

# 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!

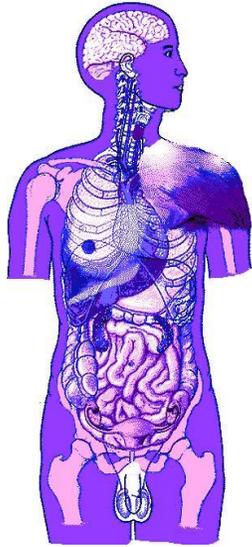
# Das bio-psycho-soziale Modell

Grundlagen & Terminologie

# Das bio-psycho-soziale Modell

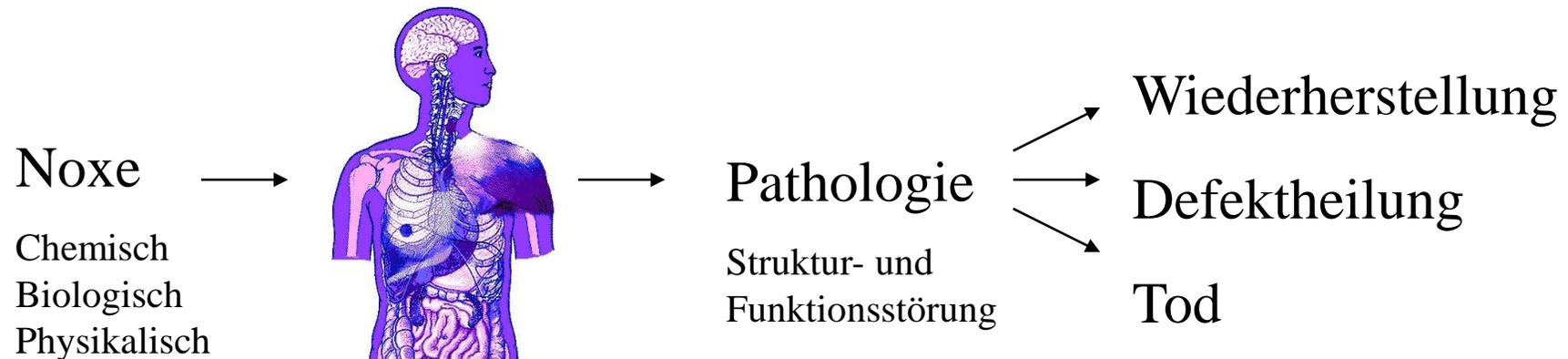
- Hervorgegangen aus Studien zur Allgemeinen Systemtheorie
  - (vgl. *Luhmann* in: *Gerok* 1990, *Kriz* 1997, *Schiepek & Spörkel* 1993)
- Ursprünge finden sich in der Biologie
  - *Bertalanffy* (1968)
- Ausformulierung und Propagierung des Modells als Grundlage für die psychosomatische Medizin war wiederum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

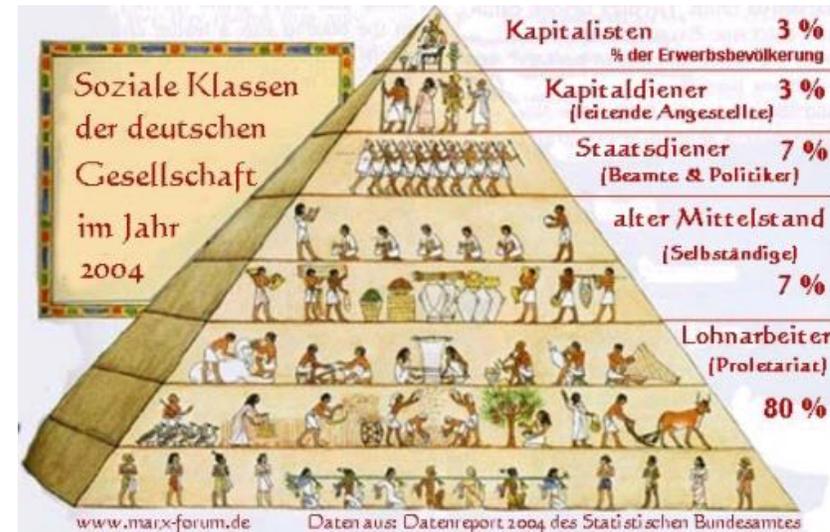


**Biologie**

**Humanismus**

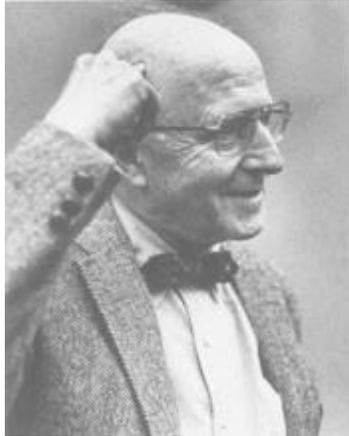
**Psychoanalyse**

# Soziale/-ökologische Modelle



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

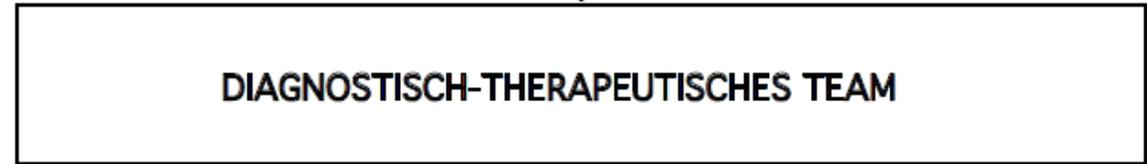
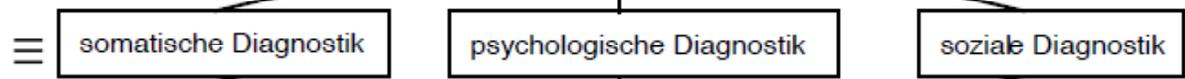
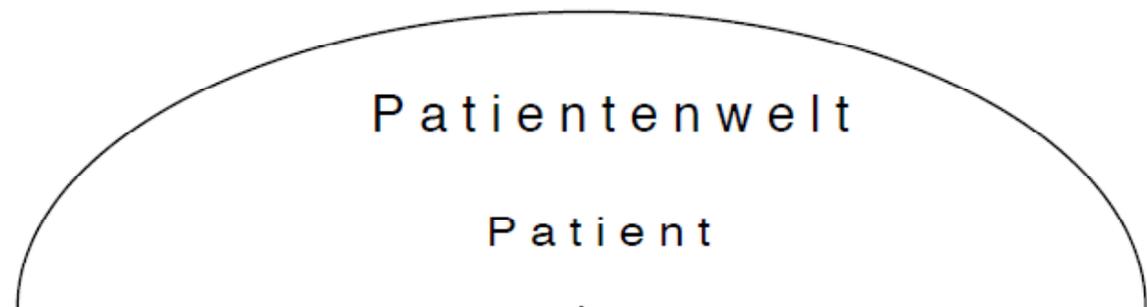
# Fusion – das BPS Modell



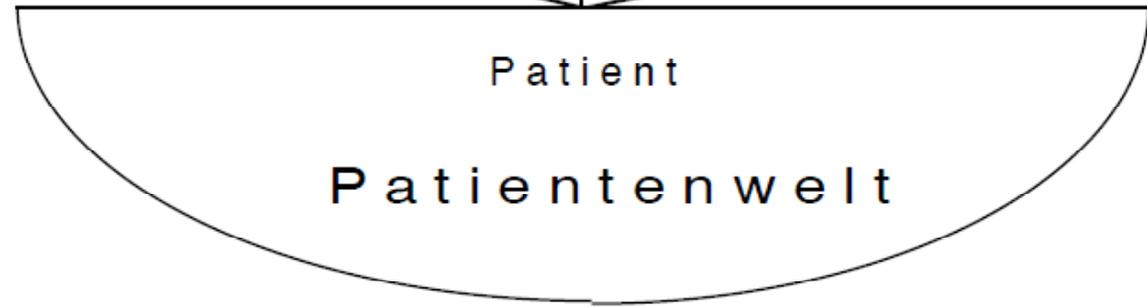
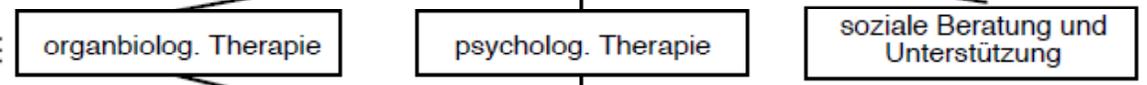
George L. Engel

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

SIMULTAN-  
DIAGNOSTIK



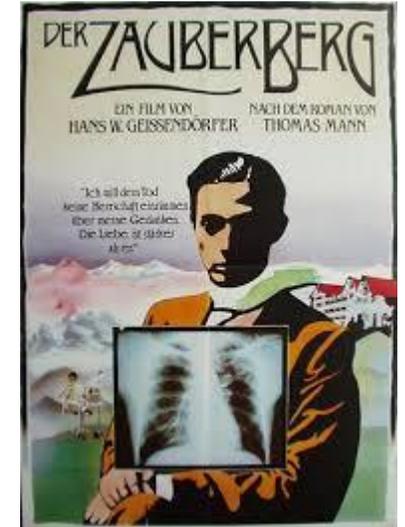
SIMULTAN-  
THERAPIE



# 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

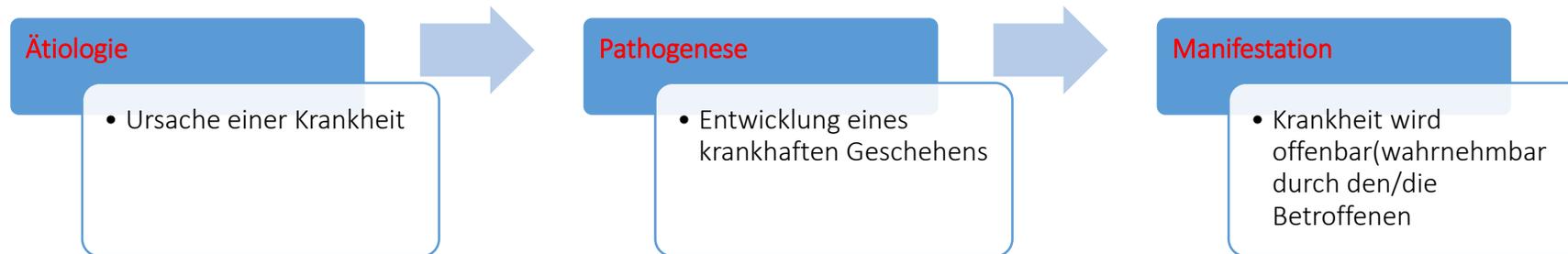
➔ Änderung im Verständnis von chronischer Krankheit und Behinderung➔



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!

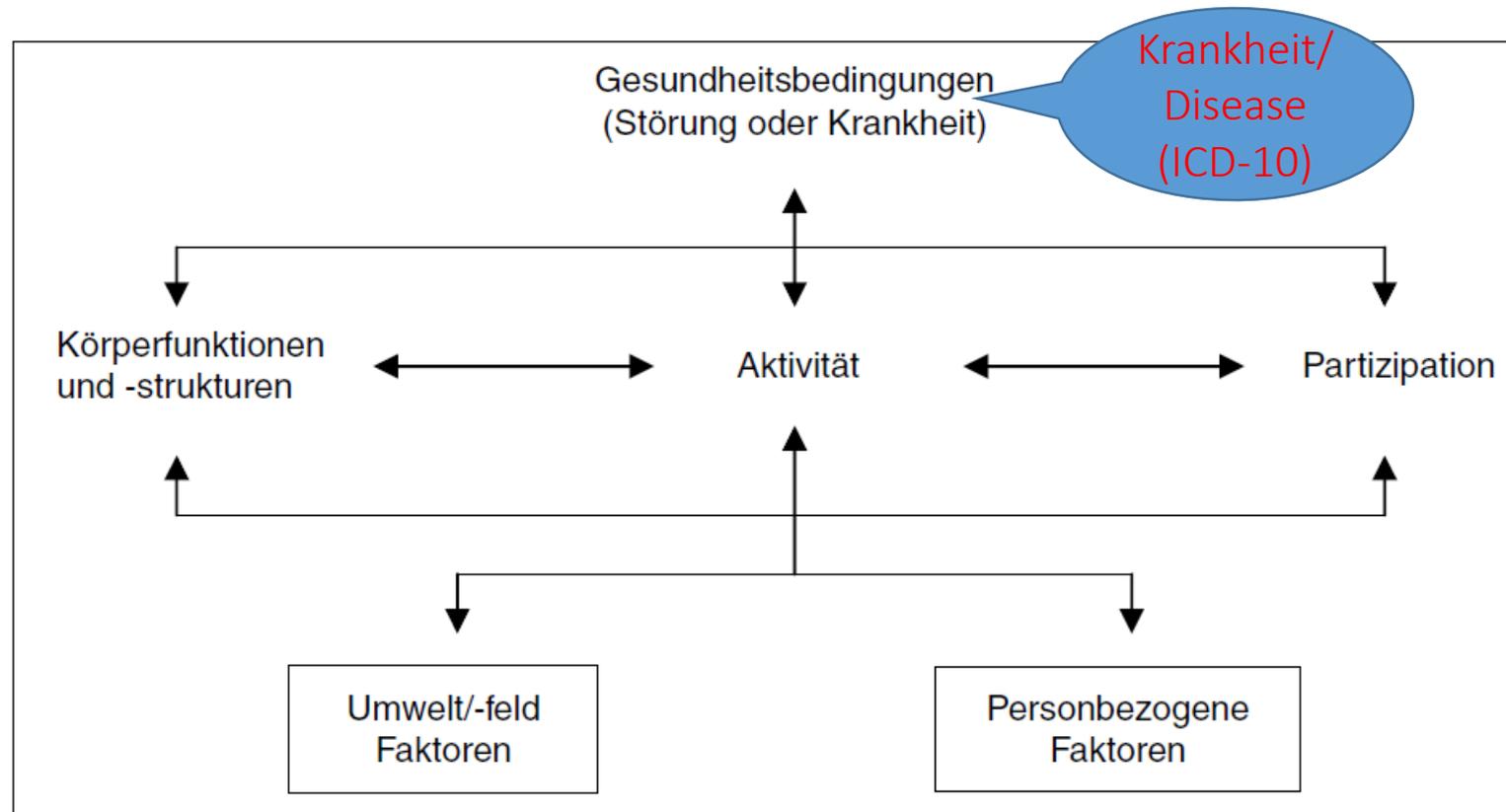
# Warum wird die Frage nach Krankheitsfolgen gestellt?

- 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!

# 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

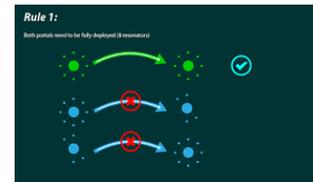
## 1. Entwicklung von ICF-Core Sets

### 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**

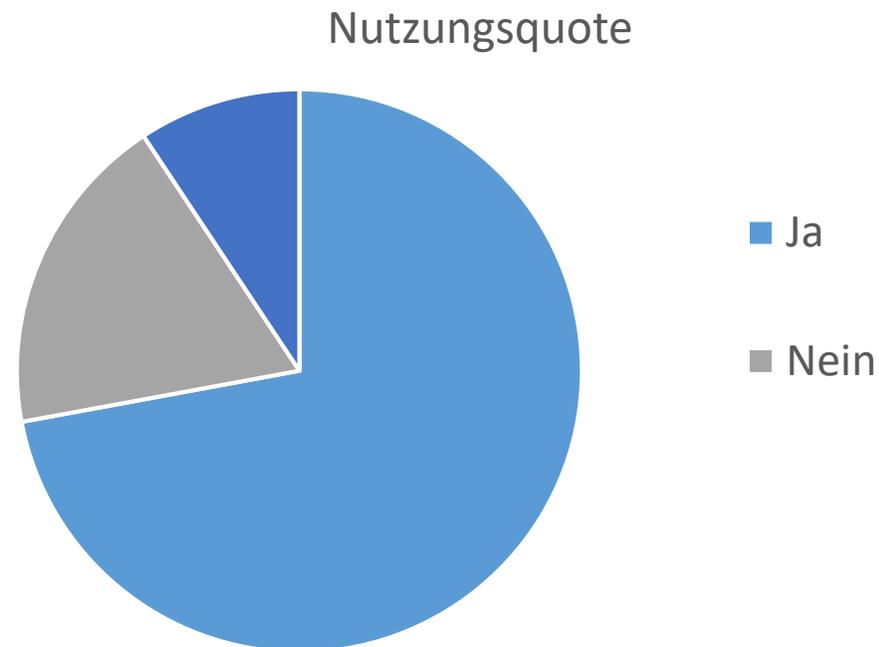
*„Wird bei Ihnen im BBW eine Liste von Items benutzt, die sich größtenteils auch in der ICF wiederfinden lassen?“*

**N= 45\***

Ja= 33 (73,3%)

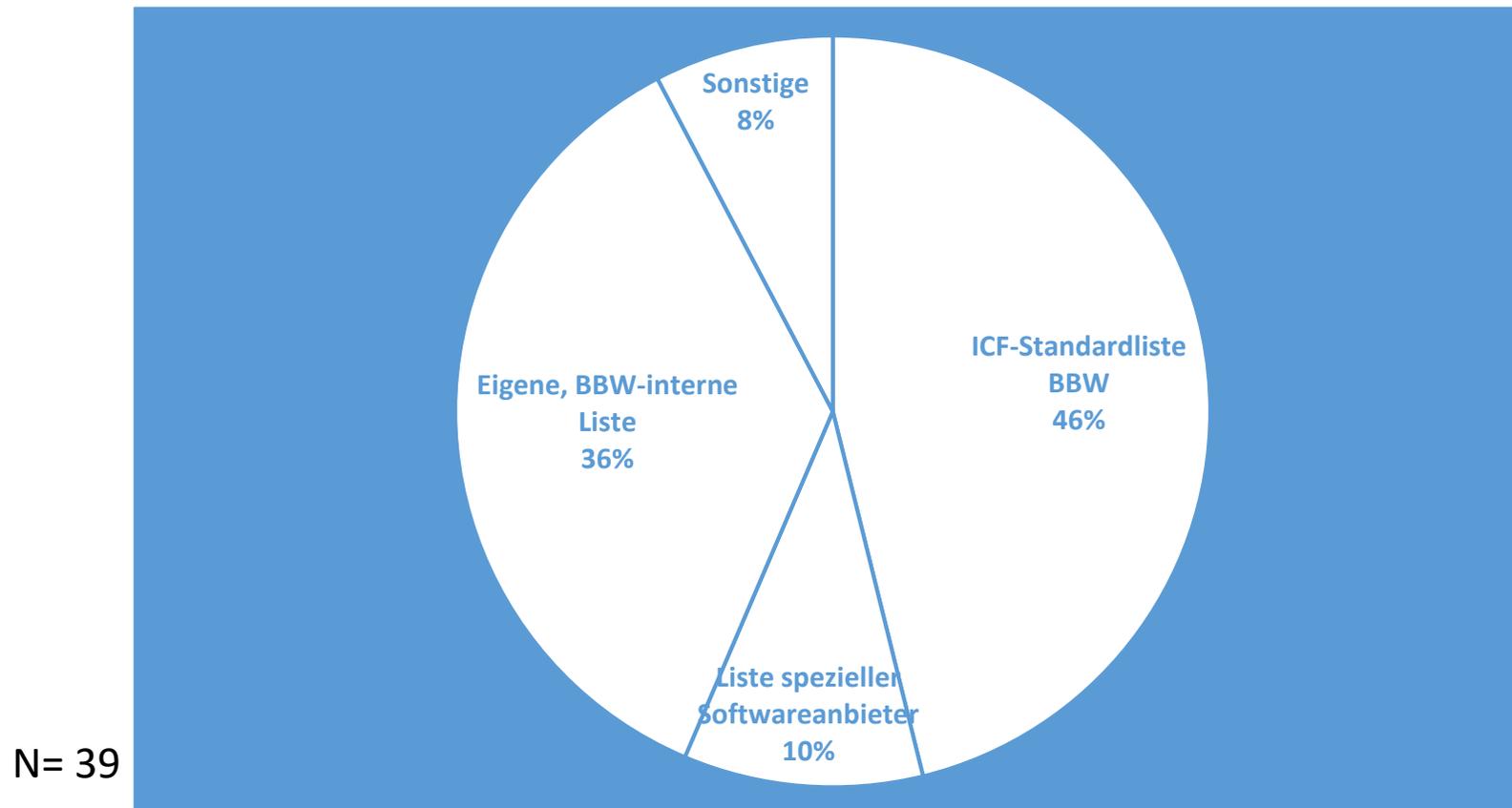
Nein= 8 (17,7%)

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

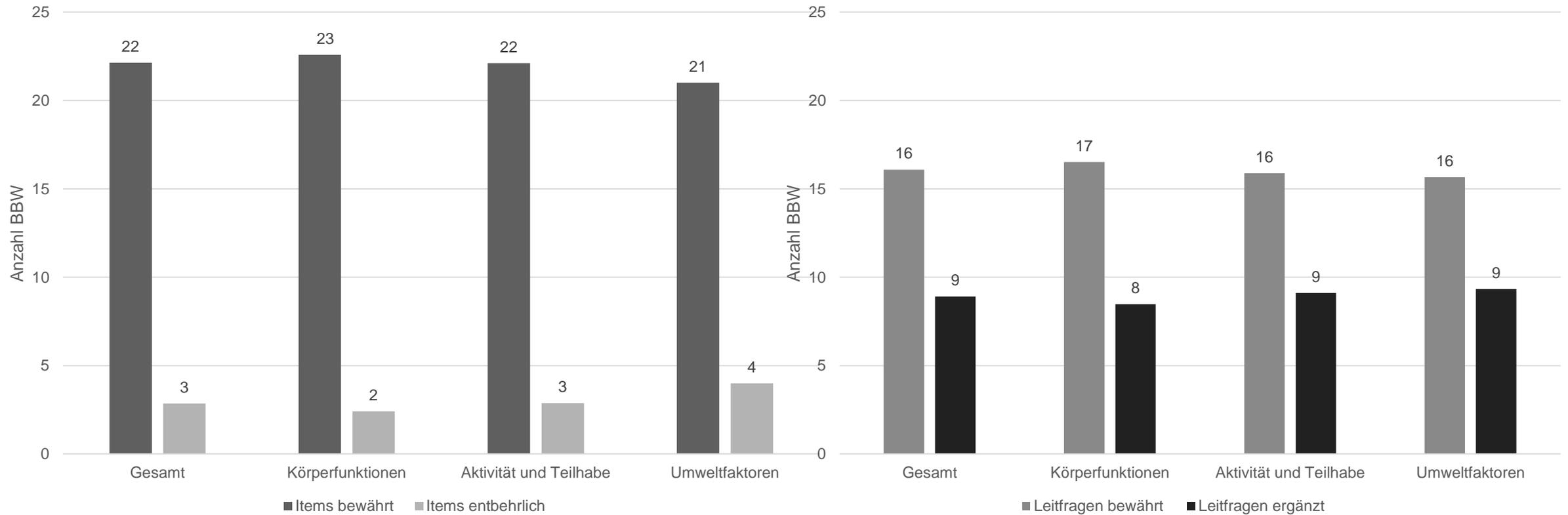
N= 42

## 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??

	<b>bewährt</b>	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%)

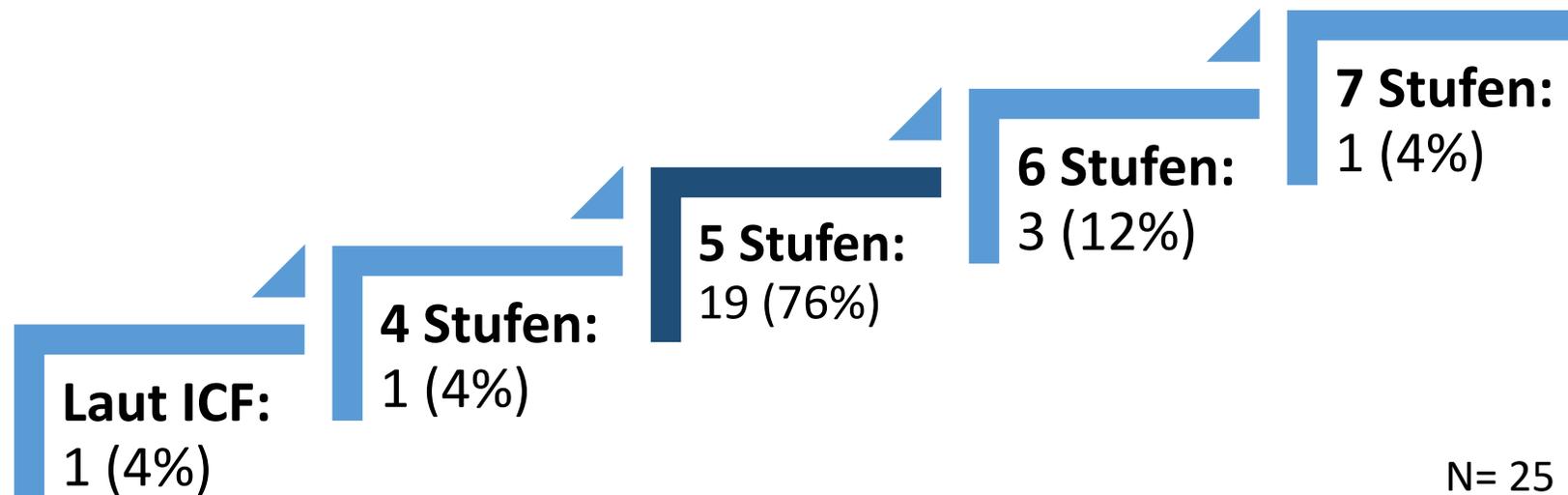
N= 42

#### 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



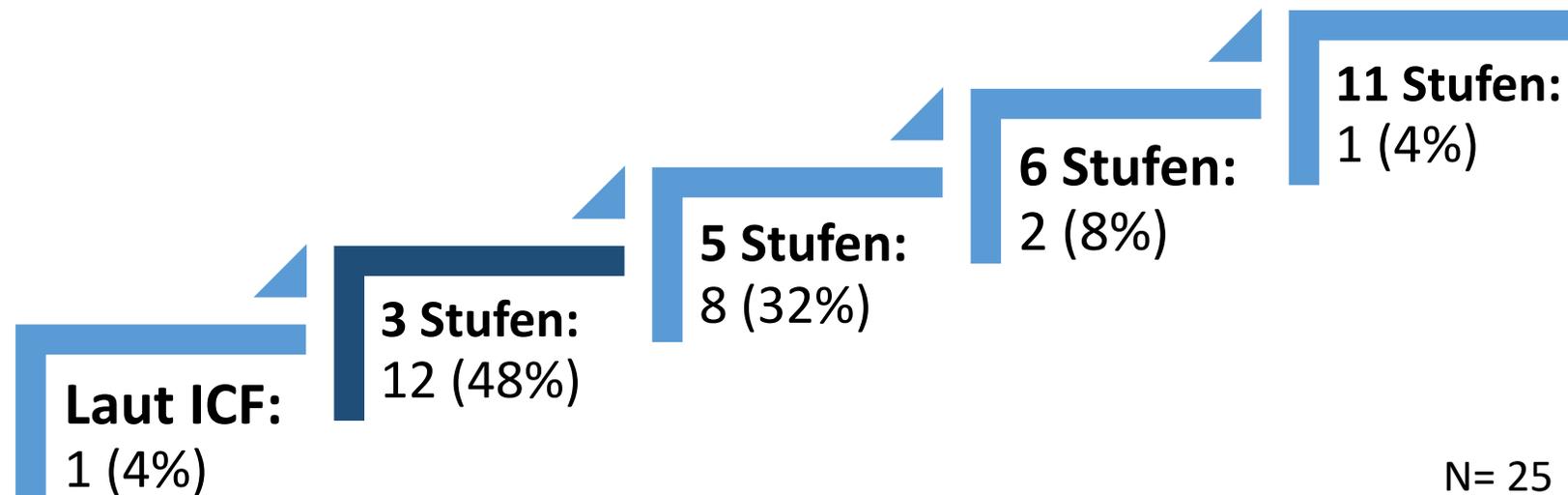
# 2.5 Bewertungsskala

N= 25

Kleinsten Wert/ Schweregrad	Größten Wert/ Schweregrad
++	--
0	-4
<b>(36%)</b>	1
0 (keine Beeinträchtigung)	4
1	<b>(28%)</b>
<b>(32%)</b>	4 (vollständige Beeinträchtigung)
1 (kein Rehabedarf)	4 /massive Einschränkungen
1 /keine Einschränkungen	4, 8, 9
1 (ausgeprägte Ressource	5
1/Ressource	<b>(20%)</b>
5	5 (bes. hoher Rehabedarf)
A vollständige Einschränkung	5 (vollständige Einschränkung/ Beeinträchtigung)
	5 /Merkmal nicht vorhanden
	6
	8
	<b>(8%)</b>
	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 <b>(32%)</b>	+ (Förderfaktor)
-4 <b>(8%)</b>	+1 <b>(32%)</b>
+1	+4 <b>(8%)</b>
0	1
1 <b>(20%)</b>	3
1 (keine Barriere	4
1 (für Erreichung des Teilhabeziels förderlich)	5 <b>(8%)</b>
1/ Ressource	5 (hohe Barriere)
5	5 (für die Erreichung des Teilhabeziels 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

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



1: sehr negativ

2: negativ

3: neutral

4: positiv

5: sehr positiv

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!



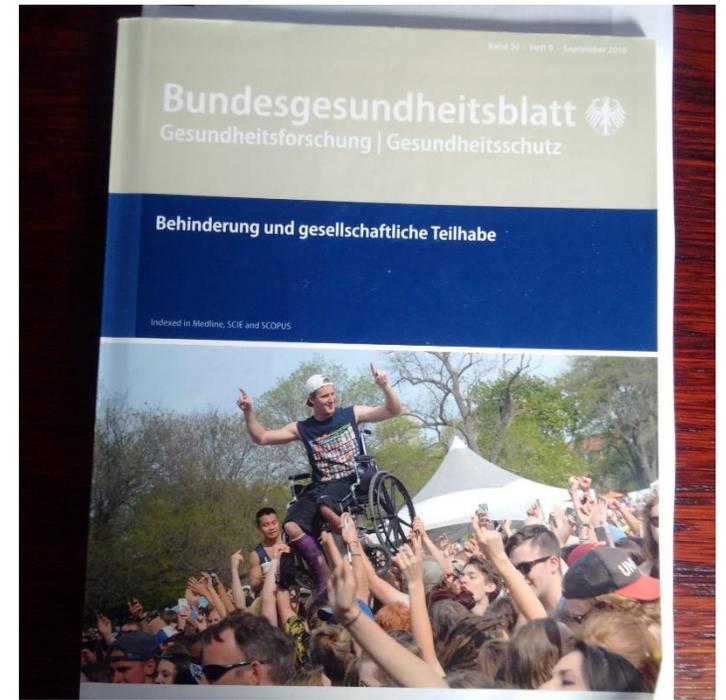
# Ausblick II



- 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)**