Hans Peter Rentsch / Peter O. Bucher

ICF in der Rehabilitation

Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag

Herausgeber: Jürgen Tesak

Hans Peter Rentsch / Peter O. Bucher

ICF in der Rehabilitation

Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag

Das Gesundheitsforum
Schulz-Kirchner Verlag

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2005
ISBN 3-8248-0448-4
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2005
Fachlektorat: Prof. Dr. Jürgen Tesak
Lektorat: Doris Zimmermann
Layout: Petra Jeck
Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz
Printed in Germany

Vorwort des Herausgebers 11
Vorwort der Autoren 13

Kapitel 1:
Grundlagen der "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF)
H.P. Rentsch
1 Einleitung 17
2 Aufbau der ICF 18
2.1 Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung 19
2.2 Teil 2: Kontextfaktoren 23
2.3 ICF als Klassifizierungssystem 25
3 Auf dem Weg vom medizinischen zum biopsychosozialen Rehabilitationsmodell 30
4 Positionierung der Rehabilitation im Gesundheitswesen 33
5 Partizipation und Kontext in der Rehabilitation 34
6 Konklusion 39
Literatur 40

Kapitel 2:
Einfluss der ICF-Philosophie auf die Entwicklung der Neurorehabilitationsprogramme am Beispiel des zerebrovaskulären Insults
H.P. Rentsch
1 Einführung 45
2 ICF und Qualität in der Rehabilitation 46
3 Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation im Langzeitverlauf 48
4 Bedeutung der Kontextfaktoren 59
4.1 Mikro- und Mesoumweltsystem 60
4.2 Das Makroumweltsystem 62
5 Rehabilitative Interventionen unter Einbezug des Kontextes 65
6 Rehabilitationsmodelle 72
6.1 Assessment als Basis für die Rehabilitationsplanung und Outcomemessung 72
6.2 Medizinische Rehabilitation 76
6.2.1 Einleitung 76
6.2.2 Rehabilitationspotenzial 79
6.2.3 Stationäre oder ambulante Rehabilitationsbehandlung? 82
6.3 Managed Care in der Neurorehabilitation: „Das Shared Care Modell" 87
6.4 Berufliche Rehabilitation 90
6.4.1 Einleitung 90
6.4.2 Daten zur beruflichen Eingliederung 92
6.4.3 Bedeutung des Kontextes 93
6.4.4 Rehabilitative und therapeutische Maßnahmen in der beruflichen Rehabilitation 94
Literatur 101

Kapitel 3:
Neuropsychische Funktionsstörungen im Konzept der ICF
P.O. Bucher
1 Einleitung 115
2 Neuropsychische Funktionsstörungen 116
2.1 Aufmerksamkeitsstörungen 117
2.2 Gedächtnisstörungen 118
2.3 Wahrnehmungsstörungen 119
2.4 Handlungsstörungen 120
2.5 Sprachstörungen 120
2.6 Denkstörungen 121
2.7 Störungen der Steuerung und Kontrolle 121
2.8 Emotionale Störungen 122
3 ICF-Zuordnung der neuropsychischen Funktionsstörungen 122
4 Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation 129
5 Ausblick 131
Literatur 132

Kapitel 4:
ICF-orientierte Sprachrehabilitation bei Aphasie
P.O. Bucher
1 Einleitung 135
2 Aphasie im klinischen Bereich 135
3 Aphasie im Konzept der ICF 137
3.1 Aphasie und kommunikative Selbständigkeit 137
3.2 Aphasie als geschädigte Körperfunktion 138
3.3 Aphasie als beeinträchtigte Aktivität und Partizipation 139
3.4 Aphasie und Kontextfaktoren 145
4 Logopädische Diagnostik im Konzept der ICF 149
5 ICF-orientierte Sprachtherapie bei Aphasie 152
5.1 Mehrdimensionale Sprachtherapie 152
5.2 Sprachsystemisch ausgerichtete Sprachtherapie 152
5.3 Kommunikativ-pragmatische Sprachrehabilitation 153
5.4 Beraterische Maßnahmen 154
6 Interdisziplinäre und breitspektrale Sprachrehabilitation 155
Literatur 157

Kapitel 5:
Parkinson'sche Erkrankung: Rehabilitations- und Behandlungskonzept auf der Basis der ICF
H.P. Rentsch
1 Einleitung 161
2 Die Parkinson'sche Erkrankung im Rahmen des ICF-Modells 161
2.1 Einleitung 161
2.2 Schädigungen der Körperstruktur- und Körperfunktion beim Parkinson-Syndrom 162
2.2.1 Grundkonzept 162
2.2.2 Primäre, sekundäre oder kombinierte Defizite 163

2.3 Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Partizipation beim Parkinson-Syndrom 166
2.4 Bedeutung der Kontextfaktoren 169
3 Assessment und rehabilitativ-therapeutische Behandlung beim Parkinson-Syndrom 170
3.1 Einleitung 170
3.2 Information und Beratung 171
3.3 Rehabilitation ist Teamarbeit 172
3.3.1 Grundlagen zur Therapie und Rehabilitation 172
3.3.2 Rehabilitationsziel 174
3.4 Evaluation und interdisziplinäres Assessment 175
3.4.1 Assessmentprozess 175
3.4.2 Assessmentinstrumente zur Beurteilung der Parkinson'schen Erkrankung 178
3.5 Die Rehabilitation am Beispiel von Mobilitätsstörungen 183
3.5.1 Einleitung 183
3.5.2 Sturzgefährdung 186
3.5.3 Assessments bei Sturzgefährdung 188
3.5.4 Rehabilitations- und Behandlungsstrategien 190
3.5.5 Risikoverminderung beim Patienten mit Sturzgefährdung 195
3.6 Assessment und Rehabilitation der kommunikativen Beeinträchtigung 197
3.6.1 Einleitung 197
3.6.2 Assessment 197
3.6.3 Festlegen von Rehabilitationszielen 200
3.6.4 Rehabilitations- und Behandlungsstrategien 201
3.7 Die Rehabilitation von weiteren Beeinträchtigungen 203
3.8 Fallbeispiel: ICF-orientierte Rehabilitation einer Patientin mit einer progredienten extrapyramidalen Erkrankung 203
Literatur 207

Kapitel 6:
Einbezug der ICF in die Dokumentierung und Berichterstattung
P.O. Bucher
1 Einleitung 217
2 Funktionen eines fachlichen Berichtes 217
3 Inhaltliche und formale Gestaltungsaspekte 218
4 Exemplarische Berichts- und Protokollraster 220
4.1 Raster der neuropsychologischen Berichterstattung 220
4.2 Raster der logopädischen Berichterstattung 233
4.3 Protokollmaske einer interdisziplinären Rehabilitationsbesprechung 240
5 Ausblick 242
Literatur 242

Kapitel 7:
Die Pflege im Kontext der ICF im Bereich der rehabilitativen Gesundheitsversorgung
H. Hefti, H. Weber

1 Einleitung 245
2 Veränderungen in der Gesundheitsversorgung 246
2.1 Der Einfluss aktueller Entwicklungen und die Positionierung der Pflege 246
2.2 Die Philosophie der Pflege und die ICF 249
3 Der Pflegeprozess im Kontext der ICF 251
3.1 Erleben und Bewältigungsprozesse von Schlaganfall-Betroffenen und die Rolle der Pflege in der Rehabilitation 251
3.2 Die Bedeutung der personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren 254
3.3 Der diagnostische Prozess 256
3.4 Bedingungen und Schwerpunkte der Einführung 265
4 Kommunikationsstrukturen und Dokumentation 268
4.1 Kommunikationsstrukturen 268
4.2 Allgemeines zum Dokumentationssystem 270
4.3 Informationssammlung 272
4.4 Zielsetzungen und Maßnahmenplanung 278
4.5 Erste Erfahrungen mit der ICF-Dokumentation 284
5 Abschließende Bemerkungen 285
Literatur 286

Kapitel 8:
Die Entwicklung von ICF Core Sets
M. Kirschneck, T. Ewert

1 Einleitung 289
2 Praktische Zugänge zur ICF 290
3 Entwicklung der ICF Core Sets in der Rehabilitation 291
3.1 Auswahl der 12 Gesundheitsstörungen 291
3.2 Vorbereitungsphase 292
3.2.1 Empirische Datenerhebung anhand der ICF-Checkliste 292
3.2.2 Expertenbefragung anhand der Delphi Methode 293
3.2.3 Literatur-Reviews 294
3.3 Phase I – Konsensus-Konferenzen 294
3.4 Phase II – Implementierung und Testung der ICF Core Sets 295
4 Ausblick 295
Literatur 297

Kapitel 9:
Umsetzung der ICF in den praktischen Alltag auf der Neurorehabilitations-abteilung des Kantonsspitals Luzern
H.P. Rentsch

1 Einleitung 301
2 Ziele 302
3 ICF Umsetzungsprojekte 304
3.1 ICF-Grundraster zum Gebrauch im interdisziplinären Team und in den Fachbereichen 305
3.2 Erweiterung der Grundraster durch Fachraster 311
3.3 Umsetzung der ICF an Rapporten und in der Dokumentation 311
3.4 Erfahrungen 318
3.5 ICF-orientierte Zielsetzungskategorien 322
3.6 Domizilorientiertes Rehabilitationskonzept (DOR) 328
3.7 Shared Care 333
Literatur 334
Anhang 336

Die Autoren 343

Vorwort des Herausgebers

Mit besonderer Freude melde ich mich an dieser Stelle zu Wort. Nach mehrjähriger Vorarbeit legen Hans Peter Rentsch und Peter O. Bucher ihr Werk zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, vor. Wo andere sich noch mit der Grundlagenliteratur beschäftigen müssen, blicken die beiden Autoren bereits auf eine langjährige Auseinandersetzung mit der ICF zurück, einerseits in der theoretischen Entwicklung und andererseits in der praktischen Umsetzung im Rehabilitationsalltag. Ihr Fazit, „dass sich die Rehabilitation stärker am relevanten Alltag unserer Patienten und Angehörigen orientiert und zu einer besseren Qualität im rehabilitativen Handeln führt", macht Mut, es ihnen gleich zu tun.

Die ICF stellt einen Paradigmenwechsel im Verständnis von Krankheit respektive Gesundheit dar. Statt auf Symptome und Defizite fixiert zu sein, versucht die ICF Krankheit im Hinblick auf die Person in allen ihren psycho-sozialen Bezügen und unter Beachtung der Umwelt der Betroffenen zu verstehen. Historie, Genese und Sinn der ICF sowie die Umsetzung im Hinblick auf den (insbes. neurologischen) Rehabilitationsalltag sind Thema des vorliegenden Buches, müssen also an dieser Stelle nicht thematisiert werden.

Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit ist immer kulturell überformt, allein Ausdrücke wie „westliche Medizin" zeigen dies. Medizingeschichte ist auch mehr als eine Abfolge von Entdeckungen, Errungenschaften, Pionieren und Technikentwicklung innerhalb einer bestimmten Kultur. Vielmehr handelt es sich jeweils um äußerst komplexe Veränderungen eines Systems mit ganz bestimmten (oft unbewussten) Annahmen und Voraussetzungen. Um ein Beispiel herauszugreifen: die Beziehung zwischen behandelnder und kranker Person. Am Beginn der Neuzeit war die kranke Person tatsächlich ein „Kranker", der in seinem normalen sozialen Umfeld vom Arzt aufgesucht und behandelt wurde. Mit der „Geburt der Klinik" (Foucault) wurde die kranke Person zum „Patienten", der bestimmten Rollenzwängen unterliegt, beispielsweise fehlt die Möglichkeit der Wahrnehmung des normalen Lebensumfeldes des Patienten oder der Patientin. Extreme Ausformungen sind hier Beziehungen, wo Ärzt(inn)e(n) aufgrund von z.B. Arbeitsteilung die betroffene Person gar nicht mehr kennen, sondern nur Teilaspekte beurteilen (z.B. ein Röntgenbild).

Aktuell verändert sich die Beziehung zwischen Behandler(in) und kranker Person wiederum: Aus dem „Patienten" wird der „Kunde" und Gesundheit wird zur käuflichen „Ware". Nicht wenige Mediziner(innen) leiden darunter, dass große Anteile der täglichen Arbeit nicht mehr den erkrankten Menschen gelten, sondern rein marktwirtschaftlichen Themen gewidmet sind.

In diesem Kontext ist es mehr als erfreulich, dass man sich in der ICF mit der aktiven Gestaltung der Wahrnehmungs- und Ordnungswelt befasst, in der sich Krankheit und Gesundheit abspielen. Gesetzgeberische Maßnahmen lassen sich bereits in großer Fülle finden, mit denen versucht wird, die ICF im Gesundheitswesen flächendeckend einzuführen.

Besonders bemerkenswert: Der kranke Mensch steht tatsächlich im Mittelpunkt, seine sozialen Bezüge, seine Umwelt und seine Lebenswirklichkeit werden berücksichtigt. Die ICF eröffnet eine komplexe Sichtweise auf Krankheit / Gesundheit, und sie berücksichtigt den biopsychosozialen Hintergrund der von Krankheit betroffenen Menschen.

Die aktuell vorliegende Fassung der ICF ist das Ergebnis einer wirklich globalen, multidisziplinären und interaktiven Entwicklung (man denke nur an den langen, komplexen Weg von ICD zu ICIDH und jetzt zur ICF). Das Ergebnis hat „Weltniveau". Qualität, Transparenz und Reichweite der ICF werden einen Paradigmenwechsel herbeiführen, der allen, aber insbesondere den von Krankheit Betroffenen, von Nutzen sein wird.

Mit dem vorliegenden Buch hoffen wir dazu beizutragen, dass die Umsetzung der ICF in der Rehabilitation gelingt und den uns anvertrauten Personen gerecht wird.

Idstein, März 2005 Jürgen Tesak

Vorwort der Autoren

Die offizielle Einführung der ICF durch die WHO-Vollversammlung im Mai 2001 stellt einen Meilenstein in der Entwicklung der Rehabilitation dar. Die ICF bildet ein festes Fundament, auf dem sich die Rehabilitation weltweit entwickeln kann.

> ICF International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, Geneva 2001

In vielen Institutionen wird an der Umsetzung der WHO-Vorgaben gearbeitet. Sie wird als eine Chance wahrgenommen, im Rehabilitationsprozess neue Wege zu beschreiten.

Seit den 80er Jahren entwickelt sich die Rehabilitation aus einem vorwiegend schädigungsorientierten medizinischen Denkmodell zu einer mehr sozial orientierten Denkweise. Dabei versucht die Rehabilitationsmedizin mit Hilfe der ICF die beiden Denkansätze zu verknüpfen. Die Entwicklung in der WHO von der ICIDH zur ICF bildet diesen Prozess ab und fördert die Umsetzung des biopsychosozialen Behandlungsmodells in der Rehabilitation.

> ICIDH International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO, Geneva 1980

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR), eine interdisziplinäre Rehabilitationsgesellschaft, tritt ein für die medizinischen, sozialen, pädagogischen, beruflichen und gesetzlichen Belange der Rehabilitation. Unter ihrem damaligen Präsidenten, Dr. med. Christoph Heinz, Chefarzt der Rehabilitationsklinik Bellikon, begann Mitte der 90er Jahre erstmals eine breite Diskussion über den biopsychosozialen Ansatz der ICIDH. Dies löste auch auf der Neurorehabilitationsabteilung des Kantonsspitals Luzern eine intensive Auseinandersetzung mit diesem WHO-Modell aus.

In der Folge wurde in Luzern 1994 als Erstes das Aphasiekonzept überarbeitet unter dem Aspekt, dass Menschen mit Aphasie nicht nur eine Sprachstörung haben, sondern in ihrer kommunikativen Selbständigkeit eingeschränkt sind. Diese Perspektivenerweiterung in der therapeutischen Betrachtungsweise führte dazu, dass die Aphasietherapie auch der therapeutischen Kommunikationsunterstützung einen wesentlichen Platz einräumte und damit wurde die bisher stark sprachsystemisch ausgerichtete Therapie eine eigentliche Sprachrehabilitation. Das ausgearbeitete Rehabilitationskonzept für aphasische Menschen wurde 1997 von P.O. Bucher, I. Zumsteg und H.P. Rentsch publiziert.

Diese ersten praktischen Erfolge mit der Umsetzung dieses WHO-Denkmodells ermunterten die Leistungsträger des interdisziplinären Rehabilitationsteams, auf diesen positiven Erfahrungen aufzubauen. Leitungs- und Instruktionspersonen der verschiedenen Fachbereiche des Rehabilitationsteams bildeten 1998 eine interdisziplinäre Projektgruppe mit dem Ziel, die ICIDH – später die ICF – in allen beteiligten Fachberei-

chen und in der interdisziplinären Kommunikation innerhalb der Neurorehabilitation umfassend umzusetzen. Die Diskussionen in der Projektgruppe bewirkten ein vertieftes Verständnis der Rehabilitation. Es entwickelten sich neue kreative Rehabilitationsansätze, die auf verschiedensten Ebenen in die Behandlungsprogramme einflossen. Als besonders wertvoll erwies sich, dass die ICF sowohl für die Diagnostik als auch für Interventionsstrategien angewendet werden kann. Als Kernprojekt konnte ein auf der ICF-Struktur basierendes Konzept für die Durchführung und Protokollierung von interdisziplinären Rehabilitationsbesprechungen aufgebaut werden. Dabei wurde der Gebrauch der ICF-Sprache als gemeinsame Verständigungsbasis mit Gewinn für alle Beteiligten umgesetzt. Domizilorientierte kontextnahe Rehabilitationsmodelle und ICF-konforme Zielsetzungsformulierungen waren weitere ICF-bezogene Projekte, die heute umgesetzt sind und noch weiter entwickelt werden.

Als Herr Professor Jürgen Tesak und der Schulz-Kirchner Verlag Interesse an einer Veröffentlichung unserer ICF-Umsetzungsarbeit bekundeten, waren wir sehr motiviert, unsere Erfahrungen zu Papier zu bringen. Die vorliegende Monographie bezweckt, die ICF den verschiedenen in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen näher zu bringen. Sie soll in die Denkweise der ICF einführen und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten in einer interdisziplinären Rehabilitationsinstitution aufzeigen. Zwei Dimensionen kennzeichnen den Inhalt dieses Buches. Einerseits werden Grundlagen der ICF im Zusammenhang mit der Neurorehabilitation vermittelt, kombiniert mit einer Aufarbeitung der umfassenden Literatur zu ICF-relevanten Themen. Exemplarisch werden die Studien zur Rehabilitation von Menschen mit Parkinson'scher Erkrankung und mit zerebrovaskulären Insulten besprochen. Andererseits soll die Darlegung unserer ersten klinischen Erfahrungen mit der praktischen ICF-Umsetzung im interdisziplinären Rehabilitationsalltag weitere Rehabilitationsfachpersonen motivieren, nach neuen kreativen Anwendungsmodellen zu suchen. Besonders freut es uns, dass der Beitrag der Münchner WHO-Projektgruppe eine Einsicht in die weltweiten ICF-Entwicklungen gibt.

Wir möchten Herrn Professor Jürgen Tesak und dem Schulz-Kirchner Verlag danken, dass sie diese Publikation ermöglicht und uns dabei unterstützt haben. Dank gebührt auch der engagierten interdisziplinären Luzerner Projektgruppe und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Rehab Luzern, die heute die ICF in ihrer Alltagsarbeit kompetent und effizient einsetzen. Wir dürfen feststellen, dass sich die Rehabilitation heute stärker am relevanten Alltag unserer Patienten und Angehörigen orientiert und zu einer besseren Qualität im rehabilitativen Handeln führt. Davon profitieren letztlich auch die Kostenträger und das Gesundheitswesen.

Peter O. Bucher Hans Peter Rentsch

Kapitel 1

Grundlagen der “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF)

H.P. Rentsch

1 Einleitung 17
2 Aufbau der ICF 18
2.1 Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung 19
2.2 Teil 2: Kontextfaktoren 23
2.3 ICF als Klassifizierungssystem 25
3 Auf dem Weg vom medizinischen zum biopsychosozialen Rehabilitationsmodell 30
4 Positionierung der Rehabilitation im Gesundheitswesen 33
5 Partizipation und Kontext in der Rehabilitation 34
6 Konklusion 39
Literatur 40

1 Einleitung

1980 wurde die erste Fassung der ICIDH durch die WHO publiziert [1]. Ausgangspunkt war das Ungenügen der ICD für das Beschreiben von Folgezuständen bei Menschen mit chronischen Krankheiten. Mit ihr konnten keine ausreichend differenzierten und komplexen Diagnosen gebildet werden, welche den Menschen als biopsychosoziales Wesen erfassten [2]. In einem mehrjährigen Entwicklungsprozess wurde die ICIDH einer Revision unterworfen und 2001 unter der neuen Bezeichnung als Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) an der 54. Vollversammlung der WHO verabschiedet [3,4]. Das in der ICIDH aufgenommene biopsychosoziale Modell wurde ausgebaut, insbesondere wurde der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen neu mitberücksichtigt (Kontextfaktoren). Gegenüber der ICIDH zeigt die ICF weitere wesentliche Neuerungen. Während die ICIDH als Grundmodell ein Krankheitsfolgemodell entwickelte, gestaltet sich die ICF nun als biopsychosoziales Modell der Komponenten der Gesundheit.

Die ICF beschreibt ein biopsychozoziales Modell der Komponenten der Gesundheit.

Das alte System war defizitorientiert, es klassierte Behinderungen. Das neue Modell ist ressourcen- und defizitorientiert. Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Die Partizipation (Teilhabe) und deren Beeinträchtigung wird neu definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem einer Person (ICD) und ihren person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren [5]. Die ICF umfasst die objektiv erfassbaren Dimensionen des menschlichen Lebens. Die subjektive Dimension der Funktionsfähigkeit und Behinderung (subjektives Wohlbefinden) ist dabei nicht eingeschlossen, bildet aber ein ebenso wichtiges Element bei der Beurteilung von Lebensqualität [6].

Allgemeines Ziel der WHO ist es, in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. Sie definiert Komponenten der Gesundheit und einige mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden, wie Erziehung, Bildung und Arbeit. Darüber hinaus listet sie Umweltfaktoren auf, die mit den gesundheitsbezogenen Komponenten in Wechselwirkung stehen.

Mit der ICF verfolgt die WHO die folgenden Ziele:

- Sie liefert eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und der Determinanten.

- Sie stellt eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern und der Öffentlichkeit, insbesondere auch für Menschen mit Behinderungen, zu verbessern [7-9].
- Sie ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf [10,11].
- Sie stellt ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit.
- Sie liefert die Grundlage zur Umsetzung von rehabilitativen Interventionsmodellen.

Die ICF ist nützlich für unterschiedlichste Anwendungen. Sie bildet eine Grundlage für Aktivitäten im System der sozialen Sicherheit, bei der Evaluation von Managed Care und in der Erhebung von Bevölkerungsdaten. Sie bietet einen konzeptionellen Rahmen für Informationen, die auf die Gesundheitsversorgung des Einzelnen anwendbar sind, einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung sowie für die Partizipation. Sie gibt den Rahmen für die Beseitigung oder den Abbau von gesellschaftsbedingten Hindernissen und für die Schaffung oder Verbesserung der sozialen Unterstützung. Sie beeinflusst auch andere Faktoren, welche die Partizipation an Lebensaktivitäten erleichtern und fördern. Sie ist darüber hinaus für die Untersuchung von Gesundheitsversorgungssystemen bezüglich Evaluation und der Formulierung von Richtlinien und Empfehlungen nützlich. Die WHO liefert einen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung aus naturwissenschaftlichen, soziologischen und gesellschaftlichen Perspektiven im Sinne eines interaktiven und sich entwickelnden Prozesses. Sie stellt Bausteine für Anwender zur Verfügung, die Modelle entwickeln und verschiedene Aspekte dieses Prozesses untersuchen [3].

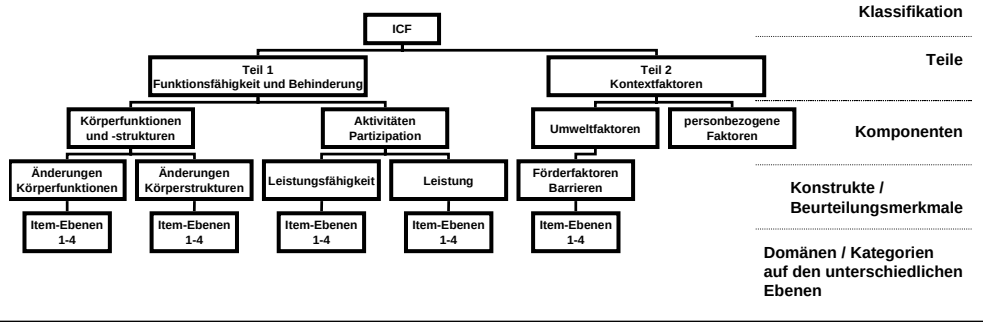
2 Aufbau der ICF

Die ICF als Klassifikation ist hierarchisch aufgebaut. Die Informationen werden in zwei Teile gegliedert. Der eine Teil befasst sich mit Funktionsfähigkeit und Behinderung, der andere umfasst die Kontextfaktoren. Die Teile sind in Komponenten unterteilt, wobei die verschiedenen Komponenten (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation sowie Umweltfaktoren) unabhängig voneinander klassifiziert sind.

Die ICF ist in zwei Teile gegliedert:	**1) Funktionsfähigkeit und Behinderung** **2) Kontextfaktoren**

Innerhalb jeder Komponente sind die Kategorien nach einem „Ast-Zweig-Blatt-Schema“ angeordnet. Jede Komponente ist in Domänen aufgeteilt, die bestimmte

Abb. 1: Struktur der ICF



physiologische Funktionen, anatomische Strukturen, Handlungen, Aufgaben oder Lebensbereiche zusammenfassen. Sie bilden die verschiedenen Kapitel und Blöcke innerhalb jeder Komponente. Die Kategorien sind die Klassen oder Teilklassen innerhalb einer Domäne. Sie verteilen sich auf die verschiedenen Ebenen, wobei immer die obere Ebene alle Items der untergeordneten Ebene umfasst (Abbildung 1).

2.1 Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung

Die Funktionsfähigkeit und Behinderung gliedert sich in die Komponente des Körpers und die Komponente der Aktivitäten und Partizipation. Zwei Klassifikationen beschreiben die Körperkomponente, nämlich die Körperfunktionen und die Körperstrukturen.

Körperfunktionen

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

Körperstrukturen

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

Schädigungen

Unter Schädigungen versteht man Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder Struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust. Sie entspricht dem negativen Aspekt der Körperfunktion und -struktur.

Schädigungen stellen eine Abweichung von gewissen, allgemein anerkannten Standards bezüglich des biomedizinischen Zustands des Körpers und seiner Funktionen dar. Die Definition ihrer Bestandteile obliegt in erster Linie qualifizierten Fachleuten. Schädigungen werden in entsprechenden Kategorien klassifiziert (Verlust oder Feh-

len, Minderung, zusätzlich oder im Übermaß vorhanden, Abweichung). Sobald eine Schädigung vorhanden ist, kann sie hinsichtlich ihres Schweregrades mit dem allgemeinen Beurteilungsmerkmal der ICF eingestuft werden.

Aktivität

Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

Partizipation (Teilhabe)

Partizipation ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.

Einbezogensein in eine Lebenssituation bedeutet, bis zu einem gewissen Grad eigenständig zu sein und fähig sein, die eigene Lebenssituation unter Kontrolle zu haben, auch wenn die Aktivitäten nicht selbst ausgeführt werden. Das heißt, dass nicht nur die aktuelle Durchführung einer Aufgabe, sondern auch die Erfüllung von eigenen persönlichen Zielen und von sozialen Rollen als Hauptindikator für die Partizipation gelten soll [12].

Die **Beeinträchtigungen der Aktivität** sind Schwierigkeiten, die ein Mensch haben kann, die Aktivität durchzuführen. Eine **Beeinträchtigung der Partizipation** ist ein Problem, das ein Mensch im Hinblick auf seine Anteilnahme an seinem persönlichen sozio-kulturellen Umfeld erleben kann.

Die Domänen der Komponente Aktivitäten und Partizipation sind in einer einzigen Liste enthalten, die alle Lebensbereiche umfasst. Sie werden näher bestimmt durch die Beurteilungsmerkmale (Qualifikatoren) für Leistung (Performance) und Leistungsfähigkeit (Capacity).

Das Beurteilungsmerkmal für Leistung beschreibt, was ein Mensch in seiner üblichen Umwelt tut.

> **Leistung (Performance) beschreibt, was ein Mensch in seiner üblichen Umwelt, respektive in seinem sozialen Umfeld tut und wie er ins gesellschaftliche Leben einbezogen ist.**

Weil die übliche Umwelt seinen sozialen Kontext umfasst, kann unter Leistung auch das „Einbezogensein in die sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten seiner individuellen Umwelt“ oder eine „gelebte Erfahrung“ von Menschen in ihrem üblichen Kontext, in welchem sie leben, verstanden werden.

Das Beurteilungsmerkmal für Leistungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder eine Handlung durchzuführen.