

## **Die ICF in der geriatrischen Rehabilitation – EDV-basierte und praxisorientierte Anwendung der ICF**

Thomas Tümena (GiB-DAT-Projekt), Walter Swoboda (geriatrische Rehabilitationsklinik Würzburg), Jens Trögner (Klinikum Nürnberg), Axel Schramm (Klinikum Bayreuth), GiB-DAT-Gruppe

### **Einleitung – GiB-DAT-Projekt**

Die Geriatrie-in-Bayern-Datenbank (GiB-DAT) ist ein Qualitätssicherungsprojekt aus dem Bereich geriatrischer Rehabilitation. Träger ist die Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V..

51 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen aus Bayern liefern aktuell rund 25.000 Behandlungsdaten jährlich in die zur Zeit rund 130.000 Datensätze umfassende Datenbank. GiB-DAT ist damit die europaweit größte Datenbank für die geriatrische Rehabilitation.

Weitere Informationen zu GiB-DAT und deren erste Ergebnisse können Trögner et al. (2006a, 2006b) sowie den Internet-Adressen [www.gibdat.de](http://www.gibdat.de), [www.afgib.de](http://www.afgib.de) entnommen werden.

### **GiB-DAT und GERIDOC®**

Maßgeblicher Anteil an dem großen Erfolg von GiB-DAT wird der im Rahmen des Projekts entwickelten Software GERIDOC zugemessen. In dieser wird versucht, dem Benutzer als Ausgleich für seine Dateneingaben eine Entlastung von Routineaufgaben zu verschaffen, zum Beispiel in Form von automatisch generierten Arztbriefen, Rezepten, Befunden, Anträgen usw..

Entsprechend dem interdisziplinären Vorgehen in der Geriatrie werden dabei alle beteiligten Berufsgruppen mit einbezogen, die jeweils einen spezifischen Nutzen aus dem System ziehen können. Im Verlaufe der Entwicklung – und in dieser Form zunächst unerwartet – wurden im Rahmen von regelmäßigen Treffen der einzelnen Berufsgruppen Wünsche nach eigenen, berufsspezifischen Dokumentationsformen formuliert und auch umgesetzt.

In diesem Kontext stieß die Entwicklung der ICF auf großes Interesse. Über den Stand der ICF-Diskussion im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation sowie über die Umsetzung der ICF in GERIDOC soll im Folgenden berichtet werden.

### **ICF-Entwicklung innerhalb von GERIDOC®**

Die Einbindung der ICF in GERIDOC erfolgte vor allem mit dem Ziel, eine praxisgerechte Lösung zu entwickeln, aus welcher die Anwender in ihrer täglichen Arbeit einen unmittelbaren Nutzen ziehen können.

Aktuell ist die Entwicklung noch nicht abgeschlossen; die Konzepte werden gemeinsam mit engagierten Therapeuten weiter entwickelt und in ihrer Handhabbarkeit getestet.

#### **- Eingrenzung der ICF-Codes**

Um die Auswahl der möglichen Codes überschaubar zu gestalten, kann von jeder Berufsgruppe (Ärzte, Psychologen, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegende, Sonstige) eine Auswahl getroffen werden, welche Codes jeweils relevant sind. Das ICF-Verzeichnis kann vom Nutzer auf die jeweilige berufsspezifische „Hitliste“ der ICF-Codes beschränkt werden. Aktuell sind von der Pflege 45, Ergotherapie 54, Sozialdienst 73, Psychologie 59 und Logopädie 12 Codes als relevant herausgesucht worden.

#### **- Eingabe der Schweregrade**

Zu den ausgewählten ICF-Codes können Schweregrade zu max. 3 Zeitpunkten (Aufnahme, Zwischenwert, Entlassung) eingetragen werden. Für jeden Code mit Schweregrad und in Abhängigkeit von der eingebenden Berufsgruppe können Maßnahmen und Operationalisierungen festgelegt werden. Sie erscheinen automatisch in der Eingabemaske,

sobald die entsprechenden Informationen eingetragen wurden. Das Kodieren fällt leichter, da die konkreten Anweisungen in der Sprache der jeweiligen Berufsgruppe abgefasst sind.

### **- Überleitungsfunktionen**

Die Berufsgruppen Psychologie und Logopädie haben aktuell Regeln für die Überleitung von berufsspezifischen Inhalten in konkrete Codes und Schweregrade aufgestellt. Damit kann GERIDOC aus einem Teil der bisherigen Eintragungen automatisch ICF-Codes generieren.

### **- Aufbau Pflegeplanung**

Die Maßnahmen, die, wie bereits angeführt, code- und schweregradspezifisch angezeigt werden, können dem konkreten Patienten zugeordnet und dort zusätzlich noch überarbeitet werden. Ferner werden hinterlegte Minutenwerte eingespielt. Damit ist grundsätzlich eine ICF-basierte Pflegeplanung möglich, deren Bewährung in der Praxis jedoch noch aussteht.

### **Diskussion**

Aus der bisherigen Umsetzung der ICF in eine anwenderfreundliche und praxisorientierte Software und insbesondere aus der Diskussion der ICF mit und in den verschiedenen, in der geriatrischen Rehabilitation tätigen Berufsgruppen zeichnet sich bislang ab, dass eine (automatisierte) Gewinnung von Codes und Schweregraden aus unserem GERIDOC-System in weiten Teilen möglich ist.

Für die Verwendung der ICF als primäres Werkzeug berufsspezifischer Befunderhebung werden jedoch noch einige Probleme gesehen. So sind einzelne Bereiche der ICF zu unspezifisch, um sie für die Befunddokumentation zu verwenden. Beispielsweise unterscheidet der Code b1441 Langzeitgedächtnis nicht zwischen dem Langzeitgedächtnis (= Behalten neuer Informationen > 24 Stunden) und dem Altgedächtnis (Erinnerung an weit zurückliegende Ereignisse). Diese Unterscheidung ist jedoch für die Demenzdiagnostik wichtig.

Problematisch ist auch die einseitige Defizitorientierung bei der Kodierung der Schweregrade auf funktionaler Ebene – außergewöhnlich gut erhaltener Funktionsbereiche können bei geriatrischen Patienten auch Ressourcen zur Kompensation von Einschränkungen in anderen Gebieten darstellen, aber nicht codiert werden.

Gelegentlich wäre es wünschenswert, die Art der Abweichung zu codieren, etwa um festzuhalten, ob ein Patient mit einer Antriebsstörungen unter einem pathologisch übersteigerten oder pathologisch erlahmten Antrieb leidet (b130) - auch dies hat eine hohe Alltagsrelevanz.

Aktivitäten und Partizipation können nach ersten Eindrücken nicht von den einzelnen Berufsgruppen kodiert werden - hierzu sind sie zu unspezifisch und allgemein. Gegenwärtig wird überlegt, solche Einschätzungen gemeinsam im geriatrischen Team vorzunehmen und daraus die Ziele der Rehabilitationsbehandlung abzuleiten. Hierfür scheint uns die ICF geeignet, insbesondere auch zur Ermittlung des Zielerreichungsgrades nach Abschluss der Behandlung.

Die weiteren Bemühungen werden sich auf die Weiterentwicklung der Pflegeplanung sowie die Operationalisierung der berufsspezifisch festgelegten Codes und deren Schweregrade richten.

### **Literatur:**

Trögner J, Tümena T, Schramm A, Heinrich R, Sieber C, GiB-DAT-Gruppe (2006a). Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT): Konzept, Struktur und Ergebnisse der Implementation. (Teil I). Z GERONTOL GERIAT, in press

Trögner J, Tümena T, Schramm A, Heinrich R, Sieber C, GiB-DAT-Gruppe (2006b). Geriatrie in Bayern-Datenbank (GiB-DAT): Patientenstrukturen und Ergebnisse der geriatrischen Rehabilitation. Eine erste statistische Analyse von Benchmarking-Parametern. (Teil II). Z GERONTOL GERIAT, in press