Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 2026.38:168-179
DOI: https://doi.org/10.2440/008-0080

Der ergotherapeutische Prozess in der medizinischen Rehabilitation: ein Tagungsbericht

Worringen, Ulrike[1]; Born, Lukas[1]; Weidt, Anina[1]; Patti, Nadine[2]; Pfeiffer, Andreas[2]; Hucke, Birthe[2]

[1] Deutsche Rentenversicherung Bund
[2] Deutscher Verband Ergotherapie

Zusammenfassung:
Der ergotherapeutische Prozess beschreibt in strukturierter Form Diagnostik, Therapie und Evaluation ergotherapeutischer Leistungen. In einem indikationsübergreifenden Fachaustausch mit 136 Teilnehmenden, davon 118 Ergotherapeut*innen, wurde der ergotherapeutische Prozess in der medizinischen Rehabilitation reflektiert. Als Herausforderungen wurden indikationsübergreifend begrenzte Ressourcen in der ergotherapeutischen Diagnostik und Therapie beschrieben. In nur wenigen Reha-Einrichtungen werden für Ergotherapeut*innen feste Dokumentationszeiten eingeplant, dies erschwert eine fundierte Dokumentation und Evaluation der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Indikationsspezifische Unterschiede betreffen sowohl die Erfüllung der Anforderungen des Kostenträgers, die Diagnostik und Therapie, die Dokumentation, verschiedene Rehabilitand*innenmerkmale, die Qualifikation der Therapeut*innen, den Personaleinsatz, die Arbeitsorganisation sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit. Assessments werden zur Diagnostik und Verlaufskontrolle in unterschiedlichem Umfang in den Indikationen eingesetzt. Aus fachlicher Perspektive erscheint eine stärkere Fokussierung auf die Betätigungsanalyse in der Diagnostik wünschenswert.

Schlüsselwörter: Ergotherapie, ergotherapeutischer Prozess, medizinische Rehabilitation, Assessments, Betätigungsanalyse

The occupational therapy process in medical rehabilitation: a conference report

Summary:
The occupational therapy process describes the diagnosis, therapy, and evaluation of occupational therapy services in a structured form. In a cross-indication professional exchange with 136 participants, including 118 occupational therapists, the occupational therapy process in medical rehabilitation was reflected upon. Limited resources in occupational therapy diagnosis and therapy were described as challenges across all indications. Only a few rehabilitation facilities schedule fixed documentation times for occupational therapists, which makes it difficult to provide well-founded documentation and evaluation of diagnostic and therapeutic measures. Indication-specific differences relate to the fulfillment of the requirements of the cost bearer, diagnostics and therapy, documentation, various characteristics of rehabilitation patients, the qualifications of therapists, personnel deployment, work organization, and interprofessional cooperation. Assessments are used to varying degrees in the indications for diagnostics and progress monitoring. From a professional perspective, a stronger focus on activity analysis in diagnostics appears desirable.

Keywords: Occupational therapy, occupational therapy process, medical rehabilitation, assessments, activity analysis

1 Ergotherapie in der medizinischen Rehabilitation

Ergotherapie ist ein fester Bestandteil der Diagnostik und Therapie in der medizinischen Rehabilitation [1]. Gegenstand der Ergotherapie ist die Betätigung. Als Betätigung wird eine Aktivität oder eine Reihe von Aktivitäten beschrieben, die zu einem bestimmten Zeitpunkt, in einer bestimmten Rolle und in einem bestimmten Kontext stattfinden [2]. Die Betätigungsanalyse ist das zentrale Element der ergotherapeutischen Diagnostik. Aus ihr wird der Beratungsbedarf, aber auch das Training von Funktionen und Fertigkeiten zur Förderung der teilhabeorientierten Handlungsfähigkeit abgeleitet.

Die ergotherapeutische Intervention in der medizinischen Rehabilitation umfasst dabei Beratung (z.B. zu Hilfsmitteln), als auch funktions- und teilhabeorientiertes Training (vgl. Abb. 1). Diagnostik und Intervention unterscheiden sich dabei zwischen den Indikationen, da krankheitsbedingt unterschiedliche Funktionen und Fertigkeiten eingeschränkt sind und individuelle Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe bestehen.

In der medizinischen Rehabilitation der DRV ist die berufliche Teilhabe das zentrale Ziel der Intervention. Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung werden auch von ergotherapeutischer Seite Einschätzungen zur Funktions- und Teilhabefähigkeit erwartet [3].

Der ergotherapeutische Prozess ist in der medizinischen Rehabilitation Teil des multidisziplinären Reha-Prozesses. Der Austausch zwischen den Berufsgruppen ermöglicht die Abstimmung der Ziele, der Therapie und der abschließenden Leistungsbeurteilung. Ergotherapeutische Diagnostik und Therapie hat insbesondere in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) an Umfang und Stellenwert in den letzten Jahren zugenommen [4]. Die Leistungsangebote der Ergotherapie sind vielfältig. Sie fokussieren auf die Teilhabe an der Arbeit, aber auch auf das Training der Aktivitäten des täglichen Lebens, die Nutzung von Hilfsmitteln und das gezielte Funktionstraining (siehe Abb. 1). Sie sind in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) als Einzelangebote, Klein- und Gruppenangebote hinterlegt (KTL) [5]. In allen Reha-Therapiestandards finden sich Evidenzbasierte Therapiemodule (ETMs) (RTS) [6-13], die ihren Schwerpunkt auf Fähigkeiten zur Teilhabe am Alltags- und Berufsleben legen. Auch in der Ergotherapie werden Kontextfaktoren im Sinne der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [14] als mögliche Ressourcen oder Barrieren betrachtet, da jede Form der Betätigung in hohem Maße vom jeweiligen Kontext geprägt und abhängig ist.

2 Der ergotherapeutische Prozess

Der ergotherapeutische Prozess beschreibt systematisch und strukturiert den Ablauf der Ergotherapie. Der ergotherapeutische Prozess bzw. ein Prozessmodell ist in der Regel an ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell gebunden. Es gibt zahlreiche theoretische Modelle, die das ergotherapeutische Handeln beschreiben [15].

Inhaltsmodelle befassen sich mit den Grundannahmen und Werten der Profession. Sie benennen und definieren zentrale Elemente der ergotherapeutischen Theorie, wie z. B. Betätigung, Umwelt und Person, und setzten diese zueinander in Beziehung. Inhaltsmodelle (er-)klären die Sichtweise der Ergotherapie auf ihr Handlungsfeld und ihr Selbstverständnis. Damit geben sie ergotherapeutischem



Abbildung 1.
Ergotherapeutische Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, KTL 2015

Handeln einen Rahmen und dienen der Begründung ergotherapeutischen Handelns.

Prozessmodelle beschreiben den konkreten Ablauf ergotherapeutischen Handelns, in der Regel vor dem Hintergrund eines Inhaltsmodells. Prozessmodelle folgen dabei zumeist dem typischen Ablauf aus ergotherapeutischer Diagnostik, Zielplanung sowie Durchführung und Überprüfung/Evaluation der durchgeführten Intervention. Dieser Prozess variiert (z. B. in der Ausdifferenzierung oder beim Fokus) entsprechend dem jeweiligen Inhaltsmodell und der zugrunde liegenden ergotherapeutischen Werte/Haltungen.

Prozessmodelle sind meist zyklisch angelegt und eröffnen dadurch die Möglichkeit, das Prozedere so oft zu durchlaufen, bis das jeweils angestrebte Ziel erreicht wurde. Sie bieten der Berufspraktikerin dadurch die Möglichkeit, ihre Arbeit zu strukturieren und geben ihr einen Leitfaden für die einzelnen Handlungsschritte im konkreten ergotherapeutischen (Therapie-)Prozess an die Hand.

Ergotherapeutische Modelle werden häufig länderspezifisch entwickelt. Sie sind Teil der Professionsentwicklung und werden deshalb auch immer weiterentwickelt. Dabei sind die derzeitigen Modelle sehr unterschiedlich umfangreich und differenziert. Häufig gibt es zu bestimmten Modellen auch entsprechende Assessmentverfahren, die die Umsetzung/Anwendung unterstützen und evaluierbar machen sollen. Grundlageninformationen sowie Literatur zu ergotherapeutischen Modellen stellt des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V. (DVE) unter https://dve.info/ergotherapie/ergotherapeutische-modelle seinen Mitgliedern zur Verfügung.

Im Rahmen der Entwicklung der Ergotherapeutischen Prozessdokumentation (ETpro) des DVE ([16], siehe Abbildung 2) wurde der grundlegende ergotherapeutische Prozess orientiert am PDCA-Zyklus des Qualitätsmanagements beschrieben, da diese Grundstruktur sich in nahezu allen Prozessmodellen der Ergotherapie wiederfindet:

- Plan: Screening, Diagnostik, Zieldefinition, Umsetzungsplanung
- Do: Durchführung/Umsetzung
- Check: Evaluation
- Act: Bestimmung des weiteren Prozedere

Die Nutzung des PDCA-Zyklus als Grundlage für die Prozessbeschreibung ermöglicht den Bezug zu verschiedenen ergotherapeutischen Modellen, legt aber gleichzeitig auch grundlegende Elemente fest. Es ist wichtig zu beachten, dass ein Prozess selten ausschließlich linear verläuft. Das gilt auch für den Therapieprozess. Denn auch in seinem Verlauf werden immer wieder Informationen generiert, die bedeutsam sind und Anpassungen erforderlich machen. Auch die kontinuierliche Reflexion des Therapieverlaufs kann zu Veränderungen im Ablauf führen. Auch wenn das Modell eine klare Abgrenzung der einzelnen Phasen suggeriert, ist der Übergang zwischen Diagnostik, Durchführung und (Zwischen-)Evaluation in der praktischen Umsetzung in der Regel fließend. Ebenso ist auch Zeitaufwand für die einzelnen Phasen individuell.

3 Fachtagung zum ergotherapeutischen Prozess

Am 21./22.06.2024 trafen sich 118 Ergotherapeut*innen aus medizinischen Rehabilitationseinrichtungen aus ganz Deutschland zu einem Fachaustausch zum ergotherapeutischen Prozess. Eingeladen hatten die DRV Bund und der DVE.

Der ergotherapeutische Prozess wurde anhand der Ergotherapeutischen Prozessdokumentation (ETpro) des DVE vorgestellt [17]. In vier Fallbeispielen wurde der ergotherapeutische Prozess im Sinne des ETpro für die Reha-Indikationen Orthopädie [18], Onkologie [19], Psychosomatik [20] und Neurologie [21] veranschaulicht. In den anschließenden Arbeitsgruppen (AGen) fand jeweils ein strukturierter, indikationsspezifischer Austausch zum ergotherapeutischen Prozess in den Reha-Indikationen Orthopädie, Onkologie, Abhängigkeitserkrankungen, Psychosomatik und Neurologie statt. Teilnehmende waren Ergotherapeut*innen, die in den entsprechenden Indikationen in der medizinischen Rehabilitation tätig waren.

Anhand der vorgegebenen Dimensionen: „Zugang“, „Diagnostik“, „Ziele“, „Therapieplanung“, „Evaluation“ und „Dokumentation“ sammelten die Teilnehmenden in den fünf indikationsspezifischen Arbeitsgruppen Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Herausforderungen des ergotherapeutischen Prozesses. Die Arbeitsgruppen tagten 120 Minuten und wurden von zwei Personen moderiert. Die Arbeitsgruppenergebnisse wurden auf Metaplankarten dokumentiert und am folgenden Tag im Plenum vorgestellt. Es wurde ein Fotoprotokoll erstellt.

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen und die ergotherapeutischen Herausforderungen in den einzelnen Indikationen werden im folgendem dargestellt.

4 Einsatz von Assessments im Indikationsvergleich

Die ergotherapeutische Diagnostik umfasst grundsätzlich drei Elemente: (1) das Gespräch, ergänzt durch die Erfragung der Anamnese, (2) die Betätigungsanalyse auf Grundlage (strukturierter) Verhaltensbeobachtung bei praktischen Aktivitäten, sowie (3) der Einsatz von Test- und Assessmentverfahren. Der Einsatz von standardisierten Diagnostikverfahren unterscheidet sich stark zwischen den

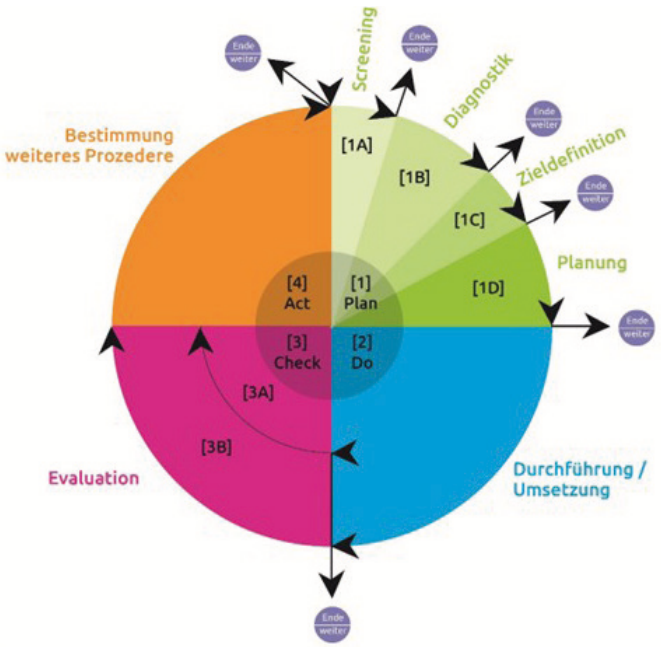


Abbildung 2.
Der ergotherapeutische Prozess

Indikationen (siehe Tabelle 1). In der orthopädischen und neurologischen Rehabilitation sowie der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen werden eine Vielzahl von standardisierten Verfahren in der Ergotherapie eingesetzt. In der psychosomatischen Rehabilitation berichteten die AG Teilnehmenden, dass in ihren Reha-Einrichtungen die Diagnostik ausschließlich durch andere Berufsgruppen erfolgt. In der onkologischen Rehabilitation beschränkte sich die standardisierte Diagnostik auf die Erfassung der kognitiven Einschränkungen und der Messung der Handkraft. Die meisten standardisierten Diagnostikverfahren werden in der orthopädischen Rehabilitation eingesetzt.

5 Der ergotherapeutische Prozess im Indikationsvergleich

Die Umsetzung des ergotherapeutischen Prozesses weist Unterschiede zwischen den Indikationen auf. Herausforderungen im ergotherapeutischen Prozess finden sich in verschiedenen Dimensionen (siehe Tabelle 2). Die Einzelnennungen wurden thematisch den Kategorien Kostenträger, Diagnostik, Therapie, Dokumentation, Rehabilitand*innenmerkmale, Kompetenz, Personaleinsatz, Arbeitsorganisation und interprofessionelle Teamarbeit zugeordnet.

5.1 Orthopädische Rehabilitation (N=21)

Der *Zugang* zur orthopädischen Rehabilitation erfolgt in den beteiligten orthopädischen Abteilungen in der Regel im AHB-Verfahren. *Ziele* werden auf Funktionsebene beschrieben. Die *Therapieplanung* erfolgt in der Regel über Therapiemodule, Patientenwünsche werden berücksichtigt, die Leistungen sind anpassbar. Die *Evaluation* erfolgt in einem Abschlussgespräch, die *Dokumentation* digital für die Einzelleistungen. Für Gruppenleistungen werden in der Regel keine Diagnostik und kein Therapieverlauf beschrieben. Ob die Diagnostik für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung oder im Reha-Entlassungsbericht berücksichtigt werden, wird je nach Klinik sehr unterschiedlich gehandhabt.

Als *Gemeinsamkeiten* wurde berichtet, dass die Zuweisung zur Ergotherapie Kriterienbasiert über die Reha-Diagnose erfolgt, individuelle Behandlungsziele formuliert werden, die Planung in Therapiemodulen erfolgt, die individualisiert verordnet werden. Es erfolgt in allen Reha-Einrichtungen eine Prä-Post Messung, häufig mit standardisierten Verfahren. Die Diagnostik erfolgt aus Zeitgründen oftmals auch während des Behandlungsprozesses. Es finden sich *Unterschiede* in der Auswahl des Assessments (z.B. in der Nutzung semistrukturierter Interviews), in der Verordnungspraxis, im Vor-Screening, in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, insbesondere Ärzt*innen und Physiotherapeut*innen, in der Dokumentation und im Beitrag der Ergotherapie zum Reha-Entlassungsbericht. Als *Herausforderung* wurde die hohe Therapiemenge bzw. Dosis sowohl im Behandlungsplan der Rehabilitand*innen, als auch seitens der Ergotherapeut*innen, die Umsetzung der KTL-Anforderungen, die Durchführung der ergotherapeutischen Leistungen in Gruppen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und das oft geringe Verständnis bzw. die fehlende Transparenz zum ergotherapeutischen Arbeiten im Reha-Team, die Gewichtung von Diagnostik und Therapie, Do-

Tabelle 1.
Angegebene diagnostische Verfahren in den verschiedenen Reha-Indikationen; Quellenangaben zu den Verfahren finden sich im Anhang in Tabelle 3

Verfahren	Orthopädie N=21	Neurologie N=10	Abhängigkeit N=16	Onkologie N=11	Psychosomatik N=20
SPADI	x				
DASH	x				
EFL	x				
SIMBO	x				
IMBA	x				
PACT	x				
COPM	x				
AIA®	x				
WMFT		x			
ARAT		x			
MELBA		x	x		
NHPT		x			
Box and Block		x			
DIAMO			x		
Würzburger Screening			x		
Hipro			x		
AVEM			x		
IDA			x		
RehaCom®				x	
Handkraft				x	

kumentationszeiten, Sprachbarrieren mit Rehabilitand*innen und Ärzt*innen sowie die Individualisierung der Diagnostik und Behandlung im Kontext von verordneten Therapiemodulen berichtet.

5.2 Neurologische Rehabilitation (N=10)

Der Zugang zur Ergotherapie in der neurologischen Rehabilitation erfolgt über die ärztliche Verordnung in spezifische Einzel- und Gruppenleistungen. Einige Einrichtung haben ICD-10 spezifische Therapiemodule, in denen die Ergotherapie fest verankert ist. Alle Versicherten erhalten somit Zugang zu einer ergotherapeutischen Diagnostik, die in der Regel in Einzeltherapie durchgeführt wird.

Die ergotherapeutische *Diagnostik* erfolgt ICF-orientiert in nahezu allen Rehabilitationseinrichtungen anhand eines abteilungsspezifischen Diagnostikbogens. Diagnostische Ergebnisse der andere Therapeut*innen sind zum Teil in der elektronischen Patientenakte einsehbar. Für die ergotherapeutische Diagnostik werden verschiedene Assessments genutzt. Weit verbreitet sind die Handkraftmessung mittels Hand-Dynamometer und der Nine-Hole-Peg-Test (NHPT). Weitere Assessments (siehe Tabelle 1, Spalte Neurologie) werden je nach Störungsbild von den Ergotherapeut*innen individuell ausgewählt. Die Durchführung der Assessments wird von den Ergotherapeut*innen als Teil der Therapie bewertet und kann bei Wiederholung und positiver Entwicklung die Motivation der Patient*innen steigern.

Die *Reha-Ziele* werden teilweise bereits vor der Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung mithilfe eines Fragebogens bei den Rehabilitand*innen erfragt. Aus diesen Zielen und der ergotherapeutischen Diagnostik werden in Absprache mit den Rehabilitand*innen stets individuelle Betätigungs- und Aktivitätsziele abgeleitet. Diese Ziele werden im Laufe der Rehabilitation – insbesondere bei längeren Aufenthalten – regelmäßig in Absprache mit den Rehabilitand*innen und dem interdisziplinären Team angepasst.

Die *Therapieplanung* erfolgt je nach Einrichtung über eine zentrale Terminplanung oder über eine eigene Planung durch die Therapeut*innen (meist in der Frührehabilitation). Als Gemeinsamkeit gaben alle an, eigenverantwortlich Einfluss auf die Planung nehmen zu können. Anschließend an die Diagnostik können eigenverantwortlich weitere, individuell erforderliche, ergotherapeutische Leistungen durch die Therapeut*innen verordnet werden. Frequenz und Zeitpunkt werden sowohl durch die Ergotherapeut*innen selbst als auch zentral von der Therapieplanung gesteuert.

Die *Dokumentation* erfolgt unterschiedlich in den Rehabilitationseinrichtungen. In einigen Einrichtungen wird die Diagnostik ausformuliert und in dieser Form in den Entlassungsbericht über-

nommen. In anderen Einrichtungen erfolgt die ergotherapeutische Dokumentation nur in Stichworten, die von den Ärzt*innen für den Entlassungsbericht ausformuliert werden. In einigen Rehabilitationseinrichtungen stehen den Ergotherapeut*innen gesonderte Dokumentationszeiten zur Verfügung.

In den wöchentlichen, interdisziplinären Teambesprechungen werden die Leistungseinschätzungen mitgeteilt, austauscht und abgeglichen.

Die *Evaluation* findet je nach Länge des Rehabilitationsaufenthaltes teilweise bereits durch erneute Assessments/Testung statt. Dies kann zur Motivationssteigerung oder zur Anpassung der Zielplanung und Maßnahmen genutzt werden. Zum Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme wird bei allen eine Abschlussevaluation durchgeführt. Zudem wird das Erreichen der vereinbarten Ziele auf den verschiedenen Ebenen (Reha-, Betätigungs-, Aktivitäts- und Funktionsziele) abgeglichen.

Folgende Herausforderungen in der neurologischen Rehabilitation stellen sich:

Die ärztliche Ersteinschätzung muss im ergotherapeutischen Prozess ggf. angepasst werden, um den Rehabilitand*innen die bestgeeignete Therapievielfalt zukommen zu lassen.

Eine bedürfnisorientierte Zielfindung kann in einigen Fällen von den Zielen der Ergotherapeut*innen abweichen. Manchmal befinden sich die Ergotherapeut*innen im Spannungsfeld zwischen den individuellen Ziele der Rehabilitand*innen und den Zielen der Kostenträger (z.B. Wiedererlangen der Erwerbsfähigkeit).

Die Motivationslage der Rehabilitand*innen ist nicht immer ausreichend gegeben, um das Ziel (z.B. Rückkehr an den Arbeitsplatz) des Kostenträgers zu erreichen.

Die Erfüllung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und der Reha-Therapie-Standards (RTS) wird als herausfordernd gesehen, da nicht in allen Rehabilitationseinrichtungen ein transparentes und tagesaktuelles Controlling für die bestehenden Leistungen besteht.

Der Personalmangel führt in vielen Bereichen des ergotherapeutischen Prozesses zu Herausforderungen. Es kann zu einer verminderten Anzahl an Einzeltherapien und durchgeführten Assessments kommen. Auch die Zeit für die Dokumentation und die Evaluation kann dadurch beeinträchtigt werden.

Die Kenntnis über die vorhandenen und angewandten Assessments innerhalb des ergotherapeutischen und gesamttherapeutischen Teams sind unterschiedlich ausgeprägt und führen zu Barrieren in der Diagnostik und Evaluation, wenn mehrere Therapeut*innen beteiligt sind.

Eine standardisierte Diagnostik ist nicht überall gegeben und führt zu Schwierigkeiten in der Dokumentation, der Transparenz innerhalb des Teams, in Vertretungssituationen und in der Evaluation gepaart mit Therapeut*innenwechsel.

In einigen Einrichtungen fehlt die Therapeut*innenkonstanz.

Eine Assessmentbasierte Betätigungsanalyse wird in keiner Klinik erhoben. Betätigung- oder Aktivitätsanalysen werden lediglich in freien Beobachtungen durchgeführt.

Die vollständige Digitalisierung (elektronische Patientenakte) ist noch nicht in allen Einrichtungen vollumfänglich gegeben. Damit liegen nicht immer allen Therapeut*innen die bereits erhobene Diagnostik und Verläufe vor.

Die zur Verfügung stehende Zeit für die Dokumentation ist in den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich geregelt. Einige Ergotherapeut*innen erhalten separate Zeiten, andere dokumentieren innerhalb der Therapiezeit.

5.3 Onkologische Rehabilitation (N=11)

Die *Zuweisung* zur ergotherapeutischen Behandlung in der onkologischen Rehabilitation erfolgt Kriterienbasiert. Angeboten werden Einzel- und Gruppenleistungen, das Setting kann von den Ergotherapeut*innen gesteuert werden. Die *ergotherapeutischen Gruppen* umfassen Trainings zur Handkraft, zur Reduktion der Polyneuropathie und ihrer Auswirkungen, zur Kognition sowie MBOR. Standardisierte *Assessments* werden nur für den Bereich des kognitiven Trainings und zur Messung der Handkraft eingesetzt. Weitere *Assessments* werden teilweise von anderen Berufsgruppen angewendet.

Die *Evaluation* der ergotherapeutischen Leistungen erfolgt in strukturierter Form nur im Rahmen der computergestützten Therapien, ansonsten unstrukturiert durch Befragung, auch durch die Ärzt*innen sowie durch spontane Rehabilitanden*innenäußerungen. Beiträge der Ergotherapie zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung oder zur ergotherapeutischen Weiterbehandlung werden von den Ärzt*innen nur selten angefragt.

Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen fanden sich im Zugang zu Informationen im Reha-Prozess und im Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Aus allen onkologischen Abteilungen wurde die mangelnde Kenntnis der ergotherapeutischen Leistungen in der Ärzteschaft, der Fachkräftemangel, Sprachprobleme, der fehlende Stellenwert der ergotherapeutischen Diagnostik und Therapie im Reha-Prozess sowie die offenen, heterogenen Gruppen beschrieben. Als weitere *Herausforderungen* galten Zeitaufwand durch den Raumwechsel zwischen den Therapien, der z.T. fehlende externe Fachaustausch, die z.T. fehlende Evidenz der Therapien, die Erfüllung der KTL-Vorgaben sowie die Tatsache, dass fehlende Assessments durch Berufserfahrung oder /und eigene Ideen wettgemacht werden müssen.

5.4 Psychosomatische Rehabilitation (N=20)

Der *Zugang* zur Ergotherapie erfolgt über die Ärzt*innen und ist durch standardisierte Therapieprogramme vorgegeben. Die *Diagnostik* erfolgt durch andere Berufsgruppen. Es erfolgt immer ein ergotherapeutisches Aufnahmegespräch vor der Durchführung der ergotherapeutischen Therapie, allerdings in nur wenigen Einrichtungen in strukturierter Form. Die *Evaluation* erfolgt informell und auch in den großen Visiten und Teambesprechungen sowie in einzelnen Einrichtungen mittels Mini ICF-App. Die *Dokumentation* ist z.T. schon digitalisiert. Es gibt Textbausteine und es werden Empfehlungen für weitere ergotherapeutische Behandlungen ausgesprochen. Aber die Dokumentationspraxis unterscheidet sich sowohl hinsichtlich des Inhaltes als auch des Umfangs zwischen den Reha-Einrichtungen.

Als *Gemeinsamkeiten* wurde die Gruppentherapie, das handwerklich-gestalterische Arbeiten sowie die herausfordernde Therapie mit Rehabilitand*innen beschrieben, die sich vornehmlich Erholung in der medizinischen Rehabilitation versprechen. *Unterschiedlich* wurde die Arbeitsorganisation (Dokumentations- sowie Vor- und Nachbereitungszeiten), das Therapiespektrum (kognitives Training, Einführungsveranstaltung u.a.), die Möglichkeit Einzeltherapien und geschlossene Gruppen durchzuführen, der Einsatz von Assessments sowie die Umsetzung der MBOR dargestellt.

Als *herausfordernd* in der psychosomatischen Rehabilitation wurden die Gruppengrößen, die Erfüllung der KTL und RTS; die Umsetzung der MBOR, die Stellung der Ergotherapie im Gesamtrehateam beschrieben. Auch kommunikative Herausforderungen im Kontakt mit den Rehabilitand*innen sowie die zum Teil fehlende Mitwirkung der Rehabilitand*innen werden berichtet.

5.5 Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (N=16)

Die *Zieldefinition* in der Rehabilitation von Menschen mit Substanzabhängigkeit erfolgt möglichst konkret und praktisch, ggf. werden von therapeutischer Seite Themenfelder für die Ziele vorgeschlagen. Sie ist ein laufender, interdisziplinärer Prozess. Die *Therapieplanung* orientiert sich an den Zielen, sie ist flexibel. Es wird nur ein Grundgerüst festgelegt. Die ergotherapeutische *Evaluation* ist Teil der Gesamtevaluation der Rehabilitation. Sie erfolgt durch den Bezugstherapeuten gemeinsam mit dem/der Rehabilitand*in und wird im interdisziplinären Team besprochen.

Als Herausforderung wurde von Zeit- und Personalmangel, der Motivationslage der Rehabilitand*innen (begrenztes Wissen/Verstehen zum Nutzen der Maßnahmen und damit begrenzte aktive Teilnahme), von Zielkonflikten, fehlender Vorstellungskraft und Perspektiven der Rehabilitand*innen in Bezug auf die konkrete abstinente Alltags- und Lebensgestaltung sowie Fokussierung auf die Abstinenz bei der Zielfindung, von Veränderungen der Rehabilitand*innenmerkmale (veränderte Suchtmittel, Mehrfachabhängigkeiten, ungünstigere soziale und personale Kontextfaktoren, andere Altersstruktur), Mehrfachdiagnosen und vielgestaltigen psycho-sozialen Belastungen als auch geringerer oder fehlender Sprach- und Kommunikationsfähigkeit berichtet aber auch von erheblichen Umstrukturierungen, in den Reha-Einrichtungen.

6 Rückmeldung der Teilnehmenden

Von 103 Teilnehmenden lag zum Ende der Tagung ein Evaluationsbogen vor. Die Rückmeldungen waren durchweg positiv. Neben den Fachvorträgen wurde insbesondere der Austausch mit Kolleg*innen als positiv bewertet. Hierzu hätten sich viele der Teilnehmenden noch mehr Zeit in den Arbeitsgruppen gewünscht. Gefragt nach den wichtigsten Erkenntnissen der Tagung waren dies für knapp die Hälfte der Teilnehmenden „Impulse und Anregungen …“ (siehe Abbildung 3). Aber auch Handlungssicherheit zu erlangen, der Austausch mit Kolleg*innen, eine Bestätigung der eigenen Arbeit sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurden überdurchschnittlich häufig als wichtig erachtet.

7 Diskussion und Ausblick

Betrachtet man die besonderen Herausforderungen der Ergotherapie in der medizinischen Rehabilitation fallen in der Rückmeldung aus den Arbeitsgruppen indikationsspezifische Unterschiede auf.

Die Erfüllung der KTL-Vorgaben ist für fast alle Indikationen eine Herausforderung. Ähnliches gilt für die Probleme des Zeit- oder Fachkräftemangels sowie Sprachbarrieren, welche ebenso wiederholt berichtet werden. In der neurologischen Rehabilitation liegen die Herausforderungen insbesondere im Bereich der Diagnostik, den Anforderungen des Kostenträgers, im Personaleinsatz sowie in der Arbeitsorganisation. In der orthopädischen Rehabilitation werden insbesondere Herausforderungen in der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team angesprochen als auch die Individualisierung der Therapie. Einzelne Rehabilitand*innenmerkmale werden in allen Indikationen als herausfordernd erlebt. Aber insbesondere in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen gestalten sich diese in Form von Sprachbarrieren, Motivationsproblemen, fehlender persönlicher Perspektive, vielfältigen biopsychosozialen Beeinträchtigungen und eingeschränkten Zielvorstellungen als besondere

Tabelle 2.
Spontan genannte Indikationsspezifische Herausforderungen im ergotherapeutischen Prozess gruppiert nach Kostenträger, Diagnostik, Therapie, Dokumentation, Rehabilitand*innenmerkmalen, Kompetenz, Personaleinsatz, Arbeitsorganisation und interprofessioneller Teamarbeit

Herausforderungen	Orthopädie (N=21)	Neurologie (N=10)	Abhängigkeit (N=16)	Onkologie (N=11)	Psychosomatik (N=20)
Kostenträger (7)					
KTL-Vorgaben (4)	x	x		x	x
Erfüllung RTS (2)		x			x
Ziele Kostenträger (1)		x			
Diagnostik (6)					
Unkenntnis / fehlende Assessments (2)		x		x	
Standardisierter Befund (1)		x			
Betätigungsanalyse (1)		x			
Zielfindung /-abgleich (2)		x	x		
Therapie (8)					
Therapiemenge (1)	x				
Gruppentherapie (1)	x				
Gruppengröße (1)					x
Offene, heterogene Gruppen (1)				x	
Individualisierung versus Standardisierung (1)	x				
Diagnostik vs. Therapie (1)	x				
Fehlende Evidenz (1)				x	
Umsetzung MBOR (1)					x
Dokumentation (4)					
Dokumentationszeit (2)	x	x			
Fehlende Wertschätzung (1)					x
fehlende E-Akte (1)		x			
Rehabilitand*innenmerkmale (12)					
Sprachbarrieren (3)	x		x	x	
Motivation / Mitwirkung (3)		x	x		x
Fehlende Perspektiven (1)			x		
Biopsychosoziale Beeinträchtigungen (2)	x		x		
Zielkonflikte (2)		x	x		
Kommunikationsverhalten (1)					x
Kompetenz (3)					
Gesprächsführung (1)					x
Zu geringer externer Fachaustausch (1)				x	
Fehlende Fachkenntnisse (1)		x			
Personaleinsatz (4)					
Fachkräftemangel (3)		x	x	x	
Therapeutenkonstanz (1)		x			
Arbeitsorganisation (10)					
Anpassung ärztlicher Therapieplanung (1)		x			
Zeitmangel (3)		x	x	x	
Veränderungen (Klientel, Strukturen) (1)			x		
Raumwechsel (1)				x	
Stellenwert Ergotherapie (2)				x	x
Arbeitsmenge (1)	x	x			
Interprofessionelle Teamarbeit (5)					
Kommunikationsdefizite (2)	x			x	
Bei Ärzt*innen/Team: fehlende Kenntnis ergotherapeutischer Arbeit (2)	x			x	
Sprachbarrieren (Ärzt*innen) (1)	x				

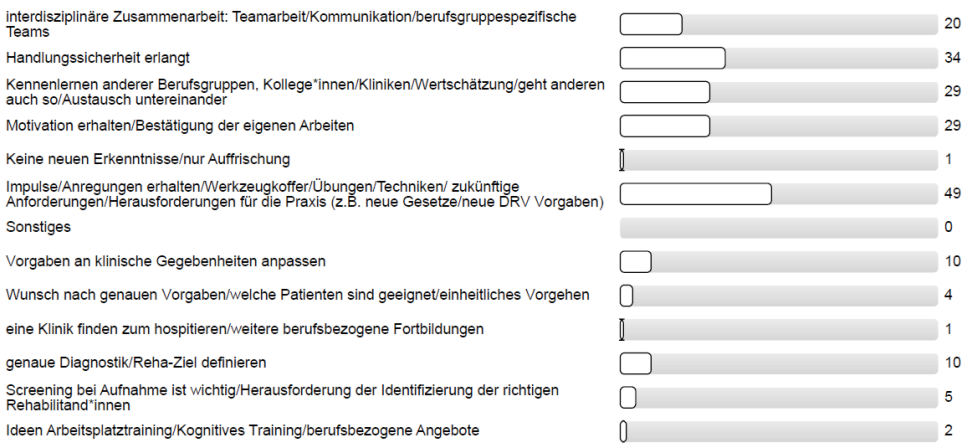


Abbildung 3.
Wichtige Erkenntnisse aus der Fortbildung, kategorisierte Freitextangaben, N=103, Mehrfachnennungen möglich

Herausforderung. In der psychosomatischen Rehabilitation wird auch das Rehabilitand*innenverhalten als herausfordernd erlebt, aber diese Herausforderung ist hier zusätzlich gepaart mit einer unbefriedigenden Gestaltung der Arbeit (Gruppengröße) und einer geringen erlebten Wertschätzung im Reha-Team. In der onkologischen Rehabilitation gestalten sich die Herausforderungen vielgestaltig. Es wird ein Mangel an Assessments und evidenzbasierten Interventionen als auch Zeit- und Fachkräftemangel berichtet, auch wird hier wenig Wertschätzung im Reha-Team erlebt.

Unterschiede zwischen den Indikationen schlagen sich auch im Einsatz von Assessments nieder. In der orthopädischen und neurologischen Rehabilitation sowie der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen werden eine Vielzahl von standardisierten Verfahren in der Ergotherapie eingesetzt. In der psychosomatischen Rehabilitation berichteten die AG Teilnehmenden, dass in ihren Reha-Einrichtungen die Diagnostik ausschließlich durch andere Berufsgruppen erfolgt. In der onkologischen Rehabilitation beschränkte sich die standardisierte Diagnostik auf die Erfassung der kognitiven Einschränkungen und der Messung der Handkraft. Die meisten standardisierten Diagnostikverfahren werden in der orthopädischen Rehabilitation benannt. Aus fachlicher Perspektive erscheint eine stärkere Fokussierung auf die Betätigungsanalyse in der Auswahl des Assessments wünschenswert. Ein Fokus auf die Betätigung würde zudem den spezifischen Beitrag und Mehrwert der Ergotherapie an der Rehabilitation klarer erkennbar machen.

Die Gestaltung und Umsetzung des ergotherapeutischen Prozesses ist in den Einrichtungen sehr unterschiedlich und nicht immer vollständig gegeben. So wird beispielsweise der ergotherapeutischen Diagnostik unterschiedlich viel Zeit und Bedeutung eingeräumt (s.o.), aber auch die Evaluation wird nicht überall umgesetzt. Die Erkenntnisse der Ergotherapie fließen daher in unterschiedlichem Maße in den Reha-Prozess ein bzw. die Informationen aus anderen Berufsgruppen nehmen sehr unterschiedlich Einfluss auf die Gestaltung der Ergotherapie. Grundsätzlich ist eine enge Verzahnung des ergotherapeutischen Prozesses mit dem Gesamtprozess der Rehabilitation notwendig. Da alle beteiligten Berufsgruppen ähnliche Prozesse mit den Rehabilitand*innen durchlaufen, müssen die jeweiligen Erkenntnisse und Ergebnisse zusammengetragen und zu einem gemeinsamen und übergreifenden Therapieplan abgestimmt werden, der dann wiederum zu koordinierten Maßnahmen in den einzelnen Leistungsbereichen führen sollte. Neben geeigneten Rahmenbedingungen und der jeweiligen fachlichen Expertise ist dabei gegenseitige Wertschätzung und ein Miteinander auf Augenhöhe eine wichtige Voraussetzung. Hier besteht an den verschiedenen Stellen in vielen Einrichtungen noch Optimierungspotenzial.

Bei den dargestellten Arbeitsgruppenergebnissen handelt es sich um keine repräsentative Erhebung. Es wäre zielführend, die ergotherapeutische Diagnostik und Therapie in den verschiedenen Indikationen der medizinischen Rehabilitation systematisch zu erfassen, auf der Grundlage der Evidenz in Expertengruppen diskutieren zu lassen und entsprechende Praxisempfehlungen für die medizinische Rehabilitation zu entwickeln (vgl. entsprechende Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen und für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation, [11], [12]). Diese Empfehlungen würden die Möglichkeiten der Ergotherapie in Diagnostik und Therapie sichtbar machen, Handlungssicherheit vermitteln und auch die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen im Reha-Team erleichtern.

Die in der Rückmeldung sehr positiv hervorgehobene Möglichkeit zum Fachaustausch mit anderen Kolleg*innen in der medizinischen Rehabilitation wird gemeinsam von DRV und DVE mit Folgeveranstaltungen fortgeführt.

Literatur

[1] Worringen, U. (2024). Ergotherapie in der medizinischen Rehabilitation. Vortrag auf dem großen Fachaustausch Ergotherapie am 20./21.06.2024 in Erkner. (Zugriff 06.09.2024: Fort- und Weiterbildung | Reha-Forum & Tagungen | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)

[2] Baarends, E., Speth-Lemmens, I. Betätigungsanalyse. In: Le Ganse, M., van Hartingveldt, M., Kinébanian, A. (Hrsg.). Grundlagen der Ergotherapie. Stuttgart: Thieme. 2019.

[3] Kalwa, M., Niehaus, A. (2024) Ergotherapeutische Beiträge zur Sozialmedizin. Vortrag auf dem großen Fachaustausch Ergotherapie am 20./21.06.2024 in Erkner. (Zugriff 06.09.2024: Fort- und Weiterbildung | Reha-Forum & Tagungen | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)

[4] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2020). Anforderungsprofil medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2020.

[5] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015). KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2015.

[6] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Schlaganfall. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

[7] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Depressive Störungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

[8] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Abhängigkeitserkrankungen Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

[9] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Brustkrebs. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.
[10] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.
[11] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.
[12] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.
[13] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Kinder und Jugendliche. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.
[14] ICF PDF-Fassung (archive.org) (Zugriff 05.09.2024).
[15] Kinébanian, A., Logister-Proost, I. Begriffe verstehen – der Hintergrund ergotherapeutischer Modelle. In: le Granse, M., v Hartinsveldt, M., Kinébanian, A. (Hrsg.). Grundlagen der Ergotherapie. Stuttgart: Thieme. 2019.
[16] DVE 2023: ETpro - ergotherapeutische Prozessdokumentation, Manual, Hrsg: Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), https://dve.info/service/dve-shop/kategorie/etpro
[17] Hucke, B. (2024). Der ergotherapeutische Prozess im Überblick. Vortrag auf dem großen Fachaustausch Ergotherapie am 20./21.06.2024 in Erkner. (Zugriff 06.09.2024: Fort- und Weiterbildung | Reha-Forum & Tagungen | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)
[18] Wirtz, L. (2024). Ergotherapie in der orthopädischen Rehabilitation. Vortrag auf dem großen Fachaustausch Ergotherapie am 20./21.06.2024 in Erkner. (Zugriff 06.09.2024: Fort- und Weiterbildung | Reha-Forum & Tagungen | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)
[19] Schieferdecker, I. (2024). Ergotherapie in der onkologischen Rehabilitation. Vortrag auf dem großen Fachaustausch Ergotherapie am 20./21.06.2024 in Erkner. (unveröffentlicht).
[20] Schnaubelt, S. (2024). Ergotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. Vortrag auf dem großen Fachaustausch Ergotherapie am 20./21.06.2024 in Erkner. (unveröffentlicht).
[21] Patti, N. (2024). Ergotherapie in der neurologischen Rehabilitation. Vortrag auf dem großen Fachaustausch Ergotherapie am 20./21.06.2024 in Erkner. (Zugriff 06.09.2024: Fort- und Weiterbildung | Reha-Forum & Tagungen | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)
[22] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013). Psychologische Interventionen. Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und koronare Herzerkrankung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
[23] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023). Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Praxisempfehlungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.



Dr. Ulrike Worringen
Psychologische Psychotherapeutin
DRV Bund
Abteilung Prävention und Rehabilitation
dr.ulrike.worringen@drv-bund.de



Lukas Born
Sportwissenschaftler
DRV Bund
Abteilung Prävention und Rehabilitation
lukas.born@drv-bund.de

Anina Weidt
Ärztin
DRV Bund
Abteilung Prävention und Rehabilitation
anina.weidt@drv-bund.de



Nadine Patti
Ergotherapeutin
Klinik am Rosengarten
Bad Oeynhausen
npatti@klinikamrosengarten.de



Andreas Pfeiffer
Ergotherapeut
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)
Becker-Göring-Str. 26/1
73607 Karlsbad-Ittersbach
a.pfeiffer@dve.info



Birthe Hucke
Ergotherapeutin
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)
Becker-Göring-Str. 26/1
73607 Karlsbad-Ittersbach
Email: b.hucke@dve.info

Anhang

Tabelle 3.
Quellen zu den genannten Testverfahren

Assessments in der orthopädischen Rehabilitation	
SPADI	**Shoulder Pain and Disability** www.digotor.info/Downloads/Scores/OE/Shoulder_Pain_and_Disability_Index_SPADI_09-2023.pdf?m=1696626665& Angst F, Goldhahn J, Pap G, Mannion AF, Roach KE, Siebertz D, Drerup S, Schwyzer HK, Simmen BR. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the German Shoulder Pain and Disability Index (SPADI). Rheumatology (Oxford). 2007; 46: 87-92. Roach KE, Budiman-Mak E, Songsiridej N, Lertratanakul Y. Development of a shoulder pain and disability index. Arthritis Care Res. 1991; 4: 143-9.
DASH	**Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand** https://dash.iwh.on.ca/available-translations?field_language_tid=German Hudak P, Amadio PC, Bombardier C, and the Upper Extremity Collaborative Group. Development of an Upper Extremity Outcome Measure: The DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand). American Journal of Industrial Medicine 1996; 29:602-608.
EFL	**Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit** https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10039-008-1371-3.pdf Hart, D. I., Isernhagen, S. J,. Matheson, L. M. (1993) Guidelines for functional capacity evaluation of people with medical conditions. J Orthop Sports Phys Ther 18: 682–686. Isernhagen, S. J. (1988) Functional capacity evaluation. In: Isernhagen SJ (ed) Work injury: management and prevention. Aspen Publishers, Gaithsburg, 139–174. Isernhagen, S. J. (1992). Functional capacity evaluation: rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. Journal of Occupational Rehabilitation, 2: 157-168.
SIMBO	**Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen** https://medical-data-models.org/13661?lang=de Streibelt, M., Gerwinn, H., Hansmeier, T., Thren, K., & Müller-Fahrnow, W. (2007). SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation-Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. Die Rehabilitation, 46, 266-275.
IMBA	**Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt** http://www.imba.de/documents/einfuehrung.pdf Anneken, V. (2006). Entwicklung und Überprüfung eines Assessmentmoduls zur FCE-basierten Beurteilung arbeitsbezogener Leistungsfähigkeit anhand des IMBA-Verfahrens. Genehmigte Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Sportwissenschaften an der Deutschen Sporthochschule Köln.
PACT	**Performance Assessment Capacity Testing** Matheson, L. N., Matheson, M. L.: Spinal Function Sort: Rating of Perceived Capacity. Text Booklet and Examiner's Manual; © PACT (Performance Assessment Capacity Testing); 1989/91
COPM	**Canadian Occupational Performance Measure** Law, M., Baptiste, S., Carswell, A. et al. COPM Canadian Occupational Performance Measure, (5.ed), In: Marotzki, U., Mentrup, C., Weber, P. (Hrsg.): Übersetzung: Dehnhardt B, George S, Harth A. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. Inkl. 5 COPM-Bögen. (Übersetzung der 5. Auflage). 2017.
ALa®	**Arbeitstherapeutische Leistungsanalysen** https://www.bi-ws.de/ Sohns, M., Wolters, J. (Hrsg.): Praxisbuch Ergotherapie/Arbeitstherapie in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Idstein: Schulz-Kirchner. 2021. Höhl, W., Köser, P. Dochat, A. (Hrsg.): Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben, Idstein: Schulz-Kirchner. 2015
Assessments in der neurologischen Rehabilitation	
WMFT	**Wolf Motor Function Test** https://www.dpo.uab.edu/citherapy/images/pdf_files/CIT_Training_WMFT_Manual.pdf Wolf, S. L., Catlin,P. A., Ellis, M., Archer, A.L., Morgan, B., Piacentino, A. Assessing Wolf motor function test as outcome measure for research in patients after stroke. Stroke. 2001 Jul;32(7):1635-9. doi: 10.1161/01.str.32.7.1635. PMID: 11441212.
ARAT	**Action Research Arm Test** https://www.reha-rheinfelden.ch/fileadmin/user_upload/Ueber-uns/Wissenschaft/ARAT_Manual_ARAT_Endfassung_180508_SK_2.pdf Lyle, Ronald C.. A performance test for assessment of upper limb function in physical rehabilitation treatment and research. International Journal of Rehabilitation Research 4(4):p 483-492, December 1981.
NHPT	**Nine Hole Peg test** Mathiowetz V, Weber K, Kashman N, Volland G (1985) Adult norms for Nine Hole Peg test of finger dexterity. Occupational Therapy Journal of Research; 5:25-38
Box and Block test	Mathiowetz V, Volland G, Kashman N, Weber K (1985) Adult norms for the Box and Block test of manual dexterity. American Journal of Occupational Therapy; 39:386-391
Assessements in der neurologisch Rehabilitation und in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	

MELBA	**Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit** https://www.miro-gmbh.de/de/ https://www.rehadat-hilfsmittel.de/de/produkte/arbeitsplatz-ausbildung/mess-pruef-laborgeraete/index.html?reloaded&sort=produktde_final_sort_tec+asc&page=2&mode=detail&listtitle= Kleffmann, A, Föhres, F, Müller B, Weinmann, S (2000). Melba (Merkmalprofil zur Eingliederung Leistungsgeminderter und Behinderter in Arbeit) – Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration (Manual) (3. Aufl.). Siegen: Universität-Gesamthochschule
Assessments in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen	
DIAMO	**Diagnostik von Arbeitsmotivation** https://www.zazo-i.de/ Fiedler RG, Ranft A, Schubmann C, Greitemann B, Heuft G (2005). Diagnostik von Arbeitsmotivation in der Rehabilitation – Vorstellung und Befunde zur faktoriellen Struktur neuer Konzepte. Psychother Psych Med; 55, 476-482
Würzburger Screening	https://www.vamed-gesundheit.de/fileadmin/Rehazentrum_Luebeck/Dokumente/Formulare/Wuerzburger_Screening.pdf Löffler, S., Wolf, H. D., & Vogel, H. (2008). Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen. Internetausgabe des Tagungsbandes, 217.
HiPro	**HiPro-Assessment** https://www.skvshop.de/ergotherapie/hipro-assessment-interaktiv-978-3-8248-0713-0.html Düchting, M. (2008). Assessment: HiPro–Begleiter für die Arbeitstherapie. ergopraxis, 1 , 28-29.
AVEM	**Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster** https://zepra.info/files/content/02_schule/unterlagen/stressmanagement/01_Stressmanagement_Arbeitsbezogene-Erlebens-und-Verhaltensmuster.pdf Schaarschmidt, U., & Fischer, A. (1997). AVEM-ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie.
IDA	**Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten** https://www.miro-gmbh.de/de/
Assessements bzw. Training in der onkologischen Rehabilitation	
RehaCom®	**Kognitive Therapie und Hirnleistungstraining** https://hasomed.de/produkte-rehacom/
Handkraft	https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie/assessmentbereiche/sonstige-performancetests Sayer, A. A., Syddall, H. E., Martin, H. J., Dennison, E. M., Roberts, H. C., & Cooper, C. (2006). Is grip strength associated with health-related quality of life? Findings from the Hertfordshire Cohort Study. Age and ageing, 35, 409-415. Steiber, N. (2016). Strong or weak handgrip? Normative reference values for the German population across the life course stratified by sex, age, and body height. PloS one, 11(10), e0163917.

Für DVE-Mitglieder steht mit der Assessmentdatenbank des DVE eine Beschreibung von derzeit 189 Test- und Assessmentverfahren zur Verfügung: **https://dve.info/ergotherapie/assessment-bereich**