Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis

Bearbeitet von
Christina Jerosch-Herold, Ulrike Marotzki, Birgit Maria Hack, Peter Weber, Martin Schwarz

3., überarb. Aufl. 2009. Taschenbuch. xxviii, 220 S. Paperback
ISBN 978 3 540 89770 5
Format (B x L): 17 x 24,4 cm

Weitere Fachgebiete > Medizin > Physiotherapie, Physikalische Therapie > Ergotherapie, Beschäftigungstherapie, Gestaltungstherapie

Zu Inhaltsverzeichnis

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

(International Classification of Functioning, Disability and Health)

Jerome Bickenbach und Christina Jerosch-Herold

4.1 Einleitung – 46

4.2 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – 46

4.3 Warum ist die ICF für die Ergotherapie wichtig? – 48

Eine gemeinsame Sprache – 48

Zusammenhang zwischen ICF und Praxismodellen – 49

ICF und die Entwicklung ergotherapeutischer Ergebnismessinstrumente – 50

Entwicklung von Core Sets – 51

4.4 Anwendungen der ICF in weiteren Gesundheits- und Sozialbereichen – 51

Literatur – 52

4.1 Einleitung

In der Ergotherapie geht es im Wesentlichen um Betätigung und Betätigungsperformanz, d. h. um die Ausführung alltäglicher Aufgaben und sinnvoller Tätigkeiten sowie deren Bedeutung für den Handelnden selbst (Hinojosa et al. 2003). Jedes in diesem Buch dargestellte konzeptionelle Modell richtet das Augenmerk auf die Beziehung zwischen der handelnden Person, ihrer Betätigung und ihrer Umwelt und bietet so einen Rahmen für die ergotherapeutische Praxis. Hagedorn nennt dies die **Person-Umwelt-Betätigungs-Triade** (▶ Kap. 2). Eine Störung in einer dieser drei Komponenten kann zu Dysfunktion oder Nichtteilhabe führen – hier einzugreifen ist Aufgabe der Ergotherapie.

4.2 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die Internationale Klassifikation ICF wurde von der Hauptversammlung der Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Assembly of the World Health Organisation) im Mai 2001 verabschiedet. Dabei verpflichteten sich alle 191 Mitgliedsstaaten, die ICF jeweils in ihr Gesundheitssystem zu integrieren, und zwar als **Modell für Funktionsfähigkeit und Behinderung** sowie auch als **Klassifikation und gemeinsame Sprache zur Beschreibung dieser Funktionsfähigkeit und Behinderung**. Die ICF ist Nachfolger der ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap), die 1980 von der WHO zur Erprobung veröffentlicht, aber nie formal verabschiedet wurde. Für die ICIDH gab es zwar einige starke Befürworter, sie wurde aber in weiten Teilen des Gesundheitswesens kaum beachtet. Im Jahr 1993 startete die WHO einen neuen Anlauf, eine als notwendig erachtete Klassifikation einzuführen und dabei die in der ICIDH enthaltenen Schwachpunkte anzugehen. Eine Periode der internationalen Revision unter Einbeziehung von Untersuchungen zur transkulturellen Anwendbarkeit (Üstün et al. 2000) führte dann zur ICF.

Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Dokumenten besteht darin, dass die ICF anders als die ICIDH die **Interaktion zwischen Person und Umwelt** bei Behinderungen ausdrücklich einbezieht; sie weitet diesen Ansatz sogar noch aus, indem sie Umweltfaktoren um persönliche Faktoren mit therapeutischer Relevanz wie Alter, Geschlecht, bisherige Erfahrungen oder Bewältigungsstrategien ergänzt. Die ICF vermeidet auch die in der ICIDH enthaltene falsche Annahme, dass zwischen körperlichen Funktionsstörungen und Schwierigkeiten auf der Ebene sozialer Rollen ein direkter kausaler Zusammenhang bestehe.

Das der ICF zugrundeliegende Modell (◘ Abb. 4.1) beschreibt den Entwicklungsprozess eines Gefüges normaler oder behinderter Funktionsfähigkeit als Zusammenwirken des Gesundheitszustandes der Person (Krankheit, Störung oder Trauma, aber auch des natürlichen Altersabbaus) mit ihrem gesamten Lebensumfeld. Die Pfeile in der Abbildung stellen nur mögliche Zusammenhänge dar, die erst durch weitere empirische Untersuchungen im Einzelfall Aussagekraft gewinnen. Im Unterschied zu anderen Person-Umwelt-Schemata ist das ICF-Modell mehrdimensional in dem Sinne, dass es die Ergebnisse des Zusammenwirkens in **drei Dimensionen** aufspaltet:

- körperlich (Funktionen und Strukturen),
- handelnd (innewohnende Fähigkeit, Aktivitäten auszuführen) und
- teilhabend (reale Teilhabe an Aktivitäten).

Die wichtige, gelegentlich umstrittene Unterscheidung zwischen Aktivität und Teilhabe wird bei der ICF durch den Unterschied zwischen der **Fähigkeit**, Aktionen auszuführen, die in der Person angelegt ist, und **Performanz**, der tatsäch-

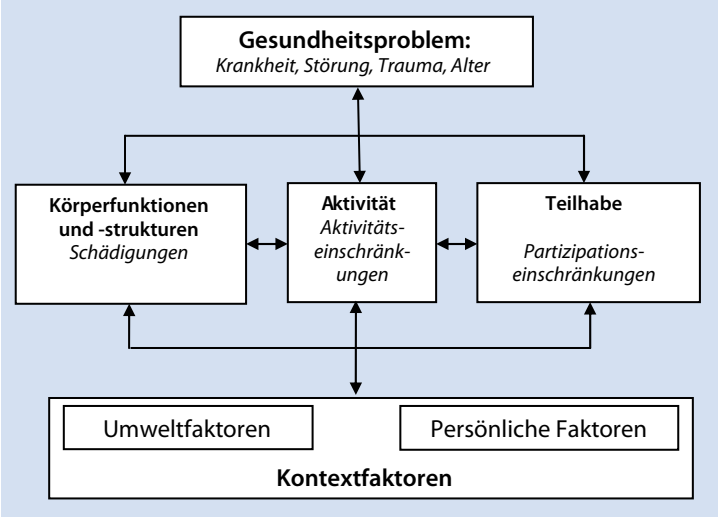

Abb. 4.1. Abhängigkeit des Gesundheitszustandes von verschiedenen Faktoren

lich beobachtbaren Ausführung der Aktivität im konkreten Kontext, getroffen. In der Literatur wird sonst üblicherweise anders unterschieden. Man betrachtet dann:

- die Komplexität der Aktion (einen Gegenstand tragen als Aktivität, politische Betätigung als Beteiligung) oder
- die Lebenssituation, in der die Aktivität üblicherweise stattfindet (zu Hause oder im weiteren privaten Umfeld, im Gegensatz zu Situationen des öffentlichen Lebens) (Badley 2008).

Wichtig

Ergotherapeuten sind zwar mit allen drei Dimensionen befasst, aber die letzte, die Partizipation, hat die engste Verbindung zum Begriff Betätigung.

In der Anfangsphase der Formulierung der ICF war man von dem Begriff **occupation** [Betätigung] als Leitgedanken ausgegangen. In der ICF ist Teilhabe das Ergebnis einer komplexen (und noch immer nicht ganz durchschauten) Interaktion zwischen der Person (ihren Körperfunktionen und Aktivitäten) und dem Kontext, in dem die Person lebt (klimatisch, strukturell, künstlich, sozial, einstellungsbezogen, kulturell, politisch).

Die WHO war an der ICF vor allem wegen ihrer Rolle als Statistik-Klassifikation interessiert, die zusammen mit der Internationalen Statistik-Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme (ICD-10) ein Informationssystem für einheitliche, weltweit durchgängig vergleichbare Gesundheitsstatistiken darstellt. Als Sonderorganisation der UN für das Gesundheitswesen hat die WHO schon vor langer Zeit erkannt, dass es für die Erforschung globaler und die Planung nationaler Gesundheitssysteme neben der Kenntnis von Sterblichkeitsursachen auch wesentlich darauf ankommt, zu verstehen und genau zu beschreiben, was es bedeutet, ein Leben mit beeinträchtigter Gesundheit zu führen. Die ICF ist ein **Werkzeug zur umfassenden Beschreibung von Gesundheitsproblemen** unterschiedlicher Schwere als gelebte Erfahrung. Die WHO berücksichtigt auch, dass es weltweit große Unterschiede bei der Definition für »Behinderung« gibt. Nach dem Statistikbüro der UN führt dies zu unklaren und widersprüchlichen Aussagen, sogar bei grundlegenden epidemiologischen Fakten wie Inzidenz und Präva-

lenz. Deshalb wird ein wissenschaftlich verlässliches Werkzeug zur Erfassung und zur Analyse international vergleichbarer Gesundheits- und Behinderungsdaten benötigt.

Sicher muss immer bedacht werden, dass es sich bei der ICF ebenso wie bei der ICIDH um ein **einheitliches Bezeichnungs- und Klassifikationssystem** handelt und nicht um ein Befunderhebungs- oder Messinstrument; dennoch hat sich die ICF als gut geeignetes Instrument für viele klinische, statistische und forschungsrelevante Anwendungen erwiesen. Das liegt daran, dass die ICF nicht nur ein universelles Modell für menschliche Funktionsfähigkeit und Behinderung darstellt (ein Modell, das ausführlich in unterschiedlichen Kulturen und Sprachen getestet worden ist). Sie bietet auch ein Begriffsgerüst für

- die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten,
- die vergleichende Analyse von Interventionsergebnissen,
- die Untersuchung von Gesundheitssystemen und
- das Entwickeln und Verfolgen von Initiativen zu Gesundheit und Behinderung.

Hierbei ist es interessant festzustellen, dass ein Großteil solcher Arbeit von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe geleistet wird, besonders von Ergotherapeuten.

Spezialfall ICF-CY

Vor kurzem ist die erste Anpassung der ICF für einen Spezialbereich verabschiedet worden: die ICF-CY für den **Bereich Kinder und Jugendliche** (Children and Youth Version of ICF, WHO 2007). Motivation für diese Version ist die Erkenntnis, dass der Mensch während der ersten zwei Lebensjahrzehnte neben schnellem Wachstum entscheidende Wechsel und Veränderungen erfährt, zu deren Erfassung ein weitaus differenzierteres Beschreibungssystem nötig ist, als die ursprüngliche Fassung der ICF es bietet. Gesundheitsprobleme und Behinderungen im Kindheits- und Jugendalter stellen sich in ihrer Erscheinungsform, Intensität und Auswirkung wesentlich anders dar als bei Erwachsenen. Zudem müssen die Umweltfaktoren, die diese Entwicklungen und Veränderungen beeinflussen, sorgfältig und umfassend dokumentiert werden. All diese wesentlichen Unterschiede sollten so berücksichtigt werden, dass die Klassifikation der ICF auch für diese Bevölkerungsgruppe geeignet ist und die gesammelten Daten detailliert und verlässlich kodiert werden können. Wie bei der ICF ist auch bei der ICF-CY das übergeordnete Ziel, eine gemeinsame Fachsprache als Informationsplattform für international vergleichbare klinische und statistische Datensammlungen zu bieten.

4.3 Warum ist die ICF für die Ergotherapie wichtig?

Eine gemeinsame Sprache

Zunächst einmal bietet die ICF mit einem gemeinsamen Bezugssystem eine gemeinsame Terminologie für Funktionsfähigkeit und Behinderung, die in allen Gesundheitsberufen verwendet werden kann. Da wir uns bei der Gesundheitsfürsorge, der Therapie und bei der Planung von Intervention immer mehr auf die Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams verlassen, brauchen wir eine **gemeinsame personenzentrierte Sprache**. In den verschiedenen Ergotherapie-Modellen gibt es zwar manche Gemeinsamkeiten, es wird aber auch sehr viel modellspezifische Terminologie benutzt. Dieser »Babylonische Turm« steht einem produktiven Informationsfluss zwischen den beteiligten Personen und Fachgebieten im Wege. Oft ist zum Beispiel die audiologische Terminologie im Bereich der Hörfunktion für Kommunikationstherapeuten nicht unmittelbar verständlich,