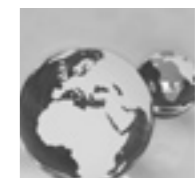


Trägerübergreifende Zusammenarbeit - Koordinierung und Kooperation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

2



ICF-PRAXISLEITFADEN 2

Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

$$B = f(G_p, K)$$



ICF-PRAXISLEITFADEN 2

Trägerübergreifende Informationen und Anregungen
für die praktische Nutzung der Internationalen
Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung
und Gesundheit (ICF)

in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt am Main
Telefon 069.6050180
Telefax 069.60501829
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main - Februar 2008
ISBN 3-9807410-8-7

INHALT

VORWORT		6
EINLEITUNG		7
KAPITEL 1	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	10
	■ ICD und ICF	10
	■ Begrifflichkeiten und Modell der ICF	11
	■ Das bio-psycho-soziale Modell der ICF	11
	■ Bedeutung der ICF	12
	■ Konzepte der ICF	13
	■ Kodierungsleitlinien für die ICF	16
	■ Beurteilungsmerkmale der ICF	17
	■ Anwendungsbeispiel für eine ICF-orientierte Fallstrukturierung	17
KAPITEL 2	Umsetzung der ICF in die klinische Rehabilitation	19
	■ Teilhabe als Rehabilitationsziel	19
	■ Unterstützung der Rehabilitationszielsetzung durch Orientierung am Kontext und an der Teilhabe	20
	■ Unterstützung der Interdisziplinären Teamarbeit durch Nutzung der ICF	27
	■ Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten für die Rehabilitationsplanung	29
KAPITEL 3	Ausgewählte Beispiele zur ICF-orientierten Dokumentation	32
	■ Ausgewählte Beispiele für die Suche nach Wegen zur Reduktion der Komplexität der ICF-Komponenten	32
	■ Ausgewählte Beispiele zur Nutzung der ICF bei der klinikinternen Organisations- und Dokumentationsstruktur	40
	■ Der Rehabilitationsentlassungsbericht	43
	■ Aufwand für ICF-orientierte interdisziplinäre Teamarbeit und Dokumentation	44
KAPITEL 4	Fazit, Entwicklung und Ausblick	45
ANHANG	Glossar	48
	Einführende Literatur	50
	Ausgewählte weiterführende Literatur	51
	Autoren und Berater der Projektgruppe	53

VORWORT

Der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2006 vorgelegte ICF-Praxisleitfaden richtet sich insbesondere an die an der Schnittstelle zur Rehabilitation (z.B. Rehabilitationszugang und -nachsorge) tätigen Ärzte. Dieser Praxisleitfaden zur Nutzung der ICF, erstellt von einer Arbeitsgruppe des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR, wendet sich insbesondere an die in Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte und Therapeuten, um sie mit der Konzeption der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vertraut zu machen und sie ihnen als eine Grundlage für die systematische Erfassung der bio-psycho-sozialen Aspekte unter besonderer Berücksichtigung der Kontextfaktoren näher zu bringen. Dies bedeutet eine Ergänzung des krankheitsbezogenen bio-medizinischen Modells um das sog. bio-psycho-soziale Modell der ICF.

Die Orientierung der medizinischen Rehabilitation an der ICF-Konzeption wird zunehmend vorausgesetzt. Der trägerübergreifend konzipierte Praxisleitfaden bedient sich verschiedener Textmodule aus dem o. g. ICF-Praxisleitfaden und vermittelt einen Einblick in die Bedeutung und Anwendungsmöglichkeiten der ICF in der praktischen Rehabilitationsarbeit und zeigt damit Lösungen auf, wie die theoretischen Konzepte praktisch umgesetzt werden können. Er ist insbesondere auch auf die ICF-bezogenen Anforderungen und die daraus resultierenden zukünftigen Herausforderungen der weiteren Organisationsentwicklung von Rehabilitationseinrichtungen ausgerichtet.

Bernd Petri
Geschäftsführer der
Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR)

Prof. Dr. med. Wolfgang Seger
Vorsitzender des Sachverständigenrates der
Ärzeschaft der BAR



Der Praxisleitfaden soll mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) vertraut machen und ihre Bedeutung für die rehabilitative Tätigkeit vermitteln. Daher richtet sich diese Ausarbeitung in erster Linie an Ärzte und Therapeuten in Rehabilitationseinrichtungen, grundsätzlich aber auch an alle, die an der Indikationsstellung und der Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen beteiligt sind.

Leistungen zur Teilhabe und der Bezug zur ICF

Leistungen zur Teilhabe können gemäß dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) bedroht oder bereits beeinträchtigt ist. Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabeaspekt der ICF eng verbunden. Eine biomedizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) ist für die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe allein nicht ausreichend. Zusätzlich sind die krankheits- und behinderungsbedingten bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen ebenfalls zu berücksichtigen. Um den Leistungsanspruch zu begründen, muss die Teilhabe beeinträchtigt oder zumindest bedroht sein.

Das bio-psycho-soziale Modell und seine Bedeutung für die ärztliche und rehabilitative Tätigkeit

Die demografische und epidemiologische Entwicklung in Deutschland ist gekennzeichnet durch Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung mit einem zunehmenden Anteil älterer Menschen und eines Morbiditätsspektrums mit Zunahme chronischer Krankheiten und Krankheitsfolgen. Die Folgen von (chronischen) Erkrankungen werden im ICF-Modell der funktionalen Gesundheit als das Ergebnis einer Wechselwirkung von Krankheit, Individuum und seinem Kontext dargestellt. Zum Kontext eines Menschen gehören sowohl die Lebensgeschichte und Persönlichkeit als auch die physische und soziale Umwelt. Deshalb richtet sich die rehabilitative Tätigkeit nicht nur an die betroffenen Personen selbst, sondern betrifft auch die Bedingungen, welche die Beeinträchtigungen verstärken oder vermindern.

Der Lebenshintergrund spielt meist eine große Rolle bei der Frage, ob ein gesundheitliches Problem bzw. eine Krankheit (Bezugssystem: ICD) eines Menschen zu einer Gefährdung oder Einschränkung seiner Teilhabe am Arbeitsleben bzw. am Leben in der Gesellschaft führt.

Das kurativmedizinische Handeln wird systematisch erweitert um eine ganzheitliche bio-psycho-soziale Betrachtung, bei der die Krankheiten und Krankheitsfolgen in Beziehung zur Biographie und Lebenswelt des betroffenen Menschen gesehen werden können. Diese Gedanken sind natürlich nicht neu für die in der Rehabilitation Tätigen: Schon lange werden berufliche Aspekte oder die Alltagsbedingungen in der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt.

Das weit über die Aspekte der Krankheit selbst hinausgehende Aufgabenspektrum der medizinischen Rehabilitation erfordert ein abgestimmtes Handeln zwischen den an der Rehabilitation beteiligten Disziplinen, Institutionen und Versorgungsbereichen. Dafür ist ein gemeinsames Rehabilitationsverständnis auf der Basis einheitlicher, träger- und berufsgruppenunabhängiger Begrifflichkeiten (sog. „gemeinsame Sprache“) erforderlich.

Die ICF stellt eine von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschlossene begriffliche Grundlage dar. Sie bietet einen systematischen Ansatz zur Betrachtung der Aus- und Wechselwirkungen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Diese geschieht auf den Ebenen der Strukturen und Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) einer Person vor dem Hintergrund ihrer Lebenswelt. Sie ist grundsätzlich nicht nur defizitorientiert sondern auch mit Blick auf die vorhan-

denen Ressourcen möglich. Sie kann auch sehr hilfreich sein beim Erkennen und bei der Klassifizierung von möglichen Barrieren und Förderfaktoren. Die ICF ist mit ihrem berufsgruppenunabhängigen Ansatz geeignet, einen einheitlichen konzeptionellen und begrifflichen Ansatz in der Rehabilitation zu fördern. Funktionale Diagnostik, therapeutische Ziele und Strategien sowie die Ergebnisse der Rehabilitation lassen sich in den Kategorien der ICF nachvollziehbar beschreiben.

Die ICF umfasst grundsätzlich auch die personale Ebene – auch wenn sie diese derzeit noch nicht klassifiziert – und bezieht damit u.a. die subjektive Sicht des betroffenen Menschen mit ein. Dies ist deshalb wichtig, da bei dem chronisch kranken oder behinderten Menschen oft nicht die Krankheitsdiagnose allein für die Lebenssituation entscheidend ist sondern insbesondere die erlebte Beeinträchtigung in Alltag und Beruf. Die Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells kann den Zugang zum betroffenen Menschen leichter machen und in der Kommunikation die subjektiven Krankheitserfahrungen leichter erfassen lassen. Auf der theoretischen Grundlage der ICF können ggf. auch Rehabilitationsziele und -ergebnisse sowie die Entscheidungen der Rehabilitationsträger nachvollziehbarer vermittelt und die Eigenverantwortung und Mitarbeit von Betroffenen gefördert werden.

Bei geeigneter Nutzung der ICF ist auch ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Effektivität rehabilitativer Maßnahmen, insbesondere der Bedarfsgerechtigkeit und der Evaluation der Ergebnisqualität, zu erwarten.

Der Vertragsarzt kommt bereits heute im Rahmen seiner Tätigkeit für die Krankenkassen vor allem bei der Frage nach einer möglichen Rehabilitationsindikation seiner Patienten mit der ICF in Berührung. Einen konkreten Anknüpfungspunkt stellt dabei die Rehabilitationsverordnung gemäß der Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 SGB V dar. Diese zum 1. April 2004 in Kraft getretene Richtlinie zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen im Recht der Krankenversicherung wurde bereits auf der Grundlage der ICF erstellt. Der große Anteil von Patienten mit chronischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung legt nahe, sich bei der Versorgung dieser Personen stärker am bio-psycho-sozialen Modell der ICF zu orientieren.

Den Fachkräften in der Rehabilitation stellt sich die Frage, an welcher Stelle, in welchem Umfang, in welcher Organisationsform und mit welchem Aufwand sie die ICF in den Rehabilitationsprozess ihrer Einrichtung integrieren können und sollen.

Die Umsetzung der ICF-Konzeption in die klinische und ambulante Praxis steht noch am Anfang. Die Nutzungsmöglichkeiten der ICF sind noch nicht ausgeschöpft. Diese Broschüre soll der Einführung und größeren Verbreitung der ICF in die praktische rehabilitative Arbeit dienen. Voraussetzung ist die Kenntnis der ICF-„Philosophie“ und ihrer Grundbegriffe.

Aufbau der ICF-Arbeitshilfe

Kapitel 1 liefert einen Überblick über Inhalt und Systematik der ICF einschließlich Skizzierung der historischen Entwicklung. Ein Fallbeispiel stellt die Verbindung zwischen den anamnestischen bzw. klinischen Daten und den entsprechenden Begrifflichkeiten der ICF her.

Im *Kapitel 2* werden spezielle Anwendungsbereiche der ICF in einer Rehabilitationseinrichtung beschrieben. Im Blickfeld stehen insbesondere die Unterstützung bei der Rehabilitationszielsetzung und Teambildung durch die ICF.

Kapitel 3 beschreibt anhand ausgewählter Beispiele die sich aus der ICF-Orientierung ergebenden organisatorischen Herausforderungen und praktikablen Lösungen für eine einrichtunginterne Dokumentation. Einen besonderen Schwerpunkt stellt der Rehabilitationsentlassungsbericht dar mit Beschreibung und Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben/am Arbeitsplatz/im häuslichen Kontext und strukturiert nach der ICF.

Im *Kapitel 4* werden die Kernaussagen zusammengefasst und mögliche künftige Perspektiven für die Nutzung der ICF aufgezeigt. Dies umfasst auch Forschungsprojekte für die Weiterentwicklung und Praktikabilität der ICF-Verwendung.

Im *Anhang* finden sich das Glossar, einführende und ausgewählte weiterführende Literatur sowie das Verzeichnis der Autoren und Berater.



Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Der Schwerpunkt der Nutzung der ICF liegt derzeit auf der Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells unter Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF. Der Einsatz der ICF als Kodierungsinstrument beschränkt sich zurzeit auf Forschungsprojekte. Ein genereller Einsatz der Kodierung ist auch mittelfristig wegen zahlreicher offener Fragen nicht zu erwarten. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die ICF gegeben.

■ **ICD und ICF**

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) ist vor dem Hintergrund ihres bio-medizinischen Modells ein international eingeführtes Begriffssystem, mit dem Krankheitsphänomene und Krankheiten einheitlich bezeichnet werden. Hierdurch werden eine „gemeinsame Sprache“ und eine eindeutige Kommunikation über festgestellte Gesundheitsstörungen innerhalb und zwischen Professionen und Institutionen ermöglicht.

Die Kommunikation mit Hilfe der ICD findet dort ihre Grenzen, wo nicht über Krankheiten selbst sondern über die mit ihnen einhergehenden funktionalen Probleme, d.h. über die negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben eines Betroffenen, gesprochen wird. Dazu gehören z.B. Beeinträchtigungen in den Bereichen der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen oder des Erwerbslebens.

Die Notwendigkeit, für funktionale Probleme eine international anerkannte und einheitliche Sprache zu verwenden, die von allen professionellen Gruppen im sozialen Sicherungssystem in gleicher Weise verstanden wird, ergibt sich aus der steigenden Prävalenz chronischer Krankheiten bei zunehmender Lebenserwartung. Für das Management der Folgen chronischer Erkrankungen in der sozialen Sicherung, zur Interventionsplanung, -durchführung und Verlaufskontrolle ist ein einheitliches Begriffssystem notwendig. Eine solche einheitliche Sprache dient der Beschreibung krankheits- oder altersbedingter funktionaler Probleme und der Planung von Maßnahmen zur Prävention und Intervention. Darüber hinaus stellen die Verhütung, Beseitigung oder Verminderung funktionaler Probleme, wie z.B. Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit, das soziale Sicherungssystem vor wachsende Herausforderungen. Da in Deutschland das soziale Sicherungssystem gegliedert ist, ergeben sich entsprechende Schnittstellen, die im prozessualen Übergang auch Probleme bereiten können. Auch die organisatorische Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung ruft solche Schnittstellen hervor. Eine einheitliche Sprache zu funktionalen Problemen kann auch als Brücke zwischen behandelnden Ärzten, Reha-Therapeuten und Rehabilitationsträger einerseits sowie zwischen den verschiedenen Reha-Trägern andererseits dienen. Sie kann hilfreich sein bei der Begründung für die Erbringung von Leistungen und für eine zielgerichtete und schnelle Zuweisung zu entsprechenden Einrichtungen.

Eine solche „Sprache“ stellt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zur Verfügung. Sie wurde im Jahr 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet. Die ICF ersetzt nicht sondern ergänzt die ICD. Die Therapeuten einer Rehabilitationseinrichtung erhalten mit der ICF ein Instrument, das ihnen ihre Rolle als persönlicher Berater und zukunftsweisender Wegbereiter für die verschiedenen Teilhabebereiche ihrer Patienten, als professioneller Partner der unterschiedlichen Gesundheitsberufe sowie als Vertragspartner der Kostenträger erleichtern soll.

■ **Begrifflichkeiten und Modell der ICF**

Die ICF stellt auf Aspekte der funktionalen Gesundheit und ihre Zusammenhänge ab (engl. functioning, „Funktionsfähigkeit“). Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Damit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmendes und gleichberechtigtes Subjekt in der Gesellschaft (Teilhabe) einbezogen. Diese Komponenten werden in Wechselwirkung mit Kontextfaktoren gesehen. Die Folgen einer Erkrankung spiegeln damit nicht nur ein individuelles Schicksal, sondern auch das Ergebnis möglicher Wechselwirkungen von krankheitsbedingten und kontextuellen Faktoren wider. Zum Kontext zählen alle externen Gegebenheiten der Umwelt, in der die betreffende Person lebt (Umweltfaktoren), sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (personbezogene Faktoren). Kontextfaktoren können sich positiv oder negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken.

Im Gegensatz zum bio-medizinischen Modell (ICD) wird in der ICF die funktionale Gesundheit einer Person grundsätzlich in ihrer sozialen und biographischen Dimension betrachtet.

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD), der Person und ihren Kontextfaktoren. Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der ICF-Terminologie Behinderung genannt.

■ **Das bio-psycho-soziale Modell der ICF**

Nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (*Abb. 1*) variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des Modells kann als Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme herangezogen werden. So kann z.B. eine längere Bettlägerigkeit einer Person (Aktivitätseinschränkung) eine Muskelatrophie (Strukturschaden mit Funktionsstörung) bewirken. Eine krankheitsbedingt langzeitarbeitslose Person (Beeinträchtigung der Teilhabe) kann eine reaktive Depression entwickeln oder alkoholabhängig werden (beides Krankheiten). Derartige Prozesse werden Sekundärprozesse genannt. Mit möglichen Sekundärprozessen sollte immer gerechnet werden.

Neben Sekundärprozessen sind auch induzierte Prozesse bekannt. Induzierte Prozesse können sich bei Dritten, meist nächsten Angehörigen entwickeln. Bekannt sind induzierte Prozesse z.B. bei Eltern und/oder Geschwistern von krebserkrankten Kindern.

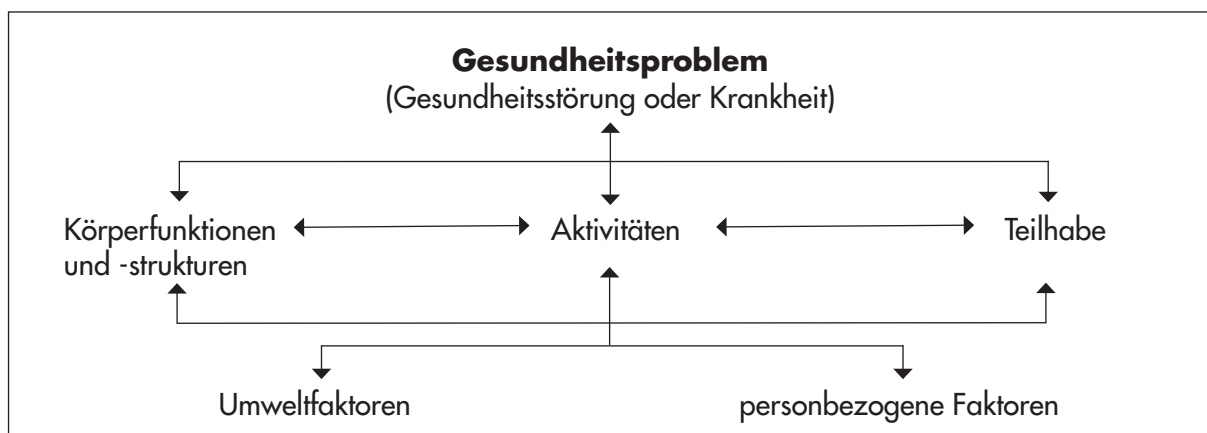


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Wird das Gesundheitsproblem als gegeben vorausgesetzt, dann kann der Einfluss der im Einzelfall bedeutsamen Kontextfaktoren auf eine funktionale Problematik zwischen „sehr hoch“ und „sehr niedrig“ bzw. gar nicht variieren, je nach Konstellation der Kontextfaktoren. Kann z.B. eine Person in Folge ihres Gesundheitsproblems noch halbtags arbeiten und möchte sie dies auch, besteht im aktuellen Wirtschaftssystem jedoch eine Zurückhaltung, Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung zu stellen, dann hat bei der Person dieser Umweltfaktor (Einstellungen in der Wirtschaft) einen negativen Einfluss auf die Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Erwerbsleben (Barriere). In einer Wirtschaft hingegen, in der für gesundheitlich Beeinträchtigte genügend Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung stehen (Einstellungen in der Wirtschaft, diesmal positiv als Förderfaktor), käme es unter sonst gleichen Voraussetzungen praktisch kaum zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Erwerbsleben.

In der ICF sind funktionale Probleme nicht mehr Attribute einer Person, sondern das negative Ergebnis einer Wechselwirkung. Diese Betrachtung eröffnet neue Perspektiven der Hilfe.

■ Bedeutung der ICF

Die ICF ist eine Klassifikation, mit welcher der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person beschrieben werden kann. Insbesondere ermöglicht sie es,

- das positive und negative Funktions-/Strukturbild
- das positive und negative Aktivitätsbild
- das positive und negative Teilhabebild

einer Person vor dem Hintergrund möglicher Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren oder unmöglich machen, oder Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, standardisiert zu dokumentieren.

Ein wichtiges Ziel der ICF ist, eine „gemeinsame Sprache“ für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in der Rehabilitation, sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern. Darüber hinaus stellt sie ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit. Sie ermöglicht im Rahmen wissenschaftlicher Fragestellungen auch Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf.

Die Bedeutung der ICF für die Rehabilitation lässt sich wie folgt skizzieren: Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit, insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person, ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Daher ist die ICF für die Rehabilitation z.B. bei der Feststellung der Rehabilitationsindikation, der funktionalen Diagnostik, dem Rehabilitationsmanagement, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Leistungen nutzbar.

- Die ICF fördert die Einbeziehung der individuell relevanten Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) in den Rehabilitationsprozess: Barrieren sind abzubauen und Förderfaktoren sind auszubauen oder zu stärken.
- Die ICF trägt dazu bei, den Rehabilitationsprozess in der Zielsetzung auf die Teilhabe des Rehabilitanden zu fokussieren.
- Die ICF liefert einen möglichen Strukturrahmen für die Dokumentation des Rehabilitationsprozesses.

■ Konzepte der ICF

– *Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen*

Das Konzept der Körperfunktionen und -strukturen (*Tabelle 1*) bezieht sich auf den menschlichen Organismus, wobei die körperliche und psychische Seite umfasst werden. Dabei sind Körperfunktionen die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen), Körperstrukturen anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur wie z. B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Tabelle 1: Klassifikationen der Körperfunktionen und Körperstrukturen

Klassifikation der Körperfunktionen (Kapitel der ICF)	Klassifikation der Körperstrukturen (Kapitel der ICF)
1. Mentale Funktionen	1. Strukturen des Nervensystems
2. Sinnesfunktionen und Schmerz	2. Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
3. Stimm- und Sprechfunktionen	3. Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	4. Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	5. Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6. Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7. Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	8. Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

– Konzept der Aktivitäten

Das Konzept der Aktivitäten bezieht sich auf den Menschen als handelndes Subjekt. Hierbei wird unter einer Aktivität die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe verstanden. Beeinträchtigungen einer Aktivität sind Probleme, die eine Person bei der Durchführung einer Handlung oder Aufgabe hat.

Das Aktivitätskonzept unterscheidet zwischen zwei Sachverhalten: Leistungsfähigkeit und Leistung. Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen, wobei die Bedeutung von „maximal“ abhängig von der Fragestellung ist (z.B. Dauerleistungsfähigkeit, Spitzenleistungsfähigkeit). Das Ausmaß einer Leistungsfähigkeit bezüglich einer Aktivität muss entweder aus dem positiven und negativen Funktions- und Strukturbild erschlossen oder, sofern dies z.B. wissenschaftlich begründet nicht möglich ist, getestet werden.

Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person unter den Gegebenheiten ihres Kontextes. Mit dem Begriff der Leistung wird berücksichtigt, dass die konkrete Durchführung einer Handlung oder Aufgabe stets in einem bestimmten Kontext erfolgt. Die Leistung variiert mit der Konstellation des Kontextes. So verbessert sich z.B. die Leistung in der Fortbewegung eines in der Fortbewegung eingeschränkten Menschen durch Benutzung eines Rollators.

Die Beziehung zwischen den Konstrukten „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“ ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass von „Leistungsfähigkeit“ allein im Allgemeinen nicht auf „Leistung“ geschlossen werden kann. Es bedarf zusätzlicher Informationen über die Gegebenheiten der Umwelt, unter welchen die Leistungsfähigkeit in Leistung umgesetzt werden soll, und über die Leistungsbereitschaft der betrachteten Person. Dies gilt auch für den umgekehrten Fall.

Wichtige Aufgaben der Rehabilitation sind die Wiederherstellung oder die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, die Verbesserung der Gegebenheiten des Kontextes durch Abbau von Barrieren und Schaffung von Förderfaktoren sowie ggf. das Einwirken auf die Leistungsbereitschaft.

– Konzept der Teilhabe

Das Teilhabekonzept bezieht sich auf den Menschen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt. *Teilhabe* ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. *Beeinträchtigungen der Teilhabe* sind Probleme, die eine Person beim Einbezug in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich hat.

Das Konzept der Teilhabe ist mit Fragen nach dem Zugang zu Lebensbereichen sowie der Daseinsentfaltung und dem selbstbestimmten Leben und gleichberechtigten Teilhabe verknüpft sowie mit Fragen der Zufriedenheit, der erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der erlebten Anerkennung und Wertschätzung in den Lebensbereichen, die für die betrachtete Person von Bedeutung sind. Deshalb ist es wichtig, die Ziele der Rehabilitation gemeinsam mit dem Rehabilitanden zu erarbeiten.

– Gemeinsame Klassifikation für Aktivitäten und Teilhabe

Die Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Tabelle 2) enthält Lebensbereiche. *Lebensbereiche* sind Bereiche menschlichen Handelns (Aktivitäten) und/oder menschlicher Daseinsentfaltung (Teilhabe). Da sich diese Bereiche überschneiden und in der Praxis nur sehr schwer getrennt werden können, gibt es nur eine gemeinsame Klassifikation für Aktivitäten und Teilhabe. Beispielsweise kann im Hinblick auf die Mobilität einer Person für die Therapieplanung die Betrachtung der einzelnen Aktivitäten (Gehen, Bücken, Sitzen, Treppen steigen u. a.) im Vordergrund stehen, für die Frage nach der Daseinsentfaltung (z.B. Anfahrt zum Arzt, Besuche in der Nachbarschaft, Reisen) die Betrachtung der Teilhabe (Mobilität mit und ohne Transportmittel).

Mit den Items der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe lassen sich Lebensbereiche abbilden und damit die individuelle Situation einer Person beschreiben. Z.B. können die verschiedenen zu verrichtenden Arbeiten (Handlungen und Aufgaben) an einem Arbeitsplatz als ein Lebensbereich aufgefasst und mit Items der Aktivitäten und Teilhabe aufgeschlüsselt werden. Darüber hinaus können bei der Zielsetzung in der Rehabilitation diejenigen Lebensbereiche beschrieben werden, an denen der Rehabilitand wieder teilhaben möchte.

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)

1. Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3. Kommunikation (z.B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
4. Mobilität (z.B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5. Selbstversorgung (z.B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6. Häusliches Leben (z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z.B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8. Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

– Konzept der Kontextfaktoren

Die Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person werden in der ICF *Kontextfaktoren* genannt. Kontextfaktoren setzen sich aus (1) Umweltfaktoren und (2) personbezogenen Faktoren zusammen. *Umweltfaktoren* bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Umweltfaktoren sind in der ICF klassifiziert. *Personbezogene Faktoren* sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute) und beziehen sich auf die Seiten einer Persönlichkeit und auf Einstellungen und Verhalten einer Person, die krankheitsunabhängig bestehen. Personbezogene Faktoren sind in der ICF noch nicht klassifiziert.

Die Einbeziehung von Kontextfaktoren (Tabelle 3) ermöglicht es, die Frage zu beantworten, welche Faktoren sich positiv und oder negativ auf die funktionale Gesundheit einer Person auswirken. Im ersten Fall wird von *Förderfaktoren* und im zweiten Fall von *Barrieren* gesprochen. Es macht z.B. bei der Beurteilung der funktionalen Gesundheit einer Person keinen Sinn, Kontextfaktoren zu nennen, ohne gleichzeitig anzugeben, ob sich diese als Förderfaktoren oder Barrieren auswirken oder auswirken können.

Tabelle 3: Kontextfaktoren der ICF

Umweltfaktoren – Klassifikation der Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)	Personbezogene Faktoren (nicht klassifiziert), z. B.
1. Produkte und Technologien (z.B. Hilfsmittel, Medikamente)	• Alter
2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z.B. Bauten, Straßen, Fußwege)	• Geschlecht
3. Unterstützung und Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheits- und Sozialsystems)	• Charakter
4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (z.B. Einstellung der Wirtschaft zu Teilzeitarbeitsplätzen)	• Lebensstil
5. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z.B. Gesundheits- und Sozialsystem mit seinen Leistungen und Diensten, Rechtsvorschriften)	• Fitness
	• sozialer Hintergrund
	• Erziehung
	• Bildung/Ausbildung
	• Beruf
	• Erfahrung
	• Coping
	• genetische Prädisposition

■ Kodierungsleitlinien für die ICF

Die Komponenten der ICF werden für jeden Code mit einem Präfix gekennzeichnet:

- **b** für Körperfunktionen,
- **s** für Körperstrukturen,
- **d** für Aktivitäten und Partizipation,
- **e** für Umweltfaktoren.

Es ist dem Anwender überlassen, das Präfix **d** durch **a** oder **p** zu ersetzen, um **Aktivitäten** bzw. **Partizipation** zu bezeichnen. Den Buchstaben folgt ein numerischer Code, der mit der Nummer des Kapitels beginnt (eine Ziffer), gefolgt von der zweiten Ebene (zwei Ziffern) sowie der dritten oder vierten Ebene (jeweils eine Ziffer).

Beispiel:

b 2	Sinnesfunktion und Schmerz	(Item der 1. Ebene)
b 210	Funktionen des Sehens (Sehsinn)	(Item der 2. Ebene)
b 2102	Qualität des Sehvermögens	(Item der 3. Ebene)
b 21022	Kontrastempfindung	(Item der 4. Ebene)

Abhängig von den Bedürfnissen des Anwenders kann jede Zahl eines anwendbaren Codes auf jeder Ebene verwendet werden. Weitere Kodierungsanweisungen sind der ICF zu entnehmen. Kodierungen werden gegenwärtig nur in Modellprojekten vorgenommen.

■ **Beurteilungsmerkmale der ICF**

Die ICF enthält verschiedene Beurteilungsmerkmale, um den Zustand der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der einzelnen Klassifikationen näher zu charakterisieren.

Den einzelnen ICF-Komponenten sind unterschiedliche Beurteilungsmerkmale zugeordnet. Dazu gehört z.B. die Angabe des Schweregrades der Problematik auf den Ebenen der Körperfunktionen, Körperstrukturen, der Aktivitäten/Teilhabe und der Umweltfaktoren. Allerdings liefert die ICF zurzeit noch keine Operationalisierung für die Schweregradeinteilung. Auf der Ebene der Körperstrukturen können außerdem die Art und die Lokalisation der Schädigung gekennzeichnet werden.

Beurteilungsmerkmale für die Bereiche der Aktivitäten und Teilhabe betreffen die Differenzierung nach Leistungsfähigkeit oder Leistung unter Berücksichtigung des jeweiligen Kontextes (standardisierte oder reale Bedingungen, mit oder ohne Hilfsmittel/Assistenz). Mit Beurteilungsmerkmalen kann vor allem auch der positive oder negative Aspekt der jeweiligen ICF-Komponente ausgedrückt werden, der z.B. im Bereich der Umweltfaktoren einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen kann. Weitere Detailinformationen werden hier nicht ausgeführt, da sie speziell die Kodierungsregelung betreffen. Hierzu wird auf die ICF und die einschlägige Literatur verwiesen.

■ **Anwendungsbeispiel für eine ICF-orientierte Fallstrukturierung**

In der Rehabilitation sollten nicht nur Informationen über die Krankheitsdiagnosen (ICD), sondern auch der Krankheitsauswirkungen und der relevanten Kontextfaktoren (ICF) vorliegen.

Anhand des nachfolgenden Beispiels soll verdeutlicht werden, dass die Informationen aus der Anamnese sich zwanglos in eine ICF-orientierte Struktur einfügen lassen.

- Auszug aus der Anamnese:

68-jähriger Rentner, verwitwet, übergewichtig (102 kg bei 186 cm), lebt in der ersten Etage (2 x 6 Treppenstufen) in einem Zweifamilienhaus (Eigentum) im Dorf L. Sohn und Schwiegertochter wohnen im Erdgeschoss.

Der Patient hat sich bis zum Schlaganfall komplett selbst versorgt. Er erhält nach der Erkrankung Unterstützung durch die Familie des Sohnes, jedoch zeitlich beschränkt, da Sohn und Schwiegertochter berufstätig sind. Er hat vor dem Schlaganfall gerne im Garten gearbeitet, jeden Freitag am Dorfstammtisch teilgenommen. Er ist/war Ehrenvorsitzender der Freiwilligen Feuerwehr.

Hausarztversorgung und Krankengymnastik können im Dorf erfolgen, Logopädie und Ergotherapie im Nachbarort (15 km). Ein Facharzt für Neurologie ist nur in der Kreisstadt (30 km) erreichbar. Es besteht eine schlechte Verkehrsanbindung an den Nachbarort und die Kreisstadt: Der Bus fährt 2 Mal pro Tag.

Einkaufsmöglichkeiten sowie Apotheke im Dorf vorhanden.

- Diagnosen:

Mediateilinfarkt links mit Aphasie und Hemiparese rechts. Arterielle Hypertonie. Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie.

- Beschwerden:

Gehen ist nur mit Handstock möglich, maximale Gehstrecke 200 m. Ausgeprägte Wortfindungsstörungen. Schwierigkeiten beim Greifen kleiner Gegenstände. An- und Auskleiden des Oberkörpers möglich, im Unterkörperbereich nur mit Hilfe. Körperhygiene weitestgehend selbstständig: Braucht nur beim Duschen Supervision, da Herr F. Angst hat, in der Dusche auszurutschen.

Gartenarbeit ist wegen der Hemiparese nicht mehr möglich. Der Sohn fährt seinen Vater zwar regelmäßig zum Stammtisch, wegen der Wortfindungsstörungen kann sich Herr F. jedoch nicht aktiv an den Gesprächen beteiligen. An den Versammlungen der Freiwilligen Feuerwehr nimmt Herr F. seit seinem Schlaganfall nicht mehr teil.

Das Beispiel zeigt, wie sich die Informationen, die routinemäßig in der klinischen Rehabilitation erhoben werden, ohne besondere Mühe nach dem Modell der ICF strukturieren lassen (Abb. 2). Mit der Zuordnung zu den Komponenten des ICF-Modells lassen sich mögliche Beziehungen zwischen Kontextfaktoren und Folgen des Schlaganfalls leicht darstellen.

Ob solche Beziehungen allerdings im Einzelfall tatsächlich bestehen, ist zu prüfen. Die ICF kann die Ergebnisse der Befunderhebung nur strukturiert abbilden helfen, aber nicht selbst zu deren Feststellung dienen. Die ICF ist eine Konzeption und Klassifikation, kein Assessmentinstrument!

Die ICF kann grundsätzlich nur eine Art „Momentaufnahme“ und somit auch keine Krankheitsdynamik und -prognose klassifizieren. Bei sozialmedizinischen Fragestellungen, wie z.B. bei der Indikationsstellung für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, müssen natürlich zusätzliche krankheitsspezifische Parameter, wie Schwere (Befunde), Dauer, bisherige Therapie und Verlauf der zugrunde liegenden Erkrankung(en), einbezogen werden. Bei der sozialmedizinischen Beurteilung (z.B. Reha-Entlassungsbericht, Gutachten) und auch bei der Festlegung der Rehabilitationsziele sind krankheitsbedingte – in der ICF aber nicht abgebildete – Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen.

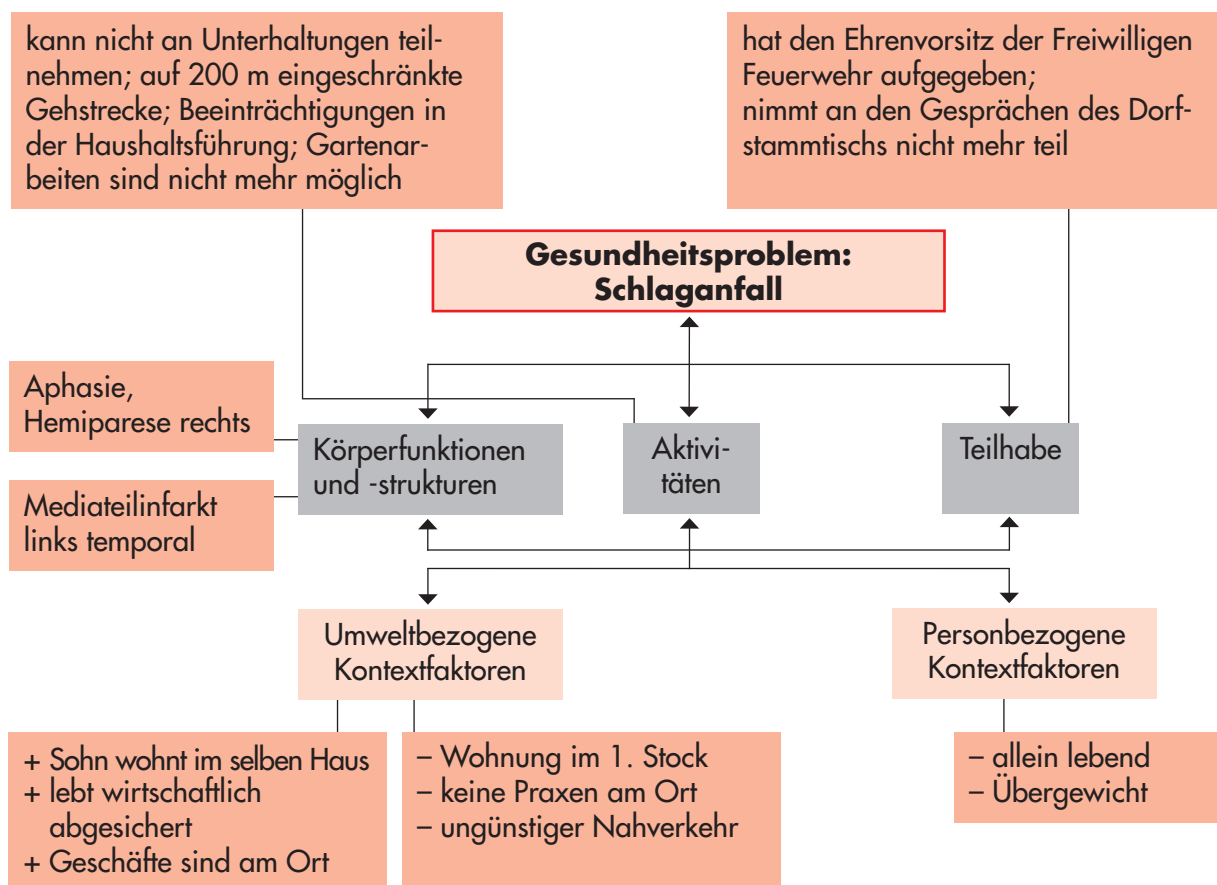


Abbildung 2: Fallstrukturierung ICF-orientiert (+ Förderfaktoren / – Barrieren)

Umsetzung der ICF in die klinische Rehabilitation

■ **Teilhabe als Rehabilitationsziel**

Eine entscheidende Neuerung der ICF ist es, eine Interaktion zwischen den Ebenen Gesundheitsproblem, Funktionen, Aktivitäten, Teilhabe und dem Kontext zugrunde zu legen. Dies bedeutet, dass Behinderungen nicht mehr allein als Probleme eines Einzelnen gesehen werden. Vielmehr werden die biographischen, sozialen, kulturellen und materiellen Lebensbedingungen berücksichtigt. Vor allem die Teilhabe (Partizipation) stellt die zentrale Zielkomponente für die Rehabilitation dar (SGB IX). Bislang werden Therapieziele vor allem anhand von Symptomen oder Defiziten definiert. Mit Unterstützung der ICF wird die Sichtweise um die soziale Dimension Teilhabe systematisch erweitert.

Ein Beispiel für eine an Funktionen orientierte Zielsetzung ist die Behandlung einer Person mit einer Knieverletzung. Als Ziel wird definiert, das Bewegungsausmaß in einem Kniegelenk zu verbessern. Dies ist ein in der kurativen Versorgung übliches Ziel. Aus der Perspektive des Betroffenen steht das Bewegungsausmaß des Gelenks allerdings weniger im Vordergrund, sofern es sich nicht mehr vollständig herstellen lässt. Den Patienten selbst interessiert dann viel mehr, ob er ohne Schmerzen wieder Einkäufe gehen oder die Gartenarbeit verrichten kann.

Die Vorstellung, dass Ziele auf der Ebene der Teilhabe erst dann formuliert werden können, wenn der Patient aus der frühen Phase der Rehabilitation in eine poststationäre oder ambulante Phase übertritt, ist nicht zutreffend. Wenn ein bettlägeriger Patient mit der Physiotherapeutin das Anheben des Gesäßes übt, um ein Steckbecken zu benutzen, wird dies in der Regel folgendermaßen formuliert: Das Therapieziel ist, dass der Patient das „Bridging“ erlernt. Mit der konsequenten Anwendung des ICF- und Teilhabe-Gedankens würde der *Selbstständigkeitsgewinn* durch die Fähigkeit, das Gesäß im Bett anzuheben, in den Vordergrund gestellt werden. Das Therapieziel würde damit lauten: „Der Patient soll imstande sein, die Toilettenbenutzung im Bett selbstständig durchzuführen“. Damit wird ihm ein Stück seiner Autonomie wiedergegeben.

Die praktische Nutzung der ICF in der Rehabilitation hat nicht nur Konsequenzen für die Arbeit der Fachkräfte, sondern auch für den Rehabilitanden. In Anwendung eines rein bio-medizinischen Krankheitsmodells wird der Patient überwiegend zum passiven Empfänger von medizinischen Leistungen. Der Experte definiert, welche Therapien notwendig sind, und ist in der Regel auch derjenige, der Therapieziele für den Patienten formuliert und mit diesem abstimmt. Mit der Schwerpunktsetzung der Teilhabe im SGB IX wird der Patient jedoch ausdrücklich darüber hinaus als aktiver Partner gefragt. Er ist von Beginn an soweit wie möglich in die Zielsetzung für seine Rehabilitation mit einzubeziehen. Dabei werden im Dialog zwischen Therapeuten und Patienten die Barrieren und Förderfaktoren der arbeitsbezogenen Umgebung ebenso berücksichtigt wie das so wichtige familiäre Umfeld. Damit rückt der Angehörige noch mehr ins Blickfeld. Die Sichtweise der Angehörigen kann für den Reha-Erfolg von großer Bedeutung sein.

Auch bei der Auswahl von Therapieschwerpunkten richtet sich das Denken mehr als bisher danach, Therapien in einer alltagsrealen Umgebung anzusiedeln. Ein Beispiel dafür ist das Training von Patienten mit einer Einschränkung der Gehfähigkeit an der Rolltreppe eines Kaufhauses. Oder bei Diabetes- und Adipositas-Patienten das tatsächliche Einkäufen geeigneter Lebensmittel im nahe gelegenen Supermarkt.

■ Unterstützung der Rehabilitationszielsetzung durch Orientierung am Kontext und an der Teilhabe

Die Suche nach dem aus Sicht des Patienten gewünschten und durch die Rehabilitationsexperten anzustrebenden Rehabilitationsziel macht den Unterschied zwischen dem bio-medizinischen und dem bio-psycho-sozialen Modell deutlich. Ein klares methodisches Vorgehen ist wichtig, da zahlreiche Untersuchungen aus der Psychologie belegen, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen dem Setzen von Zielen und dem erreichten Ergebnis gibt. Für die Arbeit im interdisziplinären Rehabilitationsteam ist es daher bedeutsam, sich mit dem Zielsetzungsprozess stärker auseinanderzusetzen.

Dazu gehören insbesondere Fragen wie:

- Wie werden Ziele gestellt?
- Werden diese Ziele *für* den Patienten oder gemeinsam *mit* dem Patienten formuliert?
- Sind diese Ziele kurz-, mittel- oder langfristig zu erreichen?
- Wie kann die Zielerreichung gemessen werden?

Im bio-medizinischen Denken werden die festgestellten Symptome, Diagnosen und Befunde als Grundlage für die Zielformulierung genommen. Ein Patient kommt beispielsweise mit einer Bewegungseinschränkung im Schultergelenk aufgrund eines Impingement-Syndroms. Das Ziel der Therapie wird dann so formuliert, dass lediglich das Bewegungsausmaß in der Schulter erweitert werden soll.

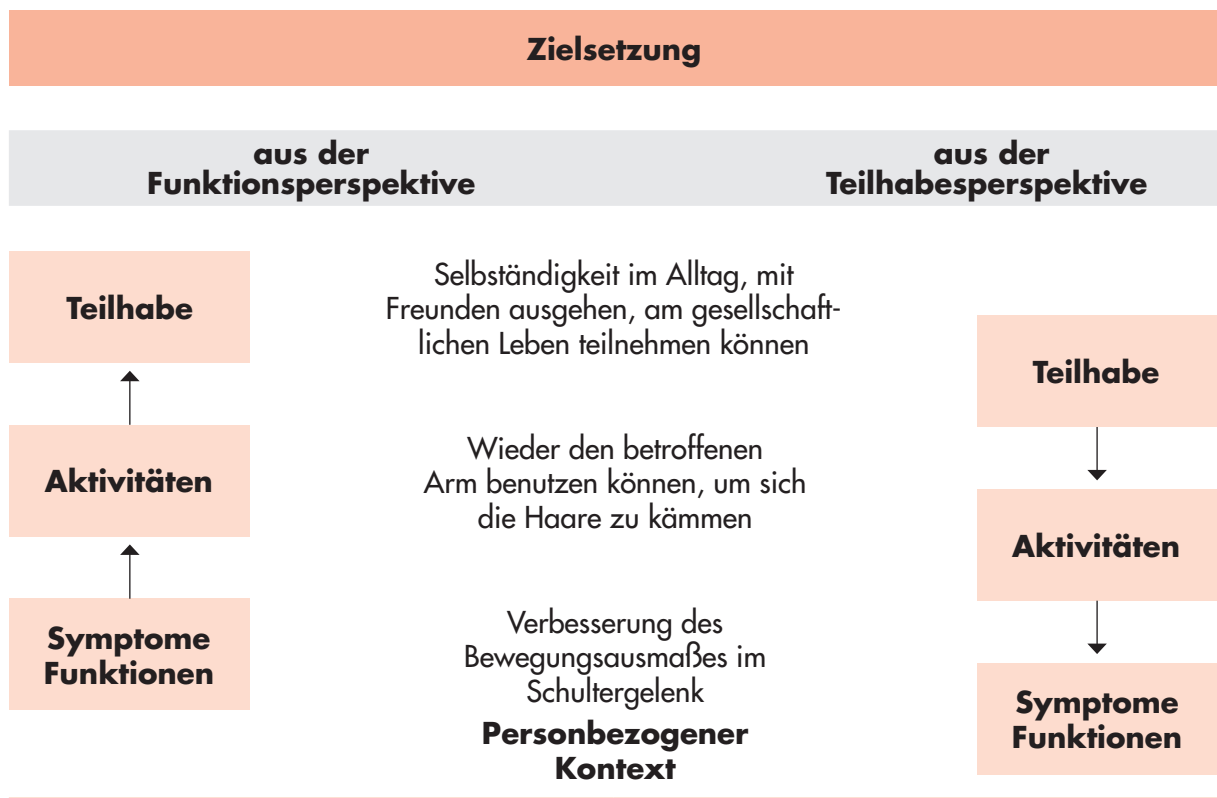


Abbildung 3: Zielsetzungen in der Rehabilitation

In diesem funktionsorientierten Vorgehen (Abb. 3) folgt auf das Festlegen des Funktionsziels eine Definition von Zielen auf der Ebene von Aktivitäten, daran schließen sich Teilhabeziele an. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass sich die Ziele unmittelbar aus der Befunderhebung, der Diagnose, den Symptomen und Defiziten ableiten lassen. Weiterhin können diese Ziele von den jeweiligen Berufsgruppen ohne Absprache mit anderen formuliert werden. Oft finden die Teilhabeziele bei der Dominanz einer biomedizinischen Orientierung zu geringe Berücksichtigung.

Der Gesetzgeber hat im SGB IX den Teilhabebegriff der ICF aufgenommen und als Ziel der Rehabilitation die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe festgelegt. Damit ergibt sich ein wesentliches Charakteristikum des Weges zur Zielsetzung: Teilhabeziele können nur in Zusammenarbeit mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen formuliert werden. Die Zwischenziele auf den Ebenen von Aktivitäten und Funktionen sowie die Einzelziele, die sich auf Veränderungen von Kontextfaktoren beziehen, leiten sich letztlich alle aus dem Teilhabeziel ab. Praktische Hilfestellung für die Festlegung der Rehabilitationsziele könnte folgender Leitsatz bieten:

„Schaut auf das wahre Leben“

Beide Vorgehensweisen werden hier als Denkmodelle für den Leser grafisch vereinfacht gegenübergestellt (Abb. 3). Es sei daran erinnert, dass das bio-psycho-soziale Modell davon ausgeht, dass Krankheit, Struktur und Funktion, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren miteinander in Wechselwirkung treten können.

Zu einer teilhabeorientierten Sichtweise auf die Therapie gehört auch, dass die Problemlöseansätze des Patienten in die Therapieplanung möglichst mit eingehen. In der Regel wird ein Patient auf die Frage, was das Ziel seiner Rehabilitation sei, antworten, dass er wieder gesund werden wolle. Für einen Patienten ist die Frage nach seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in einer medizinischen Umgebung eher noch ungewöhnlich. Einige Patienten dürften sicherlich auch Schwierigkeiten haben, spontan ihre persönlichen Teilhabeziele zu formulieren. Dann sollte das Rehabilitationsteam – ggf. auf verschiedenen Wegen – versuchen, etwas darüber zu erfahren, wie der Patient bisher gelebt hat und wie er zukünftig wieder leben möchte.

Im Folgenden wird die Fallstrukturierung nach den ICF-Komponenten anhand des Beispiels „Impingement-Syndrom“ für den interessierten Leser ausführlicher beschrieben:

Eine Rehabilitandin, 45 Jahre, leidet am Impingement-Syndrom in der rechten Schulter. Sie ist Rechtshänderin. Die Neutral-0-Messung des rechten Arms ergibt einen Winkel von 60°, bis zu dem der gestreckte Arm schmerzfrei gehoben werden kann. Die Rehabilitandin klagt, dass sie nachts kaum schlafen könne, weil sie beim Liegen auf der Schulter große Schmerzen habe.

Die Rehabilitandin arbeitet als Angestellte in einem Büro. Oftmals könne sie vor Schmerzen den Computer nicht bedienen. Sie könne Akten aus Regalen nur in Augenhöhe, aus höheren gar nicht entnehmen und sei auf die Hilfe von Kolleginnen angewiesen.

Bei der Körperpflege könne sie sich mit Mühe nur mit der linken Hand die Haare waschen, Kämmen und Frisieren sei schwierig. Pullover Anziehen und Ausziehen könne sie nur unter starken Schmerzen. Die Rehabilitandin wohnt allein und erhält gelegentlich Hilfe von ihrer Schwester.

Da sie sich nur sehr langsam und mit Schmerzen An- und Ausziehen könne, gehe sie nicht mehr zum Sport und zum Tanzen, was sie früher gern getan habe. Außerdem müsse sie z.B. beim Frisieren, Schminken Pausen einlegen, weil die Bewegungen schmerzhaft seien. In ihrer Wohnung habe sie es sich inzwischen angewöhnt, die wichtigsten Dinge maximal in Augenhöhe abzulegen.

Nachfolgend findet sich eine beispielhafte Darstellung der Zuordnungen der Befunde zu Items in der ICF-Klassifikation. Der jeweils angehängte ICF-Code soll dem Leser lediglich die Möglichkeit geben, sich ggf. leichter in der Klassifikation zu orientieren. Eine allgemeine Kodierungsvorschrift gibt es derzeit nicht.

Körperfunktionen/-strukturen

Gelenkschmerz	b28016
Beweglichkeit des Schulterblatts	b7200
Funktionen des Schlafens	b1343
Gelenke der Schulterregion	s7201

Aktivitäten/Partizipation

Nach etwas langen	d4452
Hände oder Arme drehen oder verdrehen	s4453
Werfen	d4454
Fangen	d4455
Sich waschen	d510
Das Haar pflegen	d5202
Kleidung anziehen	d5400
Kleidung ausziehen	d5401
Den Wohnbereich reinigen	d6402
Ein Arbeitsverhältnis behalten	d8451
Sport	d9201

Kontextfaktoren

Medikamente (Schmerzmittel +)	e1101
Allgemeine Produkte (hohe Möbel/Regale -)	e1150
Allg. Produkte/Technologien Erwerbstätigkeit (Büroausstattung)	e1350
Engster Familienkreis (Schwester +)	e310
Unterstützung durch Kollegen (+)	e325
Einstellung von Kollegen (+)	e425
Einstellung von Vorgesetzten (+-)	e430
Dienste der sozialen Sicherheit (Reha, Anpassung Arbeitsplatz, +)	e570
Dienste des Gesundheitswesens (Behandlung, Rehabilitation, +)	e580

Personbezogene Faktoren

weiblich, Alter 45, Rechtshänderin, allein lebend, kaufmännische Angestellte, Hobbies Sport, Tanzen

Es wird eine schmerzhafte Beeinträchtigung des Armhebens zwischen 60° und 120° diagnostiziert (Bezugssystem: bio-medizinisches Modell/ICD). Die Zielsetzung der Therapie ist eine schmerzfreie Bewegung des Arms im Schultergelenk zwischen 0° und 180°. Trotz verschiedener Behandlungen konnte nur eine Verbesserung im Bereich zwischen 60° bis 90° erreicht werden. Für die Schmerzen, insbesondere nachts, erfolgt eine medikamentöse Schmerzbehandlung.

Nach dem bio-psycho-sozialen Modell (ICF) werden zunächst die Körperfunktionen- und -strukturen betrachtet, allerdings nicht isoliert. Die Rehabilitandin kann sich nur unter Schmerzen anziehen, frisieren, duschen. Höher abgestellte Gegenstände wie Akten im Büro, Gegenstände in Hochschränken in ihrer Wohnung kann sie nicht ergreifen. Ihre Freizeit und Teilhabe am sozialen Leben (Tanzen und Sport) ist eingeschränkt. Als personbezogener Faktor ist die Rechtshändigkeit bedeutsam, da die rechte Schulter betroffen ist. Verschiedene umweltbezogene Faktoren wirken als Barrieren: Im Büro hoch abgestellte Akten, in der Wohnung Hochschränke, nicht adäquates Badezimmer. Fördernde Faktoren sind die gelegentliche Hilfe der Schwester und einer Kollegin und Schmerzmittel sowie eigene Techniken, die bestimmte Bewegungen schmerzfrei ermöglichen.

Die Rehabilitationsziele könnten aus Sicht der Rehabilitandin wie folgt formuliert werden: „Ich möchte mich wieder ohne Schmerzen in üblicher Zeit waschen, anziehen und frisieren können. Ich möchte im Büro arbeiten können, ohne die Kollegin zu oft um Hilfe bitten zu müssen. Ich möchte wieder Sport machen und Tanzen gehen. Ich möchte nachts durchschlafen, ohne durch Schmerzen geweckt zu werden“.

Diese Ziele werden zunächst in der oben genannten Therapie angegangen. Da die Behandlung aber in diesem Fall nicht den vollen Bewegungsumfang wieder herstellen kann, ist zu überlegen, welche Umweltfaktoren wie angepasst werden können, damit eine möglichst selbständige Teilhabe möglich ist. Einige Vorschläge: Es sollte geprüft werden, ob die Dusche an die Beeinträchtigungen angepasst werden kann, Schränke könnten tiefer gehängt oder beweglich werden. In der Physiotherapie oder Krankengymnastik könnten möglichst schmerzfreie An- und Ausziehtechniken erprobt werden. Im Büro können ggf. mit Unterstützung eines Sozialversicherungsträgers die Möbel angepasst und es können Vereinbarungen getroffen werden. In der Wohnung könnte die Schwester oder eine Haushaltshilfe unterstützend eingebunden werden. Es könnten alternative Sportarten, z.B. Fahrradfahren, erprobt werden. Es können Entspannungs- oder Einschlaftechniken trainiert werden, die u. U. helfen können.

Zusammengefasst könnte in diesem Fallbeispiel die Teilhabe durch medizinische Behandlung und Anpassung der Umweltbedingungen verbessert werden. Dies kann durch die ICF strukturiert dokumentiert werden.

Es ist nicht einfach, einen Einblick in die subjektive Erlebniswelt eines anderen Menschen zu bekommen. Es ist in der Rehabilitation oft hilfreich, den Patienten durch Fragen und Anregungen zu ermuntern, dem Team etwas von seiner Sichtweise mitzuteilen. Zu möglicherweise geeigneten Fragen, die man an einen Rehabilitanden stellen kann, gehören folgende Beispiele:

Tabelle 4: Mögliche Fragen an einen Rehabilitanden:

	Fragebeispiele
Person und Lebensumfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist Ihnen im Leben besonders wichtig? • Was machen Sie gern? • Was hat Ihnen vor dem Ereignis besondere Freude gemacht? • Worauf sind Sie besonders stolz? • Sie haben gesagt, dass Sie wieder gesund werden wollen. Was bedeutet gesund werden für Sie?
Teilhabe und Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Sie haben gesagt, dass alles wieder so werden soll wie vor der Bandscheibenoperation. Können Sie etwas genauer sagen, was Sie gerne wieder tun möchten, z.B. Gartenarbeit, Sport, Spaziergehen? • Sind Sie in einem Verein Mitglied oder sind Sie irgendwo ehrenamtlich engagiert? • Glauben Sie, dass Ihnen ihre jetzige Erkrankung Schwierigkeiten bereitet, diese Vereins- oder ehrenamtlichen Tätigkeiten weiter zu machen? • Wie wichtig ist für Sie, dass Sie wieder Autofahren können?
Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie geht es Ihnen jetzt nach Ihrem Herzinfarkt beim Treppensteigen? • Wie lange können Sie Spazieren gehen? • Bei welchen Tätigkeiten leiden Sie an Luftnot? • Welche Bewegungen können Sie in der Schulter noch durchführen? • Wann tritt bei Ihnen Schwindel auf? • Bei welchen Bewegungen treten bei Ihnen Schmerzen auf?
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Wo liegt Ihre Wohnung? • Besteht ein Aufzug oder müssen Sie die Treppe nehmen? • Welche Hilfsmittel stehen Ihnen für die Beweglichkeit zur Verfügung? • Können Sie auf Unterstützung der Familie rechnen? • Haben Sie einen großen Bekanntenkreis und treffen Sie Freunde und Bekannte häufig? • Wie weit ist die Apotheke entfernt und können Sie ihre Medikamente selber abholen?
Personbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie schon früher Lebenskrisen meistern müssen? • Glauben Sie, dass Sie wieder in Ihren Beruf zurückkehren können? • Welche besonderen Stärken haben Ihnen bisher geholfen? • Hatten Sie schon vor Ihrer Erkrankung Zeiten, in denen Sie sich sehr ausgelaugt oder bedrückt fühlten?

Diese Angaben können durch Beobachtungen ergänzt werden. Was fällt an der persönlichen Gestaltung des Patientenzimmers auf? Welche Angebote der Reha-Einrichtung werden wahrgenommen?

Während des Rehabilitationsprozesses und für den anschließenden Übergang in das heimische Umfeld kann es sinnvoll und hilfreich sein, die Wohnbedingungen näher zu betrachten. Dies ist im Einzelfall bei der ambulanten bzw. wohnortnahen Rehabilitation am ehesten möglich. In der geriatrischen Rehabilitation sowie bei Hausbesuchen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und gleichzeitig vorhandener Rehabilitationsbedürftigkeit finden solche (Erst-) Kontakte in der Wohnung des Patienten bereits statt.

Sowohl ambulant als auch stationär ist es meist sehr hilfreich, in Abstimmung mit dem Rehabilitanden die Angehörigen mit einzubeziehen. Denn die Angehörigen können oft für den Rehabilitationserfolg Wichtiges aus den Lebensgewohnheiten und Lebenszielen des Patienten vermitteln. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Patient seinen privaten Lebensbereich völlig öffnen muss. Es ist wichtig, dass die Autonomie des Patienten respektiert wird. Es ist ihm Zeit und Gelegenheit zu geben, sich soweit den Teammitgliedern gegenüber mitzuteilen, wie es für den Reha-Erfolg notwendig ist und er selbst es auch möchte.

An einem Beispiel aus der Alltagserfahrung soll erläutert werden, wie in einer Rehabilitation der teilhabeorientierte Zielsetzungsprozess durchgeführt werden kann: Der Rehabilitand wird üblicherweise von dem Stationsarzt am Tag der Ankunft begrüßt, untersucht und zur Krankheitsvorgeschichte befragt. Am nächsten Tag trifft sich das Reha-Team mit dem Rehabilitanden. Dort stellt sich zunächst das Team dem Patienten vor. Die Fragen an den Patienten lauten, was seine langfristigen wichtigen Lebensziele sind. Für viele Patienten ist es in dieser Situation noch schwierig, etwas anderes zu antworten, als dass sie Funktionen wieder herstellen möchten.

Häufig haben Patienten zu Beginn der Rehabilitation jedoch auch bereits klare Vorstellungen über konkrete Teilziele, z.B. dass sie wieder Autofahren möchten oder zur Arbeit gehen wollen. Der aufnehmende Arzt hat den Patienten auf diese Fragen vorbereitet. Soweit nötig und möglich werden Angehörige in die Zielsetzungsbesprechung einbezogen. Einige Patienten äußern ausdrücklich, dass sie es überraschend und positiv erleben, nach ihren Zielen gefragt zu werden.

Für die Teammitglieder entsteht durch das erste Zusammentreffen mit dem Patienten ein gemeinsames Hintergrundwissen. Sie haben einen Einblick in die Biographie und die Lebensperspektive des Patienten gewonnen. Für den Patienten ist es vorteilhaft, nur einmal von sich erzählen zu müssen. Damit entfällt, von Therapeut zu Therapeut jedes Mal seine Geschichte wiederholen zu müssen. Dennoch können die Teilhabeziele in der ersten Patientenvorstellung häufig noch nicht klar formuliert werden. Oft werden die Teilhabeziele erst im Laufe der Rehabilitation und durch den Einblick die Lebensumstände des Rehabilitanden deutlich.

In der teilhabeorientierten Rehabilitation sollten – soweit nötig und möglich – mit Zustimmung des Rehabilitanden dessen Angehörigen zur besseren und nachhaltigen Erreichung des Rehabilitationsziels in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. Das Familienleben ist für die Mehrzahl der Rehabilitanden deren Lebensmittelpunkt. Die Angehörigen stellen in der Regel den wichtigsten Teil des sozialen Kontextes dar.

Auch wenn einige wenige Patienten vielleicht unrealisierbare Ziele formulieren, gelingt es doch meist auf den Ebenen von Funktionen und Aktivitäten, realisierbare Zwischenziele zu formulieren.

Für die konkrete Arbeit in der Rehabilitation genügt es nicht, allgemeine Teilhabeziele formuliert zu haben. Vielmehr sollten präzise Ziele auf den Ebenen von Aktivitäten und Funktionen festgelegt werden. Die Zeitperspektiven zum Erreichen der Teilhabe-, Aktivitäts- und Funktionsziele können sich im Einzelfall natürlich deutlich unterscheiden. Teilhabeziele können ggf. erst nach Monaten oder Jahren erreicht werden, während sich die Zielerreichung auf den Ebenen von Aktivitäten und Funktionen durchaus auf kürzere Zeiträume erstrecken können und eben auch umgekehrt.

Die verschiedenen Professionen des Reha-Teams stellen sich nun die entscheidende Frage: Was hindert den Rehabilitanden daran, die formulierten Teilhabeziele zu erreichen? In die Zielformulierung von Funktionen und Aktivitäten sollte das Fachwissen aller Teammitglieder einfließen. Bei einem Patienten mit chronischen Schmerzen ist es z.B. erforderlich, nicht nur die medizinischen oder funktional-biomechanischen Aspekte zu berücksichtigen, sondern auch die psychischen und sozialen Kontextbedingungen.

Für die Zielsetzung auf den Ebenen von Funktionen und Aktivitäten haben sich in der Praxis ein paar Regeln als nützlich erwiesen (Gauggel et al. 2001, Bühler et al. 2005). Eine Hilfestellung, um Ziele zu formulieren, bietet z.B. die **SMART-Regel** (Tab. 5):

Tabelle 5: Die SMART-Regel

Regel	Bedeutung	Erläuterung
Specific	Passend	Welche spezielle Leistung soll verbessert werden? Ist das Ziel für alle Beteiligten verständlich formuliert?
Measurable	Messbar	Wie kann das Ausmaß der verbesserten Leistung festgestellt werden?
Achievable	Erreichbar	Ist das Ziel erreichbar?
Relevant	Bedeutsam	Stimmt das formulierte Ziel mit den Zielen/Wünschen des Patienten überein? Ist es auch für ihn wichtig?
Timed	Zeitlich bestimmt	In welchem Zeitraum kann das Ziel erreicht werden?

Einige häufige Fehler in der Zielsetzung sind:

- Maßnahmen werden als Ziele gesetzt,
- Ziele sind zu vage,
- Ziele werden zu hoch gesteckt oder
- es werden Ziele gesetzt, die nur wenig mit dem Lebenskontext eines Patienten übereinstimmen.

Beispielsweise: „Unser Ziel war das Training der Feinmotorik“ bei einem Rehabilitanden, der nach seinen Angaben an seinen Arbeitsplatz im Straßenbau zurückkehren möchte, wo er 35 Jahre lang nur mit groben Hilfsleistungen beschäftigt war.

Der folgenden *Tabelle 6* sind solche Fehler bei der Definition von Therapiezielen beispielhaft zu entnehmen. Sie zeigt auf, wie diese nach der SMART-Regel korrigiert werden können:

Tabelle 6: Häufige Fehler bei der Definition von Therapiezielen (Bühler et al. 2005)

Fehler	Beispiele	Formulierung nach SMART-Regeln
Therapien werden als Ziel angegeben	Dehnung der Muskulatur	Anleitung zu selbständigen Dehnungsübungen und Erstellen eines Heimübungsprogrammes
Die Ziele sind vage formuliert	Verbesserung der Feinmotorik	Sicheres Greifen und Hantieren mit kleinen Gegenständen, um wieder Knöpfe anziehen zu können
Die Ziele sind nicht messbar	Verbesserung des Gleichgewichts	Sicheres Arbeiten auf einer 5-stufigen Leiter
Es handelt sich um therapeutenzentrierte Ziele	Erarbeitung von SVO-Strukturen (Deutsche Sprachtypologie: Subjekt-Verb-Objekt)	Sprechen von ganzen Sätzen
Symptome werden zu Zielen umformuliert	Verbesserung der Handkraft	Steigerung der Handkraft auf 50 kpa, so dass Flaschen und Gläser wieder geöffnet werden können
Ziele sind für den Patienten, seine Angehörigen oder Kostenträger nicht verständlich	Verbesserung der Explorationsleistung	Gehen ohne anzustoßen oder Personen/Gegenstände zu übersehen, eine Seite Zeitung lesen können

Es wird dringend angeraten, die Teilhabeziele des Patienten und die des Rehabilitationsteams in einem allen Therapeuten zugänglichen Protokoll festzuhalten (siehe Kap.3).

■ Unterstützung der Interdisziplinären Teamarbeit durch Nutzung der ICF

– Von der multidisziplinären zur interdisziplinären Teamarbeit

Vereinfachend lässt sich die Zusammenarbeit von Berufsgruppen im Gesundheitswesen in zwei Formen der Kooperation aufteilen: Multidisziplinäre und interdisziplinäre Arbeit.

Die multidisziplinäre Arbeit ist dadurch gekennzeichnet, dass die beteiligten Berufsgruppen eine klare Definition ihres Arbeitsfeldes besitzen. Der Austausch mit anderen Berufsgruppen wird über mündliche und schriftliche Mitteilungen durchgeführt. In Einzelfällen kommt es auch zu gemeinsamen Therapien oder Zielen. Der Austausch wird jedoch überwiegend in der eigenen Berufsgruppe gesucht.

Kurz gesagt kann man eine Zusammenarbeit „multidisziplinär“ nennen, wenn bei ihr mehrere Disziplinen additiv zusammenwirken, wobei jede der Disziplinen ihre eigene Denkweise einbringt (Wille 2002).

Bei der interdisziplinären Arbeitsweise ist die Abgrenzung der einzelnen Berufsfelder nicht so scharf wie bei multidisziplinärer Arbeit, vielmehr gibt es Übergänge. Der fachliche Austausch findet gleichermaßen zwischen den Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppe statt. Der Austausch ist problemorientiert, d.h. je nach Fragestellung arbeitet man mit einer anderen Berufsgruppe zusammen. Es werden gemeinsame Ziele formuliert, an denen berufsgruppenübergreifend gearbeitet wird.

„Interdisziplinär“ kann also die Zusammenarbeit genannt werden, wenn bei ihr mehrere Disziplinen integrativ zusammenwirken, wobei die Disziplinen ihre eigenen Denkweisen einbringen und anstreben, mit ihnen zu problembezogenen aggregierten Denkweisen zu kommen, die immer noch allgemeinen Ansprüchen wissenschaftlicher Rationalität genügen (Wille 2002).

Die Einführung einer interdisziplinären Teambildung in einer Rehabilitationseinrichtung muss gut vorbereitet und sowohl von den fachlichen Leitungsebenen als auch von der Unternehmensleitung nachhaltig und glaubhaft sowie partnerschaftlich „gelebt“ werden. Mögliche Hindernisse sollten rechtzeitig bekannt sein und im Teambildungsprozess Berücksichtigung finden können.

Das Bewusstsein für die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der teamorientierten Rehabilitationsarbeit kann nicht einfach „verordnet“ werden. Überzeugungen müssen mitarbeiterorientiert „reifen und wachsen“ können. Dies wird umso einfacher gelingen, je mehr Interdisziplinärität auch tatsächlich gepflegt und sichtbar wird und im Rollenverständnis der Mitarbeiter die Identifikation mit der eigenen Berufsgruppe nicht übermäßig im Vordergrund steht. Dabei sollten mögliche Sorgen einer ggf. empfundenen „Entprofessionalisierung“ angesprochen und im Team reflektiert werden.

– Die ICF im Organisationsrahmen für interdisziplinäre Teamarbeit

Eine interdisziplinäre Teamarbeit wird durch die Nutzung der ICF in der klinischen Praxis unterstützt. Die Verwendung der ICF in der Teamarbeit fördert bei allen Beteiligten einen Blick über die eigenen Berufsgrenzen hinaus. Diesem Ziel stehen jedoch üblicherweise eine Reihe von organisatorischen und vielleicht auch Einstellungshindernissen entgegen.

Wenn ein Team als Grundlage seines Handelns das ICF-Modell erfolgreich nutzen will, sollten zunächst alle Teammitglieder mit den ICF-Grundbegriffen vertraut gemacht und in der ICF-Konzeption geschult werden. Dabei ist besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass mit diesem Instrument bzw. dieser Betrachtungsweise im Wesentlichen nur die Aspekte systematisch in einer interdisziplinären Kooperation realisiert werden, die für alle beteiligten Akteure bislang schon von Bedeutung und in die Kommunikation zwischen den Beteiligten Berufsgruppen einzubringen waren. Insofern ist auch noch mal darauf hinzuweisen, dass der Item-Katalog der ICF nicht in allen Facetten verwendet wird. Vielmehr geht es darum, die Grundbegriffe des ICF-Modells der „funktionalen Gesundheit“ und ggf. die für das spezielle Tätigkeitsfeld relevanten Items zu nutzen.

Dazu ein kardiologisches Fallbeispiel mit einem Auszug aus dem ärztlichen Aufnahmebefund der Rehabilitationseinrichtung:

– Eigenanamnese:

68-jähriger Patient mit Zustand nach Myokardinfarkt vor 6 Monaten. Keine Anschlussrehabilitation, da im Krankenhaus davon abgeraten wurde. Nach dem Herzinfarkt deutlich reduzierte linksventrikuläre Funktion. Unter Medikation findet sich aktuell ein klinisches Beschwerdestadium entsprechend NYHA II – III. Diabetes mellitus, Nikotinabusus und Bewegungsmangel sind seit vielen Jahren bekannt. Bei vorbestehendem Übergewicht jetzt weitere Gewichtszunahme.

Aktuell klagt der Pat. über Atemnot sowohl beim Treppensteigen als auch beim langsamen Spazieren gehen. Er könne keine schweren Einkaufstaschen mehr tragen. Auch schon bei leichten Verrichtungen wie An- und Auskleiden, Waschen und Duschen habe er Schwierigkeiten und bekomme gelegentlich Luftnot. Die schon früher bekannte pessimistische Grundstimmung sei seit der Erkrankung und der damit verbundenen Leistungseinschränkung stärker ausgeprägt, eine depressive Stimmung sei nunmehr vorherrschend. Auch in der Familie ziehe er sich zurück, das Spielen mit den Enkeln sei ihm beispielsweise zu anstrengend. Daher könnten er und seine Frau das Kind der allein erziehenden, berufstätigen Tochter vormittags nicht mehr betreuen, wodurch der Arbeitsplatz der Tochter gefährdet sei.

– *Soziale Anamnese:*

Der Patient lebt mit seiner Ehefrau zusammen, die *aktuell aber nur wenig zu seiner Unterstützung beitragen kann*.

Die Wohnung liegt im zweiten Stock, ein *Aufzug ist nicht vorhanden*. Aufgrund seiner Rückzugstendenzen hat er sich aus dem sozialen Leben (Vereinsleben, Geselligkeiten u. ä.) *weitgehend zurückgezogen*. Seit dem Herzinfarkt treten vermehrt *Eheprobleme* auf. Seine Ehefrau ist zunehmend gereizt. *Sie hat den Eindruck, dass ihr Mann sich einfach nur hängen lässt*.

– *Aktueller Befund:*

In Ruhe *keine kardialen Dekompensationszeichen*, Taillenumfang 104 cm, BMI 32 kg/m² entsprechend einer *Adipositas Grad 1*.

Der Patient *besucht regelmäßig seinen Hausarzt* und in größeren Abständen wird er vom Kardiologen betreut. Obwohl *in der Nähe ein ambulantes kardiologisches Rehabilitationszentrum* liegt und der Hausarzt ihm Rehabilitationssport verordnet hat, fehlt dem Patienten *zzt. die Motivation zur Teilnahme am Rehabilitationssport*. Der Patient vermutet, dass wahrscheinlich *Angst und Unsicherheit* die eigentlichen Gründe für die Antriebslosigkeit sind. Der Hausarzt würde die Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsleistung, von Rehabilitationssport, Ernährungsberatung sowie Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe *als aussichtsreich ansehen*, ferner auch eine Psychotherapie.

Diagnosen: Chronische ischämische Herzkrankheit (I25.8), Diabetes mellitus (E11), Adipositas Grad 1 (E66.0), Leichte depressive Episode (F32.0)

■ **Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten für die Rehabilitationsplanung**

Die für den Rehabilitationsprozess relevanten Angaben des Patienten im Aufnahmegespräch bzw. die Ergebnisse der Untersuchung werden den verschiedenen ICF-Komponenten zugeordnet. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit der Strukturierung, die wichtige Zusammenhänge für die Planung des Rehabilitationsprozesses deutlich macht. Es können Förderfaktoren und Barrieren bzw. Ressourcen und Beeinträchtigungen deutlich gemacht werden. Aus der Übersicht erschließen sich Wechselwirkungen und es ergeben sich Hinweise auf die therapeutisch notwendigen Interventionen. In der Übersicht sind die Fallmerkmale hellrot unterlegt, die für den Rehabilitationsprozess von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Zielsetzungen der therapeutischen Interventionen sind.

Im vorliegenden Beispiel ergeben sich für den Rehabilitationsplan folgende Ansatzpunkte: Auf der *Struktur- und Funktionsebene* wird die kardiopulmonale Belastbarkeit als Problem deutlich, welches möglicherweise durch Angst und Unsicherheit sowie durch negative Fremdeinstellungen (Ehefrau) ungünstig beeinflusst wird. Entsprechende Rehabilitationsdiagnostik und Therapie ist einzuleiten. Auf der *Aktivitäts- und Teilhabeebene* zeigen sich Ansatzpunkte für einen interdisziplinären Einsatz von Sportlehrern, Ergotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern, um die zahlreichen drohenden und bereits manifesten Beeinträchtigungen zu vermindern bzw. abzuwenden. Die Darstellung der *Kontextfaktoren* zeigt die Notwendigkeit der Angehörigeneinbindung, Möglichkeiten für die Nachsorge und die Notwendigkeit von Schulungen zur Lebensstiländerung auf.

In der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist die Teilhabeorientierung mit Einbeziehung der Kontextfaktoren schon lange in der Praxis verankert.

Auch dazu ein Beispiel:

Ein Kind mit einem krankhaften Übergewicht befindet sich in der Rehabilitation. Erfahrungsgemäß ist es sinnvoll, die Eltern von Anfang an aktiv in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Die zur Gewichtsreduktion führenden Therapie-Ziele werden mit ihnen und dem Kind abgesprochen, sie werden in den Therapieplan einbezogen. Die Interventionen können sich damit gleichermaßen auf das Kind und auf die Eltern beziehen. Therapeutische Hilfen für das Kind müssen wesentliche personbezogene Kontextfaktoren einbeziehen: Das Kind erhält Hilfen, den Hänseleien anderer

mit mehr Selbstbewusstsein entgegenzutreten. Es kann auch zielführend sein, mit den Schulkameraden und dem Lehrer zu sprechen, um dort ggf Änderungen ihrer Einstellung bzw. ihres Verhaltens anzuregen.

Ein anderer Rehabilitationsbereich, in dem sich die Interventionen schon immer auf die Betroffenen und ihre Partner bezogen haben, ist die Rehabilitation von Suchtkranken. Ohne Einbezug der Partner in das Behandlungsprogramm sind die Aussichten, die spätere Teilhabe an Lebensbereichen, insbesondere in der Familie und im Wohnumfeld, zu erreichen, eher ungünstig.

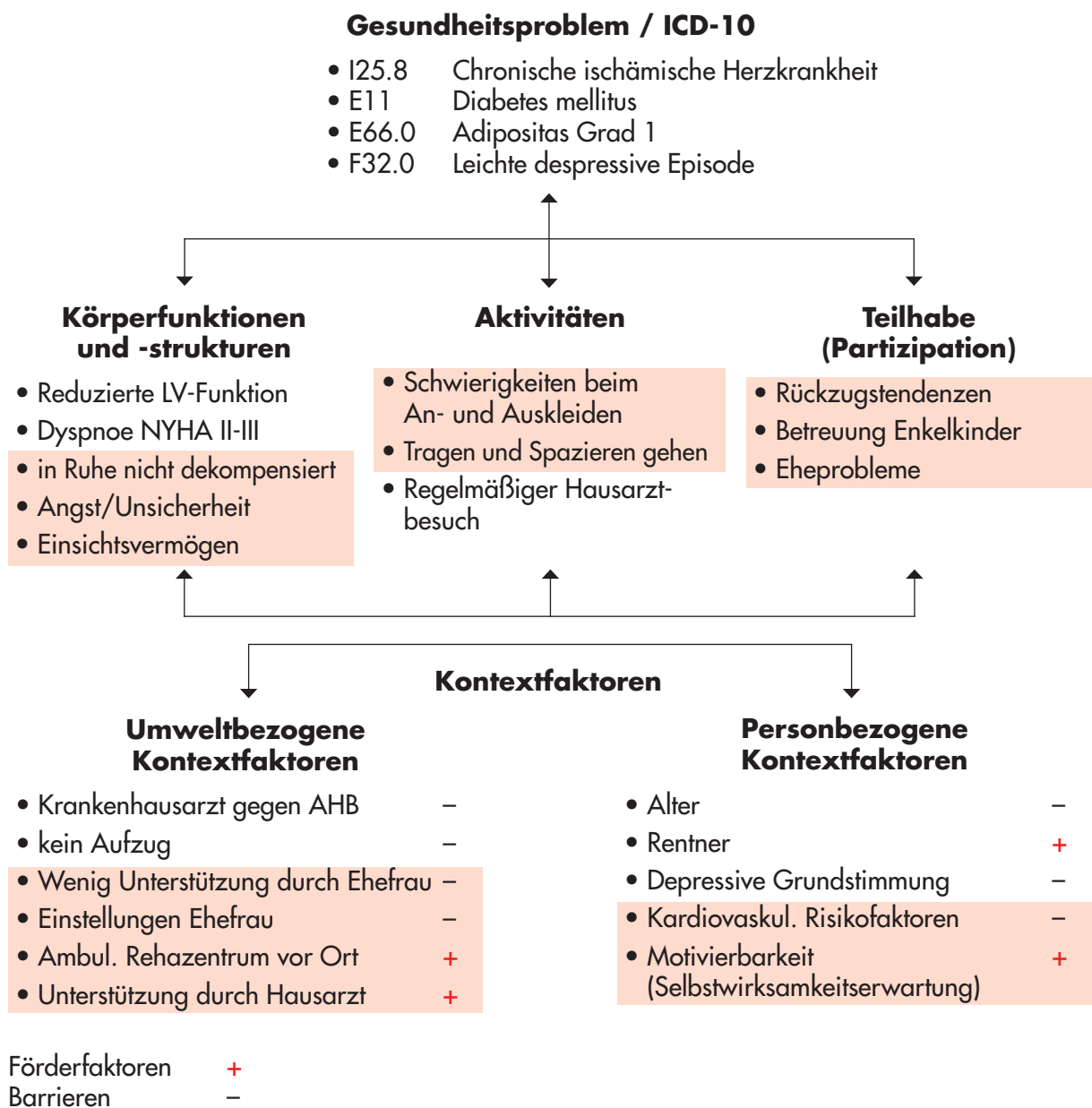


Abbildung 4: Fallstrukturierung nach ICF Komponenten für die Rehabilitationsplanung

Zu den besonders häufigen Rehabilitationsaufgaben gehört es, Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (low-back-pain) den Weg zur Teilhabe am Arbeitsleben wieder zu ermöglichen. Die chronischen Rückenschmerzen zeigen in der Regel weder Beeinträchtigungen bestimmter Funktionen noch strukturelle Schädigungen. Um die Entwicklung chronischer Rückenschmerzen leichter nachvollziehen zu können, ist es meist hilfreich, in einer interdisziplinären Teamarbeit den personbezogenen Kontext zu betrachten, also die Biographie, die Einstellungen und die Selbstüberzeugungen des Betroffenen. Häufig entwickeln diese Patienten dysfunktionale Selbstüberzeugungen, z.B., dass körperliche Aktivität schade und die Schmerzen verschlimmere. Die personbezogenen Kontextfaktoren tragen hier zu einer Chronifizierung der Schmerzen bei. Die Ziele der Rehabilitation werden in diesem Fall auch darauf gerichtet sein müssen, positive und aktive Selbstüberzeugungen zu stärken.

In folgender *Tabelle 7* sind die Kernmerkmale der beschriebenen interdisziplinären Teamarbeit zusammengefasst:

Tabelle 7: Kernmerkmale der interdisziplinären Teamarbeit

1. Verwendung der ICF-Grundbegriffe als „gemeinsame Sprache“ im Team.
2. Ein ICF-strukturierter Zielsetzungsprozess.
3. Die Teilhabe steht im Vordergrund der Zielsetzung.
4. Der Patient ist aktiver Partner des Reha-Teams.
5. Festgelegter Ablauf von Teamsitzungen.
6. Dokumentation der Zielsetzung, des Verlaufes und des Ergebnisses der Rehabilitation in einem ICF-strukturierten Teamprotokoll.

Zur Einführung der ICF-Nutzung in den Arbeitsalltag bewährt sich, alle Ebenen einer Rehabilitationseinrichtung einschließlich der Verwaltungsleitung einzubeziehen. Es sollte Raum gegeben werden, Bedenken und Sorgen zu äußern. Erfahrungsgemäß ist in der Einführungsphase eine entsprechende Akzentuierung der personellen Ressourcen notwendig, denen erst später sichtbare Qualitäts- und Effizienzverbesserungen der Rehabilitationsarbeit folgen.

Die Nutzung der ICF in der medizinischen Rehabilitation erfordert eine ständige Fortbildung aller Teammitglieder. Es hat sich für das Verständnis als hilfreich erwiesen, die ICF mit Fallbeispielen zu erläutern. Zudem sollte die ICF immer wieder in der alltäglichen Praxis reflektiert werden. Alle neu hinzukommenden Teammitglieder bedürfen in der Regel einer entsprechenden ICF-Schulung. Die erfahrenen Teammitglieder können den neuen gegenüber eine Mentorenrolle übernehmen.



Ausgewählte Beispiele zur ICF-orientierten Dokumentation

Der ICF-orientierte und teamgestützte Behandlungs- und Therapieplan sollte mit einem Teamprotokoll oder anderen Dokumentationsverfahren festgehalten werden. Diese Dokumentation muss natürlich allen Teammitgliedern zugänglich sein.

Die Rehabilitationsträger haben keine Vorgaben für eine ICF-orientierte klinikinterne Organisation entwickelt. Auch gibt es keine Verpflichtung zur Verschlüsselung mit der ICF. Diese wird es voraussichtlich in den nächsten Jahren auch nicht geben. Es gibt jedoch bereits verschiedene Modelle, wie man die Nutzung der ICF in der praktischen Rehabilitationsarbeit durch eine angemessene und zielorientierte Dokumentation fördern kann. Nachfolgend soll daher nur beispielhaft auf einige Möglichkeiten hingewiesen werden, da z.B. unterschiedliche Indikationsbereiche für eine Rehabilitation und individuelle organisatorische Verhältnisse auch andere Lösungen bedingen können.

Die zunehmende Verbreitung der ICF wird sicher noch weitere differenzierte und innovative Anwendungsbeispiele hervorbringen. Es bleibt abzuwarten, ob und welche der hier vorgestellten Wege sich für eine sinnvolle Anwendung der ICF im praktischen Klinikalltag empfehlen. Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass die ICF als statistisches und insbesondere als Forschungsinstrument in experimenteller Form bereits vielfältig verwendet wird. Eine Übersicht über ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum ist im Internet (www.dimdi.de) beim Deutschen Institut für Dokumentation und Information (DIMDI) zu erhalten.

■ **Ausgewählte Beispiele für die Suche nach Wegen zur Reduktion der Komplexität der ICF-Komponenten**

Wie jede Klassifikation kann auch die ICF den sie betreffenden Themenkreis grundsätzlich umfassend darstellen. Mit über 1.400 Zuordnungsmöglichkeiten kann sie in Abhängigkeit von der Fragestellung eine völlig ausreichende oder auch eine völlig unzureichende Genauigkeit und Differenziertheit ermöglichen. Zum Vergleich: die ICD verschlüsselt über 14.000 Diagnosen.

In der klinischen Praxis ergeben sich bei verschiedenen Indikationsgebieten oft unterschiedliche und aus Sicht der Praktikabilität spezifische Erwartungen an eine der Fragestellung entsprechende und angemessene Dokumentation.

- Beispiel: WHO-Kurzversion und WHO-Checkliste

Der Notwendigkeit, für praktische Aspekte der Anwendung die Komplexität der ICF-Komponenten zu reduzieren, hat sich auch die WHO angenommen. Sie stellt unter diesem Aspekt eine so genannte Kurzversion bereit, die als Klassifikation der zweiten Ebene die Liste der Kapitelüberschriften und die erste Verzweigungsebene der Klassifikation darstellt und nur noch 362 Kategorien beinhaltet. Einen vereinfachten Zugang bietet auch die von der WHO erstellte „ICF-Checkliste“, die auch aus dem Internet bei DIMDI abrufbar ist.

- Beispiel: ICF Modellblatt

Mit dem Ziel, die Akzeptanz der ICF bei den Anwendern zu steigern, haben Steiner et al. ein ICF Modellblatt entwickelt als eine einfache Umsetzungs- und Dokumentationsmöglichkeit für die Arbeit in multidisziplinären Reha-Teams. Für die Anwendung in der klinischen Praxis stehen die Praktikabilität der Klassifikation, die Frage nach dem Zuschnitt für die jeweiligen Anwendungsbereiche sowie der Aufwand im Vordergrund. In das Modellblatt (Steiner et al., 2002) werden alle relevanten Informationen über den Patienten und die in seiner aktuellen Situation relevanten Kontextfaktoren eingetragen. Das bedeutet nicht nur, dass Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe dokumentiert werden, sondern auch die aktuell relevanten Merkmale

und Charakteristiken der Erkrankung, aber auch die personbezogenen Faktoren sowie die Umweltfaktoren.

Das ICF Modellblatt dient der Zielerstellung und der Generierung eines Behandlungsmodells. Aus Gründen der Akzeptanz und der Klarheit der Kommunikation wird hinsichtlich der Funktionsfähigkeit noch zwischen der Patientenperspektive und der Perspektive des Reha-Teams differenziert (Abb. 5).

Abbildung 5: Fallbeispiel eines Modellblattes			
Patientenperspektive	Name: Frau Mustermann	Medizinische Diagnosen:	Rehabilitationsziele:
	Alter: 52 Jahre	Spinalkanalstenose Reaktive Depression	Verbesserung der Mobilität, um die Selbstständigkeit im häuslichen Bereich und die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen
	Schmerzen in beiden Beinen	Kann schmerzbedingt nicht länger sitzen	Arbeit als Sekretärin wieder ermöglichen
	Müdigkeit in beiden Beinen	Kann nicht für längere Zeit stehen oder gehen aufgrund der Schmerzen	Konzertbesuche wieder ermöglichen
		Kann keine Dinge über den Kopf heben Kann nicht auf dem Bauch liegen und schlafen	Mit dem Hund ausgehen wieder ermöglichen Bergwandern wieder ermöglichen Ehrenamtliche Tätigkeit wieder ermöglichen
Health professional Perspektive	Körper-Struktur/ Funktion	Aktivität	Partizipation
	Erhöhter Tonus der paravertebralen Muskulatur	Länger als eine Stunde Sitzen nicht möglich	Verbesserung der Selbstständigkeit im häuslichen Bereich und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
	Muskelschwäche in den Extremitäten und Atrophie des M. quadriceps bilat.	Mehr als 15 Minuten Stehen nicht möglich	
	Schwäche der Rumpfmuskulatur	Länger als eine halbe Stunde Gehen nicht möglich	
	Gleichgewichts- und Koordinationsdefizite Gleichgewichts- und Koordinationsdefizite		
Kontextfaktoren			
Umwelt: Wohnung im ersten Stock, ohne Aufzug, benötigt Hilfsmittel für das Gehen			
Personbezogen: Lebt alleine; Mann vor einem 1/2 Jahr gestorben			

- Beispiel: ICF Core Sets

Auch das ICF Core Set-Projekt der ICF Research Branch der Ludwig-Maximilians Universität München und der WHO beschäftigt sich mit der Präselektion von ICF-Kategorien, die für die jeweiligen Einsatzgebiete relevant sind. Es werden u.a. so genannte ICF Core Sets für 12 chronische Gesundheitsstörungen entwickelt (Rückenschmerz, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis, Osteoarthritis, Ischämische Herzkrankheiten, COPD & Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Brustkrebs, Adipositas, generalisierte Schmerzstörungen, Depressive Störung und Schlaganfall). Internationale Experten einigten sich auf diese Liste unter der Verwendung von Daten aus drei Informationsquellen:

1. der ICF-Checkliste, wobei Daten von über 1000 Rehabilitanden erhoben wurden,
2. einer Delphi-Befragung von 212 Experten aus 46 Ländern und
3. eines systematischen Literatur-Reviews zu den verwendeten Studienoutcomes.

Die so genannten umfassenden ICF Core Sets stellen eine Auswahl an ICF-Kategorien dar, die in dem Assessment und der Behandlung eines Patienten im multidisziplinären Team (mindestens) zu beachten sind. Die ICF Core Sets stellen somit eine Inhaltsbeschreibung dar. Sie sagen nichts darüber aus, ob und wie welche Kategorien zu messen sind.

Die kurzen ICF Core Sets (Tab. 8) sind beispielsweise für den Einsatz bei klinischen oder epidemiologischen Studien konzipiert. Da die ICF Core Sets Auswahlkategorien aus der ICF darstellen, ist es bei Bedarf jederzeit möglich, diese zu ergänzen.

Die umfassenden ICF Core Sets enthalten je nach Erkrankung zwischen 130 und 55 Kategorien, die kurzen variieren von 40 bis 9 Kategorien. Die ICF Core Sets befinden sich aktuell in der internationalen Validierungsphase, welche voraussichtlich Ende 2007 abgeschlossen wird.

Tabelle 8: Kurzes ICF Core Set für die rheumatoide Arthritis für den Gebrauch in wissenschaftlichen Studien (nach Dreinhöfer et al. 2004).

Die linke Spalte gibt das Ausmaß der Zustimmung in den systematischen Expertenabstimmungen an.

%	ICF-Kode	Körperfunktionen
100	b280	Schmerz
100	b710	Funktionen der Gelenkbeweglichkeit
85	b730	Struktur der oberen Extremitäten
70	b455	Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
65	b780	Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung im Zusammenhang stehenden Empfindungen
15	b770	Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen
5	b134	Funktionen des Schlafes
5	b740	Funktionen der Muskelausdauer
%	ICF-Kode	Körperstrukturen
100	s750	Struktur der unteren Extremitäten
100	s730	Funktionen der Muskelkraft
85	s710	Funktionen der Gelenkbeweglichkeit
70	s720	Struktur der Schulterregion
15	s810	Struktur der Hautregion
10	s760	Struktur des Rumpfes
5	s299	Strukturen des Auges, des Ohres und mit ihnen im Zusammenhang stehenden Strukturen

Aktivitäten und Teilhabe

90	d450	Gehen
90	d850	Bezahlte Tätigkeit
75	d440	Feinmotorischer Handgebrauch
75	d410	Eine elementare Körperposition wechseln
65	d445	Hand- und Armgebrauch
65	d230	Die tägliche Routine durchführen
45	d430	Gegenstände anheben und tragen
40	d470	Transportmittel benutzen
30	d540	Sich kleiden
30	d510	Sich waschen
30	d920	Erholung und Freizeit
25	d770	Intime Beziehungen
10	d859	Arbeit und Beschäftigung, anders spezifiziert u. nicht spezifiziert
5	d550	Essen

Umwelfaktoren

92	e310	Engster Familienkreis
92	e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens
69	e355	Fachleute der Gesundheitsberufe
69	e115	Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben
62	e570	Dienste, Systeme u. Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit
38	e155	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte von öffentlichen Gebäuden, nicht spezifiziert
23	e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens
23	e120	Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
15	e110	Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch
8	e150	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden

Anmerkung: Der hier aufgeführte ICF-Kode dient der wissenschaftlich-korrekten Zuordnung einzelner Merkmale. Eine Kodierung wird derzeit nur in Modellprojekten vorgenommen.

- Beispiel: ICF-basiertes Grund- und Fachraster der Neurorehabilitationsabteilung am Kantonsspital Luzern

In dieser Klinik hat sich als Grundlage für den interdisziplinären Austausch innerhalb des Hauses die Aufstellung eines vereinfachten Grundrasters für die Komponenten Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation sowie Kontextfaktoren bewährt, erweitert durch Fachraster für die vertiefende ICF-konforme Anwendung in Spezialbereichen (Rentsch et al.).

Das Beispiel für ein Grundraster zu Aktivitäten/Partizipation (Abb. 6) wurde im fachübergreifenden Konsensusverfahren als pragmatische Grundlage für die interdisziplinäre Kommunikation festgelegt. Während beispielsweise für Aktivitäten und Teilhabe die acht in der ICF beschriebenen Domänen übernommen wurden, wurden die Unterteilungen auf das für die stationäre und unmittelbar poststationäre neurorehabilitative Behandlung notwendige Minimum reduziert:

Code	Hauptbegriffe	Code	Hauptbegriffe
Lernen/Wissensanwendung		d4602	Sich außerhalb von Gebäuden umherbewegen
d110	Zuschauen	d465	Sich mit Hilfe von Geräten/Ausrüstung fortbewegen
d115	Zuhören	d4701	Transportmittel: privater Fahrgast
d130	Nachahmen / nachmachen	d4702	Transportmittel: öffentlicher Fahrgast
d135	Üben	d475	Ein Fahrzeug fahren
d1550	Elementare Fertigkeiten aneignen	Selbstversorgung	
d1551	Komplexe Fertigkeiten aneignen	d510	sich waschen/abtrocknen
d160	Aufmerksam sein	d520	Seine Körperteile pflegen
d1750	Einfache Probleme lösen	d5300	Blasenentleerung regulieren
d1751	Komplexe Probleme lösen	d5301	Darmentleerung regulieren
d177	Entscheidungen treffen	d540	Sich an D44/auskleiden
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		d550	Essen
d2100	Einfache Aufgaben lösen	d560	Trinken
d2101	Komplexe Aufgaben lösen	d570	Auf eigene Gesundheit achten
d220	Mehrfachaufgaben lösen	Häusliches Leben	
d230	Tägliche Routine durchführen	d610	Wohnraum beschaffen
d240	Mit Stress/psych. Belastung umgehen	d620	Waren/Dienstleistungen beschaffen
Kommunikation		d630	Mahlzeiten vorbereiten
d310	Gesprochene Mitteilungen verstehen	d640	Hausarbeiten erledigen
d315	Nichtverbale Botschaften verstehen	d650	Haushaltsgegenstände pflegen
d325	Geschriebene Mitteilungen verstehen	d660	Für andere sorgen
d330	Sprechen	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	
d350	Konversation treiben	d710	Elementare Interaktionen
d360	Kommunikationsgeräte/-techniken benutzen	d720	Komplexe Interaktionen
Mobilität		d730*	Interaktionen pflegen
d415	Körperhaltung beibehalten	Grössere Lebensbereiche	
d410	Körperposition verändern	d810*	Erziehung/Bildung
d420	sich verlagern (Transfer)	d840	Arbeit/Beschäftigung: Vorbereitung
d430	Gegenstand anheben/tragen	d850	Bezahlte Tätigkeit
d440	Feinmotorische Handaktivitäten	d855	Unbezahlte Tätigkeit
d445	Grober Hand-/Armgebrauch	d860	Einfache Geldangelegenheit regeln
d4500	Kurze Distanzen gehen	d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit
d4501	Lange Distanzen gehen (>1km)	Gemeinschaft/soziales Leben/staatsbürgerliches Leben	
d4502	Gehen auf unterschiedlichen Oberflächen	d910	Gemeinschaftliches Leben
d4551	Klettern/Treppen steigen	d920	Erholung/Freizeit
d4600	Sich in seiner Wohnung umherbewegen	d950	Staatsbürgerschaft
d4601	Sich in anderen Gebäuden umherbewegen		

Abbildung 6: Beispiel für ein Grundraster zu Aktivitäten/Partizipation

Jede Rehabilitationseinrichtung, die einen solchen Ansatz verfolgt, wird für sich ein eigenes, klinikspezifisches Grundraster erkennen und festlegen können, quasi als „ICF-Maßanzug“. Gleiches gilt für die spezifischen Fachraster, die hier für Physiotherapie und Ergotherapie am Beispiel der Mobilität dargestellt werden (Abb. 7).

ICF Grundraster und Fachraster

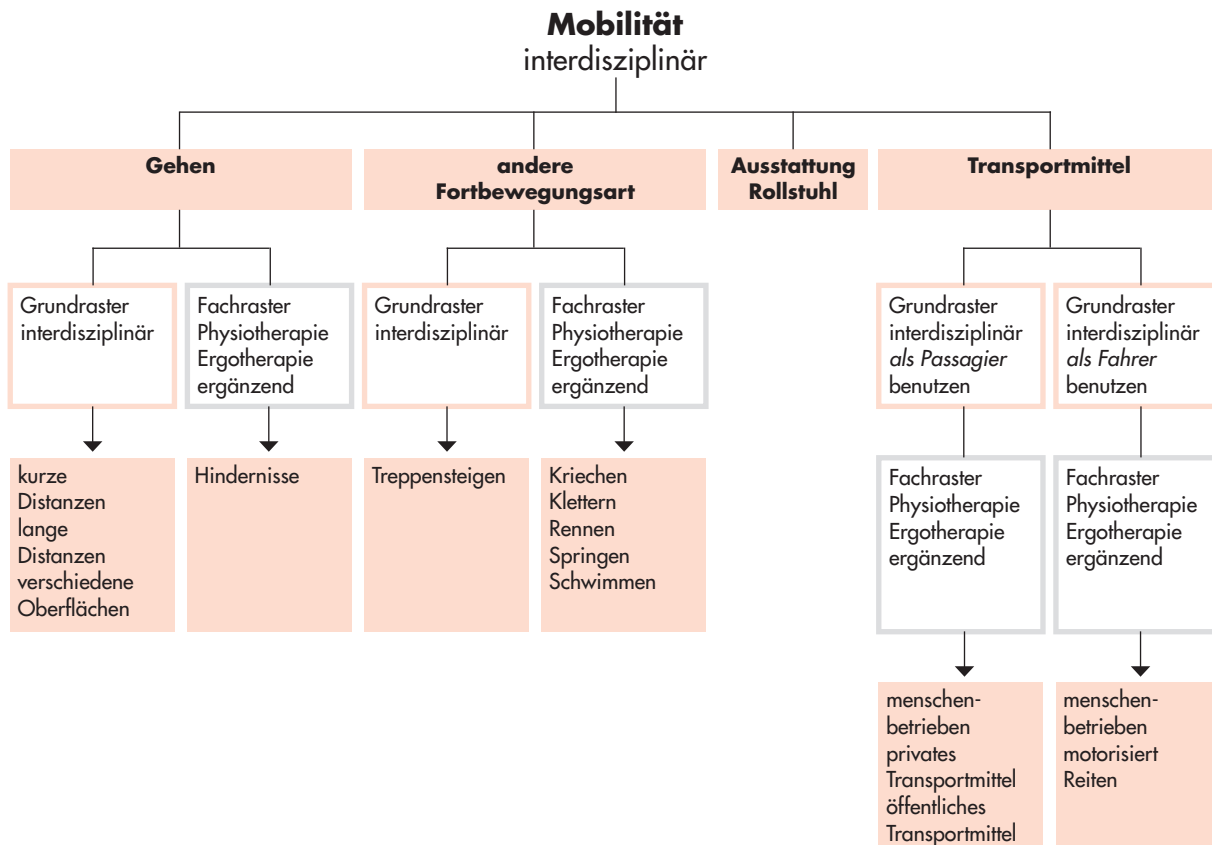


Abbildung 7: Beispiel für ein Fachraster zur Mobilität

- Beispiel: Abbildung von ICF-Items mit Deskriptoren sowie skaliertes Visualisierung zur Ergebnismessung an der Rheumaklinik Bad Wurzach

An anderen Stellen werden unter dem ICF-Gedanken Forschungen betrieben, um Computer unterstützt das Rehabilitationsergebnis messbar und transparent zu machen. Zum Beispiel wurden in Zusammenarbeit mit mehreren Rehabilitationskliniken für muskulo-skelettale Erkrankungen 146 rehabilitationsrelevante Sachverhalte identifiziert und zur besseren Handhabbarkeit mnemonischen Drei-Letter Codes zugeteilt, so genannten Deskriptoren, die Schlagworte bei der Erfassung eines Buches im Bibliothekskatalog ähneln. Der Beurteiler teilt diese individuell zu und gradiert diese „unscharf“ auf einer Skala von 0 (keine Beeinträchtigung) bis 100 (maximale Beeinträchtigung). Bei der Beurteilung fließen sowohl die Einschätzung der Therapeuten als auch die Angaben des Rehabilitanden (einschließlich Kontextfaktoren) ein. Damit lassen sich auch Veränderungen von Teilhabestörungen qualitativ und quantitativ auf Basis der ICF beschreiben. Computer unterstützt kann dann unter Verwendung der sog. Fuzzy-Mathematik eine individuelle und zielorientierte Ergebnismessung ermöglicht werden.

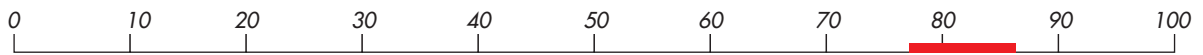
Hierzu ein Beispiel aus der Klinik:

Die Patientin hat aufgrund ihrer Hüftarthrose (COX) erhebliche Probleme beim Gehen (GEH). Diese Umstände haben dazu geführt, dass sie nicht mehr ihre Angehörigen besuchen kann (FAB).

Auf der Ebene der Körperschädigung wird der Descriptor der Coxarthrose (vor der Operation) zugeteilt und der Schweregrad auf der vorgesehenen Skala markiert. Dabei kann der Mittelpunkt

des markierten roten Bereiches als Maß für den Schweregrad und die Breite als Maß für die Sicherheit der Beurteilung interpretiert werden.

COX (ICD M16, Coxarthrose):



Auf der funktionalen Ebene bestehen starke Schmerzen, der entsprechende Descriptor wird zugeteilt und graduiert:

SME (ICF b280, Schmerzen):



Auf der Aktivitätsebene bestehen Beeinträchtigungen beim Gehen: schmerzfrei in der Ebene nur 200 Meter möglich.

GEH (ICF d450, Gehen):



Für die Patientin besteht das große Problem der belasteten familiären Beziehungen. Sie kann ihre Angehörigen nicht mehr besuchen.

FAB (ICF d760, Familienbeziehungen) vor Therapie:



Nach Implantation einer Hüft-TEP und nach Rehabilitation ist die Teilhabestörung (fast) beseitigt. Die Patientin benötigt noch einen Handstock, sie kann aber das Haus wieder verlassen.

FAB (ICF d760, Familienbeziehungen) nach TEP und Rehabilitation:



Deskriptoren und Schweregrad lassen sich als Netzdiagramm visualisieren (Abb. 8), wobei die Aufnahme-, Ziel- und Entlassungswerte aufgetragen sind:

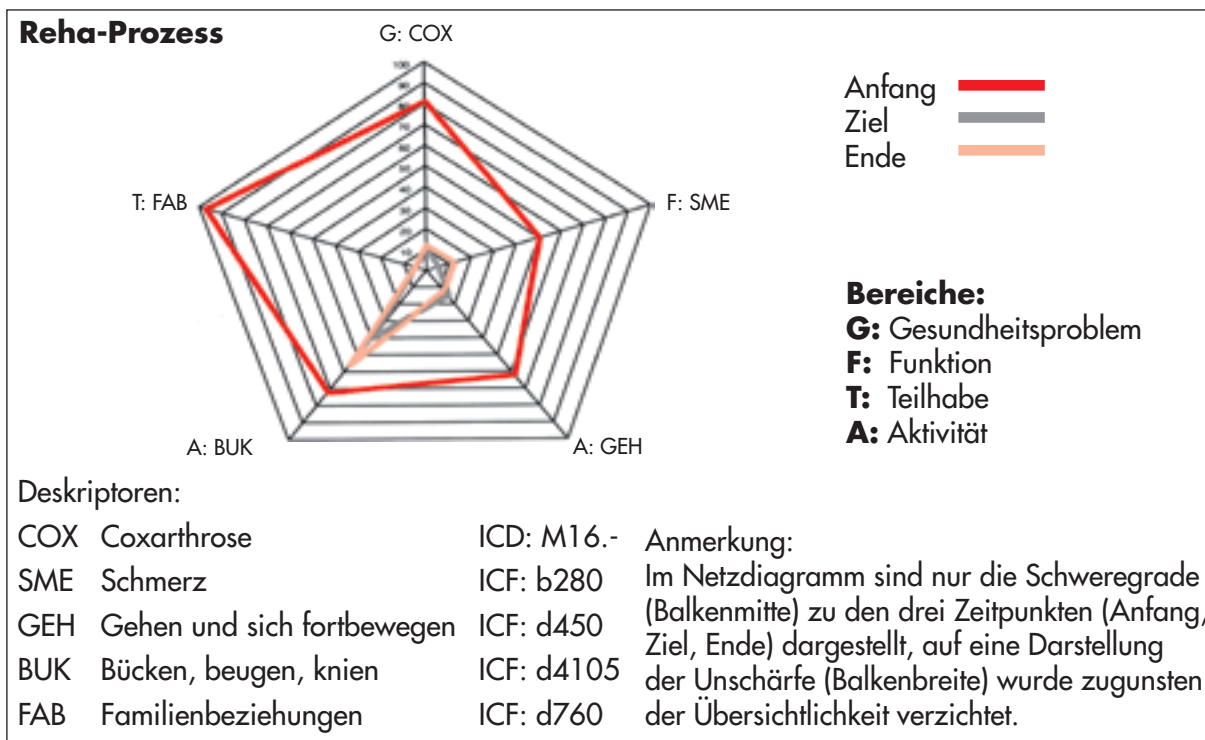


Abbildung 8: Beispiel für ein Netzdiagramm

Während bei den ICF Core Sets eine feste Liste ausgewählter Items abgearbeitet wird, können die Beurteiler diese aus einem Pool von 146 Deskriptoren frei auswählen. Damit ist insbesondere bei multimorbiden Patienten eine flexible Einbeziehung der Sichtweise des Betroffenen möglich. Auf diese Weise kann mit durchschnittlich sieben zugeteilten Deskriptoren pro Rehabilitand eine effiziente und dennoch präzise individuelle Dokumentation erfolgen. Es spiegelt die während der Rehabilitation eingetretene Veränderung wider.

Das Verfahren wurde bei über 2500 Patienten in fünf Rehabilitationskliniken erprobt. Die beteiligten Kliniken weisen auf eine gute Machbarkeit und Praktikabilität hin, da mnemonische Codes leichter zu erlernen sind als die abstrakten der internationalen Klassifikation. Auch kommt die unscharfe Gradierung (zur Mathematik „unscharfer Werte“ siehe Jacobi) dem ärztlichen Denken nach Ansicht der Autoren näher als artifizielle Scores mit einer Scheingenauigkeit. Die Verwendung der ICF wird in der Praxis mit diesem Ansatz ebenso leicht möglich so wie dies auch bei der Verwendung der ICD der Fall ist.

Besonders hervorzuheben ist mit Verwendung der Fuzzy-Mathematik die Möglichkeit einer individuellen und zielorientierten Ergebnismessung.



Abbildung 9: Der Fuzzy-Effekt:

Der Fuzzy-Effekt (Abb. 9) berechnet sich wie folgt: Die Verschiebung der Balkenmitte (Schweregrad) wird durch die durchschnittliche Balkenbreite dividiert.

Die ICF-Kategorien können unterstützt durch ein IT-Programm aus einer Liste ausgewählt, zu geteilt und graduiert werden. Das Tool liefert die Auswertung als Tabelle und das Spinnennetz als Bild zurück, so dass diese (aus dem Web-Browser) in den Entlassbericht übernommen werden können.

Die hier vorgestellten Beispiele belegen, dass durchaus unterschiedliche Wege zur Anwendung der ICF im klinischen Praxisbetrieb beschritten werden. Allen gemeinsam ist jedoch das Ziel, deren sinnvolle und praxisrelevante Anwendung zu ermöglichen.

■ **Ausgewählte Beispiele zur Nutzung der ICF bei der klinikinternen Organisations- und Dokumentationsstruktur**

Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Nutzung der ICF erfordert einen festen Organisationsrahmen. Nachfolgend zwei Beispiele der möglichen Realisierung aus Sicht einer Rehabilitationsklinik:

Beispiel: Neurologische Abteilung der Asklepios Klinik Schaufling

Die Forschungsgruppe ICF an der Asklepios-Klinik Schaufling hat u.a. einen besonderen Focus bei der ICF-Anwendung auf die Praktikabilität im klinischen Alltag gelegt. Die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe haben eine für die Klinik spezifische alltagstaugliche Checkliste entwickelt (Neuro-ICF-Leistungsbeurteilung für die Sozialmedizin - NILS) und hieraus die relevanten Items für den neurologischen Bereich identifiziert. Besonderer Wert wird auf interdisziplinäre Teambildung und deren Integration in den Klinikbetrieb gelegt. Im Rahmen dieser mehrjährigen Erfahrungen eines die Anwendung der ICF unterstützenden Teammanagements haben sich einige strukturelle Merkmale für den erfolgreichen Teammanager im Klinikbetrieb sowie effiziente Kommunikations- und Dokumentationsprozesse des Teams herausgearbeitet.

So bestehen die Aufgaben des im Organisationsplan fest etablierten Teammanagers (Abb. 10) bei dieser Klinik insbesondere darin, die Teamarbeit zu organisieren, die Teamsitzungen zu leiten, die interdisziplinäre Arbeit in organisatorischer Hinsicht sowie die Urlaubsplanung zu koordinieren, den Schriftverkehr zu organisieren, Rückmeldung an die Teammitglieder über Ihre Arbeit im Team zu geben und neue Teammitglieder einzuführen.

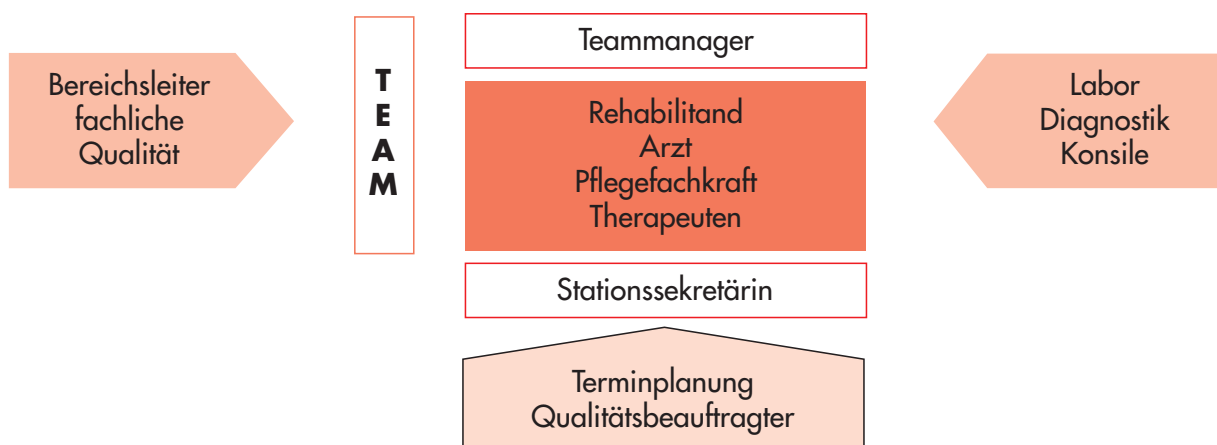


Abbildung 10: Beispiel für die Festlegung der Teammitglieder unter einer Teamleitung und deren mögliche Einordnung in den Klinikbetrieb

Der Teammanager hat organisatorische, aber keine fachliche Weisungsbefugnis, die ihrerseits aber die Grundlage auch für eine interdisziplinäre und partnerschaftliche Zusammenarbeit unabhängig von der Profession des Teammanagers ist. Entsprechend dem deutschen Rechtssystem trägt der behandelnde Arzt die Gesamtverantwortung.

Es hat sich darüber hinaus bewährt, Teambesprechungen zeitlich strukturiert als essentiellen Bestandteil in den stationären Aufenthalt der Patienten zu integrieren:

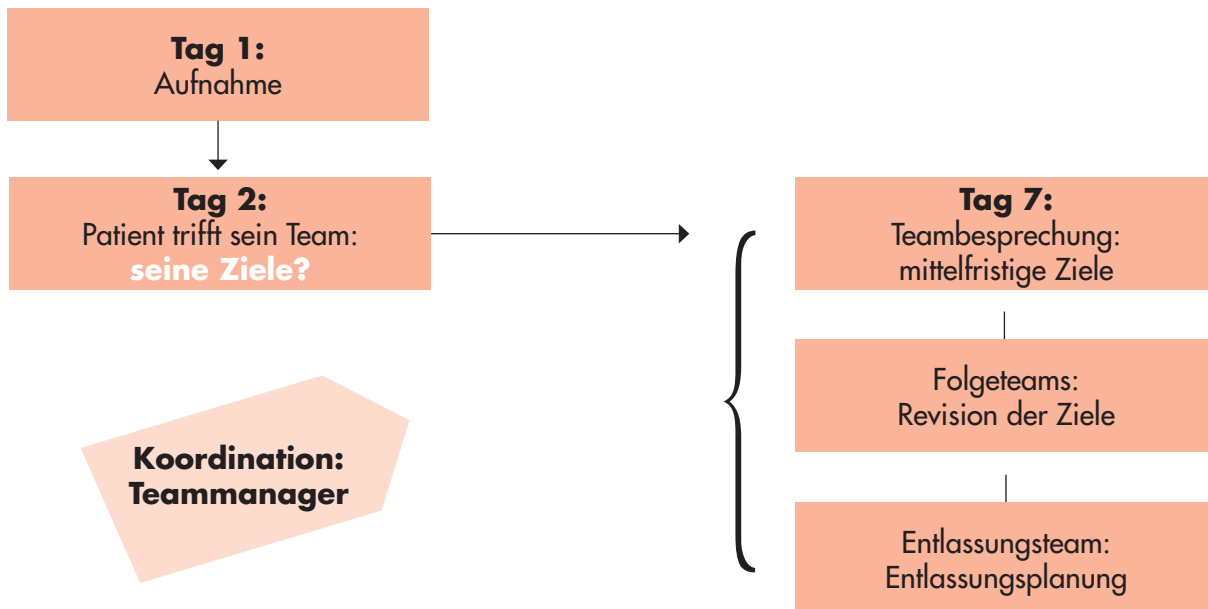


Abbildung 11: Teambesprechung in der Rehabilitation

Nach stationärer Aufnahme zur medizinischen Rehabilitation (Abb. 11) erfolgt z.B. die Erfassung der Schädigungen, Aktivitäten, Teilhabeaspekte und Kontextfaktoren nach dem ICF-Modell und eine konkrete Festlegung der Rehabilitationsziele aus Sicht des Patienten und seiner Therapeuten. Auf Basis der von Fachspezialisten erhobenen Feststellungen werden die anzugehenden Hauptprobleme zusammengeführt und in eine Rehabilitationsplanung umgesetzt. Die gemeinsame Arbeit findet in einer gemeinsamen Patientendokumentation – dem Teamprotokoll – ihren Niederschlag. In diesem Teamprotokoll wird neben der Formulierung der Kurzbefunde in Anlehnung an die ICF auch der Aufnahmebefund in der Skalierung der ICF festgehalten. Ebenso werden die in der gemeinsamen Diskussion entwickelten Rehabilitationsziele in Anlehnung an die ICF formuliert und graduell festgehalten. Die Teamarbeit bedingt auch, dass die Informationen über die Funktionsfähigkeit der Patienten über die verschiedenen Berufsgruppen verteilt sind. Es ist daher notwendig, die Items der Checkliste den verschiedenen Therapeuten zuzuordnen. Die Erkenntnisse aus den Konferenzen werden nicht kodiert, sondern nach Leitfragen systematisch gruppiert und möglichst in Anlehnung an die bekannten Item-Bezeichnungen der ICF festgehalten.

Weitere Teambesprechungen dienen der Abstimmung über notwendige Assessments, Definition kurz- und mittelfristiger Zwischenziele, Feinjustierung der Behandlungsplanung, ggf. notwendiger Anpassung der Ziele sowie Messung des Zielerreichungsgrades bis hin zur Entlassungsvorbereitung. Die Therapeuten erstellen für ihren Bereich die Entlassungsberichte, die durch den Arzt zusammengestellt werden. Als nützlich erweist sich das Core Set NILS im Zusammenhang mit der Beurteilung der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit in den Rehabilitations-Entlassungsberichten. Die Werte werden graphisch aufbereitet und den Entlassungsberichten beigelegt. Damit erhalten nachfolgende Gutachter/Nutzer einen kurz gefassten Überblick über den Status eines Patienten.

Auch strukturelle Voraussetzungen hält das Schauflinger Team für eine erfolgreiche ICF-orientierte Teamarbeit für bedeutsam. So muss der Raum, in dem sich das Team trifft, ein entspanntes Arbeiten ermöglichen und eine patientenzentriert adäquate Atmosphäre ausstrahlen. Die multidisziplinäre Visite auf der Station kann eine interdisziplinäre Teambesprechung nicht ersetzen.

– Beispiel: Rapportvorbereitung und Protokollierung der Teambesprechungen in der Neurorehabilitationsklinik des Kantonsspitals Luzern

Auch in dieser Klinik hat es sich bewährt, eine ICF-orientierte Struktur für den Ablauf und die Dokumentation der Eintritts- bzw. Aufnahme- und Verlaufsbesprechungen im Team vorzusehen. Hierzu wurde z.B. als gemeinsame Vorgabe zur Vorbereitung von Rapporten, zur einheitlichen Groberfassung des Funktionszustandes sowie verbindlich für alle Fachbereiche für Rapportvorbereitung und Protokollierung folgendes Vorgehen entwickelt (Abb. 12):

Teil	Eintrittsbesprechung	Verlaufsbesprechungen	Erst-Info	Ergänzung
Assess-ment	Einleitung	Ziel der Besprechung	GL	alle
		Partizipationsziel des Patienten		
	Körperfunktionen/Strukturen			
	Medizinische Diagnosen/Strukturen Körperfunktionen		Arzt Arzt/NP	alle
	Kontextfaktoren			
	Personbezogene Faktoren Umweltfaktoren		Arzt PF	alle alle
	Allgemeiner Eindruck	Früher definierte Zwischenziele, Verlaufsinformationen, Evaluationen, Allgemeiner Eindruck	alle	
	Aktivitäten/Partizipation			
	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen		PF/NP	alle
	Mobilität		PT/ET	alle
	Selbstversorgung		PF	alle
	Kommunikation		ST/PF	alle
	Lernen und Wissensanwendung		ET	alle
	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		ET	alle
	Häusliches Leben		ET	alle
	Bedeutende Lebensbereiche		alle	
	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben		alle	
	Funktioneller Selbständigkeitsindex (FIM)		PF	alle
	Hauptprobleme			
	Körperfunktionen		alle	
Aktivitäten/Partizipation		alle		
ungünstige Kontextfaktoren		alle		
Ressourcen		alle		
Zielsetzung	Partizipationsziel des Patienten		alle	
	Partizipationsziel des Rehabilitationsteams		alle	
Planung	Voraussetzungen zur Zielerreichung		alle	
	Zwischenziele/Planung		alle	
	Aufträge und Abmachungen		GL	
	Termine		GL	

GL= Gesprächsleiter, NP = Neuropsychologe, PF = Pflegefachkraft, PT = Physiotherapie, ST = Sprachtherapie, ET = Ergotherapie, SD = Sozialdienst

Abbildung 12: Leitfaden für ICF-orientierte Teambesprechungen: Interdisziplinäres Assessment, Festlegung der Rehabilitationsziele und Planung der Interventionsmaßnahmen

Das Assessment dient dem Zusammentragen der Diagnosebefunde und Erhebungsergebnisse bezüglich der gesundheitlichen Situation des Patienten. Der Ablauf der Berichterstattung richtet sich nicht nach den verschiedenen Fachbereichen, sondern nach den ICF-Komponenten. Für die Berichterstattung auf Basis von ICF-Checklisten in den einzelnen Themenbereichen trägt jeweils eine Fachdisziplin die Hauptverantwortung. So informieren in erster Linie der Arzt und der Neuropsychologe über die medizinischen Diagnosen und die Anamnese. Die Pflegefachkräfte, Physio-, Ergotherapeuten und ggf. Logopäden übernehmen die Berichte in den verschiedenen Bereichen der Aktivität und Partizipation. Die Einschätzung fördernder und hemmender Kontextfaktoren erfolgt durch die Pflege. Die Teammitglieder tauschen in einer festgelegten Reihenfolge Informationen aus, erörtern und setzen ausgehend von den vom Patienten und seinen Angehörigen formulierten Partizipationszielen gemeinsame Ziele, planen den weiteren Rehabilitationsprozess und koordinieren die Rehabilitationsinterventionen. Das Protokoll wird an alle Beteiligten verteilt.

■ **Der Rehabilitationsentlassungsbericht**

Am Ende einer Rehabilitation bzw. Leistung zur Teilhabe wird der *Rehabilitationsentlassungsbericht* erstellt. Er enthält neben den für die weiterbehandelnden Ärzte und Therapeuten wesentlichen medizinischen Informationen zu Diagnostik, Therapie, Verlauf und Weiterbehandlungsstrategien auch die besonderen sozialmedizinischen Feststellungen und Empfehlungen, die für weitere leistungsrechtliche Weichenstellungen der Leistungsträger von Bedeutung sein können. Der teilhabeorientierte Entlassungsbericht erfüllt also neben der Funktion eines Arztbriefes insbesondere auch die Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens.

Die Rehabilitationsträger haben sich auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ verständigt, Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchzuführen. Diese beziehen sich maßgeblich auf die ICF. Die Umsetzung dieser gemeinsamen Verpflichtung kann den Bereich der sozialmedizinischen Beurteilung zum Abschluss der Rehabilitation konsequenterweise nicht aussparen.

Die sozialmedizinische Beurteilung ist der entscheidende Transfer der Erkenntnisse aus der Epikrise auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe vor dem Hintergrund der relevanten Kontextfaktoren. Sie beantwortet vor allem auch die trägerspezifischen Fragestellungen. Wenn das Konzept der ICF bereits bei der Rehabilitationszielfindung und während des Rehabilitationsprozesses systematisch berücksichtigt wurde und in der Dokumentation seine Würdigung fand, kann daran für die Erstellung des Abschlussberichtes nahtlos angeknüpft werden. Der Reha-Entlassungsbericht muss unabhängig von der Leistungsträgerschaft über folgende Bereiche Aussagen enthalten:

- Aktueller Status von Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Beeinträchtigungen in den relevanten Bereichen
- Umweltbezogene Kontextfaktoren, insbesondere die sich auf die Teilhabe günstig oder ungünstig auswirkenden Einflüsse, sowie personbezogene Kontextfaktoren. Letztere sind in der ICF der WHO noch nicht ausgewiesen. Für die gesetzliche Krankenversicherung wurden von deren Medizinischen Diensten jedoch erste Vorstellungen entwickelt (siehe Literaturangaben)
- Prognosebeurteilung unter Berücksichtigung des voraussichtlich weiteren Verlaufes der geschilderten funktionalen Problematik unter Berücksichtigung des individuellen Kontextes sowie möglicher und aussichtsreicher therapeutischer Interventionen
- Konkrete medizinische, berufliche, soziale, private Interventionsmöglichkeiten und speziell auf die Kontextfaktoren abzielende Interventionen, die geeignet erscheinen, die Prognose zu verbessern, und zwar unabhängig von der Reha-Trägerschaft. Insbesondere sind hier Möglichkeiten der Prävention, der Kuration einschließlich Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, nachgehende oder weiterführende Leistungen im Anschluss an die Rehabilitation wie Nachsorge und Rehabilitationssport sowie ggf. notwendige Leistungen der Pflege zu berücksichtigen.

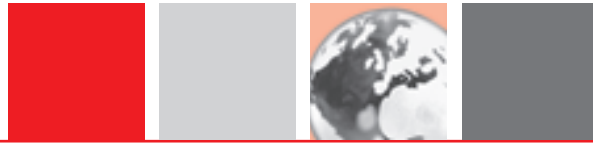
Für die Nutzung der ICF bei Fragen zu Prognose und Interventionen ist zu beachten, dass die ICF nur zur Klassifikation eines aktuellen Zustandes („Momentaufnahme“) geeignet ist. Aussagen zu Entwicklungen und deren zeitlichen Verlauf können mit den Komponenten der ICF alleine nicht abgebildet werden. Diese gehören aber zur sozialmedizinischen Beurteilung unabdingbar dazu. Vor dem Hintergrund der ICF als krankheitsunabhängiger Klassifikation sind deshalb nicht nur bei der Rehabilitationszielbildung sondern auch bei anderen sozialmedizinischen Fragestellungen die vorliegenden gesundheitlichen Störungen/Krankheiten (ICD) und deren voraussichtliche Entwicklung unter Berücksichtigung möglicher therapeutischer Interventionen in die Beurteilung mit einzubeziehen.

Die sozialmedizinische Beurteilung wird meist in einem trägerspezifisch gestalteten Formular zusammengefasst. Auf die Verwendung eines einheitlich für alle Rehabilitationsträger geltenden Formularvordruckes haben sich die Rehabilitationsträger bisher nicht verständigt. Dies wird eine dankbare Aufgabe in der Zukunft sein.

■ **Aufwand für ICF-orientierte interdisziplinäre Teamarbeit und Dokumentation**

Zunächst scheint der Aufwand für die Bildung von interdisziplinären Teams, deren Abstimmungsnotwendigkeiten während des Rehabilitationsprozesses sowie für die notwendigen Dokumentationen groß zu sein. Aus Rehabilitationseinrichtungen, die die ICF in ihre Rehabilitationsarbeit integriert haben, ist jedoch zu erfahren, dass anderer Aufwand, der typischerweise mit einer multidisziplinären Arbeitsweise einhergeht, wegfällt, wie beispielsweise die zahlreichen Übermittlungsprobleme bei abteilungs- und berufsgruppenbezogenen Schnittstellen. So fällt auch das von den jeweiligen Therapeutengruppen erneute Erheben der zeitaufwendigen Anamnese bei voll integrierter Teamarbeit in wesentlichen Aspekten nur einmal an und nicht mehrmals. Darüber hinaus findet bei derartigem patienten- und auch angehörigenzentriertem Arbeiten eine deutlich intensivere Patientenbindung statt, die sich sehr positiv für den Reha-Erfolg auswirken kann.

Eine ICF-strukturierte Dokumentation erleichtert den strukturierten Transfer in den Reha-entlassungsbericht und bereitet damit die nachfolgenden Entscheidungen der Sozialleistungsträger zielführend vor. Darüber hinaus kann die ICF-Orientierung maßgeblich zur Qualitätssicherung einer kontext- und teilhabeorientierten Rehabilitation beitragen.



Fazit, Entwicklung und Ausblick

Die ICF stellt eine gemeinsame Handlungsgrundlage für alle dar, die an der Behandlung, Therapie und Versorgung gesundheitlich beeinträchtigter und in der Teilhabe bedrohter Menschen beteiligt sind.

Die ICF ist zweierlei:

Sie ist zum einen eine *Konzeption* („Philosophie“) zum besseren Verständnis von Behinderung und Gesundheit auf der Grundlage der bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen. Man verwendet in diesem Zusammenhang auch den Begriff der „funktionalen Gesundheit“.

Zum anderen ist die ICF eine *Klassifikation* zur Kodierung der Komponenten der funktionalen Gesundheit. Die Kodierung wird auf absehbare Zeit nur in sehr speziellen Zusammenhängen verwendet werden können. Seitens der Sozialmedizinischen Dienste der Leistungsträger bestehen derzeit keine Bestrebungen, die Kodierung in der Praxis einzusetzen.

Anders verhält es sich mit der ICF-Konzeption. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF markiert einen Paradigmenwechsel, weg von einer nur diagnose- und defizitorientierten Sicht hin zu einer Betrachtung des kranken Menschen in seinen biographischen und sozialen Bezügen. Die ICF stellt dafür eine Systematik und definierte Begriffe zur Verfügung.

Ausgangspunkt für die Nutzung der ICF ist stets ein Gesundheitsproblem. Dasselbe Gesundheitsproblem kann jedoch im Leben verschiedener Menschen ganz unterschiedliche Auswirkungen haben. Das hat viele Gründe. Die Aspekte der individuellen Kompensationsfähigkeit, persönlicher Einstellungen und Ressourcen müssen ebenso betrachtet werden wie Barrieren oder hemmende Einstellungen. So kommt es z.B. auf vorhandene oder fehlende Unterstützung des betroffenen Menschen am Arbeitsplatz und im Privatleben an.

Es besteht stets die Gefahr, dass diese vielfältigen Wechselwirkungen konzeptionell in der täglichen therapeutischen Arbeit untergehen. Die ICF ist hier ein wichtiger Bezugsrahmen, mit dem diese Aspekte immer wieder in Erinnerung gerufen werden können.

Die „*gemeinsame Sprache*“ spiegelt diese „Philosophie“ wider. Betroffene und ggf. Angehörige können somit besser in die Therapie eingebunden werden. Ihre Beteiligung schon bei der Hilfeplanung verbessert die Qualität des Ergebnisses und die Bereitschaft und Möglichkeiten der Betroffenen zur Mitwirkung und Gestaltung ihrer Therapien und sonstigen Maßnahmen.

Philosophie und Sprache der ICF bewähren sich vielerorts bereits jetzt in der praktischen Rehabilitation. In Rehabilitationseinrichtungen erleichtert die Nutzung der ICF die Zusammenarbeit im interdisziplinären Rehabilitationsteam. Berichtet wird von einem besseren Verständnis für die Aufgaben und Möglichkeiten der jeweils anderen Berufsgruppen, einer besseren Kooperation und Erleichterung der inhaltlichen und formalen Planung des Rehabilitationsprozesses. Auch aus dem Ausland gibt es entsprechende positive Erfahrungen. Mithilfe der ICF könnte es zudem gelingen, durch eine bessere Kommunikation zwischen den Therapeuten der verschiedenen Sektoren die ambulante und stationäre Behandlung stärker zu verzahnen.

Auch die Bedarfsermittlung und Hilfeplanung durch Ärzte und sozialpädagogische Fachdienste für Leistungen z.B. für psychisch kranke Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe kann durch die ICF unterstützt werden. In einigen Regionen wird die ICF deshalb bereits im Gesamtplanverfahren und in der Hilfeplanung genutzt. Damit bewegen sich medizinische und soziale Arbeit im gleichen Bezugsrahmen.

Das Konzept der ICF ist schon heute aktueller Maßstab im Bereich von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien. Kaum ein entsprechendes Dokument kommt ohne Bezug auf die ICF aus. Dies gibt

berechtigte Hoffnung auf eine bessere Abstimmung der Akteure im Feld von Richtlinien und Verordnungen, die nun auf ein gemeinsames und anerkanntes Konzept zurückgreifen können.

So hat das Konzept der ICF Eingang in das *Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“* aus dem Jahr 2001 gefunden.

Im Bereich der untergesetzlichen Normen findet sich häufig ein ausdrücklicher Bezug auf die ICF, so etwa in der *„Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 SGB V“* des Gemeinsamen Bundesausschusses, worin auch die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Vertragsärzte geregelt worden ist.

Auch die *„Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation“* der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)* wurden an die Begriffe der ICF angepasst.

Ebenso basiert die 2004 in Kraft getretene *„Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen“* der BAR auf der ICF als Grundlage für ein bio-psycho-soziales Verständnis bei der Begutachtung.

In der sozialmedizinischen Begutachtung wird das Konzept der ICF erfolgreich eingesetzt. Die *Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO)* empfiehlt in ihrem *Abschlussbericht von 2004* die Anwendung der ICF, rechnet jedoch mit einem längeren Zeithorizont für die Einführung. Allerdings beziehen sich schon heute die Empfehlungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zur sozialmedizinischen Begutachtung und die Begutachtungs-Richtlinie *Vorsorge und Rehabilitation der Gesetzlichen Krankenversicherung* auf die ICF.

Der *Ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit* verwendet seit Jahresbeginn 2007 ein neu gestaltetes Gutachtenformat, in dem die ICF-Komponenten der Teilhabe/Aktivitäten und der Kontextfaktoren konkrete Berücksichtigung in der Rehabilitation finden.

Daneben bietet die ICF grundsätzlich auch die Möglichkeit zu einer systematischen Verschlüsselung für Gesundheitsinformationssysteme und ermöglicht so nationale und internationale Datenabgleiche zwischen verschiedenen Disziplinen im System der sozialen Sicherung. Für eine Kodierung wären allerdings noch umfassende Vorarbeiten zu leisten. Wegen der zeitlichen und fachlichen Anforderungen an solche Kodierungen können diese sicherlich nicht quasi „nebenbei“ erledigt werden, in der Gesundheits- und Sozialstatistik werden sie jedoch ihren Platz finden. Notwendige Weiterentwicklungen einer solchen formalisierten Darstellung umfassen die Definition der Schweregradeinstufungen der jeweiligen Beeinträchtigungen. Dies sind Aufgaben weiterer nationaler und internationaler Forschungsvorhaben.

Die Entwicklung praktikabler Dokumentationsinstrumente für die Anwendung der ICF ist in einigen Rehabilitationseinrichtungen bereits weit fortgeschritten. Die Nutzung der ICF hat sich dort im praktischen Rehabilitationsbetrieb als machbar und sinnvoll erwiesen. Sie ist zu einem integralen Bestandteil der Organisationsentwicklung rehabilitativer Prozesse auf dem Weg zur Verwirklichung einer partizipations- und kontextorientierten Rehabilitationspraxis geworden.

Die ICF erleichtert es, Schnittstellen innerhalb der Behandlungsstufen zu überwinden und zu einem gemeinsamen Verständnis der bio-psycho-sozialen Situation von Menschen mit Behinderungen zu kommen.

Die verschiedenen Leistungserbringer können so besser zusammenarbeiten und Reibungsverluste zu den Leistungsträgern und zwischen den Leistungsträgern verringern.

Auch zwischen den Sektoren kann so ein gemeinsames Verständnis erreicht werden.

Reibungsverluste durch Missverständnisse zwischen Leistungsträgern und Ungenauigkeiten im Ausdruck werden verringert.

Die Akteure sparen damit letztlich Zeit, welche die von einem Gesundheitsproblem Betroffenen in der Form einer intensiveren Zuwendung gewinnen können.

Den Betroffenen kann so besser Hilfe wie aus einer Hand zuteil werden, an der sie auch aktiv mitgestalten können.

Die wichtigsten Begriffe der ICF

Aktivitäten bezeichnet die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch eine Person. Siehe auch Leistungsfähigkeit, Leistung.

Barrieren sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person beim Einbezogen sein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich erlebt.

Behinderung ist jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person. Der Behinderungsbegriff der ICF ist wesentlich weiter gefasst als der des SGB IX.

Beurteilungsmerkmale dienen der näheren Qualifizierung der dokumentierten Items der verschiedenen Teilklassifikationen. Das allgemeine Beurteilungsmerkmal, das für alle Klassifikationen gleich ist, gibt den Schweregrad des Problems an. Bei den Umweltfaktoren besteht das Problem in Barrieren. Es können jedoch auch die Funktionsfähigkeit förderliche Faktoren (Förderfaktoren) kodiert werden. Die weiteren Beurteilungsmerkmale sind klassifikationsabhängig.

Domäne: Sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer beliebigen Teilklassifikation der ICF. Die Domänen bilden die verschiedenen Kapitel und Blöcke innerhalb jeder Komponente.

Förderfaktoren sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

Funktionale Gesundheit umfasst die Aspekte der Körperfunktionen und -strukturen des Organismus einer Person sowie die Aspekte der Aktivitäten und Teilhabe der Person an Lebensbereichen vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren. Funktionale Gesundheit ist kein expliziter Begriff der ICF.

Funktionsfähigkeit umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Kategorien bilden die Einheiten vier Teilklassifikationen der ICF auf Item-Ebene.

Komponente ist der zu klassifizierende Gegenstand, also (1) Körperfunktionen und -strukturen, (2) Aktivitäten und Teilhabe, (3) Umweltfaktoren und (4) personbezogene Faktoren.

Kontextfaktoren sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren gegliedert.

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen). Siehe auch Schädigungen.

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Siehe auch Schädigungen.

Lebensbereiche sind Domänen der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe.

Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext.

Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard-, oder hypothetischen Bedingungen.

Partizipation siehe Teilhabe.

Personbezogene Faktoren sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), z.B. Alter, Geschlecht, allein lebend.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und Sozialpsychologisches Institut (Hrsg.): Praxishilfe, Teamentwicklung in der Rehabilitation, 2000

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation, 3., völlig neu bearbeitete Auflage, 2005

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Verlag MMI Medizinische Medien Information GmbH, 63263 Neu-Isenburg, 2006

Leistner, K. und Beyer, H.-M.: Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Antragsverfahren unter besonderer Berücksichtigung der ICF, Ecomed Medizin, Landsberg/Lech, 2005

Rentsch, H.-P. und Bucher, P.O.: ICF in der Rehabilitation – Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag, Schultz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein, 2005

Schuntermann, M. F.: Einführung in die ICF – Grundkurs – Übungen – offene Fragen, 2. überarbeitete Auflage, Ecomed Medizin, Landsberg/Lech, 2007

AUSGEWÄHLTE WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Zur ICF-basierten Zieldefinition:

- Bühler, S., Grötzbach, H. und Frommelt, P.: ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation, *Neurologie & Rehabilitation* 2005, 11(4): 201-211
- Frommelt, P., Grötzbach, H. Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In: Dettmers D., Bülow P., Weiller C. (Hrsg.): Schlaganfallrehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus 2007, S. 121-133.
- Grötzbach, H. Zielsetzung in der Aphasitherapie. *Forum Logopädie* 2004;18(5):12-16.
- Guggel, S. Leinberger, R., Richardt, M.: Goal setting and reaction time performance in brain-damaged patients. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2001; 23: 351-61.
- McGrath, J.: Interdisziplinäre Zielsetzung in der neurologischen Rehabilitation. In: Frommelt, P., Grötzbach, H. (Hrsg.): *NeuroRehabilitation*. Im Druck.

Zur ICF-orientierten Dokumentation:

- Cieza, A., Ewert, T., Üstün TB, Chatterji, S., Kostanjsek, N., Stucki, G.: ICF Core Set development for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med* 2004; Suppl. 44: 9-11
- Dreinhöfer, K., Stucki, G., Ewert, T., Huber, E., Ebenbichler, G., Gutenbrunner, C., Konstanjek, N., Cieza, A.: ICF Core Set for Osteoarthritis, *J. Rehabil. Med.*, 2004; 36 Suppl. 44: 75-80
- Ewert, T., Geyh, S., Grill, E., Cieza, A., Zaisserer, S., Stucki, G.: Die Anwendung der ICF in der Neurorehabilitation anhand des ICF Modellblattes und der ICF Core Sets. *Neurologie und Rehabilitation* 2005, 11(4): 179-188.
- Ewert, T., Fuessl, M., Cieza, A., Andersen, A., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Stucki, G.: Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med* 2004; Suppl. 44: 22-9.
- ICF-Checkliste, Version 2.1a, Medizinisches Formblatt für die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/>
- Jacobi, E., Kaluscha, Jacobi, C.: Erhebung der Teilhabestörung nach SGB IX mittels ICF – Der ökonomische Nutzen der Rehabilitation, *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, Heft 74, Dezember 2006, 353-363
- Kirschneck, M. und Ewert, F.: Die Entwicklung von ICF Core Sets in „ICF in der Rehabilitation“ von H.P. Rentsch und P. O. Bucher, Schulz-Kirchner Verlag 2005
- Frommelt, P., Grötzbach, H.: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - Einführung und Anwendung in der medizinischen Begutachtung. In Ludolph, Lehmann & Schürmann (Hrsg.). *Kursbuch der ärztlichen Begutachtung*, 29. Erg.Lfg. 6/06. Landsberg: ecomed 2006, Band 1, Kapitel II-6, 1-27.

Zur Interdisziplinären Teamarbeit:

Drechsler, R.: Interdisziplinäre Teamarbeit in der Neurorehabilitation. In: Frommelt, P., Grötzbach, H. (Hrsg.): NeuroRehabilitation. Blackwell, Berlin 1999.

Wille 2002, Transdisziplinarität und Allgemeine Wissenschaft. In: Krebs, H.; Gehrlein, U.; Pfeifer, J.; Schmidt, J.C. (Hrsg.): Perspektiven Interdisziplinärer Technikforschung: Konzepte, Analysen, Erfahrungen. Münster: Agenda-Verlag, S. 73-84

Zu allgemeinen praktischen Erfahrungen:

Fries, W. et al.: Projektarbeit: Therapeutische Strategien zur Umsetzung von ICF und SGB IX in der ambulanten wohnortnahen neurologischen Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Neurologie & Rehabilitation, 11, 218 – 226, 2005

Rentsch, H.P.: Umsetzung der ICF in den praktischen Alltag auf der Neurorehabilitationsabteilung des Kantonsspitals Luzern in „ICF in der Rehabilitation“ von H.P. Rentsch und P. O. Bucher, Schulz-Kirchner Verlag 2005

Steiner, WA., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., Stucki, G.: Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. Phys Ther 2002; 82(11): 1098-1107.

Zu bestimmten Fachgebieten:

Knoglinger, E.: WHO-Klassifikation ICF: Grundlagen und Anwendbarkeit in der kardiologischen Rehabilitation. Herzmedizin 24 (2007), Nr. 3

Frommelt, P., Grötzbach H.: Einführung der ICF in die Neurorehabilitation. Neurologie & Rehabilitation 2005; 11:171-178.

Frommelt, P., Grötzbach, H., Ueberle, M.: NILS – Ein Instrument zur sozialmedizinischen Beurteilung auf der Basis der ICF in der Neurorehabilitation. Neurologie & Rehabilitation 2005; 11:212-217.

Zu speziellen Fragen der ICF

Viol, M., Grotkamp, S. und Seger, W.: Personbezogene Kontextfaktoren (Kurzversion), Teil II, Gesundheitswesen 2007, 69, 34-37

AUTOREN UND BERATER DER PROJEKTGRUPPE

Autoren und Berater der Projektgruppe¹⁾

Aubke, Dr. Wolfgang	Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
Bühler, Sabine	Asklepios Klinik Schaufling
Cibis, Dr. med. Wolfgang	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt
Ewert, Dr. Dipl.-Psych. Thomas	Klinikum der Universität München, München
Franke, Margit	HAWK Fachhochschule Hildesheim
Frommelt, Dr. med. Peter	Asklepios Klinik Schaufling
Jacobi, Prof. Dr. med. Eckart	Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin der Universität Ulm
Gronemeyer, Dr. med. Stefan	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen
Grötzbach, Holger, M. A.	Asklepios Klinik Schaufling
Grotkamp, Dr. med. Sabine	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN), Hannover
Heipertz, Dr. med. Walther	Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
Hüller, Dr. med. Elisabeth	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt (ausgeschieden)
Kähler, Sayin	HAWK Fachhochschule Hildesheim
Klein, Prof. Dr. med. Gernot	Klinik Höhenried
Korsukéwitz, Dr. med. Christiane	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
Petri, Bernd	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt
Pott, Claudia	Neuropsychologisches Therapiezentrum, München-Pasing
Rentsch, Dr. med. Hans Peter	Kantonsspital Luzern
Rohwetter, Dr. med. Manfred	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
Schian, Dr. med. Hans-Martin	Institut für Qualität und Prävention in der Rehabilitation (IQPR), Köln
Schubmann, Dr. med. Rainer	Klinik Möhnesee
Schuntermann, Dr. Michael F.	Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin (ausgeschieden)
Steinke, Bernd	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt (ausgeschieden)
Ueberle, Max	Universität Bielefeld, Bielefeld
Wallrabenstein, Dr. med. Helmut	Bundesagentur für Arbeit, Kiel
Zelfel, Rudolf C.	Institut für Qualität und Prävention in der Rehabilitation (IQPR), Köln

Leiter der Projektgruppe:

Seger, Prof. Dr. med. Wolfgang	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN), Hannover
--------------------------------	---

¹⁾ In alphabetischer Reihenfolge

NOTIZEN



$$B = f(G_p, K)$$