



# The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in neurorehabilitation in Austria. Comparison of the healthprofessions occupational therapy, speech-and language therapy, and physiotherapy

## Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit in der Neurorehabilitation in Österreich. Vergleich der Berufsgruppen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Hannes Aftenberger<sup>1\*</sup>, Gabriele Schwarze<sup>2</sup>,  
Beate Salchinger<sup>1</sup>, Angelika Rother<sup>3</sup>

<sup>1</sup>FH JOANNEUM GmbH, Institut für Physiotherapie,  
8344 Bad Gleichenberg, AUSTRIA  
\*hannes.afthenberger@fh-joanneum.at

<sup>2</sup>FH JOANNEUM Gesellschaft GmbH, Institut für  
Ergotherapie, 8344 Bad Gleichenberg, AUSTRIA

<sup>3</sup>FH JOANNEUM Gesellschaft GmbH,  
Institut für Logopädie, 8020 Graz, AUSTRIA

Received 9 March 2017, accepted 20 September 2017, available online 16 November 2017

### Abstract

**Introduction:** The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) provides the language and a framework applying a unified and standardized form to describe health and conditions related to health. Teams who work in an interdisciplinary and multi professional way, as it is the case in neuro rehabilitation, can profit from integrating the ICF. The aim of this paper was to show how well implemented the ICF is in Austria with occupational therapists, speech and language therapists and physiotherapists working in neuro rehabilitation.

**Methods:** The present paper is a follow-up project of the APPEAR study. An extended questionnaire, which has been sent to 109 therapists working in Austrian neurologic rehabilitation facilities forms the basis for the results presented here.

**Results:** 64 questionnaires were returned from occupational therapists, speech and language therapists and physio therapists and were used for evaluation. 50% of the therapists who answered the questionnaire (n=25) stated that the ICF has already been implemented in their institution. Therapists often applied ICF (n=35) when using common documentation systems. Additionally, therapists consider the ICF an aid to support interdisciplinary and multi professional work. The therapists also stated (n=27) that they are not satisfied with the ICF when inpatients become outpatients.

**Conclusions:** Many therapists answering the questionnaire consider the ICF an important tool for optimizing the rehabilitation process. Barriers contributing to hindering an implementation of the ICF should be eliminated in the future. In order to achieve that aim, institutions should provide time and financial resources to further the education of their employees.

### Abstract

**Einleitung:** Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) ermöglicht in einer einheitlichen und standardisierten Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen. Interdisziplinäres und multiprofessionelles Arbeiten, wie es im Bereich der Neurorehabilitation seit vielen Jahren praktiziert wird, könnte von einer verstärkten Integrierung der ICF profitieren. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Implementierung der ICF in der Neurorehabilitation in den Berufsgruppen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in Österreich abzubilden.

**Methode:** Die vorliegende Untersuchung stellt ein Folgeprojekt der APPEAR-Studie dar. Ein erweiterter Fragebogen, der an 109 Therapeuten/-innen in österreichischen neurologischen Rehabilitationseinrichtungen versandt wurde, stellt die Grundlage der vorliegenden Ergebnisse dar.

**Ergebnisse:** In die Auswertung konnten die Ergebnisse von 64 retournierten Fragebögen aus den Berufsgruppen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie einbezogen werden. Für die Hälfte der befragten Therapeuten/-innen (n = 25) stellt die ICF bereits eine institutionelle Vorgabe dar. Die therapeutischen Gruppen implementieren die ICF häufig (n= 35) in gemeinsamen Dokumentationssystemen. Zudem sehen befragte Therapeut/-innen die ICF als Hilfestellung in der interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeit. Die Befragten (n = 27) gaben auch an,

dass sie mit dem Schnittstellenmanagement beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung nicht zufrieden sind. **Schlussfolgerungen:** Für viele der Befragten stellt die ICF bereits ein wichtiges Mittel zur Optimierung des Rehabilitationsprozesses dar. Barrieren, die zu einer mangelnden Implementierung der ICF beitragen, sollten zukünftig abgebaut werden. Dabei sollten übergeordnete Institutionen sowohl Zeiten, aber auch finanzielle Unterstützung für Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stellen.



## Keywords

Interdisciplinary cooperation – Documentation – Classification systems

## Keywords

Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Dokumentation – Klassifikationssysteme

## EINLEITUNG

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF), ist ein von der WHO entwickeltes Klassifikationssystem mit dem Ziel, in einer einheitlichen und standardisierten Form, eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen (World Health Organization, 2001, 2005). In der ICF werden Funktionsfähigkeiten und Behinderungen von Patienten/-innen, verbunden mit deren Gesundheitsproblemen klassifiziert („DIMDI - ICF“, o.J.). Alle Mitgliedstaaten der WHO verpflichteten sich, die ICF umzusetzen. Seitdem wurden international eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt, die sich mit der Implementierung der ICF beschäftigten (Cieza & Stucki, 2008; Kus, Coenen, Dereskewitz, Cieza, & Rudolf, 2013; Reinhardt u. a., 2016). Auch für den Rehabilitationsbereich und die therapeutischen Disziplinen liegen bereits Untersuchungen vor (Grill, Huber, Gloor-Juzi, & Stucki, 2010; Haid & Steiner, 2013; Proding, Darzins, Magasi, & Baptiste, 2015). Das Klassifikationssystem gilt gemeinhin als praktikabel (Cieza u.a., 2009), es liegen aber noch keine Daten vor, ob und in welcher Form es in der Neurorehabilitation in Österreich bereits Einzug gehalten hat.

Die Anwendung und Umsetzung eines so komplexen Systems wie der ICF stellt hohe Anforderungen an Institutionen und Mitarbeiter/-innen dar. Je nach Ausmaß einer Implementierung bedarf es auch organisatorischer und struktureller Ressourcen (Grotkamp u.a., 2012; Rauch, Cieza, & Stucki, 2008).

Das multiprofessionelle und interdisziplinäre Rehabilitationsteam erhält durch die ICF die Möglichkeit, den Rehabilitationsprozess zu ökonomisieren, weil die Lebens- und Alltagsrealitäten der Patienten/-innen gut strukturiert erfasst werden können (Norlander, Jönsson, Ståhl, Lindgren & Iwarsson, 2016). Als sicher gilt, dass die ICF durch die Erfassung der Kontextfaktoren wichtige Informationen für den Clinical Reasoning (CR)-Prozess bietet. Dieser CR-Prozess stellt einen wichtigen Baustein in der Findung von nachhaltigen Interventionen im Rehabilitationsprozess dar (Modi, Anshu, Gupta, & Singh, 2015). Für die therapeutischen Berufe könnte die Implementierung der ICF auch dazu beitragen, therapeutische Maßnahmen zu identifizieren (Finger, Cieza, Stoll, Stucki, & Huber, 2006). Diese Maßnahmen könnten sowohl innerhalb einer Berufsgruppe als

auch interdisziplinär gefunden werden. Durch die flächendeckende Standardisierung der Sprache im Rahmen der ICF-Klassifikation könnten sich deutliche Verbesserungen in der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, aber auch zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich einstellen (World Health Organization, 2001).

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, den IST-Zustand der Implementierung, der ICF in der Neurorehabilitation, in den Berufsgruppen Ergotherapie (Ergo), Logopädie (Logo) und Physiotherapie (Physio) in Österreich zu erheben. Zu diesem Zweck beleuchtete sie spezifisch die ICF in den Institutionen, die Implementierung der ICF im therapeutischen Bereich und die ICF im Schnittstellenmanagement. Im Fokus standen Patienten/-innen in der subakuten Phase.

Die Befragung stellt ein Folgeprojekt der APPEAR-Studie (Haid & Steiner, 2013) dar. Diese untersuchte die Implementierung der ICF im Bereich der Aphasietherapie, der Sparte Logopädie, in den Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz.

## METHODE

Die Umfrage stellt eine Kooperation der Institute Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie der Fachhochschule JOANNEUM Graz dar.

Durch die freundliche Genehmigung der „Schweizer Hochschule für Logopädie“ Rorschach und der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich, konnte ein nicht-standardisierter und halbstrukturierter Fragebogen der APPEAR-Studie (Haid & Steiner, 2013) für die vorliegende Befragung übernommen bzw. adaptiert werden. Zum einen wurden die Fragen für die vorliegende Untersuchung nur gering dahingehend verändert, dass in den Formulierungen nicht nur Logopäden/-innen, sondern auch Ergo- und Physiotherapeuten/-innen angesprochen wurden. Zum anderen wurden sechs neue Fragen, drei qualitative und drei quantitative, in den Fragebogen aufgenommen (vgl. Tab. 1). Die Entwickler des Fragebogens erhofften sich durch diese zusätzlichen Fragestellungen eine vertiefende Abbildung in Teilbereichen der Zielsetzung der Untersuchung. So wurde z.B. zusätzlich gefragt, ob die Implementierung der ICF die eigene therapeutische Arbeit beeinflusst hat. Die Frage aus dem APPEAR-Projekt nach dem Fokus im Rahmen der Aphasietherapie wurde dahingehend verändert, dass nun gefragt wurde ob



die Ergo- bzw. Physiotherapeuten/- innen den Fokus der Therapie auf die Funktions- und Strukturebene oder auf die Aktivitäts- und Partizipationsebene richten. Dieser erweiterte Fragebogen wurde in einer Fokusgruppe aus Ergotherapeut/-innen, Logopäden/-innen und Physiotherapeuten/-innen erarbeitet. So umfasst der vorliegende Fragebogen 28 Fragen.

In die Befragung wurden Ergotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen und Physiotherapeuten/-innen eingeschlossen, die in der neurologischen Frührehabilitation in Österreich tätig sind. Die Rehabilitationszentren, in denen diese Therapeuten/-innen tätig sind, wurden mittels Liste der österreichischen Rehabilitationszentren des Gesundheitsministeriums

*Tabelle 1: Fragebogen mit Zusatzfrage für leitende Therapeuten/-innen*

<p>Sie sind zuständig für den Bereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ergotherapie</li> <li>-Physiotherapie</li> <li>-Beide*</li> </ul> <p>* Bitte füllen Sie den Fragebogen nur für einen Bereich aus!</p>
<p>Wird die ICF als Leitidee in ihrer Institution geführt?</p>
<p>Wird die Leitidee in ihrer Abteilung konkretisiert?</p>
<p>Wenn ja, in welcher Form wird diese konkretisiert?</p>
<p>Wenn nein, können sie uns Hinweise geben, warum die Leitidee in ihrer Institution nicht geführt wird?</p>
<p>Wird ICF in ihrem Haus als Thema zwischen den Professionen besprochen?</p>
<p>Wenn ja, mit welchen Professionen arbeiten sie zusammen UND wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit?</p>
<p>Finden sich in den Aufgabenbeschreibungen der Mitarbeiter/-innen im Team konkrete Angaben zum Einsatz der ICF in Bezug auf: Bitte wählen sie alle zutreffenden Fragen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratungsauftrag der Ergotherapie</li> <li>- Telefonzeiten mit Menschen im Kontext der Patientin/des Patienten,</li> <li>- Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>- Fixe Zeitfenster für den interprofessionellen Austausch</li> <li>- Sonstiges</li> </ul>
<p>Stehen in ihrer Institution auch Räumlichkeiten für Interventionen zur Verfügung, die neben der Einzeltherapie auch Settings in größeren oder kleineren Gruppen zulassen?</p>
<p>Welche Vorschläge hätten Sie zur Verbesserung des Einsatzes der ICF auf organisatorischer Ebene (interprofessionell und institutionell)?</p>
<p>Gibt es einen gemeinsam genutztes Dokumentationsverfahren?</p>
<p>Wenn ja, schildern Sie bitte Merkmale dieses Verfahrens.</p>
<p>Beinhaltet das Dokumentationssystem Teile und Komponenten der ICF?***</p>
<p>Wo ist ICF in Ihrer Abteilung verankert? Bitte wählen sie alle zutreffenden Fragen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Anamnese ist kontext- und alltagsorientiert</li> <li>- Die Diagnostik ist kontext- und alltagsorientiert</li> <li>- Die Therapie ist kontext- und alltagsorientiert</li> <li>- Die Therapie ist kontext- und alltagsorientiert</li> </ul>
<p>Hat die Implementierung der ICF die eigene Arbeit beeinflusst?***</p>
<p>Wenn ja, was hat sich dadurch verändert?***</p>
<p>Worauf fokussieren Sie Ihre Therapie?*** Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Training von Körperfunktionen/Körperstrukturen</li> <li>- Arbeit an der Aktivität</li> <li>- Arbeit an der Partizipation</li> <li>- Sonstiges</li> </ul>
<p>Sind Sie mit der Schnittstelle stationäre/ambulante Versorgung für Ihre Patienten/-innen zufrieden?</p>
<p>Wenn nein, geben Sie einige Hinweise, warum Sie unzufrieden sind.</p>



Tabelle 1: Fragebogen mit Zusatzfrage für leitende Therapeuten/-innen

Sie sind zuständig für den Bereich:  
 -Ergotherapie  
 -Physiotherapie  
 -Beide\*

\* Bitte füllen Sie den Fragebogen nur für einen Bereich aus!

---

Wie kommen Therapieziele zustande?  
 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:  
 - Dialogisch mit den Betroffenen (Patientin/Patient und Angehörige)  
 - Sonstiges  
 - Im interdisziplinären Konsens (bzw. runder Tisch)  
 - Im Gespräch mit dem behandelnden Arzt  
 - Zielsetzung/Vorgabe der Ergotherapeutin/des Ergotherapeuten  
 - Sonstiges

---

Werden Therapieziele auf Kontext und Teilhabe bezogen?

---

Wenn nein, geben Sie uns Hinweise, warum dies nicht der Fall ist.

---

Wie messen Sie den Therapieerfolg?  
 Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:  
 - Beobachtung  
 - Befragung  
 - Testen (als Screening wie Eingangsdiagnostik)  
 - Etwas anderes

---

Hier haben Sie die Möglichkeit, einen Kommentar zur Messung des Therapieerfolges und der ICF abzugeben.

---

Welche fünf häufigsten Assessments kommen obligat in Ihrer Abteilung zur Anwendung?\*

---

Mit welchen Informationen/Instruktionen entlassen Sie die Patientin/den Patienten?

---

Wie gestaltet sich die ambulante Weiterversorgung Ihrer Patienten/-innen?\*

---

Gibt es eine interdisziplinäre Leitung der MTD-Berufe?

---

Anm.:  
 Fragen an Leitungspersonen sind grau schattiert  
 \*\* zusätzliche Fragen, die im APPEAR-Fragebogen nicht gestellt wurden.

(„ÖsterreichischerRehabilitationskompassListenansicht“, o.J.) sowie der Liste der neurologischen Abteilungen der österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN – Österreichische Gesellschaft für Neurologie, o.J.) und den Praktikumsstellenlisten der Studiengänge Ergotherapie und Physiotherapie der FH JOANNEUM ermittelt. So konnten 84 passende Institutionen identifiziert werden. In einem weiteren Schritt wurde mit den leitenden Therapeuten/-innen dieser Institutionen, in den Bereichen Ergo- und Physiotherapie bzw. mit übergeordneten therapeutischen Leitungen, telefonisch oder elektronisch Kontakt aufgenommen. Sie wurden über die Befragung informiert und konnten einer Befragung zustimmen bzw. absagen. Um, bei einer Zusage, sicher zu gehen, dass pro therapeutischer Abteilung nur ein Fragebogen retourniert wird, wurde bei dieser Kontaktaufnahme gefragt, an welche Therapeuten/-innen der Fragebogen gesandt werden soll. Daraufhin konnten gezielt an 109 Personen Fragebögen versendet werden. Davon waren 45 Ergotherapeuten/-

innen, 38 Physiotherapeuten/-innen und 26 übergeordnete Leiter/-innen. Die leitenden Therapeuten/-innen wurden gebeten, den Fragebogen entweder für den ergo- oder für den physiotherapeutischen Bereich auszufüllen. Im Zeitraum von 17.10.2013 bis 04.11.2013 wurde die Online-Befragung durchgeführt. Es wurden insgesamt 45 Fragebögen retourniert. Davon wurden 9 von leitenden Therapeuten/-innen, 15 von Ergotherapeuten/-innen und 21 von Physiotherapeuten/-innen zurückgesandt. Für die Analyse der Daten wurden die Antworten der leitenden Therapeuten/innen auf eine therapeutische Berufsgruppe aufgeteilt. Die Daten der Logopädie (n = 19) wurden für die Analyse aus der APPEAR- Studie (Brunner, Haid, Rother, & Steiner, 2014) übernommen. Daher konnten die Ergebnisse für die sechs oben genannten zusätzlichen Fragen nicht für die Logopädie erhoben werden. Gesamt wurden die Daten von 19 Ergotherapeuten/-innen, 26 Physiotherapeuten/-innen und 19 Logopäden/-innen in die Analyse eingeschlossen (vgl. Abb.1).

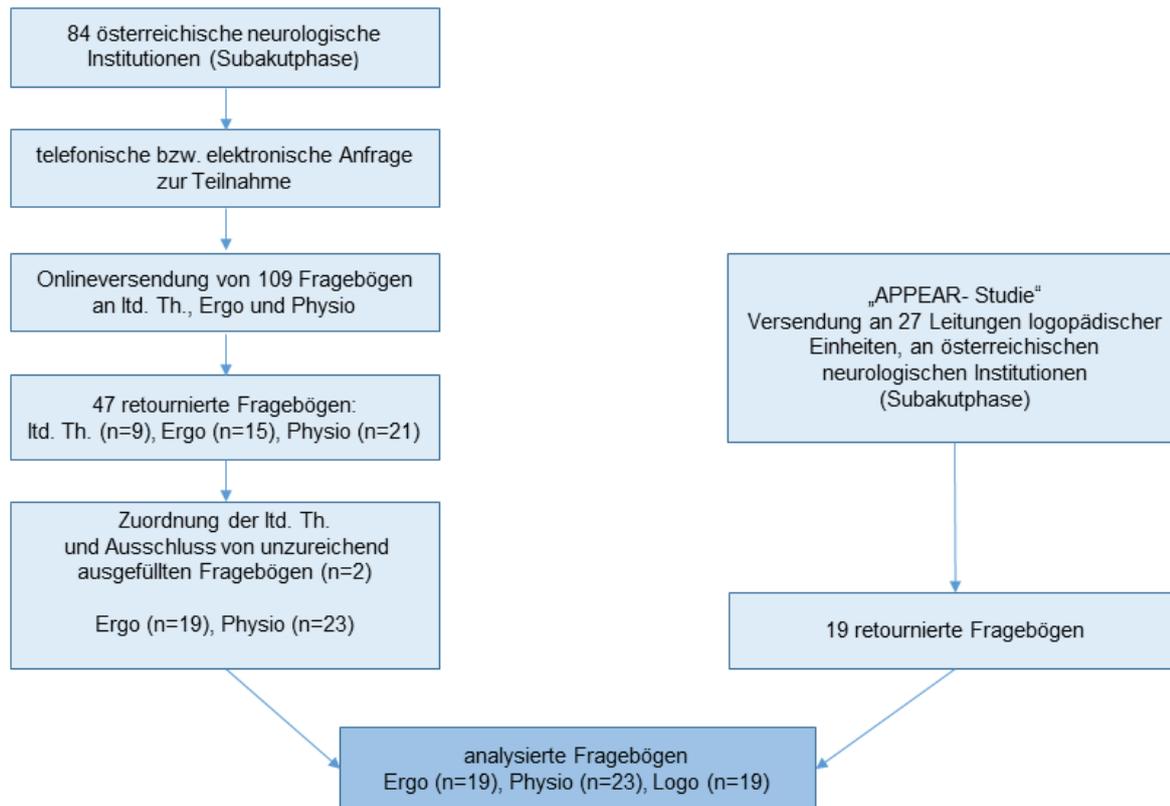


Abbildung 1: Ablauf der Anfrage, Versendung und des Rücklaufs der Fragebögen

Anmerkung: ltd. Th = leitende Therapeuten/-innen, Ergo = Ergotherapeuten/-innen und Physio = Physiotherapeuten/-innen

Die qualitativen Fragen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayering, 2008) ausgewertet. Zwei Personen filterten unabhängig voneinander Themen, Inhalte und Aspekte aus den jeweiligen Antworten und fassten sie zusammen.

In einem weiteren Schritt glichen die beiden auswertenden Personen ihre Ergebnisse ab. Bei Unstimmigkeiten führten sie gemeinsam eine weitere Analyse durch, bis eine einheitliche Zusammenfassung und Gliederung möglich war.

Die quantitativen Fragen wurden im Sinne einer deskriptiven Statistik in einer Excel-Liste erfasst und ausgewertet.

## RESULTATE

### ICF in der Institution

Der erste Fragenkomplex bezog sich darauf, wie die Therapeuten/-innen die Implementierung der ICF auf institutioneller Ebene erleben. Rund die Hälfte aller Befragten (n = 34) gaben an, dass die ICF bereits eine institutionelle Vorgabe darstellt. Sieben Ergotherapeuten/-innen, sieben Logopäden/-innen und elf

Physiotherapeuten/-innen konkretisierten diese Leitidee genauer. Dabei wurde am häufigsten erwähnt, dass die Zielformulierung in der ICF-Nomenklatur durchgeführt werden soll (n = 15). Zudem gaben Ergotherapeut/-innen (n = 4) und Physiotherapeuten/-innen (n = 8) auch an, dass in Ihrer Abteilung die Befundung bzw. die Dokumentation mittels ICF orientierten Protokollen stattfindet. Als eine weitere Form der Konkretisierung wurde die ICF als Grundlage in interdisziplinären Besprechungen (n = 10) genannt. Ein Teil der Befragten (n = 4) gab an, dass ICF als Leitidee noch nicht verankert ist bzw. dass die ICF als Instrument an der Abteilung noch nicht bekannt sei (n = 7). Vereinzelt gibt es auch Hinweise, dass die ICF zwar im therapeutischen Team eingesetzt wird, aber nicht als institutionalisierte Vorgabe verpflichtend ist (n = 3). Eine weitere Frage war, welche Hindernisse die Therapeuten/-innen sehen, warum die ICF in der Institution nicht als Leitidee geführt wird. Logopäden/-innen (n = 3) äußerten vereinzelt die Sorge, dass die Implementierung mit einem zu hohen Mehraufwand in Verbindung stehe. Physiotherapeuten/-innen (n = 2) meinten, dass es sein könnte, dass die ICF-Implementierung auf einer Subakutstation schwierig sei. Ergotherapeuten/-innen (n = 3) meinten, das gleiche gelte für komplexe Störungsbilder.



Im Rahmen der Befragung ergab sich auch ein Bild, mit welchen Berufsgruppen die therapeutischen Bereiche verstärkt zusammenarbeiten (vgl. Tab. 2). Deutlich zeigt sich, dass es im Rahmen der Neurorehabilitation zu intensivem interdisziplinärem bzw. multiprofessionellem Austausch kommt.

Tabelle 2: Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Multiprofessionelle Zusammenarbeit mit:	Ergo (n = 6)	Logo (n = 10)	Physio (n = 10)
Ergotherapie	x	10	9
Logopädie	3	x	x
Physiotherapie	4	10	x
Diätologie	1	1	2
Orthoptik	x	1	x
Ärzten	4	9	9
Masseuren/-innen	1	1	1
Sporttherapie	x	1	x
Kunsttherapie	x	x	1
Pädagogik	x	x	1
Musiktherapie	1	x	3
Psychologie/ Neuropsychologie	2	9	10
Pflege	3	9	10
Sozialarbeit	2	x	3

Logopäden/-innen scheinen einen engen Austausch mit der eigenen Berufsgruppe und mit der Physiotherapie zu führen. Physiotherapeuten/-innen hingegen scheinen primär den Austausch mit der Ergotherapie zu pflegen. Auch für den Bereich der Ergotherapie scheint ein interdisziplinärer Austausch wichtig zu sein.

Des Weiteren wurde auch gefragt, wie sich diese Zusammenarbeit gestaltet. Dabei zeigte sich, dass primär im Rahmen von regelmäßig bzw. unregelmäßig abgehaltenen Besprechungen der interdisziplinäre Austausch geführt wird (n = 14). Zwei Ergotherapeuten/-innen führten auch gemeinsame Dokumentationsformulare an. Diese Frage ist in Bezug auf zukünftige Implementierungen der ICF wichtig, da bestehende Netzwerke erkannt werden können.

Zudem wurde gefragt, ob sich in den Aufgabenbeschreibungen der Therapeuten/-innen konkrete Angaben zum Einsatz der ICF finden. In keiner Aussage gab es einen expliziten Hinweis, dass ICF bezogene Beschreibungen vorliegen. Die Therapeuten/-innen nannten aber Instrumente zur Umsetzung der ICF, die in den Aufgabenbeschreibungen abgebildet sind. Zum Beispiel, dass das Zeitfenster für den interprofessionellen Austausch (Ergo, n = 5; Logo n = 7; Physio, n = 11)

oder ein berufsspezifischer Beratungsauftrag (Ergo, n = 3; Logo, n = 5; Physio, n = 9) sowie eine telefonische Beratung von Angehörigen (Ergo, n = 1; Logo, n = 5; Physio, n = 3) Inhalt der Dienstbeschreibung sei.

Im Hinblick auf die Einbeziehung von Maßnahmen auf Aktivitäts- bzw. Partizipationsebene wurde auch nach den strukturellen Möglichkeiten gefragt, die für Gruppentherapien benötigt würden. Für die Mehrzahl der Therapeuten/-innen (n = 41) stehen Räume zur Verfügung, die ein Arbeiten in kleineren und größeren Gruppen zulassen.

Gefragt wurde auch nach den Verbesserungsvorschlägen zum Einsatz der ICF auf organisatorischer Ebene. Dabei konnten sowohl interprofessionelle als auch institutionelle Überlegungen genannt werden.

An erster Stelle wird der Bedarf an Aus- und Weiterbildung im Bereich ICF genannt (Ergo, n = 7; Logo, n = 3; Physio, n = 8). Die Befragten wünschen sich eine Verbesserung beim vermehrten Einsatz der ICF in Teambesprechungen (Ergo, n = 6; Physio, n = 6). Ergo- und Physiotherapeuten/-innen (n = 3) regten auch an, dass die ICF als Grundlage für eine entsprechende Befunderhebung und Zieldefinition dienen sollte. Auch für Logopäden/-innen (n = 3) scheint dieser Punkt von Bedeutung zu sein. Sie schlagen vor, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bereits in der Befunderhebung und Zieldefinition einzuführen.

### Implementierung im therapeutischen Bereich

Der zweite Teil der Befragung setzte sich damit auseinander, in welcher Form die einzelnen therapeutischen Disziplinen die Implementierung leisten.

Mehr als die Hälfte der Befragten (Ergo, n = 11, Logo, n = 14, Physio, n = 10) nutzen bereits ein gemeinsames Dokumentationssystem. Zum Teil handelt es sich dabei um eine digitale Form (Ergo, n = 5, Logo, n = 9, Physio, n = 5). Die Dokumentation bildet durchwegs den gesamten therapeutischen Prozess ab und enthält einen einheitlichen Befundbogen, einschließlich der genutzten Assessments und eine Verlaufsdokumentation (Ergo, n = 8, Physio, n = 3). Auch gaben die Therapeuten/-innen an, dass die ICF in der Dokumentation auf mehreren ICF- Ebenen abgebildet sei (Ergo, n = 5; Physio, n = 12).

Um einen weiteren Hinweis auf die Art der Implementierung der ICF bei den jeweiligen Berufsgruppen zu erhalten, wurde die Frage gestellt, ob die Bereiche Anamnese, Diagnose und Therapie kontext- und alltagsorientiert gestaltet werden. Es zeigte sich, dass primär im Rahmen der Therapie (Ergo, n = 11, Physio, n = 14), gefolgt von der Anamnese (Ergo, n = 7; Physio, n = 14) sowie der Diagnostik (Ergo, n = 6; Physio, n = 11), die ICF verankert ist. Ergo- (n = 11) und Physiotherapeuten/-innen (n = 14) gaben an, dass bereits die Wahl der therapeutischen Maßnahmen ICF orientiert gedacht wird. Im Rahmen



der APPEAR- Studie wurde für Logopäden/-innen diese Frage nicht erhoben.

Ergotherapeuten/-innen (n = 6) und Physiotherapeuten/-innen (n = 12) gaben an, dass die Implementierung der ICF ihre Arbeit beeinflusst habe. Ergotherapeuten/-innen (n = 7) und Physiotherapeut/-innen (n = 9) führten an, dass ihr therapeutisches Handeln und Denken sich von der Struktur- und Funktionsebene hin zur Aktivitäts- bzw. Partizipationsebene entwickelt hat. Wesentlich scheint auch, dass durch eine Implementierung die Kontextfaktoren stärker berücksichtigt werden (Ergo, n = 1; Physio, n = 3). Zudem ermöglicht die ICF einzelnen Therapeut/-innen eine strukturiertere Vorbereitung von Besprechungen als zuvor (Physio, n = 2). Diese Fragen wurden im Rahmen der APPEAR- Studie nicht gestellt und deshalb liegen dazu keine Ergebnisse für die Logopädie vor. Dies gilt auch für die Frage, inwieweit die ICF- Ebenen im therapeutischen Handeln berücksichtigt werden. So wurden Ergo- und Physiotherapeuten/-innen gefragt, auf welcher Ebene der Therapiefokus liegt. Für Ergotherapeuten/-innen (n = 16) liegt der primäre Therapiefokus auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene, ergänzt durch Arbeit an Körperstrukturen und Funktionen. Auch in der Physiotherapie (n = 14) wurde die Arbeit auf Aktivitäts- und Partizipationsebene am häufigsten als therapeutischer Fokus genannt.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde auch erhoben, wie Therapieziele im therapeutischen Bereich zustande kommen (vgl. Tab. 3). Die Ergebnisse zeigen, dass die dialogische Zieldefinition im Vordergrund steht, gefolgt vom interdisziplinären Konsens und dem Gespräch mit dem behandelnden Arzt

Tabelle 3: Zustandekommen von Therapiezielen (Mehrfachnennung möglich)

Zustandekommen von Therapiezielen	Ergo (n)	Logo (n)	Physio (n)
Dialogisch, mit den betroffenen Patienten/-innen und Angehörigen	13	2	13
interdisziplinärer Konsens	12	x	11
im Gespräch mit den behandelnden Ärzten/-innen	12	x	9
durch Therapeuten/-innen	6	x	3

Gefragt nach den Inhalten der Zielformulierungen, gaben mehr als die Hälfte der befragten Therapeuten/-innen (Ergo, n = 13; Logo, n = 14; Physio, n = 14) an, dass in die Zielformulierung, Kontextfaktoren und Überlegungen zur Partizipation einfließen. Ergotherapeuten/-innen (n = 2) und Logopäden/-innen (n = 3) verwiesen aber darauf, dass im Akutbereich die Formulierung von Therapiezielen primär auf der Struktur- und Funktionsebene nötig sei. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde auch erhoben,

wie das Erreichen von Therapiezielen gemessen bzw. abgebildet wird. Die Befragten geben am häufigsten die Beobachtung als Überprüfungsmodalität an (Ergo, n = 15; Logo, n = 9, Physio, n = 13). Gefolgt von der Testung (Ergo, n = 13; Physio, n = 13) sowie der Befragung (Ergo, n = 13; Logo; n = 8 Physio, n = 12).

Aus den ergänzenden Kommentaren geht hervor, dass auf adäquate Messinstrumente, insbesondere auf Funktions- und Aktivitätsebene zurückgegriffen werden könne. Physiotherapeuten/-innen (n = 5) gaben an, dass geeignete Instrumente zur Messung der Partizipation fehlen würden (vgl. Tab. 4).

Tabelle 4: Die fünf am häufigsten angewandten Assessments in der Ergotherapie und Physiotherapie

Ergotherapie	n	Physiotherapie	n
Nine hole peg	13	Timed Up and Go	6
Dynamometer	9	Berg Balance Scale	5
Ästhesiometrie	3	10 Meter Walking Test	4
Visual Analog Scala	3	Functional Ambulation Categories	4
Moberg pick-up	3	Visual Analog Scala	3
Canadian Occupational Performance Measure	3	Barthel-Index	3

Es zeigt sich, dass Ergotherapeuten/-innen primär Assessments auf Funktionsebene einsetzen. Physiotherapeuten/-innen wählen sowohl Assessments auf Aktivitäts- als auch auf Funktionsebene, wobei primär Assessments auf Aktivitätsebene zum Einsatz kommen.

## ICF im Schnittstellenmanagement

Der dritte Teil der Befragung bezog sich auf die Rolle der ICF im Schnittstellenmanagement von stationärer und ambulanter Versorgung. Gerade im Bereich der Neurorehabilitation ist die Nachsorge im ambulanten Bereich von großer Bedeutung.

Mehr als die Hälfte der befragten Therapeuten/-innen informieren Ihre Patienten/-innen über weiterführende Therapiemöglichkeiten und verweisen auf Berufskollegen/-innen im niedergelassenen Bereich sowie weitere Rehabilitationsmöglichkeiten (Ergo, n = 13; Logo, n = 12; Physio, n = 9). Zudem erhält ein großer Teil der Patienten/-innen ein Heimprogramm bei der Entlassung (Ergo, n = 13; Logo, n = 13; Physio, n = 8). Der Großteil der Logopäden/-innen (n = 16) hält die Weitergabe des Befundes für eine sinnvolle Maßnahme, um eine entsprechende Fortsetzung der Therapie gewährleisten zu können.

Die Teilnehmer/-innen der Untersuchung wurden zur ambulanten Weiterversorgung der betreuten Patienten/-

innen gefragt. Es wurde von den Therapeuten/-innen die Aufklärung über die weiteren Therapiemöglichkeiten am häufigsten genannt (Ergo, n = 3; Physio, n = 7). Zudem erhält ein Teil der Patienten/-innen auch ambulante Ergotherapie (n = 2) oder Physiotherapie (n = 3) in angeschlossenen Ambulatorien. Seitens der Ergotherapie (n = 3) wird der generelle Mangel an ambulanter ergotherapeutischer Versorgung angemerkt.

Mit dem Schnittstellenmanagement am Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung sind nur knapp die Hälfte der befragten Therapeuten/-innen zufrieden (Ergo, n = 7; Logo, n = 9; Physio, n = 11). Gründe dafür liegen im mangelnden Angebot an weiterführenden ambulanten Therapiemöglichkeiten (Ergo, n = 6; Logo, n = 7) und den hohen Kosten für die Patienten/-innen (Ergo, n = 3; Logo, n = 1), die sich durch die ambulante Weiterversorgung ergeben. Zusätzlich wird seitens der Ergotherapie das Fehlen zeitlicher Ressourcen für die Dokumentation und die Organisation der Weiterversorgung genannt. Im Bereich der Logopädie (n = 1) und Physiotherapie (n = 2) werden noch der geringe Informationsfluss nach außen bzw. Informationsaustausch mit dem niedergelassenen Bereich angemerkt.

## DISKUSSION

### Einschränkungen

Die vorliegenden Ergebnisse stellen eine erste Erhebung der Anwendung des ICF für den therapeutischen Bereich in Österreich dar. Wenn auch mittels der einbezogenen Listen ein großer Teil der Ergotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen und Physiotherapeuten/-innen in österreichischen Rehabilitationseinrichtungen erreicht wurde, so wurde nur die Hälfte der versendeten Fragebögen retourniert.

Die retournierten Fragebögen können keiner Institution zugeordnet werden und somit können auch keine Rückschlüsse auf regionale Unterschiede gemacht werden, was für zukünftige Untersuchungen von Vorteil wäre. Es können auch keine Rückschlüsse gezogen werden, ob die unterschiedlichen Therapeuten/-innen einheitliche Angaben zur Institution getätigt haben.

Die meisten der teilnehmenden Therapeuten/-innen arbeiten in Institutionen, die neben der subakuten Rehabilitation auch Behandlungen in anderen Rehabilitationsphasen anbieten. Es muss davon ausgegangen werden, dass teilnehmende Therapeuten/-innen in diesen unterschiedlichen Phasen tätig sind und nicht bei jeder Fragestellung nur für die subakute Phase geantwortet haben. Zudem gilt es zu bedenken, dass Therapeuten/-innen nicht auf Ihren Ausbildungsgrad in Bezug auf die ICF befragt wurden. So könnte es vereinzelt vorgekommen sein, dass mangels Information es zu

falschen Angaben, z.B. in Bezug auf die ICF-Ebenen, gekommen ist. Zudem könnten zu den sechs Fragen, die zum Ursprungsfragebogen der APPEAR-Studie hinzugefügt wurden, keine Aussagen für die Logopädie gemacht werden.

### ICF in der Neurorehabilitation in Österreich

Die Rehabilitationsmedizin ist definiert als multiprofessionelles und interdisziplinäres Management von der Funktionsfähigkeit und Gesundheit von Patienten/-innen. Ihre Möglichkeiten liegen in der Behandlung von beeinträchtigten Körperstrukturen und -Funktionen sowie in der Bewältigung dieser eingeschränkten Funktionen bzw. Aktivitäten und Partizipation. Zudem ist die Prävention von Folgesymptomen und Einschränkungen als wesentlicher Teil der Rehabilitation zu sehen (Stucki et al., 2002).

Durch die Einführung und die Implementierung der ICF erhofft man sich eine wesentliche Vereinfachung und Optimierung dieses Prozesses (WHO, 2001).

Das österreichische Gesundheitssystem hatte bis vor wenigen Jahren die ICF noch nicht in seinen strukturellen Ablauf integriert (Stamm, 2009). Dies scheint sich, im Besonderen für den Bereich der Neurorehabilitation, verändert zu haben. Denn die Ergebnisse der vorliegenden Befragung weisen deutlich darauf hin, dass Ergotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen und Physiotherapeuten/-innen in Institutionen arbeiten, die die ICF als Leitidee führen.

Stucki et al. (2002) deuteten auch darauf hin, dass die ICF in einem multiprofessionellen Team wesentlich zum gegenseitigen Austausch und gemeinsamen Handeln beitragen kann. Dass multiprofessionelle Kommunikation einen wesentlichen Aspekt in der therapeutischen Arbeit darstellt, wird auch in der vorliegenden Untersuchung sichtbar. Primär dienen gemeinsame Besprechungen und Dokumentationen als Rahmen für diese Kommunikation. Doch die ICF ist in diesen gemeinsamen Dokumentationssystemen nur in Teilbereichen abgebildet. Nämlich in der Zielformulierung und in der therapeutischen Auswahl von Assessments. Hier scheint es österreichweit einen Aufholbedarf zu geben. Es bedarf weiterer Forschung, um die Gründe für diesen Mangel zu erheben und die dadurch nötigen Implementierungsmaßnahmen zu ermöglichen. Rauch, Escorpizo, Riddle, Stucki & Cieza (2010) empfehlen unter anderem die Entwicklung und den Einsatz ICF orientierter elektronischer Dokumentationssysteme, um die Praktikabilität und damit die Akzeptanz der Implementierung unter den Berufsgruppen zu fördern.

Obwohl die Therapeuten/-innen angeben, bei der Auswahl von Assessments die ICF-Ebenen zu berücksichtigen, erscheint es interessant, dass die ICF CoreSets



(„DIMDI - ICF“, o.J.) zur Dokumentation des Therapieverlaufs nicht genannt wurden. Diese Core-Sets gelten bereits als valide und praktikabel Messinstrumente (Rauch et al., 2010; Escorpizo et al., 2010) und liegen für einen großen Bereich der Neurorehabilitation vor. Möglicherweise könnte die Schulung von Therapeuten/-innen einen wesentlichen Beitrag zur Bekanntmachung dieses ICF basierten Messinstrumentes leisten. Zur flächendeckenden Verbreitung der ICF ist ihre Verankerung im medizinischen Aus- und Fortbildungsbereich von großer Bedeutung (Stucki et al., 2002). In einer internationalen Befragung von Ergotherapeuten/-innen wurde sichtbar, dass die ICF zurzeit noch nicht im medizinischen Ausbildungssystem verankert ist (Stewart, Samrai, Carswell, McIntyre, & Hemmingsson, 2013) Auch für die Befragten der vorliegenden Untersuchung stellt die Verbesserung des Fort- und Weiterbildungsangebots zur ICF einen wesentlichen Anteil zur Verankerung in den Abteilungen dar. Aus Sicht der Autoren/-innen kann auch die Verankerung der ICF in der Grundausbildung der medizinischen und therapeutischen Berufe wesentlich dazu beitragen, dass Absolventen/-innen in Bezug auf die Anwendung der ICF früh diesbezügliche Kompetenzen erwerben.

Escorpizo et al. (2010) weisen darauf hin, dass eine Anpassung bestehender Messparameter an die ICF Nomenklatur bzw. der Einsatz von ICF orientierten Dokumentationen dazu führt, dass die Daten der Patienten/-innen aussagekräftig und zeitsparend an den unterschiedlichen Schnittstellen in der Neurorehabilitation genutzt werden können. Auch unter den österreichischen Therapeuten/-innen scheint ein großer Bedarf an

einer Optimierung dieser Schnittstellen gegeben zu sein. Besonders beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich sehen Therapeuten/-innen Schwierigkeiten für Patienten/-innen. Ob und in welcher Form hier die ICF eine Hilfestellung anbieten kann, sollte Inhalt weiterer Untersuchungen sein.

Durch die Implementierung der ICF wird in der therapeutischen Arbeit mit den Patienten/-innen verstärkt auf Partizipation, Kontextfaktoren und Alltagsaktivitäten Wert gelegt (Rentsch u.a., 2003). Das heißt, dass die Integration der ICF einen Einfluss auf das therapeutische Handeln hat. Dies bestätigen auch die befragten Ergo- und Physiotherapeuten/-innen in der vorliegenden Untersuchung. Die Autoren/-innen der vorliegenden Arbeit sehen diese Entwicklung positiv, da eine Strukturierung und Fokussierung des Rehabilitationsprozesses wesentlich dazu beiträgt, Patienten/-innen rasch in die Unabhängigkeit zu begleiten.

## Zusammenfassung

Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung weisen darauf hin, dass die ICF von österreichischen Therapeuten/-innen eingesetzt wird. Es gibt auch Hinweise, dass die Implementierung der ICF zu einer Veränderung im therapeutischen Prozess führt. So kann sie zur Verbesserung der multiprofessionellen Zusammenarbeit und zur Verlagerung des Therapiefokus auf Aktivitäts- und Partizipationsebene beitragen. Die institutionelle Vorgabe zur Umsetzung der ICF und die ausreichende Schulung des therapeutischen Personals scheinen wesentlich, um einen flächendeckenden Einsatz der ICF zu erzielen.

## Literaturverzeichnis

- Brunner, M., Haid, A., Rother, A., & Steiner, J. (2014). ICF-Konzept und Aphasiepraxis. Ergebnisse einer Befragung von LogopädInnen in postakuten Rehaeinrichtungen in Österreich. *LogoThema*, (2), 14–17.
- Cieza, A., Hilfiker, R., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustün, B. T., & Stucki, G. (2009). The International Classification of Functioning, Disability, and Health could be used to measure functioning. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(9), 899–911. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.01.019>
- Cieza, A., & Stucki, G. (2008). The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(3), 303–313.
- DIMDI - ICF. (o. J.). Abgerufen 28. Februar 2017, von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>
- Finger, M. E., Cieza, A., Stoll, J., Stucki, G., & Huber, E. O. (2006). Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: a Delphi exercise. *Physical Therapy*, 86(9), 1203–1220. <https://doi.org/10.2522/ptj.20050134>
- Grill, E., Huber, E. O., Gloor-Juzi, T., & Stucki, G. (2010). Intervention goals determine physical therapists' workload in the acute care setting. *Physical Therapy*, 90(10), 1468–1478. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090390>
- Grotkamp, S., Cibis, W., Nüchtern, E., Baldus, A., Behrens, J., Bucher, P. O., ... Seger, W. (2012). Personal factors of the ICF, (74(7)), 449–58. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1314823>
- Haid, A., & Steiner, J. (2013). ICF in der Umsetzung im stationären Alltag der Aphasiepraxis Ergebnisse einer Befragung von Logopädinnen und Logopäden im Drei-Länder-Vergleich (Schweiz, Österreich und Deutschland) – Ausschnitt Deutschschweiz. *SAL-Bulletin*, (149), 24–32.
- Kus, S., Coenen, M., Dereskewitz, C., Cieza, A., & Rudolf, K. D. (2013). ICF Core Sets for hand conditions - Update on the development, validation and implementation (in German "ICF Core Sets der Hand - aktueller Stand der Entwicklung, Validierung und Implementierung). *Zeitschrift für Handtherapie*, (16), 6–15.
- Mayering, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.



- Modi, J. N., Anshu, Gupta, S. P., & Singh, T. (2015). Teaching and Assessing Clinical Reasoning Skills. *Indian Pediatrics*, (15).
- Neurologische Abteilungen | ÖGN – Österreichische Gesellschaft für Neurologie. (o. J.). Abgerufen 6. März 2017, von <http://oegn.at/neurologie-in-oesterreich/neurologische-abteilungen/>
- Österreichischer Rehabilitationskompass Listenansicht. (o. J.). Abgerufen 6. März 2017, von <https://rehakompass.goeg.at/Rehazentren/Listenansicht>
- Prodinger, B., Darzins, S., Magasi, S., & Baptiste, S. (2015). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Opportunities and challenges to the use of ICF for occupational therapy. *World Federatin of Occupational Therapists Bulletin*, 2(71), 108–114.
- Rauch, A., Cieca, A., & Stucki, G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice., (44(3)), 329–42.
- Rauch, A., Escorpizo, R., Riddle, D. L., Stucki, G., & Cieza, A. (2010). Using a Case Report of a Patient With Spinal Cord Injury to Illustrate the Application of the International Classification of Functionig, Disability and Health During Multidisciplinary Patient Management. *Physical Therapy*, 90(7), 1039–1052.
- Reinhardt, J. D., Zhang, X., Prodinger, B., Ehrmann-Bostan, C., Selb, M., Stucki, G., & Li, J. (2016). Towards the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in routine clinical practice: Empirical findings of a pilot study from Mainland China. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(6), 515–521. <https://doi.org/10.2340/16501977-2102>
- Rentsch, H. P., Bucher, P., Dommen Nyffeler, I., Wolf, C., Hefti, H., Fluri, E., ... Boyer, I. (2003). The implementation of the „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disability and Rehabilitation*, 25(8), 411–421. <https://doi.org/10.1080/0963828031000069717>
- Stamm, T. (2009). Medical versus bio-psycho-social model: possible reasons why the ICF is hardly used in Austria from an occupational therapy perspective. *WFOT Bulletin*, 59(1), 70–75. <https://doi.org/10.1179/otb.2009.59.1.019>
- Stewart, D., Samrai, B., Carswell, A., McIntyre, A., & Hemmingsson, H. (2013). WFOT Survey about the use and utility of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *WFOT Bulletin*, 68, 9–25. <https://doi.org/10.111179/otb.2013.68.1.005>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.
- World Health Organization, D. (2005). *ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf.