

Die Bedeutung des SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Orientierung an der ICF

Das SGB IX orientiert das deutsche Rehabilitationsrecht an der
„Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und
Gesundheit (ICF)“
Der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Funktionsbezogener Leistungsbedarf

Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderungen und Gesundheit (ICF) der WHO

Teilhabestörungen im Bereich der

- körperlichen Integrität
- seelischen Integrität
- Integrität von Aktivitäten und Leistung
- sozialen Integrität

SGB IX §10 Koordinierung der Leistungen

Funktionsbezogene Feststellung

der Leistungen nach dem individuellen Bedarf

Der Begriff „funktionsbezogen“ in § 10 Abs.1 Satz 1 SGB IX wurde vom Gesetzgeber unmittelbar aus der ICF übernommen und besagt, dass die bei dem Berechtigten im Zeitpunkt der Feststellung vorliegenden Beeinträchtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität von Aktivitäten und Leistungen vollständig erfasst und dokumentiert werden sollen.

Die Geschichte der ICF

Historische Aspekte der Entwicklung und Philosophie der ICF
einer Klassifikation der funktionalen Gesundheit und ihrer Beeinträchtigungen

„ Unter Gesundheit verstehen wir einen Zustand des vollkommenen
(völligen) körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens
und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“
(World Health Organisation 1948)

Das hat erstmals dazu geführt, Gesundheit positiv zu
beschreiben

ICIDH - 1

1980 publizierte die WHO eine internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap)

ICIDH - 2

Sie zeigt bereits die Komplexität der Behinderung, aber benennt doch dominant die defizitären Komponenten und ist auf keinen Fall ressourcenorientiert.

ICF

Die ICIDH wurde von der WHO weiterentwickelt zur ICF

Die ICF berücksichtigt zusätzlich zur Erkrankung den persönlichen und allgemeinen Kontext (Förderfaktoren und Barrieren) und macht die **Funktionsfähigkeit** des Menschen an seiner Teilhabe und seinen Aktivitäten fest.

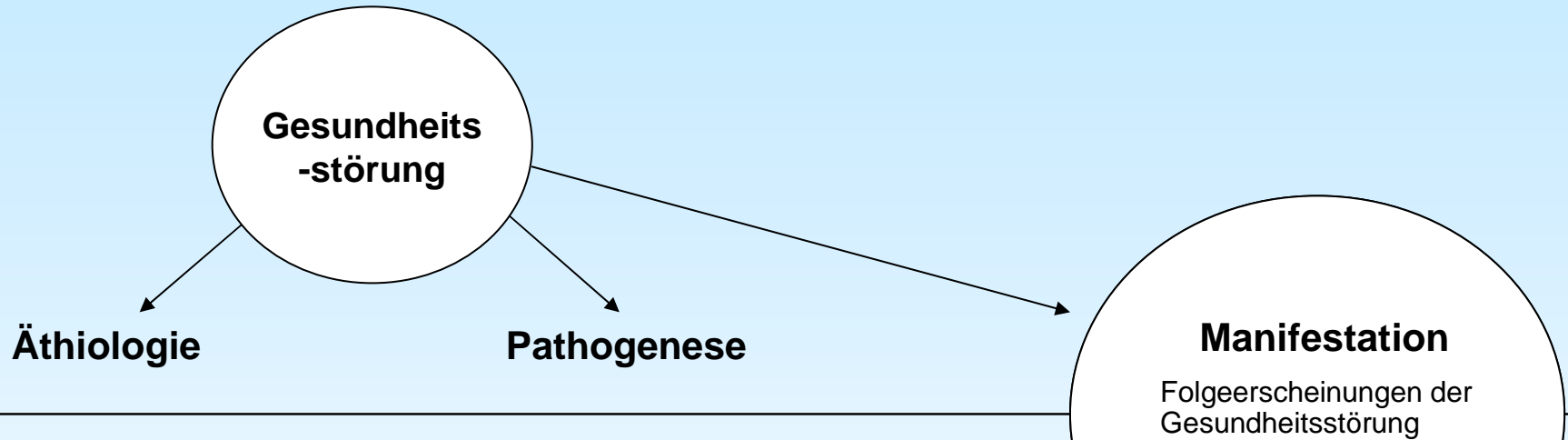
Der entscheidende Fortschritt ist, dass man nicht mehr von Behinderung als von etwas spricht das ein Mensch ist oder hat sondern von einer Handicap Situation

ICD 10 (bio- medizinisch)

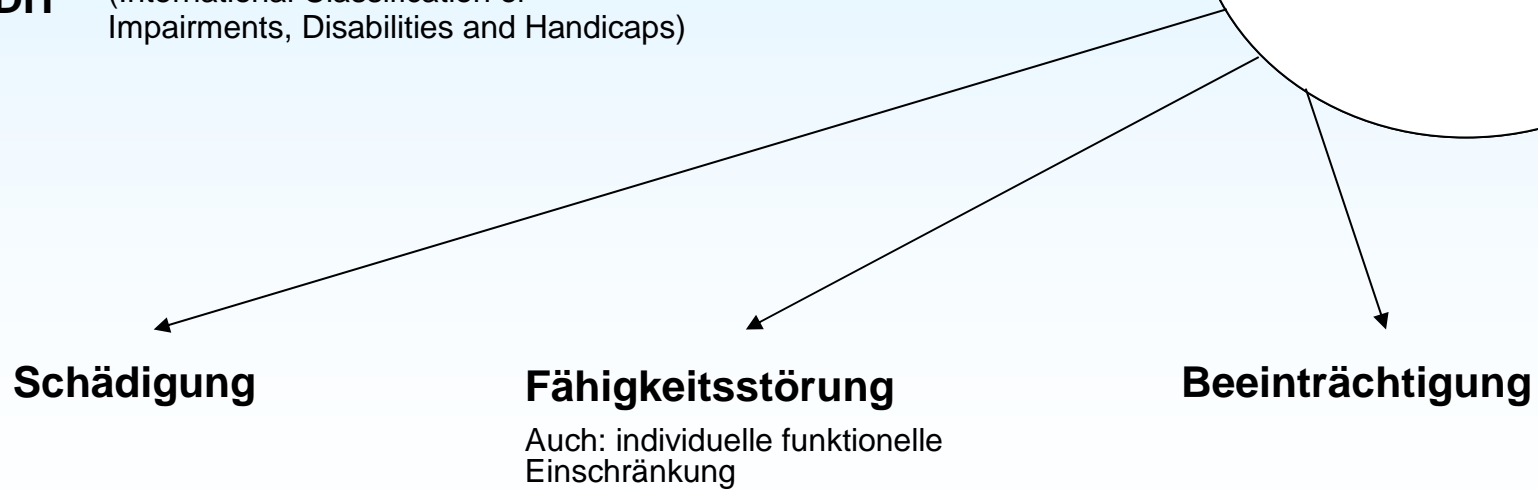
Gesundheitsprobleme werden überwiegend in der ICD 10 (internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision) klassifiziert.

Funktionsfähigkeit und Behinderung, verbunden mit einem Gesundheitsproblem, sind in der ICF klassifiziert.

ICD (International Classification of Diseases)



ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)



Geschichte des bio -psycho - sozialen - Modells

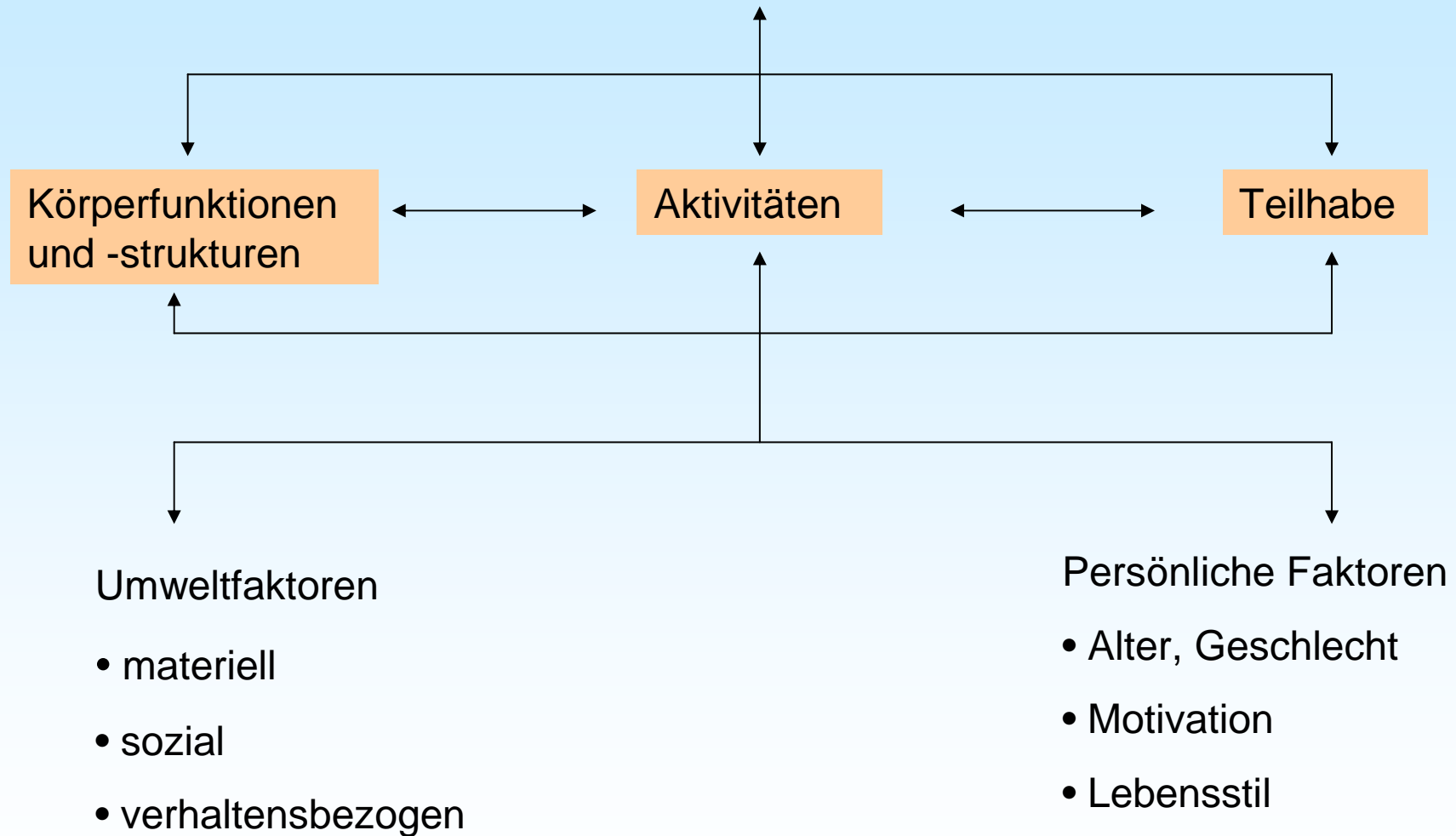
ICD 10 (biomedizinisch)

ICIDH 1 (biosozial)

ICIDH 2 (biopsychosozial)

Zum ICF (erweitertes biopsychosoziales Modell)

GESUNDHEITSPROBLEM
(Gesundheitsstörung oder Krankheit, ICD)



Konzepte und Systematik der ICF Überblick über die Lehreinheit

- Allgemeine Begriffsbestimmungen
- Wechselwirkung zwischen biologischen Komponenten, Umwelt und Teilhabe
- Begriffe der einzelnen Komponenten
- Übungsbeispiel (Arbeitsgruppe)
- Wie ein Code entsteht
- Beurteilungskriterien der Funktionsfähigkeit

Allgemeines

- ICF – **I**nternational **C**lassification of **F**unctioning, **D**isability an **H**ealth
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
>> die ICF ist nur zur Anwendung im Bereich Gesundheit konzipiert
(nicht z.B. Arbeitslosigkeit)
- In der ICF werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können.
- Dabei können sowohl positive als auch negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden (Ressourcen- und Defizitorientierung).
- Zusammenspiel von ICF und ICD10: Gesundheitsprobleme werden i. d. R. nach ICD10 klassifiziert; Behinderung und Funktionsfähigkeit werden nach ICF klassifiziert.
- Klassifikation nach ICF stellt i. d. R. eine „Momentaufnahme“ dar
- ICF klassifiziert nicht Personen, sondern deren individuelle Situation.

Allgemeine Begriffsbestimmungen

Behinderung	Funktionsfähigkeit
Oberbegriff zur Beschreibung von Schädigungen (Funktionsfähigkeit, Struktur) und Beeinträchtigung in der Aktivität und Teilhabe	Gegenbegriff zur Behinderung; positive Aspekte der Interaktion zwischen Person und Kontextfaktoren
Ergebnis / Folge der komplexen Beziehung zwischen Gesundheitsproblem, personenbezogenen Faktoren, externen Faktoren und Lebensbedingungen	
Versuch einer Synthese von medizinischen und sozialen Modellen zur Entstehung von Behinderung zu vereinen („bio-psycho-soziales Modell“)	

Schädigungen

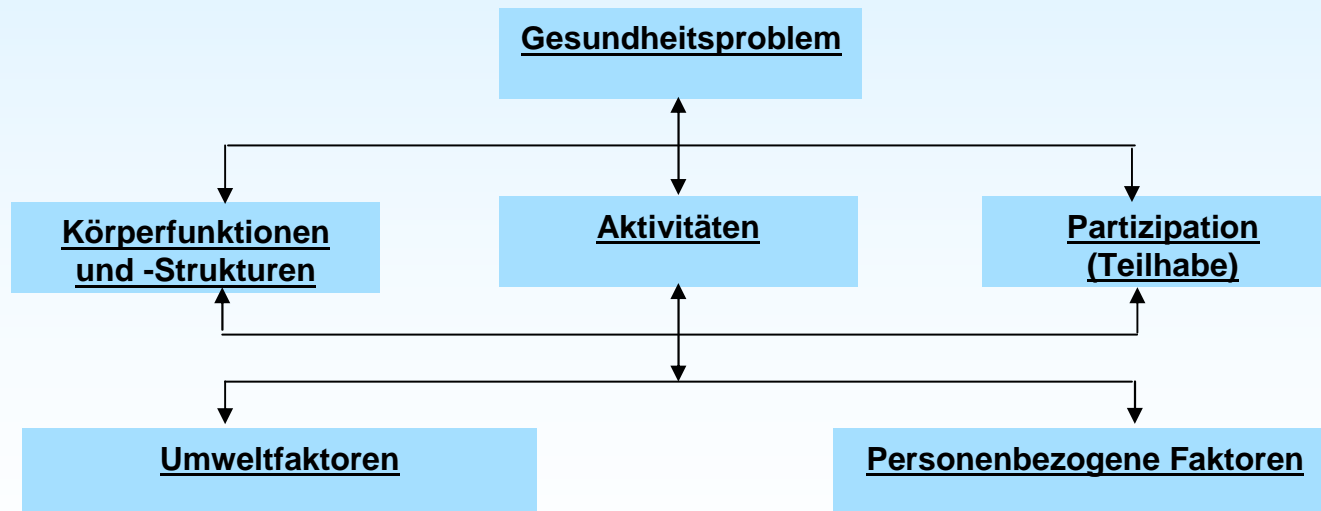
- Abweichungen von gewissen allgemein anerkannten Standards
- Können vorübergehend, dauerhaft, progressiv, regressiv, statisch sein
- Werden unabhängig von ihrer Ursache betrachtet
- Weisen nicht zwingend darauf hin, dass eine Krankheit vorliegt
- Haben nicht zwingend Einschränkungen in Leistungsfähigkeit und Leistung zur Folge
- Können weitere Schädigungen nach sich ziehen

Konzept der funktionalen Gesundheit

Eine Person gilt als funktional gesund, wenn

- vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)
- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches) und Körperstrukturen den des gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und Strukturen),
- wenn sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten)
- wenn sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe)

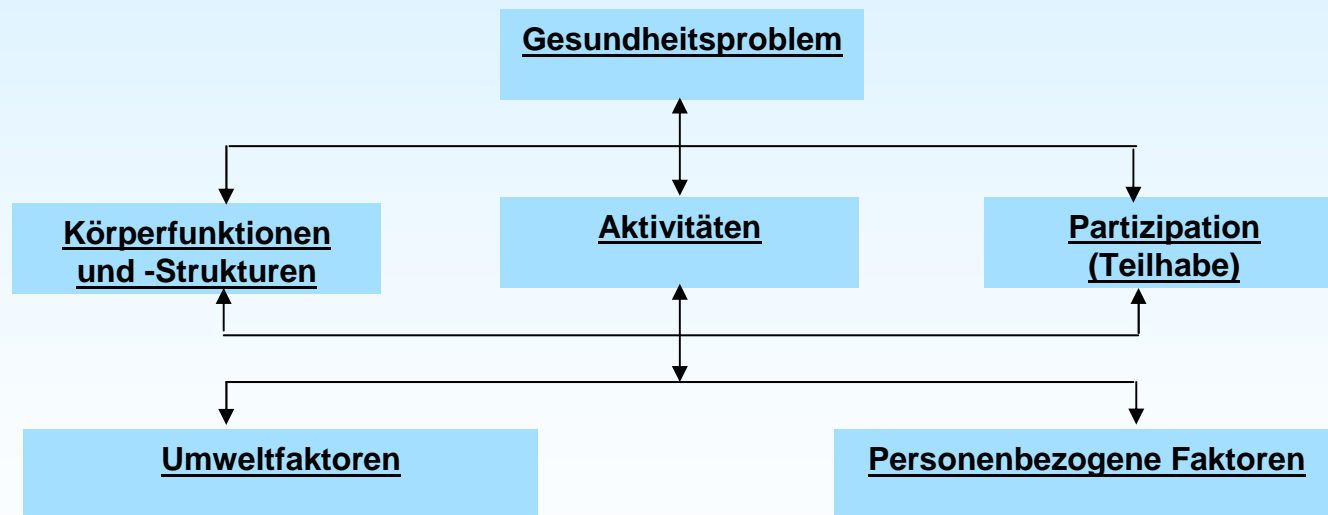
Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF



Begriffsdefinition Gesundheitsproblem

Gesundheitsproblem

- Sammelbegriff für (akute, chronische) Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen, Traumata
- Auch andere Phänomene wie Schwangerschaft, Altern, Stress etc.
- Gesundheitsprobleme werden grundsätzlich nach ICD 10 kodiert



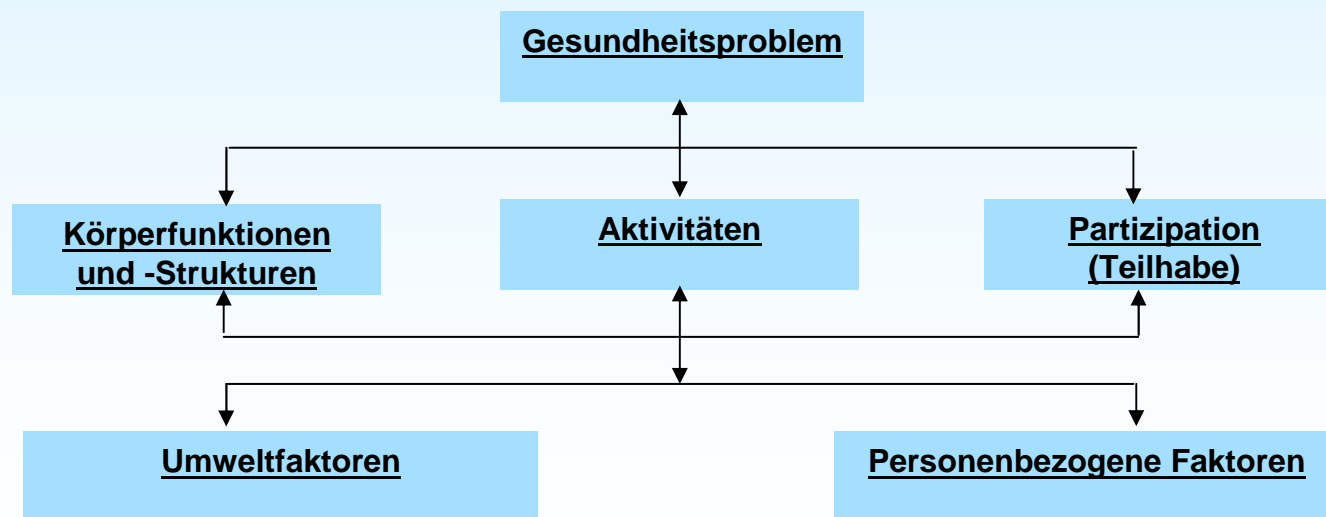
Begriffsdefinition Körperfunktionen und -Strukturen

Körperfunktionen

- physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich geistiger und seelischer Funktionen
- Schädigung einer Körperfunktion: Beeinträchtigung wie z.B. eine wesentliche Abweichung von durchschnittlichen Standards

Körperstrukturen

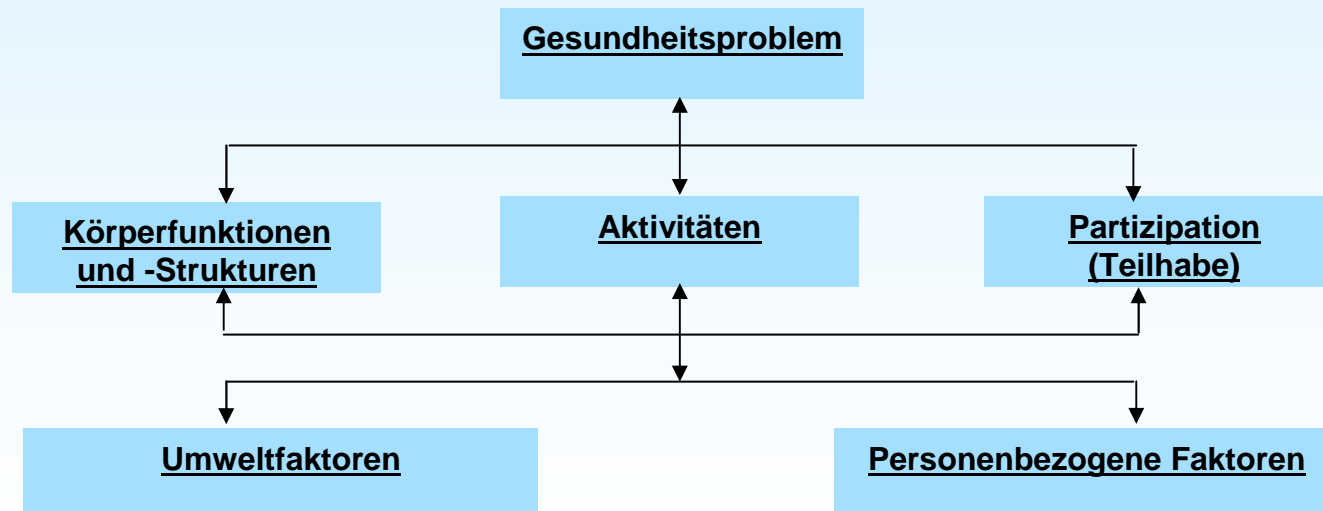
- Strukturelle, anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile
- Schädigungen von Körperstrukturen: Defekt, Verlust oder andere wesentliche Abweichung der Körperstruktur
- Items konzeptionell in Übereinstimmung mit biologischen Erkenntnissen entwickelt (orientiert an statistischen Durchschnittsnormen)
- Schädigungen der Körperstruktur sind nicht gleichzusetzen mit der zugrunde liegenden Pathologie



Begriffsdefinition Aktivitäten

Aktivitäten

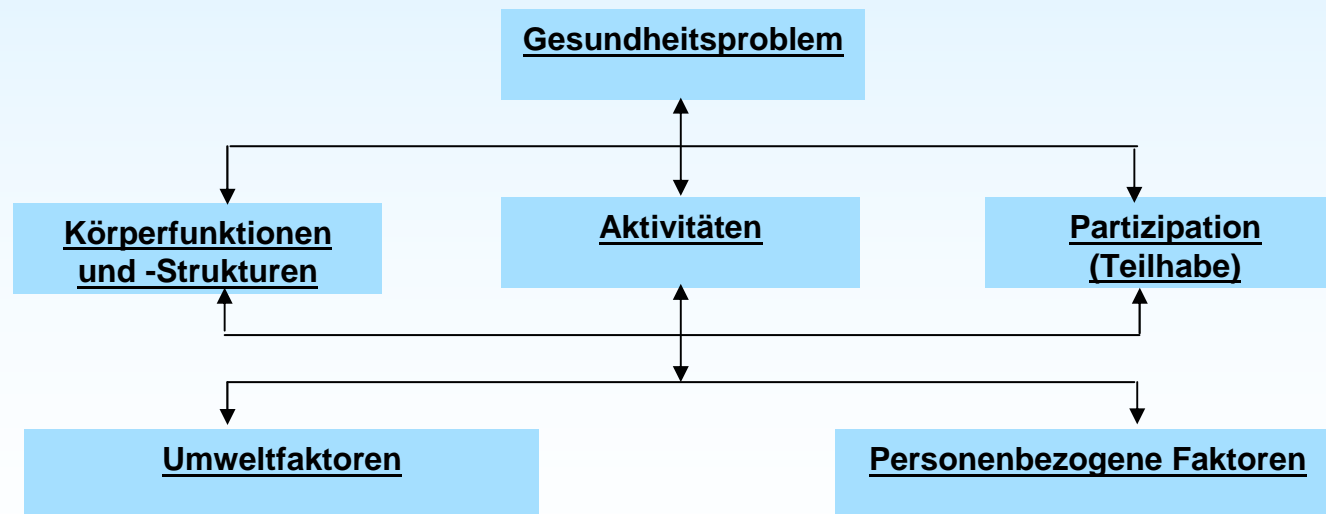
- Individuelle Perspektive der Funktionsfähigkeit
- Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen
- Beeinträchtigung der Aktivität:
 - Schwierigkeit, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann
 - Quantitative und/oder qualitative Abweichung bezogen auf Art / Umfang, die bei Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird



Begriffsdefinition Partizipation (Teilhabe)

Partizipation (Teilhabe)

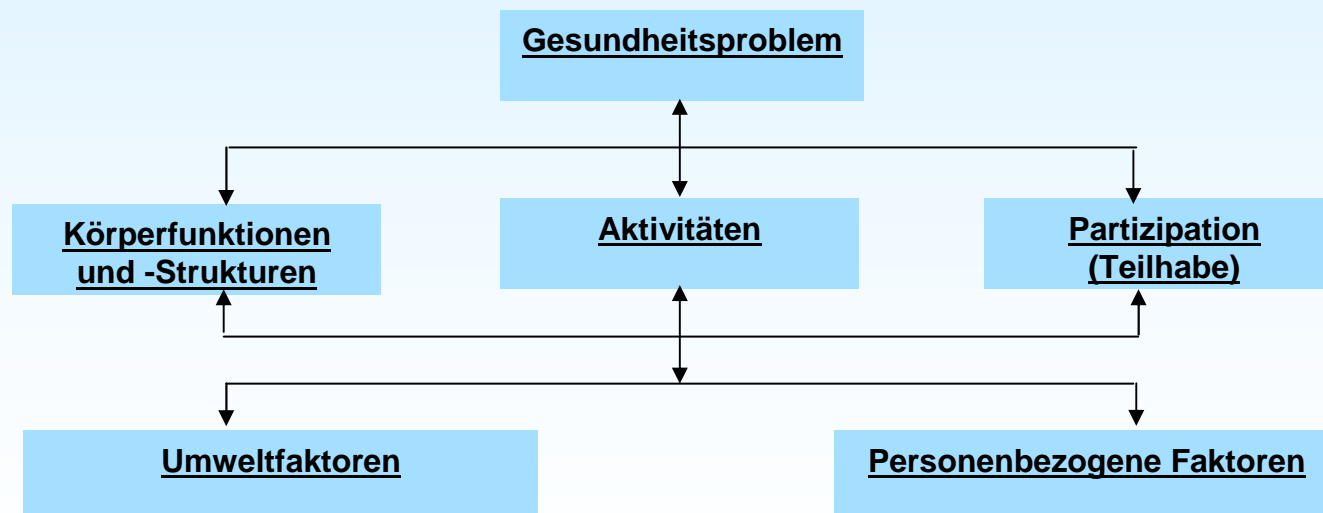
- Repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit
- Einbezogensein in eine Lebenssituation
- Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und deren Umweltfaktoren
- Beeinträchtigung der Partizipation:
 - Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt
 - Abweichung von der erwarteten Partizipation einer Person ohne Behinderung in der entsprechenden Kultur/Gesellschaft



Begriffsdefinition Umweltfaktoren

Umweltfaktoren

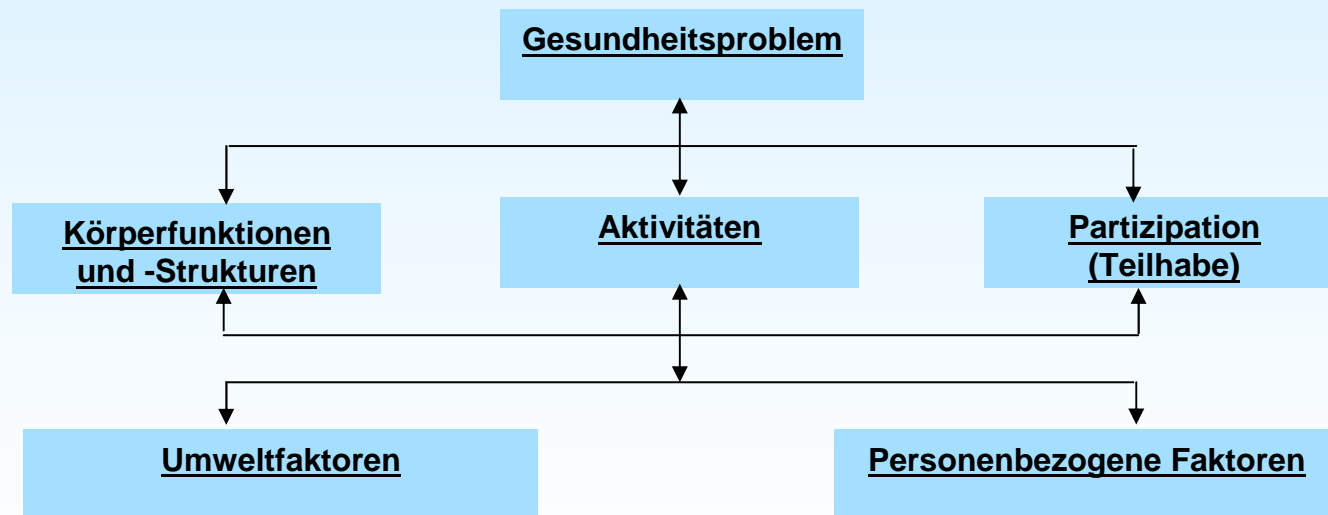
- Materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten
- Ebene des Individuums: unmittelbare Umwelt, häuslicher Bereich, Arbeitsplatz, Schule, Familie, Freunde etc.
- Gesellschaftliche Ebene: Organisationen und Dienste bzgl. Arbeit, Kommune, Behörden etc., Gesetze, Vorschriften, Regeln, Einstellungen, Weltanschauungen



Begriffsdefinition Personenbezogene Faktoren

Personenbezogene Faktoren

- Spezieller Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen, die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind
- Z.B. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Bewältigungsstile, Bildung, Ausbildung, Beruf, Verhaltensmuster, Charakter etc.
- In der ICF nicht klassifiziert, kann jedoch aufgeführt werden



Übungsbeispiel

Gesundheitsproblem

Körperfunktionen
und -Strukturen

Aktivitäten

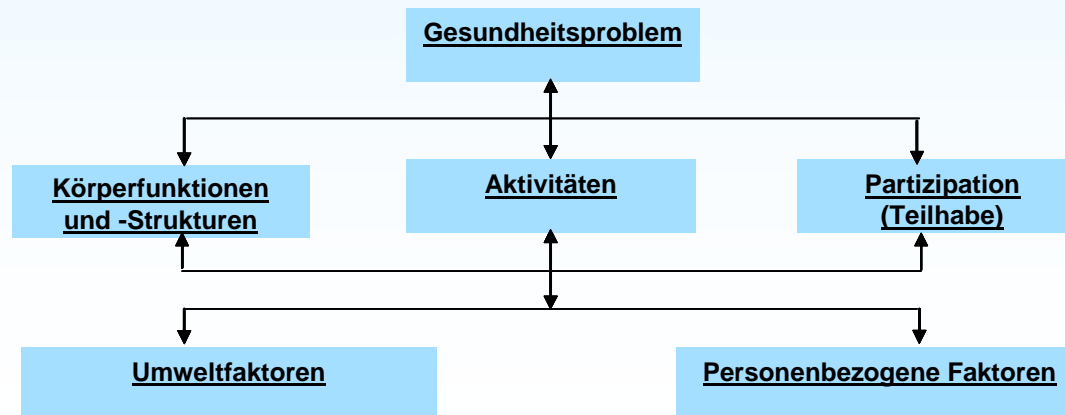
Partizipation
(Teilhabe)

Umweltfaktoren

Personenbezogene Faktoren

Aufbau der ICF

Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung			Teil 2: Kontextfaktoren		Teile	
Körperstrukturen Körperfunktionen		Aktivitäten	Partizipation	Umweltfaktoren	Personen-bezogene Faktoren	Komponenten
Item-Ebenen	Item-Ebenen	Item-Ebenen		Item-Ebenen	Nicht klassifiziert	Domänen und Kategorien auf verschiedenen Ebenen
Mentale Funktionen	Strukturen des Nerven- systems	Lernen und Wissensanwendung		Produkte und Technologien		Bsp. für Domänen
Globale mentale Funktionen	Struktur des Gehirns	Bewusste sinnliche Wahrnehmungen		Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch		Bsp. für Kategorien



Was verbirgt sich z.B. hinter folgendem Code: b 1522.3 ?

TEIL 1: FUNKTIONSFÄHIGKEIT UND BEHINDERUNG			
(b) Körperfunktionen			
Kapitel 1: Mentale Funktionen			
Globale mentale Funktionen (b 110 – 139)			
b 110 Funktionen des Bewusstseins b 139 Globale mentale Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet			
Spezifische mentale Funktionen (b 140 – 189)			
b 140 Funktionen der Aufmerksamkeit b 152: Emotionale Funktionen			
b 1520: ... b 1522: Spannweite von Emotionen: Mentale Funktion, die sich im Spektrum von Gefühlsregungen oder Gefühlen äußern, wie Liebe, Angst, Hass, Sorgen, Freude, Furcht und Ärger			
b 1522.0 Problem nicht vorhanden b 1522.1 Problem leicht ausgeprägt b 1522.2 Problem mäßig ausgeprägt b 1522.3 Problem erheblich ausgeprägt b 1522.4 Problem voll ausgeprägt b 1522.8 nicht spezifiziert b 1522.9 nicht anwendbar			
b 1529: ...			
b 189: mentale Funktionen, nicht näher bezeichnet			
Kapitel 8. Funktionen der Haut und Hautanhanggebildes			
(s) Körperstrukturen			
Kapitel 1 (Strukturen des Nervensystems) – (Kapitel 8) Strukturen der Haut und Hautanhanggebilde			
(d) Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)			
Kapitel 1 (Lernen und Wissensanwendung) - Kapitel 9 (Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben)			
TEIL 2: KONTEXTFAKTOREN			
(e) Umweltfaktoren			
Kapitel 1 (Produkte und Technologien) - Kapitel 5 (Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze)			
Persönliche Faktoren (nicht klassifiziert)			

Beurteilung der Funktionsfähigkeit

Code	Merkmal	Analogien	in % *
xxx.0	Problem nicht vorhanden	ohne, kein, unerheblich etc.	0% – 4 %
Bsp.			
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt	schwach, gering etc.	5% - 24 %
Bsp.			
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt	mittel, ziemlich etc.	25% – 49 %
Bsp.			
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt	hoch, äußerst etc.	50% – 95%
Bsp.			
xxx.4	Problem voll ausgeprägt	komplett, total etc.	96% – 100%
Bsp.			
xxx.8	Nicht spezifiziert		
Bsp.	Wenn keine ausreichenden Informationen vorliegen		
xxx.9	Nicht anwendbar		
Bsp.	B650 „Menstruationsfunktionen“ z.B. Bei Frauen in der Prämenstruationsphase nicht anwendbar		

* Nur bei standardisierten Assessment-Instrumenten anwendbar

Weitere Anmerkungen zur Kodierung

- Kodierung ist z. T. sehr kompliziert und auch nicht immer ganz schlüssig aufgebaut
- Sehr unterschiedliche (nicht immer nachvollziehbare) Differenzierung der einzelnen Bereiche
- Körperfunktionen – Körperstrukturen sind parallel aufgebaut, d.h. wird ein Code der Körperfunktion verwendet >>prüfen ob ein entsprechender Code der Körperstruktur anwendbar ist
- Nicht zufrieden stellend ist die gemeinsame Item-Liste von Aktivitäten und Partizipation (in früherem Entwurf noch getrennt vorhanden); viele Länder haben dies moniert
>> hier bietet die ICF verschiedene Möglichkeiten der Kodierung durch den Anwender an
außerdem Aufforderung an Anwender zusätzliche Beurteilungsmerkmale für Partizipation zu entwickeln

Die WHO bezeichnet die ICF als “**Mehrzweckklassifikation**”

- statistisches Instrument
- Forschungsinstrument
- sozialpolitisches Instrument
- Instrument in der gesundheitlichen Versorgung
- pädagogisches Instrument



icf, 11

Funktion und Grenzen der ICF

- Die ICF ist keine **Klassifikation funktionaler Diagnosen**, sondern mit ihr können funktionale Befunde und Symptome angegeben werden.
- Die ICF ist kein **Assessment-Instrument**. Auf ihrer Grundlage können solche Instrumente entwickelt werden.
- Die ICF bietet eine einheitliche länder- und fach-übergreifende **Sprache**.
- Die Philosophie des **bio-psycho-sozialen Modells** systematisiert und erweitert gesundheitsbezogenes Denken und Handeln.
- Die **theoretischen Grundlagen** der ICF sind noch weitgehend unterentwickelt.

Ausgewählte Akteure

- **WHO - CAS**
- WHO-Kooperationszentrum - **DIMDI**
- **BMG** - Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen
- Deutsche **Rentenversicherung** Bund (ehem. VDR)
- **MDK** - Sozialmedizinische Expertengruppe
- **ICF Research Branch** (LMU)
- Reha- und Uni-**Kliniken**
- (sozial)medizinische **Verbände**

Ausgewählte Akteure 2

1. International ICF Core Sets Validation Study: Project Status

1.1. Number of study centers per country

No	Country	N° of Study Centers	No	Country	N° of Study Centers
1	Argentina	1	27	Lithuania	5
2	Australia	4	28	Malaysia	1
3	Austria	5	29	Mexico	3
4	Belgium	3	30	Nigeria	1
5	Brazil	2	31	Norway	6
6	Canada	3	32	Philippines	1
7	Chile	1	33	Poland	11
8	China	4	34	Portugal	7
9	Croatia	1	35	Republic of Macedonia	1
10	Cyprus	1	36	Romania	3
11	Czech Republic	2	37	Russia	1
12	Egypt	1	38	Serbia	3
13	Finland	2	39	Slovakia	2
14	France	6	40	Singapore	1
15	Germany	105	41	South Africa	1
16	Greece	6	42	South Korea	2
17	Hungary	15	43	Spain	2
18	India	3	44	Sweden	6
19	Indonesia	2	45	Switzerland	15
20	Ireland	1	46	Thailand	1
21	Israel	8	47	The Netherlands	7
22	Italy	18	48	Tunisia	1
23	Japan	1	49	Turkey	13
24	Kenya	1	50	UK	7
25	Kuwait	2	51	USA	3
26	Lebanon	1			
Total					303

Implementierungsphase

- Verbreitung des ICF-Konzepts
- Aufbereitung für die sozialmedizinische Praxis
- Forschung
- indikationsbezogene Umsetzung
- Erfahrungsaustausch



ICF-Praxisleitfaden

Trägerübergreifender Leitfaden
für die praktische Anwendung der
ICF (Internationale Klassifikation
der Funktionsfähigkeit, Behinderung
und Gesundheit) beim Zugang zur
Rehabilitation

ICF Core Sets

8. Newsletter

ICF Core Sets Validation Study & EULAR ICF Core Sets Validation Study

January - June 2006

Dear Partners and Friends,

The team of the ICF Research Branch would like to inform you of the progress achieved in different ICF Core Sets projects during the last 6 months.

Since we are at the final stage of the data collection in the EULAR and the International ICF Core Sets Validation Studies, we shall show you the state of the data collection. It is impressive and very motivating to see that the data from 1800 patients have been collected during the last six months. The data from 4014 patients are already in the database. You have contributed to creating the largest existing database containing ICF-based information from clinical populations. We would like to extend our thanks to all of you for this valuable work.

Members of the ICF Research Branch team have been in Hungary, Israel, and Turkey to train collaboration partners in data collection for the EULAR and the International ICF Core Sets Validation Studies. Some of our collaborating partners also participated in a training workshop in Munich. We have summarized all these events for you on pages 4, 5, 6 and 4, respectively.

Beatrix Sjöstrand from Gothenburg, Sweden, informs us about the clinical application of the Comprehensive ICF Core Set for stroke in a longitudinal study (page 7) and our collaboration partners in Malaysia describe ICF Core Sets activities that have been carried out in this region (page 12).

We also inform you of the progress made in the validation studies from the health professional perspective (page 8). Approximately 700 health professionals from all over the world have already participated in this process. Our gratitude to all of them!

Monika Schoutenger from the ICF Research Branch and Armitis Boonin from Maasricht provide an update on the progress of the development of the ICF Core Sets for Spinal Core Injury (page 9) and the ICF Core Sets for Ankylosing Spondylitis (page 11).

We also inform you about the progress of the Measuring Health and Disability in Europe project (MHADIE) that is being financed by the European Commission (page 11).

The 2nd Congress of the European Paraplegics Association took place on March 30 and 31, 2006, at the GUGO Zsch Institute in Nottwil, Switzerland. Gerold Stock and Alarcos Cieza were there with two different presentations. A brief description of this event can be found on page 14.

The 8th OMERACT meeting was held from May 10 to 14 in Malta. Gerold Stock was there to introduce the ICF. We provide the interesting outcomes of this meeting on page 14.

As usual, this newsletter also gives an overview of all actual ICF Core Sets projects and presentations and includes a list of all new publications and a list of all study centers participating in the validation studies.

All best wishes from Munich,
Your ICF Core Set Development Team

1

Anwendungs- und Umsetzungsbeispiele 1

- ICF in der sozialmedizinischen Begutachtung
- ICF-Kodierung bei der Gesetzlichen Rentenversicherung
- ICF-orientierte Rehabilitation in einer neurologischen Klinik
- ICF für die Ermittlung des Personalbedarfs
- ICF-Core Set in der Rehabilitation psychisch erkrankter und behinderter Menschen RPK

Anwendungs- und Umsetzungsbeispiele 2

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Formular zur Verordnung medizinischer Rehabilitation

Vorname, Name des Versicherten <u>Andersen Hedwig</u>	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	61 Teil B
----------------------------------------------------------	------------	------------------	------------------

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

1. Schmerzen b. Discusprolaps L4/5 re. m. sensiblem Wurzelreizsyndrom u. mehrsegm. Osteochondrosen
2. Schmerzen b. d. Beugung d. re. Hüftgelenks sowie belastungsabhängig b. Gehen u. Treppsteigen mit Ausstrahl.
von der Leiste rechts in den OS b. Coxarthrose
3. Schmerzen b. Beugung d. re. Kniegelenkes und retropatellarem Reiben

B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfen/Angebot)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z. B. Wechsel Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: Gehstrecke < 300 m mit Handstock

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) Barthel-Index: 90 wegen Beeinträchtigung beim Treppensteigen, An- und Auskleiden

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

Persönliches und familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahe stehenden Angehörigen)
Vers. ist verwitwet, lebt allein in eigener Wohnung, Hochparterre über 14 Stufen zu erreichen, ländliches Umfeld, Selbstversorgung bislang nicht gewährleistet. Die Tochter bewohnt die obere Wohnung im Zweifamilienhaus.

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)
Wirtschaftl. abgesichert, eigenes Haus. Med. Angebote wie KG (Nachbarort 15 km entfernt) und orthopädische Mitbehandlung (Kreisstadt 40 km entfernt) können nur mit öffentl. Verkehrsmitteln erreicht werden. Einkaufsmöglichkeiten vor Ort.

Risikofaktoren

Nikotin	<input type="checkbox"/>	Alkoholmissbrauch	<input type="checkbox"/>	Übergewicht	<input checked="" type="checkbox"/>	Bewegungsmangel	<input checked="" type="checkbox"/>
Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>				

Original für die Krankenkasse
 Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Anwendungs- und Umsetzungsbeispiele

3

Nutzung der ICF für eine Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation im Rehabilitationsalltag

Teamprotokoll für den fallbezogenen Austausch*

*Neurologischen Abteilung der Rehabilitationsklinik Asklepios Schauffling

Ablauf der Rehabilitationsbesprechungen

Teil	Eintrittsbesprechung	Verlaufsbesprechungen	Erst-Info	Ergänzung	
Assessment	Einleitung	Ziel der Besprechung	GL		
		Partizipationsbeispiel der Patienten		alle	
		Körperfunktionen / Strukturen			
		Medizinische Diagnosen / Strukturen Körperfunktionen		Arzt	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
		Häusliches Leben		ET	alle
		Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		ET	alle
		Bedeutende Lebensbereiche		alle	
		Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben		alle	
		Funktioneller Selbstständigkeitsindex (FIM)		PF	alle
		Kontextfaktoren			
		Persönliche Faktoren		Arzt	alle
		Umweltfaktoren		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		

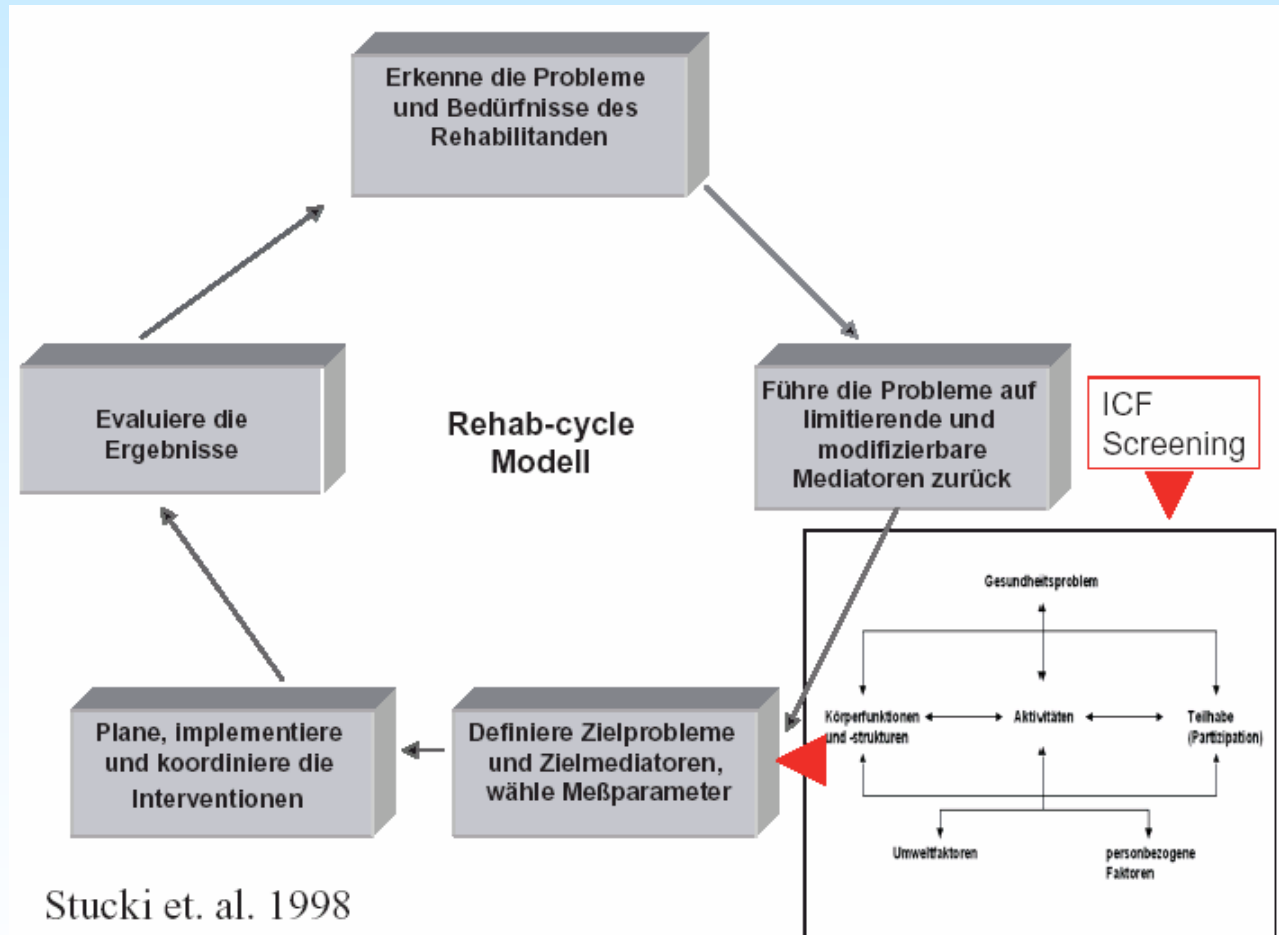
Abkürzungen: GL = Gesprächsleiter, Arzt, NP = Neuropsychologe, PF = Pflege, PT = Physiotherapie, ST = Sprachtherapie, ET = Ergotherapie

Anwendungs- und Umsetzungsbeispiele 4

ICF in der
Rehabilitationsplanung

Modell des
Rehab-Cycle in
Verschränkung
mit ICF (Core Set)
in einer RPK*

* Herzogsägmühle



Anwendungs- und Umsetzungsbeispiele 5

Übungsbeispiel anhand des Core Sets der Herzogsägmühle:

(Da bislang mit den Verantwortlichen der Herzogsägmühle nicht geklärt werden konnte, ob sie einer Veröffentlichung ihres Core Sets zustimmen, haben wir dieses heraus genommen.)

1. Ist-Zustand erheben
(in einem Bereich)
2. Fallbesprechung

Ungleiche Machtverhältnisse

”The ultimate success or failure of the ICF depends upon the way in which the Classification is utilised. Within the framework of the ICF, it has become part of the environment that has the potential to disable people with reduced function either inadvertently or intentionally. Equally, it can be the cornerstone of creating inclusive processes that enable people with disabilities to participate to the full in mainstream society.”

“The complexity of the ICF in itself creates a barrier to self-advocacy and to personal empowerment.”

Mc Ananey, D. (2006): Towards an Ethical Framework for the ICF. In: DRV – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (ed.): 4. ICF-Anwenderkonferenz am 15. März 2006 an der Universität Bayreuth. Protokoll: Beiträge und Anlagen. Anhang.