

Wydra, G. (2006).

**Assessmentverfahren in der
Bewegungstherapie.**

***Krankengymnastik – Zeitschrift für
Physiotherapeuten, 57, 942 - 951...***

Assessmentverfahren in der Bewegungstherapie

Georg Wydra

Zusammenfassung:

Mit den Begriffen Assessment, Assessmentverfahren und Assessment-center werden wir heute in vielen Lebensbereichen konfrontiert, ohne dass meistens klar gemacht wird, was darunter genau zu verstehen ist. Im Folgenden soll zunächst der Begriff des Assessments inhaltlich geklärt werden. Danach werden mögliche Kriterien für den Bereich der Bewegungstherapie genannt. Mit der möglichst sinnvollen und ökonomischen Einbettung von Assessmentverfahren in den therapeutischen Prozess beschäftigt sich das vorletzte Kapitel. Abschließend werden einige Empfehlungen für die Weiterentwicklung bewegungsbezogener Assessmentverfahren im Gesundheitsbereich angesprochen.

Sportwissenschaftliches Institut
der Universität des Saarlandes -
Arbeitsbereich Gesundheitspädagogik
Leiter: Univ.-Prof. Dr. Georg Wydra

Assessmentverfahren in der Bewegungstherapie

Georg Wydra

1 Einleitung

Mit den Begriffen Assessment, Assessmentverfahren und Assessmentcenter werden wir heute in vielen Lebensbereichen konfrontiert. Assessmentcenter (AC) sind unter den Auftragnehmern arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen in den letzten Jahren ein zentraler Diskussionsgegenstand. Seminare bei Weiterbildungsträgern und Beratungsgesellschaften stützen diesen Trend ebenso wie Modellversuche, die daran arbeiten, dieses personalwirtschaftliche Instrument in die operative Arbeitsmarktpolitik zu integrieren (Reisch, 2001). Große und kleine Firmen glauben, dass sie nur über Assessmentcenter die für ihren Aufgabenbereich passenden Bewerber finden können. Grundannahme ist, dass durch Testverfahren, die den wissenschaftlichen Gütekriterien genügen, eine höhere Trefferquote erzielt werden könne als durch traditionelle Einstellungsgespräche. Die Tauglichkeit eines Bewerbers für einen Betrieb soll, so die Theorie, messbar gemacht werden. Analoges gilt für den medizinischen Bereich.

Im Folgenden soll zunächst der Begriff des Assessments inhaltlich geklärt werden. Danach werden mögliche Kriterien für den Bereich der Bewegungstherapie genannt. Mit der möglichst sinnvollen und ökonomischen Einbettung von Assessmentverfahren in den therapeutischen Prozess beschäftigt sich das vorletzte Kapitel. Abschließend werden einige

Empfehlungen für die Weiterentwicklung bewegungsbezogener Assessmentverfahren im Gesundheitsbereich angesprochen.

2 Zum Begriff „Assessment“

Der Begriff Assessmentverfahren lässt, obwohl er mittlerweile auch schon im Duden auftaucht, doch bei vielen immer noch die Frage aufkommen, was denn genau darunter zu verstehen ist. Der Begriff Assessment stammt aus dem angloamerikanischen Bereich. Er bedeutet soviel wie "Einschätzung, Auswertung, Beurteilung".

Nach Biefang, Potthoff & Schliehe (1999) gehen die Bemühungen zur Sammlung und Systematisierung von Assessmentverfahren in der Medizin in Deutschland auf Empfehlungen der „Reha-Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ im Jahr 1992 zurück. Hierbei wurde bewusst die schon wesentlich weiter entwickelte angloamerikanische Diskussion als Grundlage herangezogen (siehe hierzu McDowell & Newell, 1996).

Der Begriff Assessmentverfahren wird den Begriffen funktions- und leistungsdiagnostische Instrumente vorgezogen, um sich dem internationalen Sprachgebrauch anzupassen, aber auch um zum Ausdruck zu bringen, dass damit inhaltlich etwas anderes gemeint ist (Biefang, Potthoff & Schliehe, 1999). Ziel ist es, ein umfassenderes Geschehen auszudrücken, als es gewöhnlich mit dem Begriff "Diagnostik" verbunden wird. Der Begriff Assessment steht im Gesundheitsbereich für den gesamten Komplex der interdisziplinären Anamnese- und Befunderhebung und Krankenbeobachtung und fasst das Sammeln und Bewerten von Informationen aus verschiedensten Quellen und das Formulieren diagnostischer Arbeitshypothesen zusammen. Unter einem Assessment versteht man entsprechend einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess, mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen eines Patienten zu erfassen und einen umfassenden Behandlungs- und Betreuungsplan zu entwickeln. Darüber hinaus sollen Assessmentverfahren, dadurch dass sie die Be-

handlungseffekte oder Outcomes auf eine möglichst objektive und überprüfbare Basis stellen, einen Beitrag im Rahmen der Evidenced Based Medicine leisten (Biefang, Potthoff & Schliehe, 1999, S. 15; vgl. Huber & Pfeifer, 2004).

3 Kriterien

In einem ersten Schritt sollen mögliche Kriterien einer umfassenden Beurteilung gesundheitsbezogener Aspekte beleuchtet werden. Hierbei soll entsprechend der gewählten bewegungstherapeutischen Perspektive auch der Blick auf die zu erfassenden bewegungsbezogenen Kriterien gelenkt werden.

3.1 Assessmentverfahren zur Erfassung der Gesundheit

Entsprechend der Dominanz der medizinischen Theoriebildung in unserem Gesundheitssystem erfolgt, obwohl die bekannte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsbehörde (WHO, 1948) schon vor 60 Jahren verabschiedet wurde, die Operationalisierung der Gesundheit nach wie vor fast ausschließlich über mehr oder weniger objektivierbare somatische Erkrankungen. Psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen geraten erst nach dem Durchlaufen eines somatisch orientierten Diagnoseprozesses in den Fokus. Gefordert werden sollte deshalb eine mehrdimensionale Betrachtungsweise, die neben Krankheiten und Missempfindungen auch Aspekte der Gesundheit, der Fitness und des Wohlbefindens berücksichtigt. Die von der WHO 1946 formulierte Auffassung, wonach Gesundheit körperliche, psychische und soziale Aspekte beinhaltet, führt zu einer Erweiterung des diagnostischen Ansatzes.

Hierbei sollte nicht nur eine Fremdbeurteilung über eine ärztliche Expertise, sondern auch das Selbsturteil der im Mittelpunkt stehenden Subjekte berücksichtigt werden. Entsprechende dimensionsanalytische Betrachtungen wurde z. B. von Schmidt (1998) durchgeführt.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich ein heuristisches Modell (siehe Abb. 1), das davon ausgeht, dass Gesundheit und Krankheit auf einem

mehrdimensionalen Kontinuum angesiedelt sind und folglich sowohl Krankheiten und Missempfindungen als auch Gesundheit im Sinne von Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Fitness als Kriterien der Gesundheit herangezogen werden sollten. Die Mehrdimensionalität des Kontinuums kommt durch die differenzierte Erfassung körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte zum Ausdruck. Einen an dieser Struktur angelehnten Online-Gesundheitstest haben Wydra, Göddel und Markmann (2004) vorgestellt. Eine weitere Ebene des Modells unterscheidet danach, ob die Beurteilung der so verstandenen Gesundheit durch das Individuum selbst erfolgt oder durch einen Außenstehenden (Arzt, Familienangehörige, Gutachter etc.).

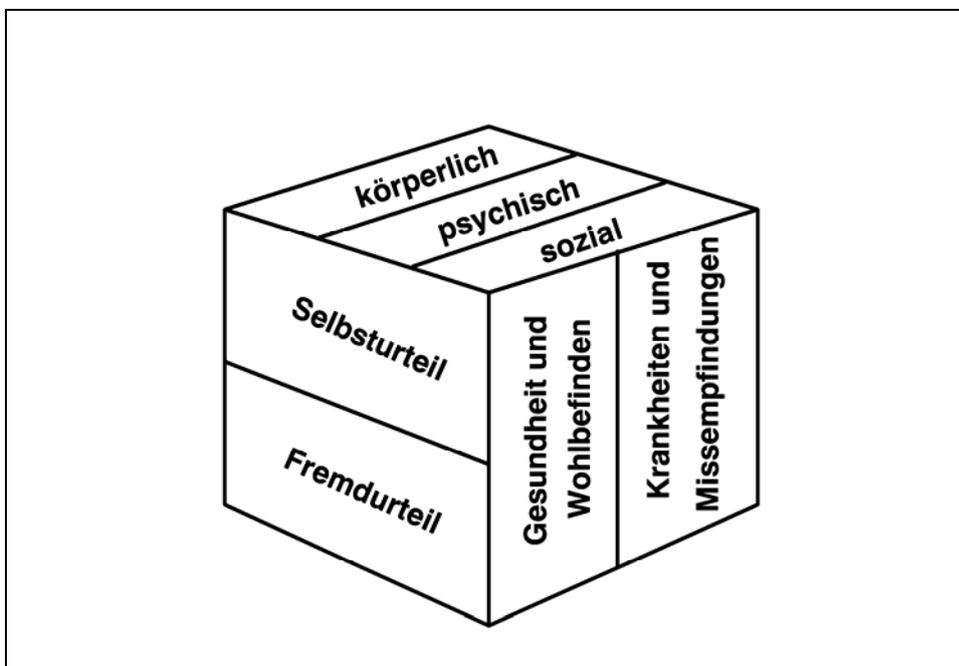


Abb. 1: Dimensionen der Gesundheit (Wydra, 1996, S. 42).

Zur umfassenden Beurteilung der Gesundheit der überwiegenden Mehrzahl der Teilnehmer insbesondere an sportlich ausgerichteten Gesundheitsmaßnahmen reicht dieser Ansatz aus. Für den Bereich der Rehabilitation kommen hingegen noch andere Faktoren hinzu. Auch hier hat wiederum die WHO durch die Formulierung zunächst des Krankheitsfolgenmodells und später der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) maßgebliche Impulse gesetzt.

3.2 *Assessmentverfahren und ICF*

Für das Verständnis der Begriffe Behinderung und Rehabilitation ist das traditionelle Krankheitsfolgenmodell der WHO sehr hilfreich. Das Krankheitsfolgenmodell hat die offizielle Bezeichnung „International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“ (Schüle & Jochheim, 2004).

Unter impairment wird der Verlust oder die Abnormalität von körperlichen Strukturen oder von physiologischen oder psychologischen Funktionen, wie z. B. der Verlust eines Beins, verstanden. Eine disability ist die durch ein impairment bedingte Einschränkung und die Unfähigkeit zur Durchführung von Aktivitäten, wie man sie normalerweise von einem vergleichbaren Menschen erwarten kann. Ein handicap ist die Benachteiligung eines Individuums aufgrund eines impairments oder einer disability, die das Individuum daran hindert, die ihr normalerweise zugeordneten sozialen Rollen zu erfüllen (WHO, 2001; Schüle & Jochheim, 2004). Mit diesen Begriffsbestimmungen wird deutlich, dass zwischen diesen drei Begrifflichkeiten Interaktionen bestehen. Ob ein Mensch durch eine Schädigung auch behindert wird, wird weniger durch die Schädigung als durch die gesellschaftlichen Folgen bzw. die Hilfestellungen der Gesellschaft determiniert (siehe Abb. 2).

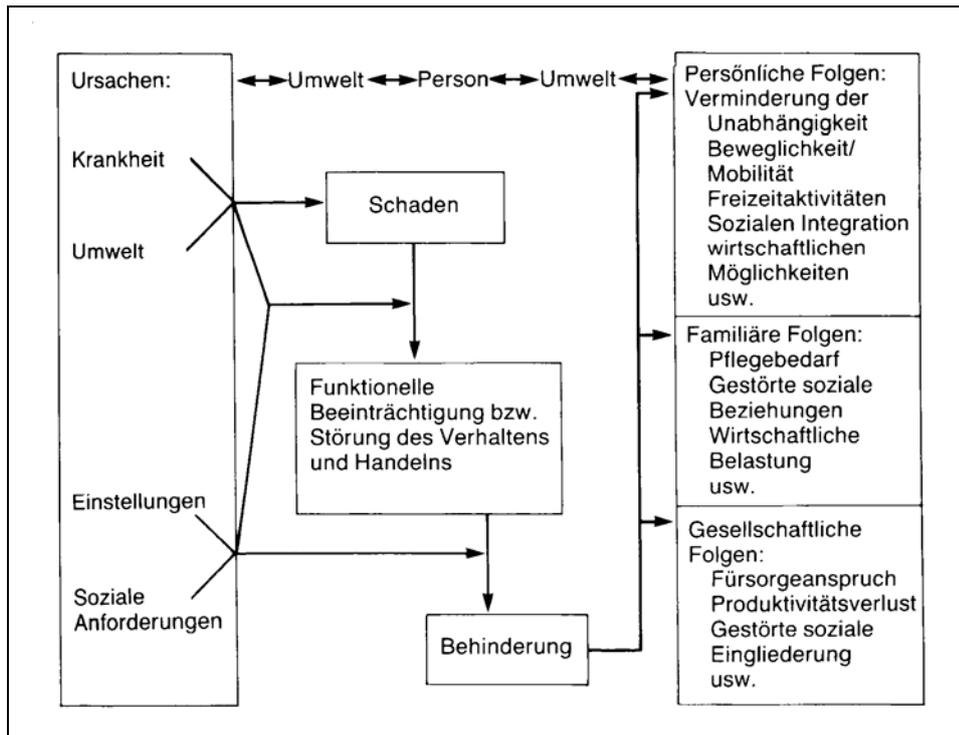


Abb. 2: Krankheitsfolgenmodell (ICIDH) (Jochheim & van der Schoot, 1981, S. 19).

Am Beispiel einer Oberschenkelamputation lässt sich dies sehr gut verdeutlichen. Der Verlust eines Beines, in Deutschland beispielsweise durch einen Verkehrsunfall bzw. in Afghanistan durch eine Landmine, hat vollkommen unterschiedliche Konsequenzen. Die Schädigung (impairment) ist die gleiche. Hinsichtlich der normalerweise zu erwartenden funktionellen Beeinträchtigungen bestehen bereits gravierende Unterschiede. In Deutschland kann ein Amputierter davon ausgehen, dass er optimal prothetisch versorgt wird. Mit Hochleistungsprothesen kann man sogar Sport treiben. In Afghanistan hingegen kann ein Mensch froh sein, wenn er neben ein paar Krücken ein mehr schlecht als recht sitzendes Holzbein bekommt. Des Weiteren ist bei uns die berufliche Rehabilitation Bestandteil der Rehabilitation. Über Umschulungsmaßnahmen wird dafür gesorgt, dass ein Amputierter trotz seiner funktionellen Beeinträchtigungen einen normalen Beruf ausüben kann. In Afghanistan, einem Land ohne soziale Sicherungssysteme, ist der Mensch hingegen auf das Wohlwollen seiner Mitmenschen angewiesen. Der Begriff der Behinderung ist deshalb weniger mit dem Schaden als vielmehr mit den persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Folgen zu assoziieren (siehe Abb. 2) (Schüle & Jochheim, 2004). Da eine Behinderung die restitutio ad in-

tegrum per Definitionem ausschließt, sollte der Begriff der Rehabilitation auch immer von dem der Therapie unterschieden werden.

Die ICIDH der WHO ist weiter entwickelt worden. Hierbei ist ein Paradigmenwechsel vollzogen worden. In der „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ ist nicht mehr von disabilities und handicaps die Rede, sondern von activities und participation.

“The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is a classification of health and health related domains that describes body functions and structures, activities and participation. The domains are classified from body, individual and societal perspectives. Since an individual's functioning and disability occurs in a context, *ICF* also includes a list of environmental factors” (WHO, 2001).

Eine Aktivität bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder einer Tätigkeit durch eine Person. Eine Beeinträchtigung der Aktivität ist eine Schwierigkeit oder die Unmöglichkeit für eine Person, die Aktivität durchzuführen. Partizipation ist die Teilnahme oder Teilhabe einer Person an einem Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation vor dem Hintergrund ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung, ihrer Körperfunktionen und -strukturen, ihrer Aktivitäten und ihrer Kontextfaktoren (personbezogene Faktoren und Umweltfaktoren). Eine Beeinträchtigung der Partizipation ist ein nach Art und Ausmaß bestehendes Problem einer Person bezüglich ihrer Teilhabe in einen Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation (Schüle & Jochheim, 2004). Die Erfassung der sog. activities of daily living (ADL) stellt insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden und zunehmend pflegebedürftigeren Gesellschaft eine wichtigere Aufgabe der Sozialmedizin dar.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass sich Assessmentverfahren nicht auf einzelne, voneinander losgelöste Aspekte der Gesundheit beschränken dürfen. Von Assessmentverfahren sollte nur gesprochen werden, wenn sie in ein Gesamtsystem von diagnostischen Maßnahmen eingebettet sind. Sinnvoll erscheint es, das ICF-Modell der WHO für solche Betrachtungen heranzuziehen. Ein Instrumentarium, das in diesem Sinne versucht, Gesundheit mehrdimensional zu erfassen stellt beispielsweise der Fragebogen „Indikatoren des Reha-Status“ (IRES) dar (Bührlein,

Gerdes & Jäckel, 2003). Im internationalen Raum hat sich der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 2003) etabliert. Huber (2004) unterscheidet neben diesen multidimensionalen Gesundheitsprofilen noch indikations- und interventionsspezifische Instrumente.

3.3 *Assessmentverfahren und körperliche Aktivität*

Gerade das Krankheitsfolgenmodell als auch die International Classification of Functioning, Disability and Health haben deutlich gemacht, dass eine ganzheitliche Betrachtungsweise die sozialen Lebensbezüge des Menschen mit in den Blick nehmen muss. Wenn man davon ausgeht, dass es das Ziel bewegungsorientierter Maßnahmen in der Prävention und der Rehabilitation ist, über Bewegung, Spiel und vielleicht auch Sport einen Beitrag zur Gesundheit zu leisten, so müssen Fragen nach der körperlichen und eventuell sportlichen Aktivität gestellt werden (Welk, 2002a). Dale, Welk und Matthews (2002) geben einen Überblick über die verschiedenen Aspekte der körperlichen Aktivität, die mit Assessmentverfahren erfasst werden können (siehe Tab. 1). Häufigkeit, Intensität, Dauer und Energieverbrauch sind die wichtigsten Dimensionen der körperlichen Aktivität, die erfasst werden müssen, um vergleichende Aussagen hierzu machen zu können. Ein besonderes Augenmerk gilt hier der Erfassung der sog. metabolic equivalents (METS). Unter einem MET versteht man den Energieverbrauch des Körpers in Ruhe (entsprechend 3,5 ml/kg/min O₂-Verbrauch) (Welk, 2002b). Eine Vervierfachung des Energieverbrauchs durch körperliche Aktivität kann man dem gemäß durch einen MET von vier zum Ausdruck bringen. Durch die Standardisierung des Energieverbrauchs auf METS ist es möglich, vollkommen unterschiedliche körperliche Aktivitäten, wie z. B. Gartenarbeit und Radfahren, miteinander zu vergleichen.

Tab. 1: Messmethoden und Charakteristika verschiedener Aspekte der körperlichen Aktivität (in Anlehnung an Dale, Welk & Matthews, 2000).

Messmethode	Messgegenstand
Selbstberichte	Häufigkeit, Dauer und Intensität körperlicher Aktivität
Beschleunigungsmesser	Häufigkeit, Dauer und Intensität von Bewegungen
Pulsmessgeräte	Herzfrequenz über der Zeit
Schrittzähler	Quantifizierung insbesondere von Alltagsbewegungen
direkte Beobachtung	Häufigkeit, Dauer und Intensität körperlicher Aktivität
Indirekte Kalorimetrie	O ₂ -Verbrauch während körperlicher Aktivität
Veränderung des H ₂ ¹⁸ O-Isotopen-Verhältnisses	CO ₂ -Produktion über längere Zeitintervalle

Vor dem Hintergrund, dass durch bewegungsbezogene Interventionsmaßnahmen auch Verhaltensänderungen initiiert werden sollen, kommt auch der Erfassung der Stufe der erreichten Verhaltensänderung im Sinne beispielsweise des Transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente (1983) eine große Bedeutung zu (siehe Tab. 2). Dieses Modell hat den Vorteil, dass es auch Rückfälle in alte Verhaltensweisen mit berücksichtigt.

Tab. 2: Stufen der Verhaltensänderung im Rahmen des Transtheoretischen Modells (Keller, 1998, S. 2).

Stufen der Verhaltensänderung	Beschreibung des Verhaltens
1. Sorglosigkeit (precontemplation)	Es besteht keine Intention, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern.
2. Bewusstwerden (contemplation)	Es wird erwägt, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern.
3. Vorbereitung (preparation)	Es werden erste Schritte zur Verhaltensänderung eingeleitet. Das Zielverhalten wird in den nächsten 30 Tagen angestrebt.
4. Handlung (action)	Das Zielverhalten wird seit weniger als sechs Monaten gezeigt.
5. Aufrechterhaltung (maintenance)	Das Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten gezeigt.
6. Stabilisierung (termination)	Das Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten gezeigt und es bestehen keine situativen Versuchungen mehr bzw. es besteht keine Rückfallgefahr mehr.

3.4 Zusammenfassung

Für die Planung und Evaluation von bewegungstherapeutischen Programmen sollten nach den vorgestellten Überlegungen eine Reihe von Kriterien bei einem Assessment berücksichtigt werden. Hierbei erscheint die durch die ICF vorgegebene Strukturierung in die Bereiche impairment, activity und participation gewinnbringend. In dieses Schema (siehe

Tab. 3) lassen sich sehr gut sowohl Angaben zu schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen und bewegungsrelevanten Risikofaktoren, als auch solche über die alltagsrelevante Funktions- und Leistungsfähigkeit bis hin zur sportlichen Aktivität einordnen.

Tab. 3: Kriterien im Rahmen eines bewegungstherapeutischen Assessments.

ICF-Bereich	Assessmentverfahren	
Impairment	Angaben zu schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen und bewegungsrelevanten Risikofaktoren (Blutdruck, Blutzucker, Wurzelsymptome)	
Activity	Alltagsrelevante Funktions- und Leistungsfähigkeit	Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und Koordination (Motorische Basisdiagnostik im Sinne eines Screening-Verfahrens)
	Sportrelevante Funktions- und Leistungsfähigkeit	Kardiopulmonale Ausdauer (Ergometrie oder Lauftests) Kraft wichtiger Muskelgruppen (sportmotorische Tests) Beweglichkeit (sportmotorische Tests) Koordination (sportmotorische Tests)
Participation	Körperliche Aktivität	Häufigkeit, Intensität, Dauer und Energieverbrauch
	Sportliche Aktivität	Häufigkeit, Intensität, Dauer, Energieverbrauch und Art der sportlichen Aktivität bzw. körperlichen Aktivität Bei Nichtsportlern: Erfassung von intendierten Verhaltensänderungen entsprechend den Stufen des Transtheoretischen Modells

4 Assessmentverfahren im Rahmen von Interventionsmaßnahmen

Nachdem skizziert worden ist, an welchen Kriterien ein bewegungsorientiertes Assessment ausgerichtet sein kann, soll in einem nächsten Schritt das methodische Vorgehen bei der Auswahl von Assessmentverfahren im Rahmen von bewegungsbezogenen Interventionsmaßnahmen dargestellt werden.

4.1 Diagnostischer Prozess

Diagnostik insbesondere im therapeutischen Bereich darf niemals Selbstzweck sein, sondern sollte in einem bestimmten Verwertungszusammenhang durchgeführt werden. Für den Therapiebereich bedeutet dies, dass die diagnostischen Daten zur Steuerung der Behandlungsstrategie verwendet werden sollten (siehe Abb. 3). Abschließendes Ziel der therapie-

bezogenen Diagnostik stellt eine Entscheidung über die Auswahl einer Behandlungsmethode dar. Dieser Entscheidungsprozess wird als Indikation bezeichnet. Diagnostik und Indikation zu einer Behandlungsmethode bilden eine Einheit und bedingen sich gegenseitig. Um zu therapiebezogenen Informationen zu gelangen, ist es notwendig, Informationen über den Patienten zu erhalten, die in einem direkten Zusammenhang mit der geplanten Therapie stehen. Diagnose, Indikation und Behandlung sind Bestandteil jedes therapeutischen Handelns. Man kann aufgrund des regelkreisähnlichen Ablaufs das therapeutische Handeln unter prozessualen Gesichtspunkten betrachten (Tack, 1976).

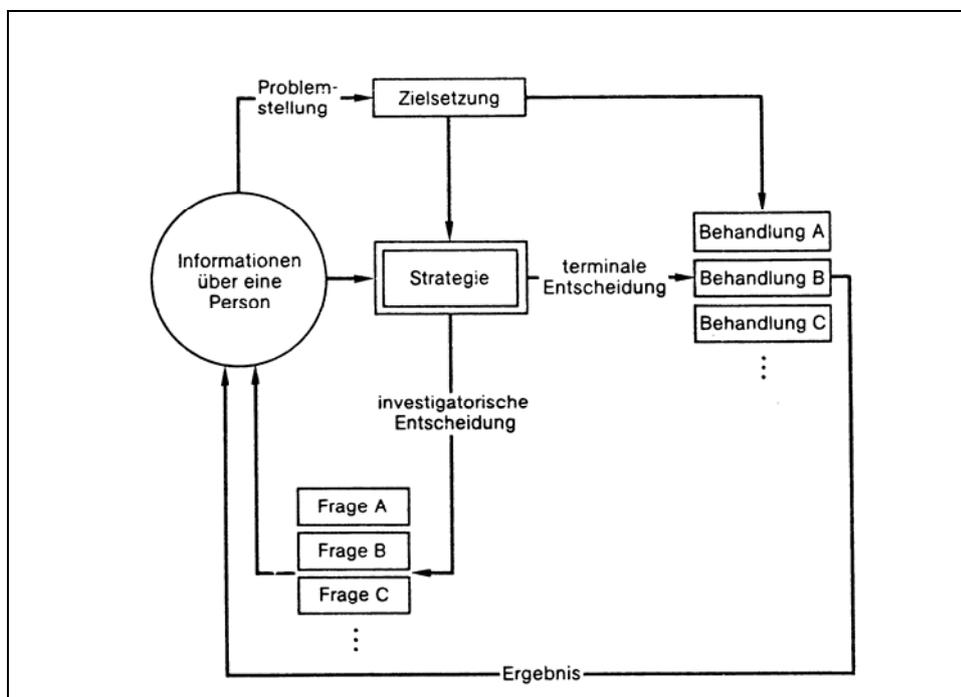


Abb. 3: Schematische Darstellung des diagnostischen Entscheidungsprozesses (Tack, 1976, S. 105)

4.2 *Sequentielles Testen*

Da es sowohl inhaltlich als auch ökonomisch sinnvoll ist, mit möglichst wenigen Verfahren ein Maximum therapeutisch relevanter Informationen zu bekommen, sollte man sich von dem Grundsatz „So viel testen wie nötig, aber so wenig wie möglich“ leiten lassen.

Schon aus der Darstellung von Tack ist ersichtlich, dass es sich um eine sinnvolle Abfolge bestimmter Fragen handeln muss. Man spricht auch

von sequentiellen Diagnosestrategien. Wydra (2004) hat für die Praxis der Sporttherapie eine sequentielle Diagnosestrategie vorgeschlagen, die sich in der Praxis einer großen Rehaklinik bewährt hat und als Modell für den gesundheitsorientierten Sport dienen könnte.

Am Anfang der sequentiellen Diagnosestrategie (siehe Abb. 4) steht die medizinische Diagnostik, deren Anliegen in der Bestimmung der Art und Schwere des Krankheitsgeschehens besteht. Aufgrund der Art und Schwere des Krankheitsgeschehens kann der Arzt eine Entscheidung für oder gegen die Anwendung bestimmter Therapiekonzepte vornehmen. Da krankheitsbezogene Informationen oftmals keine direkte Relevanz für die Gestaltung bewegungstherapeutischer Programme besitzen, müssen diese Informationen um bewegungsbezogene Daten ergänzt werden.

So lässt die Diagnose „Zustand nach Herzinfarkt“ noch keine Aussage über die Belastbarkeit im Rahmen sporttherapeutischer Programme zu. Angaben zur symptomlimitierten Leistungsfähigkeit (Watt/kg Körpergewicht bei der Fahrradergometrie) hingegen präzisieren die Diagnose auf der Ebene der impairments um Informationen auf der Ebene der disabilities bzw. functioning.

Auf der zweiten Stufe der sequentiellen Diagnosestrategie steht ein Screening-Test (Motorische Basisdiagnostik), deren Ziel die Aufdeckung von motorischen Auffälligkeiten ist. Auf der Basis dieser Informationen ist eine Aussage über die Sporttauglichkeit der Patienten möglich. Patienten mit motorischen Auffälligkeiten werden mit Hilfe weitergehender spezieller motorischer Diagnoseverfahren untersucht, um den Schweregrad der motorischen Auffälligkeit zu bestimmen. Auf der Basis dieser Informationen ist eine Aussage über die Indikation zu sportbezogenen Methoden zur Therapie der motorischen Auffälligkeiten möglich (Wydra, 2004).

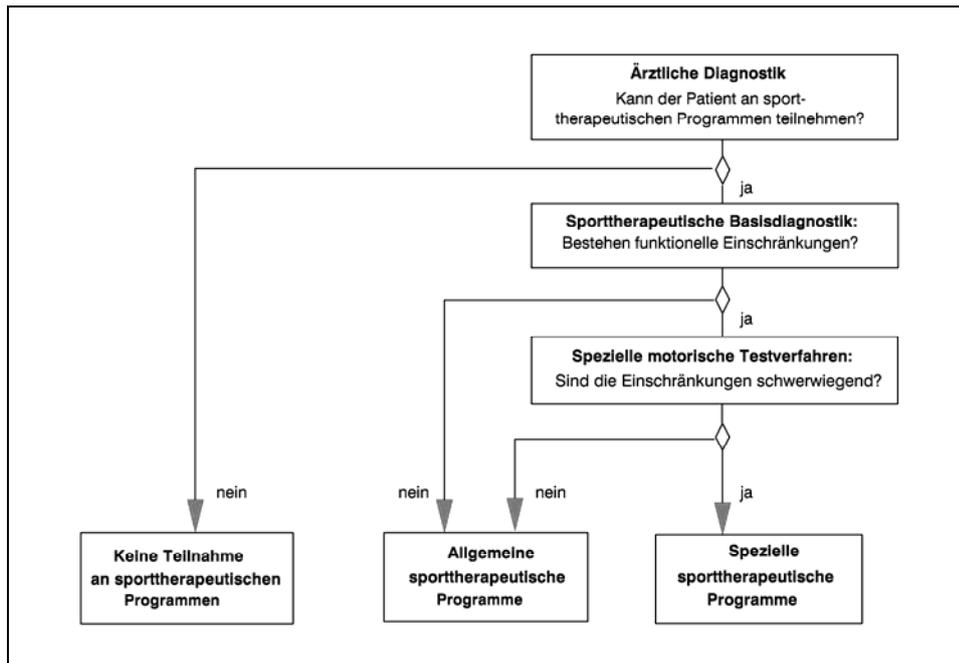


Abb. 4: Sequentielle Diagnosestrategie für den Gesundheitssport (Wydra, 2004, S. 101).

4.3 Qualitätsmanagement und Evidence Based Medicine

Qualitätsmanagement umfasst die Konzeption, Realisation und Evaluation von therapeutischen Maßnahmen und intendiert eine möglichst objektive Erfassung der Struktur-, Prozess und Produktqualität (siehe Abb. 5). Qualitätsmanagement in der Therapie dient der Optimierung der Therapie.

Assessmentverfahren haben insbesondere in den Bereichen Qualitätsplanung und Qualitätsüberprüfung einen besonderen Stellenwert. Sie sind unabdingbare Voraussetzung, um eine Therapie planen und eine Aussage über die Effektivität einer Behandlung machen zu können. Basis hierfür sind diagnostische Daten. Für die Dokumentation der Ergebnisse von Interventionsmaßnahmen hat sich nach Huber (2004) der Begriff Health Outcome etabliert. Darunter versteht Huber (2004, S. 122) „die Veränderung der Gesundheit eines Individuums oder einer Gruppe, welche aufgrund einer Intervention oder einer Reihe von Interventionen eingetreten ist“.

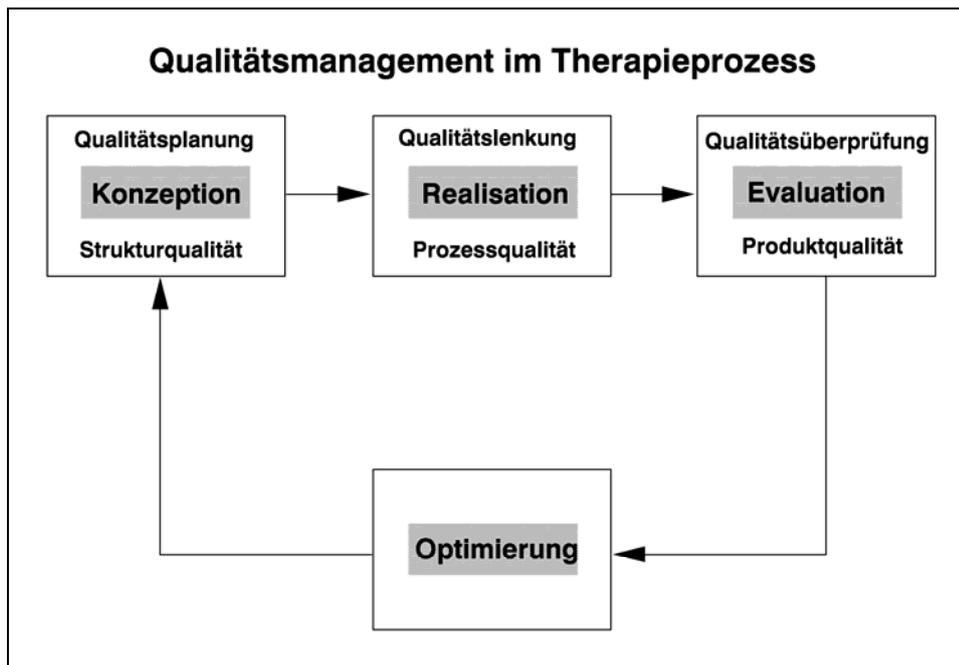


Abb. 5: Qualitätsmanagement im Therapieprozess.

In der Medizin gibt es Ansätze, nur noch solche Maßnahmen anzuerkennen, deren Wirksamkeit auch wissenschaftlich nachgewiesen ist. Man spricht von der sog. Evidence Based Medicine. Huber und Pfeifer (2004, S. 159) definieren Evidence Based Medicine „als der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“. Externe Evidenz lässt sich nach Validitätskriterien hierarchisch sortieren (Deutsches Cochrane Zentrum, 2003) (siehe Tab. 4). Die Aussagekraft der Studien hängt neben der Erfüllung der klassischen Gütekriterien der eingesetzten Testverfahren auch von der gegenstandsadäquaten Auswahl der eingesetzten Verfahren ab. Assessmentverfahren im oben diskutierten Sinn können hierbei am ehesten einer Pars-pro-toto-Interpretation von hochspezifischen Daten entgegenwirken.

Tab. 4: Validitätskriterien der Evidenced Based Medicine (Deutsches Cochrane Zentrum, 2003).

Stufe	Evidenz-Typ
Ia	wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter und randomisierter Studien
Ib	wenigstens eine ausreichend große, methodisch hochwertige, kontrollierte und randomisierte Studie
IIa	wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
IIb	wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studie
III	mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
IV	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

4.4 Zusammenfassung

Diagnostische Verfahren müssen in den diagnostischen Prozess eingebettet sein und eine Hilfe bei der Indikationsstellung leisten. Diagnose und Therapie müssen über eine einheitliche Theorie miteinander verknüpft sein.

Sie dürfen nicht Selbstzweck sein. „Soviel testen wie nötig, aber so wenig wie möglich“, sollte die Leitidee sowohl für die Auswahl im Rahmen von indikationsspezifischen Fragestellungen als auch im Rahmen der Qualitätssicherung sein. Für indikationsspezifische Fragestellungen bieten sich sequentielle Strategien an, bei denen am Anfang immer die ärztliche Diagnose steht. Insbesondere aus testökonomischen Gründen sollten Screening-Tests entwickelt werden. Spezielle Verfahren sollten aufgrund der Belastung für die Patienten einerseits aber auch wegen des Aufwandes andererseits nur eingesetzt werden, wenn der begründete Anfangsverdacht der Notwendigkeit einer speziellen therapeutischen Maßnahme gegeben ist.

5 Ausblick

Für die Bewegungstherapie besteht die Aufgabe, adäquate Verfahren zu entwickeln, die dem umfassenden Charakter von Assessmentverfahren

gerecht werden. Hierbei ist sowohl der Mehrdimensionalität von Gesundheit als auch der Verkettung von impairment, functioning und participation Rechnung zu tragen. Gerade die Berücksichtigung dessen, was ein Mensch noch kann (functioning) und der gesellschaftlichen Teilhabe (participation) eröffnet für bewegungsbezogene Strategien neue Wege. Gerade Aspekte des Wohlbefindens und der Fitness können mit Methoden der Bewegungstherapie hervorragend angegangen werden. Eine dauerhafte Erhaltung der im Rahmen von Interventionsmaßnahmen verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit ist jedoch nur durch eine dauerhafte Veränderung des Bewegungsverhaltens bis hin zum regelmäßigen Sporttreiben möglich. Hierbei spielen jedoch Umfang, Dauer, Häufigkeit und Intensität eine maßgeblich Rolle für die Beurteilung des gesundheitlichen Wertes der Bewegungsaktivitäten. Die Erfassung solcher Aspekte gehört deshalb unabdingbar zu einem bewegungsbezogenen Assessment im Gesundheitsbereich dazu.

Um die Implementierung von Assessmentverfahren in der Bewegungstherapie zu gewährleisten, müssen die Anwender von der Notwendigkeit solcher Maßnahmen überzeugt werden. Der Gesetzgeber wird hier sicherlich ein Übriges tun. Ein erster wichtiger Schritt zur Implementierung von Assessmentverfahren ist hierzu die Sammlung und Publikation vorliegender Verfahren durch das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule in Köln (IQPR, 2004). Hierbei ist der Tendenz entgegen zu wirken, hochspezialisierte Verfahren zu bevorzugen, die einen hohen apparativen und personellen Aufwand erfordern. Für die Implementierung erscheint es günstiger einfache, praktikable und testökonomische Verfahren (Screenings) zu entwickeln. Auch um der Gefahr von unbearbeiteten Datenbergen zu entgehen, sollte man sich von der Leitidee „So viel testen wie nötig, aber so wenig wie möglich“ führen lassen.

Die Entwicklung und Implementierung von Assessmentverfahren sollte sowohl für die Bewegungstherapeuten vor Ort als auch die Bewegungs- und Sportwissenschaftler als eine besondere Herausforderung angesehen werden.

Literaturverzeichnis

1. Biefang, S., Potthoff, P. & Schliehe, F.: Assessmentverfahren für die Rehabilitation, Göttingen 1999.
2. Bürhle, B., Gerdes, M. & Jäckel, W. H.: IRES - Indikatoren des Reha-Status. In J. Schumacher, A. Klaiberg & B. Brähler (Hrsg.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Göttingen 2003, S. 180 - 183.
3. Bullinger, M. & Kirchberger, I.: SF-36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand. In J. Schumacher, A. Klaiberg & B. Brähler (Hrsg.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Göttingen 2003, S. 276 - 279.
4. Dale, D, Welk, G. J. & Matthews, C. E.: Methods for Assessing and Challenges for Research. In G. J. Welk (2002). Physical activity assessments for health-related research, Champaign (IL) 2002, S. 19 - 34.
5. Deutsches Cochrane Zentrum: Evidenzhierarchie. Deutsches Cochrane Zentrum 2003. Internetauszug vom 26.12.2005 unter <http://www.cochrane.de/de/ebhc.htm>
6. Huber, G.: Sporttherapeutisches Assessment. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), Grundlagen der Sporttherapie, 2. überarbeitete Aufl., München 2004, S. 121 - 133.
7. Huber, G. & Pfeifer, K.: Zur Evidenzbasierung der Sporttherapie. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), Grundlagen der Sporttherapie, 2. überarbeitete Aufl., München 2004, S. 158 - 168.
8. Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (IQPR): Online-Datenbank „Assessmentinstrumente“ 2004. Internetauszug vom 26.12.2005 unter <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/default.asp>
9. Keller, S.: Zur Validität des Transtheoretischen Modells - Eine Untersuchung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens, Dissertation, Marburg 1998.
10. McDowell, I. & Newell, C.: Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires, New York 1996.
11. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C.: Stages and process of self change of smoking: Toward an integrative model. Journal of consulting and clinical psychology, 51 (1983), S. 390 - 395.
12. Reisch, R. (2001). Assessmentcenter, Pädagogik, Arbeitsmarktpolitik. Arbeitsdruck, Forum für soziale Arbeitsmarktpolitik, 15 (2001).
13. Schmidt, L. R. (1998). Zur Dimensionalität von Gesundheit (und Krankheit). Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 6 (1998), S. 161 - 178.
14. Schüle, K. & Jochheim, K.-A.: Rehabilitations-Propädeutik. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), Grundlagen der Sporttherapie, 2. überarbeitete Auflage, München 2004, S. 39 - 60.
15. Tack, W.-H.: Diagnostik als Entscheidungshilfe. In K. Pawlik (Hrsg.), Diagnose einer Diagnostik, Stuttgart 1976, S. 103 - 129.
16. Welk, G. J.: Physical activity assessments for health-related research, Champaign (IL) 2002a.

17. Welk, G. J.: Introduction to physical activity research. In G. Welk, Physical activity assessments for health-related research, Champaign (IL) 2002b, S. 3 - 34.
18. WHO: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 - 22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Genf 1948
19. WHO: International Classification of functioning, disabilities and health. Genf 2001.
Internetauszug vom 13.1.2002 unter
<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
20. Wydra, G.: Eine problemorientierte Diagnosestrategie für die Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), Grundlagen der Sporttherapie, 2. überarbeitete Aufl., München 2004, S. 99 - 108.

Anschrift des Autors:

Univ.-Prof. Dr. Georg Wydra
Sportwissenschaftliches Institut
der Universität des Saarlandes
Postfach 15 11 50
66041 Saarbrücken

E-Mail: g.wydra@mx.uni-saarland.de
<http://www.sportpaed-sb.de>