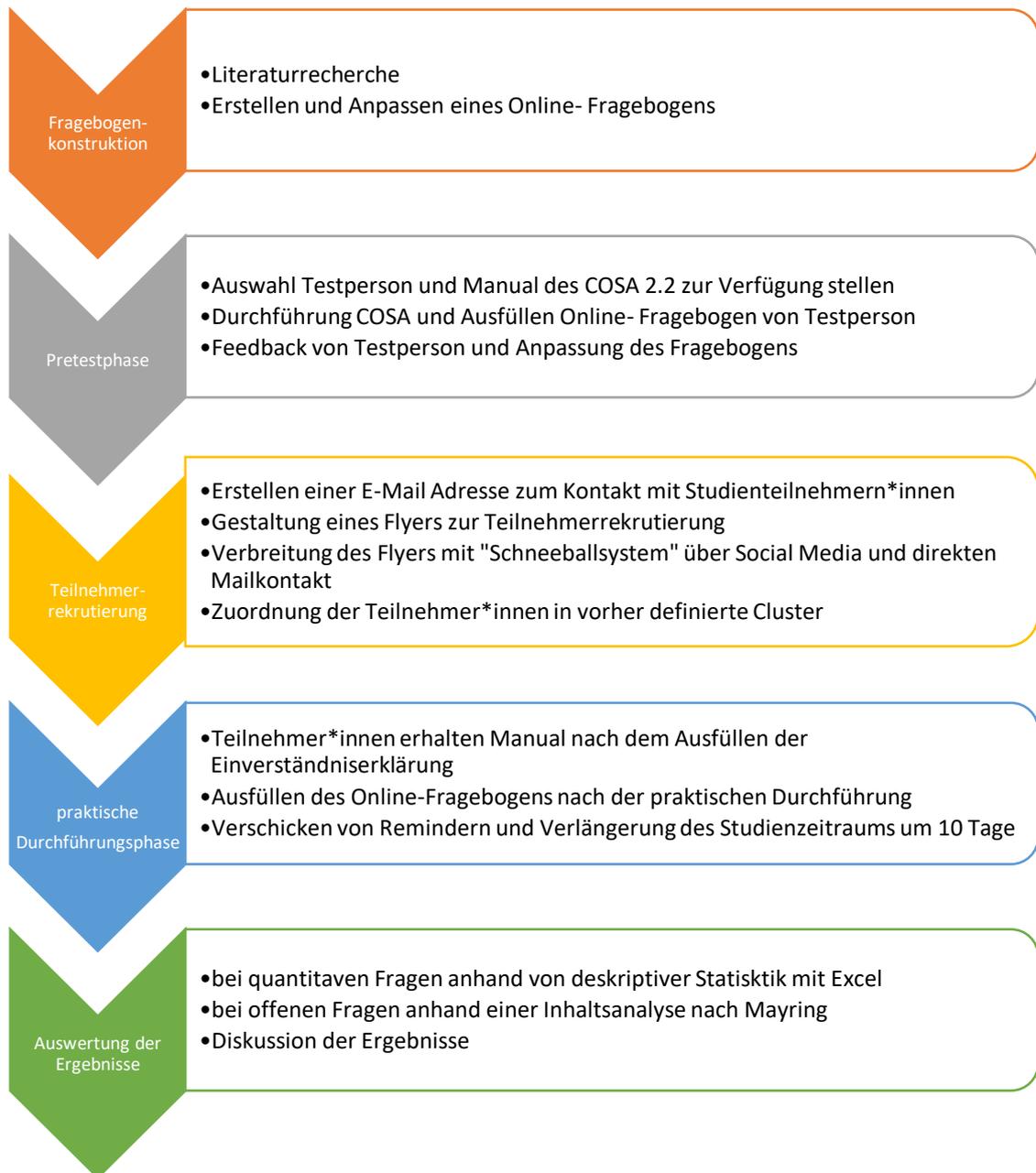


Abbildung 3 Forschungsprozess



Als erster Schritt innerhalb der Forschung erfolgte eine Literaturrecherche (siehe Kapitel 2.1), die zur Gliederung und Erstellung des Fragebogens diente. Um die Praktikabilität des COSA (2.2) bewerten zu können, wurden die Studienteilnehmer\*innen innerhalb des Fragebogens nach verschiedenen Aspekten der Praktikabilität befragt. Hierbei wurden, unter anderem die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit des Manuals und der einzelnen Bögen anhand von Schulnoten (von sehr gut bis ungenügend) bewertet. Um diesen wichtigen Aspekt zu ergänzen, konnten die Studienteilnehmer\*innen zudem anhand einer Freitextfrage weitere Verbesserungsvorschläge benennen. Damit der Aspekt des zeitlichen Umfangs, der häufig einen hinderlichen Faktor zur Integration eines Assessments in den Berufsalltag darstellt (Elsner, Thomas & Mehrholz, 2016), in Bezug auf das COSA (2.2) genauer bewertet wird, wurde dieser von den Forscherinnen unterteilt. Die Einarbeitungszeit in das Manual, die praktische Vorbereitung sowie die Durchführungszeit mit dem Kind wurden anhand mehrerer Fragen separat erfasst. Zudem wurden die Teilnehmer\*innen im späteren Verlauf des Fragebogens dazu befragt, ob die durch das Assessment gewonnenen Informationen in Relation zu der Durchführungszeit stehen. Eine Beantwortung der Leitfragen wurde sichergestellt, indem die Teilnehmer\*innen nach ihrem höchsten Bildungsabschluss, den Jahren ihrer Berufserfahrung, sowie wahrgenommenen Veränderungen im Therapeut\*in-Klient\*in-Verhältnis direkt befragt wurden. Nachdem der Fragebogen im Verlauf von den Forscherinnen ergänzt und angepasst wurde, folgte im nächsten Schritt die Suche nach einer geeigneten Online Plattform für die graphische Gestaltung und spätere Durchführung des Fragebogens. Hier haben sich die Forscherinnen für die Seite [empirio.de](https://empirio.de) entschieden. Es handelt sich hierbei um eine kostenfreie Website, die häufig von Studenten\*innen genutzt wird und eine unbegrenzte Anzahl an Fragen und Teilnehmern\*innen ermöglicht. Weitere Argumente für die Nutzung dieser Website waren die vielfältigen Möglichkeiten der graphischen Gestaltung anhand von über 20 Umfragetypen. Die Definition von Antwort Logiken sowie das zur Verfügung stellen der Umfrage- Ergebnisse in unterschiedlichen Formaten, wie z.B. grafisch aufbereiteten PDF bis hin zu Excel und CSV für statistische Analysen stellten positive Aspekte dar.



Im nächsten Schritt des Forschungsprozesses erfolgte die Durchführung des Pretests mit einer Testperson, um vor dem Start der Forschung eine Rückmeldung zum Forschungsinstrument zu erhalten und dieses ggf. anzupassen. Die Testperson hat mit dem Manual und den Bögen des COSA (2.2) die gleichen Dokumente zur Verfügung gestellt bekommen, wie im weiteren Verlauf die Studienteilnehmer\*innen. Das COSA (2.2) wurde von der Testperson mit vier Kindern in einem Zeitraum von drei Wochen durchgeführt. Der Online Fragebogen (Anlage 3) wurde von der Testperson mit einem zeitlichen Verzug zur praktischen Durchführung des COSA (2.2) ausgefüllt, da der Pretest aufgrund der unklaren Covid 19- Situation zeitlich vorgezogen wurde.

Während der Durchführung des COSA (2.2) und des Online Fragebogens erhielten die Forscherinnen regelmäßiges Feedback von der Testperson. Das zur Verfügung gestellte Manual des COSA (2.2) wurde von der Testperson als sehr umfangreich bewertet. Da der Testperson die alte Version des COSA (2.1) schon bekannt war, wurde allerdings nicht so viel Einarbeitungszeit in das Manual benötigt, um das Assessment durchzuführen.

Vor allem eine Rückmeldung zum zeitlichen Umfang des Online-Fragebogens, war für die Forscherinnen wichtig, da dieser für die Studienteilnehmer\*innen nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen sollte. Für das Ausfüllen des Online- Fragebogens hat die Testperson 20 Minuten benötigt, dabei erfolgte auch noch eine genauere Auseinandersetzung mit dem Manual. Nach Abschluss des Pretests hat die Testperson, zur Sicherung der Ergebnisse, einen Feedbackbogen zum Fragebogen ausgefüllt (Anlage 4). Dieser diente den Forscherinnen als Grundlage, um über einige Fragestellungen zu diskutieren und diese zum Teil anzupassen, bevor der fertige Fragebogen (Anlage 5) an die Studienteilnehmer\*innen verschickt wurde. Eine Übersicht der inhaltlichen Rückmeldungen zum Forschungsinstrument sowie der daraus resultierenden Reaktionen der Forscherinnen wird in folgender Tabelle dargestellt:

Tabelle 4 Anpassung Fragebogen

<b>Rückmeldung der Testperson</b>	<b>Reaktion der Forscherinnen</b>	<b>Begründung der Reaktion</b>
Bewertung der Übersichtlichkeit des Manuals auf einer Skala von 1 bis 10 nicht eindeutig, was der Beste/Schlechteste Wert ist und wie man dies in 10er- Schritten differenzieren soll.	Bei den Antwortmöglichkeiten wurde eine Änderung in Schulnoten von 1 bis 6 anstatt einer Skala von 1 bis 10 vorgenommen.	Dadurch war der Fragebogen einheitlicher hinsichtlich dieser Bewertungen gestaltet und es kann von den Teilnehmern eine geläufigere Differenzierung vorgenommen werden.
Bewertung der Verständlichkeit des Manuals auf einer Skala von 1 bis 10 nicht eindeutig, was der Beste/Schlechteste Wert ist und wie man dies in 10er- Schritten differenzieren soll.	Bei den Antwortmöglichkeiten wurde eine Änderung in Schulnoten von 1 bis 6 anstatt einer Skala von 1 bis 10 vorgenommen.	Dadurch war der Fragebogen einheitlicher hinsichtlich dieser Bewertungen gestaltet und es kann von den Teilnehmern eine geläufigere Differenzierung vorgenommen werden.
Zu ergänzende offene Frage bei der Frage nach möglichen Schwierigkeiten bei der Durchführung des COSA (2.2), um diese genauer beschreiben zu können.	Es wurde keine offene Frage in den Fragebogen aufgenommen.	Bezug zum Gütekriterium der Praktikabilität ist nicht vorhanden und damit wenig Bezug zur Forschung.
Ergänzungsvorschlag der Testperson: offene Frage nach fehlenden oder zu ergänzenden Items.	Es wurde keine offene Frage in den Fragebogen aufgenommen.	Dieser Vorschlag bezieht sich auf die Inhaltsvalidität des COSA (2.2), die in einer parallellaufenden Studie erforscht wird.

Die Reihenfolge der Fragen und die Gestaltung des Fragebogens wurden von der Testperson als gut bewertet, sodass hier von den Forscherinnen keine Änderungen mehr vorgenommen wurden. Als weitere Rückmeldung von der Testperson haben die

Forscherinnen die Information bekommen, dass die Fragen nach Veränderungen im Therapieprozess in dem kurzen Testzeitraum schwierig zu beantworten waren. Bei einem längeren Zeitraum, der für die Studienteilnehmer\*innen vorgesehen ist, sieht die Testperson diese Fragen aber auch als sinnvoll an.



Nachdem der Pretest erfolgreich durchlaufen und der Fragebogen angepasst wurde, erfolgte im nächsten Schritt die Teilnehmerrekrutierung. Hierzu erstellten die Forscherinnen einen Flyer, der die wichtigsten Informationen zur Zielsetzung, Teilnahme und Durchführung der Studie sowie Kontaktdaten der Forscherinnen enthält (Anlage 6). Um mit Studienteilnehmern\*innen in Kontakt zu treten, wurde eine gemeinsame E-Mailadresse angelegt. Dieser Flyer wurde dann auf verschiedenen sozialen Netzwerken geteilt, um viele Ergotherapeuten\*innen auf die Studie aufmerksam zu machen.

Teilnehmen konnten alle Ergotherapeuten\*innen mit abgeschlossener Berufsausbildung, unabhängig von Berufserfahrung oder Vorkenntnissen. Als Einschlusskriterium wurde die Durchführung des COSA (2.2) mit mindestens zwei Kindern festgelegt.

Ausschlusskriterien wurden von den Forscherinnen nicht benannt, wobei ein sicherer Umgang mit der deutschen Sprache zur Erarbeitung des Manuals vorausgesetzt wurde.

Von ambulanten Ergotherapie Praxen, die von den Forscherinnen direkt per Mail kontaktiert wurden, gab es keine Rückmeldungen bezüglich der Studienteilnahme.

Erfolgreicher gestaltete sich der Teilnehmeraufruf über andere „Social Media“ Kanäle. 31 potentielle Studienteilnehmer\*innen haben per E-Mail-Kontakt zu den Forscherinnen aufgenommen, und alle Interessenten\*innen bekamen das Material des COSA (2.2) zur praktischen Durchführung, für einen Zeitraum von 6 Wochen, zugeschickt.

Um innerhalb ihrer Forschung ein breit gefächertes Spektrum von ergotherapeutischen Meinungen zur Praktikabilität des COSA (2.2) zu erfassen, fand im Vorfeld eine Unterteilung der Teilnehmer\*innen in Cluster statt. Die Forscherinnen haben bei der Einteilung der Cluster die Jahre der Berufserfahrung sowie den höchsten

Bildungsabschluss als Kriterien festgelegt. In Bezug auf diese Kategorien stellt sich die Frage, ob die Praktikabilität des COSA (2.2) je nach Berufserfahrung und/oder Bildungsabschluss der Teilnehmer\*innen unterschiedlich bewertet wird. Bei dem höchsten Bildungsabschluss erfolgt die Unterteilung nach Abschluss der Ausbildung zum staatlich anerkannten Ergotherapeuten\*in oder einem Bachelor/höheren Bildungsabschluss. Bei der Unterteilung nach Berufsjahren legen die Forscherinnen den Schwerpunkt auf die Erhebung möglicher Unterschiede von Berufsanfängern\*innen und erfahrenen Ergotherapeuten\*innen.

Dazu wurde eine Unterteilung nach maximal zwei oder mehr als zwei Jahren Berufserfahrung vorgenommen. Bei der Einteilung nach diesen Kriterien stellten die Forscherinnen fest, dass es kaum Teilnehmer\*innen für das Cluster Bachelorabschluss und maximal zwei Jahre Berufserfahrung gibt. Dies liegt daran, dass einige Teilnehmer\*innen neben dem absolvierten Studium, nach Abschluss der Ausbildung zum/zur staatlich anerkannten Ergotherapeuten\*innen, auch schon in der Ergotherapie berufstätig sind. Um trotzdem eine ausgeglichene Verteilung innerhalb der Cluster zu erreichen, haben die Forscherinnen die Jahre der Berufserfahrung bei den Teilnehmern\*innen mit Bachelor oder höherem Abschluss somit auf maximal sechs oder mehr als sechs Jahre angepasst.



Für den Zeitraum der praktischen Durchführung der Forschung mit dem COSA (2.2) standen den Teilnehmern\*innen sechs Wochen zur Verfügung. Die 31 interessierten Studienteilnehmer\*innen bekamen das Manual sowie die Bögen des COSA (2.2) von den Forscherinnen per E-Mail zugeschickt. Im weiteren Verlauf der Forschung haben die Teilnehmer\*innen, nach dem Zurückschicken der Einverständniserklärung (Anlage 2), zwei Wochen später den Link für den Onlinefragebogen per E-Mail zugeschickt bekommen. Durch das Zusenden des Links nach Erhalt der Einverständniserklärung konnten die Forscherinnen sicherstellen, dass sie die erhaltenen Angaben innerhalb ihrer Forschung verwenden dürfen. Um die Beantwortungsquote des Online-Fragebogens

möglichst hoch zu halten, haben die Forscherinnen innerhalb des Forschungszeitraumes mehrere Erinnerungsmails zur Beantwortung des Fragebogens an die Studienteilnehmer\*innen versendet und den Zeitraum der Umfrage um 10 Tage verlängert.

Wie in Tabelle 5 zu sehen ist haben 31 Studienteilnehmer\*innen das Manual des COSA (2.2) von den Forscherinnen erhalten und sind den Clustern 1-4 zugeordnet worden. Die Teilnehmer\*innen werden im weiteren Verlauf der Forschung mit der Abkürzung TN bezeichnet und haben von den Forscherinnen eine Teilnehmernummer zugeordnet bekommen. Eine Person (TN 16) ist im Verlauf der Studie ausgestiegen und deswegen nicht mehr innerhalb der Stichprobenbeschreibung mitaufgenommen. Den Clustern ließ sich eine unterschiedliche Anzahl an Studienteilnehmern\*innen zuordnen. In Cluster 1 befinden sich 8 Personen, Cluster 2 ist mit 10 Personen am stärksten in der Forschung vertreten, Cluster 3 stellt mit 4 Personen den kleinsten Anteil dar und in Cluster 4 befinden sich 5 Personen. Es lässt sich also innerhalb der Studienstichprobe eine Tendenz zu einem zusätzlichen akademischen Abschluss neben dem Abschluss zum/r staatlich anerkannten Ergotherapeuten\*in erkennen.

Tabelle 5 Clustereinteilung der Studienteilnehmer\*innen

<b>Cluster 1</b> Ergotherapeuten* innen mit Bachelorabschluss/ oder höher und wenig Berufserfahrung (< 6 Jahre) in der Pädiatrie (→)	<b>Cluster 2</b> Ergotherapeuten* innen mit Bachelorabschluss oder höher und viel Berufserfahrung (>6 Jahre) in der Pädiatrie	<b>Cluster 3</b> Ergotherapeuten* innen mit Berufsschulabschluss und wenig Berufserfahrung (<2 Jahre) in der Pädiatrie	<b>Cluster 4</b> Ergotherapeuten* innen mit Berufsschulabschluss und viel Berufserfahrung (>2 Jahre) in der Pädiatrie
TN 9 (Bachelor + 2 Jahre)  TN 8 (Bachelor + 5,5 Jahre)  TN 10 (Bachelor + 5 Jahre)  TN 12 (Bachelor + 6 Jahre)  TN 14 (Bachelor + 5 Jahre)  TN 18 (Bachelor + 2,5 Jahre)  TN 17 (Bachelor + 4 Jahre)  TN 29 (Bachelor + 3 Jahre)	TN 5 (Bachelor + 19 Jahre) TN 6 (Bachelor + 8 Jahre)  TN 7 (Bachelor + 16 Jahre)  TN 11 (Bachelor und Master + 26 Jahre)  TN 20 (Bachelor + 14 Jahre)  TN 23 (Bachelor + 10 Jahre)  TN 24 (Bachelor + 10 Jahre)  TN 28 (Bachelor + 31 Jahre)  TN 30 (Bachelor + 10 Jahre)  TN 31 (Master + 10 Jahre)	TN 1 (Ausbildung + 1 Jahr)  TN 15 (Ausbildung + 1,5 Jahre)  TN 22 (Ausbildung + 1,5 Jahre)  TN 25 (Ausbildung 0,5 Jahre)	TN 4 (Ausbildung + 5 Jahre)  TN 19 (Ausbildung + 2,5 Jahre)  TN 21 (Ausbildung + 6 Jahre)  TN 13 (Vordiplom + 26 Jahre)  TN 26 (Ausbildung, 13 Jahre)



Nach Beendigung des Forschungszeitraums erfolgt die Auswertung des Onlinefragebogens über deskriptive Statistik mit Excel. Die Freitextantworten werden in einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) zusammengefasst.

Fazit:

Die Erhebung der Forschungsdaten zur Praktikabilität des COSA (2.2) erfolgte als quantitative Forschung mit einem Onlinefragebogen über die Umfrageseite empirio.de. Der Onlinefragebogen enthielt bewusst sowohl offene als auch geschlossene Fragen, damit die Teilnehmer\*innen die Möglichkeit haben in einem überschaubaren Zeitraum auch eigene Ideen, Beobachtungen und Vorschläge miteinzubringen. Die Durchführung des Pretests und des Fragebogens sowie das erhaltene Feedback, dienten den Forscherinnen als Grundlage zu letzte Anpassungen ihres Fragebogens, bevor dieser an die Studienteilnehmer\*innen verschickt wurde. Die Teilnehmerrekrutierung erfolgte über verschiedene Online-Kanäle. Um potentielle Teilnehmer\*innen anzusprechen wurde dazu ein Flyer mit den wichtigsten Forschungsinformationen erstellt. Auf diesem Flyer wurde auf eine Mailadresse verwiesen, über welche die Forscherinnen und die Teilnehmer\*innen während des Forschungszeitraumes in Kontakt standen. Die Studienteilnehmer\*innen wurden von den Forscherinnen aufgrund ihrer Berufserfahrung und ihres höchsten Bildungsabschlusses in verschiedene Cluster eingeordnet. Damit sollte innerhalb der Forschung eine möglichst vielfältige Gruppe von Ergotherapeuten\*innen betrachtet werden, sowie mögliche Unterschiede in der Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2) aufgrund des höchsten Bildungsabschlusses und/oder der Berufserfahrung aufgezeigt werden.

## 4. Ergebnisse

Von den 31 Studienteilnehmer\*innen ist eine Person im Verlauf der Studie ausgestiegen. Die Forscherinnen haben von den verbliebenen 30 Teilnehmern\*innen 17 beantwortete Online- Fragebögen erhalten, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden. Die Auswertung der quantitativen Fragen des Online-Fragebogens erfolgte durch die Forscherinnen anhand einer Deskriptivstatistik. Die erhobenen Daten wurden in einer Exceltabelle gesammelt und mit Hilfe von graphischer Darstellung aussagekräftig dargestellt. In der graphischen Darstellung werden die Ergebnisse durch verschiedene Diagrammtypen aufgezeigt. Dazu nutzen die Forscherinnen ein Kreisdiagramm, Säulen- und Balkendiagramme.



Abbildung 4 Bildungsabschluss

Aus den Ergebnissen des Online-Fragebogens geht hervor, dass alle Befragten eine Berufsausbildung zum/zur Ergotherapeuten\*in abgeschlossen haben. Insgesamt haben 58,9 % Prozent zusätzlich einen akademischen Abschluss (Bachelor/Master) erworben. Die Anzahl der Befragten mit akademischem Abschluss ist innerhalb der Stichprobe ist somit etwas höher als die Anzahl der Befragten ohne zusätzlichen akademischen Abschluss.

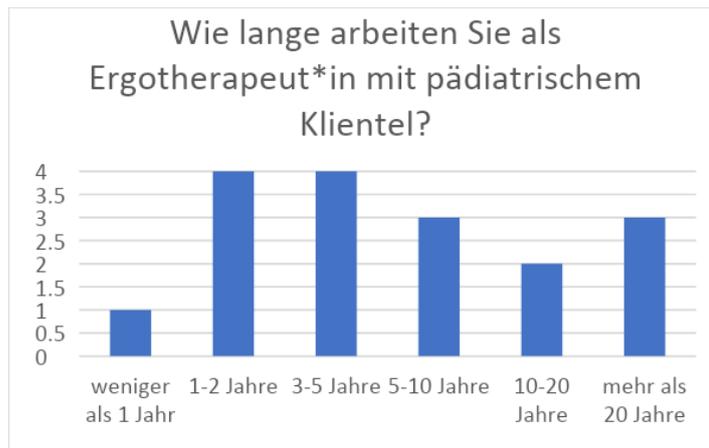


Abbildung 5 Berufserfahrung

In dieser Grafik wird dargestellt, wie lange die Befragten bereits mit pädiatrischem Klientel arbeiten. Von den Befragten gab ein großer Anteil (47 %) an, seit 1-5 Jahren mit pädiatrischem Klientel zu arbeiten. Die Befragten mit der meisten Berufserfahrung im pädiatrischen Bereich, die zwischen 10 bis über 20 Jahre Berufserfahrung gesammelt haben, machen einen Anteil von 29,4 % aus. Es zeigt sich innerhalb der Stichprobe ein ausgeglichenes Gesamtbild hinsichtlich der Berufserfahrung.

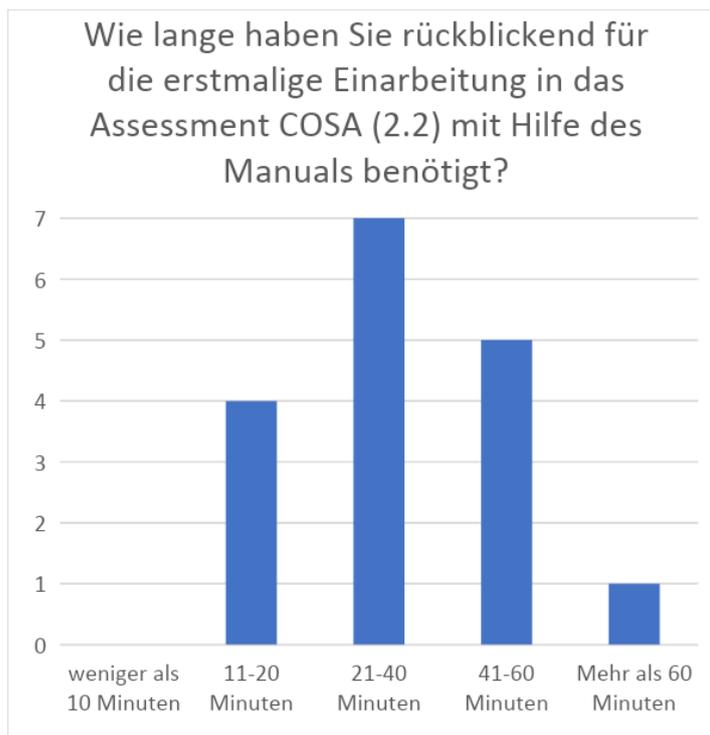


Abbildung 6 Einarbeitungszeit Manual

Um zu erheben, wie benutzerfreundlich das COSA (2.2) in seiner Anwendung bewertet wird, wurden die Studienteilnehmer\*innen dazu befragt, wie lange sie für die Einarbeitungszeit auf Grundlage des Manuals benötigt haben. Ein Großteil macht 41,1 % der Befragten aus, die für die Einarbeitung 21 bis 40 Minuten benötigt haben. 35,3 % der Befragten haben zwischen 41- mehr als 60 Minuten benötigt.



Abbildung 7 Übersichtlichkeit Manual

Die Übersichtlichkeit des Manuals wurde vom Großteil der Befragten mit einem Anteil von 76,4 % als gut bewertet. Jeweils 11,8 % der Befragten bewerteten die Übersicht des Manuals mit der Note sehr gut und befriedigend.



Abbildung 8 Verständlichkeit Manual

Die Verständlichkeit des Manuals bewerteten 82,4 % der Befragten mit gut. 17,6 % der Befragten vergaben für die Verständlichkeit des Manuals sogar die Note sehr gut.

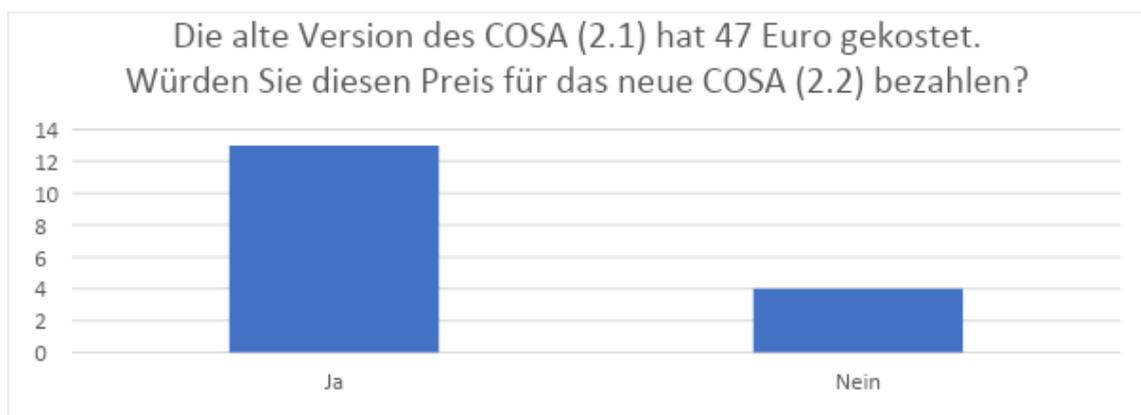
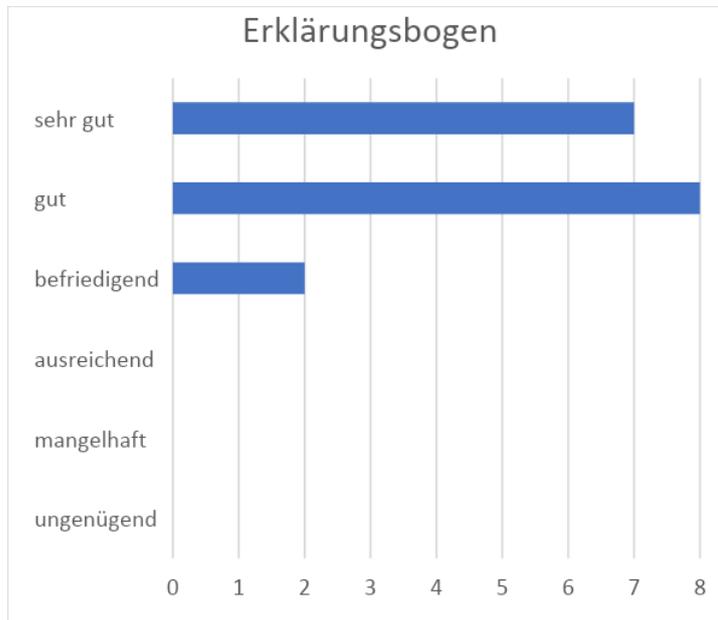


Abbildung 9 Preis COSA (2.2)

Um die Benutzerfreundlichkeit in Bezug auf die Kosten des Assessment zu erheben, wurden die Befragten dazu befragt, ob ihnen die Kosten von 47 Euro des neuen COSA (2.2) wert sind. 76,5 % der Befragten würden den Preis von 47 Euro für das COSA (2.2) bezahlen. 23,5 % der Befragten würden diesen Preis nicht bezahlen. Innerhalb der Freitextantworten wurden die 4 Befragten, die keine 47 Euro für das COSA 2.2 bezahlen würden, dazu befragt, welchen Preis Ihnen das COSA 2.2 stattdessen wert wäre. Die Befragten gaben einen Preis zwischen 25 bis 30 Euro an.

## Wie übersichtlich finden Sie die Gestaltung der Bögen des COSA (2.2)?

Die Bögen des COSA (2.2) wurden von den Befragten durch eine Notenvergabe von sehr gut bis ungenügend bewertet.



Der Erklärungsbogen wurde mit sehr gut von 41,2 % der Befragten bewertet. 47,1 % bewerteten den Erklärungsbogen mit der Note gut. Ein kleinerer Teil von 11,8% der Befragten vergab die Note befriedigend. Der Mittelwert der Bewertung ergibt 1,7 (gut).

Abbildung 10 Übersichtlichkeit Erklärungsbogen

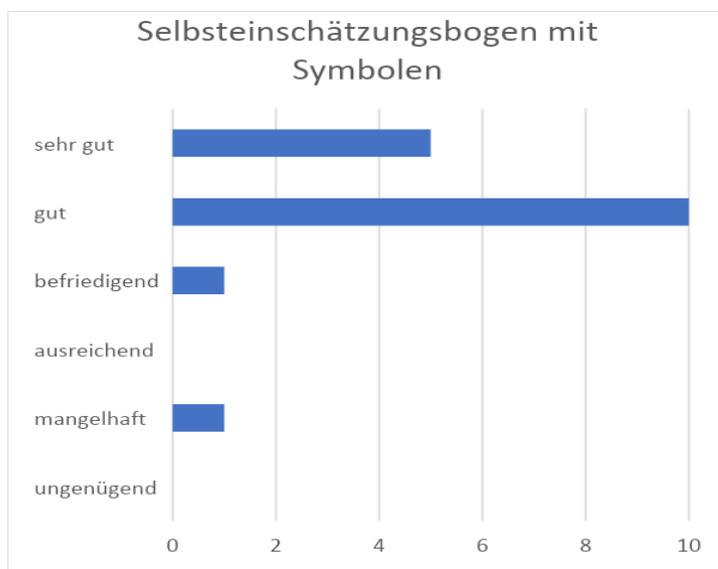


Abbildung 11 Übersichtlichkeit Selbsteinschätzungsbogen mit Symbolen

Der Selbsteinschätzungsbogen mit Symbolen wurde von 29,4 % der Befragten mit sehr gut bewertet. Die meisten Befragten (58,8 %) bewerteten den Selbsteinschätzungsbogen mit Symbolen mit der Note gut. Eine Person bewertete diesen Bogen im tieferen Bereich mit der Note mangelhaft. Der Mittelwert ergibt eine Note von 1,9 (gut) für den Selbsteinschätzungsbogen mit Symbolen.

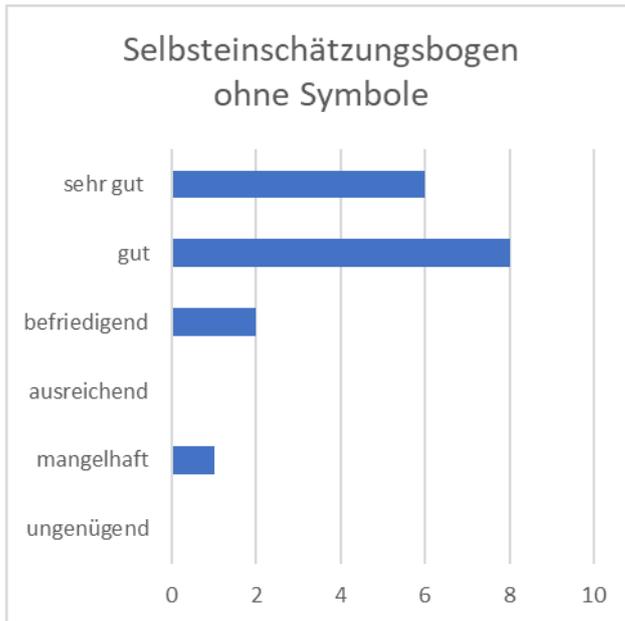


Abbildung 12 Übersichtlichkeit Selbsteinschätzungsbogen ohne Symbole

Der Selbsteinschätzungsbogen ohne die Symbole wurde von 35,3 % der Befragten mit sehr gut, in Bezug auf seine Übersichtlichkeit bewertet. 47 % vergaben die Note gut. Die Note befriedigend wurde von 11,8 % der Befragten vergeben. Eine befragte Person bewertete den Selbsteinschätzungsbogen ohne Symbole mit der Note mangelhaft. Der Mittelwert beträgt hier 1,9 (gut).

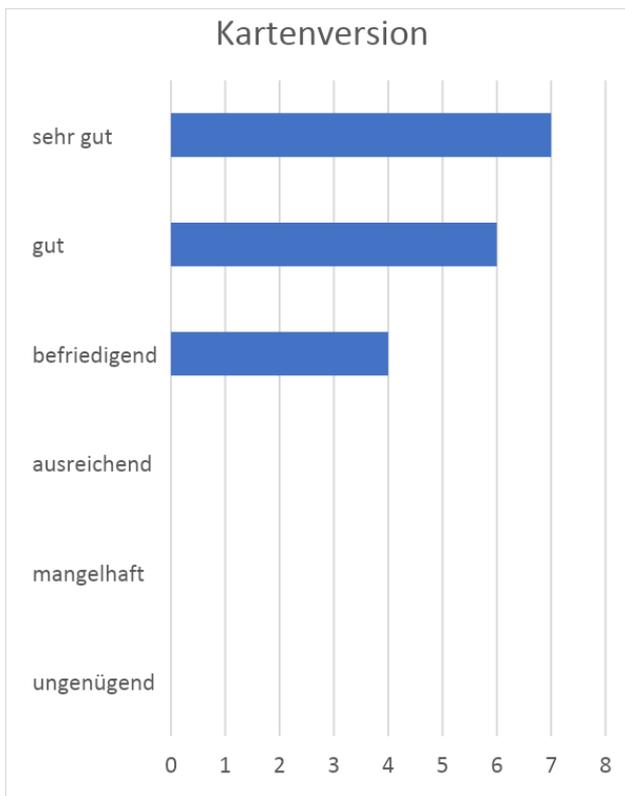


Abbildung 13 Übersichtlichkeit Kartenversion

Die Kartenversion des COSA (2.2) wurde von 41,2% der Befragten mit der Note sehr gut bewertet. 35,3 % vergaben die Note gut und 23,5 % bewerteten die Kartenversion mit einem befriedigend. Der Mittelwert der Kartenversion ergibt eine 1,8 (gut).

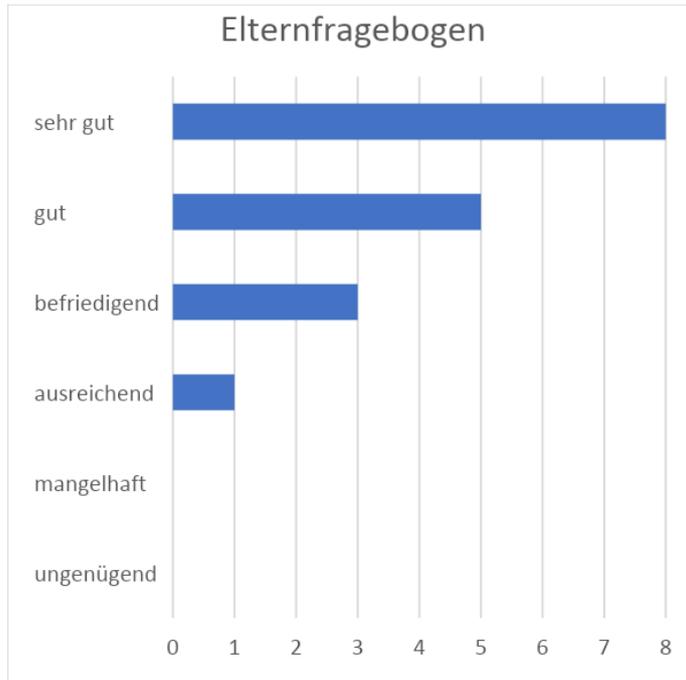


Abbildung 14 Übersichtlichkeit Elternfragebogen

Der Elternfragebogen des COSA (2.2) wurde von 47,1 % der Befragten mit der Note sehr gut bewertet. 29,4 % vergaben die Note gut. 17,6 % bewerteten den Elternfragebogen mit der Note befriedigend, während eine befragte Person die Note ausreichend vergab. Die Bewertung des Elternfragebogens ergibt im Mittelwert eine Note von 1,8 (gut).

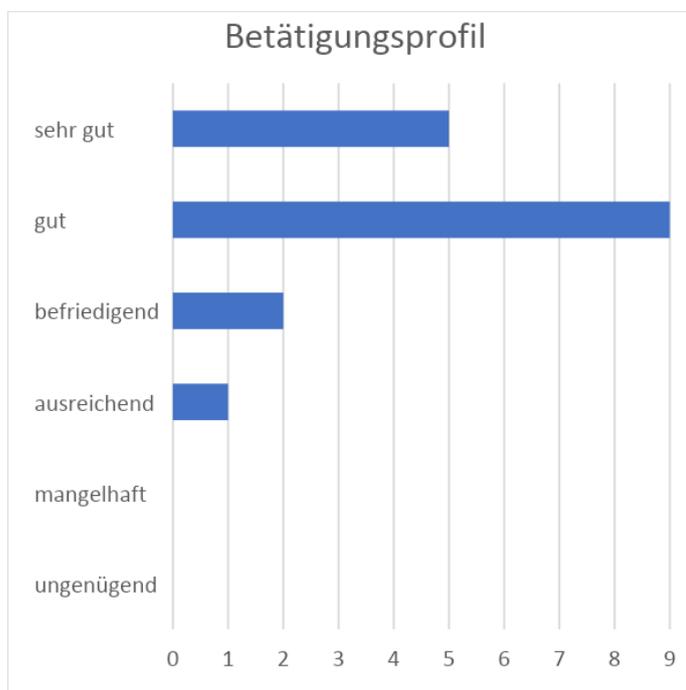


Abbildung 15 Übersichtlichkeit Betätigungsprofil

Von 29,4 % der Studienteilnehmer\*innen wurde das Betätigungsprofil des COSA (2.2) mit der Note sehr gut bewertet. Der größte Anteil der Befragten mit 52,9 % vergaben die Note gut. 11,8 % bewerteten das Betätigungsprofil mit einem befriedigend, während 5,9 % der Befragten die Note ausreichend vergaben. Der Mittelwert für das Betätigungsprofil ergibt 1,9 (gut).

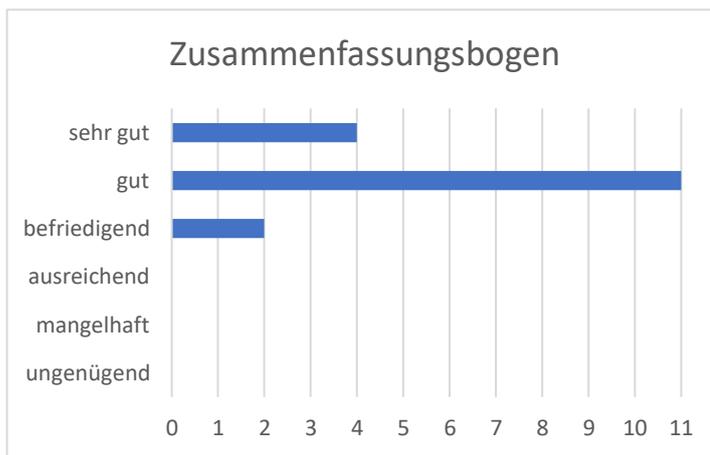


Abbildung 16 Übersichtlichkeit Zusammenfassungsbogen

Der Zusammenfassungsbogen wurde von 23,5 % der Befragten mit sehr gut bewertet. Den größten Anteil mit 64,7 % machen die Befragten aus, die den Zusammenfassungsbogen mit der Note gut bewertet haben. 11,8 % bewerteten den Zusammenfassungsbogen mit befriedigend. Der Mittelwert ergibt eine 1,9 (gut).

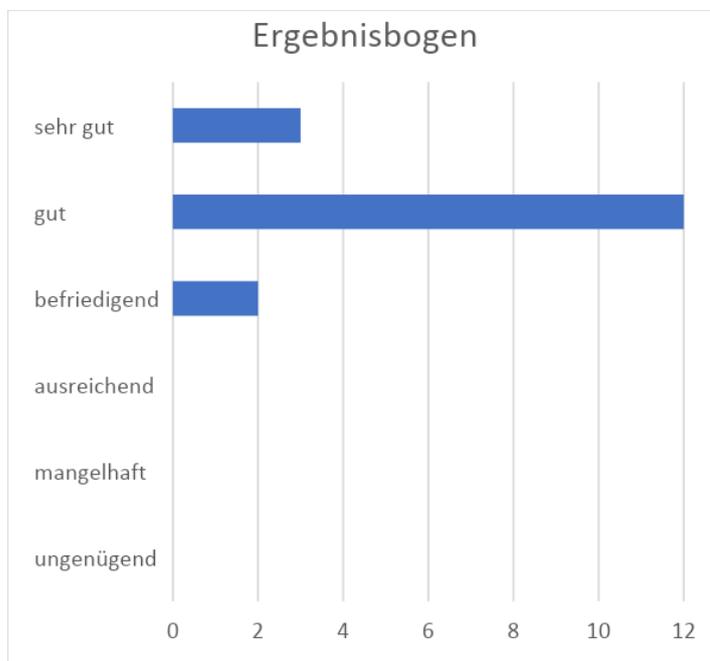


Abbildung 17 Übersichtlichkeit Ergebnisbogen

Die meisten Befragten (70,6 %) bewerteten die Übersichtlichkeit des Ergebnisbogens mit der Note gut. Der Ergebnisbogen bekam die Note sehr gut von 17,6 % der Befragten. 11,8% der Stichprobe vergaben die Note befriedigend. Es lässt sich ein Mittelwert von 1,9 (gut) berechnen.

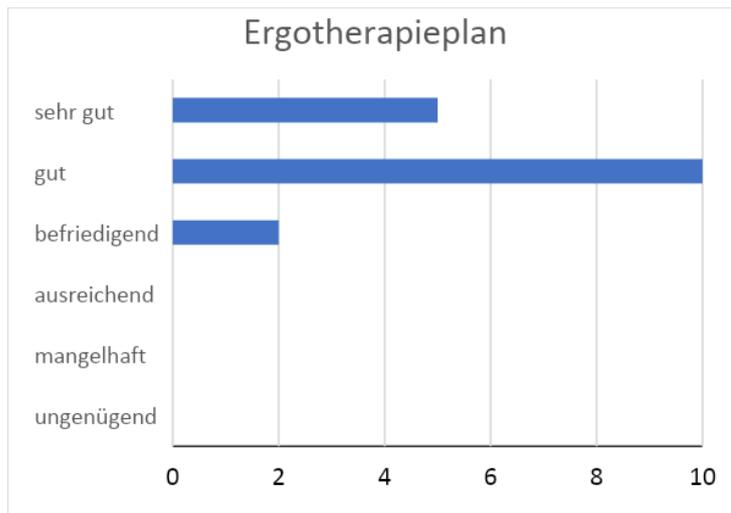


Abbildung 18 Übersichtlichkeit Ergotherapieplan

Der Ergotherapieplan wurde von 29,4 % der Befragten mit der Note sehr gut bewertet. Auch hier haben die meisten Befragten (58,8 %) den Ergotherapieplan mit der Note gut bewertet. 11,8 % vergaben für den Ergotherapieplan ein befriedigend. Der Mittelwert ergibt somit 1,8 (gut).

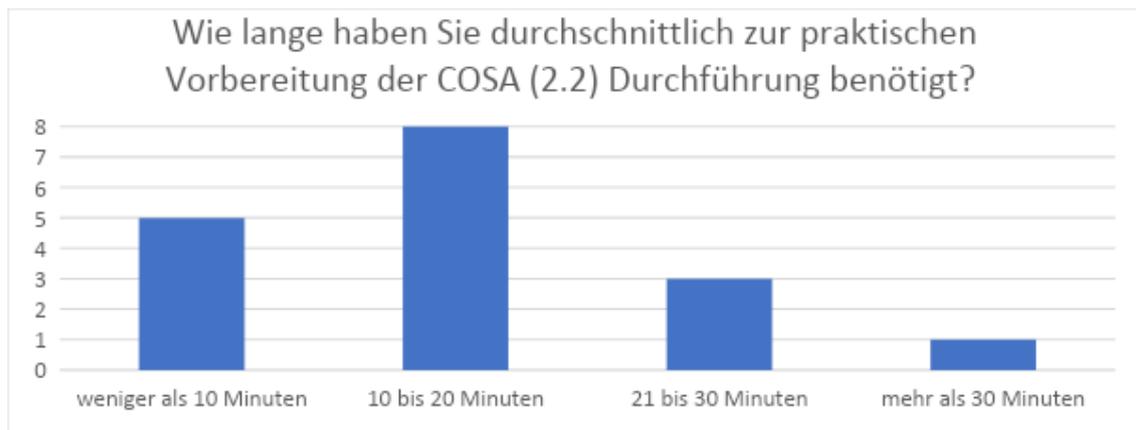


Abbildung 19 praktische Vorbereitungszeit

Für die Vorbereitungszeit zur Durchführung mit dem COSA (2.2) mit einem Kind haben 29,4 % der Befragten weniger als 10 Minuten benötigt. Die meisten Befragten (47,1 %) benötigten 10 bis 20 Minuten für die Vorbereitung der Durchführung. 17,6 % bereiteten sich 21 bis 30 Minuten auf die Durchführung vor, während eine befragte Person mehr als 30 Minuten für die Vorbereitung benötigt hat.

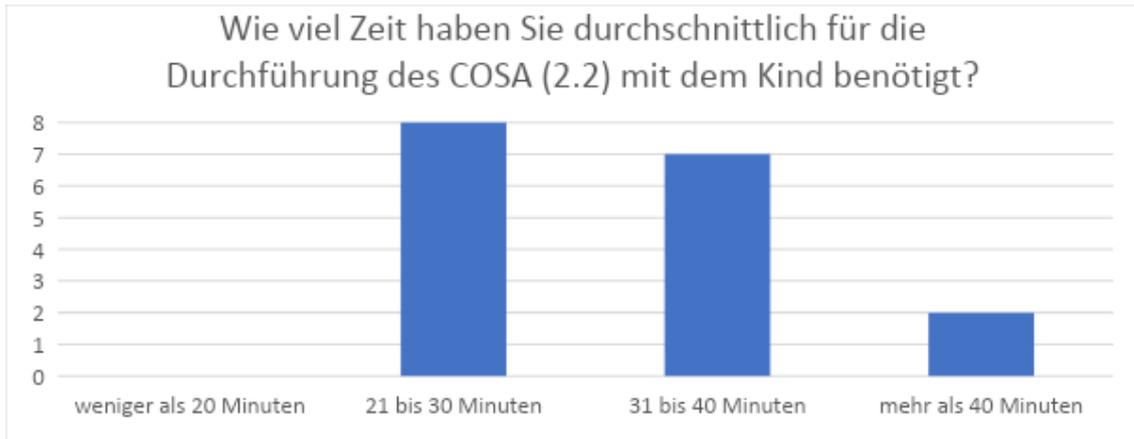


Abbildung 20 Durchführungszeit COSA mit Kind

Für die Durchführungszeit des COSA (2.2) mit dem Kind in der Therapie benötigte jede befragte Person mehr als 20 Minuten. 21 bis 30 Minuten haben 47,1 % der Befragten zur Durchführung mit dem Kind benötigt. Bei 41,2% bewegte sich die Durchführungszeit des COSA (2.2) zwischen 31 und 40 Minuten. Ein kleinerer Teil der Befragten (11,8 %) benötigte einen Zeitraum von mehr als 40 Minuten für die Durchführung des Assessments mit dem Kind.

*Haben Sie Veränderungen bei dem Kind nach der Durchführung mit dem COSA (2.2) festgestellt?*

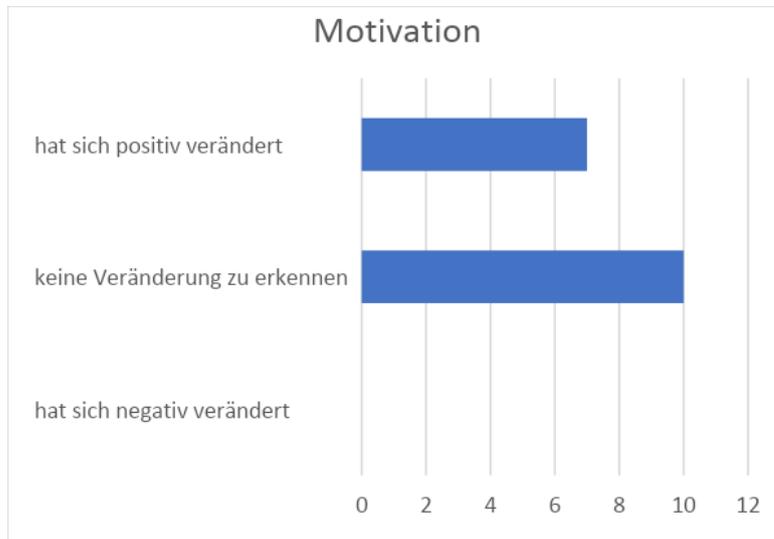


Abbildung 21 Veränderung Motivation

41,2% der Befragten gaben an, dass sich die Motivation des Kindes in der Ergotherapie durch die Durchführung des COSA (2.2) positiv verändert hat. Ein etwas größerer Anteil mit 58,8 % gab an, dass keine Veränderung bei dem Kind in Bezug auf die Motivation zu erkennen.

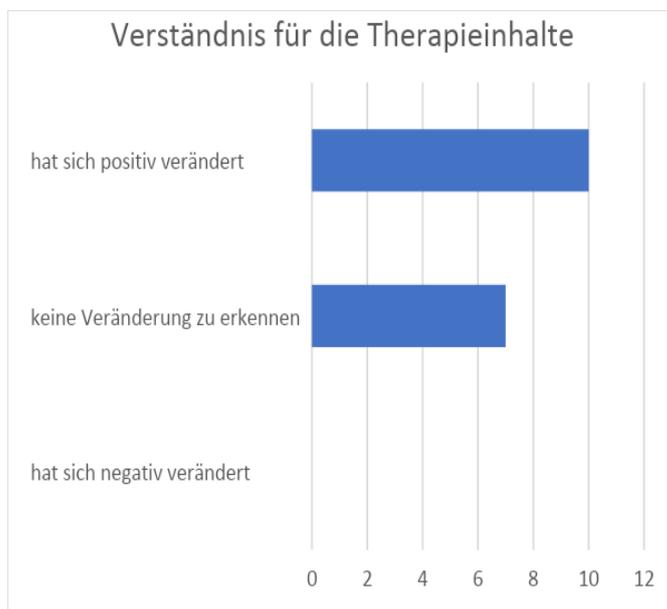


Abbildung 22 Veränderung Verständnis für Therapieinhalte

Bei der Bewertung des Verständnisses der Therapieinhalte für das Kind gaben 58,8 % an, dass sich dies positiv durch die Durchführung des COSA (2.2) verändert hat. 41,2 % der Befragten nahmen keine Veränderungen des Verständnisses für die Therapieinhalte bei dem Kind wahr.

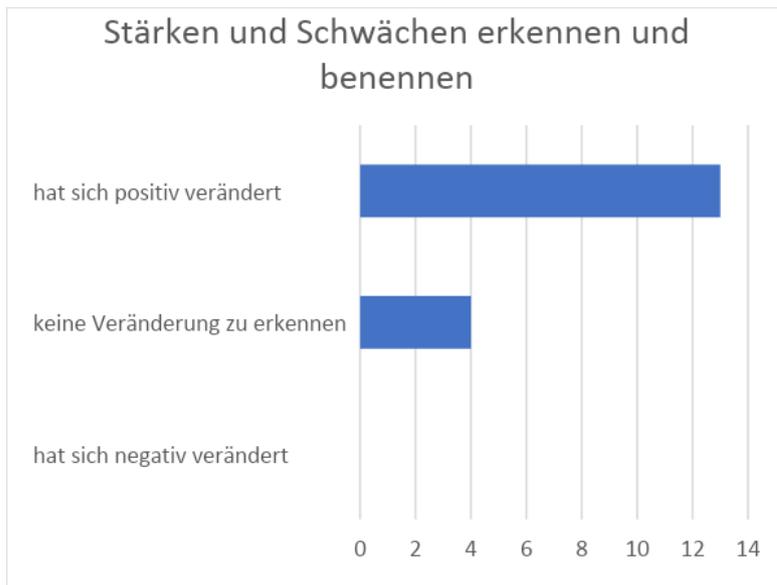


Abbildung 23 Veränderung Stärken und Schwächen

Ein Großteil der Befragten (76,5 %) gaben an, dass sich das Erkennen und Benennen der eigenen Stärken und Schwächen des Kindes, durch die Durchführung des COSA (2.2) positiv verändert hat. 23,5 % gaben an, dass sie keine Veränderung bei dem Kind feststellen konnten.

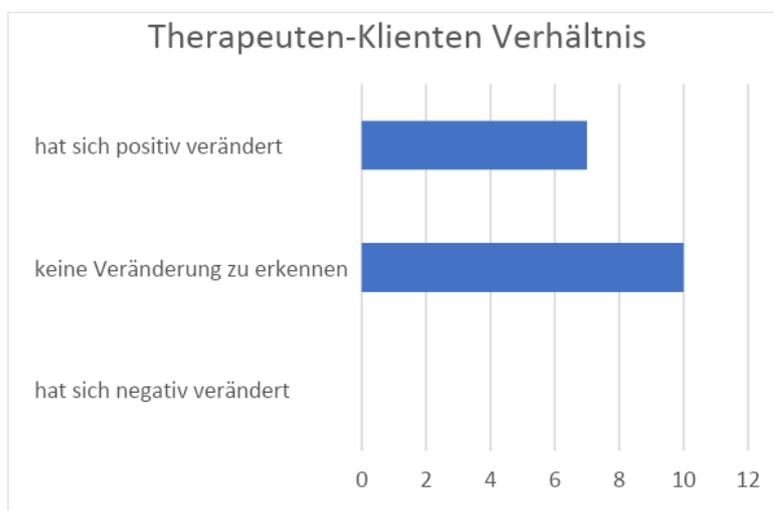


Abbildung 24 Veränderung Therapeut\*in-Klient\*in Verhältnis

Das Therapeuten-Klienten Verhältnis hat sich bei 41,2 % der Befragten durch die Durchführung des COSA (2.2) positiv entwickelt. Bei 58,8 % waren zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens keine Veränderungen im Therapeuten-Klienten Verhältnis zu erkennen.

### Ergebnisse der Freitextantworten

Im folgenden Teil der Ausarbeitung werden die Ergebnisse der Freitextfragen, von 17 Ergotherapeuten\*innen, des Online-Fragebogens dargestellt. Hierzu wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) Cluster gebildet, um eine übersichtliche Darstellung der frei formulierten Antworten der Studienteilnehmer\*innen zu erhalten.

#### *Welche Aspekte waren bei der Übersichtlichkeit des Manuals für Sie hilfreich?*

Die förderlichen Faktoren zur Übersichtlichkeit des Manuals des COSA (2.2) wurden von den Befragten wie folgt definiert:

- Tabellen und Boxen als Zusammenfassungen am Ende der Kapitel
- das Inhaltsverzeichnis, die Übersichtstabelle (Abbildung 1-1)
- die Beispiele, die Strukturierung/Einteilung des Manuals in Kapitel
- die Auflistung der unterschiedlichen Bögen sowie deren Anwendung
- die Trennung vom Manual und den Bögen
- jeweils eine Literatursammlung am Ende der Kapitel

#### *Welche Aspekte haben Ihnen zur Übersichtlichkeit des Manuals gefehlt/ waren nicht hilfreich?*

Bei der Beantwortung dieser Frage gaben 47,1 % der Befragten an, dass Ihnen im Manual keine Aspekte zur Übersichtlichkeit gefehlt haben. Als fehlende Aspekte zur Übersichtlichkeit wurden folgende benannt:

- kürzere Erklärungen/ Kurzzusammenfassungen
- ein Schaubild zum MOHO

Als hinderlich bei der Übersichtlichkeit wurde zudem das, von den Forscherinnen eingefügte, Wasserzeichen innerhalb der verschickten Forschungsversion benannt.

#### *Welche Aspekte waren bei der Verständlichkeit des Manuals für Sie hilfreich?*

Die förderlichen Faktoren zur Verständlichkeit des Manuals des COSA (2.2) wurden von den Befragten wie folgt definiert:

- Beispiele sowohl zur Durchführung als auch zur Auswertung des COSA (2.2)
- eine einfache/deutliche/fachbezogene Sprache
- Gliederung der einzelnen Durchführungsschritte in einzelne Kapitel mit passenden Überschriften
- kurze und präzise Anweisungen und Erklärungen
- die Boxen am Ende der Kapitel als Zusammenfassungen der Anleitung
- die Definition der MOHO-Terminologie und deren direkter Bezug zu den Items des Assessments

*Welche Aspekte haben Ihnen zur Verständlichkeit des Manuals gefehlt/ waren nicht hilfreich?*

58,8 % der Befragten haben keine fehlenden oder hinderlichen Faktoren zur Verständlichkeit des Manuals benannt.

Als hinderlicher Faktor zur Verständlichkeit des Manuals wurde aufgeführt:

- zu ausführliche Erklärungen und für die Durchführung des Fragebogens unwichtige Informationen

Als fehlender Aspekt wurde von den befragten Personen eine schematische/ bildliche Prozessdarstellung der COSA Durchführung als Zusammenfassung benannt.

*Welche weiteren Verbesserungsvorschläge haben Sie für das Manual?*

Die weiteren Verbesserungsvorschläge lassen sich zu 50 % einer Anpassung der COSA-Bögen zuordnen. Hier wurden konkret folgende Vorschläge benannt:

- eine farbliche Differenzierung der Durchführung und Wichtigkeit
- eine schon fertige Kartenversion zum Herausnehmen aus dem Manual

Zudem gab eine befragte Person folgendes an: „*Elternfragebogen ohne Symbole wäre sicher ebenso hilfreich aus Platzgründen und da die meisten Eltern die Version mit den Symbolen nicht benötigen*“ (TN 4).

Weitere benannte Verbesserungsvorschläge sind:

- eine Kurzfassung zur Durchführung des COSA (2.2)

- eine bildliche Darstellung des MOHO
- eine Erklärung zum Setting/Mitgabe des Elternfragebogens

Zur sichereren Durchführung des COSA (2.2) in der ergotherapeutischen Praxis hat eine befragte Person zudem folgendes geäußert: *„Einfügen eines Kapitels über klientenzentrierte Gesprächsführung mit jungen Menschen, Beispielsätze und Anregungen gerade für Berufseinsteiger in Deutschland mit Fachschulausbildung wichtig“* (TN 14).

*Welche Gründe gab es für die Aufteilung der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind?*

17,6 % der Befragten gaben an, dass die Durchführung des COSA (2.2) zwei Therapieeinheiten in Anspruch genommen hat. Als Gründe für die Aufteilung der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind auf zwei Therapieeinheiten wurden von den Befragten folgende Aspekte genannt:

- fehlende/nachlassende Aufmerksamkeit des Kindes
- die Besprechung von anderen wichtigen Themen vor der Durchführung des Assessments
- eine längere Erklärung einzelner Items
- Verweigerung seitens des Kindes
- parallele Betreuung des Elternfragebogens

*Bitte begründen Sie kurz warum (nicht) Sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment bewerten.*

Es wurden von den Befragten mehrere Gründe benannt, warum sie das COSA (2.2) als ein praktisches Assessment in ihrem Arbeitsalltag bewerten, die vermehrt genannten Gründe lassen sich den folgenden Clustern zuordnen:

- der Klientenzentrierung

Der Nutzen der Klientenzentrierung des COSA (2.2) wurde von einer befragten Person wie folgt wiedergegeben: *„Es liefert Informationen aus Sicht des Kindes, welche ein Elternteil oder Beobachtungen nicht geben können“* (TN 1).

Eine andere befragte Person benannte direkt die Klientenzentrierung des Assessments und ergänzte diese noch um die Aspekte der leichteren Umsetzbarkeit sowie einer

Begründung gegenüber Kostenträgern: *„Klientenzentrierung ist leichter umsetzbar und auch verständlicher gegenüber Ärzten zu begründen“* (TN 7).

➤ der Entwicklung von Therapiezielen

Eine befragte Person gab an, dass er/sie das COSA (2.2) aus folgendem Grund praktikabel in seinem/ihren Berufsalltag bewertet: *„Es ist hilfreich, das Kind klarer zu sehen und mit ihm gemeinsam Ziele zu entwickeln.“* (TN 3).

Das Formulieren von gemeinsamen Zielen im Sinne der Klientenzentrierung wurde von einer weiteren befragten Person benannt: *„Gut um mit Kindern Ziele zu erarbeiten und auch einen Vergleich Eltern Kind zu haben“* (TN 17).

Bei dieser Begründung wird zudem schon ein weiterer innerhalb dieser Forschung mehrfach genannter förderlicher Aspekt der Nutzung des COSA (2.2) mit aufgegriffen:

➤ der Abgleich der Bewertungen von Kind und Eltern

Dieser Aspekt wird auch von einer weiteren befragten Person aufgegriffen und dessen Wichtigkeit im ergotherapeutischen Prozess betont: *„Ich finde das COSA aber gerade deswegen ein gutes Instrument, da es ermöglicht den Transfer aus dem therapeutischen Setting auch in das häusliche Umfeld zu bewältigen und alle in ein Boot zu holen“* (TN 12).

➤ der Alltagsbezug der Items

Dies ist ein von mehreren Befragten in der Begründung der Praktikabilität des COSA (2.2) genannter Aspekt: *„Alltagstauglich, alltagsbezogene Themen...“* (TN 9), *„es orientiert sich an Alltagsschwierigkeiten...“* (TN 5), *„...gute Items die viele Aspekte des täglichen Lebens von KiJu abfragt“* (TN 13), *„umfasst viele Bereiche des Alltag...“* (TN 16).

➤ schnelle Durchführungszeit

Die schnelle Durchführungszeit des Assessments sowie die dadurch erhaltenen Informationen wurden von einer befragten Person als wichtigste Gründe für die Praktikabilität des COSA (2.2) benannt: *„Wenn das COSA einmal gut vorbereitet ist und man es sicher als Therapeut durchführen kann, erhält man sehr schnell und effektiv Informationen“* (TN 7). Ergänzt wurde der zeitliche Aspekt von einer anderen befragten Person noch positiv um den folgenden Aspekt: *„keine zeitliche Begrenzung - kann ich auf 2 TE aufteilen“* (TN 8).

Weitere Gründe zur Nützlichkeit des COSA (2.2) wurden wie folgt beschrieben:

- einfache Durchführbarkeit
- Stärken und Schwächen von Kindern benennen können
- Items geben den Kindern eine Struktur

Dies wurde von einer befragten Person wie folgt aufgeführt: *„Die Kindern ... können mittels dieses Leitfadens teilweise leichter ihren Alltag durchleuchten“* (TN 4). Erneut aufgegriffen wurde der nützliche Aspekt der Strukturierung anhand der Items wie folgt: *„... ist in der Auswahl gebündelt- das Kind entscheidet sich nur für diese Aktivitäten und hat nicht die volle freie Auswahl aus seinem Alltag, was ich häufig für Kinder überfordert gefühlt haben“* (TN 5).

- ansprechende Gestaltung des Assessments

Auch dieser Aspekt wurde bei der Bewertung des COSA (2.2) als praktikables Assessment mit aufgezählt: *„...schönes und spaßiges Assessments mithilfe der Smilies“* (TN 11).

- adaptierbar durch die drei Varianten und somit für verschiedene Altersklassen und Störungsbilder zu verwenden
- die gute Verständlichkeit der Sprache und des Assessments

Als Gründe, warum das COSA (2.2) als nicht praktikabel bewertet wurde, wurde benannt:

- der Aufwand/ die aufwendige Dokumentation

So gab eine befragte Person folgendes an: *„Sehr aufwendig ist jedoch die Dokumentation - ich habe den Zusammenfassungsbogen am Ende nicht mehr genutzt, sondern die Ergebnisse mit einem Foto dokumentiert. Das ging schneller und ich konnte während der Durchführung die volle Unterstützung für das Kind bieten“* (TN 12)

- dass weitere Fragen nötig sind, um eine konkrete Zielformulierung zu erhalten

Die hier dargestellten Ergebnisse des Online- Fragebogens werden nun in der folgenden Diskussion aufgegriffen, um die Forschungsfrage zu beantworten und die Ergebnisse in den ergotherapeutischen Kontext einzuordnen. Zudem werden inhaltliche und methodische Stärken und Schwächen der Studie dargestellt.

## 5. Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit besteht darin, die Praktikabilität des COSA (2.2) (Reis & Schuster, 2019) zu erforschen. Durch die Ergebnisse der Befragung wird deutlich, inwieweit das COSA (2.2) von Ergotherapeuten\*innen als praktikabel bewertet wird und welche Faktoren als förderlich und/oder hinderlich bezüglich der Praktikabilität benannt werden.

Die, im vorherigen Kapitel aufgeführten, Ergebnisse der Online-Fragebögen werden hier diskutiert und in den wissenschaftlichen Kontext eingeordnet. Innerhalb der Diskussion liegt der Fokus auf den, von den Forscherinnen aufgestellten, Hypothesen, die anhand der durchgeführten Studie bestätigt oder widerlegt werden sollen. Zur besseren Übersichtlichkeit der Diskussion werden die Hypothesen im Verlauf erneut aufgegriffen. Im Anschluss an die Diskussion der Forschungsergebnisse folgen noch die Diskussion zum methodischen Vorgehen innerhalb des Forschungsprozesses. Zum Abschluss dieses Kapitels werden die wichtigsten Stärken und Schwächen der durchgeführten Forschung zusammengefasst.

### 5.1 Diskussion der Forschungsergebnisse

Das Ziel von evidenzbasierter Praxis (EBP) besteht darin, Klienten\*innen bestenfalls zu versorgen. Um ein effizientes und effektives Gesundheitssystem zu etablieren hat EBP eine zentrale Rolle. Es ist wichtig zu erfassen wie EBP nachhaltig in die Praxis implementiert werden könnte (Schönthaler, Schwab, Zettel-Tomenendal & Ritschl, 2017). Trotz der Bedeutung von EBP und der Verpflichtung, wissenschaftliche Evidenzen in Entscheidungen einfließen zu lassen, zeigen zahlreiche Studien, dass die Implementierung in die Praxis nur selten stattfindet (Cameron et al., 2005).

Damit eine Implementierung von EBP stattfindet, ist es neben der Verfügbarkeit von wissenschaftlichen Assessments wichtig zu erfassen, welche Faktoren die Therapeuten\*innen daran hindern, diese in ihrem Berufsalltag anzuwenden. Mit genau diesen hinderlichen aber auch förderlichen Faktoren befasst sich das Gütekriterium der Praktikabilität. Eine gute Praktikabilität trägt somit zu einer Förderung der Implementierung in die Praxis bei.

Anhand der Forschungsergebnisse wird deutlich, dass mit der Veröffentlichung des COSA (2.2) die Implementierung von EBP innerhalb der Ergotherapie gefördert wird. Den deutschsprachigen Ergotherapeuten\*innen würde mit dem COSA (2.2) ein klientenzentriertes Assessment vorliegt, das als praktikabel bewertet wird.

Die aufgestellte Hypothese: „Die Anwendung des COSA (2.2) wird von Ergotherapeuten\*innen als praktikabel in ihrem Berufsalltag wahrgenommen“ wurde innerhalb dieser Forschung verifiziert. Dies lässt sich vor allem daran erkennen, dass jeder/e Befragte im Online-Fragebogen angab, dass er/sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment in seinem/ihrem Berufsalltag ansieht und es seinen/ihren Kollegen\*innen weiterempfehlen würde. Um diese Hypothese, als Fazit der Forschung, genau betrachten zu können haben die Forscherinnen die beiden nachfolgenden Fragen bewusst am Ende des Fragebogens gestellt:

„Empfinden Sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment?“

„Werden Sie das COSA (2.2) Ihren Kollegen\*innen weiterempfehlen?“

Bei beiden Fragen hatten die Teilnehmer\*innen die Antwortmöglichkeiten „ja“ oder „nein“. Da beide Fragen von allen Befragten mit „ja“ beantwortet wurden, kann die Hypothese, dass das COSA (2.2) von Ergotherapeuten\*innen als praktikabel bewertet wird, vollständig verifiziert werden.

Die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Fragen wird durch eine offene Frage: „Bitte begründen Sie kurz warum (nicht) Sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment bewerten“, nochmal verstärkt.

Die Antworten der Befragten sind Kapitel 4 zu entnehmen und werden hier nicht erneut aufgeführt. Durch eine individuelle Begründung der Befragten, konnte sichergestellt werden, dass das COSA (2.2) wirklich von allen Teilnehmern\*innen als praktikabel angesehen wird und es nicht zu einer irrtümlichen Beantwortung der ja/nein Fragen gekommen ist.

Als besonders förderlicher Faktor bei der Integration des COSA (2.2) in den therapeutischen Berufsalltag wurde die gute Verständlichkeit des COSA Manuals benannt. Hierzu trägt nach Meinung der Befragten eine gute Übersichtlichkeit des Manuals bei. Diese gestaltet sich durch die vorgegebene Gliederung der einzelnen

Durchführungsschritte, sowie eine gut/einfach zu verstehende Sprache, und die Zusammenfassungen am Ende der einzelnen Kapitel. In der ergotherapeutischen Literatur werden verschiedene Barrieren bei der Implementierung der evidenzbasierten Praxis (EBP), die eine der sechs Säulen der Ergotherapie (→) darstellt, beschrieben. Einige hinderliche Aspekte werden hier aufgegriffen, und stellen zum Teil auch Aspekte der Praktikabilität (→) des COSA (2.2) dar.

Sprachliche Barrieren durch unzureichende Sprachkenntnisse sind ein Aspekt, der dazu führt, dass sich Implementierung von EBP (→) schwierig gestaltet (Döpp, Steultjens & Radel, 2012). Dies ist ein wichtiger Grund dafür, dass das COSA (2.2) auf Deutsch veröffentlicht werden soll, um die Entwicklung der EBP in der deutschen Ergotherapie weiter voranzubringen.

Ein weiterer Grund ist die Schwierigkeit ein passendes Assessment für den/die Klienten\*in zu finden, da es eine Vielzahl von Assessments gibt (George, 2012). Zudem ist auch nicht jedes Assessment bei jedem\*r Klienten\*in anwendbar. Die Assessments gibt es in unterschiedlichen Arten (Kapitel 2.3.2) und es gibt unterschiedliche Ein- und Ausschlusskriterien. In Bezug auf diese Forschung lässt sich sagen, dass das COSA (2.2) für ein breites Altersspektrum (7 bis 17 Jahre) angewendet werden kann, und es, außer einer realistischen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, keine weiteren Voraussetzungen von Seiten des Kindes gibt. Damit das Assessment bei möglichst viele Klienten\*innen angewendet werden kann, gibt es im COSA (2.2) mit dem Fragebogen mit Symbolen, dem Fragebogen ohne Symbole und der Kartenversion unterschiedliche Möglichkeiten für die Durchführung der Selbstbewertung des Kindes. Dies äußerten auch TN 8 sowie TN 15 als Argument, warum sie das COSA (2.2) als ein praktikables Assessment ansehen: „... gut an die Altersgruppe anpassbar“, „Es ist multiple anwendbar.“

Von McCluskey (2004) wird Zeitmangel als ein Hauptgrund dafür benannt, dass die Umsetzung von EBP im therapeutischen Berufsalltag nicht stattfindet. In dieser Forschung wurde der zeitliche Umfang des COSA (2.2) als förderlicher Faktor bei der Integration des Assessments in den Berufsalltag genannt. Die Zeit wurde innerhalb der Forschung in die Einarbeitungszeit in das Manual, die praktische Vorbereitungszeit und die Durchführungszeit des COSA (2.2) mit dem Kind unterteilt. Bei verschiedenen

Zeitfragen traten unterschiedliche Angaben von den Befragten auf. Die Einarbeitungszeit in das Manual variierte von 11-20 Minuten (23,5 %) bis zu über 60 Minuten (5,9 %). Die praktische Vorbereitungszeit der COSA (2.2) Durchführung hat für 94,1 % der Befragten weniger als 10 bis 20 Minuten in Anspruch genommen. Die praktische Durchführung des Assessments mit dem Kind konnte von 88,2 % der Befragten in einem Zeitraum von 20-40 Minuten erfolgen. Zwei Befragte gaben an, für die Durchführung mehr als 40 Minuten benötigt zu haben.

Hinsichtlich des wichtigen Praktikabilitätsfaktors Zeit gilt es jedoch auch zu beachten, dass das Wissen des/der Therapeuten\*in, durch eine intensive und strukturierte Einarbeitung in das Manual sowie ein bewusstes und regelmäßiges Anwenden des Assessments, immer weiter vertieft wird und seine/ihre Fertigkeiten bei der Durchführung und Auswertung automatisiert werden (Heymann, 1998). Dies führt dazu, dass die Einarbeitungszeit nach einer Automatisierung des Gelernten entfällt und der zeitliche Umfang nur noch die praktische Vorbereitung und Durchführung miteinschließt. Dieser Aspekt wurde auch von TN 7 als förderlicher Faktor genannt: *„Wenn das COSA einmal gut vorbereitet ist und man es sicher als Therapeut durchführen kann, erhält man sehr schnell und effektiv Informationen.“* Durch diese Aussage wird nochmal deutlich, dass den Teilnehmern\*innen bewusst ist, dass es sich bei der Durchführung eines Assessments um einen Prozess handelt, der durch vermehrte Anwendung immer mehr automatisiert wird und dadurch eine Zeitersparnis eintritt.

Durch die vermehrte Anwendung des Assessments erhält der/die Therapeut\*in auch mehr Sicherheit bei der Anwendung des COSA (2.2). Eine weitere Frage des Online-Fragebogens, bezogen auf die Sicherheit der Studienteilnehmer\*innen bei der Durchführung, auf Grundlage des Manuals, bestätigt diese Annahme. Alle Studienteilnehmer\*innen gaben an, sich sicher bei der Durchführung gefühlt zu haben (23,5 % sehr sicher und 76,5 % überwiegend sicher).

Bei der Auswertung der qualitativen Ergebnisse konnte festgestellt werden, dass zwei Studienteilnehmer\*innen das COSA (2.2) als sehr aufwendig empfanden. Hierzu wurde sich im Fragebogen wie folgt geäußert: *„Sehr aufwendig ist jedoch die Dokumentation - ich habe den Zusammenfassungsbogen am Ende nicht mehr genutzt, sondern die Ergebnisse mit einem Foto dokumentiert. Das ging schneller und ich konnte während der Durchführung die volle Unterstützung für das Kind bieten“* (TN 12).

Grundsätzlich ist ein Ergotherapeut\*in nach Bürgerlichem Gesetzbuch zur Dokumentation verpflichtet. In der Realität haben die meisten Ergotherapeuten\*innen, durch streng getaktete Therapieeinheiten, wenig Zeit für eine ausführliche Dokumentation. Somit wird mehr Dokumentationszeit bzw. Arbeitszeit für die Auswertung eines Assessments benötigt, die für Ergotherapeuten\*innen einen zusätzlichen Aufwand darstellen (Oldenburg, 2017).

Wenn man den zeitlichen Umfang eines Assessments betrachtet, so sollte dies auch in der Nachbereitung praktikabel sein. Dieser zeitliche Umfang der Nachbereitung, im Sinne der Dokumentation der Ergebnisse des COSA (2.2), wird von TN 12 als sehr aufwendig beschrieben. Wobei er/sie dort für sich eine Lösung gefunden hat, die ihm eine Zeitersparnis ermöglicht und sich für ihn/sie dadurch die Verwendung dieses Assessments praktikabler gestaltet.

„In vollem Umfang finde ich das Cosa 2.2 etwas zu aufwendig“ (TN 15). Diese Aussage des/der Befragten kann von den Forscherinnen nicht vollständig ausdiskutiert werden, da nicht benannt wird, welche Aspekte des COSA (2.2) (Einarbeitung Manual, Durchführungszeit, Dokumentation) als zu aufwendig angesehen werden. Obwohl der zeitliche Umfang als zu aufwendig angesehen wird, hat der/die Befragte bei der Frage, ob er/sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment ansieht mit „ja“ geantwortet. Es ist somit ein Widerspruch zwischen diesen Antworten zu erkennen. Hier ist es möglich, dass der/die Teilnehmer\*in bei der Gesamtbewertung der Praktikabilität des Assessments nicht nur den zeitlichen Aspekt betrachtet hat, sondern andere positive Faktoren bei der Gesamtbewertung der Praktikabilität überwogen haben.

Trotz unterschiedlichen Angaben im zeitlichen Umfang gab ein Großteil der Befragten (94,1 %) an, dass die gewonnenen Informationen in einer guten zeitlichen Relation zu der Durchführung des Assessments stehen. Innerhalb der ergotherapeutischen Literatur beschreibt Schönthaler (2016), dass die eingesetzten Assessments in Bezug auf den Aufwand an Zeit, Material und Kosten in einem sinnvollen Verhältnis zum Nutzen stehen müssen.

Zudem soll auch die Summe des Aufwands und die Belastung für den/die Klienten\*in mit dem, aus dem Assessment resultierenden, Nutzen abgewogen werden. Die, aus der

Durchführung des COSA (2.2) resultieren Vorteile bestehen darin, dass die Betätigungsanliegen des/der Klienten\*in erfasst werden. Diese bieten eine Grundlage für eine gemeinsame Formulierung von Therapiezielen. Innerhalb dieser Bachelorarbeit konnte erfasst werden, dass der Nutzen für das Kind darin besteht, dass es seine eigenen Stärken und Schwächen besser benennen kann (76,5 %) sowie ein besseres Verständnis für Therapieinhalte entwickelt (58,8 %). Bei der Betrachtung dieser Angaben ist kritisch zu betrachten, dass die Befragten diese Veränderungen nach der Durchführung des COSA (2.2) in einem Zeitrahmen von maximal sechs Wochen bewerten sollten. Einige Ergotherapeuten\*innen gaben im Fragebogen an, dass sie keine Veränderung feststellen konnten. Hier wäre durchaus eine erneute Befragung zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll, um mögliche Veränderungen zu erfassen, wenn die Therapieziele des Kindes im Fokus der ergotherapeutischen Intervention stehen.

Obwohl der Forschungszeitraum begrenzt war, wurden trotzdem Vorteile für den/die Klienten\*in von Teilnehmern\*innen benannt: *„Die Kindern fühlen sich ernst genommen, in den Therapieprozess aktiv einbezogen und die Compliance wird deutlich erhöht (TN 5).“*

Die zweite Hypothese: *„Die Ergotherapeuten\*innen nehmen keine großen Unterschiede in den Bewertungen der Praktikabilität des COSA (2.2) aufgrund ihrer Ausbildung und/oder Berufserfahrung vor“*, lässt sich ebenfalls anhand der Forschungsergebnisse verifizieren. Die wichtigsten übereinstimmenden Antworten der Studienteilnehmer\*innen hinsichtlich der Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2) sowie kleine Unterschiede, die sich nicht essentiell auf Gesamtbewertung auswirken, werden im Folgenden dargestellt.

Die Verständlichkeit des Manuals ist von allen Teilnehmern\*innen mindestens mit gut (Schulnote 2) bewertet worden. Dies bestätigt eine gute Verständlichkeit des Manuals, unabhängig vom höchsten Bildungsabschluss und/oder Berufserfahrung der Befragten. Ein sehr gutes Verständnis der Manuals gaben 17,6 % der Befragten an, von denen alle einen Bachelorabschluss und mehrere Jahre Berufserfahrung aufweisen.

Hier ist besonders hervorzuheben, dass auch die Teilnehmer\*innen, die vorher nicht mit der alten Version des COSA (2.1) gearbeitet haben (11,8 %), die Verständlichkeit des

Manuals mit gut bewerten. Eine bessere Verständlichkeit auf Grund von Erfahrungen mit der alten COSA Version ist aus Sicht der Forscherinnen denkbar. Trotzdem spricht gerade auch die gute Verständlichkeit von Therapeuten\*innen ohne COSA Vorerfahrung für die Praktikabilität des COSA (2.2). Eine gute Verständlichkeit des Manuals ist Voraussetzung für eine sichere Durchführung des Assessments und somit auch für die Implementierung des Assessments in den ergotherapeutischen Berufsalltag.

Die Sicherheit bei der praktischen Durchführung wurde von Befragten mit einem zusätzlichen akademischen Abschluss und/ oder mehr Berufserfahrung häufiger mit sehr sicher (23,5 %) bewertet, wobei auch die übrigen Befragten (76,5 %) angaben, sich überwiegend sicher bei der Durchführung, auf Grundlage des Manuals, gefühlt zu haben.

Die geringen Unterschiede in der Bewertung könnten auch im Zusammenhang mit dem Alter der Studienteilnehmer\*innen stehen. Hier ist zu beachten, dass die Forscherinnen innerhalb des Fragebogens nicht nach dem Alter der Teilnehmer\*innen gefragt haben, sondern nach den Jahren der Berufserfahrung. Dies wurde bewusst gemacht, da es durchaus möglich ist, dass ältere Teilnehmer\*innen ihre ergotherapeutische Ausbildung erst zu einem späteren Zeitpunkt absolviert haben. Bei der Betrachtung von Unterschieden in der Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2) haben die Forscherinnen somit das vorherrschende ergotherapeutische Paradigma, zum Ausbildungszeitraum der Befragten, beachtet.

Ein Großteil der Befragten (82,4 %) gaben an, dass sie weniger als 20 Jahre Berufserfahrung haben. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass sie ihre Ausbildung im zeitgenössischen Paradigma absolviert haben. Von den Teilnehmern\*innen (17,6 %), die ihre Ausbildung nicht im zeitgenössischen Paradigma abgeschlossen haben, absolvierten 66,6 % ein Studium im Anschluss an die Ausbildung. Es ist davon auszugehen, dass 94,1 % den Studienteilnehmer\*innen eine neue Sichtweise auf das ergotherapeutische Betätigungsfeld während der Ausbildung und/ oder dem anschließenden Studium vermittelt wurde. Die Klientenzentrierung, das Wissen um die Bedeutung von Betätigung sowie der Einfluss der Umweltfaktoren veränderten die deutsche Ergotherapie nachhaltig. Dies führte auch zu der Möglichkeit Interventionen theoriegeleitet zu planen (Hagedorn, 2009).

Die Lehrinhalte der ergotherapeutischen Ausbildung orientierten sich mehr in Richtung klientenzentrierter und betätigungsorientierten Modelle, wie dem MOHO, und den Assessments, die auf Grundlage der ergotherapeutischen Modelle entstanden sind.

Hinsichtlich der Zeit, des Preises und der Gesamtbewertung der Nützlichkeit des COSA (2.2) lassen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des höchsten Bildungsabschlusses und/oder der Berufserfahrung bei den Teilnehmern\*innen feststellen. Sudsawad (2005) benennt zu hohe Schulungskosten als einen Grund dafür, dass die Umsetzung von EBP sich in der Praxis schwierig gestaltet. Da für die Therapeuten\*innen keine Schulung zur Nutzung des COSA (2.2) vorgeschrieben wird, entfällt der Aspekt der Schulungskosten. Dies stellt im Sinne der Praktikabilität einen Vorteil des COSA (2.2) im Vergleich zu anderen pädiatrischen klientenzentrierten Assessments wie dem Fotointerview (Onderwijscentrum Leijpark, 2019) dar. Da eine gute Verständlichkeit des Manuals und sichere Durchführung des COSA (2.2) durch die Studienergebnisse bestätigt wurde, halten die Forscherinnen eine Schulung zur Durchführung des COSA (2.2), auch aufgrund der dafür anfallenden Kosten, nicht für notwendig.

Die hohen Kosten eines Assessments können dazu führen, dass dies in einer ergotherapeutischen Praxis als nicht praktikabel bewertet und deswegen nicht angeschafft wird. 76,5 % der Befragten sind bereit den Preis von 47 Euro, den die alte Version des COSA (2.1) gekostet hat, auch für die neue Version des COSA (2.2) zu bezahlen. Die Teilnehmer\*innen, die diese Frage verneinten, wurden gefragt, welchen Preis sie bereit wären für das COSA (2.2) zu bezahlen. Eine Befragte Person gab dort an, dass sie auch bereit wäre 47 Euro zu bezahlen, wenn eine fertige Kartenversion enthalten wäre. Von den anderen Befragten wurde ein Preis von 30 Euro benannt. Wenn man den Preis des COSA (2.1) im Vergleich zu anderen Assessments betrachtet (siehe Tabelle 1) so lässt sich feststellen, dass sich das COSA (2.1) sich im mittleren Preissegment einordnet. Ein anderes weitverbreitetes ergotherapeutisches Assessment, das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2020) ist für einen Preis ab 29 Euro zu erhalten.

Auf Grundlage der Antworten der Befragten sowie dem aktuellen Preis von anderen ergotherapeutischen Assessments, empfehlen die Forscherinnen bei einer Neuveröffentlichung des COSA (2.2) einen Preis von 35 bis 40 Euro, auch abhängig

davon, ob eine fertige Kartenversion enthalten ist. Es ist durchaus denkbar, dass einige Therapeuten\*innen bereit sind einen höheren Preis für das COSA (2.2) mit fertiger Kartenversion zu bezahlen, da sie sich dadurch den einmaligen Arbeitsaufwand der Vorbereitung der Kartenversion sparen. Da dieser Vorschlag erst innerhalb dieser Forschung benannt wurde, konnten hinsichtlich dieses Aspekts keine Daten erhoben werden.

Die dritte Hypothese lautet: „Das Therapeut\*in-Klient\*in Verhältnis entwickelt sich positiv durch den Einsatz des COSA (2.2) in der Ergotherapie aus Sicht der befragten Therapeuten\*innen. Diese Hypothese konnte innerhalb dieser Forschung nicht vollständig bestätigt werden. Es gaben 58,8 % der Befragten an, dass zum Zeitpunkt der Fragebogendurchführung keine Veränderungen im Therapeuten\*innen-Klient\*innen Verhältnis zu erkennen waren. In diesem Fall könnte der Forschungszeitraum von sechs Wochen ein Grund dafür sein, dass sich noch keine Veränderungen im Therapeut\*in-Klient\*in-Verhältnis bemerkbar machten. Morrison & Smith (2013) betonen, dass der Beziehungsaufbau zwischen Klienten\*in und Therapeut\*in einen gewissen Zeitraum benötigt, bis sich die erst oberflächliche Beziehung zu einer tiefgründigeren Verbundenheit entwickelt. Auch das Vertrauen und die Stärke der Verbindung können erst über einen bestimmten Zeitverlauf wachsen, welche durch wiederholten Kontakt verstärkt werden. Dieser Prozess der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung läuft bei jedem Menschen individuell ab und kann somit mehr Zeit beanspruchen als der Zeitraum dieser Forschung. Ein mit 42,2 % etwas kleinerer Anteil konnte jedoch eine positive Veränderung im Therapeut\*in-Klient\*in Verhältnis feststellen. Hierzu schrieb eine befragte Person folgendes: *„Die Kindern fühlen sich ernst genommen, in den Therapieprozess aktiv einbezogen und die Compliance wird deutlich erhöht“ (TN 4)*. Eine negative Veränderung nach der Durchführung wurde von keinem/r der Befragten festgestellt werden.

## 5.2 Diskussion des methodischen Vorgehens

Um die Qualität dieser Studie zu gewährleisten und sicherzustellen, dass die Ergebnisse für die Wissenschaft gültig sind, haben sich die Forscherinnen an den drei Gütekriterien der quantitativen Forschung orientiert: Reliabilität, Validität und Objektivität.

Um die Validität des Online-Fragebogens zu gewährleisten, wurde im Vorfeld von einer Testperson ein Pretest durchgeführt. Durch diese erhielten die Forscherinnen

Rückmeldung darüber, ob der Online-Fragebogen mit dem Gütekriterium der Praktikabilität genau das misst, was er messen soll.

Um außerdem die Validität zu gewährleisten, haben die Forscherinnen alle interessierten Ergotherapeuten\*innen in die Studie mit aufgenommen, sodass auch im Falle von Teilnahmeabsagen genügend Studienteilnehmer\*innen den Clustern zugeordnet werden konnten.

Um die Reliabilität der Ergebnisse zu sichern, wurde der Online-Fragebogen so konstruiert, dass die meisten Antworten auf die gleiche Art und Weise, z.B. eine Bewertung durch Schulnoten von eins bis sechs, ausgewertet werden konnten. Am Ende des Fragebogens wurden den Teilnehmer\*innen folgende offene Frage gestellt: "Bitte begründen Sie kurz warum (nicht) Sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment bewerten". Durch die individuelle Begründung der Befragten, konnte sichergestellt werden, dass das COSA (2.2) von allen Teilnehmern\*innen als praktikabel angesehen wird und es nicht zu einer irrtümlichen Beantwortung der "ja" oder "nein" Antwortmöglichkeiten gekommen ist. Die Reliabilität der Bewertung des COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment konnte durch diese Begründung der Befragten verstärkt werden.

Um die Objektivität in dieser Studie zu sichern, wurden die geschlossenen Fragen im Online-Fragebogen standardisiert und die offenen Fragen in Anlehnung an Mayring (2010) in Kategorien eingeordnet. Durch die vorherrschende COVID-19 Situation konnte nicht sichergestellt werden, dass alle Teilnehmer\*innen die Erprobung der Praktikabilität des COSA (2.2) unter den gleichen Bedingungen durchführen. Dies führte dazu, dass die Forscherinnen dieses Problem durch die Erstellung eines Fragebogen B lösen wollten, der sich nur auf die Bewertung des Manuals und der Bögen beziehen sollte. Im Laufe der Zeit war es erfreulicher Weise doch möglich, dass jeder\*e Studienteilnehmer\*in das COSA (2.2) auch im persönlichen Kontakt in der Therapie oder über Teletherapie durchführen konnte. Um die Auswertungsobjektivität zu erfüllen, erfolgte die Auswertung anhand deskriptiver Statistik. Durch die exakt messbaren Daten erfolgte die Ergebnisauswertung objektiv und wurde nicht durch mögliche Interpretationen der Forscherinnen beeinflusst (Bortz & Döring, 2016).

Diskussion der Repräsentativität der Stichprobe:

Die Stichprobe umfasst 17 Studienteilnehmer\*innen, von denen der Online-Fragebogen ausgefüllt wurde. Die Verteilung der Studienteilnehmer\*innen stellt sich wie folgt dar:

*Tabelle 6: Clustereinordnung Ergebnisse Fragebögen*

<b>Cluster 1</b>	<b>Cluster 2</b>	<b>Cluster 3</b>	<b>Cluster 4</b>
Ergotherapeuten*innen mit Bachelorabschluss/ oder höher und wenig Berufserfahrung (< 6 Jahre) in der Pädiatrie (->)	Ergotherapeuten*innen mit Bachelorabschluss oder höher und viel Berufserfahrung (>6 Jahre) in der Pädiatrie	Ergotherapeuten*innen mit Berufsschulabschluss und wenig Berufserfahrung (<2 Jahre) in der Pädiatrie	Ergotherapeuten*innen mit Berufsschulabschluss und viel Berufserfahrung (>2 Jahre) in der Pädiatrie
5 Teilnehmer*innen	5 Teilnehmer*innen	5 Teilnehmer*innen	2 Teilnehmer*innen

Die Cluster 1 bis 3 beinhalten eine ausgeglichene Anzahl mit jeweils fünf Studienteilnehmer\*innen. Das Cluster 4 zeigt eine etwas schwächere Anzahl mit zwei Studienteilnehmer\*innen. Den Forscherinnen ist es somit gelungen, eine weitestgehend ausgewogene Verteilung der Studienteilnehmer\*innen zwischen den Clustern herzustellen.

Die Bewertung der Repräsentativität der Stichprobe ist kritisch zu betrachten. Eine genaue Anzahl an Ergotherapeuten\*innen mit zusätzlichem akademischem Abschluss (Bachelor/Master) auf gesamt Deutschland bezogen liegt den Forscherinnen nicht vor. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass der prozentuale Anteil der Ergotherapeuten\*innen mit zusätzlichem akademischem Abschluss in Deutschland in den letzten Jahren zwar angestiegen aber weiterhin gering ist. Dies liegt vor allem daran, dass die ergotherapeutische Ausbildung in Deutschland nicht akademisiert ist. So stehen 191 Berufsfachschule für Ergotherapie nur sechs primärqualifizierende Bachelorstudiengänge gegenüber (DVE, 2020).

Als positiver Aspekt der Repräsentativität der Stichprobe ist hervorzuheben, dass sich diese durch die Online Verbreitung des Flyers aus ganz Deutschland zusammensetzen kann und nicht auf einzelne Regionen oder Bundesländer beschränkt ist. Eine Abfrage des Bundeslandes der Teilnehmer\*in wurde allerdings innerhalb des Fragebogens nicht vorgenommen.

Der Anteil der Studienteilnehmer\*innen mit zusätzlichem akademischem Abschluss liegt innerhalb dieser Forschung bei 58,8 %. Dies ist in Betracht auf alle Ergotherapeuten\*innen in Deutschland nicht repräsentativ. Wie innerhalb der Forschungsergebnisse beschrieben gibt es allerdings keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2) von den Studienteilnehmer\*innen aufgrund von Bildungsabschluss und/oder Berufserfahrung. Die Repräsentativität der Stichprobe hat somit auf die Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2) kaum einen Einfluss. Die Forscherinnen legten Wert auf möglichst viele Studienteilnehmer\*innen sowie den Aspekt, dass Unterschiede in der Berufserfahrung und dem höchsten Bildungsabschluss vorliegen. Dabei wurde das Ziel verfolgt eine möglichst ausgeglichene Anzahl der Teilnehmer\*innen innerhalb der Cluster zu erreichen.

### 5.3 Stärken der Studie

Eine während des gesamten Forschungsprozesses besonders hervorzuhebende Stärke ist die wissenschaftliche Methode der Triangulation unter den Forscherinnen. Diese entstand durch eine enge partnerschaftliche Zusammenarbeit, bei der ein hoher fachlicher Austausch und gegenseitiger Input zwischen den Forscherinnen stattfand.

Eine weitere Stärke stellt, auch im Anschluss an die durchgeführte Forschung die Wahl des Forschungsinstrumentes dar. Innerhalb des Online-Fragebogens wurden sowohl offene als auch geschlossene Fragen gestellt. Dies führte dazu, dass sowohl quantitative Daten zur Bewertung der Praktikabilität vorliegen, als auch individuelle Aspekte der Befragten.

Auch die empirische Überprüfung, durch einen Pretest von einer Testperson im Vorfeld der Studie, stellt eine Stärke dieser Forschung dar. Die Testperson entsprach der Zielgruppe der Studienteilnehmer\*innen. Auf Grundlage des Feedbacks der Testperson (Anlage 4) konnten noch Änderungen am Fragebogen vorgenommen und die Qualität des Online-Fragebogens verbessert werden.

Das Aufstellen von Clustern, unter Berücksichtigung des höchsten Bildungsabschlusses und der Berufserfahrung, ermöglicht es zudem, innerhalb dieser Forschung ein breites ergotherapeutisches Spektrum zu betrachten. Dies sorgt für einen höheren Aussagewert der Forschungsergebnisse.

Das Endergebnis der Bewertung der Praktikabilität des COSA (2.2) stellt eine inhaltliche Stärke der Forschung dar. Das COSA (2.2) ist in seiner Gesamtheit von allen Studienteilnehmern\*innen als gut integrierbar in ihren Berufsalltag bewertet worden. Auch wenn die genannten Gründe sich zum Teil unterscheiden, so werden wichtige Aspekte der Praktikabilität wie Zeit, Kosten und Verständlichkeit des Manuals unabhängig vom Bildungsabschluss und Berufserfahrung, von allen Befragten mit gut bewertet.

#### 5.4 Schwächen der Studie

Innerhalb des Online-Fragebogens wurde nach der Häufigkeit der Nutzung verschiedener Assessments gefragt, um zu erheben, wie oft die Studienteilnehmer\*innen diese Assessments in ihrem Berufsalltag einsetzen. Die Forscherinnen haben bei dieser Frage das COSA (2.1) nicht mit aufgenommen. Im Nachhinein hätten so jedoch Vergleiche zwischen der tatsächlichen Nutzung des COSA (2.1) und anderen Assessments aufgestellt werden können.

Des Weiteren wurde keine konkrete Frage, in Bezug auf den zeitlichen Umfang der Nachbereitung, im Sinne der Auswertung des Assessments und der Dokumentationszeit von Ergebnissen, gestellt. Die Nachbereitung ist für die ergotherapeutische Behandlung unabdingbar. In weiteren Forschungen sollte dies berücksichtigt werden, um alle Aspekte der Praktikabilität in der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung zu erfassen.

Als weitere Schwäche stellte sich das Wasserzeichen heraus, welches aus Gründen des Copyrights über die Forschungsversion gezogen wurde. Dies sahen einige Studienteilnehmer\*innen als störend an, was sich auf die Frage zur Übersichtlichkeit des Manuals und der Bögen auswirkte. Möglicherweise hat dies zur Verzerrung der Bewertung geführt.

Für die Beantwortung der Hypothese in Bezug auf eine positive Veränderung des Therapeut\*in-Klient\*in-Verhältnisses erwies sich der vorgegebene Zeitrahmen, von sechs Wochen, als knapp bemessen. Da sich das Verhältnis bzw. eine Veränderung im Verhältnis erst im Verlauf der Zeit entwickelt und beurteilen lässt, war es für die Studienteilnehmer\*innen schwierig, diese Frage des Online-Fragebogens eindeutig beantworten zu können.

Die COVID-19 Situation könnte zu einer geringeren Studienteilnehmeranzahl geführt haben, da einige interessierte Ergotherapeuten\*innen sich unsicher waren, ob eine Durchführung des COSA (2.2) im persönlichen Kontakt mit einem Kind überhaupt möglich sei.

## 6. Schlussfolgerung

In dieser Studie wird das Assessment COSA (2.2) (Reis & Schuster, 2019) auf verschiedene Aspekte seiner Praktikabilität erforscht und die Ergebnisse durch die vorliegende Arbeit transparent gemacht. Durch die auf Literatur basierenden theoretischen Grundlagen, welche innerhalb dieser Arbeit beschrieben werden, wird die Relevanz für die Erforschung der Praktikabilität des COSA (2.2) bestärkt. Die Durchführung einer Anwendungsstudie zur Praktikabilität eines Assessments ist wichtig für die praktische Anwendung des COSA (2.2) im Berufsalltag von Ergotherapeuten\*innen.

Die Erforschung der Gütekriterien (→) des COSA (2.2) ist notwendig, um dieses, als ein wissenschaftlich geprüftes Assessment, auf dem deutschen Markt veröffentlichen zu können. Eine weitere Studie, die von Studenten\*innen der Zuyd Hogeschool durchgeführt wird, erforscht parallel die Validität des COSA (2.2). Diese Bachelorarbeit hat erste Erkenntnisse zur Praktikabilität des COSA (2.2) geliefert. Als weiteres Vorgehen lässt sich die Durchführung weiterer Studien über das COSA (2.2) empfehlen, welche über eine größere und mehr repräsentative Stichprobe verfügen, mit der die wissenschaftliche Aussagekraft erhöht wird. Hier könnte neben den Therapeuten\*innen auch die Klienten\*innen und erweiterte Klienten\*innen zum COSA (2.2) befragt werden, da ein für Therapeuten\*innen ansprechendes Assessment nicht immer auch für den/die Klienten\*in als ansprechend bzw. geeignet darstellt.

Die aufgestellte Hypothese der Forscherinnen, dass sich das COSA (2.2) als ein praktikables Assessment erweist, welches sich gut in den Berufsalltag von Ergotherapeuten\*innen implementieren lässt, konnte innerhalb dieser Studie vollständig verifiziert werden.

Durch die Publikation dieser Erkenntnisse können weitere Überarbeitungen und Anpassungen am COSA (2.2) erfolgen. Nach der Anpassung sollte eine Veröffentlichung des COSA (2.2) angestrebt werden, damit dieses klientenzentrierte und praktikable Assessment auch von deutschen Ergotherapeuten\*innen genutzt werden kann.

## Literaturverzeichnis

### A

Atteslander, P. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 12., durchgesehene Auflage. Berlin: Erich Schmidt.

Augustin, A. & Becker, H. (2006). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (2. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

### B

Baumgarten, A. & Strebel, H. (2016a). *Ergotherapie in der Pädiatrie*. Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Bortz, J. & Döring, N. (2016). Empirische Sozialforschung im Überblick. In J. Bortz, & N. Döring. *Forschungsmethoden und Evaluation* (S. 3-30). Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.

Bravemann, B., Robson, M., Velozo, C., Kielhofner, G., Fisher, G., Forsyth, K., & Kerschbaum, J. (2017). *WRI - Benutzerhandbuch für das Worker Role Interview*. Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.

### C

Cameron, K. A. V., Ballantyne, S., Kulbitsky, A., Margolis-Gal, M., Daugherty, T. & Ludwig, F. (2005). Utilization of evidence-based practice by registered occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 12(3), 123–136.

Cole, B., Finch, E., Gowland, C., & Mayo, N. (1995). *Physical Rehabilitation Outcome Measures*. London: Williams and Wilkins.

College of Occupational Therapists. (COT; 2013). *Position Statement: Occupational therapists' use of standardized outcome measures*. London: COT [online] abgerufen von: [http://www.cot.co.uk/sites/default/files/position\\_statements/public/COT%20Position %20Statement%20-%20measuring%20outcomes.pdf](http://www.cot.co.uk/sites/default/files/position_statements/public/COT%20Position%20Statement%20-%20measuring%20outcomes.pdf)

Corr, S. (2003). Editorial - Evaluate, evaluate, evaluate. *British Journal of Occupational Therapy*. 66(6): 235.

Creek, J. (2003). *Occupational therapy defined as a complex intervention*. London: College of Occupational Therapist.

Cup, E. & van Hartingsveldt, M. (2019). Der Ergotherapeut-Einleitung. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinebanian. *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 196-197). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

**D**

- Deutscher Verband der Ergotherapeuten DVE. (2005). Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie. Eigendruck. Karlsbad. [www.dve.info/dokumente/ueber\\_den\\_dve/ethik.pdf1](http://www.dve.info/dokumente/ueber_den_dve/ethik.pdf1) (19.07.20)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten DVE. (2020). Studiengangsuche und Schulsuche. Abgerufen am 22.08.2020 von <https://dve.info/bildung/studiengangsuche/search/results>; <https://dve.info/bildung/schulsuche>
- Die Studenten-Community für Online-Umfragen | empirio. (o. D.). Abgerufen am 13. Juli 2020, von <https://www.empirio.de/empiriowissen/qualitative-und-quantitative-forschungsmethoden>
- Döpp, C., Steultjens, E., & Radel, J. (2012). A survey of evidence-based practise among dutch occupational therapists. *Occup Ther Int*, 19(1), 17-27.
- Döring, N. & Bortz, J. (2014). *Forschungsmethoden und Evaluation* (5. Aufl.). Heidelberg, Deutschland: Springer Medizin Verlag.
- Dudenredaktion (o. D.). Pädiatrie. Duden online. Verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Paediatrie> [5.8.2020]
- Duncan, E. A. S. (2012). *Foundations for Practice in Occupational Therapy* (5. Aufl.). Elsevier Gesundheitszorg
- Dunn, W. (2005). Measurement Issues and Practices. In M. Law, C. Baum, W. Dunn *Measuring Occupational Performance* (S. 22-32). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.

**E**

- Elsner, B., Thomas, S. & Mehrholz, J. (2016). Messen: Warum? Wie? *neuroreha*, 08(02):57–61. <https://doi.org/10.1055/s-0042-106144>

**F**

- Fawcett, A. L. (2007). *Principles of Assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists: Theory, Skills and Application* (1. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Wiley.
- Feiler M. (2019). *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie*. Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag.
- Forsyth, K. (2000). *Occupational formulation*. Dunblane, Scotland: Scottish Centre of Outcomes Research & Education.

Forsyth, K. (2017). Therapeutic Reasoning: Planning, Implementing, and Evaluating the Outcomes of Therapy. In R.R Taylor. *Kielhofner's Model of Human Occupation* (Bd. Fifth Edition, S.159-172). Philadelphia: Wolters Kluwer.

## G

Geist, R., Kielhofner, G., De Las Heras, C. G. & Li, Y. (2009). Handbuch zum Volitionsbogen (Volitional Questionnaire). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag.

George, S. (2012): Hilfe im "Assessment-Dschungel": So finden Sie die passenden Verfahren. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 51(1): 20-23.

Gritsch, S. (2008). Wissenschaft erklärt: Gütekriterien – Ach, du meine Güte! (German). *Ergopraxis*, 1(3/4): 20.

## H

Hagedorn, R. (2000). Ergotherapie: Theorien und Modelle. Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

Hagedorn, R. (2009). Umsetzung von Modellen in die Praxis. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B.M. Stubner & P. Weber (Eds.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S.29–43) (3rd ed.). Heidelberg: Springer.

Harth A. & Pinkepank, S. (2015). Diagnostische Verfahren in C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (Hrsg.) *Vom Behandeln zum Handeln*. (S. 254-264). 5 Aufl. Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag

Haywood, H. C.& Lidz, C. S. (2007). Dynamic assessment in practice: Clinical and educational applications. New York: Cambridge University Press.

Heras, C. G., & de las Heras, C. G. (2009). Handbuch zum Volitionsbogen (1. Aufl.). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner.

Heymann, H. W. (1998). Üben und wiederholen – neu betrachtet. In *PÄDAGOGIK H. 10/1998*, S. 6-11.

Hinojosa J., & Kramer P. (2009). *Frames of references for pediatric occupational therapy*. 3. Aufl. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

## I

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH. Deutsche Sporthochschule Köln. Abgerufen von: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/assessment/leitgedanken/leitgedanken-de.asp>

## K

Keller J. & Kielhofner G. (2005). Psychometric characteristics of the Child Occupational Self-Assessment (COSA), Part Two: Refining the psychometric properties, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12(4):147-158.

- Kielhofner, G., Mentrup, C. & Langlotz, A. (2019). *Checklisten des Model of Human Occupation* (3. Aufl.). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundations of occupational therapy*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application*. 4. Aufl. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins.
- Kinebanian, A., & Logister-Proost, I. (2019). Begriffe verstehen – der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinebanian. *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 353 – 376). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kramer, J. (2017). Self-Reports: Eliciting Clients' Perspectives. In *Model of Human Occupation* (5. Aufl., S. 248–274). Alphen aan de Rijn, Niederlande: Wolters Kluwer.
- Kramer, J., Kielhofner, G. & Smith Jr., E. (2010). Validity evidence for the Child Occupational Self-Assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(4):621-632. doi:10.5014/ajot.2010.08142
- Kramer, J., ten Velden, M., Kafkes, A., Basu, S., Federico, J. & Kielhofner, G. (2014). Child Occupational Self Assessment (2.2).
- Kranz, F. (2015a). Durch die professionelle Brille sehen. *Ergopraxis* 15(7-8):12-13.
- Kranz, F. (2015b). Therapie mit System. *Ergopraxis* 15(10): 12-13.
- L**
- Laver-Fawcett, A. (2014). Routine standardized outcome measurement to evaluate the effectiveness of occupational therapy interventions: essential or optional? *Ergotherapeuten*, (4): 28-37.
- Law, M., Dehnhardt, B., George, S. & Harth, A. (2020). *COPM Canadian Occupational Performance Measure (überarbeitete Auflage)*. Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Le Granse, M., van Hartingsveldt, M. & Kinebanian, A. (2019). Begriffserklärung/ Glossar. In M. Le Granse, M. van Hartingsveldt & A. Kinébanian. *Grundlagen der Ergotherapie* (S. 613-633). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- M**
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- McCluskey, A. (2004). *Increasing the use of research evidence by occupational therapists (Final report)*. Penrith South, NSW: School of Exercise and Health Sciences, University of Western Sydney.

- Merklein de Freitas, C. (2016). Bezugsrahmen in der Pädiatrie. In: Baumgarten, A. & Strebel, H. Ergotherapie in der Pädiatrie (S.183-194). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2012). Testtheorie und Fragebogenkonstruktion (2. Aufl.). New York, Vereinigte Staaten: Springer Publishing.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2012). Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test. In: H. Moosbrugger, A. Kelava (Hrsg.): *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (7-26). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Morrison, T. L. & Smith J. D. (2013). Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 326-333.
- N**
- Novak, I. & Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 19 (66), S. 258-273.
- O**
- Oldenburg, E. (2017). Dokumentationspflicht - "Die Dokumentation dient den Therapeuten". *ergopraxis* 10(9): 46-47.
- Onerwijscentrum Leijpark. (2019). Foto-Interview. Abgerufen am 22. August 2020, von <https://www.ocleijpark.nl/training-foto-interview/>
- P**
- Pätzold, I., Wolf, M., Hörning, A. & Hoven, J. (2008). "Weißt du eigentlich was mir wichtig ist?". Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Polatajko, H.J. & Mandich, A. (2008). Ergotherapie bei Kindern mit Koordinationsstörungen – Der CO-OP Ansatz. Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- R**
- Reichel, K., Marotzki, U. & Schiller, S. (2009). Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland, Teil 1 – eine nationale und internationale Bestandsaufnahme. *ergoscience*, 4(02), 56-70.
- Reis, M., Schuster, M. (2019). Der wissenschaftliche Übersetzungsprozess des pädiatrischen Selbstbewertungsinstrumentes COSA 2.2. (Dissertation, unveröffentlichte Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“), Bachelorstudiengang der Zuyd Hogeschool.
- Ritschl, V., Schönthaler, E., Schwab, P., Strohmmer, K., Wilfing, N., Zettel-Tomenendal, M. (2015). Evidenzbasierte Praxis: Einstellungen, Kompetenzen, Barrieren und Arbeitszufriedenheit österreichischer Ergotherapeuten – eine Umfrage. *Ergoscience* 10 (3): 97-107.

**S**

- Scheepers, C., & Berting-Hüneke, C. (2007). *Ergotherapie* (3. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.
- Schönthaler, E. (2016). Assessments. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit, 1. Aufl., S. 249–266). Berlin: Springer
- Schönthaler, E., Schwab, P., Zettel-Tomenendal, M. & Ritschl, V. (2017). Unterstützende evidenzbasierte Praxis: Änderungen in der Leistungserbringung und in der Einstellung der Praktiker nach Konsultation des EBP-Service-Centers - eine qualitative Studie. *Internationale Zeitschrift für Gesundheitsberufe*, 4(1), 66–78. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2017-0007>
- Senn, D. & Schulze, C. (2019). Der Betätigung treu bleiben – sinnvoller Assessmenteinsatz. *Ergopraxis* 12(10): S.28-32.
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt „ET-Fachterminologie“ – Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *Ergoscience* 2(3): 100-106.
- Sudsawad, P. (2005). A conceptual framework to increase usability of outcome research for evidence-based practice. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 59(3), 351–355.

**T**

- Taylor, R. R. & Kielhofner, G. (2017). Introduction to the Model of Human Occupation. In R.R. Taylor, Kielhofner's Model of Human Occupation (Bd. Fifth Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Testkuratorium (der Föderation deutscher Psychologenverbände). (1986). Mitteilung. *Diagnostica*, 32, 358-360.

**V**

- van Hartingsveldt, M., Meijers, R., Ras, S., Stal, R., Ten Velden, M. (2019). Assessments in der Ergotherapie. In Le Granse M, van Hartingsveldt M, Kinébanian, A. *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

**W**

- Weinstock-Zlotnick, G., Hinojosa, J. (2004): Bottom-Up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the Other. *American Journal of Occupational Therapy*. 58(5): 594-599.

## Glossar

**Bezugsrahmen:** „Ein Bezugsrahmen ist ein System vergleichbarer und miteinander in Verbindung stehender Begrifflichkeiten, Definitionen und Prämissen, die sich von Theorien ableiten, welche in einem bestimmten Gebiet die Richtung vorgeben.“ (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 616)

**Evidence Based Practice (EBP):** „Gewissenhafter, expliziter und sachkundiger Einsatz der aktuell besten Evidenzen, um mit dem Klienten und seinem System gemeinsam Entscheidungen zu treffen. Die EBP-Praxis beinhaltet die Integration der individuellen klinischen Expertise des Therapeuten mit den besten verfügbaren externen Evidenzen aus der wissenschaftlichen Forschung und den Präferenzen, Wünschen und Erwartungen des Klienten und seiner Angehörigen.“ (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 619)

**Gütekriterium:** Gütekriterien werden genutzt, um die Ergebnisse aus Erhebungsinstrumenten unabhängig und stabil darzustellen und Qualität in der Forschung zu gewährleisten. (Kelava & Moosbrugger, 2012)

**Interaktives Reasoning:** „Beim interaktiven Reasoning geht es um die Bedeutung der Krankheit oder Behinderung für den Klienten vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte und um die Beziehungsaspekte zwischen Klienten und Ergotherapeuten.“ (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 621)

**Item:** Das COSA beschreibt 25 Items, die gezielte Betätigungen eines Kindes darstellen. (Pätzold, Wolf, Hörning & Hoven, 2008)

**Konditionales Reasoning:** „Reasoning über ein mögliches Zukunftsbild für den Klienten und den Maßnahmen, die erforderlich sind, um dieses Bild zu verwirklichen.“ (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 623)

**Lived body:** „Gelebter Körper“: die subjektive Durchführungserfahrung innerhalb der Welt und das Wissen um die Welt durch unseren Körper. (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 624)

**Narratives Reasoning:** „Das narrative Reasoning stützt sich auf die Lebensgeschichte des Klienten hinsichtlich der Bedeutung von Aufgaben, Sitten und Rollen des Klienten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.“ (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 625)

**Paradigma:** „Unter einem Paradigma versteht man in der Wissenschaft und in der Philosophie ein zusammenhängendes Konstrukt aus Modellen und Theorien, das einen Denkrahmen bildet, in dem die Wirklichkeit analysiert und beschrieben wird.“ (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 626)

**Pädiatrie:** Der Begriff Pädiatrie stammt aus dem Griechischen und bedeutet Kinderheilkunde. (Dudenredaktion, o.D.)

**Professionelles und klinisches Reasoning:** „Denkprozess des Ergotherapeuten in Bezug auf einen Klienten in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses“ (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 628)

**Prozedurales Reasoning:** „Reasoning auf der Grundlage der Art der medizinischen Diagnose und Behinderung, um Hypothesen zum besseren Verständnis für die Fragestellung und die Auswahl möglicher (evidenzbasierter) Interventionen aufzustellen.“ (Le Grasse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019, S. 628)

**Säulen der Ergotherapie:** Diese umfassen sechs Prinzipien der Berufsausübung eines Ergotherapeuten: Klientenzentriert, Betätigungsbasiert, Evidenzbasiert, Technologiebasiert und Populationsbasiert. (Cup & van Hartingsveldt, 2019)

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 Pädiatrische Bewertungsinstrumente des MOHO</i>	<i>S.36</i>
<i>Tabelle 2 Assessment Arten</i>	<i>S.42</i>
<i>Tabelle 3 Kriterien der Praktikabilität</i>	<i>S.50</i>
<i>Tabelle 4 Anpassung Fragebogen</i>	<i>S.59</i>
<i>Tabelle 5 Clustereinteilung der Studienteilnehmer*innen</i>	<i>S.63</i>
<i>Tabelle 6 Clustereinordnung Ergebnisse Fragebögen</i>	<i>S.92</i>

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 die drei Komponenten des Menschen</i>	S.20
<i>Abbildung 2 Interaktion zwischen der Person und der Betätigungsumwelt</i>	S.21
<i>Abbildung 3 Forschungsprozess</i>	S.56
<i>Abbildung 4 Bildungsabschluss</i>	S.65
<i>Abbildung 5 Berufserfahrung</i>	S.66
<i>Abbildung 6 Einarbeitungszeit Manual</i>	S.67
<i>Abbildung 7 Übersichtlichkeit Manual</i>	S.67
<i>Abbildung 8 Verständlichkeit Manual</i>	S.68
<i>Abbildung 9 Preis COSA (2.2)</i>	S.68
<i>Abbildung 10 Übersichtlichkeit Erklärungsbogen</i>	S.69
<i>Abbildung 11 Übersichtlichkeit Selbsteinschätzungsbögen mit Symbolen</i>	S.69
<i>Abbildung 12 Übersichtlichkeit Selbsteinschätzungsbogen ohne Symbole</i>	S.70
<i>Abbildung 13 Übersichtlichkeit Kartenversion</i>	S.70
<i>Abbildung 14 Übersichtlichkeit Elternfragebogen</i>	S.71
<i>Abbildung 15 Übersichtlichkeit Betätigungsprofil</i>	S.71
<i>Abbildung 16 Übersichtlichkeit Zusammenfassungsbogen</i>	S.72
<i>Abbildung 17 Übersichtlichkeit Ergebnisbogen</i>	S.72
<i>Abbildung 18 Übersichtlichkeit Ergotherapieplan</i>	S.73
<i>Abbildung 19 Praktische Vorbereitungszeit</i>	S.73
<i>Abbildung 20 Durchführungszeit COSA mit Kind</i>	S.74
<i>Abbildung 21 Veränderung Motivation</i>	S.75
<i>Abbildung 22 Veränderung Verständnis für Therapieinhalte</i>	S.75
<i>Abbildung 23 Veränderung Stärken und Schwächen</i>	S.76
<i>Abbildung 24 Veränderung Therapeut*in-Klient*in Verhältnis</i>	S.76

## Anlagen

### Anlagenverzeichnis

**Anlage 1** - Genehmigung vom Clearinghouse zur Forschung mit dem COSA (2.2)

**Anlage 2** - Datenschutzerklärung für Teilnehmer

**Anlage 3** - Fragebogen Pretest

**Anlage 4** - Feedback Fragebogen

**Anlage 5** - Fragebogen Studienteilnehmer

**Anlage 6** - Flyer Teilnehmerrekrutierung

**Anlage 7** - Mailanschreiben Teilnehmerrekrutierung

**Anlage 8** - Mailanschreiben Studienteilnehmer

**Anlage 9** - Ergebnisgrafiken Fragebogen

**Anlage 1 - Genehmigung vom Clearinghouse zur Forschung mit dem COSA (2.2)**

Von: Michelle Moy <mmoy23@uic.edu>  
Gesendet: Samstag, 14. März 2020 21:05  
An: Brenner, Miriam (1937243)  
Cc: Renee Taylor; Andrew Morris  
Betreff: Re: Permission to use the original COSA 2.2 for research purposes

Kennzeichnung: Zur Nachverfolgung  
Kennzeichnungsstatus: Gekennzeichnet

Dear Samyra, Christian, Miriam, and Carmen,

Thank you for your email and interest in MOHO.

The Director of the Model of Human Occupation Clearinghouse has granted your group permission. You can certainly use the COSA 2.2 for research purposes for your bachelor thesis. Feel free to share your results upon completion of your project, and best of luck with your research!

Feel free to reach out if you have any questions.

Kind regards,

Michelle Moy

MS in Occupational Therapy Student

University of Illinois at Chicago | Class of 2021

Research Assistant | Model of Human Occupation Clearinghouse

[mmoy23@uic.edu](mailto:mmoy23@uic.edu)

[Facebook](#)|[MOHO Web](#)|[MOHO Institute](#)

On Sat, Mar 14, 2020 at 9:05 AM Brenner, Miriam (1937243)  
<[1937243brenner@zuyd.nl](mailto:1937243brenner@zuyd.nl)> wrote:

Dear Sir or Madame,

We are four students of the study program in occupational therapy from the Zuyd University in the Netherlands. We are pleased to inform you that we want to deal in our bachelor theses with the quality criteria of the COSA, since this assessment is of great importance for German occupational therapy. At the moment there is no free access to COSA on the German market, because after the publication of COSA 2.2 the German version of COSA 2.1 is not longer sold. Therefore, there is currently no possibility to purchase a German version of the COSA.

As you are already aware, last year the COSA 2.2 was translated into German within the scope of a bachelor thesis by Melina Reis and Marina Schuster. Based on this work, two new bachelor theses will examine the COSA 2.2 in the research process with regard to content validity and practicability. With our bachelor thesis we want to contribute to checking the quality criteria of the translated COSA 2.2.

Therefor we kindly ask you for permission to use the original COSA 2.2 for research purposes. We will, of course, be happy to provide you with the results once the work is completed at the end of December 2020.

Thank you for your time, we would be honored to receive your response.

With best regards

Samyra Hugenbruch & Christian Maier,

Miriam Brenner & Carmen Sebers

**Anlage 2 - Datenschutzerklärung für Teilnehmer****Einverständniserklärung zum Datenschutz**

Bitte Zutreffendes ankreuzen!!!

- Mir wurden die Gründe für die Datenerhebung schriftlich verständlich dargestellt.
- Ich bestätige, dass ich freiwillig an der Studie teilnehmen.
- Mir ist bewusst, dass ich jederzeit, ohne Angabe von Gründen, aus der Studie aussteigen kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich über die vorliegenden Informationen Stillschweigen gegenüber Dritten wahre.
- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass alle Daten nach der Auswertung anonymisiert und die Unterlagen gelöscht werden.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Studienteilnehmers

### Anlage 3 - Fragebogen Pretest

#### **Fragebogen**

**Titelseite: Wie gut lässt sich das Child Occupational Self Assessment (COSA 2.2) von Ergotherapeuten/-innen in ihren beruflichen Alltag integrieren?**

**Begrüßungsseite:** mit Bild vom Flyer

Hallo liebe Ergotherapeuten/-innen,

wir sind Miriam Brenner und Carmen Sebers und ausgebildete Ergotherapeutinnen, die seit Sommer letzten Jahres den Aufbaustudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen besuchen.

In unserer Bachelorarbeit möchten wir gerne erfahren, wie gut sich die neue Version des Child Occupational Self Assessment (COSA) (2.2) für Sie in Ihren beruflichen Alltag integrieren lässt.

Hierzu würden wir gerne anhand des Fragebogens mit Ihnen förderliche und weniger förderliche Faktoren bei der praktischen Anwendung und der Verständlichkeit des Assessments und seines Manuals definieren.

Der Fragebogen ist anhand der folgenden Punkte strukturiert:

- Manual des COSA (2.2)
- Aufbau und Gestaltung des Assessment
- Ihre Erfahrungen bei der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind
- Integration in Ihren therapeutischen Berufsalltag

Die Ergebnisse sollen als Grundlage für eine mögliche Neuveröffentlichung der überarbeiteten COSA Version in deutscher Sprache dienen, damit dieses klientenzentrierte Assessment auch für Deutschsprachige Ergotherapeuten/-innen zugänglich ist.

Bei Rückfragen können Sie sich jederzeit bei uns melden.

Vielen Dank im Voraus für eine Teilnahme an der Studie.

Miriam Brenner und Carmen Sebers

Wie ist Ihr Geschlecht?

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

1. Wie lange arbeiten Sie als Ergotherapeut/-in mit pädiatrischem Klientel?

- weniger als 1 Jahr
- 1-2 Jahre
- 3-5 Jahre
- 5-10 Jahre
- 10- 20 Jahre
- mehr als 20 Jahre

2. Nutzen sie grundlegend Assessments bei Ihrer Arbeit mit Kindern? (mehrere Antworten möglich)

- Nein
- Ja, zur Datenerhebung und/ oder Outcome-Messung
- Ja, um Therapieziele des Kindes zu erheben

3. Haben Sie vor der Studie schon mit der alten Version des COSA (2.1) gearbeitet?

- Ja
- Nein

4. Infoseite Manual mit Bild

5. Wie lange haben Sie rückblickend für die erstmalige Einarbeitung in das Assessment COSA (2.2) mit Hilfe des Manuals benötigt?

- weniger als 10 Minuten
- 11-20 Minuten
- 21-40 Minuten
- 41-60 Minuten
- mehr als 60 Minuten

6. Mit wie vielen Kindern haben Sie das COSA (2.2) durchgeführt?

- 2
- 3
- 4
- 5
- mehr als 5

7. Wie haben Sie das COSA (2.2) mit den Kindern durchgeführt?
  - Alle im direkten Kontakt
  - alle online
  - gemischt
8. Mit wie vielen Kindern wurde das COSA (2.2) im direkten Kontakt und mit wie vielen Kindern wurde es Online durchgeführt?
9. Wie übersichtlich war das Manual für Sie?  
Punkte von 1-10
10. Welche Aspekte waren bei der Übersichtlichkeit des Manuals für Sie hilfreich?
11. Welche Aspekte haben Ihnen zur Übersichtlichkeit des Manuals gefehlt/ waren nicht hilfreich?
12. Wie verständlich war das Manual für Sie?
  - Punkte von 1 bis 10
13. Welche Aspekte waren bei der Verständlichkeit des Manuals für Sie hilfreich?
14. Welche Aspekte haben Ihnen zur Verständlichkeit des Manuals gefehlt/ waren nicht hilfreich?
15. Haben Sie weitere Verbesserungsvorschläge für das Manual?
  - Ja
  - Nein
16. Welche weiteren Verbesserungsvorschläge haben Sie für das Manual?
17. Wie sicher haben Sie sich auf Grundlage des Manuals bei Durchführung des COSA (2.2) gefühlt?
  - sehr sicher
  - überwiegend sicher
  - überwiegend unsicher
  - sehr unsicher
18. Die alte Version des COSA (2.1) hat 47 Euro gekostet. Würden Sie diesen Preis für das neue COSA (2.2) bezahlen?
  - Ja
  - Nein

19. Welchen Preis wären Sie bereit für das COSA (2.2) zu zahlen?
20. Infoseite Aufbau und Gestaltung der Erhebungsbögen und des Assessments
21. Wie übersichtlich und ansprechend finden Sie die Bögen des COSA (2.2) gestaltet?
- Erklärungsbogen
  - Selbsteinschätzungsbogen mit Symbolen
  - Selbsteinschätzungsbogen ohne Symbole
  - Kartenversion
  - Elternfragebogen
  - Betätigungsprofil
  - Zusammenfassungsbogen
  - Ergebnisbogen
  - Ergotherapieplan
22. Wie praktisch finden Sie die Bögen des COSA (2.2) in ihrer Anwendung?  
Kategorien: sehr gut, gut, befriedigend, ausreichend, mangelhaft, ungenügend, habe ich nicht genutzt
- Erklärungsbogen
  - Selbsteinschätzungsbogen mit Symbolen
  - Selbsteinschätzungsbogen ohne Symbole
  - Kartenversion
  - Elternfragebogen
  - Betätigungsprofil
  - Zusammenfassungsbogen
  - Ergebnisbogen
  - Ergotherapieplan
23. Infoseite Durchführung
24. Wie lange haben durchschnittlich zur praktischen Vorbereitung der COSA (2.2) Durchführung benötigt? (Auswahl der COSA Bögen, kopieren)
- weniger als 10 Minuten
  - 10 bis 20 Minuten
  - 21 bis 30 Minuten
  - mehr als 30 Minuten

25. Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich für die Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind benötigt?
- weniger als 20 Minuten
  - 21-30 Minuten
  - 31-40 Minuten
  - mehr als 40 Minuten
26. Würden Sie sagen, dass der zeitliche Aufwand in Relation zu den gewonnenen Informationen steht?
- Ja
  - Nein
27. Wie viele Therapieeinheiten wurden durchschnittlich für die Durchführung des COSA (2.2) benötigt?
- eine Therapieeinheit
  - zwei Therapieeinheit
  - mehr als zwei Therapieeinheit
28. Welche Gründe gab es für die Aufteilung der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind?
29. Infoseite Integration Alltag!
30. Wie oft nutzen Sie die unten aufgeführten Assessments in Ihrer ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern?
- Eigene Kriterien: immer, oft, gelegentlich, nie, kenne ich nicht
- Assessments: COPM, School-AMPS, PVQ, FEW-2, M-ABC-2, gezielte Beobachtungen nach Jean Ayres, PEAP
31. Haben Sie Veränderungen bei dem Kind nach der Durchführung des COSA (2.2) festgestellt?
- Kriterien: Hat sich positiv verändert, keine Veränderung, hat sich negativ verändert
- Motivation
  - Verständnis für die Therapieinhalte
  - Stärken und Schwächen erkennen und benennen
  - Therapeuten-Klienten-Verhältnis
32. Haben Sie Schwierigkeiten bei der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind erlebt?
- Ja
  - Nein

33. In welchen der folgenden Aspekte gab es Schwierigkeiten mit dem COSA (2.2)?  
(mehrfach Nennung möglich)?
- Verständlichkeit der Items für Ergotherapeut/in
  - Verständlichkeit der Items für Kind
  - Verständlichkeit für die Eltern
  - Übersichtlichkeit der Bögen für das Kind
  - Dokumentation der Ergebnisse
34. Haben Sie auf Grundlage des COSA (2.2) konkrete Ziele formuliert und diese mit dem Kind evaluiert?
- Ja
  - Nein
35. Empfinden Sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment?
- Ja
  - Nein
36. Bitte begründen Sie kurz warum (bzw. warum nicht) Sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment bewerten.
37. Werden Sie das COSA (2.2) Ihren Kollegen weiterempfehlen?
- Ja
  - Nein

#### Anlage 4 - Feedback Fragebogen

##### Rückmeldung zum Online-Fragebogen:

- Wie lange hat das Ausfüllen des Onlinefragebogens gedauert?

Das Ausfüllen nahm ungefähr 25 min Zeit in Anspruch, wenn man sich intensiv mit den Fragen beschäftigt. Ich habe also auch zwischen durch nochmal in euer Manual zurück geschaut, beim zweiten mal ausfüllen ging es deutlich schneller. Wenn die Teilnehmer 7 Wochen mit dem COSA gearbeitet haben geht es vllt etwas schneller.

- Waren Fragen unklar?

Bei den Skalen von 1-10 (10 hoch 1 niedrig?). Wird vllt noch logischer, wenn es erwähnt ist. Da war ich mir zudem nicht so sicher wie man das in 10 Schritten unterteilen kann.

- Hättest du dir noch eine andere Frage gewünscht?

Vllt ob einem noch Items im COSA gefehlt haben die nicht bedacht worden sind? Aber das könnte sich auch mit der Frage, die im Anschluss gestellt werden, erübrigen.

Bei der Frage ob es Schwierigkeiten gab vllt ein Freitextfeld, um herauszufinden was genau schwierig war oder das genauer Erläutern zu können.

- War die Gliederung des Fragebogens übersichtlich? Würdest du die Reihenfolge bestimmter Fragen ändern?

Das war übersichtlich.

- hättest du dir zu spezifischen Fragen andere Antwortmöglichkeiten gewünscht? (z.B. Freitext wäre besser geeignet, Schulnoten oder Skala 1-10?)

Ich hätte bei der Verständlichkeit des Manuals auch eher die Schulnoten benutzt, um insgesamt die Bewertungen einheitlich zu gestalten.

- Hat die Informationsseite (Begrüßungsseite) bei der Verständlichkeit des Fragebogens bzw. in der Einführung dabei geholfen?

Ja die finde ich sehr schön und persönlich gestaltet.

- Formales: Grammatikfehler, Rechtschreibfehler?

Da muss ich ehrlich gestehen habe ich nicht so drauf geachtet, aber ich glaube nicht.

## **Anlage 5 - Fragebogen Studienteilnehmer**

### Fragebogen

Titelseite: Wie gut lässt sich das Child Occupational Self Assessment (COSA 2.2) von Ergotherapeuten/-innen in ihren beruflichen Alltag integrieren?

Begrüßungsseite: mit Bild vom Flyer

Hallo liebe Ergotherapeuten/-innen,

wir sind Miriam Brenner und Carmen Sebers und ausgebildete Ergotherapeutinnen, die seit Sommer letzten Jahres den Aufbaustudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen besuchen.

In unserer Bachelorarbeit möchten wir gerne erfahren, wie gut sich die neue Version des Child Occupational Self Assessment (COSA) (2.2) für Sie in Ihren beruflichen Alltag integrieren lässt.

Hierzu würden wir gerne anhand des Fragebogens mit Ihnen förderliche und weniger förderliche Faktoren bei der praktischen Anwendung und der Verständlichkeit des Assessments und seines Manuals definieren.

Der Fragebogen ist anhand der folgenden Punkte strukturiert:

- Manual des COSA (2.2)
- Aufbau und Gestaltung des Assessment
- Ihre Erfahrungen bei der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind
- Integration in Ihren therapeutischen Berufsalltag

Die Ergebnisse sollen als Grundlage für eine mögliche Neuveröffentlichung der überarbeiteten COSA Version in deutscher Sprache dienen, damit dieses klientenzentrierte Assessment auch für Deutschsprachige Ergotherapeuten/-innen zugänglich ist.

Bei Rückfragen können Sie sich jederzeit bei uns melden.

Vielen Dank im Voraus für eine Teilnahme an der Studie.

Miriam Brenner und Carmen Sebers

Einstiegsfragen:

Wie ist Ihr Geschlecht?

Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

1. Wie lange arbeiten Sie als Ergotherapeut/-in mit pädiatrischem Klientel?

- weniger als 1 Jahr
- 1-2 Jahre
- 3-5 Jahre
- 5-10 Jahre
- 10- 20 Jahre
- mehr als 20 Jahre

2. Nutzen sie grundlegend Assessments bei Ihrer Arbeit mit Kindern? (mehrere Antworten möglich)

- Nein
- Ja, zur Datenerhebung und/ oder Outcome-Messung
- Ja, um Therapieziele des Kindes zu erheben

3. Haben Sie vor der Studie schon mit der alten Version des COSA (2.1) gearbeitet?

- Ja
- Nein

4. Infoseite Manual mit Bild

5. Wie lange haben Sie rückblickend für die erstmalige Einarbeitung in das Assessment COSA (2.2) mit Hilfe des Manuals benötigt?

- weniger als 10 Minuten
- 11-20 Minuten
- 21-40 Minuten
- 41-60 Minuten
- mehr als 60 Minuten

- 
6. Mit wie vielen Kindern haben Sie das COSA (2.2) durchgeführt?
- 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - mehr als 5
7. Wie haben Sie das COSA (2.2) mit den Kindern durchgeführt?
- Alle im direkten Kontakt
  - alle online
  - gemischt
8. Mit wie vielen Kindern wurde das COSA (2.2) im direkten Kontakt und mit wie vielen Kindern wurde es Online durchgeführt?
9. Wie übersichtlich war das Manual für Sie?  
Kategorien: sehr gut, gut, befriedigend, ausreichend, mangelhaft, ungenügend
10. Welche Aspekte waren bei der Übersichtlichkeit des Manuals für Sie hilfreich?
11. Welche Aspekte haben Ihnen zur Übersichtlichkeit des Manuals gefehlt/ waren nicht hilfreich?
12. Wie verständlich war das Manual für Sie?  
Kategorien: sehr gut, gut, befriedigend, ausreichend, mangelhaft, ungenügend
13. Welche Aspekte waren bei der Verständlichkeit des Manuals für Sie hilfreich?
14. Welche Aspekte haben Ihnen zur Verständlichkeit des Manuals gefehlt/ waren nicht hilfreich?

15. Haben Sie weitere Verbesserungsvorschläge für das Manual?
- Ja
  - Nein
16. Welche weiteren Verbesserungsvorschläge haben Sie für das Manual?
17. Wie sicher haben Sie sich auf Grundlage des Manuals bei Durchführung des COSA (2.2) gefühlt?
- sehr sicher
  - überwiegend sicher
  - überwiegend unsicher
  - sehr unsicher
18. Die alte Version des COSA (2.1) hat 47 Euro gekostet. Würden Sie diesen Preis für das neue COSA (2.2) bezahlen?
- Ja
  - Nein
19. Welchen Preis wären Sie bereit für das COSA (2.2) zu zahlen?
20. Infoseite Aufbau und Gestaltung der Erhebungsbögen und des Assessments
21. Wie übersichtlich und ansprechend finden Sie die Bögen des COSA (2.2) gestaltet?
- Kategorien: sehr gut, gut, befriedigend, ausreichend, mangelhaft, ungenügend
- Erklärungsbogen
  - Selbsteinschätzungsbogen mit Symbolen
  - Selbsteinschätzungsbogen ohne Symbole
  - Kartenversion
  - Elternfragebogen
  - Betätigungsprofil

- Zusammenfassungsbogen
  - Ergebnisbogen
  - Ergotherapieplan
22. Wie praktisch finden Sie die Bögen des COSA (2.2) in ihrer Anwendung?  
Kategorien: sehr gut, gut, befriedigend, ausreichend, mangelhaft, ungenügend, habe ich nicht genutzt
- Erklärungsbogen
  - Selbsteinschätzungsbogen mit Symbolen
  - Selbsteinschätzungsbogen ohne Symbole
  - Kartenversion
  - Elternfragebogen
  - Betätigungsprofil
  - Zusammenfassungsbogen
  - Ergebnisbogen
  - Ergotherapieplan
23. Infoseite Durchführung
24. Wie lange haben durchschnittlich zur praktischen Vorbereitung der COSA (2.2) Durchführung benötigt? (Auswahl der COSA Bögen, kopieren)
- weniger als 10 Minuten
  - 10 bis 20 Minuten
  - 21 bis 30 Minuten
  - mehr als 30 Minuten
25. Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich für die Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind benötigt?
- weniger als 20 Minuten
  - 21-30 Minuten
  - 31-40 Minuten
  - mehr als 40 Minuten

26. Würden Sie sagen, dass der zeitliche Aufwand in Relation zu den gewonnenen Informationen steht?
- Ja
  - Nein
27. Wie viele Therapieeinheiten wurden durchschnittlich für die Durchführung des COSA (2.2) benötigt?
- eine Therapieeinheit
  - zwei Therapieeinheit
  - mehr als zwei Therapieeinheiten
28. Welche Gründe gab es für die Aufteilung der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind?
29. Infoseite Integration Alltag!
30. Wie oft nutzen Sie die unten aufgeführten Assessments in Ihrer ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern?
- Eigene Kriterien: immer, oft, gelegentlich, nie, kenne ich nicht
- Assessments: COPM, School-AMPS, PVQ, FEW-2, M-ABC-2, gezielte Beobachtungen nach Jean Ayres, PEAP
31. Haben Sie Veränderungen bei dem Kind nach der Durchführung des COSA (2.2) festgestellt?
- Kriterien: Hat sich positiv verändert, keine Veränderung, hat sich negativ verändert
- Motivation
  - Verständnis für die Therapieinhalte
  - Stärken und Schwächen erkennen und benennen
  - Therapeuten-Klienten-Verhältnis
32. Haben Sie Schwierigkeiten bei der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind erlebt?
- Ja
  - Nein

33. In welchen der folgenden Aspekte gab es Schwierigkeiten mit dem COSA (2.2)?  
(mehrfach Nennung möglich)?
- Verständlichkeit der Items für Ergotherapeut/in
  - Verständlichkeit der Items für Kind
  - Verständlichkeit für die Eltern
  - Übersichtlichkeit der Bögen für das Kind
  - Dokumentation der Ergebnisse
34. Haben Sie auf Grundlage des COSA (2.2) konkrete Ziele formuliert und diese mit dem Kind evaluiert?
- Ja
  - Nein
35. Empfinden Sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment?
- Ja
  - Nein
36. Bitte begründen Sie kurz warum (bzw. warum nicht) Sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment bewerten.
37. Werden Sie das COSA (2.2) Ihren Kollegen weiterempfehlen?
- Ja
  - Nein

## Anlage 6 - Flyer Teilnehmerrekrutierung

**Wie gut lässt sich das Child Occupational Self Assessment (COSA 2.2) von Ergotherapeuten/-innen in ihren beruflichen Alltag integrieren?**

Eine ergotherapeutische Studie der Zuyd Hogeschool in Heerlen

<p><b>Was bringt Ihnen eine Teilnahme an dieser Studie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennenlernen eines aktuellen, klientenzentrierten Assessments</li> <li>• Teilhabe an aktuellen Entwicklungen in der Ergotherapie</li> </ul> <p><b>Wer kann an dieser Studie teilnehmen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alle Ergotherapeuten/-innen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung</li> <li>✓ Wenn Sie das COSA mit mindestens 2 Klienten im Alter von 7-17 Jahren durchführen***</li> <li>✓ Wenn Sie Interesse daran haben, die pädiatrische Ergotherapie weiter zu entwickeln</li> </ul> <p>Bei einer zu hohen Teilnehmeranzahl kann es zum Losverfahren kommen</p>	<p><b>Was ist das Ziel dieser Studie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrungen von Ergotherapeuten/-innen bezüglich der Integration des COSA (2.2) in ihren beruflichen Alltag sammeln</li> <li>• förderliche und weniger förderliche Faktoren bei der praktischen Anwendung und der Verständlichkeit des Manuals definieren</li> <li>• Neuveröffentlichung des COSA (2.2) in deutscher Sprache</li> <li>• Verbreitung und Weiterentwicklung klientenzentrierter Assessments</li> </ul> <p><b>Wie sieht die Durchführung der Studie aus? ***</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle Teilnehmer der Studie erhalten das COSA (2.2) und das Manual</li> <li>2. Selbstständige Einarbeitung in das Manual</li> <li>3. Praktische Durchführung des COSA (2.2) mit mindestens zwei Kindern im Zeitraum vom 23. April bis zum 6. Juni</li> <li>4. Ausfüllen eines Online-Fragebogens</li> </ol> <p> zeitlicher Umfang des Online-Fragebogens: 15-20 Minuten</p> <p>***Falls die aktuelle COVID-19 Situation die praktische Durchführung des COSA (2.2) mit Klienten erschwert oder unmöglich macht, ist eine Teilnahme an der Studie z.B. über Teletherapie oder nur auf Grundlage des Manuals trotzdem möglich!</p> <p><b>Wie können Sie mit uns in Kontakt treten?</b></p> <p>Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, würden wir uns freuen, wenn Sie uns bis zum 20. April über die folgende E-Mail-Adresse kontaktieren:  <a href="mailto:cosa.ergotherapie@gmail.com">cosa.ergotherapie@gmail.com</a> und stehen Ihnen hier auch sehr gerne für Rückfragen zur Verfügung.</p> <p>Miriam Brenner &amp; Carmen Sebers</p>
---	---




**Anlage 7 - Mailanschreiben Teilnehmerrekrutierung**

Hallo liebe Ergotherapeuten/-innen,

wir sind Miriam Brenner und Carmen Sebers und ausgebildete Ergotherapeutinnen, die seit Sommer letzten Jahres den Aufbaustudiengang Ergotherapie an der Zuyd Hoogeschool in Heerlen besuchen.

Wir suchen Ergotherapeuten/-innen, die an unserer Studie teilnehmen, um ihre praktischen Erfahrungen bei der Durchführung des Child Occupational Self Assessments COSA (2.2) in ihren beruflichen Alltag anhand eines im Anschluss durchgeführten Online-Fragebogens zu erfassen.

Bei der Durchführung des Online-Fragebogens über einen Link, werden alle ihre Angaben vertraulich behandelt und nur ohne Personenbezug für wissenschaftliche Auswertungen verwendet.

Weitere Informationen können Sie dem angefügten Flyer entnehmen.

Bei Rückfragen können Sie sich jederzeit bei uns melden.

Wir bitten um eine Rückmeldung zur Teilnahme an der Studie bis zum 20. April.

Mit freundlichen Grüßen

Miriam Brenner und Carmen Sebers

**Anlage 8 - Mailanschreiben Studienteilnehmer**

Liebe Ergotherapeuten/-innen,

Vielen Dank für Ihr Interesse an der Teilnahme unserer Studie.

Wir freuen uns sehr, Sie heute mit folgenden Materialien im Anhang dieser Mail auszustatten:

**Anhang I:**

Einverständniserklärung, die Sie bitte ausfüllen und an uns per Mail zurückschicken. Diese benötigen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen, um personenbezogene Daten verarbeiten zu dürfen.

**Anhang II:**

Übersetztes Manual des COSA (2.2)

**Anhang III:**

COSA Bögen

Um unsere Forschung in dem geplanten Zeitrahmen fortführen zu können, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie das COSA (2.2) bis zum **5. Juni**, wie im Manual beschrieben, mit den Kindern durchführen.

Am **7. Mai** erhalten Sie von uns per Mail den Link zu dem Onlinefragebogen, der von Ihnen **einmalig** nach Beendigung aller COSA-Durchführungen ausgefüllt wird.

Für die Vorbereitung auf den Online-Fragebogen, können Notizen, die Sie sich während und/oder nach der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind machen, als gedankliche Unterstützung dienen.

Der Fragebogen gliedert sich dabei in folgende Punkte:

- Manual des COSA (2.2)
- Aufbau und Gestaltung des Assessment
- Ihre Erfahrungen bei der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind
- Integration in Ihren therapeutischen Berufsalltag

Wir versichern Ihnen, dass die erhobenen Daten vertraulich behandelt, anonymisiert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Teilnahme an der Studie ohne Angaben von Gründen zu beenden. Die erhobenen Daten werden nach Abschluss der Erhebung gelöscht.

Bei Rückfragen können Sie sich gerne jederzeit bei uns melden.

Wir verbleiben mit freundlichen Grüßen und wünschen viel Spaß und Erfolg bei der Durchführung des COSA (2.2).

Miriam Brenner und Carmen Sebers

**Anlage 9 - Ergebnisgrafiken Fragebogen**

Umfragetitel	Wie gut lässt sich das Child Occupational Self Assessment (COSA 2.2) von Ergotherapeuten/innen in ihren beruflichen Alltag integrieren?
Name	Miriam Brenner und Carmen Sebers
Erste Antwort	13.05.2020
Letzte Antwort	15.06.2020

17 Studienteilnehmer\*innen

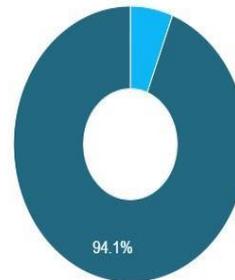
Durchschnittliche Zeit: 11:59

Minuten

### Wie ist dein Geschlecht?

#### Wie ist dein Geschlecht?

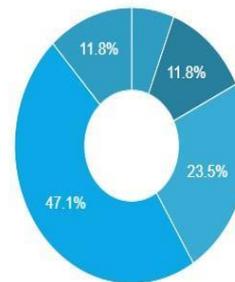
- Männlich
- Weiblich



### Was ist dein höchster Bildungsabschluss?

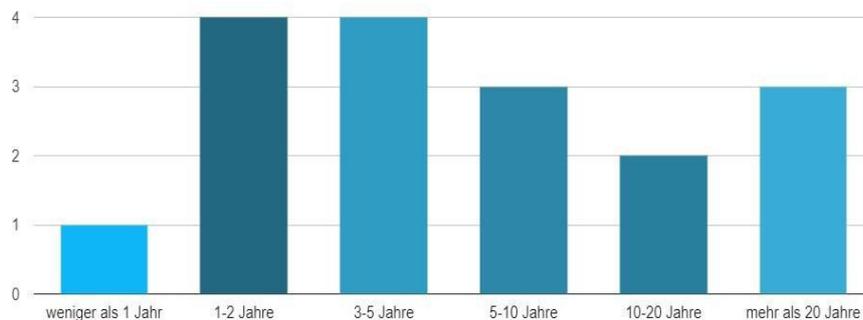
#### Was ist dein höchster Bildungsabschluss?

- Realschulabschluss
- Allgemeine Hochschulreife
- Berufsausbildung
- Bachelor
- Master

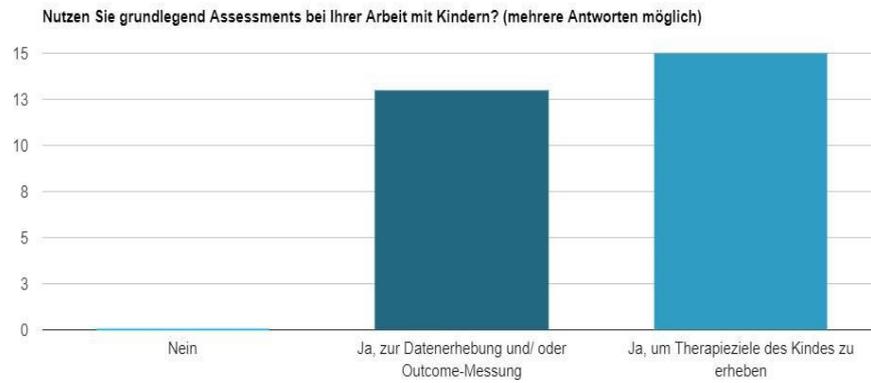


### Wie lange arbeiten Sie als Ergotherapeut/in mit pädiatrischem Klientel?

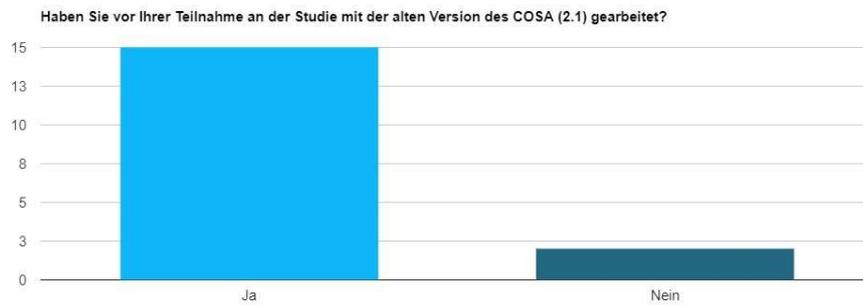
#### Wie lange arbeiten Sie als Ergotherapeut/in mit pädiatrischem Klientel?



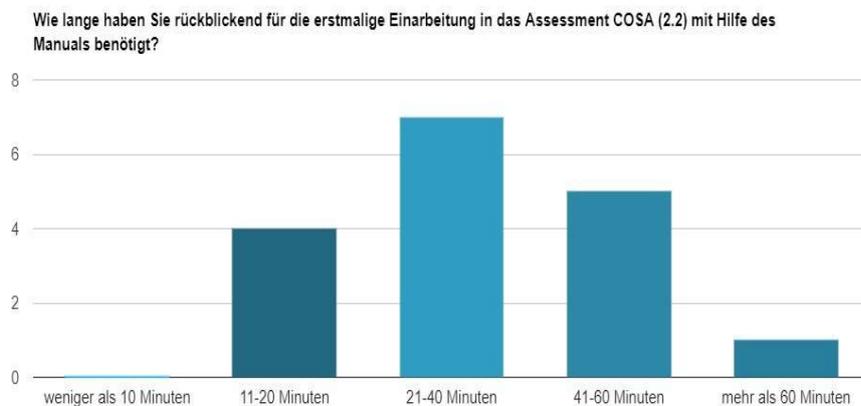
*Nutzen Sie grundlegend Assessments bei Ihrer Arbeit mit Kindern? (mehrere Antworten möglich)*



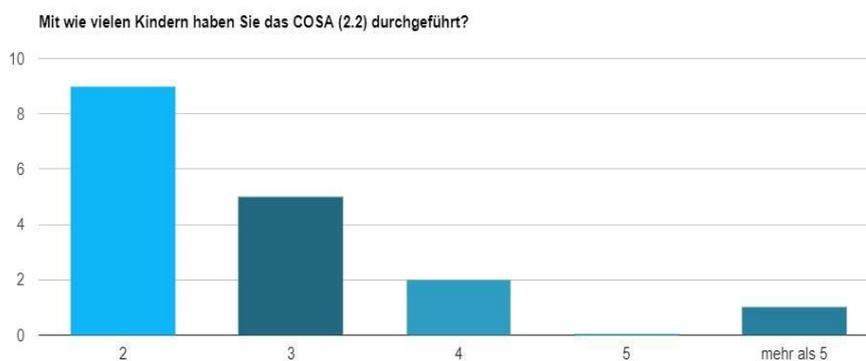
*Haben Sie vor Ihrer Teilnahme an der Studie mit der alten Version des COSA (2.1) gearbeitet?*



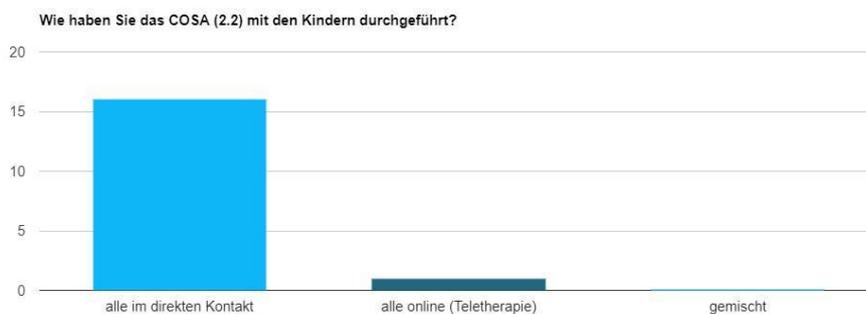
*Wie lange haben Sie rückblickend für die erstmalige Einarbeitung in das Assessment COSA (2.2) mit Hilfe des Manuals benötigt?*



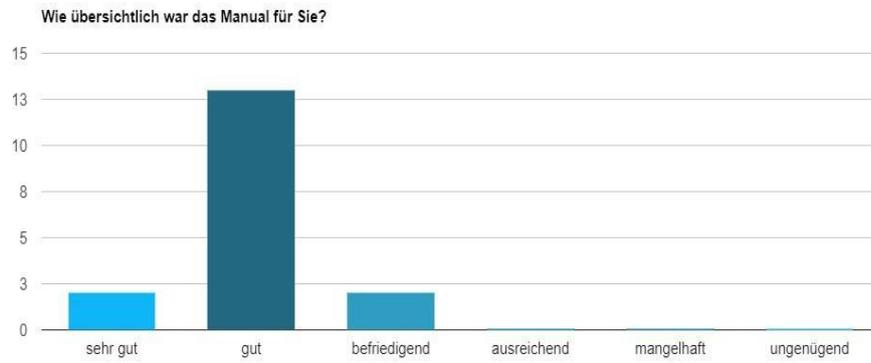
*Mit wie vielen Kindern haben Sie das COSA (2.2) durchgeführt?*



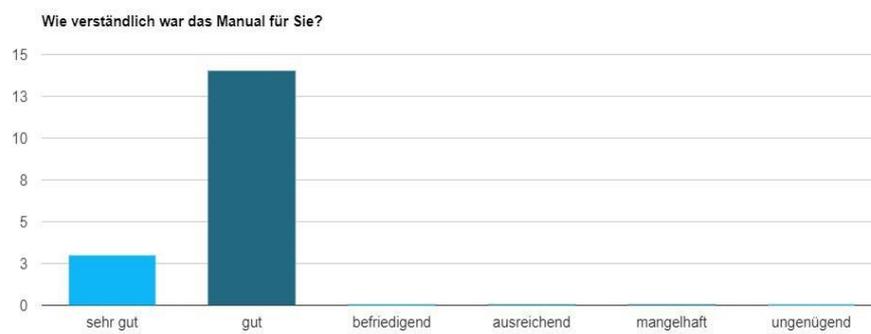
*Wie haben Sie das COSA (2.2) mit den Kindern durchgeführt?*



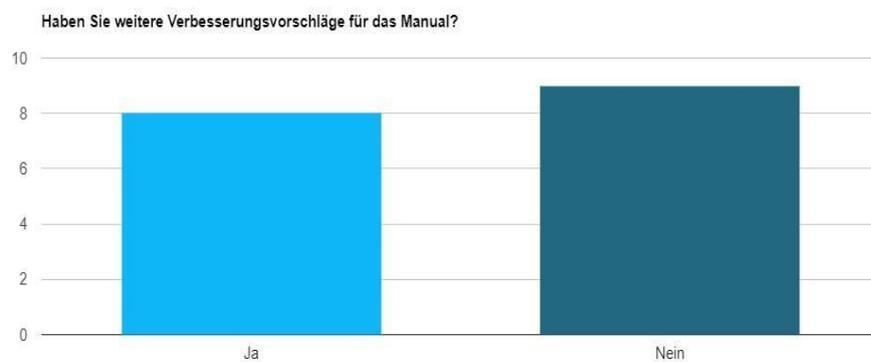
Wie übersichtlich war das Manual für Sie?



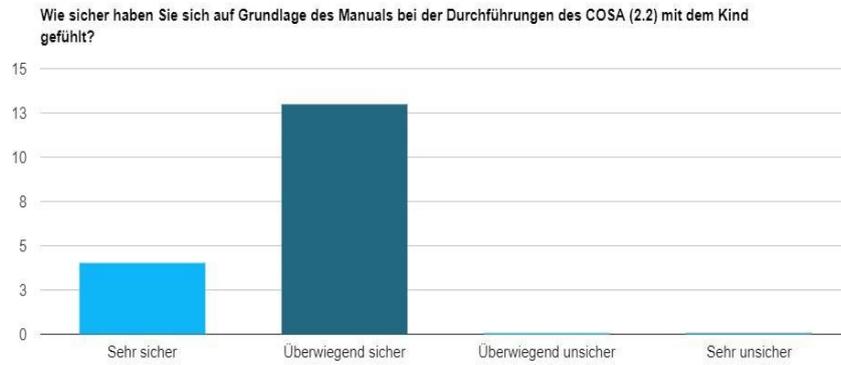
Wie verständlich war das Manual für Sie?



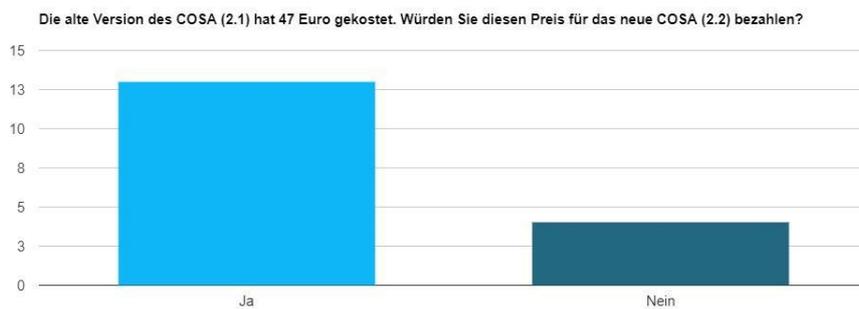
Haben Sie weitere Verbesserungsvorschläge für das Manual?



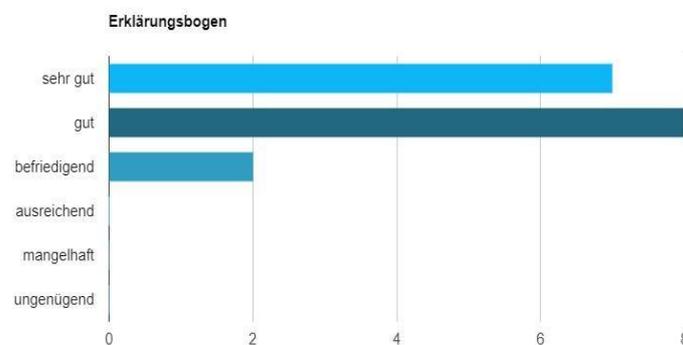
Wie sicher haben Sie sich auf Grundlage des Manuals bei der Durchführungen des COSA (2.2) mit dem Kind gefühlt?

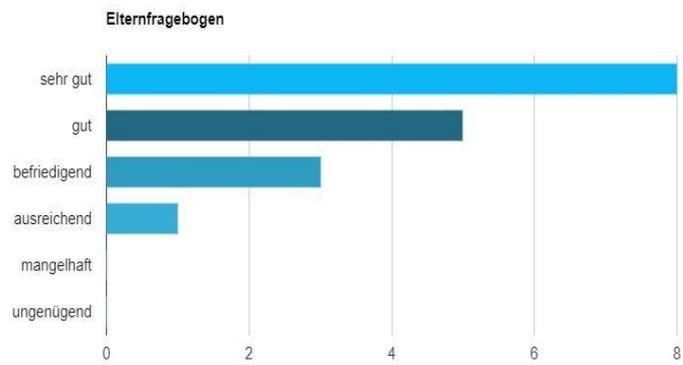
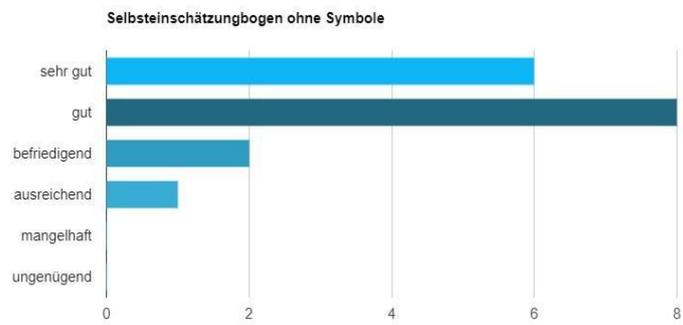
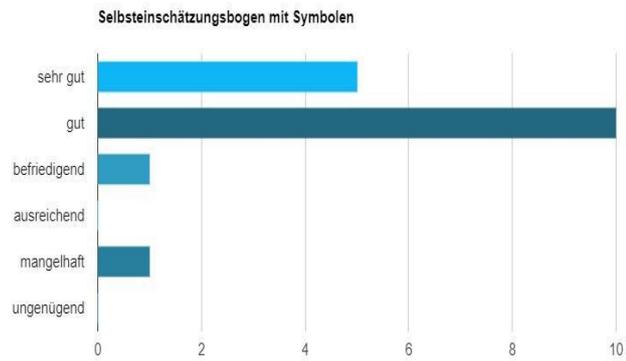


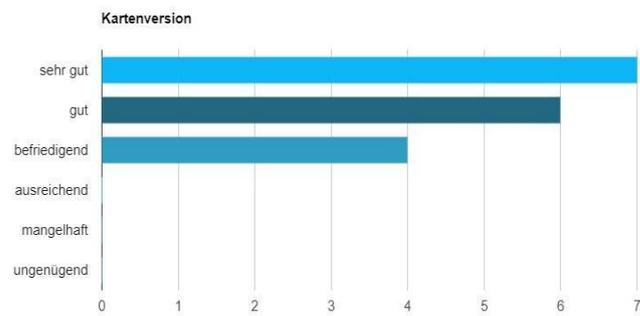
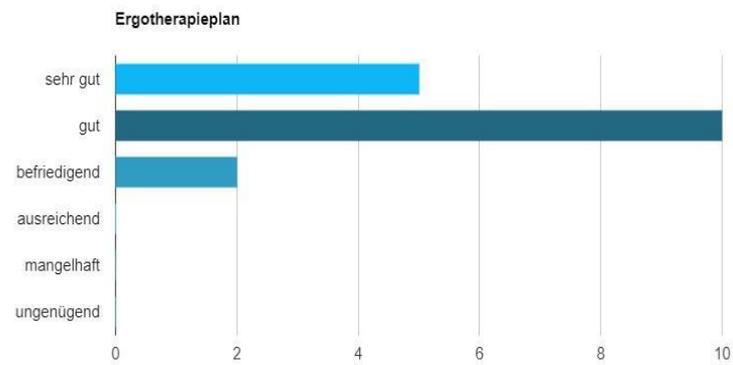
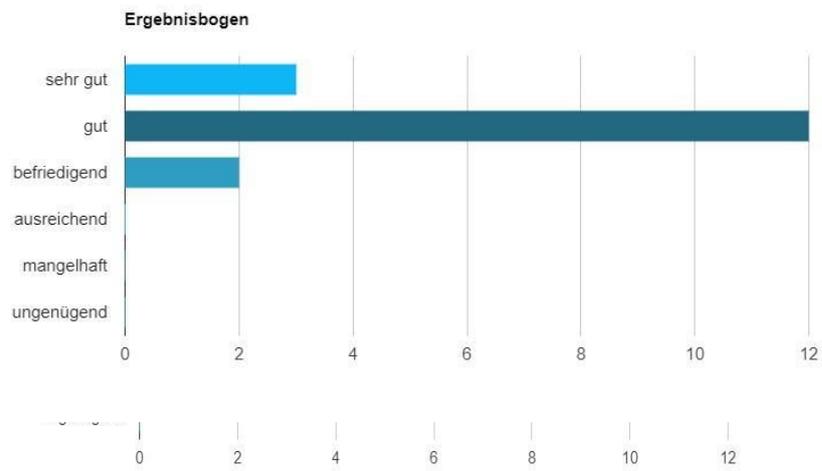
Die alte Version des COSA (2.1) hat 47 Euro gekostet. Würden Sie diesen Preis für das neue COSA (2.2) bezahlen?



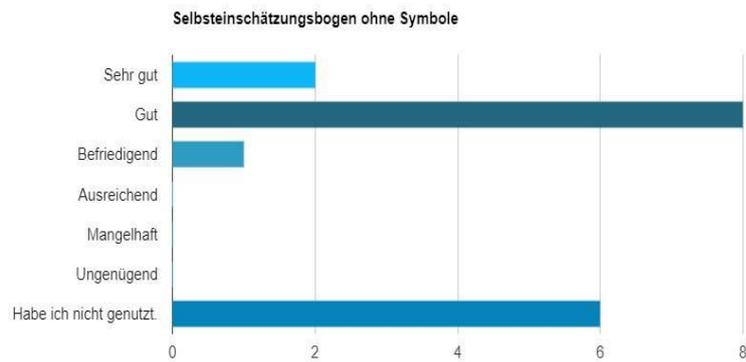
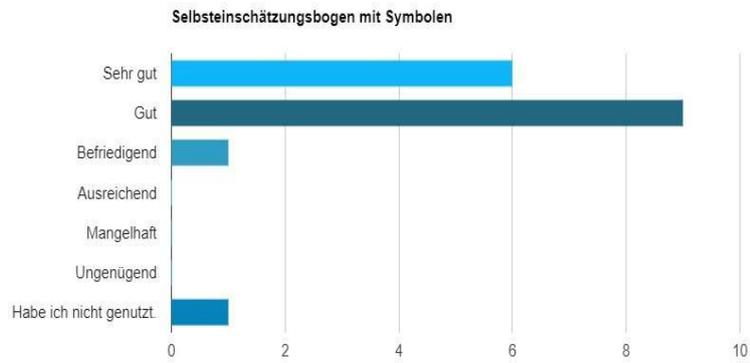
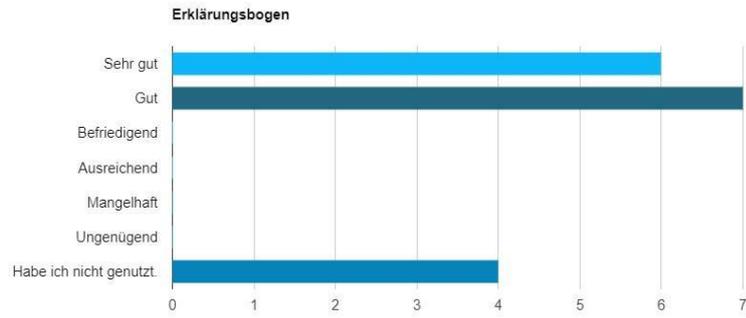
Wie übersichtlich und ansprechend finden Sie die Bögen des COSA (2.2)?

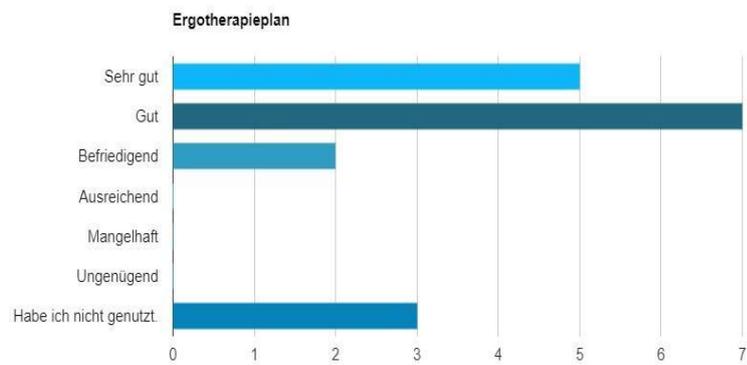
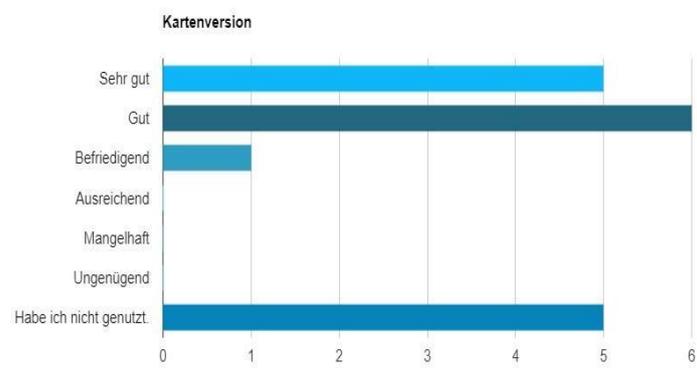
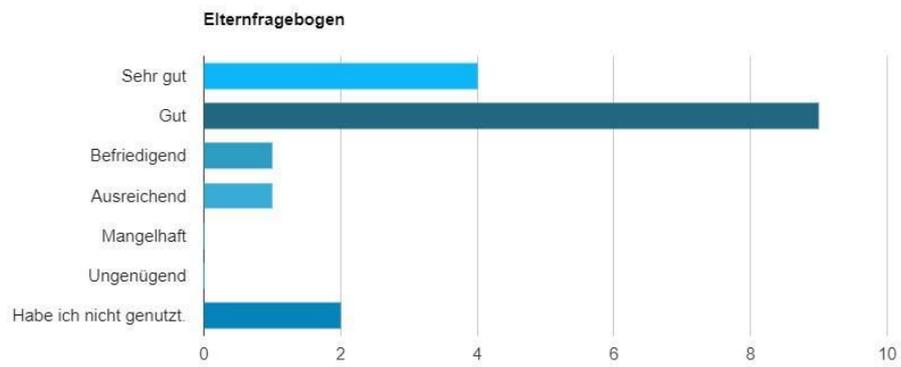


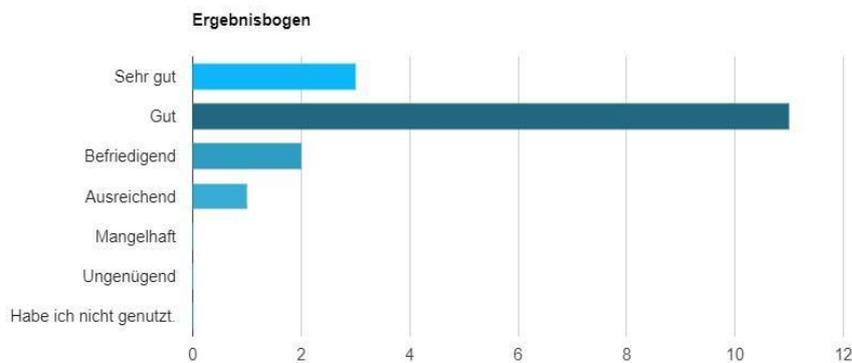
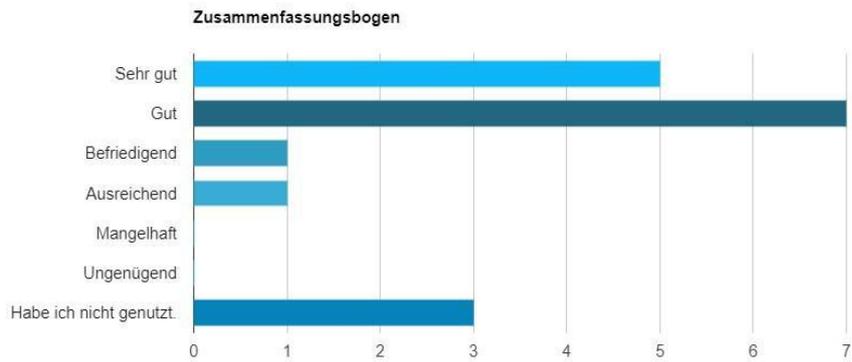




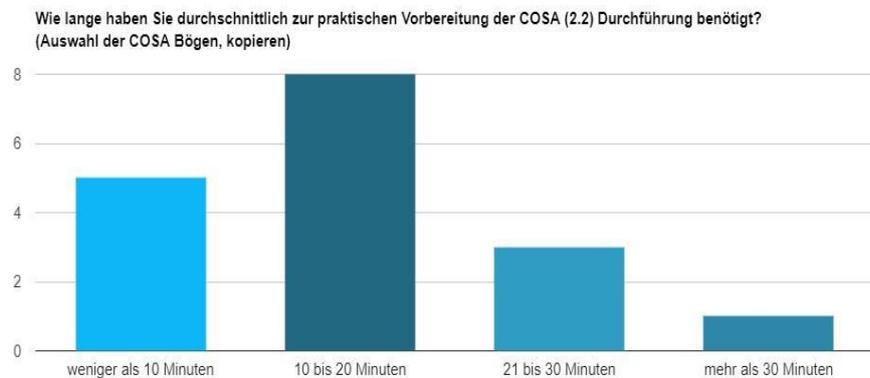
Wie praktisch finden Sie die Bögen des COSA (2.2) in ihrer Anwendung?



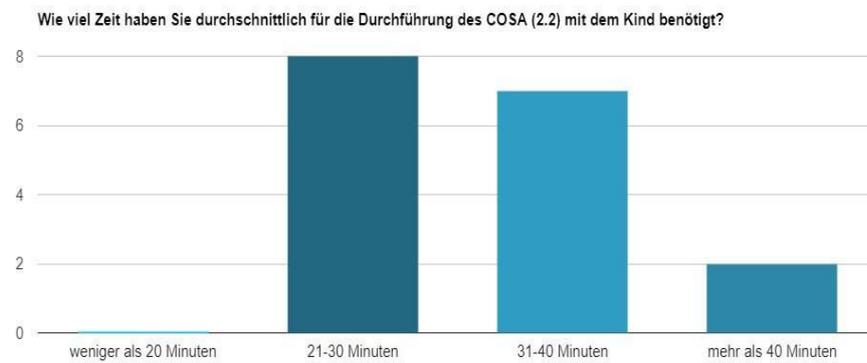




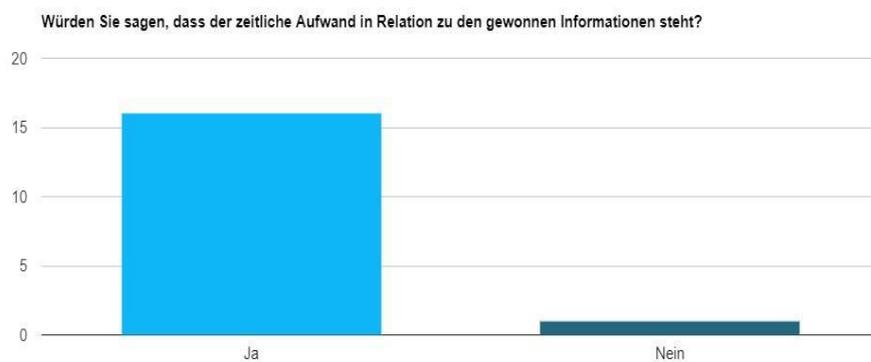
Wie lange haben Sie durchschnittlich zur praktischen Vorbereitung der COSA (2.2) Durchführung benötigt? (Auswahl der COSA Bögen, kopieren)



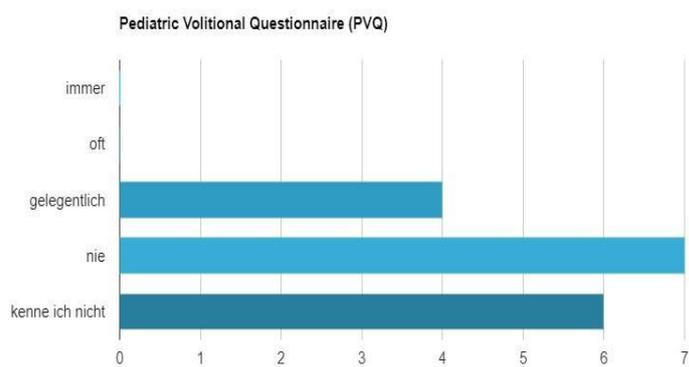
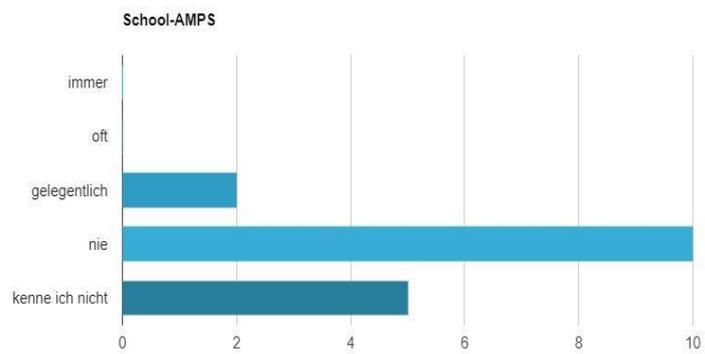
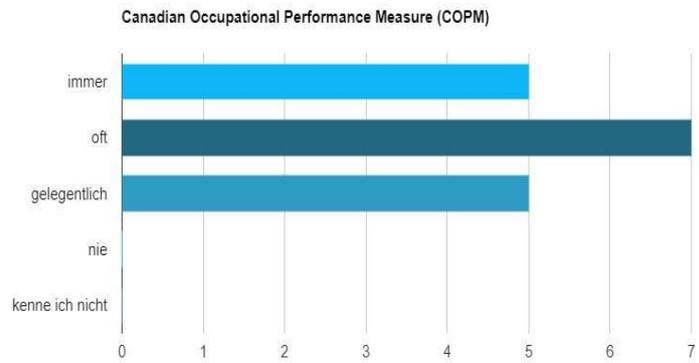
Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich für die Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind benötigt?

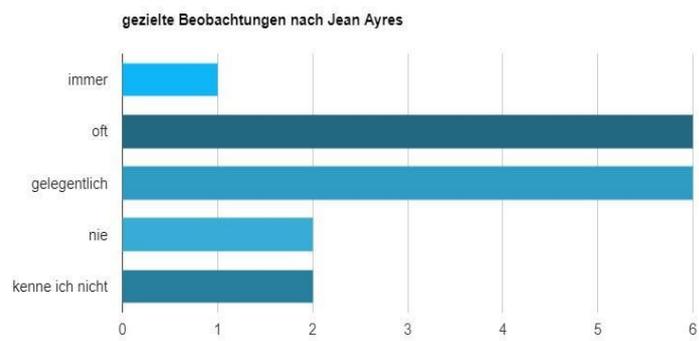
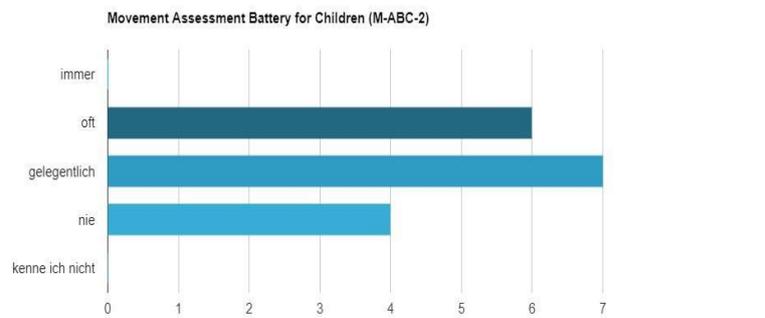
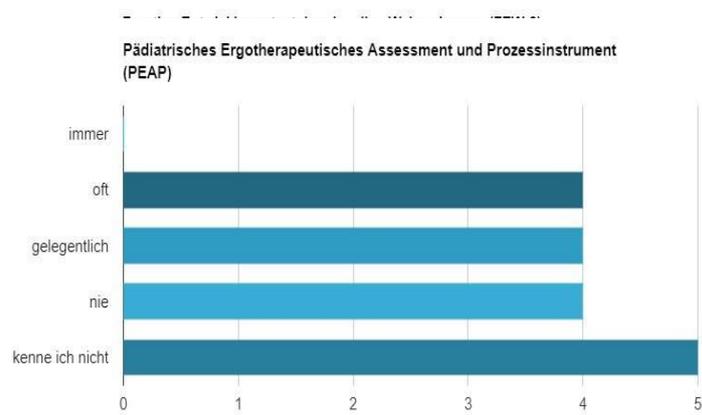


Würden Sie sagen, dass der zeitliche Aufwand in Relation zu den gewonnenen Informationen steht?

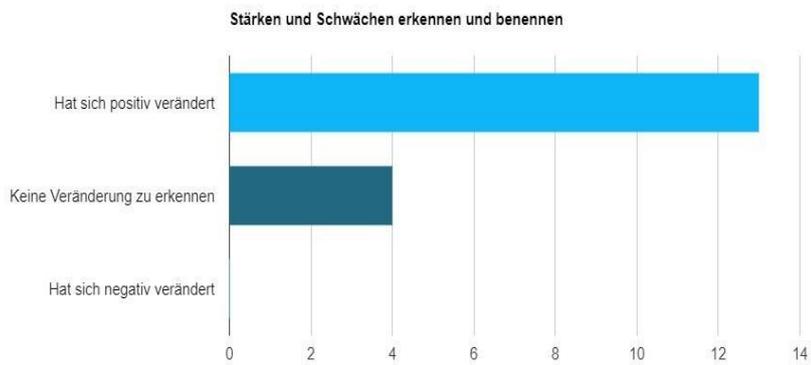
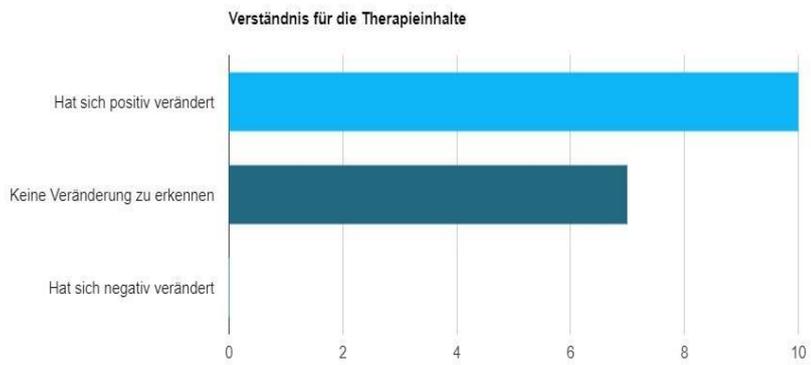
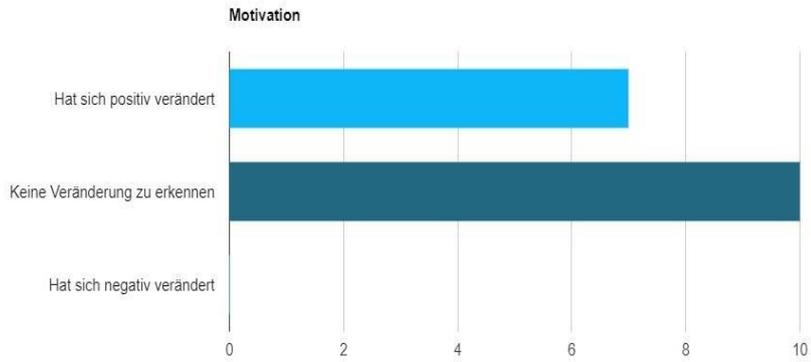


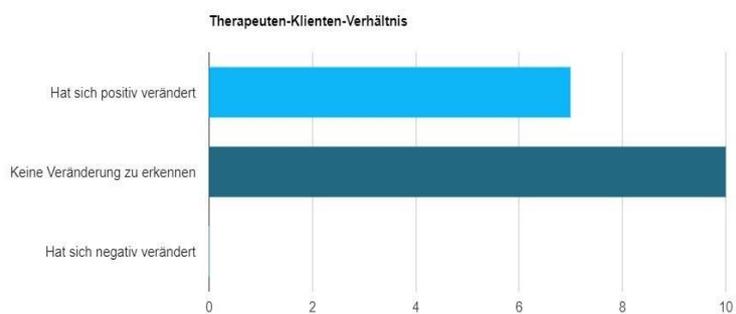
Wie oft nutzen Sie die unten aufgeführten Assessments in Ihrer Arbeit mit Kindern?



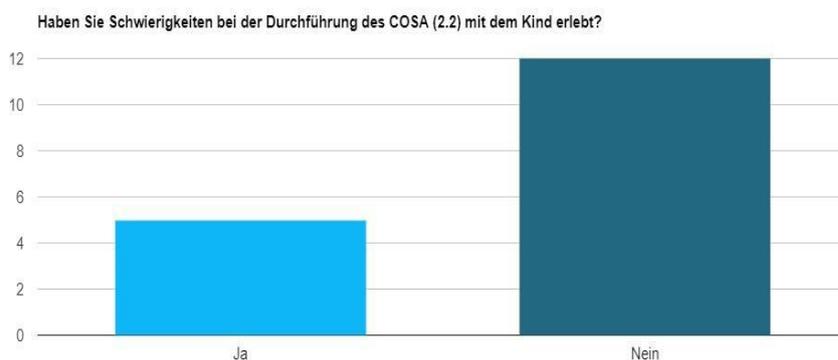


*Haben Sie Veränderungen bei dem Kind nach der Durchführung des COSA (2.2) festgestellt?*

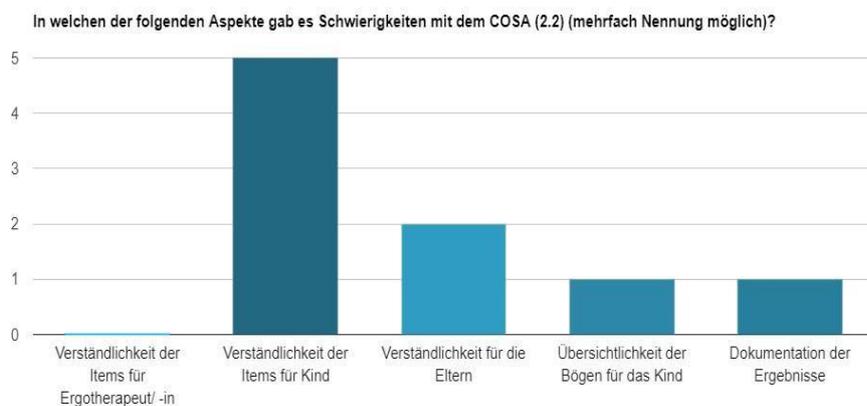




*Haben Sie Schwierigkeiten bei der Durchführung des COSA (2.2) mit dem Kind erlebt?*



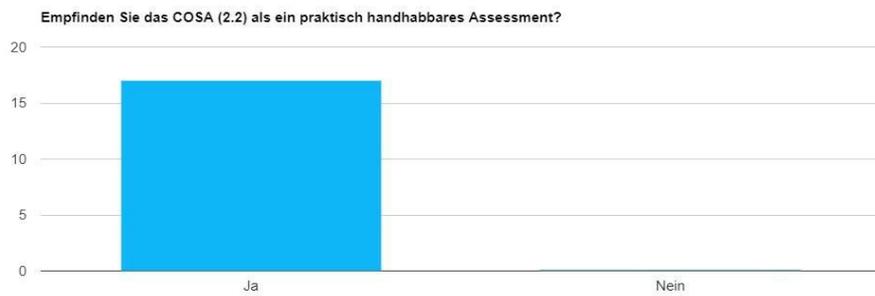
*In welchen der folgenden Aspekte gab es Schwierigkeiten mit dem COSA (2.2) (mehrfach Nennung möglich)?*



*Haben Sie auf Grundlage des COSA (2.2) konkrete Ziele formuliert und diese später mit dem Kind evaluiert?*



*Empfinden Sie das COSA (2.2) als ein praktisch handhabbares Assessment?*



*Werden Sie das COSA (2.2) Ihren Kollegen weiterempfehlen?*

