



ICF-PRAXISLEITFADEN 2

Medizinische Rehabilitationseinrichtungen
2. überarbeitete Auflage

Herausgeber:
Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18,
60486 Frankfurt am Main
Telefon: +49 69 605018-0
Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main,
März 2016
ISBN 3-9807410-8-7

Ansprechpartner:
Dr. med. Wolfgang Cibis
Wolfgang.cibis@bar-frankfurt.de
Ass. jur. Marcus Schian
Marcus.schian@bar-frankfurt.de

ICF-PRAXISLEITFADEN 2

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

in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

2. überarbeitete Auflage

INHALT

<i>Vorwort</i>	6
<i>Einleitung</i>	8
Kapitel 1	
<i>Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)</i>	11
1.1 Struktur der ICF	12
1.2 Die Komponenten der ICF	12
1.3 Weitere Untergliederung der einzelnen Komponenten	16
1.4 Möglichkeit der Kodierung des Schweregrads einer Schädigung oder Beeinträchtigung	17
1.5 Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell	17
Kapitel 2	
<i>Umsetzung der ICF in die klinische Rehabilitation – Teilhabeziele und -planung, Teamarbeit, Fallstrukturierung</i>	19
2.1 ICF und teilhabeorientierte Rehabilitationsziele	19
2.2 Gesamtbetrachtung der Teilhabesituation auf Grundlage der ICF > funktionaler individueller Befund	26
2.3 Verbesserte interdisziplinäre Teamarbeit durch Nutzung der ICF	26
2.4 Übersichtliche Fallstrukturierung nach ICF als Basis verbesserter Reha-/Teilhabeplanung und interdisziplinärer Teamarbeit	29
Kapitel 3	
<i>Fallbeispiele zur Nutzung der ICF bei Teilhabeplanung, Teamarbeit und Fallstrukturierung</i>	32
3.1 Fallbeispiel 1: Angestellte, 46 Jahre, anhaltende somatoforme Schmerzstörung	32
3.2 Fallbeispiel 2: Teilzeitbeschäftigte, 42 Jahre, Herzinfarkt/Hirnschädigung	36
3.3 Fallbeispiel 3: Finanzbeamtin, 75 Jahre, Oberschenkelhalsfraktur; KHK, Diabetes	39
3.4 Vorgehen bei der Teilhabeplanung in den Häusern am Latterbach	42
3.5 Fallbeispiel 4: Arzthelferin, 45 J., Reha-Planung für (medizinische) Langzeit-Reha/RPK	44

INHALT

Kapitel 4	
<i>Ausgewählte Ansätze und Beispiele zur ICF-orientierten Verlaufsdokumentation</i>	47
4.1 Ausgewählte Ansätze zur Komplexitätsreduktion bei Nutzung der ICF-Komponenten	48
4.2 Ausgewählte Beispiele zur Nutzung der ICF bei der klinikinternen Organisations- und Dokumentationsstruktur	50
4.3 Der Rehabilitationsentlassungsbericht	68
Kapitel 5	
<i>Fazit, Entwicklung und Ausblick</i>	70
<i>Anhang</i>	73
Glossar	73
Literatur	75
Mitglieder der Projektgruppe	79

Der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2006 vorgelegte ICF-Praxisleitfaden 1 richtet sich insbesondere an die an der Schnittstelle zur Rehabilitation (z. B. Rehabilitationszugang und -nachsorge) tätigen Ärzte. Der vorliegende Praxisleitfaden 2 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 vorausgesetzt. Der vorliegende trägerübergreifend konzipierte Praxisleitfaden 2 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. Er 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.

Die Vermittlung der ICF soll nicht zuletzt auch bei den betroffenen Menschen selbst ein bio-psycho-soziales Verständnis der Rehabilitation fördern. Mittlerweile gibt es neue Entwicklungen, die in Deutschland für die Implementierung der ICF in der Rehabilitation bedeutsam sind:

- Entwicklungen im Forschungsbereich (z. B. ICF-Core Sets),
- Entwicklungen im gesellschaftlichen/politischen Bereich (z. B. Inklusion, UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK))
- ein offenes Updateverfahren der WHO zur ICF,
- die Entwicklung einer ICF für Kinder und Jugendliche (ICF-CY),
- erste Entwürfe zur Klassifikation von personbezogenen Kontextfaktoren und
- vielfältige Erfahrungen mit der Nutzung der ICF in der Praxis der Rehabilitation.

Vor diesem Hintergrund war eine Überarbeitung des ICF-Praxisleitfadens 2 erforderlich.



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der
Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR)



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

Anmerkung:

Sofern aus Gründen besserer Lesbarkeit an einzelnen Stellen bei Personenangaben lediglich die männliche Schreibweise erscheint, sind weibliche Personen hier selbstverständlich gleichermaßen mit erfasst.

Einleitung

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 Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabekonzept der ICF eng verbunden. Danach ist eine alleinige bio-medizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) nicht ausreichend, sondern eine Berücksichtigung der krankheitsbedingten bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen erforderlich.

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

Die demografische und epidemiologische Entwicklung ist gekennzeichnet durch Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung und des Morbiditätsspektrums mit zunehmender Bedeutung chronischer und psychischer Erkrankungen und Krankheitsfolgen. Deshalb richtet sich auch die ärztliche Tätigkeit neben der Behandlung von Krankheiten immer stärker auf die Auswirkungen von Krankheit mit den vielschichtigen Beeinträchtigungen, z. B. im Hinblick auf Mobilität, Kommunikation, Erwerbstätigkeit oder Selbstversorgung unter Berücksichtigung des gesamten Lebenshintergrundes. Dieser spielt eine große Rolle bei der Frage, ob ein gesundheitliches Problem oder eine Krankheit (z. B. nach ICD) eines Menschen zu einer Gefährdung oder Einschränkung seiner Teilhabe am Arbeitsleben bzw. am Leben in der Gesellschaft führt.

Für das ärztliche Handeln gewinnt die ganzheitliche bio-psycho-soziale Betrachtung zunehmend an Bedeutung, bei der die Krankheiten und Krankheitsfolgen vor dem Hintergrund der Lebenswelt des betroffenen Menschen und seiner Person gesehen werden. Gerade in der ärztlichen Tätigkeit spielt die Kenntnis des gesamten Lebenshintergrundes, insbesondere der beruflichen Aspekte und der Alltagsbedingungen, der Patienten eine große Rolle.

Der Arzt übt zudem eine Brückenfunktion innerhalb der einzelnen Spektren des gesamten Versorgungssystems (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) aus und muss mit den unterschiedlichen Zielen und Aufgaben sowie der Zugangssteuerung vertraut sein. Er übernimmt somit zunehmend Aufgaben eines Lotsen für eine optimale Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche und sieht sich dabei letztlich auch einem geänderten Rollenverständnis ausgesetzt.

Dieses weit über die Aspekte der Krankheit hinausgehende Aufgabenspektrum erfordert ein gut abgestimmtes Handeln zwischen den einzelnen Disziplinen, Institutionen und Versorgungsbereichen. Voraussetzung hierfür ist ein gemeinsames Rehabilitationsverständnis auf der Basis einheitlicher, träger- und berufsgruppenübergreifender Begrifflichkeiten („gemeinsame Sprache“).

Die ICF stellt hierfür eine unter dem Dach der WHO vereinbarte Grundlage dar und ermöglicht eine systematische Beschreibung der Funktionsfähigkeit und Behinderung auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) einer Person vor dem gesamten Hintergrund ihrer Lebenswelt. Die ICF ist durch ihren indikationsübergreifenden bio-psycho-sozialen Ansatz dazu geeignet, die Transparenz diagnostischer Ergebnisse und therapeutischer Strategien sowie die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und zum Patienten zu verbessern.

Die ICF umfasst auch die personale Ebene und bezieht damit auch die subjektive Sicht des betroffenen Menschen mit ein. Dies ist deshalb wichtig, da nicht die Krankheitsdiagnose selbst im Vordergrund steht, sondern vor allem die individuell erlebte gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Alltags- oder beruflichen Teilhabe/Partizipation. Im Sinne einer verbesserten Kommunikation und Transparenz können so dem chronisch kranken und behinderten Menschen insbesondere die Reha-Ziele, Reha-Ergebnisse und Entscheidungen der Reha-Träger nachvollziehbarer vermittelt und seine Eigenverantwortung und Mitarbeit aktiviert werden. Unterstützt wird dies durch die meist in verständlicher Sprache gefassten Begrifflichkeiten der ICF.

Durch eine solche personenzentrierte Vorgehensweise kann die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als Grundvoraussetzung für eine gute Compliance nachhaltig verbessert und die Eigenverantwortung für den gesundheitsfördernden Umgang mit der chronischen Krankheit oder Behinderung und deren Auswirkungen auf den Lebensalltag gestärkt 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.

Auch 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 Ein-

führung und größeren Verbreitung der ICF in die praktische rehabilitative Arbeit insbesondere in Rehabilitationseinrichtungen dienen. Voraussetzung ist die Kenntnis der ICF-„Philosophie“ und ihrer Grundbegriffe.

Aufbau des ICF-Praxisleitfadens

Kapitel 1 liefert einen Überblick über Inhalt und Systematik der ICF einschließlich Skizzierung der Hintergründe ihrer Entwicklung.

Im **Kapitel 2** werden die grundlegenden Möglichkeiten zur Umsetzung der ICF in den klinischen Arbeitsalltag einer Rehabilitationseinrichtung aufgezeigt. Die teilhabeorientierten Rehabilitationsziele, die interdisziplinäre Teamarbeit und die Vorteile einer übersichtlichen Fallstrukturierung nach ICF als Basis verbesserter Reha-Planung werden erläutert.

Kapitel 3 konkretisiert die in Kapitel 2 allgemein dargestellten Möglichkeiten der ICF-Nutzung anhand ausgewählter Praxisfälle. Der Schwerpunkt liegt auf der Fallstrukturierung nach ICF-Systematik.

In **Kapitel 4** werden ausgewählte Ansätze und Beispiele zur ICF-orientierten Verlaufsdokumentation zur Einbindung in die täglichen Routinen bzw. Abläufe in den Rehabilitationseinrichtungen behandelt.

In **Kapitel 5** werden die Kernaussagen zusammengefasst und mögliche künftige Perspektiven für die Nutzung der ICF aufgezeigt.

Im **Anhang** befinden sich das Glossar, die Literaturangaben sowie die Liste der Mitglieder der Projektgruppe.

Kapitel 1

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

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, gehört zur Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen der WHO. Sie ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben und gehört zu den sog. Referenz-Klassifikationen:

- ICD - die Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
- ICF - die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- ICHI - die in Entwicklung befindliche Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen

Die WHO hat 2001 die Verwendung der ICF empfohlen. Seit 2005 steht sie in deutscher Sprache in gedruckter Form und auf der Internetseite des DIMDI zur Verfügung [<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>]. Meilenstein auf dem Weg zur ICF-Implementierung in Deutschland war 2001 das Inkrafttreten des SGB IX und mit ihm eine Anlehnung an die ICF sowie die Fokussierung auf den Teilhabebegriff (Partizipation).

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten einschließlich der Aktivitäten und Teilhabe. Dabei schafft sie u.a. eine Sprache, die die Kommunikationen zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, den Sozialleistungsträgern, aber auch Wissenschaftlern und Politikern erleichtern soll.

Die Nutzung der ICF setzt vor dem Hintergrund ihrer Systematik immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie z. B. solche, die allein von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden.

Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsproblem werden z. B. bezeichnet: Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke typischer Weise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD erfasst bzw. klassifiziert. Ein Gesundheitsproblem führt zu einer Veränderung an Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen und ist damit Voraussetzung zur Nutzung der ICF.

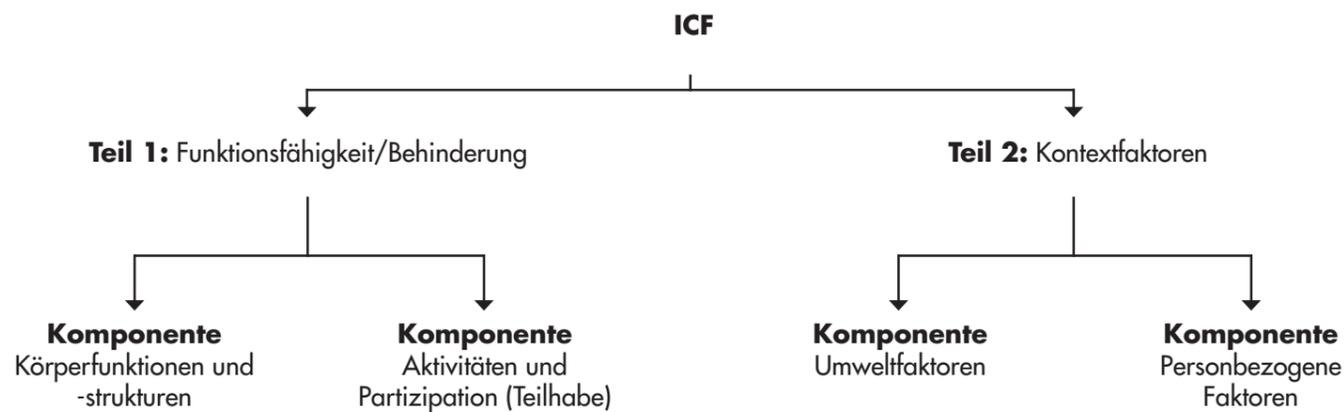
1.1 Struktur der ICF

Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten.

Teil 1 wird überschrieben mit dem Begriff „Funktionsfähigkeit und Behinderung“. Er enthält die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe).

Teil 2 ist überschrieben mit dem Begriff „Kontextfaktoren“ und untergliedert in die Komponenten Umwelt- und Personbezogene Faktoren (**Abbildung 1**)

Abbildung 1: Struktur der ICF:



1.2 Die Komponenten der ICF

Die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in Teil 1 der ICF können in zweifacher Weise betrachtet werden.

Die Perspektive der Behinderung fokussiert auf Probleme im Gefolge eines Gesundheitsproblems (z. B. Schädigungen von Funktionen/Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe) während die Perspektive der Funktionsfähigkeit eher die positiven, nicht-problematischen Aspekte des mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehenden Zustandes in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen können wie ein Gesunder).

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie sind mögliche Einflussfaktoren, die auf Krankheitsauswirkungen bzw. die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ einwirken können, d. h. sie können für eine betroffene Person einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

Voraussetzung zur geeigneten Nutzung der ICF ist die Kenntnis ihrer Konzeption („Philosophie“) und ihrer Grundbegriffe. Die einzelnen Komponenten der ICF sind untergliedert in verschiede-

ne Kapitel („Domänen“) mit jeweils mehreren Gliederungsebenen. Sie werden folgendermaßen beschrieben:

1.2.1 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktion werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, wie z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

Unter Körperstrukturen versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen.

Tabelle 1 listet die von der WHO vorgesehene Kapiteleinteilung in der Untergliederung der 1. Ebene auf.

Tabelle 1: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen (Kapitelzuordnungen)

Kapitel	Körperfunktionen	Kapitel	Körperstrukturen
1	Mentale Funktionen	1	Strukturen des Nervensystems
2	Sinnesfunktion und Schmerz	2	Auge, Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
3	Stimm- und Sprechfunktion	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-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems	5	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System im 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 im Zusammenhang stehende Strukturen
8	Funktionen der Haut- und der Hautanhangsgebilde	8	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Itembeispiele: b1400 Daueraufmerksamkeit, s7503 Bänder und Faszien der Knöchelregion

Negative Abweichungen werden bei den Körperfunktionen und -strukturen als Schädigungen bezeichnet. Je nach Erkrankung und Stadium sind die Schädigungen unterschiedlich ausgeprägt.

1.2.2 Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation]

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Funktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation dar. Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogenensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein.

Beeinträchtigungen können Probleme beispielsweise beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein. Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenenseins zu Grunde gelegt werden. Eine eindeutige Differenzierung zwischen „individueller“ und „gesellschaftlicher“ Perspektive der Domänen, also die Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation], ist dabei oft nicht möglich. Aus diesem Grund sind sie in der ICF in gemeinsamen Kapiteln aufgeführt (**Tabelle 2**).

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitelzuordnungen)

Kapitel	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 tägl. Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
3	Kommunikation z. B. Kommunizieren als Empfänger oder 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

Itembeispiel: d5101 den ganzen Körper waschen

1.2.3 Umweltfaktoren

Umweltfaktoren sind wie die personbezogenen Faktoren eine Komponente des Teils 2 der ICF (Kontextfaktoren).

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Leistungserbringern, fehlende soziale und finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen (**Tabelle 3**).

Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren (Kapitelzuordnungen)

Kapitel	Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)
1	Produkte und Technologien z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte
2	natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität
3	Unterstützung und Beziehung z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde
4	Einstellungen z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen
5	Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Rechtspflege, Politik

Itembeispiel: e1101 Medikamente

1.2.4 Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiedlichkeit in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert. Beispielfhaft werden aber einige wenige Items von der WHO aufgelistet:

„Personbezogene Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialen Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen.“

Legt man diese zugrunde, könnte man sich unter den personbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von

- allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter, Geschlecht und genetischen Faktoren über
- physische Faktoren, wie Körperbau und andere physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (z. B. Muskelkraft, Herz-Kreislauf-faktoren),
- mentale Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitive sowie mnestiche Faktoren,
- Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person bis hin zur
- Lebenslage und zu sozioökonomische/kulturelle Faktoren.

Andere Gesundheitsfaktoren, wie sie die WHO vorschlägt, könnten den personbezogenen Faktoren zugeordnet werden, wenn sie geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen, aber nicht Teil des Gesundheitsproblems sind (Grotkamp, Cibis, Nüchtern et al., Gesundheitswesen 2012).

Auch die personbezogenen Faktoren können die Funktionsfähigkeit einschließlich der Teilhabe beeinflussen und sind je nach Fragestellung im Einzelfall ggf. zu berücksichtigen. So kann beispielsweise eine optimistische Grundhaltung den Umgang mit einer Behinderung erleichtern, andererseits aber eine negative Einstellung zur Benutzung eines Rollators zur sozialen Isolation führen. In beiden Fällen handelt es sich nicht um „krankheitsbedingte“ Aspekte, sondern um wirkungsvolle Ausprägungen individueller Merkmale oder Eigenschaften, denen eine spezifische aktuelle Bedeutung zukommt, die man im positiven Fall (Förderfaktor) nutzen und im negativen Fall (Barriere) ggf. günstig von außen beeinflussen kann.

1.3 Weitere Untergliederung der einzelnen Komponenten

Wie aufgezeigt, sind die beiden Komponenten des Teil 1 der ICF („Körperfunktionen und Strukturen“ sowie „Aktivitäten und Teilhabe“) und die Komponente „Umweltfaktoren“ des Teils 2 der ICF jeweils weiter untergliedert. Dabei werden sinnvolle und praktikable Teilbereiche der Komponenten zu sog. „Domänen“ (Kapitel, Blöcke) zusammengefasst. Diese enthalten jeweils einzelne Kategorien (Items) auf verschiedenen Gliederungsebenen (bis zu vier). Die Kennzeichnung der Items erfolgt mittels eindeutiger alphanumerischer Zuordnung. Diese setzt sich aus einem Präfix für die jeweilige Komponente und einem numerischen Kode für das jeweilige Item zusammen. Die Länge des numerischen Codes bestimmt sich nach der Gliederungsebene.

Beispiel:

b2	Sinnesfunktion und Schmerz	(Item der ersten Ebene)
b210	Funktion des Sehens (Sehsinn)	(Item der zweiten Ebene)
b2102	Qualität des Sehvermögens	(Item der dritten Ebene)
b21022	Kontrastempfindung	(Item der vierten Ebene)

Auf der ersten Gliederungsebene (Kapitelebene) umfasst die ICF 30 Kapitel, auf der zweiten Ebene 362 Items und auf der dritten und vierten Ebene zurzeit 1424 Items. Es wäre allerdings – wie z. B. auch bei der ICD – ein großes Missverständnis, in jedem Einzelfall alle Items durchzuprüfen.

1.4 Möglichkeit der Kodierung des Schweregrads einer Schädigung oder Beeinträchtigung

Die einzelnen Items sind – wie beschrieben – jeweils eindeutig alphanumerisch gekennzeichnet (z. B. b410 Herzfunktionen). Zudem bestehen Ansätze für eine Systematik zur Beurteilung des Ausmaßes einer Beeinträchtigung im jeweils durch ein Item erfassten Bereich der Funktionsfähigkeit. Eine umfassende Operationalisierung von Schweregraden ist allerdings bislang nicht erfolgt. Trotzdem ist es auch ohne Schweregradangabe grundsätzlich möglich, die einzelnen Items z. B. zur systematischen Erfassung der Teilhabesituation des Patienten zu verwenden, indem die Items, bei denen rehabilitationsrelevante Auffälligkeiten bestehen, bei der Falldarstellung benannt/verwendet werden. Ein solches Vorgehen kann es erleichtern, die eigene Einschätzung gegenüber anderen Mitgliedern des Reha-Teams zu kommunizieren. Dieser Vorteil kann durch eine Verständigung (z. B. innerhalb eines Reha-Teams) auf Schweregrade von Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen noch verstärkt werden.

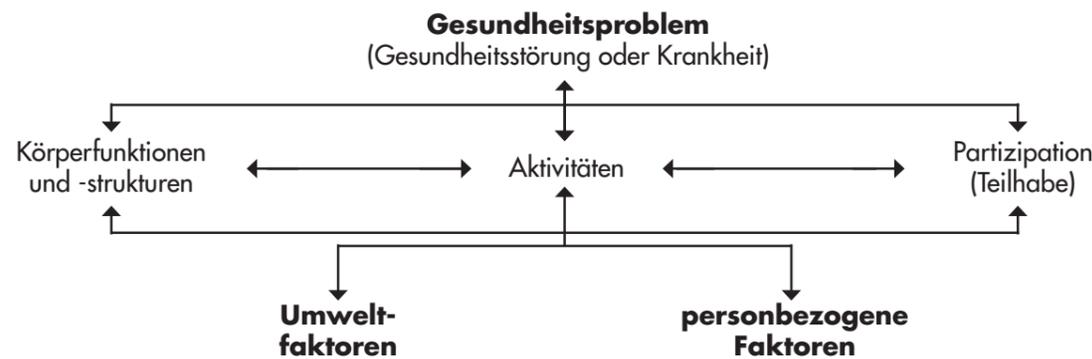
1.5 Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen sind gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der möglichen multiplen Wechselwirkungen (**Abbildung 2**) verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist (Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung). Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise

- der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)



Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Resultiert aus dem Gesundheitsproblem einer Person eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, liegt nach dieser Konzeption eine Behinderung vor.

Der Behinderungsbegriff im SGB IX (§ 2) ist hingegen enger gefasst. Danach sind Menschen nur dann behindert, wenn

- ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem abweichen, was für das Lebensalter als typischer Zustand bezeichnet werden kann und
- dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate anhält und
- daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die ICF stellt Bausteine für Nutzer zur Verfügung, die Modelle für die Gestaltung des Reha-Prozesses entwickeln und verschiedene Aspekte untersuchen möchten. Die mit Hilfe der ICF formulierten Aussagen hängen von den Nutzern, ihrer Kreativität und ggf. ihrer wissenschaftlichen Orientierung ab.

Kapitel 2

Umsetzung der ICF in die klinische Rehabilitation – Teilhabeziele und -planung, Teamarbeit, Fallstrukturierung

2.1 ICF und teilhabeorientierte Rehabilitationsziele

2.1.1 Teilhabe als zentrales Rehabilitationsziel

Eine entscheidende Neuerung der ICF ist es, eine Interaktion zwischen den Ebenen Gesundheitsproblem, Strukturen, Funktionen, Aktivitäten, Teilhabe und dem Kontext (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) zugrunde zu legen. Dies bedeutet, dass Beeinträchtigungen/ Behinderungen im Sinne der ICF 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/übergeordnete Zielkomponente für die Rehabilitation dar (SGB IX). Häufig werden Therapieziele vor allem mit Bezug auf Symptome oder Defizite auf der Körperfunktionsebene definiert. Therapiespezifische Assessments untermauern diese Vorgehensweise und lassen naturgemäß meist den Einfluss von Kontextfaktoren aus. Mit Unterstützung der ICF wird die Sichtweise um die soziale Dimension „Teilhabe“ systematisch erweitert und orientiert sich noch stärker an den individuellen Bedürfnissen und Zielen des Rehabilitanden.

Eine vorrangig an Funktionen orientierte Zielsetzung wäre z. B. die folgende Behandlung einer Person mit einer Handverletzung: Die Defizite werden z. B. mittels Messungen des aktiven und passiven Bewegungsausmaßes sowie der Handkraft (Jamar-Kraftmessung) erhoben und deren Beseitigung meist als direktes Ziel definiert. Eine Reduktion der Greif-Funktion bei nicht vollständiger Heilung ist aber immer im Zusammenhang mit dem sozialen und beruflichen Kontext zu sehen. So ist ein eingeschränktes Bewegungsausmaß im Daumensattelgelenk für einen Gitarristen eine gravierende Einschränkung für die Ausübung seines Berufes, während für einen Maurer eine Handkraftminderung ein erhebliches Problem darstellt. Wird nun ein rein funktionelles Therapieziel ohne Berücksichtigung der Kontextfaktoren definiert, ist unter Umständen aus der Perspektive des Betroffenen die Wiedererlangung einer bestmöglichen Teilhabe gefährdet. Den Gitarrenspieler selbst interessiert viel mehr, ob er die Saiten mit dem Daumen ohne Schmerzen und in vollem Bewegungsausmaß anschlagen kann, während für den Maurer die notwendige Handkraft zum Halten eines Ziegelsteines im Vordergrund steht.

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 und für den Patienten oft verlorene Zeit.

Eine an der Teilhabe orientierte Zielsetzung stellt das Teilhabeziel in den Vordergrund und beginnt mit einer sorgfältigen Evaluation aller Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten sowie der individuellen relevanten Kontextfaktoren. Die anschließende Zielformulierung beruht immer auf der Beurteilung der eingeschränkten Funktionen (inkl. Heilungsprognose) und den relevanten Kontextfaktoren, welche die Funktionsfähigkeit unterschiedlich beeinflussen können. Erfahrene Fachpersonen wählen meist einen „Top down Ansatz“ und definieren auf der Basis einer fundier-

ten Evaluation gemeinsam mit dem Rehabilitanden und ggf. seinen Angehörigen das Teilhabeziel (Partizipationsziel). Abgeleitet aus dem Teilhabeziel werden relevante Ziele auf den anderen Ebenen (Komponenten) der ICF definiert.

Dieses übergeordnete Teilhabe-Ziel kann während der Rehabilitationsphase angepasst werden, muss jedoch immer im Zentrum der Behandlung stehen, da Aktivitäts- und Körperfunktionsziele daraus abgeleitet werden. So beinhaltet z. B. das Teilhabeziel „Volle Berufliche Wiedereingliederung im angestammten Beruf als Maurer“ verschiedene Teilziele auf Aktivitätsebene, wie z. B. 40 kg Zementsack tragen („Anheben d4300“ und „mit den Händen Tragen d4301“) und auf Körperfunktionsebene z. B. 50 kg Handkraft rechts („Kraft isolierter Muskel oder von Muskelgruppen b7300“).

Die Zielsetzung und die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen leiten sich somit aus dem Teilhabeziel ab und könnten folgendermaßen formuliert werden.

- Teilhabeziel: Volle berufliche Wiedereingliederung im angestammten Beruf als Maurer
- Aktivitätsziel: 40 kg Zementsack sicher heben und tragen
- Maßnahmen: Evaluation funktioneller Leistung (EFL), Arbeitstraining
- Körperfunktionsziel: 50 kg Handkraft rechts
- Maßnahmen: Ausdauer ausreichend für ganztägige Tätigkeit als Maurer
- Maßnahmen: Krafttraining der Fingerflexoren

Damit richtet sich bei der Auswahl von Therapieschwerpunkten das therapeutische Denken mehr als bisher danach, Therapien in einer möglichst alltagsrealen Umgebung anzusiedeln. Wie am Beispiel ersichtlich, ist ein ausschließliches Krafttraining der Fingerflexoren nur bedingt sinnvoll und sollte immer auf das eigentliche Tätigkeits- oder Arbeitsfeld übertragen werden. Das bedeutet, dass der als Maurer tätige Rehabilitand, ein Kraftaufbau z. B. mit Ziegelsteinen unterschiedlicher Größe trainieren kann.

Im Gegensatz dazu folgt im funktionsorientierten Vorgehen auf das Festlegen des Funktionsziels eine Definition von Zielen auf der Ebene von Aktivitäten, daran schließen sich mögliche Teilhabeziele an. Die so abgeleiteten Teilhabeziele können zwar wegen des fehlenden Einbezugs der Kontextfaktoren unter Umständen falsch gewichtet sein. Dieses Vorgehen hat jedoch 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 allerdings die Teilhabeziele bei einer Dominanz einer bio-medizinischen Orientierung eine zu geringe Berücksichtigung.

Beide Vorgehensweisen werden hier als Denkmodelle für den Leser grafisch vereinfacht gegenübergestellt (**Abbildung 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. Somit muss ein auf das konkrete Individuum ausgerichteter Rehabilitationsplan beide Vorgehensweisen kombinieren.

Abbildung 3: Teilhabeorientierte vs. funktionsorientierte Interventionsplanung in der Rehabilitation



2.1.2 Selbstbestimmung des Rehabilitanden auch bei der Zielfestlegung

Der Gesetzgeber hat im SGB IX den Teilhabebegriff der ICF für sich aufgenommen und als Ziel der Rehabilitation die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft festgelegt. Damit ergibt sich ein wesentliches Charakteristikum des Weges zur Zielsetzung: Teilhabeziele können nur in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden und ggf. seinen Angehörigen formuliert werden.

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

Die praktische Nutzung der ICF in der Rehabilitation hat also nicht nur Konsequenzen für die Arbeit der medizinisch-therapeutischen Fachpersonen, sondern auch für den Rehabilitanden. In Anwendung eines rein bio-medizinischen Krankheitsmodells wird der Rehabilitand überwiegend zum passiven Empfänger von medizinischen Leistungen (Patient). Der Experte definiert, welche Therapien notwendig sind, und ist in der Regel auch derjenige, der Therapieziele für den Rehabilitanden formuliert und mit diesem abstimmt. Mit der Schwerpunktsetzung der Teilhabe im SGB IX wird der Rehabilitand jedoch ausdrücklich darüber hinaus als aktiver Partner gefragt. Er ist von Beginn an bei der Zielsetzung für seine Rehabilitation mit einzubeziehen.

2.1.3 Berücksichtigung von Kontextfaktoren bei der Zielfindung, insbesondere Familie und Wohnumfeld

Im Dialog zwischen Therapeuten und Rehabilitanden werden die Barrieren und Förderfaktoren der arbeitsbezogenen Umgebung ebenso berücksichtigt wie das private Umfeld. Damit rückt der Angehörige noch mehr ins Blickfeld. Die Sichtweisen und die Einstellungen der Angehörigen sowie deren Unterstützungsmöglichkeiten können für den Reha-Erfolg von großer Bedeutung sein. Denn die Angehörigen können manchmal Wichtiges aus dem Kontext vermitteln und auch ggf. anpassen. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Patient seinen privaten Lebensbereich völlig öffnen soll oder muss. Es ist wichtig, dass die Autonomie des Rehabilitanden respektiert wird. Es ist ihm Zeit und Gelegenheit zu geben, sich soweit den Teammitgliedern gegenüber möglichst frühzeitig mitzuteilen, wie es für den Reha-Erfolg notwendig ist und er selbst es auch möchte bzw. damit einverstanden ist.

Während des Rehabilitationsprozesses und für den anschließenden Übergang in das heimische Umfeld kann es zudem sinnvoll und hilfreich sein, die Wohnbedingungen näher zu betrachten. Dies ist im Einzelfall bei der ambulanten bzw. wohnortnahen Rehabilitation noch am einfachsten 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.

2.1.4 Nutzung von ICF-Items als Basis für eine teilhabeorientierte Zielfindung

Im Folgenden werden eine Zuordnung von ICF-Items zu Befunden, die besonders Rehabilitationsrelevant sind, und darauf basierende Schlüsse zu Rehabilitationszielen anhand des Beispiels „Impingement-Syndrom“ (ICD-10: M75.4) 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 (u. a. Volleyball) 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 Liste von ICF-Items zu den Befunden bzw. anamnestischen Angaben. Der jeweils angehängte ICF-Code soll dem Leser lediglich die Möglichkeit geben, sich ggf. leichter in der Klassifikation zu orientieren.

Körperfunktionen/-strukturen

Gelenkschmerz	b28016
Beweglichkeit Schultergelenk	b710
Funktionen des Schlafens	b1343
Gelenke der Schulterregion	s7201

Aktivitäten/Partizipation

Nach etwas langen	d4452
Hände oder Arme drehen oder verdrehen	d4453
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 als Förderfaktoren oder Barrieren
Umweltfaktoren**

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, 45 Jahre, Rechtshänderin, allein lebend, kaufmännische Angestellte, Hobbies: Sport, Tanzen

Es wird eine schmerzhafte Einschränkung 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 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 Schwes-

ter 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 und die erweiterte Sichtweise gefördert werden.

2.1.5 Vorgehensweise bei der konkreten Zielfestlegung und -dokumentation

Die Übereinstimmung der aus Sicht des Rehabilitanden gewünschten und mit den Rehabilitationsexperten anzustrebenden teilhabebezogenen Rehabilitationsziele macht den wesentlichen 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 Reha-Team ist es daher bedeutsam, sich mit dem Zielsetzungsprozess stärker auseinanderzusetzen. Dazu gehören insbesondere Fragen wie:

- Wie werden Ziele identifiziert/festgelegt?
- Werden diese Ziele für den Patienten oder gemeinsam mit dem Patienten formuliert?
- Insbesondere: Wie wird mit Differenzen zwischen Rehabilitanden und Reha-Team bei Teilhabezielen umgegangen?
- Sind diese Ziele kurz-, mittel- oder langfristig zu erreichen?
- Wie kann die Zielerreichung gemessen werden?

Häufig können die Teilhabeziele in der ersten Patientenvorstellung noch nicht abschließend formuliert werden. Gegebenenfalls müssen die Teilhabeziele im weiteren Verlauf der Rehabilitation angepasst werden.

Auch wenn die Patienten zunächst unrealistische (Teilhabe-)Ziele formulieren, so gelingt es doch meist auf den Ebenen von Funktionen und Aktivitäten, konkret realisierbare Ziele zu formulieren.

Die Zeitperspektiven zum Erreichen der Ziele 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.

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, kann z. B. die **SMART-Regel** bieten. Diese besagt, dass die Ziele passend (**S**pecific), messbar (**M**asurable), erreichbar (**A**chievable), bedeutsam (**R**elevant) und zeitlich bestimmt (**T**imed) formuliert werden. Sie dient z. B. im Projektmanagement, aber auch im Rahmen von Mitarbeiterführung und Personalentwicklung als Kriterium zur eindeutigen Definition von Zielen im Rahmen einer Zielvereinbarung.

Bei der Zielvereinbarung können in der Praxis Fehler auftreten. Um diese zu vermeiden sind insbesondere folgende Aspekte zu beachten:

- Therapiemaßnahmen sind keine Ziele:
- z. B. bei einem Friseur nach einem Schlaganfall mit Hemiparese rechts statt „Training der Feinmotorik“ besser „ausreichende Feinmotorik und Koordination der rechten Hand für die Ausübung einer Tätigkeit als Friseur“. Training ist eine therapeutische Maßnahme und nicht das eigentliche Ziel.
- Ziele müssen konkret formuliert werden:
- z. B. bei einem Bauarbeiter mit Gonarthrose statt „Verbesserung der Gelenkfunktionen“ speziell „das sichere Arbeiten auf einer 5-stufigen Leiter“.
- Messbare Ziele sollen auch messbar formuliert werden:
- z. B. nicht „Verbesserung der Gehfähigkeit“, sondern „Steigerung der Gehstrecke auf 1000 m“ um auf dem Weg zur Arbeit die Bushaltestelle erreichen zu können.
- Ziele müssen kontextbezogen formuliert werden:
- z. B. nicht „Selbständiges Duschen“, sondern „Selbständiges Duschen zu Hause“ (bei Badewanne mit hohem Einstieg).

Es wird dringend angeraten, die Teilhabeziele des Patienten und die des Reha-Teams in einer allen Therapeuten zugänglichen Dokumentation festzuhalten (siehe Kap. 3). Für diese berufsgruppenübergreifende Dokumentation ist die ICF eine geeignete Basis.

2.2 Gesamtbetrachtung der Teilhabesituation auf Grundlage der ICF > funktionaler individueller Befund

Die bloße Nutzung von ICF-Items reicht nicht aus, da der Mensch (und damit die Beeinträchtigung seiner Funktionsfähigkeit) nicht als die Summe seiner Funktionsschädigungen und Aktivitätsbeeinträchtigungen in einem bestimmten Kontext zu sehen ist, sondern die Fragestellung lauten muss: welche Aktivitäten und welche Strukturen und Funktionen bedingen, dass ein Mensch in einer konkreten Situation (mit ihren Kontextbedingungen) eine Beeinträchtigung der Teilhabe hat. Die WHO hebt diesen Schritt in den ethischen Leitlinien (Nr. 7) zur ICF deutlich hervor: „Weil ein klassifiziertes Defizit immer resultiert aus dem Zusammenspiel zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und dem materiellen und sozialen Kontext, in dem sie lebt, sollte die ICF ganzheitlich verwendet werden“. Erst eine Gesamtbetrachtung ermöglicht es, das bio-psycho-soziale Modell im individuellen Fall und insbesondere bei der Teilhabeplanung konsequent zu nutzen.

2.3 Verbesserte interdisziplinäre Teamarbeit durch Nutzung der ICF

Rehabilitation setzt interdisziplinäre Teamarbeit voraus. Im Gegensatz zur multidisziplinären Teamarbeit, bei der die Interventionen und deren Ergebnisse in der Regel einzeln mit dem verantwortlichen Arzt besprochen werden, ist der interdisziplinäre Teamprozess charakterisiert durch eine gemeinsame übergeordnete Zielformulierung mit darauf abgestimmten Etappenzielen,

gemeinsame Interventionsplanung und regelmäßige Zwischenevaluationen. Die Koordination des gesamten medizinischen Rehabilitationsprozesses erfolgt durch den verantwortlichen Arzt. Die 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. Insbesondere durch die gemeinsame Systematik bei der Zielfestlegung und strukturierten Dokumentation kann für die Teammitglieder vermehrt ein gemeinsames Hintergrundwissen entstehen. Sie bekommen einen Einblick in die Biographie und die Lebensperspektive des Patienten, soweit es für die Rehabilitation relevant ist.

Diesem Mehrwert stehen jedoch üblicherweise eine Reihe von organisatorischen und vielleicht auch Einstellungshindernissen entgegen. Interdisziplinäre Teamarbeit muss 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 Interdisziplinarität 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.

Wenn ein Reha-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 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 und Dokumentation zwischen den Beteiligten Berufsgruppen einzubringen waren. Insofern ist auch noch einmal darauf hinzuweisen, dass der Item-Katalog der ICF nicht in allen Facetten verwendet wird. Vielmehr geht es darum, die Grundbegriffe des ICF-Modells der „Funktionsfähigkeit“ und ggf. die für das spezielle Tätigkeitsfeld relevanten Items zu nutzen.

Tabelle 4: Kernmerkmale der interdisziplinären Teamarbeit auf Basis der ICF

1. Verwendung der ICF-Grundbegriffe als „gemeinsame Sprache“ im Reha-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 es 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 auch eine Mentorenrolle übernehmen.

■ Aufwand und Mehrwert der ICF-orientierten interdisziplinären 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 Rehabilitationsentlassungsbericht 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.

2.4 Übersichtliche Fallstrukturierung nach ICF als Basis verbesserter Reha-/Teilhabeplanung und interdisziplinärer Teamarbeit

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

Eigenanamnese:

68-jähriger Patient mit Myokardinfarkt vor 6 Monaten. Keine Anschlussrehabilitation. Nach dem Herzinfarkt **deutlich reduzierte linksventrikuläre Funktion**. Unter Medikation findet sich aktuell ein klinisches Beschwerdestadium entsprechend NYHA II – III. Ein Diabetes mellitus Typ 2, **Nikotinabusus** und **Bewegungsmangel** sind seit vielen Jahren bekannt. Bei vorbestehendem Übergewicht jetzt weitere Gewichtszunahme.

Aktuell klagt der Pat. über Atemnot nicht nur beim **Treppensteigen** sondern 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 bekäme 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** könne.

Die Wohnung liegt im zweiten Stock, ein **Aufzug ist nicht vorhanden**. Er habe sich aus seinem sozialen Leben (Vereinsleben, Geselligkeiten u. ä.) **weitgehend zurückgezogen**. Seit dem Herzinfarkt treten vermehrt **Eheprobleme** auf. Seine Ehefrau sei zunehmend gereizt. **Sie habe 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 Reha-Rehabilitationszentrum** liegt und der Hausarzt ihm Rehabilitationssport verordnet hat, fehlt dem Patienten derzeit der **Antrieb/die Motivation** zur Teilnahme am Rehabilitationssport. Der Patient vermutet, dass wahrscheinlich **Angst und Unsicherheit** die eigentlichen Gründe für die Antriebslosigkeit seien. Der Hausarzt würde die Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsleistung, von Rehabilitationssport, Ernährungsberatung sowie **Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe als aussichtsreich ansehen**, ferner auch eine Psychotherapie. Der Patient selbst ist allerdings von der Wirksamkeit dieser vorhandenen Möglichkeiten nicht sehr überzeugt.

Diagnosen:

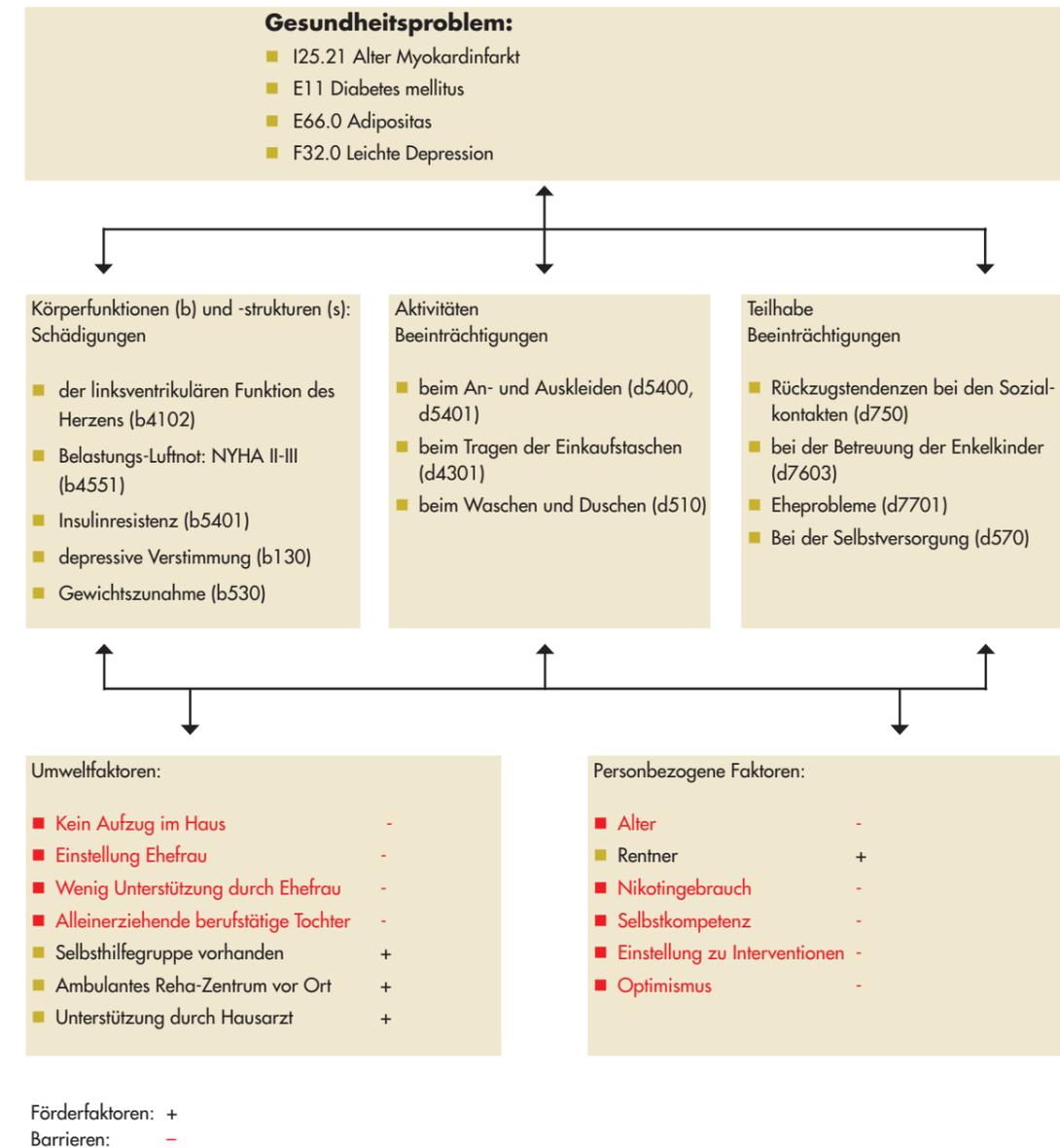
Alter Myokardinfarkt (I25.21), Diabetes mellitus Typ 2 (E11), Adipositas Grad 1 (E66.0), Leichte depressive Episode (F32.0)

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 notwendigen Interventionen.

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 Angehörigen-einbindung, Möglichkeiten für die Nachsorge und die Notwendigkeit von Schulungen zur Lebensstiländerung und Anpassungen im Umweltbereich auf.
 (Strukturierung in **Abbildung 4**)

Abbildung 4: Fallstrukturierung nach ICF Komponenten für die Rehabilitationsplanung



Zur Klarstellung: Es gibt keine zwingende Vorgabe, Fälle mit Hilfe von diesen „Kästchen“ darzustellen.

Kapitel 3

Fallbeispiele zur Nutzung der ICF bei Teilhabepanung, Teamarbeit und Fallstrukturierung

Nachfolgende Beispiele sollen die in Kapitel 2 allgemein dargestellten Möglichkeiten der ICF-Nutzung bei der Teilhabezielsetzung, der interdisziplinären Teamarbeit und der Fallstrukturierung/ Teilhabepanung anhand konkreter Praxisfälle vertiefend illustrieren. Der Schwerpunkt liegt auf der Fallstrukturierung.

Natürlich wird es in Abhängigkeit vom Kontext bzw. innerhalb der Fachgruppen (z. B. Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Berufskundler) immer eine eigene Fachsprache der „ICF-Nutzer“ geben („Usersprache“). Die dabei verwendeten Begriffe werden sich selbstverständlich von den ICF-Begriffen oft unterscheiden. Insofern sind auch die verwendeten Fallbeispiele mit ihren Begrifflichkeiten spezifisch für ihren Kontext („klinische Alltagssprache“) und müssen dann in die „ICF-Nomenklatur“ entsprechend übertragen werden.

3.1 Fallbeispiel 1: Angestellte, 46 Jahre, anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Anamnese bei Rehabilitationsaufnahme

Eine 46-jährige Angestellte kommt nach Aufforderung durch die Krankenkasse (§51 SGB V) zur stationären Rehabilitation. Aktuell bestehe Arbeitsunfähigkeit seit acht Monaten. Weshalb sie in eine psychosomatische Einrichtung geschickt wurde, wundere sie, sie habe es „im Rücken, nicht im Kopf“.

Die Rehabilitandin berichtet, bereits in der Jugend mit 16 Jahren habe sie unter Rückenbeschwerden gelitten, damals sei ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert worden. Bildgebende Verfahren seien nicht eingesetzt worden. Zu der Zeit habe sie auf Wunsch ihres Vorgesetzten an einem Lehrlingswettbewerb teilnehmen und eine Auszeichnung erhalten sollen, was ihr auch gelungen sei. Die Zeit damals habe sie trotzdem als sehr unangenehm in Erinnerung. Sie habe früh gelernt, möglichst nicht aufzufallen, sich anzupassen und eigene Wünsche und Vorstellungen zurückzustellen. Sie sei in einem sehr strengen Elternhaus aufgewachsen, ihrem Vater sei schnell „die Hand ausgerutscht“. Auch Schläge mit einem Lederriemen seien häufig gewesen. Schon die Vorstellung, im Mittelpunkt zu stehen, eigene Wünsche oder Gefühle zu äußern, erlebte sie als bedrohlich. Die Rückenbeschwerden seien im Verlauf der Jahre immer wieder aufgetreten, sie sei deshalb mehrfach medikamentös und krankengymnastisch behandelt worden. Seit dem 40. Lebensjahr sei sie praktisch nicht mehr schmerzfrei, auf einer Skala von 0 bis 10 liege die Schmerzintensität zwischen 6 bis 8. Sie habe zudem auch phasenweise heftige Schmerzen „wie Blitze“, die sowohl im Hals- und als auch im unteren Rückenbereich lokalisiert seien und von der Pat. in Zusammenhang mit einem Auffahrunfall im 38. Lebensjahr gebracht werden. Die blitzartigen Schmerzen treten für sie ohne erkennbare Ursache auf, manchmal täglich, manchmal nur zwei bis drei Mal in der Woche. Die Beschwerden beeinträchtigen sie sehr, sie könne an manchen Tagen wegen der Schmerzen morgens nicht aufstehen, sondern müsse den ganzen Tag liegend verbringen. Sie könne nicht

länger als ½ bis 1 Stunde sitzen oder stehen. Dann bekomme sie Schmerzen entweder im Rücken- oder im Halsbereich, die bis in den Kopf ziehen und stechende Schmerzen im rechten Ohr verursachen. Häufig bestünden Kribbelgefühle oder Taubheitsgefühle in den Händen und Füßen beidseits, weshalb sie Schwierigkeiten habe an einer Tastatur zu arbeiten. Beim Ausräumen der Spülmaschine fallen ihr Gegenstände aus der Hand. Mit 40 Jahren habe der Verdacht auf einen Schlaganfall bestanden, sie habe unter einer Sprachstörung und Parästhesien in beiden Händen gelitten. Während eines stationären Krankenhausaufenthaltes habe sich keine Ursache finden lassen. Folgend habe der Verdacht auf eine Migräne bestanden, was jedoch nicht weiter verfolgt worden sei. Seitdem seien aber rezidivierend quälend dumpfe Kopfschmerzen vorhanden, häufig verbunden mit Schwindel. Eigentlich sei sie eine lebensfrohe, aktive Frau. In den letzten Jahren fühle sie sich nicht mehr leistungsfähig, ermüde schnell. Sie habe zahlreiche Ärzte aufgesucht, unterschiedlichste Untersuchungen und Therapien erhalten. Wiederholt sei eine Dauermedikation mit Opiaten, zwischenzeitlich mit anderen Analgetika und Muskelrelaxantien erfolgt. Momentan befinde sie sich bei einem spezialisierten Schmerztherapeuten und einer neurochirurgischen Hochschulambulanz in Behandlung. Dort habe man ihr zu einer konservativen Behandlung geraten, von einem bekannten Arzt habe sie aber von der Möglichkeit einer Verödung erfahren. Vielleicht versuche sie das nach der Reha. Mittlerweile sei sie aber mutlos und verzweifelt, weil ihr niemand wirklich helfen könne. Sie halte sich überwiegend in ihrer Wohnung auf, da sie nie wisse, wann und wie heftig Schmerzen auftreten. Sie brauche die Möglichkeit sich hinzulegen. Sie lebe allein, Kontakte zu Freunden und Bekannten seien selten geworden, diese verstünden auch nicht, wie sehr sie manchmal leide.

In den sechs Jahren vor der jetzigen Arbeitsunfähigkeit habe es bereits häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten gegeben. Bereits vor drei Jahren sei nach einer längeren AU eine Stufenweise Wiedereingliederung erfolgt. Zuvor sei ein Rentenantrag abgelehnt worden. Sie arbeite seit 16 Jahren beim gleichen Arbeitgeber, sei dort lange für organisatorische Aufgaben zuständig gewesen. Die Tätigkeit habe ihr sehr gefallen. Seit einer Strukturänderung beim Arbeitgeber vor sieben Jahren habe sie auch im Kundenkontakt arbeiten sollen. Eine Weiterqualifikation dafür habe sie nach einem Jahr wegen ihrer Schmerzen abbrechen müssen. Seitdem würde sie wechselnd nach Bedarf eingesetzt, immer wieder auch im Kundenkontakt. Ihre neue Chefin kritisiere sie häufig, habe sie auch schon vor dem gesamten Kollegium bloßgestellt.

Befunde

Vorbefunde:

mehrere Röntgenuntersuchungen, CT und MRT-Befunde aus den letzten sechs Jahren, aktuellste Bildgebung:

MRT der HWS und LWS (sechs Monate alt): bis auf diskrete Osteochondrose HWK 5/6 unauffälliger Befund der HWS, keine Einengung des Spinalkanals, gering- bis mittelgradige Osteochondrosen und Spondylarthrosen ab LWK 3 caudalwärts ohne Stenosen der Neuroforamina und ohne Nervenwurzelkompressionen. Kein raumfordernder lumbaler NPP. Kein intraspinal raumfordernder Prozess. Keine Spinalkanalstenose. Unauffälliger Conus medullaris, unauffällige Caudafasern.

aktuelle Medikation: Valoron N ret. 50/4 (Tilidin/Naloxon): 1-0-1
b. Bed. Novaminsulfon: 20 – 25 Tr.

Aufnahmebefund:

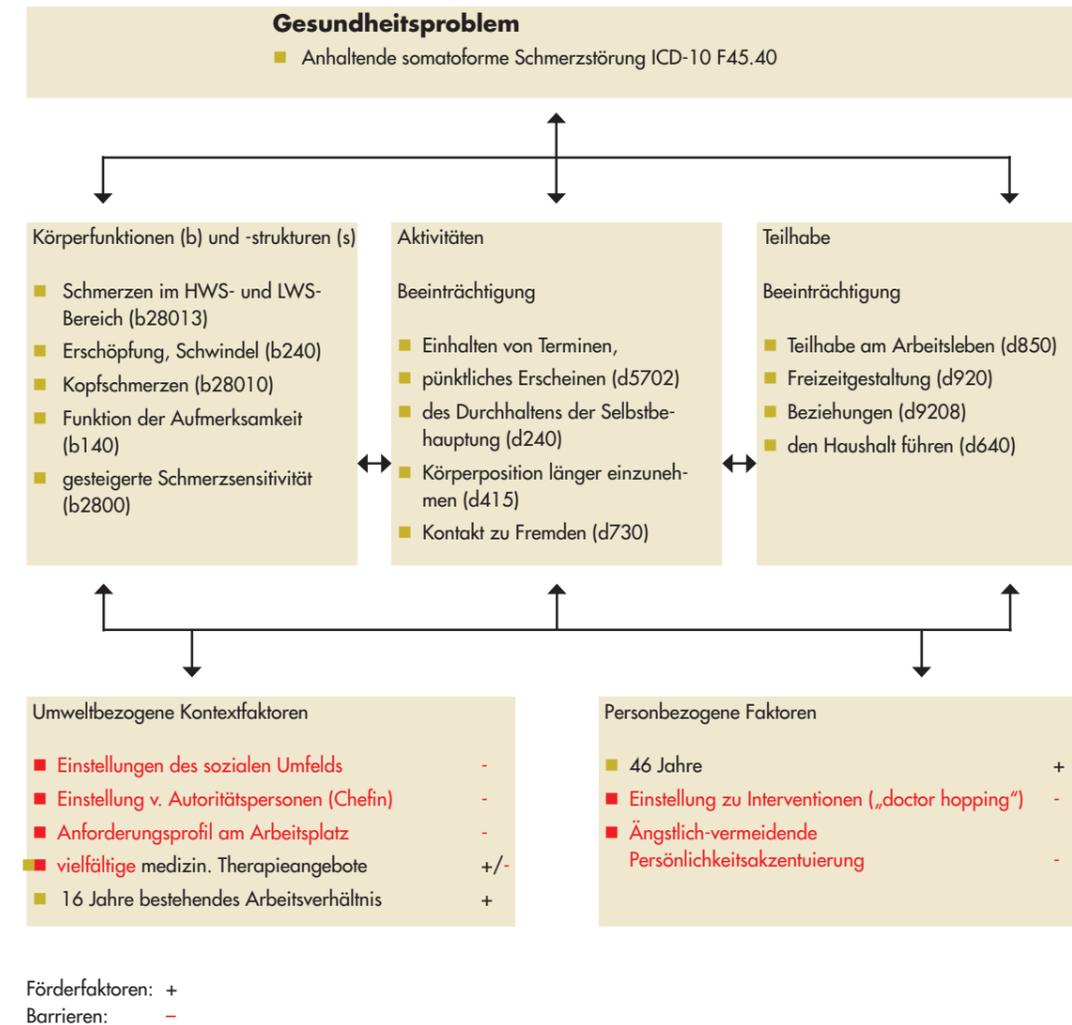
Sehr schlanke Rehabilitandin, unauffällig gekleidet, wirkt vorsichtig-zurückhaltend
 Pat. sitzt zunächst in Schonhaltung auf der Vorderkante des Stuhls, wechselt häufig die Position und steht wiederholt auf, dabei langsame Bewegungen, gesamte Wirbelsäule klopfempfindlich, Finger-Boden-Abstand 50 cm, dann Angabe von Schmerzen im unteren Rückenbereich, laterale Flexion des Rumpfes nur angedeutet unter Schmerzangabe, Angabe von Schmerzen bei Reklination und Vorbeugen des Kopfes, Drehbewegungen nach rechts und links
 Angabe von Kraftminderung in den Händen, keine Muskelatrophiezeichen, Händedruck kräftig und seitengleich, Nacken- und Schürzengriff ohne Einschränkungen
 Laségue bds. negativ, keine Störungen der Koordination, in Aufnahmesituation keine Angabe von Sensibilitätsstörungen

Orientierung und Mnestik ungestört, Pat. berichtet über Probleme in der Konzentration während der Schmerzzustände, dann „sei sie wie leer im Kopf“, kein Hinweis auf Zwänge oder Phobien, die Pat. schildert Zukunftsängste: an ihren Arbeitsplatz könne sie wegen der Schmerzen nicht zurück, da sie nicht länger in einer Position verharren könne. Die Pat. berichtet von gedrückter Stimmungslage wegen der häufigen Schmerzen, bei Fokussierung auf die Schmerzen wirkt die Pat. klagsam, belastet, ist jedoch ablenkbar und schwingungsfähig. Antrieb ungestört, Schlaf und Appetit seien gut, kein Hinweis auf Suizidalität.

Verhaltensbeobachtung:

Pat. erscheint nicht regelmäßig zu den Therapien, wofür sie jeweils starke Schmerzen angab. Sie ist leicht ablenkbar mit überschießender Emotionalität in Situationen, in denen sie sich gekränkt oder überfordert fühlte. In diesen Situationen traten vermehrt Schmerzzustände auf. Im Kontakt mit Mitpatienten wirkte die Pat. ungeübt und unsicher mit wenig Eigeninitiative in der Interaktion. (Strukturierung in **Abbildung 5**)

Abbildung 5: Fallbeispiel 1 – Fallstrukturierung nach ICF



3.2 Fallbeispiel 2: Teilzeitbeschäftigte, 42 Jahre, Herzinfarkt/Hirnschädigung

Krankengeschichte nach erfolgreicher Sicherung des Arbeitsplatzes

Frau K., eine 42-jährige Webdesignerin, in Teilzeit (20 Stunden/W) beschäftigt, erlitt zuhause einen Myokardinfarkt (Herzinfarkt) mit funktionellem Herz-Kreislaufstillstand und nachfolgender Hirnschädigung.

Bekannter Risikofaktor: Nikotinabusus.

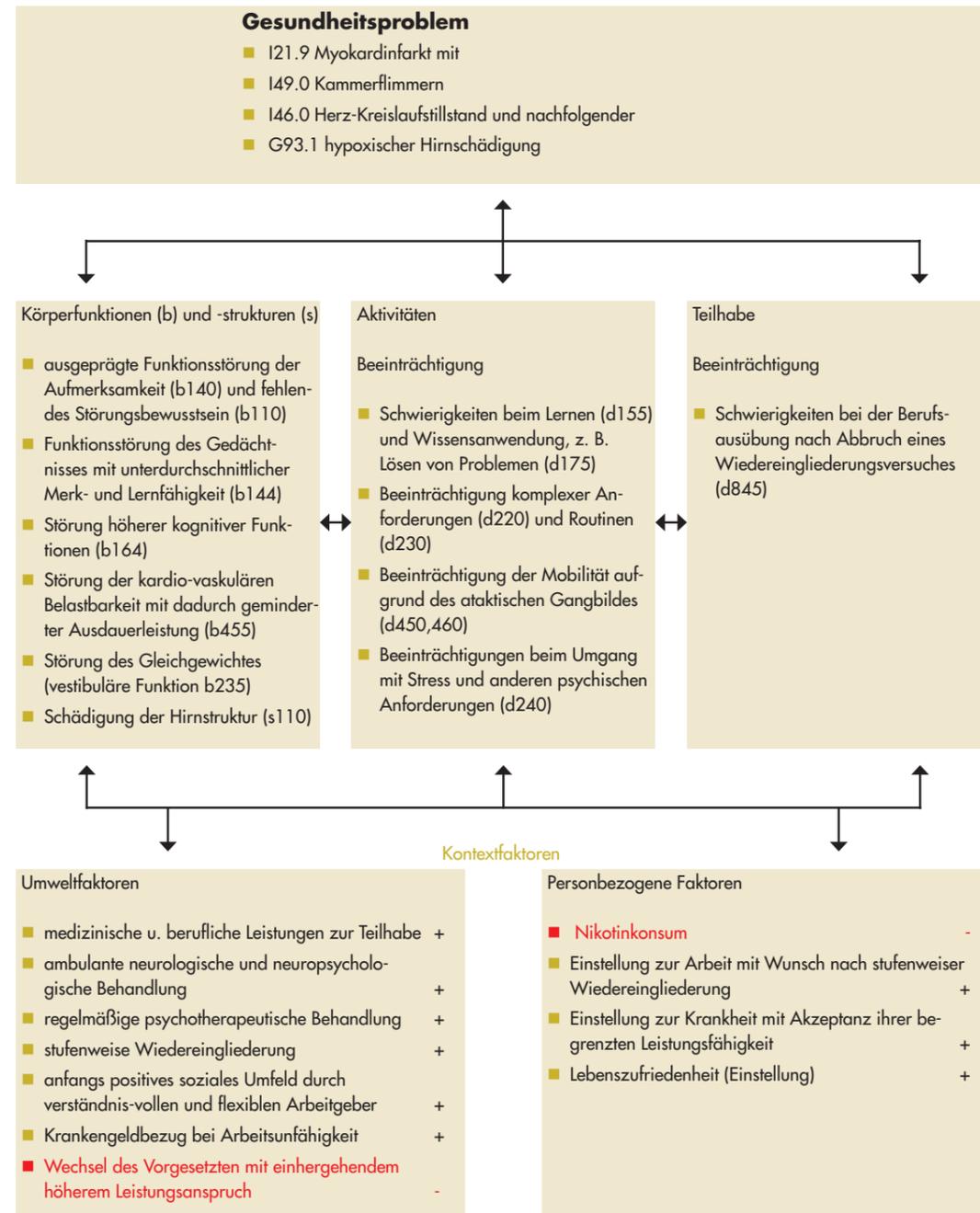
Nach Reanimation durch einen Notarzt erfolgte die Akutversorgung in einer kardiologischen Schwerpunktlinik sowie im Anschluss wegen der noch bestehenden neurologischen Folgen des Herzinfarktes eine stationäre 3-wöchige neurologische AHB zu Lasten der Rentenversicherung (DRV).

In der Eingangsuntersuchung fielen bei insgesamt unauffälligem neurologischen Gesamtbefund eine eingeschränkte Ausdauer und Belastbarkeit, residuale Gleichgewichtsstörung und neuropsychologisch Aufmerksamkeitsstörungen auf. In der Abschlussuntersuchung zeigte die Patientin noch leichte Defizite bzgl. der Aufmerksamkeit, hingegen lagen aber deutliche Einschränkungen im Arbeitsgedächtnis und bei den Aufmerksamkeitsspannen vor. Die Stimmungslage war stabil und ausgeglichen. In der Krankheitsverarbeitung fand sich eine eher distanzierte und emotional indifferente Haltung dem Ereignis gegenüber. Die Störungswahrnehmung für die festgestellten kognitiven Defizite war eingeschränkt.

Nach Entlassung aus der stationären medizinischen Rehabilitation stellte sich Frau S. in einer Praxis für ambulante neurologische Komplexbehandlung und Nachsorge vor. Die neuropsychologische Kontrolle untermauerte die immer noch bestehenden kognitiven Einschränkungen, sodass auf Wunsch der Pat. eine stufenweise (berufliche) Wiedereingliederung über die Krankenkasse nach dem Hamburger Modell eingeleitet wurde. Nach insgesamt 11 Wochen konnte die Wiedereingliederungs-Maßnahme erfolgreich abgeschlossen werden. Danach bestand wieder volle Arbeitsfähigkeit für ihre Teilzeittätigkeit.

Trotz der zunächst scheinbar gelungenen stufenweisen Wiedereingliederung war die Pat. den Anforderungen in ihrer Arbeitssituation letztendlich doch nicht gewachsen, sodass sie sich 1½ Jahre später erneut in der neurologischen Praxis vorstellte. Es fand sich eine noch immer reduzierte Belastbarkeit, ohne dass sich die Pat. dieser bewusst war. Die erneute neuropsychologische Untersuchung zeigten gegenüber den Voruntersuchungen leicht verschlechterte kognitive Leistungen insbesondere der Konzentrationsfähigkeit und damit in der kognitiven Belastbarkeit. Nach der stufenweisen Wiedereingliederung hatte sie arbeitgeberseitig wohlwollende Unterstützung erfahren, indem auf ihre krankheitsbedingte Einschränkungen Rücksicht genommen wurde. Nach altersbedingtem Ausscheiden ihres Vorgesetzten war eine jüngere Kollegin nachgerückt, die allen Mitarbeitern deutlich höhere Leistungsansprüche, Initiative und Selbstorganisation abforderte. Diesen Anforderungen hinsichtlich Planung, Organisation und Selbstinitiierung war die Patientin jedoch nicht gewachsen. Es folgte eine Zeit längerer Arbeitsunfähigkeit, bis die Pat. von ihrer Krankenkasse über § 51 SGB V zu einer erneuten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten des Rentenversicherungsträgers aufgefordert wurde. Während der 4-wöchigen Rehabilitation gelangte die Patientin zu einer besseren Störungseinsicht und lernte, ihre begrenzte Leistungsfähigkeit besser zu akzeptieren. Trotzdem erfolgte die Entlassung als arbeitsunfähig. Psychotherapeutische Behandlungen unterstützten die Patientin, ihre funktionellen Einschränkungen zu akzeptieren und geeignete kompensatorische Strategien zu entwickeln, sodass sie bei drohendem Ablauf der Krankengeldzahlung erneut eine stufenweise Wiedereingliederung wünschte. Mit entsprechender therapeutischer Unterstützung sowie einer Arbeitsplatzanpassung gelang schließlich die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben (Fallstrukturierung in **Abbildung 6**).

Abbildung 6: Fallbeispiel 2 – Fallstrukturierung nach ICF



3.3 Fallbeispiel 3: Finanzbeamtin, 75 Jahre, Oberschenkelhalsfraktur; KHK, Diabetes

Anamnese bei Aufnahme in Rehabilitationseinrichtung

75-jährige pensionierte Finanzbeamtin, verwitwet, alleinlebend, 1. OG eines Mietshauses, hat sich beim Stolpern über eine Teppichkante eine mediale Oberschenkelhalsfraktur rechts zugezogen. In der Notaufnahme der Chirurgie berichtet die Patientin über eine zunehmende Gangunsicherheit und eine damit verbundene Sturzneigung. In diesem Zusammenhang sei auch vor einiger Zeit eine rasch zunehmende Sarkopenie diagnostiziert worden (Sarkopenie bezeichnet den mit fortschreitendem Alter zunehmenden Muskelabbau und die damit einhergehenden funktionellen Einschränkungen des älteren Menschen). Sie sei bei Z. n. Herzinfarkt bei KHK und insulinpflichtigem Diabetes mellitus mit Polyneuropathie in fachärztlicher Behandlung.

Nach komplikationsloser Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes bei vorbestehender Arthrose im rechten Hüftgelenk ist die Wundheilung primär komplikationslos. Die Mobilisierung gestaltet sich trotz Vollbelastung der Prothese schwierig, da die Pat. wegen ihrer Sturzangst nicht vom Gehwagen auf Unterarmgehstützen umgestellt werden kann.

Ein Antrag auf Pflegeeinstufung wurde bislang nicht gestellt, da die Patientin außer einigen Schwierigkeiten beim Waschen, An- und Ausziehen, ihren Haushalt bislang selbst geführt und auch nicht auf fremde Hilfe zurückgegriffen hat. Bis zum Sturz habe sie trotz der zunehmenden Schmerzen im Hüftgelenk immer noch regelmäßige Kontakte zu ihren früheren Arbeitskolleginnen gepflegt.

Die Patientin möchte in ihrer Wohnung bleiben und auch weiterhin ohne fremde Hilfe auskommen. Um die Voraussetzungen hierfür zu schaffen, wird ein Antrag auf Anschlussrehabilitation gestellt. Die Indikation zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation ist gegeben, sodass die Patientin in eine geriatrische Reha-Einrichtung verlegt werden könnte.

Fallstrukturierung gemäß ICF

Gesundheitsprobleme nach ICD-10

- Schenkelhalsfraktur rechts (S72.04) bei Coxarthrose (M16.1)
- Z. n. Herzinfarkt (I25.22) bei KHK (I25.1)
- Insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit Polyneuropathie (E11.40†)

Funktionsschädigungen:

- Einschränkung Muskelkraft und muskuläre Ausdauer
- Belastungsabhängige Schmerzen im Hüftgelenk
- Herzfunktion: Ventrikelfunktion eingeschränkt, EF < 40, NYHA II-III
- Muskuläre Kraft und Ausdauer vermindert

Strukturschädigungen:

- Sarkopenie
- Ventrikeldilatation

Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF:

- Gehen und sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
- Selbstversorgung, z. B. sich waschen, die Toilette benutzen, sich kleiden

Beeinträchtigung der Teilhabe nach ICF:

- Häusliches Leben, z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen
- Interpersonelle Beziehungen zu den Arbeitskolleginnen

Umweltbezogener Kontext:

Barrieren: allein lebend, Wohnung im 1. Stock ohne Aufzug

Förderfaktoren: AHB möglich, Gutes Gesundheitssystem

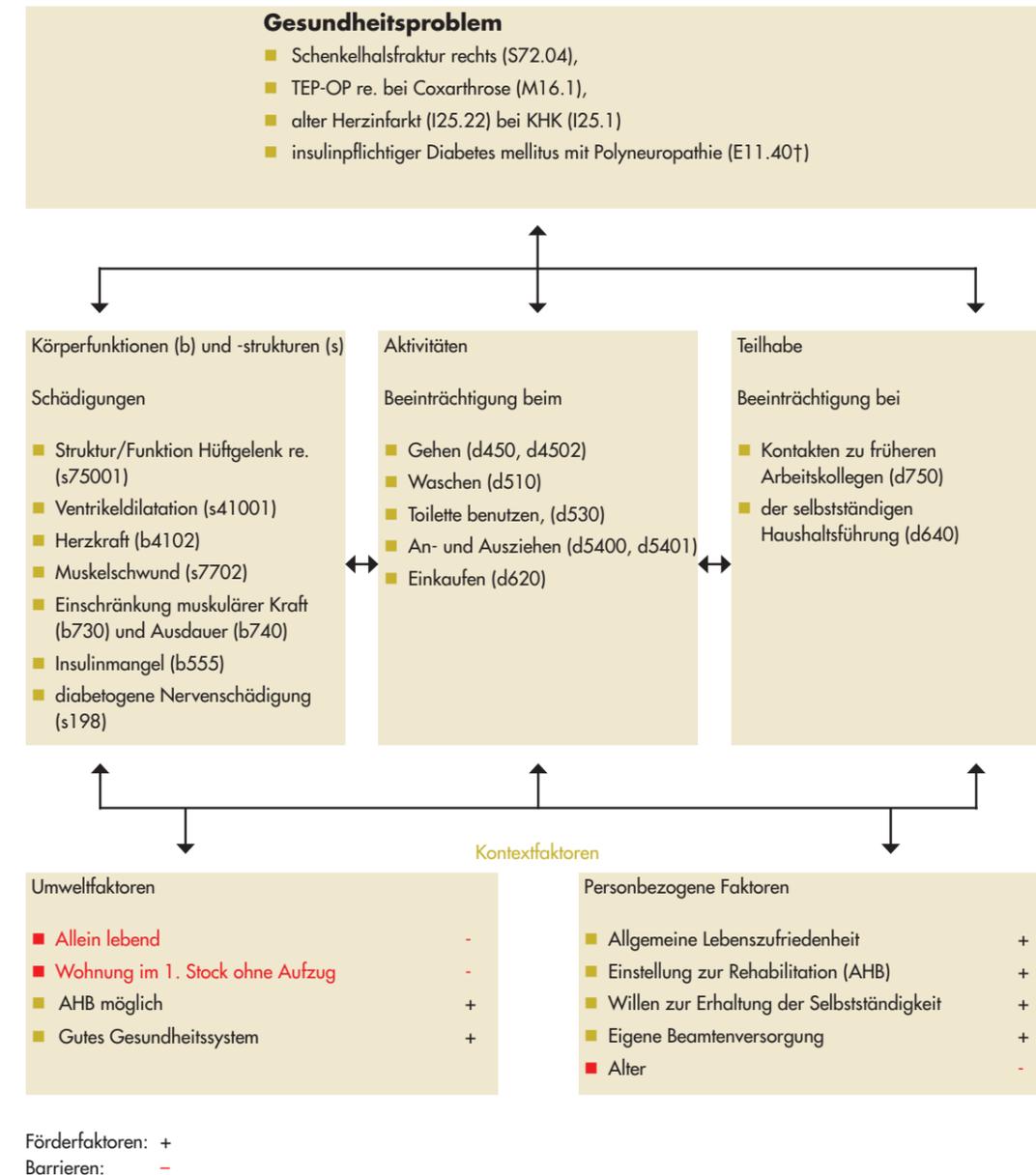
Personbezogener Kontext:

Förderfaktoren: Motivation zur Rehabilitation mit dem Ziel der Wiedererlangung einer größtmöglichen Selbstständigkeit, Lebenszufriedenheit, wirtschaftlich abgesichert (Pension), (Abbildung 7).

Sozialmedizinische Beurteilung

Die 75-jährige Patientin erfüllt die Kriterien für eine Anschlussrehabilitation. Da sie ebenfalls die Kriterien einer geriatrischen Patientin (70 Jahre oder älter) in Verbindung mit geriatritypischer Multimorbidität erfüllt, könnte hinsichtlich des Gesamtzustandes eine geriatrische Rehabilitation angezeigt sein. Ziel dieser Maßnahme ist die Wiederherstellung einer altersgemäßen Mobilität und Selbstversorgung und damit im weitesten Sinne die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Verbleib in der Häuslichkeit.

Abbildung 7: Fallbeispiel 3 – Fallstrukturierung nach ICF



3.4 Vorgehen bei der Teilhabeplanung in den Häusern am Latterbach

(Rehazentrum mit Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Reha für Menschen mit seelischer Erkrankung)

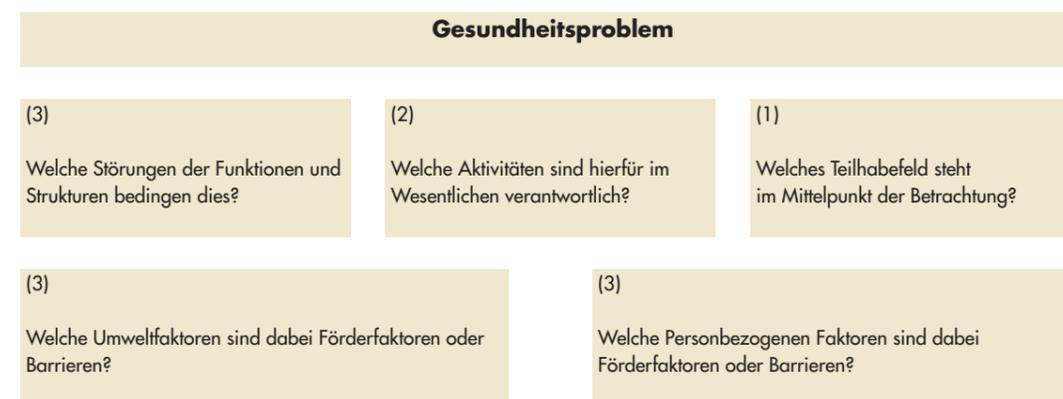
Nach einer diagnostischen Phase werden die Befunde in den Kategorien einer ICF-Kurzliste (Core-Set RPK) aus den unterschiedlichen Berufsgruppen zusammengetragen. Diese Sammlung dient in erster Linie einer Komplettierung der Befunde, da die einzelnen beteiligten Personen immer nur eine Teilwahrnehmung haben können (Arzt, Gruppendienst, Ergotherapeut, Psychologe etc.). Diese Befunde basieren zum Teil aus Assessments, zu einem anderen Teil aus klinischer Beobachtung und Angaben des Rehabilitanden. Subjektive Wahrnehmungen des Rehabilitanden werden – entsprechend gekennzeichnet – in diese Sammlung mit aufgenommen.

Im darauf folgenden und für das Rehabilitationsverständnis und die Planung entscheidenden Schritt werden für die vom Rehabilitanden (oder vom Leistungsträger oder von anderen Interessensgruppen) benannten Teilhabebereiche je eine Rehabilitationshypothese (Bedingungsgefüge im bio-psycho-sozialen Modell der ICF) erstellt. Hierzu werden die wesentlichen (und nicht alle möglichen) Aktivitäten, Funktionen und Strukturen sowie Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren zusammengetragen und als Text ausformuliert (Vorgabe in den Häusern am Latterbach: nicht mehr als 6 Items pro Hypothese). Die Identifikation der wesentlichen Items erfolgt im multiprofessionellen Reha-Team in der Itemstruktur der ICF. Ausgangspunkt der jeweiligen Hypothese ist der beeinträchtigte Teilhabebereich (1). In einem zweiten Schritt werden die dazugehörigen Aktivitäten identifiziert, die diese Beeinträchtigung bedingen (2). Erst in einem dritten Schritt erfolgt die Zuordnung von geschädigten Funktionen und Strukturen sowie von Kontextfaktoren, die als Förderfaktor oder Barriere eine Rolle spielen (3). Das Verständnis der Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit wird also nicht von den direkten Krankheitsauswirkungen (Strukturen und Funktionen) her entwickelt, sondern aus der Perspektive der Teilhabe (Verdeutlichung in **Abbildung 8**).

Für die Rehabilitationshypothese wird die Textform gewählt, die dabei nicht zwingend die Worte der ICF-Items nutzt, denn bei diesem Schritt steht das individuelle Verständnis mit seinen Besonderheiten im Vordergrund und nicht das Aufführen der korrekt benannten Items. Diese Rehabilitationshypothese wird so formuliert, dass sie vom Rehabilitanden verstanden wird, vom Therapeuten als Grundlage für seine Maßnahmen genutzt werden kann und vom Gutachter als Grundlage für beantragte Leistungen herangezogen werden kann. Im multiprofessionellen Team stellen gemeinsame Rehabilitationshypothesen die Grundlage für eine gelingende Rehabilitation dar.

Die weiteren Planungsschritte bauen auf dem Verständnis der Rehabilitationshypothesen auf. Dadurch wird deutlich, auf welchem Weg die Teilhabeziele erreicht werden können. Die Planung auf Grundlage der ICF regt so zur Formulierung von passenden Unterzielen und zu indikationsspezifischen Therapien und Maßnahmen an.

Abbildung 8: Hypothesenbildung (Häuser am Latterbach)



3.5 Fallbeispiel 4: Arzthelferin, 45 J., Reha-Planung für (medizinische) Langzeit-Reha/RPK

Fr. K. war als ausgebildete Arzthelferin tätig, dies auch noch Jahre nach der Erstmanifestation einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Der Arbeitsumfang (nach der Ausbildung 50%) nahm im weiteren Verlauf wegen Überlastung immer weiter ab, 4 Monate vor Beginn der Reha wurde das Arbeitsverhältnis beendet. Eine Reintegrationsmaßnahme im bfz scheiterte, da Fr. K. hier mit der großen Gruppe überfordert war und die Maßnahme nach kurzer Zeit abbrach.

Für die Rehabilitation formuliert sie folgende Ziele:

- Ich möchte in meiner eigenen Wohnung leben
- Ich will mehr unter Menschen gehen können
- Ich möchte einer regelmäßigen Arbeit nachgehen
- Ich möchte für meinen Lebensunterhalt sorgen können

Nach einer diagnostischen Phase erfolgt die erste Rehabilitationsbesprechung. Folgende Befunde wurden in der Systematik der ICF erfasst und in ICF-Items eingeordnet (**Abbildung 9**).

Abbildung 9: Fallbeispiel 4: Befunde als Liste von ICF-Items Fallbeispiel: Frau K.

Körperfunktionen	Aktivitäten/Teilhabe	Umwelt-/personbezogene Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> ■ b140 Funktion der Aufmerksamkeit ■ b1522 Spannweite der Emotionen ■ b1600 Funktionen des Denkens: Denktempo ■ b1602 Inhalt des Denkens ■ b1643 kognitive Flexibilität 	<ul style="list-style-type: none"> ■ d155 sich Fertigkeiten aneignen ■ d240 mit Stress u. anderen psychischen Anforderungen umgehen ■ d350 Konversation ■ d5702 seine Gesundheit erhalten ■ d7200 Beziehungen eingehen ■ d750 Informelle Beziehungen ■ d8501 Teilzeitbeschäftigung ■ d870 wirtschaftliche Eigenständigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ■ e570 Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit ■ Einstellung zur Behandlung

Für die Erstellung der Rehabilitationshypothesen werden die Teilhabebereiche identifiziert, die im Vordergrund der Rehabilitation stehen sollen und entsprechend dem oben geschilderten Vorgehen Items zugeordnet (**Abbildung 10**).

Abbildung 10: Fallbeispiel 4: Hypothesenbildungen und Rehabilitationsplanungen

Hypothesenbildung I

Schizoaffective Störung (ICD10: F25)		
<ul style="list-style-type: none"> ■ b1634 kognitive Flexibilität ■ b140 Funktionen der Aufmerksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ■ d240 mit Stress umgehen ■ d5702 seine Gesundheit erhalten 	Umgang mit Auswirkungen der Erkrankung
Einstellung zur Behandlung		

Rehabilitationsplanung

Problembereich 1:
Umgang mit Auswirkungen der Erkrankung

- b1634 kognitive Flexibilität
- b140 Funktionen der Aufmerksamkeit
- d240 mit Stress umgehen
- d5702 seine Gesundheit erhalten

Problembeschreibung (Reha-Hypothese):
Frau K. gerät in Alltagssituationen leicht in Überforderung. Sie kann nur bedingt ihre eigene Stressbelastung erkennen und reagiert somit zu spät auf die Überforderung. Das Krankheitsverständnis ist prinzipiell vorhanden, die medikamentöse Compliance ist aber nicht durchgängig gegeben. Aufgrund der beeinträchtigten kognitiven Funktionen müssen neue Lerninhalte individuell und mehrfach dargeboten werden, um einen sicheren Lernerfolg zu erreichen.

Hypothesenbildung II

Schizoaffective Störung (ICD10: F25)		
<ul style="list-style-type: none"> ■ b1602 Inhalt des Denkens ■ b1522 Spannweite der Emotionen ■ d240 mit Stress umgehen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ d7200 Beziehungen eingehen ■ d750 informelle Beziehungen ■ d350 Konversation 	Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen

Rehabilitationsplanung

Problembereich 2:
Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen

- d350 Konversation
- d7200 Beziehungen eingehen
- d750 Informelle Beziehungen - Freunde, Bekannte, Familie
- d240 mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
- b1602 Inhalt des Denkens

Problembeschreibung (Reha-Hypothese):
Frau K. weist ein reduziertes soziales Kontaktverhalten auf. Dies zeigt sich in der Freizeit wie auch am Arbeitsplatz. Durch die Verminderung der emotionalen Wahrnehmung u. die kognitiven Einschränkungen kann sie Kontakte nur schwer aufrecht erhalten. Ihre Bewältigungsstrategie besteht v.a. aus Rückzug, wodurch die depressive Symptomatik verstärkt wird u. positive Erfahrungen verhindert werden.

Hypothesenbildung III

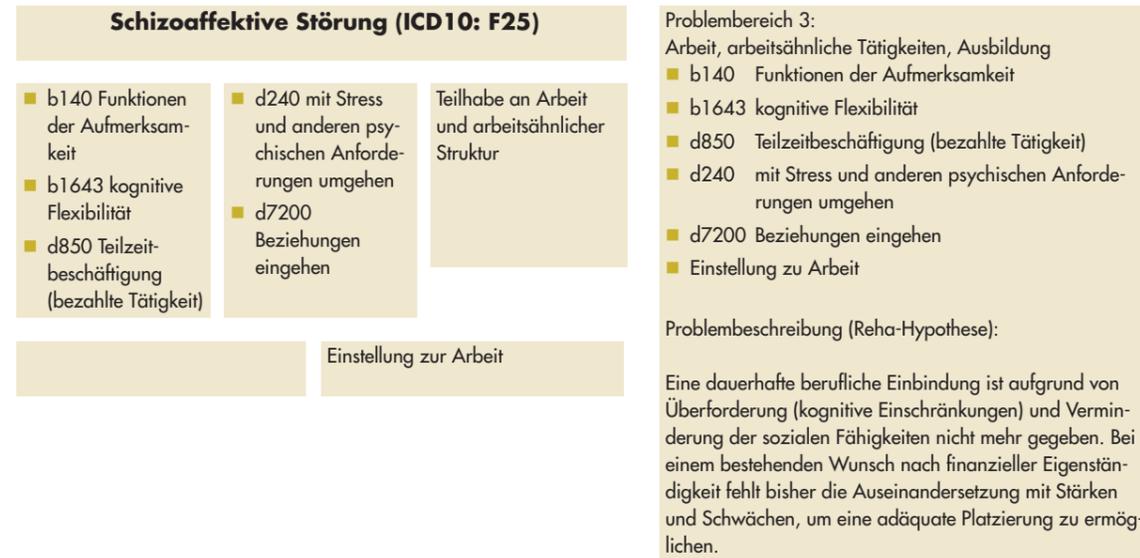


Abbildung 10 verdeutlicht, wie auf Basis der Einordnung von Befunden in die ICF-Systematik eine Hypothesenbildung und Rehabilitationsplanung erfolgt.

Die Rehabilitationshypothese gibt einen Anhalt für die Unterziele; den Zielkorridor (Teilhabebereich) hat die Rehabilitandin benannt, er wird vom Reha-Team geteilt. Sie ist Grundlage der regelmäßigen Re-Evaluation des Rehabilitationsverlaufs, eine Gesamterhebung aller Items erfolgt jedoch nur ein zweites Mal, wenn sich wesentliche Veränderungen ergeben und/oder die Rehabilitationshypothesen revidiert werden müssen.

Kapitel 4

Ausgewählte Ansätze und Beispiele zur ICF-orientierten Verlaufsdokumentation

Der Verlaufs- bzw. Falldokumentation kommt aus verschiedenen Gründen besondere Bedeutung im rehabilitationsklinischen Alltag zu. So sollte beispielsweise schon zur Sicherstellung einer optimalen interdisziplinären Teamarbeit der im Team mit dem Patienten entwickelte Behandlungs- und Therapieplan mit einem Teamprotokoll oder anderen Dokumentationsverfahren festgehalten werden. Diese Dokumentation sollte allen Teammitgliedern zugänglich sein. Auch aus Gründen der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements ist eine Verlaufsdokumentation erforderlich.

Eine ICF-Orientierung der Verlaufsdokumentation ist dabei zunächst allerdings nicht zwingend. Denn die Rehabilitationsträger haben zwar in der Vereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX festgelegt, dass die Therapie-/Rehabilitationskonzepte der Kliniken ICF-orientiert ausgerichtet sein müssen. Für die konkrete klinikinterne Organisation liegen detaillierte Vorgaben aber nicht vor. Insbesondere gibt es keine Verpflichtung zur Verschlüsselung mit der ICF (bzw. deren Codes). Diese wird es voraussichtlich in den nächsten Jahren auch nicht geben. Auch ist für die Nutzung der ICF bei Fragen zu Prognose und Interventionen ist generell 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. Ergänzend sind immer wieder vorrangig medizinische Aspekte zu berücksichtigen, für die – wie in den Fallbeispielen in Kapitel 3 gezeigt – die ICF-Strukturierung jedoch eine gute Grundlage bilden kann.

Dennoch ist es vor dem Hintergrund der in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigten Möglichkeiten der ICF-Nutzung bei Teilhabezielfindung, Teilhabeplanung und interdisziplinärer Zusammenarbeit naheliegend, auch die Verlaufsdokumentation regelhaft anhand der ICF auszurichten. Es gibt 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. Sie betreffen zum einen die Reduktion der wegen der vielen Einzelitems bestehenden Komplexität. Zum anderen kann anhand zweier konkreter Praxisbeispiele aufgezeigt werden, wie eine ICF-orientierte Verlaufsdokumentation in den Klinikabläufen verankert werden kann.

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 allgemein 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 beim Deutschen Institut für Dokumentation und Information (DIMDI - www.dimdi.de) zu erhalten.

Um die Auswahl von Items, die für bestimmte Krankheiten von besonderer Bedeutung sind, aus der umfangreichen Liste der ICF-Kategorien zu erleichtern, sind zum Beispiel eine Reihe von Vorschlägen für Kurzlisten bzw. „Core Sets“ entwickelt worden. Sie stellen eine Auswahl von

ICF-Kategorien zur Verfügung, die für ein bestimmtes Gesundheitsproblem, eine Gruppe von Gesundheitsstörungen oder einen bestimmten Anwendungsbereich relevant sind. In verschiedenen Projekten wurden ICF-Core-Sets entwickelt, Informationen werden z. B. auf den Internetseiten von Rehadat und dem DIMDI bereitgestellt (www.rehadat-icf.de, www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/anwendung.htm). Die Erfahrungen mit Core Sets sind bisher begrenzt. Für den Nutzen im klinischen Alltag bleiben Evaluationen abzuwarten.

4.1 Ausgewählte Ansätze zur Komplexitätsreduktion bei Nutzung 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.

4.1.1 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.

4.1.2 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 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 (**Abbildung 11**).

Abbildung 11: Beispielhaft ausgefülltes ICF-Modellblatt

		Medizinische Diagnosen:	Rehabilitationsziele:
Patientenperspektive	Name: Frau Mustermann	Spinalkanalstenose	Verbesserung der Mobilität, um die Selbstständigkeit im häuslichen Bereich und die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen
	Alter: 52 Jahre	Kann schmerzbedingt:	
	Schmerzen in beiden Beinen	- nicht länger Sitzen	Wieder ermöglichen:
	Müdigkeit in beiden Beinen	- nicht für längere Zeit Stehen oder Gehen	
		- keine Dinge über den Kopf heben	
		- nicht auf dem Bauch liegen und schlafen	
	Körper-Struktur/ Funktion	Aktivität	Partizipation
Health professional Perspektive	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 Gleichgewichts- und Koordinationsdefizite	Länger als eine halbe Stunde Gehen nicht möglich	
	degenerative Veränderungen der Wirbelsäule		
Kontextfaktoren			
Umwelt: Wohnung im ersten Stock, ohne Aufzug, benötigt Hilfsmittel für das Gehen, Personbezogen: alleinlebend, Mann vor 1/2 Jahr gestorben			

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

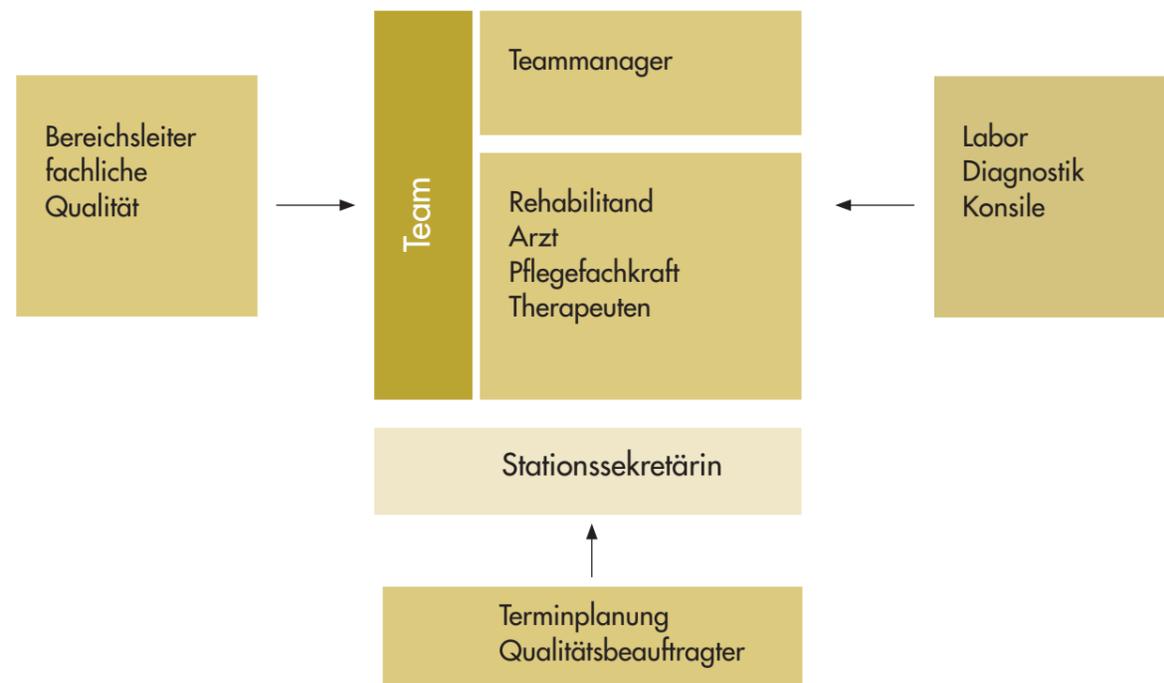
Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Nutzung der ICF erfordert einen festen Organisationsrahmen. Nachfolgend Beispiele der möglichen Realisierung aus Sicht einer Rehabilitationsklinik:

4.2.1 Beispiel einer neurologischen Abteilung

Die Forschungsgruppe ICF an der Asklepios-Klinik Schaufling hatte in einem Modellprojekt 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 (**Abbildung 12**) 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.

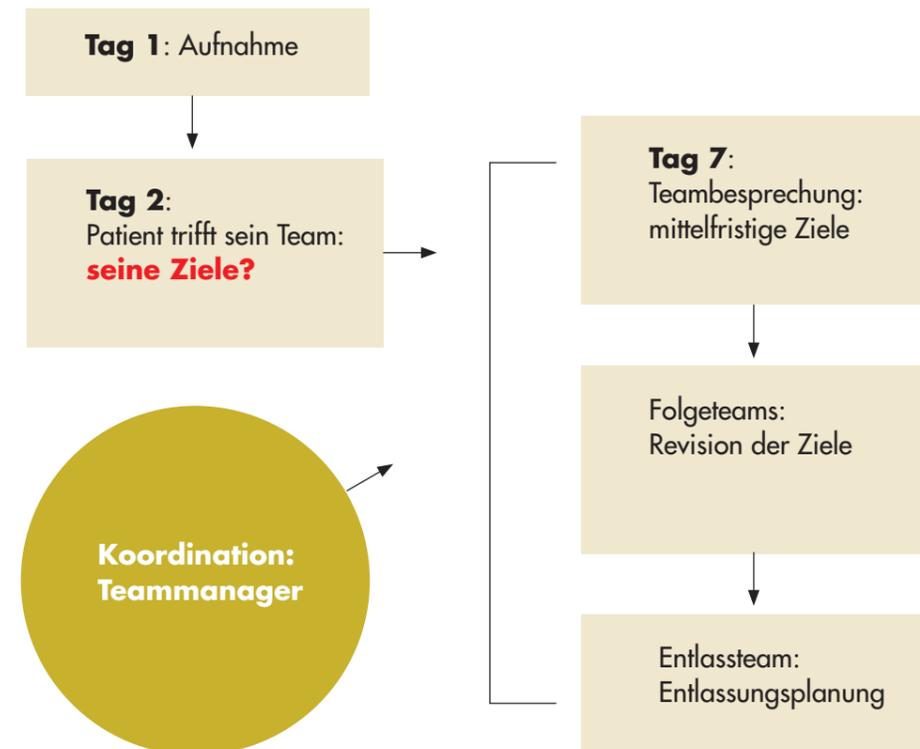
Abbildung 12: Beispiel für die Festlegung der Teammitglieder unter einer Teamleitung und deren mögliche Einordnung in den Klinikbetrieb



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 13**):

Abbildung 13: Teambesprechung in der Rehabilitation



Nach stationärer Aufnahme zur medizinischen Rehabilitation 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 NLS im Zusammenhang mit der Beurteilung der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit in den Rehabilitationsentlassungsberichten. 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.

4.2.2 Fallbeispiel: ICF-basiertes Rehabilitationsmanagement am Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil

Hintergrund

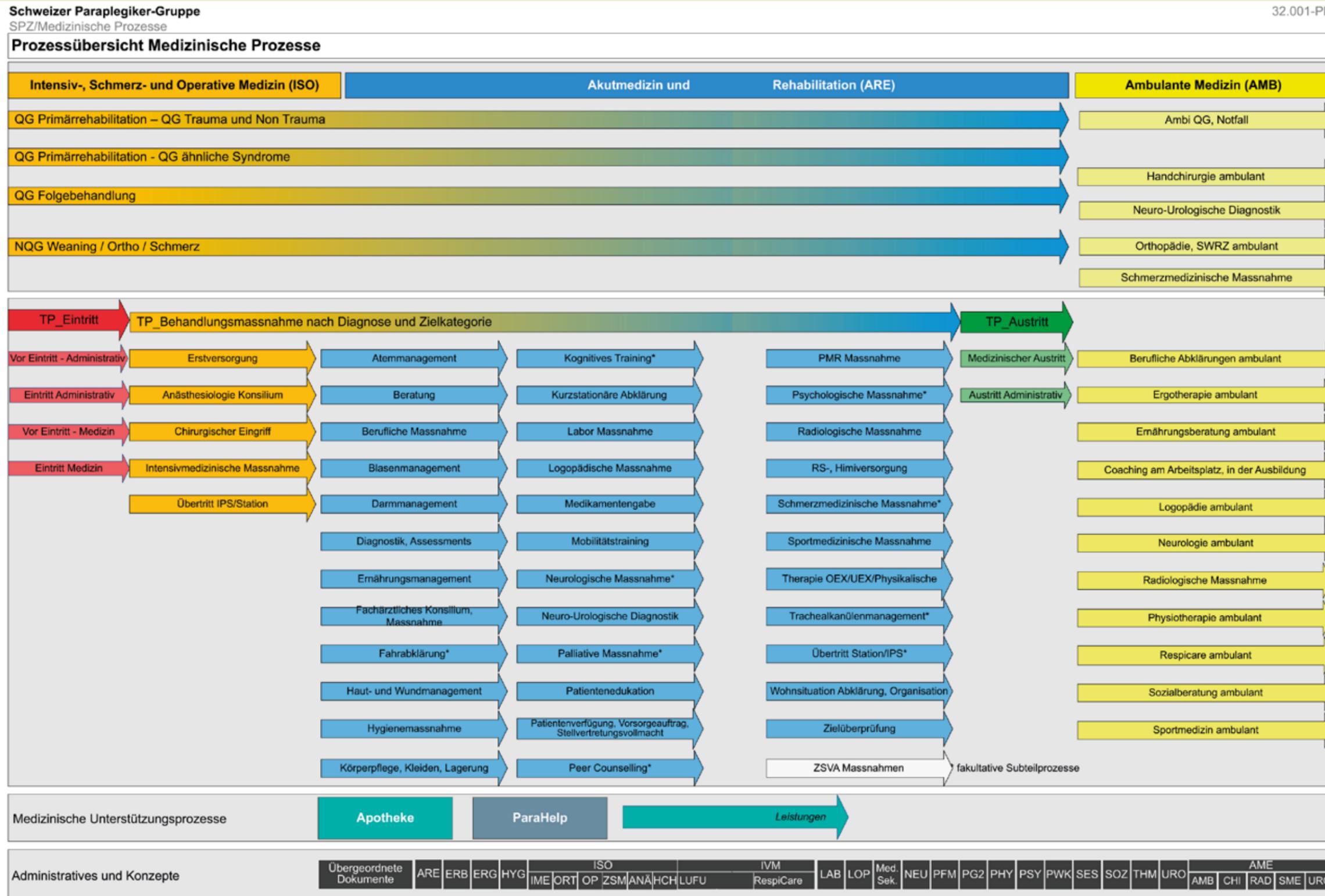
Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil (SPZ) begann 2001 das Konzept der ICF der WHO sukzessive in den Rehabilitationsalltag zu implementieren und in interdisziplinären Arbeitsgruppen auf die spezifischen Anforderungen im SPZ zu übertragen. Darauf aufbauend wurden Organisationsstrukturen und Abläufe in der direkten Betreuung der Patienten optimiert, die Dokumentation im Klinikinformationssystem angepasst und Schulungen durchgeführt. 2011 hat sich die Direktion entschieden eine Organisations- und Führungsstruktur zu entwickeln, die sich im Wesentlichen nach den Prozessen der Patientenversorgung ausrichtet („Prozessorganisation“). Es ergaben sich drei Entwicklungsphasen:

Phase 1: Entwicklung Patientenpfade und Aufbau Prozessorganisation

Patientenpfade im Sinne der klinikinternen medizinisch rehabilitativen Kernprozesse stellen die wesentliche Grundlage für eine Prozessorganisation in einer Rehabilitationsklinik dar. Sie werden als multidisziplinärer Plan verstanden, der festlegt, welche Behandlungsstationen ein Patient von Aufnahme bis Entlassung durchläuft [Roeder/Küttner 2006, 684ff].

Die Patientenpfade im SPZ beschreiben die zentralen Geschäftsprozesse, Abläufe, Zuständigkeiten und Schnittstellen in den einzelnen Indikations-/oder Diagnosegruppen in Verbindung mit 20 standardisierten Teilhabezielen (= ICF-basierte Zielkategorien). Sie sind auf der Grundlage eines umfassenden und integrierenden Rehabilitationskonzeptes aufgebaut, welches auf dem ICF-Modell der WHO basiert. Die Patientenpfade umfassen das gesamte stationäre und ambulante Leistungsangebot und definieren die einzelnen Arbeitsschritte innerhalb einer Rehabilitationsphase. Im Fokus steht die Abstimmung und Steuerung interdisziplinärer Prozesse, die einen optimalen Behandlungsablauf mit effizienter Ressourcenaufteilung ermöglichen soll. Die in **Abbildung 14** veranschaulichten Patientenpfade und die darin integrierten Prozessziele und Messgrößen stellen die Basis für ein strukturiertes Qualitätscontrolling dar. Erst im Zusammenhang mit einer ISO 9001:2008-Zertifizierung im Jahr 2013 gelang es, sämtliche medizinischen Dokumente entlang der medizinisch rehabilitativen Kernprozesse zu sortieren und diese verbindlich umzusetzen.

Abbildung 14: Medizinische Prozesse („Patientenpfade“) im SPZ Nottwil

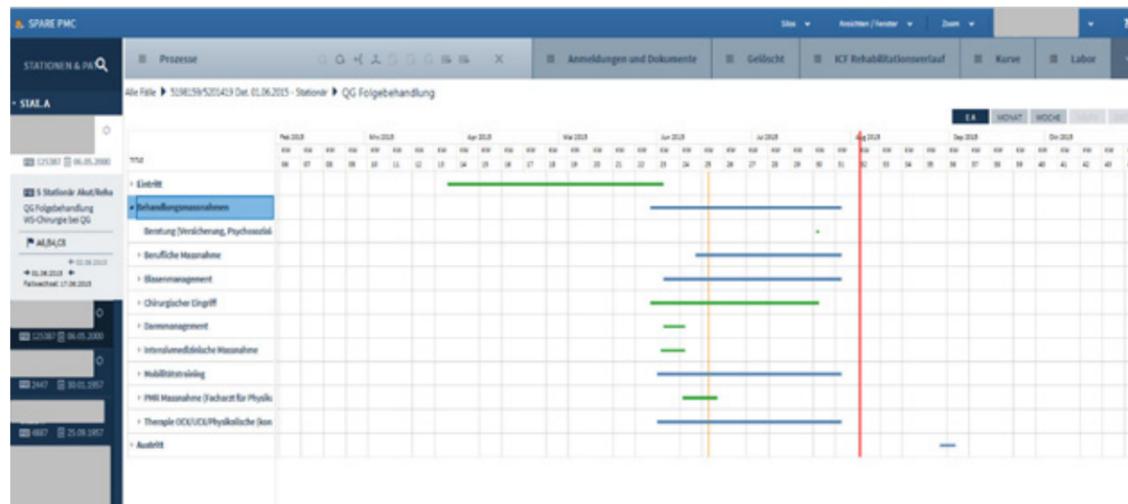


Phase 2: Umsetzung klinischer Prozesse im Klinikinformationssystem

Die Umsetzung der klinischen Prozesse im Alltag ist eng an das jeweilige Klinikinformationssystem (KIS) gebunden. Dabei ist nicht nur eine prozessorientierte, interaktive Darstellung und Gesamt-sicht der Abläufe von Bedeutung, sondern auch der Zugriff auf vorhandene klinikinterne (oft auch berufsspezifische) Expertensysteme.

Aus diesen Gründen entwickelte das SPZ ein Patientenmanagement Cockpit (PMC, vgl. **Abbildung 15**), welches die prozessorientierten Arbeitsabläufe während der gesamten Rehabilitation visualisiert. Informationen aus allen beteiligten Expertensystemen (Applikationen) werden in der Dachapplikation PMC zur Verfügung gestellt. Mittels Statusrückmeldungen wird der Fortschritt, der zu erledigenden Aufgaben aufgezeigt. So können medizinische und therapeutische Maßnahmen effizienter koordiniert, umgesetzt und überprüft werden.

Abbildung 15: Ansicht Patientenmanagement Cockpit



Quelle: Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Phase 3: Infrastruktur nach Prozessabläufen

Eine Prozessoptimierung erfordert häufig auch eine Anpassung der Infrastruktur. Für die geplante Renovation, den Umbau und Neubau des SPZ 2015-2018 sind die aus der Prozessanalyse gewonnenen Erkenntnisse im Sinne einer interdisziplinär abgestimmten Prozessoptimierung in die Architektenplanung bereits miteingeflossen. Prozessabläufe wie Patientenaufnahme, Chirurgischer Eingriff und eine entsprechende medizinisch, therapeutische und pflegerische Nachbetreuung werden räumlich so angeordnet sein, dass der Patientenpfad optimal durchlaufen werden kann. Im Vordergrund stehen dabei interdisziplinär genutzte Räumlichkeiten, die eine Optimierung der Schnittstellen ermöglichen. So können beispielsweise in Trainingswohnungen bereits in einer frühen Rehabilitationsphase bestimmte Aktivitäts- und Teilhabeziele überprüft und vertieft werden.

Rehabilitationsmanagement im SPZ

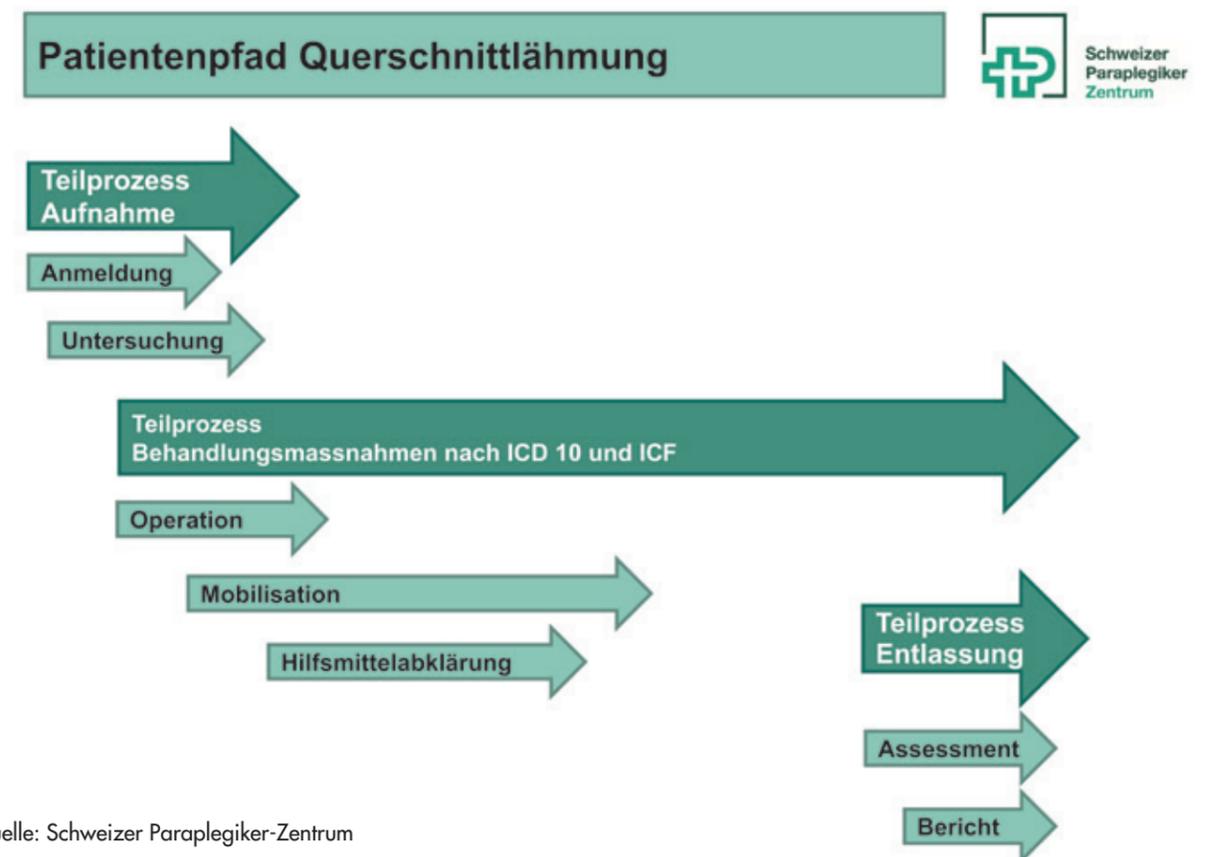
ICF-basiertes Rehabilitationsmanagement

Für eine gezielte Behandlungssteuerung in der Rehabilitation ist es wichtig, nicht nur die medizinischen Diagnosen zu berücksichtigen, sondern auch die verschiedenen Dimensionen von gesundheitlicher Integrität und Behinderung einzubeziehen. Hierbei hilft das ICF-Modell, welches neben dem Gesundheitsproblem auch die Dimensionen Körperfunktionen, Aktivitäten, Teilhabe, förderliche und hinderliche Umweltfaktoren sowie personbezogene Faktoren wie z. B. schulische Bildung oder Coping-Strategien berücksichtigt.

Beispiel: Ein junger Patient mit einer traumatischen Querschnittslähmung (Läsionshöhe C7), der seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausüben kann und umgeschult werden muss, benötigt in Teilbereichen ein anderes Rehabilitationsprogramm als ein älterer Mensch mit gleicher Diagnose, bei dem die Frage im Vordergrund steht, ob er noch zu Hause wohnen kann oder eine Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich ist. Zwei identische medizinische Diagnosen können also sehr unterschiedliche Behandlungsziele und entsprechende Therapieprogramme nach sich ziehen.

Dementsprechend beginnt das Rehabilitationsmanagement im SPZ bereits mit der Anmeldung eines Patienten. Die vorliegende Diagnose nach ICD-10, eine systematische Vorabklärung sowie die Beurteilung der funktionalen Beeinträchtigung auf allen Ebenen der ICF sind ausschlaggebend für die Definition eines Patientenpfades (Prozess). Dieser Patientenpfad gliedert sich in 3 Phasen (Teilprozesse) und beinhaltet medizinische, pflegerische, therapeutische sowie administrative Maßnahmen (Subteilprozesse), vgl. **Abbildung 16**.

Abbildung 16: ICD und ICF basierte Patientenpfade SPZ



Quelle: Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Teilprozess Aufnahme

In den ersten zwei Tagen nach Aufnahme des Patienten wird eine standardisierte medizinische, pflegerische und therapeutische Aufnahmeevaluation (ICD-10 und ICF-basiert) durchgeführt. Die Ergebnisse werden in einer interdisziplinären Aufnahmebesprechung diskutiert und initiieren den Zielsetzungsprozess mit der Erarbeitung von Teilhabezielen und deren Zuordnung zu den entsprechenden standardisierten Zielkategorien. Um adäquate Behandlungsmaßnahmen auswählen zu können, muss in einem patientenorientierten Zielsetzungsprozess das übergeordnete Teilhabeziel im Vordergrund stehen. Ein geeignetes Mittel hierfür sind langfristig ausgerichtete Zielkategorien (Teilhabe), welche mit kurz- und mittelfristigen Zielen auf Struktur-, Funktions- und Aktivitätsebene abgestimmt sind. Im SPZ werden insgesamt 20 Zielkategorien angewendet: A1-A7 Teilhabeziel Wohnen, B1-B5 Teilhabeziel Soziokulturelles Leben, C1-C8 Teilhabeziel Arbeit. Zur besseren Einschätzung realistischer Ziele sind zu allen Zielkategorien die Mindestanforderungen auf den ICF-Ebenen Körperfunktion, Aktivität/Partizipation und Kontextfaktoren aufgelistet.

Abbildung 17 veranschaulicht die Umsetzung im Fallbeispiel eines frischverletzten Patienten mit Querschnittlähmung, der eine voraussichtliche Aufenthaltsdauer von 6 Monaten hat, muss die Festlegung der zu erreichenden Zielkategorie(n) innerhalb der ersten 1-3 Wochen nach Eintritt erfolgen. Dabei sind die zusätzlichen Kriterien auf den ICF-Ebenen Körperstruktur/-funktion, Aktivität und Kontextfaktoren hilfreich. Diese zeigen auf, welche Faktoren erfüllt sein müssen, damit die entsprechende Zielkategorie erreicht werden kann. Zum Beispiel sollte für die angestrebte Zielkategorie „Umschulung“ auf der ICF-Ebene „Aktivität“ eine Belastbarkeit von 4 Stunden pro halbem Tag gegeben sein.

Zielkategorien C1 - 8 „Arbeit“

Zielkategorien	C1 Sinnstiftende Tätigkeit als Tagesstruktur	C2 Nischenarbeit im geschütztem oder angepassten Rahmen
Körperfunktion/ -strukturen	<ul style="list-style-type: none"> mentale und / oder körperliche Belastbarkeit ausreichend für Tagesstruktur bis zu 4 h sozial verträgliche Blasen- und Darmkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> mentale und körperliche Belastbarkeit mindestens 4 h pro Tag sozial verträgliche Blasen- und Darmkontrolle
Aktivität / Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> basale kommunikative und soziale Fähigkeiten Fähigkeit mit einfachen Situationen umzugehen (d240) ausreichende Mobilität für Tätigkeit Fähigkeit zu adäquaten interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (d710-760) 	<ul style="list-style-type: none"> Kann sich Fertigkeiten aneignen (d155) Kann Aufmerksamkeit auf gewünschte Tätigkeit fokussieren (d160) Kann unter Betreuung bedarfsentsprechende Aufgaben ausführen (d210) erforderte Aufgaben werden regelmäßig erbracht (d230) ausreichende kommunikative Kompetenz (d310-349) ausreichende Mobilität ausreichende Kompetenz in interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (d710-760)

Quelle: Schweizer Paraplegiker-Zentrum

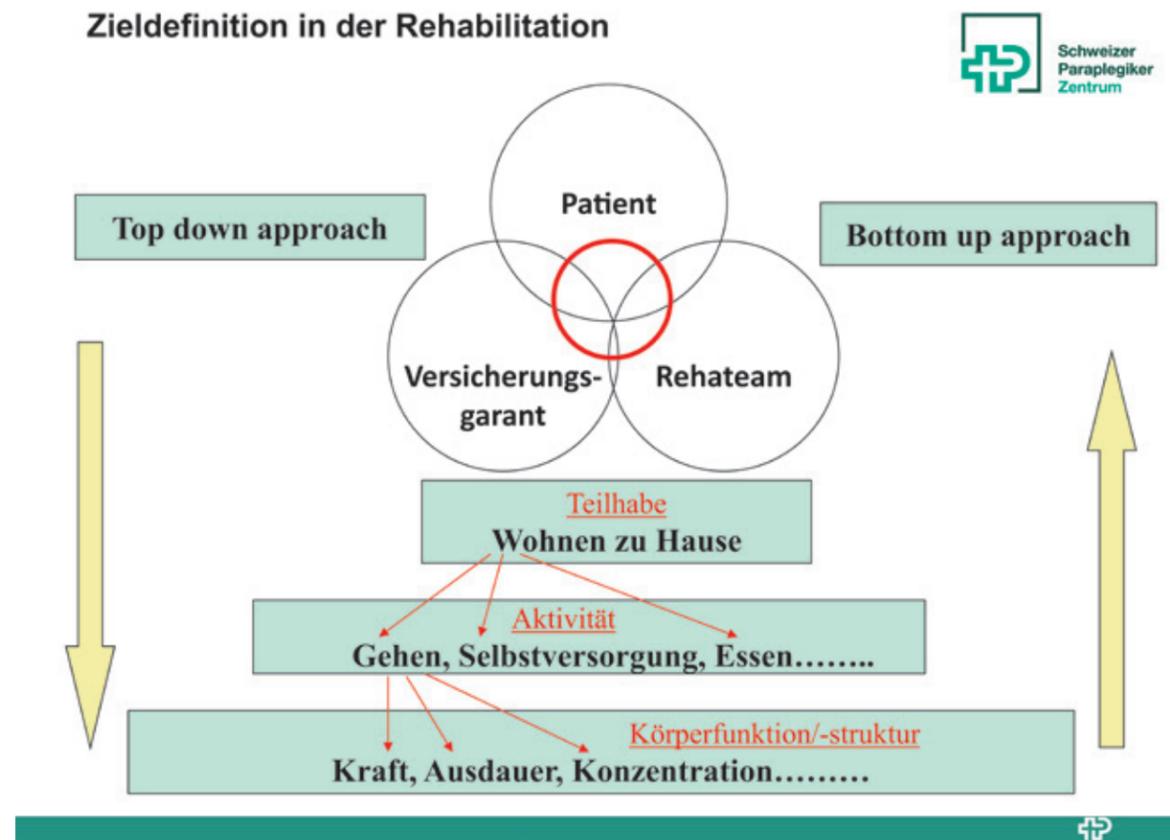
Kontextfaktoren	C1	C2
	<ul style="list-style-type: none"> Bereitschaft des eine Tagesstruktur anzubieten ist vorhanden 100% Rente und Finanzierung geklärt Umfeld entsprechend angepasst (architektonisch, organisatorisch, Hilfsmittel) Finanzierung ist gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> IV Berufsberatung / Berufsabklärung ist involviert Zugang zu flankierenden therapeutischen Maßnahmen vorhanden Umfeld entsprechend angepasst (architektonisch, organisatorisch, Hilfsmittel) Bereitschaft des Umfeldes für eine Nischenarbeit im geschützten oder angepassten Rahmen ist vorhanden Finanzierung ist gewährleistet

Abbildung 17: Zielkategorien des Teilhabeziels „Arbeit“ im SPZ Nottwil

C3 Vorbereitung für schulische / berufliche Massnahmen in nächster stationärer / teilstationärer / ambulanter Rehapphase	C4 Berufliche Anpassung / Umorientierung für Tätigkeit im bisherigen Betrieb	C5 Berufliche Anpassung für Tätigkeit in neuem Betrieb	C6 Berufliche Umschulung nach stationärem Aufenthalt	C7 Bisherige Tätigkeit (inkl. hauswirtschaftliche Tätigkeit) oder Ausbildung in reduziertem Umfang	C8 Volle ursprüngliche berufliche (inkl. hauswirtschaftliche Tätigkeit) oder schulische Tätigkeit / Ausbildung
<ul style="list-style-type: none"> mentale und körperliche Belastbarkeit mindestens 4 h pro Tag sozial verträgliche Blasen- und Darmkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> Berufliche Belastbarkeit von tägl. mindestens 4 - 8 h stabile berufsrelevante motorische und mentale Funktionen sozial verträgliche Blasen- und Darmkontrolle Bereitschaft für berufliche Anpassung / Umorientierung für Tätigkeit im bisherigen Betrieb 	<ul style="list-style-type: none"> Berufliche Belastbarkeit von tägl. mindestens 4 - 8 h stabile berufsrelevante motorische und mentale Funktionen sozial verträgliche Blasen- und Darmkontrolle adäquate Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> Berufliche Belastbarkeit von tägl. mindestens 4 - 8 h stabile berufsrelevante motorische und mentale Funktionen sozial verträgliche Blasen- und Darmkontrolle adäquates Lernpotential und Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> Berufliche Belastbarkeit von tägl. mindestens 4 - 8 h stabile berufsrelevante motorische und mentale Funktionen sozial verträgliche Blasen- und Darmkontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> Berufliche Belastbarkeit von tägl. mindestens 4 - 8 h stabile berufsrelevante motorische und mentale Funktionen sozial verträgliche Blasen- und Darmkontrolle
<ul style="list-style-type: none"> Kann sich Fertigkeiten aneignen (d155) Kann Aufmerksamkeit auf gewünschte Tätigkeit fokussieren (d160) Kann unter Betreuung bedarfsentsprechende Aufgaben ausführen (d210) erforderte Aufgaben werden regelmäßig erbracht (d230) ausreichende kommunikative Kompetenz (d310-349) ausreichende Mobilität ausreichende Kompetenz in interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (d710-760) 	<ul style="list-style-type: none"> kann gemäss aktuellem Leistungsprofil und nach beruflicher Umorientierung eine angepasste berufliche Tätigkeiten ausführen entsprechendes Lernvermögen ist vorhanden (d130-159) Kompetenz in der Wissensanwendung ist vorhanden (d160-179) relevante Kompetenz in allg. Aufgaben und Anforderungen sind vorhanden (d210-299) relevante kommunikative Kompetenz vorhanden (d310-399) ausreichende relevante Mobilität (d410-450, 460-499) ausreichende Kompetenz in interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (d710-760) 	<ul style="list-style-type: none"> kann gemäss aktuellem Fähigkeits- und Leistungsprofil eine angepasste berufliche Tätigkeit ausführen entsprechendes Lernvermögen ist vorhanden (d130-159) Kompetenz in der Wissensanwendung ist vorhanden (d160-179) relevante Kompetenz in allg. Aufgaben und Anforderungen sind vorhanden (d210-299) relevante kommunikative Kompetenz vorhanden (d310-399) ausreichende relevante Mobilität (d410-450, 460-499) ausreichende Kompetenz in interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (d710-760) 	<ul style="list-style-type: none"> kann gemäss aktuellem Fähigkeits- und Leistungsprofil eine berufliche Umschulung ausführen entsprechendes Lernvermögen ist vorhanden (d130-159) Kompetenz in der Wissensanwendung ist vorhanden (d160-179) relevante Kompetenz in allg. Aufgaben und Anforderungen sind vorhanden (d210-299) relevante kommunikative Kompetenz vorhanden (d310-399) ausreichende relevante Mobilität (d410-450, 460-499) ausreichende Kompetenz in interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (d710-760) 	<ul style="list-style-type: none"> kann gemäss aktuellem Leistungsprofil eine Teilarbeitszeit in zuletzt ausgeübter Tätigkeit ausführen entsprechendes Lernvermögen ist vorhanden (d130-159) Kompetenz in der Wissensanwendung ist vorhanden (d160-179) relevante Kompetenz in allg. Aufgaben und Anforderungen sind vorhanden (d210-299) relevante kommunikative Kompetenz vorhanden (d310-399) ausreichende relevante Mobilität (d410-450, 460-499) ausreichende Kompetenz in interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (d710-760) 	<ul style="list-style-type: none"> keine signifikanten Einschränkungen in den relevanten Aktivitäts- und Partizipationsdomänen bezogen auf das Anforderungsprofil
<ul style="list-style-type: none"> IV Berufsberatung / Berufsabklärung / Unfallversicherung ist involviert Zugang zu flankierenden therapeutischen Maßnahmen vorhanden Umfeld entsprechend angepasst (architektonisch, organisatorisch, Hilfsmittel) Finanzierung ist gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> IV Berufsberatung / Berufsabklärung / Unfallversicherung ist involviert adäquate Rahmenbedingungen werden vom Arbeitgeber angeboten Zugang zu flankierenden therapeutischen Maßnahmen vorhanden Umfeld entsprechend angepasst (architektonisch, organisatorisch, Hilfsmittel) Finanzierung ist gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> IV Berufsberatung / Berufsabklärung / Unfallversicherung / Stellenvermittlung ist involviert adäquate Rahmenbedingungen werden vom neuen Arbeitgeber angeboten Zugang zu flankierenden therapeutischen Maßnahmen vorhanden den therapeutischen Maßnahmen vorhanden Umfeld entsprechend angepasst (architektonisch, organisatorisch, Hilfsmittel) Finanzierung ist gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> IV Berufsberatung / Berufsabklärung, Unfallversicherung, evtl. externe berufliche Abklärung involviert Ausbildungsinstitution gewährleistet Wohnen und Pflege gewährleistet Zugang zu flankierenden therapeutischen Maßnahmen vorhanden Umfeld entsprechend angepasst (architektonisch, organisatorisch, Hilfsmittel) Finanzierung ist gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> IV Berufsberatung / Berufsabklärung / Unfallversicherung ist involviert adäquate Rahmenbedingungen werden vom Arbeitgeber gewährleistet Zugang zu flankierenden therapeutischen Maßnahmen vorhanden Umfeld entsprechend angepasst (architektonisch, organisatorisch, Hilfsmittel) Finanzierung ist gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> IV Berufsberatung / Berufsabklärung / Unfallversicherung ist involviert adäquate Rahmenbedingungen werden vom Arbeitgeber zugesichert Finanzierung von Umbaumaßnahmen durch IV gewährleistet Zugang zu flankierenden therapeutischen Maßnahmen vorhanden Umfeld entsprechend angepasst (architektonisch, organisatorisch, Hilfsmittel) Finanzierung ist gewährleistet

Die Definition eines Teilhabeziels ist ein wichtiger Meilenstein, der in der ersten Phase der Rehabilitation erreicht werden muss. Dabei stehen die persönlichen Ziele des Patienten im Vordergrund. Diese müssen jedoch mit der zeitlichen Vorgabe des Versicherungsgaranten hinsichtlich der Zusage der Kostenübernahme und den Zielvorstellungen des Reha-Teams in Einklang gebracht werden. Nicht selten sind die Zielvorstellungen divergent und bedürfen einer intensiven interdisziplinären Bearbeitung. Auf der Basis des Teilhabeziels werden die entsprechenden Unterziele als Meilensteine auf Aktivitäts- und Körperfunktionsebene definiert.

Abbildung 18: Vorgehen bei der Definition eines Teilhabeziels im SPZ Nottwil



Quelle: Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Die ICD-10 Diagnose und die definierten Teilhabeziele lösen ein Behandlungspaket aus, welches im klinikinternen Patientenmanagement Cockpit (PMC) als Standardprozess vordefiniert ist. So können standardisierte Behandlungsschemen, soweit möglich, einheitlich umgesetzt werden, wobei eine auf den einzelnen Patienten bezogene Überprüfung der Maßnahmen immer Voraussetzung für die Erstellung eines individuellen Behandlungsprogramms ist. Zwischen Eintrittsstatus und Teilhabeziel werden Meilensteine definiert, die es erlauben das Teilhabeziel in nachvollziehbaren und überprüfbaren Etappen zu erreichen.

Beispiel: Teilhabeziel „Wohnen zu Hause“ und die definierten Meilensteine

- „Ergebnis Wohnungsabklärung vorhanden am ...“
- „Hilfsmittel evaluiert und angepasst am ...“
- „Wohnungsumbau erledigt am ...“
- „Angehörige sind instruiert...“

Meilensteine sind wichtige Eckpfeiler entlang des Rehabilitationspfades und dienen dem Patienten, dem Versicherungsgaranten und dem Reha-Team als Orientierungshilfe. Können wichtige Meilensteine nicht erreicht werden, muss über eine Anpassung des zu erreichenden Teilhabeziels (Zielkategorie) nachgedacht und diese mit dem Patienten besprochen werden. Personbezogene Faktoren haben einen großen Einfluss auf die zu erreichende Partizipation und müssen im interdisziplinären Team mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen thematisiert werden. So kann ein Patient durchaus auf der Körperfunktionsebene gute Voraussetzungen haben, eine hohe Partizipation im eigenen Lebensumfeld zu erreichen. Stellt seine individuelle Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen jedoch eine Barriere dar, wird es für das Reha-Team schwierig, das auf die Diagnose bezogene, theoretisch bestmögliche Ergebnis zu erreichen.

Beispiel: Die Compliance eines Patienten hinsichtlich Interventionen und technischen Hilfen kann ein Förderfaktor oder eine Barriere sein.

- Förderfaktor: Eine positive Einstellung zu technischen Hilfen (z. B. Treppenlift) kann zu besserer Teilhabe der gewünschten Umgebung (z. B. Arbeitskontext) führen
- Barriere: Eine negative Einstellung zu technischen Hilfen (Rollator) kann zu sozialer Isolation führen

Teilprozess Behandlungsmaßnahmen während der Rehabilitation

Das bei Aufnahme festgelegte und standardisierte Behandlungsprogramm (Standardprozesse) orientiert sich an einem intern entwickelten „Phasenmodell“ (Abbildung 19) und muss während allen Rehabilitationsphasen überprüft und angepasst werden. Im „Phasenmodell“ sind die interdisziplinären Behandlungsschwerpunkte für Akutphase, Grundlagenphase, Aufbauphase, Konsolidierungsphase und Austrittsphase definiert.

Abbildung 19: Phasenmodell für die Rehabilitation eines Patienten während der Erst-Rehabilitation im SPZ Nottwil

Schweizer Paraplegiker-Gruppe
SPZ/Medizinische Prozesse

32.187-AA

Phasenmodell ICF					
	Akutphase (Frührehabilitation)	Grundlagenphase Akutphase I	Aufbauphase Akutphase II	Konsolidierungsphase Akutphase III	Austrittsphase
Physiotherapie					
Ziele und Massnahmen	Erhalt und Verbesserung <ul style="list-style-type: none"> Erhaltung der physiologischen Gelenkbeweglichkeit basierend auf der Läsionshöhe Verbesserung der Lungenventilation (durch Training der Diaphragmafunktion) Erhaltung der Thoraxmobilität Sekretmobilisation 	Grundlagenerarbeitung <ul style="list-style-type: none"> Erlernen des Gleichgewichtes Erlernen der Stütztechnik Transfer auf einer Ebene Grundlagen der Rollstuhlhandhabung Beginn mit Sporttherapie Sitzbalance: Die OE wird frei gehalten Serratus-Stütz Technischulung Bogenschiessen Rollstuhltraining Tischtennis 	Spezifizierung der Grundlagen <ul style="list-style-type: none"> Gleichgewichtsschulung Stütztraining Bewegungsübergänge Transfers mit Höhendifferenzen Rollstuhlhandhabung Sporttherapie Vorbereitung WE-Urlaub inkl. Anleitung Angehöriger Sitzen, Agieren und Stützen auf kleinen und oder labilen Unterstützungsoberflächen Drehen, Auf- und Abiegen Boden-Rollstuhl-Transfer Konditionstraining Schwimmen angepasste Gangschule 	Umsetzung des Gelernten in den klinischen Alltag <ul style="list-style-type: none"> ATL's werden eigenständig durchgeführt Eigenttraining ersetzt einen Teil der individuellen Therapie Sport Hilfsmittelabklärung und -begründung Therapie und ATL's unter Supervision und eigenständig Skifahren Rennrollstuhl Basketball Handbike etc. 	Austrittsvorbereitungen <ul style="list-style-type: none"> Planung der ambulanten Physiotherapie (telefonische Kontaktaufnahme, Besprechung) Austrittsbericht Austrittsuntersuchung

Quelle: Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Oftmals bleiben die zu Beginn einer Rehabilitation definierten Behandlungsmaßnahmen bis zur Entlassung bestehen. Um die Ressourcen des Patienten sowie des Rehabilitationsteams jedoch optimal einzusetzen, ist es wichtig, dass bei Erreichen einzelner, mit dem Teilhabeziel abgestimmter kurz- und mittelfristiger Ziele die zugehörigen Behandlungsmaßnahmen abgeschlossen werden. Dies kann bereits deutlich vor der Entlassung aus der stationären Behandlung und vor Erreichen des Teilhabeziels der Fall sein.

Beispiel: Ziele auf Körper- und Funktionsebene (z. B. Kraft, Gleichgewicht ...) stehen zu Beginn eines Behandlungsprogramms häufig im Vordergrund, während Aktivitätsziele (z. B. selbständig Mahlzeiten zubereiten, 4h täglich eine berufliche Tätigkeit ausführen) eher in der zweiten Hälfte der Rehabilitationsphase intensiviert werden. Dabei muss eine Verlagerung der Behandlungsintensität von Körperfunktionszielen auf Aktivitätsziele stattfinden.

Die Behandlungsplanung und das Controlling werden durch das bereits erwähnte PMC wesentlich unterstützt. Dieses bietet einen Überblick über alle Behandlungsmaßnahmen, Meilensteine und Ziele (vgl. **Abbildung 20**). Eine Statusmeldung ermöglicht es, ein aktuelles Bild über den Rehabilitationsfortschritt zu erfassen. Nicht erledigte Maßnahmen erscheinen rot, während erreichte und abgeschlossene Maßnahmen in grün dargestellt sind.

Abbildung 20: Ansicht Patientenmanagement Cockpit, Statusrückmeldung von erledigten Maßnahmen



Quelle: Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Auf allen 6 Stationen regelt ein Rapport- und Visitensystem den interdisziplinären Austausch. Damit eine einheitliche Vorgehensweise sichergestellt werden kann, sind spezifische Leitfäden und Handlungsanweisungen definiert worden.

Beispiel: An einer interdisziplinären Besprechung (ICF-Rapport) sind Vertreter aus dem Reha-Team anwesend und besprechen mit Hilfe des PMC alle Patienten anhand folgender Kriterien.

1. Patientennamen
2. Diagnose (ICD 10) – Ziel des Zuweisers – Ziel des Patienten
3. Zielkategorien (Teilhabeziele)
4. Zwischenziele und Meilensteine (Aktivitäts- und Kontextziele)
5. Behandlungsmaßnahmen (Subteilprozesse)
6. Assessments (SCIM/ASIA/MMI)
7. Geplante Besprechungen/Visiten

Teilprozess Entlassung

Die gesamte Rehabilitation wird neben den wöchentlichen interdisziplinären Rapporten und den regelmäßigen Visiten ergänzend durch interdisziplinäre Rehabilitationsgespräche mit Patient und Angehörigen gesteuert. Im Hinblick auf eine Entlassung in einer komplexen Situation ist das PMC eine wichtige Entscheidungsplattform. Die Entlassungsphase beginnt bereits einige Wochen vor der definitiven Entlassung aus der stationären Behandlung und muss sorgfältig vorgeplant sein. Die einzelnen Aufgaben sind im PMC terminiert und tragen dazu bei, dass bei Entlassung alle Maßnahmen gemäß einer Checkliste erledigt sind. Die jeweiligen Tätigkeiten wie z. B. interdisziplinäres Entlassungsassessment, Überprüfung der Zielerreichung, Abschlussbericht, Verordnungen für die ambulante Betreuung sowie weitere administrative Aufgaben werden vorgeplant und über mehrere Tage verteilt. Nicht zuletzt wird die Patientenzufriedenheit, die in der Regel 2-4 Wochen nach Entlassung erhoben wird, deutlich von der Qualität dieser Entlassungsphase beeinflusst.

Lebenslange ambulante Betreuung

Eine lebenslange Betreuung ist für unsere komplex betroffenen Patienten in der Regel im Rahmen eines ambulanten Settings sinnvoll und kann im SPZ angeboten werden. Ziel ist die Vermeidung von lähmungsbedingten Komplikationen, der Erhalt einer größtmöglichen Selbständigkeit, eine Optimierung der Situation zu Hause und damit die Verbesserung der Lebensqualität. Auch die Früherkennung einer im Rahmen der Alterung auftretenden relevanten Einschränkung der Funktionsfähigkeit wird damit gewährleistet. Dies kann nur durch sorgfältig geplante und regelmäßige Kontrollen (Arzt und Therapeuten) gewährleistet werden. Hierbei wird die Funktionsfähigkeit wiederum auf allen Ebenen der ICF evaluiert und falls nötig, gezielte ambulante Behandlungsmaßnahmen eingeleitet.

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

Im Zeitraum von 2001 bis 2012 wurde in dieser Klinik als Grundlage für den interdisziplinären Austausch innerhalb des Hauses ein vereinfachtes Grundraster für die Komponenten Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation sowie Kontextfaktoren erfolgreich angewendet, erweitert durch Fachraster für die vertiefende ICF-konforme Anwendung in Spezialbereichen (Rentsch et al., 2005).

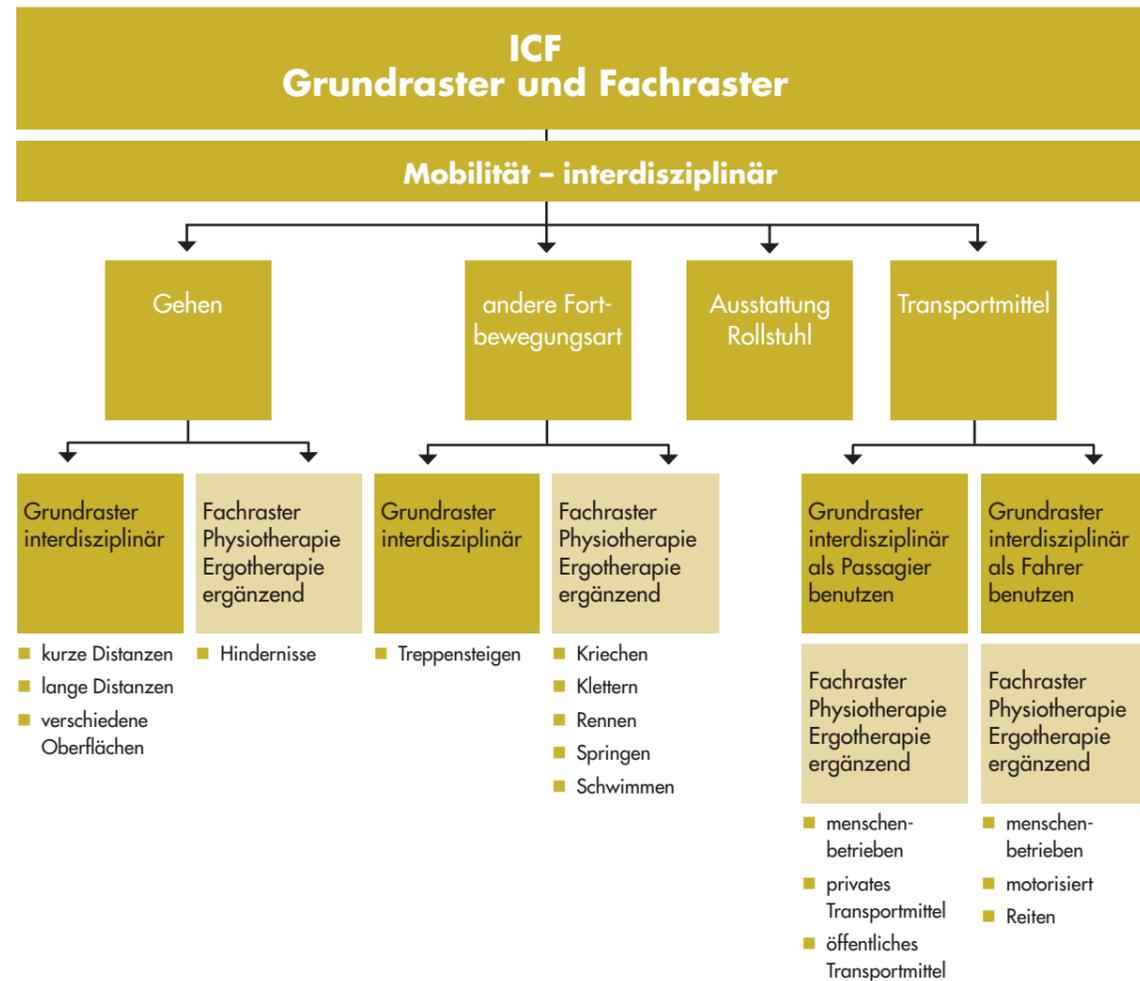
Das Beispiel für ein Grundraster zu Aktivitäten/Partizipation (**Abbildung 21**) wurde im fachübergreifenden Konsensusverfahren als pragmatische Grundlage für die interdisziplinäre Kommunikation festgelegt. Während beispielsweise für Aktivitäten und Teilhabe die acht in der ICF beschriebenen Domänen übernommen wurden, wurden die Unterteilungen auf das für die stationäre und unmittelbar poststationäre neurorehabilitative Behandlung notwendige Minimum reduziert:

Abbildung 21: Beispiel für ein Grundraster zu Aktivitäten bzw. Partizipation

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	Blasentleerung 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		

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 (Abbildung 22).

Abbildung 22: Beispiel für ein Fachraster zur Mobilität



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

In dieser Klinik hat es sich 2001 bis 2012 auch 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 (Abbildung 23):

Abbildung 23: Leitfaden für ICF-orientierte Teambesprechungen: Interdisziplinäres Assessment, Festlegung der Rehabilitationsziele und Planung der Interventionsmaßnahmen

Teil	Eintrittsbesprechung	Verlaufsbesprechungen	Erst-Info	Ergänzung
Assessment	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 Selbstständigkeitsindex (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

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.

4.3 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“ (www.bar-frankfurt.de) 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 Rehabilitationsentlassungsbericht muss unabhängig von der Leistungsträgerschaft über folgende Bereiche Aussagen enthalten:

- Aktueller Status von Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Schädigungen und Beeinträchtigungen in den relevanten Bereichen
- Umwelt- sowie personbezogene Faktoren, insbesondere die sich auf die Teilhabe günstig oder ungünstig auswirkenden Einflüsse. Letztere sind in der ICF der WHO noch nicht klassifiziert. Erste Vorstellungen einer möglichen systematischen Aufbereitung für den deutschsprachigen Raum wurden bereits 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 Kuratation 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.

Aussagen zu Entwicklungen und deren zeitlichen Verlauf können mit den Komponenten der ICF alleine nicht abgebildet werden. Diese prognostischen Überlegungen gehören aber unabdingbar zur sozialmedizinischen Beurteilung. 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. Die Verwendung eines einheitlich für alle Rehabilitationsträger geltenden Formularvordruckes haben die Rehabilitationsträger unter anderem vor dem Hintergrund datenschutzrechtlicher Bedingungen bisher nicht realisieren können. Angleichungsprozesse an den ab 1.1.2015 geltenden Rehabilitationsentlassungsbericht der DRV finden seitens der GKV derzeit aber statt.

Kapitel 5

Fazit, Entwicklung und Ausblick

Die ICF stellt eine gemeinsame Denk- und Handlungsgrundlage für alle dar, die an der Behandlung, Therapie und Versorgung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen beteiligt sind. Die ICF ist zweierlei: Sie ist zum einen ein Konzept oder eine „Philosophie“ zum besseren Verständnis von Behinderung und Funktionsfähigkeit auf der Grundlage der bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen.

Zum anderen ist die ICF eine Klassifikation zur Kodierung der Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung.

Die Nutzung der ICF auf Item-Ebene ist möglich und wird in der Praxis auch umgesetzt.

Die Kodierung mit Schweregradeinteilung wird auf absehbare Zeit nur in sehr speziellen Zusammenhängen verwendet werden können.

Anders verhält es sich mit der „Philosophie“. Die „Philosophie“ der ICF markiert einen Paradigmenwechsel, weg von einer einfachen krankheitsdiagnose- und defizitorientierten Sicht hin zu einer ganzheitlichen Sichtweise auf den Menschen mit und in seinem individuellen Kontext. Sie stellt dafür eine Systematik und eine gemeinsame Sprache zur Verfügung.

Ausgangspunkt für die Anwendung der ICF ist stets ein Gesundheitsproblem. Ein gleiches 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 evtl. bestehende Barrieren. 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 in der täglichen therapeutischen Arbeit nicht ausreichend wahrgenommen werden. Die ICF ist hier ein wichtiger Bezugspunkt, um diese Aspekte immer in Erinnerung zu rufen.

Die gemeinsame Sprache spiegelt diese Philosophie wider. Sie ist grundsätzlich allgemeinverständlich und keine spezifische Fachsprache. 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 bereits in der praktischen Anwendung. In Rehabilitationseinrichtungen erleichtert die Verwendung der ICF aus Sicht der Anwender die Zusammenarbeit im interdisziplinären Reha-Team. 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. Praxisbeispiele zeigen, dass mithilfe der ICF durch eine bessere Kommunikation zwischen den Behandlern der verschiedenen Sektoren die ambulante und stationäre Behandlung stärker verzahnt werden können.

Die Bedarfsermittlung und Hilfeplanung durch Ärzte und sozialpädagogische Fachdienste für Leistungen z. B. für psychisch kranke Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe kann mit diesem Instrument erfolgen. In einigen Regionen wird die ICF deshalb im Gesamtplanverfahren und in der Hilfeplanung der Bundesländer genutzt. Damit bewegen sich medizinische und soziale Arbeit in der Rehabilitation 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 berechnete 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. Dies ergibt sich nicht nur aus der Gesetzesbegründung sondern auch aus der Formulierung des § 10 SGB IX, demzufolge bei den genannten Voraussetzungen Leistungsbedarfe „funktionsbezogen“ festzustellen sind. Im Bereich der untergesetzlichen Normen findet sich häufig ein ausdrücklicher Bezug auf die ICF, so etwa in den „Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses, worin auch die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Vertragsärzte geregelt worden ist.

Auch die bei der BAR erarbeiteten Gemeinsamen Empfehlungen (§ 13 SGB IX) und sonstigen trägerübergreifenden Vereinbarungen und (Rahmen-)Empfehlungen basieren auf der ICF als Grundlage für ein bio-psycho-soziales Verständnis in der Rehabilitation. In der sozialmedizinischen Begutachtung wird das Konzept der ICF erfolgreich eingesetzt. Auch die Empfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur sozialmedizinischen Begutachtung und entsprechende Vorgaben des Ärztlichen Dienstes der BA sowie aus anderen Leistungsträgerbereichen beziehen sich auf die ICF. Schließlich ist das Denkmodell der ICF in der 2009 in Deutschland in Kraft getretene UN-BRK verankert, die als Menschenrechtsübereinkommen den Rechten von Menschen mit Behinderung ein neues, besonderes Gewicht verleiht und dabei u. a. die Bedeutung von Rehabilitation hervorhebt (vgl. z. B. Art. 26-28 UN-BRK).

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

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 zuteilwerden, an der sie auch aktiv mitgestalten können.

Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass auch die Vielzahl und Vielfalt der aufgeführten Fallbeispiele deutliche Zeichen dafür sind, dass sich der Denkansatz der ICF seit 2001 und insbesondere auch seit der Erstauflage dieses Praxisleitfadens in vielen Bereichen der Rehabilitation gut durchgesetzt hat.

Ein Erkennen, ob diese Vielfalt erhalten bleiben wird, welcher konkrete Ansatz sich ggf. als Standard durchsetzen wird oder ob überhaupt für alle Bereiche tatsächlich eine Standardisierung zwingend erforderlich ist, ist derzeit nicht möglich.

Erkennbar ist aber, dass eine weitergehende Implementierung der ICF in den Arbeitsalltag der Rehabilitationseinrichtungen nicht nur zu fordern, sondern insbesondere zu fördern ist. Ebenso wichtig sind diesbezügliche Evaluationen und ICF-bezogene Forschungen, wie sie z. B. auch auf BAR-Ebene durchgeführt werden.

Glossar

Die wichtigsten Begriffe der ICF

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch eine Person. Siehe auch Leistungsfähigkeit, Leistung.

Barrieren sind Kontextfaktoren, die sich negativ auf die Funktionsfähigkeit auswirken.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann. Sie ist eine quantitative oder qualitative Abweichung in der Durchführung der Aktivität bezüglich Art oder Umfang der Durchführung, die von Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird.

Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] sind Probleme beim Einbezogensein in Lebenssituationen oder Lebensbereiche, die eine Person erlebt. Das Vorhandensein einer Einschränkung der Partizipation [Teilhabe] einer Person wird durch den Vergleich mit der erwarteten Partizipation [Teilhabe] einer Person der entsprechenden Kultur oder Gesellschaft ohne Behinderung bestimmt.

Behinderung ist ein Oberbegriff für Schädigungen (Funktionsstörungen, Körperstrukturschäden), Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe). Sie bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). 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 Komponenten der ICF gleich ist, gibt den Schweregrad des Problems an. Bei den Umweltfaktoren besteht das Problem in Barrieren. Es können jedoch auch für die Funktionsfähigkeit förderliche Faktoren (Förderfaktoren) kodiert werden. Die weiteren Beurteilungsmerkmale sind komponentenspezifisch.

Domäne ist eine sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer beliebigen Teilklassifikation der ICF. Die Domänen bilden die verschiedenen Kapitel und Blöcke innerhalb jeder Komponente, z. B. Mentale Funktionen (Kapitel 1 der Körperfunktionen).

Förderfaktoren sind Kontextfaktoren, die sich positiv auf die Funktionsfähigkeit auswirken.

Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]. Sie bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

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

Komponenten sind die Bestandteile der beiden Teile der ICF, also die vier Teilklassifikationen

- (1) Körperfunktionen und -strukturen,
- (2) Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe),
- (3) Umweltfaktoren und
- (4) personbezogene Faktoren.

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

Körper bezieht sich als Begriff auf den menschlichen Organismus als Ganzes. Daher umfasst er auch das Gehirn und seine Funktionen, z. B. den Verstand.

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich der psychischen Funktionen).

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

Lebensbereiche sind Domänen der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe.

Leistung ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal angibt, was Personen in ihrer gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tun, und deshalb den Gesichtspunkt des Einbezogenseins einer Person in Lebensbereiche berücksichtigt. Die Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext.

Leistungsfähigkeit ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit einer Person in einer Domäne der Aktivitäten- und Partizipationsliste zu einem gegebenen Zeitpunkt angibt. Sie ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen.

Partizipation [Teilhabe] ist da Einbezogensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit. (siehe Teilhabe)

Personbezogene Faktoren sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person beziehen, wie der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), z. B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Ernährungsgewohnheiten, Weltanschauung, Einstellung zur Arbeit.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z. B. eine wesentliche Abweichung von geltenden statistischen Normen oder ein Verlust.

Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit.

Umweltfaktoren sind eine Komponente der ICF und beziehen sich auf alle Aspekte der externen oder extrinsischen Welt, die den Kontext des Lebens einer Person bilden und als solche einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit der Person haben. Sie bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Literatur

Bakheit A. M. O.: Effective teamwork in rehabilitation. Intern. J. of Rehabilitation Research, 19. Jhg., Heft 4/1996, S. 301-306

Berg A.: Kontextfaktoren – Bedeutung für die Begutachtung – Zugang zu Therapie und REHA. MED SACH, 104. Jhg., Heft 3/2013, S. 113-117

Bühler S., Grötzbach H., Frommelt P.: ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. Neurologie & Rehabilitation, 11. Jhg., Heft 4/2005, S. 201-211

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. 3., völlig neu bearbeitete Auflage, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 2005 (vergriffen, in Neubearbeitung)

Cibis W.: Die ICF als trägerübergreifendes Bezugssystem aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. MED SACH, 104. Jhg., Heft 1/2008, S. 10-14

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Aktualisierte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2011

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

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR): Die Nutzung der International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) der WHO bei Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) – Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom 31. März 2009. Verfügbar unter http://www.dvfr.de/uploads/media/ICF-Empfehlung_2009_03_31.pdf

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR): Die Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) – Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom 31.3.2009. Rehabilitation, 48. Jhg., Heft 4/2009, 247-251

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR): Behindertenrechtskonvention jetzt umsetzen! Strategien der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation. Rehabilitation, 49. Jhg., Heft 1/2010, S. 48-54

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR): Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem - Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Heidelberg, im September 2014. Verfügbar unter http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/StN_F%C3%B6rderung_der_Nutzung_der_ICF_Stand_9_10_14.pdf

Dreinhöfer K., Stucki G., Ewert T., Huber E., Ebenbichler G., Gutenbrunner C., Konstanjsek N., Cieza A.: ICF Core Set for Osteoarthritis. *J. Rehabil. Med.*, 36. Jhg., 2004, Suppl. 44, S. 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*, 11. Jhg., Heft 4/2015, S. 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.*, 36. Jhg., 2004, Suppl. 44, S. 22-29.

Farin E.: „Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation“. *Die Rehabilitation*, 67. Jhg., Heft 2/2008, S. 65-76

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. Jhg., Heft 4/2005, S. 218-226

Fries W., Lössl H, Wagenhäuser S. (Hrsg.): Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation - für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2007

Fries W., Fischer S.: Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren – eine Pilotstudie. *Rehabilitation*, 47. Jhg., Heft 5/2008, S. 265-274

Frommelt P., Grötzbach H.: Einführung der ICF in die Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 2005, 11. Jhg., Heft 4/2005, S. 171-178

Frommelt P., Grötzbach H., Ueberle M.: NILS – Ein Instrument zur sozialmedizinischen Beurteilung auf der Basis der ICF in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation*, 11. Jhg., Heft 4/2005, S. 212-217

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*, Band 1, Kapitel II-6, 1 – 27, 29. Erg.Lfg. 6/06, ecomed, Landsberg, 2006

Frommelt P., Grötzbach H.: Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In: Dettmers D, Bülau P, Weiller C (Hrsg.): *Schlaganfallrehabilitation*, S. 121-133. Hippocampus, Bad Honnef, 2007

Grampp G., Jackstell S. und Wöbke N.: Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF. Balance-Verlag, Köln, 2013

Gauggel S. Leinberger R., Richardt M.: Goal setting and reaction time performance in brain-damaged patients. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.*, 23. Jhg., Heft 3/2001, S. 351-361

Grötzbach H.: Zielsetzung in der Aphasietherapie. *Forum Logopädie*, 18. Jhg., Heft 5/2004, S. 12-16

Grotkamp S.: Die Bedeutung von Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung. In: *Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht*, Forum C, Beitrag 10/2014. Verfügbar unter http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/c/2014/C10-2014_Die_Bedeutung_von_Kontextfaktoren_in_der_sozialmedizinischen_Begutachtung.pdf

Grotkamp S., Cibis W., Nüchtern E., Baldus A., Behrens J., Bucher P. O., Dömmen Nyffeler I., Gmünder H. P., Gutenbrunner C., Hagen T., Keller K., Pöthig D., Queri S., Rentsch H. P., Rink M., Schian H., Schian M., Schwarze M., von Mittelstaedt G., Seger W.: Personbezogene Faktoren der ICF, Beispiele zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). *Gesundheitswesen*, 74. Jhg., Heft 7/2012, S. 449-458

Grotkamp S., Viol M.: Die Bedeutung der ICF für den medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung. *MED SACH*, 104. Jhg., Heft 1/2008, S. 20-25

Grotkamp S., Cibis W., Bahemann A., Baldus A., Behrens J., Nyffeler I. D., Echterhoff W., Fialka-Moser V., Fries W., Fuchs H., Gmünder H. P., Gutenbrunner C., Keller K., Nüchtern E., Pöthig D., Queri S., Rentsch H. P., Rink M., Schian H.-M., Schian M., Schmitt K., Schwarze M., Ulrich P., von Mittelstaedt G., Seger W.: Bedeutung der personbezogenen Faktoren der ICF für die Nutzung in der praktischen Sozialmedizin und Rehabilitation. *Gesundheitswesen*, 76. Jhg., Heft 3/2014, S. 172-180

Gutenbrunner Ch., Ward A. B., Chamberlain M. A.: White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *J. Rehabil. Med.*, 39. Jhg., Heft 1/2007, S. 1-48

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): ICF-Checkliste, Version 2.1a, Medizinisches Formblatt für die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Sozialmedizin > Klassifikationen > ICF > Einführung und Checkliste

Knoglinger, E.: WHO-Klassifikation ICF: Grundlagen und Anwendbarkeit in der kardiologischen Rehabilitation. *Herzmedizin*, 25. Jhg., Heft 1/2008, S. 36-42

Lange M.: Die Implementierung der ICF ins Informationssystem REHADAT. *Rehabilitation*, 53. Jhg., Heft 3/2014, S. 205-206

Collicut J., McGrath U., Kischka J.: Interdisziplinäre Teamarbeit und Zielsetzung in der neurologischen Rehabilitation. In: Frommelt P., Lössl H. (Hrsg.): *NeuroRehabilitation*. S. 107-113. Springer, Heidelberg, Berlin, 2010

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

Rentsch H.P.: Umsetzung der ICF in den praktischen Alltag auf der Neurorehabilitationsabteilung des Kantonsspitals Luzern. In: Rentsch H.P., Bucher P. O. (Hrsg.): ICF in der Rehabilitation, S. 301-334. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein, 2005

Schian H.-M.: ICF - Nationale, europäische und internationale Auswirkungen. In: Blumenthal W., Schliehe F. (Hrsg.): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation – Festschrift 100 Jahre DVfR, S.133-141. DVfR, Heidelberg, 2008

Schliehe F, Ewert T.: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Aktualisierung der problemorientierten Bestandsaufnahme. Rehabilitation, 52. Jhg., Heft 1/2013, S. 40-50

Schuntermann M. F.: Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 4. überarbeitete Auflage, Ecomed Medizin, Landsberg/Lech, 2013

Schuntermann M.F.: Grundzüge der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). MED SACH, 104. Jhg., Heft 1/2008, S. 6-9

Simeonsson R. J., Lollar D., Björck-Åkesson E., Granlund M., Brown S. C., Zhuoying Q., Gray D. Pan Y.: ICF and ICF-CY lessons learned: Pandora's box of personal factors. Disability & Rehabilitation, 36. Jhg., Heft 25/2014, S. 2187-2194

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, 82. Jhg., Heft 11/2002, S. 1098-1107.

„**Teilhabe und Teilhabeforschung**“, Rehabilitation, Supplement 1/2012

Timmer K.: Die Bedeutung der ICF für die sozialmedizinische Beurteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung. MED SACH, 104. Jhg., Heft 1/2008, S. 15-17

Wallrabenstein H., Berg A.F, Heipertz W.: Die Bedeutung der ICF für den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit. MED SACH, 104. Jhg., Heft 1/2008, S. 18-20

Mitglieder der Projektgruppe

Breuninger, Katrin	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Cibis, Dr. Wolfgang	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Gmünder, Dr. Hans Peter	Schweizer Paraplegiker-Zentrum 6207 Nottwil
Grotkamp, Dr. Sabine	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen
Keller, Dr. Klaus	Herzogsägmühle, 86971 Peiting
Niedeggen, Dr. Andreas	Unfallkrankenhaus Berlin
Ostholt-Corsten, Dr. Margarete	DRV Bund
Scheel, Anke	Schweizer Paraplegiker-Zentrum 6207 Nottwil
Schian, Dr. Hans-Martin	Gesundheits-und Reha-Beratung GbR, Wilnsdorf
Schian, Marcus	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Schmitt, Klaus	Schweizer Paraplegiker-Zentrum 6207 Nottwil
Schwegler, Urban	Schweizer Paraplegiker Forschung 6207 Nottwil
Seger, Prof. Dr. Wolfgang Leiter der Arbeitsgruppe	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen
Wallrabenstein, Dr. Helmut (†)	Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.