

ICF-orientierte Bedarfsermittlung als Ausgangspunkt von Wirkungsmessung

Matthias Schmidt-Ohlemann

Expert*innen-Gespräch –Wirkung und Wirksamkeit im BTHG

Montag, den 27. August 2018

**Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung
und Bundesverband evangelische Behindertenhilfe**

Instrumente zur Ermittlung des Rehabedarfes (§ 13 SGB IX neu) 1

- (1) Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die Instrumente sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 entsprechen.**
- Die unmittelbare Anwendung der ICF ist nicht zwingend, der neue Behinderungsbegriff auf der Basis des biopsychosozialen Modells ist aber zu beachten**
 - Ein Fehlgebrauch der ICF im Sinne der Ansammlung einzelner Items statt einer umfassenden Betrachtung unter Beachtung des vollständigen bio-psycho-sozialen Modells der WHO ist zu befürchten.**
 - Der sozialen Wirklichkeit kann nur in einem diskursiven Verfahren Rechnung getragen werden (vgl. DVfR 2017)**

Instrumente zur Ermittlung des Rehabedarfes (§ 13 SGB IX neu) 2

- (2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,**
- 1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,**
 - 2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,**
 - 3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und**
 - 4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.**
- Diese Bestimmungen sind für das gesamte Bedarfsfeststellungsverfahren bindend.**
- Dies gilt auch für die Begutachtung.**
- Daraus folgt ein Rechtsanspruch des Betroffenen auf eine Beurteilung, die sämtliche Schritte nach Abs. 2 umfasst.**
- Daraus folgt ein Rechtsanspruch auf angemessene Berücksichtigung der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Unterstützungsbedarfes**

ICF : Behinderung im Rahmen des biopsychosozialen Modells neu denken!

ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001

deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit,

Klassifikation der funktionalen Gesundheit und ihrer Beeinträchtigungen.

Sie gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten „Familie“ von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit und ergänzt insbesondere die Klassifikation der Krankheiten (ICD).

Ihr liegt das bio-psycho-soziale Modell der WHO zugrunde.

DIE ICF: Modell und Klassifikation

Bei der Beurteilung der Bedeutung der ICF für die Bedarfsermittlung, die Teilhabe/Gesamtplanung und die Wirkung und Wirksamkeitsanalyse sind deutlich zu unterscheiden:

- 1. Die ICF als biopsychosoziales Modell**
- 2. Die ICF als Klassifikation mit 1424 Items (ohne personbezogene Faktoren)**

Während das biopsychosoziale Modell in seiner Bedeutung und Anwendung als breit akzeptiert werden kann, ist die Bedeutung der ICF als Klassifikation und insbesondere ihre Anwendung in den verschiedenen Kontexten durchaus strittig.

Das bio-psycho-soziale Modell der WHO: ICF

Die ICF beruht auf einem biopsychosozialen Modell, das Behinderung als Beeinträchtigungen von

- Strukturen des Körpers
- Funktionen des Körpers
- Aktivitäten des Menschen
- Teilhabe des Menschen am Leben der Gesellschaft

durch Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren auf der Basis der realen Lebensverhältnisse abbilden kann.

Das biopsychosoziale Modell (konkretisiert als ICF) folgt einem handlungstheoretischen Modell, das das handelnde Subjekt in den Vordergrund stellt.

Sie erlangt als Modell in der Rehabilitation und Teilhabeförderung enorme Bedeutung. Dies gilt insbesondere für die Bedarfsermittlung für die Teilhabe- und die Gesamtplanung.

Als Klassifikation im engen Sinne spielt die ICF hingegen bislang keine wesentliche Rolle. Sie ist als Operationalisierung des Modells anzusehen. Es besteht die Gefahr eines Fehlgebrauches als Assessment- oder quantifizierbares „Pseudomessinstrument“

Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



ICF: Behinderung und funktionale Gesundheit

Eine Person gilt nach der ICF als funktional gesund (nicht behindert), wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen

(Konzepte der Körperfunktionen und –strukturen),

2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICD) erwartet wird

(Konzept der Aktivitäten), und

3. sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird

(Konzept der Teilhabe).

Körperfunktionen und der Körperstrukturen

Die Konzepte der Körperfunktionen und der Körperstrukturen befassen sich mit Aspekten des menschlichen Organismus.

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

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

Eine Schädigung ist eine Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder Körperstruktur, z.B. im Sinne einer wesentlichen Abweichung oder eines Verlustes.

Klassifikation der Körperstrukturen

1: Strukturen des Nervensystems

2: Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen

3: Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind

4: Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems

5: Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen

6: Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen

7: Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen

8: Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Klassifikation der Körperfunktionen

1. **Mentale Funktionen**
2. **Funktionen der Sinnesorgane und Schmerz**
3. **Funktionen des Stimm- und Sprechapparates**
4. **Funktionen des kardiovaskulären, des hämatologischen, des Immun- und des Atmungssystems**
5. **Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems**
6. **Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion**
7. **Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen**
8. **Funktionen der Haut und Hautanhangsgebilde**

ICF: Konzepte der Aktivitäten und der Teilhabe

Mit den Konzepten der Aktivitäten und der Teilhabe wird die rein medizinische Betrachtungsweise (funktionale Aspekte des menschlichen Organismus) verlassen und der Blick auf das Individuum als handelndes Subjekt sowie auf das Individuum in seiner Daseinsentfaltung in Gesellschaft und Umwelt gerichtet.

Das Konzept der Aktivitäten basiert auf den Grundgedanken der Handlungstheorie.

Das Konzept der Aktivitäten ist für die Rehabilitation und die Beurteilung der funktionalen Gesundheit besonders wichtig.

Der zentrale Begriff beider Konzepte ist der des Lebensbereichs.

Aktivitätskonzept

Aktivitäten können nach der ICF unter zwei Gesichtspunkten betrachtet werden:

Leistungsfähigkeit (capacity): Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau einer Person in einem (ein- oder mehrelementigen) Lebensbereich unter Testbedingungen oder hypothetischen Bedingungen wie Standard-, „Ideal-“, bzw. „Optimal“-Bedingungen).

Leistung (performance): Eine Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Handlung oder Aufgabe in einem Lebensbereich unter realen Lebensbedingungen, insbesondere unter den gegenwärtigen Alltagsbedingungen der Person mit ihren bestehenden Förderfaktoren und Barrieren.

Beide Konstrukte können jeweils mit Assistenz und Hilfsmitteln oder ohne diese bestimmt werden.

Hauptkapitel der ICF: Aktivitäten und Teilhabe:

- 1. Lernen und Wissensanwendung** (z.B. Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, Elementares Lernen, Wissensanwendung)
- 2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** (z.B. Aufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
- 3. Kommunikation** (z.B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
- 4. Mobilität** (z.B. Die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, Gehen und sich fortbewegen, Sich mit Transportmitteln fortbewegen)
- 5. Selbstversorgung** (z.B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, Auf seine Gesundheit achten)
- 6. Häusliches Leben** (z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten), Haushaltsaufgaben), Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
- 7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (z.B. Allgemeine interpersonelle Interaktionen, Besondere interpersonelle Beziehungen)
- 8. Bedeutende Lebensbereiche** (z.B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Wirtschaftliches Leben)
- 9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben** (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Teilhabe

- **Teilhabe wird definiert als Einbezogenheit in eine Lebenssituation.**
 - **Teilhabe meint im umfassenden Sinne die Möglichkeit des Individuums, in der Gesellschaft als deren Teil und als Subjekt zu handeln, d.h. die ihm wichtigen und von seinem Umfeld erwarteten Rollen, Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten in einer Gesellschaft auszuüben bzw. dazu befähigt und in die Lage versetzt zu sein.**
 - **Dazu gehört auch das Gefühl, d.h. die subjektive Realisierung, tatsächlich einbezogen zu sein („enhanced sense of belonging“)**
 - **Teilhabe kann ein Mensch dann, wenn er zu solchen Aktivitäten befähigt ist, die er sich auf der Basis der eigenen Lebensgeschichte und unter je konkreten Lebensbedingungen in seinem persönlichen Lebensführungskonzept konkret vorstellen und mehr oder weniger praktisch umsetzen kann, und zwar in den verschiedenen Situationen der Lebenswelt, so z. B. bei der unmittelbaren Lebensführung und Selbstversorgung, in der Wohnung, in der Familie, in Schule und Beruf und heute ganz wesentlich in den virtuellen Sozialen Netzwerken, dem Internet und der Welt der medial vermittelten Aktivitäten.**
 - **Diese Fähigkeiten zur Teilhabe (und das dazu in die Lage versetzt sein) sind in allen Lebensbereichen zu entwickeln.**
 - **Dabei bedarf es eines eigenen und im Falle erworbener Schädigungen eines neuen Konzeptes der Lebensführung.**
 - **Teilhabe ist ein salutogenetischer Faktor**
 - **Teilhabe impliziert Selbstbestimmung**
- ➔ **Jeder Mensch kann teilhaben, unabhängig von der Schwere seiner Beeinträchtigungen!**
- ➔ **Teilhabechancen sind nicht an Selbstständigkeit gebunden.**
- ➔ **Die ICF als handlungstheoretisches Konstrukt bildet Teilhabe in ihrer subjektiven Dimension nicht zureichend ab.**

ICF: Kontextfaktoren

Die Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrundes einer Person werden in der ICF Kontextfaktoren genannt. Kontextfaktoren bestehen aus

Umweltfaktoren

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Umweltfaktoren sind in der ICF klassifiziert.

personbezogenen (oder persönlichen) Faktoren

Personbezogene Faktoren sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute) und umfassen Gegebenheiten des Individuums, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind.

Personbezogene Faktoren sind in der ICF nicht offiziell klassifiziert. Es liegt jedoch ein Klassifizierungsvorschlag einer deutschen Arbeitsgruppe dazu vor.

Personbezogene Faktoren sind bei der individuellen Beurteilung stets als modifizierende Faktoren einzubeziehen und sind in der Regel erst im Rahmen eines hermeneutischen Vorgehens im Rahmen eines kommunikativen Prozesses zu identifizieren. Sie erschließen sich dem Gegenüber oft nicht unmittelbar und ihre Beschreibung setzt Deutungsprozesse voraus.

Kapitel der Umweltfaktoren

- 1. Produkte und Technologien**
- 2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt**
- 3. Unterstützung und Beziehungen**
- 4. Einstellungen (einschließlich Werte und Überzeugungen) in der Gesellschaft**
- 5: Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze**

ICF: Förderfaktoren und Barrieren

Förderfaktoren: vorhanden oder fehlend

ermöglichen oder fördern Körperfunktionen (auch bei Strukturschäden)

ermöglichen oder fördern Aktivitäten

ermöglichen oder fördern Teilhabe

Barrieren: vorhanden oder fehlend

erschweren oder verhindern Körperfunktionen

erschweren oder verhindern Aktivitäten

erschweren oder verhindern Teilhabe

Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Biopsychosoziales Modell (ICF) und Teilhabe (Behrens et al. 2013)

Bei mittlerer Beeinträchtigung der Funktion können die Aktivitäten stärker und die Teilhabe sehr stark beeinträchtigt sein.

Funktion 0/.....X...../10
Aktivitäten 0/.....X...../10
Teilhabe 0/.....X.. /10
(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0-10)

Bei gleicher Beeinträchtigung der Funktionen können die Aktivitäten weniger stark beeinträchtigt und die Teilhabe in sehr hohem Umfang möglich sein . [1]

Funktion 0/.....X...../10
Aktivitäten 0/.....X...../10
Teilhabe 0/...X...../10
(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0-10)

[1] Zudem kann die Fähigkeit zur Teilhabe von der praktizierten Teilhabe abweichen. Die ICF kennt dafür den Unterschied zwischen Capacity und Performance und zur Beschreibung und Erklärung der Unterschiede in der Beeinträchtigung der Teilhabe die Methode der systematischen Variation der Kontextfaktoren.

Was kann die ICF leisten und was nicht?

- Sie stellt eine gemeinsame Sprache zur Beschreibung von Handlungen und ihren Bedingungen aus dem alltäglichen, „normalen“ Leben dar, sowohl für multiprofessionelle Teams, als auch für die Betroffenen. Das ist u.a. deshalb sinnvoll, da man über das Normale, das Alltägliche als Selbstverständliches, immer schon Vorausgesetztes nicht ohne weiteres spricht und sprechen kann.
- Sie dient als erklärendes Modell für Behinderung als Resultat komplexer Wechselbeziehungen
- Sie kann als Grundlage für Interventionen dienen: Problembeschreibung – Zieldefinition - Intervention – Beurteilung der Wirkung /Wirksamkeit von Interventionen
- Gestattet die systematische Differenzierung zwischen Leistungsfähigkeit und Leistung sowie die Beurteilung von Sachverhalten einschl. der Wirkung von Kontextfaktoren.

Aber:

- Sie beschreibt keine Gefühle, Qualitäten für die Betroffenen (gefällt mit, will ich etc.), insbesondere nicht im Hinblick auf Beziehungen und nicht die Lebensqualität oder Lebenszufriedenheit.
 - Sie beschreibt insofern nur Grundbefähigungen zur Lebensführung im Sinne des Capability approach (Sen und Nussbaum)
 - D.h. sie erlaubt keine Bewertungen im Hinblick auf die subjektive Relevanz und Qualität von beschriebenen Lebensvollzügen.
- ➔ Insofern ist die ICF nur ein Hilfsinstrument zum Verständnis, Analyse und zur Gestaltung von Diskursen zur Lebensgestaltung, nicht jedoch ein Bewertungsinstrument.
- ➔ Sie strukturiert die Zieldefinition, kann sie aber aus sich nicht generieren.

Aufbau der ICF als Klassifikation

- Die Klassifikation besteht aus 2 Teilen: Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie den Kontextfaktoren.
- Jeder Teil hat jeweils 2 Komponenten: Körperstrukturen und -funktionen und Lebensbereiche mit Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren
- Die Domänen sind die jeweils einzelnen Bereiche der Klassifikation
 - Körperstrukturen und deren Schädigung
 - Körperfunktionen und deren Schädigung
 - Aktivitäten und deren Beeinträchtigung
 - Partizipation/Teilhabe und deren Beeinträchtigung
 - Umweltfaktoren (deren Vorhandensein als Förderfaktoren oder als Barrieren)
 - Personbezogene Faktoren (nicht klassifiziert oder spezifiziert)
- Kategorien (Konstrukte)
 - Code = 3 stellig, sog. Kurzversion
 - Code = 4 stellig, sog. Vollversion
 - Code = 5 stellig mit Beurteilungsmerkmal Größe des Problems
 - Code = 6 – x stellig mit Beurteilungsmerkmalen je nach Komponente, z.B.
 - Leistung und Leistungsfähigkeit
 - Lokalisation
 - Mit/ohne Assistenz/techn. Hilfe
 - Mit KF

Beurteilungsmerkmale für Items (Ebene der Einzel-Codes)

Die ICF als Klassifikation kennt folgende Beurteilungsmerkmale:

1. **Ausmaß oder Größe des Problems bei der Ausführung der beschriebenen Handlung (gilt für alle Komponenten)**

0 = nicht vorhanden = 0-4%,

1 = leicht vorhanden = 5-24%,

2 = mäßig vorhanden = 25-49%,

3 = erheblich vorhanden = 50-95%

4 = voll vorhanden = 96-100%

➔ Merkmale sind nur ordinalskaliert, keine rangskaliert.

2. **Leistung und Leistungsfähigkeit (f. die Komponenten Aktivitäten und Teilhabe)**

1. **Leistung = tatsächliche Handlung im vorhandenen Kontext**

2. **Leistungsfähigkeit = Fähigkeiten des Individuums in standardisierter Umwelt**

1. **Ohne Assistenz**

2. **Mit Assistenz**

3. **Ohne technische Hilfen**

4. **Mit technischen Hilfen**

diese können jeweils in den genannten 4 Stufen beeinträchtigt sein.

d510 Sich waschen

Den ganzen Körper oder Körperteile zu waschen und abzutrocknen unter Verwendung von Wasser sowie geeigneten Reinigungs- und Abtrockenmaterialien und -methoden, wie baden, duschen, Hände und Füße, Gesicht und Haare waschen; mit einem Handtuch abtrocknen

Inkl: Den ganzen Körper oder Körperteile waschen; sich abtrocknen

Exkl: Körperteile pflegen (d520); die Toilette benutzen (d530)

Die ICF: BPS-Modell und Klassifikation

Das Verhältnis der beiden Komponenten der ICF lässt sich folgendermaßen beschreiben:

Die Klassifikation stellt eine Operationalisierung und Konkretisierung des biopsychosozialen Modells dar. Sie dient insbesondere :

- 1. Als Erläuterung der Dimensionen des Modells**
- 2. Als heuristische Grundlage und Hilfestellung zur Beschreibung der Dimensionen im Einzelfall, insbesondere im Hinblick auf Präzisierung und eine (gewisse) Vollständigkeit**
- 3. Als Konkretisierung und Gliederung der Diskurse im Rahmen der Rehabilitation im Team**
- 4. Zur Standardisierung der Dokumentation und Gliederung**
- 5. Optional zur Unterstützung empirischer Forschung und Sicherung der Vergleichbarkeit von Ergebnissen**

Sie ist kein Assessmentsinstrument, da ihr dazu wichtige Eigenschaften fehlen.

Auch die Klassifikation ist ein qualitatives Instrument, das für eine quantifizierende Betrachtung nicht geeignet ist, also kein metrisches Instrument.

Sie kann deshalb nicht für eine quantifizierende Wirkungsanalyse genutzt werden.

Wirkung - Definitionen

Wirkung = Effekt: Ursächlich auf eine Intervention zurückführbare Differenz eines Zustands im Vergleich zu einem unbeeinflussten Zustand.

Wirksamkeit = Effektivität / efficacy : Ausmass der durch das Programm, das Projekt oder einen anderen Gegenstand intendierten Wirkungen, die auch eintreten.

Wirkungskette:

Input: Ressourcen (Mittel), egal in welcher Form, die zur Realisierung einer Strategie, eines Programms, Projekts oder eines anderen Gegenstands eingesetzt werden.

Prozess: Verknüpfung von Aktivitäten und Ereignissen im Zusammenhang mit der Realisierung einer Strategie, eines Programms, Projekts oder eines anderen Gegenstands.

Output: Leistungen und Produkte, die durch eine Strategie, ein Programm, Projekt oder einen anderen Gegenstand unmittelbar erbracht oder erstellt werden und die sich an die Adressatinnen und Adressaten richten.

Outcome: Veränderungen, die bei den direkten Adressatinnen und Adressaten einer Strategie, eines Programms, Projekts oder eines anderen Gegenstands (unmittelbar) eintreten.

Impact: Veränderungen, die durch die Strategie, das Programm, Projekt oder einen anderen Gegenstand verursacht, bei Personen, Gruppen, Organisationen oder anderen Objekten jenseits der direkten Adressatinnen und Adressaten eintreten

(Nach: Evaluationsglossar des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz (BAG). Thomas Widmer, Herbert Brunold, 16. Oktober 2017.pdf)

Wirkung

1. Beschreibung eines Zustandes: Schädigung/Beeinträchtigung
2. Operationalisierte Beschreibung der Variable
3. Bestimmung eines Zieles (Erhaltung, Veränderung, Stabilisierung)
3. Beschreibung e. Änderung der Variable (in der Zeit)
 - spontan oder durch Kontextfaktoren (oft unbestimmt)
 - durch Intervention (genaue Beschreibung)
4. Erneute operationalisierte Beschreibung
5. Delta aus 2 und 4 = Ergebnis
6. Kausale Wirkung?

Eine Wirkung kann nur individuumbezogen festgestellt werden

Eine Intervention muss umfassend beschrieben sein.

Um zu klären, ob die Intervention in einem kausalen Verhältnis zur Merkmalsänderung steht, ist ein reflektierender und interpretierender Diskurs erforderlich.

Variable können alle Dimensionen der ICF betreffen:

- **Eigenschaften des Individuums (z.B. Leistungsfähigkeit für X). Hier: v. a. Strukturen und Funktionen**
- **Handlungen/ Handlungsoptionen des Individuums. Hier: v.a. Aktivitäten**
- **Settings und Kontextfaktoren. Hier: v.a. Teilhabe**

Ziele

- Es werden individuelle Ziele definiert.
 - Es werden Maßnahmen/Leistungen zu deren Erreichung ausgewählt
 - Deren Erreichungsgrad wird dokumentiert
 - Maßnahmen werden angepasst.
- ➔ Das Ganze ist ein diskursiver, kommunikativer Prozess

Die Ziele sind im Hinblick auf die Behinderung analog der ICF zu definieren, d.h. auf der

- Strukturebene
- Funktionsebene
- Aktivitätsebene
- Partizipationsebene (Teilhabe)
- Jeweils unter Bedingungen der Kontextfaktoren, deren Änderung Zielerreichung möglich machen kann

Sie müssen durch einzelne Instrumente im Hinblick auf Teilaspekte operationalisiert werden. Damit wird in der Regel keine quantifizierbare Messbarkeit erreicht, jedoch eine abgestufte Beurteilbarkeit.

Ein umfassendes Instrument zur Messung der Teilhabe gibt es weltweit nicht und wird es auch nicht geben können.

Assessmentinstrumente können verschiedene Skalenniveaus nutzen. Ein Intervallskalenniveau wird selten erreicht.

Die ICF als biopsychosoziales Modell für Behandlung, Rehabilitations- und Teilhabeplanung: Ziele

- **Behandlung = Therapie von Krankheiten (Krankenbehandlung)**
- **Med. Rehabilitation: In der Regel vorrangig auf Strukturen und Funktionen bezogen, allerdings auch zur Förderung Teilhabe am Arbeits- und sozialen Leben**
- **Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben**
- **Förderung der Bildung**
- **Förderung der sozialen Teilhabe**

Da die Bedarfsermittlung umfassend zu sein hat, sind alle og. möglichen Zieldimensionen zu berücksichtigen .

Das ergibt sich bereits aus den Dömänen der !CF! : Struktur, Funktion, Aktivität, Teilhabe und Kontextfaktoren.

- ➔ **Auch bei der Gesamtplanung sind alle Komponenten zu berücksichtigen.**
- ➔ **Auch ein Bedarf außerhalb der Sozialen Teilhabe ist zu ermitteln, ggf. führt dies zu enem Teilhabeplan.**
- ➔ **In jedem Falle ist zu ermitteln, was im Rahmen der Förderung der sozialen Teilhabe zu tun ist, damit Behandlung oder andere Teilhabeleistungen, z. B. med.Reha etc. bedarfsgerecht stattfinden können.**

Strategien der Teilhabesicherung unter Nutzung des biopsychosozialen Modells (ICF)

1. Schritt: Beschreibung der Schädigungen (Struktur und Funktion)
2. Schritt: Beschreibung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe als
 1. Leistung (unter gegebenen Kontextfaktoren)
 2. Leistungsfähigkeit (Variation der Kontextfaktoren)
3. Schritt: Beschreibung der gewünschten Ziele auf allen Ebenen:
 1. Struktur
 2. Funktion
 3. Aktivität
 4. Teilhabe
 5. Kontextfaktoren
4. Schritt: Beschreibung der zur Erreichung notwendigen Leistungen:
Behandlung/Therapie und/oder Med. Rehabilitation und/oder berufliche Rehabilitation und/oder Eingliederungshilfe und/oder Pflege und/oder familiäre Hilfe und/oder Eigeninitiative und/oder Heimangebot

ICF: Gesundheit und Behinderung – ein Beispiel

Frau H. ist aufgrund einer Schädigung (Rückenmark) mit der Funktionsstörung der Beine (Lähmung bd. Beine) im Gehen stark eingeschränkt (erhebliche Aktivitätseinschränkung des Gehens) und möchte selbst bei der Post ein Paket aufgeben (Wunsch nach Teilhabe am üblichen Alltagsleben), wozu sie physisch und psychisch in der Lage ist (keine Einschränkung der Aktivität „ein Paket bei der Post aufgeben können“).

Sie verfügt über einen Rollstuhl (Rollstuhl als Kontextfaktor) und kann damit allein zur Post fahren (keine Aktivitätseinschränkung in der Mobilität mit Hilfsmittel, Kontextfaktor „Rollstuhl“ wirkt sich positiv aus= Förderfaktor).

Dort angekommen trifft sie auf eine für sie unüberwindbare Treppe, die zur Schalterhalle führt (Treppe als Barriere). Ein Aufzug für Rollstuhlfahrer ist nicht vorhanden (Aufzug als Förderfaktor fehlt).

Diese Gegebenheit ihrer Welt lässt nicht zu, dass sie selbst das Paket aufgibt. Wäre das Postamt barrierefrei, hätte sie keine Probleme mit der Aufgabe des Paketes.

➔ „Behindert ist man nicht. Behindert wird man.“

Teilhabesicherung unter Nutzung des biopsychosozialen Modells (ICF) 1

1. Schädigung einer Struktur (Rückenmark): (Teil)Lähmung der Beine

→ Ziel: Beseitigung der Schädigung, sofern Reversibilität gegeben ist: Behandlung!

2. Schädigung der Funktion: Bewegen der Beine beim Gehen:

→ Ziel: Verbesserung durch Training vorhandener Restfunktionen (sofern vorhanden), Versorgung mit Orthesen (FF), Unterarmstützen (FF) und Gehtraining: Behandlung/Üben im Alltag (Assistenz)

3. Beeinträchtigung des Gehens im Alltag (von A nach B kommen: Aktivität):

→ Ziel: Verbesserung des Gehens in Alltagssituationen, um ein Ziel zu erreichen oder Versorgung mit einem Rollstuhl (FF), um von A nach B zu kommen (einschl. Gebrauchsschulung) : Behandlung/Rehabilitation/ Üben im Alltag (Assistenz)

4. Beeinträchtigung der Mobilität (Aktivität) in der Wohnung: Türen, Teppiche, Bad, Küche (Barrieren)

→ Ziel: Schaffung eines barrierefreien Wohnumfeldes. (FF)
Rehabilitation/Pflege/Wohnungsgestaltung (Assistenz)

Teilhabesicherung unter Nutzung des biopsychosozialen Modells (ICF) 2

5. Beeinträchtigung der Selbstversorgung (Aktivität), z. B. Transfer zur Toilette

➔ Ziel: Verbesserung und Training des Transfers, ggf. mit zusätzlichen Hilfsmitteln (FF): Behandlung/Rehabilitation/Pflege/Assistenz

6. Beeinträchtigung der Mobilität außer Haus (Aktivität): Bordsteine, Anstiege

➔ Ziel: Verbesserung der Mobilität d. Training, evtl. Zusatzantrieb (FF: Förderfaktor). Behandlung/Rehabilitation/Übung/Assistenz

7. Beeinträchtigung der Mobilität außer Haus (Teilhabe): Motivation fehlt, Situation peinlich, Ängste (Personbez. Barriere)

➔ Ziel: Ermöglichung der Außer-haus-Mobilität durch Zuspruch, Bewältigung, Ermutigung, Begleitung (FF): Rehabilitation, Assistenz

8. Beeinträchtigung der Teilhabe: Kommt nicht in das Gemeindezentrum zu Veranstaltungen (B: Barriere)

➔ Ziel: Erreichen der Veranstaltungen: Persönliche Assistenz hilft (FF)

9. Beeinträchtigung der Teilhabe: Kann Paket nicht aufgeben: Barrieren.

➔ Ziel: Paketaufgabe für Rollstuhlfahrer: Persönliche Assistenz (FF), Umbau der Post

- Beeinträchtigung der Mobilität außer Haus (Aktivität): Bordsteine, Anstiege
 - ➔ Rehabilitation: Training, evtl. Zusatzantrieb (FF: Förderfaktor)
- Beeinträchtigung der Mobilität außer Haus (Teilhabe): Motivation fehlt, Situation peinlich, Ängste (personbezogene Barriere)
 - ➔ Rehabilitation: Zuspruch, Bewältigung, Ermutigung, Begleitung (FF)
- Beeinträchtigung der Teilhabe: Kann Paket nicht aufgeben. Post = Barriere.
 - ➔ Rehabilitation: Persönliche Assistenz (FF), Umbau der Post

Wirkungsanalyse

- Besteht das Problem so, wie beschrieben?
- Das Problem soll vermindert werden: Ziel: Mehr aushäusige Mobilität?
- Maßnahme (n):
 - Körperfunktion: Rollstuhltraining
 - Aktivität: Angstabbau
 - Teilhabe: Barrieren beseitigen/Förderfaktoren bereitstellen
- Zielerreichung:
 - Art
 - Umfang
 - Bedeutung
- Intervenierende Faktoren
- Die Zieldefinition ist SMART nur unvollständig möglich.
- Damit erweist sich auch die Wirkungsanalyse als komplex.

Strategien der Teilhabesicherung und Leistungsrecht

Unter den möglichen Strategien zur Teilhabesicherung sind einige, die dem Leistungsrecht der Rehabilitation zugehören und im SGB IX verankert sind:

- 1. Medizinische Rehabilitation (erg. SGB V, VI, VII)**
- 2. Berufliche Rehabilitation (erg. SGB II, VI, VII)**
- 3. Soziale Rehabilitation/ Eingliederungshilfe (erg. SGB VII, VIII, XII)**
- 4. Teilhabe an Bildung (erg. SGB VII, VIII)**

Nicht der Rehabilitation und damit nicht dem SGB IX zugeordnet sind:

- 1. Pflege nach SGB XI**
 - 2. Behandlung/Therapie nach SGB V**
- Für den Zugang zu Leistungen der Rehabilitation bzw. zur Teilhabe wurde durch das BTHG der Zugang mittels Teilhabeplanung im Detail geregelt.**
- ➔ Dabei nimmt das biopsychosoziale Modell der ICF eine Schlüsselstellung ein.**

Nutzung der ICF-Klassifikation zur Wirkungsanalyse?

- **Es liegt nahe, die ICF als Klassifikation zur Wirkungsanalyse unmittelbar zu benutzen.**
- **Dazu könnte man einzelne Items selektieren und diese nach den Kriterien der ICF einschl. der Zusatzmerkmale charakterisieren.**
- **Strategien sind dazu:**
 - **Core-Set Bildung**
 - **Quantifizierung der Beurteilung auf der Basis der Klassifikationsvorschriften.**
- **Die ist methodisch nicht möglich und nicht zulässig:**
 - **Die ICF ist kein Assessmentinstrument.**
 - **Eine Vorauswahl von Items gefährdet die umfassende Bedarfsermittlung**

Prinzipien bzw. Gütekriterien von Klassifikationen

Als Prinzipien bzw. Gütekriterien von Klassifikationen gelten (mindestens) die folgenden Merkmale (vgl. Schnell; Hill; Esser 2005):

- ***Logische Begründung:*** Die Einteilung von Klassen ist theoretisch begründbar.
- ***Vollständigkeit:*** Für den zu klassifizierenden Bereich soll die Klassifikation umfassend erfolgen.
- ***Disjunktion:*** Die gewählten Kategorien sollen unabhängig voneinander sein und trennscharf abgegrenzt werden. Daraus folgt, dass Unterschiede zwischen den Kategorien größer sein sollen als Unterschiede innerhalb einer Kategorie und dass eine Überlappung möglichst zu vermeiden ist.
- ***Eindeutigkeit der Zuordnung:*** In der Anwendung soll klar erkennbar sein, welcher Kategorie jeweils eine Beobachtung zuzuordnen ist.

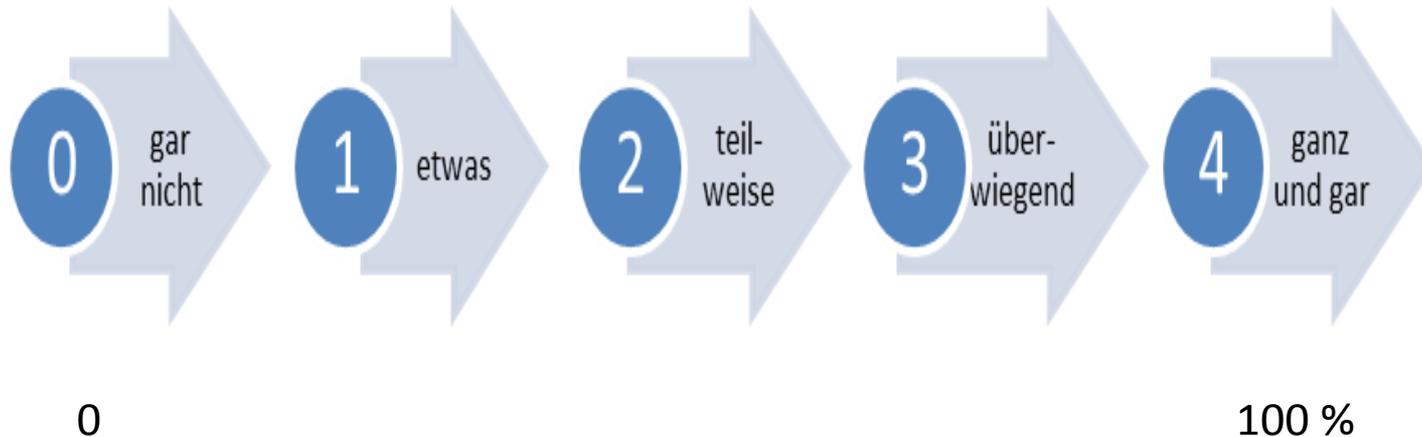
Einige Probleme der ICF als Klassifikation

- Unterscheidung Aktivität vs. Teilhabe nicht immer eindeutig möglich.
- Die Lebensbereiche stehen nicht disjunkt und gleichrangig nebeneinander: Die Bereiche 3 „Kommunikation“ und 7 „Interaktion“ sind z. B. so eng miteinander verknüpft, dass ihre Trennung nicht begründbar ist; ebenso wenig haltbar ist die Unterscheidung der Lebensbereiche 8 und 9 in „bedeutende“ und „weniger bedeutende“ Lebensbereiche.
- Die Systematik der Lebensbereiche ist nicht vollständig: Kognitive, physische und soziale Aktivitäten werden beschrieben, psychische Aktivitäten und Einschränkungen aber nur marginal.
- Eine Zuordnung von Aktivitäten und deren Einschränkung zu den Lebensbereichen ist nicht immer eindeutig möglich, sondern mehrfach ergeben sich Überschneidungen.
- Unterschiedliche Relevanz im Hinblick auf existentielle und wünschbare Leistungen
- Die Operationalisierung der Schwere ist schwierig und im Grunde nur als plausible Experteneinschätzung erhältlich.
- Die Bestimmung von Leistungsfähigkeit und Leistung sowie deren Differenz ist nur unter Berücksichtigung, d.h. Erfassung der Einflüsse unterschiedlicher Kontextfaktoren möglich.

Mögliches Skalieren der Zielerreichung: Die Likert-Skala

Sie verwendet Aussagen zu Sachverhalten, stellt also keine Darstellung des Sachverhaltes selbst dar. Ordinalskalenniveau

Die Zielerreichung wird in 5 Stufen beurteilt



in Prozentwerten ausgedrückt

ICF und Gesundheit und Krankheit

- **Da eine gesundheitliche Schädigung Voraussetzung für das Vorliegen einer Behinderung ist (§ 2 SGB IX), ist diese zu beschreiben.**
- **Dies geschieht in Form der Diagnose (ICD 10) und der Beschreibung der strukturellen und funktionellen Schädigungen (ICF). Bei exakter Diagnose kann meist auf die Beschreibung der Strukturen verzichtet werden.**
- **Sodann ist zu ermitteln, welche Auswirkungen diese Schädigungen auf die Teilhabe haben.**
- **Ferner können Krankheiten bestehen, die nicht ursächlich oder nicht bedeutsam für die Beeinträchtigung der Teilhabe im Sinne des Vorliegens einer Behinderung sind.**
- **Auch sie können Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe bewirken.**
- **Die Behandlung und die medizinische Rehabilitation selbst sind nicht Aufgabe der Leistungen zur sozialen Teilhabe.**
- **Jedoch gehören all die Aufgaben zur Eingliederungshilfe, die der Betroffene selbst im Zusammenhang der Gesundheitsleistungen erfüllen würde, wenn er daran nicht durch seine Behinderung gehindert wäre. (Vgl. § 78 SGB IX. ICF: d 570)**
- **Ferner können Leistungen zur Verbesserung von Funktionen auch Bestandteil der Leistungen zur sozialen Teilhabe sein, wenn diese notwendig und erfolgversprechend sind und die vorrangigen Leistungsträger ihre Leistungen ausgeschöpft haben oder nicht zuständig sind.**
- **Dabei sind ggf. auch fachliche Strategien aus der medizinischen Rehabilitation zu verwenden.**
- **Die Wirkungen guter Behandlung und med. Reha können die der sozialen Teilhabeleistungen oft übertreffen. Auf sie sollte nicht verzichtet werden. Intervention bedeutet hier: Erreichen einer sachgerechten medizinischen Versorgung und med. Rehabilitation.**

Fazit

- **Das biopsychosoziale Modell ist Grundlage auch der Beschreibung von Wirkungen. Wirkungen können in allen Domänen beschrieben werden.**
- **Wirkungen werden auf der individuellen Ebene beschrieben.**
- **Die Feststellung der Kausalität einer Wirkung im Hinblick auf die Intervention ist oft schwer herstellbar und gelingt oft nur näherungsweise.**
- **Das Ausbleiben einer Wirkung e. Intervention kann zahlreiche Ursachen haben, so dass daraus nicht immer die Folgerung gezogen werden kann, diese Intervention abubrechen.**
- **Zur Anwendung sollen allerdings nur grundsätzlich wirksame Strategien kommen (Qualität der Leistung).**
- **Die Wirkungsanalyse dient wesentlich der individuellen Überprüfung der Angemessenheit und der Fortschreibung des Gesamtplanes.**
- **Die Domänen der Strukturen, Funktionen, Aktivitäten und die Kontextfaktoren bedürfen der umfassenden Berücksichtigung auch bei der Gesamtplanung.**
- **Die ICF bedarf der Ergänzung durch Assessmentinstrumente.**
- **Die Qualität des Verfahrens der Bedarfsermittlung kann durch die Nutzung der ICF und das Bedarfserhebungsinstrument nur sehr bedingt sichergestellt werden: Entscheidend sind Kompetenz, Setting, Beteiligung und ausreichend Ressourcen sowie ein ausreichendes breites Leistungsangebot, aus dem der Betroffene auswählen kann.**
- **Das Insistieren auf der Komplexität und Vollständigkeit bei der ICF Orientierung schützt vor einer verkürzten Wirkungs- und Wirksamkeitsmessung.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Kontakt:

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Landesarzt für Körperbehinderte

Pestalozzistr. 5

55543 Bad Kreuznach

Matthias.Schmidt.Ohlemann@gmail.com

Anhang: Weitere Materialien zum Thema

Ziele: Gesundheit, Lebensqualität, Zufriedenheit und Maßnahmenerfolg

- Die Erreichung von Gesundheitszielen lässt sich partiell besser messen, z.B. durch die Messung von Therapiezielen.
- Die Messung der Lebensqualität und Zufriedenheit würde sich theoretisch anbieten, ist jedoch bislang methodisch nicht befriedigend gelungen. Regelmäßig werden sehr hohe Werte erreicht, die Ausdruck einer enormen Anpassungsfähigkeit darstellen, nicht aber einen Schluss auf die Lebensbedingungen und das, was möglich wäre.
- Erfahrungen aus der Evaluation geriatrischer Rehabilitation zeigen (Lübke 2016), dass sich Wirkungen hochkomplexer Interventionen, wie sie eine Rehamaßnahme darstellt, aus methodischen Gründen nicht mit Wahrscheinlichkeit nachweisen lassen.
- Deshalb sind summarische Wirksamkeitsuntersuchungen in der EH vermutlich nicht möglich.
- Dies schließt nicht aus, dass es auch für Einrichtungen und Dienste Zielvereinbarungen geben kann, deren Erreichung beschrieben werden kann.
- Diese sind vertraglich auszuhandeln. Ob dafür eine gesetzliche Grundlage besteht, ist zu prüfen.

Zum Konzept der Likert Skala

- Die methodische Überlegung ist folgende: Man interessiert sich für die Einstellung der Versuchsperson, ein bestimmtes Objekt betreffend. Alle dazugehörigen Items werden als strikt positive oder negative Aussagen formuliert. Der Likert-Skala liegt die Überlegung zu Grunde, dass die Versuchsperson die Aussage eines einzelnen Items umso mehr ablehnt, je weiter ihre Einstellung von der Formulierung des Items abweicht. In der Gesamtheit werden dann die Antworten auf den Grad der Einstellung abgebildet. Man erhofft sich durch diese Vorgehensweise eine methodisch haltbare Messung der Einstellung.
- In der konkreten Ausführung eines Fragebogens bilden die Antwortmöglichkeiten für ein Item den Grad der Zustimmung oder Ablehnung der befragten Person zur Aussage des Items ab. Die möglichen Antworten sind als natürliche Zahlen kodiert und aufsteigend angeordnet.
- Antworten auf die einzelnen Items einer Likert-Skala sind formal [ordinal](#)- beziehungsweise [rangskaliert](#) (und nicht kardinal), da nicht notwendigerweise angenommen werden kann, dass Testteilnehmer die verschiedenen Antwortmöglichkeiten als äquidistant wahrnehmen. Das Ergebnis für ein Likert-Skala-Item kann daher durch den [Median](#) oder [Modus](#) als Lageparameter zusammengefasst werden. Darüber, ob man auch den Mittelwert verwenden darf, gibt es unterschiedliche Auffassungen. Ist die Likert-Skala symmetrisch formuliert, sind die Werte quasimetrisch und können wie eine Intervallskala behandelt werden.
- Ziel bei der Konstruktion der Items und Antwortmöglichkeiten ist es, eine Annäherung an die Äquidistanzforderung (gleiche Abstände zwischen den Antwortstufen) zu erreichen. Die Antwortmöglichkeiten werden daher meist symmetrisch formuliert (stimme vollständig zu, stimme eher zu, lehne weder ab noch stimme zu, lehne eher ab, lehne vollständig ab). Zudem wird ggf. auch durch eine Abbildung einer Itemskala mit den eingezeichneten Antwortmöglichkeiten die Wahrnehmung einer äquidistanten Skala unterstützt.
- Die Summen der Likert-Items werden häufig als intervallskaliert verwendet. [\[2\]](#)

(aus: Wikipedia)

Zur Bildung von Indikatoren

Was ist bei der Bestimmung von Indikatoren zu beachten?

Indikatoren beantworten die Frage, wo genau man hinsehen muss, wenn man beurteilen will, ob die Ziele erreicht werden / die intendierten Wirkungen erreicht wurden.

Vier Punkte gilt es bei der Bestimmung von Indikatoren zu beachten:

1. Ziele und Indikatoren müssen sich auf die gleiche Wirkungsebene (Output, Outcome, Impact) beziehen.
2. Pro Ziel muss mindestens ein Indikator definiert werden.
3. Idealerweise sind quantitative und qualitative Indikatoren zu verwenden.
4. «Schlüsselindikatoren» (hohe Relevanz und Aussagekraft) sind zu kennzeichnen.

Strategien der Teilhabesicherung und Leistungsrecht

Unter den möglichen Strategien zur Teilhabesicherung sind einige, die dem Leistungsrecht der Rehabilitation zugehören und im SGB IX verankert sind:

- 1. Medizinische Rehabilitation (erg. SGB V, VI, VII)**
- 2. Berufliche Rehabilitation (erg. SGB II, VI, VII)**
- 3. Soziale Rehabilitation/ Eingliederungshilfe (erg. SGB VII, VIII, XII)**
- 4. Teilhabe an Bildung (erg. SGB VII, VIII)**

Nicht der Rehabilitation und damit nicht dem SGB IX zugeordnet sind:

- 1. Pflege nach SGB XI**
 - 2. Behandlung/Therapie nach SGB V**
- Für den Zugang zu Leistungen der Rehabilitation nbzw. zur Teilhabe wurde durch das BTHG der Zugang mittels Teilhabeplanung im Detail geregelt.**
- ➔ Dabei nimmt das biopsychosoziale Modell der ICF eine Schlüsselstellung ein.**

Verwendungsmöglichkeiten der ICF

Die mit der ICF bereitgestellte Klassifikation kann aus Sicht der WHO für verschiedene Zwecke genutzt werden (vgl. „ICF Applications“ in WHO 2002: 6), wobei in dem zitierten Text zunächst nur *Verwendungsmöglichkeiten* aufgezeigt werden, ohne dass diese bereits umgesetzt wären:

- Situationsbeschreibung und Bedarfsfeststellung: Es können Instrumente entwickelt werden, die die Beschreibungssystematik der ICF für die Diagnose und für die Feststellung eines Unterstützungserfordernisses nutzen. Dazu kann die Abstufung der Kriterien der Leistungsausführung herangezogen werden.
- Hilfe- und Teilhabeplanung: Aufgrund der Einbeziehung von (personalen und technischen) Förderfaktoren ebenso wie von (physischen, sozialpsychologischen, sozialen etc.) Barrieren können Unterstützungsstrategien entwickelt werden, die auf die konkrete Lebenssituation einer Person mit Behinderung abgestimmt sind.
- Wissenschaftliche Untersuchung und Evaluation: Die ICF-Klassifikation kann als theoretischer Rahmen zur Beschreibung von Maßnahmen und zur Analyse von deren Wirkung genutzt werden.
- Sozialpolitische Strategien: Auf Basis der Feststellung, welche Faktoren förderlich oder hinderlich sind, können Strategien zur Gestaltung von Förderfaktoren und Reduktion von Umweltbarrieren entwickelt werden.
- Leistungsrechtliche Zuordnung: Auf Basis der biopsychosozialen Beschreibung von Beeinträchtigungen im Zusammenwirken mit Förderfaktoren und Barrieren in der Umwelt kann die Anspruchsberechtigung auf staatliche Unterstützung begründet werden („eligibility criteria for state entitlements such as social security benefits, disability pensions, workers' compensation and insurance“, WHO 2002: 6). Aus der präzisen Beschreibung der Bedarfslage soll auf die Eignung der jeweiligen Unterstützungsinstrumente geschlossen werden können.

(DIMDI: ICF 2005)

Der FIM

Im FIM werden sechs Aktivitätsbereiche mit insgesamt 18 Items beschrieben. Die Merkmale werden in einer Scala von 1-7 skaliert. Dabei steht

- 1 für überhaupt nicht möglich,
- 2 für maximale Fremdhilfe notwendig (>75%),
- 3 für überwiegend Fremdhilfe notwendig (>50%),
- 4 für eingeschränkt selbständig mit Fremdhilfe (>25 %),
- 5 für wenig Hilfe oder Anleitung(< 25 %),
- 6 für mühsam oder verlangsamte Ausführung, ggf. mit Hilfsmittel,
- 7 für unbehindert.

Minimal können also 18, maximal 126 Punkte erreicht werden.

FIM-Werte für 3 Klienten (EH, JB, EL) aus dem Rehasentrum Bethesda

Klienten	EH	JB	EL	Kontextfaktoren
<u>Selbstversorgung</u>				
Essen/Trinken	1	3	7	spez. Eßgeschirr
Körperpflege	1	1	6	gelegentlich Kontrolle
Baden/Duschen/Waschen	1	1	7	Hilfsmittel im Bad
Ankleiden oben	1	1	7	
Ankleiden unten	1	1	7	Strumpfanzieher
Toilettenhygiene	1	1	7	barrierefreie Toilette
<u>Kontinenz</u>				
Blasenkontrolle	1	7	7	Kondomurinal
Darmkontrolle	1	6	7	
<u>Transfers</u>				
Bett/Stuhl/Rollstuhl	1	2	7	vorausges. höhenverstellbar
Toilettensitz	1	2	7	barrierefrei
Dusche/Badewanne	1	2	6	Hilfsmittel
<u>Fortbewegung</u>				
Gehen o. Rollstuhlfahren	1	7	7	JB: Elektrorollstuhl, Barrierefrei
Treppen steigen		1	1	1
<u>Kommunikation</u>				
Verstehen: auditiv, visuell	1	7	6	einfache Sprache
Ausdruck: verbal, nonverbal	1	4	6	einfache Sachverhalte
<u>Kognitive Fähigkeiten</u>				
Soziales Verhalten	1	7	3	unter pädagogischer Begleitung
Problemlösung	1	6	3	
Gedächtnis	1	7	4	
FIM Score Gesamt:	18	66	10	

Beschreibung der Probanden aus dem RZB

Die 3 Probanden können klinisch folgendermaßen beschrieben werden:

- Frau EH, 22 Jahre, leidet an einem Zustand nach Schädelhirntrauma. Schwere teils spastische, teils hypotone Tetraplegie, ist in allen Bereichen vollständig auf Hilfe angewiesen. Allerdings zeigt sie erste Anzeichen eigenen Antriebes und von Aufmerksamkeit. Besucht eine Tagesförderstätte.
- Herr JB, 45 Jahre, leidet an einem Zustand nach Schlaganfall. Er zeigt erhebliche motorische Einschränkungen, ist aber mit Elektrorollstuhl mobil und kommunikativ und kognitiv kompetent. Seinen Alltag kann er in geeigneter Umgebung weitgehend selbst bewerkstelligen. V.a. pflegerischer Hilfebedarf. Arbeitet in einer WfbM.
- Frau EL, 32 Jahre, ist bds. Oberschenkelamputiert, nicht prothesenfähig. Lernbehinderung, sozio-emotionale Störung (Borderline), Mobilität nur im Rollstuhl, zeigt gute motorische Fähigkeiten ist jedoch im Sozialverhalten und einigen Alltagsangelegenheiten umfassend auf Hilfe angewiesen. Besucht eine Tagesförderstätte

FIM-Ergebnisse in einer Wohneinrichtung für schwer und mehrfach körperbehinderte Menschen

Die Operationalisierung des Hilfebedarfes mittels FIM für eine nicht streng zufällig ausgewählte Stichprobe (N= 116) von 162 erwachsenen Bewohnern des Rehabilitationszentrums Bethesda kreuznacher diakonie, zeigt folgendes Ergebnis:

- 31 Personen (27 %) erreichen 18-48 Punkte im Gesamtscore von höchstens 48 Punkten, im Durchschnitt also 2,7 Punkte je Item, davon sind 16 Personen, die jeweils nur 18-36 Punkte im Gesamtscore erreichen, also im Durchschnitt nur 1-2 Punkte je Item. Diese Menschen sind schwer mehrfachbehindert. Sie haben einen besonders umfangreichen und umfassenden Fremdhilfebedarf.
- 45 Personen (39 %), erreichen 49-72 Punkte im Gesamtscore , also im Durchschnitt 3-4 Punkte je Item. Sie haben einen umfangreichen und umfassenden Hilfebedarf.
- 20 Personen (17 %) erreichen 73-90 Punkte im Gesamtscore, also im Durchschnitt 4-5 Punkte je Item. Sie haben meist einen meist punktuellen umfangreichen Hilfebedarf.
- 20 Personen (17 %), erreichen einen Gesamtscore von 91-126, also im Durchschnitt 6-7 Punkte je Item. Sie sind im Alltag weitgehend selbständig, benötigen jedoch personelle Hilfe bei einzelnen Verrichtungen, zumindest im Sinne der Anleitung und Begleitung.

- Für eine Subgruppe von 46 Klienten wurde untersucht, wie stark sich die Kontextfaktoren auf das FIM-Ergebnis auswirken. Dazu wurde der FIM unter den Bedingungen der spezialisierten Wohneinrichtung mit dem FIM-Score verglichen, der in der Umgebung der Herkunftsfamilie erreicht wurde. Dazu wurden die Beeinträchtigungen bzw. die Hilfebedarfe anlässlich von Familienheimfahrten unter den dort geltenden Bedingungen durch Befragung der Angehörigen untersucht. Dabei fanden sich nur in drei Fällen höhere FIM Scores als in der Einrichtung. In allen anderen Fällen (N= 43) lag der FIM Gesamtscore im Mittel um 24 Punkte, also je Item im Durchschnitt 1,3 Punkte niedriger. Darin spiegeln sich sowohl Umfeldbarrieren wie auch einstellungsbedingte Barrieren, d.h. die Angehörigen trauten den Klienten offenbar weniger zu und übernahmen mehr Hilfeleistungen, als dies in der Einrichtung der Fall war. Dies galt allerdings für die Gruppe der schwerst Mehrfachbehinderten nicht im gleichen Umfang: Hier betrug die Differenz im Mittel nur 12 Punkte, eine angesichts der Schwere der Schädigungen beachtenswerte Zahl. (Eigene Untersuchungen, unveröffentlicht)
- Diese Erkenntnisse belegen, dass auch bei der Nutzung von Assessmentinstrumenten, die im Bereich von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen eine hohe Validität beanspruchen können, die Ergebnisse stark von Kontextfaktoren beeinflusst werden können.

Ziele: „nur“ selbstbestimmte Teilhabe?

- Analyse nach ICF zeigt: Teilhabe und ihre Einschränkung hat zahlreiche Dimensionen
- Normative Grundlagen zählen mehr als Teilhabe zu den bedeutenden Lebensbereichen: Körperlichkeit, „Selbst“ usw.
 - UN-BRK
 - UN Gesundheitskonvention
 - Grundgesetz
- Notwendig: Konzeption des Alltagslebens
 - Normalisierungsprinzip
 - Befähigungsansatz (Capability approach), u.a. Grundbefähigungen nach M. Nussbaum
- Maßnahmen zur Zielerreichung unterliegen einem gesellschaftlichen Diskurs und verschiedenen Begrenzungen
- Wesentliches eigenständiges Ziel ist die Erhaltung der Gesundheit, die Vermeidung und die Bewältigung von Krankheiten.
- Soweit dies die (eigenständige) Mitwirkung des Bürgers verlangt (sog. Gesundheitsvorsorge), dieser aber durch seine Behinderung dazu nicht in der Lage ist, fallen Ziele, die die Gesundheit betreffen und ihre Bewirkung in den Bereich der Eingliederungshilfe, da es für die Gesundheitsvorsorge keine Leistungen der GKV gibt.

Problemhaushalt - Teilhabesicherungskonzept

- Die Personengruppe von Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedarf, die innerhalb oder außerhalb von Einrichtungen lebt und wegen ihrer Behinderung Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege benötigt, zeichnet sich durch einige allgemeine Charakteristika aus, die für verschiedene Behinderungs- und auch Krankheitsgruppen der verschiedenen Organsysteme gemeinsam zutreffen.
- Dies gilt analog auch für geriatrische Patienten bzw. Klienten.
- Sie hat einen gemeinsamen „Problemhaushalt“, also eine individuell bestimmbare Menge relevanter Probleme im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe, die durch angemessene Maßnahmen, insbesondere der persönlichen Förderung, der Beeinflussung der Kontextfaktoren, der Rehabilitation und der Behandlung positiv beeinflusst werden können.
- Diese Maßnahmenlassen sich in **problembezogene Teilhabesicherungskonzepte** zusammenfassen.

Teilhabesicherung für Menschen mit schweren Behinderungen

- Optionen für Inklusion: Umsetzung durch Teilhabesicherungskonzepte

- **Teilhabesicherungskonzepte (TSK)** gehen von Wünschen und selbstgesetzten und mit Experten gemeinsam festgelegten Zielen aus.
- TSK integrieren Maßnahmen der Gesundheitssorge, der Behandlung, der Rehabilitation und der Förderung der Teilhabe problembezogen im je konkreten Lebenskontext.
- TSK stellen **Bündel von problembezogenen Strategien zur Erreichung dieser Ziele** dar, indem sie Maßnahmen zur Problemlösung und zu Bewältigungs-, Behandlungs- und Rehamöglichkeiten konzeptionell, praktisch im jeweiligen Kontext umsetzbar und leistungsrechtlich realisierbar bereitstellen, damit eine möglichst optimale Teilhabe und Inklusion erreicht wird und der Betroffene in seinen Entscheidungen so frei wie möglich wird.
- Dazu wurde ein Katalog von 27 Teilhabesicherungskonzepten für Menschen mit schweren, in der Regel mehrfachen Behinderungen entwickelt
- **Teilhabesicherungskonzepte (TSK), erfordern ein interdisziplinäres Herangehen!**

Teilhablesicherungskonzepte (TSK) 1

Bereiche, in denen möglichst umfangreich Aktivitäten und Teilhabe in der gewohnten Umgebung ermöglicht, gefördert bzw. gesichert werden sollen (Aufzählung ist exemplarisch):

1. Ermöglichung des ggf. **mehrständigen Sitzens** im Sinne der Teilhabe am Leben im konkreten Wohnumfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmittel
2. Ermöglichung von Sitz, Mobilität und Pflege durch an die Wohnumgebung und die Assistenzpersonen angepasste **Transfertechniken bzw. Hilfsmittel**.
3. Ermöglichung von **Kommunikation** durch Verwendung von im konkreten persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache
4. Ermöglichung der im sozialen Kontext akzeptierten **Ernährung bei orofazialer Dysfunktion** unter Förderung der Kompetenzen des sozialen Umfeldes bei Zubereitung und Nahrungsaufnahme (Schlucktraining) ggf. einschließlich der Akzeptanz veränderter Essensgewohnheiten
5. Bewältigung der **Inkontinenz** mit dem Ziel der (ggf. relativen) Kontinenz einschließlich Hilfsmittel, Management, Toilettengang und Toilettentraining im häuslichen Umfeld
6. Optimierte **Lokomotion**, d.h. eigenständige Beweglichkeit ggf. mit Hilfsmitteln zur Lagerung und Bewegung von Ort zu Ort einschließlich Anleitung zur Eigenübung, Kontrollkompetenz

Teilhabesicherungskonzepte (TSK 2)

7. Sicherstellung der **Mobilität** in Wohnung, Nachbarschaft, naher Stadt und Fernbereich.
8. Sonstige **Aktivitäten des täglichen Lebens** (selbstständig, mit Hilfe, mit Hilfsmitteln, ggf. Kontrollkompetenz, im konkreten Kontext)
9. Strategien zur Bewältigung eingeschränkter **Sinnesfunktionen**, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, Kulturtechniken, soziale Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln
10. Förderung der **Belastbarkeit und Handlungskompetenz** im konkreten, individuellen Alltagsleben, insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld
11. Optimierung der Möglichkeiten der **Steuerung (Hilfsmittel)** mit dem Ziel der **Umfeldkontrolle**
12. Ermöglichung des **Lernens, der Wissensanwendung und Förderung der kognitiven Funktionen** einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld
13. Ermöglichung eines selbstgesteuerten **Schmerzmanagements** unter häuslichen Bedingungen
14. Bewältigung **psychischer Probleme**, Erkennung, Behandlung, Bewältigung **psychiatrischer oder psychosomatischer Komorbiditäten**, insbesondere im sozialen Kontext
15. Bewältigung von **Atmungsproblemen**, u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, Sauerstoffgabe, intermittierende oder dauerhafte Beatmung in häuslicher Umgebung
16. Vermeidung und Bewältigung von **Hautschäden** (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe einschließlich der **Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld**

TSK (3)

17. Praktische Ermöglichung und Förderung der Ausübung von **Kulturtechniken** im Alltag
18. Ermöglichung relevanter **Beschäftigung** im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung in der sozialen Gemeinschaft geben können
19. Ermöglichung einer **Tagesstruktur**, ggf. durch Nutzung von Angeboten der Senioren- oder Eingliederungshilfe
20. Förderung und **Stabilisierung des sozialen Netzes** durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten)
21. Information und Kontakt zu Organisationen der **Selbsthilfe**, ggf. Selbstorganisation
22. Ermöglichung und Förderung eines fachgerechten, teilhabefördernden **medizinischen Managements** bei Pflegebedürftigkeit, interkurrenten Erkrankungen oder Komplikationen der Grunderkrankungen in der eigenen Häuslichkeit durch das primäre und sekundäre soziale Netz
23. Ermöglichung und Förderung der Beantragung und Organisation **sozialstaatlicher Leistungen unter den konkreten häuslichen Bedingungen u. a. als bedarfsgerechter Hilfemix**
24. Stützung und Beratung der **Bezugspersonen**
25. Förderung des regionalen sozialraumbezogenen **sekundären sozialen Netzwerks**.
26. Ermöglichung von **Kontrollkompetenz und Souveränität** im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz.
27. Förderung, Ermöglichung **konstanter persönlicher Beziehungen** und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen

Beispiel Teilhabesicherungskonzepte

Teilhabesicherungskonzept „Sitzen über 4-6 Stunden“ (1)

Die Umsetzung bedeutet individuell abwandelbar die Bewältigung einer Vielzahl von Problemen:

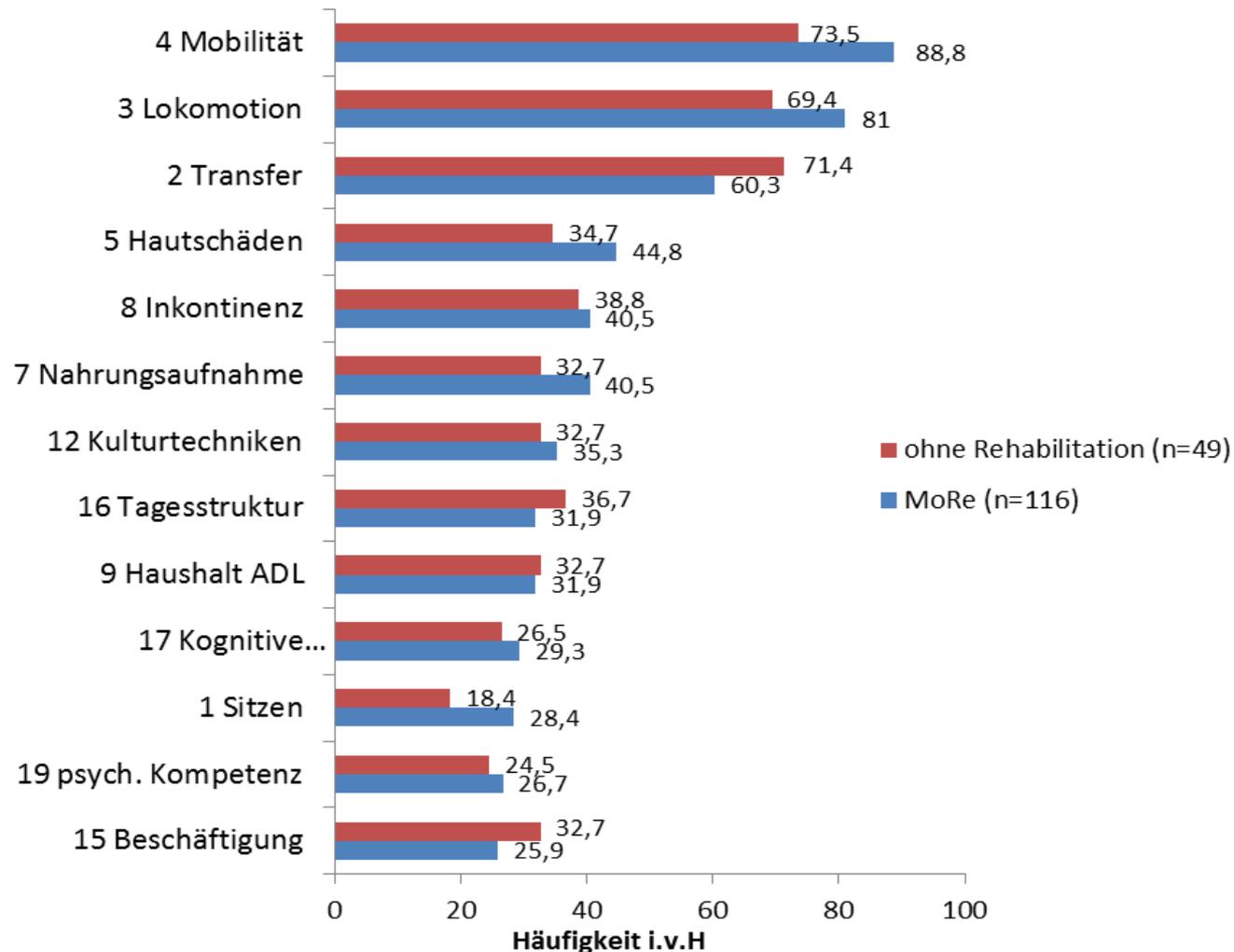
- Die Sitzposition wird so gewählt und die Sitzschale /der Sitz sind so gestaltet, dass **keine Schmerzen** entstehen
- Schmerzursachen werden operativ beseitigt oder Schmerzen werden im Rahmen professioneller Schmerztherapie medikamentös oder mittels anderer, z. B. physikalischer Maßnahmen gelindert, damit das Sitzen möglich wird.
- Der **Kreislauf** wird durch regelmäßiges Training und ggf. Medikamente stabilisiert.
- Der Sitz ist so gestaltet, dass **eine stabile Haltung einschließlich Kopfkontrolle** gewährleistet ist. Störende Spastik und Dystonie werden inhibiert.
- **Kontrakturen** und Bewegungseinschränkungen werden so behandelt bzw. berücksichtigt, dass das Sitzen über längere Zeit möglich ist.
- Sitz und Sitzposition sind so gewählt, dass einem **Dekubitus** vorgebeugt wird.
- Durch die Positionierung während des Sitzens werden **fein- und grobmotorische Aktivitäten** ermöglicht und ggf. **facilitiert (Bobath-Konzept)**.
-

Voraussetzungen für ein Sitzen im mobilen Stuhl über 3 bis 6 Stunden :

1. Die Sitzposition wird so gewählt und die Sitzschale /der Sitz sind so gestaltet, dass keine Schmerzen entstehen
2. Schmerzursachen werden operativ beseitigt oder Schmerzen werden im Rahmen professioneller Schmerztherapie medikamentös oder mittels anderer, z. B. physikalischer Maßnahmen gelindert.
3. Der Kreislauf wird durch regelmäßiges Training und ggf. Medikamente stabilisiert.
4. Der Sitz ist so gestaltet, dass eine stabile Haltung einschließlich Kopfkontrolle gewährleistet ist. Störende Spastik und Dystonie werden inhibiert.
5. Kontrakturen und Bewegungseinschränkungen werden so behandelt bzw. berücksichtigt, dass das Sitzen über längere Zeit möglich ist.
6. Während des Sitzens ist dafür gesorgt, dass ein Toilettengang mit Hilfe nur einer Betreuungsperson erfolgen kann.
7. Alternativ ist durch angemessene Inkontinenzversorgung einschließlich Management von Stuhlgang (Toilettentraining) und Urinausscheidung (Urinalkondom) ein längeres Sitzen ohne Geruchsentwicklung und ohne Hautschäden zu ermöglichen.
8. Der Transfer ist durch eine (!) Betreuungsperson zu leisten. Dazu kommen u. a. in Frage: spezielle Transfertechniken (Kinästhetik), Lifter, individuelles – im Sitz verbleibendes – Liftertuch oder Rutschbrett u.a.
9. Sitz und Sitzposition sind so gewählt, dass einem Dekubitus vorgebeugt wird.
10. Durch die Positionierung während des Sitzens werden fein- und grobmotorischer Aktivitäten ermöglicht und ggf. facilitiert.
11. Signalgeber und ein Notruf sind vorhanden und können bedient werden.
12. Im Sitz ist im Bedarfsfall eine kontinuierliche Gabe von Nahrung (evtl. über PEG) oder Sauerstoff (mobiles Gerät) möglich.
13. Möglichkeiten für eigenständige Mobilität werden geschaffen: Trippelmodus, elektrischer Antrieb, ggf. Sondersteuerungen.
14. Die Sitzposition kann selbständig, notfalls durch eine Hilfskraft, durch Verstellung der Rückenlehne oder Sitzkantelung verändert werden

Teilhabsicherungungskonzepte: Wahlhäufigkeit

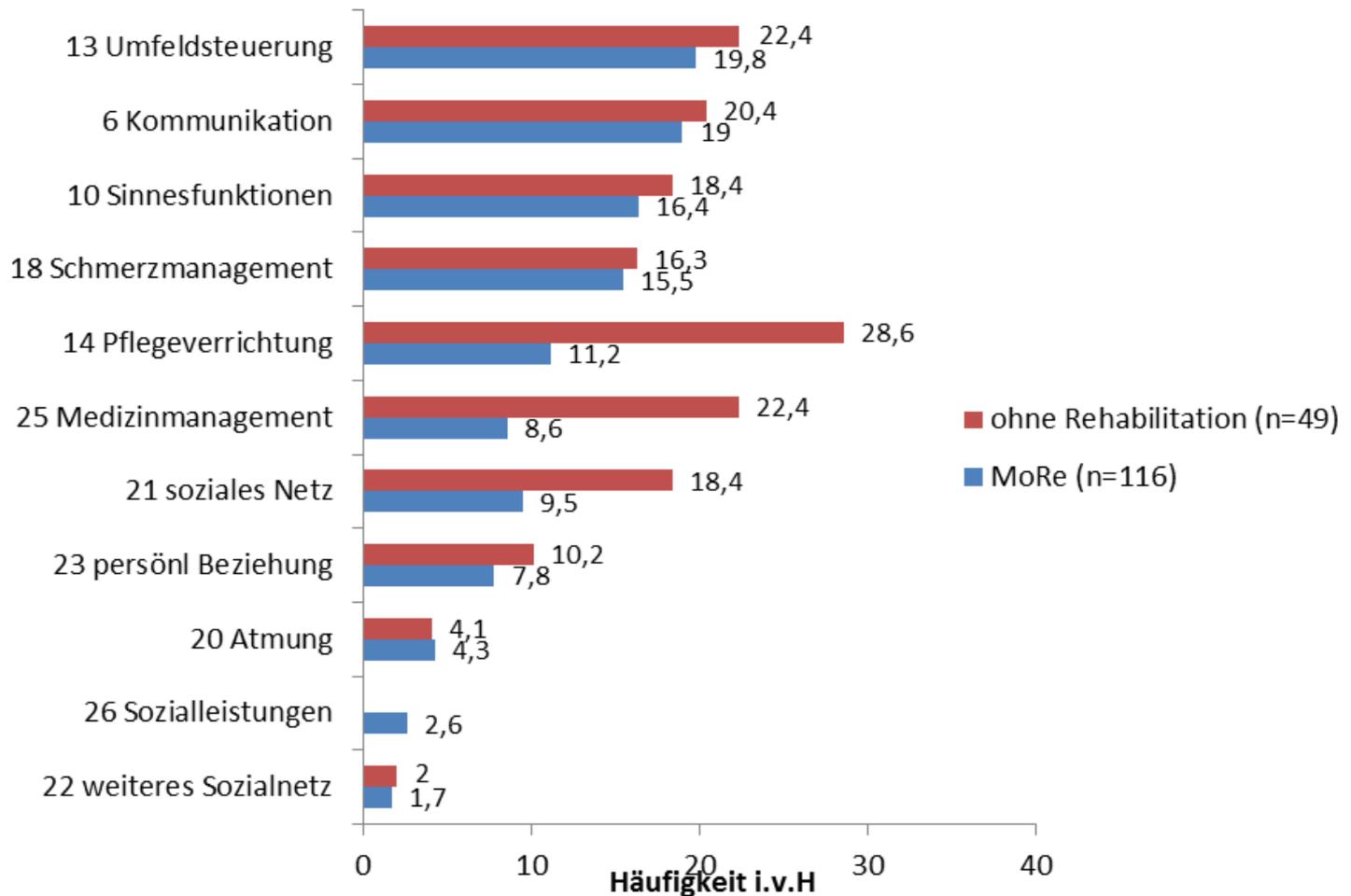
(Forschungsprojekt: Mobile reha im Pflegeheim, Endbericht im Erscheinen)



Teilhabe-sicherungskonzepte

Wahlhäufigkeit 2

Weniger häufig gewählte Konzepte, teils mit größerer Bedeutung in der Gruppe ohne Rehabilitation



Teilhabe-sicherungskonzepte

Zielerreichung T1

Nach der mobilen Rehabilitation haben keine Veränderung in Richtung auf das TSK festgestellt:

TSK Nr.	Titel	Ziel gesetzt		nach MoRe „Null“ n=107	
		N	N	N	%
26	Sozialleistungen	2	0		
22	weiteres soziales Netzwerk	1	0		
16	Tagesstruktur	35	1		2,9
15	Beschäftigung	27	1		3,7
2	Transfer	64	5		7,8
9	Haushalt ADL	34	3		8,8
12	Kulturtechniken	13	4		10,5
19	psychische Kompetenz	28	3		10,7
5	Hautschäden	46	5		10,9
25	Medizinmanagement	9	1		11,1
1	Sitzen	30	4		13,3
18	Schmerzmanagement selbstgesteuert	14	2		14,3
7	Nahrungsaufnahme	42	6		14,3
3	Lokomotion	85	13		15,3
14	Pflegeverrichtung	12	2		16,7
17	Kognitive Funktionen	32	6		18,8
4	Mobilität	95	18		18,9
13	Umfeldsteuerung	21	4		19,0
6	Kommunikation	21	4		19,0
23	persönl Beziehung	7	2		28,6
8	Inkontinenz	41	12		29,3
20	Atmung	3	1		33,3
10	Sinnesfunktionen	19	9		47,4
21	soziales Netz ermöglichen	9	6		66,7

Teilhabesicherungskonzepte

Zielerreichung: Auswahl

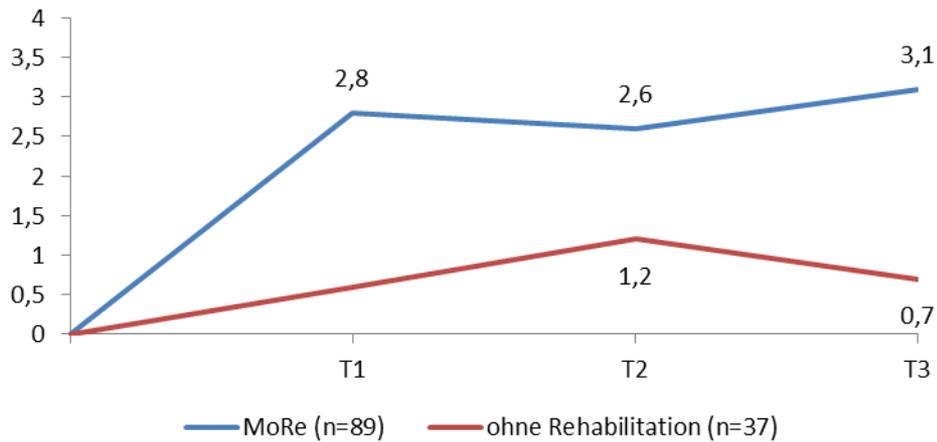
TSK Nr.	Titel	MoRe n=89				ohne Rehabilitation n=37		
		N	T1 Rehaende	T2 3 Monate	T3 6 Monate	N	T2 3 Monate	T3 6 Monate
1	Sitzen	23	2,8 (1,4)	2,6 (1,5)*	3,1 (1,2)	6	1,2 (1,3)	0,7 (1,0)
4	Mobilität	80	2,6 (1,5)	2,6 (1,5)*	2,7 (1,5)	26	1,0 (1,4)	1,3 (1,7)
6	Kommunikation	17	1,8 (1,2)	2,2 (1,2)*	2,8 (1,3)	8	0,9 (1,1)	1,1 (1,3)
7	Nahrungsaufnahme	35	2,4 (1,3)	2,4 (1,6)	2,9 (1,3)	12	2,3 (1,5)	1,9 (1,5)
13	Umfeldsteuerung	17	1,8 (1,5)	2,0 (1,3)*	2,2 (1,5)	8	0,7 (0,9)	1,1 (1,1)
16	Tagesstruktur	31	2,7 (1,0)	2,9 (1,2)*	2,8 (1,4)	16	1,2 (1,2)	0,6 (0,7)
21	soziales Netz	7	0,7 (1,5)	1,9 (1,7)*	1,4 (1,6)	8	0,5 (0,8)	0,4 (0,8)

Soweit nicht anders angegeben werden ausgewiesen: Mittelwert (Standardabweichung)

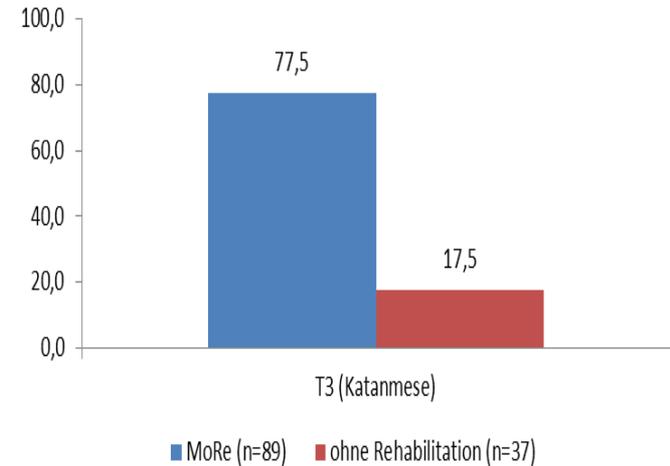
* signifikanter Gruppenunterschied auf dem 5%-Niveau

TSK 1. Sitzen

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

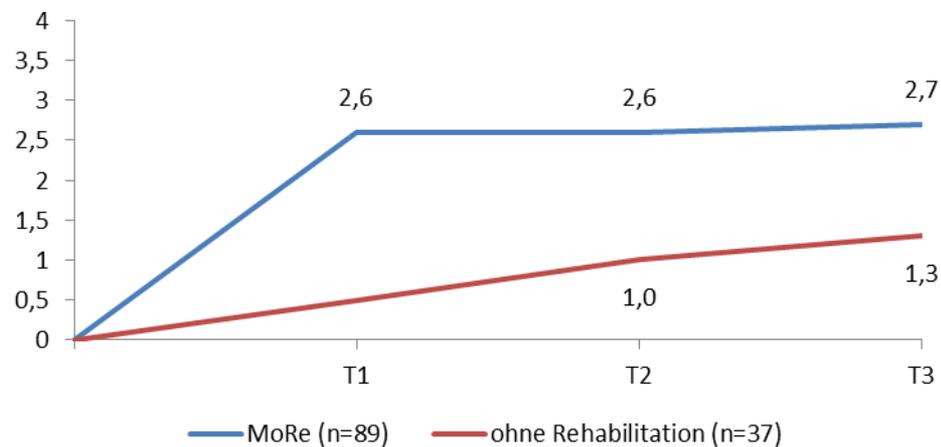


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

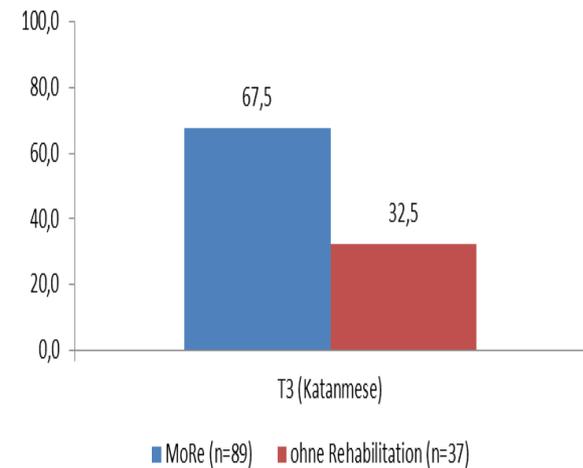


TSK 4. Mobilität

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

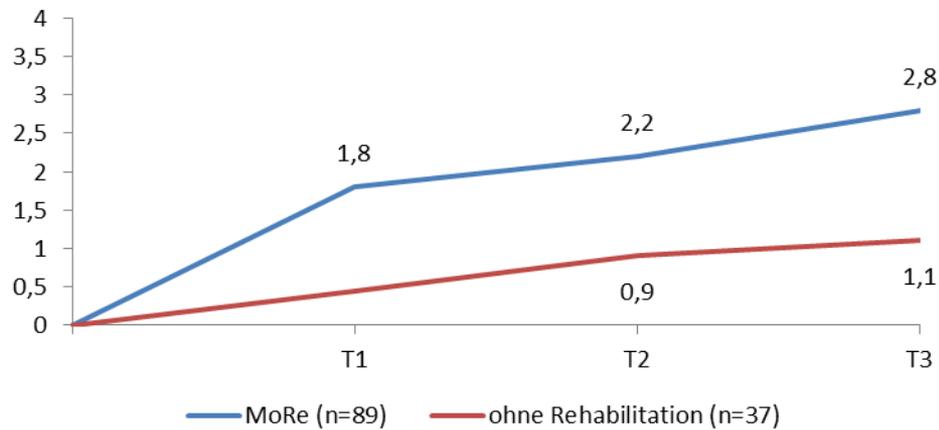


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

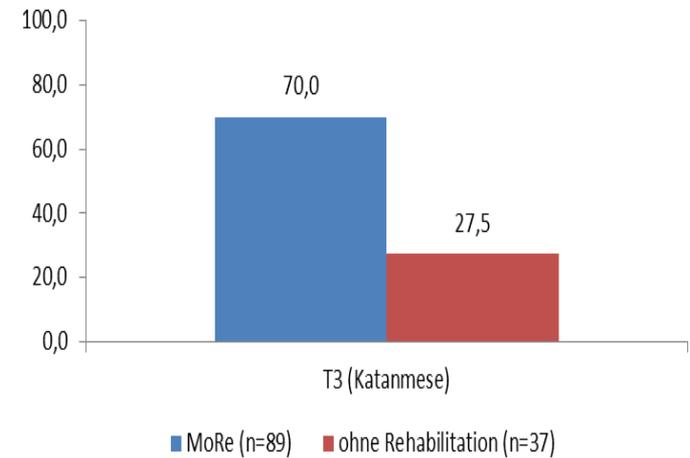


TSK 6. Kommunikation

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

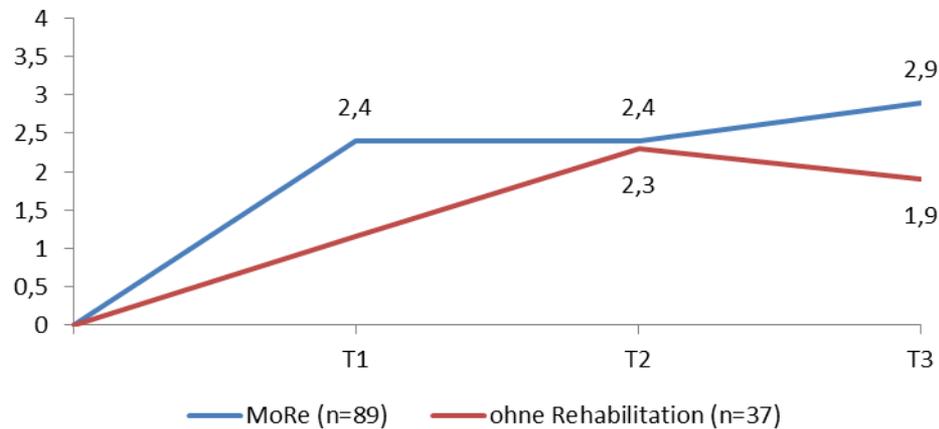


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

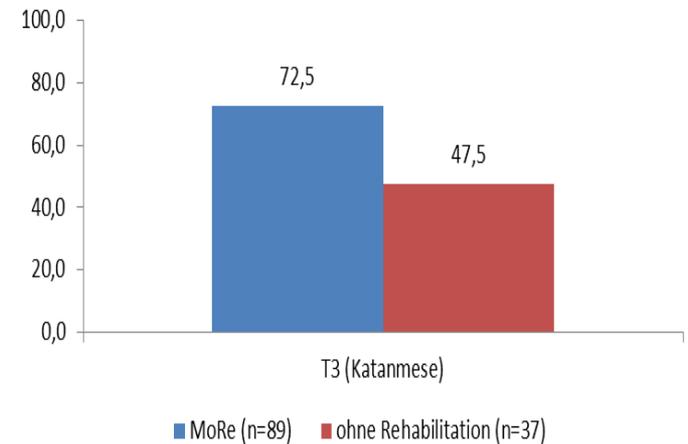


TSK 7. Nahrungsaufnahme

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

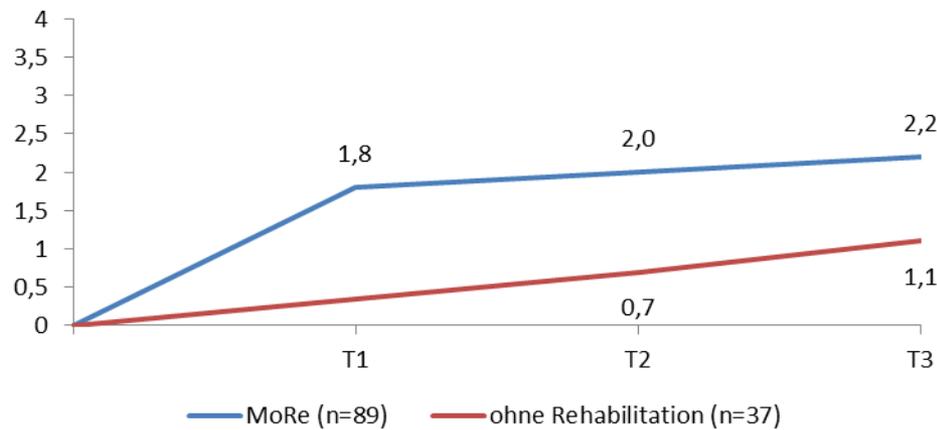


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

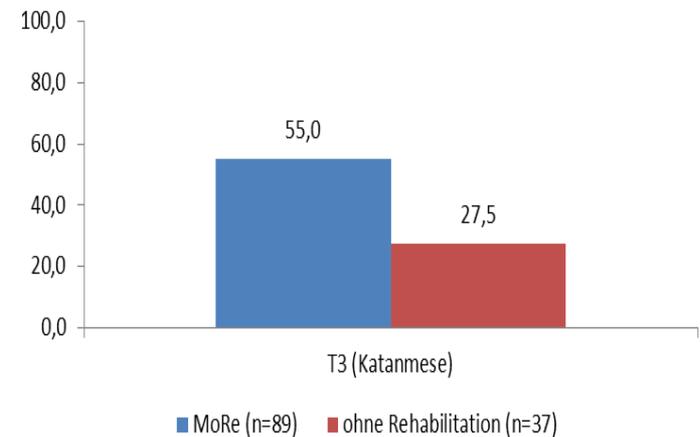


TSK 13. Nahrungsaufnahme

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

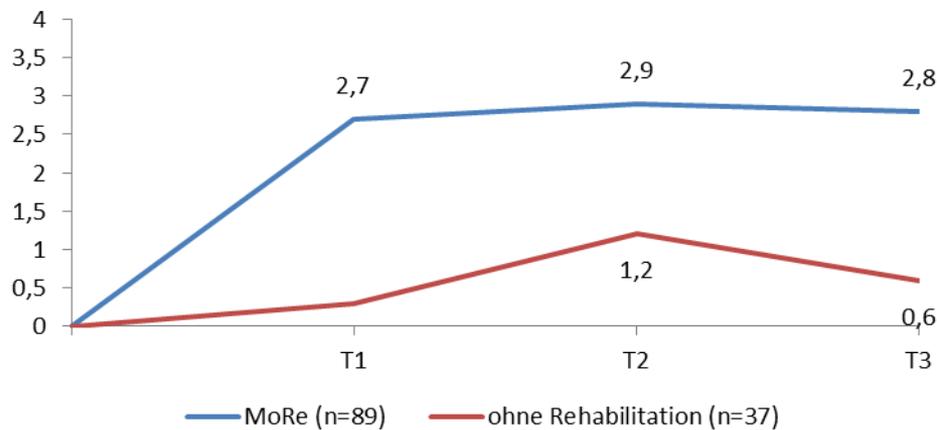


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

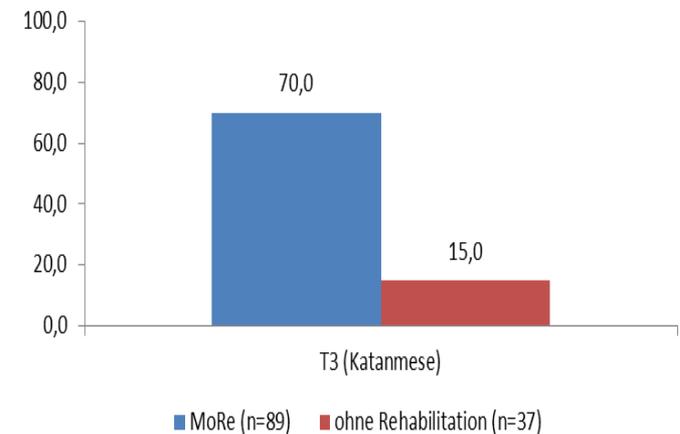


TSK 16. Tagesstruktur

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte

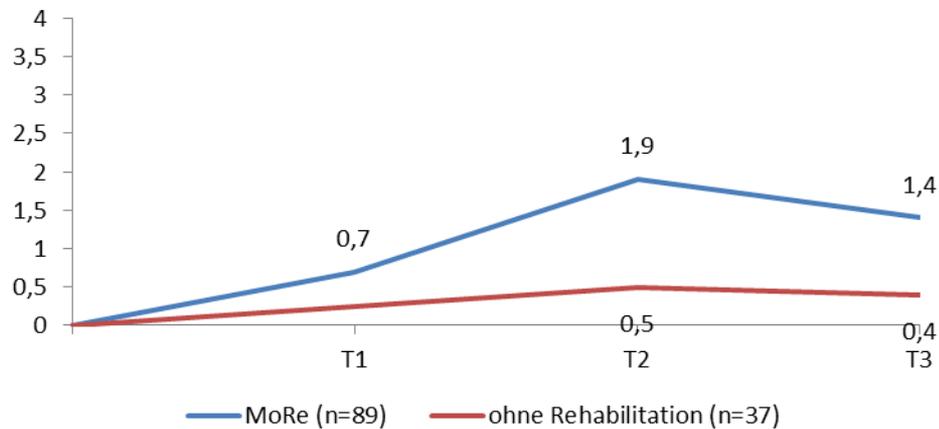


durchschnittlich erreichter Prozentwert T3

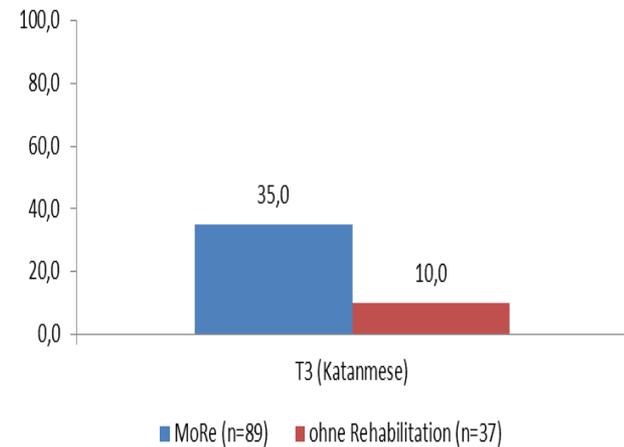


TSK 21. soziales Netz

Zielerreichung Gruppen-Mittelwerte



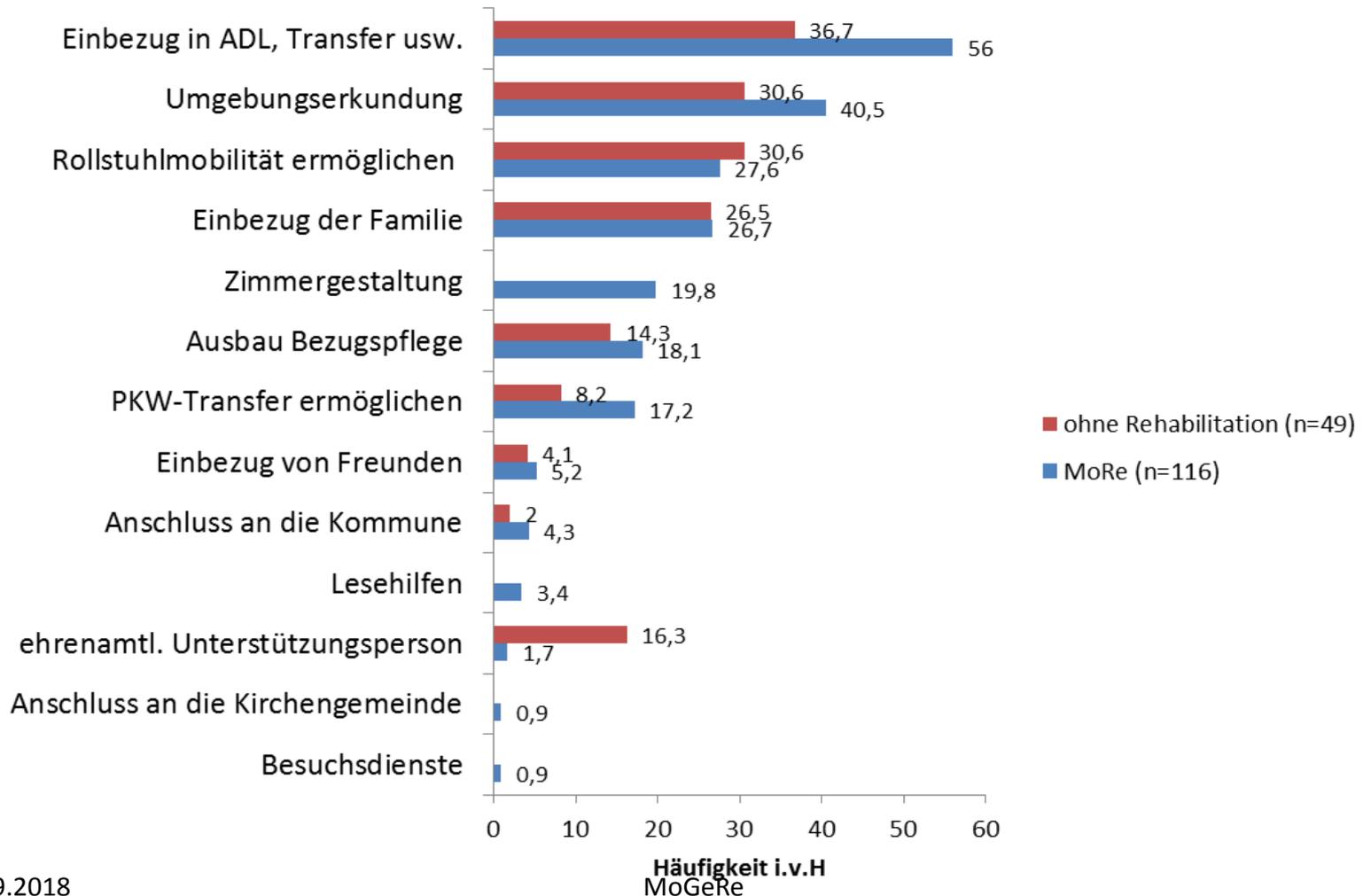
durchschnittlich erreichter Prozentwert T3



Geringe Fallzahl!

Kontext: Aktivieren von Ressourcen

Wahlhäufigkeit



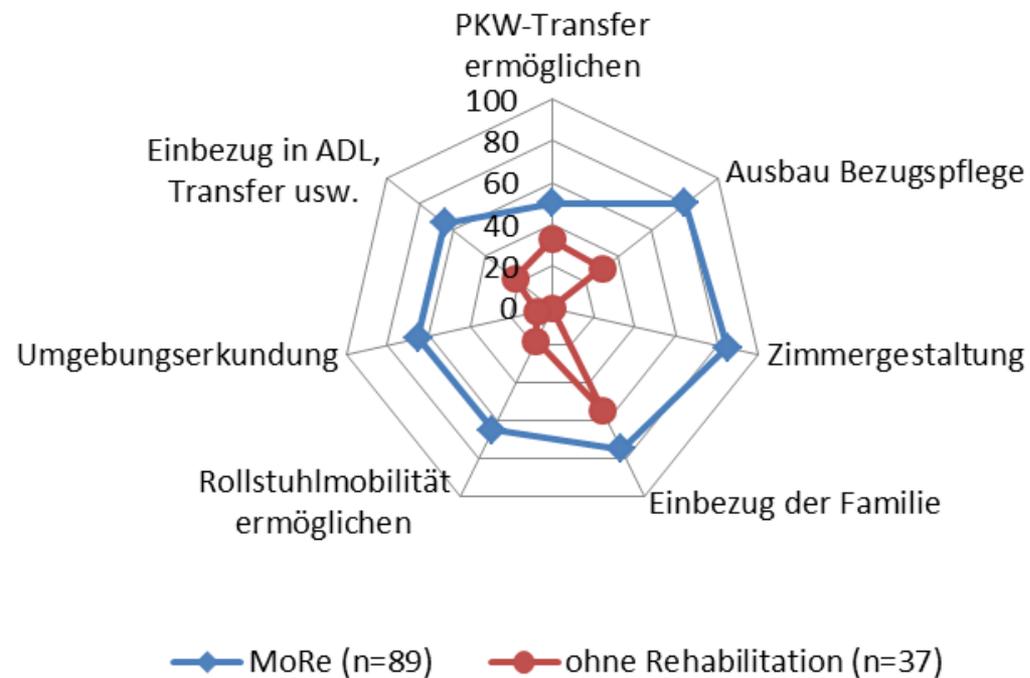
Kontext: Aktivieren von Ressourcen Zielerreichung

Nr.	Aktivierung von Ressourcen durch...	N	MoRe n=89			ohne Rehabilitation n=37		
			T1 Rehaende	T2 3 Monate	T3 6 Monate	N	T2 3 Monate	T3 6 Monate
2	Einbezug in ADL, Transfer usw.	49	2,4 (1,2)	2,5 (1,3)	2,6 (1,4)	13	1,0 (1,3)	0,9 (1,4)
8	Umgebungserkundung	36	2,2 (1,0)	2,5 (1,2)	2,6 (1,3)	10	1,2 (1,0)	0,3 (0,5)
5	Rollstuhlmobilität ermöglichen	25	2,3 (1,5)	2,4 (1,4)	2,6 (1,4)	12	0,3 (0,6)	0,7 (1,3)
1	Einbezug der Familie	22	2,9 (0,8)	3,0 (0,8)	3,0 (1,0)	10	1,9 (1,5)	2,2 (1,4)
7	Zimmergestaltung	17	2,5 (0,9)	3,0 (0,9)	3,4 (1,0)	1	0	0
4	Ausbau Bezugspflege	16	2,6 (0,7)	2,9 (0,9)	3,2 (1,0)	6	1,3 (1,2)	1,2 (1,0)
11	PKW-Transfer ermöglichen	16	0,9 (1,3)	1,6 (1,6)	2,0 (1,6)	3	1,3 (1,5)	1,3 (2,3)

Kontext: Aktivieren von Ressourcen

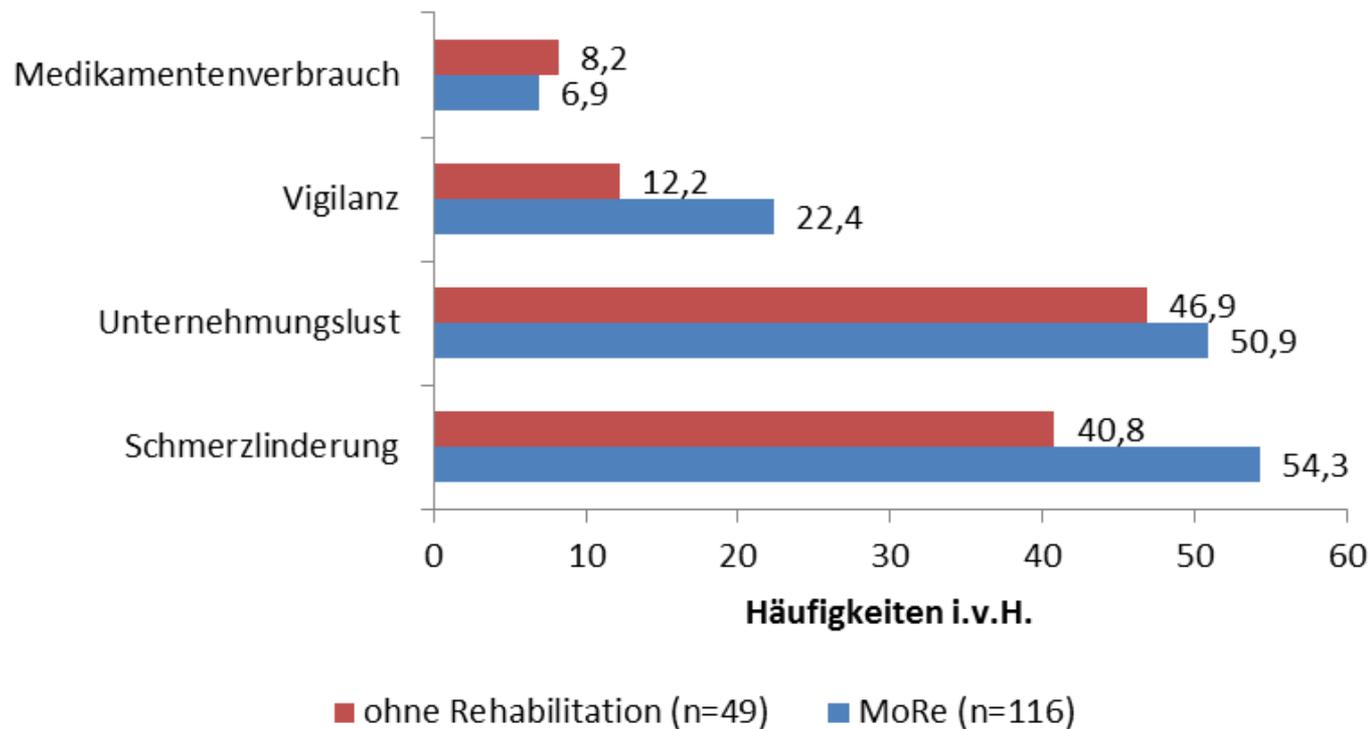
In den häufiger ausgewählten Kontextfaktoren:

Zielerreichung zu T3 in Prozentwerten



Symptombezogene Ziele

Wahlhäufigkeit



Symptombezogene Ziele

Zielerreichung

Ziel	MoRe n=89				ohne Rehabilitation n=37		
	N	T1 Rehaende	T2 3 Monate	T3 6 Monate	N	T2 3 Monate	T3 6 Monate
Medikamentenverbrauch	4	1,7 (1,5)	3,2 (1,0)	3,4 (0,9)	2	2,5 (0,7)	2,0 (2,8)
Vigilanz	16	2,6 (0,9)	2,7 (1,2)	2,8 (1,1)	5	0,6 (0,9)	0,2 (0,4)
Unternehmungslust	48	2,3 (1,2)	2,3 (1,2)	2,1 (1,4)	18	1,2 (1,3)	0,7 (0,9)
Schmerzlinderung	48	2,4 (1,0)	2,2 (1,3)	2,4 (1,2)	11	1,2 (1,2)	1,5 (1,8)

Soweit nicht anders angegeben werden ausgewiesen: Mittelwert (Standardabweichung)



Symptombezogene Ziele

Zielerreichungsgrad zu T3 in Prozentwerten

