



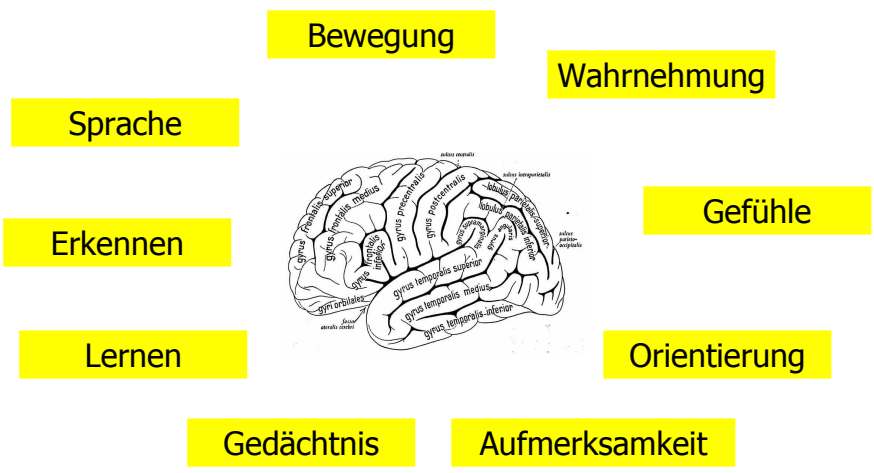
Team-Arbeit und Dokumentation mit der ICF in der neurologischen Rehabilitation

Herbert Beims, Matthias Spranger

Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst

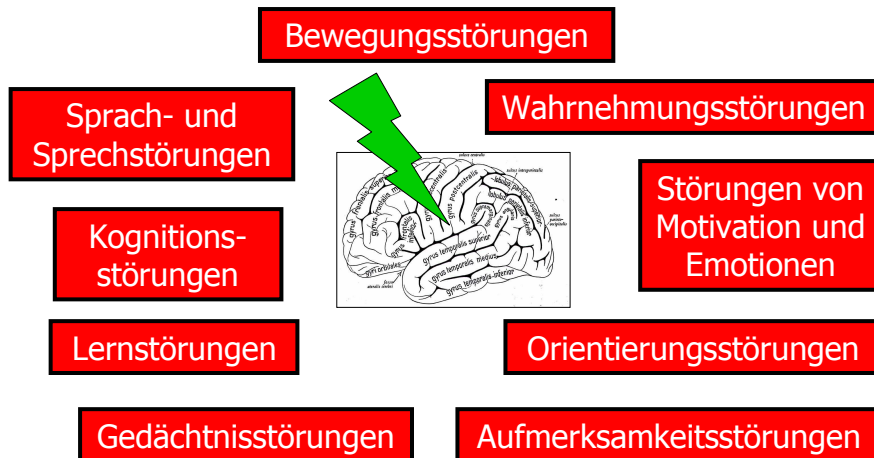


Funktionen des Gehirns





Folgen nach Schädelhirnverletzungen



Anforderungen an die Rehabilitation



- Komplexität der Schädigung und Behinderung erfordert multidisziplinären Behandlungsansatz



Paradigmenwechsel in der Rehabilitation

Focus

Defizite und
Ressourcen



Teilhabe/Wiedereingliederung,
Einbindung von Patient und
Angehörigen

Ziele

Verbesserung einzelner
Funktionen und
Fähigkeiten



Selbstständigkeit,
(Re-) Integration



Anforderungen an die Rehabilitation



- Komplexität der Schädigung und Behinderung erfordert multidisziplinären Behandlungsansatz



- **Paradigmenwechsel erfordert Änderung der Teamkommunikation:**
Berufsgruppenübergreifende
Rehabilitationsziele



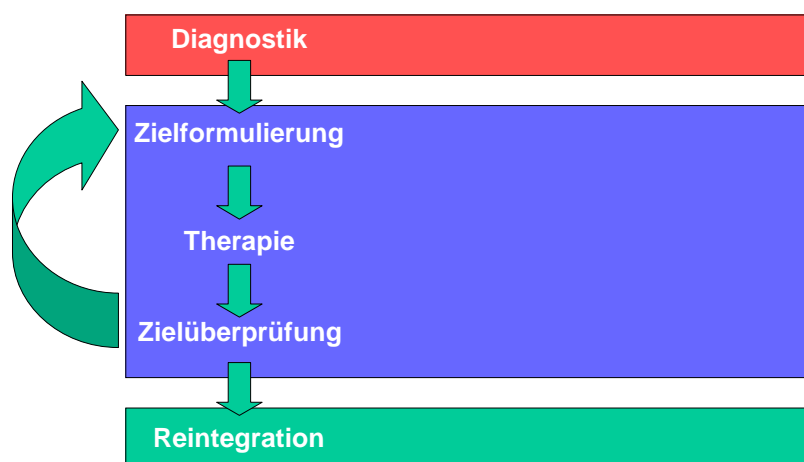
Anforderungen an die Rehabilitation

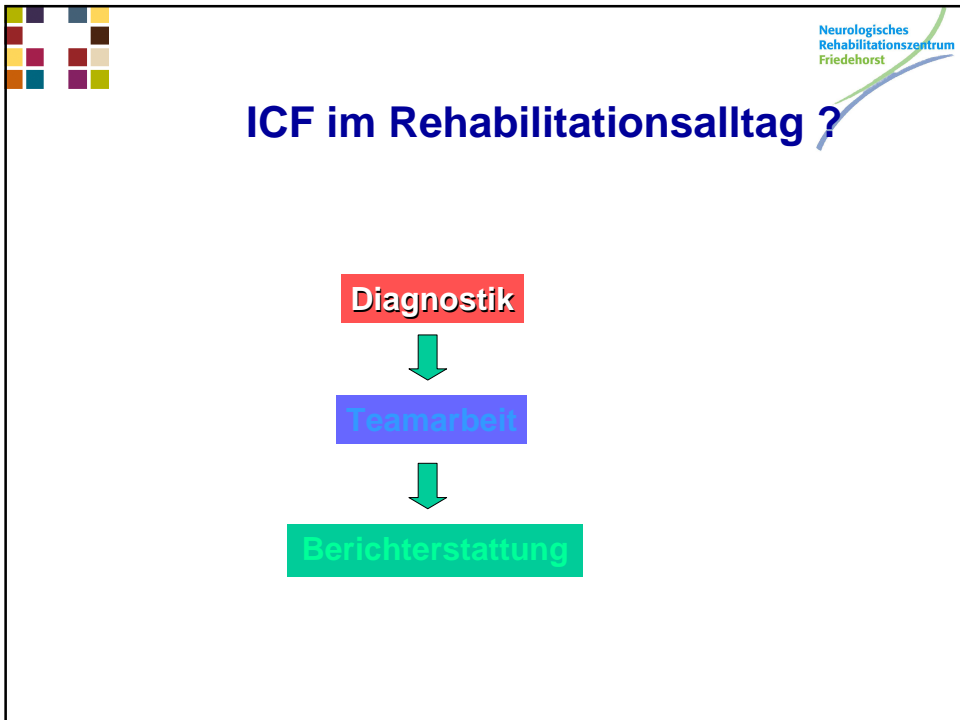
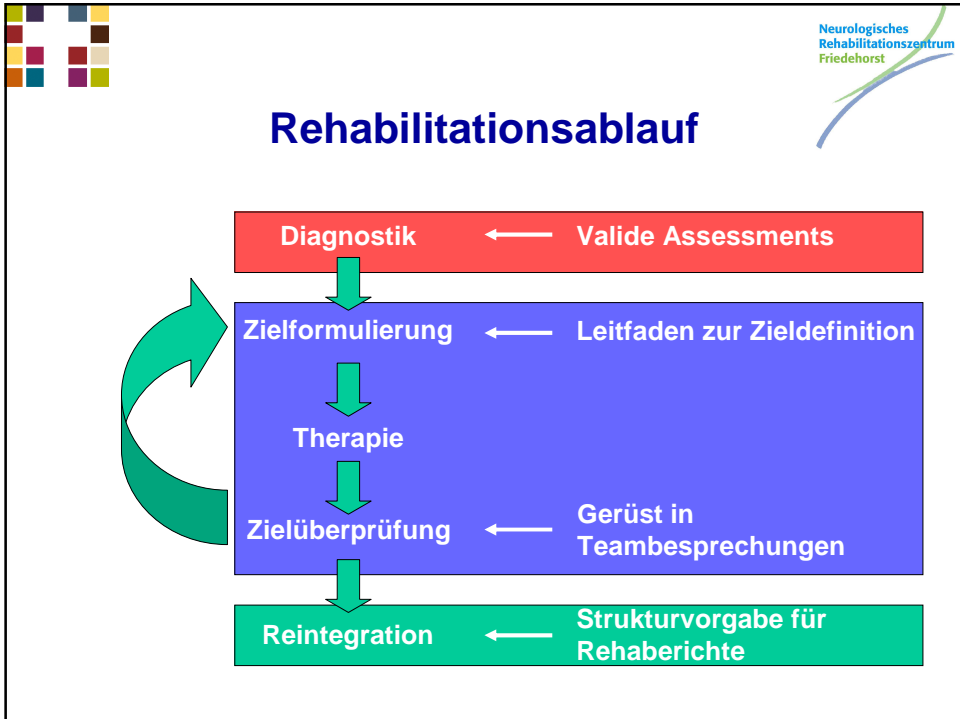


- Komplexität der Schädigung und Behinderung erfordert multidisziplinären Behandlungsansatz
- Paradigmenwechsel erfordert Änderung der Teamkommunikation:
Berufsgruppenübergreifende Rehabilitationsziele
- **Kostendruck erhöht Zeitdruck und erfordert Effektivitätsnachweis (Qualitätssicherung)**



Rehabilitationsablauf







Zuordnung der Assessmentverfahren zur ICF

BMGS- Förderprojekt

| Alter in Jahren: | 0 - 3 | | | 4 - 6 | | | 7 - 12 | | | 13 - 18 | | |
|---|--|--|-----|---|---|------------|---|--|------------|--|--|------------|
| | l | m | s | l | m | s | l | m | s | l | m | s |
| b 1 Mentale Funktionen | | | | | | | | | | | | |
| b 110 Bewusstsein | | | KRS | | | KRS EFA | | | KRS EFA | | | KRS EFA |
| b 114 Orientierungsfunktionen (Zeit, Raum, Person) | | | | | COAT | COAT | RBMT -C - Orient ier. | RBMT -C - Orient ier. COAT | COAT | RBMT - Orient ier. | RBMT - Orient ier. | COAT |
| b 117 Intelligenz (inklusive Retardierung) | Bayley Sc. - Menta l Sc. ET 6-6 WET Griffit hs | Bayley Sc. - Menta l Sc. ET 6-6 WET Griffit hs | | K- ABC SON 2,5-7 WET CPM | K- ABC SON 2,5-7 WET CPM | | HAWI K-III K- ABC SON 5,5-17 AID-2 SPM/ CPM | HAWI K-III K- ABC SON 5,5-17 AID-2 | | HAWI K-III HAWI E-R SON 5,5-17 WIT IST 2000 AID-2 LPS SPM | HAWI K-III HAWI K-R SON 5,5-17 AID-2 | |

Vorteil: Standardisierung, damit wird valide Vergleichbarkeit erreicht

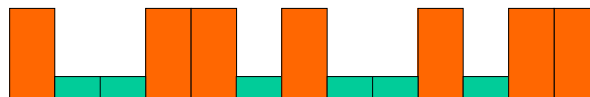


Diagnostik

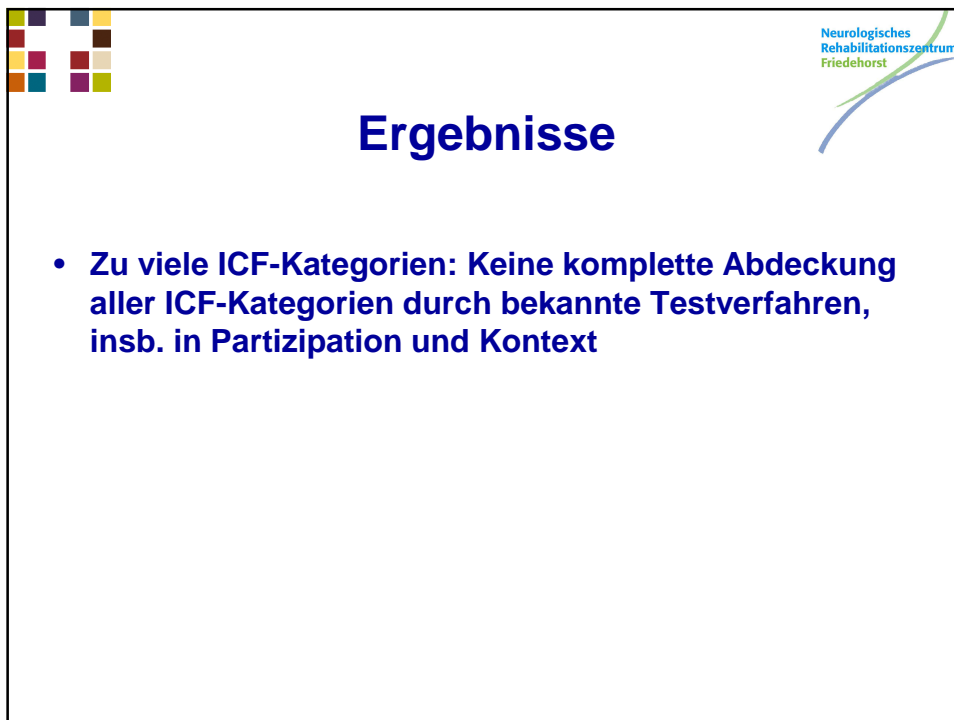
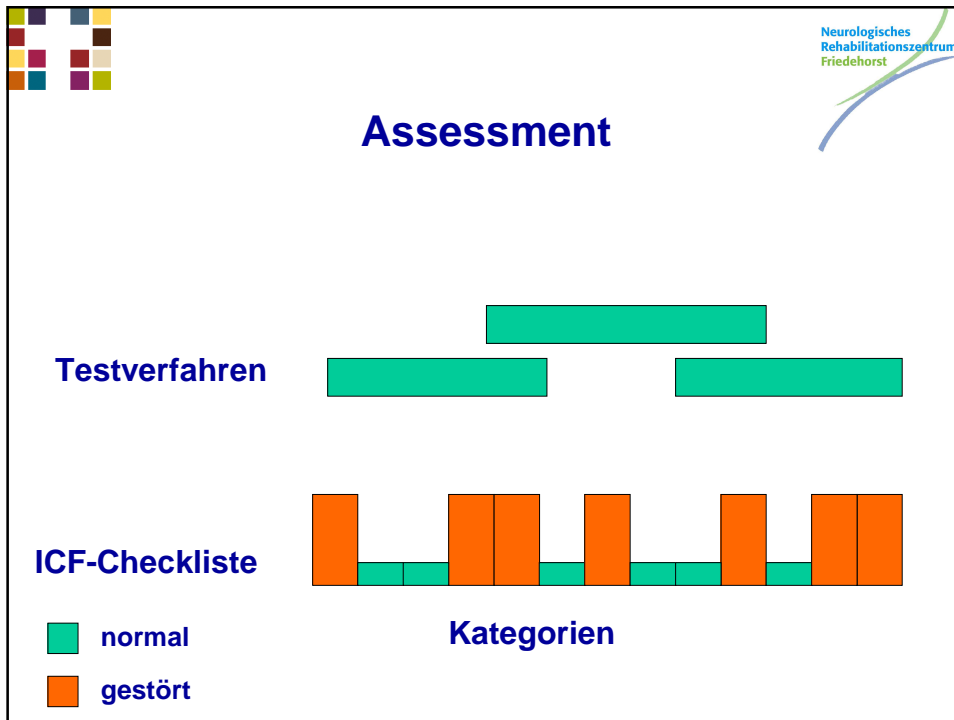
ICF-Kategorien

■ normal

■ gestört



Kategorien



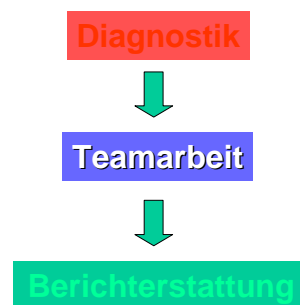


Ergebnisse

- Zu viele ICF-Kategorien: Keine komplette Abdeckung aller ICF-Kategorien durch bekannte Testverfahren, insb. in Partizipation und Kontext
- **Übergreifende Testverfahren bilden die Komplexität der neurologischen Schädigung nicht ab**



ICF im Rehabilitationsalltag ?





Teamarbeit

Arzt: *Ich optimiere die antikonvulsive Einstellung*

Sozialpädagoge: *ich optimiere das Spielverhalten*

Pflege: *ich optimiere die Lagerung*

KG: *ich optimiere das Gangbild*

Lehrer: *ich optimiere die Lernleistung in der Gruppe*



Ergo: *ich optimiere die Handfunktion*

Logo: *ich optimiere das Sprachverständnis*



Teamstrukturierung durch ICF

| Teamprotokoll Station C | |
|--|---|
| Name: | Geb.Datum: Datum: |
| Hauptdiagnose | |
| Reha-Ziele | ICF-Bereiche |
| <input type="checkbox"/> | s4, b4 kardiovaskuläre, hämatologische, immunologische, Stoffwechsel-, Atmungs- und endokrine Systeme |
| <input type="checkbox"/> | s5, s6, b5, b6, Nahrungsaufnahme, Verdauung Urogenitale Funktion |
| <input type="checkbox"/> | S3, b3, d3 Stimm- und Sprechfunktionen, Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> | s7, b7,d4 Neuromuskuläre Funktionen, Mobilität |
| <input type="checkbox"/> | e1 Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> | b2 Sehen, Hören, Wahrnehmung und Schmerz |
| <input type="checkbox"/> | S8, b8 Haut |
| <input type="checkbox"/> | b1,d1,d2 Mentale Funktionen |
| <input type="checkbox"/> | d5, d6 Selbstversorgung |
| <input type="checkbox"/> | d7, d8, d9, e3 Interaktionen, Beziehungen zu Familie |
| <input type="checkbox"/> | e3, e4, e5 Soziale Sicherung |
| Zielvereinbarungen, Absprachen, Empfehlungen | |
| Beantragte Reha-dauer | |
| Begründung | |
| Unterschrift Oberarzt Dr. Beims Stationsarzt/-ärztin Dr. Darsow-Schütte | |

Struktur:
Problemfelder
anstelle
Berufsgruppen

Zieldefinition:
Teilhabe anstelle
Funktion



Konsequenzen

Abstimmung von funktionellen Diagnosen und
gemeinsamen Zielen



Fachspezifische Sprache wird verlassen



Konsequenzen

Schwerpunktsetzung gelingt besser



Zurücksetzung einzelner Berufsgruppen möglich



Konsequenzen

Vergleich mit vorherigen Zielvereinbarungen



Mehr Transparenz, Kontrolle



Konsequenzen

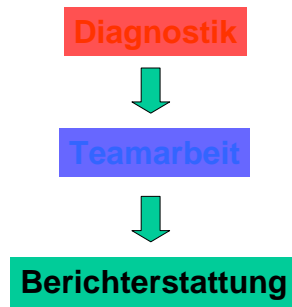
Mehr Diskussion



**vermehrte Anforderung an
Moderation / Disziplin / Beteiligung**



ICF im Rehabilitationsalltag



Dokumentation: BvB-Berichterstattung

| ICF | Diagnosen und Befunde |
|----------------------------------|---|
| Körperstrukturen und -funktionen | |
| b1 | Mentale Funktionen siehe neuropsychologisches Leistungsbild |
| b2 | Sensorische Funktionen und Schmerz (<i>Ärztliche Befunde</i>) |
| b3 | Stimme und Sprechen (<i>Logopädie</i>) |
| b4 | Kardiovaskuläres, hämatologisches, Immun- und Atmungssystem (<i>Ärztliche Befunde</i>) |
| b5 | Verdauungssystem, Stoffwechsel, endokrine Organe (<i>Ärztliche Befunde</i>) |
| b6 | Urogenitale Funktionen (<i>Ärztliche Befunde</i>) |
| b7 | Bewegungsbezogene Funktionen (<i>Physiotherapie, Ergotherapie</i>) |
| b8 | Haut und Hautanhangsgebilde (<i>Ärztliche Befunde</i>) |



Dokumentation: BvB-Berichterstattung

| ICF | | Diagnosen und Befunde |
|-------------------------------|--|--|
| Aktivitäten und Partizipation | | |
| d1 | Lernen und Wissensanwendung | siehe neuropädagogisches Leistungsbild |
| d2 | Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen | <i>(Sozialpädagogik, Pflege, Berufstherapie)</i> |
| d3 | Kommunikation | <i>(Logopädie)</i> |
| d4 | Mobilität | <i>(Physio- / Ergotherapie)</i> |
| d5 | Selbstversorgung | <i>(Ergotherapie)</i> |
| d6 | Haushalt | <i>(Ergotherapie, Pflege)</i> |
| d7 | Interpersonale Interaktionen | <i>(Sozialpädagogik)</i> |
| Umweltfaktoren | | |
| E1 | Hilfsmittel, Medikamente | |



Dokumentation: BvB-Berichterstattung

| ICF | | Diagnosen und Befunde |
|--|--|--|
| Aktivitäten und Partizipation | | |
| d1 | Lernen und Wissensanwendung | siehe neuropädagogisches Leistungsbild |
| d2 | Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen | <i>(Sozialpädagogik, Pflege, Berufstherapie)</i> |
| d3 | Kommunikation | <i>(Logopädie)</i> |
| d4 | Mobilität | <i>(Physio- / Ergotherapie)</i> |
| d5 | Selbstversorgung | <i>(Ergotherapie)</i> |
| d6 | Haushalt | <i>(Ergotherapie, Pflege)</i> |
| d7 | Interpersonale Interaktionen | <i>(Sozialpädagogik)</i> |
| d8 Bedeutende Lebensbereiche d9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben | | siehe berufliches Leistungsbild |



Offene Probleme

- Definitionen, Testkriterien und Skalierungen aus der Medizin, Neuropsychologie, Logopädie sind nicht einheitlich.
- Testverfahren sind meist Mängel-orientiert und geben keine Aussagen zu Ressourcen und Prognosen
- Übergreifende Testverfahren bilden die Komplexität der neurologischen Schädigung nicht ab
- Personbezogene Kategorien spielen eine erhebliche Rolle, sind aber nicht definiert.



Zusammenfassung I

ICF

- ist kein eigenständiges Assessmentverfahren
- ist nicht veränderungssensitiv, eignet sich daher nicht zur Verlaufsbeurteilung
- eignet sich nicht zur Gesamteinschätzung des Gesundheitszustandes („Gesundheitszahl“) und Rehabilitationserfolgs



Zusammenfassung II

Orientierung an ICF ist hilfreich

- bei Reduktion der ICF-Kategorien
- Verzicht auf Kodierung
- bei Nutzung validierter Testverfahren anstelle der Qualifier



Zusammenfassung III

ICF verbessert die Rehabilitation durch

- Strukturierung der Diagnostik
- Förderung der Interdisziplinarität in Teambesprechung und Berichterstattung
- Fokussierung auf die Bedürfnisse des Patienten: Rehaziele auf Partizipationsebene