



**Bachelorstudiengang Ergotherapie der
Zuyd Hogeschool**

**Bachelorarbeit des Fachbereichs
„Gezondheid en Zorg“**

Non–Use von Mobilitätshilfsmitteln – ein Survey

Sandra Grimm
Svenja Hemme
Sylvia Kluge

Dezember 2013

Betreuung durch: Uta Roentgen

Kontaktadresse: bachelornl2014@gmail.com

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Zuyd Hogeschool unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

*„Das Wichtigste ist es, nicht mit den Fragen
aufzuhören“*

- Albert Einstein -

Danksagung der Autorinnen

Als erstes möchten wir den zahlreichen Teilnehmern danken, die fleißig Fragebögen für die Studie ausgefüllt und zurück geschickt haben.

Dann möchten wir den Organisationen danken, die uns bei der Verteilung der Fragebögen so großartig unterstützt haben. Ohne ihre Hilfe wäre das alles nicht möglich gewesen.

Des Weiteren danken wir unserer Bachelorberaterin Uta Röntgen, die uns immer mit ihrem Wissen, Verbesserungsvorschlägen, aber auch konstruktiver Kritik zur Verfügung stand.

Ferner möchten wir uns bei allen Teilnehmern der Pretestes bedanken, die sich die Zeit zum ausfüllen genommen haben und mit ihren Einschätzungen den Fragebogen mitgestaltet haben.

Wir danken unseren fleißigen Lektoren Mathias Hackenschmidt, Karina Moser und Brigitte Grimm, die ihre Zeit geopfert haben und die ganzen Seiten kritisch beleuchteten.

Ebenfalls verdienen unseren Dank Dr. Christina Arnold und Janette Haakmeester für ihre Unterstützung bei Übersetzungsarbeiten und Katja Seving für die Gestaltung des Titelblattes.

Wir bedanken uns bei unserer qualitativ forschenden Partnergruppe, die einen bedeutenden Anteil an der Entwicklung der Studie hatten.

Allen Freunden und Verwandten & Bekannten die unsere Launen ertragen haben und oft auf uns verzichten mussten sagen wir herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Sandra dankt:

Ganz besonders möchte ich mich bei meinen Eltern und meinen Großeltern bedanken. Sie waren nicht nur eine große Hilfe bei der Verteilung der Fragebögen sondern auch eine wichtige emotionale Stütze.

Natürlich gilt mein Dank auch meinen Kollegen, insbesondere Mandy Rietzschel, die mir durch ihre Flexibilität und ihr Verständnis viele Freiräume ermöglicht haben. Nicht zu vergessen sind natürlich meine Freunde, die obwohl ich viel zu wenig Zeit für sie hatte, immer für mich da waren.

Sylvia dankt:

Mein Dank gilt vor allem meiner Familie und Freunden, die sich in während der Entstehung dieser Bachelorarbeit um alle Belange des täglichen Lebens gekümmert haben, die ich vernachlässigt habe.

Insbesondere danke ich Nora Sophia Hoss und Stephanie Heyer, die mich mit großem Engagement bei der Arbeit unterstützt und motiviert haben sowie Jürgen Scharnetzki, der bezüglich aller technischen Fragen viel Geduld aufgebracht hat.

Svenja dankt:

Zuerst danke ich meinen Eltern und Marten die mich in all der Zeit immer unterstützt haben, ob durch aufmunternde Worte, leckere Essen oder eine einfache Ablenkung! Vielen Vielen Dank!

Mein besonderer Dank gilt Florian. Für die zahlreichen aufmunternden Wörter, Geduld und Ausdauer mit mir! Fürs „Rücken frei halten“ und auch mal auf den Boden der Tatsachen zurück holen! Danke!

Zu letzt möchte ich Volker Hestermann für die 960 kopierten Seiten des Fragebogens danken - sogar gelocht und getackert.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
Abb.	Abbildung
ATDPA	Assistive Technology Device Predisposition Assessment
AT (in einem Zitat)	englische Abkürzung für assistive technology
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP – E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
CMCE	Ergotherapeutische Kompetenzen: The Canadian Model of Client-Centred-Enablement
CPPF	The Canadian Practice Process Framework
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DNG	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DVfR	Deutscher Verein für Rehabilitation
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
et al.	et alii, et aliae, lateinisch für „und andere“
etc.	et cetera, lateinisch für „und die übrigen Dinge“
e.V.	eingetragener Verein
FABS/M	Facilitators and Barriers Survey/Mobility
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPA	Impact on participation and autonomy questionnaire
MPT	Matching Person and Technology
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MQE	The Measure of the Quality of the environment
NaFAG	Nationale Forschungs-AG Hilfsmittelversorgung
PARTS/M	Participation Survey of Mobility Limited People
PIADS	The Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale
PIRS	Psychiatric Impairment Rating Scale
Quest 2.0	Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology 2.0
Quest	Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology
s.	siehe
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule
z.B.	zum Beispiel

Kurzzusammenfassung

Der Non-Use von Hilfsmitteln wurde international vielfältig erforscht, allerdings existieren in Deutschland bisher nur wenige Studien. Die Untersuchung des Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln in Bezug auf Partizipation und Umwelt bei in Deutschland lebenden Klienten über 65 Jahren hat gesellschaftspolitische Bedeutung für die ergotherapeutische Berufspraxis.

Mit Hilfe von Fragebögen wurde eine deskriptive Querschnittstudie mit 90 älteren Teilnehmern durchgeführt. Im Alltag konnten 74,2% der Befragten ihr Mobilitätshilfsmittel wie gewünscht nutzen. Der Rollator war das individuell am meisten genutzte Hilfsmittel. Die Zufriedenheit mit den Mobilitätshilfsmitteln wurde von den Teilnehmern hoch bewertet, dennoch konnten in den Bereichen Partizipation und Umwelt Einschränkungen bei der Nutzung identifiziert werden. Diese sollten in der ergotherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden.

Abstract

The non-use of personal aids has been internationally reviewed, however only few studies were conducted within Germany. The investigation on the non-use of assistive devices, based on participation and the environment in patients over the age of 65, has socio-political importance for the professional routine of occupational therapists.

A descriptive cross-sectional profile on the non-use of assistive devices was established with 90 elderly participants based on a questionnaire. During daily life 74.2% of participants can adequately use their personal aids, while the walking frame was the predominant device used by individuals. Despite high satisfaction with personal aids, there are limitations in their use in areas of participation and environment, which should be considered in occupational therapy practice.

Sammenvatting

Het Non-Use van hulpmiddelen is internationaal veelvuldig onderzocht, desondanks zijn er weinig studies in Duitsland. Het onderzoek naar het non-use van mobiliteitshulpmiddelen in termen van participatie en omgeving, van in Duitsland wonende cliënten ouder dan 65 jaar, zijn van sociaal-politisch belang voor de beroepspraktijk van ergotherapeuten.

Met hulp van vragenlijsten is er een beschrijvende studie in dwarsdoorsnede met 90 oudere deelnemers doorgevoerd. In het dagelijkse leven gebruiken 74,2% van de deelnemers hun mobiliteitshulpmiddel zoals gewenst. De rollator was individueel het meest gebruikte hulpmiddel. De tevredenheid met de mobiliteitshulpmiddelen is door de deelnemers hoog gewaardeerd, toch zijn er beperkingen in de gebieden participatie en omgeving geïdentificeerd. Deze moeten aandacht vinden in de werk van de ergotherapeut.

Hinweis zur Lesbarkeit

- In dieser Bachelorarbeit wird für die Personenbezeichnung durchgehend die männliche Form genutzt, welche im Allgemeinen jedoch beide Geschlechter beinhaltet. Die Autorinnen der Bachelorarbeit direkt, werden jedoch in der weiblichen Form benannt.
- Abkürzungen werden im Text erstmalig ausgeschrieben und sind im separaten Abkürzungsverzeichnis zu finden.
- Als Synonym für die Studienteilnehmer werden die Begriffe Befragte, Personen und Teilnehmer genannt
- Begriffe, die im Glossar erklärt sind, sind bei der ersten Nennung mit einem * versehen.
- Zahlen bis einschließlich neun werden ausgeschrieben, ausgenommen sind Teilnehmernummern und Werte.
- Abbildungen und Tabellen werden voneinander differenziert betrachtet. So werden Grafiken und Bilder mit dem Hinweis Abbildung nummeriert. Tabellen werden mit dem Hinweis Tabelle unabhängig von der Nummerierung der Abbildungen nummeriert. Die Auflistung dieser befindet sich ebenfalls in einem separaten Verzeichnis.
- Verweise auf andere Kapitel oder den Anhang sind in runden Klammern angegeben.
- Auslassungen bei Zitaten wurden mit eckigen Klammern gekennzeichnet.
- Wörtliche Zitate sind in Anführungszeichen angegeben. Auslassungen innerhalb eines Zitates werden mit eckigen Klammern gekennzeichnet.

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG DER AUTORINNEN	V
KURZZUSAMMENFASSUNG	IX
ABSTRACT	IX
SAMMENVATTING	X
HINWEIS ZUR LESBARKEIT	XI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XVI
TABELLENVERZEICHNIS	XVII
1 EINLEITUNG	1
<u>1.1. Themenfindung</u>	1
1.1.1 Bedeutung für die praktische Arbeit von Ergotherapeuten	2
1.1.2 Die Rolle der Ergotherapeuten in der Hilfsmittelversorgung	3
1.1.3 Hilfsmittelversorgung als interdisziplinärer Prozess	3
1.1.4 Relevanz der Problemstellung	4
<u>1.2 Vorgehensweise</u>	6
1.2.1 Überblick über genutzte Literatur	6
1.2.2 Übersicht über die Struktur der Bachelorarbeit	6
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	8
<u>2.1 Relevanz der Hilfsmittelversorgung für ältere Menschen</u>	8
<u>2.2 Aktuelle Situation der Hilfsmittelversorgung in Deutschland</u>	11
2.2.1 Verständnis des Begriffs „Hilfsmittel“	11
2.2.2 Gesetzliche Grundlagen der Hilfsmittelversorgung in Deutschland	15
2.2.3 Prozess der Hilfsmittelversorgung in Deutschland	15
2.2.4 Probleme bei der Versorgung mit Hilfsmitteln im deutschen Gesundheitssystem	19

<u>2.3</u>	<u>ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)</u>	21
<u>2.4</u>	<u>Psychologie als Bezugswissenschaft für die Ergotherapie</u>	22
<u>2.5</u>	<u>Matching Person and Technology</u>	23
<u>2.6</u>	<u>Ergotherapeutisches Inhalts- und Prozessmodell: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)</u>	25
2.6.1	Inhaltsmodell	26
2.6.2	Prozessmodell: The Canadian Practice Process Framework (CPPF)	29
2.6.3	Ergotherapeutische Kompetenzen: The Canadian Model of Client-Centred-Enablement (CMCE)	30
<u>2.7</u>	<u>Aktueller Stand der Forschung</u>	33
<u>2.8</u>	<u>Non-Use</u>	38
2.8.1	Definitionen von Non-Use	38
2.8.2	Faktoren des „Non-Use“	44
<u>2.9</u>	<u>Assessments in der Hilfsmittelversorgung</u>	46
3	METHODIK	48
<u>3.1</u>	<u>Chronologie des Forschungsprozesses</u>	49
<u>3.2</u>	<u>Die Literaturrecherche</u>	50
3.2.1	Vorgehen der Literaturrecherche	50
3.2.2	Ergebnis der Literaturrecherche	54
<u>3.3</u>	<u>Forschungsdesign</u>	55
3.3.1	Die Forschungsfrage	59
3.3.2	Leitfragen	59
3.3.3	Die Variablen	60
<u>3.4</u>	<u>Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer</u>	62
<u>3.5</u>	<u>Teilnehmerrekrutierung</u>	64
<u>3.6</u>	<u>Der Fragebogen</u>	65
3.6.1	Die Entwicklung des Fragebogens	66
3.6.2	Aufbau des Fragebogens	68

Inhaltsverzeichnis	XIV	
3.6.3	Verwendete Assessments für den Fragbogen	74
3.6.4	Der Pretest	77
3.7	<u>Die Gütekriterien</u>	78
3.7.1	Reliabilität	78
3.7.2	Validität	79
3.7.3	Objektivität	80
3.8	<u>Prozess der Befragung</u>	80
3.9	<u>Auswertung</u>	81
4	<i>ERGEBNISSE</i>	83
4.1	<u>Allgemeine Daten</u>	83
4.2	<u>Wohnsituation</u>	83
4.3	<u>Mobilitätshilfsmittel</u>	84
4.3.1	Use / Non-Use des individuell am meisten genutzten Mobilitätshilfsmittels	84
4.3.2	Gründe für Non-Use	84
4.3.3	Verbesserungsvorschläge	86
4.3.4	Use / Non-Use aller vorhandenen Mobilitätshilfsmittel	86
4.3.5	Besitz versus Non-Use	86
4.3.6	Gründe für einen Non-Use	87
4.3.7	Besitz versus individuelle Nutzung	88
4.3.8	Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel / Versorgungsprozess	89
4.4	<u>Partizipation und Nutzung des individuell am meisten genutzten Mobilitätshilfsmittels:</u>	91
4.4.1	Zufriedenheit und Hilfebedarf bei der Partizipation	91
4.4.2	Durchführung von Aktivitäten	94
4.4.3	Nutzung des Mobilitätshilfsmittels bei der Partizipation	95
4.4.4	Nutzung des Mobilitätshilfsmittels bei der Partizipation	99
4.5	<u>Psychologische Aspekte bei der Nutzung</u>	101
4.6	<u>Umwelt</u>	104
4.6.1	Beeinflussung von Umweltfaktoren (Ausstattung) auf die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels	104
4.6.2	Zugänglichkeit der Umwelt (von Orten) mit dem Mobilitätshilfsmittel	105

4.6.3	Nutzung von Transportmitteln mit dem Mobilitätshilfsmittel	106
5	<i>DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG</i>	108
<u>5.1</u>	<u>Reflexion des Forschungsprozesses</u>	108
<u>5.2</u>	<u>Reflexion der Ergebnisse</u>	112
5.2.1	Gründe für den Non-Use	112
5.2.2	Nutzung des Mobilitätshilfsmittels in der persönlichen Umwelt	114
5.2.3	Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel und dem Versorgungsprozess	116
5.2.4	Nutzung des Mobilitätshilfsmittels bei der Partizipation	117
5.2.5	Subjektives Empfinden durch die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels	119
5.2.6	Resümee der zentralen Forschungsfrage	120
<u>5.3</u>	<u>Schlussfolgerung</u>	121
6	<i>GLOSSAR</i>	124
7	<i>LITERATURVERZEICHNIS</i>	127
8	<i>ANHANG</i>	135
9	<i>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</i>	216

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Prozess der Hilfsmittelversorgung (Angelehnt an Lehngut, 2012, S. 21)	18
Abbildung 2 Canadian Model of occupational performance (A) and Engagement (B) (Townsend & Polatajko, 2007, S. 23)	29
Abbildung 3 Definition Non-Use (Angelehnt an Wessels et al. 2003).....	43
Abbildung 4 Faktoren des Non-Use (angelehnt an Wessels et al. 2006, S. 234).....	45
Abbildung 5 Forschungsprozess	49
Abbildung 6 Die vier Bereiche der Literaturrecherche	53
Abbildung 7 Zeitlicher Ablauf zum Erstellen des Fragebogens	67
Abbildung 8 Geschlossene Fragen	73
Abbildung 9 Mehrfachantworten ohne Rangordnung (angelehnt an Schnell et al. 2011, S. 324)	73
Abbildung 10 Wohnsituation.....	84
Abbildung 11 Gründe für den Non-Use des individuellen Mobilitätshilfsmittels	85
Abbildung 12 Nicht nutzen versus Besitz der Mobilitätshilfsmittel	86
Abbildung 13 Gründe für den Non - Use der besitzenden Mobilitätshilfsmittel.....	87
Abbildung 14 Individuelle Nutzung im Vergleich zum Besitz	88
Abbildung 15 Zufriedenheit mit dem individuellen Mobilitätshilfsmittel	89
Abbildung 16 Zufriedenheit mit den Dienstleistungen für das Mobilitätshilfsmittel	90
Abbildung 17 Aufgesuchte Orte mit dem Mobilitätshilfsmittel	105
Abbildung 18 Nutzung des Transportmittel mit dem Mobilitätshilfsmittel.....	106

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Definition von Hilfsmitteln international	12
Tabelle 2 Klassifikation von Hilfsmitteln international	13
Tabelle 3 Aktueller Stand der Forschung.....	36
Tabelle 4 Definition von Non-Use bei Mobilitätshilfsmitteln	41
Tabelle 5 Aspekte der Zufriedenheit des Mobilitätshilfsmittels und der Dienstleistung	91
Tabelle 6 Vergleich der Zufriedenheit mit dem Hilfebedarf bei der Partizipation.....	94
Tabelle 7 Anschaffung und Nutzung des Mobilitätshilfsmittels im Vergleich (Rangordnung: Höchste Anschaffungsrate zuerst)	98
Tabelle 8 Anschaffung und Nutzung im Vergleich zur Qualität und Hilfe bei den Aktivitäten (Rangordnung: Höchste Anschaffungsrate zuerst)	100
Tabelle 9 Verbesserte Gefühle (Rangordnung: Höchste Verbesserung zuerst)	102
Tabelle 10 Verschlechterte Gefühle (Rangordnung: Höchste Verschlechterung zuerst)	102
Tabelle 11 Gefühle (Rangordnung: am meisten unverändert zuerst).....	103
Tabelle 12 Beeinflussung, Art und Häufigkeit gesamt (Rangordnung: Höchste Beeinflussung zuerst).....	104

Anhangsverzeichnis

I.	Orte der Literaturrecherche.....	135
II.	Detaillierte Auflistung der Suchbegriffe	136
III.	Strukturierung der Ergebnisse der Literaturrecherche	137
IV.	Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses von Hilfsmitteln zur persönlichen Fortbewegung.....	138
V.	E – Mail an die Schulen	139
VI.	Anschreiben an die Praxen.....	140
VII.	Anschreiben an die verschiedenen Internetforen.....	141
VIII.	Informationsschreiben an die Organisationen.....	142
IX.	Rekrutierung der Teilnehmer	143
X.	Struktur des Fragebogens	145
XI.	Fragebogen für die Teilnehmer.....	148
XII.	Übersetzung des Assessment PARTS/M	165
XIII.	Übersetzung des Assessment FABS/M	174
XIV.	Anschreiben Pretest Fragebogen	210
XV.	Pretest Fragebogen	211
XVI.	Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel	213
XVII.	Überblick Anschaffung und Nutzung.....	214

1 Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema „Zufriedenheit von älteren Menschen in Deutschland mit Mobilitätshilfsmitteln und Gründe für deren Nichtgebrauch“. Wie die Autorinnen im Folgenden darlegen, ist dieses Thema für das deutsche Gesundheitssystem von hoher Relevanz und gewinnt auch in der Forschung in Deutschland zunehmend an Bedeutung.

Zunächst geben die Autorinnen einleitend einen Überblick über die Themenfindung (s. 1.1., S. 1), die Formulierung der Forschungsfrage und die Relevanz des Themas für die Ergotherapie (s. 1.1.1 „Bedeutung für die praktische Arbeit von Ergotherapeuten“, S. 2, 1.1.2 „Die Rolle der Ergotherapeuten in der Hilfsmittelversorgung“, S. 3, 1.1.3 „Hilfsmittelversorgung als interdisziplinärer Prozess“, S. 3, 1.1.4 „Relevanz der Problemstellung“, S. 4) sowie eine kurze Erläuterung zur Vorgehensweise innerhalb der Studie (s. 1.2 „Vorgehensweise“, S.6) .

1.1. Themenfindung

Im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit als Ergotherapeutinnen in geriatrischen und neurologischen Rehabilitationskliniken haben die Autorinnen die Erfahrung gemacht, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln oft mit Schwierigkeiten verbunden ist und nicht immer zu optimalen Ergebnissen führt. Des Öfteren berichten besonders ältere Klienten, dass sie bestimmte Hilfsmittel besitzen, diese aber nur gelegentlich oder gar nicht mehr benutzen, weil die Hilfsmittel nicht entsprechend der häuslichen Umgebung ausgewählt wurden oder sie sich für deren Nutzung schämen.

Da die Autorinnen selbst in ihrer alltäglichen Tätigkeit im Prozess der Hilfsmittelversorgung involviert sind, haben sie ein besonderes persönliches Interesse daran, herauszufinden inwieweit diese Problematik bisher erforscht wurde. Es stellte sich ihnen die Frage, wie häufig es vorkommt, dass ältere Menschen in Deutschland verordnete Hilfsmittel nicht nutzen und welche Gründe sie dafür haben. Aus ihrer klinischen Erfahrung heraus ist ihnen bewusst, dass eine gelungene Versorgung und der regelmäßige spätere Gebrauch des Hilfsmittels von verschiedenen Faktoren abhängen können. Dies bestätigen auch Wielandt & Strong (2000), die eine große Anzahl internationaler Studien zum Thema Nichtgebrauch von Hilfsmitteln verglichen und analysiert haben (s. 2.8.2 „Faktoren für den Non-Use“, S. 44).

Unter anderem spielt die Zufriedenheit der Klienten mit dem Hilfsmittel eine entscheidende Rolle (Wessels, de Witte & van den Heuvel, 2004). Aus diesem Hintergrund entwickelten die Autorinnen nach eingehender Literaturrecherche nationaler und internationaler Literatur folgende Forschungsfrage:

Wie ist die Zufriedenheit von in Deutschland lebenden Klienten über 65 Jahren bei der Nutzung ihres Mobilitätshilfsmittels zur Ermöglichung gesellschaftlicher Partizipation in ihrer Umwelt und inwieweit besteht ein Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln?

1.1.1 Bedeutung für die praktische Arbeit von Ergotherapeuten

„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2007).

Wichtige Maßnahmen in dem Bereich Beratung umfassen die Unterstützung der Klienten bei der Auswahl und der Versorgung mit Hilfsmitteln sowie dem Training im Umgang mit ihren Hilfsmitteln. Diese Interventionen, werden eingesetzt, um im Rahmen von Alltagsaktivitäten deren selbstständige Durchführung zu ermöglichen (Koesling, 2000, S. 183). Bei der Hilfsmittelversorgung sollte beachtet werden, dass der Klient so viele Hilfsmittel wie nötig, aber auch so wenige wie möglich erhalten sollte (Koesling, 2000).

Hierzu kann die Ergotherapie einen wichtigen Beitrag leisten, da Ergotherapeuten in vielen notwendigen Kompetenzen geschult sind. Wie im Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (s. 2.6, S. 25) näher erläutert wird, fun-

gieren sie im Prozess der Hilfsmittelversorgung durch die Nutzung von Enablement-skills als Berater, Coach, Fürsprecher des Klienten und Koordinator des Versorgungsprozesses und fördern die Beteiligung des Klienten am Versorgungsprozess durch enge Zusammenarbeit mit ihm. Eine unzureichende Nutzung der Enablement-skills kann jedoch dazu führen, dass eine Hilfsmittelversorgung sich als ineffektiv erweist, der Klient nicht zufrieden mit der Nutzung des Hilfsmittels bei der Partizipation* ist und es infolgedessen zu einem Nichtgebrauch des Hilfsmittels kommt. In diesem Fall ist es fraglich, ob Ärzte und Kostenträger einer Hilfsmittelversorgung durch Ergotherapeuten weiterhin positiv gegenüberstehen und diese auch in Zukunft mit der Beratung und Versorgung betrauen würden.

1.1.2 Die Rolle der Ergotherapeuten in der Hilfsmittelversorgung

Mit der Auswahl, Beschaffung und dem Training im Umgang mit Hilfsmitteln mit dem Ziel Menschen zu größerer Selbständigkeit zu befähigen, beschäftigen sich verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitswesens, darunter überwiegend Ergotherapeuten (Skymne, Dahlin-Ivanoff, Claesson & Eklund, 2012). Diese sind in Deutschland durch die geltende „Heilmittelrichtlinie“ dazu befähigt sich an der Versorgung zu beteiligen. Unter § 36 Motorisch-funktionelle Behandlung, § 37 Sensorisch-perzeptive Behandlung und § 38

Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung ist als Leistung durch die Ergotherapie die „Verbesserung der eigenen Lebensführung, auch unter Einbeziehen technischer Hilfen“ aufgeführt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011). Dieser Einbezug technischer Hilfen ist laut Richtlinie nur den Ergotherapeuten gegeben. Diese können eine Hilfsmittelversorgung jedoch nur vornehmen, wenn der behandelnde Arzt die Bereitschaft zur Verordnung von Hilfsmitteln zeigt (Kemper, 2009).

Dem Ergotherapeuten obliegt in besonderem Maße das Training des Patienten mit dem verordneten Hilfsmittel. Eine umfassende Unterweisung bezüglich der Handhabung ist ein entscheidender Faktor, der die Weichen für die Zufriedenheit des Patienten mit der Versorgung und den späteren Gebrauch oder Nichtgebrauch eines Hilfsmittels stellt (Wielandt & Strong, 2000).

1.1.3 Hilfsmittelversorgung als interdisziplinärer Prozess

An einer Hilfsmittelversorgung sind in der Regel immer mehrere Parteien beteiligt. Beteiligte können je nach Einzelfall der Patient, Angehörige oder Assistenten, der

behandelnde Arzt, Therapeuten oder pädagogische Fachkräfte, Pflegekräfte, die Krankenkasse des Patienten, der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), eventuell externe Gutachter und der Leistungserbringer für das Hilfsmittel sein.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, wie im Abschnitt ICF* (s. 2.3, S. 21) näher erläutert wird, beschreibt Hilfsmittel als relevante Kontextfaktoren für die Partizipation. Diese können die Partizipation sowohl fördernd als auch hemmend beeinflussen. Damit die Versorgung von Menschen mit Behinderungen einen positiven Effekt auf die Möglichkeiten zur Partizipation haben kann, ist laut der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2009) eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit aller am Versorgungsprozess Beteiligten notwendig. Das Erkennen von Beeinträchtigungen und ihre Wirkung auf die Handlungsfähigkeit sowie die Suche nach Problemlösungen, kann von einer Partei alleine kaum bewältigt werden. Hier können besonders die Fähigkeiten von Ergotherapeuten bei der Analyse der Wechselwirkung von Person, Umwelt (z.B. Hilfsmittel) und Betätigung von Nutzen sein (s. 2.6 „CMOP-E“, S. 25).

Um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können, ist es notwendig, dass alle Parteien als Team zusammenarbeiten, miteinander kommunizieren und sich kontinuierlich austauschen. Die Ergebnisse sollten auf Effektivität und Effizienz geprüft werden. Dies wird zum Teil in Deutschland vor allem in der stationären Versorgung der Patienten in Akut- und Rehabilitationskliniken umgesetzt. Der Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit steigt jedoch zunehmend. Zum einen, weil sich das Spektrum von Partizipation stetig erweitert, zum anderen, da durch neue technologische Entwicklungen mehr Möglichkeiten in der Hilfsmittelversorgung entstehen (DVfR, 2009). Kemper (2009) weist darauf hin, dass sogenannte Disease-Managementprogramme helfen können, die Kooperation der Leistungserbringer und damit eine zeitnahe Versorgung von Patienten zu verbessern. Weiterbildungen zum Hilfsmittelexperten/Case Manager werden seit einiger Zeit auch verstärkt für Therapeuten angeboten (Cordes, Hubert & Inhester, 2013).

1.1.4 Relevanz der Problemstellung

Der Prozess der Hilfsmittelversorgung birgt oft Hindernisse, die eine effiziente Vorgehensweise erschweren. Cordes et al. (2013) sprechen beispielsweise von

mangelhafter organisatorischer Abstimmung zwischen den Leistungserbringern der unterschiedlichen Gesundheitssektoren.

Insbesondere die Versorgung mit Mobilitätshilfsmitteln stellt für Therapeuten oft eine Herausforderung dar, da sie Umweltbedingungen, in denen diese genutzt werden sollen, nur fragmentarisch und meist lediglich aus Berichten der Betroffenen oder deren Angehörigen kennen. Möglichkeiten für eine umfassende Anleitung und das Training von Transfers in der individuellen Umgebung (z.B. das Umsetzen vom Rollstuhl ins eigene Auto), damit Hilfsmittelnutzer ihr Hilfsmittel überhaupt erreichen können, ergeben sich selten (Cordes et al., 2013).

Für eine optimale Versorgung wäre es sehr wichtig die physische und soziale Umwelt, in denen die Klienten ihre Hilfsmittel zur Durchführung ihrer Aktivitäten nutzen möchten, genau zu kennen und idealerweise die Nutzung des Hilfsmittels in diesen Situationen zu erproben und zu trainieren. „Es reicht auf Dauer nicht aus, wenn sich der Klient nur in der Rehabilitationsklinik im idyllisch angelegten Park auf geebneten Wegen mit seinem Rollator fortbewegt, wenn er doch zu Hause in der Großstadt Bordsteinkanten, Rolltreppen und dichtes Gedränge bewältigen muss (Czyganowski, 2009, S. 21).

Dennoch kann das häusliche Umfeld und die reale Lebenssituation wegen der räumlichen Entfernung nicht immer ausreichend berücksichtigt werden. Dies kann im ungünstigsten Fall dazu führen, dass die verordneten Hilfsmittel für den Gebrauch in der persönlichen Umwelt für die Klienten ungeeignet sind und nicht zufriedenstellend oder sogar überhaupt nicht genutzt werden können. Gerade für Therapeuten, insbesondere Ergotherapeuten, die in Kliniken größtenteils die Hilfsmittelberatung übernehmen, wäre ein Einblick in den Alltag der Klienten nach der Hilfsmittelanpassung wünschenswert, um ihre Arbeit zu überprüfen, aus Fehlern zu lernen und dadurch die Qualität des therapeutischen Anteils in der Hilfsmittelversorgung zu verbessern. Für die Beteiligten des Versorgungsprozesses bleibt jedoch oft unklar, ob die verordneten Hilfsmittel nach Entlassung im häuslichen Umfeld tatsächlich effektiv genutzt werden oder ob sie gar eine Gefährdung für die Klienten darstellen. Der DVfR (2006) weist in seiner Expertise darauf hin, dass Hilfsmittel „neben erwünschten auch unerwünschte oder beeinträchtigende Wirkungen aufweisen, indem sie als Barrieren wirken und Aktivitäten und Teilhabe

einschränken“ (S.5). Dies zeigt die Relevanz, das Gebiet der Hilfsmittelversorgung mehr in das Blickfeld der Forschung zu rücken, denn „Sowohl Wirkungen als auch Nebenwirkungen von Hilfsmitteln sind noch unzureichend erforscht“ (DVfR, 2006, S.5).

1.2 Vorgehensweise

Zur Beantwortung ihrer Forschungsfrage entschieden sich die Autorinnen für eine quantitative Querschnittsstudie (s. Kapitel 3.3 „Forschungsdesign“, S. 55). Die Erhebung von Daten fand mittels schriftlicher Befragung durch einen Fragebogen statt (s. 3.6 „Der Fragebogen“, S. 65). Die ausgewerteten Daten wurden deskriptiv in Text und Diagrammen dargestellt (s. 4 „Ergebnisse“, S. 83).

1.2.1 Überblick über genutzte Literatur

Da auf nationaler Ebene erst wenige Studien zum Gebrauch/Nichtgebrauch von Hilfsmitteln und dem Prozess der Hilfsmittelversorgung existieren, nutzten die Autorinnen für ihre Studie eine Vielzahl zur Verfügung stehender internationaler Quellen aus dem europäischen und nordamerikanischen Raum (s. 2.7 „Aktueller Stand der Forschung“, S. 33). Diese beziehen sich größtenteils auf Studien und Artikel zu den Themen Gebrauch/Nichtgebrauch von Hilfsmitteln, ältere Menschen und Hilfsmittel, Assessments* in der Hilfsmittelversorgung, ältere Menschen und Partizipation, ältere Menschen und Mobilität sowie auf die Methodik bei quantitativer Forschung.

1.2.2 Übersicht über die Struktur der Bachelorarbeit

Zunächst wird in Kapitel 2 (s. „Theoretischer Hintergrund“, S. 8) die Relevanz der Hilfsmittelversorgung für die Altersgruppe ab 65 Jahren aufgezeigt und der Begriff „älterer Mensch“ erläutert. Des Weiteren gibt das Kapitel einen Überblick über Klassifizierungen von Hilfsmitteln im Allgemeinen, die Hilfsmittelversorgung in Deutschland, ihre gesetzlichen Grundlagen und bestehende Probleme im Versorgungsprozess (s. 2.2 „Aktuelle Situation der Hilfsmittelversorgung in Deutschland“, S. 11).

Im Verlauf des Kapitels wird die Psychologie als Bezugswissenschaft für die Ergotherapie beleuchtet (s. 2.4, S. 22). Die Autorinnen erläutern die Grundlagen der

Inhaltsmodelle Matching Person & Technology (MPT)* (s. 2.5, S. 23) und Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (s. 2.6, S. 25). Darauffolgend beschreiben die Autorinnen den aktuellen Stand der Forschung (s. 2.7, S. 33), die Definitionen des Non-Use (s. 2.8.1, S. 38) sowie Faktoren des Non-Use (s. 2.8.2, S. 44). Zusätzlich enthält das Kapitel eine kurze Einführung in das Thema „Assessments in der Hilfsmittelversorgung“ (s. 2.9, S. 46).

In Kapitel 3 (s. „Methodik“, S. 48) gehen die Autorinnen auf den Forschungsprozess und die Vorgehensweise bei der Durchführung ihrer Studie ein. Kapitel 4 (s. „Ergebnisse“, S. 83) enthält die ausgewerteten Ergebnisse der Befragung in deskriptiver Form. Abschließend reflektieren die Autorinnen in der Diskussion und Schlussfolgerung (s. 5, S. 108) ihre gewonnenen Ergebnisse in Bezug zu der zentralen Forschungsfrage sowie den Leitfragen und geben einen Ausblick auf mögliche weiterführende Studien.

2 Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel soll einen Eindruck vermitteln welche Relevanz das Thema Hilfsmittelversorgung bei älteren Menschen für die Gesellschaft hat und wie Ergotherapeuten in den Prozess der Hilfsmittelversorgung involviert sind.

2.1 Relevanz der Hilfsmittelversorgung für ältere Menschen

Weltweit vollzieht sich ein demographischer Wandel. Die Weltpopulation der über 65 Jährigen steigt rapide. Zwischen 2010 und 2050 wird sich der Anteil an über 65 Jährigen von 7% auf 15,6% mehr als verdoppeln (Statistisches Bundesamt, 2013).

Die Lebenserwartung der Menschen ist in den meisten Teilen der Welt im Laufe des letzten Jahrhunderts durch veränderte Lebensbedingungen gestiegen.

Auch in Deutschland ist dieser Trend zu beobachten. Nach dem Stand von 2008 waren 15% der Bevölkerung in Deutschland zwischen 65 und 80 Jahren. Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes werden es 2060 nur noch ca. 14% sein (2009).

Dadurch werden sich auch die Kosten, die für die Versorgung älterer Menschen aufgewendet werden müssen, in Zukunft erhöhen. Die Gesellschaft hat jedoch die Pflicht, die notwendigen Kosten zu tragen. Diese Tatsache ist in den Sozialgesetzbüchern festgelegt (§ 4, SGB I, 1975):

(1) Jeder hat im Rahmen dieses Gesetzbuchs ein Recht auf Zugang zur Sozialversicherung.

(2) Wer in der Sozialversicherung versichert ist, hat ... ein Recht auf

1. die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit und
2. wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, Minderung der Erwerbsfähigkeit und Alter

Darunter fällt auch die Versorgung mit Hilfsmitteln (s. 2.2.2 „Gesetzliche Grundlagen der Hilfsmittelversorgung in Deutschland“, S. 15).

Vor allem ältere Menschen sind häufig auf Hilfsmittel angewiesen, um ein selbständiges Leben zu führen und am gesellschaftlichen Leben zu teilzuhaben, da mit zunehmendem Alter häufig Beeinträchtigungen der Sinnesorgane, verminderte

Reaktionsfähigkeit, verminderte Belastbarkeit und vermehrte Sturzgefahr eintreten (DVfR, 2009). Diese Beeinträchtigungen können oftmals durch Hilfsmittel ausgeglichen werden. Im Idealfall werden ältere Menschen durch Hilfsmittel zu einer umfassenden Partizipation befähigt. Nach SGB IX, § 1 (2001) ist älteren Menschen das Recht auf die Ermöglichung von Partizipation gesetzlich zugesichert. In Zukunft wird es daher notwendig werden den Versorgungsprozess mehr nach Aspekten der Kosten-Nutzen-Effizienz zu betrachten, um allen eine rechtlich zustehende Hilfsmittelversorgung zukommen zu lassen und den Bedürfnissen älterer Menschen, wie sie im Folgenden erläutert werden, gerecht zu werden.

Definition „älterer Mensch“

Die Ansichten wann ein Mensch als älterer Mensch gilt haben sich durch den demographischen Wandel stark verwischt. Eine einheitliche Definition des „älteren Menschen“ existiert daher nicht. In einem Artikel der World Health Organisation (2011) wird beschrieben, dass die meisten Industrieländer als eine Definition des „älteren Menschen“ das Alter ab 65 Jahren angenommen haben, da zu dieser Zeit zumeist der Eintritt in das Rentenalter und damit ein Wechsel der sozialen Rolle stattfindet. In diesem Artikel werden drei mögliche Arten aufgezählt, um Alter zu definieren:

1. nach kalendarischem Alter in Jahren.
2. nach Wechsel der sozialen Rolle, z.B. vom Arbeitnehmer zum Rentner
3. nach Einschränkung der Eigenverantwortlichkeit, z.B. bei Pflegebedürftigkeit oder gesetzlicher Betreuung (WHO, 2011)

Mit dem Wechsel der sozialen Rolle verändern sich zwangsläufig auch die Betätigungsmuster eines Menschen (Townsend & Polatajko, 2007). Veränderungen der Person durch das Älterwerden beeinflussen die Betätigung und die Umwelt, z.B. durch die Nutzung von Hilfsmitteln, die zuvor nicht erforderlich waren.

Des Weiteren wird in der Literatur häufig nach biologischem Alter, psychischem Alter und sozialem Alter unterschieden. Das biologische Alter ist eingeteilt nach den Entwicklungsstadien des Organismus innerhalb einer Lebensspanne, das psychische nach Entwicklungsstadien der Person und das soziale nach Zugehö-

rigkeit zu Altersphasen und Altersgruppen, die von der Gesellschaft bestimmt werden (Kohli & Kühnemund, 2000).

Die Ansicht, ab wann eine Person den älteren Menschen zugeordnet wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie z.B. von ihrer Lebenssituation, von kulturellen Einflüssen und wie sie von ihrer sozialen Umwelt wahrgenommen wird. Im sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland wird in diesem Zusammenhang auch von Altersbildern gesprochen. Als Altersbilder werden individuelle oder gesellschaftliche Vorstellungen vom Alter, Altern oder von älteren Menschen verstanden. Sie werden eingeteilt in

1. Altersbilder als kollektive Deutungsmuster: Sie entstehen und verändern sich dadurch, dass sie in der Gesellschaft immer wieder im Gespräch sind.
2. Organisationale oder institutionelle Altersbilder: z.B. gesetzlich festgelegte Altersgrenzen.
3. Altersbilder in der persönlichen Interaktion: Sie entstehen z.B. durch typische Interaktions- und Kommunikationsmuster im Umgang mit älteren Menschen, ungeschriebene Regeln, die an andere weitergegeben werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010).

Altersbilder haben einen gravierenden Einfluss darauf, wie ältere Menschen von der Gesellschaft behandelt werden. Während in den letzten Jahrzehnten das Pflegen und Umsorgen älterer Menschen durch die Familie im Vordergrund stand, findet heute zunehmend das Recht auf die Ermöglichung von Partizipation, wie es in der Relevanz der Hilfsmittelversorgung für ältere Menschen (s. 2.1, "Relevanz der Hilfsmittelversorgung in Deutschland" S. 8) erläutert wird, Beachtung. Diese kann durch die Versorgung älterer Menschen mit geeigneten Hilfsmitteln erheblich gefördert werden. Der DVfR (2009) fordert in diesem Zusammenhang, Erkenntnisse aus der Geriatrie bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zu berücksichtigen, um Technologien auf die Bedürfnisse älterer Menschen abzustimmen.

Häufig spielen für ältere Menschen besonders Mobilitätshilfsmittel eine wichtige Rolle, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

In vielen Fällen lässt jedoch die physische oder soziale Umwelt einen Gebrauch in vollem Ausmaß nicht zu, so dass ältere Menschen im Alltag oft eine Benachteiligung erfahren. Das kann zu Unzufriedenheit mit dem Hilfsmittel und sogar zum

kompletten Nichtgebrauch eines Hilfsmittels führen (s. 2.8.2 „Faktoren des Non-Use“, S. 44). Um dem in der praktischen ergotherapeutischen Arbeit entgegenwirken zu können, fehlt es an Forschungsdaten für einen größeren Einblick in die Zusammenhänge zwischen Hilfsmitteln, älteren Menschen und der Mobilität in ihrer Umwelt (s. 2.7 „Aktueller Stand der Forschung“, S. 33). Mischker (2009) sagt hierzu, dass eine gesetzlich verbindliche Hilfsmitteldefinition sowie Erkenntnisse über Nutzungsraten von Hilfsmitteln bisher nicht in ausreichendem Maße existieren. Daten aus Studien zu diesem Bereich seien hilfreich, um die Qualität des Versorgungsprozesses zu steigern.

2.2 Aktuelle Situation der Hilfsmittelversorgung in Deutschland

Um den Prozess der Hilfsmittelversorgung in Deutschland besser zu verstehen, ist es notwendig zunächst den Begriff Hilfsmittel genauer zu betrachten. Der Duden definiert das Wort Hilfsmittel, wie es im allgemeinen Sprachgebrauch benutzt wird, wie folgt:

- a. Mittel zur Erreichung eines bestimmten Zweckes*
- b. finanzielle oder materielle Mittel, die jemandem eine Notlage überwinden helfen sollen*
- c. zum Ausgleich eines bestehenden körperlichen Defektes dienender Gegenstand (Duden, 2013)*

Die weiteren Ausführungen zeigen jedoch, dass der Begriff nicht überall und in jeder Situation gleichermaßen verstanden wird.

2.2.1 Verständnis des Begriffs „Hilfsmittel“

Für den Begriff des Hilfsmittels existiert national sowie international keine einheitliche Definition. Auch im Rahmen der deutschen Gesetzgebung variieren die Beschreibungen. International werden in der Literatur verschiedene Klassifizierungen aufgeführt. Einige sollen nachfolgend gegenübergestellt werden.

Gültigkeit	Deutschland	international	USA
	<p>Gesetzgebung</p> <p>„...<u>Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel</u>..., die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können..., <u>soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind</u> (§ 31, SGB IX, 2001) oder „<u>Pflegehilfsmittel und technische Hilfen</u>..., die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen (§ 40, SGB IX, 2013)</p>	<p>internationale Organisation für Normung</p> <p><u>als Hilfsmittel gelten Produkte, einschließlich ihrem Zubehör</u>, die von Menschen mit Behinderung genutzt werden können, <u>um am öffentlichen Leben teilzunehmen, Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitäten zu sichern</u>, zu ertüchtigen, zu messen, zu ersetzen oder um Schädigungen, <u>Beeinträchtigungen der Aktivität und Einschränkungen der Teilhabe zu verhindern</u> (REHADAT, 2013)</p>	<p>Gesetzgebung</p> <p>„...<u>any item, piece of equipment , or product system</u>, whether acquired commercially off the shelf, modified or customized, that is used to increase maintain, or improve functional capabilities of individuals with disabilities” (Public Law, 1988)</p>

Tabelle 1 Definition von Hilfsmitteln international

Gültigkeit	Deutschland	international	USA
Klassifikation	<p><u>Hilfsmittelverzeichnis der GKV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> umfasst derzeit 33 Produktgruppen für Hilfsmittel und sechs weitere für Pflegehilfsmittel. diese sind jeweils in mehrere Untergruppen unterteilt Hilfsmittel, die der persönlichen Mobilität dienen, finden sich in Gruppe 10 Gehhilfen, Gruppe 18 Kranken- und Behindertenfahrzeuge und Gruppe 22 Mobilitätshilfen die zwei erstgenannten Gruppen enthalten Produkte für die Fortbewegung, z.B. Gehgestelle, Gehwagen, Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Rollstühle und Elektrorollstühle Gruppe 22 Mobilitätshilfen schließt z.B. Umsetz- und Hebehilfen, Aufstehhilfen, Lifter und Rampensysteme mit ein (GKV-Spitzenverband, 2013) 	<p><u>ISO 9999</u></p> <ul style="list-style-type: none"> umfasst 30 Produktgruppen <u>Alltagsgegenstände</u> und Hilfsmittel für den Arbeitsplatz und die Berufsausbildung Hilfsmittel für die persönliche Mobilität sind in der Produktgruppe 12 aufgeführt die in Deutschland gebräuchlichste Datenbank zum Thema Hilfsmittel REHADAT orientiert sich an der ISO 9999 	<p><u>Klassifizierungsmodelle nach Scherer (2005)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Galvin & Scherer (1996) aus „Living in the State of Stuck“ (2005), Einteilung nach Zweck des Hilfsmittels</u> <ul style="list-style-type: none"> Hilfsmittel für die Selbstversorgung Sitzhilfen und Mobilitätshilfen Kommunikationssysteme und –hilfen Hilfen bei Blindheit und Sehbehinderungen Hilfen bei Taubheit und Schwerhörigkeit <u>Scherer (2005), Einteilung nach Betätigungsbereich</u> <ul style="list-style-type: none"> Hilfsmittel für Freizeit und Sport Hilfsmittel fürs Spielen Adaption für Haushalt und Arbeit <u>Scherer (2005), Einteilung nach funktionellen Einschränkungen</u> <ul style="list-style-type: none"> Hilfsmittel für Personen mit Einschränkungen der Finger, Hände und Arme Hilfsmittel für Personen mit Einschränkungen des Rückens, der Hüfte und der Beine

Tabelle 2 Klassifikation von Hilfsmitteln international

Da die vorliegende Studie in Deutschland durchgeführt wurde, beziehen sich die Autorinnen auf die Hilfsmittelgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses der GKV. Auf Grundlage des SGB V § 139 (1988) wird das Hilfsmittelverzeichnis der GKV vom GKV-Spitzenverband erstellt und fortlaufend aktualisiert. Es dient dazu, Qualitätsstandards der auf dem Markt befindlichen Hilfsmittel zu sichern und informiert über die Leistungspflicht. Nur für die dort eingetragenen Hilfsmittel bestehen sozialrechtliche Ansprüche (REHADAT, 2013).

Sie sind somit verordnungsfähig und nehmen den wichtigsten Teil der Hilfsmittelversorgung ein, mit dem sich Ergotherapeuten befassen und bei dem die größten Schwierigkeiten entstehen können. Alltagsgegenstände nimmt die deutsche Gesetzgebung hierbei aus.

Die ISO 9999 *hat eine eigene Terminologie, die sich von der des Hilfsmittelverzeichnisses der Gesetzlichen Krankenversicherung unterscheidet (REHADAT, 2013). Sie ist jedoch als internationale Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation relevant, um Hilfsmittelversorgung im Gesundheitswesen in einem internationalen Kontext zu betrachten. Die Klassifikation schafft eine einheitliche Terminologie, die länderübergreifend gilt, z.B. für Hilfsmitteldatenbanken. In Deutschland orientiert sich REHADAT an der ISO 9999. Die Datenbank enthält Informationen über fast alle in Deutschland erhältlichen technischen Hilfsmittel für Menschen mit Behinderung.

Die Klassifizierungsmodelle nach Scherer stehen in Zusammenhang mit dem MPT-Modell (s. 2.5, S. 23). Im Gegensatz zum Hilfsmittelverzeichnis entstand das MPT-Modell auf der politischen Grundlage der amerikanischen Gesetzgebung. Alltagsgegenstände und Technologien im Allgemeinen sind daher impliziert. Das Modell gewinnt in Deutschland zunehmend an Relevanz zur Verbesserung des Versorgungsprozesses (s. 2.5 „MPT“, S. 23) und für die Forschung zum Thema Hilfsmittelversorgung. Berthold, Erdmann & Schlegel (2010) beschäftigten sich in ihrer Bachelorarbeit damit, eine deutsche Übersetzung des Assessments Assistive Technology Device Predisposition Assessment (ATDPA) aus dem MPT-Modell für den praktischen Versorgungsprozess in Deutschland nutzbar zu machen. Die Autorinnen schließen sich der Meinung von Berthold, Erdmann & Schlegel (2010) an, dass die Nutzung des MPT-Modells mit dem ATDPA auch in Deutschland eine gute Basis für den Versorgungsprozess schaffen könnte. Die Gestaltung des Ver-

sorgungsprozesses ist abhängig von den gesetzlichen Grundlagen zur Hilfsmittelversorgung, die im Weiteren näher erläutert werden.

2.2.2 Gesetzliche Grundlagen der Hilfsmittelversorgung in Deutschland

Die Grundlage für die Versorgung mit Hilfsmitteln bilden hauptsächlich die Sozialgesetzbücher V und IX (Gesetzliche Krankenversicherung und Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). Der Anspruch für Versicherte der GKV auf die Versorgung mit Hilfsmitteln ist in § 11 Abs. 2 des SGB V festgelegt: „Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf... andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern“ (SGB V, 1988).

Das SGB IX hat dagegen zum Ziel, Menschen mit einer Behinderung mit Hilfsmitteln zu versorgen, um dadurch ihre Selbstbestimmung zu fördern und Partizipation am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen (SGB IX, 2001). Es greift dabei auf wichtige Aspekte aus der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit zurück (Bengel, Töns & Schliehe, 2012). Diese werden im Verlauf des Kapitels näher beschrieben (s. 2.3 „ICF“, S. 21)

In § 33 Abs. 1 des SGB V und § 31 des SGB XI Abs. 1 werden als Hilfsmittel Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere aufgeführt. Dazu zählen auch Zubehörteile, ohne die das Produkt nicht zureichend betrieben werden kann (Kamps, 2009). Eingeschlossen in den Leistungsumfang der GKV sind auch Änderungen am Hilfsmittel, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung, Wartungen und Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels. Wie in Verständnis des Begriffs „Hilfsmittel“ (s. 2.2.1, S. 11) erwähnt, zählen Gegenstände des täglichen Gebrauchs nicht zu den Hilfsmitteln (SGB V, 1988 & SGB IX, 2001) und spielen somit im Prozess der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen eine untergeordnete Rolle.

2.2.3 Prozess der Hilfsmittelversorgung in Deutschland

Für den Leistungsbereich der GKV werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelver-

sorgung der Versicherten festgelegt. Diese sind bindend für die Versicherten, die Krankenkassen, die Vertragsärzte der Krankenkassen und ärztlich geleitete Vertragseinrichtungen. Die Hilfsmittelrichtlinie regelt die Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln, die von der GKV übernommen werden. Ergotherapeuten sind, um in der Hilfsmittelversorgung verordnungspflichtiger Hilfsmittel intervenieren zu können, auf die Kooperation der Ärzte angewiesen.

In der Regel findet die Versorgung mit Hilfsmitteln durch eine vertragsärztliche Verordnung statt. Eine ärztliche Verordnung dient als Empfehlung, verpflichtet die Krankenkasse jedoch nicht zur Übernahme der Kosten. Im Gegensatz dazu ist bei der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln keine Empfehlung eines Arztes notwendig. Um einen entsprechenden Leistungsantrag bei der Pflegeversicherung zu stellen, genügt eine Empfehlung einer Pflegekraft bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (Kamps, 2009).

Zum 01.04.2007 trat das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV in Kraft und gilt nach einer weiteren Änderung im Jahr 2009 (Kamps, 2009). Die Krankenkassen schließen demgemäß Verträge mit den Leistungserbringern, z.B. den Sanitätshäusern ab.

Die Versicherten der GKV erhalten in der Regel Hilfsmittel ohne eigene finanzielle Beteiligung nach Sachleistungsprinzip. Das bedeutet, dass der Versicherte nur einen Anspruch auf ein Hilfsmittel hat, das den vertraglich mit den Leistungserbringern festgelegten Preis nicht übersteigt. Es besteht demnach für den Versicherten nur eine eingeschränkt freie Wahl des Sanitätshauses. Lediglich Leistungserbringer, die Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse sind, dürfen die Hilfsmittel liefern. Der Versicherte hat eine gesetzliche Zuzahlung zu leisten. Diese beläuft sich 2013 auf 10% des Preises, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro. Ausnahmen bilden Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (Verband der Ersatzkassen, 2012).

Auf Wunsch kann der Versicherte auch das Kostenerstattungsprinzip nutzen. Dabei finanziert er das Hilfsmittel zunächst selbst und stellt danach einen Antrag auf Kostenerstattung bei der Krankenkasse. Eventuell entstehende Mehrkosten trägt der Versicherte selbst. Die Krankenkassen sind nach § 12 SGB V (1988) an das Gebot der Wirtschaftlichkeit gebunden. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Die Bedürfnisse der Klienten einerseits und die Vorgaben der Kostenträger andererseits bei der Wahl des Hilfsmittels in Einklang zu bringen, um eine adäquate Versorgung der Klienten gewährleisten zu können, ist für die ergotherapeutische Praxis von hoher Relevanz. Um auch in Zukunft weiterhin mit dieser Aufgabe betraut zu werden, ist Forschung auf diesem Gebiet unerlässlich. Bei der Auswahl von Hilfsmitteln durch Ergotherapeuten sollte sowohl der Effektivität des Hilfsmittels für den Klienten als auch der Kosteneffizienz für den Leistungserbringer Rechnung getragen werden. Darauf weist auch Scherer in ihrem MPT-Modell hin (2005) (s. 2.5, „MPT“ S. 23).

Im klinischen Setting wird oft die Verordnung für ein Hilfsmittel vom Arzt auf Empfehlung von Therapeuten, Pflegekräften oder Sozialarbeitern ausgestellt. Diese befürworten aufgrund ihrer klinischen Erfahrung ein Hilfsmittel, das für den Klienten sinnvoll erscheint. Der vollständige Weg des Entscheidungsprozesses für ein Hilfsmittel ist in Abbildung 1 (s. S. 19) grafisch dargestellt.

In den letzten Jahren hat die Produktvielfalt durch die Entwicklung neuer Technologien jedoch extrem zugenommen. Der Markt ist kaum überschaubar. Derzeit enthält das Hilfsmittelverzeichnis der GKV ca. 20.000 Produkte (Verband der Ersatzkassen, 2013). Mangelnde Übersicht über die Produktvielfalt kann zu Problemen innerhalb der Hilfsmittelversorgung führen, wie sie im folgenden Abschnitt beschrieben werden.

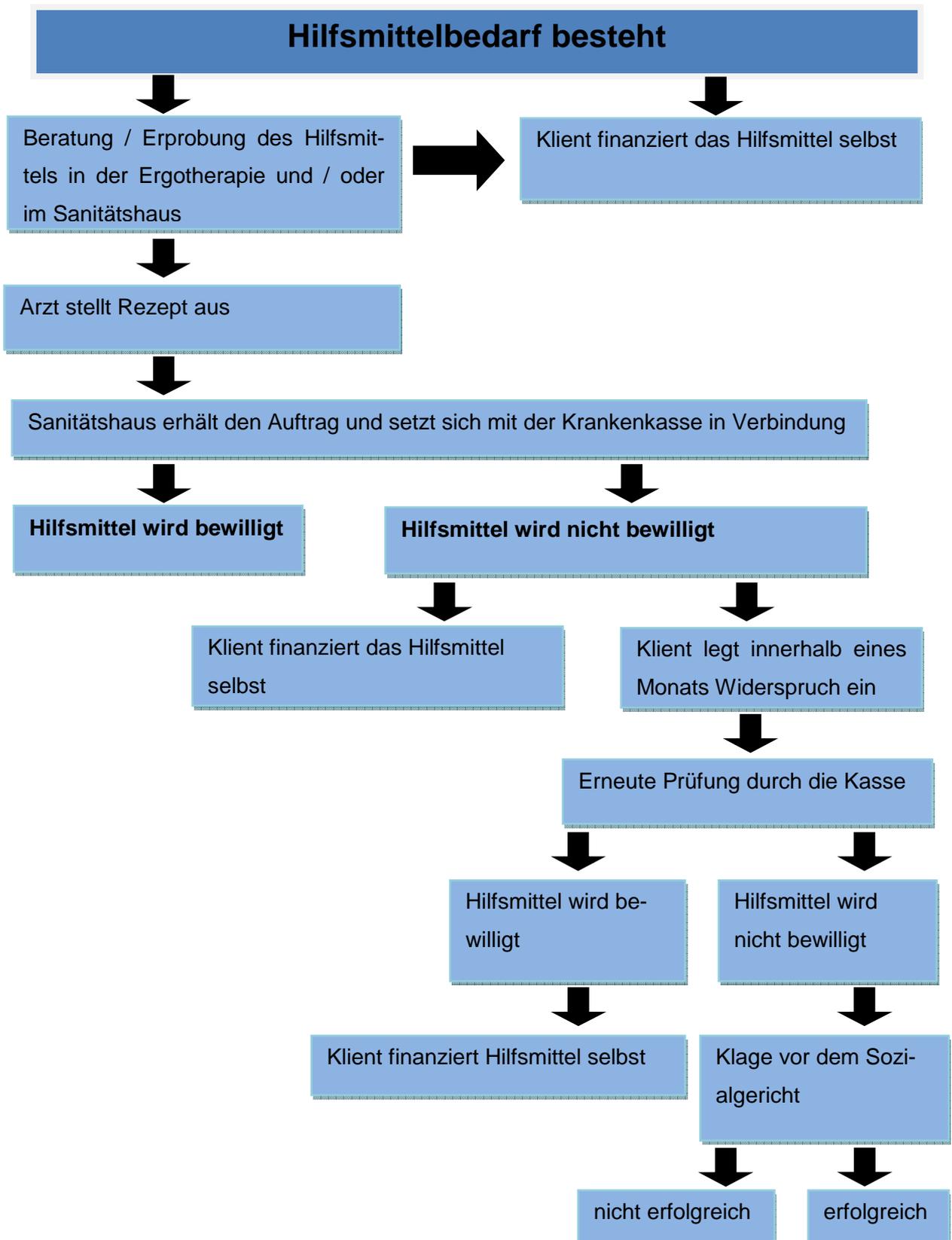


Abbildung 1 Prozess der Hilfsmittelversorgung (Angelehnt an Lehngut, 2012, S. 21)

2.2.4 Probleme bei der Versorgung mit Hilfsmitteln im deutschen Gesundheitssystem

Hilfsmittel sind für viele Menschen mit Behinderung, insbesondere für ältere Menschen eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sie unabhängig von der Unterstützung von Angehörigen oder Pflegepersonal ihren Alltag bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung kommen viele unterschiedliche Aspekte zusammen, die Beachtung finden müssen. Während die Krankenkassen an das Prinzip der Wirtschaftlichkeit gebunden sind (s. 2.2.3 „Prozess der Hilfsmittelversorgung“, S. 15), müssen verordnende Ärzte und Therapeuten ihr Augenmerk auf die Eigenschaften des Hilfsmittels sowie den zu erwartenden Nutzen für den Patienten richten.

Durch die Vielzahl der Neuentwicklungen auf dem Markt wird es für die am Versorgungsprozess Beteiligten zunehmend schwieriger für und mit Patienten ein individuell passendes Hilfsmittel auszusuchen.

Die DVfR hat 2006 eine Expertise „Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln“ erstellt, die relevante Probleme in der Versorgung mit Hilfsmitteln identifiziert. Diese bezieht sich auf den Versorgungsprozess, die Auswahl der Hilfsmittel, entstehende Kosten, den Nutzen der Hilfsmittel sowie mangelnde Kompetenz der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen bezüglich Beratung und Kooperation. So erwähnt sie z.B., dass die Versorgung mit Hilfsmitteln durch zu hohe Kosten gekennzeichnet ist und Hilfsmittel wegen FehlAuswahl oder mangelnder Passfähigkeit für die Betroffenen nur unzureichend nutzbar sind.

Der Versorgungsprozess sei aus Sicht der Betroffenen und Verordner insgesamt zu langwierig und Ablehnungen durch die Krankenkassen in manchen Fällen unberechtigt. Weiterhin betonen sie, dass die Kompetenz bezüglich der Kenntnis der Produktpalette und die Steuerung der Hilfsmittelversorgung durch die verordnenden Ärzte oft mangelhaft sind. Eine produkt- und firmenunabhängige Beratung erfolge nur teilweise. Somit stellt die Expertise die bedarfs- und sachgerechte Hilfsmittelversorgung in Frage, vor allem da aufgrund der Komplexität und des beständigen Wandels des Hilfsmittelmarktes spezifisch aufbereitete Informationen für die Anwendergruppen fehlen.

Eine Fehl-, Unter- und kostenintensive Überversorgung mit Hilfsmitteln sollte vermieden werden, da hierdurch Ressourcen verloren gehen. Die Teilhabechancen

der Betroffenen können nicht ausgeschöpft werden. Zugleich schränken sich Handlungsspielräume der Kostenträger ein.

Ein großes Problem ist es, dass in Deutschland kaum verwertbare Daten zur Versorgungsqualität und der Versorgungslage vorliegen. Dadurch ist die Versorgungsforschung, die Entwicklung von Versorgungsstandards und eine praktikable Leitlinienentwicklung im Hilfsmittelbereich unterentwickelt (DVfR, 2006). Einen Anfang hinsichtlich der Entwicklung von Leitlinien hat die „Deutsche Gesellschaft für Neurologie“ (DGN) gemacht. Diese wird im aktuellen Stand der Forschung (s. 2.7 „Aktueller Stand der Forschung“, S. 33) näher erläutert.

Cordes et al. (2013) weisen darauf hin, dass gerade „der Übergang der Klientinnen von der stationären zur ambulanten Versorgungssituation oder ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers“ besonders problematisch scheint (S. 18). Sie betonen auch, dass die Anleitung und Schulung von Hilfsmittelnutzern und ihre Unterstützung bei der Bewältigung von Transferhindernissen stark vernachlässigt und nicht ausreichend honoriert werde. Dies bestätigt die praktischen Berufserfahrungen der Autorinnen und zeigt wie wichtig es ist, Informationen der Hilfsmittelnutzer im Rahmen der Forschung zu evaluieren, wie sie ihre Hilfsmittel im Alltag nutzen können und welche Probleme dabei auftreten.

Nicht in jedem Fall sind Hilfsmittel Gegenstände, die den Alltag erleichtern. Sie können im Gegenteil auch Barrieren für eine Person darstellen. Die ICF beschreibt sie in diesem Sinne als relevante Kontextfaktoren, die Partizipation fördern, unter Umständen jedoch auch hemmen können (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). Dem Zusammenhang zwischen Kontextfaktoren und Partizipation kommt deshalb in der individuellen Hilfsmittelversorgung der Patienten, sowie in der Forschung eine große Bedeutung zu. Die ICF wird daher im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

2.3 ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

Die ICF wurde von der WHO entwickelt und 2001 von den Mitgliedsstaaten bestätigt. Sie dient als internationaler Rahmen, um Gesundheit und gesundheitsbezogene Faktoren klassifizieren zu können. Sie bietet eine einheitliche Terminologie zur Beschreibung von den Beziehungen zwischen funktionalem Gesundheitszustand, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und den Kontextfaktoren eines Menschen. Sie gilt fach- und nationenübergreifend für die unterschiedlichsten Berufsgruppen im Sektor der Gesundheitsversorgung und ermöglicht dadurch auch einen internationalen Vergleich von Daten (DIMDI, 2005).

Die ICF gliedert sich in zwei Teile. Zum einen in die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung, zum anderen in die Komponenten der Kontextfaktoren. Die Komponenten des ersten Teils beziehen sich sowohl auf Körpersysteme und –strukturen, als auch auf Aktivitäten und Partizipation. Der zweite Teil der ICF bezieht sich auf Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren.

Die WHO fordert die Mitgliedsstaaten auf die ICF nicht nur für Prozesse der Überwachung und Berichterstattung im Gesundheitswesen einzusetzen, sondern sie auch in der Forschung zu verwenden. So basieren viele der von den Autoren in der vorliegenden Studie herangezogenen Assessments auf der Terminologie der ICF, u.a. der Facilitators and Barriers Survey/Mobility and Participation Survey of Mobility Limited People (s. 3.6.3 „Verwendete Assessments“, S. 74).

Auch Townsend & Polatajko betonen in *Enabling Occupation II* (2007), dass das CMOP-E mit der ICF harmoniert. Es bestehen viele Ähnlichkeiten, aber auch ein paar Unterschiede. Die Komponenten der Körpersysteme und –strukturen der ICF gleichen dem Konzept der Person im CMOP-E, welches kognitive, affektive und physische Komponenten unterscheidet. Die Bereiche Aktivität sowie Partizipation aus der ICF und die Occupation sowie die Occupational Performance aus dem CMOP-E ähneln sich, unterscheiden sich jedoch in der Terminologie. Partizipation definiert die ICF als das Eingebundensein in eine Lebenssituation. Sie wird dort als das Funktionieren auf sozialer Ebene verstanden. Das CMOP-E bezieht in seiner Sichtweise von Partizipation dagegen immer das subjektive Erfahren des Menschen mit ein (Polatajko et al, 2007).

Hilfsmittel werden in der ICF in Kapitel 1 der Klassifikation der Umweltfaktoren als Hilfsprodukte und unterstützende Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport aufgeführt (DIMDI, 2005).

Die ICF basiert auf dem biopsychosozialen Modell (Bengel, Töns & Schliehe, 2012). Als Bezugswissenschaft dient ihr ebenso wie der Ergotherapie die Psychologie.

2.4 Psychologie als Bezugswissenschaft für die Ergotherapie

Die Psychologie zählt zu den Sozialwissenschaften. Diese beschäftigen sich grundsätzlich mit den Phänomenen, die die Person und die Gesellschaft betreffen (Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2007). Für die Ergotherapie spielt die Psychologie als Bezugswissenschaft eine bedeutende Rolle. Götsch (2007) sagt, dass die Psychologie die Wissenschaft sei, die sich am meisten mit dem Handeln von Menschen beschäftigt und somit der Ergotherapie als Bezugswissenschaft am nächsten stehe. In der ergotherapeutischen Berufspraxis ist es erforderlich, über Kenntnisse von neuropsychologischen Vorgängen wie Denken, Problemlösen, Gedächtnisfunktionen und Motivation zu verfügen, um Betätigungsprobleme identifizieren und eine Behandlung effektiv planen zu können. Durch Grundlagen aus der Psychologie lassen sich Vorgehensweisen in der Therapie erklären und begründen.

Die Psychologie gliedert sich je nach Denkansatz in unterschiedliche Bereiche. Die Allgemeine Psychologie befasst sich mit psychischen Prozessen und Phänomenen, die bei allen Menschen gleich ablaufen. In der Entwicklungspsychologie werden Veränderungsprozesse untersucht, die sich über die gesamte Lebensspanne erstrecken. Die Persönlichkeitspsychologie analysiert Muster des Denkens, Fühlens und Verhaltens. Die Klinische Psychologie beschäftigt sich mit der Entstehung, Erkennung und Therapie von psychischen Störungen oder den psychischen Anteilen somatischer Störungen. Des Weiteren gibt es die Sozialpsychologie, die sich mit menschlichem Erleben und Verhalten im sozialen Kontext befasst, die Gemeindepsychologie, welche Menschen helfen soll, besser mit Problemen ihres Alltags umzugehen und die Organisationspsychologie, die sich mit dem Erleben und Verhalten des Menschen in Organisationen, z.B. Firmen beschäftigt (Windisch & Zoßeder, 2006).

Eine besondere Bedeutung kommt der Humanistischen Psychologie zu. Viele Berufsbilder wurden im Laufe der Zeit stark von ihrer Denkweise beeinträchtigt; u.a. die Ergotherapie und die Sozialarbeit (Hagedorn, 2000). Beides sind Berufsgruppen, die oft in den Prozess der Hilfsmittelversorgung involviert sind. Die Humanistische Psychologie beschäftigt sich mit der subjektiven Erfahrung des Einzelnen. Sie geht von den Grundannahmen aus, dass jeder Mensch von Natur aus ein positiv handelndes Wesen ist, das Wertschätzung durch andere verdient.

„Jeder Mensch kann selbst sein Leben steuern und bestimmen, wie er werden möchte. Er kann sich nur verändern, wenn er es selbst will; Veränderungen werden nur eintreten in einem aktiven Prozess, der dem Individuum wichtig ist“ (Hagedorn, 2006).

In der Ergotherapie entstanden aus dem humanistischen Bezugsrahmen zwei verschiedene Ansätze: der klientenzentrierte und der studentenzentrierte Ansatz. Der klientenzentrierte Ansatz prägt in besonderem Maße das CMOP-E (s. 2.6, S. 25).

Ebenso wurde auch das psychologische MPT- Modell von der Denkweise der humanistischen Psychologie beeinflusst. Auch hier steht der klientenzentrierte Ansatz im Vordergrund (s. 2.5 „MPT“, S. 23), wie es im nachfolgenden Abschnitt beschrieben wird.

2.5 Matching Person and Technology

Wie schon im Verständnis des Begriffs „Hilfsmittel“ (s. 2.2.1, S. 11) erwähnt, gewinnt das MPT- Modell auch in Deutschland zunehmend an Relevanz.

Das Modell wurde 1989 von Scherer entwickelt und in den folgenden Jahren ausgebaut. Heute leitet sie das Institute for Matching Person & Technology. Das Modell basiert auf den Grundgedanken der Psychologie. Scherer (2005) sieht den Hilfsmittelgebrauch als dynamischen interaktiven Prozess. Herausforderungen und Bedürfnisse einer Person bleiben nicht starr erhalten, sondern variieren von Zeit zu Zeit und damit auch die Anforderungen an ihre Hilfsmittel. Das Modell hat zum Ziel sowohl fördernde als auch hinderliche Faktoren, die den Gebrauch eines Hilfsmittels beeinflussen können, zu identifizieren und dadurch für und mit dem Klienten das in seiner Lebenssituation für ihn geeignete Hilfsmittel zu finden.

Scherer (2005) sieht die Gründe für das Entstehen eines Nicht-Gebrauchs eines Hilfsmittels in drei Bereichen: der Person, der Umwelt und der Technologie (des Hilfsmittels mitsamt Zubehör). Daher müssen ihrer Ansicht nach alle drei Aspekte bei der Versorgung Berücksichtigung finden. Wessels et al. (2003) betonen in ihrer Studie, dass in Bezug auf die Technologie sowohl Mängel des Designs, der Montage und der Anpassung wie auch Probleme bei der Lieferung einen ordnungsgemäßen Gebrauch des Hilfsmittels behindern.

Ein Mensch mit einer Behinderung erfährt auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene die Konsequenzen, die diese Behinderung mit sich bringt. Dadurch formt sich seine individuelle Erfahrung mit der Behinderung, seine Erwartungen in Bezug auf seine Lebensqualität und seine persönliche Ansicht über die Erfolgchancen, Funktionen ausgleichen zu können. Diese Faktoren wirken sich wiederum auf die Person selbst, ihre Umgebung und auf das Hilfsmittel aus und führen letztendlich entweder zum erfolgreichen Gebrauch oder aber zum Nicht-Gebrauch. Andersherum gesehen wird ein Gebrauch oder Nicht-Gebrauch einen Effekt auf Person, Umwelt und das Hilfsmittel haben und somit die Sicht des Klienten auf einen zufriedenstellenden Ausgleich von Funktionen, die Erfahrung des Klienten mit der Behinderung und die Lebensqualität beeinflussen. Dies wird sich auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene auswirken (Scherer, 2005).

Ein Mensch der ohne Hilfsmittel nicht die Möglichkeit hat an der Gesellschaft zu teilzuhaben, bekommt mit einem geeigneten Hilfsmittel unter Umständen die Möglichkeit anders mit seiner Umwelt in Kontakt zu treten. Scherer beschreibt Hilfsmittel als Medien, die einer Person Zugang zu neuen Welten eröffnen können (Scherer, 2005).

Um das geeignete Hilfsmittel zu ermitteln, sind jedoch gut geschulte Experten als Hilfsmittelberater nötig. Ergotherapeuten sind schon durch ihre Kenntnisse aus dem ergotherapeutischen Modell CMOP-E (s. 2.6, S. 25) auf die Funktion als Berater im Hilfsmittelprozess eingestellt. Sie werden auch durch die in Deutschland geltenden Heilmittelrichtlinien als Experten für den Einbezug von Hilfsmitteln zur Förderung der Selbständigkeit von Klienten ausgewiesen (s. 1.1.2 „Die Rolle der Ergotherapeuten in der Hilfsmittelversorgung“, S. 3). Sie nutzen sogenannte *Enablement-skills* um die Beteiligung des Klienten am Prozess zu fördern und den selbigen voranzutreiben. Der Therapeut nimmt im Hilfsmittelprozess die Rolle des „Ermittlers“ ein. Er prüft, ob die Anforderungen des Hilfsmittels mit den Gegeben-

heiten der Umwelt zusammenpassen und beides den Einstellungen des Klienten, seinen Charaktereigenschaften, Ressourcen und Bedürfnissen gerecht werden. Gegebenenfalls bezieht er eine Anpassung der Umwelt in seine Überlegungen mit ein. Wichtig ist es jedoch laut Scherer (2005) bei der Hilfsmittelversorgung alle Personen zu berücksichtigen, die mit dem Hilfsmittel in Kontakt kommen sollen, nicht nur den potenziellen Nutzer.

Scherer erläutert (2005) die Dringlichkeit von Expertenschulungen, Information der Betroffenen und Angehörigen, weiterer Forschung auf dem Gebiet der Hilfsmittelnutzung und einer regelmäßigen Bedarfsermittlung bei den Klienten, da sich der Bedarf durch Veränderungen der Lebenssituation ändern kann.

Vom Institute for Matching Person & Technology sind diverse Assessments für die Bedarfsermittlung von Hilfsmitteln herausgegeben worden, u.a. das ATDPA, welches auch in Deutschland an Bekanntheit gewinnt und mittlerweile auch ins Deutsche übersetzt wurde (Cordes et al., 2013). Sie wurden auf der Basis von Erfahrungen von „Hilfsmittelnutzern und Nicht-Nutzern“ entwickelt (Institute for Matching Person and Technology, 2008) und sind kompatibel mit der Terminologie der ICF.

Mittlerweile ist auch in Deutschland der Bedarf an geschulten Experten für die Hilfsmittelversorgung erkannt worden. So bietet z.B. der DVE seit 2013 Kurse für die Systematische Hilfsmittelberatung und –versorgung mit Unterstützung des MPT-Modells und dem ATDPA an.

2.6 Ergotherapeutisches Inhalts- und Prozessmodell: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

Im MP –Modell (s. 2.5, S. 23) wurde bereits der Zusammenhang zwischen der Person, der Umwelt und der Technologie bei der Hilfsmittelversorgung näher beschrieben. In der ergotherapeutischen Sichtweise wird dieser Zusammenhang um den Bereich „Betätigung“, die den Mittelpunkt ergotherapeutischer Interventionen darstellt, erweitert. Das CMOP-E bietet mit seinem Inhalts- und Prozessmodell eine theoretische Basis und einen praktischen Rahmen, der, bezogen auf die Versorgung mit Hilfsmitteln, wichtige Einflussfaktoren und Bezugssysteme für Betätigung aufzeigt und die ergotherapeutischen Kompetenzen für die Hilfsmittelversorgung beschreibt.

Im Folgenden werden das Inhalts- und Prozessmodell im Kontext der Hilfsmittelversorgung beschrieben.

2.6.1 Inhaltsmodell

„Das kanadische Modell der Betätigungs-Performanz (Canadian Model of Occupational Performance, CMOP, Richtlinien für die klienten-zentrierte Praxis) ist aus einer gemeinsamen Initiative des kanadischen Ergotherapie-Verbandes und des „Canadian Department of National Health and Welfare“ (kanadisches Institut für nationale Gesundheit und Wohlfahrt) (1983) entstanden“ (Hagedorn, 2000, S. 115). Seitdem hat sich das Modell stetig weiterentwickelt.

In dem Grundlagenwerk, „Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation“, das von Townsend und Polatajko 2007 veröffentlicht wurde, wurde der Name des Modells um den Begriff „Engagement“* in „Canadian Model of Occupational Performance and Engagement“ (CMOP-E) ergänzt. Diese Ergänzung setzt den Fokus auf das Konzept des „Engagements“ als Gegenstandsbereich ergotherapeutischer Arbeit. Der Handlungsbereich der Ergotherapie wird auf die Bereiche eingegrenzt, die mit der Betätigung des Klienten in Zusammenhang stehen.

Das Modell beschreibt den Zusammenhang zwischen der Person, ihrer Umwelt und der bedeutungsvollen Betätigung, die sie in ihrem täglichen Leben ausführt. Der Begriff „Occupation“ stellt die „Core Domain“ des Modelles dar und wird in die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit eingeteilt. (Polatajko et al, 2007, S. 17). Dabei wird die Betätigungs-Performanz als eine dynamische Interaktion zwischen Person, Betätigung und Umwelt verstanden. „The CMOP,..., conceptualizes occupational performance as the dynamic interaction of person, occupation and environment“ (Polatajko et al., 2007,S. 23).

Person

Im Zentrum des Modells steht die Person mit ihren kognitiven, affektiven und physischen Performanz-Komponenten, wobei die Spiritualität* den Mittelpunkt dieser Performanz-Komponenten bildet (s. Abbildung 2, S. 29). Die Spiritualität wird als die Essenz, das Wesen des Menschen verstanden, die das Erleben und die Aus-

führung von Betätigung beeinflusst. Sie muss dabei keine religiösen Hintergründe aufweisen, sondern macht den Menschen einzigartig und verleiht ihm Sinn in seinem Leben und Bedeutung in seinem Handeln. „Spirituality in this context is not necessarily seen to have a religious base, although it may for some people, and is regarded as the essence that makes us distinctive and unique” (Polatajko et al, 2007, S. 59). Bei dem Gebrauch von Hilfsmitteln, um Betätigung ausführen zu können, spielt die Spiritualität eine wichtige Rolle. Sie kann die Nutzung an sich beeinflussen, wenn z.B. die Betätigung durch den Einsatz des Hilfsmittels an Bedeutung verliert und das Hilfsmittel deshalb nicht angenommen wird. Sie kann die Verwendung von Hilfsmitteln aber auch positiv beeinflussen, wenn z.B. die gewonnene Selbstständigkeit durch das Hilfsmittel im Vordergrund steht. “We need to understand client’s needs for independence and privacy, the client’s attitude toward technology and from whom he or she will accept assistance” (Polgar, 2006, S. 199).

Betätigung

Die Einteilung von Betätigung in Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit umrahmt im Modell die Person. Dabei bietet es eine einfache aber auch umfassende Kategorisierung von Betätigung (Polatajko et al, 2007). Hierbei betonen Polatajko et al. in „Enabling Occupation II“, dass das CMOP-E ein subjektives und situationsspezifisches System ist. „Only the individual engaged in an occupation can truly determine its purposes, which may be multiple and may shift from situation to situation” (Polatajko et al, 2007, S.42).

Betätigung wird im CMOP-E sowohl als menschliches Bedürfnis als auch im Sinne seines therapeutischen Potentials verstanden. Hierzu erläutern Polatajko et al. (2007) wesentliche Grundannahmen in Bezug auf Betätigung. Betätigung beeinflusst die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen, organisiert die zeitlichen Abläufe und strukturiert das Leben, gibt dem Leben Bedeutung und ist idiosynkratisch, d.h. spezifisch auf das Individuum bezogen.

Diese Grundannahmen sind wichtige Faktoren, die bei der Hilfsmittelversorgung berücksichtigt werden müssen, wenn das Hilfsmittel als „Enabler“ in die alltäglichen Betätigungen der Klienten eingebunden werden soll. Dabei ist es wichtig nicht nur die, für den Klienten wichtigen, Betätigungen zu identifizieren, sondern auch die idiosynkratische Bedeutung dieser Betätigung zu erfassen, um beurteilen

zu können, ob und wie das Hilfsmittel eingesetzt werden kann, um Teilhabe und Betätigung zu ermöglichen. „We also need to delve into the meaning these occupations hold for the individual in order to guide us in determining whether and how AT will be useful in enabling occupation “ (Polgar, 2006, S. 199).

Aus diesem Grund ist auch die Zufriedenheit der Klienten bei der Partizipation der einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens für die Autorinnen von hoher Relevanz, wenn sie das Forschungsthema des Non-Use von Hilfsmitteln betrachten. Der PARTS/M* bietet die Möglichkeit die Partizipation in verschiedenen qualitativen Dimensionen zu erfassen und wird in der Beschreibung der verwendeten Assessments für den Fragebogen (s. 3.6.3, S.74) näher beschrieben.

Umwelt

Mit der Einführung des “CMOP-E” in „Enabling Occupation II“ wird der Umwelt mehr Bedeutung, im Sinne einer sich wechselseitig beeinflussenden Beziehung zur Person und Betätigung, beigemessen. Polatajko et al. (2007) differenzieren die physische, soziale, kulturelle und institutionelle Umwelt. Sie bietet den Kontext, in dem die Betätigungsperformanz, z.B. die Nutzung des Hilfsmittels, stattfindet und kann diese sowohl unterstützend als auch einschränkend beeinflussen. „Assistive devices are not only prescribed for a person but for that person’s context” (Skymne et al., 2012, S. 201). Die Nutzung eines Hilfsmittels kann nur erfolgreich in das tägliche Leben integriert werden und dieses effektiv unterstützen, wenn bei der Versorgung alle Umweltfaktoren evaluiert und berücksichtigt werden. Polgar (2006) schreibt hierzu: “We need to identify the environmental enablers and barriers, recognizing that the technology needs to transfer across environments in order to be effective” (S. 200). Auch die CAOT betont in ihrem Position Statement, “Assistive Technology and Occupational Therapy” (2012): “The client’s receptiveness to the device/modification and their social, cultural and physical environment are important factors that are considered” (S. 3). Das Assessment (FABS/M* ist ein Instrument, das die physische Umwelt und ihren Einfluss auf die Partizipation erfasst und auch die Nutzung von Hilfsmitteln integriert. (s. 3.6.3, „Verwendete Assessments für den Fragebogen“, S. 74).

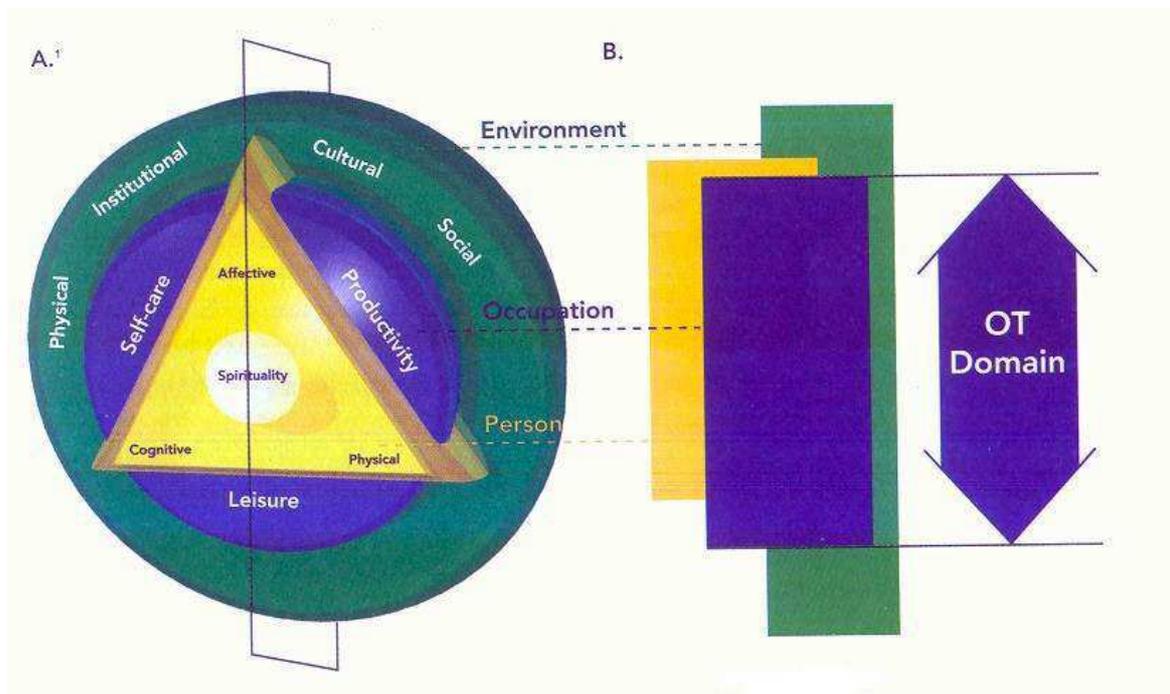


Abbildung 2 Canadian Model of occupational performance (A) and Engagement (B) (Townsend & Polatajko, 2007, S. 23)

COPM: Auf der Grundlage des CMOP-E wurde vom kanadischen Ergotherapieverband (CAOT) das Assessment „Canadian Occupational Performance Measure“ (COPM)* entwickelt. Es ist ein wissenschaftlich gut erforschtes Messinstrument, um Problembereiche und Anliegen in Bezug auf die Betätigungsperformanz aus Sicht des Klienten in Bezug auf Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit, die Prioritäten des Klienten und die Veränderung der Eigenwahrnehmung des Klienten in Bezug auf Performanz und Zufriedenheit zu erfassen.

2.6.2 Prozessmodell: The Canadian Practice Process Framework (CPPF)

Das CPPF ist eine Struktur für den ergotherapeutischen Prozess, der ein klientenzentriertes und evidenzbasiertes Vorgehen ermöglicht.

Es ist zielorientiert und kann in allen Arbeitsbereichen der Ergotherapie angewendet werden (Craik, David & Polatajko, 2007).

Da der Klient selbst der Experte für sein Betätigungsproblem und seine Betätigungswünsche ist, wird er an dem Prozess größtmöglich beteiligt und in Entscheidungen miteinbezogen (Craik et al., 2007).

Gerade bei der Auswahl und Versorgung mit Hilfsmitteln ist diese Integration des Klienten von entscheidender Bedeutung, um einem Nicht-Gebrauch des Hilfsmittels entgegenzuwirken.

Das CPPF besteht aus vier Kernelementen, die in kontextabhängige Elemente und Prozesselemente unterteilt werden.

Die kontextabhängigen Elemente beinhalten den sozialen und praktischen Kontext und die Bezugssysteme (Craik et al., 2007). Der soziale und praktische Kontext wiederum wird in die Umweltbereiche des CMOP-E, physisch, sozial kulturell und institutionell eingeteilt (Craik et al., 2007). Am Beispiel der physischen Umwelt kann sehr gut verdeutlicht werden, wie wichtig der soziale und praktische Kontext für den Prozess der Hilfsmittelversorgung ist. Einerseits spielen die Beschaffenheit und Ausstattung der Umgebung, in der das Hilfsmittel genutzt werden soll, eine entscheidende Rolle für dessen Auswahl. Andererseits sind aber auch institutionelle Möglichkeiten, wie z.B. das Vorhandensein von Hilfsmitteln zum Ausprobieren, von großer Relevanz für den Klienten, um die richtige Wahl zu treffen, aber auch, um im Umgang mit dem Hilfsmittel angeleitet und trainiert zu werden.

Das Prozesselement wird von den acht „action points“ und seinen „pathways“ gebildet. Diese leiten den ergotherapeutischen Prozess, bieten aber auch die nötige Flexibilität, um die Behandlung anzupassen.

2.6.3 Ergotherapeutische Kompetenzen: The Canadian Model of Client-Centred-Enablement (CMCE)*

Als Kernkompetenz der Ergotherapie wird in „Enabling Occupation II“, das „Enabling“ sehr detailliert beschrieben. Prägnant zusammengefasst beinhaltet es alles, was Ergotherapeuten tun, um Klienten dahingehend zu befähigen, die für sie bedeutungsvollen Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und durchzuführen.

Um die Werte, die Interessen, das Konzept, aber auch kritische Perspektiven bezüglich den Gründen und den Prioritäten des „Enablement“* zu beschreiben, haben Townsend et al. (2007) sechs „enablement foundations“ entwickelt.

Die Grundannahme des „Choice, risk, responsibility“ bringt zum Ausdruck, dass der Klient in seinen Erfahrungen, seinen Einstellungen, seinen Interessen und seiner Sicherheit respektiert werden muss und der Therapeut verantwortungsvoll mit diesen umgeht (Townsend et al., 2007). Dabei kann die Einschätzung und Meinung von Klient und Therapeut unterschiedlich sein. Daher müssen Entscheidungen im Sinne einer zweiten wichtigen „Säule“, des „power-sharings“, mit dem Klienten gemeinsam auf einer Ebene getroffen werden.

Der Therapeut steht dabei nicht über dem Klienten, sondern ermöglicht es ihm, seine Wünsche und Bedürfnisse in den therapeutischen Prozess miteinzubringen und arbeitet mit dem Therapeuten zusammen an der Erreichung seiner Betätigungszufriedenheit (Townsend et al., 2007). Bei dieser Arbeit steht die dritte „enablement foundation“, die „client partizipation“ stets im Mittelpunkt.

Hiermit ist das Eingebunden sein und das Teilhaben der Klienten an und in ihrem Leben gemeint, das von vielen verschiedenen Faktoren, wie z.B. Interessen, Einstellungen, Bedürfnisse und Erwartungen beeinflusst wird (Townsend et al., 2007).

Im Sinne der Partizipation ist es wichtig, dass der Therapeut dem Klienten eine Vorstellung von seinen Möglichkeiten vermittelt, die „vision of possibilities“. Mit dessen Hilfe kann es dem Klienten ermöglicht werden, seine Situation zu ändern und einen „Change“ in seiner Betätigung- und Handlungssituation zu vollziehen (Townsend et al., 2007). Um dies zu erreichen spielt die letzte „enablement foundation“ „justice“ eine wichtige Rolle.

Vor allem bei Menschen mit Einschränkungen und Behinderung ist es eine wichtige Aufgabe der Ergotherapie, diesen Menschen zu ihrem Recht und der Gerechtigkeit zu verhelfen ihr Leben unabhängig von anderen gestalten zu können (Townsend et al., 2007).

Diese „occupational justice“* gewinnt in den Zeiten des demographischen Wandels und dem damit verbundenen Anstieg älterer Menschen, die meist von multiplen Einschränkungen und Behinderungen betroffen sind, an großer Bedeutung (s. 2.1 „Relevanz der Hilfsmittelversorgung für ältere Menschen“, S. 8). Diesen Menschen, trotz ihrer Einschränkungen, ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben zu ermöglichen und ihnen damit zu mehr Lebensqualität zu verhelfen, ist eine wichtige Rolle der Ergotherapie. Um dies zu erreichen, können Hilfsmittel ein entscheidender Faktor sein. „Although advanced age brings many age-related changes and age-related chronic conditions, older individuals do rely on, and consider important, their assistive devices“ (Mann, Llanes, Justiss & Tomita, 2004, S. 11).

Ergotherapeuten als Experten in der Hilfsmittelversorgung können ältere Menschen dabei unterstützen, die richtigen Hilfsmittel auszuwählen und richtig zu nutzen, um sie in ihr tägliches Leben zu integrieren und sie als Lösung für ihr Handlungsproblem zu akzeptieren (s. 1.1.2 „Die Rolle der Ergotherapeuten in der Hilfsmittelversorgung, S. 3). Dies bestätigt auch die Studie von Skymne et al.

(2012), in der die Erfahrungen älterer Menschen bei ihrer Hilfsmittelnutzung untersucht wurden. "...and to get used to the assistive devices and accept them as a permanent solution it was felt that instruction, training, and follow-up by the experts was imperative" (S. 198).

Die „enablement foundations“ bilden die Grundlage für das CMCE. Das CMCE beinhaltet die zehn „Enablement skills“: Adapt, Advocate Coach, Collaborate, Consult, Coordinate, Design/Build, Educate, Engage und Specialize. Diese wiederum sind in die sieben „Competency Roles“ des „Profile of Occupational Therapy Practice in Canada“ eingegliedert. Die Rollen der Ergotherapie werden als: „Change Agent“, „Communicator“, „Collaborator“, „Expert in Enabling Occupation“, „Practice Manager“, „Practice Scholar“ und „Professional“ beschrieben (Townsend et al., 2007).

Die „Enablement skills“ kommen in der ergotherapeutischen Arbeit niemals isoliert zum Einsatz. Welche und wie viele Fähigkeiten ein Ergotherapeut einsetzt, um seinen Klienten zu Betätigung zu befähigen, hängt immer individuell von dem Kontext, dem Klienten und den persönlichen Fähigkeiten und Interessen ab.

Wie im Abschnitt MPT-Modell (s. 2.5, S. 23) näher beschrieben, ist es bei der richtigen Auswahl von Hilfsmitteln entscheidend, dass das Hilfsmittel auf die Bedürfnisse der Klienten und auf seine individuelle Umwelt angepasst ist. Im kanadischen Modell findet sich diese ergotherapeutische Kompetenz vor allem in der Rolle des „Change Agent“ wieder. Mit den Fähigkeiten „adapt“, „advocate“, „educate“, „collaborate“ und „design/build“ kann er den Klienten dahingehend unterstützten, ein geeignetes Hilfsmittel auszuwählen, zu erhalten, es an seine Bedürfnisse und Fähigkeiten anzupassen und in dessen Gebrauch angeleitet und geschult zu werden.

„Occupational therapists have expertise to assist Canadians with selecting, training and using assistive technology, which will facilitate their occupational performance“ (CAOT, 2012, S.1). Bezogen auf die Nutzung von Mobilitätshilfsmitteln älterer Menschen betonen Skymne et al. (2012): „Prescribing assistive devices is in itself an adaptive approach, but lessons from the present study convey the im-

portance of their being prescribed and trained within the user ' s environment" (S. 201).

Die Hilfsmittelversorgung findet sich im kanadischen Modell in dem Handlungsbe- reich des „Enabling“, also an der Schnittstelle von Person, Betätigung und Umwelt. Wenn es gelingt, diese drei Bereiche mit dem Hilfsmittel aufeinander abzustim- men, kann dieses in den Alltag der Klienten sinnvoll integriert und genutzt werden. Aus diesem Grund ist das Forschungsinteresse der Autorinnen Informationen hin- sichtlich der Nutzung von Hilfsmitteln zu persönlichen Faktoren, Umweltfaktoren, der Betätigung/Partizipation und zu der Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel zu sam- meln und auszuwerten, um einen tieferen Einblick in den quantitativen aber auch qualitativen Gebrauch von Hilfsmitteln zu erhalten. Das Assessment COPM des kanadischen Modells ist aufgrund seiner Durchführung als semi-strukturiertes Interview nicht geeignet, um diese Informationen in Form eines quantitativen Fra- gebogens zu ermitteln. Daher ist es nötig geeignete Assessments zu recherchie- ren, welche die oben genannten Inhalte integrieren und möglichst detailliert abfragen (s. 3.6.3, „Verwendete Assessments für den Fragebogen“, S. 74) sowie den aktuellen Stand der Forschung zu diesem Thema, wie er im Folgenden be- schrieben wird, zu berücksichtigen.

2.7 Aktueller Stand der Forschung

In den vergangenen Jahrzehnten wurde international viel zu dem Thema Hilfsmit- tel geforscht. Dabei wurde der Fokus immer wieder darauf gesetzt, wie Hilfsmittel von den Klienten genutzt werden können, welche Probleme bei dem Hilfsmittelge- brauch auftreten und welche Faktoren diesen beeinflussen.

Kaye, Yeager, & Reed befassten sich 2008 mit den Unterschieden in der Nutzung technischer Hilfsmittel bei Menschen mit Behinderung. Ihre Forschung beinhaltete eine umfassende Bandbreite von Hilfsmitteln, die von Menschen mit unterschiedli- chen Behinderungen ab einem Alter von 18 Jahren benutzt wurden. Rogers & Holm hingegen konzentrierten sich bei ihren Studien 1992 auf den Bereich der rheumatischen Erkrankungen und führten hierzu eine Literaturlauswertung zu der Nutzung technischer Hilfsmittel von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen durch. Auf der Grundlage ihrer Auswertungen haben sie das „Assistive Technolo- gy Device Prediction Model“ aufgestellt.

Die Tabelle zum aktuellen Stand der Forschung (s. Tabelle 3, S. 36-37) gibt einen kleinen Einblick in die große Bandbreite von Forschungen zu diesem Thema. Dabei wird deutlich, wie unterschiedlich die Auswahl der Zielgruppen und der untersuchten Hilfsmittel gestaltet ist. Diese variieren zwischen einer großen Auswahl an Hilfsmitteln bis zu einem speziellen Hilfsmittel und von einer ganz bestimmten Altersgruppe bzw. einem konkretem Krankheitsbild bis hin zu internationalen Untersuchungen mit einer großen Altersspannweite ohne ein bestimmtes Krankheitsbild. Daher ist es auch nicht erstaunlich, dass sich deutliche Unterschiede in den Ergebnissen zeigen und diese nur bedingt vergleichbar sind. Bei den aufgeführten Ergebnissen (s. Tabelle 3, S. 36-37) variieren die Zahlen des Non-Use von 8% bei Dijcks, De Witte Gelderblom, Wessels & Soede (2006) bis zu Non-Use Raten von 39% bei Mischker (2009).

Obwohl auf der Grundlage dieser Forschung bereits Modelle, wie z.B. das MPT-Modell (s. 2.5, S. 23) von Scherer oder das Assistive Technology Device Usage Prediction Modell von Rogers & Holm (1992) zu diesem Thema entwickelt worden sind, fehlt es bis jetzt an der Verfügbarkeit eines grundlegenden theoretischen Rahmens. „Although several studies have been performed on the matter of non-use of assistive technology devices, a solid theoretical framework is not yet available“ (Wessels et al., 2003, S. 231).

Besondere Brisanz hat dieses Thema im Hinblick auf den demographischen Wandel und dem damit verbundenen Anstieg älterer Menschen. Diese Menschen benötigen vermehrt Hilfsmittel, um ihr Leben möglichst lange selbstständig gestalten zu können (s. 2.1 „Relevanz der Hilfsmittelversorgung für ältere Menschen“, S. 8). Auch wenn international bereits viele Fachpublikationen zu dem Thema Hilfsmittel existieren (s. Tabelle 3, S. 36-37), ist dieses Thema in Deutschland noch wenig erforscht. Einen wichtigen Beitrag für die deutsche Forschung hat Mischker (2009) mit ihrer Dissertation über die „intitiale Hilfsmittelversorgung für Patienten nach hüftnaher Femurfraktur – eine Vergleichsstudie über drei Mobilitätshilfsmittelgruppen im quasi- experimentellen Design zu drei Messzeitpunkten – im Fokus der Sicherheit, Wirksamkeit und Lebensqualität“ geleistet.

Quellenangabe Studiendesign*	Parker & Thorslund (1991):	Mann, Hurren & Tomita (1993)	Hoffmann & McKenna (2004)	Löfqvist, Nygren, Széman & Iwarsson (2005)
Ergebnis	<p>Interview im häuslichen Umfeld</p> <p>75% aller Hilfsmittel wurden genutzt 87% der Kommunikationsmittel wurden genutzt 83% der Umweltadaptionen wurden genutzt 34 % der Mobilitätshilfsmittel und 25 % der Hilfsmittel für die persönliche Hygiene wurde nicht genutzt.</p>	<p>Interview im häuslichen Umfeld</p> <p>79% der Hilfsmittel, die im Besitz sind, werden genutzt 72% der Hilfsmittel, die im Besitz sind, besteht Zufriedenheit</p>	<p>Survey Erhebung über Fragebögen</p> <p>89,2% nutzten die Hilfsmittel nach Entlassung 70,3% nutzten die Hilfsmittel zur Zeit der Befragung</p>	<p>Interviews Es wurden Daten von dem „Enable-Age“-Projekt („Enable-Age Survey Study“) verwendet.</p> <p>65% besitzen und nutzen mindestens ein Hilfsmittel, 24% ungedeckter Bedarf an Hilfsmittel</p>
Zielgruppe / Hilfsmittel	<p>Ältere Menschen (<75 Jahre), die im häuslichen Umfeld leben <u>Verschiedene Hilfsmittel</u> für die Bereiche: Baden, Toilettenbenutzung, Mobilität (drinnen), die Wohnung / Haus verlassen bzw. hineingelangen, Kommunikation, Essen / Kleiden / Transfer,</p>	<p>Menschen über 60 Jahre, die in ihrem häuslichen Umfeld leben <u>Verschiedene Hilfsmittel</u> (Einteilung in: physisch, kognitiv, auditiv, visuell und andere Hilfsmittel)</p>	<p>Patienten aus einer privaten Klinik (durchschnittlich 78,7 Jahre alt). Kein spezielles Krankheitsbild <u>Verschiedene Hilfsmittel</u> (für Bad, WC, Anziehhilfen)</p>	<p>Länderübergreifende europäische Auswahl von Teilnehmern Sehr alte Menschen (75-89 Jahre alt) <u>Verschiedene Hilfsmittel</u>: Eingeteilt in (nach der ISO-Klassifizierung) Persönliche Pflege (personal care), Mobilität, Kommunikation</p>

Quellenangabe	Dijcks, De Witte Gelderblom, Wessels & Soede (2006)	Kaye, Yeager, & Reed, (2008)	Mischker (2009)
Studiendesign	Survey Schriftlicher Fragebogen (Multiple Choice Fragen) Zwei Erhebungszeitpunkte	Survey, der auf der Grundlage eines umfassenden qualitativen und semiquantitativen Forschungsprozesses entwickelt wurde. Beinhaltet Interviews, Fokusgruppen auf Gemeindeebene	Vergleichsstudie über drei Mobilitätshilfsmittelgruppen im quasi-experimentellen Design
Ergebnis	92% der Befragten nutzten das Hilfsmittel regelmäßig zur Zeit der Untersuchung Nur 1% der Befragten hat das Hilfsmittel niemals genutzt	Ungleichgewicht in der Nutzung von technischen Hilfsmitteln bei Menschen mit verschiedenen Behinderungen	Intensive Nutzungsrate bei Mobilitätshilfsmitteln lag zum ersten Messzeitpunkt bei 80% beim zweiten Messzeitpunkt bei 61%
Zielgruppe / Auswahl der Hilfsmittel	Kein spezielles Krankheitsbild oder Alter Kein spezielles Hilfsmittel.	Alter der Befragten ab 18 Jahre aufwärts Kein spezielles Hilfsmittel	Geriatrische Patienten nach hüftnaher Femurfraktur Spezielle Hilfsmittel: Drei Mobilitätshilfsmittelgruppen: Unterarmgehstützen, Rollatoren und Rollstühle

Tabelle 3 Aktueller Stand der Forschung

Organisationen wie der DVfR und die Nationale Forschungs-AG Hilfsmittelversorgung (NaFAG) befassen sich intensiv mit dem Thema Hilfsmittelversorgung. Der DVfR hat 2006 die Expertise „Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln“ herausgegeben und 2009 die entsprechenden Lösungsoptionen. Hinsichtlich der Problemanalyse des DVfR erwähnen Cordes et al. (2013), dass dieser „nur wenig gesicherte empirische Grundlagen zur Verfügung stehen“, obwohl in der Versorgungspraxis, „Erfahrungen von Klientinnen, Angehörigen und verantwortlichen Therapeutinnen“ die vom DVfR erwähnten, strukturellen Probleme in der Hilfsmittelversorgung bestätigen. Dies führe in vielen Fällen zur „quasi institutionalisierten Ineffektivität des Versorgungsprozesses“ (S. 18). Weiterhin beklagen sie, „dass es keine gesicherten Aussagen zum Nutzen und zur Wirksamkeit von Hilfsmitteln gibt“ (S. 18).

Aus diesem Grund befasst sich der Arbeitskreis 3 der NaFAG mit der Methodik individueller Versorgung. Der Arbeitskreis legt seinen Fokus auf die Prozess- und Ergebnisqualität von Hilfsmittelversorgungen mit dem Ziel die Nutzungskompetenz/-sicherheit /-effektivität und Nutzungsraten zu verbessern (Cordes et al., 2013). Hierzu führen sie eine eher qualitativ angelegte Online-Befragung, die derzeit als Pilotbefragung mit 30 Experten stattfindet, durch.

Hier zeigt sich also eine deutliche Forschungslücke, die es nicht nur seitens der am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen, sondern vielmehr mit Hilfe der Erfahrung der Anwender, also der Klienten, zu schließen gilt.

Der Mangel an deutschen Forschungsergebnissen zeigt sich auch an der Verfügbarkeit von Leitlinien zur Versorgung mit Hilfsmitteln. Es konnte lediglich eine Leitlinie Technische Hilfsmittel, enthalten in den Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher und Medizinischer Fachgesellschaften, 2012), gefunden werden. Die Leitlinie besitzt die Entwicklungsstufe S 1, also die niedrigste Stufe in der Bewertung von Leitlinien, und wurde mittels des Verfahrens der Konsensbildung durchgeführt. In der Methodik wird aber darauf verwiesen, dass eine ausführliche Literaturrecherche stattgefunden hat. Dies ist sicherlich ein Anfang, dennoch bezieht sich diese Leitlinie auf die Versorgung mit technischen Hilfsmitteln in der neurologischen Rehabilitation und

schließt andere Krankheitsbilder sowie die ambulante Versorgung mit Hilfsmitteln nicht mit ein (AWMF, 2012).

2.8 Non-Use

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Definitionen des Begriffes Non-Use beschrieben und die Faktoren, die ihn beeinflussen, näher erläutert.

2.8.1 Definitionen von Non-Use

In Fachpublikationen, die sich mit dem Thema Hilfsmittel und Hilfsmittelversorgung beschäftigen, werden die Begriffe Non-Use und Abandonment verwendet, um den Nicht-Gebrauch oder die Ablehnung dieser Hilfsmittel seitens der Klienten zu beschreiben. „Over the years, several studies have been performed on the subject of non-use of provided assistive technology” (Wessels et al., 2003, S. 231).

Wessels et al. (2003) weisen darauf hin, dass in der Literatur der Begriff Abandonment oft im Zusammenhang mit dem Problem des Nicht-Gebrauchs von Hilfsmitteln verwendet wird. „In one of the ‘fundamental’ and often referred to publications on the issue of non-use the term ‘abandonment of assistive technology’ is introduced” (Dijcks, Soede, Gelderblom & De Witte, 2006, S 231).

Die Autorinnen entscheiden sich, wie auch Wessels et al. (2003), die Terminologie Non-Use für das Phänomen des Nicht-Gebrauchs von Hilfsmitteln zu verwenden, da dieser in der Übersetzung neutraler zu deuten ist, als der Begriff Abandonment. „We chose not to use this term, since ‘abandonment’ suggests a somewhat active (or at least conscious) choice not to use something. We prefer the term non-use, because we think it is a more neutral description of the phenomenon” (Wessels et al., 2003, S. 231-232).

Dennoch wird der Begriff Abandonment im Zusammenhang für Non-Use verwendet und wurde daher in der Literaturrecherche und -auswertung mit einbezogen. Beide Begriffe sollen mit Hilfe der Übersetzungen ins Deutsche kurz erläutert werden.

Der Begriff Non-Use kann aus dem Englischen mit „Nichtgebrauch“ gut ins Deutsche übersetzt werden. Dabei umschreibt er lediglich, dass ein Hilfsmittel nicht gebraucht wird und gibt zunächst keine Informationen zu Quantität und Qua-

lität des Nicht-Gebrauchs. Von Hocking (1999) und Rogers & Holm (1992) wird in diesem Kontext auch der Begriff Disuse verwendet, der ebenfalls als Nichtgebrauch oder Nichtnutzung übersetzt werden kann. Hocking (1999) differenziert unter dem Disuse nochmal genauer zwischen *misused*, *not used* und *never used*. Dadurch unterscheidet sie noch mal konkreter zwischen falsch genutzt, nicht genutzt und nie genutzt.

Der Begriff Abandonment kann aus dem Englischen als „die Aufgabe, die Nichtannahme“ übersetzt werden. Weiter gefasst kann er auch aus dem Französischen ins Deutsche übersetzt werden. Als Verb: „être abandonné“ bedeutet er „verwaist sein“. Mit der Ergänzung „abandonee – délaissé“ kann er als „verlassen“ oder mit der Ergänzung „abandonnée - condamné“ kann er als „aufgegeben“ übersetzt werden. Die Übersetzung erfolgte mit Hilfe des Online-Wörterbüches LEO (www.leo.org, 2006).

Eine Schwierigkeit bei der Definition des Begriffes Non-Use bezogen auf die Nutzung von Hilfsmitteln ist, dass er in den verschiedenen Studien unterschiedlich definiert wird. „Definitions of non-use vary in the literature [...] (Dijcks, De Witte, Gelderblom, Wessels & Soede, 2006, S. 97).

Bei der Entscheidung für eine bestimmte Definition spielt nicht nur die Auswahl der Probanden und der Hilfsmittel eine Rolle, sondern auch das Interesse der Autorinnen im Kontext zu dem Non-Use ist entscheidend, welche Aspekte dieses Begriffes genauer untersucht werden sollen. Die Tabelle 4 (S. 40-41) gibt einen Überblick wie verschiedene Definitionen des Non-Use in unterschiedlichen Studien verwendet wurden.

Hierbei wird deutlich, dass der Non-Use niemals isoliert im Forscherinteresse steht, sondern oft in Kombination mit der Zufriedenheit, den Erwartungen der Nutzer oder im Kontext der Faktoren, die ihn beeinflussen, untersucht wird.

Parker & Thorslund (1991):	Hoffmann & McKenna (2004)	Mischker (2009)	Dijcks, De Witte, Gelderblom, Wessels & Soede (2006)
<p>Das Hilfsmittel wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> - genutzt / nicht genutzt - korrekt / nicht korrekt genutzt <p>Gesamte Anzahl der Hilfsmittel</p> <p>Zahl der Hilfsmittel die korrekt / nicht korrekt genutzt werden</p> <p>Gesamte Anzahl der Hilfsmittel die genutzt / nicht genutzt werden</p>	<p>Das Hilfsmittel wird: nach Entlassung (aus der Klinik)</p> <ul style="list-style-type: none"> - genutzt / nicht genutzt <p>Es wird dabei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - täglich - alle paar Tage - in der Vergangenheit - zur Zeit der Befragung - nicht mehr genutzt 	<p>Das Hilfsmittel wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> - immer (mehrmals tägl.) - meistens (tägl. – 2x die Woche) - manchmal (1-2 x die Woche) - selten (2-3 x im Monat) - noch nicht / nicht mehr <p>>> wurde in Bezug auf die Nutzung des jeweiligen Hilfsmittels und in der jeweiligen Aktivität abgefragt</p> <p>Vergleich zwischen: <u>subjektive Vorstellung über den Hilfsmiteleininsatz und tatsächliche Mobilitätshilfsmittelverwendung</u></p>	<p>Das Hilfsmittel wird / wurde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - regelmäßig genutzt - zur Zeit der Befragung genutzt / nicht genutzt - niemals genutzt <p>Vergleich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>aktueller Nutzen</u> - <u>erwarteter Nutzen</u> <p>Der Nutzen der technischen Hilfsmittel wurde noch mal unterteilt in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inwieweit die Nutzung des Hilfsmittels die Probleme der Nutzer gelöst hat - Inwieweit sie mit dem Hilfsmittel und dem Versorgungsservice zufrieden waren

Löfqvist, Nygren, Széman & Iwarsson (2005)	Mann, Hurren & Tomita (1993)	Kaye, Yeager, & Reed, (2008)
<p>Hilfsmittel wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> - genutzt / nicht genutzt <p>Hilfsmittel, die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>im Besitz sind</u> - <u>im Besitz sind und genutzt werden</u> - für die ein Bedarf besteht <p>Einteilung in:</p> <p>Nutzung / keine Nutzung von einem oder mehr Hilfsmitteln</p> <p>Bedarf von einem oder mehr Hilfsmitteln</p>	<p>Hilfsmittel wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> - genutzt / nicht genutzt <p>Hilfsmittel, die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>im Besitz sind</u> - <u>benutzt werden</u> - <u>im Besitz sind und genutzt werden</u> <p>Hilfsmittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit denen sie zufrieden sind - die im Besitz sind und mit denen sie zufrieden sind 	<p>Gesamte Nutzung von jedem Hilfsmitteltyp</p> <p>Umfang der Hilfsmittelnutzung</p> <p>Die Anzahl der genutzten Hilfsmittel</p> <p>Einteilung der Hilfsmittel in drei Kategorien: Hoch- mittel und niedrig-technisierte Hilfsmittel</p> <p>Ermittlung der jeweiligen Nutzung der Hilfsmittel in den Kategorien</p>

Tabelle 4 Definition von Non-Use bei Mobilitätshilfsmitteln

Angelehnt an die Zusammenfassung der Definitionen von Wessels et al. (2003) erläutern die Autorinnen die unterschiedlichen Definitionen des Begriffes Non-Use in Abbildung 3 (s. S. 43) folgendermaßen und gliedern sie in unterschiedliche Bereiche des Non-Use:

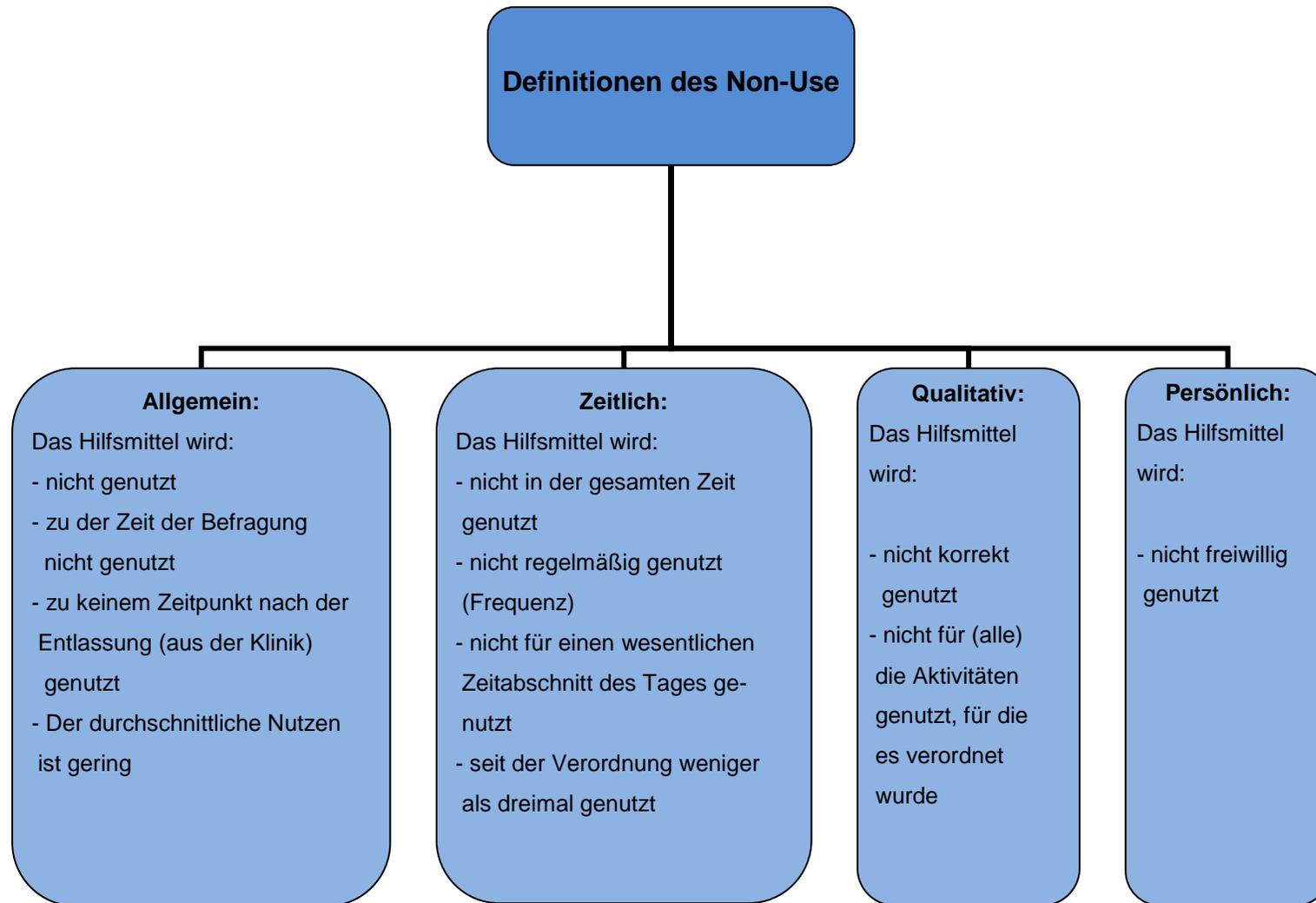


Abbildung 3 Definition Non-Use (Angelehnt an Wessels et al. 2003)

2.8.2 Faktoren des „Non-Use“

Wie in der Erläuterung zur Definition des Non-Use (s. 2.8.1, S. 38) erwähnt wurde, gilt das Interesse der Forschung zum Thema Non-Use von Hilfsmitteln nicht nur seiner prozentualen Erfassung, sondern auch immer der Hintergründe und ganz speziell der Faktoren, die einen Non-Use beeinflussen.

Diese Faktoren wurden international unter verschiedenen Gesichtspunkten untersucht mit dem Ergebnis, dass der Einfluss auf die Hilfsmittelnutzung sehr vielschichtig ist und die unterschiedlichsten Aspekte betreffen kann. So kann z.B. der Verlauf einer Erkrankung dazu führen, dass ein Hilfsmittel nicht mehr genutzt werden kann oder nicht mehr benötigt wird (Wielandt & Strong, 2000). Viele Hilfsmittel können nur sicher benutzt werden, wenn die physische Umwelt dies ermöglicht. (Wessels et al., 2003). Wielandt & Strong (2000) kategorisieren ihre Ergebnisse in fünf übergeordnete Bereiche. Sie unterscheiden zwischen medizinisch-, klienten-, equipment-, assessment- und trainingsbezogenen Faktoren. Wessels et al. (2003) unterteilen diese in persönliche Faktoren, Faktoren bezogen auf das Hilfsmittel, Faktoren bezogen auf die Umwelt und Faktoren bezogen auf die Intervention. Rogers & Holm (1992) integrieren in ihrem „Assistive Technology Device Prediction Model“ Variablen, die die Nutzung von Hilfsmitteln beeinflussen. Diese beziehen sich auf den Patienten selbst, seine Lebensumwelt, den Therapeuten, der das Hilfsmittel verordnet und das Hilfsmittel selbst. Das MPT-Modell setzt den Fokus auf drei primäre Bereiche von Einflussfaktoren, Milieu- / Umweltfaktoren, persönliche und psychosoziale Charakteristiken, Bedürfnisse und Präferenzen der Nutzer und Funktionen und Eigenschaften der Hilfsmittel (Scherer, Sax, Vanbiervliet, Cushman & Scherer, 2005).

In Abbildung 4 (s. S. 45) werden die Faktoren des Non-Use, angelehnt an die Einteilung von Wessels et al. (2003), beschrieben.

In der Methodik (s. 3.6.2 „Aufbau des Fragebogens“, S. 68) werden diese nochmals detaillierter erläutert.

Persönliche Faktoren:

- Alter, Geschlecht
- Diagnose
- Eigene Erwartungen
- Erwartungen des sozialen Umfeldes
- Akzeptanz der Behinderung
- emotionale Reife / intrinsische Motivation
- Verlauf / Schwere / Veränderung der Behinderung
- Nutzung mehrerer Hilfsmittel

Hilfsmittelbezogene Faktoren:

- Qualität des Hilfsmittels
- Beschaffenheit des Hilfsmittels (z.B. Größe, Gewicht)
- Anwendbarkeit, Praktikabilität
- Aussehen / Design des Hilfsmittels

Faktoren die den Non-Use von technischen Hilfsmitteln beeinflussen**Umweltbezogene Faktoren:**

- Soziales (unterstützendes) Umfeld
- Physische Barrieren
- Vorhandensein von Möglichkeiten (z.B. im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes)
- Das Verfahren des Hilfsmittelmarktes (dieses richtet sich mehr nach den Finanzierenden als nach den Endverbrauchern)

Interventionsbezogene Faktoren:

- Berücksichtigung der Meinung und der Wünsche der Klienten
- Instruktion und Training
- Korrekter Versorgungsprozess und Installation
- Dauer der Auslieferung
- Nachsorgeservice

Abbildung 4 Faktoren des Non-Use (angelehnt an Wessels et al. 2006, S. 234)

2.9 Assessments in der Hilfsmittelversorgung

Auf der Suche nach geeigneten Assessments für die Erstellung eines Fragebogens stießen die Autorinnen auf eine Vielzahl von Instrumenten, die die zu erforschenden Themen behandeln. Jedoch werden nur wenige davon speziell in der Hilfsmittelversorgung genutzt.

Die Entwicklung von Assessments in der Hilfsmittelversorgung ist auch international gesehen noch relativ neu, daher sind bisher nur wenige erhältlich, die die Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung messen (Dijcks et al., 2006). Demers, Wessels, Weiss-Lambrou, Ska und De Wittte (2001) schreiben, dass der Bedarf an Instrumenten zur Ergebnismessung in diesem Bereich im letzten Jahrzehnt verstärkt wahrgenommen wurde. Gesellschaftspolitische Veränderungen wie der demographische Wandel machen es aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, der Kosten-Nutzen-Effizienz und des vermehrten Verbraucherschutzes notwendig, einen besseren Einblick in die Ergebnisse von Hilfsmittelversorgung zu bekommen (s. 2.1 „Relevanz der Hilfsmittelversorgung für ältere Menschen“, S. 8). Dijcks et al. (2006) schreiben dazu, dass Assessments im Bereich Hilfsmittelversorgung dazu dienen können, die Effizienz eines neuen Hilfsmittels nachzuweisen und die Entwicklung neuer Technologien voranzutreiben. Alle bisher existierenden Beurteilungsinstrumente zielen laut Dijcks et al. (2006) darauf ab, einen bestimmten Bereich der Ergebnisse zu untersuchen.

Das Ergebnis einer Hilfsmittelversorgung zeigt jedoch Effekte in verschiedenen Bereichen, die miteinander in Beziehung stehen. Diese sind entscheidende Faktoren dafür, dass ein Klient ein Hilfsmittel annimmt. Dies deckt sich mit den Grundgedanken der humanistischen Psychologie, wie sie bereits im Abschnitt Psychologie als Bezugswissenschaft für die Ergotherapie (s. 2.4, S. 22) beschrieben wurde. Einen dieser Faktoren untersuchen Demers et al. (2001) in ihrer Studie. Wenig Beachtung findet in der Hilfsmittelversorgung ihrer Auffassung nach bisher die Zufriedenheit des Klienten. Diese kann jedoch ein wesentlicher Auslöser für bestimmte Reaktionen einer Person sein und den Ausschlag dafür geben, dass ein Hilfsmittel benutzt oder nicht benutzt wird. Laut Demers et al. (2001) ist Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel als kritische Bewertung verschiedener Aspekte des Hilfsmittels durch den Nutzer zu sehen. Wie schon im MPT-Modell (s. 2.5, S. 23) beschrieben, hängt diese Bewertung von den Erwartungen, der Einstellung, der individuellen Wahrnehmung und persönlichen Wertvorstellungen des Klienten

ab. Demers et al. (2001) entwickelten aus ihren Erkenntnissen das Assessment Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology 2.0 (QUEST 2.0), welches die Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel ermitteln soll. Auf dieses Assessment gehen die Autorinnen bei der verwendeten Assessments für den Fragebogen (s. 3.6.3, S. 74) noch genauer ein.

In Deutschland beschäftigt sich zurzeit der Arbeitskreis 3 der NaFAG mit der Dokumentation und Bewertung in der Literatur beschriebener internationaler und nationaler Assessments, um sie auf Anwendbarkeit und Umsetzung im nationalen Gesundheitssystem zu prüfen (Cordes et al., 2013).

3 Methodik

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen dieser Studie genauer erläutert. Zu Beginn werden die Literaturrecherche und dessen Ergebnis genauer erläutert. Im Anschluss wird auf das Forschungsdesign und die Forschungsmethode eingegangen und die Entstehung der Forschungsfrage sowie dessen Leitfragen und Variablen beschrieben. Weiterhin beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Entwicklung des Fragebogens, der Rekrutierung der Teilnehmer und abschließend mit der Auswertung der Fragebögen.

In Abbildung 5 (s. S. 49) wird ein Überblick des zeitlichen Ablaufes des Forschungsprozesses gegeben.

3.1 Chronologie des Forschungsprozesses

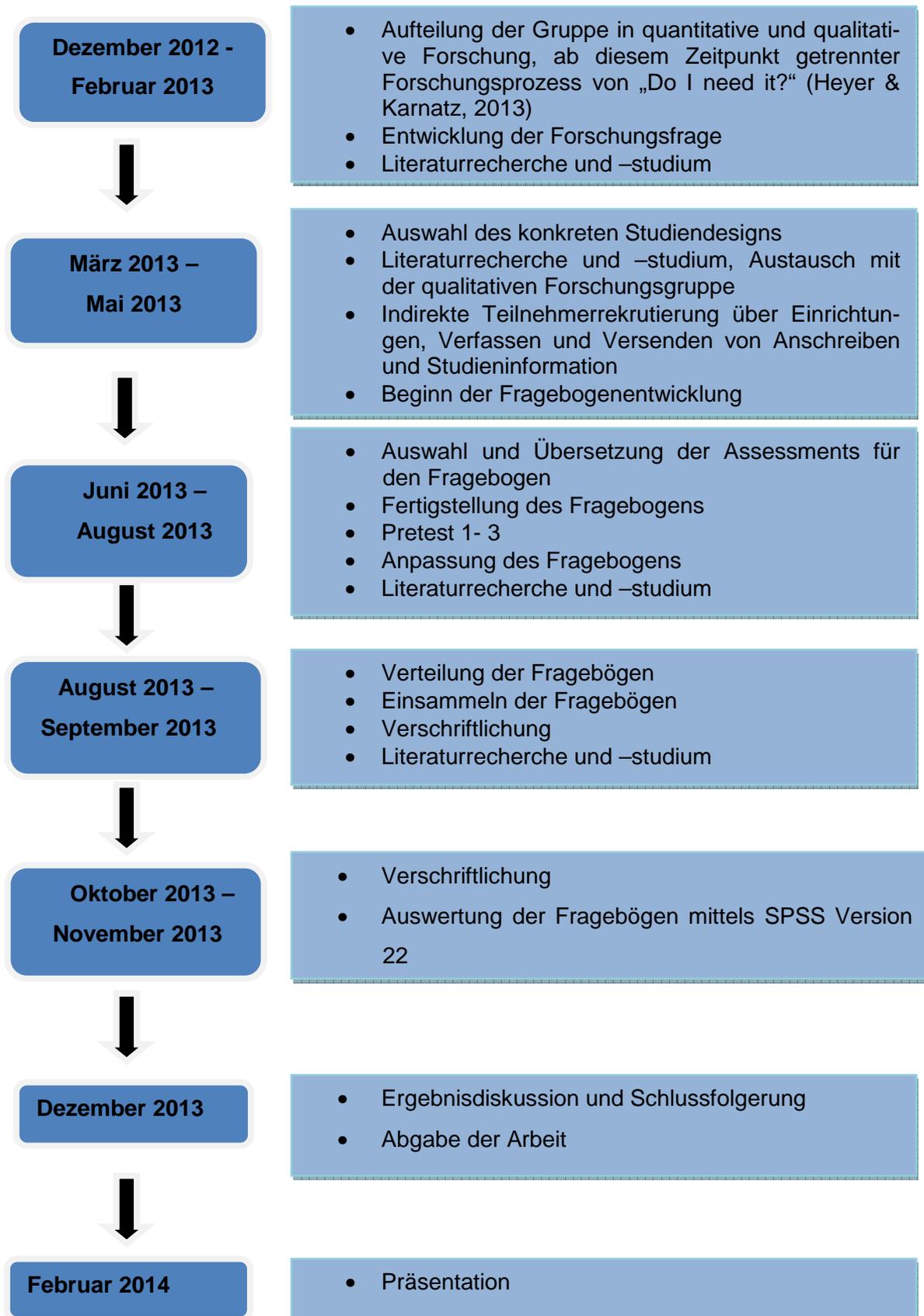


Abbildung 5 Forschungsprozess

3.2 Die Literaturrecherche

Die Literaturrecherche themenspezifischer und aussagekräftiger deutscher sowie internationaler Literatur bildete die Basis des theoretischen Hintergrundes (s. 2, S. 8) und die Grundlage zur Entwicklung des Fragebogens (s. 3.6 „Der Fragebogen“, S. 65). Sie wird im Folgenden unter den Aspekten des Vorgehens (s. 3.2.1, S. 50) und der Bewertung des Ergebnisses (s. 3.2.2, S. 54) der Literaturrecherche beschrieben.

3.2.1 Vorgehen der Literaturrecherche

„Recherchieren im wissenschaftlichen Kontext ist mehr als bloße Informationsgewinnung. Wissenschaftliche Recherche bedeutet, nachforschen und sich ein Thema systematisch erschließen... „ (Georg – August Universität Göttingen, 2011). Die Literaturrecherche nimmt vorab viel Zeit in Anspruch. Sie liefert Ergebnisse, durch die die Forschungsfrage wissenschaftlich fundiert und der theoretische Hintergrund gebildet werden kann.

Bortz & Döring (2006) gliedern das Literaturstudium in die Orientierung und Vertiefung. In der Phase der Orientierung geht es zunächst darum, die zentralen Begriffe der Untersuchungsidee anhand von Lexika, Wörterbüchern und Handbüchern zu erörtern und sich so einen Einstieg in die einführende Literatur zu verschaffen. Besonders hilfreich sind diesbezüglich aktuelle Sammelreferate (Reviews), die die wichtigste Literatur zu einem Thema für einen begrenzten Zeitraum inhaltlich zusammenfassen. Auch Metaanalysen, in denen die empirischen Befunde zu einer Forschungsthematik statistisch aggregiert sind, bieten eine gute Grundlage und Übersicht für die Literaturrecherche (Bortz & Döring, 2006).

Für die Autorinnen waren Reviews und Metaanalysen in der Orientierungsphase für den Themenbereich des „Non-Use von Hilfsmitteln“ von hoher Relevanz. Diese wurden mit Hilfe allgemeiner Schlüsselwörter, wie z.B. „Hilfsmittel“ und „Non-Use“ recherchiert. Auf Grundlage dieser Übersichtsarbeiten wurde die Suche auf Datenbanken und das Internet ausgeweitet. Diese verschafften den Autorinnen einen ersten Einblick in die große Bandbreite internationaler Forschung zu dem Thema „Non-Use von Hilfsmitteln“ (s. 2.7 „Aktueller Stand der Forschung“, S. 33).

In der Vertiefungsphase konzentrierten sich die Autorinnen einerseits auf präferierte Autoren und bestehende Theorien und Modelle zum Forschungsthema. Andererseits erweiterten sie ihre Suche um die Aspekte, die im Zusammenhang mit dem Thema in Fachpublikationen erwähnt werden und für den Forschungskontext von Bedeutung waren. Dabei war eine genaue Themenfindung mit den entsprechenden Schlüsselwörtern (s. Anhang II, S.136) vor dem Recherchieren von hoher Bedeutung. Nur so gelingt eine zielorientierte Recherche mit einer hohen „Findungsrate“.

Hierbei konzentrierten sich die Autorinnen vor allem auf die Begrifflichkeiten, die in der zentralen Forschungsfrage (s. 3.3.1, S. 59) und den Leitfragen (s. 3.3.2, S. 59) zum Tragen kommen:

- Mobilitätshilfsmittel allgemein
- Non-Use allgemein
- Non-Use von einem Mobilitätshilfsmittel
- Partizipation allgemein
- Partizipation mit einem Mobilitätshilfsmittel
- Menschen über 65 Jahre mit einem Mobilitätshilfsmittel

Für die Literaturrecherche verwendeten die Verfasser unterschiedliche Datenbanken. Eine detaillierte Auflistung befindet sich im Anhang (s. Anhang I, S. 135).

Des Weiteren wurden von den Verfassern mehrere Bibliotheken aufgesucht, um Studien und Fachartikel zu finden. Diese Fachliteratur ist im Anhang genauer aufgeführt. (s. Anhang I, S. 135).

Bei der Suche internationaler Fachliteratur konzentrierten sich die Autorinnen auf Fachzeitschriften die sich speziell mit dem Thema Hilfsmittel beschäftigen, wie z.B. „Disability and Rehabilitation“, „Technology and Disability“, „Assistive Technology“, oder auf internationale ergotherapeutische Fachzeitschriften, wie z.B. „The American Journal of Occupational Therapy“, „The British Journal of Occupational Therapy“ und „The Canadian Journal of Occupational Therapy“. Dabei wurden Veröffentlichungen der letzten dreißig Jahre berücksichtigt. Wie in dem Ergebnis der Literaturrecherche beschrieben wird (s. 3.2.2, S. 54), waren auch ältere Studien zum Non-Use für die Autorinnen von Bedeutung, da sie die Anfänge

und Grundlagen dieser Forschung bildeten und somit auch die Basis der entwickelten Modelle darstellen.

Zur Suche relevanter Studien, Fachartikel und Fachbücher wurden verschiedene Suchbegriffe verwendet. Diese wurden untereinander kombiniert und mit Schlüsselwörtern bereits gefundener Literatur und Synonymen erweitert. Zudem wurden diese Suchbegriffe mit Verbindungen von AND und NOT eingegrenzt und mit OR erweitert, um ein differenziertes Ergebnis zu erhalten. Eine Auflistung der Suchstrategien befindet sich ebenfalls im Anhang (s. Anhang II, S 136).

Im Rahmen der Entwicklung des Fragebogens suchten die Autorinnen nach standardisierten Assessments, die bereits in der Forschung zur Hilfsmittelnutzung eingesetzt wurden. Hierzu wurde zu einem späteren Zeitpunkt im Forschungsprozess eine erneute Literaturrecherche begonnen und ebenfalls in den Phasen Orientierung und Vertiefung durchlaufen. Zunächst wurden Assessments, die zur Erforschung des Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln verwendet wurden und Assessments aus dem MPT-Modell gesammelt. Dabei konzentrierten sich die Autorinnen vor allem auf Reviews (Salminen, Brandt, Samuelsson, Töytäri, & Malmivaara, 2009; Alvarelhão, Silva, Martins, Queirós, Amaro, Rocha & Lains, 2012). Es wurden auch deutsche und internationale ergotherapeutischen Assessments in der Suche berücksichtigt. Anschließend wurden verfügbare Assessments im Internet recherchiert sowie Literatur und Fachartikel über diese Assessments.

Rückblickend war die Literaturrecherche für die Beschreibung des theoretischen Hintergrundes, für die Entwicklung des Fragebogens, die Auswertung der Daten und den Vergleich der gewonnenen Daten von großer Bedeutung. Sie bildeten dessen Grundlage und nahmen dadurch eine wichtige Rolle im Forschungsprozess ein. Dieser bedeutende Arbeitsschritt musste von den Autorinnen auch in der zeitlichen Planung des Forschungsprozesses berücksichtigt werden. Die Literaturrecherche bestand aus vier wesentlichen Bereichen, die in Abbildung 6 dargestellt werden (s. S 53).

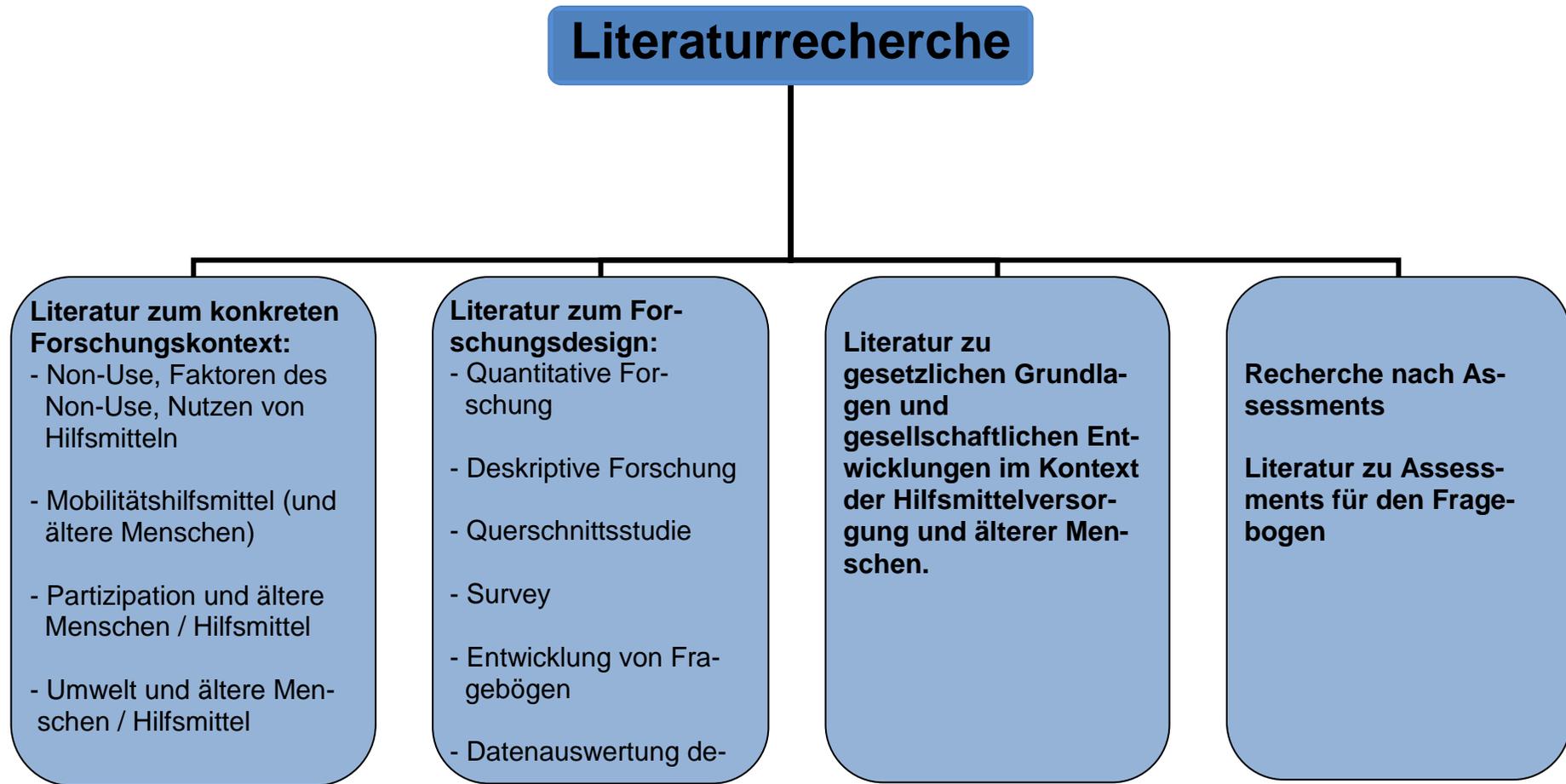


Abbildung 6 Die vier Bereiche der Literaturrecherche

3.2.2 Ergebnis der Literaturrecherche

In Folge der großen Zahl an gefundenen Büchern und Fachpublikationen zu dem Forschungsthema, war es besonders wichtig, die Ergebnisse gut zu dokumentieren und zu strukturieren. „Eine Literaturrecherche ist praktisch wertlos, wenn Informationen nachlässig und unvollständig dokumentiert werden“ (Bortz & Döring, 2006, S. 49). Die Tabelle (s. Anhang III S. 137) gibt einen Überblick zu der Strukturierung der Ergebnisse der Literatursuche zum konkreten Forschungskontext.

Weiterhin war es wichtig die recherchierte Literatur unter den Aspekten des Evidenzniveaus und der Relevanz für das Forschungsthema zu bewerten.

Die meisten internationalen Studien entsprechen als deskriptive Studien der Evidenzstufe III nach Sacket et. al (1999) (zitiert nach Borgetto et. al, 2007). Somit stehen sie auf einem relativ niedrigen Evidenzlevel. Sie verfügen jedoch über eine hohe Relevanz für das Forschungsthema sowie für das Forschungsdesign, das von den Autorinnen verwendet wurde. (s. 2.7 „Aktueller Stand der Forschung“, S. 33).

Das höchste Evidenzlevel, Evidenzstufe I a nach Sacket et. al (1999) (zitiert nach Borgetto et al., 2007), erreichen die recherchierten Reviews, z.B. Wessels et al. (2003), Wielandt & Strong (2000) und Rogers & Holm (1992). Diese haben neben ihrer hohen Evidenzstufe auch inhaltlich eine große Relevanz für das Forschungsthema und bildeten eine wesentliche Grundlage für weitere Recherchen und den theoretischen Hintergrund.

Wie im Abschnitt „aktueller Stand der Forschung“ (s. 2.7, S. 33) ersichtlich ist, wurden viele aktuelle Studien zum Forschungsthema gefunden und bei der Auswahl der Literatur berücksichtigt. Weil ältere Fachpublikationen, wie z.B. Parker & Thorslund (1991), Rogers & Holm (1992) und Mann, Hurren & Tomita (1993), auch heute noch von Bedeutung sind, was sich u.a. daran zeigt, dass in der aktuellen Literatur oft auf sie verwiesen wird und sie inhaltlich einen großen Bezug zum Forschungsthema haben, wurden sie ebenfalls in die Literatúrauswahl miteinbezogen.

In der deutschen Literatur wurden aktuelle Fachartikel, eine Leitlinie sowie die Expertise des DVfR gefunden, die sich mit den Problemen in der Hilfsmittelversor-

gung auseinandersetzen. Forschung zum Thema Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln wurde wenig gefunden. Zudem war sie für die Autorinnen schwer zugänglich. Die Vergleichsstudie über drei Mobilitätshilfsmittelgruppen im quasi-experimentellen Design von Mischker (2009) ist die einzige Studie, die die Autorinnen direkt zu dem Thema gefunden haben. Sie ist mit der Evidenzstufe II b nach Sacket et al. (1999) (zitiert nach Borgetto et al., 2007) im mittleren Evidenzniveau anzuordnen.

3.3 Forschungsdesign

In diesem Abschnitt werden die qualitative und quantitative empirische Sozialforschung gegenüber gestellt und die Wahl der quantitativen empirischen Sozialforschung begründet.

Wenn man die empirische Sozialforschung genauer beleuchtet wird deutlich, dass es eine große Bandbreite an Wissenschaften gibt, die sich an der empirischen Sozialforschung bedienen. Ob es nun Ökonomen, Mediziner, Epidemiologen, Demographen etc. sind, sie alle sammeln systematisch Informationen und Daten, die für viele unterschiedliche Problemstellungen über die gesellschaftlichen Zusammenhänge und das Handeln von Menschen benötigt werden (Schnell, Hill und Esser, 2011). Nur wenigen ist dabei bewusst, dass sie sich der empirischen Sozialforschung bedienen.

Der Ursprung der empirischen Sozialforschung liegt weit zurück. Die stärksten Impulse kommen aus England – zum ersten Mal 1085. Im Laufe der Jahre hat sich die empirische Sozialforschung stets weiterentwickelt, bietet aber kaum noch ein einheitliches Bild. Noch immer fehlt es an intensiver Methodenforschung und an Akzeptanz der Sichtweise, dass empirische Sozialforschung vor allem ein Instrument der Theorienprüfung ist (Schnell, Hill & Esser, 2011).

Empirische Sozialforschung wird in qualitative und quantitative Forschungsdesigns unterschieden.

Der qualitative Ansatz der empirischen Sozialforschung entwickelte sich aus der Kritik am quantitativen Vorgehen (Bortz und Döring, 2006). In der qualitativen Forschung werden in erster Linie Erfahrungsrealitäten verbalisiert. Dadurch hat die qualitative Forschung den Vorteil, dass durch Interviews, biographische Erzählun-

gen oder ethnographische Beschreibungen des Alltages häufig ein wesentlich konkreteres und plastischeres Bild von den Teilnehmern entsteht und deren Perspektive genauer beleuchtet wird, als dass bei der standardisierten quantitativen Forschung der Fall ist (Flick, von Kardoff & Steinke, 2003).

Des Weiteren ist die qualitative Forschung immer dann zu empfehlen, wenn es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereiches geht (Flick et al., 2003).

Zu dem Thema Non-Use von Hilfsmitteln (s. 2.7 „aktueller Stand der Forschung“, S.33) ist eine große Bandbreite an internationaler Forschung vorhanden. In Deutschland hingegen zeigt sich in der Erfassung des Non-Use und seinen Gründen vor allem aus der Klientenperspektive eine deutliche Forschungslücke. Um die international bereits vorhandenen Theorien (s. 2.5 „MPT“, S. 23; 2.7 „aktueller Stand der Forschung“, S. 33), auf die sich die Autorinnen stützen können, in einem deutschen Kontext zu untersuchen und zu überprüfen, entschieden sie sich für ein quantitatives Forschungsdesign. Die quantitative Forschung kommt dann zum Einsatz, wenn Theorien über das menschliche Handeln untersucht oder überprüft werden sollen. (Schell, Hill, Esser, 2011). Die Autorinnen möchten mit Hilfe ihrer Forschung herausfinden, ob sich in Deutschland ein ähnliches Bild des Non-Use zeigt wie in anderen Ländern und ob die Gründe für diesen vergleichbar mit denen sind, die in der Literatur von den verschiedenen Autoren genannt werden (s. 2.8.2 „Faktoren des Non-Use“, S. 44). Zu diesem Zweck wurde ein „Survey“ im Querschnittsdesign mit deskriptiver Darstellung der Ergebnisse gewählt. Das Wort deskriptiv kommt aus dem lateinischen „describere“ und bedeutet beschreibend. Das Ziel dieser deskriptiven Darstellung ist, eine bestimmte Situation, in diesem Fall die Situation des Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln in Deutschland, darzustellen (Diekmann, 2012).

Querschnittsdesign

Mit dem Erhebungsdesign wird der zeitliche Modus der Datenerhebung festgelegt. Dabei werden drei Arten der Erhebungsdesigns unterschieden: das Querschnittsdesign, das Trenddesign und zuletzt das Paneldesign (Diekmann, 2012).

Das von den Autorinnen genutzte Querschnittsdesign bezieht sich auf einen bestimmten Zeitpunkt oder eine kurze Zeitspanne, in der die Daten aufgenommen werden. Die Datenerfassung erfolgt lediglich einmalig. Wie im Prozess der Befra-

gung (s. 3.8, S. 80) beschrieben, erfolgte die Datenerhebung einmalig in Form eines Fragebogens.

Trend –und Paneldesign kamen für diese Forschung nicht in Betracht, weil hier die Datenerhebung mehrmals zu verschiedene Zeitpunkten aufgenommen wird und dies aus zeitlichen Gründen nicht möglich war.

Survey

Die Forschungsdesigns in der quantitativen Forschung sind breit gefächert. Es gibt echte experimentelle Designs (wenn z.B. eine Hypothese überprüft werden soll), Labor und Feldexperimente, quasi – experimentelle Designs, Einzelfallstudien, Kohortendesign und das „Survey Design“, um nur einige zu nennen (Schnell, Hill & Esser, 2011).

In dieser Forschung haben sich die Verfasser für das „Survey Design“ entschieden. Das „Survey Design“ fällt unter die Ex-post-facto Designs. Ein Ex-post-facto Design wird dann verwendet, wenn weder die Bedingungen für ein experimentelles noch für ein quasi – experimentelles Design gegeben sind.

Die Autorinnen hatten sich dazu entschieden, eine Befragung durchzuführen. Dies ist für das Survey Design eine klassische Vorgehensweise. Auf diese Art kann mit geringem finanziellem und personellem Aufwand eine Untersuchung durchgeführt werden(Schnell, Hill & Esser, 2011). Im Rahmen dieser Bachelorarbeit war es nötig, die vorhandenen Ressourcen effizient einzusetzen.

Mit einem „Survey“ werden unabhängige und abhängige Variablen gemessen(s. 3.3.3 „Die Variablen“, S. 60). Mit dem Definieren der Variablen musste auch die Stichprobenauswahl, die im folgenden Abschnitt erläutert wird, für die Studie genau festgelegt werden.

Stichprobenauswahl

Bei jeder quantitativen Forschung wird auch eine sogenannte Stichprobenauswahl („Sample“) bestimmt und die Grundgesamtheit („Population“) festgelegt (Diekmann, 2012).

Werden alle Daten von einer Grundgesamtheit erhoben, spricht man von einer Vollerhebung. Soll jedoch nur eine Teilmenge dieser Grundgesamtheit erfasst werden, wird dies in der Literatur eine Teilauswahl genannt. Erst wenn aus dieser Teilerhebung die Elemente vor der Untersuchung unter bestimmten Regeln

durchgeführt werden, wird von einer Stichprobenauswahl gesprochen (Schnell, Hill & Esser, 2011).

Nachdem die Grundgesamtheit definiert und die Entscheidung eine Teilerhebung durchzuführen getroffen wurde, kann bestimmt werden, welche Art der Stichprobenauswahl aus den Elementen der Grundgesamtheit gezogen werden kann.

Ein Stichprobenverfahren ist durch bestimmte Regeln und Vorschriften geregelt. Es ist vorgeschrieben, in welcher Weise Elemente der Grundgesamtheit ausgewählt werden (Diekmann, 2012).

Nach Böltken (1976) lassen sich die Stichprobenverfahren in drei Hauptgruppen unterteilen. Die erste ist die Wahrscheinlichkeitsauswahl, die als „Random Sample“ oder „Probability Sample“ bezeichnet werden. Die zweite Hauptgruppe ist die bewusste Auswahl, auch „Judgement Sample“ genannt. Die letzte Hauptgruppe ist die willkürliche Auswahl, das „Convenience Sample“ – die Auswahl aufs „Geratewohl“, auf die, wie im Folgenden beschrieben, in dieser Forschung zurückgegriffen wurde.

Die Population, die in dieser Forschung gebildet wird, ist in der Definition „älterer Mensch“ (s. 2.1, S. 8) und den Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer (s. 3.4, S. 62) genauer erläutert.

Bei der Auswahl der Stichproben für diese Studie wird auf die willkürliche Auswahl zurückgegriffen. Im Amerikanischen wird diese Art der Stichprobenauswahl als „Convenience Sampling“ beschrieben (Schnell, Hill & Esser, 2011). Diese Art des Samplings wurde von den Autoren gewählt, da die Elemente nicht nach festen Regeln ausgewertet worden sind. Als Element bezeichnet man in diesem Fall das Objekt, an dem die Messung vorgenommen wurde. Es sind somit die Teilnehmer, die in den Ein- und Ausschlusskriterien (s. 3.4, S. 62) genau definiert wurden.

Bei einem „Convenience Sampling“ liegt die Wahl, ob die Aufnahme eines Elementes der Grundgesamtheit mit in die Stichprobenauswahl erfolgt nur im Ermessen des Auswählenden – in diesem Fall also in der Hand der Autorinnen. Der Vorgang zur Stichprobenziehung wird nicht kontrolliert. Folglich nehmen alle teil, die sich freiwillig melden (Diekmann, 2012).

Aufgrund der hohen Anzahl von Teilnehmern findet die Auswertung der erhobenen Daten, anders als bei der qualitativen Forschung, numerisch statt.

3.3.1 Die Forschungsfrage

Wie bereits aus der Einleitung hervorgeht, spielt in dieser Studie vor allem auch ein hohes persönliches Interesse der Verfasser eine bedeutende Rolle (s. 1.1, „Themenfindung“, S.1).

Auf Grundlage der umfassenden Literaturrecherche (s. 3.2, S. 50) konnten sich die Autorinnen auf die Erkenntnisse internationaler Forschung zu dem Thema stützen. (s. 2.7 „Aktueller Stand der Forschung“, S. 33)

Diese Erkenntnisse bestätigten die Autorinnen darin, dass nicht nur die Gründe für einen Non-Use im Vordergrund stehen, sondern auch die Zufriedenheit und die Partizipation mit dem Mobilitätshilfsmittel eine zentrale Rolle spielen und führten sie zu folgender Forschungsfrage:

Wie ist die Zufriedenheit von in Deutschland lebenden Klienten über 65 Jahren bei der Nutzung ihres Mobilitätshilfsmittels zur Ermöglichung gesellschaftlicher Partizipation in ihrer Umwelt und inwieweit besteht ein Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln?

Die Faktoren des Non-Use, wie auch der Begriff der Partizipation und der Umwelt, führten die Autorinnen bei der Konkretisierung ihres Forschungsbereiches zu folgenden Leitfragen:

3.3.2 Leitfragen

1. Welche **Gründe** gibt es dafür, dass das Hilfsmittel genutzt / nicht mehr genutzt wird?
2. Wie können die Klienten ihr Mobilitätshilfsmittel in ihrer **Umwelt** (persönlich, Gemeinde, sozial) nutzen?
3. Wie **zufrieden** sind die Probanden/ Klienten mit den Merkmalen der Hilfsmittel und dem Versorgungsprozess?
4. Wie können die Klienten ihr Mobilitätshilfsmittel in ihrer **Partizipation** nutzen? (Häufigkeit, ja / nein, Qualität)
5. Wie **fühlen** sich die Klienten bei der Nutzung ihres Mobilitätshilfsmittels?

Aus der zentralen Forschungsfrage und den Leitfragen ergaben sich Variablen, die zunächst operationalisiert* werden mussten. Dieser Planungsabschnitt legt fest, wie die genannten Variablen in die empirische Untersuchung einzuführen sind (Bortz & Döring, 2006).

3.3.3 Die Variablen

„Eine Variable bezeichnet ein Merkmal oder eine Eigenschaft von Personen, Gruppen, Organisationen oder anderen Merkmalsträgern.“ (Dickmann, 2012, S. 116)

Die Variablen unterteilen sich in dichotome und polytome Variablen.

Bei den dichotomen Variablen gibt es nur zwei Ausprägungen, z.B. Mann und Frau.

In diesem Fall handelt es sich um polytome Variablen, da die Variablen, die aus den fünf Leitfragen gezogen werden, mehr als eine Ausprägung aufweisen.

Zunächst wurden die Variablen der zentralen Forschungsfrage auf der Grundlage des theoretischen Hintergrundes operationalisiert.

- *Klienten über 65 Jahre*

Die Definition „älterer Mensch“ (s. 2.1, S. 8) wird im theoretischen Hintergrund ausführlich beschrieben. Die begründete Auswahl dieser Altersgruppe wird in den Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer erläutert (s. 3.4, S. 62).

- *Mobilitätshilfsmittel*

Eine ausführliche Beschreibung zum Verständnis des Begriffes Hilfsmittel und Beispiele möglicher Klassifikationen finden sich im theoretischen Hintergrund (s. 2.2.1, S.11).

Die begründete Definition bzw. Auswahl der Mobilitätshilfsmittel für die Forschung wird in den Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer aufgeführt (s. 3.4, S. 62).

- *Partizipation*

Der Begriff der Partizipation wird im theoretischen Hintergrund sowohl unter der Betrachtung der ICF (s. 2.3, S. 21), als auch im Rahmen der ergotherapeutischen Kompetenzen (s. 2.6.3 „CMCE“, S. 30) erläutert. Eine Konkretisierung findet durch die Auswahl des Assessments PARTS/M statt (s. 3.6.3 „verwendete Assessments für den Fragebogen“, S. 74).

- *Umwelt*

Der Begriff Umwelt wird im MPT-Modell (s. 2.5, S. 23) und im ergotherapeutischen Inhaltsmodell (s. 2.6.1, S. 26) erläutert. Eine Verknüpfung mit der Nutzung von Hilfsmitteln findet sich in der Beschreibung der Faktoren des Non-Use (s. 2.8.2, S. 44) und bei dem Aufbau des Fragebogens (s. 3.6.2, S. 68). Konkretisiert werden die Umweltbereiche durch die Verwendung und Anpassung des FABS/M (s. 3.6.3 „verwendeten Assessments für den Fragebogen“, S. 74).

- *Non-Use*

Zur Klärung des Begriffes wurde dieser zunächst ins Deutsche übersetzt und im Kontext der in der Literatur verwendeten Definitionen zu „Non-Use von Hilfsmitteln“ beschrieben. (s. 2.8.1, „Definitionen von Non-Use“, S. 38) Für die Entwicklung des Fragebogens wurden von den Autorinnen für sie relevante Definitionen des Non-Use ausgewählt und erläutert (s. 3.6.2 „Aufbau des Fragebogens“, S. 68).

In diesem Kontext wurden auch die Faktoren des Non-Use auf Grundlage der vorhandenen Literatur erklärt (s. 2.8.2, S. 44) und bei der Entwicklung des Fragebogens in den Vorüberlegungen berücksichtigt (s. 3.6.2 „Aufbau des Fragebogens“, S. 68).

Im Anschluss wurden die Variablen, die sich aus den oben genannten Leitfragen (s. 3.3.1 „Die Forschungsfrage“, S. 59) ergeben, benannt:

1. Variable: Der Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln
2. Variable: Nutzen des Mobilitätshilfsmittel in der Umwelt
3. Variable: Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel
4. Variable: Partizipation mit dem Mobilitätshilfsmittel
5. Variable: Gefühl mit dem Mobilitätshilfsmittel

Alle diese Variablen werden im Fragebogen (s. 3.6, S. 65) durch die verwendeten Assessments (s. 3.6.3, S. 74) untermauert. So dient beispielsweise der PARTS/M dazu, die Variable Partizipation mit dem Mobilitätshilfsmittel genauer zu beleuchten (Gray, Hollingsworth, Stark & Morgan, 2006).

Aus den Variablen der zentralen Forschungsfrage und der Leitfragen ergaben Ein- und Ausschlusskriterien die im Folgenden näher erläutert werden.

3.4 Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer

Auf der Grundlage der zentralen Forschungsfrage und der Leitfragen mit den dazugehörigen Variablen (s. 3.3 „Forschungsdesign“, S. 55) und den Erkenntnissen aus dem Theoretischen Hintergrund (s. 2, S. 8) begründen die Autorinnen folgende Ein- und Ausschlusskriterien:

- *Die Teilnehmer sollten mindestens 65 Jahre alt sein*

Die Autorinnen haben sich für die älteren Menschen ab 65 Jahren als Teilnehmer der Studie entschieden, weil diese aus verschiedensten Gründen oftmals körperliche Einschränkungen haben, aber aufgrund ihrer kognitiven Leistungen noch mitten im Leben stehen. Häufig besteht bei dieser Altersgruppe der Wunsch aktiv und mobil zu sein, um am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (s. 2.1 „Relevanz der Hilfsmittelversorgung für ältere Menschen“, S. 8).

Mehr ältere Menschen mit Behinderungen bedeutet für die Gesellschaft eines jeden Landes eine größere Herausforderung für das Gesundheitssystem bezüglich ökonomischer Aspekte. Die Kosten können jedoch laut WHO (2011) gesenkt werden, indem mehr Menschen die Möglichkeit geboten wird solange wie möglich mobil zu sein und für sich selbst zu sorgen (s. 2.1 „Definition älterer Mensch“, S. 8).

Einer schwedischen Studie zufolge werden in diesem Sinne Hilfsmittel benutzt, um Umweltaforderungen, Behinderungen oder abnehmende Funktionen auszugleichen, die für ältere Menschen oftmals Einschränkungen in der Durchführung von Alltagsaktivitäten bedeuten (Skymne et al., 2012).

- *Auswahl der Hilfsmittel*

Von besonderem Interesse sind für die Autoren Hilfsmittel, die der persönlichen Mobilität dienen, da ältere Menschen besonders betroffen von Erkrankungen des Bewegungsapparates und sturzbedingten Verletzungen sind (GBE Bund, 2009). Da die vorliegende Studie in Deutschland durchgeführt wurde, beziehen sich die auf die deutsche Gesetzgebung und die Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses der GKV (s. 2.2.2 „Gesetzliche Grundlagen der Hilfsmittelversorgung in Deutschland“, S.15, 2.2.3 „Der Prozess der Hilfsmittelversorgung in Deutschland“, S. 15). Ausgewählt wurden Hilfsmittel, die den Autorinnen in ihrer Berufspraxis häufig begegnen und zur selbständigen Fortbewegung im Innen- und Außenbe-

reich von den Klienten verwendet werden. Dazu zählen handbetriebene Rollstühle, Elektrorollstühle, Rollatoren, Gehgestelle, Unterarmrollatoren, Unterarmgehstützen, Gehstöcke und Vier-Punkt-Stöcke. Im Hilfsmittelverzeichnis fallen die aufgezählten Hilfsmittel in die Produktgruppen 10 Gehhilfen und 18 Kranken / Behindertenfahrzeuge. Die zugehörigen Hilfsmittel sind im Anhang detailliert aufgelistet (s. Anhang IV, S.138)

- *Die Teilnehmer sollten seit mindestens drei Monaten ein Mobilitätshilfsmittel besitzen*

Die Autorinnen entschieden sich dafür nur Teilnehmer einzuschließen, die ihr Mobilitätshilfsmittel bereits drei Monate vor der Studie geliefert bekommen haben. Da die Studie Daten über persönliche Erfahrungen mit dem Mobilitätshilfsmittel ermitteln sollte, musste den Teilnehmern ausreichend Zeit zum Sammeln dieser Erfahrungen zur Verfügung gestanden haben. Es musste die Möglichkeit bestanden haben sich an das Hilfsmittel zu gewöhnen und es sollte bereits genug Zeit vergangen sein, dass sich ein Trainingseffekt einstellen konnte. Auch Dijks et al. (2006) legten diese Bedingungen als Einschlusskriterien der Teilnehmer für ihre Studie zum Non-Use von Hilfsmitteln in den Niederlanden fest.

- *Die Teilnehmer sollten in einem häuslichen Umfeld leben*

Sich in der Wohnung und in seinem Umfeld bewegen zu können ist ein wesentlicher Bestandteil von Partizipation. Das Ausmaß der Mobilität wird sowohl von der Fähigkeit der Person und der Art der Umgebung, in der die Person tätig ist, abhängig (Layton, 2012). Den Autorinnen war es wichtig, den eigenständigen Gebrauch der Mobilitätshilfsmittel der Teilnehmer im Kontext der Partizipation in den Bereichen Selbstversorgung und Freizeit zu untersuchen, nicht den Gebrauch der Hilfsmittel durch Pflegepersonen oder Angehörige.

Diese Kriterien galt es bei der Teilnehmerrekrutierung, die nachfolgend beschrieben wird, zu berücksichtigen.

3.5 Teilnehmerrekrutierung

Zur Teilnehmerrekrutierung wurden verschiedene Vorüberlegungen angestellt. Um an Teilnehmer für die Forschung zu kommen, waren die Autorinnen auf Dritte angewiesen, die den Kontakt mit den Teilnehmern herstellten.

In erster Linie planten die Autorinnen Ergo- und Physiotherapiepraxen um Mithilfe zu bitten. Um eine möglichst hohe Anzahl von kooperierenden Praxen zu erhalten, wurden Ergo- und Physiotherapieschulen um Unterstützung bei der Suche gebeten, da diese häufig gute Kontakte zu ehemaligen Schülern und Praktikumsstellen haben und somit das Anschreiben weiterleiten konnten.

Die Autorinnen erstellten mehrere Anschreiben. Eines für die Schulen, die es an die Praktikumsstellen bzw. Praxen von ehemaligen Schülern weiterleiten sollten (s. Anhang V, S 139), das Zweite wurde speziell für Ergo- und Physiotherapiepraxen entwickelt und per E- Mail versandt oder persönlich in den Praxen abgegeben (s. Anhang VI, S. 140).

Über diese Maßnahmen gab es vor allem von den Praxen Unterstützung, zu denen ein persönlicher Kontakt hergestellt wurde, jedoch war die Teilnehmerzahl noch nicht ausreichend, um ein gutes Datenspektrum zu liefern. Die Autorinnen entschlossen sich daher den Aufruf größer zu gestalten. Im Zeitalter des Internets wurden somit verschiedene Internetportale und -foren mit in die Suche nach Teilnehmern integriert. Daraufhin entstand ein drittes Anschreiben, das für den Aufruf auf den Internetseiten entwickelt wurde. Hier war der Platz begrenzt, sodass ein kurzes aber prägnantes Anschreiben erstellt werden musste (s. Anhang VII, S. 141).

Alle Anschreiben enthielten die Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer, die gewünschten Mobilitätshilfsmittel und den Zeitraum in dem die Rekrutierung erfolgen sollte.

Auf jede Meldung einer Organisation folgte eine umgehende Antwort der Autorinnen. Bei positiver Meldung, dass sie sich an der Studie beteiligen möchten, erhielten die Organisationen ein detailliertes Informationsschreiben (s. Anhang VIII , S. 142). Dieses enthielt nochmals alle bereits genannten Daten und Fakten, eine genauere Erläuterung des Hintergrunds der Forschung, die Zusicherung der Wahrung von der Anonymität der Einrichtung und der Teilnehmer und Ausschluss von Kosten. Der Weg der Rekrutierung wird in der Tabelle (s. Anhang IX, S. 143) dargestellt.

Kurz bevor die Fragebögen verteilt bzw. verschickt wurden, erhielten die Einrichtungen per E-Mail oder telefonisch, eine kurze Erinnerung und einen Zeitraum, indem die Einrichtungen mit dem Eingang der Fragebögen rechnen konnten. Somit hatten diese nochmals die Möglichkeit die Teilnehmer anzusprechen.

3.6 Der Fragebogen

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Entwicklung und Gestaltung des Fragebogens für die postalische Befragung. Diese ist in der quantitativen Forschung neben den quantitativen Interviews die häufigste Erhebungsweise. Die Autorinnen haben sich für diese Form der Befragung entschieden, da sie viele Vorteile in der Durchführbarkeit für diese Studie liefert. Scholl (2003) sagt dazu, dass eine schriftliche Befragung sowohl organisatorisch und zeitlich als auch finanziell weitaus weniger Aufwand erfordert als andere Formen der Befragung. Zudem kann innerhalb kurzer Zeit eine große geographische Streuung erreicht werden. Da es für die Beantwortung der Fragen keine Zeitvorgabe gibt, wird den Teilnehmern eine wesentlich höhere Flexibilität in der Bearbeitung zugestanden als beispielsweise in einem Interview. Durch das Design des Fragebogens können die Fragen visuell unterstützt werden. So haben die Autorinnen z.B. eine große Zahl von Fragen in Tabellenform gefasst, um die Teilnehmer strukturiert durch die Fragen zu leiten und möglichst viele Daten erheben zu können. Ein weiterer Vorteil ist der geringere Effekt der Beantwortung nach sozialer Erwünschtheit. Eine Beeinflussung durch einen Interviewer besteht im Fall der schriftlichen Befragung nicht.

Im Rahmen des Fragebogens gibt es zwei Möglichkeiten, einen Online-Fragebogen oder einen schriftlichen Fragebogen, zur Erfassung der Daten. Aufgrund der Tatsache, dass sich der Fragebogen an ältere Menschen richtete (s. 3.4 „Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer“, S. 62), entschieden sich die Autorinnen für einen schriftlichen Fragebogen, da sie davon ausgingen, dass nicht alle Teilnehmer den Umgang mit einem Computer beherrschen bzw. Zugang zu einem Internetanschluss haben. Die Autorinnen waren sich jedoch auch der Nachteile bewusst, die eine schriftliche Befragung birgt. Scholl (2003) nennt dazu unter anderem Schwankungen der Rücklaufquote* und die Unkontrollierbarkeit der Befragungssituation. „Ob tatsächlich die angeschriebene Zielperson oder ein anderes Haushaltsmitglied den Fragebogen ausfüllt, ob alle Fragen auch ohne Erläuterung durch einen Interviewer richtig verstanden wurde [...] etc. ist bei der postalischen

Befragung ungeklärt.“ (Bortz, Döring, 2006, S. 256). Des Weiteren besteht in einer anonymen Befragung weder von Seiten der Befragten, noch von Seiten der Forscher die Möglichkeit bei Unklarheiten nachzufragen. Diese Erschwernis musste bei der Entwicklung des Fragebogens beachtet werden. Um möglichen Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens entgegenzuwirken und mögliche Rückfragen zu beantworten, boten die Autorinnen den Teilnehmern im Anschreiben zusätzlich auch die Möglichkeit einer telefonischen Befragung an. Zu diesem Zweck wurden die Telefonnummern der Autorinnen im Anschreiben des Fragebogens angegeben und die Teilnehmer hatten die Möglichkeit ihre Telefonnummer für Rückfragen zu vermerken.

3.6.1 Die Entwicklung des Fragebogens

Wie bereits in der Forschungsfrage und den Leitfragen (s. 3.3.1, S. 59) beschrieben, war es die Absicht der Autorinnen die Nutzung von Mobilitätshilfsmitteln in einem umfassenden Kontext zu untersuchen. Basis für diesen Kontext stellte einerseits der ergotherapeutische Bezugsrahmen des CMOP-E (s. 2.6, S. 25) dar, der in seinem Inhalts- und Prozessmodell intensiv mit dem Bereich der Betätigung und somit auch der Partizipation auseinandersetzt. Andererseits nutzten die Autorinnen das MPT-Modell (s. 2.5, S. 23), welches die Nutzung von Hilfsmitteln in den Mittelpunkt seiner Betrachtung stellt. Im Sinne der Hilfsmittelnutzung und der Darstellung der Partizipation ergänzen sich diese Modelle sehr gut im Hinblick auf das Forschungsinteresse der Autorinnen. Zudem setzen beide Modelle ihren Fokus auch auf die Bereiche der Person und der Umwelt.

So bildeten sie die Grundlage zur Entwicklung und Strukturierung des Fragebogens, der die Bereiche Partizipation/Betätigung, Hilfsmittelnutzung, Person und Umwelt abdecken sollte.

Diese Bereiche wurden von den Autorinnen bei der Entwicklung des Fragebogens, bei der Suche und Auswahl von Assessments, dem Aufbau des Fragebogens und der Konstruktion selbsterstellter Fragen besonders berücksichtigt (s. 3.6.2 „Aufbau des Fragebogens“, S. 68). Die Suche und Auswahl der Assessments hatte einen großen Einfluss auf den zeitlichen Ablauf bei der Erstellung des Fragebogens, der im Folgenden grafisch dargestellt wird (s. Abbildung 7, S. 67).

Zeitlicher Ablauf

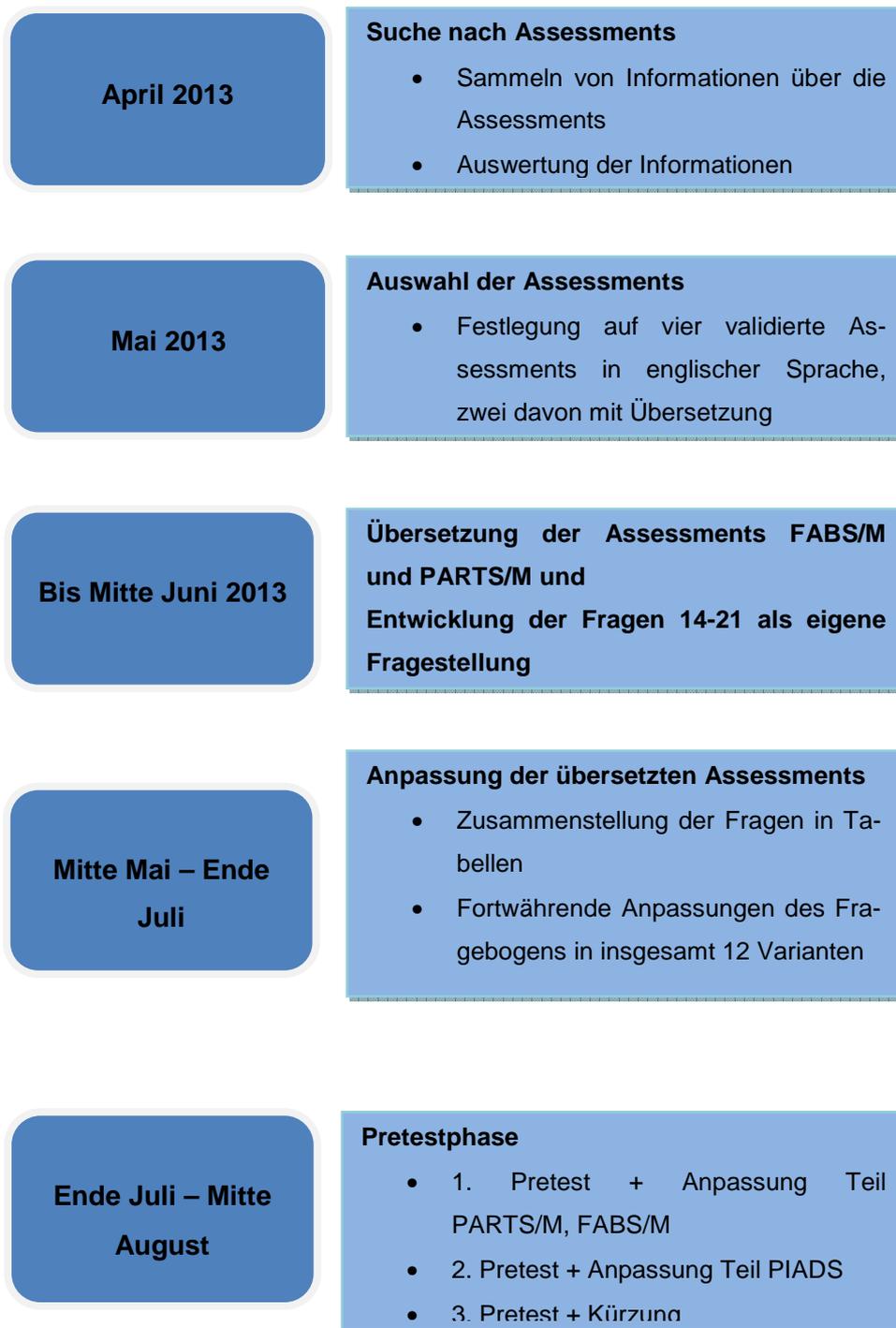


Abbildung 7 Zeitlicher Ablauf zum Erstellen des Fragebogens

Nach insgesamt 15 Anpassungen konnte die Entwicklung des Fragebogens abgeschlossen werden. Für die Entwicklung des Fragebogens war der Aufbau von entscheidender Bedeutung, um die Fragen in sinnvoller Reihenfolge zu stellen. Dieser wird im Anschluss erläutert.

3.6.2 Aufbau des Fragebogens

„Planung und Entwurf eines Fragebogens müssen sich zunächst auf die Konstruktion der Frage beziehen“ (Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 319).

Die erste Frage, die man sich beim Erstellen eines Fragebogens stellen sollte, ist die Frage, welche Informationen man durch die Antwort der Teilnehmer erzielen möchte.

Somit müssen beim Erstellen eines quantitativen Fragebogens mehrere Eigenschaften beachtet werden.

Da der Forschungsgegenstand der Autorinnen, der Non-Use von Hilfsmitteln, unterschiedliche Gründe haben kann, musste dies bei der Wahl der Fragen berücksichtigt werden, denn der Fragebogen erlaubt keine Nachfrage bei Unklarheiten oder missverständlichen Formulierungen (Kirchhoff, Kuhnt, Lipp, Schlawin, 2001).

Vorüberlegungen

Da die Auswahl der verwendeten Assessments (s. 3.6.3, S. 74) nicht alle Informationen erfassten, die die Autorinnen zur Beantwortung ihrer Forschungsfrage sowie ihrer Leitfragen benötigten, wurden einige Fragen (s. Anhang Fragebogen XI S. 148, Frage 14 – 21) auf der Grundlage vorhandener Forschungsergebnisse, selbst konstruiert. Hierzu stellten die Autorinnen einige Vorüberlegungen an, die sich vor allem auf die Erfassung des Non-Use wie auch seiner Faktoren bezogen und im Folgenden näher erläutert werden.

Non-Use

Es war für die Autorinnen von hoher Relevanz den „Non-Use“ in einem umfassenden Kontext bezogen auf die Partizipation, die Umweltfaktoren, die Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel und die psychischen Einflussfaktoren zu erfassen. Weil es keine einheitliche Definition des Begriffes Non-Use gibt (s. 2.8.1, S. 38), betrachteten die Autorinnen diesen unter verschiedenen Gesichtspunkten.

Zum einen sollte dieser allgemein auf die vorhandenen und die davon genutzten Mobilitätshilfsmittel erfasst werden. Mann, Hurren & Tomita (1993) fragen in ihrer

Studie ebenfalls nach den Hilfsmitteln, die die Befragten besitzen und welche sie benutzen.

Zum anderen sollte der spezifische Nutzen bezogen auf unterschiedliche Aktivitäten erfasst werden. Die Einteilung der Aktivitäten erfolgte nach der Übersetzung des PARTS/M (s. 3.6.3 „verwendete Assessments für den Fragebogen“, S. 74).

Auch die Frequenz der Nutzung (täglich, wöchentlich, monatlich, weniger) ähnlich wie bei Hoffmann & McKenna (2004) oder auch bei Mischker (2009) wurde von den Autorinnen berücksichtigt.

Desweiteren wurde untersucht, ob das Hilfsmittel für diese Aktivität angeschafft wurde und dafür auch tatsächlich genutzt wird. Diese Form der Definition ist angelehnt an das Assistive Technology Device Usage Prediction Modell von Rogers & Holm (1992).

Ergänzend fragten die Autorinnen wie das Hilfsmittel für die Aktivität genutzt werden konnte (Ohne Einschränkung, Mit Einschränkung, Nutzung nicht möglich) und ob das Hilfsmittel für diese Aktivität benötigt wurde.

Faktoren

Im Folgenden werden die Faktoren des Non-Use näher erläutert, die für die Forschungsfrage, die Leitfragen und die Entwicklung des Fragebogens besondere Relevanz hatten (s. 2.8.2, S. 44).

Persönliche Faktoren

Allgemeine persönliche Charakteristiken wie Alter, Geschlecht und die Diagnose können die Nutzung von Hilfsmitteln beeinflussen (Wessels et al., 2003). Speziellere Faktoren können das Gefühl von Verlegenheit, die Lebensgestaltung, Verlust des Selbstvertrauens, ein Mangel an Motivation, ein Umzug, psychosoziale Probleme, die Bevorzugung anderer Methoden zu nutzen, der Vorzug menschliche Unterstützung zu nutzen, kein Übereinkommen zwischen Therapeut und Klient, der erwartete Nutzen des Hilfsmittels und die Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel sein (Wielandt & Strong, 2000, S. 70). Rogers & Holm (1992) wie auch Wielandt & Strong (2000) weisen darauf hin, dass es keine eindeutige Evidenz für einen Zusammenhang zwischen der Nutzung von Hilfsmitteln und dem Geschlecht oder dem Alter gibt, da sich die Ergebnisse diesbezüglich widersprechen. In den Forschungsergebnissen zeigten psychologische Faktoren, wie depressive Perioden,

emotionale Reife, das Streben nach Unabhängigkeit und eine große intrinsische Motivation Einfluss auf die Nutzung von Hilfsmitteln (Wessels et al., 2003). Dijcks et al. (2006) fanden heraus, dass Hilfsmittel regelmäßiger genutzt werden, wenn das Problem der Klienten bezogen auf Alltagsaktivitäten, mit dem Hilfsmittel größtenteils gelöst werden konnte. Auf Grundlage dieser Ergebnisse spielten für die Autorinnen die Erfassung psychologischer Faktoren im Kontext der Hilfsmittelnutzung und die Klientenzufriedenheit mit dem Hilfsmittel eine wichtige Rolle.

Umweltbezogene Faktoren

In diesem Kontext kann zwischen physischen und sozialen Umweltfaktoren differenziert werden. Positive soziale Umweltfaktoren können z.B. sein, wenn das soziale Umfeld die Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt oder der Zugang zu den aktuell entwickelten Hilfsmitteln im Rahmen einer Rehabilitation oder ambulanten Versorgung besteht und somit die Auswahlmöglichkeiten und die entsprechende Eignung für den individuellen Nutzer gegeben ist (Wessels et al., 2003). Rogers & Holm (1992) weisen darauf hin, dass der soziale Faktor, ob der Nutzer alleine wohnt, zu unterschiedlichen Ergebnissen in der Forschung geführt hat. Hoffmann & Mc Kenna (2004) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Lebensweise „alleine lebend“ und der stärkeren Nutzung von Toilettenhilfsmitteln und Duschstühlen belegen. Auch das Forschungsinteresse der Autorinnen liegt in einer näheren Betrachtung der Lebensform und vor allem der sozialen Unterstützung bei den bedeutungsvollen Aktivitäten und wird im Fragebogen mit Hilfe des PARTS/M erfasst.

Ebenfalls von hoher Relevanz für die Autorinnen ist der Einfluss der physischen Umwelt. Rogers & Holm (1992) wie auch Wessels et al. (2003) verweisen auf Forschungsergebnisse, die belegen, dass Barrieren im häuslichen Umfeld die Nutzung von Hilfsmitteln beeinträchtigen. Motiviert durch ihre Arbeitserfahrung, dass neben dem Aspekt der häuslichen Umwelt auch die Umwelt auf Gemeindeebene von Bedeutung ist, möchten die Autorinnen diesen Aspekt auf die Umwelt außerhalb des häuslichen Umfelds erweitern. Gerade bei der Nutzung von Mobilitätshilfsmitteln spielen bauliche Maßnahmen, wie z.B. Rampen und die Zugänglichkeit von Verkehrsmitteln, wie z.B. Bahn, eine große Rolle. Durch die Integration des FABS/M in den Fragebogen konnten diese physischen Faktoren erfasst werden.

Hilfsmittelbezogene Faktoren

Sowohl das Design als auch die Qualität des Hilfsmittels haben einen Einfluss auf die Nutzung. Die Studien von Rogers & Holm (1992) und von Phillips & Zhao (1993) belegen, dass eine geringe Qualität eine niedrigere Nutzungsrate des Hilfsmittels zur Folge hat. Ist ein Hilfsmittel hingegen leicht, einfach im Gebrauch und transportabel wird es häufiger und länger benutzt (Wessels et al., 2003). Sowohl die Qualität als auch das Aussehen von Mobilitätshilfsmitteln sind für ältere Menschen von hoher Bedeutung. Durch eine Verminderung der muskulären Kraft kann die Bedienung eines Rollstuhles oder Rollators erheblich eingeschränkt sein. Deshalb ist hier eine individuelle Anpassung des Hilfsmittels von großer Bedeutung für die Nutzbarkeit. Insofern war die Zufriedenheit der Befragten mit den Eigenschaften des Mobilitätshilfsmittels für die Autorinnen von großer Bedeutung. Diese wird mit Hilfe des Quest 2.0 in dem Fragebogen erfasst.

Interventionsbezogene Faktoren

Wessels et al. (2003) weisen darauf hin, dass besonders der Einbezug des Klienten bei der Auswahl des Hilfsmittels einen Non-Use verringern kann. Auch das Training mit dem Hilfsmittel in der häuslichen Umgebung, Einweisungen von Pflegenden beziehungsweise Angehörigen sowie die Frequenz des Trainings spielen eine entscheidende Rolle bei der Annahme des Hilfsmittels (Wielandt & Strong, 2000). Ebenso wichtig sind eine zeitnahe Versorgung und die Nachsorge durch den Auslieferer des Hilfsmittels (Wessels et al., 2003). Diese wird durch die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen des Mobilitätshilfsmittels mit Hilfe des QUEST 2.0 im Fragebogen erfasst.

Struktur des Fragebogens

Auf der Grundlage dieser Vorüberlegungen, wurde die Struktur des Fragebogens entwickelt. Bei der Festlegung der Reihenfolge der Fragen, machten sich die Autorinnen aber auch darüber Gedanken, wann einfache oder komplexe Fragen im Fragebogen integriert wurden. So war es wichtig, den Einstieg in den Fragebogen für die Teilnehmer nicht zu schwierig zu gestalten, indem zunächst einfache und kurze Fragen zu allgemeinen Daten der Teilnehmer gestellt wurden. Im Verlauf wurden die Fragen dann komplexer und anspruchsvoller. Dabei wurden sie aber

immer wieder von kurzen Fragen abgelöst, um den Teilnehmern das Ausfüllen zu erleichtern.

Die Frage nach der Zufriedenheit und dem Hilfebedarf bei der Partizipation folgte direkt nach den Fragen zu den allgemeinen Daten der Teilnehmer. Sie bezog sich nicht auf die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels. Sie diente dazu die gewonnenen Ergebnisse mit den Ergebnissen der Frage nach der Nutzung des Hilfsmittels bei der Durchführung der Aktivitäten, die relativ am Schluss des Fragebogens eingebaut wurde, zu vergleichen. Beide Fragen basieren auf den Aktivitäten des PARTS/M.

Ein weiterer Aspekt, der von den Autorinnen berücksichtigt werden musste, war die Erfassung von verschiedenen Definitionen des Non-Use. Dieser wurde zum einen auf das individuell am meisten genutzte Mobilitätshilfsmittel erfasst zum anderen aber auch auf alle vorhandenen Mobilitätshilfsmittel. Da es den Autorinnen primär um die gewünschte Nutzung des individuell am meisten genutzten Mobilitätshilfsmittels im Alltag ging, wurde diese Frage relativ an den Anfang des Fragebogens gestellt. So bauten alle folgenden Fragen, wie die Gründe des Non-Use, die Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel und dessen Dienstleistungen, die psychologischen Aspekte, die Zugänglichkeit zu der Umwelt und zu Transportmittel und die qualitative und quantitative Nutzung des Mobilitätshilfsmittels bei der Durchführung der Aktivitäten, darauf auf. Um die Teilnehmer nicht zu verwirren wurde die Frage, die den Non-Use aller vorhandenen Mobilitätshilfsmittel erfassen sollte, ganz an das Ende des Fragebogens gestellt. Eine detaillierte Auflistung der Einteilung der Fragen mit den entsprechenden Überlegungen der Autorinnen findet sich im Anhang (s. Anhang X, S.145).

Aufbau der Fragen

Auch zum Aufbau der Fragen mussten von den Autorinnen vorab einige Entscheidungen getroffen werden.

Um die Daten numerisch auswerten zu können und ein eindeutiges Ergebnis erzielen zu können, wurden die Fragen an existierende Assessments angelehnt (s. 3.6.3 „Verwendete Assessments für den Fragebogen“, S. 74), da diese bereits validiert wurden.

Da der Fragebogen in numerische Daten ausgewertet werden soll, wurden bei dem Fragebogen von den Autorinnen nur „geschlossene Fragen“ verwendet. „Sie ver-

langen von dem Befragten sich zwischen Antwortalternativen zu entscheiden.“ (Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 324)

Aktivität	Trifft nicht zu	Wie zufrieden sind Sie mit der Durchführung Ihrer Aktivitäten?	Brauchen Sie Hilfe von z.B. Angehörigen / Pflegedienst?
Sich kleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Abbildung 8 Geschlossene Fragen

Auch bei geschlossenen Fragen gibt es Fragen, bei denen Mehrfachantworten möglich sind. Hier unterscheidet man laut Schnell, Hill & Esser zwischen „Mehrfachvorgaben mit Rangordnung“ und „ungeordneten Mehrfachantworten“ (2011, S. 324).

Die im Fragebogen gestellten Fragen gliedern sich in „ungeordneten Mehrfachantworten“, da die Antwortmöglichkeiten keine Rangordnung darstellen (Schnell, Hill & Esser, 2011),

Ort	Trifft nicht zu	Fehlende Hilfen (z.B. Rampen, automatische Türen) zur Überwindung von Barrieren	Bodenbeschaffenheit (z.B. Schotterweg, Kopfsteinpflaster)	Beschaffenheit des Hilfsmittels (z.B. Bereifung)	Mangelnde Hilfe durch Personen (z.B. beim Überwinden von Barrieren, Service)	Mangel an Beförderungsanlagen, (z.B. Fahrstühle, Rolltreppen)
Wohnung von Angehörigen / Freunden						

Abbildung 9 Mehrfachantworten ohne Rangordnung (angelehnt an Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 324)

Bei bestimmten Fragen, wie z.B. ob das Mobilitätshilfsmittel genutzt oder nicht genutzt wurde, war es den Autorinnen wichtig, dass die Teilnehmer sich für eine Antwort entschieden, um ein eindeutiges Ergebnis zu erhalten. Bei Fragen, die sich auf die Gründe des Non-Use, Verbesserungsvorschläge zur Nutzung des Mobilitätshilfsmittels und den Besitz bzw. die Nutzung aller Mobilitätshilfsmittel bezogen, war es das Anliegen der Autorinnen nicht nur eine Aussage zu erfassen. Aus diesem Grund wurden hier Fragen mit Mehrfachantworten gewählt.

Die Überlegung der Autorinnen bei welchen Fragen sie eine eindeutige Aussage der Teilnehmer erhalten wollten und bei welchen Fragen mehrere Antworten von Interesse waren, spielten auch bei der Auswahl und Anpassung der verwendeten Assessments eine entscheidende Rolle, wie sie im folgenden Abschnitt erläutert wird.

3.6.3 Verwendete Assessments für den Fragebogen

Im Folgenden Text werden die verwendeten Assessments aufgeführt und detailliert begründet, warum das Assessment nicht in seiner Ursprungsform verwendet werden konnte.

Auswahl

Zunächst wurden von den Autorinnen allgemeine Assessments in Betracht gezogen, die in der Ergotherapie und im klinischen Alltag verwendet werden und die die gewünschten Komponenten erfassen. Darunter befanden sich das Ergo Assessment, EuroQol, IPA, das Live H Assessment, PIRS, CHIEF, WHODAS, das KEELE-Assessment und das MQE. Bei der Sichtung des Datenmaterials stellten sich jedoch folgende Probleme heraus. Die für den Fragebogen genutzten Assessments mussten bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Zum einen sollten sie einen direkten Bezug zur Nutzung von Hilfsmitteln aufweisen, zum anderen sollten sie vom Umfang und der Sprache der Teilnehmergruppe angemessen sein. Zudem sind einige der genannten Assessments nicht frei zugänglich. Aus diesen Gründen wurden die oben genannten Assessments für die Studie ausgeschlossen. Die Autorinnen beziehen sich in ihrer Studie zwar auf das MPT-Modell von Scherer, jedoch wurden die dazugehörigen Assessments nicht für Forschungszwecke, sondern für den praktischen Gebrauch in der Hilfsmittelversorgung entwickelt und bot sich aufgrund seiner Struktur nicht für den Fragebogen an.

Die Autorinnen entschieden sich letztendlich für den FABS/M, PARTS/M, den QUEST 2.0, welcher auf Grundlagen des MPT- Modells (s. 2.5, S. 23) basiert und den PIADS. Diese stehen in direktem Bezug zur Nutzung von Hilfsmitteln und enthalten alle Komponenten, die den Autoren für ihre Studie relevant erschienen (Zufriedenheit, Umwelt, Partizipation und psychosoziale Faktoren). Der QUEST 2.0 wurde zum einen für den praktischen Gebrauch in der Hilfsmittelversorgung entwickelt, zum anderen auch für die Forschung. Dort kann er eingesetzt werden, um die Zufriedenheit des Hilfsmittelnutzers mit Faktoren wie Lebensqualität, Kosten und Komfort zu vergleichen. In diesem Assessment geht es um die Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel und den dazugehörigen Leistungen (Demers, Weiss – Lambrou, Ska, 2002).

Das Assessment PARTS/M wurde verwendet, um die Partizipation der Teilnehmer genauer zu beleuchten (Gray et al, 2006). Der PARTS/M stellt Fragen zur Partizi-

pation in den wichtigsten Lebensbereichen von Personen mit Einschränkungen der Mobilität. Er schließt somit ein, dass diese Personen unter Umständen ein Mobilitätshilfsmittel nutzen.

Der FABS/M wurde hinzugezogen, um die Umwelt der Teilnehmer und der damit verbundene Nutzen der Mobilitätshilfsmittel genau beschreiben zu können und somit mögliche Barrieren oder Ressourcen in ihrer Umwelt hervorzuheben (Gray, Hollingsworth, Stark, Morgan 2008).

FABS/M und PARTS/M sind beide kompatibel mit der ICF. Sie beziehen sich auf die Komponenten der Kontextfaktoren Umwelt und Person (s. 2.3 „ICF“, S. 21). FABS/M und PARTS/M sind bisher nur in Englisch erhältlich und mussten zum Zweck der Studie von den Autorinnen übersetzt und angepasst werden.

Der PIADS misst die Auswirkungen, die ein Hilfsmittel auf die psychosozialen Anteile einer Person hat (Day & Jutai, 1996). Er wurde dazu ausgewählt, die psychische Komponente der Teilnehmer mit dem Mobilitätshilfsmittel zu beleuchten. In diesem Assessment geht es nicht vorrangig darum den Zusammenhang zwischen psychischen Aspekten und der Nutzung eines Mobilitätshilfsmittels zu erfassen, daher wurden die Teilnehmer in der Überschrift zu der Frage explizit darauf hingewiesen, diese Fragen unter dem Aspekt der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels zu beantworten. Day & Jutain (1996) beschreiben, dass der PIADS besonders für Studien zum Nichtgebrauch von Hilfsmitteln geeignet sei. Er lässt sich bei den unterschiedlichsten Hilfsmitteln verwenden. Das Gefühle eine entscheidende Rolle bei der Nutzung eines Mobilitätshilfsmittel spielen, wird in dem Artikel von Hocking (1999) beschrieben „[...] to interactional and conditional reasoning about the person and their attitudes and emotional responses to using assistive devices“ (S.8).

Übersetzung durch die Autorinnen

Es stellte sich heraus, dass keines der gewählten Assessments im Original genutzt werden konnte, da für FABS/M und PARTS/M keine deutschen Übersetzungen existierten und die Übersetzungen von QUEST 2.0 und PIADS im Ausdruck teilweise missverständlich waren. Die deutsche Übersetzung war zwingend notwendig, da die Teilnehmer über 65 Jahre alt waren und der englischen Sprache z.T. nicht mächtig waren (s. Anhang XI und XII, S. 165 und 174). Der QUEST 2.0 konnte in der „Noch zu überarbeitenden deutschen Erstübersetzung“ komplett

verwendet werden. Für die Übersetzung des PARTS/M und FABS/M griffen die Autorinnen auf das Internet-Wörterbuch LEO (leo.org, 2013) sowie das Langenscheidt Wörterbuch Englisch zurück. Mögliche deutsche Übersetzungen wurden von den Autorinnen diskutiert bis in der Gruppe ein Konsens für die gebräuchlichste und verständlichste Formulierung gefunden wurde. Als Beispiel sei hier das Wort „accessibility“ genannt, das mit Erreichbarkeit, Zugänglichkeit oder Barrierefreiheit* übersetzt werden kann (leo.org, 2013). Die Autorinnen entschieden sich zunächst für die Übersetzung Zugänglichkeit, ersetzten diese jedoch bei der Formulierung der Fragen im Hinblick auf bessere Verständlichkeit sinngemäß durch die freie Übersetzung „einen Ort aufsuchen können“.

Anpassung

Aus Gründen der Verständlichkeit und Angemessenheit von Sprache und Design war es notwendig auch den QUEST 2.0 auf die Teilnehmergruppe der Studie anzupassen.

Vom PARTS/M konnten nicht alle Fragen und Kategorien für den Fragebogen in vollem Umfang verwendet werden. Aus diesem Grund entschieden sich die Autorinnen dafür, den PARTS/M in den Kategorien zu komprimieren. Beispielsweise wurde nicht mehr in „Aktive“ und „Ruhige“ Freizeit unterschieden, sondern beides in „Hobbies und Freizeit“ zusammengefasst.

Zudem hatten die Autorinnen in diesem Teil des Fragebogens die Fragen an die entsprechende ICF Fachterminologie angepasst. Es stellte sich jedoch heraus, dass die Formulierungen nach den ICF-Fachtermini für die Teilnehmer teilweise unverständlich waren. Im Zuge der Anpassungen nach dem ersten Pretest*, wurden z.B. die Begrifflichkeiten „Die Belange der Blasen und Darm Entleerung zu regulieren“ der Einfachheit halber allgemeiner in „Auf Toilette gehen“ geändert. Dieselben Schwierigkeiten stellten sich beim FABS/M heraus. Auch bei diesem Assessment wurden die ICF Fachtermini verwendet. Aus den zuvor beschriebenen Gründen, die bereits für den PARTS/M genannt wurden, haben sich die Autorinnen entschieden, missverständliche Stellen in gebräuchliche Alltagssprache umzuwandeln. Die Vorgehensweise bei den Anpassungen des Fragebogens wird nachfolgend beim Pretest beschrieben.

3.6.4 Der Pretest

Diekmann (2012) beschreibt, dass jedes konstruierte Erhebungsinstrument z.B. Fragebogen einem Pretest unterzogen werden sollte. „Zeigen sich im Pretest Probleme [...], so wird man natürlich das Erhebungsinstrument überarbeiten müssen.“ (Diekmann, 2012, S. 195) Somit ist der Pretest eine wichtige Phase in der Entstehung des Fragebogens.

Die „Testpersonen“ sollten hierbei den gewünschten Ein- und Ausschlusskriterien (s. 3.4, S. 62) aufweisen. Diese Testpersonen werden nicht in die Gesamtzahl der Teilnehmer eingeschlossen.

Der erste Pretest erfolgte am 27. Juni 2013. Laut Schnell, Hill & Esser (2011), dient der Pretest folgender Überprüfung:

- Sind die Fragen verständlich gestellt?
- Wie lange dauert die Ausfüllung des Fragebogens?
- Gibt es Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens?
- Ist die Belastung des Befragten durch den Fragebogen angemessen (S. 340)

Um diese Kriterien am Fragebogen überprüfen zu können, wurde am Ende des Fragebogens der Pretestfragebogen angehängt (s. Anhang XV, S. 211). Insgesamt gab es drei Pretestphasen mit mehreren Probanden. Nach jeder Pretestphase musste der Fragebogen in den Bereichen Länge, Verständlichkeit, Begrifflichkeit aber auch Design drastisch verändert werden. „Nicht selten sind zwei oder mehrere Pretestphasen erforderlich [...]“ (Diekmann, 2012, S. 195)

In dem ersten Pretest war vor allem auffällig, dass die Begrifflichkeiten der ICF, wie sie in den Assessments verwendet wurden teilweise auf großes Unverständnis bei den „Testpersonen“ stieß. Die Begrifflichkeiten waren für die „Testpersonen“ zu abstrakt. Desweiteren wurde die Länge des Fragebogens kritisiert. Da die Autorinnen zu Beginn versuchten den PARTS/M und den FABS/M möglichst vollständig zu übernehmen, hatte der Fragebogen über 20 Seiten. Diese Länge war für die älteren Teilnehmer nicht geeignet, da dies eine hohe Konzentration erforderte und somit viel Zeit in Anspruch nahm. Einige „Testpersonen“ benötigten über 70 Minuten zum Ausfüllen des Fragebogens.

In der zweiten Pretestphase war das Design ausschlaggebend. Nach den drastischen Veränderungen aus der ersten Pretestphase, in denen die ICF- Begrifflichkeiten zum Teil umgewandelt und nur noch für das Mobilitätshilfsmittel relevante Fragen genutzt wurden, ergab die zweite Testphase, dass die Tabellen zu unübersichtlich waren. Infolge dessen wurden diese gekürzt und visuell klarer dargestellt.

Nach diesen drastischen Veränderungen und vor allem der Verkürzung des Fragebogens, um ihn an das Klientel anzupassen, wurde die dritte Pretestphase gestartet. Dieser Fragebogen wurde von den „Testpersonen“ als verständlich und übersichtlich deklariert, so dass dieser im Anschluss an die Teilnehmer verteilt werden konnte.

Die Begründung, warum der Fragebogen mehrmals so drastisch verändert wurde war, dass ein „Nicht-Verständnis“ der Fragen eine geringe Rücklaufquote oder einen hohen Dropout der Fragebögen zur Folge haben konnten.

Daraus resultierte aber auch, dass keiner der ausgewählten validierten Fragebögen wie z.B. den PARTS/M komplett verwendet werden konnte.

Um aussagekräftige Daten zu liefern, sollte ein Erhebungsinstrument wie der von den Autorinnen erstellte Fragebogen bestimmten Gütekriterien* entsprechen.

3.7 Die Gütekriterien

Gütekriterien sind Kriterien zur Beurteilung der Qualität der Daten, die bei einem Messvorgang erhoben werden oder sich auf die Qualität von Analyseergebnissen beziehen. Nur wenn allen Gütekriterien innerhalb bestimmter Bandbreiten Rechnung getragen wird, können aus einer Untersuchung verlässliche Schlussfolgerungen gezogen werden (Gabler Wirtschaftslexikon, 2013).

3.7.1 Reliabilität

Als Reliabilität wird die Zuverlässigkeit des Ergebnisses bezeichnet. Eine Reliabilität besteht dann, wenn eine wiederholte Messung eines Objektes mit einem Messinstrument (z.B. ein Assessment), immer dieselben Werte ergeben. (Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 143). In dieser Studie spielt die Reliabilität eine untergeordnete Rolle, da das entwickelte Messinstrument - der Fragebogen - höchstwahrscheinlich kein zweites Mal verwendet wird um Daten zu ermitteln. Somit kann die Reliabilität des Fragebogens nicht ermittelt werden.

Diese wurde aber bei der Auswahl der verwendeten Assessments berücksichtigt. Für den FABS/M und den PARTS/M (Gray, et al., 2006) sowie für den QUEST 2.0 (Demers et al., 2001) und den PIADS (Day & Jutai, 1996) wurde die Reliabilität in Studien nachgewiesen.

Durch die Anpassungen des FABS/M, des PARTS/M und des PIADS (s. 3.6.3 „verwendete Assessments für den Fragebogen, S. 74) war die Reliabilität nicht mehr gegeben.

3.7.2 Validität

Die Validität ist die Gültigkeit eines Messinstrumentes. Eine Validität besteht dann, wenn das „Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll [...]“ (Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 146)

Dieses Gütekriterium ist für diese Studie von hoher Bedeutung. Um ein möglichst validiertes Ergebnis aus dem Fragebogen ziehen zu können, müssen einige Kriterien im Vorfeld von den Verfassern bedacht werden. Die Fragestellung muss so konstruiert sein, dass die Antworten das erhebt, was in der Forschung gemessen werden soll.

An den vorab beschriebenen Fragebögen bestand nicht der Anspruch als neues valides Assessment zu dienen. Die Autorinnen legten jedoch Wert darauf die Fragen auf der Basis validierter Assessments zu erstellen, um eine möglichst große inhaltliche Validität zu erzielen. Für FABS/M und PARTS/M wurde die Validität in Studien nachgewiesen (Gray et al. 2006). Ebenso für den QUEST 2.0 (Demers, et al., 2001) und den PIADS (Day & Jutai, 1996). Lediglich der QUEST 2.0 und der PIADS existieren in deutscher Sprache. Der QUEST 2.0 ist bereits vorvalidiert. Der FABS/M und der PARTS/M mussten von den Autorinnen übersetzt und angepasst werden. Für den entwickelten Fragebogen besteht daher nicht die gleiche Gültigkeit wie für die originalen Assessments. Möglicherweise hat sich durch Übersetzungs- bzw. Interpretationsfehler der Autorinnen der Inhalt einzelner Fragen verändert. Der QUEST 2.0 musste in seiner deutschen vorvalidierten Form nur geringfügig verändert werden. Der Inhalt der Fragen konnte zum Großteil übernommen werden. Dieser Teil des Fragebogens besitzt dementsprechend eine inhaltlich höhere Qualität als die Fragen, die auf den angepassten und übersetzten Assessmenten beruhen oder den Fragen, die von den Autorinnen selbst konstruiert

wurden. Auch für den PIADS konnte eine bereits existierende Übersetzung verwendet werden, so dass der Inhalt der Fragen von den Autorinnen durch eigene Interpretation und Übersetzung nicht verändert wurde. Jedoch wurde dieser im Rahmen der Anpassung durch die Pretests (s. 3.6.4, S. 77) ebenfalls massiv verändert, was eine Reduktion der inhaltlichen Validität zur Folge hatte.

3.7.3 Objektivität

Die Objektivität ist die Unabhängigkeit eines Messinstrumentes (Diekmann, 2012). Ein Messinstrument ist dann objektiv, wenn das Ergebnis des Messinstrumentes immer das gleiche ist, unabhängig von der Person, die das Messinstrument einsetzt. (Diekmann, 2012)

Im Fall der Studie wurde ein schriftlicher Fragebogen an die Teilnehmer verteilt. Die Autorinnen legten Wert darauf, an der Verteilung und dem Rücklauf nicht persönlich beteiligt zu sein.

Die Objektivität des entwickelten Fragebogens ist gegeben, da alle Teilnehmer die gleichen Fragen erhalten haben und die Autorinnen weder bei der Verteilung noch bei der Beantwortung der Fragen auf die Teilnehmer Einfluss nehmen konnten.

3.8 Prozess der Befragung

Der Fragebogen (s. Anhang XI, S. 148) wurde in einem Zeitraum vom 14. August – 08. September 2013 an die Praxen und Einrichtungen verteilt.

Dieser relativ lange Zeitraum ergibt sich daraus, dass die Verteilung der Fragebögen nicht direkt stattfand, sondern über mehrere zwischengeschaltete Verteiler lief, die zeitliche und personelle Ressourcen dafür aufbringen mussten. Somit wurden nicht alle Fragebögen am gleichen Tag verteilt und eine längere Rücklauffrist musste einkalkuliert werden. Die Fragebögen wurden jeweils mit frankiertem Rückumschlag versendet. Als Alternative boten sich einige Verteilerstellen auch als Sammelstellen für den Rücklauf an. Für die Rücksendung wurden von den Autorinnen drei neutrale Postkästen eingerichtet, um die Anonymität der Teilnehmer zu wahren. Die Eingänge wurden von Personen geöffnet und vorsortiert, die nicht im Forschungsprozess involviert waren. Alle vorsortierten Fragebögen wurden an eine Autorin versandt, die die Auswertung übernahm.

3.9 Auswertung

Insgesamt wurden 170 Fragebögen an die Teilnehmer verteilt. Hiervon erhielten die Autorinnen 94 Fragebögen zurück. Das ergibt insgesamt eine Rücklaufquote von 55%.

Von diesen konnten allerdings nur 89 Fragebögen aus folgenden Gründen ausgewertet werden. Ein Fragebogen wurde unausgefüllt zurück gesendet und vier Teilnehmer hatten das Einschlusskriterium von 65 Jahren nicht erfüllt, sodass diese auch nicht ausgewertet werden konnten.

Die Auswertung der Fragebögen in dieser Forschung erfolgte über das Statistikprogramm SPSS von IBM in der Version 22. Mit Hilfe dieses Programmes wurden zunächst alle 21 Fragen des Fragebogens als Variable definiert. Dazu wurden die entsprechenden Antwortmöglichkeiten mit einem Wert versehen, z.B. erhielt die Antwortmöglichkeit „ja“ eine Eins. Wenn ein Teilnehmer eine Frage nicht beantwortet hatte, galt dies als Missing value und wurde mit einer 99 bewertet. Wie viele Teilnehmer dies bei den einzelnen Fragen waren, spiegelt sich in den Ergebnissen unter „Keine Angabe“ wieder (s. Anhang XVI, Tabelle S.213).

Da bei einigen Fragen Mehrfachantworten möglich waren, wurde hier jede Antwortmöglichkeit als extra Variable bestimmt, wie es z.B. bei Frage 21 der Fall war (s. Anhang XI, S. 148). Bei dieser Frage standen mehrere Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung. Jeder Punkt stellte hier eine eigene Antwortvariable mit eigenem Wert dar.

Nachdem jede Frage und jede Antwort in dem Programm kodiert war, wurden zunächst Häufigkeitstabellen zu jeder Frage erstellt, damit die Autorinnen z.B. die Verteilung des Geschlechtes ersehen konnten. Auf Grundlage dieser Häufigkeitstabellen wurden die Ergebnisse in (s. 4. „Ergebnisse“, S. 83) dargelegt.

Um aber noch spezifischere Antworten zu erhalten wurden mit Hilfe einer Syntaxformel Zusammenhänge zwischen den einzelnen Fragen erstellt.

Hierbei wurde die Anzahl der Teilnehmer ermittelt, die angegeben hatte mit der Durchführung der jeweiligen Aktivitäten zufrieden zu sein und auch angegeben hatte diese Aktivität mit Hilfe von Dritten durchführen zu können. Genauso wurde

die Menge der Teilnehmer festgestellt die zufrieden bei der Durchführung der jeweiligen Aktivität war und für die entsprechende Aktivität keine Hilfe benötigte.

Ebenfalls in Zusammenhang gesetzt wurde, für welche Aktivitäten das Mobilitätshilfsmittel angeschafft wurde und ob es dafür auch tatsächlich genutzt wurde. Auch hier wurden wieder alle Teilnehmer herausgefiltert, die angekreuzt haben, dass sie sich das Mobilitätshilfsmittel für die jeweilige Aktivität angeschafft haben und es auch tatsächlich dafür nutzten. Daraus konnte die Anschaffungs- und Nutzungsrate in den Ergebnissen (s. 4.4.3 „Nutzung des Mobilitätshilfsmittels bei der Partizipation“ Tabelle 7, S. 98) beschrieben werden.

In folgendem Kapitel sind nun alle Ergebnisse deskriptiv und graphisch dargestellt.

4 Ergebnisse

In den nachfolgenden Texten und Grafiken werden die Auswertung und die daraus resultierenden Ergebnisse der zurückerhaltenen und auswertbaren Fragebögen dargestellt. Daraus ergibt sich, dass sich die Prozentzahlen und Teilnehmerzahlen immer auf die 89 ausgefüllten Fragebögen beziehen. Ist in den Texten oder graphischen Darstellungen, hinter den angegebenen Zahlen kein Prozentzeichen gesetzt, handelt es sich um die Anzahl der Teilnehmer, die diese Aussage getroffen haben. Ist in einer Tabelle die Aussage „Trifft nicht zu“ zu finden, bedeutet dies, dass die Teilnehmer diese Aktivität nicht mehr durchführen und damit die nachfolgenden Fragen in dem entsprechenden Fragenblock nicht mehr beantworten müssen.

4.1 Allgemeine Daten

Aus den Ein- und Ausschlusskriterien (s. 3.4, S. 62), ist zu entnehmen dass das Mindestalter 65 Jahre ist. Somit ergibt sich, dass der Mittelwert* des Alters bei 77,51 Jahren liegt. Die Standardabweichung* liegt bei 7,979. Der jüngste Teilnehmer war 65 Jahre und der Älteste 92.

Die Mehrheit der Befragten, zwei Drittel, war weiblich und ein Drittel männlich.

4.2 Wohnsituation

Gut ein Drittel der Teilnehmer wohnt in einem Haus, ein Drittel in einer Wohnung und etwas mehr als ein Viertel im betreuten Wohnen. Insgesamt hat die Hälfte der Teilnehmer angegeben alleine zu leben. Von diesen Alleinlebenden, wohnt der größte Teil im betreuten Wohnen oder in einer Wohnung.

Gut ein Drittel der Teilnehmer lebt gemeinsam mit einem Ehepartner oder Lebensgefährten, davon über die Hälfte in einem Haus.

Nur ca. ein Siebtel der Teilnehmer wohnt mit der Familie zusammen. Von diesen leben die meisten in einem Haus (s. Abbildung 10, S. 84).

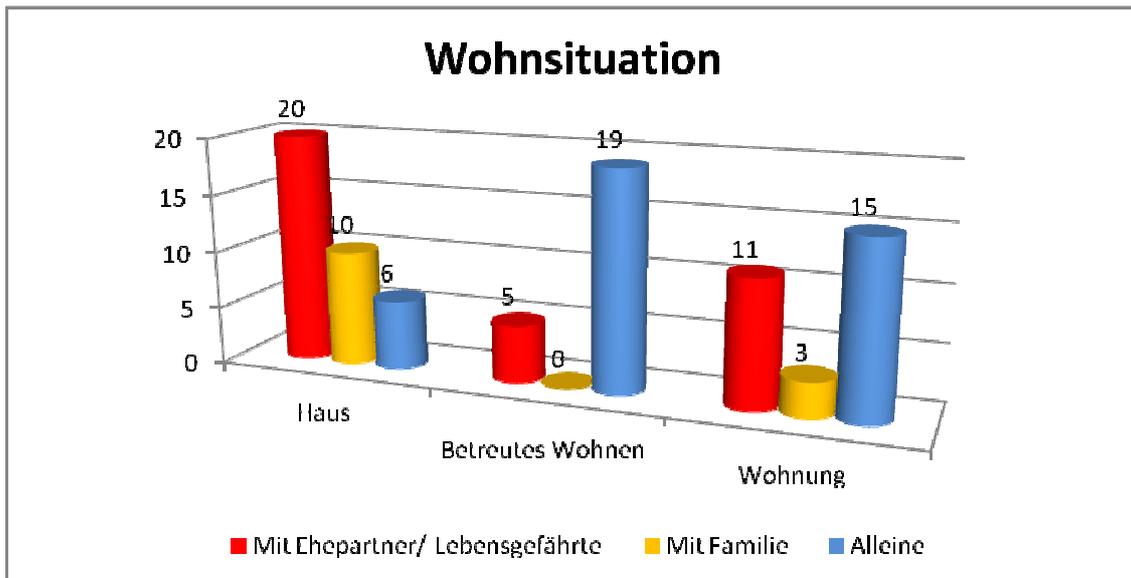


Abbildung 10 Wohnsituation

4.3 Mobilitätshilfsmittel

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, welches Mobilitätshilfsmittel die Teilnehmer individuell am meisten nutzen, welche Mobilitätshilfsmittel die Teilnehmer insgesamt besitzen und welche sie davon nicht mehr nutzen. Weiterhin werden die Gründe für den Non-Use und Verbesserungsvorschläge zur Nutzung beschrieben und ein Vergleich zwischen Besitz und Nutzung gezogen. Im letzten Abschnitt wird die Zufriedenheit der Teilnehmer mit ihrem individuell am meisten genutzten Hilfsmittel sowie den Dienstleistungen zu diesem Hilfsmittel aufgeführt.

4.3.1 Use / Non-Use des individuell am meisten genutzten Mobilitätshilfsmittels

Von allen Befragten konnten 74,2% ihr individuell am meisten genutztes Mobilitätshilfsmittel im Alltag so einsetzen, wie sie es sich wünschten. Bei 22,5% bestand ein Non-Use dieses Mobilitätshilfsmittels bezogen auf die gewünschte Nutzung. 3,4% machten keine Angaben zu dieser Frage.

4.3.2 Gründe für Non-Use

Die Gründe, warum die Teilnehmer ihr individuell am meisten genutztes Mobilitätshilfsmittel nicht so nutzen konnten, wie sie es sich wünschen, sind im folgen-

den Diagramm aufgelistet. Hierbei ist zu beachten, dass bei dieser Frage Mehrfachantworten möglich waren, was bedeutet, dass die Teilnehmer mehrere Gründe angeben konnten.

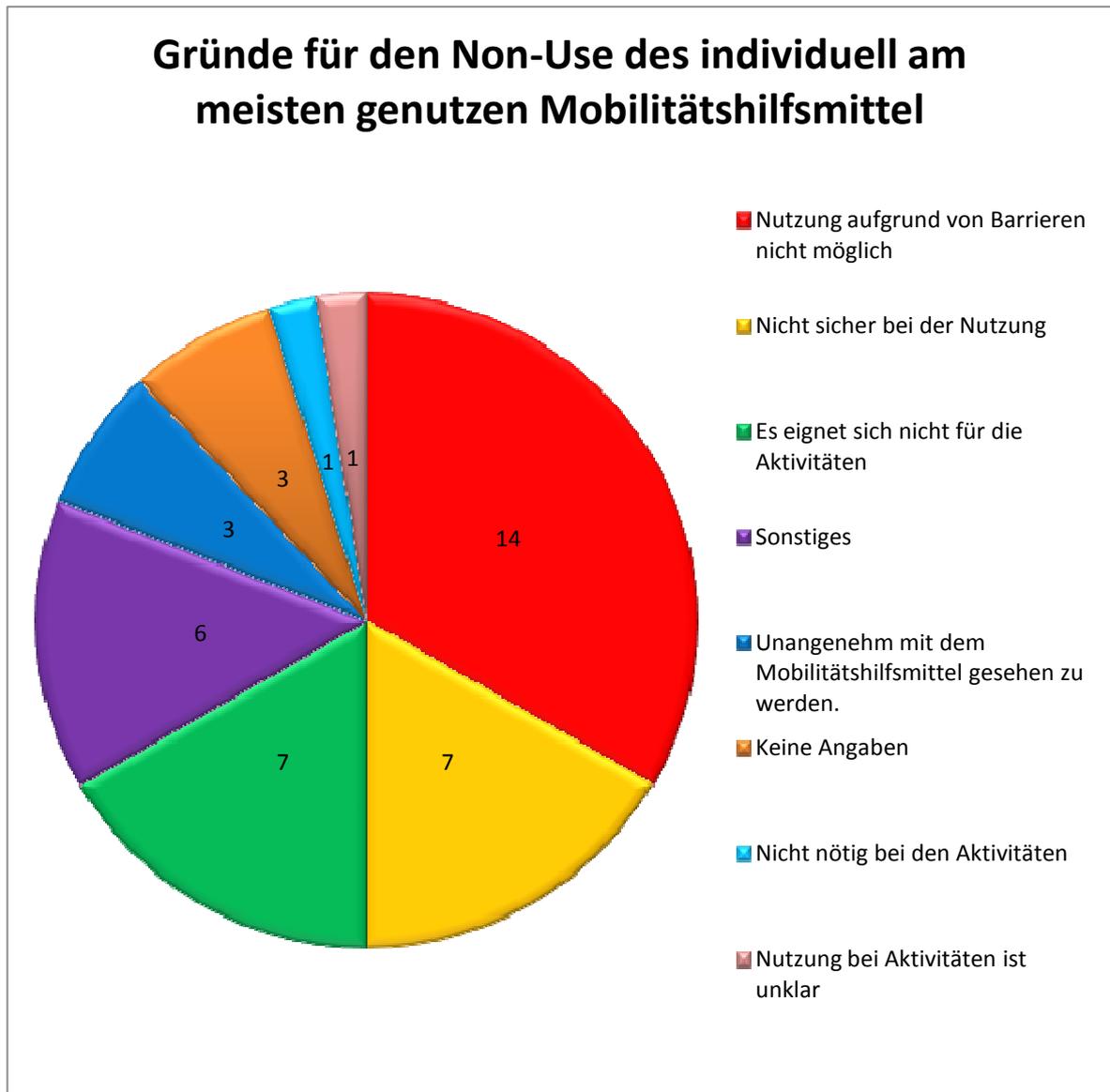


Abbildung 11 Gründe für den Non-Use des individuellen Mobilitätshilfsmittels

Barrieren in der Umwelt, stellen das größte Hindernis zur Nutzung des Mobilitätshilfsmittels dar. Aber auch Unsicherheit und mangelnde Eignung bei der Nutzung trägt zum Non-Use bei. Nur ein Teilnehmer gab an, dass das Mobilitätshilfsmittel für seine Aktivitäten unnötig ist und die Nutzung für diese unklar ist.

4.3.3 Verbesserungsvorschläge

Die Wünsche der Teilnehmer, was dazu beitragen würde, dass das Mobilitätshilfsmittel wie gewünscht im Alltag eingesetzt werden kann, waren folgende:

- Eine bessere Anpassung der Umwelt an das Mobilitätshilfsmittel = 28,1%
- Bessere Anpassung an die eigenen Fähigkeiten = 20,2%
- Bessere Anpassung des Mobilitätshilfsmittels an die Umwelt = 16,9%
- Bessere Qualität des Mobilitätshilfsmittels = 12,4%
- Bessere Einweisung in die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels = 7,9%
- Bessere Anpassung des Mobilitätshilfsmittels an den Körper = 7,9%

4.3.4 Use / Non-Use aller vorhandenen Mobilitätshilfsmittel

Bezogen auf alle Mobilitätshilfsmittel, die in Besitz der Teilnehmer waren, wurden von 68,5% alle Mobilitätshilfsmittel genutzt. 27% der Befragten gaben an, nicht mehr alle Mobilitätshilfsmittel zu nutzen, die sie besitzen. 4,5% der Teilnehmer machten dazu keine Aussage.

4.3.5 Besitz versus Non-Use

Welche Mobilitätshilfsmittel die Teilnehmer besaßen und welche sie nicht mehr nutzten, zeigt sich in dem folgenden Diagramm (s. Abb. 12, S. 86). Auch hier ist zu beachten, dass wieder Mehrfachantworten sowohl bei dem Besitz als auch bei dem Non-Use der Mobilitätshilfsmittel möglich waren.

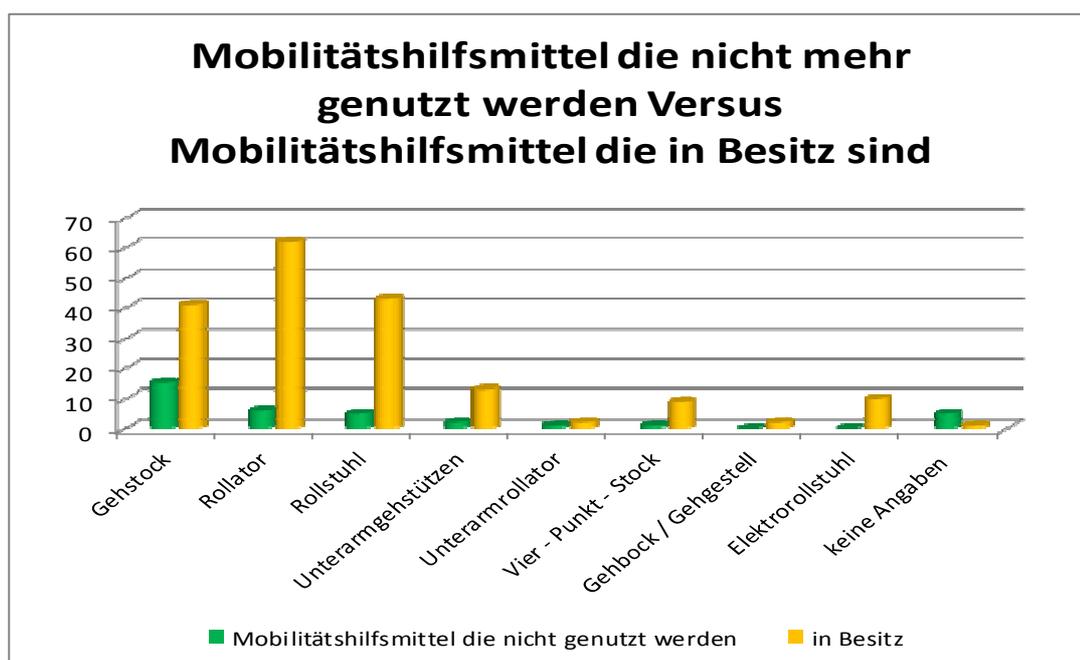


Abbildung 12 Nichtnutzung versus Besitz der Mobilitätshilfsmittel

Es zeigt sich, dass der Gehstock am häufigsten nicht mehr von den Teilnehmern verwendet wurde. 15 Teilnehmer nutzten den Gehstock nicht mehr, besaßen ihn aber. Im Vergleich hierzu wurde der Rollator von deutlich weniger Befragten nicht mehr genutzt, obwohl er das Hilfsmittel ist, das sich am Meisten im Besitz befand.

4.3.6 Gründe für einen Non-Use

Im folgenden Diagramm (s. Abb. 13, S. 87) werden die Gründe, warum ein Mobilitätshilfsmittel nicht mehr genutzt wird, aufgezeigt. Auch bei diesen Gründen waren Mehrfachnennungen seitens der Teilnehmer möglich.

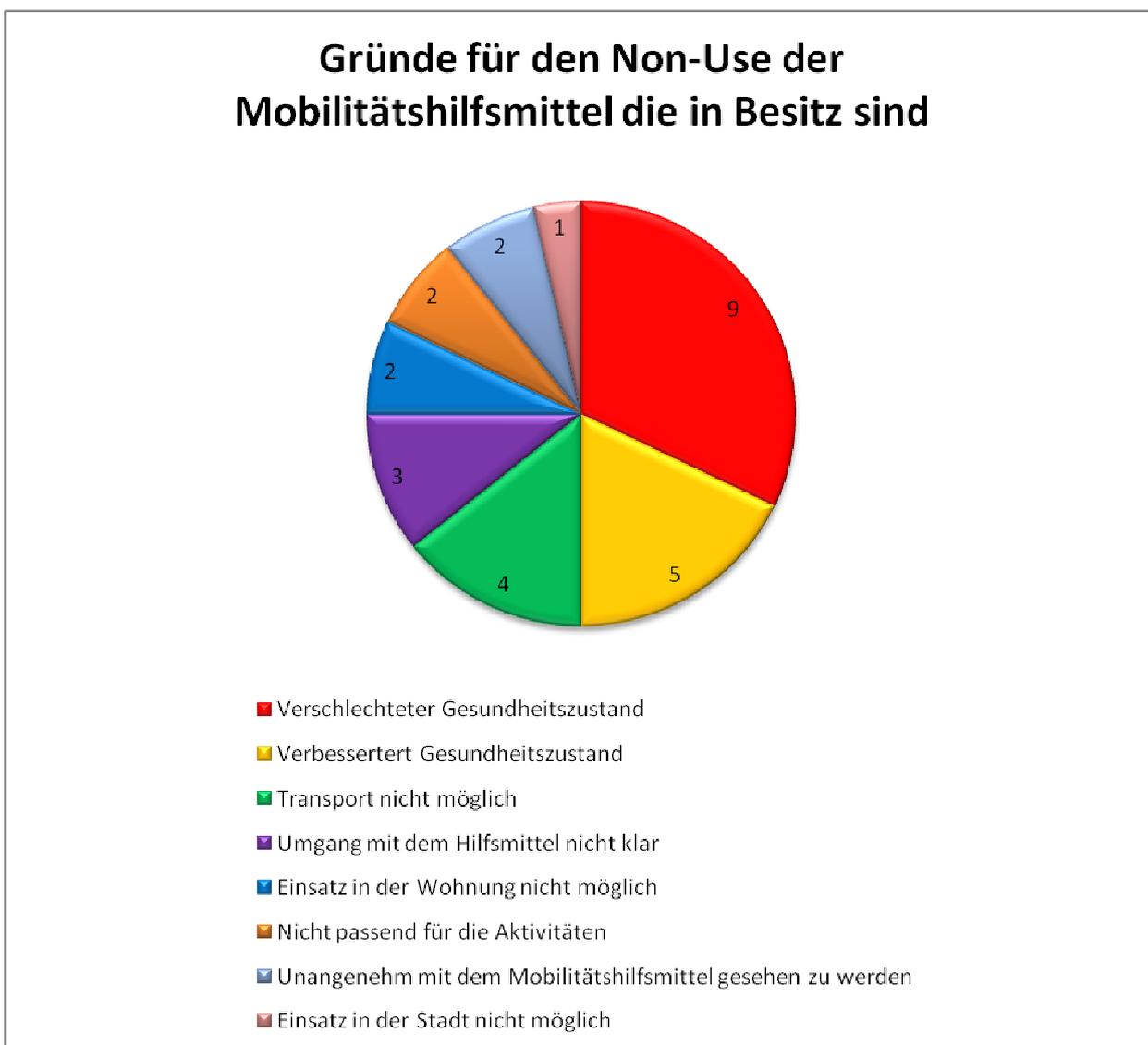


Abbildung 13 Gründe für den Non-Use der besitzenden Mobilitätshilfsmittel

Ein verschlechterter Gesundheitszustand war der Hauptgrund, warum das Mobilitätshilfsmittel nicht mehr genutzt werden konnte. Aber auch ein verbesserter Ge-

sundheitszustand und, dass das Mobilitätshilfsmittel nicht transportiert werden konnte, waren häufig genannte Gründe für einen Non-Use. Zwei Gründe wurden nicht angegeben. Zum einen, dass die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels nicht klar ist und zum anderen, dass die Größe des Mobilitätshilfsmittels nicht passend ist.

4.3.7 Besitz versus individuelle Nutzung

Wie im Säulendiagramm deutlich wird, war der Rollator das am meisten besessene und individuell am meisten genutzte Mobilitätshilfsmittel. Über zwei Drittel der Teilnehmer besaßen einen Rollator und über die Hälfte nutzte ihn individuell am meisten. Im Vergleich dazu besaß knapp die Hälfte der Befragten einen Rollstuhl und ein Viertel nutzte ihn individuell am meisten. Der Gehstock, den ebenfalls fast die Hälfte der Teilnehmer besaß, wurde hingegen von deutlich weniger Teilnehmern, nur einem Siebtel, individuell am meisten genutzt. Der Unterarmrollator, Gehbock/Gehgestell und der Elektrorollstuhl waren im Besitz, wurden aber von keinem der Befragten individuell am meisten genutzt. Beim Besitz ist darauf zu achten, dass die Teilnehmer mehrere Mobilitätshilfsmittel nennen konnten, die sie besaßen.

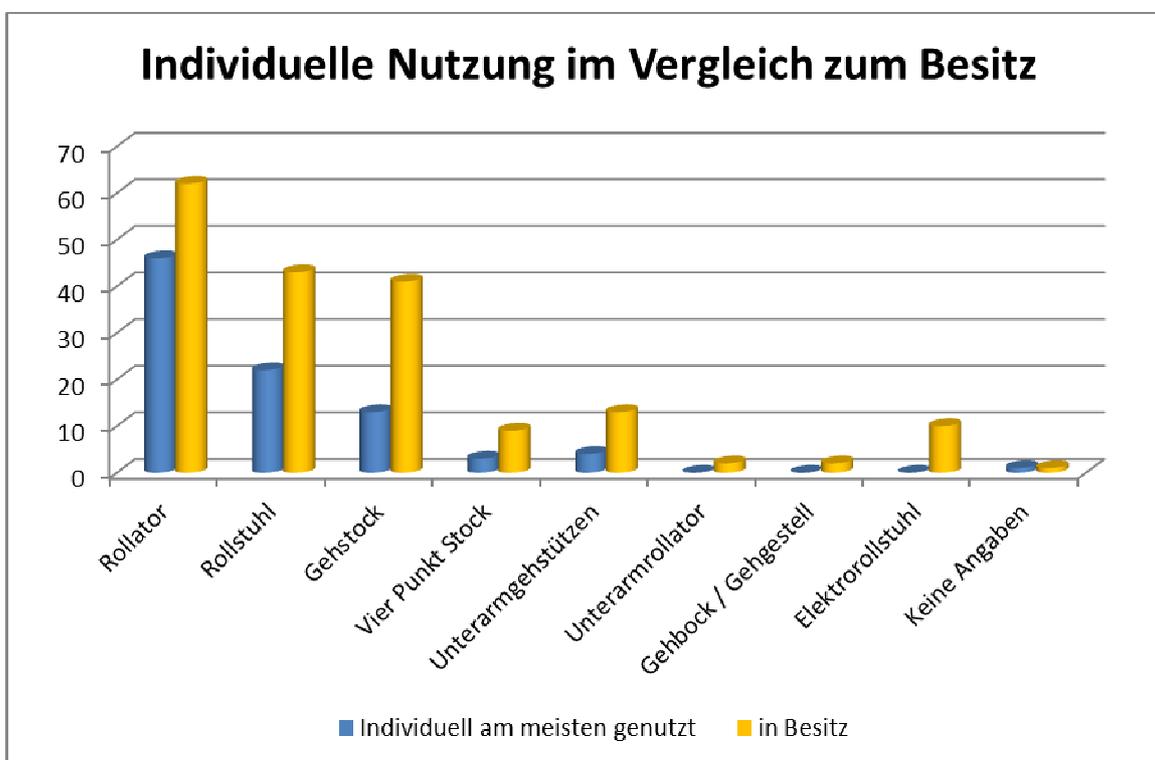


Abbildung 14 Individuelle Nutzung im Vergleich zum Besitz

4.3.8 Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel / Versorgungsprozess

Die Zufriedenheit des Mobilitätshilfsmittels spielt eine weitere wichtige Rolle bei der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels. Die am häufigsten genannte Antwort der Teilnehmer ist, dass sie mit den Eigenschaften ihres Mobilitätshilfsmittels „zufrieden“ waren. Mit der Nützlichkeit des Mobilitätshilfsmittels war die Mehrheit der Befragten „sehr zufrieden“.

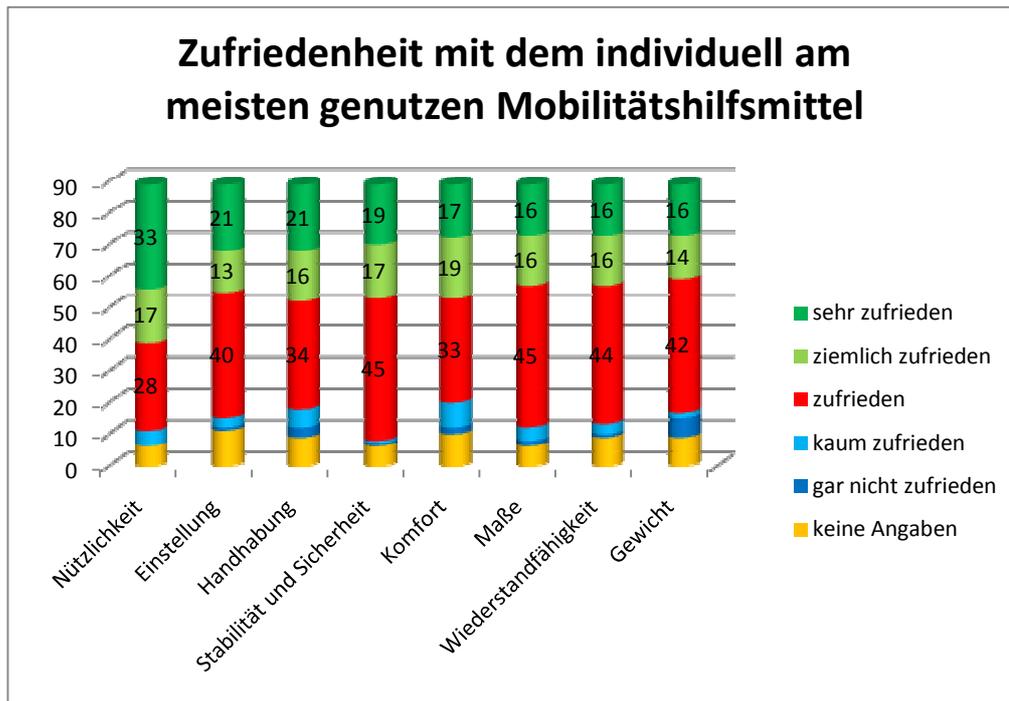


Abbildung 15 Zufriedenheit mit dem individuellen Mobilitätshilfsmittel

Bei der Zufriedenheit mit den Dienstleistungen zu dem Mobilitätshilfsmittels gab es folgende Verteilung:

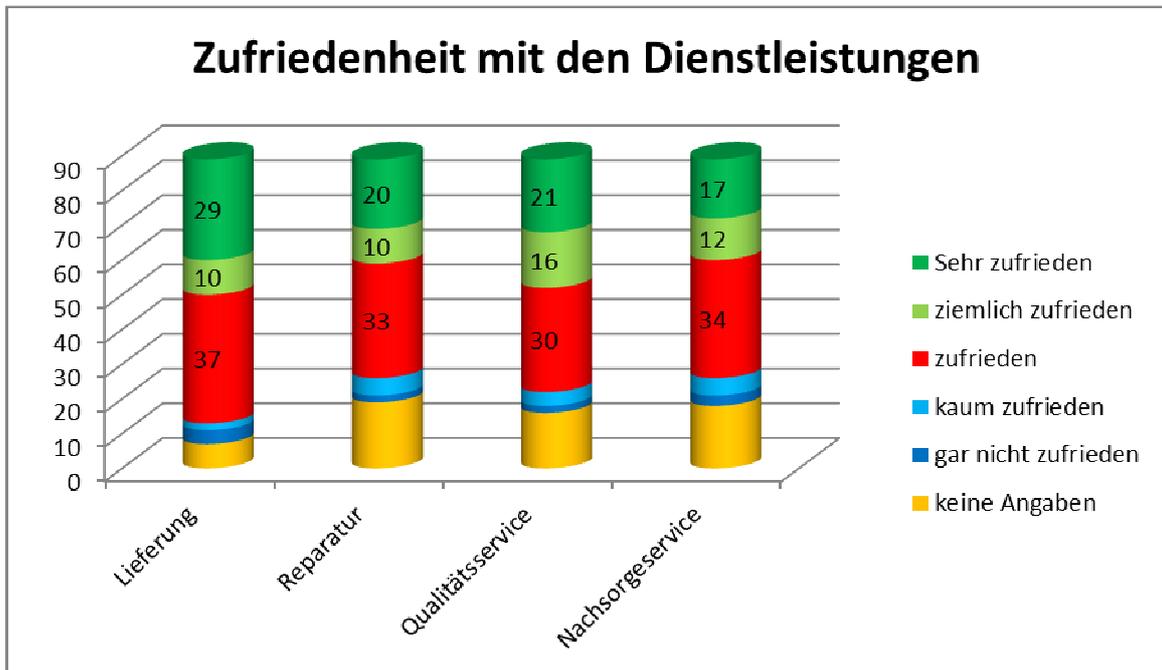


Abbildung 16 Zufriedenheit mit den Dienstleistungen für das Mobilitätshilfsmittel

Auch bei den Dienstleistungen gab der größte Teil der Befragten an, zufrieden zu sein. Mit der Lieferung waren die meisten Teilnehmer „zufrieden“ und „sehr zufrieden“.

Aspekte der Zufriedenheit

Bezogen auf die oben aufgeführten Aspekte des Mobilitätshilfsmittels und der Lieferung sollten sich die Teilnehmer für drei Aspekte entscheiden, die ihrer Meinung nach für ihre Zufriedenheit am wichtigsten sind. Dabei war auffällig, dass, die am häufigsten genannten Aspekte (s. Tabelle 5, S. 91), Eigenschaften des Mobilitätshilfsmittels betreffen. Davon erachtete eine deutliche Mehrheit der Befragten, mit jeweils ca. zwei Dritteln, die Sicherheit und die Nützlichkeit des Mobilitätshilfsmittels als wichtig für ihre Zufriedenheit.

Aspekt	Teilnehmer
Sicherheit	59
Nützlichkeit	56
Handhabung	39
Gewicht	22
Maße	20
Einstellung	17
Widerstandsfähigkeit	12
Komfort	7
Reparaturen und Kundendienst	6
Service	5
Nachsorgeservice	5
Prozedur der Lieferung	4

Tabelle 5 Aspekte der Zufriedenheit des Mobilitätshilfsmittels und der Dienstleistung

4.4 Partizipation und Nutzung des individuell am meisten genutzten Mobilitätshilfsmittels:

Im Folgenden werden im ersten Abschnitt die Ergebnisse der Zufriedenheit und des Hilfebedarfes durch Dritte bei der Partizipation der Teilnehmer beschrieben. Im zweiten Abschnitt werden diese Aktivitäten in Bezug auf die Anschaffung, Nutzung, Qualität und Frequenz der Nutzung des individuell am meisten genutzten Hilfsmittels dargestellt.

4.4.1 Zufriedenheit und Hilfebedarf bei der Partizipation

Zufriedenheit

Im Allgemeinen ist die Zufriedenheit der Befragten mit der Partizipation sehr hoch. Es wurden fast alle Aktivitäten deutlich häufiger mit "Zufrieden" bewertet als mit "Nicht zufrieden". Die einzelnen Ergebnisse sind der Tabelle (s. Anhang XVI, S.213) zu entnehmen.

Die höchste Zufriedenheit gaben die Teilnehmer bei den Aktivitäten „Auf die Toilette gehen“, „Sich kleiden“, „Sich waschen“, „Sich im Haus fortbewegen“, „Kontakt zu Kindern halten“ und „Kontakt zu Freunden halten“ an.

Alle diese Aktivitäten wurden zum Teil von weit über der Hälfte als zufriedenstellend bewertet.

Bei der Aktivität „das Haus verlassen“ ist auffällig, dass ein Drittel der Befragten „zufrieden“ aber auch ein Drittel der Teilnehmer „nicht zufrieden“ war.

Geringfügig mehr Teilnehmer waren nicht damit zufrieden ihr Haus oder ihre Wohnung in Stand zu halten, Urlaub und Ausflüge zu machen oder ehrenamtliche Tätigkeiten durchzuführen.

Hilfebedarf

Insgesamt ist auffällig, dass die Verteilung bei den abgefragten Aktivitäten, bei denen Hilfe benötigt wird und bei denen keine Hilfe benötigt wird, relativ gleich ausfällt.

Besonders deutlich ist, dass ungefähr jeweils die Hälfte der Teilnehmer für die Aktivitäten „Sich Kleiden“ und „Sich waschen“ auf Hilfe angewiesen war. Auch die Aktivitäten „Behördengänge durchführen“ konnte von fast der Hälfte der Befragten nicht mehr ohne Hilfe durchgeführt werden.

Eine deutliche Mehrheit der Teilnehmer kann ohne fremde Hilfe auf die Toilette gehen und sich im Haus/Wohnung fortbewegen.

Im Folgenden wird die Zufriedenheit noch mal differenzierter im Kontext der benötigten Hilfe dargestellt. Hierzu betrachten die Autorinnen die Teilnehmer genauer, die zufrieden mit den Aktivitäten sind und Hilfe bzw. keine Hilfe bei der Durchführung benötigen (s. 3.9 „Auswertung“, S. 81).

Zufriedenheit ohne Hilfe

Bei einem Vergleich der Teilnehmerzahl, die zufrieden mit der Durchführung der Aktivitäten war und dabei Hilfe benötigte mit der Teilnehmerzahl die zufrieden bei der Durchführung der Aktivitäten war, diese jedoch selbstständig ausführen konnte,

ist deutlich erkennbar, dass durchgängig bei allen Aktivitäten mehr Teilnehmer zufrieden angegeben haben, wenn sie die Aktivität ohne Hilfe durchführen konnten. Wenn man beispielsweise die Aktivität „auf die Toilette gehen“ (s. Tabelle 7, S. 98) betrachtet, benötigten 57,3% der Befragten keine Hilfe. Davon gaben 48,8% an, auch zufrieden mit dieser Aktivität zu sein. Das entspricht 85% der Teilnehmer, die diese Aktivität alleine durchführen können. Die Aktivität „auf die Toilette gehen“ wurde auch von einer deutlichen Mehrheit, mit fast der Hälfte der Teilnehmer, mit zufriedenstellend ohne Hilfe bewertet. Gut ein Drittel der Befragten gab an, sich zufriedenstellend ohne Hilfe im Haus/ Wohnung fortbewegen zu können.

Zufrieden mit Hilfe

Vergleicht man auch hier die Teilnehmer, die zufrieden mit der Durchführung der Aktivitäten waren und Hilfe brauchten, mit den Teilnehmern, die angegeben haben ohne Hilfe zufrieden bei der Durchführung der Aktivitäten zu sein, fällt auf, dass deutlich weniger Teilnehmer angegeben haben mit Hilfe zufrieden zu sein. Dies fällt besonders bei der Aktivität „sich im Haus/Wohnung fortbewegen“ auf. Hier benötigten fast ein Viertel der Teilnehmer Hilfe bei der Durchführung der Aktivität und nicht mal ein Zehntel hat angegeben auch zufrieden bei der Durchführung mit Hilfe zu sein. Ähnlich große Differenzen zwischen der Angabe Hilfe von Dritten zu benötigen und zufrieden bei der Durchführung der Aktivität mit Hilfe zu sein, zeigen sich auch bei den Aktivitäten „das Haus verlassen“ und „auf die Toilette zu gehen“. Bei den übrigen, in Tabelle 7 (s. S. 98) aufgeführten Aktivitäten, haben jeweils ca. nur halb so viele von den Teilnehmern, die bei der Durchführung der Aktivitäten Hilfe benötigten, angegeben bei der Durchführung der Aktivitäten zufrieden zu sein.

So zeigt sich insgesamt, dass die Teilnehmer, die die Aktivitäten ohne Hilfe durchführen konnten, deutlich zufriedener waren als die Teilnehmer, die bei den Aktivitäten auf Hilfe von Dritten angewiesen waren. Dabei wurden die Aktivitäten „das Haus verlassen“, „sich im Haus fortbewegen“ und „auf die Toilette gehen“ von den wenigsten Teilnehmern mit „zufrieden mit Hilfe“ bewertet und die Aktivitäten „sich im Haus fortbewegen“ und „auf die Toilette gehen“ von den meisten als „zufrieden ohne Hilfe“ angegeben.

Aktivität	Zufrieden mit Hilfe bei der Durchführung	Hilfe von Dritten	Zufrieden ohne Hilfe bei der Durchführung	Keine Hilfe	Zufrieden gesamt
Sich kleiden	23,3%	50,6%	27,9%	32,6%	60,7%
Behördengänge durchführen	23,3%	44,9%	12,8%	14,6%	39,3%
Sich waschen	20,9%	47,2%	29,1%	32,6%	59,7%
Kontakt zu Kindern	16,3%	25,8%	22,1%	27%	55,1%
Kontakt zu Freunden	15,1%	32,6%	25,6%	30,3%	51,7%
Essen zubereiten	15,1%	31,5%	24,4%	29,2%	41%
Das Haus verlassen	11,6%	36%	19,8%	22,5%	33,7%
Sich im Haus/ Wohnung fortbewegen	9,3%	24,7 %	37,2%	49,4%	59,7%
Auf die Toilette gehen	4,7%	21,6%	48,8%	57,3%	64%

Tabella 6 Vergleich der Zufriedenheit mit dem Hilfebedarf bei der Partizipation

4.4.2 Durchführung von Aktivitäten

Des Weiteren war auffällig, dass einige Aktivitäten nicht mehr von den Teilnehmern durchgeführt wurden. Dies ist zum einen mit über 80% die Aktivität einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachzugehen. Am Gemeinschaftsleben nehmen fast 70% der Befragten nicht mehr teil. Etwas über die Hälfte der Befragten gab an, keine Ausflüge mehr zu machen und ihre Religion nicht mehr auszuleben. Die Hälfte der Befragten ging auch keinem Hobby mehr nach.

4.4.3 Nutzung des Mobilitätshilfsmittels bei der Partizipation

In der Tabelle (s. Anhang XVII S.214) wird detailliert aufgelistet, für welche Aktivitäten die Teilnehmer ihr Mobilitätshilfsmittel angeschafft haben, ob und wie häufig sie es für diese Aktivitäten nutzen und in welcher Qualität sie es für die Aktivitäten nutzen können. „Trifft nicht zu“ in der Tabelle zeigt auf, welche Aktivitäten nicht mehr durchgeführt wurden.

Anschaffung

Eine deutliche Mehrheit, mit je zwei Dritteln der Befragten, hat sich ihr Mobilitätshilfsmittel zur Fortbewegung im Haus/Wohnung oder zum Verlassen des Haus angeschafft. Um Kontakt zu Freunden oder zu Kindern zu halten und um auf die Toilette zu gehen, hatte sich jeweils die Hälfte der Teilnehmer ihr Mobilitätshilfsmittel angeschafft.

Für die Aktivitäten „sich kleiden“, „am Gemeinschaftsleben teilhaben“, „Essen zubereiten“ und „Ehrenamtliche Tätigkeiten durchführen“ hatten sich nur ein Zehntel oder weniger der Teilnehmer das Mobilitätshilfsmittel angeschafft (s. Anhang XVII, S.214).

Nutzung

Von den meisten, zwei Dritteln, der Teilnehmer wurde das Mobilitätshilfsmittel zur Fortbewegung im Haus/Wohnung genutzt. Am Zweithäufigsten wurde es zum Verlassen des Hauses, am Dritthäufigsten zum Toilettengang und am Vierthäufigsten für den Kontakt zu Freunden genutzt. Bei der Zubereitung des Essens wurde es am Wenigsten und zur Durchführung ehrenamtlicher Tätigkeiten gar nicht genutzt.

Qualität der Nutzung

In Bezug auf die Qualität wurde die „Nutzung ohne Einschränkung“, „mit Einschränkung“ und die „Nutzung ist nicht möglich“, erfasst.

Auffallend ist, dass die Anzahl der Teilnehmer, die ihr Mobilitätshilfsmittel ohne Einschränkung nutzen konnten, in etwa genauso groß war wie die derjenigen, die ihr Mobilitätshilfsmittel nur mit Einschränkung nutzen konnten. Bei den Aktivitäten „Hausarbeiten erledigen“ und „Urlaub / Ausflüge machen“ hatten deutlich mehr Teilnehmer Einschränkungen bei der Nutzung, als es Teilnehmer ohne Einschrän-

kung nutzen konnten. Nur ca. jeweils ein Zehntel der Befragten konnten ihr Hilfsmittel für die Aktivitäten „sich waschen“ und „sich kleiden“ nicht nutzen, die Angaben der anderen Aktivitäten zu dem „Nicht nutzen können“ lagen unter zehn Prozent.

Frequenz der Nutzung

Wenn man alle Aktivitäten betrachtet fällt auf, dass das Mobilitätshilfsmittel von der Mehrheit der Teilnehmer täglich benutzt wird. Dabei wird deutlich, dass das Mobilitätshilfsmittel für bestimmte Aktivitäten vorwiegend täglich genutzt wird.

Zwei Drittel der Teilnehmer nutzen ihr Mobilitätshilfsmittel täglich, um sich in ihrem Haus fortzubewegen. Knapp die Hälfte nutzt es täglich, um damit auf die Toilette zu gehen und gut ein Drittel, um das Haus zu verlassen. Weniger als ein Viertel der Teilnehmer nutzt es täglich, um Hausarbeiten zu erledigen. Um Kontakt zu Kindern und Freunden zu halten, wird es von den meisten Teilnehmern (ca. je ein Viertel) wöchentlich genutzt.

Wie in der Tabelle (s. Anhang XVI, S. 213) wird auch hier deutlich, dass einige Aktivitäten von den Teilnehmern nicht mehr durchgeführt werden:

- Ehrenamtliche Tätigkeiten = 80,9%
- Am Gemeinschaftsleben teilhaben = 66,3%
- Wohnung / Haus Instandhalten = 65,2%
- Hobbies = 58,4%
- Religion ausüben = 53,9%
- Essen zubereiten = 51,7%

Anschaffung versus Nutzung

Allgemein ist auffällig, dass sich bei der Anschaffung und der Nutzung der Mobilitätshilfsmittel eine ähnliche Rangordnung zeigt (siehe Tabelle 7, S. 98). Eine Ausnahme ist die Aktivität „auf die Toilette gehen“. Hierfür haben weniger Teilnehmer angegeben, sich ihr Mobilitätshilfsmittel dazu angeschafft zu haben, als Teilnehmer angegeben haben es dafür zu nutzen

Wie in der Auswertung (s. 3.9, S. 81) beschrieben, wurden die Teilnehmer ermittelt, die sich ihr Mobilitätshilfsmittel für die jeweilige Aktivität angeschafft hatten und es auch tatsächlich für diese nutzten.

Wie in Tabelle 7 (s. S. 98) ersichtlich, zeigt sich auch hier eine ähnliche Verteilung in der Häufigkeit, wie bei der Anschaffung und Nutzung der Mobilitätshilfsmittel, wobei das Ergebnis etwas geringer ausfällt als bei der Nutzung.

Aus der Tabelle 7 (s. S. 98) ist ersichtlich, dass die meisten Teilnehmer bei den Aktivitäten angegeben haben, ihr Mobilitätshilfsmittel dafür angeschafft zu haben, jeweils weniger Teilnehmer ihr Hilfsmittel dafür nutzten und der Anteil derer, die es zu diesem Zweck angeschafft haben und es auch tatsächlich dafür nutzten am Geringsten ausfällt. Die einzige Ausnahme ist wie oben erwähnt, die Aktivität „auf die Toilette gehen“.

Auch wenn bei der Betrachtung von Anschaffung und Nutzung erkennbar ist, dass weniger Teilnehmer ihr Mobilitätshilfsmittel für die Aktivitäten angeschafft haben und es tatsächlich auch für diese nutzen, fällt auf, dass die Anschaffungs-Nutzungsrate dennoch sehr hoch ausfällt. So geben beispielsweise nur relativ wenige Teilnehmer (11,4%) an, ihr Mobilitätshilfsmittel nicht zu nutzen, um sich im Haus fortzubewegen, obwohl sie es für diese Aktivität angeschafft haben.

Aktivität	Anschaffung	Nutzung	Anschaffung und Nutzung
Sich im Haus fortbewegen	74,2%	68,5%	62,8%
Das Haus verlassen	73%	61,8%	61,6%
Kontakt zu Freunden halten	55,1%	52,8%	46,5%
Kontakt zu Kindern halten	48,3%	44,9%	40,7%
Auf Toilette gehen	48,3%	56,2%	43%
Behördengänge durchführen	36%	34,8%	31,4%
Hausarbeiten erledigen	25,8%	22,5%	19,8%
Urlaub / Ausflüge machen	23,6%	20,2%	18,6%
Hobbies	21,3%	20,2%	18,6%

Tabelle 7 Anschaffung und Nutzung des Mobilitätshilfsmittels im Vergleich (Rangordnung: Höchste Anschaffungsrate zuerst)

Im Vergleich, welche Mobilitätshilfsmittel individuell am meisten für Aktivitäten angeschafft wurden und nach wie vor tatsächlich dafür genutzt werden, stechen zwei Aktivitäten besonders hervor.

Zur Fortbewegung im Haus haben sich 54 Teilnehmer das Mobilitätshilfsmittel angeschafft und nutzen es auch dafür. Um das Haus verlassen zu können, haben sich 53 Teilnehmer ein Mobilitätshilfsmittel angeschafft, wofür sie es auch nutzen. Das sind zwei Drittel der Teilnehmer. Für die Aktivitäten „sich kleiden“, „am Gemeinschaftsleben teilhaben“, „Essen zubereiten“ haben sich nur ein Zehntel oder weniger der Teilnehmer das Mobilitätshilfsmittel angeschafft.

Dennoch können die meisten Teilnehmer davon ihr Mobilitätshilfsmittel für diese Aktivitäten ohne Einschränkungen nutzen.

Um „Ehrenamtliche Tätigkeiten durchführen“ hat sich kein Befragter ein Mobilitätshilfsmittel angeschafft und es nutzt von den Befragten auch keiner sein Mobilitätshilfsmittel für ehrenamtliche Tätigkeiten.

4.4.4 Nutzung des Mobilitätshilfsmittels bei der Partizipation

Anschaffung und Nutzung versus Qualität der Nutzung und Hilfebedarf bei der Partizipation

Wie bereits bei der „Nutzung des Mobilitätshilfsmittels bei der Partizipation“ (s. 4.4.3, S. 95) beschrieben, haben über die Hälfte der Teilnehmer ihr Mobilitätshilfsmittel für die Aktivität „das Haus verlassen“ angeschafft und nutzten es auch für diese Aktivität. Tabelle 8 (s. S. 100) zeigt, dass gut ein Drittel der Befragten bei dieser Aktivität auf Hilfe von Dritten angewiesen war, wobei mehr Teilnehmer, gut ein Drittel, ihr Mobilitätshilfsmittel ohne Einschränkung hierfür nutzen konnten.

Auch bei den Aktivitäten „Kontakt zu Freunden halten“ und „sich im Haus/Wohnung fortbewegen“ haben ca. je ein Drittel der Befragten angegeben, ihr Mobilitätshilfsmittel nur mit Einschränkung nutzen zu können. Dabei wurde der Hilfebedarf bei „Kontakt zu Freunden halten“ mit knapp einem Drittel höher bewertet als dazu sich im „Haus/Wohnung fortzubewegen“. Dabei benötigte nur knapp ein Viertel Hilfe.

Ebenfalls ca. ein Drittel der Teilnehmer hatte Einschränkungen bei der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels für die Aktivität „auf die Toilette gehen“, wobei hier über die Hälfte der Teilnehmer keine Hilfe benötigten.

Weiterhin ist ersichtlich, dass fast die Hälfte der Befragten Behördengänge nur mit Hilfe durchführen konnte, wobei nur ca. ein Fünftel Einschränkungen bei der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels hatte.

Aktivität	Anschaffung und Nutzung	Nutzung mit Einschränkung	Nutzung ohne Einschränkung	Hilfe von Dritten	Keine Hilfe
Sich im Haus fortbewegen	62,8%	30,3%	33,7%	24,7%	49,4%
Das Haus verlassen	61,6%	36%	28,1%	36%	22,5%
Kontakt zu Freunden halten	46,5%	31,5%	24,7%	32,5%	30,3%
Kontakt zu Kindern halten	40,7%	23,6%	25,8%	25,8%	27%
Auf Toilette gehen	43%	29,2%	27%	21,6%	57,3%
Behördengänge durchführen	31,4%	16,9%	15,7%	44,9%	14,6%
Hausarbeiten erledigen	19,8%	16,9%	4,5%	31,5%	18%
Urlaub und Ausflüge machen	18,6%	16,95%	5,6%	25,8%	6,7%
Hobbies	18,6%	7,9%	10,1%	20,2%	19,1%

Tabelle 8 Anschaffung und Nutzung im Vergleich zur Qualität und Hilfe bei den Aktivitäten (Rangordnung: Höchste Anschaffungsrate zuerst)

4.5 Psychologische Aspekte bei der Nutzung

Durch die Nutzung eines Mobilitätshilfsmittels, ändern sich auch die Gefühle, die im Alltag aufkommen bzw. mit oder durch das Mobilitätshilfsmittel geschaffen werden. Die Angaben der Teilnehmer welche Gefühle sich verbessert, verschlechtert oder nicht verändert haben, sind in Tabelle 11 (s. S. 103) aufgeführt.

Über die Hälfte der Teilnehmer haben angegeben, dass sich die Gefühle „sich zu schämen“ und „verwirrt zu sein“ nicht verändert haben. Bei den Gefühlen „Selbstwert zu haben“, „Frustriert zu sein“, „Produktiv zu sein“ und „das eigene Leben kontrollieren zu können“ haben ebenfalls fast die Hälfte der Teilnehmer keine Veränderung durch die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels feststellen können.

Die Mehrheit der Teilnehmer hat zwar angegeben, dass sie bei dem Gefühl, ihr eigenes Leben in der Hand zu haben, keine Veränderung empfunden haben, dennoch nahm auch ein Drittel der Teilnehmer hier eine Verschlechterung wahr.

Ca. jeweils ein Drittel der Befragten fühlten keine Veränderung oder eine Verschlechterung dabei, neue Dinge auszuprobieren.

Bei den Gefühlen „mehr Lebensqualität zu haben“ und „alltägliche Lebenssituationen meistern zu können“ war die Verteilung der Antworten „Keine Veränderung“, „Verbessert“ und „Verschlechtert“ mit ca. je einem Drittel der Teilnehmer relativ gleich.

Die meisten der Teilnehmer, ca. ein Drittel, fühlte sich durch die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels sicherer, wobei jeweils ungefähr ein Viertel keine Veränderung oder eine Verschlechterung wahrgenommen hat.

Die Gefühle, die von den Befragten jeweils am häufigsten mit „verbessert“ oder „verschlechtert“ bewertet worden sind, werden in der Tabelle 9 und Tabelle 10 (s. S. 102) dargestellt. Hierbei fällt auf, dass das Gefühl „Alltägliche Lebenssituationen meistern zu können“ von 27 Teilnehmern als verschlechtert, aber auch von 26 Teilnehmern als verbessert empfunden wurde.

Verbesserte Gefühle	Teilnehmer
Sicher zu sein	34
Dinge die einem im Leben wichtig sind durchzuführen	29
Unabhängig zu sein	29
Alltägliche Lebenssituationen meistern zu können	26
Mehr Lebensqualität zu haben	25

Tabelle 9 Verbesserte Gefühle (Rangordnung: Höchste Verbesserung zuerst)

Verschlechterte Gefühle	Teilnehmer
Aktivitäten unternehmen	31
Neue Dinge auszuprobieren	31
Das eigene Leben in der Hand zu haben	28
Wohlbefinden haben	28
Alltägliche Lebenssituationen meistern zu können	27

Tabelle 10 Verschlechterte Gefühle (Rangordnung: Höchste Verschlechterung zuerst)

Gefühl	Unverändert	Verbessert	Ver-schlechtert	Keine Angaben
Sich schämen	55	9	17	8
Verwirrt zu sein	54	5	8	22
Selbstwertgefühl zu haben	46	18	16	9
Frustriert zu sein	45	14	19	11
Produktiv zu sein	44	10	25	10
Eigenes Leben kontrollieren können	44	18	21	6
Selbstvertrauen zu haben	42	24	16	7
Nützlich zu sein	40	18	25	6
Mit Veränderungen besser umgehen können	40	20	23	6
Neue Herausforderung annehmen können	39	19	23	8
Eigenes Leben in der Hand haben	38	18	28	5
Neue Dinge ausprobieren	36	18	31	4
Wohlbefinden zu haben	35	21	28	5
Aktivitäten unternehmen	34	20	31	4
Dinge die im Leben wichtig sind durchzuführen	33	29	18	9
Mehr Lebensqualität zu haben	32	25	24	8
Alltägliche Lebenssituation meistern können	29	26	27	7
Unabhängig zu sein	29	29	25	6
Sicher zu sein	23	34	26	6

Tabelle 11 Gefühle (Rangordnung: am meisten unverändert zuerst)

4.6 Umwelt

In diesem Abschnitt wird die Umwelt der Befragten unter verschiedenen Gesichtspunkten näher beleuchtet und grafisch dargestellt.

4.6.1 Beeinflussung von Umweltfaktoren (Ausstattung) auf die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels

In der häuslichen Umgebung, aber auch in der Stadt bzw. Gemeinde, gibt es Barrieren für die Teilnehmer bei der Nutzung ihres Mobilitätshilfsmittels. Um die Ausstattungen, die evtl. Barrieren darstellen können, erörtern zu können, wurden von den Autorinnen sechs relevante Ausstattungsgegenstände genannt. Die folgende Tabelle wurde so gegliedert, dass der Umweltfaktor zuerst genannt wird, der am meisten die Fortbewegung beeinflusst.

Einrichtungsgegenstand	Beeinflusst es die Fortbewegung?			Wie beeinflusst es?			Wie oft wird es genutzt?				Trifft nicht zu	
	Ja	Nein	Keine Angabe	Positiv	Negativ	Keine Angabe	Täglich	Wöchentlich	Monatlich	Weniger		Keine Angabe
Treppe	41	9	7	3	34	9	34	6	2	5	10	30
Türen	37	30	12	9	25	16	58	0	2	1	17	9
Türschwellen	30	20	7	2	25	9	31	0	1	3	20	31
Handläufe	27	15	9	21	6	9	25	3	1	3	19	37
Teppich	19	24	9	5	13	10	27	0	0	3	21	35
Rampen	17	7	12	14	4	12	17	3	1	2	13	53

Tabelle 12 Beeinflussung, Art und Häufigkeit gesamt (Rangordnung: Höchste Beeinflussung zuerst)

Der Vergleich, wie ein Gegenstand die Fortbewegung beeinflusst, hat gezeigt, dass über die Hälfte der Teilnehmer von der Treppe negativ in ihrer Fortbewegung beeinflusst wurden.

Türen, als auch Türschwellen, sind ebenfalls bei über der Hälfte der Befragten eine negative Beeinflussung.

Handläufe und Rampen hingegen beeinflussen die Teilnehmer positiv in ihrer Fortbewegung, aber wie die Tabelle zeigt, werden diese nur wenig von den Teilnehmern genutzt.

4.6.2 Zugänglichkeit der Umwelt (von Orten) mit dem Mobilitätshilfsmittel

Durch die oben genannten Ausstattungen kann auch die Fortbewegung in der Stadt bzw. Gemeinde hinderlich sein. Jedoch wurde hier deutlich, dass die meisten Teilnehmer alle gewünschten Orte aufsuchen konnten. In dem folgenden Diagramm werden die Orte dargestellt, die häufig nicht von den Teilnehmern aufgesucht werden konnten und wie viele Teilnehmer diese Orte nicht aufsuchen konnten.

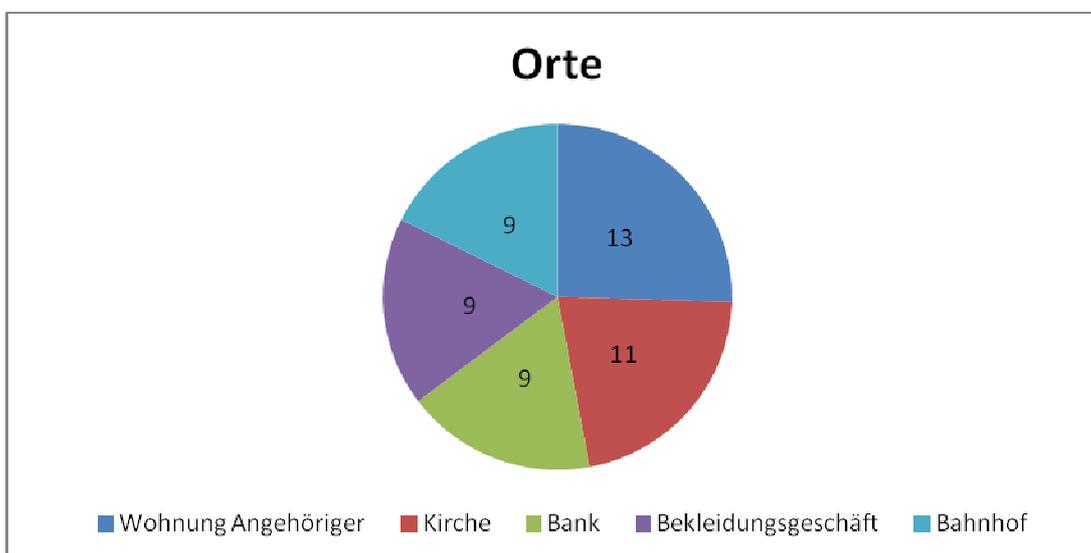


Abbildung 17 Aufgesuchte Orte mit dem Mobilitätshilfsmittel

Alle anderen Orte wie Hausarztpraxis, Therapiepraxis, Krankenhäuser, Restaurants, Supermarkt, Fußgängerzone und der öffentliche Park konnten mit dem Mobilitätshilfsmittel laut der Befragten aufgesucht werden.

Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass gewisse Orte von den Befragten gar nicht mehr aufgesucht wurden. 80,9% der Teilnehmer gaben an, kein Kino mehr zu besuchen. Des Weiteren wurden von 77,5% kein Theater, von 84,3% keine Schwimmbäder und von 61,8% der Befragten keine Bahnhöfe mehr aufgesucht.

Gründe für keine Zugänglichkeit

Bei den oben genannten Orten (insgesamt 15) wurde bei 13 Orten angegeben, dass an diesen Orten Hilfen zur Überwindung von Barrieren z.B. Rampen fehlen. Bei 11 Orten war die Antwort, dass mangelnde Beförderungsanlagen z.B. Rolltreppen oder Fahrstühle dazu führen, dass die Teilnehmer gewisse Orte nicht aufsuchen können. Die mangelnde Hilfe vom Personal wurde an sieben Orten kritisiert, die Bodenbeschaffenheit war lediglich an drei Orten für die Teilnehmer behindernd. Die Ausstattung des Mobilitätshilfsmittels führte nur einmal dazu, dass ein Teilnehmer einen Ort nicht aufsuchen konnte. Bei dieser Antwortmöglichkeit konnten die Teilnehmer mehrere Gründe angeben, warum sie diesen Ort nicht aufsuchen können.

4.6.3 Nutzung von Transportmitteln mit dem Mobilitätshilfsmittel

Die Wahl des Transportmittels ist auch vom Mobilitätshilfsmittel abhängig. Im folgenden Diagramm wird zunächst einmal aufgezeigt, welche Transportmittel die Befragten nutzen.

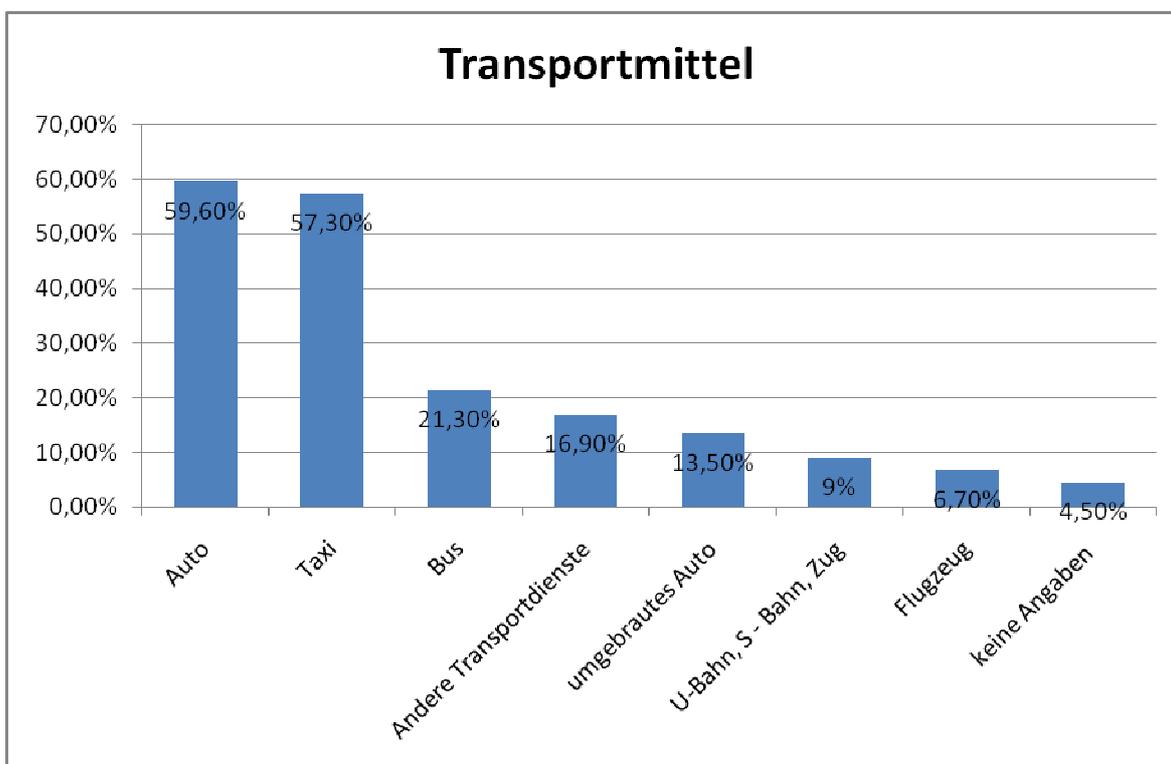


Abbildung 18 Nutzung des Transportmittel mit dem Mobilitätshilfsmittel

Dabei fällt auf, dass die Nutzung von Flugzeugen, U-Bahnen, S-Bahnen, Zügen, aber auch von umgebauten Autos relativ gering ausfällt. Das liegt daran, dass

mehr als die Hälfte der Teilnehmer bei diesen Transportmöglichkeiten angaben, es nicht mehr zu nutzen. Bei der Nutzung von Flugzeugen, waren es 85,4% der Befragten. 77,6% gaben keine Züge zu nutzen an und 79,8% der Befragten besitzen kein umgebautes Auto.

Daraus ergibt sich, dass sich die meisten Teilnehmer mit dem Auto fortbewegen oder sich ein Taxi nehmen.

Gründe für Einschränkungen bei der Nutzung von Transportmitteln

Die Gründe, warum einige Transportmittel mit dem Mobilitätshilfsmittel nicht genutzt wurden, zeigt diese Aufstellung:

- Barrieren beim Ein- und Aussteigen = 24 Teilnehmer
- Unsicherheit = 17 Teilnehmer
- Mangelnde Hilfe vom Personal = 13 Teilnehmer
- Mobilitätshilfsmittel ist zu schwer = 12 Teilnehmer
- Mobilitätshilfsmittel kann nicht mitgenommen werden = 11 Teilnehmer

Auch hier konnten die Teilnehmer wieder mehrere Gründe nennen, warum es Einschränkungen bei der Nutzung von Transportmitteln gibt.

5 Diskussion und Schlussfolgerung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Forschung von den Autorinnen in Bezug auf die zentrale Forschungsfrage und den Leitfragen kritisch diskutiert. Es werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen und die Stärken und Schwächen der Studie reflektiert.

5.1 Reflexion des Forschungsprozesses

Im folgenden Abschnitt werden die Wahl des Forschungsdesigns und Auffälligkeiten des Forschungsprozesses reflektiert sowie Stärken und Limitationen der Studie dargestellt.

Wahl des Forschungsdesigns

Zu der Beantwortung der zentralen Forschungsfrage sowie deren Leitfragen war die Verwendung eines quantitativen Forschungsdesigns (s. 3.3 „Forschungsdesign“, S. 55) angemessen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

Es eignete sich gut, einen Überblick über den Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln in Deutschland zu erhalten und diesen mit den Ergebnissen internationaler Studien zu vergleichen.

Mit Hilfe des quantitativen Forschungsdesigns konnten auch Gründe für einen Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln bei älteren Menschen herausgefiltert und wichtige Problembereiche bei der Nutzung identifiziert werden.

Es fiel jedoch auf, dass bei einigen Fragen, wie z.B. dem „Aufsuchen von Orten“ oder der „Nutzung von Transportmitteln“, viele Teilnehmer mit „trifft nicht zu“ geantwortet haben. Hier ist für die Autorinnen nicht ersichtlich, ob die Fragen für die Teilnehmer schwer verständlich waren oder warum diese Fragen mit nicht zutreffend beantwortet wurden. Die Verteiler gaben den Autorinnen auch die Rückmeldung, dass viele Teilnehmer bei der Frage nach der Veränderung der Gefühle durch die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels, Probleme hatten. Um diese Aspekte der Mobilitätshilfsmittelnutzung tiefergehend erforschen zu können wäre ein qualitatives Forschungsdesign angemessener gewesen.

Auffällige Merkmale des Forschungsprozesses

Da die Autorinnen mehrere Aspekte, die mit der Nutzung von Mobilitätshilfsmitteln in Verbindung stehen in ihrer Studie betrachten wollten, stellte die Formulierung einer konkreten Fragestellung eine Herausforderung dar. Sie wurde im Verlauf des Forschungsprozesses mehrmals in kleinen Nuancen umformuliert, bis sie alle für die Untersuchung relevanten Aspekte enthielt und ein gemeinsamer Konsens bezüglich des Inhalts gefunden wurde (s. 3.3.1 „Die Forschungsfrage“, S. 59).

Die Autorinnen begannen sehr früh mit der Rekrutierung von Verteilerstellen für ihre Fragebögen und nutzten vielfältige Wege (s. 3.5 „Teilnehmerrekrutierung“, S. 64). Die Rekrutierung gestaltete sich als schwieriger und zeitaufwendiger Prozess. Dabei waren die direkte Kontaktaufnahme mit den Verteilerstellen und persönliche Kontakte am erfolgreichsten. Anfragen über E-Mail oder die Veröffentlichung in Internetforen zeigten wenige Erfolge. Die Anfrage an Ergotherapieschulen, Informationen weiterzuleiten wurde entweder nicht beantwortet oder abgelehnt.

Bei der Suche nach Assessments als Grundlage für den Fragebogen verwandten die Autorinnen viel Zeit darauf geeignete Erhebungsinstrumente zu finden, deren Fragen inhaltlich der Forschungsfrage der Studie entsprachen und sämtliche Komponenten abdeckten. Bei der Sichtung des Datenmaterials stellten sich folgenden Probleme heraus. Die für den Fragebogen genutzten Assessments mussten bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Zum einen sollten sie einen direkten Bezug zur Nutzung von Hilfsmitteln aufweisen, zum anderen sollten sie vom Umfang und der Sprache der Teilnehmergruppe angemessen sein.

Den Autorinnen fiel es anfangs schwer abzuwägen, ob ein Assessment das erfasste, was in ihrem Forschungsinteresse lag. Aus diesem Grund suchten sie nach validierten Assessments, für die in der Literatur bereits gesicherte Daten darüber existierten, was sie messen. Diese mussten jedoch ins Deutsche übersetzt werden und für die Übersetzung und Formulierung der Fragen ein gemeinsamer Konsens im Forscherteam gefunden werden. Diese Arbeitsschritte nahmen einen beträchtlichen Teil des gesamten Forschungsprozesses ein (s. 3.6.2 „Aufbau des Fragebogens“, S 68). Durch das Ausprobieren verschiedener Varianten und die stetige Abstimmung der Fragen auf die Teilnehmer, nahm die Entwicklung des Fragebogens mehr Zeit in Anspruch, als die Autorinnen ursprünglich dafür veranschlagt hatten. Es kamen Bedenken auf, dass viele Fragebögen unvollständig ausgefüllt werden könnten und die Daten somit nicht zu verwerten wären. Um

dieses Problem zu umgehen, zogen die Autoren auch telefonische Interviews in Betracht. Letztendlich setzte sich der Weg der schriftlichen Befragung aufgrund des geringeren Aufwandes durch.

Stärken

Um ihre Studie auf einem soliden theoretischen Hintergrund aufbauen zu können, führten die Autorinnen eine umfangreiche Literaturrecherche sowohl in Bezug auf die verwendeten Assessments, als auch auf die Forschungen zu Non-Use und seinen Faktoren durch.

Weiterhin griffen die Autorinnen für die Erstellung des Fragebogens auf validierte Assessments zurück, um dadurch die Qualität der Untersuchung zu steigern.

Durch die Sorgfalt beim Aufbau des Fragebogens war dieser, wie die Verteiler rückmeldeten insgesamt übersichtlich und für die Teilnehmer gut zu bearbeiten. Die Übersichtlichkeit und Verständlichkeit wurde von den Autorinnen zuvor in drei umfassenden Pretests untersucht. Von der Mehrheit der Teilnehmer konnte der Fragebogen vollständig und eindeutig ausgefüllt werden, so dass die Ergebnisse mit großer Wahrscheinlichkeit den tatsächlichen Tatbestand widerspiegeln. Die Fragen, die auf der Grundlage der Assessments erstellt wurden, wurden mit selbstkonstruierten Fragen ergänzt. Für die Entwicklung des Fragebogens verwendeten die Autorinnen viel Sorgfalt. Es war ihnen wichtig, dadurch einen Bezug zwischen den untersuchten Komponenten wie Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel, Gefühle im Umgang mit dem Mobilitätshilfsmittel, Partizipation, Umweltfaktoren mit der Qualität und Frequenz der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels herzustellen. Insbesondere galt dies für Frage 14 (s. Anhang XI S. 148), die auf der Grundlage internationaler Literatur zu den Definitionen des Non-Use erstellt worden ist und an die Aktivitäten des PARTS/M angelehnt ist (s. 3.6.2 „Aufbau des Fragebogens“, S. 68).

Durch eine bundesweite angelegte Rekrutierung von Teilnehmern konnten mehrere Bundesländer in Nord-Süd-Richtung abgedeckt werden. Die Autorinnen haben hierbei keine Krankheitsbilder ausgeschlossen, sondern die Suche auf Mobilitätshilfsmittelnutzer im Allgemeinen ausgedehnt. Durch eine zeitnahe und sorgfältige Rekrutierung konnten viele Fragebögen mit einer guten Rücklaufquote (55%) verteilt werden.

Die Autorinnen achteten darauf, dass sie an der eigentlichen Verteilung und am Rücklauf der Fragebögen unbeteiligt waren, damit die Anonymität und Unbefangenheit der Teilnehmer gewährleistet wurde.

Limitationen

Das Sampling der Teilnehmer konnte nur über ein „Convenience Sampling“ stattfinden (s. 3.5 „Teilnehmerrekrutierung“, S. 64), da die Autorinnen auf die freiwillige Teilnahme der Befragten angewiesen waren. Diese sollten bestimmten Kriterien entsprechen und wurden deshalb von den Verteilern der Fragebögen als „geeignet“ eingestuft und ausgewählt. Die Stichprobe konnte nicht aus einer Grundgesamtheit gezogen werden, da keine Daten darüber existieren, wie viele Menschen in Deutschland Mobilitätshilfsmittel nutzen.

Die gewählte Methode ließ sowohl auf Forscherseite wie auch seitens der Teilnehmer wenige Möglichkeiten zu Nachfrage bei Unklarheiten. Auch die Flexibilität zur Aufnahme neuer, bei der Fragebogenerstellung nicht bedachter Aspekte, wie es bei leitfadengestützten Interviews möglich ist, war bei der schriftlichen Befragung nicht gegeben.

Von mehreren Verteilerstellen erhielten die Autorinnen die Rückmeldung, dass der Fragebogen für den Teilnehmerkreis teilweise zu umfangreich gewesen sei. Einige potenzielle Teilnehmer hätten aufgrund der Länge des Fragebogens ihre Zustimmung zur Teilnahme zurückgezogen oder ihn unvollständig bearbeitet. Auch seien einzelne Fragen, z. B. Frage 6 (Teil PIADS) für die Teilnehmer missverständlich gewesen (s.3.6.4.„Pretest“, S.77), so dass sie zum Ausfüllen Hilfe im Sinne einer zusätzlichen Erläuterung der Fragestellung von den Verteilerstellen in Anspruch genommen haben. Bei künftigen Studien in dieser Altersgruppe wäre es sinnvoll, verstärkt einen adäquaten Sprachgebrauch für die Teilnehmergruppe zu berücksichtigen.

Obwohl von den Autorinnen ein bundesweiter Aufruf an ergotherapeutische Praxen mit der Bitte um Mithilfe gestartet wurde, hat sich aus den neuen Bundesländern keine Praxis als Verteilerstelle angeboten, so dass aus dieser Region keine Teilnehmer vertreten sind. Insgesamt ist die Stichprobe zu gering, um einen bundesweiten Querschnitt der Hilfsmittelnutzung zu erfassen. Da die Studie zu wenig Teilnehmer umfasst, können Aussagen nicht für eine Grundgesamtheit generalisiert werden. Die Studie stellt aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nicht den

Anspruch an Ergebnisse, die für ganz Deutschland repräsentativ sind. Dies war im Rahmen der Bachelorarbeit auch nicht möglich, da die notwendigen Ressourcen dafür nicht gegeben waren.

Gütekriterien

Einige Verteiler gaben die Rückmeldung, dass sie den Teilnehmern bei der Beantwortung der Fragebögen geholfen haben, da diese mit der Komplexität der Fragen überfordert waren. Insofern könnte hier eine Beeinflussung durch die Verteiler stattgefunden haben, was Einfluss auf die Objektivität der Ergebnisse haben könnte.

Zu Beginn der Forschung gestalteten die Autorinnen den Fragebogen so, dass die Option für eine mögliche Korrelation aus den Zusammenhängen der Variablen Partizipation, Gefühl mit dem Mobilitätshilfsmittel und dem Nutzen des Mobilitätshilfsmittels geben war. Aufgrund der Übersetzung der englischen Assessments und der notwendigen massiven Veränderungen des Fragebogens, war die Validität der verwendeten Assessments PARTS und FABS nicht mehr gegeben (s. 3.6.3 „verwendete Assessments für den Fragebogen“, S. 74). Dadurch hätten die gewonnenen Daten nicht zueinander in Korrelation gestellt werden können. Infolgedessen haben sich die Autorinnen dazu entschieden, die erhobenen Daten rein deskriptiv darzustellen.

5.2 Reflexion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zur Beantwortung der Leitfragen und der zentralen Forschungsfrage in Bezug zu der gesichteten Literatur gesetzt.

5.2.1 Gründe für den Non-Use

Die erste Leitfrage umfasst die Gründe für einen Non-Use der Mobilitätshilfsmittel von den Teilnehmern.

Insgesamt stellte sich sowohl für den Non-Use der individuell am meisten genutzten Hilfsmittel als auch für den Non-Use aller sich im Besitz der Teilnehmer befind-

lichen Hilfsmittel eine geringere Prozentzahl dar, als von den Autorinnen nommen wurde.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten auch Dijcks et al. (2006) den Non-Use von Hilfsmitteln in den Niederlanden betreffend. Sie stellten fest, dass dieser geringer ausfällt als häufig in der Literatur beschrieben, gleichgültig auf welche Definition von Non-Use man sich dabei bezieht.

Bezogen auf den Non-Use aller im Besitz befindlichen Mobilitätshilfsmittel kristallisierten sich deutlich Gründe heraus, warum die Teilnehmer nicht mehr alle Mobilitätshilfsmittel, die sie besitzen, nutzen können. Die Ergebnisse zeigen, dass der überwiegende Teil der besessenen Hilfsmittel verwendet wird. Nur knapp ein Viertel der Teilnehmer besitzt Mobilitätshilfsmittel, die nicht mehr genutzt werden.

Die Hauptgründe für den Non-Use aller im Besitz befindlicher Hilfsmittel waren zum einen die Veränderung des Gesundheitszustandes, Schwierigkeiten beim Transport des Hilfsmittels und Unklarheiten im Umgang mit dem Hilfsmittel. Bei der Veränderung des Gesundheitszustandes führte in den meisten Fällen eine Verschlechterung zum Non-Use. Wie Wielandt und Strong (2000) berichten, kann beispielsweise der Verlauf einer Erkrankung dazu führen, dass das Mobilitätshilfsmittel nicht mehr genutzt werden kann oder nicht mehr benötigt wird. Besondere Relevanz besitzt für die ergotherapeutische Intervention in der Hilfsmittelversorgung der Umgang der Klienten mit dem Hilfsmittel.

Wessels et al. (2003) beschreiben, dass eine ausreichende Einweisung in die Handhabung und ein Training mit dem Hilfsmittel die Voraussetzung für einen sicheren und adäquaten Gebrauch sind.

Eine bessere Einweisung wurde jedoch von den Teilnehmern selten als Wunsch angegeben, um das Hilfsmittel im Alltag besser nutzen zu können. Ein Grund dafür könnte die Verteilung der Fragebögen über Praxen und Einrichtungen sein. Die meisten Teilnehmer hatten oder haben regelmäßig Therapie und somit Training mit den Hilfsmitteln erhalten.

Als Hauptgründe für den Non-Use der individuell am meisten genutzten Hilfsmittel nannten die Teilnehmer vor allem physische Barrieren wie Treppen oder Tür-

schwellen, Unsicherheit beim Gebrauch des Hilfsmittels, z.B. die Angst zu stürzen oder die mangelnde Eignung des Hilfsmittels für die gewünschten Aktivitäten.

Als Lösungsoptionen, um die Nutzung des Hilfsmittels zu verbessern, gaben die Teilnehmer vor allem die Anpassung der Umwelt an das Hilfsmittel an. Des Weiteren nannten sie die Verbesserung der Anpassung des Hilfsmittels an die Person und die Verbesserung der Anpassung des Hilfsmittels an die Umwelt. Diese Bedürfnisse der Teilnehmer decken sich mit der Sichtweise des MPT-Modell (s. 2.5, S. 23), in der die Hilfsmittelversorgung als interaktiver Prozess gesehen wird, in dem Umwelt, Person und Hilfsmittel zusammenspielen. Zur Ermittlung aller relevanten Faktoren dieser drei Bereiche wird dabei das ATDPA genutzt.

Wessels, De Witte & Van den Heuvel (2004) beschreiben auch das COPM als geeignetes Instrument in der Hilfsmittelversorgung, um auf individuelle Probleme der Klienten bei den für sie bedeutenden Aktivitäten einzugehen. Es ist darauf ausgerichtet die Sichtweise des Klienten in der Hilfsmittelversorgung zu respektieren und in den Prozess einzubeziehen. Die Einbeziehung des Hilfsmittelnutzers sowie die Beteiligung von Experten im Versorgungsprozess schlägt auch der DVfR in seinen Lösungsoptionen zur Überwindung von Problemen in der Hilfsmittelversorgung vor (2009).

5.2.2 Nutzung des Mobilitätshilfsmittels in der persönlichen Umwelt

In der zweiten Leitfrage ging es darum, die Umwelt, in der die Teilnehmer ihr Mobilitätshilfsmittel nutzen, genauer zu beleuchten. Die Umwelt trägt einen wichtigen Aspekt zur Partizipation bei.

Die umweltbezogenen Fragen des Fragebogens betreffen zum einen die häusliche Umgebung. Hier ging es den Autorinnen in erster Linie darum, Barrieren im häuslichen Umfeld herauszufiltern. Auf der anderen Seite wird aber auch Gemeinde bzw. Stadtebene näher betrachtet.

Im Umgang mit dem Mobilitätshilfsmittel spielen vor allem bauliche Maßnahmen wie z.B. Rampen eine wichtige Rolle. Rosso, Auchincloss & Michael (2011) fanden in ihrer Studie heraus, dass es eine nachweisliche Verbindung zwischen baulichen Maßnahmen in der Umwelt und der Mobilität von älteren Menschen besteht.

Diese Beziehung zwischen baulichen Gegebenheiten und Mobilität der Hilfsmittelnutzer fanden die Autorinnen auch in den Aussagen ihrer Teilnehmer wieder.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass es hauptsächlich physische Barrieren sind, die die Zugänglichkeit bestimmter Orte für die Teilnehmer einschränken oder die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels verhindern. Vor allem Treppen, ob nun in der häuslichen Umgebung oder außerhalb der häuslichen Umgebung, beeinflussten laut der Teilnehmer die Fortbewegung im negativen Sinn. Auch Türen und Türschwellen stellten eine Beeinträchtigung der Fortbewegung dar (s.4. „Ergebnisse“ S.83).

Die Teilnehmer erfuhren entweder vorhandene Barrieren oder fehlende Hilfen als Hindernisse in der Fortbewegung mit ihrem Mobilitätshilfsmittel. Fehlende Hilfen zur Überwindung von Barrieren war auch der genannte Hauptgrund, warum Orte wie z.B. Wohnung von Angehörigen, Banken, nicht mehr von allen Teilnehmern aufgesucht werden konnten.

Hilfen wie Rampen oder Handläufe wurden jedoch von den Teilnehmern, die diese nutzten, als Faktoren gesehen, die die Fortbewegung mit dem Mobilitätshilfsmittel förderten. Wessels et al. (2003) wie auch Rogers und Holm (1992) bestätigen in ihren Studienergebnissen diese Aussage der Ergebnisse. Sie haben herausgefunden, dass Barrieren im häuslichen Umfeld die Fortbewegung mit dem Mobilitätshilfsmittel erheblich beeinträchtigen können.

Die meisten Teilnehmer empfanden weniger die Beschaffenheit des Hilfsmittels als einschränkenden Faktor als die Beschaffenheit der Umwelt.

Auffällig bei der Nutzung von Transportmitteln war die Tatsache, dass hauptsächlich das Auto oder das Taxi von den Teilnehmern genutzt wurde. Das Flugzeug oder Schienenverkehr wurden eher selten genutzt. Die erhaltenen Ergebnisse lassen nicht darauf schließen, ob diese nicht genutzt werden konnten, weil der Weg zum Transportmittel nicht barrierefrei war oder ob die Altersgruppe der Teilnehmer diese Transportmittel nur selten in Anspruch nimmt.

Als Hauptgründe für Einschränkungen in der Nutzung von Transportmitteln wurden wiederum Barrieren genannt, die den Ein- und Ausstieg behindern sowie ein

Gefühl der Unsicherheit bei der Benutzung der Transportmittel. Zum Teil wurde auch die mangelnde Hilfe durch das Personal angegeben.

Im Bereich Umwelt fällt auf, dass hier vor allem die physischen Barrieren von den Teilnehmern als hinderlich empfunden wurden. Für die ergotherapeutische Intervention ergibt sich die Notwendigkeit Anforderungen der persönlichen Umwelt mehr in die Hilfsmittelberatung einzubeziehen. Andere Forscher empfehlen auch Umgebungsveränderungen stärker zu berücksichtigen. Mischker (2009, S.169-170) schreibt in diesem Zusammenhang in ihrer Studie: „Das kleine “outdoor“-Umfeld älterer Menschen, wie z.B. Bäcker, Zeitungsladen, Supermarkt, Hausarzt, Orthopäde, Apotheke ist auf Benutzer von Mobilitätshilfsmitteln nicht eingestellt [...] Die Anpassung des kleinen “outdoor“-Umfeldes für Mobilitätshilfsmittelnutzer hat den Vorteil, dass Fähigkeiten outdoor erhalten werden und damit ein Beitrag zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit geleistet wird“.

5.2.3 Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel und dem Versorgungsprozess

Sowohl das Design, als auch die Qualität des Hilfsmittels haben Auswirkung auf die Nutzung. Die Studien von Rogers & Holm (1992) und von Phillips & Zhao (1993) belegen, dass eine geringe Qualität eine niedrigere Nutzungsrate des Hilfsmittels zur Folge hat. Wie den Ergebnissen (s. 4.3.8 „Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel / Versorgungsprozess“, S. 89) zu entnehmen ist, ist mit Hilfe des Assessment QUEST 2.0 die Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel erörtert worden. Im Durchschnitt waren die Teilnehmer mit allen Aspekten ihres Mobilitätshilfsmittels zufrieden. Eine besonders hohe Zufriedenheit herrschte bei der Nützlichkeit. Diese wurde gemeinsam mit der Sicherheit von den meisten Teilnehmern als die wichtigsten Aspekte des Mobilitätshilfsmittels wie auch des Versorgungsprozesses für die Zufriedenheit benannt. Die Zufriedenheit ist eine kritische Bewertung des Nutzers, von verschiedenen Aspekten, die das Mobilitätshilfsmittel bietet (Demers et al, 2001). Wessels et al. (2003) betonen in ihrer Studie, dass in Bezug auf die Technologie sowohl Mängel des Designs, der Montage und der Anpassung wie auch Probleme bei der Lieferung einen ordnungsgemäßen Gebrauch des Hilfsmittels behindern. Ob in der vorliegenden Studie das Ergebnis des Non-Use auf die hohe Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel zurückzuführen ist,

kann nicht belegt werden, auch wenn Wessels et al (2003) beschreiben, dass dies zu einem geringen Non-Use führt.

5.2.4 Nutzung des Mobilitätshilfsmittels bei der Partizipation

Die vierte Leitfrage bezieht sich, wie oben bereits erwähnt, auf die Partizipation der Teilnehmer mit ihrem Mobilitätshilfsmittel.

Die Nutzung von Hilfsmitteln ist laut der ICF ein relevanter Kontextfaktor für die Partizipation und steht somit unmittelbar in Verbindung miteinander. Denn im Idealfall können sich die Teilnehmer durch die Nutzung eines Mobilitätshilfsmittels wieder mehr Partizipieren, als vor der Nutzung. Aus diesem Grund hat die Partizipation in dieser Forschung neben dem Mobilitätshilfsmittel einen großen Stellenwert eingenommen.

Bezugnehmend auf die Sichtweise des CMOP – E (s. 2.6 S. 25) bezieht die Partizipation das subjektive Erfahren des Menschen mit ein. Die Autorinnen haben die Partizipation in verschiedene Aktivitäten unterteilt, die dem PARTS / M (s. 3.6.3 „Verwendete Assessments für den Fragebogen“ S. 74) entnommen worden sind. Wie in diesem auch erläutert wird, dient der PARTS/M speziell dazu die Partizipation der Teilnehmer zu erfassen.

Die Partizipation wurde in dem von den Autorinnen erstellten Fragebogen in zwei Fragen unterteilt. Im ersten Teil der Partizipation ging es den Autoren um den Aspekt der Zufriedenheit mit der Aktivität und der dabei benötigten Hilfe. Die meisten der Befragten waren mit der Durchführung fast aller Aktivitäten zufrieden. Eine hohe Zufriedenheit zeigte sich insbesondere im Bereich der Körperpflege, der Mobilität im häuslichen Umfeld und den Sozialkontakten. Dennoch stellten sich auch Bereiche heraus, in denen mehr Teilnehmer unzufrieden oder genauso viele waren. Diese betrafen vor allem den Bereich der Produktivität, wie Haushaltsführung oder ehrenamtliche Tätigkeiten und den Bereich der Freizeit, wie Urlaub und Ausflüge machen oder Hobbies nachzugehen.

Es zeigt sich trotz allgemeiner hoher Zufriedenheit bei der Partizipation eine große Diskrepanz bei der Zufriedenheit von Aktivitäten, die mit oder ohne Hilfe durchgeführt werden konnten. Hier wird deutlich, dass die Notwendigkeit von Hilfe vor allem beim Toilettengang sowie bei der Mobilität im und außerhalb des häuslichen Umfeldes einen großen Einfluss auf die Zufriedenheit bei der Durchführung dieser Aktivitäten hat. Denn die meisten Teilnehmer haben bei diesen Aktivitäten ange-

geben „Zufrieden ohne Hilfe“ zu sein und die Wenigsten „Zufrieden mit Hilfe“ zu sein. Auch Mischker (2009) beschreibt im Rahmen ihrer Studie die Mobilität außerhalb des häuslichen Umfeldes als Problembereich für ältere Menschen.

Weiterhin stellte sich heraus, dass einige Aktivitäten von den Teilnehmern nicht mehr durchgeführt wurden. Vor allem die Aktivität „einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachgehen“. Dies überraschte die Autoren, da das Mindestalter auf 65 Jahre gelegt wurde, der Übergang zwischen der Berufstätigkeit und dem Rentenalter. Laut Goss (1999 in Erlinghagen 2007) hat die ehrenamtliche Tätigkeit nach dem Renteneintritt in den letzten Jahren und Jahrzehnten stetig zugenommen.

Auch das viele Teilnehmer keine Hobbies mehr durchführten, Urlaub machten oder nicht mehr am Gemeinschaftsleben teilnahmen, waren überraschende Aussagen.

Ein möglicher Hinweis könnte sein, dass einige Teilnehmer eine Verschlechterung dabei empfanden, Aktivitäten unternehmen zu können. Aber auch das Durchschnittsalter von 77,51 Jahren könnte der Grund sein, dass bestimmte Aktivitäten weniger durchgeführt wurden. Durch ihre praktische Tätigkeit haben die Autorinnen die Erfahrung gemacht, dass Aktivitäten wie ein Ehrenamt ausüben, Urlaub und Ausflüge machen oder einem Hobby nachgehen im Alter sehr nachlassen.

Weiterhin könnten aber auch Barrieren in der Umwelt, die als wichtiger Grund für den Non-Use identifiziert wurden, und durch die bestimmte Orte nicht mehr von den Teilnehmern aufgesucht werden konnten, eine Ursache darstellen. Im Rahmen dieser Studie lassen sich keine Rückschlüsse auf die Nutzung von Mobilitätshilfsmitteln ziehen.

Der zweite Teil, der die Partizipation im Fragebogen beleuchtet, war die Anschaffung eines Mobilitätshilfsmittels und der daraus tatsächlich resultierende Nutzen. Cordes et al (2013) beschäftigen sich derzeit damit eine Nutzungsrate von Hilfsmitteln zu erarbeiten, da es noch keine gesicherten Daten darüber in Deutschland gibt. Mann, Hurren & Tomita (1993) beschäftigen sich ebenfalls mit der Anschaffung und dem daraus resultierenden Nutzen des Hilfsmittels. Dabei haben sie sich jedoch auf bestimmte Mobilitätshilfsmittel festgelegt. Dies wurde in dieser Forschung nicht durchgeführt, sodass die Ergebnisse nicht verglichen werden können.

Durch die Ermittlung der Anschaffungs- und Nutzungsrate (s. 4. „Ergebnisse“ S. 83) konnten die Aktivitäten erfasst werden, für die das Mobilitätshilfsmittel ange-

schaft und auch tatsächlich genutzt wurde. Die meisten der Teilnehmer haben sich ihr Mobilitätshilfsmittel für die Mobilität im und außerhalb des häuslichen Umfeldes und für den Toilettengang angeschafft und nutzten es auch tatsächlich hierfür. Aber auch das Aufrechterhalten von Sozialkontakten zeigte eine hohe Bedeutsamkeit für die Anschaffung und Nutzung des Mobilitätshilfsmittels.

Gerade bei diesen Aktivitäten fällt auf, dass ein beträchtlicher Teil der Teilnehmer angegeben hat Einschränkungen bei der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels zu haben. Dabei nutzte die Mehrheit der Teilnehmer das Mobilitätshilfsmittel täglich für die Mobilität im und außerhalb des häuslichen Umfeldes und um auf die Toilette zu gehen.

Daraus erkennen die Autorinnen einen wichtigen und notwendigen Handlungsbedarf, die Hilfsmittelversorgung, -training und -anpassung im Kontext dieser Aktivitäten auf die Qualität der Nutzung der Mobilitätshilfsmittel zu prüfen und zu verbessern.

Bei der Mobilität außerhalb des häuslichen Umfeldes war auffällig, dass bei einer hohen Anschaffungs- und Nutzungsrate über ein Drittel nicht zufrieden bei dieser Aktivität war.

5.2.5 Subjektives Empfinden durch die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels

Die fünfte Leitfrage ging darauf ein, wie sich die Klienten mit dem Mobilitätshilfsmittel fühlen. Dass Gefühle auch bei der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels eine entscheidende Rolle spielen, beschreibt auch Hocking (1999) in seinem Artikel. Bei der Ergebnisauswertung (s. 4.5 „Psychologische Aspekte bei der Nutzung“ S. 101) wurde deutlich, dass die Gefühle wie „sich schämen“ oder „verwirrt zu sein“ von einer großen Mehrheit der Teilnehmer mit unverändert bewertet wurden. Daraus kann vermutet werden, dass die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels keinen Einfluss darauf hat, dass sich die Teilnehmer verwirrt fühlten oder sich schämten. Aus den Rückmeldungen der Verteiler und den Ergebnissen der Pretests (s. 3.6.4 „Der Pretest“ S. 77) ging aber auch hervor, dass die Teilnehmer bei der Beantwortung dieser Frage große Schwierigkeiten hatten. Dies könnte ebenfalls dazu geführt haben, dass die Befragten vor allem mit unverändert geantwortet haben.

Die meisten der Befragten gaben an, sich durch die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels sicherer zu fühlen. Die Sicherheit wird auch von den meisten Teilnehmern als wichtiger Aspekt für die Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel genannt.

Laut Scherer (2005) hat das Mobilitätshilfsmittel und die damit verbundene Behinderung einen enormen Einfluss auf die psychische -, soziale und körperliche Ebene.

Gefühle wie „neue Dinge auszuprobieren“, „Aktivitäten zu unternehmen“ oder „das eigene Leben in der Hand zu haben“ empfanden jeweils ca. ein Drittel der Teilnehmer als verschlechtert.

5.2.6 Resümee der zentralen Forschungsfrage

Insgesamt ergab die Befragung eine hohe Zufriedenheit sowohl bei der Partizipation (Durchführung der Aktivitäten), als auch bezogen auf das Mobilitätshilfsmittel und die Dienstleistungen, die dieses betreffen. Jedoch war die Zufriedenheit der Teilnehmer, die Hilfe bei den Aktivitäten benötigten, drastisch niedriger als bei denen, die diese selbstständig durchführen konnten.

Im Bereich der Umwelt konnten vor allem Barrieren als Hindernis bei der Nutzung des individuell am meisten genutzten Mobilitätshilfsmittels identifiziert werden und waren somit der am meisten genannte Grund für den Non-Use, den 22,5% der Befragten angaben. 74,2% der Befragten konnten ihr Mobilitätshilfsmittel so im Alltag nutzen, wie sie es sich wünschten. Da die Autorinnen speziell den Non-Use des individuell am meisten genutzten Mobilitätshilfsmittels untersucht haben und konkret danach gefragt haben, ob das Mobilitätshilfsmittel so im Alltag genutzt werden konnte wie es sich die Befragten wünschten, ist es nur bedingt möglich dieses Ergebnis mit anderen Studien zu vergleichen. Dennoch sind in der Literatur, wie z.B. bei Mann, Hurren & Tomita (1993) oder Mischker (2009), ähnliche Non-Use-Raten erwähnt.

Bei der detaillierten Betrachtung der Anschaffungs- und Nutzungsraten der einzelnen Aktivitäten, konnte festgestellt werden, dass der größte Teil der Teilnehmer ihr individuell am meisten genutztes Mobilitätshilfsmittel dafür angeschafft hatte, das Haus zu verlassen und sich im Haus/Wohnung fortzubewegen und es auch tatsächlich dafür nutzte.

Der Rollator wurde von zwei Dritteln der Befragten als das individuell am meisten genutzte Mobilitätshilfsmittel angegeben und auch von über der Hälfte der Teilnehmer genutzt. Rollstuhl und Gehstock hingegen wurden deutlich weniger „individuell am meisten“ genutzt, obwohl auch hier jeweils die Hälfte der Befragten diese besaßen.

Bei der Betrachtung des Non-Use aller vorhandenen Mobilitätshilfsmittel fällt auf, dass dieser mit 27% etwas höher ist als der Non-Use des individuell am meisten genutzten Mobilitätshilfsmittels. Dennoch nutzten 68,5% der Teilnehmer alle vorhandenen Mobilitätshilfsmittel, was vergleichbar mit der intensiven Nutzungsrate von 61% ist, die Mischker (2009) bei der Untersuchung von drei Mobilitätshilfsmittelgruppen zum zweiten Messzeitpunkt nach vier Monaten feststellte. Auch Parker & Thorslund (1991) ermittelten einen Non-Use von 34% bei Mobilitätshilfsmitteln. Im Vergleich hierzu fanden Dijcks et al. (2006) eine deutlich höhere Nutzung von Hilfsmitteln in den Niederlanden heraus. 92% der Teilnehmer nutzten ihr Hilfsmittel zur Zeit der Befragung und lediglich 1% der Befragten hatte das Hilfsmittel niemals benutzt. Dabei bezogen sie ihre Studie auf alle vorhandenen Hilfsmittel und nicht ausschließlich auf Mobilitätshilfsmittel, wie die Autorinnen.

Von allen vorhandenen Mobilitätshilfsmitteln wurde der Gehstock von dem größten Teil der Befragten nicht mehr genutzt. Als Hauptgründe für den Non-Use der vorhandenen Mobilitätshilfsmittel gaben die Teilnehmer einen verschlechterten Gesundheitszustand an, was die Nicht-Nutzung des Gehstocks erklären könnte. Der verschlechterte Gesundheitszustand wird, wie auch bei Wessels et al. (2003), als Grund für den Non-Use aufgeführt und könnte bei dieser Befragung die Ursache sein, warum der Gehstock von einem Teil der Teilnehmer nicht mehr genutzt wird.

5.3 Schlussfolgerung

Wie in der Reflexion der Ergebnisse (s. 5.1, S. 108) ausführlich beschrieben wird, konnten die Autorinnen wichtige Informationen und Erkenntnisse zu der Beantwortung ihrer zentralen Forschungsfrage wie auch zu den Leitfragen gewinnen.

Die Ergebnisse des Non-Use aller vorhanden Mobilitätshilfsmittel ähneln denen, die in der Literatur (s. 5.2 „Reflexion der Ergebnisse, S. 112, s. 2.7 „aktueller Stand der Forschung“, S. 33) beschrieben werden. Auch der Non-Use des individuell am meisten genutzten Mobilitätshilfsmittels im Sinne der gewünschten Nutzung im Alltag zeigt mit 22,5% einen zwar etwas geringeren aber zum Non-Use aller vorhandenen Mobilitätshilfsmittel vergleichbaren Wert. Mit Hilfe dieser Definition konnten die Autorinnen die subjektiv empfundene und alltagsrelevante Nutzung des Mobilitätshilfsmittels erfassen. Wie die Autorinnen in der Betrachtung des CMOP-E (s. 2.6, S. 25) erläutert haben, spielt neben den Bereichen der Per-

son und Umwelt, vor allem die idiosynkratische Bedeutung von der Betätigung der Klienten eine entscheidende Rolle wie Hilfsmittel zur Ermöglichung der Partizipation genutzt werden. Auch wenn die Mehrheit der Befragten sowohl ihr individuell am meisten genutztes Mobilitätshilfsmittel als auch alle vorhandenen Mobilitätshilfsmittel nutzen, zeigt sich doch ein beträchtlicher Non-Use in beiden Fällen. In Anbetracht der Kosten, die durch den Non-Use von Hilfsmitteln entstehen (s. 2.2.4 „Probleme bei der Versorgung mit Hilfsmitteln im deutschen Gesundheitssystem“, S. 19) ist es wichtig die finanziellen Ressourcen kosteneffizient zu verwalten (DfVR, 2006), um im Sinne einer occupational justice möglichst allen Menschen, die Versorgung mit den Hilfsmitteln zu ermöglichen, die sie zu ihrer selbstständigen Lebensführung benötigen. Denn ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Studie zeigt, dass deutlich mehr Teilnehmer mit der Durchführung der abgefragten Aktivitäten zufrieden war, wenn sie diese selbstständig ausführen konnten. Diese Selbstständigkeit kann unter anderem durch Einschränkungen bei der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels verhindert werden (s. 2.1 „Relevanz der Hilfsmittelversorgung für ältere Menschen“, S. 8). Insofern ist es von besonderer Relevanz für die Autorinnen, dass gerade bei den Aktivitäten, für die sich eine große Mehrheit der Teilnehmer ihr Mobilitätshilfsmittel angeschafft hatte und auch tatsächlich dafür nutzte, deutliche Einschränkungen bei der Nutzung erkennbar waren. Diese Feststellung bestätigt die Probleme, die der DVfR (2006) in seiner Expertise beschrieben hat und auch die Annahmen von Cordes et. al (2013), die auf eine suboptimale Nutzung von Hilfsmitteln im häuslichen Umfeld hinweisen. Als wichtigsten Grund für den Non-Use konnten in dieser Studie Barrieren sowohl innerhalb als auch außerhalb des häuslichen Umfeldes identifiziert werden. Dies bestätigt die Erfahrungen der Autorinnen aus ihrer praktischen Tätigkeit (s. 1.1.4 „Relevanz der Problemstellung“, S. 4), dass Schwierigkeiten bei der Nutzung im Alltag der Klienten auftreten. Aus diesem Grund ist die Erprobung und das Training von Hilfsmitteln in der Lebensumwelt der Klienten entscheidend, um den Erfolg der Versorgung zu garantieren. Wichtig ist es, dafür institutionelle Voraussetzungen für Therapeuten zu schaffen, um ihnen diese Form der therapeutischen Intervention zu ermöglichen und die Kooperation in der Gesundheitsversorgung im Sinne einer besseren Vernetzung der stationären, teilstationären und ambulanten Teilbereiche zu optimieren. Schenk-Pelikan, Jauch & Hoffmann (2011) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Erprobung von Hilfsmitteln in All-

tagsituationen durch ein befristetes Ausleihen dieser ermöglicht wird, wobei dies aber stark von den institutionellen Rahmenbedingungen abhängt. Auch die bis jetzt nur vereinzelt durchgeführte Vernetzung ergotherapeutischer Arbeitsbereiche sehen sie als ungenutzte Möglichkeit eines ergotherapeutischen Beitrages zur Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung (Schenk-Pelikan, Jauch & Hoffmann, 2011). Sinnvoll erscheint den Autorinnen in diesem Sinn eine forcierte Weiterbildung von Ergotherapeuten im Case-Management, damit diese die Vernetzung der unterschiedlichen Leistungserbringer vom stationären zum ambulanten Bereich fördern können (s. 1.1.3 „Hilfsmittelversorgung als interdisziplinärer Prozess“, S. 3).

Da viele Teilnehmer angegeben haben, dass physische Barrieren für die Nutzung von Mobilitätshilfsmitteln ein Hindernis darstellen, sehen die Autorinnen des Weiteren Bedarf in der Forschung. Es stellt sich den Autorinnen die Frage, inwieweit in Deutschland für die Umsetzung von Barrierefreiheit gesorgt wird, um ältere Menschen mit Einschränkungen der Mobilität zur Partizipation zu befähigen. In diesem Aufgabenfeld würde sich außerdem die Möglichkeit anbieten für die behindertengerechte Gestaltung der Umwelt nicht nur im häuslichen Umfeld, sondern auch im öffentlichen Raum das Fachwissen und die Erfahrung von Ergotherapeuten zu nutzen.

Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass bestimmte Aktivitäten von den Teilnehmern nicht mehr durchgeführt werden. Ob dies im Zusammenhang mit der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels steht, mit Barrieren in der Umwelt zusammenhängt oder andere persönliche Gründe die Ursache sind, konnte durch den Fragebogen nicht ermittelt werden. Dies ist dennoch eine wichtige Erkenntnis, die eine Grundlage für weitere Forschungen bietet. Denn wenn Barrieren, hilfsmittelbezogene Faktoren, gesellschaftliche oder politische Bedingungen eine erfolgreiche Partizipation verhindern, steht dies im besonderen Interesse der Ergotherapie diese Ursachen näher zu erforschen, um im Sinne der „occupational justice“ und des „Enablements“ ältere Menschen dazu zu befähigen alle die Aktivitäten durchführen zu können, die sie sich wünschen und die für ihre Lebensqualität und Gesundheitserhaltung wichtig sind.

6 Glossar

Begriff	Erklärung
Assessment	<p>Prozess der Sammlung und Interpretation von Informationen über Funktionen und Umgebungen eines Menschen</p> <p>durch Beobachten, Testen und Messen, um Entscheidungen</p> <p>zu begründen und Veränderungen zu erfassen</p>
Barrierefreiheit	<p>Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernisse und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.</p>
CMCE	<p>Abkürzung für Canadian Model of Client-Centred Enablement. Modell innerhalb des CMOP-E. Dieses Modell beschreibt zehn Enablement Skills, die der Therapeut in der Therapiesituation mit dem Klienten nutzen kann (Townsend & Polatajko, 2007).</p>
CMOP – E	<p>Abkürzung für Canadian Model of Occupational Performance and Engagement. Es stellt die Beziehung zwischen der Person den Performance und den Bereichen der Betätigung sowie der Umwelt dar.</p>
COPM	<p>Abkürzung für Canadian Occupational Performance Measure. Assessment, welches auf dem Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) basiert.</p> <p>Deutsch: Kanadisches Instrument zum Erfassen und Messen der Betätigungsperformanz.</p>
Enablement	<p>Die Schaffung von Möglichkeiten, trotz physischer, psychischer oder geistiger Beeinträchtigungen oder</p>

	Behinderungen durch die Umwelt an Aufgaben des Alltagslebens und an Betätigungen teilzuhaben.
Engagement	Das Gefühl, an einer Handlung/Betätigung/Beschäftigung oder Aktivität beteiligt zu sein, Auswahlmöglichkeit zu haben sowie mit Einsatz und positiver Bedeutung zu handeln.
FABS/M	Abkürzung für F acilitators a nd B arrieres S urvey / M obility. Dieses Assessment misst zum einen den Einfluss von verschiedener Umweltfaktoren auf die Partizipation der relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie die Zugänglichkeit der Umwelt auf Gemeinde und Stadtebene.
Gütekriterien	Entwickelte Maßstäbe, die für/zu der/die Messung der Qualität der Forschungsergebnisse dienen.
ICF	Abkürzung für I nternational C lassification of F unctioning, D isability and H ealth; zu deutsch Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ISO 9999	Klassifizierung der Hilfsmittel für Menschen mit einer Behinderung.
Mittelwert	Der Mittelwert (auch arithmetisches Mittel genannt) ist der Wert, der zwischen der kleinsten und der größten Zahl einer Zahlenreihe liegt.
MPT	Abkürzung für M atching P erson and T echnology. Dieses Modell wurde 1989 von Marcia Scherer entwickelt und basiert auf dem Grundgedanken der Psychologie.
Occupational Justice	Eine kritische Sichtweise auf soziale Strukturen, die soziale, politische und ökonomische Veränderungen fördert, um Menschen zu befähigen, ihr Betätigungspotential zu entfalten und Wohlbefinden und volle Teilhabe am kommunalen Leben zu erfahren.

Operationalisierung	Maßnahmen, die ergriffen werden, um in einer konkreten Untersuchung von Merkmalen zu Daten zu gelangen (Bortz & Döring, 2006, S. 3).
Partizipation	Einbezogen sein in eine Lebenssituation durch Aktivitäten in einem sozialen Kontext. Alternativ: Teilhabe des Menschen in allen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang, die für ihn von Bedeutung sind.
PARTS/M	Abkürzung für P articipation S urvey / M obility. Das Assessment misst die Partizipation der relevantesten Aktivitäten des täglichen Lebens.
Pretest	Überprüfung des Fragebogenentwurfs
Rücklaufquote	Die Rücklaufquote, auch Ausschöpfung genannt, ist der Anteil der Personen in einer statistischen Untersuchung, die an einer Umfrage teilgenommen bzw. den Fragebogen ausgefüllt haben. (Onpulsion, 2009)
Spiritualität	Persönliche Werte und Bedeutungen eines Menschen, die sich gegenseitig beeinflussen.
Standardabweichung	Die Standardabweichung beschreibt ist ein Maß dafür, wie weit die Einzelwerte einer Verteilung vom Mittelwert abweichen.
Studiendesign	Mit dem Studiendesign wird der methodologische Aufbau einer Studie bezeichnet. Es gibt an, in welcher Form die zu untersuchenden Daten erfasst, verarbeitet und analysiert werden. (evimed, 2008)

7 Literaturverzeichnis

Bücher

- Bengel, J., Töns, N., & Schliehe, F. (2012). Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In E. Brähler, & B. Strauß, (Hrsg.) (2012). *Grundlagen der Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bortz, J., & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler ; mit 87 Tabellen*. Heidelberg: Springer-Medizin-Verl.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. (2007). Introducing the Canadian Practice Process Framework: Amplifying the context. In E. Townsend, & H. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (S. 37-62). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Diekmann, A. (2012). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Flick, U., Kardoff, E., & Steinke, I. (2003). *Soziologische Forschung: Stand und Perspektiven. Ein Handbuch*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.
- Goss, K. (1999). Volunteering and the long civic generation. In M. Erlinghagen. *Ehrenamtliche Arbeit und informelle Hilfe nach dem Renteneintritt: Analysen mit dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP)* (S. 2). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie – Theorie und Modelle: Die Praxis begründen*. Stuttgart: Thieme.
- Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Stubner, B. M., & Weber, P. (2009). *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Kamps, N. (2009). *Grundlagen der Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung: Arbeitshilfe zum SGB V und SGB XI; Einführung in das Hilfsmittelverzeichnis*. Regensburg: Walhalla und Praetoria.
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., & Schlawin, S. (2001). *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. Stuttgart: UTB.
- Koesling, C. (2000). Motorisch-funktionelle Behandlungsverfahren: Training im lebenspraktischen Bereich (ADL). In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln, Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung* (S. 183). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Kohli, M., & Kühnemund, H. (2000). Alter und gesellschaftliche Partizipation als Thema der Soziologie. In S. Becker, L. Veelken, & K.P. Wallraven, (2000). *Handbuch Altenbildung, Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft* (S. 94-106). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Messinger, H., Türck, G., & Willmann, H. (1990). *Langenscheidts Taschen Wörterbuch. Englisch*. Berlin: Langenscheidt.
- Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2007). Human occupation in context. In E. Townsend, & H. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (S. 37-62). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., & Jehn, P. (2011). *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Scherer, M. (2005). *Living in The State of Stuck: How Assistive Technology impacts the Lives of People with Dissabilities*. Brookline, Massachusetts: Brookline Books, Inc.
- Schnell, R., Hill, P.B., & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg Verlag.
- Scholl, A. (2003). *Die Befragung*. Weinheim u.a.: UTB.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Windisch, R., & Zoßeder, J. (2006). *Sozialwissenschaften für die Ergotherapie*. München: Urban und Fischer Verlag.

Zeitschriftenartikel

- Alvarelhão, J., Silva, A., Martins, A., Queirós, A., Amaro, A., Rocha, N., & Lains, J. (2012). Comparing the content of instruments assessing environmental factors using the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 1–6.
- Cordes, A., Hubert, M., & Inhester, O. (2013). Erste Schritte zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung in Deutschland. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 52 (1), 17-22 .
- Czyganowski, M. (2009). Von Strumpfanziehern, Knöpfhilfen und Co. *Ergopraxis*, 2 (3), 18-21.
- Day, H., & Jutai, J. (1996). Measuring the psychosocial impact of assistive devices: the PIADS. *Canadian Journal of Rehabilitation*. 9 (2), 159-168.
- Demers, L., Wessels, R., Weiss-Lambrou, R., Ska, B., & De Witte, L.P. (2001). Key dimensions of client satisfaction with assistive technology: a cross-validation of a canadian measure in the Netherlands. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33, 187-191.
- Dijcks, B. P. J., De Witte, L. P., Gelderblom, G. J., Wessels, R. D., & Soede M. (2006). Non-use of assistive technology in the Netherlands: a non-issue? *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2), 97 – 102.
- Gray, D. B., Hollingsworth, H. H., Stark, S. L., & Morgan, K. A. (2006). Participation survey/mobility: psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87 (2), 189-197.
- Hocking, C. (1999). Function or feelings: factors in abandonment of assistive devices. *Technology and Disability*, 11, 3–11.
- Hoffmann T., & McKenna, K.. (2004). A survey of assistive equipment use by older people following hospital discharge. *British Journal of Occupational Therapy*, 67 (2), 75- 82.
- Kaye, H. S., Yeager, P., & Reed; M. (2008). Disparities in usage of assistive technology among people with disabilities. *Assistive Technology*, 20 (4), 194-203.
- Kemper, C. (2009). Sich der Herausforderung stellen. Hilfsmittelversorgung nach Schlaganfall. *Ergopraxis* , 10(2), 8-10.
- Löfqvist, C., Nygren, C., Széman, Z. & Iwarsson, S. (2005). Assistive devices among very old people in five European countries. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12, 181- 192. doi: 10.1080/11038120500210652

- Mann, W. C., Hurren, D. & Tomita M. (1993). Comparison of assistive device use and needs of home-based older persons with different impairments. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47 (11), 980-987.
- Mann, W. C., Llanes, C., Justiss, M. D., & Tomita M. (2004). Frail older adults' self-report of their most important assistive device. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24 (1), 4-12.
- Parker, M. G. & Thorslund, M. (1991). The use of technical aids among community-based elderly. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45 (8), 712-718.
- Phillips, B. & Zhao, H. (1993). Predictors of assistive technology abandonment. *Assistive Technology*, 5, 36-45.
- Polgar, J. M. (2006). Assistive technology as an enabler to occupation: what's old is new again. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 199-204.
- Rogers, J. C. & Holm, M. B. (1992). Assistive technology device use in patients with rheumatic disease: a literature review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 46 (2), 120 – 127.
- Rosso, A. L., Auchincloss, A. H. & Michael, Y. L. (2011). The urban built environment and mobility in older adults: a comprehensive review. *Journal of Aging Research*, Volume 2011, 1-10.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., et al. (1999). Evidenzbasierte Medizin. EBM-Umsetzung und Vermittlung. In Borgetto, B., Born, S., Bünemann-Geißler, D., Düchting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., ... Winkelmann, B. (2007). Die Forschungspyramide – Diskussionsbeitrag zur Evidenz-basierten Praxis in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2, 56-63.
- Salminen, A., Brandt, A., Samuelsson, K., Töytäri, O. & Malmivaara, A. (2009). Mobility devices to promote activity and participation: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 697–706.
- Scherer, M. J., Sax, C., Vanbiervliet, A., Cushman, L. A., & Scherer J. V. (2005). Predictors of assistive technology use: the importance of personal and psychosocial factors. *Disability and Rehabilitation*, 27 (21), 1321 – 1331.
- Skymne, C., Dahlin-Ivanoff, S., Claesson, L., & Eklund, K. (2012). Getting used to assistive devices: ambivalent experiences by frail elderly persons. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 194 – 203.
- Wessels, R., Dijcks, B., Soede, M., Gelderblom, G. J., & De Witte, L. (2003). Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. *Technology and Disability*, 15 (4), 231-238.

- Wessels, R. D., de Witte, L.P., & van den Heuvel, W.J.A. (2004). Measuring effectiveness of and satisfaction with assistive devices from a user perspective: an exploration of the literature. *Technology and Disability*, 16, 83-90.
- Wielandt, T., & Strong, J. (2000). Compliance with prescribed adaptive equipment: a literature review. *British Journal of Occupational Therapy*. 63 (2), 65-75.

Dissertationen

- Mischker, A. (2009). *Die initiale Hilfsmittelversorgung für Patienten nach hüftnaher Femurfraktur: Eine Vergleichsstudie über drei Mobilitätshilfsmittelgruppen im quasi-experimentellen Design zu drei Messzeitpunkten – im Fokus der Sicherheit, Wirksamkeit und Lebensqualität*. Berlin: Mbv.

Unveröffentlichte Werke

- Schenk-Pelikan E., Jauch, M. & Hofmann, A. (2011). *Hilfsmittelversorgung in Deutschland, (K)ein idealer Prozess?!* (Nicht veröffentlichte Bachelorarbeit). Zuyd Hogeschool Heerlen, Niederlande.
- Berthold, Erdmann, & Schlegel (2010). „Hilf´s zu ermitteln!“ – *Eine Studie zum Assessment ATD PA* (Nicht veröffentlichte Bachelorarbeit). Zuyd Hogeschool Heerlen, Niederlande.

Weblinks

- AWMF online (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). (2013). *Leitlinien – Technische Hilfsmittel*. Abgerufen von http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-1271_S1_Technische_Hilfsmittel_2012.pdf
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Altersbilder in der Gesellschaft*. Abgerufen von <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Bundesministerium der Justiz. (2013). *Gesetze im Internet. SGB I § 4 Sozialversicherung*. Abgerufen von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/___4.html

- Bundesministerium der Justiz. (2013). *Gesetze im Internet. SGB V § 11 Leistungsarten*. Abgerufen von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___11.html
- Bundesministerium der Justiz. (2013). *Gesetze im Internet. SGB V § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot*. Abgerufen von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___12.html
- Bundesministerium der Justiz. (2013). *Gesetze im Internet. SGB V § 33 Hilfsmittel*. Abgerufen von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___33.html
- Bundesministerium der Justiz. (2013). *SGB V § 139 Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln*. Abgerufen von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___139.html
- Bundesministerium der Justiz. (2013). *Gesetze im Internet. SGB IX § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft*. Abgerufen von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/BJNR104700001.html#BJNR104700001BJNG000200000
- Bundesministerium der Justiz. (2013). *Gesetze im Internet. SGB IX § 31 Hilfsmittel*. Abgerufen von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/BJNR104700001.html#BJNR104700001BJNG000200000
- Bundesministerium der Justiz. (2013). *Gesetze im Internet. SGB XI § 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen*. Abgerufen von <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/40.html>
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2012). *Position statement on assistive technology and occupational therapy*. Abgerufen von <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4184>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2013). *ICF*. Abgerufen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.. (2009). *Fachthemen – Definition Ergotherapie (2007)*. Abgerufen von <http://www.dve.info/fachthemen/definition-ergotherapie.html>
- DUDEN. (2013). *Rechtschreibung Hilfsmittel*. Abgerufen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Hilfsmittel>

- DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. (2013). *Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln. Eine Expertise der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln (2006)*. Abgerufen von http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/DVfR-Hilfsmittel-Expertise_061017.pdf
- DVfR Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. (2013). *Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln - Lösungsoptionen der DVfR (2009)*. Abgerufen von http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Schwerpunktthemen/Hilfsmittel/DVfR_L%C3%B6sungsoptionen_Hilfsmittelversorgung_Okt._2009.pdf
- Gabler Wirtschaftslexikon. (2013). *Definition Gütekriterien*. Abgerufen von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/guetekriterien.html>
- Georg-August-Universität Göttingen. (2013). *Einführung in die Literaturrecherche*. Abgerufen von <https://www.uni-goettin-gen.de/de/document/download/0063d1bbe340069e71dc9f5cea4fef21.pdf/Literaturrecherche%20Leitfaden%20neu.pdf>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2011). *Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Verordnung*. Abgerufen am 07.09.2013 von <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Abgerufen am 07.09.13 von http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11828&p_sprache=D
- GKV-Spitzenverband (2013). *Hilfsmittelverzeichnis*. Abgerufen von <http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp>
- LEO. (2006). *Online-Wörterbuch Englisch*. Abgerufen von <http://dict.leo.org/>
- REHADAT – Informationssystem zur beruflichen Teilhabe. (2013). *Hilfsmittel und Hilfsmittelversorgung*. Abgerufen von <http://www.rehadat-hilfsmittel.de/de/>
- REHADAT – Informationssystem zur beruflichen Teilhabe. (2013). *Infothek, Was ist die DIN EN ISO 9999*. Abgerufen von <http://www.rehadat-hilfsmittel.de/de/infothek/iso-9999/index.html>

- Statistisches Bundesamt. (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060*. Abgerufen am 07.12.2013 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2012). *Alter im Wandel – Ältere Menschen in Deutschland und der EU*. Abgerufen von <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/AlterimWandel.html>
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Weltbevölkerung: Anteil der über 65-Jährigen verdoppelt sich bis 2050 auf 15,6%*. Abgerufen am 05.08.2013 von https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2013/PD13_028_p002pdf.pdf?__blob=publicationFile
- U.S. House of Representatives (2013). *Public law*. Abgerufen von <http://uscode.house.gov/statutes/1988/1988-100-0407.pdf>
- VDEK Verband deutscher Ersatzkassen. (2013). *Basisdaten des Gesundheitswesens 2012/2013*. Abgerufen am 02.07.2013 von http://www.vdek.com/presse/daten/vdek_basisdaten_2012_2013_20130204.pdf
- VDEK Verband deutscher Ersatzkassen. (2013). *Hilfsmittelversorgung*. Abgerufen von http://www.pqs-hilfsmittel.de/FAQ/II_Hilfsmittelversorgung.html
- World Health Organisation. (2013). *Definition of an older or elderly person*. Abgerufen von <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- World Health Organisation. (2013). *Global Health and Aging*. Abgerufen von http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/

8 Anhang

I. Orte der Literaturrecherche

Ort	
Bibliotheken	Zuyd Hogeschool Medizinische Hochschule Hannover Universitätsbibliothek Hannover
Datenbanken	Pub Med OT – Seeker Google Scholar Cinhal Dimdi
Deutsche Fachzeitschriften	Ergopraxis Physiopraxis Neuroreha Ergoscience Ergotherapie und Rehabilitation
Englische Fachzeitschriften	OT Practice The American Journal of occupational therapy Technology and disability Scandinavian journal of occupational therapy Disability and rehabilitation Journal of rehabilitation medicine Disability and Rehabilitation, Technology and Disability Assistive Technology

II. Detaillierte Auflistung der Suchbegriffe

Themengebiet	Suchbegriff
Mobilitätshilfsmittel allgemein	Hilfsmittel, Mobilitätshilfsmittel, Hilfsmittelversorgung, Hilfsmittelversorgung und Ergotherapie, Leben mit einem Mobilitätshilfsmittel, Nutzen eines Mobilitätshilfsmittels, assistive, assistive technology, assistive and occupational therapy, assistive device
Non-Use allgemein	Non-Use, Definition Non-Use, Begründung Non use, Ergotherapie und Non use, occupational therapy and non use, abandonment
Non-Use von einem Mobilitätshilfsmittel	Non-Use and mobility device Abandonment and mobility device Use and mobility device Non-Use and mobility
Partizipation allgemein	Partizipation, Partizipation und Ergotherapie, participation, participation and occupational therapy
Partizipation mit einem Mobilitätshilfsmittel	Partizipation und Mobilitätshilfsmittel, Teilhabe participation and assistives, participation and assistives technology
Menschen über 65 Jahre mit einem Mobilitätshilfsmittel / Umwelt	Elderly and assistive, Elderly and mobility, Elderly and assistives technology, mobility device, elderly and environment, elderly and barriers

III. **Strukturierung der Ergebnisse der Literaturrecherche**

Dokumentation / Strukturierung				
Einteilung in:				
<u>Internationale Literatur:</u>				
ältere Menschen und Hilfsmittel	Ältere Menschen und Umwelt / Partizipation	Ältere Menschen und Mobilitätshilfsmittel		
<u>Non-Use:</u>				
Quantitative Studien	Qualitative Studien	Reviews	Partizipation	Einflussfaktoren
<u>Deutsche Literatur:</u>				
Hilfsmittel und Ergotherapie	Studien zu Non-Use	Aktuelle Forschungsprojekte		
Bachelorarbeiten zum Thema Hilfsmittel	Leitlinie technische Hilfsmittel	Expertise des DVfR		
<u>Bücher:</u>				
Ergotherapeutische Modelle	Modelle zur Hilfsmittelversorgung und –nutzung	Ergotherapeutische Behandlung älterer Menschen		

IV. Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses von Hilfsmitteln zur persönlichen Fortbewegung

Für die Studie relevant sind die Produkte, die zur selbständigen Fortbewegung im Innen- und Außenbereich sowie im Straßenverkehr dienen und damit Partizipation am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Folgende Produktgruppen und - untergruppen sind in der Studie eingeschlossen:

10 Gehhilfen

Anwendungsort Innenraum

- 10.46.01 Gehgestelle
- 10.46.02 Gehwagen

Anwendungsort Innenraum und Außenbereich/Straßenverkehr

- 10.50.01 Hand-/Gehstöcke
- 10.50.02 Unterarmgehstützen
- 10.50.03 Achselstützen
- 10.50.04 Fahrbare Gehhilfen

18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge

Anwendungsort Innenraum

- 18.46.04 Rollstühle mit Einarmbetrieb
- 18.46.05 Elektrorollstühle für den Innenraum

Anwendungsort Innenraum und Außenbereich/Straßenverkehr

- 18.50.02 Rollstühle mit Greifreifenantrieb
- 18.50.03 Adaptivrollstühle
- 18.50.04 Elektrorollstühle für den Innenraum und Außenbereich

Anwendungsort Straßenverkehr

- 18.51.01 Rollstühle mit Hebelantrieb
- 18.51.02 Elektrorollstühle für den Außenbereich
- 18.51.05 Elektromobi

V. E – Mail an die Schulen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie um Mithilfe!

Wir sind drei Studentinnen des Bachelor-Studienganges für Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL).

Unsere Bachelorarbeit befasst sich mit dem **Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln.**

Hierzu suchen wir Teilnehmer!

Diese möchten wir aus Ergotherapie- und Physiotherapie-Praxen rekrutieren.

Im Anhang beschreiben wir kurz unsere gesuchten Teilnehmer.

Wir möchten Sie bitten diesen Anhang an ehemalige Schüler, Praxisinhaber und Praktikumsstellen weiterzuleiten.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Sandra Grimm, Svenja Hemme, Sylvia Kluge

VI. *Anschreiben an die Praxen*

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie um Mithilfe!

Wir sind drei Studentinnen des Bachelor-Studienganges für Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL).

Unsere Bachelorarbeit befasst sich mit dem **Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln.**

Hierzu suchen wir Teilnehmer!

Diese möchten wir aus Ergotherapie- und Physiotherapie-Praxen rekrutieren.

Im Anhang beschreiben wir kurz unsere gesuchten Teilnehmer.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Sandra Grimm, Svenja Hemme, Sylvia Kluge

VII. Anschreiben an die verschiedenen Internetforen

Bachelorarbeit: Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir sind drei Studentinnen des berufsbegleitenden Bachelorstudiengangs an der Zuyd Hogeschool in Heerlen, Niederlande. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir den Gebrauch bzw. den Nicht-Gebrauch von Mobilitätshilfsmitteln erforschen.

Hierzu möchten wir Fragebögen an Personen, die vor einiger Zeit ein Mobilitätshilfsmittel verordnet oder selbst angeschafft haben, verteilen.

Diese sollten

- **65 Jahre oder älter sein**
- **Seit mindestens drei Monaten ein Mobilitätshilfsmittel (Rollstuhl, Elektro-Rollstuhl, Rollator, Unterarmgehstützen, Gehstock, Vier-Punkt-Gehstock, Unterarmrollator, Gehbock / Gehgestelle) besitzen**
- **In der Lage sein, einen Fragebogen ausfüllen zu können**

Die Befragung soll selbstverständlich anonym erfolgen. Deshalb benötigen wir Ihre Unterstützung, um unsere Fragebögen zu verteilen. Für Sie entstehen selbstverständlich keine weiteren Kosten!

**Behandeln / Betreuen Sie Klienten, die unseren Kriterien entsprechen?
Wären Sie bereit uns bei der Verteilung der Fragebögen zu unterstützen?
Haben Sie Interesse? Oder weitere Fragen?**

Dann schicken Sie uns eine E-Mail an folgende Adresse **bachelornl2014@gmail.com!**

Vielen Dank für Ihr Interesse und für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen
Sandra Grimm, Svenja Hemme und Sylvia Kluge

VIII. Informationsschreiben an die Organisationen

**ZU
YD**

Sehr geehrte Damen und Herren!



Wir benötigen dringend ihre Mithilfe!

Wir sind drei Studentinnen des Bachelorstudienganges für Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen, NL.

Das Thema unserer Bachelorarbeit befasst sich mit dem **Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln** im häuslichen Umfeld.

Haben sie Klienten in ihrer Praxis, die:

- *65 Jahre oder älter sind*
- *Vor mindestens drei Monaten ein Mobilitätshilfsmittel (Rollstuhl, Elektrorollstuhl, Rollator, Gehstock, Unterarmgehstützen, Unterarmrollatoren, Gehgestelle, Gehrahmen und / oder Achselgehwagen) zur Verfügung gestellt bekommen haben*
- *in der Lage sind einen Fragebogen selbstständig auszufüllen?*

Wären Sie als Praxisinhaber bereit uns dabei zu helfen unsere Fragebögen an die entsprechenden Klienten zu verteilen?

Die Teilnahme an der Studie ist für die Klienten und Ihre Praxis selbstverständlich freiwillig und anonym!

Es entstehen für Sie keine Kosten und / oder weitere Verpflichtungen.

Bei Interesse melden Sie sich bitte bis **Freitag, den 29.03.2013** unter folgender E-Mail: **bachelornl2014@gmail.com**

Mit freundlichen Grüßen

Svenja Hemme, Sandra Grimm, Sylvia Kluge

IX. Rekrutierung der Teilnehmer

Zeitraum	Einrichtung/ Organisation	Kontaktaufnahme	Resultat
04. März – 01. April 2013	Sieben Ergotherapie- und Physiotherapieschulen	<ul style="list-style-type: none"> - Telefon - E- Mail <p>Den Schulen wurde ein Anschreiben geschickt, mit der Bitte, es an ehemalige Schüler und kooperierende Praxen und andere Einrichtungen weiterzuleiten</p>	Über diesen Weg wurden keine Teilnehmer rekrutiert
04. März bis 14. September 2013	35 Ergotherapie- und Physiotherapiepraxen, ambulante Rehasentren	<ul style="list-style-type: none"> - Telefon - E- Mail - persönliche Vorstellung <p>Die Verfasser entschieden sich dafür auch physiotherapeutische Praxen mit in die Suche zu integrieren, da diese ebenfalls Klienten mit Mobilitätshilfsmitteln behandeln.</p>	10 Praxen und zwei Rehasentren unterstützen die Forschung mit insgesamt 82 verteilten Fragebögen.
04. März bis 14. September 2013	Vier Sanitätshäuser	<ul style="list-style-type: none"> - Telefon - E- Mail - persönliche Vorstellung <p>Da die Sanitätshäuser Mobilitätshilfsmittel ausliefern, verkaufen und auch warten stand für die Verfasser nahe, auch Sanitätshäuser an der Rekrutierung zu beteiligen.</p>	Von vier angeschriebenen Sanitätshäusern nahm ein Sanitätshaus an der Forschung teil.

Zeitraum	Einrichtung/ Organisation	Kontaktaufnahme	Resultat
10. Juni 2013	DVE	E – Mail Da die Rekrutierung in den Praxen bis zu diesem Zeitpunkt sehr gering war, wurde der DVE angeschrieben, der das Anschreiben an den Fachausschuss Neurologie und Geriatrie weiterleitete	Darüber wurden zwei Praxen rekrutiert.
10. Juni 2013	Ergo X change	E –Mail Internetforum Parallel wurde ein Aufruf in dem Internetforum gestartet.	Keine neuen Rekrutierungen
10. Juni 2013	Facebook Seite der Zuyd Hogeschool	E- Mail	Keine neuen Rekrutierungen
16. Juni 2013	REHADAT	E- Mail Internetforum Durch den Aufruf beim DVE wurde Rehadat auf uns aufmerksam. Aus eigenem Interesse veröffentlichten sie den Aufruf der Verfasser im Newsletter und auf deren Internetseite.	Keine neuen Rekrutierungen
12. August – 24. August 2013	Fünf ambulante Pflegedienste Zwei „betreutes Wohnen“	- Telefonisch - E- Mail Da die Teilnehmerzahl weiter sehr stockend voran ging, überlegten sich die Autoren, dass ambulante Pflegedienste ebenfalls viele Klienten betreuen, die ein Mobilitätshilfsmittel besitzen.	Von fünf angeschriebenen Pflegediensten war ein ambulanter Pflegedienst bereit uns zu unterstützen. Ein betreutes Wohnen nahm an der Forschung teil.
26. August	12 neurologische- und geriatrische Kliniken mit einer ambulanten Ergotherapie	- Telefonisch - E-Mail In letzter Instanz erfolgte eine Rekrutierung über die Kliniken, die eine ambulante Ergotherapie in ihrer Klinik vorweisen können.	Keine neuen Rekrutierungen

X. Struktur des Fragebogens

Fragen	Verwendetes Assessment	Messung	Überlegungen
1-3	Erhebung allgemeiner Daten	Geschlecht, Altersdurchschnitt, Wohnsituation	<ul style="list-style-type: none"> • Altersgrenze nach oben offen • Den Teilnehmern sollte ihr Hilfsmittel in einem häuslichen Umfeld zur Verfügung stehen, unbeeinflusst von medizinischem Personal
4	PARTS/M	Partizipation der Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Frage 4 bezieht sich auf die Partizipation der Teilnehmer • sie wird durch die selbst erstellte Frage 14 ergänzt, um einen Bezug zur Hilfsmittelnutzung herzustellen • Von 20 Kategorien wurden 16 übernommen und angepasst, für die Studie irrelevante Kategorien wie Geschlechtsverkehr wurden ausgelassen
5	Selbst erstellte Frage	Am meisten genutztes Mobilitätshilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Diese Frage steht in Zusammenhang mit Frage 18 um herauszufinden, welches Mobilitätshilfsmittel am häufigsten genutzt wird und wie viele sich tatsächlich im Besitz befinden
6	PIADS	Gefühle im Umgang mit dem Mobilitätshilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Frage 6 bezieht sich auf die persönlichen Faktoren für einen Non-Use • Sieben Punkte von 26 Punkten des PIADS wurden im Verlauf der Entwicklung ausgelassen, da sich Schwierigkeiten in der Einheitlichkeit der Formulierung ergaben und der Fragebogen insgesamt zu lang war • Die im Original zu bewertenden Stichpunkte wurden von den Autoren in Aussagesätze umgewandelt, um eine bessere Verständlichkeit zu erzielen und die Aussage auf die Nutzung des Mobilitätshilfsmittels zu beziehen

Fragen	Verwendetes Assessment	Messung	Überlegungen
7-8	QUEST 2.0	Zufriedenheit mit Hilfsmittel und Serviceleistung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Fragen beziehen sich auf hilfsmittelbezogene Faktoren und interventionsbezogene Faktoren für den Non-Use • Alle Fragen wurden übernommen und nur die Übersetzung einiger Formulierungen und die Anrede verändert • Die Ordinalskala der Antwortmöglichkeiten wurde in fünf Stufen beibehalten, jedoch tauschten die Autoren die numerische Einteilung des Originals gegen die verbale Einteilung in Abstufungen von überhaupt nicht zufrieden bis sehr zufrieden.
9-13	FABS/M	Einfluss der Umwelt auf die Nutzung des Mobilitätshilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Die Fragen 9-13 beziehen sich auf die umweltbezogenen Faktoren, die einen Non-Use beeinflussen können • Alle Fragen des FABS/M wurden zunächst von den Autorinnen wortwörtlich übersetzt und anschließend für das Design des Fragebogens angepasst • Die zu einem Bereich gehörigen Fragen des FABS/M wurden der Übersichtlichkeit halber und um den Abschnitt im Fragebogen kürzer zu fassen als im Original jeweils in einer Tabelle zusammengefasst • Fragen, die klimatische, politische oder berufliche Aspekte beinhalten, wurden ausgelassen, da sie für die Studie keine Relevanz hatten
14	Selbst erstellte Frage	Partizipation mit dem Mobilitätshilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Greift die Aktivitäten von Frage 4 (Teil PARTS/M) nochmals auf und setzt sie in Bezug zu der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels für die Partizipation
15-17	Selbst erstellte Fragen	Zufriedenheit mit der Nutzung des Mobilitätshilfsmittels	<ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung zum Teil QUEST • Die Fragen beziehen sich auf persönliche Faktoren, hilfsmittelbezogene Faktoren, umweltbezogene Faktoren und interventionsbezogene Faktoren

Fragen	Verwendetes Assessment	Messung	Überlegungen
18	Selbst erstellte Frage	Im Besitz befindliche Mobilitätshilfsmittel	<ul style="list-style-type: none">• s. Frage 5• in Verbindung mit Frage 19 Hinweis auf Non-Use anderer Mobilitätshilfsmittel
19-21	Selbst erstellte Fragen		<ul style="list-style-type: none">• Gründe für einen Non-Use eines im Besitz befindlichen Hilfsmittels• Die Fragen beziehen sich auf persönliche Faktoren, umweltbezogene Faktoren, hilfsmittelbezogene Faktoren und interventionsbezogene Faktoren

XI. Fragebogen für die Teilnehmer



Sandra Grimm 0172/8704233
Svenja Hemme 05196/3849880
Sylvia Kluge 04352/911195

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Rahmen des Bachelor Studienganges Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen, Niederlande befassen wir uns mit dem Thema:

„Gebrauch von Mobilitätshilfsmitteln im häuslichen Umfeld“

Wir möchten herausfinden, ob und wie Sie Ihr Mobilitätshilfsmittel im Alltag nutzen können. Für Ihre Mithilfe sind wir Ihnen sehr dankbar.

Die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme an der Studie sind, dass Sie 65 Jahre oder älter sind und seit mehr als drei Monaten im Besitz eines Mobilitätshilfsmittels wie Rollstuhl, Elektrorollstuhl, Rollator, Gehstock, Unterarmgehstützen, Unterarmrollator, Gehgestell, Gehrahmen oder Achselgehwagen sind.

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens:

- **Zum Ausfüllen benötigen Sie ca. 40 - 50 Minuten Zeit.**
- **Gehen Sie den Bogen Frage für Frage durch und beantworten Sie bitte jede Frage durch ankreuzen.**
- **Wenn keine Antwort genau zutrifft, wählen Sie bitte die, die Ihrer Aussage am nächsten kommt.**
- **Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten; die Befragung dient lediglich zu Forschungszwecken im Rahmen unserer Bachelorarbeit.**
- **Sie müssen den Fragebogen nicht am Stück ausfüllen, sondern können Pausen einlegen.**

Die Daten, die hier erhoben werden, sind selbstverständlich anonym und lassen keine Rückschlüsse auf Ihre Person zu.

Wenn Sie den Fragebogen nicht schriftlich ausfüllen können, sondern die Fragen mündlich beantworten möchten, können wir auch gerne einen Termin für eine telefonische Befragung vereinbaren. Zur Terminvereinbarung können Sie uns unter folgenden Telefonnummern erreichen:

Sandra Grimm 0172/8704233

Svenja Hemme 05196/384988

Sylvia Kluge 04352/911195

Eine andere Möglichkeit ist es, den Fragebogen unausgefüllt zurückzusenden und Ihre Telefonnummer hier: _____ anzugeben.

Die Angabe ist freiwillig. Auch diese Daten bleiben anonym und werden nach Beendigung der Bachelor-Arbeit vernichtet.

Bitte schicken Sie den Fragebogen bis zum **14. September** an uns zurück. Dieser wurde von uns bereits frankiert und adressiert.

Durch das Absenden des Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Antworten für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen unserer Bachelorarbeit genutzt werden dürfen.

Wir bedanken uns recht herzlich, dass Sie sich die Zeit nehmen uns mit dem Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen
Sandra Grimm, Svenja Hemme, Sylvia Kluge

1. Welches Geschlecht haben Sie? männlich weiblich**2. Wie alt sind Sie?**

_____ Jahre alt

3. Wie und mit wem wohnen Sie?

<input type="radio"/> Wohnung	<input type="radio"/> Haus	<input type="radio"/> Betreutes Wohnen
<input type="radio"/> Mit Ehepartner / Lebensgefährten	<input type="radio"/> Mit Ehepartner / Lebensgefährten	<input type="radio"/> Mit Ehepartner / Lebensgefährten
<input type="radio"/> Mit Familie (z.B. Kinder, Enkelkinder)	<input type="radio"/> Mit Familie (z.B. Kinder, Enkelkinder)	<input type="radio"/> Mit Familie (z.B. Kinder, Enkelkinder)
<input type="radio"/> Alleine	<input type="radio"/> Alleine	<input type="radio"/> Alleine

4. Wie zufrieden sind Sie mit der Durchführung der folgenden Aktivitäten?

Sollten Sie eine Aktivität nicht (mehr) ausüben, dann kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

Aktivität	Trifft nicht zu	Wie zufrieden sind Sie mit der Durchführung Ihrer Aktivitäten?	Brauchen Sie Hilfe von z.B. Angehörigen / Pflegedienst?
Sich kleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sich waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Auf die Toilette gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Essenszubereitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Fortbewegung in der Wohnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hausarbeiten erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wohnung /Haus und Garten instand halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Das Haus verlassen (z.B. einkaufen gehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Urlaub/ Ausflüge machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hobbies / Freizeitaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Kontakt zu Freunden / Bekannten pflegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Kontakt zu Kindern halten Haben Sie Kinder? <input type="radio"/> Ja, ich habe Kinder <input type="radio"/> Ja, aber es besteht kein Kontakt zu ihnen <input type="radio"/> Nein, ich habe keine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Religion ausüben (z.B. Kirchengang, Kirchenchor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gemeinschaftsleben (z.B. Vereinstätigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ehrenamtliche Tätigkeit Gehen Sie einer ehrenamtlichen Tätigkeit nach? Wenn ja welcher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Behördengänge / Bankgeschäfte erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> nicht zufrieden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5. Welches Mobilitätshilfsmittel nutzen Sie am meisten? Bitte nur eines ankreuzen!
(Bitte bedenken Sie, dass die Bilder nur Beispiele sind! Abweichungen im Aussehen sind möglich.)

Rollstuhl



Rollator



Unterarmrollator



Gehbock/
Gehgestell



Gehstock



Vier- Punkt-
Stock



Unterarmgehstützen



Elektro-Rollstuhl



6.Hat durch die Nutzung Ihres Mobilitätshilfsmittels eine Veränderung stattgefunden, wie Sie sich im Alltag fühlen?

Mein Gefühl hat sich...	verbessert	verschlechtert	nicht verändert
Mein Gefühl, die Dinge in meinem Leben zu tun, die mir wichtig sind, hat sich...			
Mein Gefühl, unabhängig zu sein, hat sich...			
Mein Gefühl, verwirrt zu sein, hat sich...			
Mein Gefühl, meine alltäglichen Lebenssituationen zu meistern, hat sich...			
Mein Gefühl, sicher zu sein, hat sich...			
Mein Gefühl, frustriert zu sein, hat sich...			
Mein Gefühl, produktiv zu sein, hat sich...			
Mein Gefühl, Selbstvertrauen zu haben, hat sich...			
Mein Gefühl, nützlich zu sein, hat sich...			
Mein Gefühl, Selbstwertgefühl zu haben, hat sich...			
Mein Gefühl, Wohlbefinden zu haben, hat sich...			
Mein Gefühl, Lebensqualität zu haben, hat sich...			
Mein Gefühl, mein Leben selbst in der Hand zu haben, hat sich...			
Mein Gefühl, verlegen zu sein / mich zu schämen, hat sich...			
Mein Gefühl, mein Leben besser kontrollieren zu können, hat sich...			
Mein Gefühl, neue Herausforderungen annehmen zu können, hat sich...			
Mein Gefühl, mit Veränderungen umgehen zu können, hat sich...			
Mein Gefühl, Aktivitäten mit anderen Menschen unternehmen zu können, hat sich...			
Mein Gefühl, in der Lage zu sein, neue Dinge auszuprobieren, hat sich...			

7. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Mobilitätshilfsmittel? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an!

Eigenschaft des Mobilitätshilfsmittels	überhaupt nicht zufrieden	kaum zufrieden	zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
Maße (Größe; Länge, Breite)					
Gewicht					
Einstellung					
Stabilität und Sicherheit					
Widerstandsfähigkeit (Haltbarkeit, Robustheit)					
Handhabung					
Komfort					
Nützlichkeit					

8. Wie zufrieden sind Sie mit den Dienstleistungen für ihr Mobilitätshilfsmittels?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an!

	überhaupt nicht zufrieden	kaum zufrieden	zufrieden	ziemlich zufrieden	sehr zufrieden
Der Prozedur der Lieferung					
Den Reparaturen, dem Kundendienst					
Der Qualität des Services					
Dem Service zur Nachsorge					

Hier sind noch einmal alle 12 Aspekte, nach denen Sie die Zufriedenheit mit Ihrem Mobilitätshilfsmittel beurteilt haben aufgelistet. Bitte kreuzen Sie **drei** Aspekte an, die Ihrer Meinung nach am Meisten zu Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Mobilitätshilfsmittel beitragen.

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1. Maße | <input type="radio"/> 7. Komfort |
| <input type="radio"/> 2. Gewicht | <input type="radio"/> 8. Nützlichkeit |
| <input type="radio"/> 3. Einstellung | <input type="radio"/> 9. Prozedur der Lieferung |
| <input type="radio"/> 4. Sicherheit | <input type="radio"/> 10. Reparaturen und Service |
| <input type="radio"/> 5. Widerstandsfähigkeit | <input type="radio"/> 11. Service |
| <input type="radio"/> 6. Handhabung | <input type="radio"/> 12. Nachsorgeservice |

9. Beeinflusst die folgende Ausstattung in Ihrem Haus / Ihrer Wohnung die Fortbewegung mit Ihrem Mobilitätshilfsmittel?

Falls die betreffende Ausstattung nicht vorhanden ist, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

Ausstattung	Trifft nicht zu	Beeinflusst diese Ausstattung Ihre Fortbewegung?	Wenn ja, wie beeinflusst Sie die Ausstattung?	Wie oft benutzen Sie diese Ausstattung?
Treppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger
Rampen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger
Türen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger
Teppich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger
Handläufe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger
Türschwellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger

10. Können Sie folgende Orte mit Ihrem Mobilitätshilfsmittel aufsuchen?

Falls Sie die Orte nicht aufsuchen, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

Ort	Trifft nicht zu	Ja	Nein	Ich nutze das Mobilitätshilfsmittel dafür nicht
Wohnung von Angehörigen / Freunde				
Hausarztpraxis				
Therapiepraxis				
Kirche oder Ähnliches				
Krankenhaus				
Bank / Kreditinstitut				
Restaurant				
Kino				
Theater				
Supermarkt				
Schwimmbad				
Bekleidungsgeschäft				
Fußgängerzone				
Öffentlicher Park				
Bahnhof				

11. Wenn Sie bei Frage 10 mit „Nein“ geantwortet haben, welche Faktoren hindern Sie daran, diese Orte aufzusuchen?

Mehrere Antworten sind möglich. Falls Sie den Ort nicht aufsuchen, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

Ort	Trifft nicht zu	Fehlende Hilfen (z.B. Rampen, automatische Türen) zur Überwindung von Barrieren	Bodenbeschaffenheit (z.B. Schotterweg, Kopfsteinpflaster)	Beschaffenheit des Hilfsmittels (z.B. Bereifung)	Mangelnde Hilfe durch Personen (z.B. beim Überwinden von Barrieren, Service)	Mangel an Beförderungsanlagen, (z.B. Fahrstühle, Rolltreppen)
Wohnung von Angehörigen / Freunden						
Hausarztpraxis						
Therapiepraxis						
Kirche oder Ähnliches						
Krankenhaus						
Bank / Kreditinstitut						
Restaurant						
Kino						
Theater						
Supermarkt						
Schwimmbad						
Bekleidungsgeschäft						
Fußgängerzone						
Öffentlicher Park						
Bahnhof						

12. Können Sie folgende Transportmittel mit ihrem Mobilitätshilfsmittel nutzen?

Für die aufgeführten Transportmittel, die Sie nicht nutzen, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

	Trifft nicht zu	Ja	Nein
Auto			
umgebautes Auto			
Bus			
Taxi			
Flugzeug			
U-Bahn / S-Bahn / Zug			
Andere Transportdienste			

13. Wieso können Sie die folgenden Transportmittel mit Ihrem Mobilitätshilfsmittel nicht nutzen?

Bitte den zutreffenden Grund für das jeweilige Transportmittel ankreuzen.

Mehrere Antworten sind möglich.

	Trifft nicht zu	Barrieren beim Ein- und Aussteigen (z.B. Stufen)	Das Hilfsmittel kann nicht mitgenommen werden (kein Stauraum)	Das Hilfsmittel ist zu groß / zu schwer	Mangelnde Hilfe (z.B. des Personals)	Unsicherheit (z.B. Angst zu stürzen)
Auto						
Umgebautes Auto						
Busse						
Taxi						
Flugzeug						
U-Bahn/ S-Bahn / Zug						
Sonstige						

14. In der folgenden Frage möchten wir erfahren, für welche Aktivitäten Ihr Mobilitätshilfsmittel angeschafft wurde und wie Sie Ihr Hilfsmittel tatsächlich für diese Aktivitäten nutzen können. Es müssen nur die Aktivitäten, die für Sie zutreffend sind, bewertet werden, falls Sie Aktivitäten nicht mehr ausführen, kreuzen Sie bitte „Trifft nicht zu“ an.

Aktivität	Trifft nicht zu	Wurde Ihr Mobilitätshilfsmittel dafür angeschafft?	Nutzen Sie Ihr Mobilitätshilfsmittel dafür?	Wie können Sie Ihr Hilfsmittel für diese Aktivität nutzen?	Wie häufig nutzen Sie Ihr Hilfsmittel für diese Aktivität?	Ich benötige das Hilfsmittel für diese Aktivität nicht
Sich kleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Sich waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Auf Toilette gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Essenszubereitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Fortbewegung in der Wohnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Hausarbeiten erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>

Aktivität	Trifft nicht zu	Wurde Ihr Mobilitätshilfsmittel dafür angeschafft?	Nutzen Sie Ihr Mobilitätshilfsmittel dafür?	Wie können Sie Ihr Hilfsmittel für die Aktivität nutzen?	Wie häufig nutzen Sie Ihr Hilfsmittel für diese Aktivität?	Ich benötige das Hilfsmittel für diese Aktivität nicht
Wohnung /Haus und Garten instand halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Das Haus verlassen (z.B. einkaufen gehen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Urlaub/ Ausflüge machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Hobbies / Freizeitaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Kontakt zu Freunden / Bekannten pflegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Kontakt zu Kinder halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Religion ausüben (z.B. Kirchengang, Kirchenchor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>

Aktivität	Trifft nicht zu	Wurde Ihr Mobilitätshilfsmittel dafür angeschafft?	Nutzen Sie Ihr Mobilitätshilfsmittel dafür?	Wie können Sie Ihr Hilfsmittel für die Aktivität nutzen?	Wie häufig nutzen Sie Ihr Hilfsmittel für diese Aktivität?	Ich benötige das Hilfsmittel für diese Aktivität nicht
Gemeinschaftsleben (z.B. Vereinstätigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Ehrenamtliche Tätigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>
Behördengänge /Bankgeschäfte erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ohne Einschränkung <input type="radio"/> Mit Einschränkung <input type="radio"/> Nutzung nicht möglich	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Weniger	<input type="radio"/>

15. Können Sie Ihr Hilfsmittel im Alltag so einsetzen, wie Sie es sich wünschen?

- Ja Nein

16. Wenn Sie bei Frage 15. „Nein“ angekreuzt haben, warum können Sie es nicht dafür nutzen?

Mehrere Antworten möglich.

- Ich fühle mich nicht sicher bei der Nutzung
- Es eignet sich nicht für diese Aktivität
- Es ist mir unangenehm, mit dem Hilfsmittel gesehen zu werden
- Ich brauche es nicht zu dieser Aktivität
- Ich weiß nicht, wie ich es für diese Aktivität verwenden kann
- Ich kann das Hilfsmittel wegen Barrieren in der Umgebung nicht nutzen (z.B. Treppen, Bordsteinkanten, zu enge Türen)
- Sonstiges: _____

17. Welche der folgenden Aspekte könnten Ihnen helfen, Ihr Hilfsmittel besser im Alltag zu nutzen?

Mehrere Antworten möglich.

- Bessere Einweisung und Training mit dem Hilfsmittel
- Bessere Anpassung des Hilfsmittels an meinen Körper (z.B. Größe, Höhe)
- Bessere Anpassung des Hilfsmittels an meine Fähigkeiten (z.B. Kraft)
- Bessere Anpassung des Hilfsmittels an meine Umgebung (z.B. bessere Bereifung)
- Bessere Qualität des Hilfsmittels (z.B. Stabilität, Handhabung)
- Bessere Anpassung der Umgebung (z.B. Rampen, anderer Bodenbelag)
- Sonstiges: _____

18. Welche Mobilitätshilfsmittel besitzen Sie? Mehrere Antworten möglich.

Rollstuhl



Rollator



Unterarmrollator



Gehbock/
Gehgestell



Gehstock



Vier-Punkt-
Stock



Unterarmgehstützen



Elektro-Rollstuhl



19. Nutzen Sie alle Mobilitätshilfsmittel, die Sie besitzen?

- Ja Nein

20. Wenn Sie mit „Nein“ geantwortet haben, welches der aufgeführten Mobilitätshilfsmittel nutzen Sie nicht (mehr)? Mehrere Antworten möglich.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> Gehbock / Gehgestell | <input type="radio"/> Unterarmgehstützen |
| <input type="radio"/> Rollator | <input type="radio"/> Gehstock | <input type="radio"/> Elektrorollstuhl |
| <input type="radio"/> Unterarmrollator | <input type="radio"/> Vier-Punkt-Stock | |

21. Warum nutzen Sie die bei Frage 20 angegebenen Mobilitätshilfsmittel nicht (mehr)?

Mehrere Antworten möglich.

- Ich kann mit dem Mobilitätshilfsmittel nicht umgehen (z.B. Handhabung ist zu schwierig)
- Ich kann das Mobilitätshilfsmittel nicht alleine transportieren (z.B. in einem Auto oder in einem Bus mitnehmen)
- Ich weiß nicht, wie ich das Mobilitätshilfsmittel richtig nutze (z.B. Anleitung fehlt)
- Ich brauche das Mobilitätshilfsmittel nicht mehr, da sich mein Gesundheitszustand verbessert hat
- Ich kann das Mobilitätshilfsmittel nicht mehr nutzen, da sich mein Gesundheitszustand verschlechtert hat
- Ich kann das Mobilitätshilfsmittel in meiner Wohnung / meinem Haus nicht nutzen
- Ich kann das Mobilitätshilfsmittel in meiner Stadt / Gemeinde nicht nutzen
- Die Auswahl des Mobilitätshilfsmittels war nicht passend für die Aktivitäten, die ich ausführen möchte
- Das Hilfsmittel ist zu groß / zu klein für mich (z.B. es wurde nicht richtig angepasst)
- Es ist mir unangenehm, mit dem Mobilitätshilfsmittel gesehen zu werden

**Der Fragebogen ist nun zu Ende!
Vielen Dank fürs Ausfüllen!**

XII. Übersetzung des Assessment PARTS/M**1. Anziehen**

1. *Wie viel Zeit benötigen Sie fürs Anziehen an einem gewöhnlichen Tag?*

20 Minuten 10 – 20 Minuten Weniger als 10 Minuten

2. *Ist ihre Partizipation beim Anziehen eingeschränkt durch...?*

Krankheiten körperliche Einschränkungen Schmerzen Fatigue
ist nicht eingeschränkt

3. *Wenn Sie sich anziehen, wie viel Auswahl haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?*

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten keine
Möglichkeit

4. *Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Partizipation beim Anziehen?*

Sehr Zufrieden Zufrieden Weniger Zufrieden Gar nicht zufrieden

5. *Wie viel Hilfe brauchen Sie von dritten (z.B. Angehörigen, Pflegedienst) beim Anziehen?*

Sehr viel Hilfe Viel Hilfe Wenig Hilfe keine Hilfe

6. *Wie oft benutzen Sie spezielle Hilfsmittel zum anziehen?*

Immer Fast immer Manchmal Selten Nie

2. Körperhygiene:

1. *Wie viel Zeit verbringen Sie im Bad mit ihrer Körperhygiene an einem gewöhnlichen Tag?*

Über 20 Minuten 10 – 20 Minuten Weniger als 10 Minuten

2. *Ist ihre Partizipation beim Waschen/ Duschen/ Baden eingeschränkt durch...?*

Krankheiten körperliche Einschränkungen Schmerzen Fatigue
ist nicht eingeschränkt

3. *Wenn Sie sich waschen, wie viel Auswahl haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?*

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten
keine Möglichkeit

4. *Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Partizipation beim Waschen/ Duschen/ Baden?*

Sehr Zufrieden Zufrieden Weniger Zufrieden Gar nicht zufrieden

5. *Wie viel Hilfe brauchen Sie von dritten (z.B. Angehörigen, Pflegedienst) beim Waschen/Dusche/Baden?*

Sehr viel Hilfe Viel Hilfe Wenig Hilfe keine Hilfe

6. *Wie oft benutzen Sie spezielle Hilfsmittel zum Waschen/Duschen/Baden?*

Immer Fast immer Manchmal Selten Nie

3. Essenszubereitung:

1. *Wie viel Zeit verbringen Sie im der Essenszubereitung an einem gewöhnlichen Tag?*

Über 20 Minuten 10 – 20 Minuten Weniger als 10 Minuten

2. *Ist ihre Partizipation beim der Essenszubereitung eingeschränkt durch...?*

Krankheiten körperliche Einschränkungen Schmerzen Fatigue
ist nicht eingeschränkt

3. *Wenn Sie sich Essen zubereiten wie viele Möglichkeiten haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?*

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten
keine Möglichkeit

3. Wenn Sie sich im Haus/ Wohnung fortbewegen, wie viele Möglichkeiten haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten
keine Möglichkeit

4. Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Partizipation bei der Fortbewegung im häuslichen Umfeld? (Vllt eher – Wie Zufrieden sind Sie mit Ihrer Fortbewegung im Haus)

Zufrieden Zufrieden Weniger Zufrieden Gar nicht zufrieden

5. Wie viel Hilfe brauchen Sie von dritten (z.B. Angehörigen, Pflegedienst) um sich im häuslichen Umfeld fortbewegen zu können?

Sehr viel Hilfe Viel Hilfe Wenig Hilfe keine Hilfe

6. Wie oft benutzen Sie spezielle Hilfsmittel um sich im Haus/ der Wohnung fortbewegen zu können?

Immer Fast immer Manchmal Selten Nie

5. Hausarbeit

1. Wie oft führen Sie Arbeiten in Ihrem Haus (z.B. Putzen) durch?

5 mal oder öfter in der Woche 3-4 x die Woche 1-2 x die Woche Gar nicht

2. Ist ihre Partizipation bei Arbeiten im Haus eingeschränkt durch...?

Krankheiten körperliche Einschränkungen Schmerzen Fatigue
ist nicht eingeschränkt

Wie wichtig ist Ihnen ihr Haushalt?

Sehr wichtig Wichtig Eher unwichtig Unwichtig

3. Wenn Sie den Haushalt führen wie viele Möglichkeiten haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten
keine Möglichkeit

4. *Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Durchführung des Haushaltes?*

Zufrieden Zufrieden Weniger Zufrieden Gar nicht zufrieden

5. *Wie viel Hilfe brauchen Sie von dritten (z.B. Angehörigen, Pflegedienst) um den Haushalt zu bewältigen?*

Sehr viel Hilfe Viel Hilfe Wenig Hilfe keine Hilfe

6. *Wie oft benutzen Sie spezielle Hilfsmittel um Ihren Haushalt durchführen zu können?*

Immer Fast immer Manchmal Selten Nie

6. Garten / Außenarbeiten

1. *Wie oft führen Sie Arbeiten außerhalb ihres Hauses (z.B. Garten arbeiten, Instandhaltungsarbeiten) durch?*

5 mal oder öfter in der Woche 3-4 x die Woche 1-2 x die Woche Gar nicht

2. *Ist ihre Partizipation bei dieser Tätigkeit eingeschränkt durch...?*

Krankheiten körperliche Einschränkungen Schmerzen Fatigue
ist nicht eingeschränkt

Wie wichtig ist Ihnen die Außenarbeit?

Sehr wichtig Wichtig Eher unwichtig Unwichtig

3. *Wenn Sie die Instandhaltungsaufgaben durchführen wie viele Möglichkeiten haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?*

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten
keine Möglichkeit

4. *Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Durchführung bei der Gartenarbeit/ Instandhaltungsarbeit?*

Zufrieden Zufrieden Weniger Zufrieden Gar nicht zufrieden

5. *Wie viel Hilfe brauchen Sie von dritten (z.B. Angehörigen, Pflegedienst) um diese Tätigkeit zu bewältigen?*

Sehr viel Hilfe Viel Hilfe Wenig Hilfe keine Hilfe

6. *Wie oft benutzen Sie spezielle Hilfsmittel um Ihre Gartenarbeit/ Instandhaltungsarbeit durchführen zu können?*

Immer Fast immer Manchmal Selten Nie

7. Gesellschaft

1. *Wie viel Zeit verbringen Sie in Gesellschaft anderer (z.B. Familie, Bekannte, Vereins Tätigkeiten)?*

täglich 3-4 x die Woche 1-2 x die Woche Weniger als wöchentlich

2. *Ist ihre Partizipation in der Gesellschaft eingeschränkt durch...?*

Krankheiten körperliche Einschränkungen Schmerzen Fatigue
ist nicht eingeschränkt

Wie wichtig sind Ihnen ihre sozialen Aktivitäten/ Kontakte?

Sehr wichtig Wichtig Eher unwichtig Unwichtig

3. *Wenn Sie ihre sozialen Aktivitäten/ Kontakte durchführen wie viele Möglichkeiten haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?*

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten
keine Möglichkeit

4. *Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Partizipation in der Gesellschaft?*

Zufrieden Zufrieden Weniger Zufrieden Gar nicht zufrieden

5. *Wie viel Hilfe brauchen Sie von dritten (z.B. Angehörigen, Pflegedienst) um der Gesellschaft teilnehmen zu können?*

Sehr viel Hilfe Viel Hilfe Wenig Hilfe keine Hilfe

6. *Wie oft benutzen Sie spezielle Hilfsmittel um zu Ihren sozialen Aktivitäten/ Kontakten zu gelangen?*

Immer Fast immer Manchmal Selten Nie

8. Sozialisierung

1. *Wie viel Zeit verbringen Sie in Gesellschaft anderer (z.B. Familie, Bekannte, Vereins Tätigkeiten)?*

täglich 3-4 x die Woche 1–2 x die Woche Weniger als wöchentlich

2. *Ist ihre Partizipation in der Gesellschaft eingeschränkt durch...?*

Krankheiten körperliche Einschränkungen Schmerzen Fatigue
ist nicht eingeschränkt

Wie wichtig sind Ihnen ihre sozialen Aktivitäten/ Kontakte?

Sehr wichtig Wichtig Eher unwichtig Unwichtig

3. *Wenn Sie ihre sozialen Aktivitäten/ Kontakte durchführen wie viele Möglichkeiten haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?*

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten
keine Möglichkeit

4. *Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Partizipation in der Gesellschaft?*

Zufrieden Zufrieden Weniger Zufrieden Gar nicht zufrieden

5. *Wie viel Hilfe brauchen Sie von dritten (z.B. Angehörigen, Pflegedienst) um der Gesellschaft teilnehmen zu können?*

Sehr viel Hilfe Viel Hilfe Wenig Hilfe keine Hilfe

6. *Wie oft benutzen Sie spezielle Hilfsmittel um zu Ihren sozialen Aktivitäten/ Kontakten zu gelangen?*

Immer Fast immer Manchmal Selten Nie

9. Gesellschaftliche Aktivitäten

1. *Wie viel Zeit verbringen Sie in Gesellschaft anderer (z.B. Familie, Bekannte, Vereins Tätigkeiten)?*

täglich 3-4 x die Woche 1-2 x die Woche Weniger als wöchentlich

2. *Ist ihre Partizipation in der Gesellschaft eingeschränkt durch...?*

Krankheiten körperliche Einschränkungen Schmerzen Fatigue
ist nicht eingeschränkt

Wie wichtig sind Ihnen ihre sozialen Aktivitäten/ Kontakte?

Sehr wichtig Wichtig Eher unwichtig Unwichtig

3. *Wenn Sie ihre sozialen Aktivitäten/ Kontakte durchführen wie viele Möglichkeiten haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?*

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten
keine Möglichkeit

4. *Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Partizipation in der Gesellschaft?*

Zufrieden Zufrieden Weniger Zufrieden Gar nicht zufrieden

5. *Wie viel Hilfe brauchen Sie von dritten (z.B. Angehörigen, Pflegedienst) um der Gesellschaft teilnehmen zu können?*

Sehr viel Hilfe Viel Hilfe Wenig Hilfe keine Hilfe

6. *Wie oft benutzen Sie spezielle Hilfsmittel um zu Ihren sozialen Aktivitäten/ Kontakten zu gelangen?*

Immer Fast immer Manchmal Selten Nie

10. Familie

1. *Haben Sie Kontakt / Aktivitäten mit Ihren Kindern oder Enkelkindern?*

Ja Nein Ich habe keine Kinder / Enkelkinder

Wie viel Zeit verbringen Sie mit Aktivitäten in Ihrer Familie?

Täglich/ Fast täglich 3-4 x die Woche 1-2x die Woche

Weniger als 1x wöchentlich

2. Ist ihre Partizipation in der Familie eingeschränkt durch... ?

Krankheiten körperliche Einschränkungen Schmerzen Fatigue ist
nicht eingeschränkt

Wie wichtig sind Ihnen Aktivitäten / Kontakte mit der Familie?

Sehr wichtig Wichtig Eher unwichtig Unwichtig

3. Wenn Sie ihre familiäre Aktivitäten/ Kontakte durchführen wie viele Möglichkeiten haben Sie, im Vergleich zu Menschen, die nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt sind? (Auswahlmöglichkeit umfasst wie oft, wann und wie Sie sich anziehen)?

Sehr viele Möglichkeiten Viele Möglichkeiten Wenig Möglichkeiten
keine Möglichkeit

4. Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Partizipation in der Familie?

Zufrieden Zufrieden Weniger Zufrieden Gar nicht zufrieden

5. Wie viel Hilfe brauchen Sie von dritten (z.B. Angehörigen, Pflegedienst) um an der Familie teilhaben zu können)

Sehr viel Hilfe Viel Hilfe Wenig Hilfe keine Hilfe

6. Wie oft benutzen Sie spezielle Hilfsmittel um zu Ihren familiären Aktivitäten/ Kontakten zu gelangen?

Immer Fast immer Manchmal Selten Nie

XIII. Übersetzung des Assessment FABS/M

Abschnitt 1 persönliche Mobilitätshilfsmittel

Die folgenden Fragen betreffen Ihre persönlichen Mobilitätshilfsmittel die Sie nutzen. Wie häufig nutzen Sie diese und wie beeinflussen Sie Ihrer Teilhabe innerhalb der Gemeinde? Mobilitätshilfsmittel umfassen handbetriebene Rollstühle, Elektrorollstühle, Scooter, Gehstützen, Gehstöcke, Rollatoren, Orthesen und Transferhilfsmittel (z.B. Lifter oder Rutschbretter).

1. Bitte kreuzen Sie **das** Hilfsmittel an, welches Sie **am meisten nutzen** um an Aktivitäten in der Gemeinde teilzuhaben.
 - handbetriebener Rollstuhl
 - Elektrorollstuhl
 - Scooter
 - Gehstock
 - Gehstützen
 - Rollator
 - andere Hilfsmittel
 - Ich benutze gar kein Hilfsmittel (**In diesem Fall gehen Sie bitte weiter zu S. 3**)

2. **(Rollstuhl/Scooter) Im Jahr _____ (Jahreszahl) angeschafft**
_____ keine Angabe
- a. **Wie oft nutzen Sie dieses Hilfsmittel in Ihrer außerhäuslichen Umgebung?**
 - immer
 - oft
 - manchmal
 - nie
 - darauf möchte ich nicht antworten

- b. **Wie beeinflusst der Gebrauch des Hilfsmittels Ihre Teilhabe an Aktivitäten in der Gemeinde?**
 - Es hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
 - Es hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
 - Es behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Es behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Abschnitt 2 – Eigenschaften der häuslichen Umgebung

Die folgenden Fragen betreffen Ihre häusliche Umgebung. Die aufgeführten Umweltfaktoren (z.B. Treppen oder Teppiche) finden sich möglicherweise in Ihrem Zuhause. Falls diese Faktoren sich in Ihrer Wohnung befinden werden Sie gefragt, inwieweit sie Sie in der Durchführung von Aktivitäten innerhalb Ihres Zuhauses beeinflussen (der Faktor ist sehr hilfreich, er hilft ein wenig, er schränkt ein wenig ein, er schränkt sehr ein). Eine weitere Frage betrifft die Häufigkeit mit der Sie den Faktoren zu Hause begegnen (täglich, wöchentlich, monatlich oder weniger als einmal im Monat). Bitte markieren Sie Aussage, die Ihrer persönlichen Erfahrung am nächsten kommt.

Beeinflußt das Folgende Ihre Teilhabe an Aktivitäten die Sie zu Hause durchführen?

3. Treppen

- Ja, es sind Treppen vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, Treppen beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Ich habe keine Treppen zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

4. Rampen

- Ja, es sind Rampen vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, Rampen beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Keine Angabe. Ich habe keine Treppen zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

5. Türen

- Ja, es sind Türen vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, Türen beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

6. Teppiche

- Ja, es sind Teppiche vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, Teppiche beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Ich habe keine Teppiche zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

7. Parkettfußböden

- Ja, es sind Parkettfußböden vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich

- wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, Parkettfußböden beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Keine Angabe. Ich habe keine Parkettfußböden zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

8. Handläufe

- Ja, es sind Handläufe vorhanden.
- In welchem Maße beeinflussen sie Sie?
- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
 - Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
 - Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, Handläufe beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Keine Angabe. Ich habe keine Handläufe zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

9. spezielle Badezimmersausstattung

- Ja, es ist eine spezielle Ausstattung vorhanden.

In welchem Maße beeinflusst sie Sie?

- Sie hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, die Ausstattung beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Keine Angabe. Ich habe keine spezielle Badezimmersausstattung zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

10. spezielle Küchenausstattung

- Ja, es ist eine spezielle Ausstattung vorhanden.

In welchem Maße beeinflusst sie Sie?

- Sie hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, die Ausstattung beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Ich habe keine spezielle Küchenausstattung zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

11. spezielle Trainingsgeräte

- Ja, es sind spezielle Geräte vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, die Geräte beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Ich habe keine speziellen Trainingsgeräte zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

12. adaptiertes Telefon

- Ja, es ist ein adaptiertes Telefon vorhanden.

In welchem Maße beeinflusst es Sie?

- Es hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Es hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Es behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Es behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie es?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
- Nein, das adaptierte Telefon beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Ich habe kein adaptiertes Telefon zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

13. adaptierter Computer

- Ja, es ist ein adaptierter Computer vorhanden.

In welchem Maße beeinflusst er Sie?

- Er hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Er hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Er behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Er behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen sie ihn?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, der adaptierte Computer beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Ich habe keinen adaptierten Computer zu Hause. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

14. Raumtemperatur

- Ja, die Raumtemperatur beeinflusst mich.

In welchem Maße beeinflusst sie Sie?

- Sie hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Es behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft beeinflusst Sie sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, die Raumtemperatur beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

Abschnitt 3 – Eigenschaften der Umgebung in der Gemeinde

Die folgenden Fragen behandeln das Thema Umgebung in der Gemeinde. Die aufgeführten Umweltfaktoren (z.B. Bordsteinabsenkungen oder Rampen) finden sich möglicherweise in Ihrer Gemeinde. Falls diese Faktoren sich in Ihrer Gemeinde befinden werden Sie gefragt, inwieweit sie Sie in der Durchführung von Aktivitäten innerhalb Ihrer Gemeinde beeinflussen (der Faktor ist sehr hilfreich, er hilft ein wenig, er schränkt ein wenig ein, er schränkt sehr ein). Eine weitere Frage betrifft die Häufigkeit mit der Sie den Faktoren in der Gemeinde begegnen (täglich, wöchentlich, monatlich oder weniger als einmal im Monat). Bitte markieren Sie Aussage, die Ihrer persönlichen Erfahrung am nächsten kommt.

Beeinflußt das Folgende Ihre Teilhabe an Aktivitäten die Sie in der Gemeinde durchführen?

15. Bordsteinabsenkungen

- Ja, es sind Bordsteinabsenkungen vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.

- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, Bordsteinabsenkungen beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Keine Angabe. Es gibt keine Bordsteinabsenkungen in meiner Gemeinde. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

16. Rampen

- Ja, es sind Rampen vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, Rampen beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Keine Angabe. Es gibt keine Rampen in meiner Gemeinde. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

17. Automatische Türen

- Ja, es sind Automatische Türen vorhanden.
In welchem Maße beeinflussen sie Sie?
- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, Automatische Türen beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Keine Angabe. Es gibt keine Automatischen Türen in meiner Gemeinde. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

18. Rolltreppen

- Ja, es sind Rolltreppen vorhanden.
In welchem Maße beeinflussen sie Sie?
- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich

- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, Rolltreppen beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Es gibt keine Rolltreppen in meiner Gemeinde. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

19. Fahrstühle

- Ja, es sind Fahrstühle vorhanden.
- In welchem Maße beeinflussen sie Sie?
- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
 - Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
 - Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, Fahrstühle beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Es gibt keine Fahrstühle in meiner Gemeinde. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

20. ebenes Terrain

- Ja, es ist ebenes Terrain vorhanden.
- In welchem Maße beeinflusst es Sie?
- Es hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
 - Es hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.

- Es behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Es behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie es?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, ebenes Terrain beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Keine Angabe. Es gibt kein ebenes Terrain in meiner Gemeinde. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

21. Schotterwege

- Ja, es sind Schotterwege vorhanden.
- In welchem Maße beeinflussen sie Sie?
- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
 - Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
 - Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, Schotterwege beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Keine Angabe. Es gibt keine Schotterwege in meiner Gemeinde. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

22. Pflasterstraßen

- Ja, es sind Pflasterstraßen vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, Pflasterstraßen beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Es gibt keine Pflasterstraßen in meiner Gemeinde. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

23. sommerliches Wetter (Hitze und Luftfeuchtigkeit)

- Ja, das sommerliche Wetter beeinflusst mich.

In welchem Maße beeinflusst es Sie?

- Es hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Es hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Es behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Es behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft beeinflusst es Sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich

- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, das sommerliche Wetter beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Diese Wetterbedingungen gibt es in meiner Gemeinde nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

24. winterliches Wetter (Eis und Schnee)

- Ja, das winterliche Wetter beeinflusst mich.
- In welchem Maße beeinflusst es Sie?
- Es hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
 - Es hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
 - Es behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Es behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
 - Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft beeinflusst es Sie?

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- weniger als einmal im Monat
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

- Nein, das winterliche Wetter beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Keine Angabe. Diese Wetterbedingungen gibt es in meiner Gemeinde nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

25. Regen

- Ja, der Regen beeinflusst mich.
- In welchem Maße beeinflusst er Sie?
- Er hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
 - Er hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.

- Er behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Er behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft beeinflusst er Sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, der Regen beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

26. Lärm

- Ja, Lärm beeinflusst mich.

In welchem Maße beeinflusst er Sie?

- Er hilft mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Er hilft mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Er behindert mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Er behindert mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft sind Sie dem Lärm ausgesetzt?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, der Regen beeinflusst meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

27. Menschenmengen

- Ja, Menschenmengen beeinflussen mich.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft sind Sie dem Menschenmengen ausgesetzt?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, Menschenmengen beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

28. spezielle Trainingsgeräte

- Ja, es sind spezielle Trainingsgeräte vorhanden.

In welchem Maße beeinflussen sie Sie?

- Sie helfen mir sehr dabei Aktivitäten durchführen zu können.
- Sie helfen mir etwas bei der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich etwas in der Durchführung von Aktivitäten.
- Sie behindern mich sehr in der Durchführung von Aktivitäten.
- Ich möchte auf die Frage nicht antworten.

Wie oft benutzen Sie sie?

- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich
 - weniger als einmal im Monat
 - Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.
-
- Nein, spezielle Trainingsgeräte beeinflussen meine Teilhabe an der Durchführung von Aktivitäten nicht. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

- Keine Angabe. Es gibt keine speziellen Trainingsgeräte in meiner Gemeinde. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten. – Gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage!

Abschnitt 3 – Umgebung in der Gemeinde: Zugänglichkeit

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf wie die Zugänglichkeit von Gebäuden Ihre Teilhabe an Aktivitäten an ausgewählten Orten in Ihrer Gemeinde beeinflussen.

Im ersten Teil bezieht sich die Zugänglichkeit auf Ihre Fähigkeit in ein Gebäude zu gelangen und sich dort zu den aufgelisteten Plätze zu begeben. Faktoren die die Zugänglichkeit beeinflussen können schließen z.B. die Breite, das Gewicht, die Richtung in die sich Türen öffnen und ihre Schließgeschwindigkeit ein sowie falls zutreffend die günstige Lage von Rampen. Des Weiteren umfassen sie die Verfügbarkeit von Rolltreppen und Fahrstühlen, die Größe von Aufenthaltsräumen, die Anordnung von Möbeln in einem Raum etc..

Da viele Orte nicht für alle Menschen zugänglich sind, decken die Fragen des ersten Teils beide Situationen, Zugänglichkeit sowie Unzugänglichkeit, ab. Sie implizieren Zugänglichkeit oder Unzugänglichkeit, je nachdem was Ihren Erfahrungen an diesem bestimmten Ort entspricht. Die individuellen Bedürfnisse jeder Person sollten bestimmend dafür sein, ob der Ort zugänglich ist. Bitte behalten Sie im Gedächtnis, dass Sie für die Frage zur Zugänglichkeit nur eine Antwort auswählen sollen.

Wenn Sie den Ort als für Sie gut zugänglich einstufen, wählen Sie „sie hilft ein wenig“ oder „sie hilft sehr“. Ein Beispiel für einen zugänglichen Ort wäre ein Restaurant, dessen Tische nicht eng zusammenstehen und dessen Stühle für einen Rollstuhlbenutzer vom Tisch entfernt werden können. Wenn Sie einen Ort als unzugänglich einstufen, wählen Sie zwischen den Antwortmöglichkeiten „sie schränkt etwas ein“ oder „sie schränkt sehr ein. Ein Beispiel für einen unzugänglichen Ort wäre z.B. ein Fast-Food-Restaurant, in dem die Stühle am Tisch befestigt sind. Jemandem der einen Rollstuhl benutzt wäre es so nicht möglich am Tisch zu sitzen.

Falls die Zugänglichkeit eines Ortes (Supermarkt, Kino, Theater etc.) Ihre Teilhabe an Aktivitäten weder erleichtert noch erschwert, kreuzen Sie „ sie hat keinen Effekt“ an, ebenso falls Sie diesen bestimmten Ort nicht aufsuchen.

Falls Ihr Zugang zu einem Ort Ihre Teilhabe an Aktivitäten an diesem Ort einschränkt, geben Sie bitte die Barrieren an die Sie hindern.

29. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit Ihres Supermarktes Ihre Teilhabe beim Einkaufen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

- Ich kaufe nicht im Supermarkt ein.

- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

30. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit Ihrer Hausarztpraxis Ihre Teilhabe bei der Gesundheitsfürsorge?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

- Ich gehe nicht zum Arzt.

- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

31. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit Ihrer Öffentlichen Bibliothek Ihre Teilhabe bei der Beschaffung von Informationen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

- Ich besuche die Bibliothek nicht.

- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

32. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit Ihrer religiösen Institution oder Kirche Ihre Teilhabe an religiösen Aktivitäten?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.

- Sie schränkt sehr ein.
- Ich besuche keine religiöse Institution.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

33. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit von Fast-Food-Restaurants Ihre Teilhabe beim Essen gehen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich esse nicht in Fast-Food-Restaurants.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

34. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit anderer Restaurants (kein Fast-Food) Ihre Teilhabe beim Essen gehen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.

- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich esse nicht auswärts.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

35. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit von Kinos Ihre Teilhabe beim Anschauen von Filmen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich besuche kein Kino.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

36. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit von Sportstadien Ihre Teilhabe bei sportlichen Ereignissen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich besuche kein Sportstadion.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

37. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit von Einkaufszentren Ihre Teilhabe beim Einkaufen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich besuche keine Einkaufszentren.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

38. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit von Bekleidungsgeschäften Ihre Teilhabe beim Einkaufen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich besuche keine Bekleidungsgeschäfte.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

39. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit von öffentlichen Parks und Naherholungsgebieten Ihre Teilhabe bei Outdoor-Aktivitäten, z.B. ein Picknick veranstalten ?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich besuche keine Parks oder Naherholungsgebiete.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.

- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

40. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit von Hotels Ihre Teilhabe beim Reisen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich nutze keine Hotels.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

41. Wie beeinflusst die Zugänglichkeit von Flughäfen Ihre Teilhabe beim Reisen?

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hilft sehr.
- Sie hat keinen Effekt.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich besuche keine Einkaufszentren.
- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Sie ist eingeschränkt durch: (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an)

- Physische Strukturen
- Parkplätze
- mangelnde Transportmöglichkeiten
- mangelnde spezielle Ausrüstung
- keines der aufgeführten
- Die Teilhabe ist nicht eingeschränkt.

- Ich möchte auf diese Frage nicht antworten.

Abschnitt 3 – Umgebung in der Gemeinde: Dienstleistungen, Einstellung von Mitmenschen und Politik

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Unterstützung durch Personal und die Dienstleistungen der Menschen, die solche Unterstützung anbieten Ihre Teilhabe an Aktivitäten beeinflussen. Im ersten Teil werden Sie danach gefragt wie häufig Sie Dienstleistungen nutzen (mehr als zweimal pro Woche, ein bis zweimal pro Woche einmal im Monat, ein bis zweimal im Jahr, selten oder nie). Im zweiten Teil werden Sie gefragt, wie sehr die Fürsorge, die der Dienstleister anbietet Ihre Teilhabe an Aktivitäten zu Hause oder in der Gemeinde beeinflusst (sie hilft sehr, sie hilft ein wenig, sie schränkt etwas ein, sie schränkt sehr ein). Im dritten Teil werden Sie gefragt, wie die Einstellung der Dienstleistungsanbieter Ihre Nutzung des Service beeinflusst. Zum Beispiel kann die Einstellung Ihres Arztes sehr hilfreich sein, etwas hilfreich, Sie einschränken oder sogar sehr einschränken die Gesundheitsfürsorge bei Ihm in Anspruch zu nehmen.

Bitte kreuzen Sie an wie oft Sie die Dienstleistungen der genannten Berufsgruppen nutzen und geben Sie an wie die Dienstleistung und die Einstellung dieser Personen Ihre Teilhabe an Aktivitäten beeinflussen.

42. Wie oft suchen Sie eine Arztpraxis auf?

- Mehr als zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Monat
- Ein oder zweimal im Jahr
- Selten
- Nie (Gehen Sie bitte weiter zu Frage 43)

Wie beeinflusst die Zuwendung, die Ihnen zukommt Ihre Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

Wie beeinflusst die Einstellung Ihres Arztes Sie darin seine Dienste in Anspruch zu nehmen?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.

- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein

43. Wie oft suchen Sie eine Therapiepraxis auf? (eingeschlossen sind Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie)

- Mehr als zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Monat
- Ein oder zweimal im Jahr
- Selten
- Nie (Gehen Sie bitte weiter zu Frage 44)

Wie beeinflusst die Therapie Ihre Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens?

- Sie hilft sehr
- Sie hilft ein wenig
- Sie hat keinen Einfluß
- Sie schränkt etwas ein
- Sie schränkt sehr ein

Wie beeinflusst die Einstellung Ihres Therapeuten Sie darin seine Dienste in Anspruch zu nehmen?

- Sie hilft sehr
- Sie hilft ein wenig
- Sie hat keinen Einfluß
- Sie schränkt etwas ein
- Sie schränkt sehr ein

44. Wie oft nutzen Sie einen bezahlten persönlichen Assistenten?

- Mehr als zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Monat
- Ein oder zweimal im Jahr
- Selten
- Nie (Gehen Sie bitte weiter zu Frage 45)

Wie beeinflusst der persönliche Assistent Ihre Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens?

- Er hilft sehr.
- Er hilft ein wenig.

- Er hat keinen Einfluß.
- Er schränkt etwas ein.
- Er schränkt sehr ein.

Wie beeinflusst die Einstellung Ihres persönlichen Assistenten Sie darin seine Dienste in Anspruch zu nehmen?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

45. Wie häufig bitten Sie Familienmitglieder um Hilfe?

- Mehr als zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Monat
- Ein oder zweimal im Jahr
- Selten
- Nie (Gehen Sie bitte weiter zu Frage 46)

Wie beeinflusst ihre Hilfe Ihre Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

Wie beeinflusst die Einstellung Ihrer Familie Sie darin Aktivitäten des täglichen Lebens auszuüben?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

46. Wie häufig nehmen Sie Hilfe von Freunden in Anspruch?

- Mehr als zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Monat
- Ein oder zweimal im Jahr

- Selten
- Nie (Gehen Sie bitte weiter zu Frage 47)

Wie beeinflusst ihre Hilfe Ihre Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

Wie beeinflusst die Einstellung Ihrer Freunde Sie darin Aktivitäten des täglichen Lebens auszuüben?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

47. Wie häufig bitten Sie Bekannte, z.B. Kollegen um Hilfe?

- Mehr als zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Monat
- Ein oder zweimal im Jahr
- Selten
- Nie (Gehen Sie bitte weiter zu Frage 48)

Wie beeinflusst ihre Hilfe Ihre Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

Wie beeinflusst die Einstellung Ihrer Bekannten Sie darin Aktivitäten des täglichen Lebens auszuüben?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

48. Wie häufig nehmen Sie die Hilfe vom Supermarktpersonal in Anspruch?

- Mehr als zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Monat
- Ein oder zweimal im Jahr
- Selten
- Nie (Gehen Sie bitte weiter zu Frage 50)

Wie beeinflusst deren Hilfe Ihre Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

Wie beeinflusst die Einstellung der Menschen Sie darin Aktivitäten des täglichen Lebens auszuüben?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

49. Wie häufig bitten Sie Fremde um Hilfe?

- Mehr als zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Monat
- Ein oder zweimal im Jahr
- Selten
- Nie (Gehen Sie bitte weiter zu Frage 46)

Wie beeinflusst ihre Hilfe Ihre Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

Wie beeinflusst die Einstellung Ihrer Familie Sie darin Aktivitäten des täglichen Lebens auszuüben?

- Sie hilft sehr.

- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

50. Wie oft nehmen Sie einen Reparaturservice in Anspruch?

- Mehr als zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Woche
- Ein oder zweimal pro Monat
- Ein oder zweimal im Jahr
- Selten
- Nie (Gehen Sie bitte weiter zu Frage 51)

Wie beeinflusst der Service Ihre Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens?

- Er hilft sehr.
- Er hilft ein wenig.
- Er hat keinen Einfluß.
- Er schränkt etwas ein.
- Er schränkt sehr ein.

Wie beeinflusst die Einstellung des Personals Sie darin Aktivitäten des täglichen Lebens auszuüben?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

51. Die folgenden Fragen handeln von den Vorteilen, die sich durch finanzielle Hilfen für Sie ergeben. Falls Sie eine der aufgeführten Hilfen in Anspruch nehmen beantworten Sie bitte die dazugehörige Frage.

Nicht vergleichbar mit deutscher Gesetzgebung

Supplemental Security Income

Social Security Disability Insurance

Worker´s Compensation

Vocational Rehabilitation=berufliche Rehabilitation

52. Wie beeinflusst die Firmenpolitik an Ihrem Arbeitsplatz Ihre Teilhabe am Arbeitsleben?

Fällt weg, da unsere Probanden Rentner sind.

53. Schulpolitik

Fällt ebenfalls raus.

54. Wie beeinflussen im Allgemeinen gesellschaftliche Normen betreffend das äußere Erscheinungsbild Ihre Teilhabe an Aktivitäten?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

55. Wie beeinflusst Sie im Allgemeinen die gesellschaftliche Definition von Behinderung?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.

Abschnitt 4 – Zugänglichkeit in der Gemeinde

In diesem Abschnitt bezieht sich Zugänglichkeit auf die Möglichkeit in die Sanitäreanlagen der genannten Orte zu gelangen und sich dort zu bewegen sowie die sich dort befindlichen Einrichtungen zu nutzen. Etwas was die Zugänglichkeit von Toiletten beeinflussen kann ist z.B. die Breite der Durchgänge, das Gewicht von Türen, die Richtung in die Türen sich öffnen, die günstige Lage und leichte Bedienung von Türgriffen, Wasserhähnen, Seifenspendern und Handtuchhaltern, die Größe von Toilettenkabinen und die Erreichbarkeit von Handgriffen.

Wie gut sind die Toiletten erreichbar in...

56. Ihrer öffentlichen Bibliothek

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich

- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

57. Fast-Food-Restaurants

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

58. Restaurants

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

59. Kinos

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

60. Sportstadien

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

61. Einkaufszentren

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht

- Für mich nicht zutreffend.

62. Hotels

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

63. Flughäfen

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

64. Wie beeinflusst insgesamt die Zugänglichkeit öffentlicher Toiletten Ihre Teilhabe an Aktivitäten?

- Sie hilft sehr.
- Sie hilft ein wenig.
- Sie hat keinen Einfluß.
- Sie schränkt etwas ein.
- Sie schränkt sehr ein.
- Ich nutze keine öffentlichen Toiletten.

In diesem letzten Abschnitt kann Zugänglichkeit bedeuten fähig zu sein in ein Transportmittel ein- oder auszusteigen (z.B. durch einen Lift am Fahrzeug), zu Verfügung stehende Sitze, die Ihren Bedürfnissen angepasst sind, Personal, das Ihnen hilft Ihren Platz im Flugzeug einzunehmen o.ä..

65. Wie erleben Sie die Zugänglichkeit folgender Transportmittel?

Ihr eigenes Auto (nicht umgebaut)

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

Ihr eigenes umgebautes Auto

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

Busse

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

Taxen

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

Flugzeuge

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

U-Bahnen/S-Bahnen

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

Andere Transportdienste

- Sehr gut zugänglich
- Einigermaßen zugänglich
- Nicht zugänglich
- Ich weiß es nicht
- Für mich nicht zutreffend.

66. Falls Sie Hilfe beim Ausfüllen diese Fragebogens hatten, in welcher Beziehung steht diese Person zu Ihnen?

- Ich hatte keine Hilfe
- Familienmitglied
- Freund
- Bezahlter persönlicher Assistent

Andere _____

XIV. Anschreiben Pretest Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

für einen Testlauf einer Befragung im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Zuyd Hogeschool, Niederlande zum Thema

„Gebrauch von Mobilitätshilfsmitteln“

benötigen wir Ihre Hilfe als „Test Teilnehmer“.

Wir danken Ihnen, dass Sie sich die Zeit nehmen den Fragebogen zu beantworten.

Damit wir wissen, was wir am Fragebogen noch verbessern können, möchten wir Sie bitten, im Anschluss den Fragebogen zu bewerten.

Schauen Sie sich die Fragen im Hinblick auf Verständlichkeit und Übersichtlichkeit an, sowie auch den Inhalt.

Zum Schluss kommen dann Fragen, mit denen Sie den Fragebogen bewerten sollen.

Gerne dürfen Sie auch Anmerkungen direkt im Fragebogen machen.

Für Kritik und Anmerkungen sind wir Ihnen sehr dankbar.

Wir möchten Sie bitte, den Fragebogen innerhalb **einer Woche** zu beantworten.

Der Fragebogen wird dann von der Person wieder eingesammelt, die den Fragebogen auch an Sie verteilt hat.

Mit freundlichen Grüßen,

Sandra Grimm, Svenja Hemme, Sylvia Kluge

XV. Pretest Fragebogen**Der „Test-Teilnehmer“ Fragebogen**

1. Wie lang hätten Sie die Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens geschätzt ohne auf die Uhr zu gucken?

2. Wie viele Minuten haben Sie tatsächlich benötigt um den gesamten Fragebogen auszufüllen?

3. Empfinden Sie diese Zeit als angemessen?

ja nein

Falls **nein**: War der Fragebogen **zu kurz** oder **zu lang**?

- 3.1. Wenn Sie **zu lang** angekreuzt haben, welche Frage kann Ihrer Meinung nach aus dem Fragebogen genommen werden?

4. Wie sehr hat Sie die Optik / Lay out des Bogens angesprochen?

1	2	3	4
animierend	in Ordnung	mäßig	langweilig

- 4.1 Wenn Sie die Optik / Lay out mit einer **3 oder 4 bewertet haben** – was könnte ansprechender gestaltet werden?

5. Waren alle Fragen für Sie verständlich gestellt?

ja nein

Wenn Sie **nein** geantwortet haben:

5.1. Welche Fragen waren nicht verständlich?

5.2. Was war nicht verständlich? Sind Sie über bestimmte Begriffe gestolpert?

6. Waren die Tabellen für Sie übersichtlich und verständlich?

ja nein

6.1. Falls **nein** – welche Tabelle war nicht verständlich?

Tabelle Frage Nr.: _____

6.2. Was genau war nicht verständlich?

7. Fehlen Ihnen Aspekte im Zusammenhang mit der Nutzung Ihres Mobilitätshilfsmittels, die in unserem Fragebogen noch nicht ausreichend berücksichtigt wurden?

ja nein

7.1 Wenn ja, welche?

8. Finden Sie einige Fragen zu persönlich oder aus anderen Gründen unangenehm zu beantworten?

ja nein

8.1. Wenn **ja** welche?

9. Haben Sie noch andere Verbesserungsvorschläge?

*Vielen Dank für Ihre Zeit und
für das Ausfüllen und Bewer-
ten des Fragebogens!*

XVI. Zufriedenheit mit dem Mobilitätshilfsmittel

Aktivität	Zufriedenheit			Hilfe			Trifft nicht zu
	Zufrieden	Nicht zufrieden	Keine Angaben	Hilfe von Dritten	Keine Hilfe	Keine Angaben	
Auf Toilette gehen	64%	19,1%	12,4%	21, 6%	57,3%	16,9%	4,5%
Sich kleiden	60, 7 %.	24,7 %	10,1%	50,6%	32,6%	12,4%	4,5%
Sich waschen	59,7%	23,%	11,2 %	47, 2%	32,6%	14,6%	5,6%
Sich im Haus fortbewegen	59,7%	28,1%	11,2%	24,7%	49, 4%	22,5%	3,4%
Kontakt zu Kindern halten	55,1%	13,5%	12,4%	25,8%	27%	28,1%	5,6%
Kontakt zu Freunden halten	51,7%	19,1%	11,2%	32,6%	30,3%	19,1%	19,1%
Essen zubereiten	46,1%	15,7%	12,4%	31, 5%	29, 2%	13,5%	25,8%
Behördengänge durchführen	39,3%	18%	12,4%	44,9%	14,6%	9%	30,3%
Das Haus verlassen	33,7%	28,1%	7,9%	36%	22,5%	12,4%	29,2%
Hausarbeiten erledigen	29, 2 %	19,1%	14,6%	31,5%	18%	13,5%	37,1%
Religion ausüben	29,1%	7,9%	10,1%	14,6%	18%	14,6%	52,8%
Hobbies	25,8%	12,4%	11,2%	20,2%	19,1%	10,1%	50,6%
Wohnung/ Haus in Stand halten	18%	19,1%	14,6%	25,8%	13,5%	12,4%	48,3%
Urlaub / Ausflüge machen	14,9%	19,1%	12,2%	25,8%	6,7%	13,5%	53,9%
Am Gemeinschaftleben teilhaben	14,6%	6,7%	10,1%	7,9%	12,4%	11,2%	68,5%
Ehrenamtliche Tätigkeiten durchführen	2,2%	3,4%	11,2%	2,2%	5,6%	9%	83,1%

XVII. Überblick Anschaffung und Nutzung

Aktivität	Wurde es dafür angeschafft			Nutzen die Teilnehmer das Mobilitätshilfsmittel dafür			Wie können sie es dafür nutzen?				Wie oft nutzen die Teilnehmer das Mobilitätshilfsmittel					Trifft nicht zu
	Ja	Nein	Keine Angabe	Ja	Nein	Keine Angabe	Ohne Einschränkung	Mit Einschränkung	Nicht nutzen	Keine Angabe	Täglich	Wöchentlich	Monatlich	Weniger	Keine Angabe	
Sich im Haus fortbewegen	74,2%	6,7%	7,9%	68,5%	4,5%	18%	33,7%	30,3%	1,1%	25,8%	65,2%	1,1%	1,1%	1,1%	19,1%	11,2%
Das Haus verlassen	73%	2,2%	2,2%	61,8%	3,4%	12,4%	28,1%	36%	0%	13,5%	39,3%	18%	5,6%	2,2%	12,4%	22,5%
Kontakt zu Freunden halten	55,1%	11,2%	9%	52,8%	3,4%	20,2%	24,7%	31,5%	3,4%	16,9%	5,6%	29,2%	9%	7,9%	20,2%	23,6%
Auf Toilette gehen	48,3%	19,7%	12,4%	56,2%	7,8%	15,7%	27%	29,2%	6,7%	18%	48%	1%	0%	0%	16,9%	20,2%
Kontakt zu Kindern halten	48,3%	11,2%	10,1%	44,9%	4,5%	20,2%	25,8%	23,6%	1,1%	19,1%	9%	23,6%	9%	4,5%	22,5%	31,5%
Behördengänge durchführen	36%	7,9%	7,9%	34,8%	1,1%	15,7%	15,7%	16,9%	2,2%	15,7%	3,4%	13,5%	11,2%	1,1%	20,2%	48,3%
Hausarbeiten erledigen	25,8%	18%	5,6%	22,5%	10,1%	16,9%	4,5%	16,9%	5,6%	21,3%	20,2%	1,1%	0%	1,1%	20,1%	49,4%
Urlaub / Ausflüge machen	23,6%	7,9%	4,5%	20,2%	0%	15,7%	5,6%	16,95	0%	13,5%	1,1%	5,6%	7,9%	6,7%	14,6%	64%
Hobbies	21,3%	13,5%	5,6%	20,2%	4,5%	15,7%	10,1%	7,9%	3,4%	18%	5,6%	6,7%	2,2%	3,4%	18%	58,4%
Religion ausüben	16,9%	19,1%	9%	20,2%	5,6%	20,2%	6,7%	13,5%	5,6%	20,2%	0%	12,4%	6,7%	3,4%	19,1%	53,9%

Aktivität	Wurde es dafür angeschafft			Nutzen die Teilnehmer das Mobilitätshilfsmittel dafür			Wie können sie es dafür nutzen?				Wie oft nutzen die Teilnehmer das Mobilitätshilfsmittel					Trifft nicht zu
	Ja	Nein	Keine Angabe	Ja	Nein	Keine Angabe	Ohne Einschränkung	Mit Einschränkung	Nicht nutzen	Keine Angabe	Täglich	Wöchentlich	Monatlich	Weniger	Keine Angabe	
Sich waschen	13,5%	30,3%	12,4%	20,2%	15,7%	20,2%	9%	12,4%	10,1%	24,7%	16,9%	2,2%	1,1%	2,2%	20,2%	43,8%
Wohnung/ Haus in Stand halten	12,4%	16,9%	5,6%	10,1%	6,7%	18%	2,2%	7,9%	5,6%	18%	6,7%	3,4%	1,1%	0%	16,9%	65,2%
Sich kleiden	9%	34,8%	9%	14%	21,3%	18%	4%	12,4%	14,6%	23,6%	13,5%	1,1%	1,1%	4,5%	16,9%	44,9%
Am Gemeinschaftsleben teilhaben	9%	16,9%	7,9%	12,4%	3,4%	18%	7,9%	4,5%	3,4%	18%	3,4%	5,6%	2,2%	0%	19,1%	66,3%
Essen zubereiten	4%	29,6%	12,4%	7,9%	13,5%	27,7%	4,5%	6,7%	6,7%	27%	7,9%	2,2%	1,1%	1,1%	23,6%	51,7%
Ehrenamtliche Tätigkeiten durchführen	1,1%	11,2%	6,7%	0%	2,2%	16,9%	0%	0%	2,2%	16,9%	0%	0%	0%	0%	16,9%	80,9%

9 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorthesis mit dem Thema „Non-Use von Mobilitätshilfsmitteln – ein Survey“ ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht. Desweiteren versichere ich, dass diese Arbeit weder in der vorliegenden noch in einer ähnlichen Form einem Prüfungsgremium vorlag.

Ort, Datum

Sandra Grimm

Ort, Datum

Svenja Hemme

Ort, Datum

Sylvia Kluge