

# **Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Direktor: Herr Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Stellvertretende Direktorin: Prof. Dr. phil. Monika Bullinger

## **Implementierung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ in der psychosomatischen Rehabilitation und Suchtrehabilitation: Lösungsansätze und Barrieren**

### **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Martin Freitag

aus Bergen auf Rügen

Hamburg 2015

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:**

25.08.2016

**Veröffentlicht mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der Vorsitzende:**

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

**Prüfungsausschuss, zweite Gutachterin:**

Prof. Dr. med. Antje Gumz

**Prüfungsausschuss, dritte Gutachterin:**

Prof. Dr. phil. Monika Bullinger

**Prüfungsausschuss, stellvertretendes Mitglied**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	5
2. Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1. Allgemeine Zielsetzungen der ICF .....	5
2.2. Das Modell der ICF und seine Komponenten .....	6
2.3. Beurteilung der Funktionsfähigkeit anhand der ICF .....	8
2.4. ICF-Assessments .....	10
2.5. Rahmenbedingungen und Zielsetzung der ICF in der Rehabilitation.....	11
2.6. Aktuelle Studienlage zum Implementierungsgrad der ICF .....	14
2.7. Implementierung der ICF im Kontext psychischer Störungen .....	15
3. Fragestellung .....	18
4. Methoden.....	18
4.1. Studiendesign und -durchführung.....	18
4.2. Beschreibung des Fragebogens.....	19
4.3. Analysetechniken und Methoden.....	21
5. Ergebnisse.....	22
5.1. Deskriptive Auswertung .....	22
5.1.1. Soziodemographische Angaben .....	22
5.1.2. Einfluss von Barrieren in der ICF-Anwendung .....	24
5.1.3. Vergleich der Barrieren von Sucht und Psychosomatik .....	26
5.2. Qualitative Analyse.....	27
5.2.1. Bisherige Implementierungsmaßnahmen.....	27
5.2.2. Anwendungsbarrieren im Klinikalltag.....	29
5.2.3. Nutzen und Potentiale der ICF.....	31
5.2.4. Vorschläge zur Schulungsgestaltung der ICF .....	32
6. Diskussion .....	34
6.1. Thematische Einordnung der Arbeit und Ergebnisrelevanz .....	34

6.2. Bewertung der ICF-Implementierung.....	34
6.2.1. Probleme und Barrieren der ICF-Implementierung .....	34
6.2.2. Bewertung bisheriger Implementierungsschritte zur ICF .....	37
6.2.3. Nutzen und Potentiale der ICF .....	38
6.2.4. Vorschläge zur Schulungsgestaltung und Lösungsansätze .....	39
6.2.4. Quintessenz des praktischen Nutzens der ICF .....	41
6.3. Studiengrenzen.....	42
6.4. Ausblick auf die ICF-Programmatik.....	43
7. Zusammenfassung .....	44
8. Abkürzungsverzeichnis .....	45
9. Literaturverzeichnis .....	47
10. Rechtsquellenverzeichnis .....	51
11. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis .....	52
11.1. Tabellen .....	52
11.2. Abbildungen.....	52
12. Anhang .....	53
12.1. Vergleich der Aufwandssituation .....	53
12.2. Vergleiche der Situation zu klinikstruktur-bezogenen Barrieren .....	55
12.3. Vergleich der Situation zu versorgungsstruktur-bezogenen Barrieren.....	57
12.4. Vergleich der durch inhaltliche Faktoren entstehenden Barrieren .....	59
12.5. Fragebogen zur Studie .....	61
13. Danksagung .....	67
14. Lebenslauf .....	68
15. Eidesstattliche Versicherung .....	69

# 1. Einleitung

Der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (*International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF*) als Klassifikationssystem wird in der medizinischen Rehabilitation eine besondere Bedeutung zuteil. Die Anwendung der Klassifikation wird seit 2001 von der „Weltgesundheitsorganisation“ (*World Health Organization - WHO*) offiziell gefordert und hat seitdem auch in Deutschland Eingang in das „Sozialgesetzbuch IX“ (SGB IX) gefunden. Dabei spielt der Ansatz aus miteinander in Beziehung stehenden Komponenten, die neben körperlichen und geistigen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Behinderungsbegriff des SGB) auch Barrieren und Förderfaktoren im Umfeld der Person erfassen, eine wichtige Rolle. Die Komponente Aktivitäten und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben rückt innerhalb der Klassifikation in den Fokus der ‚funktionellen Gesundheit‘ (*functional health*). Das Konzept von Gesundheit und Krankheit, im Rahmen eines biopsychosozialen Modells, ist nicht neu und hatte bereits in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts begonnen, das bisher einseitige medizinische Denken maßgeblich mit zu beeinflussen. Zusätzlich spielt in diesem Ansatz eine salutogenetische Sichtweise eine entscheidende Rolle (Bengel et al. 2001). Die teilhabeorientierte Fallkonzeptionalisierung und Behandlungsplanung im Rahmen der ICF erfüllen eine wichtige Funktion in Hinblick auf Verbesserung individueller Therapiemaßnahmen in der stationären Rehabilitation von psychischen Erkrankungen (Ewert 2012), um eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft und den Alltag des Patienten zu erreichen. Mit dieser Arbeit soll vornehmlich qualitativ untersucht werden, in wie weit sich die Datenlage zur Implementierung der ICF im somatischen Bereich auch auf die Indikationsbereiche stationärer Sucht- und Psychosomatik-Rehabilitation übertragen lässt, da auch hier seit nunmehr 14 Jahren im Rehabilitationssektor die Verwendung des Klassifikationssystems gefordert wird.

## 2. Theoretischer Hintergrund

### 2.1. Allgemeine Zielsetzungen der ICF

Die WHO als Befürworter, Entwickler und Herausgeber der ICF will mit ihrer Hilfe eine detaillierte, allgemeinverständliche und universelle Feststellung des Gesundheitszustandes von Personen ermöglichen. Andere Unterstützer dieser Idee sind die Rehabilitationsforschung, Gesetzgeber, Krankenkassen und (Gesundheits-) Behörden insbesondere in Deutschland. Die Tatsache, dass dieses Klassifikationssystem neben Beeinträchtigungen

auch vorhandene Ressourcen beschreiben kann, unterscheidet sie grundsätzlich von anderen Klassifikationssystemen und stellt damit als Komplementärklassifikation eine Erweiterung der „Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10*) dar. Damit gibt sie die Möglichkeit, das Verständnis über den allgemeinen Gesundheitszustand und dessen Zusammenhänge in einer Bevölkerung zu fördern. Ein in diesem Zusammenhang vergleichender internationaler Austausch von Gesundheitsdaten wird damit angestrebt (DIMDI 2005). Die Umsetzung des Letzteren wird insbesondere durch die mit der ICF verbundenen, gemeinsamen Sprache unterstützt, der interdisziplinär ebenfalls eine große Bedeutung zukommt. Die Kodierung von Gesundheitszuständen erlaubt darüber hinaus eine systematische Verschlüsselung medizinischer Daten. Ein Diagnoseinstrument stellt die ICF aber ausdrücklich nicht dar (DIMDI 2005).

## 2.2. Das Modell der ICF und seine Komponenten

Um den Ansatz der ICF zu verstehen, der insbesondere für die Rehabilitation geeignet scheint, muss zunächst das Modell erläutert werden. Die Entwicklung des biopsychosozialen Modells, dessen sich die ICF bedient, fußt unter anderem auf Studien zur Allgemeinen Systemtheorie und seiner Anwendung auf die Biologie. In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde dieser Ansatz von Vertretern eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit und Vordenkern der Psychosomatik wie Engels genutzt (Egger 2008). Damit wurde ein Beitrag geleistet, die bis dahin dominierende biomedizinische Denkweise in der ärztlichen Heilkunst aufzubrechen. Es benötigte jedoch Jahrzehnte, um aus dem damals noch fluid hierarchischem biopsychosozialen Modell, das Beziehungen zwischen Makro- und Mikroebene der Gesundheit beschrieb, das gegenwärtige Konzept der ICF zu entwickeln. Ihr vorgeschaltet war das bereits in den 1980er Jahren etablierte Vorläufermodell der „Internationalen Klassifikation der Einschränkungen, Behinderungen und Handicaps“ (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH*). Die ICF selbst beschreibt einzelne Komponenten, die miteinander in dynamischer Wechselwirkung stehen. Das biopsychosoziale Modell stellt sich als „[...] das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird“ (Egger 2008), dar.

Abbildung 1 zeigt die Interaktion der Komponenten der ICF in der deutschen Übersetzung unter der Zusammenarbeit mit dem „Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information“ (DIMDI) im Rahmen des biopsychosozialen Modells. Das Gesundheitsproblem interagiert in diesem Modell mit den Komponenten der Körperfunktionen/-strukturen, der Partizipation und der Aktivität, die jeweils untereinander in Beziehung stehen. Als Hauptbeschreibungsebene lässt sich die „funktionale Gesundheit“ ableiten, die sich als Wechselwirkung zwischen Gesundheitsproblem und Kontextfaktoren versteht. Letztere sind die Gesamtheit von Umwelt- und personbezogenen Faktoren, die als potentielle Ressourcen oder Barrieren des Patienten Einfluss auf das Gesundheitsproblem nehmen können und sich auf diese Weise auf die „funktionale Gesundheit“ auswirken. Eine Person gilt demnach als funktional gesund, wenn vor dem Hintergrund ihrer individuellen Kontextfaktoren die körperliche und mentale Funktionsfähigkeit (Körperfunktionen) gewährleistet ist, ihre Körperstrukturen dem eines gesunden Menschen entsprechen und die Möglichkeiten seines Handels (Aktivität) sowie das Dasein und die Entfaltungsmöglichkeiten in allen Lebensbereichen nach den Wünschen der Person im Vergleich zum Referenzkollektiv funktional Gesunder gewährleistet sind (Partizipation/Teilhabe) (DIMDI 2005).



**Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI 2005)**

Die Komponente Aktivität beschreibt die individuelle Durchführung von Tätigkeiten, die Teilhabe fokussiert die Probleme der Person in einer Lebenssituation, also in einem bestimmten gesellschaftlichen Kontext. Die Differenzierung und Unabhängigkeit von Aktivität und Teilhabe untereinander und zu anderen Komponenten der ICF in der klinisch praktischen Anwendung sind jedoch teilweise problematisch wie Schuntermann (2005) schon in Bezug auf die Schwierigkeiten mit der getrennten Operationalisierung beider Komponenten kritisierte. Differenzierungsprobleme treten auch aufgrund überlappender

Kodierungen in einigen Studien zur Anwendbarkeit der ICF auf. Die hohe Komplexität der ICF in Verbindung mit einer, aufgrund fehlender Standards in der Operationalisierung, subjektiven Anwendung stellt somit einen hohen Anspruch an den Nutzer dar (Schliehe und Ewert 2013; Jelsma 2009).

Eindeutiger ist die Handhabung der Konzepte der Körperstrukturen als anatomische Beschreibungsebene und der Körperfunktionen, die die physiologischen und psychologischen Funktionen und Beeinträchtigungen dieser Strukturen klassifizieren. Nicht unterschätzt werden dürfen die Kontextfaktoren, die den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen beleuchten. Anhand der Umweltfaktoren können die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt des Menschen klassifiziert werden. Personbezogene Kontextfaktoren wie ethnischer Hintergrund, Geschlecht, Alter und Kultur werden explizit erwähnt, können aber nach dem heutigen Stand aufgrund zu großer Varianz nicht einheitlich klassifiziert werden.

### 2.3. Beurteilung der Funktionsfähigkeit anhand der ICF

Zur praktikablen Nutzung in der therapeutischen Praxis bedarf es einer eindeutigen Kodierungs- und Klassifizierungssystematik einzelner Komponenten des Modells.

- Körperfunktionen: Komponente ‚b‘ (bodyfunctions)
- Körperstrukturen: Komponente ‚s‘ (bodystructures)
- Aktivitäten und Partizipation: Komponente ‚d‘ (life domains)
- Umweltfaktoren: Komponente ‚e‘ (environmental factors)

Jede dieser Komponenten gliedert sich in Kapitel auf, die Kategorien enthalten, die Beschreibungen in unterschiedlichem Detailgrad zulassen. Ferner gibt es die Möglichkeit, wenn keine eindeutige Zuordnung bestimmter Beschreibungen von Komponenten zu Kategorien möglich ist, diese unter der Kategorie ‚nicht näher bezeichnet‘ oder ‚anders bezeichnet‘ einzuordnen. Anwender sind dazu angehalten nach Möglichkeit diese Restklassen-Zuordnungen zu vermeiden. Einen wichtigen Bestandteil der Klassifikation stellt der alphanummerische Code einer jeden Kategorie dar (DIMDI 2015).

Ein Beispiel zur hierarchischen Kodierungsstruktur:

<b>Beschreibungsebene</b>	<b>Kodierungsebene</b>
<i>Klassifikation der Komponente: „Körperfunktionen“</i>	<i>b</i>
<i>Kapitel 1: Mentale Funktionen</i>	<i>b1 ‚Item 1.Ebene‘</i>
<i>Gruppe: Globale mentale Funktionen</i>	<i>b110 –b139 (Kodebereich)</i>
<i>Kategorie: Funktionen des Bewusstseins</i>	<i>b110 ‚Item 2.Ebene‘</i>
<i>Subkategorie: Bewusstseinszustand</i>	<i>b1100 ‚Item 3.Ebene‘</i>

Eine vollständig quantitative Bewertung erhält der Kode jedoch erst durch die Zuordnung mindestens eines Beurteilungsmerkmals. Dieses kann dann je nach Komponente eine Kategorie als Barriere für das Gesundheitsproblem der Person ausweisen und erlangt daraufhin volle Aussagekraft über die funktionale Gesundheit. Als Förderfaktor (positiver Effekt) oder Barriere (negativer Effekt) können Kontextfaktoren ausgewiesen werden. Es wird zwischen mehreren Arten von Merkmalen unterschieden. Das erste Beurteilungsmerkmal deklariert das Ausmaß oder die Größe des Gesundheitsproblems innerhalb einer entsprechenden Komponente:

<i>xxx.0 Problem nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich...)</i>	<i>0-4% Einschränkung</i>
<i>xxx.1 Problem leicht ausgeprägt (schwach, gering ...)</i>	<i>5-24% Einschränkung</i>
<i>xxx.2 Problem mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...)</i>	<i>25-49% Einschränkung</i>
<i>xxx.3 Problem erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst ...)</i>	<i>50-95% Einschränkung</i>
<i>xxx.4 Problem voll ausgeprägt (komplett, total ...)</i>	<i>96-100% Einschränkung</i>
<i>xxx.8 nicht spezifiziert</i>	
<i>xxx.9 nicht anwendbar</i>	

Um bei dem ausgewählten Beispiel zu bleiben ist demnach ein Patient, bei dem der Bewusstseinszustand in (nahezu) voller Ausprägung eingeschränkt ist, wie es z.B. bei Koma-Patienten der Fall ist, mit der Ziffer 4 des Beurteilungsmerkmals der 1. Art zu kodieren. Demnach lautet die vollständige Kodestruktur ‚b1100.4‘.

Dem Anwender sind aber auch durch die Verwendung weiterer höhergradiger, komponentenabhängiger oder Entwicklung weiterer Beurteilungsmerkmale Möglichkeiten der Spezifizierung des Gesundheitszustandes einer Person gegeben (DIMDI 2014).

## 2.4. ICF-Assessments

In der früheren Vergangenheit ist es im Umgang mit der ICF, die für sich genommen als Klassifikationssystem kein Messinstrument darstellt, nicht nur wichtig gewesen, psychometrisch gut validierte indikations- und klinikspezifische Kurzfragebögen und Assessmentinstrumente zu entwickeln (Farin 2011), sondern auch Core-Sets. Assessments (engl.: Abschätzung) bezeichnen standardisierte Verfahren, Methoden und Instrumente zur Beantwortung medizinischer, funktionaler oder psychosozialer Fragestellungen unter anderem bei der Planung, Steuerung und Ergebnisdokumentation in der Rehabilitation (Pschyrembel 2010). Die dazu komplementär bereitstehenden Core-Sets stellen in einem standardisierten, wissenschaftlichen Verfahren entwickelte Listen ausgewählter ICF Kategorien dar, um eine benutzerfreundliche Beschreibung von Funktionsfähigkeit und Behinderung zu ermöglichen. Die Entwicklung und Validierung solcher Listen für die ICF geschieht nach hohen wissenschaftlichen Standards. So werden in der Vorbereitungsphase neben empirischen multizentrischen Studien (Identifikation der gemeinsamen Probleme der Zielgruppe) und systematischen Reviews (wissenschaftliche Literaturrecherche zu einem bestimmten Gesundheitsproblem, einer Gruppe von Gesundheitsproblemen oder dem Kontext des Gesundheitswesens) auch qualitative Studien (Reflexion der Sicht- und Lebensweise der Person mit ihrem individuellen Gesundheitszustand) durchgeführt und ein Expertengutachten (Identifikation eines Problems einer durch die Experten ausgewählten Person der Zielgruppe) verlangt. In Phase I schließen sich dem internationale Konsensus-Konferenzen mit einer ersten Version des neuen Core-Sets an, bevor dann in der Phase II die Validierung dieser Vorabversion durch Gesundheitsexperten und patientenorientierte Studien stattfindet (Bickenbach et al. 2012). In Core-Sets finden sich dann ICF-Kategorien der häufigsten Patientenprobleme und darauf bezogene kontextuelle Einflussfaktoren wieder, die relevant sind für Personen mit einem konkreten Gesundheitsproblem. So kann über die Klassifizierung der Funktionsfähigkeit ein Funktionsfähigkeitsprofil des Patienten erstellt werden, welches dann durch die Verwendung von Beurteilungsmerkmalen genauer beschrieben werden kann (Cieza et al. 2008). Die WHO schlägt die weitere Entwicklung oder Etablierung bereits bestehender Hilfsmittel vor (Cieza et al. 2005).

## 2.5. Rahmenbedingungen und Zielsetzung der ICF in der Rehabilitation

Der in der deutschen Sozialgesetzgebung verankerte Grundsatz von Rehabilitation vor Rente (vgl. §9 Abs.1 SGB VI), erhält vor dem Hintergrund eines sich verändernden Umgangs mit chronischen Erkrankungen, Behinderung und dem demografischen Wandel in einem Land wie Deutschland mit einer modernen Lebens- und Arbeitswelt zunehmend an Bedeutung. So soll zum einen, dem gesetzlichen Auftrag entsprechend, unter anderem die drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit oder die Verschlimmerung bereits bestehender Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes verhindert werden (vgl. §26 Abs.1 SGB IX), um dem Anspruch auf Teilhabe am Arbeitsleben gerecht zu werden. Andererseits gehen mit dieser Regelung oft auch ökonomische Aspekte einer Leistungsgesellschaft einher, die die Notwendigkeit einer zeitnahen, schrittweisen Wiedereingliederung des Einzelnen in die Arbeitswelt vorgeben. Psychische Störungen sind momentan für 53 Millionen Krankheitstage pro Jahr verantwortlich, was einem ökonomischen Schaden von ca. sechs Milliarden Euro Produktivitätsausfall entspricht. Auch lassen sich 41 % aller Frühverrentungen auf psychische Ursachen zurückführen (Gerdes und Behrends 2013).

Die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, seien es der demografische Wandel oder die Anforderungen in der modernen Arbeitswelt, stellen auch komplexe Anforderungen an die Weiterentwicklung der Rehabilitation, da in Zukunft ein steigender Bedarf abzusehen ist (Buschmann-Steinhage und Brüggemann 2011). Die biopsychosoziale Denkweise wird als ableitbares Erfordernis angesehen, um dem kulturellen Wandel zu begegnen, der angetrieben wird durch den medizinischen Fortschritt, die Bevölkerungsalterung und Zunahme chronisch kranker Menschen (Cerniauskaite et al. 2011). Das biospsychosoziale Modell und die auf ihm basierende ICF können also im Rahmen einer inklusiven Gesellschaft mit zunehmender Multimorbidität integrative und interdisziplinäre Rehabilitation mitgestalten. Daraus lässt sich ableiten, dass die Medizin, aber auch Politik, Verwaltung und Sozialarbeit von der neuen Herangehensweise insofern profitiert, als dass daraus die Phänomene veränderter gesundheitsbezogener Zustände in der Gesellschaft besser erklärt und verstanden werden können. Das Mehrkomponenten-Modell der ICF kann besonders für psychische Erkrankungen herangezogen werden, da es die komplexen Interaktionen zwischen dem vorherrschenden Gesundheitsproblem mit Körperstrukturen, Aktivitäts- und Teilhabestörungen des Patienten umfassend beschreibt und dabei die Kontextfaktoren nicht außer Acht lässt. Dieses komplexe Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist gerade dann nötig, wenn über hohe Chronifizierungsraten psychischer Störungen und

Abhängigkeitserkrankungen gesprochen wird, die zu Aktivitätseinschränkungen und Teilhabestörungen in unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbereichen führen (Muschalla et al. 2009).

Aktuelle Relevanz erhält die Thematik, wenn man den Anteil psychischer und Suchterkrankungen an den Gesamtleistungen medizinischer Rehabilitation betrachtet, wie sie im Rehabilitations-Bericht der „Deutschen Rentenversicherung“ (DRV) aus dem Jahr 2014 beziffert werden. Diese lagen 2013 für stationäre und ambulante Behandlung zusammen bei 22 % und sind damit im Vergleich zum Jahr 2000 um 5 % angestiegen. Damit stellen diese Rehabilitationsindikationen die zweitgrößte Gruppe nach Muskel-/Skelett- und Bindegewebserkrankungen dar. Zudem sind einzelne Rehabilitationsleistungen psychischer und Suchterkrankungen um bis zu 2,5-fach teurer als die Rehabilitation somatischer Erkrankungsbilder (DRV 2014a). Medizinische Rehabilitation von Sucht bzw. Psychosomatik findet vorwiegend stationär statt. Während die durchschnittliche Verweildauer in der Psychosomatik vier bis sechs Wochen beträgt (Nosper 2008a), ist der stationäre Reha-Aufenthalt bei Suchterkrankungen mit durchschnittlich 12 Wochen etwa doppelt so lang (Henning 2009, DRV 2014b). Die Rehabilitation findet ganztägig, multimodal und berufsgruppenübergreifend bei durchschnittlich vier bis sechs Therapieeinheiten täglich bzw. 22 Leistungen wöchentlich statt. Neben den ärztlichen, psycho- und ergotherapeutischen Leistungen gehören unter anderem körperlich aktivierende Elemente, Entspannungsverfahren, Physiotherapie und balneologisch-physikalische Therapien zum Behandlungsspektrum. Während viermal wöchentlich Gruppenpsychotherapie erfolgt, erhält der Patient einmal in der Woche Einzelpsychotherapie. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der stationären Therapie ist die Gewährung von Freizeit, in der sich der Patient der Reflexion des Erlebten und Gelernten widmen kann, wobei therapeutenunabhängige Gruppensettings und Kommunikation, sowie Aktivitäten mit anderen Rehabilitanden oder den eigenen Angehörigen durchaus erwünscht sind und für den Therapieerfolg förderlich sein können (DRV 2010).

Auch personbezogene Faktoren im Sinne des biospsychosozialen Modells spielen in der Therapie eine Rolle. Unterschiede ergeben sich hinsichtlich des Geschlechts, da psychische Erkrankungen bei Frauen häufiger vorkommen und die durchschnittliche Verweildauer in der Rehabilitation etwa einen Tag kürzer ist als bei den Männern. Während der Anteil der psychischen Erkrankungen in der stationären Reha bei Männern nur ca. 13 % ausmacht, sind es bei den Frauen mit 22 % fast doppelt so viele. Dieses Verhältnis kehrt sich bei der

Betrachtung der Suchterkrankungen im stationären Sektor um. Dort leiden lediglich 2% der Frauen unter einer Suchtproblematik, während bei den Männern 8 % betroffen sind. Die mittlere Verweildauer hängt zusätzlich von der Art der Sucht ab, da z.B. im Bereich des substanzbezogenen Missbrauchs Drogensüchtige in der Regel länger behandelt werden als Alkoholabhängige. Auffällig ist auch, dass sich gerade in der Suchtrehabilitation die im Durchschnitt jüngsten Patienten mit 41,5 Jahren wiederfinden (DRV 2014a).

Beispielgebend für eine große gesundheitspolitische Bedeutung der ICF in der Rehabilitation ist der Begriff ‚Teilhabe‘. Nicht zuletzt der „Bundesanzeiger“ (BAnz.) weist darauf hin, dass Teilhabe als eines der zentralen Ziele in der Rehabilitations-Richtlinie Deutschlands bereits verankert ist (BAnz. 2009). Bisher konnte nur in einer Studie zur beruflichen Rehabilitation gezeigt werden, dass es sinnvoll ist, gerade die Teilhabe aus gesundheitsökonomischer Sicht als Konzept stärker in den Fokus zu rücken. So wurde dargestellt, dass das Konzept der funktionellen Daten über psychiatrische Erkrankungen im Gegensatz zu reinen Symptomlisten und Diagnosen einen stärkeren Eindruck davon vermitteln kann, wie sich diese Erkrankungen auf die berufsbezogene Funktionsfähigkeit (*vocational functioning*) auswirken. Einzelne Komponenten wie die geistigen Funktionen, sowie mehrere Kapitel aus der Komponente der Aktivitäten und Teilhabe wurden dabei als besonders relevant für die Klassifizierung kognitiver, emotionaler und sozialer Leistungsfähigkeit erklärt. Auf diesen Funktionen liegt der Fokus für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen. In der Studie wird die von den Autoren als bisher unterschätzt dargestellte Bedeutung der Kontextfaktoren hingegen betont. Diese haben ebenfalls Einfluss auf die Funktionsfähigkeit in der beruflichen Rehabilitation (MacDonald-Wilson und Nemeč 2005). Auch ein Review zur Betrachtung der ICF aus einer feministischen Betrachtungsweise kritisiert, dass personbezogenen Faktoren auf der Beschreibungsebene gegenüber den biologischen ungerechtfertigter Weise in den Hintergrund zurückgedrängt werden, da eine einheitliche Klassifizierung nicht möglich ist (Conti-Becker 2009). Außerdem gibt es noch Lücken in der Beschreibung von bereits klassifizierbaren Kontextfaktoren. Deutlich wird dieses Problem in einem Praxisleitfaden zur Rehabilitation für die ICF der „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ (BAR) in Deutschland (Beyer et al. 2008). Demnach sind (krankheitsbedingte) Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen, die nicht in der ICF abgebildet sind. Davon betroffen sind besonders sozialmedizinische Beurteilungen, z.B. Reha-Entlassungsberichte, Gutachten und auch Festlegungen von Rehabilitationszielen. In wieweit diese

Zusammenhänge auch explizit für die medizinische Rehabilitation von Sucht und Psychosomatik zutreffen, wurde an dieser Stelle nicht untersucht.

Die BAR formuliert zur Umsetzung der aus der Teilhabe ableitbaren Leistungsansprüche des Rehabilitanden die Notwendigkeit eines abgestimmten Handelns zwischen den an der Rehabilitation beteiligten Disziplinen, Institutionen und Versorgungsbereichen (Beyer et al. 2008). Danach muss ein interdisziplinäres Rehabilitationsverständnis auf der Basis einheitlicher, träger- und berufsgruppenunabhängiger Begrifflichkeiten, d.h. eine ‚gemeinsame Sprache‘, vorhanden sein. Dies gilt insbesondere für den Übergang zwischen verschiedenen Behandlungssettings. Dazu zählt beispielsweise der Übergang von stationärer in ambulante Behandlung. Es ist fraglich, inwieweit die ICF in der Lage ist, allen genannten Forderungen nachzukommen.

Die DRV wirbt zur weiteren Umsetzung im Leitfaden zum Reha-Entlassungsbericht 2015 für eine Orientierung an der ICF (DRV 2015). Forderungen der DRV nach ICF-orientierten Behandlungskonzepten in Bezug auf Diagnostik, Rehabilitationsziel, Behandlungsplanung und Evaluation existieren darüber hinaus schon länger und finden sich in den neuen Leitlinien wieder (DRV 2010).

## 2.6. Aktuelle Studienlage zum Implementierungsgrad der ICF

Sowohl die WHO als auch die DRV und das DIMDI stellen bereits einige Anwendungsvorgaben für den Klinikalltag zur Verfügung. Die DRV fördert darüber hinaus Forschung in Bezug auf die ICF. Da eine umfassende Kategorisierung auch die Gefahr von Umsetzungsschwierigkeiten mit sich bringt, fingen begleitend zur Veröffentlichung in 2001 national wie international Arbeitsgruppen bestehend aus Ärzten und Psychologen an, Forschung und Studien zur ICF zu betreiben. Es sollte darum gehen die Schwachstellen und Probleme in der Anwendung im therapeutischen Alltag systematisch zu erkennen und in der Folge durch Modifizierung der ICF zu beheben. Mehrheitlich bezogen sich diese Änderungen und Nachforschungen jedoch auf somatische und neurologische Rehabilitation und weniger auf psychosomatische und Suchtrehabilitation. Im Zeitraum von 2005 bis 2012 wurden weltweit lediglich 44 ICF-Rehabilitations-Projekte durchgeführt. Darunter befanden sich Arbeiten, die die Anwendung der ICF im therapeutischen Alltag untersuchten. Zu deren Hauptindikationsbereichen zählten Neurologie, Rückenschmerzen/Orthopädie einschließlich Endoprothetik, Mutter-/Kind-Kuren, und Psychosomatik sowie

indikationsübergreifende Projekte (Schliehe und Ewert 2013). Die ICF-bezogene Forschung, obwohl mehrheitlich theoretisch und nicht anwendungsbezogen, vermittelt jedoch den Eindruck, dass die Implementierung der ICF in die Versorgungspraxis vergleichsweise langsam verläuft und nach wie vor mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist (Álvarez et al. 2012). Die „Deutsche Vereinigung für Rehabilitation“ (DVfR) kritisiert, dass viele ICF-Projekte ohne Vernetzung untereinander oder in Rücksprache mit der WHO und mit einem individuellen Design beschlossen werden, sodass deren Vergleichbarkeit bzw. Ergebniskompatibilität schwierig ist (DVfR 2009). In einem systematischen Review konnte gezeigt werden, dass die Zahlen der veröffentlichten Arbeiten zum Konzept der ICF im nicht-klinischen Zusammenhang, als auch Studien zur Anwendung der ICF in Klinik und Rehabilitation in den Jahren 2001 bis 2009 kontinuierlich zugenommen haben (Cerniauskaite et al. 2011). Demzufolge gehören zu den Hauptinitiatoren der Studien die USA, Deutschland und die Niederlande. Es wird dort auf einen enormen Bedarf und Interesse an der Forschung auf diesem Gebiet hingewiesen. Zudem beschreibt die Studie, dass man den ‚kulturellen Wandel‘ als Grund für das Erfordernis einer neuen Denkweise im biopsychosozialen Sinne sieht. Dieser Wandel wird angetrieben durch den medizinischen Fortschritt, die Bevölkerungsalterung und Zunahme der Zahl chronisch kranker Menschen. Daraus lässt sich ableiten, dass die Medizin, aber auch Politik, Verwaltung und Sozialarbeit von der neuen Herangehensweise insofern profitiert, als dass mit ihrer Hilfe die Phänomene veränderter gesundheitsbezogener Zustände in der Gesellschaft besser erklärt und verstanden werden können.

## 2.7. Implementierung der ICF im Kontext psychischer Störungen

Die Einbeziehung der ICF-Komponenten, insbesondere der Kontextfaktoren einer Person, und ihrer Wechselwirkungen stellen im Rahmen einer Rehabilitationsplanung und -durchführung einen wichtigen Bestandteil für eine langfristige Verbesserung von Gesundheit und Funktionsfähigkeit im Bereich psychischer und psychosomatischer Erkrankungen dar (Seeger et al. 2004).

Bemühungen zur ICF-Implementierung in der Rehabilitation psychischer Störungen greift ein Review zu ICF-basierten Assessments auf (Buchholz et al. 2015). Es besagt, dass in Deutschland bereits einige ICF-basierte Assessment-Instrumente in diesem Indikationsbereich in deutscher Sprache zur Verfügung stehen. Es erfolgte eine Gegenüberstellung von acht dieser Instrumente hinsichtlich der Auswahlkriterien und

konkreter Operationalisierung relevanter Kategorien, der Wahl der Beurteilungsskala und der Bestimmung des Schweregrads der erfassten Beeinträchtigungen. Als wichtiger Aspekt wurde hier auch die „Rückführbarkeit“ entwickelter Testitems zu Kategorien der ICF genannt. Für den Indikationsbereich psychischer Störungen wurden demnach die Instrumente ICF-AT-50-Psych (Nosper 2008b) bzw. ICF-3F-AT (Nosper 2013) (*ICF-basierte Instrumente zur Erfassung von psychischen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe*), ICF-PsychA&P (*ICF-orientiertes Instrument für Menschen mit psychischen Störungen, Aktivitäten und Partizipation*) (Brütt et al. 2010), MATE-ICN (*Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation - ICF core-set and Need for care*) (Buchholz et al. 2009), Mini-ICF-APP (*Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen*) (Linden et al. 2009) und DiaRes (*Diagnostik von Ressourcen*) (Dieckmann et al. 2012) entwickelt. Die Instrumente IMET (*Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe*) (Deck et al. 2007) und das WHODAS II (*World Health Organization disability assessment schedule*) (WHO 2000) sind nach der Recherche der Autoren zufolge generische Instrumente, die für verschiedene Indikationen einsetzbar sind. Während der Studie zufolge alle Instrumente die Umsetzung auf der ersten Operationalisierungsebene (Darstellung der ICF Komponenten) ermöglichten, traf das für die zweite (Darstellung der ICF-Domänen) und dritte (ICF-Beurteilungsmerkmale) nicht oder nur in geringem Maße zu. Daher wurde hier von Schwierigkeiten beim Rückbezug dieser Subkategorien auf die generische Skala der ICF gesprochen. Zudem erwähnten die Autoren unterschiedliche Entwicklungsansätze zwischen den einzelnen Messinstrumenten (testtheoretisch vs. probabilistisch) und Test-Item-Zuordnungen (ein Item zu einer ICF-Kategorie vs. ein Item zu mehreren ICF-Kategorien). Außerdem differierte der Umfang der verwendeten Test-Items. Während beispielweise das IMET mit neun Items das kürzeste Instrument darstellt, verwendet der DiaRes 66 Items. Unterschiede bestanden auch bei der Wahl der Beurteiler-Verfahren (Selbstbeurteiler vs. Fremdbeurteiler vs. kombiniertes Selbst-/Fremdbeurteiler-Instrument). Offen blieb oft die Wahl des Beurteilungszeitraums. Ausführliche Testmanuale stehen für MATE-ICN, das WHODAS II sowie das Mini-ICF-APP zur Verfügung. Auch je ein Kurz-Manual zur Anwendung des IMET und ICF-PsychA&P ist vorhanden. Dadurch weisen die Autoren auf die Notwendigkeit, aber auch auf die Schwierigkeit bei der Entwicklung und Nutzung geeigneter Assessmentinstrumente hin. Den Grund für die Probleme sehen die Autoren in den fehlenden verbindlichen Richtlinien zur Entwicklung von ICF-basierten Messinstrumenten. Es ist nicht in jedem Fall

klar, in welchem Rahmen die entwickelten Hilfsmittel in der praktischen Anwendung tatsächlich genutzt werden.

Die Autoren des Mini-ICF-APP beschreiben in ihrer Arbeit selbst, dass das Instrument in der Lage ist, gerade auch in der psychosomatischen Rehabilitation durch Auswahl spezifischer Kategorien und Operationalisierungen die Gesundheit einer Person zu klassifizieren und zu messen (Linden und Baron 2005). In der Analyse der Arbeit unterschied man zwischen den Komponenten Aktivitäten und Teilhabe innerhalb des Klassifikationssystems ICF, um das Assessmentinstrument entwickeln zu können. Bisher gab es immer wieder dahingehend Kritik, dass in der ICF das Konzept der Aktivitäten nicht ausreichend theoriegesteuert und gleichzeitig das Konzept der Teilhabe von letzterer nicht unabhängig zu operationalisieren ist (Schuntermann 2005). Durch die inhaltliche Trennung von Aktivitäten und Teilhabe könne man nun das von Schuntermann geschilderte Problem angehen. Bei leichter Adaptation ihres Instrumentes ist es nach Aussage der Entwickler möglich, das Mini-ICF-APP auf andere Erkrankungsgruppen zu übertragen.

Obwohl also schon einige ICF-basierte Instrumente für psychische Störungen entwickelt wurden, ist nicht in jedem Fall klar, in wieweit diese auch für Suchterkrankungen entsprechend geeignet sind. So stellt Breuer (2013) heraus, dass gerade in diesem Bereich vorhandene Assessments zu unspezifisch sind, obwohl diese sonst in der Lage sind, die Komplexität der ICF in der Anwendung im indikationsspezifischen Arbeitsalltag zu durchbrechen. Dabei ist laut Autor eine einheitliche Itemstruktur zwischen den einzelnen Instrumenten, sowie insbesondere im Vergleich mit dem indikationsspezifischen Core-Set Sucht nicht zu erkennen. Außerdem wird Kontextfaktoren nicht ausreichend Beachtung geschenkt. Weiterhin bemerkt der Autor Schwierigkeiten bei der adäquaten Selbsteinschätzung Abhängigkeitserkrankter nach der ICF. Im Gegensatz dazu sind Fehleinschätzungen der eigenen Situationen von Patienten mit anderen psychischen Erkrankungsbildern, wie im Bereich der Psychosomatik, deutlich geringer. Zusätzlich zeigt das Fremdrating bei bestimmten Items, in denen nur der Betroffene selbst eine sinnvolle Einschätzung geben kann, seine Grenzen auf. Auch hier wird auf das Fehlen verbindlicher Standards und Assessments für Suchterkrankungen aufmerksam gemacht, als dessen Ursache der Autor jedoch nicht die ICF als solche sieht. Stattdessen macht er dafür den Mangel und die unzureichende Entwicklung geeigneter Instrumente verantwortlich. Dadurch zweifelt er schließlich am derzeitigen Nutzen der ICF-basierter Assessments im Indikationsbereich Suchtrehabilitation, den es mitunter zu untersuchen gilt.

Während also der konzeptionelle Rahmen bzw. die Philosophie der ICF große Akzeptanz gefunden hat, scheint es, dass sich die praktische Handhabung der ICF, zumindest im Bereich der psychischen Erkrankungen, als sehr komplex erweist (Breuer 2013).

### 3. Fragestellung

Ziel dieser Studie soll es sein, Informationen über die Anwendung der ICF in der Rehabilitation psychosomatischer und suchtkranker Patienten in Deutschland zu gewinnen. Bei der Abbildung des aktuellen Zustands sollen insbesondere durch die Beantwortung offener Fragen Einzelheiten über Anwendungsbarrieren der ICF, die einer sachgemäßen Implementierung des Systems entgegenstehen könnten, eruiert werden. Es wird erwartet, dass mithilfe dieser qualitativen Befragung sowohl mögliche Barrieren für den Einsatz der ICF identifiziert, als auch bisher entwickelte Lösungsansätze inventarisiert und bewertet werden können. Es sollen auch bereits ergriffene Implementierungsversuche, Abschätzung der Kliniken zum Nutzen der ICF, sowie mögliche Schulungsmaßnahmen evaluiert werden.

### 4. Methoden

#### 4.1. Studiendesign und -durchführung

Es handelte sich bei der Studie um eine online durchgeführte Querschnittsbefragung mit einem Messzeitpunkt. Im April 2013 begann die Internet-Recherche von Kliniken, die eine Rehabilitation für Patienten mit psychosomatischen Störungen oder Sucht-bezogenen Störungen anbieten. Die Suche erfolgte mithilfe des Kurklinikverzeichnisses ([www.kurklinikverzeichnis.de/](http://www.kurklinikverzeichnis.de/)). Bei der Verwendung der seiteninternen Suchmaschinen wurde einzeln mit den Begriffen ‚Psychosomatik‘, ‚Sucht‘, ‚Angststörungen‘, ‚Bulimie/Magersucht‘, ‚Depression‘, ‚Drogenentzug‘, ‚Ernährungsstörung/ Essstörungen‘, ‚Erschöpfungszustände/ Burn-Out‘, ‚Mobbing‘, ‚Persönlichkeitsstörungen‘, ‚Raucherentwöhnung‘, ‚Schlafstörungen‘, ‚Suchtentwöhnung‘, ‚Verhaltensstörungen‘, ‚Zwangsstörungen‘ und ‚Psychische Folgen nach Gewalterfahrung‘ nach den für diese Studie relevanten Rehabilitationskliniken mit den genannten Indikationsbereichen gesucht.

Parallel zu der Recherche der Rehabilitationskliniken wurde im April bis Juni 2013 mit Hilfe der vorhandenen Literatur ein Fragebogen für die Hauptbefragung erstellt. Mit Hilfe einer Pilottestung wurde die Machbarkeit der Befragung mit Diplom-Psychologen und Ärzten (n=3), die in Rehabilitationskliniken tätig sind, qualitativ überprüft. Ziel war es unter

anderem zu prüfen, ob die Fragen eindeutig formuliert und der Fragebogen sinnvoll zusammengestellt wurde.

Anfang Juli wurde der Fragebogen an die Ergebnisse aus der Pilottestung angepasst, sodass die Einladungen zum Fragebogen an die ausgewählten Kliniken verschickt werden konnten. Die Hauptbefragung fand von Juli bis November 2013 statt. Sie erfolgte online mit der webbasierten Befragungssoftware „EFS Survey 9.0“ (Unipark). Bei der anonymisierten Befragung wurden Codes verwendet, die die Teilnehmer per Email zusammen mit dem Einladungslink erhielten, um so nachvollziehbar zu machen, welche Kliniken bereits geantwortet hatten. Alle Empfänger, von denen innerhalb einer 14-tägigen Frist weder die Rückantwort noch eine Ablehnung der Teilnahme erfolgte, erhielten ein Erinnerungsschreiben per Email. Wenn nach weiteren vier Wochen immer noch keine Rückmeldung eingegangen war, erfolgte eine telefonische Erinnerung. Nach Möglichkeit wurde bei diesen Telefonaten ein Ansprechpartner ermittelt, der den Fragebogen erhalten und persönlich ausfüllen sollte.

Unter Berücksichtigung möglicher Abwesenheiten während der Ferienzeit wurden zunächst die recherchierten Kliniken in den nördlichen Bundesländern am 12.08.2013 eingeladen (Hamburg, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Bremen, Niedersachsen). Die Kliniken der nördlichen Bundesländer wurden am 28.08.2013 erstmalig erinnert. Einen Monat später nach der Ersteinladung der nördlichen Kliniken erfolgte am 04.09.2013 die Einladung der südlichen Bundesländer (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern). Eine erste elektronische Erinnerung der Kliniken erfolgte 14 Tage später. Einige Adressen mussten im Rahmen der Telefonrecherche neu ermittelt werden, da Emails wegen Personalwechsels oder Klinikschließung/-umzug unzustellbar waren. Im November wurde die Datenerhebung abgeschlossen und die Auswertung begonnen.

## 4.2. Beschreibung des Fragebogens

Der Fragebogen enthielt sowohl geschlossene als auch offene Fragen. Im soziodemografischen Fragenteil wurde die Auskunft über Indikation, Trägerschaft und Bundesland der Einrichtung, Verteilung indikationsspezifischer Diagnosen der Einrichtung, Anzahl der Mitarbeiterstellen und Funktion des Anwenders erbeten. Im ICF-spezifischen geschlossenen Fragenteil wurde der Anwender zu seiner (bzw. der Mitarbeiter) allgemeinen

Kenntnis über und zum Einsatz der ICF im therapeutischen Alltag in der Klinik befragt, auf welchen Ebene dieser Einsatz geschieht und welche klinikinternen Berufsgruppen sie einsetzen. Es wurde gefragt, ob Schulungsbedarf besteht und bereits Implementierungsmaßnahmen bzgl. der ICF getroffen wurden. Es wurden geschlossene Antwortlisten zu Verwendungszweck, Verwendung von Anwendungshilfen (Core-Sets, Kurzlisten), Assessmentinstrumenten und anderen ICF-bezogenen Hilfsmitteln vorgelegt. Größtenteils waren dabei Mehrfachantworten zugelassen (außer Ja/Nein-Fragen) und zumeist eine Kategorie ‚andere/sonstige‘ vorhanden, die die Erstellung individueller Antwortkategorien möglich machte. Weiterhin wurde nach dem Einfluss des ICF-Einsatzes (bzw. entsprechender ICF-basierter Assessment-Hilfen) in unterschiedlichen Bereichen des therapeutischen Handelns/Alltags gefragt. Beispielsweise mussten Einfluss auf Diagnostik, Arzt-Patienten-Kommunikation, Therapieplanung auf einer 5-stufigen Skala (sehr negativ - negativ - keinen Einfluss - positiv - sehr positiv) beurteilt werden. Außerdem wurde über eine weitere Skala (keine - geringe - mäßige - starke - sehr starke Barriere) die Stärke von Anwendungsbarrieren der ICF im beruflichen Alltag zu den Bereichen der Klinikstruktur (z.B. keine Zeit), Versorgungsstruktur (z.B. keine/unklare Vorgaben vom Kostenträger), inhaltlichen Faktoren (z.B. Unschärfe theoretischer Konzepte der ICF) erfragt. Auch hier war eine ergänzende freie Texteingabe durch den Teilnehmer möglich. Weiterhin sollte der zeitliche Aufwand (kein - gering - mäßig - groß - sehr groß) des Klinikpersonals bzgl. des Einsatzes der ICF erfasst werden.

Im Bereich der offenen Fragen sollten bisher unternommene konkrete Implementierungsmaßnahmen, Schwierigkeiten bei der Anwendung der ICF im klinischen Alltag, sowie die eigene Sicht über den Nutzen und die Potentiale der ICF für den ärztlichen Alltag und mit gegebenenfalls typischen Beispielsituationen umfassend dargestellt werden. Außerdem wurde nach den Bedürfnissen für eine ICF-Schulungsgestaltung gefragt, deren Erfüllung einen optimalen Nutzen für den Anwender verspricht. Zusätzlich wurde ein Freitextfeld eingerichtet, in dem allgemeine Anmerkungen zur Befragung gemacht werden konnten.

Den Teilnehmern wurde im Verlauf des Fragebogens mithilfe von Indexfragen eine dynamische Beantwortung ermöglicht. Indem es beispielsweise zur Verneinung der Nutzung der ICF oder klinikspezifischer Fragen kam, die den einzelnen Anwender nicht betrafen, wurde der nicht relevante Fragenkomplex übersprungen und zum nächsten Fragenthema

übergeleitet. Ein Zurückspringen zu früheren bereits beantworteten oder übersprungenen Fragenkomplexen war nicht möglich.

Eine genaue Darstellung des Fragebogens erfolgt im Anhang im Kapitel 12.5.

### 4.3. Analysetechniken und Methoden

Die deskriptive Datenanalyse und Signifikanztestung geschlossener Fragen erfolgte mithilfe des Datenverarbeitungsprogramms „PASW Statistics 18“. Die Datenauswertung erfolgte hauptsächlich deskriptiv. Die Datenbasis für die „Qualitative Inhaltsanalyse“ (QIA) nach Mayring (Mayring, 2008) bildeten die Antworten auf die offenen Fragen. Zudem wurden die im Fragebogen ergänzenden Antworten aus den geschlossenen Fragen, sofern sie zu den einzelnen Themenkomplexen der offenen Fragen (Implementierung, Barrieren, Nutzen/Potentiale, Schulungsmaßnahmen) passten, in die Auswertung mit einbezogen. Zur genaueren Analyse wurden aus jedem einzelnen Themenkomplex die Einzelaussagen pro antwortendem Teilnehmer extrahiert und mithilfe der Datenverarbeitungssoftware „Microsoft Office Excel 2013“ geordnet. An der Kategorisierung der Aussagen waren zwei Beurteiler beteiligt. Im ersten Schritt der Inhaltsanalyse wurde gemeinsam ein Kategoriensystem entwickelt. Dazu ordnete der erste Beurteiler deduktiv mithilfe passender Kategorien aus vorhergehenden geschlossenen Fragen die Antworten den Kategorien zu und erweiterte das dadurch entstehende Kategoriensystem gegebenenfalls induktiv, weshalb also insgesamt ein gemischtes induktiv-deduktives Verfahren angewendet wurde. Jede Kategorie erhielt dabei eine möglichst genaue Definition. Der zweite Beurteiler kodierte dann auf Basis dieses ersten Kategoriensystems ohne die Kenntnis der durch den ersten Beurteiler getroffenen Zuordnung der Aussagen und schlug bei Bedarf Verbesserungen bzw. Änderungen der Systematik vor, die konsensuell besprochen wurden.

In einem zweiten Durchgang kodierten beide Beurteiler unabhängig voneinander mithilfe des konsensuellen Kategoriensystems alle erfassten Aussagen der Teilnehmer. Anschließend wurden die Interrater-Reliabilität der Kategorienzuordnung in das Kategoriensystem eines jeden einzelnen Themenkomplexes und ein Durchschnittswert errechnet. Sie wurde als gut bewertet, wenn das Cohens Kappa den Wert von 0,7 nicht unterschritt (Mayring 2000). Weiterhin differente Aussagen-Kodierungen wurden in einem weiteren Konsensus-Verfahren auf einen gemeinsamen Nenner gebracht. Dieser Kodierungsendpunkt wurde für die Auswertung herangezogen. Die Berechnung der Übereinstimmung erfolgte schließlich auch hier mit „PASW Statistics 18“.

Alle Antworthäufigkeiten in der Darstellung der QIA hingen von der individuellen Antwortbereitschaft der Anwender ab, wodurch die Summe der Antworten zwischen den einzelnen, voneinander unabhängigen Themenkomplexen der QIA variieren konnte. Die prozentuale Verteilung der Kategorien ergab sich ebenfalls aus dem Anteil der absoluten Häufigkeiten aller Antworten, wobei wiederum das individuelle ‚n‘ der antwortenden Kliniken berücksichtigt werden musste.

Bezüglich der Ergebnisdarstellung waren Mehrfachantworten eines Anwenders in unterschiedlichen Kategorien eines Themenkomplexes prinzipiell möglich. Mehrfachantworten in ein und derselben Kategorie durch einen Anwender wurden jedoch nur einmal gezählt um möglichen Interpretationsverzerrungen vorzubeugen. Dies war beispielsweise dann der Fall, wenn ein Anwender als Implementierungsmaßnahmen mehr als eine Situation zur Nutzung der ICF in der Kategorie „Dokumentation“ beschrieb. Wenn also je Anwender eine Kategorie nur maximal einmal gezählt wird, dann stimmt die Antworthäufigkeit der jeweiligen Kategorie eines jeden Fragenkomplexes von Kapitel 4.2. gleichzeitig mit der Anzahl der Anwender überein, die diese Kategorie nennen. Die Summe aller Antworthäufigkeiten innerhalb eines Themenkomplexes konnte dabei aber durchaus die Gesamtzahl der Anwender übersteigen.

## 5. Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse aus der Hauptbefragung erfolgte zunächst eine deskriptive Auswertung der für die Fragestellung relevanten, erhobenen Daten, um den gegenwärtigen Umfang und die Art der Problematik bei der Verwendung der ICF in der Rehabilitation abzubilden. Die genauere Analyse der genannten Barrieren erfolgte vor allem qualitativ. Es wurde dargestellt, welche Schwierigkeiten die Studienteilnehmer bei der Anwendung der ICF im Klinikalltag sehen und an welchen Stellen diese Schwierigkeiten womöglich den Einsatz der ICF gänzlich verhindern.

### 5.1. Deskriptive Auswertung

#### 5.1.1. Soziodemographische Angaben

Angeschrieben wurden alle potenziellen Kliniken in Deutschland, die eine Rehabilitation für Patienten mit psychosomatischen Störungen oder Sucht-bezogenen Störungen anbieten. Es handelte sich um 452 Kliniken. Zweiundachtzig Kliniken meldeten zurück, dass sie keine Reha-Klinik sind oder keine Reha für die entsprechenden Indikationen anbieten. Fünfzehn

Kliniken lehnten aus anderen Gründen die Teilnahme an der Studie ab. Bei einer Rücklaufquote von rund 29 % ergab sich nach Abschluss der Erhebung eine Gesamtteilnehmerzahl von 104. Die recherchierten Ansprechpartner, die die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage erhielten, waren in 90 % der Fälle Klinikleiter oder hatten eine andere leitende Funktion. Sechsendsechzig (67%) Antwortende gehörten dem ärztlichen, 23 (23,5%) dem psychologischen, fünf (5,1%) dem Verwaltungs- und drei (3,1%) dem Sozialen Dienst an, sowie vier (4,1%) sonstigen. Zur Verteilung der Reha-Indikationen (N = 104) gaben 53 (51%) der Teilnehmer Psychosomatik, 33 Sucht (31,7%) und fünf (4,8%) beides zu vertreten an. Bei 13 (12,5%) Teilnehmern fehlten die Angaben zur geführten Indikation. Von den 104 Kliniken gaben 99 (95,2%) an, die ICF zu kennen. Fünf (4,8%) Kliniken kannten die ICF nicht. Dreißig (38,5%, N=104) Teilnehmer gaben an, die ICF in irgendeiner Form aktuell anzuwenden, 60 (62%, N=97) bestätigten Schritte zur Implementierung zu unternehmen und 77(80%, N=97) sahen weiteren Schulungsbedarf. Sowohl Anwender als auch Mitarbeiter erhielten nach Tab. 1 am meisten ICF-Schulungsveranstaltungen im Rahmen einer Nachmittagsfortbildung (35/36%, 47/48,5%). Annähernd jeweils ein Drittel aller Anwender und Mitarbeiter erhielt bisher keine Schulung (31/32%, 33/34%). Die meisten längeren Schulungen fanden in beiden Gruppen im Zeitraum 2011 bis 2013 statt, wobei die Teilnehmer selbst insgesamt fast doppelt so oft an solchen Schulungen teilnahmen wie ihre Mitarbeiter (31/32%, 17/17,5%). Der überwiegende Schulungsanteil lag in beiden Gruppen im Zeitraum 2011 bis 2013.

**Tab. 1: Durchführung von ICF-Schulungsmaßnahmen**

<b>ICF-Schulung</b>	<b>absolute Häufigkeit n</b>	<b>relative Häufigkeit in %</b>
befragter Anwender:	97	100
keine Schulung erhalten	31	32
als Nachmittagsfortbildung	35	36
als längere Schulung...	31	32
im Zeitraum von 2002 - 2010	12	12
im Zeitraum von 2011 - 2013	18	18,5
Mitarbeiter:	97	100
keine Schulung erhalten	33	34
als Nachmittagsfortbildung	47	48,5
als längere Schulung...	17	17,5
im Zeitraum von 2002 - 2010	4	4
im Zeitraum von 2011 - 2013	11	11

(N=97)

### 5.1.2. Einfluss von Barrieren in der ICF-Anwendung

Die Anwender wurden gefragt, wie sie den zu leistenden praktischen Aufwand sehen, den der Einsatz der ICF im Arbeitsalltag mit sich bringt (1 - kein Aufwand bis 5 - sehr großer Aufwand). Ein Anwender (2,7%) sah keinen Aufwand, neun (24,3%) bewerteten ihn als gering, 14 (37,8%) als mäßig, zwölf (32,4%) als groß und einer als sehr groß. Aus diesen Daten ergibt sich ein Mittelwert  $M = 3,1$ . Damit stellte sich der Aufwand, der zur Nutzung der ICF betrieben wird, durchschnittlich als mäßig dar.

**Tab. 2: Mittelwertdarstellung von Barrieren, die die Anwendung der ICF erschweren**

<b>Barriere Kategorie</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Aufwand:	37	3,1	0,9
Anteil Psychosomatik	22	3,05	
Anteil Sucht	10	3,4	
Barriere der Klinikstruktur:	95	3,3	1,1
Anteil Psychosomatik	52	3,35	
Anteil Sucht	31	3,42	
Barrieren Versorgungsstruktur:	95	2,8	1,2
Anteil Psychosomatik	52	2,69	
Anteil Sucht	31	2,94	
Inhaltliche Faktoren:	96	3,5	1,1
Anteil Psychosomatik	53	3,49	
Anteil Sucht	31	3,26	

*1 = keine Barriere, 2 = geringe Barriere, 3 = mäßige Barriere, 4 = starke Barriere, 5 = sehr starke Barriere, M= Mittelwert, N= Anzahl, SD=Standardabweichung*

Tab. 2 bildet diese Daten ab und schlüsselt nach den einzelnen Indikationen auf. Weiterführend gibt sie Aufschluss über die Mittelwerte von allen in der Befragung vorkommenden geschlossenen Fragen zu möglichen Barrieren der Klinikstruktur, Versorgungsstruktur und im Kontext mit inhaltlichen Faktoren, die die Anwendung der ICF erschweren könnten. Die Mittelwerte schwanken zwischen 2,8 ( $SD = 1,2$ ) für Barrieren der Versorgungsstruktur und 3,5 ( $SD = 1,1$ ) für Barrieren aufgrund inhaltlicher Faktoren.

**Tab. 3: Barrieren der Klinikstruktur**

Barrieren der Klinikstruktur		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	keine Barriere	5	4,8	5,3
	geringe Barriere	18	17,3	18,9
	mäßige Barriere	28	26,9	29,5
	starke Barriere	32	30,8	33,7
	sehr starke Barriere	12	11,5	12,6
	Gesamt(gültig)	95	91,3	100,0
Fehlend		9	8,7	
Kliniken insgesamt		104	100,0	

Die meisten Anwender sahen Barrieren in der Klinikstruktur (Tab. 3), z.B. im Sinne fehlender Zeit, als stark (32 /33,7%) bzw. mäßig (28 /29,5%) an.

**Tab. 4: Barrieren der Versorgungsstruktur**

Barrieren der Versorgungsstruktur		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	keine Barriere	16	15,4	16,8
	geringe Barriere	22	21,2	23,2
	mäßige Barriere	28	26,9	29,5
	starke Barriere	22	21,2	23,2
	sehr starke Barriere	7	6,7	7,4
	Gesamt(gültig)	95	91,3	100,0
Fehlend		9	8,7	
Kliniken insgesamt		104	100,0	

Bezüglich der Barrieren der Versorgungsstruktur (Tab. 4), z.B. keine oder unklare Vorgaben vom Kostenträger, beurteilten die meisten Teilnehmer diese als mäßig (28/ 29,5%) bzw. 22 (23,2%) als gering und stark (22, 23,2%).

Inhaltliche Faktoren (Tab. 5), wie beispielsweise der Umfang der ICF, Unschärfe der theoretischen Konzepte oder Bewertungsdimensionen, sahen die meisten Teilnehmer als starke Barriere (39/ 40,6%) an.

**Tab. 5: Inhaltliche Faktoren**

Inhaltliche Faktoren		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	keine Barriere	4	3,8	4,2
	geringe Barriere	20	19,2	20,8
	mäßige Barriere	16	15,4	16,7
	starke Barriere	39	37,5	40,6
	sehr starke Barriere	17	16,3	17,7
	Gesamt(gültig)	96	92,3	100,0
Fehlend		8	7,7	
Kliniken insgesamt		104	100,0	

### 5.1.3. Vergleich der Barrieren von Sucht und Psychosomatik

Der im Folgenden durchgeführte Test in Tab. 6 auf möglicherweise signifikante Unterschiede der Barriere-Stärken zwischen Kliniken der Indikationen Sucht und Psychosomatik berücksichtigte nur Kliniken mit genau einer genannten Indikation (n=86).

**Tab. 6: Mittelwertvergleich der Barriere-Kategorien hinsichtlich der Indikationsgruppen**

Barriere Kategorien	T-Wert	df	M	Signifikanz (2-seitig)	MD	SE	Untere Grenze 95%-KI	Obere Grenze 95%-KI
Beurteilung Aufwand	-1,102	30	3,1 G 3,05 PS 3,4 S	0,279	-0,355	0,322	-1,012	0,303
Barrieren der Klinikstruktur	-0,332	77	3,3 G 3,35 PS 3,42 S	0,741	-0,073	0,221	-0,513	0,366
Barrieren der Versorgungsstruktur	-0,908	81	2,8 G 2,69 PS 2,94 S	0,367	-0,243	0,268	-0,776	0,290
Inhaltliche Faktoren	0,908	82	3,5 G 3,49 PS 3,26 S	0,367	0,233	0,256	-0,277	0,742

*df=Freiheitsgrad, G=Gesamtmittelwert aller Psychosomatik- und Suchtkliniken  
KI=Konfidenzintervall, M=Mittelwert, MD=Mittlere Differenz, PS=Psychosomatik,  
S=Sucht, SE=Standardfehler*

Darunter befanden sich 53 (62%) Kliniken der Psychosomatik und 33 (38%) Kliniken der Suchtrehabilitation. Demnach wurden Antworten von Kliniken, die keine Angabe zur Indikation gemacht hatten bzw. beide Indikationen beherbergten, aus der Analyse ausgeschlossen. Im Ergebnis der Testung aller Barriere-Kategorien aus Kap. 5.1.2 mittels Chi-Quadrat-Test bzw. Test nach Fisher konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Indikationsgruppen Sucht und Psychosomatik ermittelt werden. Detaillierte Einzelanalysen dazu sind im Anhang in den Kapiteln 12.1. bis 12.4. zu finden. Das Ergebnis bestätigt auch der direkte Mittelwertvergleich zwischen den Indikationen von Sucht und Psychosomatik mittels T-Test für jede einzelne Barriere-Kategorie (Tab. 6), da bzgl. jeder Kategorie in der 2-seitigen Signifikanztestung das geforderte  $\alpha < 0,05$  überschritten wird. Es wurde zu Beginn der Studie angenommen, dass sich Sucht- und Psychosomatik-Rehabilitation bezüglich der Barrieren nicht unterscheiden. Daher findet die weitergehende qualitative Untersuchung der ICF-Implementierung unter gemeinsamer Betrachtung von Sucht und Psychosomatik statt.

## 5.2. Qualitative Analyse

Für die Übereinstimmung der Kategorienzuordnung der Teilnehmeraussagen in die Kategoriensysteme aller Unterkapitel von Kapitel 5.2. konnte eine durchschnittliche Interrater-Reliabilität mit einem Cohens Kappa von  $\kappa = 0.898$ ,  $p < 0.001$  erzielt werden. Die einzelnen Cohens Kappas der Themenkomplexe Implementierungsmaßnahmen, Barrieren, Nutzen und Potentiale sowie Schulungsmaßnahmen liegen außerdem über  $\kappa = 0.7$ . Damit wird in diesem Fall die angestrebte Qualität der Kategorienübereinstimmung erreicht.

### 5.2.1. Bisherige Implementierungsmaßnahmen

Zu bisherigen Maßnahmen der Implementierung der ICF im Klinikalltag antworteten 52 Teilnehmer aus den Kliniken, von denen die in Tab. 7 dargestellten Implementierungsmaßnahmen abgeleitet werden konnten. Das Cohens Kappa für  $N = 107$  kategorisierte Antworten bezüglich der Kategorienübereinstimmung der Implementierungsmaßnahmen beträgt  $\kappa = 0.924$ ,  $p < 0.001$ .

**Tab. 7: Kategoriensystem zu bisherigen Implementierungsmaßnahmen**

Kategorie	Erläuterung	Zitat aus Fragebogen	n(%)
Schulung	Schulungen und Fortbildungen zur ICF	"Schulung extern/intern"	22 (22)
Dokumentation	schriftliche und/oder elektronische Kodierung nach ICF	"Dokumentation und Berichtserstellung"	21 (21)
Anwendungshilfen	Verwendung von ICF-gestützten Assessmentinstrumenten oder Core Sets	"Mini - ICF"	15 (15)
Philosophie	Verinnerlichung des Denkansatzes und Nutzung des theoretischen Konzeptes der ICF im therapeutischen Alltag	"Teambesprechungen geprägt auf die Auswirkungen der Teilhabe"	11 (11)
Therapieziele	Anpassung des individuellen Reha-Ziels des Patienten	"der ICF angelehnten Rehabilitationsziele"	10 (10)
Diagnostik	explizite Verwendung der ICF zur Diagnostik	"Einführung Diagnostik entsprechend ICF"	8 (8)
Sprache	Verwendung der ICF Sprache	"Einführung der Inhalte/ des Vokabulars in Fallbesprechungen"	6 (6)
Therapieplanung	Anpassung des Reha-Angebots oder Entwicklung neuer Therapieansätze	"Anpassung vom Therapieplanungsprozess"	3 (3)
Forschung	Bildung von Arbeitsgruppen zum Thema ICF	"Forschungsprojekt zum Thema personenbezogene Faktoren implementiert"	3 (3)
unspezifisch	nicht näher bezeichnet	"einzelne Items"	1 (1)

(N=100)

Die Studienteilnehmer der meisten Kliniken nannten Implementierungsmaßnahmen in Form von Schulungs- (22/22%) und Dokumentationsmaßnahmen (21/21%). 15 (15%) Kliniken verwenden ICF-basierte Anwendungshilfen. Elf (11%) Kliniken orientieren sich an der ICF-Philosophie und zehn (10%) nutzen sie bezüglich der Therapieziele. Acht Kliniken nutzten den Befragten zufolge die ICF in der Diagnostik und sechs Kliniken die ICF-Sprache. Auch wurde die Anwendung der ICF bei Therapieplanungsprozessen und durch unspezifische Maßnahmen (je 3/3%) sowie in der Forschung (1/1%) beschrieben. Von 104 Kliniken insgesamt gaben 23 (22%) Teilnehmer an, eine Art der Implementierungsmaßnahme durchzuführen bzw. durchgeführt zu haben. Vierzehn (13,5%) Teilnehmer führten drei Maßnahmen durch, zwölf (11,5%) nannten zwei Maßnahmen, zwei (2%) Teilnehmer beschrieben vier und ein (1%) Befragter nannte fünf kategorisch-verschiedene Maßnahmen zur ICF-Implementierung in der jeweiligen Klinik. 52 (50%) Teilnehmer machten dazu keine Angaben.

### 5.2.2. Anwendungsbarrieren im Klinikalltag

Zweiundvierzig Kliniken gaben konkrete Schwierigkeiten in der Anwendung der ICF im Klinikalltag an. Die daraus abgeleiteten Barriere-Kategorien sind in Tab. 8 abgebildet. Das Cohens Kappa für N= 102 kategorisierte Antworten bezüglich der Kategorienübereinstimmung der Anwendungsbarrieren beträgt  $\kappa = 0.847$ ,  $p < 0,001$ .

**Tab. 8: Kategoriensystem der Anwendungsbarrieren im ärztlichen Alltag**

Kategorie	Erläuterung	Zitat aus Fragebogen	n (%)
Zeitmanagement	mangelhafte zeitliche Ressourcen im klinischen Alltag	"Es wird ein größerer zeitlicher Aufwand notwendig sein"	16 (18)
Komplexität	Anwendungskomplexität aufgrund zu vieler Kategorien oder unscharfer Konzepte	"zu kompliziert"	15 (16,9)
Schulungsbedarf	Klinikpersonal ist nicht ausreichend geschult, da keine Ressourcen oder Angebote für Schulungen bereitstehen	"Qualifikation der medizinischen Mitarbeiter"	10 (11,2)
Versorgungsstruktur	Schnittstellenprobleme zwischen einzelnen Versorgungsbereichen außer-/innerhalb einer Klinik	"Schnittstellenprobleme mit anderen Hilfesystemen, z.B. der Akutversorgung"	9 (10,1)
Akzeptanz	Mangelhafte Einsicht des Klinikpersonal gegenüber der Sinnhaftigkeit und dem Nutzen der ICF	"Akzeptanz der ICF Zielsprache bei Personal und PatientInnen gering"	7 (7,9)
Relevanz	ICF-Anwendung bringt keinen Mehrwert oder hat nur geringe Bedeutung für den angegebenen Arbeitsbereich	"mangelnde Praxisrelevanz"	6 (6,7)
Verwendung anderer Systeme	Bestehende Nutzung anderer Systeme, die der Verwendung der ICF entgegen stehen	"multiaxiale KJP-Diagnostik ist besser"	6 (6,7)
spezifische Behandlungsschritte	Probleme bei spezifischen Behandlungsschritten ab Aufnahme des Patienten in die Klinik	"Therapieplanung", „Visiten“, „Psychotherapie, Gespräche“	6 (6,7)
Interdisziplinarität	mangelhafte interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Einrichtung	"Dokumentation der einzelnen Berufsfelder, die am Patienten arbeiten, zusammenzuführen"	6 (6,7)

Dokumentation	Dokumentationsschwierigkeiten im Sinne der ICF	"fehlende Digitalisierung, fehlende Anwendbarkeit in Schreibprogrammen"	2 (2,2)
allgemein	unspezifische, umfassende Probleme	"tagtäglich"	6 (6,7)

(N=89)

Tab. 8 zeigt, dass die meisten Kliniken das Zeitmanagement (16/18%) und Komplexität (15/17%) als Barrieren für die Implementierung der ICF sahen. Schulungsbedarf (10/18%) und die Schnittstellenproblematik in den Versorgungsstrukturen (9/10%) wurden als weitere häufige Barrieren genannt. Die mangelnde Akzeptanz des Systems der ICF sahen sieben (8%) Kliniken als Implementierungsbarriere. Jeweils sechs (7%) sahen in ihr Schwierigkeiten durch die Bereiche der Verwendung anderer Systeme, Interdisziplinarität, Relevanz des Klassifikationssystems sowie allgemeine, nicht näher definierte Barrieren. Zwei (2%) Kliniken sahen die Dokumentation mit der ICF als Barriere.

Zur Analyse der Barrieren, die die ICF-Anwendung erschwerten, und zur Kategorienbildung wurden nicht nur solche Freitextantworten mit einbezogen, die im eigentlichen, offenen Fragenteil zu geben waren. Selbstgewählte Beispiele von ICF-Anwendungsbarrieren in den ergänzenden Freitextfeldern mit anschließender Bewertung durch Teilnehmer im geschlossenen Fragenteil, dargestellt in Kapitel 5.1.2., wurden aufgrund ihrer teils ausführlichen Beschreibung mit in die qualitative Inhaltsanalyse einbezogen.

**Tab. 9: Einfluss individueller Barrieren aus geschlossenem Fragenteil**

Barriere-Einfluss	Absolute Häufigkeit n	Häufigkeit in %
kein	2	8,7
gering	2	8,7
mäßig	2	8,7
überwiegend stark	10	43,5
sehr stark	7	30,4

(N=23)

Wie Tab. 9 zeigt, misst ein größerer Teil der 23 Anwender den selbst genannten, individuellen Barrieren einen überwiegend starken (10/43,5%) und sehr starken (7/30,4%) Einfluss auf die ICF-Anwendung bei. Keinen, geringen oder mäßigen Einfluss sehen jeweils zwei Teilnehmer. Unter den genannten Barrieren wurden unter anderem Schwierigkeiten durch Schulungsbedarf, Zeitaufwand und Umfang der Klassifikation sowie Mangel an Praktikabilität genannt.

### 5.2.3. Nutzen und Potentiale der ICF

Im Folgenden haben 22 Teilnehmer den Nutzen und die Potentiale, die sie in der Anwendung der ICF für ihre Arbeit sehen, angegeben. Die daraus abgeleiteten Kategorien sind in Tab. 10 dargestellt. Das Cohens Kappa für N= 37 kategorisierte Antworten bezüglich der Kategorienübereinstimmung von Nutzen und Potentialen der ICF beträgt  $\kappa = 0.928$ ,  $p < 0.001$ .

**Tab. 10: Kategoriensystem von Nutzen und Potentialen der ICF im therapeutischen Alltag**

Kategorie	Erläuterung	Zitat aus Fragebogen	n (%)
Patienten-orientierung	Verbesserte Abstimmung von Therapie und therapeutischem Handeln auf Patientenbedürfnisse durch Neuausrichtung nach ICF-Richtlinien	„dass der Pat. sich eher in seinen Fähigkeiten/Schwierigkeiten im Alltag gesehen erlebt“	5 (16,7)
Paradigmenwechsel	positiver Einfluss der Philosophie und theoretischer Konzeption der ICF auf den therapeutischen Alltag	„ganzheitlichen Sicht/Behandlung, die für ein besseres Verständnis sorgt“	9 (30)
Therapie	positiver Einfluss auf Therapieplanung/-verlauf	„klarere Zielorientierung und Zielbeschreibung“	6 (20)
interdisziplinäre Verständigung	teaminterne und/oder schnittstellenübergreifende Vereinheitlichung der Kommunikation	„gemeinsame Sprache zwischen Ärzten, Psychologen und Therapeuten“	5 (16,7)
Dokumentation	Verbesserung der Dokumentationsqualität	„qualitativ besserer Entlassungsbericht“	2 (6,7)
non-produktiv	Keine zusätzlich positiven Auswirkungen auf den Rehabilitationsprozess	„ICF im engeren Sinne ist nicht zu brauchen“	3 (10)

(N=30)

Die meisten Anwender (9/30%) sahen den Nutzen der ICF darin, dass sie paradigmwechsel-fördernd wirken könne. Weiterhin sahen sie (6/20%) ein therapieförderndes Potential und einen patientenorientierten Nutzen (5/17%). Zwei Befragte (7%) äußerten die Verbesserung der Dokumentationsqualität. Drei Anwender (10%) gaben an durch die ICF keinen zusätzlich positiven Nutzen zu erhalten.

## 5.2.4. Vorschläge zur Schulungsgestaltung der ICF

Siebenundfünfzig Teilnehmer bezogen Stellung zu der Frage, wie sie sich eine optimale ICF-Schulung vorstellen, damit diese die eigenen Bedürfnisse erfülle. Die Schulungsverbesserungen sollen damit auch die Implementierung der ICF unterstützen. Daraus abgeleitete Kategorien sind in Tab. 11 dargestellt. Das Cohens Kappa für N= 112 kategorisierte Antworten bezüglich der Kategorienübereinstimmung der Schulungsmaßnahmen beträgt  $\kappa = 0.893$ ,  $p < 0.001$ .

**Tab. 11: Kategoriensystem der Verbesserungen von Schulungsmaßnahmen zur ICF**

Bereich	Kategorien	Definition	Zitat aus Fragebogen	n (%)
<b>Formales</b>	Beispiel-bezogen	Musterfalldarstellung zur verbesserten Übertragbarkeit der Theorie in die Praxis	"Üben an Fallbeispielen"	14 (12,7)
	Formale Organisation	Organisationstruktur der ICF-Schulung	"gleichzeitige Schulung aller Mitarbeiter"	9 (8,2)
	Dokumentation	Dokumentation und Berichterstellung mit der ICF	"ICF-relevante Inhalte in den Reha-Entlassungsbericht"	5 (4,5)
	In-House	Klinikinterne Schulungen	"am besten in-house Schulungen"	4 (3,6)
	Integration in EDV	Integration aller ICF-relevanten Daten in EDV (elektronische Datenverarbeitung)	"inhaltliche Anwendung PC-gestützter Systeme"	2 (1,8)
<b>Konzept-orientierung</b>	Konzept	Theorie und Philosophie sowie Nutzen der ICF verdeutlichen	"Vermittlung des Konzepts"	12 (10,9)
	Sprache	Übung/Verwendung der ICF-Fachsprache	"gemeinsame Sprache entwickeln,,	6 (5,5)
<b>Spezifität</b>	Indikations-spezifisch	indikationsspezifisch zugeschnittene Maßnahmen	"Orientierung der Psychosomatik nicht auf Organmedizin"	14 (12,7)
	Klinikstruktur-orientiert	Umsetzungsfähigkeit in der bestehenden Klinikstruktur unter Berücksichtigung der Arbeitsbedingungen	"unter Berücksichtigung der internen Abläufe und Vorgaben"	3 (2,7)
<b>Praxis-orientierung</b>	-	praxisnahe Schulung zum Arbeiten mit ICF	"praktische Handhabung"	12 (10,9)

<b>Anwendungshilfen</b>	-	Entwicklung/Nutzung von praktikablen ICF-Assessments	"Verwendung von ICF-gestützten Instrumente"	11 (10)
<b>Zeitökonomie</b>	-	zeitökonomische Anwendung der ICF im klinischen Alltag	"Schnelle Anwendung"	7 (6,4)
<b>Kodierung</b>	-	Erlernen/Üben der ICF-Kodierung	"Wie verschlüssele ich"	5 (4,5)
<b>Therapie</b>	-	Erklärung der ICF-Anwendung im therapeutischen Prozess von Diagnose, Therapie-planung & Behandlung	"konkrete Umsetzungsstrategien zur Diagnostik"	3 (2,7)
<b>Allgemein</b>	-	nicht näher bezeichnete Maßnahmen	"praktikable Anwendung und Umsetzung"	3 (2,7)

(N=110)

Vierunddreißig Kliniken (30,9%) nannten Vorschläge zur formalen Gestaltung der Schulung. Diese beschreiben zum einen die Art und Weise, wie die Schulung organisiert werden soll und zum anderen, welche formalen Aspekte in der Schulung besonderen Stellenwert bekommen sollen. Dazu zählten die Anwender eine beispielbezogene Schulung (14/12,7%), Handlungsbedarf bei formaler Organisation (9/8,2%), sowie Dokumentationstraining (5/4,5%), Inhouse-Schulung (4/3,6%) sowie Integration in EDV-Systeme (2/1,8%). Ein ebenfalls häufig geäußerter Wunsch war die Konzeptorientierung der Schulungen (18/16,4%), unter der die Konzeptvermittlung als solche (12/10,9%) häufiger genannt wurde als die Verwendung der ICF-Sprache (6/5,5%). Außerdem wurde die an die jeweilige Klinik angepasste Spezifität der Schulung (24/21,8%) genannt. Diesbezüglich sahen die meisten die Indikationsspezifität (14/12,7%) und dahinter eine klinikstrukturorientierte Schulung (3/2,7%) als relevante Zielsetzungen. Weiterhin wünschen sich die Anwender eine Schulung mit mehr Praxisorientierung (12/10,9%). Es wurden das Anzeigen von Anwendungshilfen (11/10,0%), die Zeitökonomie-orientierte Anwendung der ICF (7/6,4%), sowie Kodierungsübungen (5/4,5%), als auch die therapie-spezifische Anwendung (3/2,7%) als schulungsrelevant genannt und auch allgemeine Maßnahmen (3/2,7%) zur Verbesserung von Schulungen gefordert.

## 6. Diskussion

### 6.1. Thematische Einordnung der Arbeit und Ergebnisrelevanz

Diese Arbeit hat sich der Bestandsaufnahme der ICF-Implementierung in deutschen Rehabilitationskliniken der Sucht und Psychosomatik im Jahr 2013 angenommen. Der Grund dafür war, dass es mehr als ein Jahrzehnt nach der Veröffentlichung der ICF noch immer an Informationen zum tatsächlichen Zustand deren Nutzung und Wirkung im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Sucht und Psychosomatik im Vergleich zu somatischen Fächern mangelt. Zahlreiche Forschungs- und Arbeitsgruppen leiten in Zusammenarbeit national wie international immer wieder neue Projekte der Qualitätsverbesserung an. Dabei wurden und werden die in der Literatur beschriebenen Anwendungshilfen zur streckenweise sehr theoriebelasteten ICF entwickelt und verbessert. Wenn man sich die Frage nach dem konkreten Praxisbezug der ICF stellt, ist es zum einen wichtig nach dem aktuellen Stand und den bisherigen Implementierungsmaßnahmen zu einer ICF-gerechten Rehabilitation zu fragen. Zum anderen ist es ebenso nötig nach möglichen Barrieren und Problemen von Verständnis, Akzeptanz und Umsetzung des ICF-Konzeptes zu forschen und im Falle von Mängeln Wünsche und Verbesserungsvorschläge von Anwendern aufzunehmen. Am Ende dieser Bestandsaufnahme sollen dann Lösungsansätze für diese Probleme mit der ICF vorgeschlagen werden, um den Umgang mit der neuen Klassifikation zu verbessern und voranzutreiben.

### 6.2. Bewertung der ICF-Implementierung

#### 6.2.1. Probleme und Barrieren der ICF-Implementierung

Betrachtet man die derzeitigen Barrieren zur ICF-Anwendung in deutschen Rehabilitationskliniken der Sucht und Psychosomatik, so stellt man fest, dass im Vergleich mit den in der Literatur beschriebenen Problemen große Übereinstimmungen zu finden sind. Während nahezu alle (95%) Befragten angaben, die ICF zu kennen, sagten hinsichtlich der Fortbildung ein gutes Drittel der Klinikleiter und fast die Hälfte der Teilnehmer bezüglich ihrer Mitarbeiter aus, gar keine Schulung erhalten zu haben und das vor dem Hintergrund der bestehenden Empfehlung durch WHO, DRV (2009) und der deutschen Sozialgesetzgebung. Der Bund hat sich der Selbstverpflichtung zur Durchsetzung einer teilhabeorientierten Rehabilitation verschrieben. Damit sie diesem hohen Anspruch auch

nachkommen kann, darf sie nicht nur aus einem vielfältigen therapeutischen Angebot bestehen, sondern muss dem Patienten auch Schulungen und Übungen anbieten, die ihn bei der Bewältigung seiner alltäglichen Aufgaben und in der Kommunikation mit seinem Umfeld unterstützen und die Aktivierung individueller Ressourcen begünstigen sollen (vgl. §26 Abs.3 SGB IX). Aus den Daten zur Schulung der Anwender lässt sich jedoch der Schluss ziehen, dass eine ausreichende Kenntnis und damit die sichere Anwendung der ICF bzw. ihrer Instrumente seitens des interprofessionellen Teams an vielen Stellen noch nicht ausreichend gegeben ist. Erschwerend kommt hinzu, dass Vorgaben von Gesetzgeber und Kostenträgern oft sehr unterschiedlich ausfallen. Eine unzureichende Kommunikation an den trägerübergreifenden Schnittstellen ist möglicherweise eine Folge davon (Beyer et al. 2008). Das Vorliegen einer klaren, rechtsverbindlichen Kodierungspflicht nach der ICF in der Rehabilitation in Deutschland verneint die BAR. Seitens des Gesetzgebers existieren nur insoweit Vorgaben, als dass sich Rehabilitationsträger im Kontext der individuellen Bedarfsermittlung von Leistungen auf eine Zusammenarbeit verständigen sollen (vgl. §12 Abs. 2 SGB IX), wobei „die Begutachtung möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden“ soll (§12 Abs. 1 SGB IX). Weitere systematische, ICF-bezogene Diskrepanzen sind zu bemerken. Die Komplexität und Mehrdimensionalität stellen hohe Anforderungen an den Anwender (Schliehe und Ewert 2013, Jelsma 2009) und erschweren ihm damit die Umsetzung in der Praxis. Abgeleitet aus den Ergebnissen der QIA sind daher die Komplexität und mangelndes Zeitmanagement ein nachvollziehbar prominentes Problem dieses Klassifikationssystems. Die hohen Anforderungen, die die Anwendung der ICF mitbringt, machen umfassende Schulungen nötig. Während die Anzahl an Schulungen besonders in den letzten Jahren zugenommen hat, erfüllen diese den Befragungsergebnissen nach jedoch nicht immer die Bedürfnisse der Teilnehmer. Die Notwendigkeit eines Qualitätszuwachses spiegelt sich auch in den Wünschen und Vorschlägen zur qualitativen Verbesserung der Schulungsveranstaltungen durch die Teilnehmer wider.

Für das Problem von hoher Komplexität eines Klassifikationssystems in Verbindung mit einem Qualitätsmangel in deren Vermittlung lässt sich zudem Verständnis gewinnen, wenn man den Aussagen der BAR (Beyer et al. 2008) und Farin (2011) folgt. Sie definieren eine praktische Nutzung der ICF so, dass zur erfolgreichen Anwendung „Umwege“ gegangen werden müssen. Zu diesen Umwegen gehört notwendigerweise die Entwicklung von geeigneten Anwendungshilfen wie beispielsweise Assessmentinstrumenten. Gleichzeitig sieht die BAR die ICF originär nur als eine Art Enzyklopädie der Kodierungsmöglichkeiten des Gesundheitszustandes einer Person. Ein weiterer Kritikpunkt seitens der BAR ist, dass

die ICF keine praxisnahe Anwendungsfähigkeit im diagnostischen Sinne besitzt, was aber wenig verwunderlich ist, da sie nur als Komplementärklassifikation zur ICD auf der Beschreibungsebene konzipiert wurde. Ähnlich sehen das auch die Teilnehmer der Studie, die immer wieder die „praktische Handhabbarkeit“ der ICF kritisieren. Anwender formulieren dazu, dass die „Anwendung der ICF nicht mit dem Klinikbetrieb kollidieren“ und ihnen „die Nutzung von anderen Assessments aufdrängen“ darf, wenn bereits eigene, erprobte Anwendungshilfen zur Verfügung stehen.

Zudem ist die dokumentarische Umsetzung zu nennen, die laut BAR seitens der Rehabilitationsträger keinesfalls einheitlich gehandhabt wird und laut befragter Kliniken durchaus eine Barriere darstellt. Die in Teilen fehlende Relevanzeinsicht und Akzeptanz der ICF seitens der Anwender stellt bei aller Programmatik einen entscheidenden Demotivationsaspekt im Implementierungsprozess dar. Zum Teil waren diejenigen Studienteilnehmer, die die ICF anwenden, damit unzufrieden, wie für sie relevante Definitionen von Erkrankungsbildern oder Symptomen aus dem Regelwerk der ICF formuliert werden. Damit verbalisieren sie zuweilen den Zweifel am Nutzen für sich und den Klinikbetrieb.

Diese fehlende Akzeptanz kann auch die Einstellung der Klinikmitarbeiter zur ICF beeinflussen. Als theoriegeleitete Zustands-Klassifikation in den Ansätzen noch nachvollziehbar wird Kritik geübt an der konkreten Einbindung und Übertragung der ICF-Philosophie in und auf einzelne explizit genannte Behandlungsschritte im Rehabilitationsprozess. Implementierungsschwierigkeiten treten bereits dort auf, wo durch die Verwendung etablierter Systeme, wie dem multiaxialen Modell oder eigens entwickelter klinikinterner, praktikablerer und von der ICF unabhängige Assessments, bestehen. Eine andere Barriere können Probleme bei der Erfüllung zu komplexer oder ungenau formulierter Forderungen seitens offizieller Stellen, wie dem Gesetzgeber oder den Leistungsträgern, darstellen. All das kann möglicherweise dem Arbeitsklima schaden und zu Unverständnis in der Belegschaft führen.

Wie Conti-Becker (2009) bereits andeutet, spielen die psychosozialen Komponenten, insbesondere die personbezogenen, sowohl in der ICF allgemein, aber besonders in den betrachteten Indikationsbereichen eine entscheidende Rolle. Wenn aber gerade diese Komponenten nicht in gleicher Weise erfasst und kodiert werden können, verfehlt die ICF an dieser Stelle ihr selbst gestecktes Ziel darin, den psychosozialen Aspekt des Gesundheitszustandes vollständig abzubilden.

Die QIA hat auch gezeigt, dass das von Teilnehmern der in der Studie eingeschlossenen Kliniken geäußerte Umsetzungsziel der ICF-basierten, interdisziplinären Zusammenarbeit noch nicht überall erreicht ist. Sie benötigt sowohl ein einheitliches Verständnis für die Klassifikation, als auch das sichere Beherrschen der ICF-Fachsprache. Das gilt für den Informationsaustausch zwischen den einzelnen Behandlungsstufen und -schritten, als auch für die Kommunikation in (fachübergreifenden) Teamkonferenzen. Damit wird der zentrale Anspruch der ICF verdeutlicht, eine verbesserte Behandlungsqualität, -effizienz und -transparenz gewährleisten zu müssen.

### 6.2.2. Bewertung bisheriger Implementierungsschritte zur ICF

Nach den Angaben der Anwender gibt es bisher positive Entwicklungsschritte bei der Implementierung der ICF. Beispielhaft wurden Formulare zu fachübergreifenden Therapieplanungskonferenzen gestaltet oder Veränderungen in den Entlassungsberichten vorgenommen. Umsetzung in sozialmedizinischen Beurteilungen, wie vom Gesetzgeber immer wieder gefordert, wurden auch genannt. Die neuen Vorgaben zum Reha-Entlassungsbericht 2015 können dabei die Dokumentationsqualität weiter verbessern. Dieser Implementierungs-Trend lässt sich ebenfalls bezüglich der bereits geleisteten Schulungsmaßnahmen erkennen. In der Analyse waren sie neben der Dokumentation nach ICF-Vorbild am häufigsten genannt.

Gut zwei Drittel der Kliniken haben angegeben, bereits Schulungsmaßnahmen durchzuführen bzw. durchgeführt zu haben. Es ist zu bemerken, dass sich die Schulungen in inhaltlichen und formalen Aspekten im Klinikvergleich stark unterscheiden. Zum einen unterscheiden die Anwender bezüglich der Ortspräferenz der Schulungen, wohingegen der vermehrte Wunsch nach klinikinternen und weniger extern durchgeführten Fortbildungen mit verbesserter Integration in den therapeutischen Alltag besteht. Zum anderen scheint die inhaltliche Qualität der Schulungen alles andere als einheitlich zu sein. So reicht die Spannweite von praxis- und beispielorientierten, interdisziplinären Teamschulungen bis hin zur reinen Informationsanzeige über Merkblätter und Broschüren. Es empfiehlt sich daher einen einheitlichen Standard für die Zukunft zu etablieren. Darum wäre es sinnvoll, wenn spezielle Arbeitsgruppen weiterhin die Erstellung und Verbesserung von indikationsspezifischen, einheitlich diagnostischen Aufnahme-, Verlaufs- und Entlassungsberichten voranbringen.

Wie die Studie zeigt, nutzt ein kleinerer Teil der Kliniken bereits teils international etablierte, teils selbst zusammengestellte Anwendungshilfen auf Basis der ICF. Zuweilen wird von den Anwendern in der Studie das Mini-ICF-APP (Linden und Baron 2005) genannt. Die individuelle Verbesserung der Therapiezielgestaltung und -planung, die Nutzung in der Diagnostik und weitere Maßnahmen stellen zentrale Forderungen in der Verwirklichung des ICF-Modells dar und wurden in nicht wenigen der befragten Kliniken insoweit bereits umgesetzt.

Dass ein Fünftel der Kliniken die Philosophie und ein kleinerer Teil die ICF-Fachsprache nutzt, zeigt, dass die biopsychosoziale Denkweise bereits Eingang in den Klinikalltag gefunden hat. Es ist aber auch erkennbar, dass mit einer vollständigen Umsetzung der Nomenklatur und dem Umgang mit Beurteilungsmerkmalen in der Kodierung der ICF-Kategorien zukünftig noch enorme Anstrengungen verbunden sein werden, insbesondere weil verbindliche Kodierungsrichtlinien bisher fehlen.

### 6.2.3. Nutzen und Potentiale der ICF

Diese Entwicklung, wenn auch im Ergebnis in weiten Teilen noch fern ab der Zielvorstellungen, macht sich auch in den Potentialen bemerkbar, die die Kliniken in der ICF für sich sehen. Die große gesundheits- und gesellschaftspolitische Bedeutung der ICF, auf die Cerniukaite et al. (2011) hinweisen, spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Befragung wider. Der größte Teil der Anwender schreibt der ICF die Funktion eines Paradigmenwechsels in der modernen Medizin zu. Dieser beinhaltet alle Arten der philosophischen und grundsatzorientierten Richtungsentscheidungen, die ein so umfassendes, multidimensionales System nun einmal mit sich bringt. Ganzheitliche Betrachtung des Patienten ist der größte Zugewinn für eine Gesellschaft überhaupt. Ewert (2012) stützt diese Aussage und geht sogar noch weiter, indem er im Modell ein sehr viel patientenorientierteres Profil sieht, als es in bisherigen therapeutischen Konzepten der Fall gewesen ist.

Eine Studie zur ICF-basierten Klassifizierung der Kommunikationsfähigkeit kommt zu dem Schluss, dass die ICF so verständlich werden kann, dass der Betroffene selbst als medizinischer Laie in der Lage ist, seinen Gesundheitszustand auf seine persönliche Art abzubilden. Damit wird ein Beitrag geleistet, hierarchische Beziehungsstrukturen zwischen Arzt und Patient sukzessiv brechen zu können (Threats und Worrall 2004). Dies kann wichtig sein, um die Entscheidungsfindung über das Behandlungskonzept partizipativer und

nachhaltiger zu gestalten. „Partizipativ“ bedeutet dabei, dass Arzt und Patient möglichst gleichberechtigt und in abschließendem Konsens über die Behandlung entscheiden. Nachhaltig kann das Konzept dann sein, wenn am Ende ein auf beiderseitigem Krankheitsverständnis basierendes Behandlungskonzept steht. In jedem Fall wird der Patient darin gefördert, mit mehr Eigenverantwortung den Behandlungsprozess mitzugestalten. Dieses als ‚Empowerment‘ bezeichnete Konzept dient ebenso der Motivation der Person. So wird klar, dass das ‚Empowerment‘ und die ‚Therapietreue‘ (*compliance*) des Patienten für den Behandlungserfolg eine wichtige Rolle spielen (Buschmann-Steinhage und Brüggemann 2011). Gerade Assessmentinstrumente, die ein kombiniertes Beurteilungsverfahren nutzen, könnten so in der Lage sein, den Blickwinkel auf das Krankheitserleben und -verständnis zu erweitern und sollten daher weiter Gegenstand zukünftiger Forschung sein. Auch einige Anwender empfinden Patientenorientierung und therapiefördernde Effekte als Potentiale der ICF. Dem kann eine leicht verständliche und einheitliche Dokumentation nur dienlich sein. Und tatsächlich gibt es auch in dieser Studie Kliniken, die sich einen Fördereffekt durch eine ICF-basierte Dokumentation nach einheitlichen Standards erhoffen bzw. diesen tatsächlich in ihrer Berufspraxis beobachten.

#### 6.2.4. Vorschläge zur Schulungsgestaltung und Lösungsansätze

Wie bereits angedeutet, sind die festgestellten Probleme wie auch Potentiale kein zu akzeptierender Status Quo in der Verwendung der ICF und bedürfen der Deutung und Intervention hin zu ständigen Verbesserungen. Derzeitig wird in den Fachkreisen zur Rehabilitationsforschung kritisch diskutiert wie die ICF-Gestaltung und -Entwicklung voranzutreiben ist. Während die unterschiedlichen Arbeitsgruppen zu ICF und Assessments durch stetige Forschung an Verbesserungen arbeiten und auf regelmäßigen Fachtagungen Ergebnisse und Probleme kritisch hinterfragen, werden gegenwärtig einheitliche Standards von den Kostenträgern auf den Weg gebracht. Diese Standards sind aber noch nicht in allen Bereichen der medizinischen Versorgung voll etabliert. Dazu gehört auch der Reha-Entlassungsbericht als sektorenübergreifende Entscheidungsgrundlage der Renten- oder Sozialversicherungsträger für die Vergabe von nachfolgenden Leistungen an anspruchsberechtigte Empfänger (DRV 2015). Studienteilnehmer fragen sich nun in Teilen zurecht, wie die ICF mit den erkannten Vorteilen für die medizinische (Verlaufs-) Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person in den therapeutischen Arbeitsalltag zu integrieren ist, ohne dass diese mit den etablierten Abläufen und Strukturen der Klinik und Mitarbeiter kollidiert. Die Studie hat gezeigt, dass neben vielen positiven Einschätzungen zu

Nutzen und Potentialen der ICF im ärztlichen Alltag eben auch einige Stimmen existieren, die einem Nutzen des Klassifikationssystems explizit widersprechen.

Um (potentiellen) Anwendern und ihrem Team einen besseren Zugang zur ICF zu ermöglichen, machten die Anwender umfangreiche Vorschläge zu Fragen der Schulungsgestaltung. Die am häufigsten genannten Ideen zu formalen Kriterien machen schon deutlich, dass es einen enormen Verständnisbedarf gibt, wenn es darum geht, die komplexe Theorie durch Beispiele zu veranschaulichen. Damit einher geht auch das Erarbeiten und Üben einer geeigneten Dokumentationsweise, insbesondere wie diese in der elektronischen Datenverarbeitung umgesetzt werden kann. Als Vorlagen kann diesbezüglich der Reha-Entlassungsbericht (DRV 2015) dienen. Zudem müssen auch die lokalen Gegebenheiten der Schulungen stimmen. Dazu gehört eine angemessene Gruppengröße der Fortzubildenden, aber auch eine (zeit-)effiziente Fortbildungsmöglichkeit vor Ort sollte gewährleistet werden. Dies erscheint nicht zuletzt sinnvoll in Zeiten von Personalrationalisierung und einem stetig wachsenden Arbeitspensum des einzelnen Klinikmitarbeiters, wie es teilweise von den Anwendern bemängelt wird und die deshalb die Teilnahme an der Studie ablehnten. Eine Schulung im interdisziplinären Team wäre außerdem zu empfehlen, was in gewisser Weise auch dem Wunsch nach mehr Konzeptorientierung nachkäme. Dass all diese erwähnten Vorschläge zur Schulungsverbesserung den Anwendern besonders wichtig erscheinen, gibt wiederum Aufschluss darüber, dass der Grundgedanke, die Philosophie oder das Kernstück der ICF noch nicht ausreichend in den Schulungen vermittelt werden konnte. Ferner muss eine Heranführung an die ICF-Fachsprache in den Fokus rücken. Nur so lässt sich die gewünschte einheitliche Kommunikation im Team am Ende bewerkstelligen. Es wird in Zukunft nicht ausreichend sein, nur das allgemeine Verständnis dafür zu vermitteln, was die ICF als Komplementärklassifikation zur ICD so besonders macht und welche Facetten der Patientenbetrachtung Wertschätzung in der Klassifikation erfahren. Deswegen wird es unabdingbar sein, die Relevanz der ICF für die ganz konkrete Nutzung im Indikationsbereich oder sogar krankheitsbild-bezogen im Rahmen der Schulung abzubilden und das Vorgehen bei der Anwendung an Beispielen zu illustrieren. Wünschenswert ist dabei die Verwendung von Manualen bestimmter Assessmentinstrumente und Core-Sets, insofern sie vom Entwickler bereitgestellt wurden und für das Erkrankungsbild zugelassen sind (Buchholz und Brütt 2013). In Anbetracht der Anwendungsbarrieren können diese Maßnahmen unter anderem dazu beitragen, die Akzeptanz der Mitarbeiter für die ICF zu verbessern. Es wird empfohlen, dass zur Integration der ICF in bestehende Abläufe des Klinikalltags die

Schulungen den Aspekt der zeitökonomischen Verwendung zulassen. Schnelle, präzise und dabei sichere Anwendung von Merkmalsklassifizierung und Kodierung stellen einen zentralen Wunsch der Anwender dar. Dazu können wiederum die Vermittlung von Anwendungshilfen oder gezielte Kodierungsübungen, die mit therapie-spezifischer Anwendung einhergehen, beitragen, um die Praxisorientierung der ICF insgesamt deutlicher herauszustellen. Erst durch die Umsetzung all dieser Maßnahmen zur Schulungsgestaltung können ein objektiv besserer Umgang mit der ICF und die subjektive Akzeptanz und Bereitschaft zur ICF-Anwendung umfassend erreicht werden. Einige Anwender geben an, selbst Forschungsgruppen zur ICF in der Klinik zu beschäftigen. Möglicherweise empfiehlt es sich, dass Kliniken als geeignete Umsetzungsstrategie zur ICF-Implementierung ein Stufenmodell zur schrittweisen Einführung und Evaluation nutzen. Die DVfR (2014) beschreibt dabei die erste Stufe als Auseinandersetzung mit dem Modell der ICF. In einem zweiten Schritt soll eine kritische Auseinandersetzung mit den indikationsspezifischen Konzepten und therapeutischen Strategien der Klinik in Hinblick auf das Modell stattfinden. Auf der nächsten Stufe ist dann das Dokumentationssystem ICF-bezogen zu überprüfen und gegebenenfalls zu adaptieren. Im späteren Verlauf können weitere Veränderungen einrichtungsinterner Prozesse erfolgen, sofern sie inhaltlich einen ICF-Bezug besitzen.

#### 6.2.4. Quintessenz des praktischen Nutzens der ICF

Komplexe psychische Erkrankungsbilder erfordern eine komplexe Denkweise im Rahmen von Diagnostik und Therapieplanung. Die ICF liefert durch ihren biopsychosozialen Ansatz dafür ein Modell und erlaubt darüber hinaus in einfacher Sprache die ausführliche Einschätzung des Gesundheitszustandes einer Person. Die Selbsteinschätzung des Patienten dient dabei zum einen der Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsproblem und zum anderen ergänzt sie das professionelle Therapeutengutachten. Damit entsteht ein umfangreicherer Eindruck vom Gesundheitszustand der Person, was Einfluss auf die weitere Behandlung nehmen kann. Als Klassifikationssystem mit internationaler Gültigkeit ist die Verwendung einer einheitlichen, verständlichen Fachsprache nützlich und notwendig. Dies erlaubt eine effektive, interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen therapeutischen Fachgruppen und verbessert die Rehabilitationsqualität. Damit werden aber auch einheitliche, rechtsverbindliche Standards in der Dokumentation nötig. Ein erster Schritt wurde durch eine Aktualisierung der Empfehlung zum einheitlichen Reha-Entlassungsbericht in 2015 gegangen. Er liefert eine ausführliche Darstellung von Anamnese, Befunden, Diagnosen, Epikrise und sozialmedizinischer Begutachtung unter

Berücksichtigung möglichst aller ICF-Komponenten. Dies erleichtert interdisziplinäre und trägerübergreifende Kommunikation, schafft die Voraussetzung für Verlaufsbeurteilungen und bildet den aktuellen Teilhabestatus der Person nachvollziehbar ab. Dass in diesem Zusammenhang keine Diagnosen, sondern systematisch und deskriptiv Barrieren und Förderfaktoren klassifiziert und kodiert werden, kann insbesondere zur Vermeidung von Stigmatisierung der psychisch erkrankten Person beitragen. Um als komplexes Regelwerk für vielfältige Einschränkungen im Sucht- und Psychosomatik-Bereich eine sinnvolle Nutzung zu gewährleisten, bildet die ICF eine universelle Basis für die Verbesserung bestehender und Entwicklung neuer, spezifischer, für den therapeutischen Alltagsgebrauch praktikable Kurzinstrumente. Diese können ebenfalls dazu beitragen, interdisziplinäre und trägerübergreifende Kommunikation zu erleichtern, um somit Verbesserungen des Qualitätsmanagements in der patientenorientierten Versorgung voranzutreiben. Im Gegensatz zu allen genannten Empfehlungen, die die Versorgungsqualität eines Leistungserbringers verbessern können, sind die Leistungen zur Teilhabe und Aktivität am Arbeits- und gesellschaftlichen Leben über das SGB IX in Deutschland bereits gesetzlich verpflichtend. Die Studienergebnisse haben gezeigt, dass zur Umsetzung dieser gesetzlichen Verbindlichkeiten die Nutzung der ICF trotz einiger Schwierigkeiten durchaus als geeignet erscheint.

### 6.3. Studiengrenzen

Da bei weitem nicht alle angeschriebenen Kliniken zu den offenen Fragen, denen gesondert in der QIA Beachtung geschenkt wurde, Stellung bezogen haben, können die Einschätzungen diesbezüglich den tatsächlichen Implementierungsgrad nicht repräsentativ abbilden. Dazu trägt auch die geringe Rücklaufquote von 29 % bei. Möglicherweise sind viele Nicht-Anwender der ICF unter denen, die eine Teilnahme abgelehnt haben, wodurch eine Verzerrung der ICF-Anwendung hin zur besseren Implementierung möglich ist. Ursache hierfür könnte gerade die Meinungsenthaltung eines größeren Anteils der Kliniken darstellen. Negative Erfahrungen, die Resignation bezüglich der Thematik erzeugen, Desinteresse oder Mangel an Zeit zur ausführlichen und differenzierten Beschäftigung mit den gestellten Fragen könnten die Beantwortungsmotivation negativ beeinflusst haben. Diesem Effekt sollte die Gestaltung von Index-Fragen im adaptiven Fragebogen entgegenwirken, der es ermöglicht, bei beispielsweise Nichtanwendung der ICF direkt zum Fragenbereich der Barrieren zu springen. Dies bringt jedoch möglicherweise methodische

Artefakte mit sich, da ein Zurückspringen zu früheren Fragen nicht mehr möglich ist. Wenn sich der Anwender z.B. nicht sicher war, ob einzelne Behandlungsschritte im Rahmen des biopsychosozialen Modells zu werten sind und eine spätere Revidierung der Index-Antwort erforderlich wäre, könnte dies zu einer künstlichen Erniedrigung der Zahl an tatsächlichen Anwendern des biopsychosozialen Modells geführt haben. Dennoch ist diese Technik ein Mittel um die Umfrage zeitökonomisch zu gestalten und die Beantwortungsmotivation zu steigern. Die Umfrage ist nach Wissen des Autors die erste zur aktuellen Implementierung der ICF im Kontext von Sucht und Psychosomatik. Jedoch bezieht sich die Umfrage nur auf die stationäre Rehabilitation, wodurch nur ein Teil des gesamten Versorgungsangebots für Sucht und Psychosomatik im DRV-Gebiet untersucht wurde.

#### 6.4. Ausblick auf die ICF-Programmatik

Der Ansatz, den die ICF verfolgt, wird in der Zukunft immer wichtiger werden, nicht zuletzt durch die gesellschaftlichen Veränderungen in der Gesundheitspolitik, medizinischer sowie rehabilitativer Forschung und Intervention. Wenn zwar durch angesprochene Schwächen der Studie die quantitative Verteilung der Antworten diskutierbar wird, so können zumindest qualitativ grobe Tendenzen bei der Entwicklung der ICF abgelesen werden. Diese sprechen für einen positiven Entwicklungscharakter der ICF-Implementierung in Deutschland und geben damit Mut und Hoffnung zum Fortbestand der Bestrebungen, die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit im Rahmen des biopsychosozialen Modells fortzuführen. Zukünftig könnten die aus den offenen Fragestellungen resultierenden Ergebnisse, das heißt das Inventar der ermittelten Kategorien, genutzt werden, um vergleichend in Form von geschlossenen Fragen und Kurzfragebögen die Implementierungsentwicklungen zu messen. Somit stellt diese Arbeit eine Grundlage und wichtigen Beitrag zum zukünftigen Evaluationsprozess in der Rehabilitationsforschung dar.

## 7. Zusammenfassung

Als ein auf dem Gesundheitsverständnis der WHO im Sinne des biospsychosozialen Modells basierten Klassifikationssystems wird die ICF national wie international von medizinischen Verbänden und Organisationen als Darstellungsmöglichkeit des Gesundheitszustandes und im medizinischen Qualitätsmanagement - besonders deutscher Rehabilitationseinrichtungen durch Festschreibung im SGB IX seit 2001 - offiziell gefordert. Seitdem wurde eine Vielzahl an ICF-Forschung betrieben. Der Fokus lag zumeist auf somatischen Disziplinen. Eine ausreichende Datenlage zur Implementierung in deutschen Rehabilitationskliniken der Sucht und Psychosomatik ist jedoch nicht vorzufinden. Aufgabe dieser Arbeit sollte es deshalb sein, den aktuellen Implementierungsgrad dieser vernachlässigten Bereiche mithilfe eines standardisierten Fragebogens zu untersuchen. Das Ziel sollte sein, zum einen Auskunft über bisherige Implementierungsversuche zu geben und Schwierigkeiten mit, als auch Forderungen und Wünsche an die ICF zu inventarisieren. Zum anderen sollten daraus dann Lösungsansätze abgeleitet werden. Dazu war es nötig, flächendeckend und deutschlandweit die Sucht- und Psychosomatik-Reha-Kliniken durch eine rehabilitations-spezifische Internet-Suchmaschine zu ermitteln. Signifikante Unterschiede von ICF-Anwendungsbarrieren zwischen den Indikationsbereichen Sucht und Psychosomatik wurden nicht angenommen, was durch entsprechende Tests bestätigt werden konnte. Die qualitative Inventarisierung erfolgte dann durch die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Die bereits in der Literatur beschriebenen Anwendungsschwierigkeiten, resultierend aus der hohen Komplexität und Universalität der ICF, fanden sich auch in den Ergebnissen der Inhaltsanalyse wieder. Im Ergebnis gibt es einerseits Bemühungen dem Personal die ICF durch Schulungen nahe zu bringen, in Dokumentation und Therapieplanung zu verwenden und durch gezielte Teambesprechungen und Ableitung eigener Assessmentinstrumente nutzbar zu machen, andererseits erschwert die Komplexität, der Zeitmangel, die der ICF unangepasste Klinikstruktur, sowie zuweilen ein Verständnis- und Akzeptanzproblem seitens der Mitarbeiter und Schulungsmangel eine entsprechende Umsetzung der Vorgaben. Dennoch sieht ein Teil der Befragten die ICF-Anwendung förderlich hinsichtlich der Patientenorientierung, Therapiegestaltung und der allgemeinen Bewältigung des ärztlichen Alltags. Gleichzeitig wurden Vorschläge für Schulungen gemacht, die darauf abzielen die ICF praxisnaher, indikationsspezifischer und beispielorientierter zu gestalten. Aufgabe in der Zukunft kann es sein, genauer zu explorieren, ob und wie mögliche Schulungsverbesserungen die Qualität der ICF-Implementierung nachhaltig stärken, um dann gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zu weiteren Verbesserungen einzuleiten.

## 8. Abkürzungsverzeichnis

Abb. =	Abbildung
Abs. =	Absatz
BAnz. =	Bundesanzeiger
BAR =	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
bzw. =	beziehungsweise
df =	Freiheitsgrad
DIMDI =	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRV =	Deutsche Rentenversicherung
DVfR =	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
EDV =	Elektronische Datenverarbeitung
G =	Gesamtmittelwert aller Psychosomatik- und Suchtkliniken
ICD =	Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
ICF =	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ( <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i> )
ICIDH =	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps ( <i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i> )
IMET =	Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe
KI =	Konfidenzintervall
KJP =	Kinder- und Jugendpsychiatrie
M =	Mittelwert
MD =	Mittlere Differenz
PS =	Psychosomatik
QIA =	Qualitative Inhaltsanalyse
S =	Sucht

SE =	Standardfehler
SGB =	Sozialgesetzbuch
Tab. =	Tabelle
vgl. =	vergleiche
vs. =	versus
WHO =	Weltgesundheitsorganisation ( <i>World Health Organization</i> )
z.B. =	zum Beispiel
z.T. =	zum Teil

## 9. Literaturverzeichnis

Álvarez A, Pagani M, Meucci P (2012) The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: a research critique. *Am J Phys Med Rehabil.* 91: 173-180.

Bengel J, Strittmacher R, Willmann H (2001) Was Erhält Menschen Gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): 73-82.*

Beyer H-M, Aubke W, Bühler S, Cibis W, Ewert T, Franke M, Frommelt P, Jacobi E, Gronemeyer S, Grötzbach H, Grotkamp S, Heipertz W, Hüller E, Kähler S, Klein G, Korsukéwitz C, Petri B, Pott C, Rentsch H P, Rohwetter M, Schian H-M, Schubmann R, Schunterman M F, Steinke B, Ueberle M, Wallrabenstein H, Zelfel R-C (2008) ICF-Praxisleitfaden 2, 2. Aufl., BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Frankfurt am Main.

Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G (2012) ICF Cores Sets. Manual for Clinical Practice, Hogrefe (Hrsg.): 14-19.

Breuer M (2013) ICF in der Suchttherapie – Assessmentinstrumente zur Anwendung der ICF im therapeutischen Setting. *Konturen.* 1: 32-35.

Brütt A L, Schulz H, Koch U, Andreas S (2010) ICF-PsychA&P. Entwicklung eines an der ICF orientierten Instrumentes für die Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Poster auf der Tagung der DKPM.

Buchholz A, Rist F, Kufner H, Kraus L (2009) MATE-ICN. Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit, *SUCHT* 55 (4): 291-242.

Buchholz A, Spies M, Brütt A L (2015) ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen – ein systematisches Review. *Rehabilitation.* 54(03): 153-159.

Bundesanzeiger (BAnz.) (2009) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie): 2131.

[Online im Internet.] URL: [https://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl\\_reha.pdf](https://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl_reha.pdf)  
[Stand: 20.06.14, 21:00].

- Buschmann-Steinhage R, Brüggemann S (2011) Changes in medical rehabilitation of the German Statutory Pension Insurance Scheme. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 54(4): 404-410.
- Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach J E, Leonardi M (2011) Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil*. 33(4): 281-309.
- Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Bedirhan U, Stucki G (2005) ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 37: 212-218.
- Conti-Becker A (2009) Between the ideal and the real: Reconsidering the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 31(25): 2125–2129.
- Cieza A, Geyh S, Stucki G (2008) Entwicklung der ICF core sets. In *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. J. Bengel, M. Wirtz, C. Zwingmann (Hrsg.) Hogrefe, Göttingen: 16-25.
- Deck R, Mittag O, Hüppe A, Muche-Borowski C, Raspe H (2007) Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2007, 76: 113-120.
- Dieckmann L, Fiedler R G, Greitemann B, Heuft G, Hinrichs J (2012) Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden anhand des DiaRes, Tagungsband zum Rehakolloquium, DRV Bund 2012, 92-93.
- DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005) Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung. In: *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. World Health Organization (Hrsg.), MMI, Neu-Isenburg.
- DIMDI - Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2014) Struktur der ICF und Kodestruktur. Köln. [Online im Internet.] URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/struktur.htm> [Stand: 20.06.14, 18:00].
- DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (2009) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, 3. Auflage (4/ 2009), Berlin.

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (2010) Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen. Berlin: Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen, Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation.

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (2014a) Reha-Bericht 2014 - Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Heenemann, Berlin.

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (2014b) Statistik der DRV - Rehabilitation 2013, Deutsche Rentenversicherung Bund, Band 199, Berlin, 182.

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (2015) Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht - Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015, Berlin.

DVfR - Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2009) Die Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)-Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom 31.3.2009, Heidelberg.

DVfR - Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2014) Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem - Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, 09/2014, Heidelberg.

Egger J W (2008) Grundlagen der "Psychosomatik"-Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. Psychol Med. 19(2): 12-22.

Ewert T (2012) Instrumentality of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in classification of long-term consequences of diseases. Bundesgesundheitsblatt 2012; 55: 459-467.

Farin E (2011) "Teilhabe" (social participation) of patients in health care research: relations to similar concepts and overview of assessment instruments. Gesundheitswesen. 73(1): e1-e11.

Gerdes S, Behrends H-B (2013) Gesundheitsbericht 2013 - Perspektiven der ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung in der Region Hannover, Fachbereich Gesundheit, Hannover.

Henning S (2009) Suchtrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – Zugangsvoraussetzungen und gesetzliche Regelungen. [Online im Internet.] URL: [http://www.eva-stuttgart.de/fileadmin/redaktion/pdf/Netzwerktreffen\\_Suchtpraevention/DRV\\_BW-Vortrag\\_Herr\\_Henning\\_090715.pdf](http://www.eva-stuttgart.de/fileadmin/redaktion/pdf/Netzwerktreffen_Suchtpraevention/DRV_BW-Vortrag_Herr_Henning_090715.pdf) [Stand: 25.03.15, 15:00].

Jelsma J (2009) Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. *J Rehabil Med.* 41(1): 1-12.

Linden M, Baron S (2005) The "Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P)". A short instrument for the assessment of disabilities in mental disorders. *Rehabilitation (Stuttg).* 44(3): 144-151.

Linden M, Baron S, Muschalla B, Mini-ICF-APP (2009) Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Hogrefe, Göttingen.

MacDonald-Wilson K L, Nemeč P B (2005) The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Psychiatric Rehabilitation. *Rehabilitation Education.* 19(2): 159-176.

Mayring P. (2000) Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2).

Mayring P (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 10. Aufl., Beltz, Weinheim.

Muschalla B, Vilain M, Lawall C, Lewerenz M, Linden M (2009) Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. *Rehabilitation (Stuttg).* 48(2): 84-90.

Nosper M (2008a) Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation – Regelungen, Einflussfaktoren und Empfehlungen. *Rehabilitation (Stuttg.).* 47 (1): 8-13.

Nosper M (2008b). ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. *DRV-Schriften Band 77*, S. 127-128.

Nosper, M (2013) Medizinische Rehabilitation psychisch Kranker in Österreich – auf dem Weg zu ICF-orientierter Evaluation. Vortrag beim 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 4.3. - 6.3.2013 in Mainz.

Pschyrembel W (2010) Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., de Gruyter, Berlin, New York: 82.

Schliehe F, Ewert T (2013) Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – Aktualisierung der problemorientierten Bestandsaufnahme. Rehabilitation (Stuttg). 52(1): 40-50.

Schuntermann M (2005) The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. Int J Rehabil Res. 28(2): 93-102.

Seger W, Heipertz W, Schian H-M, Schuntermann M F, Steinke B (2004) Gesundheits-, sozial-, gesellschafts- und organisationspolitische Auswirkungen der Anwendung der ICF auf eine integrierte Rehabilitation - Vision der Umsetzung und ihrer Folgen. Gesundheitswesen. 66(6): 393-399.

Threats T, Worrall L (2004) Classifying communication disability using the ICF. International Journal of Speech-Language Pathology. 6(1): 53-62.

WHO (2000) World Health Organization disability assessment schedule: WHODAS II. Phase 2 field trials. Health services research, World Health Organisation, Genf.

## 10. Rechtsquellenverzeichnis

Sozialgesetzbuch Sechstes Buch in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 2261), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368)

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046)

## 11. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

### 11.1. Tabellen

Tabelle 1: Durchführung von ICF-Schulungsmaßnahmen

Tabelle 2: Mittelwertdarstellung von Barrieren, die die Anwendung der ICF erschweren

Tabelle 3: Barrieren der Klinikstruktur

Tabelle 4: Barrieren der Versorgungsstruktur

Tabelle 5: Inhaltliche Faktoren

Tabelle 6: Mittelwertvergleich der Barriere-Kategorien hinsichtlich der  
Indikationsgruppen

Tabelle 7: Kategoriensystem zu bisherigen Implementierungsmaßnahmen

Tabelle 8: Kategoriensystem der Anwendungsbarrieren im ärztlichen Alltag

Tabelle 9: Einfluss individueller Barrieren aus geschlossenem Fragenteil

Tabelle 10: Kategoriensystem von Nutzen und Potentialen der ICF im therapeutischen

Tabelle 11: Kategoriensystem der Verbesserungen von Schulungsmaßnahmen zur ICF

Tabelle A1: Kreuztabelle zur Beurteilung des Aufwands

Tabelle A2: Fisher-Test zur Aufwandsbeurteilung

Tabelle A3: Kreuztabelle zur Beurteilung der klinikstruktur-bezogenen Barrieren

Tabelle A4: Fisher-Test zu klinikstruktur-bezogenen Barrieren

Tabelle A5: Kreuztabelle zur Beurteilung der versorgungsstruktur-bezogenen Barrieren

Tabelle A6: Chi-Quadrat-Test zu versorgungsstruktur-bezogenen Barrieren

Tabelle A7: Kreuztabelle zur Beurteilung der durch inhaltliche Faktoren begründeten  
Barrieren

Tabelle A8: Chi-Quadrat-Test zu Barrieren aufgrund inhaltlicher Faktoren der ICF

### 11.2. Abbildungen

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Abbildung B1: Vergleichender Aufwand der ICF-Anwendung nach Indikationsgruppe

Abbildung B2: Vergleichende klinikstruktur-bezogenen Barrieren nach Indikationsgruppe

Abbildung B3: Vergleichende Barrieren der Versorgungsstruktur nach Indikationsgruppe

Abbildung B4: Vergleichende Barrieren durch inhaltliche Faktoren nach Indikationsgruppe

## 12. Anhang

Es erfolgt die Prüfung auf einen möglicherweise signifikanten Unterschied unterschiedlicher Barrieren, die die Anwendung der ICF erschweren, im Vergleich der Sucht- und Psychosomatik-Rehabilitation. Die Nullhypothese  $H_0 =$  „Die Barrieren bzgl. beider Indikationen sind gleich“ kann dann nicht abgelehnt werden, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit  $\alpha \geq 0,05$ . Die Standardhypothese bei vorliegendem signifikantem Unterschied lautet  $H_1 =$  „Die Barrieren unterscheiden sich bzgl. der Indikationen“. Auf die Korrektur hinsichtlich einer globalen Irrtumswahrscheinlichkeit wird in den nachfolgenden Analysen in Kap. 12.1. bis 12.4. verzichtet.

### 12.1. Vergleich der Aufwandssituation

Es wird nun berechnet, ob hinsichtlich des Aufwandes der Verwendung der ICF im ärztlichen Alltag ein signifikanter Unterschied zwischen reinen Sucht- und Psychosomatik-Kliniken besteht ( $N=32$ ).

**Tab. A1: Kreuztabelle zur Beurteilung des Aufwands**

Rehabilitationsangebot		Beurteilung des Aufwands				Gesamt
		geringer Aufwand	mäßiger Aufwand	großer Aufwand	sehr großer Aufwand	
Psycho-somatische Reha	Anzahl	7	8	6	1	22
	Erwartete Anzahl	5,5	8,3	7,6	0,7	22,0
	% der Gesamtzahl	21,9%	25,0%	18,8%	3,1%	68,8%
Sucht-Reha	Anzahl	1	4	5	0	10
	Erwartete Anzahl	2,5	3,8	3,4	0,3	10,0
	% der Gesamtzahl	3,1%	12,5%	15,6%	0%	31,3%
Gesamt	Anzahl	8	12	11	1	32
	Erwartete Anzahl	8,0	12,0	11,0	1,0	32,0
	% der Gesamtzahl	25,0%	37,5%	34,4%	3,1%	100,0%

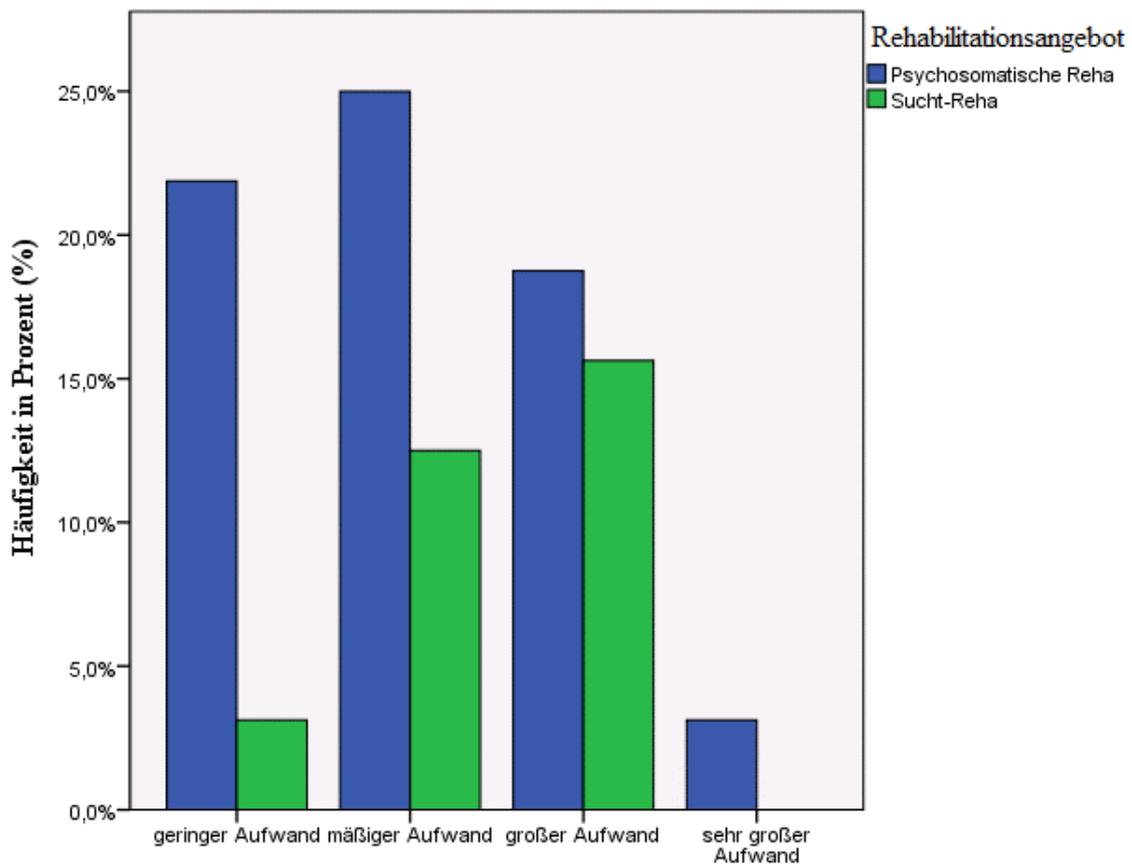
Anhand der erhobenen Daten konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des in Abb. B1 dargestellten Aufwands zur Anwendung der ICF zwischen den beiden Indikationsgruppen gefunden werden. Da der  $\alpha$ -Fehler das Signifikanzniveau von  $\alpha \geq 0,05$  im Fisher-Test in Tab. A2 überschreitet, kann die Nullhypothese nicht abgelehnt werden.

**Tab. A2: Fisher-Test zur Aufwandsbeurteilung**

Gemessene Parameter	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	2,821a	3	0,420	0,457		
Likelihood-Quotient	3,287	3	0,350	0,430		
Exakter Test nach Fisher	2,729			0,457		
Zusammenhang linear-mit-linear	1,206b	1	0,272	0,371	0,193	0,100
Anzahl der gültigen Fälle	32					

a. 5 Zellen (62,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,31.

b. Die standardisierte Statistik ist 1,098.



**Abb. B1: Vergleichender Aufwand der ICF-Anwendung nach Indikationsgruppe**

## 12.2. Vergleiche der Situation zu klinikstruktur-bezogenen Barrieren

Es wird nun berechnet, ob hinsichtlich der Klinikstruktur-assoziierten Barrieren bei der Verwendung der ICF ein signifikanter Unterschied zwischen reinen Sucht- und Psychosomatik-Kliniken besteht (N=83).

**Tab. A3: Kreuztabelle zur Beurteilung der klinikstruktur-bezogenen Barrieren**

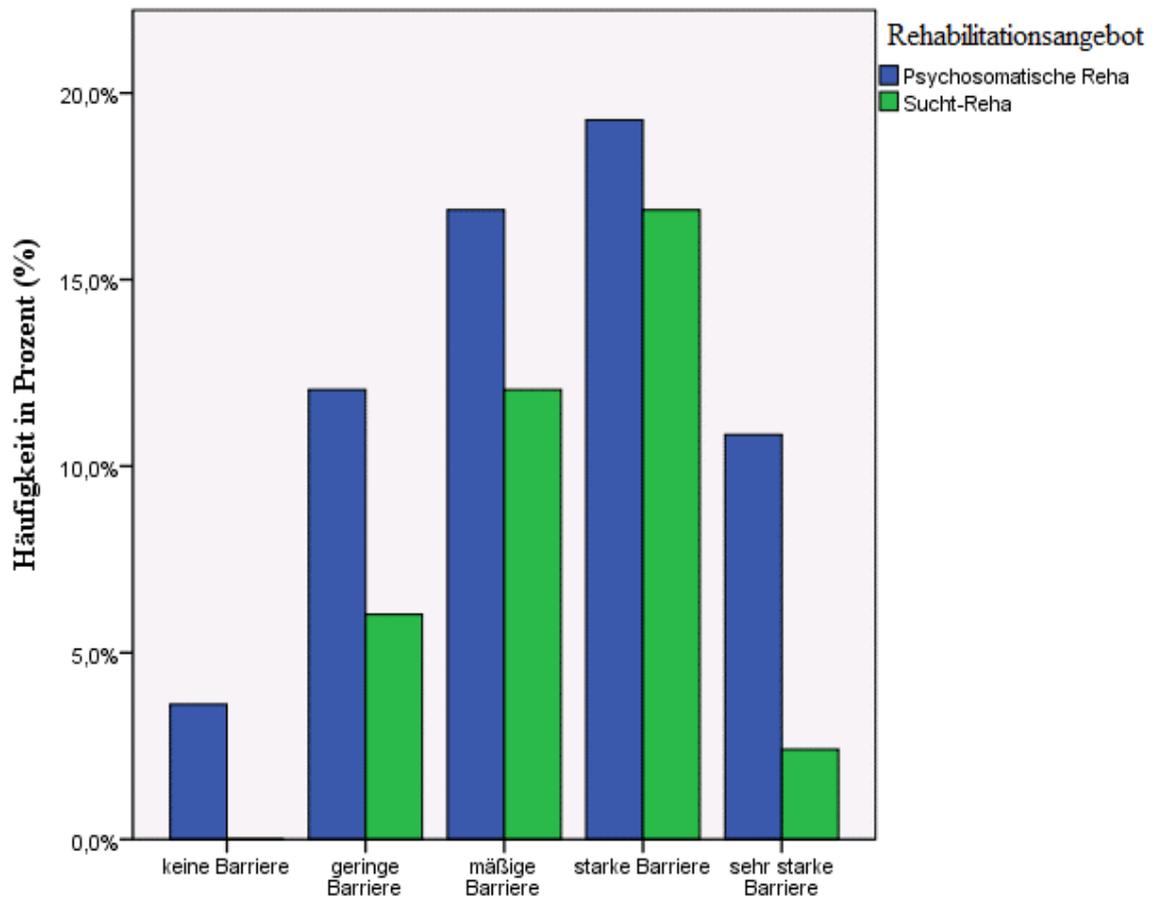
Rehabilitationsangebot		Beurteilung der Klinikstruktur-Barrieren					Gesamt
		Keine Barriere	geringe Barriere	mäßige Barriere	starke Barriere	sehr starke Barriere	
Psycho- soma- tische Reha	Anzahl	3	10	14	16	9	52
	Erwartete Anzahl	1,9	9,4	15,0	18,8	6,9	52,0
	% der Gesamtzahl	3,6	12,0%	16,9%	19,3%	10,8%	62,7%
Sucht- Reha	Anzahl	0	5	10	14	2	31
	Erwartete Anzahl	1,1	5,6	9,0	11,2	4,1	31,0
	% der Gesamtzahl	0%	6,0%	12,0%	16,9%	2,4%	37,3%
Gesamt	Anzahl	3	15	24	30	11	83
	Erwartete Anzahl	3,0	15,0	24,0	30,0	11,0	83,0
	% der Gesamtzahl	3,6%	18,1%	28,9%	36,1%	13,3%	100,0%

**Tab. A4: Fisher-Test zu klinikstruktur-bezogenen Barrieren**

Gemessene Parameter	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt- Wahrschein- lichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	4,923a	4	0,295	0,298		
Likelihood-Quotient	6,108	4	0,191	0,245		
Exakter Test nach Fisher	4,376			0,350		
Zusammenhang linear- mit-linear	0,095b	1	0,757	0,829	0,422	0,082
Anzahl der gültigen Fälle	83					

a. 3 Zellen (30,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,12.

b. Die standardisierte Statistik ist 0,309.



**Abb. B2: Vergleichende klinikstruktur-bezogene Barrieren nach Indikationsgruppe**

Anhand der erhobenen Daten konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der in Abb. B2 dargestellten klinikstruktur-bezogenen Barrieren zwischen den beiden Indikationsgruppen gefunden werden. Da der  $\alpha$ -Fehler das Signifikanzniveau von  $\alpha \geq 0,05$  im Fisher-Test in Tab. A4 überschreitet, kann die Nullhypothese nicht abgelehnt werden.

### 12.3. Vergleich der Situation zu versorgungsstruktur-bezogenen Barrieren

Es wird nun berechnet, ob hinsichtlich der Versorgungsstruktur-assoziierten Barrieren bei der Verwendung der ICF ein signifikanter Unterschied zwischen reinen Sucht- und Psychosomatik-Kliniken besteht (N=83).

**Tab. A5: Kreuztabelle zur Beurteilung der versorgungsstruktur-bezogenen Barrieren**

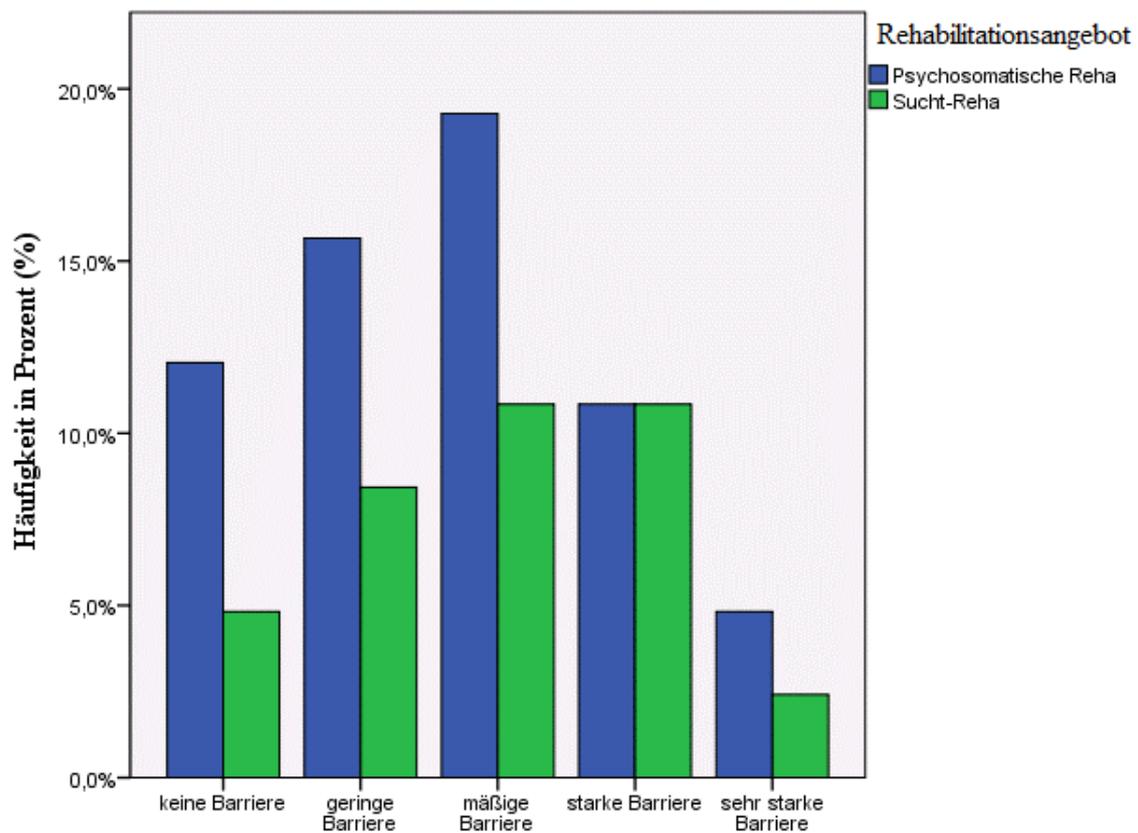
Rehabilitationsangebot		Beurteilung der Versorgungsstruktur-Barrieren					Gesamt
		Keine Barriere	geringe Barriere	mäßige Barriere	starke Barriere	sehr starke Barriere	
Psycho- soma- tische Reha	Anzahl	10	13	16	9	4	52
	Erwartete Anzahl	8,8	12,5	15,7	11,3	3,8	52,0
	% der Gesamtzahl	12,0%	15,7%	19,3%	10,8%	4,8%	62,7%
Sucht- Reha	Anzahl	4	7	9	9	2	31
	Erwartete Anzahl	5,2	7,5	9,3	6,7	2,2	31,0
	% der Gesamtzahl	4,8%	8,4%	10,8%	10,8%	2,4%	37,3%
Gesamt	Anzahl	14	20	25	18	6	83
	Erwartete Anzahl	14,0	20,0	25,0	18,0	6,0	83,0
	% der Gesamtzahl	16,9%	24,1%	30,1%	21,7%	7,2%	100,0%

**Tab. A6: Chi-Quadrat-Test zu versorgungsstruktur-bezogenen Barrieren**

Gemessene Parameter	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt- Wahrschein- lichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	1,800a	4	0,772	0,788		
Likelihood-Quotient	1,779	4	0,776	0,801		
Exakter Test nach Fisher	1,828			0,794		
Zusammenhang linear- mit-linear	0,825b	1	0,364	0,389	0,209	0,051
Anzahl der gültigen Fälle	83					

a. 2 Zellen (20,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,24.

b. Die standardisierte Statistik ist 0,909.



**Abb. B3: Vergleichende Barrieren der Versorgungsstruktur nach Indikationsgruppe**

Anhand der erhobenen Daten konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der in Abb. B3 dargestellten versorgungsstruktur-bezogenen Barrieren zwischen den beiden Indikationsgruppen gefunden werden. Da der  $\alpha$ -Fehler das Signifikanzniveau von  $\alpha \geq 0,05$  im Chi-Quadrat-Test in Tab. A6 überschreitet, kann die Nullhypothese nicht abgelehnt werden.

## 12.4. Vergleich der durch inhaltliche Faktoren entstehenden Barrieren

Es wird nun berechnet, ob durch hinsichtlich inhaltlicher Faktoren entstehende Barrieren bei der Verwendung der ICF ein signifikanter Unterschied zwischen reinen Sucht- und Psychosomatik-Kliniken besteht (N=84).

**Tab. A7: Kreuztabelle zur Beurteilung der durch inhaltliche Faktoren begründeten Barrieren**

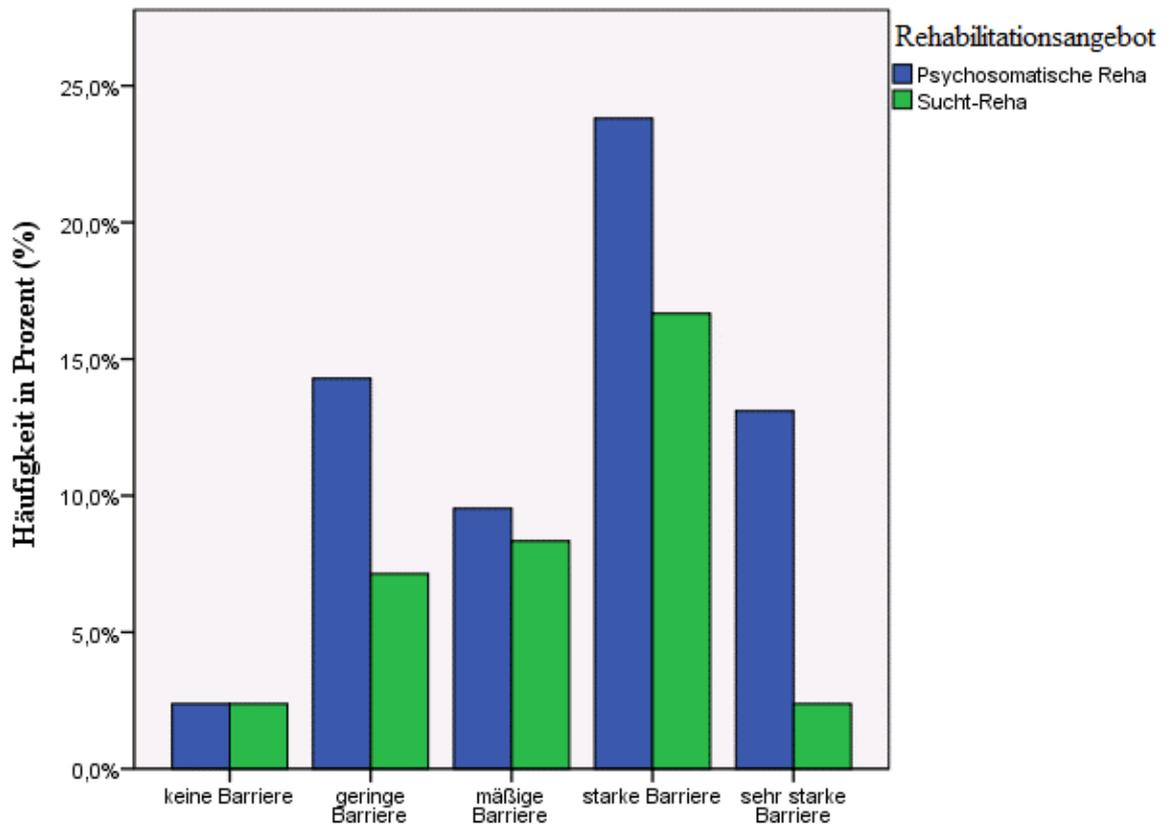
Rehabilitationsangebot		Beurteilung von Barrieren inhaltlicher Faktoren					Gesamt
		Keine Barriere	geringe Barriere	mäßige Barriere	starke Barriere	sehr starke Barriere	
Psycho- soma- tische Reha	Anzahl	2	12	8	20	11	53
	Erwartete Anzahl	2,5	11,4	9,5	21,5	8,2	53,0
	% der Gesamtzahl	2,4%	14,3%	9,5%	23,8%	13,1%	63,1%
Sucht- Reha	Anzahl	2	6	7	14	2	31
	Erwartete Anzahl	1,5	6,6	5,5	12,5	4,8	31,0
	% der Gesamtzahl	2,4%	7,1%	8,3%	16,7%	2,4%	36,9%
Gesamt	Anzahl	4	18	15	34	13	84
	Erwartete Anzahl	4,0	18,0	15,0	34,0	13,0	84,0
	% der Gesamtzahl	4,8%	21,4%	17,9%	40,5%	15,5%	100,0%

**Tab. A8: Chi-Quadrat-Test zu Barrieren aufgrund inhaltlicher Faktoren der ICF**

Gemessene Parameter	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt- Wahrschein- lichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	3,859a	4	0,425	0,442		
Likelihood-Quotient	4,200	4	0,380	0,445		
Exakter Test nach Fisher	4,032			0,397		
Zusammenhang linear- mit-linear	0,826b	1	0,363	0,372	0,210	0,053
Anzahl der gültigen Fälle	84					

a. 3 Zellen (30,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,48.

b. Die standardisierte Statistik ist -0,909.



**Abb. B4: Vergleichende Barrieren durch inhaltliche Faktoren nach Indikationsgruppe**

Anhand der erhobenen Daten konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der in Abb. B4 dargestellten, aufgrund inhaltlicher Faktoren entstehenden Barrieren zwischen den beiden Indikationsgruppen gefunden werden. . Da der  $\alpha$ -Fehler das Signifikanzniveau von  $\alpha \geq 0,05$  im Chi-Quadrat-Test in Tab. A8 überschreitet, kann die Nullhypothese nicht abgelehnt werden.

## 12.5. Fragebogen zur Studie

### 1 Startseite

---

#### **Implementierung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der psychosomatischen und Suchtrehabilitation: Lösungsansätze und Barrieren**

#### **Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,**

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, an unserer Befragung teilzunehmen!

Ziel dieser Untersuchung ist es, Informationen über die derzeitige Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der psychosomatischen und Sucht-Rehabilitation in Deutschland zu gewinnen.

Seit Veröffentlichung der ICF 2001 sind eine Reihe von Ansätzen zur Implementierung in die Praxis entwickelt worden; klare Vorgaben existieren allerdings bisher nicht. Zudem ist nicht bekannt, welche Maßnahmen zur ICF-Implementierung die Einrichtungen in der Zwischenzeit einsetzen und wie ihre Erfahrungen damit sind. Uns interessiert, zu welchen Zwecken und in welchem Ausmaß die ICF im Klinikalltag angewendet wird und welche Barrieren die Anwendung möglicherweise erschweren.

#### **Die Befragung dauert insgesamt nur ca. 10 Minuten. Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag zu unserer Forschung. Vielen Dank!**

Alle Daten, die im Rahmen dieser Studie erhoben werden, werden ausschließlich **anonym** ausgewertet und nicht an Dritte (z.B. DRV) weitergegeben. Ausführliche Informationen zum Datenschutz finden Sie hier, weitere Studieninformationen können Sie in der Projektbeschreibung einsehen oder sich an die unten angegebenen Kontaktadressen wenden.

#### **Ansprechpartner:**

Maren Spies, Dipl. Psych., Tel. 040 741053419, m.spies@uke.de

Martin Freitag, cand. Med., Tel. 0175 2509471, martin.freitag@stud.uke.uni-hamburg.de

#### **Projektleitung:**

Dr. Angela Buchholz, Dipl.-Psych., a.buchholz@uke.de

Dr. Anna Levke Brütt, Dipl.-Psych., a.bruett@uke.de

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

---

### 2 Infos

#### **Informationen zur Befragung**

In der folgenden Befragung werden wir Sie zunächst bitten, einige Angaben zur Größe und dem Angebot Ihrer Klinik zu machen. In einem zweiten Schritt bitten wir Sie anzugeben, inwieweit Sie die ICF in Ihrer Klinik einsetzen und welche Erfahrungen Sie mit der Anwendung gemacht haben.

Abschließend möchten wir Sie bitten, zu beschreiben, welche Schwierigkeiten oder Barrieren Sie bei der ICF in Ihrem Klinikalltag sehen.

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen.

---

### 3 Demografie I

#### **Bitte geben Sie an, in welchem Bereich Sie tätig sind.**

- Ärztlicher Dienst
- Psychologischer/Psychotherapeutischer Dienst
- Fachtherapeutischer Dienst (Ergo-, Musik-, Physio-)
- Pflegedienst
- Sozialarbeit/Sozialpädagogischer Dienst
- Verwaltungsdienst
- Sonstiges, und zwar:

#### **Besetzen Sie eine leitende Funktion innerhalb der Klinik?**

- Ja, und zwar:
- Nein

**In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?**

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

**Welchen Leistungserbringer vertreten Sie? (Mehrfachnennung möglich)**

- Öffentlich-rechtlich
- Freie Wohlfahrtspflege/gemeinnützig
- Privatwirtschaftlich
- Sonstiger Träger

**Bitte geben Sie die Anzahl der Stellen in Ihrer Einrichtung an.**

Falls Sie keine genauen Zahlen kennen, geben Sie bitte eine Schätzung ab.

- Ärzte
- Psychologen/Psychotherapeuten
- Fachtherapeuten (Ergo-, Musik-, Physio-)
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen
- Krankenschwestern/Krankenpfleger/-helfer
- Sonstige

---

**4 Demografie II**

**Bitte geben Sie an, wieviele Behandlungsplätze für die unten genannten Reha-Angebote in Ihrer Einrichtung bestehen.**

Falls Sie keine genauen Zahlen kennen, geben Sie bitte eine Schätzung ab.

- Psychosomatische Reha  Plätze
- Sucht-Reha  Plätze
- Sonstige Reha  Plätze

**Bitte nennen Sie die Diagnosen der leistungsberechtigten Teilnehmer in Ihrer Einrichtung.**

Bitte ordnen Sie den folgenden Erkrankungsarten entsprechende Prozentanteile zu (bezogen auf die Gesamtheit Ihrer leistungsberechtigten Teilnehmer innerhalb des letzten Jahres). Diese müssen in Summe nicht 100% ergeben, da davon auszugehen ist, dass Mehrfachbehinderungen/Multimorbidität bei einem Anteil Ihrer Leistungsberechtigten vorhanden ist.

- Suchtbezogene Störungen insgesamt**
- Alkoholbezogene Störungen
- Drogenabhängigkeit (illegale Drogen)
- Medikamentenabhängigkeit
- Pathologisches Glücksspiel
- Sonstige
  
- Psychische/Psychosomatische Erkrankungen insgesamt**
- Depression
- Angststörungen
- Anpassungsstörungen
- Somatoforme Störungen
- Essstörungen

Sonstige

## 5 ICF bekannt

Ist Ihnen die ICF bekannt?

- Ja  Nein

## 6.1 ICF Anwendung I

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die grundsätzliche Nutzung der ICF im Reha-Klinikalltag.

Wurden Sie in der Anwendung der ICF geschult?

- Nein  
 Ja, im Rahmen einer Nachmittagsfortbildung  
 Ja, durch eine längere Schulung (geben Sie bitte das Jahr der letzten Schulung an)

Wurden Ihre Mitarbeiter in der Anwendung der ICF geschult?

- Nein  
 Ja, im Rahmen einer Nachmittagsfortbildung  
 Ja, durch eine längere Schulung (geben Sie bitte das Jahr der letzten Schulung an)

Sehen Sie für sich oder Ihre Mitarbeiter (weiteren) zukünftigen Schulungsbedarf?

- Ja  Nein

Wurden konkrete Maßnahmen zur Implementierung der ICF in Ihrer Einrichtung vorgenommen?

- Ja  Nein

Wenn ja, welche konkreten Maßnahmen zur Implementierung der ICF wurden in Ihrer Reha-Klinik bisher unternommen?

Wird die ICF (bzw. ICF-basierte Assessments etc.) aktuell im Klinikalltag angewendet?

- Ja  Nein

## 6.2.1 Art der Anwendung I

Auf welcher Ebene haben Sie die Anwendung der ICF umgesetzt? (Mehrfachnennung möglich)

- Wir arbeiten anhand des bio-psycho-sozialen Modells  
 Wir verwenden die ICF-Fachsprache  
 Wir verwenden das Klassifikationssystem  
 Wir verwenden ICF-basierte Assessments  
 Sonstiges, und zwar:

Zu welchen Zwecken wird die ICF angewendet? (Mehrfachnennung möglich)

- Diagnostik  
 Therapieplanung  
 Dokumentation (z.B. Entlassungsbericht etc.)  
 Nachsorge (soweit bekannt)  
 Evaluation  
 Sonstiges, und zwar:

Werden Hilfsmittel bei der Anwendung genutzt, wie Kurzlisten oder Core-Sets (Listen mit ICF-Kategorien, die typischerweise mit einem bestimmten Krankheitsbild assoziiert sind)?

- Ja, wir verwenden ein bestehendes Core-Set (z.B. RPK-BAG Core-Set), und zwar:   
 Ja, wir haben selbst ein Core-Set zusammengestellt  
 Nein

Werden auf der ICF basierende standardisierte Assessment-Instrumente genutzt? (Mehrfachnennung möglich)

- ICF-AT Psych (ICF-3F) (Nosper, M.)  
 ICFPsychA&P (Brütt, A. L., et al.)  
 MATE-ICN (Schippers, G. et al.)  
 Mini\_ICF-P (Linden, M. et al.)  
 IMET (Deck, R. et al.)

- WHODAS-II (WHO, Üstün, T. B. et al.)
- DiaRes (Dieckmann et al.)
- Andere, und zwar:
- Nein

**Werden andere ICF-bezogene Hilfsmittel genutzt, wie z.B.**

- Dokumentationsbögen zur Behandlungsplanung
- ICF-basierte Software, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:
- Nein

**6.2.2 Art der Anwendung II**

**Sie haben angegeben, dass in Ihrer Einrichtung sowohl Sucht-bezogene als auch psychosomatische Reha angeboten wird. Unterscheiden sich die beiden Stationen hinsichtlich der ICF-Anwendung?**

Wenn ja, beschreiben Sie bitte die wesentlichen Unterschiede.

**Sie haben angegeben, ein eigenes Core-Set oder einen selbst entwickelten ICF-Fragebogen zu verwenden. Bitte beschreiben Sie Ihr Instrument.**

**Wird die ICF-Nutzung von allen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Fachtherapeuten, Pflegepersonal etc.) auf der Station einheitlich gehandhabt?**

- Ja
- Nein

**Wenn nicht: Welche Berufsgruppen benutzen die ICF? (Mehrfachnennung möglich)**

- Ärzte
- Psychologen/Psychotherapeuten
- Fachtherapeuten (Ergo-, Musik-, Physio-)
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen
- Pflegepersonal
- Sonstige:

**Welchen Einfluss hat der Einsatz der ICF (oder die entsprechenden ICF-basierten Assessment-Hilfen) ihrer Einschätzung nach auf die...**

	sehr negativ	negativ	keinen Einfluss	positiv	sehr positiv
Diagnostik	<input type="radio"/>				
Therapieplanung	<input type="radio"/>				
Patientenorientierung	<input type="radio"/>				
interdisziplinäre Kommunikation	<input type="radio"/>				
interdisziplinäre Zusammenarbeit	<input type="radio"/>				
einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit	<input type="radio"/>				
Arzt-Patient Kommunikation	<input type="radio"/>				
den Behandlungsprozess insgesamt	<input type="radio"/>				
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				

**Welchen Nutzen und welche Potenziale sehen Sie in der Anwendung der ICF für Ihre Arbeit?**

**6.3 Barrieren**

**Im folgenden Abschnitt geht es um mögliche Anwendungsbarrieren. Damit meinen wir Faktoren, die die Anwendung der ICF im Klinikalltag erschweren oder verhindern.**

**Wie beurteilen Sie den praktischen und zeitlichen Aufwand des ICF-Einsatzes für das Klinikpersonal?**

- kein Aufwand

- geringer Aufwand
- mäßiger Aufwand
- großer Aufwand
- sehr großer Aufwand

**Welche Barrieren erschweren Ihnen die Anwendung der ICF in Ihrem beruflichen Alltag?**

Unter Orientierung an inhaltlichen Diskussionen mit Anwendern haben wir verschiedene Bereiche zusammengestellt, denen Anwendungsbarrieren zugeordnet werden können. Bitte geben Sie an, wie sehr die unten stehenden Bereiche Sie in der ICF-Anwendung beeinträchtigen. Diese Liste ist sicher nicht vollständig. Geben Sie gern in den freien Kommentaren und den unteren Zeilen noch weitere Barrieren an, die Sie aus Ihrer Arbeit mit der ICF kennen.

	keine Barriere	geringe Barriere	mäßige Barriere	starke Barriere	sehr starke Barriere
Barrieren der Klinikstruktur (z.B. keine Zeit)	<input type="radio"/>				
Barrieren der Versorgungsstruktur (z.B. keine oder unklare Vorgaben vom Kostenträger)	<input type="radio"/>				
Inhaltliche Faktoren (z.B. Umfang der ICF, Unschärfe der theoretischen Konzepte oder Bewertungsdimensionen)	<input type="radio"/>				
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				

**Welche Schwierigkeiten sehen Sie bei der Anwendung der ICF im Klinikalltag?**

Bitte nennen Sie eine oder mehrere typische Situationen aus dem Klinikalltag, in denen diese Schwierigkeiten besonders zum Tragen kommen.

Wenn Sie sich vorstellen, dass die ICF in Zukunft in Ihrer Einrichtung angewandt würde: Welchen Einfluss hätte dies Ihrer Meinung nach auf die...

	sehr negativ	negativ	keinen Einfluss	positiv	sehr positiv
Diagnostik	<input type="radio"/>				
Therapieplanung	<input type="radio"/>				
Patientenorientierung	<input type="radio"/>				
interdisziplinäre Kommunikation	<input type="radio"/>				
interdisziplinäre Zusammenarbeit	<input type="radio"/>				
einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit	<input type="radio"/>				
Arzt-Patient Kommunikation	<input type="radio"/>				
den Behandlungsprozess insgesamt	<input type="radio"/>				
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				

Sie haben angegeben, dass Sie für sich oder Ihre Mitarbeiter zukünftigen Schulungsbedarf sehen. Wie sollte eine ICF-Schulung gestaltet sein, damit Sie Ihre Bedürfnisse erfüllt?

Bitte nennen Sie Schulungsziele, Trainingsmaßnahmen, Schwerpunkte o. Ä., von denen Sie für sich optimalen Nutzen erwarten.

**6.4 Anmerkungen**

Gibt es allgemeine Anmerkungen, die Sie zu dieser Befragung machen möchten?

**Können wir Ihre Angaben für die Auswertung verwenden?**

- Ja, ich habe alle Fragen sinnvoll beantwortet. Meine Angaben können für die Auswertung verwendet werden.
- Nein, ich wollte "nur mal gucken", nehme zum wiederholten Mal teil oder möchte nicht, dass meine Angaben ausgewertet werden.

**Diese Befragung haben Sie geschafft, vielen herzlichen Dank für Ihre Mühe!**

Ihre Teilnahme liefert wichtige Informationen zur derzeitigen Anwendung der ICF in deutschen Rehabilitationskliniken und ermöglicht uns, Lösungsansätze und Barrieren abzubilden. Anhand der Ergebnisse können Strategien zur besseren Implementierung der ICF entwickelt werden; sie kommen somit auch den zukünftigen Anwendern zugute.

**Dürfen wir Sie in Zukunft zu einer weiteren ICF-Anwenderbefragung einladen?**

Wenn ja, geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse an:

---

**7 Endseite**

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

---

### 13. Danksagung

Nach dem Beginn meiner Dissertation im Frühjahr 2013 ist es nun soweit, dass Sie meine vollendete Arbeit in Händen halten. An dieser Stelle möchte ich mich sehr herzlich bei allen bedanken, die mich auf diesem nicht ganz einfachen Weg, aber trotzdem sehr spannenden Abschnitt meines Medizinstudiums und damit wichtigen Teil meines Lebens begleitet und nach Kräften unterschützt haben. Zum einen möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Dr. Martin Härter bedanken, der es mir nicht zuletzt durch das unter seiner Leitung stehende Institut der Medizinischen Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf ermöglicht hat, meinen Platz in der Arbeitsgruppe Sucht- und Rehabilitationsforschung unter der Leitung von Dr. Angela Buchholz zu finden. Ihr gilt bezüglich der unmittelbaren Planung und Durchführung des Projektes, der Betreuung und Beratung mein besonderer Dank. Nicht minder möchte ich meinen Dank auch an Dr. Anna Levke Brütt aussprechen, die mich insbesondere im Bereich der Qualitativen Inhaltsanalyse, ein eher exotischer Bereich einer humanmedizinischen Doktorarbeit, tatkräftig angeleitet und unterstützt hat. Weiterhin gilt mein Dank Dipl. Psych. Maren Spies, die mich in direkter Zusammenarbeit auf Problemstellungen meiner Arbeit aufmerksam gemacht hat, die bei weiteren Nachforschungen in der Folge einige Wendungen in meiner Arbeit hervorgebracht haben. Ohne all diese Menschen in meinem näheren Umfeld wäre meine Arbeit sicherlich nicht zu dem Werk geworden, was es heute darstellt.

Lebenslauf entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen

## 15. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....