

Neurologie & Rehabilitation 2005; 11 (4): 212–217

NILS – ein Instrument zur sozialmedizinischen Beurteilung auf der Basis der ICF in der Neurorehabilitation

P. Frommelt, H. Grötzbach, M. Ueberle

Asklepios-Klinik, Schaufling

Zusammenfassung

Für die Entscheidungen der Rentenversicherungen stellen die sozialmedizinischen Beurteilungen der Rehabilitationskliniken eine wichtige Grundlage dar. Bisher gab es in der Neurorehabilitation keine empirisch basierten Übersetzungen der sozialmedizinischen Beurteilung in Begriffe der ICF. In mehreren Entwicklungsschritten wurde eine ICF-Kurzform, der NILS (Neurologische Interdisziplinäre Leistungsbeurteilung in der Sozialmedizin), entwickelt. Die Schritte umfassten: a) eine Auswahl von ICF-Items in der klinischen Teamarbeit, b) eine Bewertung und Auswahl durch Gutachter der Rentenversicherungen und c) eine Übersetzung der Begriffe für die sozialmedizinische Beurteilung in Kategorien der ICF. Der daraus entstandene NILS umfasst insgesamt 33 Items, die von verschiedenen Berufsgruppen bearbeitet werden und in einer graphischen Übersicht zusammengefasst werden. Der NILS wird von den Gutachtern überwiegend als nützlich bewertet.

Schlüsselwörter: ICF, Sozialmedizinische Beurteilung, Neurorehabilitation

NILS – an ICF short form for disability assessment in neurorehabilitation

P. Frommelt, H. Grötzbach, M. Ueberle

Abstract

In the German social services the pension funds finance rehabilitation services for those clients whose abilities to continue working are compromised. For decisions regarding either payment of pensions or supporting the employment status a disability assessment is commendatory. This assessment is provided by rehabilitation specialists. Until now there is no translation available between the traditional disability assessment and terms of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). On an empirical basis an ICF short form named NILS was developed. The steps leading to this short form were as follows: 1) Selection of ICF items in the clinical teamwork, 2) a selection and evaluation by experts in social medicine from the medical services of the pension funds, 3) translation of terms of the standard disability evaluation into categories of the ICF. This resulted in the NILS consisting of a total of 33 items. These are distributed among the members of the interdisciplinary team and displayed in an easily understandable graphic. Most experts evaluated the NILS as a useful instrument.

Key Words: ICF, Disability Assessment, Neurorehabilitation

© Hippocampus Verlag 2005

Vor der Rückkehr in das Arbeitsleben wird eine Beurteilung des Leistungsvermögens erstellt

Diese sozialmedizinische Beurteilung dient dazu, Leistungsentscheidungen der Rentenversicherungen vorzubereiten und Schritte zur Wiedereingliederung zu veranlassen. Dazu wird zum einen die Leistungsfähigkeit hinsichtlich der letzten Tätigkeit in qualitativer und quantitativer Hinsicht bewertet. Zum anderen wird die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingeschätzt.

In der gutachterlichen Praxis und der Rechtsprechung sind im Laufe der Jahre eine Reihe von Begriffen und Kriterien

entwickelt worden, die dem Gutachter vertraut sein müssen. Als Beispiel sei die Bedeutung der Fähigkeit genannt, mehrmals am Tag eine 500-Meter-Gehstrecke zurückzulegen. Dieses Kriterium gilt in der Rechtsprechung als bedeutsam für die Einstufung der Erwerbsfähigkeit. Die Aufgabe des begutachtenden Arztes ist es, Symptome in Begriffe des Leistungsvermögens zu übersetzen. Dabei helfen die soeben publizierten Ergebnisse einer Kommission zur Vereinheitlichung der sozialmedizinischen Beurteilung [4] und das Standardwerk des VDR [3].

Die sozialmedizinische Beurteilung folgt in Grundzügen dem Konzept der Internationalen Klassifikation der Funk-

tionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [5]: Sie schlägt eine Brücke zwischen den Diagnosen und Symptomen einerseits und den Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe andererseits.

Die Frage liegt nun nahe, ob sich die Begriffe der sozialmedizinischen Beurteilung für Versicherte der Rentenversicherungen in die Sprache der ICF überführen lassen.

In anderen sozialmedizinischen Institutionen, wie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen, ist die ICF bereits zur verbindlichen Grundlage der Begutachtung erklärt worden. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass die Umsetzung der sozialmedizinischen Beurteilung in die Begriffe der ICF nicht ohne weiteres möglich ist. Allein der Umfang der gesamten ICF mit rund 1.400 Kategorien macht es unmöglich, mit dem Gesamtkatalog im klinischen Alltag zu arbeiten.

Wir haben ein Projekt durchgeführt, in dem es darum ging, die sozialmedizinische Beurteilung am Ende der stationären Rehabilitation für Versicherte der Rentenversicherungen mit einer ICF-Kurzform vorzunehmen. Dieses Projekt wurde von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte gefördert. Die Kriterien für die Erstellung der Kurzform waren:

1. Die Auswahl der ICF-Items sollte empirisch erfolgen.
2. Die bisherigen Begriffe und Kriterien der sozialmedizinischen Beurteilung sollten berücksichtigt werden.
3. Die Anwendung einer ICF-basierten Beurteilung sollte vom Arbeitsaufwand für den klinischen Alltag vertretbar sein.
4. Die ICF-basierte sozialmedizinische Beurteilung sollte für die Gutachter der Rentenversicherungen übersichtlich und klar gegliedert sein.
5. Es sollte empirisch überprüft werden, welchen Wert Gutachter einer ICF-Kurzversion beimessen.

Entwicklung einer ICF-Kurzform

Als Ausgangsbasis für die Itemauswahl wurde die ICF-Checkliste verwendet. Dies ist eine Kurzversion, die von der WHO herausgegeben wurde [6]. Mit einem Umfang von 130 Items umfasst die Liste etwa 10% der Original-ICF. Da es unter praktischen Gesichtspunkten nicht möglich gewesen wäre, in der klinischen Routine mit der Gesamt-ICF zu arbeiten, haben wir die ICF-Checkliste als Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Kurzform für die Neurologie verwendet. Zunächst war es notwendig, alle Mitglieder der interdisziplinären Teams, dazu gehören Ärzte, Pflegekräfte und die Mitglieder der therapeutischen Berufe, mit dem Konzept der ICF und seiner Umsetzung vertraut zu machen. Alle Teammitglieder nahmen an einer eintägigen Einführung in die ICF teil. Die Items der ICF-Checkliste wurden den verschiedenen Berufen zugeordnet. Somit hatte jedes Teammitglied einen Teil der Checkliste zu bearbeiten. Die Items, die sich nicht einer Berufsgruppe zuordnen ließen, wurden in den Teambesprechungen gemeinsam bearbeitet.

Nach dieser Einführung erfolgte die empirische Prüfung der ICF-Checkliste an einer Serie von 168 konsekutiven

Patienten. Es handelt sich um Patienten, die durch die Rentenversicherung einem Anschlussheilverfahren oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zugewiesen wurden. Die Patienten wurden über die Studie informiert, und ihre Einwilligung wurde schriftlich eingeholt.

Die Diagnosenverteilungen sind in Tabelle 1 wiedergegeben.

Diagnose	%
Schlaganfall	40
Schädel-Hirn-Trauma	15
Neuromuskuläre Erkrankungen	13
Epilepsie	11
Multiple Sklerose	9
Sonstige	13

Tab. 1: Verteilung der Diagnosen in der Stichprobe

Die Hauptgruppe der Patienten stellten Personen mit einem Schlaganfall dar.

Die Auswahl der Items aus der ICF-Checkliste erfolgte nach folgenden zwei Kriterien: Klinische Relevanz und Praktikabilität. Als klinisch relevant wurde eine Kategorie bezeichnet, wenn sie eine Beeinträchtigung oder einen Förderfaktor beschreibt, die bzw. der bei mindestens 25% der Stichprobe zu beobachten gewesen ist. Praktikabilität bedeutete, dass eine präzise Beurteilung einer Kategorie möglich war. Diejenigen Kategorien, bei denen bei mehr als 25% der Patienten die Beurteilungen »nicht zutreffend« oder »nicht spezifiziert« kodiert worden sind, wurden als nicht praktikabel definiert. Eine 25%-Grenze bei der Auswahl von Items sollte sicherstellen, dass nur solche ICF-Kategorien berücksichtigt werden, die in der neurologischen Rehabilitation im Alltag häufig verwendet werden. Es kam zu einer Verschiebung der Schwergewichte zwischen den Komponenten: Während sich in der ICF-Checkliste 14% der Items auf die Körperstruktur beziehen, sind es in der Auswahl nur noch 6%. Gestiegen ist die Anzahl von Items, die sich auf die Umweltfaktoren beziehen: In der ICF-Checkliste sind es nur 25%, in der Auswahlliste jedoch 40%.

Es resultierte eine Liste, die beide Kriterien der klinischen Relevanz und der Praktikabilität erfüllten. Dabei handelt es sich um insgesamt 33 Kategorien aus der ICF-Checkliste (siehe Tabelle 2).

Zusätzlich wurden die Teammitglieder befragt, welche ICF-Kategorien in ihrem Tätigkeitsfeld aus ihrer Sicht bedeutsam sind.

Sichtweise der Gutachter der Rentenversicherungen

Eine Kurzform der ICF in der Neurorehabilitation sollte nicht nur im klinischen Alltag, sondern auch in der Routine der ärztlichen Begutachtung der Rentenversicherungen verwendbar sein. Mit 18 neurologisch tätigen Gutachtern und Beratungsärzten der BfA und von Landesversicherungsanstalten wurden strukturierte Interviews von ein bis zwei Stunden Dauer durchgeführt. Der erste und umfang-

b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
b144	Funktionen des Gedächtnisses
b280	Schmerz
b420	Blutdruckfunktionen
b710	Gelenkbeweglichkeit
b730	Muskelkraft
b735	Muskeltonus
d175	Probleme lösen
d220	Mehrfachaufgaben übernehmen
d430	Gegenstände anheben und tragen
d440	Feinmotorischer Handgebrauch
d450	Gehen
d465	Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen
d510	Sich waschen
d540	Sich kleiden
d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
d640	Hausarbeiten erledigen
e110	Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch
e115	Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben
e120	Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
e125	Produkte und Technologien zur Kommunikation
e150	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden
e155	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe
e360	Andere Fachleute
e535	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Kommunikationswesens
e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens
e570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit
e575	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung
e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens
s110	Struktur des Gehirns
s120	Struktur des Rückenmarks und mit ihr im Zusammenhang stehende Strukturen

Tab. 2: Items der ICF-Checkliste

reichste Teil bestand aus einem Interview mit dem Ziel, die Herangehensweise und Arbeitsweise der Gutachter kennenzulernen. Es ging dabei um die Frage, wie Experten zu einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung kommen, welches ihre wichtigsten Informationsquellen sind und in welcher Form ihnen Informationen zur Beurteilung nützlich sind. Eine der Fragen war, welche Aspekte der ICF die Gutachter schon implizit oder explizit berücksichtigen. Die im Gespräch von den Gutachtern erwähnten Begriffe wurden in die Terminologie der ICF übersetzt (siehe Tabelle 3). Die Tabelle 3 zeigt außerdem prozentual die Anzahl der Nennungen von ICF-Kategorien. In einem nächsten Schritt wurde den Gutachtern eine Übersetzung der Seite 1a des einheitlichen Rehaentlassungsberichtes der Rentenversicherungen in die Begriffe der ICF vorgelegt. Die Befragten wurden gebeten, die aus ihrer Sicht wichtigsten Items für eine Leistungsbeurteilung auszuwählen. Die Tabelle 4 enthält die Items, die von den Gutachtern

Nennung durch Gutachter	ICF Kodierung	Anzahl
Familienbeziehungen	d760 Familienbeziehungen e310 Engster Familienkreis e315 Erweiterter Familienkreis	9
Motivation	b1301 Motivation	8
Arbeitsplatz behalten/ vorhanden	d8451 Ein Arbeitsverhältnis behalten e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Arbeits- und Beschäftigungspolitik	7
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: Anspruchsniveau, intellektuell, mental, psychisch		7
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: Anspruchsniveau, körperlich		7
Abhängigkeitsprobleme	b1303 Drang nach Suchtmitteln	7
Alltagsanamnese/ Tagesablauf		7
Gesamteindruck		7
Erholung und Freizeit	d920 Erholung und Freizeit	6
Krankheitsverlauf, Verlauf des Zustandsbildes		6
Richtung des beruflichen Werdegangs (Aufstieg/ Abstieg)		5
Stimmung am Arbeitsplatz/ Konflikte am Arbeitsplatz	b122 Globale psychosoziale Funktionen b1261 Umgänglichkeit d175 Probleme lösen e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder e330 Autoritätspersonen e335 Untergebene	5
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: Anspruchsniveau, Führungs- u. Leitungskompetenzen	d740 Formelle Beziehungen b1641 Das Organisieren und Planen betreffende Funktionen b1645 Das Urteilsvermögen betreffende Funktionen b1646 Das Problemlösungsvermögen betreffende Funktionen d2101 Eine komplexe Aufgabe übernehmen d220 Mehrfachaufgaben übernehmen d177 Entscheidungen treffen	5
Dauer der AU	e355 Fachleute der Gesundheitsberufe d850 Bezahlte Tätigkeit	5
Ehe und Familie	d7701 Eheliche Beziehungen e310 Engster Familienkreis	5
Soziale Anamnese, Tragfähigkeit des sozialen Umfelds	e3 Unterstützung und Beziehungen	5
Umstellungsfähigkeit	b1643 Kognitive Flexibilität	5
Finanzielle Situation	d8700 Persönliche wirtschaftliche Ressourcen d8701 Öffentliche wirtschaftliche Ansprüche	5
Behandlungsintensität	e355 Fachleute der Gesundheitsberufe	5
Medikamentöse Therapie	e1101 Medikamente	5
Sekundärer Krankheitsgewinn	d8701 Öffentliche wirtschaftliche Ansprüche e410 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	5



	e415 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises	
	e420 Individuelle Einstellungen von Freunden	
	e425 Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern	
	e440 Individuelle Einstellungen von persönlichen Hilfs- und Pflegepersonen	
	e450 Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe	
	e460 Gesellschaftliche Einstellungen	
	e570 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit	
Frequenz von Arbeitsplatzwechseln	d8450 Arbeit suchen d8452 Ein Arbeitsverhältnis beenden	4
Individuelle Arbeitsmotivation	b1301 Motivation d850 Bezahlte Tätigkeit	4
Verhältnis zu Vorgesetzten am Arbeitsplatz	d7400 Mit Autoritätspersonen umgehen e430 Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen	4
Aufmerksamkeit fokussieren	d160 Aufmerksamkeit fokussieren	4
Gedächtnisfunktionen	b144 Funktionen des Gedächtnisses	4
Intellektuelle Leistungsfähigkeit im Gespräch (Diskussion...)	d350 Konversation d355 Diskussion b117 Funktionen der Intelligenz	4
Ausmaß der psychischen Energie	b1300 Ausmaß der psychischen Energie	4
Familiäre Probleme, Familiäres Umfeld	e310 Engster Familienkreis e315 Erweiterter Familienkreis	4
Aktuelles Coping	b1263 Psychische Stabilität b2401 Schwindelgefühl	4
Intellektualität	b117 Funktionen der Intelligenz	4
Gefühl der Überlastung im Arbeitsleben	d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	4
Übereinstimmung von Befinden und Befund		4
Rentenwunsch	e5702 Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit b1301 Motivation	4

Tab. 3: Gutachterbefragung. Die während der Interviews – ohne Vorgabe – am häufigsten genannten Kategorien. In Spalte eins steht die freie (kurze) Umschreibung, in Spalte zwei die Kodierung in Items der ICF. In der rechten Spalte steht die Anzahl der Gutachter, die diese Kategorien nannten.

als besonders wichtig erachtet wurden. Es handelt sich um eine Rangliste. An erster Stelle steht das Item, das von den Gutachtern am häufigsten die Bewertung »wichtig« erhielt. Bemerkenswert ist, dass den Gutachtern in der Leistungsbeurteilung die emotionalen Funktionen wichtiger sind als die kognitiven.

Um einen Eindruck von der Vorgehens- und Sichtweise der Gutachter zu geben, werden im folgende einige Ergebnisse des freien Interviews zusammengefasst.

Alle Gutachter betonten, dass die Arbeitsweise bei der Begutachtung nicht in einer systematischen Abarbeitung einer Liste von Beurteilungsmerkmalen besteht. Vielmehr

b152 Emotionale Funktionen
b164 Höhere kognitive Funktionen
b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
b156 Funktionen der Wahrnehmung
b730 Muskelkraft
d155 Sich Fertigkeiten aneignen
d175 Probleme lösen
d230 Die tägliche Routine durchführen
d450 Gehen
d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten
d720 Komplexe interpersonelle Aktivitäten

Tab. 4: Elf Items mit der höchsten Augenscheinvalidität im Urteil von Ärzten der Rentenversicherungsträger

schildern Gutachter ein Vorgehen, das man besten als holistisch bezeichnen kann. »Es ist in erster Linie der Gesamteindruck«, formulierte ein Gutachter die Grundlage seiner Entscheidung. Ein anderer Gutachter äußerte: »Wir müssen einfach das Gesamte im Auge haben, den gesamten Behandlungsprozess, die Ressourcen, die noch vorhanden sind«.

Ein weiteres durchgängiges Thema war die Bedeutung des sozialen Kontexts: »Was außen herum läuft, ist wichtig. Seine soziale Situation ist enorm wichtig, ob er Familie hat, ob er aus der Arbeit herausgerissen worden ist.« Ein anderer Gutachter äußerte, er stelle die Fragen »Was hat sich denn verändert im Alltag, was können Sie nicht mehr so gut machen wie früher, wo brauchen Sie Hilfe?«.

Die Fähigkeit eines anschaulichen Berichtes über den Rehabilitanden wurde von fast allen Gutachtern betont. Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Kreuze auf der Seite 1a und eine standardisierte, womöglich noch in Textbausteinen verfasste sozialmedizinische Epikrise ungenügend dafür seien, sich ein Bild zu machen. Ein Gutachter äußerte: »Fleisch muss dran, beschrieben werden, was kann er, was kann er nicht, Ressourcen, Verhalten auf der Station, Verhalten nach Stationsende.« Ein anderer Gutachter: »Ich muss den Menschen entstehen lassen, er muss dreidimensional werden, die Akte muss leben, das (die ICF-Liste) ist mir zu wenig. [...] Nur mit Einsern, Zweiern und Vierern bekomme ich kein Gespür für den Versicherten. Ich brauche eine Beschreibung«. Betrachtet man die Verwendung der ICF, so lässt sich feststellen, dass die Gutachter häufig implizit die ICF-Komponenten und Kategorien verwenden, jedoch nicht mit dem Katalog arbeiten. Die ICF-Kurzlisten wurden von den meisten Gutachtern als ein möglicherweise nützliches Werkzeug angesehen.

Neurologische interdisziplinäre Leistungsbeurteilung für die Sozialmedizin – NILS

Eine ICF-Kurzform sollte die formalen Vorgaben im einheitlichen Entlassungsbericht der Rentenversicherungen berücksichtigen. Es stellte sich heraus, dass für eine Reihe von Angaben auf der Seite 1a der sozialmedizinischen

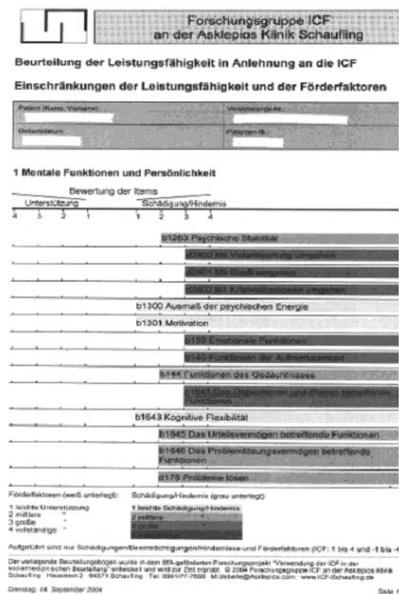


Abb. 1: Graphische Zusammenfassung des NILS für den Entlassungsbericht (erste Seite, vollständig unter www.hippocampus.de/icf)

Beurteilung im einheitlichen Entlassungsbericht keine entsprechenden Kategorien in der ICF vorhanden sind. Es wurden daher folgende ergänzende ICF-Kategorien gebildet. Diese sind mit dem Zusatz »z« bezeichnet:

- b798z Körperliche Arbeitsschwere
- d8501z Teilzeitbeschäftigung in der letzten beruflichen Tätigkeit
- d8502z Vollzeitbeschäftigung in der letzten beruflichen Tätigkeit
- e245z4 Arbeitsorganisation

Die Ergebnisse der klinischen Auswahl, die Stellungnahme der Gutachter und die sozialmedizinischen Kriterien im einheitlichen Entlassungsbericht wurden in einer Kurzform, dem NILS, zusammengeführt. Die zur Auswahl stehende Version findet sich in Abbildung 1.

Es stellt sich im klinischen Alltag die Frage, wie man mit einer Liste, die 87 Items umfasst, ökonomisch arbeiten kann. Wir haben den NILS-Bogen auf die verschiedenen Berufsgruppen aufgeteilt. Bei der ICF-Checkliste hatte sich gezeigt, dass es für die Teammitglieder hinderlich ist, mit einer Liste zu arbeiten, in der viele Items für ihren jeweiligen Patienten irrelevant sind. Daher wurden zur Vereinfachung übergeordnete Kategorien gebildet. Als Beispiel kann der NILS-Bogen für die Sozialberatung angeführt werden: Das übergeordnete Item zweiter Ordnung d840 »Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit« umfasst das untergeordnete Item dritter Ordnung, d8450 »Arbeit suchen«. Wird bei d48 die Kodierung 0 – »keine Beeinträchtigung« – gewählt, folgt zwangsläufig bei den untergeordneten Items ebenfalls die Beurteilung »0«. Entsprechend dazu wurden auch komponentenübergreifende Gruppen gebildet, also inhaltlich zusammenhängende Kategorien, die sich von den Funktionen

über die Aktivitäten bis zur Teilhabe erstrecken. So konnte auf dem Bogen für die Physiotherapie der gesamte Bereich der Motorik und Mobilität mit einer »0« kodiert werden. Einzelne Kategorien, wie b37 »Muskelkraft« oder Kategorien der Aktivitäten und Partizipation, wie d4500 »kurze Entfernungen gehen«, mussten dann nicht mehr eingestuft werden. Auf dem Bogen für die Ergotherapeuten wurde folgende Rangordnung gebildet:

Motorik, Mobilität

1. e120 Produkt und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
2. d465 Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen

Bestehen keinerlei Beeinträchtigungen in der Mobilität, lässt sich daraus ableiten, dass weder ein besonderer Bedarf an Produkten oder Technologien zur Mobilität noch eine Beeinträchtigung bei der Fortbewegung mit Hilfe von Geräten besteht. Hinzuweisen ist auch darauf, dass die Schweregradkodierung, wie in der ICF vorgesehen, erfolgte. In den meisten Fällen wurde kein standardisiertes Messinstrument zugrundegelegt. Die Einstufung lag in der Einschätzung der einzelnen Teammitglieder oder wurde in den Teambesprechungen gemeinsam gefällt. Die Items zu den Aktivitäten des täglichen Lebens, die sich auf die basale Selbständigkeit beziehen, wurden anhand der Funktionalen Selbständigkeitsmessung (FIM) eingestuft. Für die Items wurden Übersetzungsvorschriften erstellt.

Der NILS in der Praxis

Im Aufnahmegespräch wird festgestellt, ob für den Rehabilitanden eine sozialmedizinische Beurteilung zu erstellen ist. Am Tag nach der Aufnahme wird in der ersten Patientenkonferenz festgelegt, welche Berufsgruppen an der Rehabilitation beteiligt sind. Die jeweiligen Teammitglieder erhalten die für sie bestimmten Teile des NILS. Diese sind farblich gekennzeichnet, so dass die Teammitglieder bei der Durchsicht ihrer Unterlagen immer wieder an die Erhebung erinnert werden. In Fällen, in denen eine Berufsgruppe nicht an der Rehabilitation beteiligt ist, werden deren Bögen in den folgenden Teamsitzungen ausgefüllt. So wird beispielsweise bei einem Patienten ohne Sprachstörung kein NILS-Bogen an einen Sprachtherapeuten weitergegeben.

Praktisch stellt sich für die Zusammenfassung der NILS-Bewertungen das Problem, dass es keinem Gutachter zuzumuten ist, sieben verschiedene ICF-Bögen zu lesen. Es wurde ein Computerprogramm entwickelt, das die sieben verschiedenen NILS-Bögen in einem Bogen zusammenfasst, der durch sein Layout dem Gutachter eine rasche Übersicht ermöglicht. Die Schweregradeinteilung wurde graphisch umgesetzt, so dass man mit wenigen Blicken erfassen kann, in welchen Bereichen Einschränkungen vorliegen oder welche fördernden Kontextfaktoren bestehen. Die Items wurden in sieben Kapitel gegliedert:

1. Mentale Funktionen und Persönlichkeit
2. Soziales Verhalten/Sozialer Kontext
3. Sprache/Kommunikation
4. Motorik/Mobilität
5. Sinne
6. Selbstversorgung
7. Bezahlte Tätigkeit

Die NILS-Bögen wurden jeweils parallel zur herkömmlichen sozialmedizinischen Beurteilung an die jeweiligen Rentenversicherungen gesandt. Den NILS-Bögen wurde ein Fragebogen beigelegt, um eine Rückmeldung von den sozialmedizinisch tätigen Ärzten der Rentenversicherungen zu erhalten. Die Auswertung der Rückmeldungen sind noch nicht abgeschlossen.

Zusammenfassung

Ziel des Projektes war es, für die sozialmedizinische Beurteilung eine Adaptation der ICF zu entwickeln. Diese sollte einerseits in der klinischen Routine einfach einsetzbar sein und andererseits von den Gutachtern als verständlich und nützlich bewertet werden. Die vorliegende Kurzform des NILS für die neurologische Begutachtung wurde nach operationalen Kriterien entwickelt. Besonders wurde darauf geachtet, dass er in den klinischen Alltag ohne großen zusätzlichen Aufwand eingefügt werden kann und sich für die Routineanwendung bei den Entlassungsberichten eignet.

Die Einführung einer Kurzform der ICF in die klinische Teamarbeit hatte zunächst den Nutzen, dass sich alle Berufsgruppen intensiv mit der ICF auseinandergesetzten. Es hat auch in der Klinik dazu geführt, dass der Zielsetzungsprozess neu gestaltet wurde. Die langfristigen Ziele der Rehabilitation wurden in den Komponenten der Partizipation formuliert, die kurz- und mittelfristigen Ziele in den Komponenten der Funktionen und Aktivitäten. Dennoch ist nicht abzustreiten, dass die Verwendung des NILS einen zusätzlichen Arbeitsaufwand für die Teams mit sich brachte. Zählt man den Aufwand der verschiedenen Berufsgruppen und die Zeit für die Diskussion der offenen Fragen in den Teams zusammen, so ergeben sich pro Patient Zeiten zwischen 40 und 60 Minuten. So lange die bisherige sozialmedizinische Beurteilung verbindlich ist, ist nicht zu erwarten, dass die Verwendung des NILS eine weitere Verbreitung finden wird. Die Verwendbarkeit des NILS in anderen klinischen Einrichtungen wurde bisher ebenfalls noch nicht geprüft.

Mit der Entwicklung des NILS konnte gezeigt werden, dass eine Umsetzung der bisherigen sozialmedizinischen Kriterien in die Kategorien und Komponenten der ICF möglich ist, wenn man einige Ergänzungen von Kategorien vornimmt, die in der ICF nicht vorhanden sind. Da die Entwicklung in der Gesundheitsberichterstattung und in der Rechtsprechung, um nur einige Felder zu nennen, dahin geht, dem Konzept der ICF einen breiteren Raum zuzuweisen, so kann die Entwicklung des NILS als eine Vorbereitung dieser Entwicklung betrachtet werden.

Vergleicht man den NILS mit anderen Kurzformen der ICF, so zeigen sich einige Unterschiede. Die von der WHO entwickelte ICF-Checkliste, die diagnosenübergreifend für Personen mit chronischen Erkrankungen eingesetzt werden konnte, eignet sich für die spezielle Fragestellung der sozialmedizinischen Beurteilung auf dem Gebiet der Neurologie nur sehr eingeschränkt. Sie ist daher nicht geeignet, als Basisinstrument in die klinische Arbeit eingeführt zu werden. Die von der Arbeitsgruppe *Stucki* aus München [2] erarbeiteten Core Sets stellen ebenfalls Kurzformen der ICF dar, die sich auf bestimmte Diagnosen beziehen. In der Neurologie gibt es beispielsweise ein Core Set Stroke [1]. Es handelt sich bei den Core Sets um methodisch sehr ausgefeilte Instrumente. Die Anwendung der Core Sets dürfte dort besonders sinnvoll sein, wo es um diagnosespezifische Maßnahmen geht. In der Neurorehabilitation hat man es jedoch mit einem breiten Spektrum an Diagnosen zu tun. Auch die Verwendung des NILS beschränkt sich auf ein kleines Gebiet, nämlich das der sozialmedizinischen Beurteilung. Der NILS ist nicht für den Einsatz bei Patienten geeignet, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen. Er kann auch nicht als Standardinstrument für die gesamte Neurorehabilitation betrachtet werden. Die Umsetzung der ICF in die Praxis lässt sich am ehesten mit der Verwendung eines Werkzeugkastens bildlich umschreiben. Für jede spezifische Aufgabe werden die Werkzeuge aus der ICF herausgesucht, die zur jeweiligen Lösung führen können. Eine weitere noch offene Frage in der Verwendung des NILS und anderer Instrumente ist die Operationalisierung der Schweregradklassifikation. Es gibt bisher kaum Untersuchungen, die sich mit der Transformation von gängigen Skalen in die Skalen der ICF befassen. Tatsächlich sind Indikatoren für die Schweregradklassifikation sinnvoll, es bleibt jedoch fraglich, ob eine Ausdehnung von biologischen oder psychometrischen Messverfahren für die sozialmedizinische Beurteilung einen zusätzlichen Informationsgewinn bietet, der den Mehraufwand ausgleicht.

Literatur

1. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G: ICF Core Sets for stroke. *J Rehabil Med* 2004; Suppl 44: 135-141
2. Stucki G, Grimby, G (eds): ICF Core Sets for chronic conditions. *J Rehabil Med Suppl* 2004
3. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Abt. Sozialmedizin (Hrsg.): Abschlußbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO). DRV-Schriften 2004; Bd. 53. Frankfurt 2004
4. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Sozialmedizinische Beurteilung für die gesetzliche Rentenversicherung. 6. Aufl. Springer, Berlin 2003
5. WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Geneva 2001. Offizielle deutsche Online-Version erhältlich über [www//dimdi.de](http://dimdi.de)
6. WHO: The ICF Checklist: Development and Application. WHO, Geneva 2002

Korrespondenzadresse:

Dr. Peter Frommelt
 Asklepios Klinik
 Abteilung Neurorehabilitation
 D-94571 Schaufling
 e-mail: p.frommelt@asklepios.com