

Die ICF als konzeptioneller Bezugsrahmen für die Teamkonferenz

C. Müller¹, A. Glässel²

¹Neurologische Klinik Elzach, ²Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften der Ludwig-Maximilians-Universität München

Zusammenfassung

Ziel der Studie: An der neurologischen Klinik Elzach wurde in einem Modellprojekt die ICF für die klinische Anwendung in den interdisziplinären Teamkonferenzen der Frührehabilitation eingeführt und evaluiert. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob sich das ICF-Modellblatt zur interdisziplinären Befunderhebung, Behandlungsplanung und Verlaufsdocumentation eignet. Aus der Perspektive der Projektbeteiligten und ihrer Erfahrungen mit dem ICF-Modellblatt sollten Hinweise auf den klinischen Nutzen, seine Praktikabilität und Umsetzungsschwierigkeiten untersucht werden.

Methode: Die qualitative Evaluation setzte sich aus zwei Teilen zusammen. Dokumente von Teamkonferenzen der Interventionsgruppe wurden mit Dokumenten einer Kontrollgruppe verglichen. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe der »Linking-Regeln« nach Cieza et al. Der zweite Teil der Evaluation bestand in der Befragung der Interventionsgruppe drei Monate nach Abschluss des Projekts.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse belegen, dass Fähigkeitsstörungen und Ressourcen des Patienten mit dem ICF-Modellblatt umfassender abgebildet werden konnten. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass mit Hilfe des ICF-Modellblatts die Identifizierung des Hauptproblems des Patienten präziser und schneller vollzogen, die interdisziplinäre Befunderhebung differenzierter dargestellt und Fähigkeiten des Patienten besser erfasst werden konnten als zuvor. Einzelne Teammitglieder haben jedoch noch Schwierigkeiten, Ziele so zu formulieren, dass diese überprüfbar sind.

Schlussfolgerung: Das ICF-Modellblatt hat sich zur qualitativen Beschreibung und Erfassung der klinischen Befunde wie auch zur Behandlungsplanung und -dokumentation in der neurologischen Rehabilitationsphase B bewährt. Das ICF-Modellblatt ist nicht nur in Bezug auf die interdisziplinäre Befunderhebung und Behandlungsplanung von Nutzen, sondern darüber hinaus auch als Kommunikationsinstrument an den Schnittstellen der neurologischen Rehabilitationsphasen. Damit kann ein Beitrag zur Verbesserung der Prozessqualität im Schnittstellenbereich geleistet werden.

Schlüsselwörter: neurologische Rehabilitation, Teamkonferenz, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

The ICF as frame of reference for the team conference

C. Müller, A. Glässel

Abstract

Objective: The ICF was established by a pilot project for clinical application in team conferences in a neurological rehabilitation clinic in Germany. The present study had the objective to evaluate how the ICF model can be used as frame of reference and whether the ICF-Model-Sheet is suitable in clinical practice for assessment, planning rehabilitation process and documentation. Its acceptance, performance and outcomes were evaluated within a qualitative study.

Methods: The first part of the qualitative evaluation study is based on a follow-up data assessment of documents. To analyze these documents, the "ICF Linking-Rules" by Cieza et al. were used. In the second part of the study the experts were questioned 3 months after having finished the pilot project. Therefore an interview guide was designed to assess the health-professionals' perspectives concerning clinical experiences, benefit and difficulties of implementation in using the ICF-Model-Sheet.

Results: The results show that the ICF-Model-Sheet proves to analyze the patients' problems more completely than the Sheet used previously. Furthermore, there is evidence that the ICF-Model-Sheet can better represent the patient perspective. The results of the Interview show that the majority of experts prefer the ICF-Model-Sheet. It is more apt to easily identify the interdisciplinary clinical findings, and patients' abilities could be better represented in comparison with the sheet used before. However,

the following problem should be mentioned: some of the team members had difficulties with phrasing attainable goals.

Conclusion: The ICF-Model-Sheet is a clinical instrument for comprehensive assessment of neurological patients in early post-acute rehabilitation facilities, particularly in an inpatient interdisciplinary setting. It can provide a common language for the description of human functioning and therefore facilitates interdisciplinary communication and coordination of interventions. As a communication tool the ICF-Model-Sheet helps in supporting the exchange of information in the interfaces between different rehabilitation phases.

Key words: neurological rehabilitation, team conference, interdisciplinary teamwork, international classification of functioning, disability and health

© Hippocampus Verlag 2008

Einleitung

Die ICF¹ wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und im Jahre 2001 von der Vollversammlung verabschiedet [42]. Die ICF steht im Kontext der Bedeutung des Themas »Selbstbestimmung und Teilhabe«, welches im neunten Sozialgesetzbuch verankert ist. Nach § 1 SGB IX ist das Ziel, die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken [33]. Daraus lassen sich Handlungsmaximen für Leistungsträger und Leistungserbringer für eine patientenorientierte Rehabilitation ableiten: Patientenbeteiligung in Form von Befragungen, Rehazielformulierung, aktive Beteiligung der Patienten am Rehabilitationsprozess und an der Beurteilung der Ergebnisqualität [31]. Viele Bereiche des Gesundheitswesens wie z. B. Sozialversicherungsträger, Forschung, Praxis u. a. passen die ICF für ihre Anwendung an [30]. Der ICF liegt ein Modell zugrunde, das der Rehabilitation einen theoretischen Bezugsrahmen [10, 18, 38] und eine einheitliche Begrifflichkeit [21] zur Verfügung stellt. Beide für die klinische Anwendung zu nutzen, ist eine Herausforderung für den Praktiker. Ein Versuch, die ICF im Rahmen von Teamkonferenzen zu nutzen, ist das ICF-Modellblatt². Es ist ein Instrumentarium, welches ermöglicht, die interdisziplinäre Befunderhebung und -dokumentation, die Verlaufsbeschreibung und Interventionsplanung an dem Modell der ICF auszurichten und dabei die Patientenperspektive berücksichtigt [11, 37].

Im vorliegenden Beitrag werden die Themen »Teamarbeit und Teamkonferenz in der neurologischen Rehabilitation« und das ICF-Modellblatt eingeführt. Im Anschluss daran wird über die Praktikabilität, die klinische Relevanz und die Problemstellungen in der Anwendung des ICF-Modellblatts im Rahmen eines Modellprojekts in der neurologischen Klinik Elzach berichtet. Der Projektlauf wird skizziert, die wesentlichen Ergebnisse der Evaluation präsentiert und die Bedeutung des Themas »Patientenorientierung« diskutiert.

Teamarbeit und Teamkonferenz

In der medizinischen Rehabilitation ist die berufsübergreifende Zusammenarbeit Qualitätsmerkmal und konzeptioneller Bestandteil der Praxis. Diese Zusammenarbeit wird meist in Teams organisiert und koordiniert [20]. Hierfür stehen unterschiedliche Teamorganisationsformen zur Verfügung, die je nach Indikationsbereich (Kardiologie, Orthopädie, Neurologie etc.) und Rehabilitationsform (ambulant, teilstationär oder stationär), zur Anwendung kommen. Meist wird zwischen dem multidisziplinären, dem transdisziplinären und dem interdisziplinären Modell differenziert [8]. Diese Modelle unterscheiden sich im Wesentlichen in der Art der Behandlungsplanung und -durchführung, der Kooperations- und Kommunikationspraxis [21] sowie dem Verständnis der Berufsrolle [9]. In der Neurorehabilitation ist das interdisziplinäre Modell am häufigsten verbreitet [16]. Komplexe gesundheitliche Beeinträchtigungen, insbesondere bei neurologischen Erkrankungen, erfordern Interventionen unterschiedlicher Berufsgruppen, die koordiniert und auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmt werden müssen. Beim interdisziplinären Ansatz verständigen sich alle beteiligten Disziplinen auf ein gemeinsames und mit dem Patienten abgestimmtes Rehabilitationsziel. Dies beinhaltet zwei wesentliche Konnotationen: (1) die Zusammenarbeit zwischen den Teammitgliedern untereinander und (2) die Kooperation mit angrenzenden Berufsgruppen [15]. Im regelmäßigen Austausch aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten werden die jeweiligen fachspezifischen Ziele auf das übergeordnete Rehabilitationsziel hin abgestimmt. Dabei trägt die Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen entscheidend zu einer erfolgreichen Rehabilitation bei [25]. Der gezielte Informationsaustausch, die koordinierten Absprachen zwischen den einzelnen Berufsgruppen wie auch die gemeinsame Entscheidungsfindung sind Grundlage für jede interdisziplinäre Teamarbeit [2].

Teamkonferenzen sind Bestandteil des Behandlungssettings und Teil der Prozessqualität in der Neurorehabilitation [26]. Inhalte der Konferenzen sind z. B., Befunde der ein-

¹International Classification of Functioning, Disability and Health

²Das ICF-Modellblatt (siehe Abb. 1) wurde ursprünglich von Steiner und Mitarbeitern entwickelt und im Jahre 2002 erstmals in dem »Journal Physical Therapy« veröffentlicht. Im Laufe der Jahre wurde es in weiteren Veröffentlichungen in leicht modifizierter Form dargestellt [11, 14].

zelen Disziplinen auszutauschen, Rehabilitationspotential und Rehabilitationsfähigkeit zu bestimmen, Rehabilitationsziele zu definieren, zu überprüfen und ggf. zu modifizieren, Interventionen festzulegen, den Rehabilitationsverlauf zu beurteilen sowie die Rehaprognose auf Grundlage von evidenzbasierter Medizin und klinischer Beurteilung einzuschätzen. Teamkonferenzen weisen verschiedene Kommunikationsmerkmale auf: den mündlichen Rapport der einzelnen Disziplinen, die schriftliche Dokumentation, die Diskussion und die Entscheidungsfindung aller am Rehaprozess beteiligten Berufsgruppen untereinander [9]. Damit die Behandlungsplanung berufsgruppen- und institutionsübergreifend in der gleichen Weise verstanden werden kann, ist die Verwendung einer einheitlichen und gemeinsamen Terminologie zur Kommunikation von besonderer Bedeutung [3].

Von Garnier und Mitarbeiter (2006) postulieren, das Modell der ICF für das gesamte multi- und interdisziplinäre Team als Basis für eine berufsübergreifende Kommunikation zu betrachten. Es bietet einen Bezugsrahmen, in dem Befundergebnisse, klinische Beobachtung und Verlaufsbeschreibung in Teamkonferenzen in einer für alle Berufsgruppen verständlichen und internationalen Sprache beschrieben und dokumentiert werden können [41]. Der interdisziplinäre Austausch erhält somit inhaltliche Vorgaben und Struktur.

Rehabilitationsprozess und ICF-Modellblatt

Bevor in ambulanten oder stationären Einrichtungen medizinische Rehabilitationsleistungen erbracht werden, ist laut § 13 der Richtlinien des »Gemeinsamen Bundesausschusses« mit dem Patienten ein Behandlungsplan zu erstellen. Die Behandlungsplanung basiert auf einer fundierten Reha-Diagnostik, der Einschätzung des Reha-Potentials, der Reha-Fähigkeit und der Festlegung von Reha-Zielen. Im Zeitverlauf erfolgt eine Re-Einschätzung der Faktoren, die die Behandlungsplanung beeinflussen. Nach § 4 dieser Richtlinie sollen die Gesundheitsprobleme in Bezugnahme auf die ICF mit der Beurteilung von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren erfasst werden [29]. Hierfür können Assessmentverfahren hilfreich sein, um Behandlungsentscheidungen zu treffen, die Therapie zu planen, den Behandlungsverlauf zu steuern, zu überwachen und um Aussagen für Kostenträger, Patienten sowie für Gutachten zu treffen.

Üblicherweise kommen in der neurologischen Frührehabilitation standardisierte Assessmentverfahren zur Erfassung des Bewusstseinszustandes (wie z. B. die Glasgow-Coma-Scale [GCS], die Koma-Remissions-Skala [KRS]) und Messverfahren zur Bewertung der Fähigkeitsstörung (wie z. B. der erweiterte Barthel Index [EBI], der Frühreha-Barthel-Index [FBI] oder der Functional Independence Measure [FIM]) zum Einsatz, die helfen, den Eingangszustand wie auch den Ergebniszustand des Patienten einzuschätzen. Sie sind quantitativ ausgerichtet und können

nicht alle Gesundheitsprobleme abbilden [17], da sie nicht umfassend genug sind, um spezifische Funktions- und Strukturschäden wie z. B. Affektstörungen, Kontrakturen, Decubiti, gastrointestinale Störungen, Schluckstörungen usw. zu erfassen. Darüber hinaus erfassen sie meist nicht Beeinträchtigungen der Partizipation sowie Kontextfaktoren. Sie sind somit für die Rehabilitationsplanung nur bedingt zweckdienlich. Standardisierte Erhebungsinstrumente können durch ihre systematische Abfrage die klinische Beobachtung und Befunderhebung differenzieren und ergänzen, sie aber nicht ersetzen [27]. Für die Behandlungsplanung ist eine deskriptiv-qualitative Beschreibung und Erfassung der klinischen Befunde erforderlich. Dieser Problematik nahmen sich Steiner und Mitarbeiter im Jahr 2002 an und konzipierten das ICF-Modellblatt als Methode einheitlicher Kommunikation und Dokumentation [34].

In der neurologischen Klinik Elzach kommt dieses Instrumentarium im Rahmen der interdisziplinären Teamkonferenzen zum Einsatz. Mit seiner Hilfe werden (1) die rehabilitationsrelevanten Patientenprobleme identifiziert und analysiert, (2) darauf basierend die Rehabilitationsziele definiert, (3) die Behandlungsinterventionen ausgewählt, koordiniert und überwacht und wird (4) schließlich der Behandlungserfolg anhand des Zielerreichungsgrades evaluiert.

Einsatz des ICF-Modellblatts in der Teamkonferenz

Das ICF-Modellblatt ermöglicht, die interdisziplinäre Befunderhebung, die Behandlungsplanung sowie die Verlaufsbeschreibung an dem Modell der ICF auszurichten, und berücksichtigt dabei Kontextfaktoren sowie Patientenperspektive.

Identifizierung der Gesundheitsprobleme des Patienten

Eine der ersten Aufgaben des Rehabilitationsprozesses besteht darin, die Gesundheitsprobleme des Patienten zu erfassen [40]. Mit Hilfe des ICF-Modellblatts können zum einen die gesundheitlichen Probleme aus Sicht des Patienten und die Sichtweise des Reha-Teams abgebildet werden. Das Abbilden der Patientenperspektive ist wichtig für die Einbindung des Patienten in den Rehabilitationsprozess [18]. Eine Prioritätenliste, die mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet wird, kann hilfreich sein, Ziele oder Problemstellungen aus Patientensicht nach Wichtigkeit zu ordnen und in eine Rangfolge zu bringen [39]. Darüber hinaus wird intendiert, personenbezogene Faktoren wie z. B. Gewohnheiten, Lebensstil, Persönlichkeitsmerkmale wie auch Umweltfaktoren, z. B. Wohn- und Lebensbedingungen, Verkehrsanbindung, familiäre Unterstützung, Dienstleistungen des Gesundheitswesens und der sozialen Unterstützung, die für die Behandlungsplanung von Relevanz sein können, zu erfassen [7].

Im unteren Teil des ICF-Modellblatts wird die Sichtweise des Reha-Teams zu allen relevanten Funktionsstörungen der Körperfunktionen und -strukturebene, Beeinträchtigungen

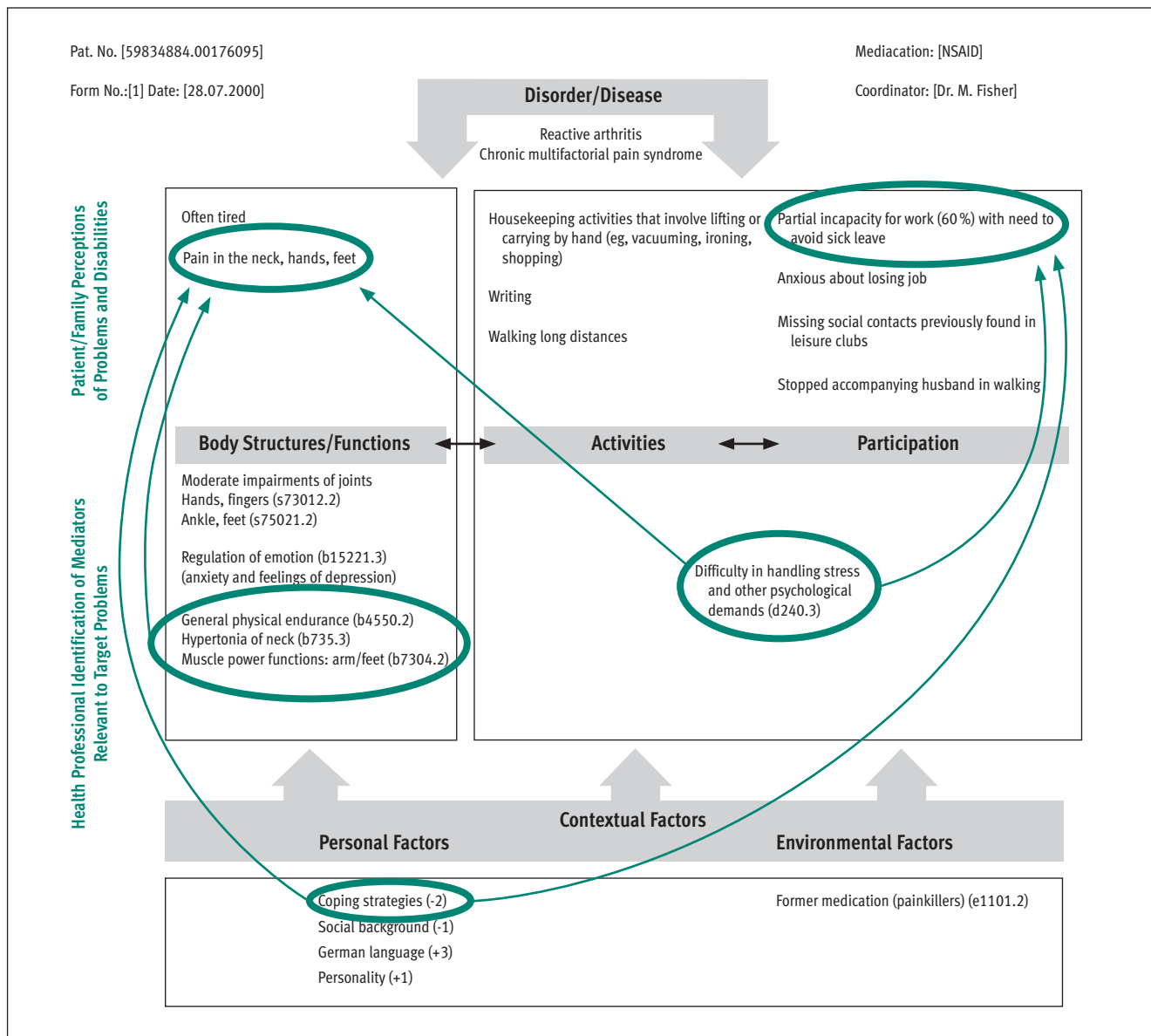


Abb. 1: Rehabilitation Problem-Solving Form (ICF-Modellblatt in ursprünglicher Form), Quelle: [34], S. 1103

der Aktivitäten und der Partizipation abgebildet. Der Rehabilitationsarzt berichtet über die ICD-Diagnose, die medizinische Anamnese und die medizinischen Befunde. Die einzelnen Fachdisziplinen tragen ihre Befundergebnisse basierend auf klinischer Beobachtung, Befragungen in Form von Interview oder Fragebogen, standardisierten oder nicht-standardisierten Tests zusammen. Beabsichtigt wird, das Problem so genau wie möglich zu erfassen, zu beschreiben und die Zusammenhänge zwischen dem Problem und der Ursache zu erkennen. Die Ergebnisse der interdisziplinären Befunderhebung werden entsprechend den Komponenten der ICF »Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation« sowie den Kontextfaktoren (siehe Abb.1) zugeordnet und dokumentiert [3].

Behandlungsplanung und Festlegung der Rehabilitationsziele

Der nächste Schritt umfasst die Festlegung der Ziele. Rehateam und Patient legen gemeinsam Ziele fest, mit denen sich der Patient identifizieren kann und die die Basis der Rehabilitationsbehandlung bilden [43]. Grundlage der Zielsetzung ist eine präzise Beschreibung der Ziele, da sie das zu erreichende Soll festlegen. Zur Formulierung von Zielen bietet die sogenannte SMART-Regel eine Hilfestellung. Das Akronym steht für eine Zahl qualitativer Kriterien zur Überprüfbarkeit von Rehabilitationszielen. Ziele sollten spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und zeitlich bestimmt sein [32]. Von langfristigen Zielen werden mittel- und kurzfristige Ziele abgeleitet. Langfristige Ziele, die unter Berücksichtigung der Patientenperspektive und der Kontextfaktoren formuliert werden, beziehen sich meist

auf den Zeitraum nach der Entlassung und intendieren eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wie z. B. »Aufgaben im Rahmen der Haushaltsführung übernehmen«, »eigenständige Fortbewegung mit Hilfe eines Elektrorollstuhls«, »ohne fremde Hilfe einkaufen gehen«, etc.. Kurzfristige Ziele, die in einem Zeitraum von einer Woche erreicht werden sollen, werden meist auf der Ebene der Körperfunktionen und Aktivitäten definiert. Sie stellen die Basis zum Erreichen der Partizipationsziele dar. Ob die vom Patienten genannten Ziele zum gemeinsamen Rehabilitationsziel werden, hängt unter anderem von der Beeinflussbarkeit der Gesundheitsprobleme und den umgebungsbedingten Faktoren ab. So können ungünstige Umweltfaktoren wie z. B. das Fehlen familiärer Unterstützung, unzureichende Hilfs- und Heilmittelversorgung, ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen, wie z. B. das Wohnen im 5. Stock eines Hochhauses ohne Aufzug, für eine Person mit ausgeprägter Gehbehinderung Barrieren darstellen. Diese rehabilitationsrelevanten Einflussfaktoren sind in der Rehabilitations- und Entlassplanung zu berücksichtigen [3]. Basierend auf der klinischen Erfahrung des Reha-Teams und medizinischer Evidenz erfolgt eine Einschätzung, ob und in welchem Ausmaß die Hauptprobleme des Patienten unter Berücksichtigung von Umweltfaktoren, Ressourcen, Potential und Motivation veränderbar sind [36].

Auswahl, Koordination und Überwachung der Behandlungsinterventionen

Nachdem die Ziele definiert wurden, müssen die Interventionen zum Erreichen der Ziele ausgewählt werden. Es stellt sich die Frage der Indikation und der Zuweisung zur Leistung. Im Team wird über den Bedarf der Leistung beraten. Dem Teamkoordinator obliegt die Aufgabe, die geeigneten Berufsgruppen auszuwählen, die Interventionen festzulegen und diese den Berufsgruppen zuzuweisen. Darüber hinaus stellt sich die Frage der Dauer, der Frequenz und der Form der Intervention (Einzel- oder Gruppentherapie). Ziel ist es, den Umfang der Interventionen zu planen, zu überwachen und der jeweiligen Situation anzupassen.

Evaluation der Behandlung anhand des Zielerreichungsgrades

Erst die Evaluation gibt Aufschluss darüber, ob die angestrebten Ziele erreicht wurden und die Behandlungsmaßnahmen zum Erfolg führten. Im Rahmen einer zielorientierten Ergebnismessung ist es wichtig, dass Fortschritte und Rückschritte gemessen und dokumentiert werden. Mit Hilfe der SMART-Regel erfolgt die Analyse der Ergebnisse im Verlauf und die Entscheidung über die Notwendigkeit, einen neuen Zyklus einzuleiten. Es ist sinnvoll, eventuelle Abweichungen von der Zielerreichung zu analysieren. Werden die Ziele des Behandlungsplans erreicht, müssen neue Ziele beschrieben werden. Werden Ziele nicht erreicht, müssen die Ziele überdacht und neu definiert werden oder ggf. müssen die Interventionen korrigiert werden. Bei der Überprüfung des Zielerreichungsgrades ist zu hinterfragen,

weshalb ggf. das Ziel nicht erreicht wurde bzw. sind Faktoren zu berücksichtigen, die auf den Zielerreichungsgrad Einfluss haben können: Wurde auf der Zielerreichungsstufe ein zu hohes Ziel angestrebt, welches in dem definierten Zeitraum nicht erreicht werden konnte? Hat sich am Gesundheitszustand des Patienten etwas verändert? War die Therapiezeit nicht ausreichend? Hat sich das Ziel des Patienten verändert? Haben sich die motivationalen Faktoren des Patienten verändert? Wurde die falsche Behandlungstechnik gewählt? Wurde der Behandlungsinhalt/-schwerpunkt nicht adäquat ausgewählt? War das Behandlungsintervall zu niederfrequent? etc. Die Evaluation der Zielerreichung sollte in zeitlich festgelegten, regelmäßigen Intervallen geschehen.

Modellprojekt der neurologischen Klinik Elzach

Im Rahmen des Modellprojekts »ICF-orientierte Teamkonferenz« wurde die ICF für die klinische Anwendung in den interdisziplinären Teamkonferenzen in der neurologischen Frührehabilitation von Mai bis November 2006 eingeführt. Das Modell der ICF sollte als Bezugsrahmen und das ICF-Modellblatt als Methode der Umsetzung in die klinische Praxis durch Mitarbeiterschulungen und Praxisbegleitung implementiert und evaluiert werden.

Es sollte untersucht werden, ob sich das ICF-Modellblatt zur interdisziplinären Befunderhebung, Rehabilitationsplanung und Verlaufsdokumentation besser eignet als das zuvor verwendete Dokumentationsformular. Aus der Perspektive der Projektbeteiligten und ihren Erfahrungen im Umgang mit dem ICF-Modellblatt sollten Hinweise auf den klinischen Nutzen, seine Praktikabilität und Umsetzungsschwierigkeiten gewonnen werden.

Zielsetzung der neurologischen Klinik Elzach

1. Einführung der ICF in den interdisziplinären Teamkonferenzen als Bezugssystem zur Befunderhebung und Zielsetzung sowie zur Planung und Steuerung der Behandlungsmaßnahmen.
2. Optimierung der Moderation der Konferenzen durch Verwendung eines Leitfadens.
3. Deskriptive Erfassung der Patientenperspektive in der Behandlungsplanung.
4. Abbildung der Störungsschwerpunkte wie auch der Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten.
5. Frühzeitige und systematische Erfassung rehabilitationsrelevanter Kontextfaktoren im Hinblick auf die Prozesssteuerung und Entlassplanung.

Projektbeschreibung und Projektablauf

1. Projektphase: Projektplanung

Zunächst erfolgte die Analyse des bisherigen Ablaufs der Teamkonferenzen hinsichtlich der funktionellen Befunderhebung, Behandlungsplanung und -steuerung. Im

ICF-orientierte Patientenkonferenz : Behandlungsplanung / Verlaufsbeschreibung / Ergebnismessung				Blatt-Nr. <input style="width: 50px;" type="text"/>
Angaben zur Person: Name: Aufkleber		Rehadiagnose / ICD-10	interdisziplinäres Rehaziel kurzfristig: _____ langfristig: _____	Ziele des Patienten
Datum: _____		Datum: _____		Datum: _____
Fachspezifische Zielsetzung		Fachspezifische Zielsetzung – Ziel erreicht ?		Fachspezifische Zielsetzung – Ziel erreicht ?
Körperfunktion und -struktur Aktivitäten und Partizipation	<small>Zielformulierung</small>	<small>ja / nein</small>	<small>ja / nein</small>	<small>ja / nein</small>
	Pflege: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Physio: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwesend:		Anwesend:		Anwesend:
Interdisziplinärer Befund		Verlaufswert 2. Woche		Verlaufswert 3. Woche
Körperfunktionen und -strukturen				
<small>Motorik, Mentale Funktionen (Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Orientierung, Funktionen des Denkens), Sinnesfunktionen und Schmerz, Belastbarkeit (physisch, psychisch), Emotionale Funktion und Funktion, Antrieb, Funktion der Sprache u. des Sprechens, Funktionen der Atmung, kardiorespiratorische Funktionen, Verdauungsfunktion, Schluckfunktionen</small>				
Aktivitäten und Partizipation				
<small>Mobilität (Lagewechsel, Sitzen, Stehen, Gehen, Fortbew.-Rollstuhl) Hand- und Armgebrauch (Gegenstandstragen, Einlösen, Handgebrauch) Selbstversorgung (Körperhygiene, Bio- und Entleerungen, Toilette, Essen u. Trinken) Kommunikation (verbal, non-verbal, Gebrauch u. Kommunikationsgeräten) Wissensanwendung (Lesen, Schreiben)</small>				
Mobilität:				
Selbstversorgung:				
Kommunikation / Wissensanwendung:				

Abb. 2: Modifiziertes CF-Modellblatt

weiteren Verlauf wurde das ursprünglich von Steiner et al. konzipierte ICF-Modellblatt an die spezifischen Rahmenbedingungen der neurologischen Klinik Elzach im Sinne der Praktikabilität und Relevanz angepasst (siehe Abb. 2). Gründe für die notwendige Modifikation waren folgende: Beim Probelauf erwies sich das ICF-Modellblatt in seiner ursprünglichen Form im klinischen Setting aus zeitlichen Gründen als nicht praktikabel. Von der Klassifizierung (Codes) wie auch von der Idee, die Zielprobleme mit den Mediatoren durch Visualisierung in Verbindung zu setzen, musste wegen unzureichender Praktikabilität abgesehen werden. Darüber hinaus wurden die interdisziplinären Rehabilitationsziele, unterteilt in kurz- und langfristig, ergänzt und eine fachspezifische Zielformulierung auf dem ICF-Modellblatt mit aufgenommen. Weitere Aufgaben der Vorbereitungsphase bestanden darin, dem interdisziplinären Team zum Arbeiten mit dem Modellblatt ein Raster bzw. eine Arbeitshilfe zu bieten, mit dem die Konferenz strukturiert werden konnte. Das Ziel war, einen für die neurologische Frührehabilitation Elzach geeigneten Katalog zu entwickeln, der das typische Spektrum neurologischer Erkrankungen berücksichtigt und gleichzeitig für den klinischen Einsatz handhabbar ist. Mit

Hilfe von ICF-Kategorien sollte eine qualitativ-deskriptive Beurteilung des Gesundheitszustandes in den Teamkonferenzen möglich werden. Basierend auf einer Dokumentenanalyse von Teamkonferenzen und durch Verwendung der »ICF Core Set for patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities« [35] wurde ein Grundraster zusammengestellt. Es handelt sich dabei um eine Auswahl von ICF-Kategorien aus den Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation sowie auch den Kontextfaktoren. Dieses Raster bildete die Grundlage für die interdisziplinäre Kommunikation in den Konferenzen. Basierend auf dem Grundraster wurde für jede Fachdisziplin ein Raster von Kategorien 1., 2. und 3. Ordnung zusammengestellt, welches die für die jeweilige Disziplin relevanten ICF-Kategorien beinhaltete. Ein Raster, mit dem alle Disziplinen arbeiten, stellt die ICF-Checkliste dar. Diese ist eine Übersichtsliste von Kategorien 1. und 2. Ordnung, die den Teammitgliedern für die klinische Anwendung in den Konferenzen als Orientierungshilfe diente. Dieses Vorgehen wurde aus pragmatischen Gründen gewählt, um die Anzahl der Kategorien überschaubar zu halten.

2. Projektphase: Mitarbeiterschulung

In der zweiten Phase wurden die Mitarbeiter des interdisziplinären Rehabilitationsteams zunächst mit den Grundbegriffen sowie dem Modell der ICF vertraut gemacht und in der Anwendung des ICF-Modellblatts geschult.

Der didaktische Aufbau der Mitarbeiterschulung gliederte sich in drei Phasen mit unterschiedlichen Inhalten. Die erste Phase beinhaltete eine Schulung, die von einer externen Referentin durchgeführt wurde. Ziel der Schulung war, die Grundbegriffe, das Modell und die Ziele der ICF kennenzulernen. In der zweiten Phase wurden inhaltliche Aspekte der Teamkonferenz thematisiert und das ICF-Modellblatt erläutert. Die dritte Phase konzentrierte sich auf die Praxisorientierung. Das modifizierte ICF-Modellblatt wurde anhand exemplarischer Fallbeispiele von Patienten mit neurologischen Erkrankungen angewendet. Die Schulungen der zweiten und dritten Phase fanden interdisziplinär statt.

3. Projektphase: Implementierungsphase

Die Hauptaufgabe dieser Phase bestand in der Prozessbegleitung. Unter dem Begriff »Prozessbegleitung« ist die Einführung des modifizierten Besprechungsformulars, die teilnehmende Beobachtung und mögliche Intervention bei auftretenden Problemstellungen zu verstehen.

Die Phase der Implementierung beinhaltete regelmäßig stattfindende Reflexionen im interdisziplinären Team. Ziel der Reflexionsgespräche war, Problemstellungen zu thematisieren sowie offene Fragen und Unklarheiten aufzugreifen. Eine Weiterentwicklung im Rahmen des Projektverlaufs stellte die Modifizierung der fachspezifischen Zielsetzungen dar. Intendiert wurde, dass die einzelnen Fachdisziplinen ihre Ziele den Dimensionen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation zuordneten. Durch die Visualisierung konnte die Verteilung der Ziele zu den ICF-Komponenten schnell erfasst sowie der rehabilitative Behandlungsschwerpunkt abgeleitet werden. Darüber hinaus wurde explizit die Patientenperspektive aufgegriffen: Konkrete Patientenziele wie auch Bedürfnisse der Patienten sollten im Verlauf des Rehabilitationsprozesses dokumentiert werden. Auch die rehabilitationsrelevanten Kontextfaktoren waren frühzeitig zu erfassen. Hierfür wurde ein eigenes Formular als Bestandteil der Protokollierung im interdisziplinären Team konzipiert.

Methoden

Der *erste Teil der qualitativen Evaluation* basierte auf der Dokumentenanalyse. Hierfür wurden Dokumente der interdisziplinären Teamkonferenz der Interventionsgruppe, die mit dem ICF-Modellblatt operierte, mit denen einer Kontrollgruppe, die mit dem ICIDH basierten Besprechungsformular dokumentierte, verglichen. Die Auswahl der Dokumente bezog sich auf alle in dem Projektzeitraum behandelten Patientengruppen. Aus dem jeweiligen Patientenpool

der Interventionsgruppe wie auch aus dem der Kontrollgruppe wurden nach dem Zufallsprinzip je vier Akten gezogen und anonymisiert. Aus der Verlaufsdocumentation wurden drei Beobachtungszeiträume für die Datenanalyse definiert. Der erste Beobachtungszeitraum (t0) entspricht der ersten Woche nach Aufnahme des Patienten, (t1) bezieht sich auf die zweite Behandlungswoche und (t2) auf die letzte Behandlungswoche der Patienten in der neurologischen Rehabilitationsphase B. Diese drei Zeitpunkte betreffen Behandlungsphasen, in denen angenommen wurde, dass die interdisziplinäre Befunderhebung umfassend dokumentiert wurde und somit auch eine Vielzahl von Daten generiert werden konnten. Die Analyse der Daten der Dokumente erfolgte durch das Verknüpfen der Aussagen der Experten zur ICF, dem sogenannten »Linken«. Der Vorgang des Linkens wurde basierend auf den Linking-Regeln von Cieza und Kollegen [5, 6] durchgeführt.

Der *zweite Teil der Evaluation* des Modellprojekts bestand in einer Befragung der Interventionsgruppe drei Monate nach Abschluss des Modellprojekts. Im Rahmen der Datenerhebung [12, 22, 23, 28] wurden von insgesamt 24 Projektbeteiligten fünf Teammitglieder in einem Gruppeninterview befragt. An dem Interview nahmen eine Ergotherapeutin, eine Logopädin, zwei Physiotherapeutinnen und die Stationsärztin teil. Vier von fünf Personen waren von Beginn an mit dem Modellprojekt vertraut und verfügten über einen Erfahrungszeitraum von neun Monaten in der Anwendung des ICF-Modellblatts. Die Befragung der Projektbeteiligten diente auch dazu, die Validität des mit Hilfe der Dokumentenanalyse gewonnenen Materials einzuschätzen. Ein Interview-Leitfaden [1], der zuvor einem Pre-Test unterzogen wurde, strukturierte den Gesprächsverlauf. Das transkribierte Leitfadeninterview wurde anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet [24].

Ergebnisse

Soziodemographische und klinische Charakteristika

Die Altersverteilung der Patienten in der Interventionsgruppe (n=4) variierte von 41 Jahren bis 69 Jahren, in der Kontrollgruppe (n=4) war der jüngste Patient 44 Jahre und der älteste 80 Jahre alt. Die Geschlechter waren in beiden Gruppen gleich verteilt und beide Untersuchungsgruppen waren hinsichtlich der rehabilitationsrelevanten medizinischen Diagnosen miteinander vergleichbar. Die durchschnittliche Verweildauer lag in der Interventionsgruppe bei 80 Tagen, in der Kontrollgruppe bei 76 Tagen.

Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Im Untersuchungszeitraum wurden acht Dokumente der interdisziplinären Befunderhebung zu drei unterschiedlichen Messzeitpunkten ausgewertet. Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurde mit Hilfe der Linking-Regeln, bei der Interventionsgruppe (n=4) 250 Experten-Antworten aus der

Dokumentation des ICF-Modellblatts identifiziert, bei der Kontrollgruppe (n=4) wurden 173 Experten-Antworten aus den Dokumenten abgeleitet. Insgesamt umfasste der vollständige Datensatz 423 Experten-Antworten.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass zunächst basale Körperfunktionsstörungen im Vordergrund der rehabilitativen Behandlung stehen. Aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen des Patientenklintels in der neurologischen Frührehabilitation war dies auch zu erwarten. Nicht zu erwarten waren jedoch die Ergebnisse, dass durch die Verwendung des ICF-Modellblatts Teilbereiche der Komponenten der »Aktivitäten und Partizipation« erfasst wurden, die das Vorgänger-Besprechungsformular nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse belegen, dass im Vergleich beider Gruppen Fähigkeitsstörungen und Ressourcen des Patienten mit dem ICF-Modellblatt umfassender abgebildet werden konnten. So wurden mit dem ICF-Modellblatt die ICF-Komponente »Aktivitäten und Partizipation« um mehr als das zweieinhalbfache häufiger abgebildet und die »Umweltfaktoren« um fast das siebenfache häufiger genannt als mit dem Vorgänger-Besprechungsformular. Im Rahmen der interdisziplinären Befunderhebung werden bezogen auf die Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen sowie auf der Aktivitätsebene Beurteilungsmerkmale verwendet. Diese haben die Funktion, den Grad der Beeinträchtigung näher zu beschreiben und können zur Veränderungsmessung und zur Beurteilung des Reha-Verlaufs hilfreich sein. Aus der Analyse der Dokumente geht jedoch hervor, dass diese auch in der Interventionsgruppe nur unzureichend angewendet wurden. Darüber hinaus ergab die Analyse der Zielformulierung, dass unter Verwendung des ICF-Modellblatts Patientenziele erfasst wurden, während in dem zuvor verwendeten Formular die Patientenperspektive fehlte. Um zu beurteilen, wie präzise die Experten-Antworten der interdisziplinären Patientenkonferenz im Gruppenvergleich dokumentiert wurden, wurde eine Analyse der Antworten auf verschiedenen Gliederungsebenen der ICF vollzogen. Hierfür wurden ICF-Kategorien auf der »Körperfunktionsebene«, der »Körperstrukturebene«, der »Ebene der Aktivitäten und Partizipation« sowie der »Ebene der Umweltfaktoren«, unterteilt in vier Gliederungsebenen, differenziert betrachtet. Die Ergebnisse zeigen, dass es bezogen auf den Grad der Differenziertheit keine signifikanten Unterschiede in beiden Gruppen gab.

Ergebnisse der Befragung

Die Interviewten sehen in der Anwendung des ICF-Modellblatts wesentliche Vorteile gegenüber dem Vorgänger-Besprechungsformular. Dennoch weisen die Befragten auf Schwierigkeiten hin, die sich bei der Implementierung des Instrumentariums in die klinische Routine ergaben.

Aus der Perspektive der Gesundheitsexperten kann mit Hilfe des ICF-Modellblatts die Identifizierung des Hauptproblems des Patienten präziser und schneller vollzogen, die interdisziplinäre Befunderhebung differenzierter dargestellt werden. Auch Fähigkeiten des Patienten sind besser

abbildbar als mit dem Vorgänger-Besprechungsformular. Durch den formalen Aufbau und die Visualisierung der ICF-Komponenten können Informationen gezielter abgerufen werden. Über die Konferenzsituation hinaus berichteten die Projektbeteiligten über weitere Vorteile. Das ICF-Modellblatt hilft bei der fachspezifischen Befunderhebung, indem es den Befund strukturiert und hilft, Therapieziele abzuleiten. Die Befragten weisen darauf hin, dass einzelne Teammitglieder jedoch noch Schwierigkeiten haben, Ziele so zu formulieren, dass diese überprüfbar sind. Im Zuge der Einführung des ICF-Modellblatts wurde als neuer Aspekt routinemäßig die Berücksichtigung der Patientenperspektive mit in die Konferenzsituation aufgenommen. Teammitglieder sehen eine qualitative Verbesserung der Rehabilitationsplanung darin, dass die deskriptive Erfassung der Patientenziele unmittelbar auf die Patientenbehandlung Einfluss nimmt, indem die Behandlungsinhalte daran ausgerichtet werden können. Dies trägt zur Verbesserung der Behandlungsqualität sowie Patientenzufriedenheit bei. Die Befragten weisen darauf hin, dass die gemeinsame Festlegung von Zielen zwischen Patient und Therapeut wichtig sei, um zu vermeiden, dass beide verschiedene Ziele verfolgen. Aus Sicht der Befragten gestaltet sich jedoch die Erfassung von Patientenzielen in der neurologischen Frührehabilitation aufgrund der Fallschwere oftmals als schwierig. Ebenfalls problematisch beurteilten die Befragten den phasenweise unstrukturierten Ablauf der Moderation, bedingt durch einen häufigen Wechsel des Moderators.

Diskussion

Praktikabilität und klinische Relevanz

Hinsichtlich der Praktikabilität zeigt sich die Brauchbarkeit eines Instrumentes erst, wenn es zu einer Implementierung in die Routineversorgung kommt. In der neurologischen Klinik Elzach konnte das ICF-Modellblatt als Methode der Umsetzung der ICF in der klinischen Anwendung über einen Zeitraum von neun Monaten untersucht werden. Die Praktikabilität und die klinische Relevanz des ICF-Modellblatts konnten durch die Aussagen der Experten validiert werden. Die Ergebnisse des Modellprojekts zeigen, dass die ICF als Bezugsrahmen und das ICF-Modellblatt als Methode der Umsetzung in die klinische Praxis im interdisziplinären Team die Chance einer disziplinenübergreifenden Dokumentation bietet. Der Nutzen des ICF-Modellblatts ist nicht nur in Bezug auf die interdisziplinäre Befunderhebung und Rehabilitationsplanung im Rahmen der Patientenkonferenz zu sehen, sondern darüber hinaus als Kommunikationsinstrument an den Schnittstellen der neurologischen Rehabilitationsphasen. Damit kann ein Beitrag zur Verbesserung der Prozessqualität im Schnittstellenbereich geleistet werden. Zukünftige Projektaufgaben bestehen darin, Problemstellungen, die in der Implementierungsphase identifiziert werden konnten, zu verändern. Die notwendigen inhaltlichen Veränderungen beziehen sich auf

die Klärung der Rolle des Moderators und die Vertiefung der Thematik »Zielformulierung und Zielüberprüfung« durch Mitarbeiterschulung. Im Rahmen des Rehabilitationsprozesses ist darüber hinaus die Erfassung von Beurteilungsmerkmalen und Kontextfaktoren zu optimieren.

Mit dem Modellprojekt: »ICF-orientierte Teamkonferenz« wurde ein weiterer Beitrag zur Implementierung der ICF in die klinische Routine geleistet. Mittlerweile ist das ICF-Modellblatt in den Regelbetrieb auf drei Stationen übergegangen und ist Bestandteil des Rehabilitationsprozesses.

Grenzen der Untersuchung

Bei der vorliegenden Evaluation des Modellprojekts handelte es sich um eine explorative Studie, entsprechend vorläufig sind die Ergebnisse. Die Ergebnisse der Untersuchungsgruppen zeigen Tendenzen auf, aus denen sich keine allgemeinen Aussagen ableiten lassen. Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse belegen, dass das ICF-Modellblatt besser geeignet ist als das zuvor verwendete Besprechungsformular, da der Patient im Sinne der ICF umfassender abgebildet wird. Einerseits wird die Patientenperspektive und andererseits werden spezifische Bereiche der ICF-Komponente »Aktivitäten und der Partizipation« wie der Bereich der »Umweltfaktoren« und der »personenbezogenen Faktoren« besser erfasst als zuvor. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Ergebnisse das Resultat einer Patientenselektion sind, ist nicht auszuschließen, jedoch als gering einzustufen, da die Dokumente nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden und beide Gruppen hinsichtlich der klinischen Charakteristika vergleichbar waren. Die Stichprobengröße der in die Studie aufgenommenen Patientenakten (n=4 Interventionsgruppe; n=4 Kontrollgruppe) ist nicht repräsentativ für die in den Zeitraum des Modellprojekts aufgenommenen Patienten. Zur Validierung der vorliegenden Ergebnisse wäre es erforderlich, die subjektiven Einschätzungen durch kontinuierliche Messungen und weitere objektive Daten zu ergänzen. Eine Schwäche der Studie ist, dass bei der Dokumentenanalyse wie auch bei der qualitativen Inhaltsanalyse kein zweiter unabhängiger Experte mit in die Untersuchung einbezogen wurde. Um die Genauigkeit der Datenanalyse besser zu gewährleisten, wäre ein Analyseprozess von zwei Gesundheitsexperten zu präferieren gewesen.

Patientenorientierung

Die Kommunikation zwischen Patient und den am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen trägt wesentlich zum Gelingen der Behandlungsplanung, -durchführung und dem Behandlungsergebnis bei. Dem Rehabilitationsteam wurde traditionell die Aufgabe des Reha-Assessments, der Interventionsplanung und der Ergebnismessung zugeschrieben, und der Patient wurde darüber informiert. Das Rehateam dominiert die Entscheidungsfindung im Rehabilitationsprozess. Die Beteiligung des Patienten erfolgt meist in eingeschränkter Form. In den letzten Jahren hat

das Thema Patientenorientierung ein hohes Maß an Aufmerksamkeit geweckt. Auch wenn es in der Vergangenheit Ansätze zu einer Einbeziehung von Patienten in den Rehabilitationsprozess gegeben hat, so waren dies wichtige, jedoch nur geringe Impulse, die in die Rehabilitation Einzug nahmen [31]. Die Ergebnisse der Befragung von Mitarbeitern in der neurologischen Klinik Elzach bestätigen die Bedeutung und die klinische Relevanz des Themas: Beteiligung der Patienten am Rehabilitationsprozess.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Partizipation des Patienten am Rehaprozess aktiv zu gestalten: (1) Patienten können zu ihren Rehazielen konkret befragt werden, (2) sie können bei der Beurteilung des Rehaergebnisses mit einbezogen werden, (3) ihnen können Entscheidungsspielräume bei der Auswahl der Interventionen eingeräumt werden [31].

Die Aufgabe des Reha-Teams besteht darin, eine Situation zu schaffen, in der der Patient das Gefühl hat, dass seine Perspektive wichtiger Bestandteil der Behandlungsplanung ist. Dies bedeutet, den Patienten dabei zu unterstützen, seine Vorstellungen zu explizieren [4]. Eine Möglichkeit wäre, dass beide Seiten im gegenseitigen Austausch die Rehazielle definieren. Durch eine schriftliche Zielfestlegung und die gegenseitige Akzeptanz teilen beide Seiten die Verantwortung für die Entscheidung [19]. Eine stärkere Patientenbeteiligung an der Rehabilitationsplanung erfordert die Bereitschaft des Reha-Teams, die Beziehung zum Partner, sprich dem Patienten, partnerschaftlich zu gestalten. Wesentlich ist hierfür ein individuelles rehabilitatives Behandlungskonzept, welches nicht nur die motorischen, mentalen und psychischen Faktoren sowie die gestörte Integrität des Betroffenen berücksichtigt, sondern auch die Beziehungsarbeit mit dem Patienten und dessen Angehörigen in den Fokus des Rehabilitationsprozesses stellt [13].

Die Umsetzung der Handlungsmaxime der Selbstbestimmung in der neurologischen Frührehabilitation stößt, wie die Ergebnisse der Befragung belegen, an ihre Grenzen. Selbstbestimmung und selbst bestimmtes Handeln im Sinne einer Patientenorientierung implizieren Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, Eigenverantwortlichkeit und setzen Mitwirkung voraus. Bei neurologischen Erkrankungen können assoziierte körperliche, mentale und psychische Beeinträchtigungen die Fähigkeit des Individuums, selbst bestimmt und selbstständig entscheiden zu können, begrenzen. Dennoch muss es die Aufgabe der Rehabilitation sein, den Betroffenen Handlungsalternativen aufzuzeigen und sie wieder zur Selbstbestimmung zu befähigen, trotz oder wegen der oftmals eingeschränkten Leistungsfähigkeit. So sind die Rehabilitationskonzepte in der klinischen Praxis von den Leistungserbringern konsequent auf die Umsetzung des Prinzips der Selbstbestimmung, Patientenbeteiligung und Förderung der Teilhabe im Sinne des § 1 SGB IX zu überprüfen.

Literatur

1. Atteslander P: Methoden der empirischen Sozialforschung. Erich Schmidt, Berlin 2006, 17-207
2. Bokhour BG: Communication in interdisciplinary team meetings: What are we talking about? *J Interprof Care* 2006; 20 (4): 349-363
3. Bucher PO, Dommen-Nyffeler I, Rentsch HP: Die Umsetzung der ICF im Spannungsfeld von Kontext und neurorehabilitativer Intervention. *Neurol Rehabil* 2005; 11 (4): 196-203
4. Bühler S, Grötzbach H, Frommelt P: ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. *Neurol Rehabil* 2005; 11 (4): 204-211
5. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Stucki G: Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med* 2002; 34: 1-6
6. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G: ICF Linking Rules: An Update based on Lessons Learned. *J Rehabil Med* 2005; 37: 212-218
7. Cieza A, Stucki G: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A Basis for Multidisciplinary Clinical Practice. In: American College of Rheumatology: Clinical care in rheumatic diseases, 3 ed., Association of Rheumatology Health Professionals, A Division of the American College of Rheumatology, Atlanta, Georgia 2007, 79-87
8. Drechsler R: Interdisziplinäre Teamarbeit in der Neurorehabilitation. In: Frommelt P, Grötzbach H (eds): Einführung in die Neurorehabilitation. Blackwell, Berlin 1997, 1-10
9. Drechsler R: Interdisziplinäre Teamarbeit in der Neurorehabilitation. In: Frommelt P, Grötzbach H (eds): Neurorehabilitation. Grundlagen, Praxis, Dokumentation. Blackwell, Berlin 1999, 54-64
10. Ewert T, Cieza A, Stucki G: Die ICF in der Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 157-162
11. Ewert T, Geyh S, Grill E, Cieza A, Zaisserer S, Stucki G: Die Anwendung der ICF in der Neurorehabilitation anhand des ICF-Modellblattes und der ICF Core-Sets. *Neurol Rehabil* 2005; 11 (4): 179-188
12. Flick U: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt, Hamburg 2006, 11-233
13. Freimüller M, Fheodoroff K: Neurorehabilitation nach Schlaganfall. *Wien Med Wschr* 2003; 153: 25-28
14. Füßl M: Das biopsychosoziale Modell der ICF in der Manuellen Therapie. *Manuelle Therapie* 2003; 7: 189-195
15. Gibbon B: An investigation of interprofessional collaboration in stroke rehabilitation team conference. *J Clin Nurs* 1999; 8: 246-252
16. Grill E, Lipp B, Boldt C, Stucki G, Koenig E: Identification of relevant ICF categories by patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005; 27 (7/8): 459-465
17. Hurm J, Kneebone I, Cropley M: Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clin Rehabil* 2006; 20: 756-772
18. Jette AM: Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther* 2006; 86: 726-734
19. Klemperer D: Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Balint* 2005; 6: 71-79
20. Körner M, Bengel J: Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2004; 43: 348-357.
21. Körner M: ICF und sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben: Alles klar? – Ein Diskussionsbeitrag. *Rehabilitation* 2005; 44: 229-236
22. Lamnek S: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz, Weinheim 2005, 32-402
23. Mayring P: Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz, Weinheim 2002, 40-133
24. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim 2003, 42-95
25. Monaghan J, Channell K, McDowell D, Sharma AK: Improving patient and carer communication, multidisciplinary team working and goal-setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil* 2005; 19: 194-199
26. Ortega-Suhrkamp E, Voss A: Struktur- und Prozessqualität. In: Voss A, von Wild KRH, Prosiegel M (eds): Qualitätsmanagement in der neurologischen und neurochirurgischen Frührehabilitation. Zuckschwerdt, München 2000, 7-13
27. Pause M: Prozess- und Ergebnisqualität. In: Voss A, von Wild KRH, Prosiegel M (eds): Qualitätsmanagement in der neurologischen und neurochirurgischen Frührehabilitation. Zuckschwerdt, München 2000, 14-25
28. Polit F, Beck CT, Hungler BP: Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Huber, Bern 2004, 210-312
29. Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.8 SGB V in der Fassung von 16.März 2004. Veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S.6769) vom 31.03.2004. In Kraft getreten am 1. April 2004; zuletzt geändert am 20. Dezember 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008 S. 999 und S. 1000, in Kraft getreten am 20. März 2008. URL:<http://www.g-ba.de/downloads/62-492-249/RL-Reha-2007-12-20.pdf> (16.04.2008)
30. Schliehe F: Das Klassifikationssystem der ICF. Eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. *Rehabilitation* 2006; 45: 258-271
31. Schönle PW: Anforderungen an eine patientenorientierte Rehabilitation. *Rehabilitation* 2003; 42: 261-268
32. Siegert RJ, Taylor WJ: Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2004; 26: 1-8
33. Sozialgesetzbuch. 33. Auflage, Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2006
34. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G: Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Phys Ther* 2002; 82: 1098-1107
35. Stier-Jamer M, Grill E, Ewert T, Bartholomeyczek S, Finger M, Mokrusch N, Konstanjsek N, Stucki G: ICF Core Set for patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005; 27(7/8): 389-395
36. Stucki G, Ewert T, Cieza A: Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002; 24 (17): 932-938
37. Stucki G: International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A promising framework and classification for rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil* 2005; 84: 733-740
38. Tempest S, McIntyre A: Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2006; 28(10): 663-667
39. Tobler A, Fransen J, Huber E, Steiner W: Anwendung des Rehab-CYCLES in der klinischen Praxis – Fallbeispiel: Suprapatellärer Knieschmerz. *Physiotherapie* 2001; 7: 3-7
40. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M: The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil* 2003; 25 (11-12): 565-571
41. Von Garnier K, Stamm TA, Ewert T, Stucki G: Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Ergotherapie. *Ergoscience* 2006; 1: 7-13
42. World Health Organisation (WHO): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Geneva 2001, 3-25
43. Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C: Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med* 2002; 34: 5-11

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Christian Müller
Therapiemanager (B.A.)
Neurologische Klinik Elzach
Am Tannwald
79215 Elzach im Schwarzwald
E-Mail: christian-mueller@gmx.de