

Julia Kaiser<sup>1</sup>, Maxine Klinck<sup>2</sup>, Holger Grötzbach<sup>3</sup>, Lena Spitzer<sup>4</sup> & Norina Lauer<sup>5</sup>

# Partizipative Zielsetzung mit FATMA 2.1

## Ein Fragebogen zur Erfassung von Aktivitäts- und Teilhabezielen in der Aphasiotherapie

### Einleitung

Die Qualitätssicherung in der stationären neurologischen Rehabilitation stellt seit über 30 Jahren eine verpflichtende Aufgabe für TherapeutInnen dar. Sie beinhaltet neben dem Aspekt der Ergebnisqualität auch eine Evaluation des Zielsetzungsprozesses (Schneider et al. 2014), der idealerweise partizipativ durchgeführt werden sollte (Grötzbach 2010). Denn die Wahrscheinlichkeit, dass sich PatientInnen mit Therapiezielen identifizieren, steigt, wenn sie in den Zielsetzungsprozess eingebunden werden. Dadurch erhöht sich die Motivation der PatientInnen, ihre Ziele zu erreichen (ebd.). Zudem führt ein größeres Behandlungsengagement zu besseren Leistungen (Ogawa et al. 2016). In der S3-Leitlinie „Schlaganfall“ wird das Erreichen von Therapiezielen als Indikator dafür angesehen, ob bzw. wie lange eine Therapie fortgeführt werden soll (DEGAM 2020).

Nach Grötzbach et al. (2014) erfüllen ein gemeinsamer Zielsetzungsprozess und eine von den Zielen abgeleitete personenzentrierte Therapie nicht nur die Empfehlungen der Leitlinie und der Qualitätssicherung, sondern entspricht auch dem Gedanken der Internationa-

len Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (DIMDI 2005). Der Grund dafür ist, dass in der ICF Beeinträchtigungen als das Ergebnis eines Zusammenspiels der verschiedenen Komponenten (Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten, Teilhabe und Umweltfaktoren) verstanden werden (Grötzbach & Beier im Druck). Da diese Komponenten individuell unterschiedlich interagieren, kann es keinen standardisierten Zielsetzungsprozess mit einer nachfolgenden standardisierten (Aphasie)therapie geben (Grötzbach & Iven 2014).

Ein Blick in die Realität zeigt allerdings, dass Zielsetzungsgespräche nicht grundsätzlich und auch häufig nicht in Absprache mit den PatientInnen stattfinden (Cairns et al. 2019, Dallmeier et al. 2011, Lenzen et al. 2017, Plant et al. 2016). Plant et al. (2016) ermittelten im Rahmen eines systematischen Reviews als Haupthindernis für den gemeinsamen Zielsetzungsprozess einen Mangel an Zeit. Sie kamen zu dem Schluss, dass dieses Hindernis reduziert werden kann, wenn den TherapeutInnen Materialien für die partizipative Bestimmung von Therapiezielen zur Verfügung gestellt werden, z.B. in Form von Arbeitsblättern, Fragen oder Bildern.

In mehreren Evaluationsschritten erfolgte daher die Entwicklung des FATMA 2.1 (Fragebogen zur Erfassung von Aktivitäts- und Teilhabezielen im Sinne der ICF bei Menschen mit Aphasie). Der Fragebogen wurde mit der Intention entwickelt,

- den gemeinsamen Zielsetzungsprozess zu erleichtern,
- individuelle Ziele mithilfe einer Auswahl von Aktivitäts- und Teilhabezielen zu identifizieren,
- das Hinzufügen eigener Ziele zu ermöglichen,
- den TherapeutInnen ein empirisch abgesichertes Material zur Verfügung zu stellen, das ein standardisiertes Vorgehen sowie individuelle Anpassungen zulässt.

Bereits 2014 wurde die Durchführbarkeit der ersten Version des FATMA, FATMA 1.0, empirisch überprüft (Raab 2014). In einem weiteren Evaluationsschritt wurden 138 Personen mit und ohne Aphasie gebeten, die Qualität der Fotos und die Prototypikalität der 27 Items zu beurteilen. Im Zuge dessen wurden mehrere Fotos und einige Items ausgetauscht (Schmidt 2016). Als Resultat entstand der FATMA 2.0. Für diese Version wurden schließlich eine Handanweisung und ein Protokollbogen verfasst. Außerdem wurde die Möglichkeit geschaffen, mithilfe eines Kartensatzes diejenigen Therapieziele in eine Rangreihenfolge zu bringen, die für PatientInnen besonders wichtig sind.

Um die Alltagstauglichkeit der neuen Version FATMA 2.0 vor allem im Hinblick auf den Protokollbogen und die Handanweisung zu überprüfen, wurde eine weitere Studie durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studie führten zu der Version FATMA 2.1 (Spitzer et al. 2021).

**ZUSAMMENFASSUNG.** In Deutschland gibt es bisher kaum Instrumente, die den partizipativen Zielsetzungsprozess in der Aphasiotherapie unterstützen. Dieser Prozess ist oft zeitaufwendig, komplex und manchmal auch frustrierend, deshalb wurde als Hilfe der „Fragebogen zur Erfassung von Aktivitäts- und Teilhabezielen für Menschen mit Aphasie (FATMA)“ im Sinne der ICF entwickelt. Der FATMA 2.1 stellt aktuell die vierte Version des Verfahrens dar. Nach einer Optimierung der Item- und Bild-Qualität der ersten Versionen (FATMA 1.0, 1.1 und 2.0) wurde die Güte der Handanweisung und des Protokollbogens von FATMA in der Praxis überprüft. An der Prüfung nahmen sechs Therapeutinnen teil, die die Version FATMA 2.0 bei insgesamt zehn Personen mit einer Aphasie durchgeführt haben. Eine leitfadengestützte Fokusgruppendifferenzierung ergab zum einen, dass die Therapeutinnen FATMA 2.0 als eine Erleichterung für den Zielsetzungsprozess empfanden. Zum anderen gaben sie eine Reihe von Anregungen, die dazu beigetragen haben, die Durchführung von FATMA 2.0 verständlicher und ökonomischer zu gestalten. Auf dieser Grundlage entstand die Version FATMA 2.1.

SCHLÜSSELWÖRTER: Aphasie – Fragebogen – ICF – Zielsetzung – Partizipation – Rehabilitation

- 1 Praxis Wirbelwind Steinberg am See
- 2 Bischof-Wittmann-Zentrum KJF Regensburg
- 3 Asklepios Klinik Schaufling
- 4 Praxis für Logopädie, Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg
- 5 Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

## Entwicklung von FATMA 2.1

Die Idee des FATMA wurde von den Mitgliedern des „Arbeitskreises Aphasie“ entwickelt. Ausgangspunkt war eine Sammlung von aktivitätsorientierten Beispielzielen, die als Vorlage für SprachtherapeutInnen gedacht war, um davon eigene überprüfbare Aktivitätsziele abzuleiten (Lauer et al. 2013). Da sich die Beispielziele lediglich auf fünf der insgesamt neun ICF-Teilhaber-Kapitel bezogen, wurden mithilfe eines Konsensverfahrens zu allen neun Teilhaber-Kapiteln jeweils drei prototypische Aktivitäten bestimmt.

Als Ergebnis standen damit 27 Aktivitäten zur Verfügung, die mithilfe von Fotos visualisiert wurden. Den 27 Fotos wurden Sätze unterlegt, in denen die Schlüsselwörter für die jeweilige Aktivität fett hervorgehoben waren. Unterhalb der Sätze war eine vierfach gestufte Rating-Skala zu sehen, mit deren Hilfe die PatientInnen angeben konnten, ob ihnen die jeweilige Aktivität wichtig oder unwichtig war (Abb. 1).

### Methode

Im gesamten Arbeitsprozess wurde gemäß den Gütekriterien nach Steinke (2015) gearbeitet. Es wurde sowohl auf die Dokumentation des Forschungsprozesses als auch auf die Anwendung kodifizierter Verfahren Wert gelegt.

### Fragestellung

Mittels einer leitfadengestützten Fokusgruppendifkussion sollte geklärt werden, wie TherapeutInnen die Verständlichkeit der Handanweisung und den Einsatz des Materials von FATMA 2.0 bewerten. Außerdem gab es Fragen, ob sich der Fragebogen sowohl für den Einsatz in Kliniken als auch in Praxen eignet und ob er bei Pa-

tientInnen mit verschiedenen Schweregraden einer Aphasie eingesetzt werden kann.

### Stichprobe

Um vielseitige Informationen zu erhalten, war die Zusammensetzung der Gruppe der Therapeutinnen (n=6) und der Gruppe der PatientInnen (n=10) möglichst heterogen. Dies bezog sich in der Gruppe der Therapeutinnen sowohl auf das Alter (26 bis 40 Jahre) als auch auf die berufliche Erfahrung (ein Jahr bis zehn Jahre). Die Befragten waren in ambulanten Praxen, in Akuthäusern und/oder stationären Einrichtungen tätig. Zudem gaben alle Logopädinnen zum Zeitpunkt der Befragung an, bisher kein Zielsetzungsinstrument zur Bestimmung von Therapiezielen zu verwenden.

In die Gruppe der PatientInnen wurden nur Personen mit einer Aphasie als Folge eines Schlaganfalls aufgenommen, degenerative Erkrankungen wurden ausgeschlossen. Um eine möglichst heterogene Gruppe zu bilden, wurden sowohl PatientInnen mit leichtem als auch mit mittlerem Schweregrad eingeschlossen. Die Teilnahme von schwergradig Betroffenen war angedacht, konnte jedoch aufgrund von Therapieausfall durch die COVID-19-Pandemie nicht verwirklicht werden. Des Weiteren befanden sich die PatientInnen in der Akutphase, der postakuten oder chronischen Phase der Erkrankung. Zum Zeitpunkt der Durchführung waren die Beteiligten zwischen 51 und 90 Jahre alt. Fünf davon waren weiblich, fünf männlich. Zwei der PatientInnen gaben eine andere Muttersprache als Deutsch an.

### Durchführung

Zunächst fand eine Auseinandersetzung mit der Literatur zur Erstellung und Bewertung von Handanweisungen, Protokollbögen und Diagnostikinstrumenten statt (Beushausen 2008,

Diagnostik- und Testkuratorium 2018; Lienert & Raatz 1998). Anschließend wurde in Anlehnung an Helfferich (2011) ein Leitfaden mit offenen Fragestellungen erstellt. Der Leitfaden diente als Grundlage für die Fokusgruppendifkussion und umfasste vor allem die Punkte:

- verständliche Formulierung der Instruktionen und Beschreibungen von FATMA,
- Qualität des Materials,
- Verhältnis von Aufwand und Nutzen und
- Zeit für die Vor- und Nachbereitung.

Daraus ergaben sich unter anderem folgende Leit- und Nachfragen:

- Welche Erfahrungen haben Sie bei der Durchführung von FATMA 2.0 gemacht?
- Wie viel Zeit würden Sie zukünftig für die Durchführung von FATMA 2.0 einplanen?
- Wie beurteilen Sie den Durchführungsteil zur Priorisierung hinsichtlich seiner Herausforderungen und Potenziale?
- Wie sind Sie mit dem zugehörigen Material zurechtgekommen?
- Welche Anforderungen stellen Sie an eine Handanweisung oder einen Protokollbogen und wie konnte der FATMA 2.0 diesen gerecht werden?

Die Fokusgruppendifkussion fand Mitte Februar 2021 wegen der Corona-Pandemie online statt. Sie wurde von den beiden Erstautorinnen moderiert und per Audioaufnahme aufgezeichnet. Alle Teilnehmerinnen wurden vor der Teilnahme an der Diskussion datenschutzrechtlich aufgeklärt. Sie hatten der Befragung schriftlich zugestimmt.

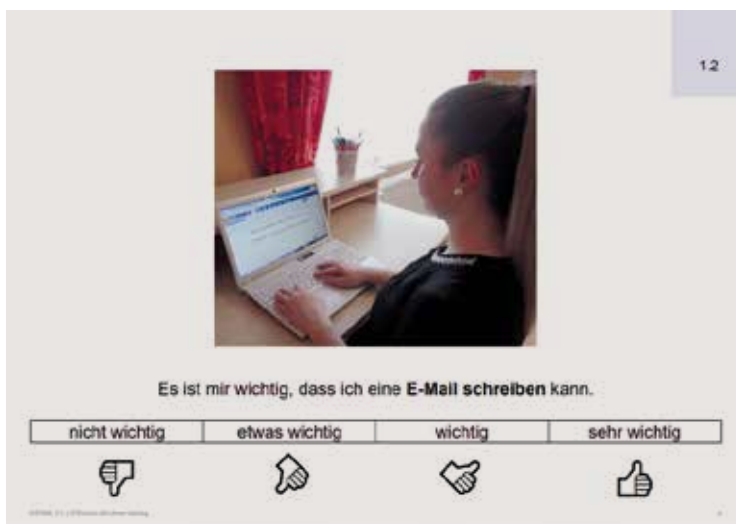
### Auswertung

Die Audioaufnahme wurde nach den Vorgaben von Dresing & Pehl (2017) transkribiert und von zwei Untersucherinnen unabhängig voneinander ausgewertet. Alle Teilnehmerinnen erhielten das Transkript, prüften und bestätigten die Vollständigkeit und Korrektheit im Rahmen eines ersten Teilnehmerinnen-Checks. Im Anschluss erfolgte eine Kodierung über die webbasierte Software QCAMap ([www.qcmap.org](http://www.qcmap.org)) auf der Basis eines zuvor deduktiv erstellten Kodierleitfadens. Dieser Vorgang beinhaltet die Festlegung von möglichen Zuordnungskategorien basierend auf bisher existierender Fachliteratur.

Die Kodierung erfolgte parallel, um trotz einer hohen Subjektivität eine gegenseitige Kontrolle zu ermöglichen. Die Ergebnisse wurden am Ende zusammengeführt und interpretiert. Im Anschluss wurde das deduktiv erstellte Kategoriensystem basierend auf der Zusammenführung induktiv angepasst, d.h. die erstellten Kategorien wurden auf das Datenmaterial angewandt und ggf. modifiziert.

So gab es beispielsweise vor der Durchführung der Fokusgruppendifkussion die Kate-

**Abb. 1: Beispielitem aus dem FATMA 2.1 zum Teilbereich „Lernen und Wissensanwendung“ (Spitzer et al. 2021)**



gorie „PatientInnenemotionen“. Da zu dieser während der Durchführung des Fragebogens keine Informationen gesammelt werden konnten, wurde sie später entfernt. Stattdessen wurde die neue Kategorie „Digitalisierung“ eingefügt, da sich die Therapeutinnen dazu äußerten und Ideen austauschten. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde FATMA 2.0 überarbeitet. Die vorgenommenen Änderungen wurden in einem zweiten TeilnehmerInnen-Check mit den befragten Therapeutinnen abgestimmt.

## Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt das finale Kategoriensystem, das durch das Zusammenführen der beiden Kodierungen und die Reduktion thematischer Doppelungen entstanden ist. Im Folgenden werden die Kategorien mit ihren Subkategorien dargestellt und mit Ankerbeispielen aus der Fokusgruppensitzung verdeutlicht. In Tabelle 2 sind die Möglichkeiten und Grenzen von FATMA zusammengefasst.

### 1. Kategorie: Allgemeine Erwartungshaltung

Die genannten allgemeinen Erwartungen an ein Diagnostik- bzw. Zielsetzungsinstrument entsprachen den zuvor recherchierten Angaben aus der Literatur. Demnach ist es für eine Handanweisung wichtig, dass der theoretische Hintergrund und die Durchführung verständlich beschrieben werden. Zudem sollte ein Protokollbogen genug Platz für eigene Notizen bieten. Diese Aspekte bestätigten sich in der Diskussionsrunde.

### 2. Kategorie: Entwicklungspotenzial Handanweisung

Eine Therapeutin hob den Umfang der Handanweisung positiv hervor: „Und da war auch

**Tab. 1: Kategoriensystem**

1	Allgemeine Erwartungshaltung
2	Entwicklungspotenzial Handanweisung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfestellungen</li> <li>• Verständlichkeit</li> <li>• Durchführungsdauer</li> </ul>
3	Entwicklungspotenzial Protokollbogen
4	Entwicklungspotenzial Layout
5	Entwicklungspotenzial Bildmaterial
6	Chancen und Nutzen
7	Grenzen und Herausforderungen
8	Digitalisierung

einfach die Länge der Handanweisung finde ich sehr angenehm, weil es kurz und knackig war“ (LH26-30, Zeilen 410-413). Dennoch erörterten die Befragten einige Schwierigkeiten. Vier Therapeutinnen schilderten, dass sie nach dem Lesen der Handanweisung nicht sicher im Durchführungsablauf waren. Dies konnte zum einen auf das Layout, zum anderen auf bestimmte Formulierungen im Priorisierungsteil zurückgeführt werden. Außerdem konnten zwei Lücken in der Handanweisung aufgedeckt und geschlossen werden. Es wurde diskutiert, eine Art Kurzversion des FATMA 2.0 zu ermöglichen, um den Zeitaufwand noch geringer zu halten und dadurch das Zielsetzungsgespräch noch patientInnenorientierter zu gestalten.

### 3. Kategorie: Entwicklungspotenzial Protokollbogen

Zwei Therapeutinnen wünschten sich genaue Instruktionen auf dem Protokollbogen, um dafür nicht immer wieder die Handanweisung heranziehen zu müssen und so Einarbeitungszeit zu sparen. Grundsätzlich wurde der Protokoll-

bogen als passend und einfach beschrieben: „Und ich fand schon auch (...) die Durchführung an sich oder die Protokollierung an sich relativ einfach, indem man nicht wirklich viel protokollieren musste, sondern das einfach nebenbei machen konnte“ (LH26-30, Zeilen 360-362).

### 4. Kategorie: Entwicklungspotenzial Layout

Hinsichtlich des Layouts hatten zwei Therapeutinnen während der Durchführung Schwierigkeiten in der Aufmerksamkeitsfokussierung bei den PatientInnen wahrgenommen. Insbesondere die Gestaltung mit zwei Bildern pro Seite und dem Schriftzug des Teilhabebereichs wurden als Störfaktoren beschrieben: „Also sie konnte sich sehr schwer fokussieren auf ein Bild, weil sie schon immer beim nächsten war und dann versucht hat, das Wort wieder zu lesen (...)“ (LH26-30, Zeilen 139-142).

### 5. Kategorie: Entwicklungspotenzial Bildmaterial

Vier Therapeutinnen bemängelten die Gestaltung der Fotos, vor allem hinsichtlich Alter und Geschlecht der abgebildeten Personen: „(...) ob man da vielleicht auch das Material so auswählt, dass man sagt, man nutzt auch Bilder, auf denen vielleicht ein Mann mal was macht, damit man auch so die männlichen Patienten (...) noch mit anspricht“ (AH31-40, Zeilen 468-472).

### 6. Kategorie: Chancen und Nutzen

Die Interviewteilnehmerinnen betonten mehrfach in der Diskussion die Vorteile des Fragebogens. Drei Teilnehmerinnen beurteilten z.B. die Nutzung des Fragebogens als Instrument zur Verlaufskontrolle positiv, da FATMA sich dafür eigne, im Therapieverlauf Ziele wiederholt zu überprüfen. Auch die Reaktion der PatientInnen auf FATMA 2.0 wurde zweimal als positiv beschrieben: „Also irgendwie war das dann auch so, dass er gesagt hat, ja des ist ja jetzt irgendwie ganz cool, was wir da rausgefunden haben, also irgendwie war das auch für ihn so, ja ein Erfolg“ (CK31-40, Zeilen 627-629).

Fünf der befragten Therapeutinnen berichteten als weiteren Vorteil, dass der FATMA 2.0 es den PatientInnen ermögliche, eigene Ideen zu entwickeln, und dass sie viel Neues über ihren Alltag in Erfahrung gebracht hätten: „Auch komplett neue Ziele eigentlich erfahren, weil die Patienten dann auch erst so um die Ecke (...) gedacht haben, was dann doch noch so mit der Sprache zusammenhängt (...)“ (TB20-25, Zeilen 20-23).

Eine Therapeutin äußerte konkret, dass der FATMA 2.0 den Zielsetzungsprozess erleichtern würde: „(...) und für sie war aber dieses Thema Ziele echt immer so ein Punkt, wo ich mir dachte, oh Gott, wir müssen wieder Ziele vereinbaren (...), und dann sagt sie wirklich nach der Stunde so, das war jetzt echt schön, jetzt wissen

**Tab. 2: Zusammenfassung der Chancen und Grenzen**

Chancen	Anzahl der Nennungen	Grenzen	Anzahl der Nennungen
Möglichkeit zur Definition neuer, unerwarteter Therapieziele	5	Begleiterkrankungen erschweren Durchführung	2
Möglichkeit zur Evaluation bestehender Therapieziele	3	Durchführungsdauer variiert nach Schweregrad und Eigeninitiative der PatientInnen	2
Hohe PatientInnenzufriedenheit/positive PatientInnenreaktion	2	Fotografien variieren nur wenig in Alter, Geschlecht und kulturellem Hintergrund der abgebildeten Personen	4
Neue Informationen über PatientInnen gewinnen	2	Kurzversion liegt nicht vor	4
Geringe Itemmenge	1	Digitale Version liegt nicht vor	3
Kurze Handanweisung	1		
Bildunterstützung	2		

wir, was wir wieder machen können“ (LH26-30, Zeilen 635-638). Außerdem positiv hervorgehoben wurde die Unterteilung in die Teilbereiche der ICF sowie die Bildunterstützung und die übersichtlich gehaltene Auswahlmenge an Items.

### 7. Kategorie: Grenzen und Herausforderungen

Die Kategorie Grenzen und Herausforderungen beinhaltet verschiedene Kernaspekte. Als mögliche Grenzen von FATMA sahen die Interviewteilnehmerinnen Begleiterkrankungen (z.B. Visusbeeinträchtigungen, Aufmerksamkeitsdefizite), den Schweregrad der Aphasie und auch den Grad der Krankheitsverarbeitung. Auch das Einschätzen der Durchführungsdauer wurde als Herausforderung wahrgenommen, denn diese wurde besonders in Abhängigkeit vom Schweregrad als unterschiedlich lange eingestuft. Zugleich hatte die Eigeninitiative der PatientInnen einen Einfluss darauf.

### 8. Kategorie: Digitalisierung

Die Therapeutinnen fragten in der Fokusgruppendifkussion, ob eine Digitalisierung des FATMA 2.0 geplant sei. Besonders der Durchführungsteil, in dem die eingeschätzten Aktivitäten priorisiert werden sollen, könne durch eine digitale Version des FATMA 2.0 in der Handhabung vereinfacht werden. Auch das Problem, wie mit selbst entwickelten Zielen umgegangen werden soll, zu denen kein Bildmaterial vorhanden sei, könne so gelöst werden: „Oder die Möglichkeit zum Beispiel ein Foto (...) einzufügen (...), dass man mit dem Handy dann zum Beispiel ein Foto von einem Buch oder vielleicht von dem Patienten selber, wie er ein Buch in der Hand hat, macht, und es dann mit in den Ideenpool (...) reinnehmen könnte“ (AH31-40, Zeilen 765-768).

Grundsätzlich gaben alle befragten Therapeutinnen an, dass bei ihnen eine digitale Version technisch umsetzbar wäre.

### Diskussion

Der Vergleich der Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion mit zuvor in der Fachliteratur recherchierten Anforderungen an ein Diagnostikinstrument bzw. einen Fragebogen zeigt, dass die befragten Therapeutinnen in ihrer Bewertung ähnliche Aspekte als wichtig erachteten und thematisierten. In ihrer Beschreibung zur Beurteilung von Diagnostikinstrumenten und Fragebögen hebt *Beushausen* (2008) beispielsweise das Kriterium Ökonomie hervor, das auch in der Fokusgruppendifkussion ein wichtiges Thema war. Um die Einarbeitungszeit zukünftig zu verkürzen, wurden deshalb Instruktionen im Protokollbogen ergänzt. Dies wurde in einem zweiten TeilnehmerInnen-Check positiv hervorgehoben.

*Beushausen* (2008) erläutert im Hinblick auf die Ökonomie auch die Vorteile einer Kurzversion. In ihrer Bachelorarbeit schreibt bereits *Raab* (2014), dass der Einsatz einer Kurzversion des FATMA insbesondere bezüglich des Schweregrades der Betroffenheit von PatientInnen sinnvoll erscheint. Im FATMA 2.1 wird deshalb in der Handanweisung beschrieben, dass der Fragebogen von Therapeutinnen auch gekürzt werden kann. Dies ermöglicht es, unpassende Bilder (z.B. aus kulturellen Gründen) zu überspringen. Allerdings besteht die Gefahr, dass durch Auslassen von Einzelbildern oder Teilbereichen im Sinne einer Kurzversion bestimmte Ziele nicht zur Sprache kommen.

Des Weiteren wurde angeregt, bestimmte Abschnitte der Handanweisung im Hinblick auf die Verständlichkeit zu überarbeiten. Dieser Aspekt wird auch in der Checkliste des *Diagnostik- und Testkuratoriums* (2018) als wichtiges Kriterium angesehen. Daher wurden Formulierungen angepasst und das Layout neu formatiert.

Insgesamt wird das Material ab der postakuten Phase, sechs Wochen nach dem schädigenden Ereignis, empfohlen. Da bisher keine Version des FATMA an schwer betroffenen PatientInnen getestet werden



**Zeit für mehr  
Durchblick bei  
der Abrechnung.**

### Einfach mal zurücklehnen – wenn es um Ihre Abrechnung geht.

Wir übernehmen die vollständige Abrechnung – gesetzeskonform, schnell und unkompliziert. Den Zeitpunkt der Auszahlung bestimmen Sie dabei selbst, auch Express-Zahlungen sind möglich.

Wir machen Ihnen gerne ein **individuelles Angebot** für Ihr Unternehmen.

Angebot anfordern





konnte, existieren hier keine Erfahrungswerte. Allerdings wurden die Bildunterstützung, die Struktur des Fragebogens nach ICF und die überschaubare Itemmenge als unterstützende Faktoren für Menschen mit schweren Defiziten beurteilt. Zudem waren die Therapeutinnen sich nicht einig darüber, ob der Stand der Krankheitsverarbeitung einen höheren Einfluss auf das Finden von realistischen Zielen hat als der Schweregrad.

Nach Corsten et al. (2021) werden sowohl PatientInnen als auch TherapeutInnen immer vertrauter mit Technologien. Die Fokusgruppenspendiskussion gibt ebenfalls Hinweise darauf, dass der Trend der Digitalisierung auch im Bereich der Logopädie erwünscht ist. Beide Gruppen sprechen sich zunehmend für den Einsatz digitaler Ansätze im Diagnostik- und Therapiebereich aus. Besonders im Teil der Priorisierung könnte es hilfreich sein, wenn über ein Programm Aktivitäten mit sehr großer Wichtigkeit direkt herausgefiltert werden könnten.

## Fazit

Auf Basis der vorgestellten Studie konnte FATMA 2.1 entwickelt werden. Hierbei wurde das Material verbessert und die Anwendung einfacher und ökonomischer gestaltet. Der revidierte und mittlerweile veröffentlichte Fragebogen (Spitzer et al. 2021) unterstützt einen aktiven und gleichberechtigten Zielsetzungsprozess, bei dem TherapeutInnen und PatientInnen gemeinsam partizipative Ziele im Sinne der ICF festlegen können.

### SUMMARY. Participatory goal setting with FATMA 2.1 – The questionnaire for recording goals for activity and participation in speech and language therapy for people with aphasia

In Germany, there are so far only a few instruments that support the participatory goal setting process. Especially when people with aphasia are involved in the definition of activity and participation goals. Since, due to aphasia, the joint goal-setting process is often time-consuming, complex, and sometimes frustrating, therefore the questionnaire for activity and participation goals for people with aphasia (FATMA) was developed based on the ICF. The FATMA 2.1 represents the fourth and current version of the procedure. After optimizing the item and picture quality of the first versions FATMA 1.0, FATMA 1.1 and FATMA 2.0 based on several study results, the quality of the manual and the protocol sheet of FATMA was tested in practice. Six therapists participated in the review, who administered FATMA 2.0 to a total of ten people with aphasia. A guided focus group discussion revealed, on the one hand, that the therapists found FATMA 2.0 facilitates the goal setting process. On the other hand, the therapists provided a number of suggestions that helped to make the implementation of FATMA 2.0 more understandable and economical. Based on these suggestions the FATMA 2.1 was developed.

KEY WORDS: aphasia – questionnaire – ICF – goal setting – participation – rehabilitation

## : LITERATUR

- Beushausen, U. (2008). Der Einsatz von standardisierten Tests in der Logopädie. *Forum Logopädie* 22 (1), 6-13
- Cairns, A.J., Kavanagh, D.J., Dark, F. & McPhail, S.M. (2019). Goal setting improves retention in youth mental health: a cross-sectional analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 13 (31)
- Corsten, S., Lauer, N. & Weskamp-Nimmergut, T. (2021). Digitalität ist Wandel – Wohin entwickelt sich die Logopädie? Interview. *Forum Logopädie* 35 (2), 46-47
- Dallmeier, P., Hies, C., Grötzbach, H. & Beushausen, U. (2011). Zielsetzung in der Aphasietherapie. *Forum Logopädie* 25 (2), 24-27
- DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (2020). S3-Leitlinie Schlaganfall. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/053-011\\_S3\\_Schlaganfall\\_2021-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011_S3_Schlaganfall_2021-03.pdf) (18.12.2021)
- Diagnostik- und Testkuratorium (2018). *Personalauswahl kompetent gestalten. Grundlagen und Praxis der Eignungsdiagnostik nach DIN 33430*. Heidelberg: Springer
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/> (19.12.2021)
- Dresing, T. & Pehl, T. (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag
- Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? *L.O.G.O.S. interdisziplinär* 18 (2), 119-126
- Grötzbach, H. & Beier, J. (im Druck). Die ICF und ICF-CY. In: Siegmüller, J., Bartels, H. & Höpfe, L. (Hrsg.), *Leitfaden Sprache – Sprechen – Stimme – Schlucken*. München: Elsevier
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2014). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In: Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (131-148). Idstein: Schulz-Kirchner
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: Springer
- Lauer, N., Grötzbach, H. & Abel S. (2013). *Aphasie – ICF-basierte Therapieziele erstellen: Wort für Wort zurück ins Leben*. Würzburg: Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. [https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Arbeitskreise/ICF\\_Aphasie\\_Broschuere.pdf](https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Arbeitskreise/ICF_Aphasie_Broschuere.pdf) (08.01.2022)
- Lenzen, S.A., Daniëls, R., van Bokhoven, M.A., van der Weijden, T. & Beurskens, A. (2017). Distinguishing self-management goal setting and action planning: A scoping review. *PLoS One* 12 (11), e0188822
- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz
- Ogawa, T., Omon, K., Yuda, T., Ishigaki, T., Imai, R., Ohmatsu, S. et al. (2016). Short-term effects of goal-setting focusing on the life goal concept on subjective well-being and treatment engagement in subacute inpatients: a quasi-randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 30 (9), 909-920
- Plant, S.E., Tyson, S.F., Kirk, S. & Parsons, J. (2016). What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation* 30 (9), 921-930
- Raab, I. (2014). *Empirische Erfassung der Aktivitäten von Menschen mit Aphasie zur Festlegung von Teilhabeschwerpunkten und deren Priorisierung im Sinne der ICF*. Bachelorarbeit an der Hochschule Fresenius, Idstein
- Schmidt, A.K. (2016). *Bewertung der Repräsentativität der Items des „Fragebogens zur Erfassung von Aktivitäts- und Teilhabezielen im Sinne der ICF bei Menschen mit Aphasie“*. Bachelorarbeit an der Hochschule Fresenius, Idstein
- Schneider, B., Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2014). *Aphasie. Praxiswissen Logopädie. Qualitätssicherung*. Heidelberg: Springer
- Spitzer, L., Grötzbach, H., Kaiser, J., Klinck, M. & Lauer, N. (2021). *FATMA 2.1. Fragebogen zur Erfassung von Aktivitäts- und Teilhabezielen im Sinne der ICF bei Menschen mit Aphasie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Steinke, I. (2015). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt



**Julia Kaiser** absolvierte die Ausbildung zur Logopädin an der Berufsfachschule für Logopädie am Universitätsklinikum in Regensburg und studierte dort an der Ostbayerischen Technischen Hochschule ausbildungsintegrierend Logopädie. Derzeit ist sie in einer logopädischen Praxis und auf der Stroke-Unit sowie auf der Akutgeriatrie in einem Krankenhaus tätig. Seit 2020 ist sie Mitglied im „Arbeitskreis Aphasie“, um Projekte rund um den FATMA 2.1 zu unterstützen.



**Maxine Klinck** absolvierte ihre Berufsausbildung an der Berufsfachschule für Logopädie am Universitätsklinikum in Regensburg und den ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengang Logopädie an der Ostbayerisch Technischen Hochschule Regensburg. Seit 2018 arbeitet sie in einer Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Seit 2021 ist sie zudem als Lehrlogopädin an der Berufsfachschule für Logopädie am Universitätsklinikum in Regensburg tätig.



**Holger Grötzbach** studierte Linguistik, Psychologie und Philosophie in Bonn und Berlin mit den Schwerpunkten Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Er ist seit über 20 Jahren Leiter der Abteilung Sprachtherapie der Asklepios Klinik Schaufling. Seine Arbeitsschwerpunkte sind neurologisch bedingte Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen.



**Dr. Lena Spitzer** absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin an der LMU München. Im Anschluss folgte das Studium der Logopädie an der HAWK in Hildesheim, das sie 2008 mit dem Bachelor und 2011 mit dem Master abschloss. Parallel arbeitete sie seit 2007 in logopädischen Praxen und zuletzt im Aphasie-Zentrum Vechta. Im Anschluss folgte die Promotion an der RWTH Aachen. Seit 2019 ist sie in eigener Praxis tätig. Seit 2018 leitet sie den Arbeitskreis Aphasie, in dessen Rahmen FATMA 2.1 entstanden ist.



**Prof. Dr. Norina Lauer** studierte nach mehrjähriger logopädischer Tätigkeit Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen. Danach war sie als Lehrlogopädin an Fachschulen in Ludwigshafen und Karlsruhe tätig und promovierte an der RWTH Aachen. Von 2009 bis 2018 leitete sie den Bachelorstudiengang Logopädie der Hochschule Fresenius Idstein. Seit 2018 ist sie Professorin an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg und führt Forschungsprojekte zum Thema Logopädie und Digitalisierung durch.

DOI 10.2443/skv-s-2022-53020220203

**KONTAKT**

**Julia Kaiser**

Praxis Wirbelwind für Ergotherapie und Logopädie  
Hochruckäcker 7 · 92449 Steinberg am See  
julia.kaiser2020@gmail.com

Maxine Klinck: m.klinck@gmx.net

**Als Praxis für Logopädie selbst abrechnen, aber günstiger?**  
MIT SEVERINS GEHT DAS!

Wir übernehmen das tägliche Kleinklein mit den Kassen und zahlen das Geld innerhalb von zehn Kalendertagen aus. Ohne Risiko, denn der Vertrag ist jederzeit kündbar.

SEVERINS GmbH | T. 0281 – 16394-50  
meinangebot@severins.de | www.severins.de/logo



Sie finden uns auf den **Social-Media**-Kanälen unter **Schulz-Kirchner Verlag**.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

## Digitale Praxisorganisation mit THEORG

Grundlegende Funktionen und praktische Features der Software THEORG unterstützen Sie bei der **Digitalisierung Ihrer Praxisverwaltung**.

Nutzen Sie THEORG wie und wo Sie wollen: am **PC, Tablet oder Smartphone**.

Durch den flexiblen Aufbau der Software ist THEORG für große und kleine Praxen geeignet – **auch für Existenzgründer!**

**SOVDWAER GmbH**  
Franckstraße 5  
71636 Ludwigsburg  
Tel. 0 71 41 / 9 37 33-0  
info@sovdwaer.de  
www.sovdwaer.de

# THEORG

Software für THErapieORGanisation

SGN 2.DBB.1