

Nutzung und Bedeutung der ICF für die Berufliche Rehabilitation: Nationale und ~~internationale~~ Perspektiven

Matthias Morfeld
HS Magdeburg-Stendal
Kökn – Hochschultage 03-2017

Agenda

- Vorbemerkung
- Grundlagen: Bio-Psycho-Soziales Modell
- Die ICF: Entwicklung & Aufbau
- Messen mit der ICF – geht das?
- Die Bedeutung & Nutzung der ICF in der Beruflichen Rehabilitation
 - Daten und Ergebnisse der BAG BBW Nutzerbefragung
- Zusammenfassung/Fazit/Ausblick

Vorbemerkungen

- Das Bio-Psycho-Soziale Modell der ICF
 - Die ICF basiert auf dem B-P-S Modell!
- Die ICF ist eine Klassifikation!
 - Sehr wohl impliziert sie ein Denk- oder Referenzmodell!
- Die Klassifikation folgt dem Baum–Ast–Zweig-Blatt System
- Zukünftig ist eine begriffliche und terminologische Schärfung zu fordern!
- Was nicht stattfindet:
 - Bemerkungen zum Stand der Entwicklung personbezogener Faktoren
 - Kodieren mit der ICF!

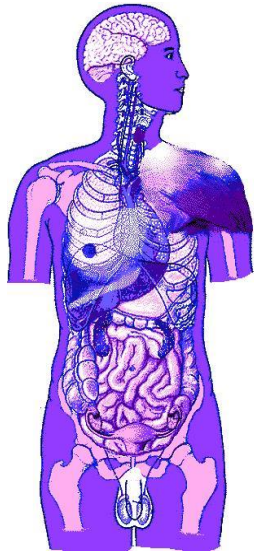
Das bio-psycho-soziale Modell

Grundlagen & Terminologie

Das bio-psycho-soziale Modell

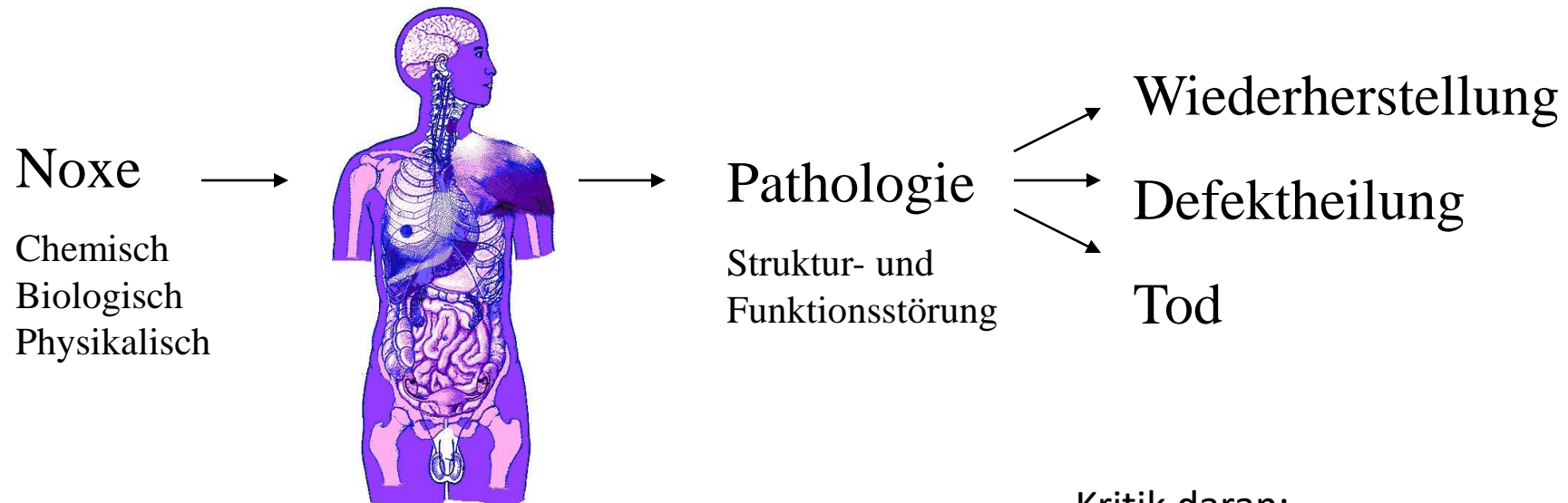
- Hervorgegangen aus Studien zur Allgemeinen Systemtheorie
 - (vgl. *Luhmann* in: *Gerok* 1990, *Kriz* 1997, *Schiepek & Spörkel* 1993)
- Ursprünge finden sich in der Biologie
 - *Bertalanffy* (1968)
- Ausformulierung und Propagierung des Modells als Grundlage für die psychosomatische Medizin war wiederum im Wesentlichen die Arbeit von *George L. Engel*
 - *Engel* (1977; 1989)

Bio – Psycho - Sozial



Zunächst 3 singuläre Zugänge ‚Krankheit – Störungen – Behinderungen‘ zu erklären

Biomedizinisches Krankheitsmodell



Ätiologie
Lehre von den
Krankheits-
ursachen

Pathogenese
Entstehung eines
krankhaften
Geschehens

Kritik daran:
- Krankheit wird auf den
Organismus beschränkt –
Kybernetik!

Modell Psychischer Störungen – Modelle von Persönlichkeit

Eigenschaften

Behaviorismus

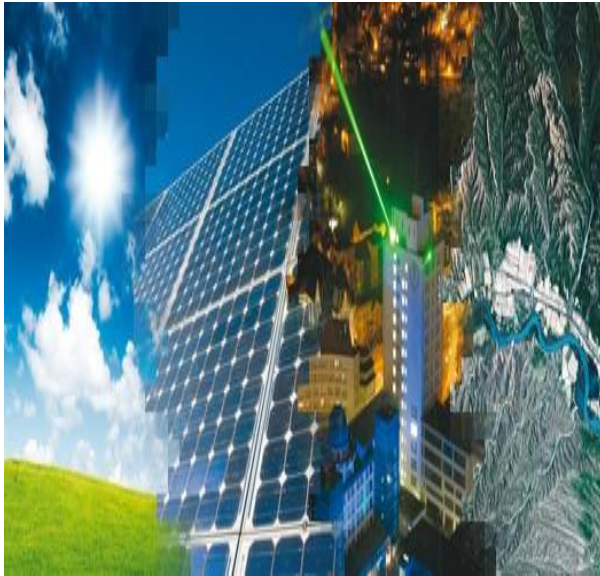


Biologie

Humanismus

Psychoanalyse

Soziale/-ökologische Modelle



- Das Sein bestimmt das Bewusstsein (K. Marx)
- Weil du arm bis musst du früher sterben (R. Virchow)
- Aspekte des Sozialen Raum (P. Bourdieu)
- Ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Lebenschancen – soziale Ungleichheit

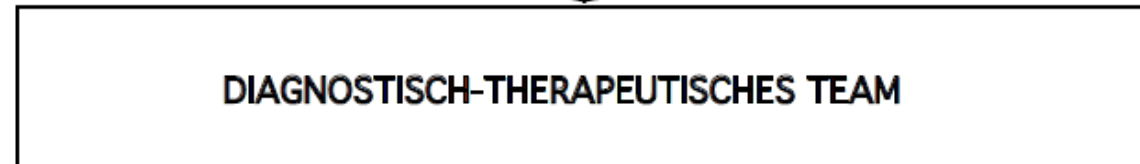
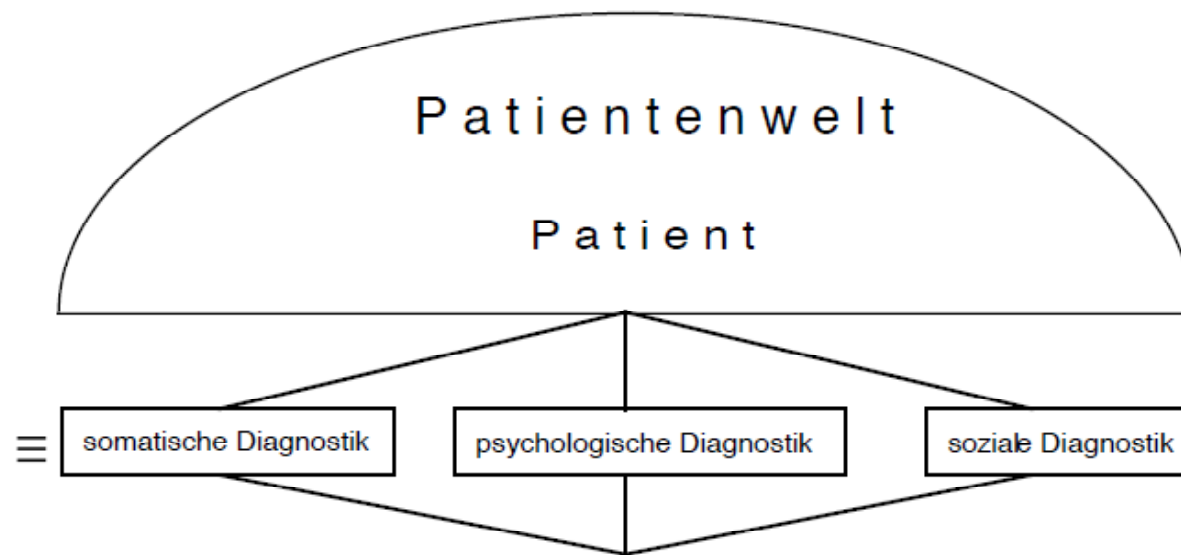
Fusion – das BPS Modell



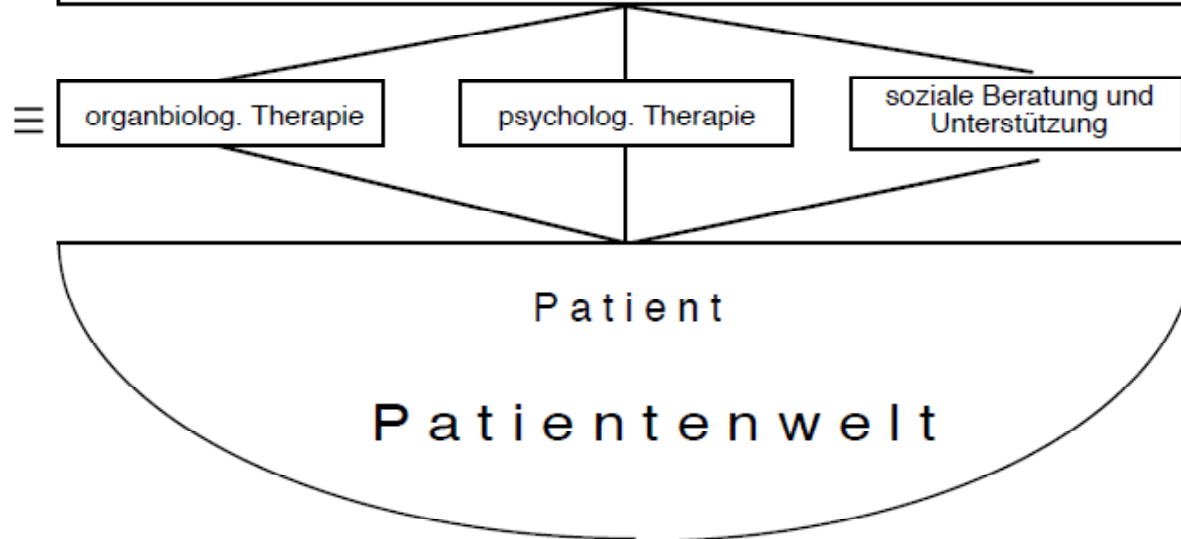
George L. Engel

- Vorstellungen aus der System Theorie
 - Zeitgleiche/Simultane Betrachtung medizinischer, psychischer und sozialer Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit
- ➔ Psychosomatik

SIMULTAN-
DIAGNOSTIK



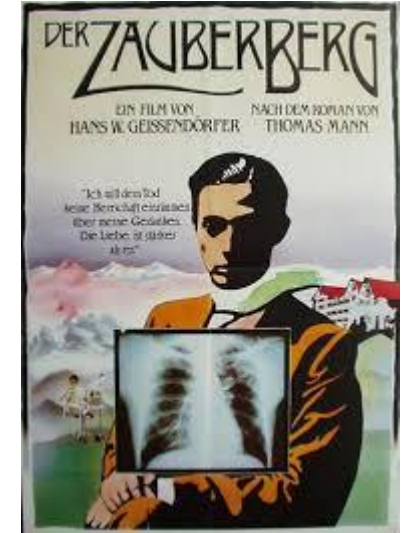
SIMULTAN-
THERAPIE



Reaktionen aus Sicht der Rehabilitation

Rehabilitation in D bis weit in die 70ziger Jahre hinein...

- Unsystematische komplexe Intervention
- Medizindominiert und entsprechende Diagnostik
- Pädagogische Ansätze, lerntheoretische Grundlagen eher im Hintergrund
- QS unbekannt und Nutzen unklar/nicht hinterfragt



Koch et al. 1988

Paradigmenwechsel

- Infragestellung von ‚Kur‘
- Psychiatrie Enquete
- Professionalisierung von Diagnostik
- Ökonomisierung und QS im SGB (1988; 2001)
- Fragen nach der Wirksamkeit werden von der Wissenschaft & Politik gestellt

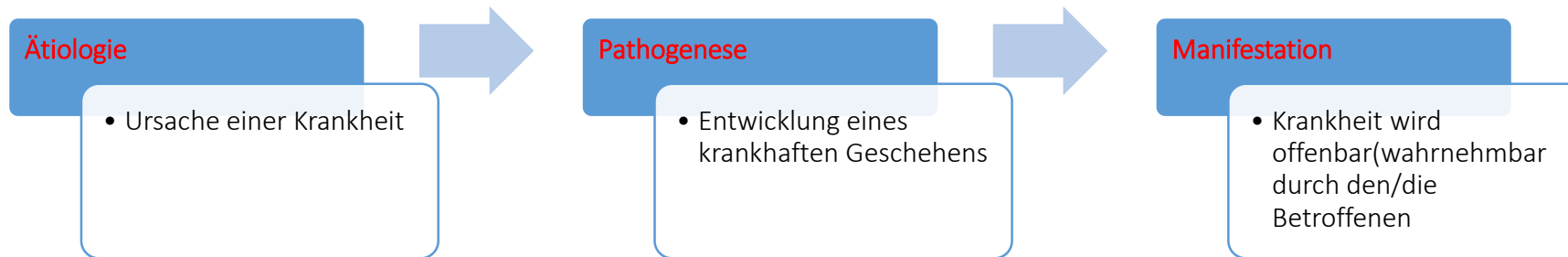
➔ Änderung im Verständnis von chronischer Krankheit und Behinderung➔



Koch & Morfeld, 2005

Weg vom Ätiologie Modell – a new challenge!

Gemäß der WHO wird Disease (Krankheit) als Ergebnis einer Entwicklung definiert:



Ursache-Wirkungsmodell wird auf heilbare, akute Krankheiten angewendet!

Chronische Erkrankungen und komplexe Syndrome lassen sich mit diesem Modell nicht erklären!

Warum wird die Frage nach Krankheitsfolgen gestellt?

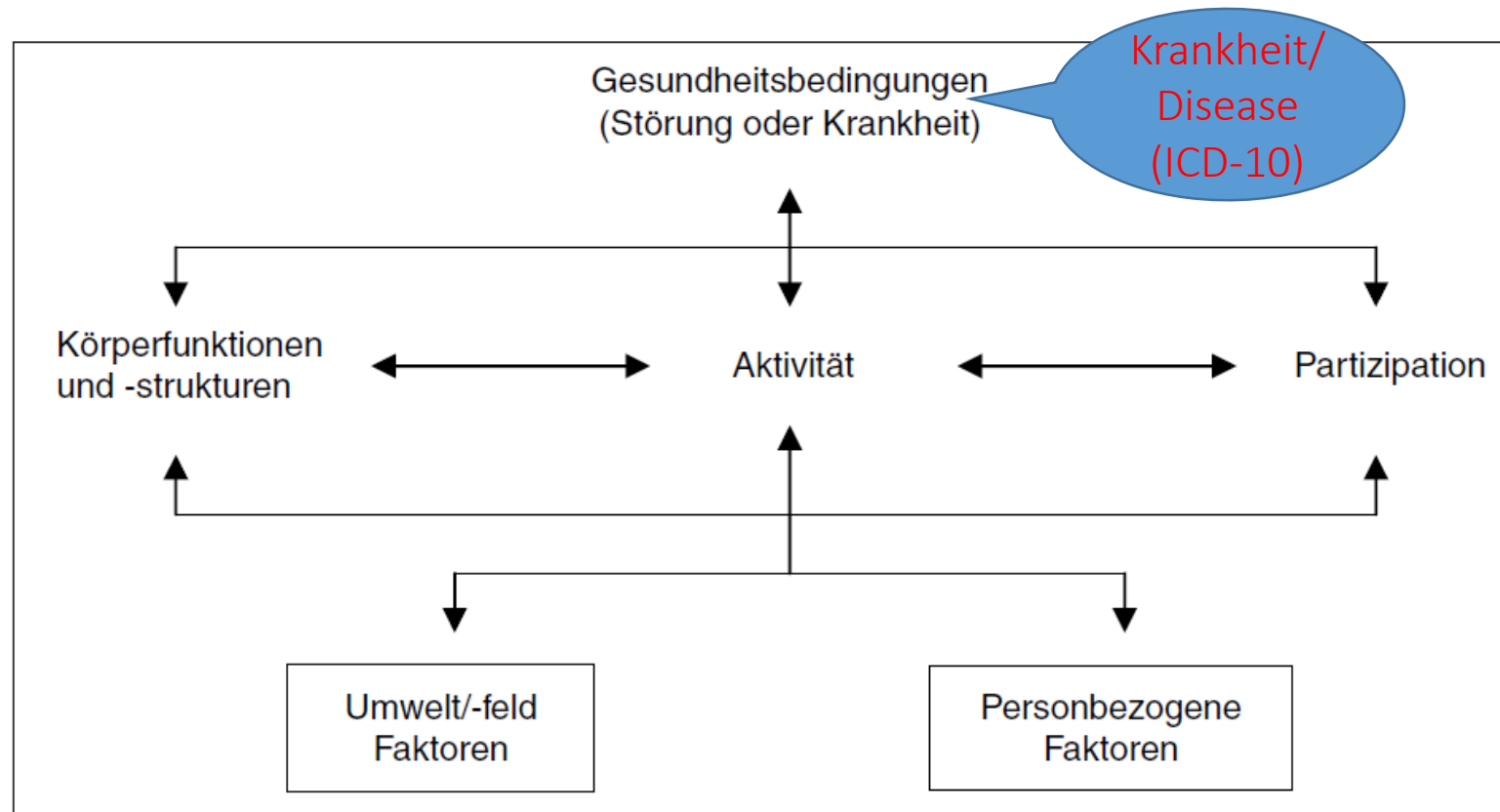
- Erkenntnis, dass chronische Erkrankungen und Behinderungen akute Erkrankungen in ihrer Bedeutung ablösen
- Es dafür kaum/keine Heilung mehr gibt
- Daraus gesellschaftspolitische Aufträge entstehen
- Sich die Menschen mit *Behinderung* zu Wort melden
- ➔ **Wesentlich: Abkehr von der reinen Defizitorientierung!!**
- Die Lebenserwartung gravierend ansteigt
- Arbeitsmarkt



Nicht zuletzt: das BPS-Modell für ein theoretisches Konzept zum Verständnis von Behinderung und deren Folgen geeignet scheint!

Hirschberg, 2009

Resultat – Modell funktionaler Gesundheit



Hauptziele der ICF

- Sie stellt eine **disziplinenübergreifende Sprache** für die Erscheinungsformen der funktionalen Gesundheit und ihren Beeinträchtigungen zur Verfügung

- **Verständigung über die Sprachkonventionen**



- Sie liefert eine **wissenschaftliche** und **praktische Hilfe** für

- die Beschreibung und das Verständnis,
 - die Feststellung und Begutachtung

- von Zuständen der Funktionsfähigkeit
 - **Ermittlung des Rehabilitationsbedarf**
 - **Rehabilitationsmanagement und Planung**
 - **Evaluation von Rehabilitationsleistungen**



- Stellt besondere Begrifflichkeiten und Sprache zur Verfügung, aber Messen?



Messen auf Basis der ICF – geht das?

Ergebnismessung, Core Sets, Linking Rules, Assessment-Instrumente

Verwendungsmöglichkeiten der ICF in der Ergebnismessung

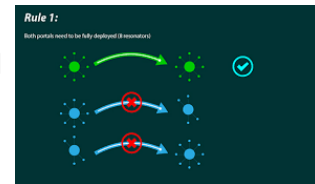
1. Entwicklung von ICF-Core Sets

1. Reduktion der ICF Items



2. Inhalte von Assessmentinstrumente werden den ICF-Kategorien zugeordnet („linking rules“)

1. Aufwendige Prozedur Zuordnung Assessments zur ICF Codes



3. Entwicklung von ICF-basierten Assessmentinstrumenten (orientieren sich an Terminologie, Struktur und Inhalt der ICF)

1. MOSES
2. REHA-Cat
3. MINI-ICF



Berufliche Rehabilitation (LTA)

Grundlagen



In einem 2007 veröffentlichten Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) konstatierten Seyd & Sperling (2007), dass „In der beruflichen Rehabilitation [...] bislang eine Nutzung der ICF noch kaum in Gang gekommen ist“, dass es aber „Immerhin [...] erste Projekte und Vorarbeiten für ihre Implementierung gibt.“ (S.2).

Grundlagen – Heute: Machbarkeitsstudie 2014

- LT: Ca. 20 % der Leistungsträger berichteten, die ICF im Arbeitsalltag zu nutzen, wobei dies in diesem Rahmen meist auf der Ebene des bio-psycho-sozialen Modells geschieht (73 % der Befragten).
- LE: Auf der Seite der Leistungserbringer gaben lediglich etwas weniger als 10 % an, die ICF nicht zu kennen (ebd.).

Schubert, M., Penstorf, C., Seel, H., Morfeld, M., Bade, S., Gleisberg, D., Jonßon, L., Lentz, R., Robinson, K. (2015). *Abschlussbericht zum Projekt „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF (Machbarkeitsstudie)“.*

Aktuelle Entwicklung im Bereich von LTA (LE)

Einrichtungstyp	Initiativen
Berufs Trainings Zentren (BTZ)	ICF-Kurzliste (Ibes, von Raison)
Berufs Förderungs Werke (BFW)	ICF-basiertes Profiling, Düren STEP-IVI, Thüringen
Werkstätten (WfbM)	MIT (Segeberger Werkstätten; Schmitt, v. Raison)
Reha Psychisch Kranker (RPK)	Core Set (Bräuning-Edelmann, Keller)
Berufs Bildungs Werke (BBW)	IKB (Sperling), Maria Veen (Soggeberg)
➔ Standardliste BAG BBW	

BAG BBW Befragung

- Hintergrund
 - ICF FA der BAG BBW
 - Entwicklung einer Standard-Liste 2014
 - 49 Items
 - Einsatzempfehlung

Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Evaluation der ICF-Nutzung bei BBW

Prof. Dr. Matthias Morfeld & Kathleen Pohl; B.Sc.

Rainer Lentz, BAG BBW

Studierende des ICF Kurses SS2016: Graß, Stephan, Koschinowski et al.

Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund & Methodik

Ziel:

Nutzung der ICF-Standardliste von jedem BBW erfassen, um auf Grundlage der quantitativen Ergebnisse Optimierungen und Veränderungen zu diskutieren/vorzunehmen.

- 1. Fragebogenerstellung**
- 2. Pre-Testung**
- 3. Einsatz im Feld**

Zeitraum: 01.06.2016 – 22.06.2016

Hintergrund & Methodik

1. Fragebogenerstellung

1. Grundlage: ICF-Standardliste 2014 (49 Items)
2. Programm: LimeSurvey
3. 40 Teilfragen in 8 Itemgruppen:
 1. personenbezogene Fragen
 2. allgemeine Fragen zu Nutzung der ICF-Empfehlung
 3. Information zur ICF-Leistungsplanung und –steuerung im BBW
 4. Reha-Teams
 5. Einbezug der Teilnehmenden in Fallkonferenzen
 6. Bewertung der ICF-Standardliste (49 Items)
 7. Skalen/Codierung
 8. zusammenfassende Bewertung der ICF-Nutzung

Rücklauf

>> 42 von 52 Rückmeldungen = **80,8%**

2. Ergebnisse (Auswahl)

2.1 Zahlen, Daten, Fakten

- **Nutzungsquote der ICF-Standardliste**

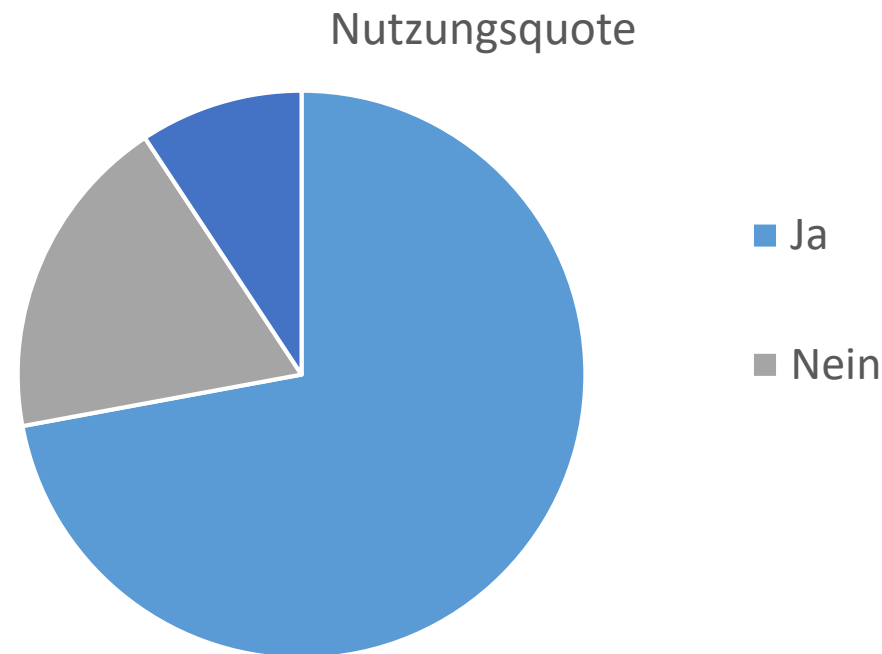
„Wird bei Ihnen im BBW eine Liste von Items benutzt, die sich größtenteils auch in der ICF wiederfinden lassen?“

N= 45*

Ja= 33 (73,3%)

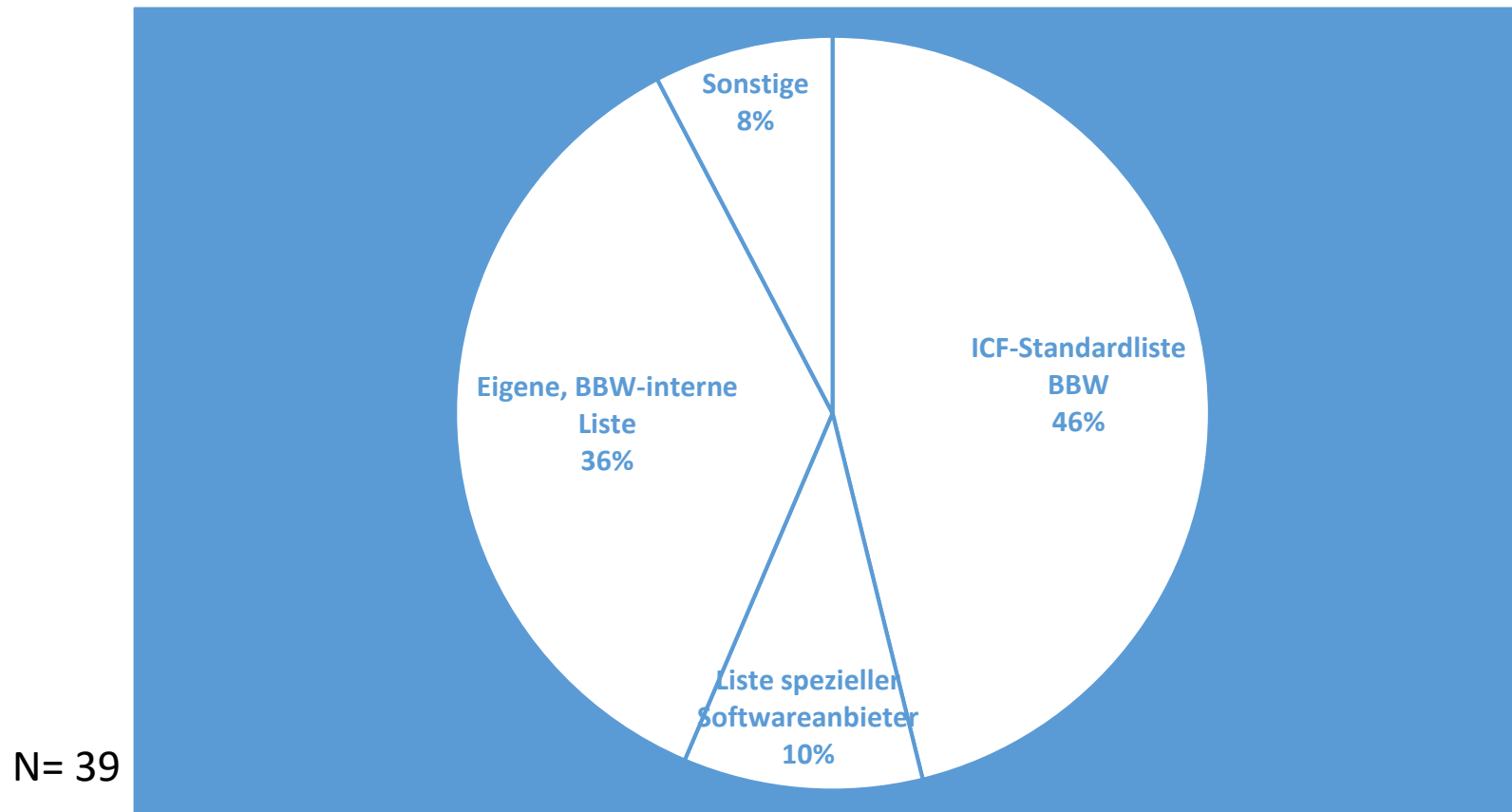
Nein= 8 (17,7%)

Keine Antwort= 4 (8,8%)



2.1 Zahlen, Daten, Fakten

- Wer oder was bildet die inhaltliche Basis dieser Liste?



2.2 Reha-Prozess & Reha-Team

Wird in BBW standardmäßig ein ICF-gestützter Selbsteinschätzungsbogen genutzt?

Ja: 14 (50%)

→ bei 13 BBW finden diese Daten Eingang in die Fallkonferenz

Nein: 14 (50%)

N= 28

2.3 Instrumente

Gibt es internes ICF-Handbuch für Mitarbeiter?

Ja: 5 (11,9%)

Nein: 25 (59,5%)

Keine Antwort: 12 (28,6%)

Zur Verfügung stellen?

Ja: 1

Nein: 4

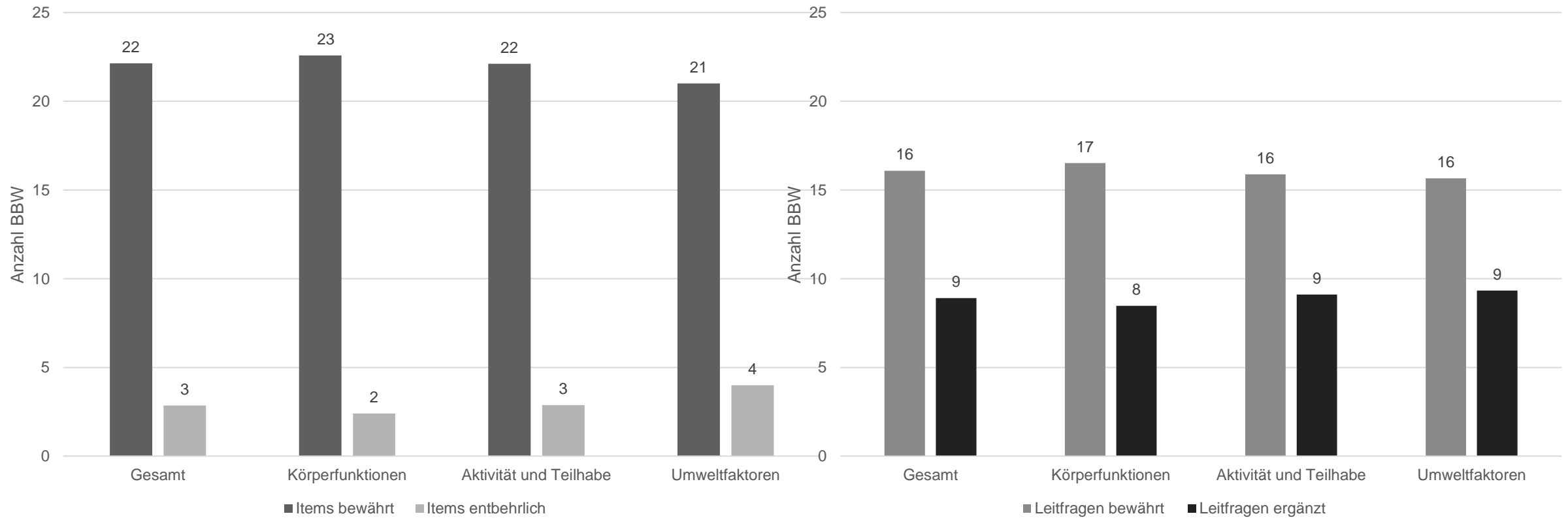
N= 42

2.4 Standardliste

Bewertung der 49 Items + jeweilige Leitfragen

- Hat sich das Item bewährt?
- Ist das Item aus Sicht Ihres BBW entbehrlich?
- Hat / haben sich die Leitfrage(n) zum Item bewährt?
- Haben Sie die Leitfrage(n) zum Item in Ihrem BBW ergänzt bzw. geändert?

2.4 Standardliste – Items & Leitfragen



N= 25

Bewährt oder entbehrlich??

	bewährt	entbehrlich?
Impulskontrolle (b 1304)	16	9
Wahrnehmungsfähigkeit (b156)	18	7
d 720 Soziale Kompetenz/ Beziehung und Interaktion	19	6
e 355 Fachleute des Gesundheitssystems	19	6
Abstraktionsvermögen (b 1640)	20	5
Zuwachs an beruflicher Handlungsfähigkeit (d155)	20	5
Entscheidungen treffen (d 177)	20	5
d 710 Soziale Kompetenz/ Respekt und Toleranz	20	5
d 840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit	20	5
d 845 Arbeitsplatz suchen und erhalten	20	5
e 585 Bildungs- und Ausbildungswesen (BBW)	20	5
Intelligenz (b117)	21	4
Verantwortung übernehmen (für sich selbst und andere) (d2400)	21	4
d 730 Soziale Kompetenz/ Kontakt zu Fremden	21	4
e 525 Wohnungswesen	21	4
e 540 Transportwesen	21	4

2.4 Standardliste

Haben Sie die ICF-Standardliste durch weitere Items ergänzt?

Ja: 14 (33,3%)

Nein: 14 (33,3%)

Keine Antwort: 14 (33,3%)

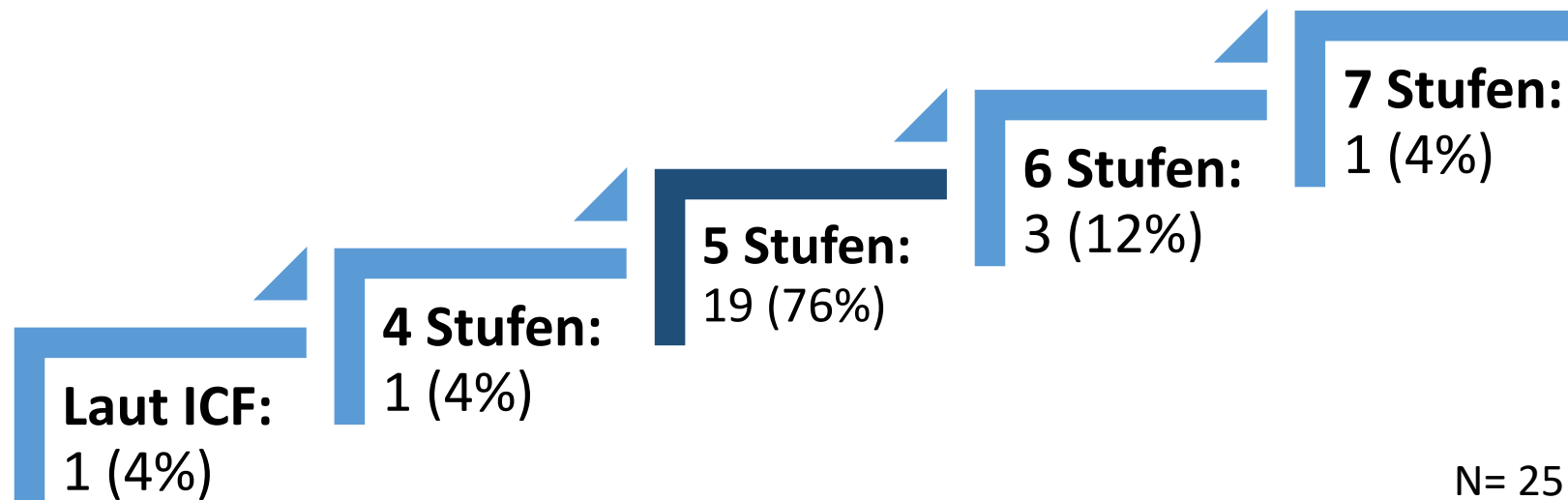
N= 42

Speziell Umweltfaktoren

- | | |
|-------|--|
| e1151 | Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für den persönlichen Gebrauch im täglichen Leben |
| e1201 | Hilfsprodukte und unterstützende Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport |
| e125 | Produkte und Technologien zur Kommunikation |
| e1351 | Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für die Erwerbstätigkeit |
| e330 | Autoritätspersonen |
| e340 | Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen |
| e5350 | Dienste des Kommunikationswesens |
| e575 | Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung |

2.5 Bewertungsskala

- Welche (numerische) Skala wird eingesetzt?
- Körperfunktion und Aktivität und Teilhabe



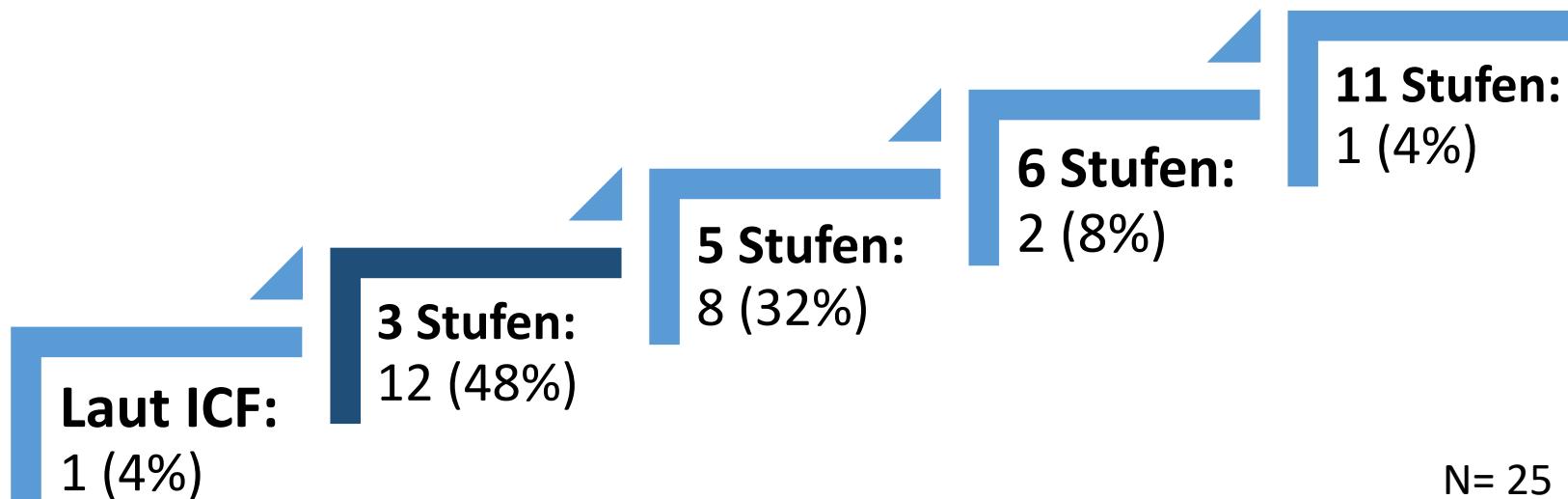
2.5 Bewertungsskala

N= 25

Kleinster Wert/ Schweregrad	Größter Wert/ Schweregrad
++	--
0	-4
(36%)	1
0 (keine Beeinträchtigung)	4
1	(28%)
(32%)	4 (vollständige Beeinträchtigung)
1 (kein Rehabedarf)	4 /massive Einschränkungen
1 /keine Einschränkungen	4, 8, 9
1 (ausgeprägte Ressource	5
1/Ressource	(20%)
5	5 (bes. hoher Rehabedarf)
A vollständige Einschränkung	5 (vollständige Einschränkung/ Beeinträchtigung)
	5 /Merkmal nicht vorhanden
	6
	8
	(8%)
	E keine Einschränkung

2.5 Bewertungsskala

- Welche (numerische) Skala wird eingesetzt?
- Umweltfaktoren



- Nicht verwendet: 1 (4%)

2.3 Bewertungsskala

N= 25

Kleinster Wert/ Schweregrad	Größter Wert/ Schweregrad
- (Barriere)	-1
-1 (32%)	+ (Förderfaktor)
-4 (8%)	+1 (32%)
+1	+4 (8%)
0	1
1 (20%)	3
1 (keine Barriere	4
1 (für Erreichung des Teilhabeziels	5 (8%)
förderlich)	5 (hohe Barriere)
1/ Ressource	5 (für die Erreichung des Teilhabeziels
5	hemmend)
A Barriere	5/ Merkmal nicht vorhanden
Nicht verwendet	Nicht verwendet

2.3 Bewertungsskala

**Werden besondere Stärken
bzw. Ressourcen einer Person
besonders gekennzeichnet
(kodiert)?**

Ja: 11 (44%)

Nein: 14 (56%)

N= 25

Ausmaß = 0, Beschreibung der Ressource

Ausprägungsgrad 1 = ausgeprägte
Ressource, Def. Fähigkeiten sollen
besonders hervorgehoben werden

Stufe 1: Kompetenz, entspricht den
Anforderungen im besonderen Maße

Bewertung 1; Kommentar im Freitextfeld

mit „R“ kennzeichnen

Kennzeichnung in separater Spalte in Excel-
Tabelle

1> maximale Einschränkung, 3>
Normalausprägung, 5> Stärke

Stufen 4 und 5

2.4 Bewertung der ICF-Nutzung durch BBW

- **Erwartungen und Wünsche an BAG BBW**
- Nutzung der gesamten ICF ausgehend von 2. Ebene
- **Schulungskonzept inkl. Schulungsmaterialien**
- bestehende Item-Liste NICHT verändern
- weiterhin enger Austausch
- neue LuV (aktuell wenig aussagekräftig)
- Empfehlungen zu diagnostischen Inventaren zu einzelnen Items
- ICF-Standardliste speziell für BVB
- Vorschläge für effektive Einbeziehung der Teilnehmer/innen

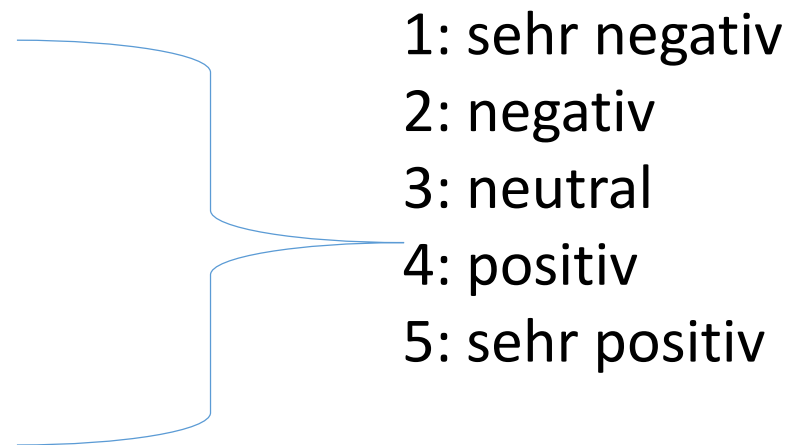
2.4 Bewertung der ICF-Nutzung durch BBW

Wie bewerten Sie die ICF-Nutzung bei der Reha-Planung und -Steuerung in Ihrem BBW im Vergleich zur vorherigen Arbeitsweise bei Ihnen im BBW?

Min: 3

Max: 5

$M = 3,8$ ($SD = 0,58$)



N= 25

Zusammenfassung & Diskussion der ICF Ergebnisse BBW

- Langer Weg bis zur Praxisanwendung
- Standardliste/Kurzliste 49 Items – Fragen nach der Auswahl
- Nicht alles was vorgeschlagen wurde hat sich bewährt, Ergänzungen, Streichungen, Spezifika doch wieder gefordert
- Offensichtlich Verbesserung der Kommunikationsprozesse
 - Team mit dem Auszubildenden...
 - Im Team!
- Nachteile: Aufwand durch Schulung, Dokumentation, Komplexität
- Vorteile: durch ICF verbindliches, strukturiertes System, bedarfsgerechte Planung & Umweltfaktoren

Zusammenfassung & Ausblick

Zusammenfassung



- Systematisches Review Cerniauskaite et al. (2011) länderübergreifend:
- Nutzung und Implementierung sowie die Operationalisierung der ICF.
- Zeitraum zwischen 2001 und 2009
 - Insgesamt 672 Artikel
 - allein 92 Arbeiten die theoretische Beschreibung und
 - 32 Arbeiten die praktische Nutzung der ICF im klinischen und rehabilitativen Kontext.
 - Weitere 172 Arbeiten behandeln ausschließlich konzeptuelle Gesichtspunkte der ICF.
 - Über die Hälfte (56,2 Prozent) aller veröffentlichten Arbeiten stammen aus Europa, wobei allein aus Deutschland 99 Arbeiten stammen.

Ausblick I

- Die Bedeutung der ICF für die Rehabilitation ist sicherlich als hoch einzuschätzen!
- Die Nutzung der ICF im Bereich der Beruflichen Rehabilitation ist als
 - noch sehr unsystematisch
 - von uneinheitlicher Terminologie geprägt
 - von z.T. erheblichen Widerständen gekennzeichneteinzuschätzen!



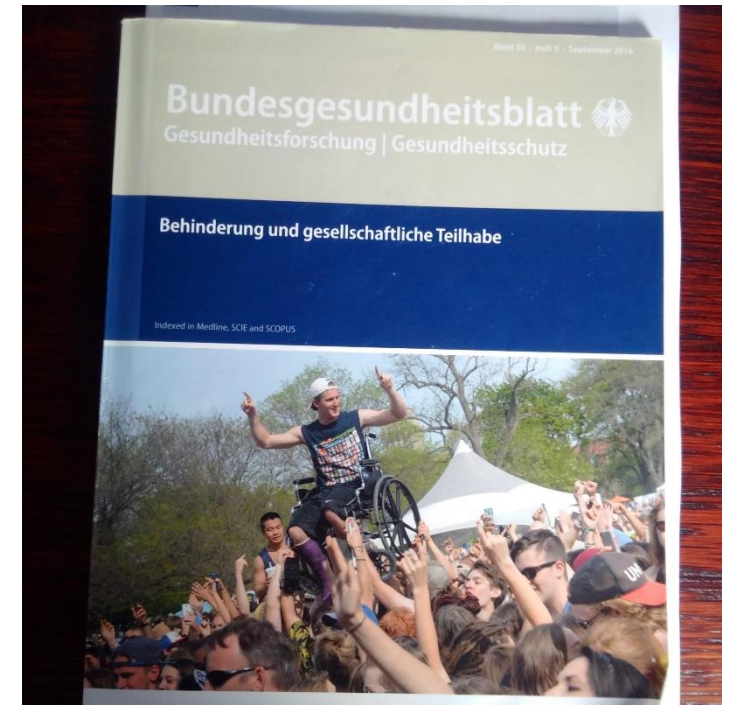
Ausblick II



- Entwicklungen in der Gesundheitsökonomie
 - Rehabilitation Treatment Taxonomy (RTT) (Dijkers, Hart et al. 2014)
- Sprache
 - Talking Mats (Bornman, J., & Murphy, J.; 2006)
- Erwartete Entwicklungen:
 - Theoretischer Ebene: Handlungskonzepte, Personbezogene Faktoren, Sozialraumanalysen mit Hilfe der Umweltfaktoren, Assessment
 - Praktisch: Einheitliche Bedarfsfeststellung, Sprache, Rehasteuerung, Gesundheitsökonomie

Fazit

- Aufgaben:
 - Theoretische Grundlagen!
 - Sprache & Terminologie
 - Mehr Übersichtsarbeiten die die Potentiale der ICF aufdecken
 - Verstärkt Schulung in allen Bereichen bzgl. ICF
 - ICF als Struktur für Curriculum



Literatur

- Bornman, J., & Murphy, J. (2006). Using the ICF in goal setting: Clinical application using Talking Mats®. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(3), 145-154.
- Cerniauskaite M, Quintas RUI, Boldt C et al. (2011) Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disability and Rehabilitation* 33:281-309
- Collin, C. (2012); Das Psychologie-Buch. Dorling Kindersley.
- Engel, G. L. (1989). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Holistic Medicine*, 4(1), 37-53.
- Farin, E., Fleitz, A., & Follert, P. (2006). Entwicklung eines ICF-orientierten Patientenfragebogens zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 16(04), 197-211.
- Hirschberg, M. (2009). Behinderung im internationalen Diskurs. Frankfurt/New York: Campus.
- Linden, M., Baron, S., & Muschalla, B. (2009). *Mini-ICF-APP: Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen; ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation*. Göttingen: Huber.
- Scholz, M., Müller, E., Kröhne, U., Böcker, M., Forkmann, T., & Wirtz, M. (2014). Validierung der computeradaptiven Assessmentprozedur RehaCAT hinsichtlich funktionaler und psychischer Belastungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 53(05), 290-296.
- Von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory. *New York*, 41973, 40.
- Weiner, H. (1977). *Psychobiology and human disease*. New York: Elsevier.
- Wood, P. H. (1988). Measuring the consequences of illness. *World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 42(3), 115-121.

Vielen Dank für Ihre
b1264



(b1264 Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen)