



European Guideline for Target Group oriented
psychosocial aftercare-Implementation

Target Group Intervention Program Heft IV

Rehabilitation von
psychischen Beeinträchtigungen
nach Großschadenslagen

Robert Bering, Alarcoz Cieza, Claudia Schedlich & Gisela Zurek



Project co funded by the European Commission –

Grant Agreement N° 07.030601/2006/447903/SUB/A3 and Grant Agreement N° 070401/2009/540414/SUB/A4

Das Manual zur Anwendung des TGIP im Rahmen von Großschadenslagen wurde im Rahmen eines von der Europäischen Union geförderten Projektes „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“ entwickelt und im Rahmen des Folgeprojektes EUTOPA-IP an den aktuellen Forschungsstand angepasst.

Autoren

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. R. Bering; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Chefarzt am Zentrum für Psychotraumatologie der Alexianer Krefeld GmbH

Priv.-Doz. Dr. Alarcos Cieza: Wiss. Mitarbeiterin, Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften Ludwig-Maximilians-Universität München

Dipl.-Psych. Claudia Schedlich: Psychologin am Zentrum für Psychotraumatologie, Alexianer Krefeld GmbH. Leitung der Ausbildung zum Fachberater für Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Dipl.-Psych. Gisela Zurek: Psychologin am Zentrum für Psychotraumatologie, Alexianer Krefeld GmbH

Danksagung

EUTOPA wurde von der Europäischen Kommission unter dem Grant Agreement „N⁰ 07030601/2006/447903/SUB/A3“ und EUTOPA-IP unter dem Grant Agreement „N⁰ 070401/2009/540414/SUB/A4“ gefördert. Wir bedanken uns bei den Delegierten von EUTOPA für die wertvollen Diskussionen, die in unsere Arbeit zur Modifikation von TGIP für Großschadenslagen eingeflossen sind.

Dean Ajdukovic, David Alexander, Rosemarie Barwinski, Roman Birvon, Jonathan Bisson, Barbara Blanckmeister, David Bolton, Gernot Brauchle, Claudia Bredenbeck, Chris Brewin, Bruno Carlos Almeida de Brito, Ranieri Brook Barbieri, Alarcos Cieza, Paul Cutajar, Francine Dal, Anita Deak, Katherine Deeley, Albert Deistler, Fruzsina Deme, Aida Maria dos Santos Dias, Michel Dückers, Jose Felix Duque, Ask Elklit, Lucy Faulkner, Maja Furlan, Eva Garossa, George Gawlinski, Eric Geerligs, Oliver Gengenbach, Stelios Georgiades, Berthold Gersons, Annika Gillispie, Irina Gudaviciene, Miroslav Harvan, Trond Heir, Leonie Hoijtink, Simona Hoskovcová, Barbara Juen, Maria Kee, Zafiria Kollia, Uwe Korch, Dietmar Kratzer, Nora Lang, Talia Levanon, Vivienne Lukey, Jana Malikova, Robert Masten, Giulia Marino, José M.O. Mendes, Tiiu Meres, José Carlos Mingote Adán, Maureen Mooney, Maria Eugenia Morante Benadero, Carlos Mur de Viu, Josée Netten, Àgatha Niemyjska, Iliana Nikolaeva, Brigit Nooij, Dag Nordanger, Lasse Nurmi, Miranda Olf, Francisco Orengo, Gerry O'Sullivan, Anthony Pemberton, Danila Pennacchi, Delphine Pennewaert, Pascal Perez Guertault, Cristiana Pizzi, Gerd Puhl, Raija-Leena Punamäki, Ralf Radix, Gavin Rees, Maire Riis, Magda Rooze, Claudia Roth, Arielle de Ruijter, Salli Saari, Rob Sardemann, Christina Schloßmacher, Claudia Schorr, Frederico Galvao da Silva, Jana Seblova, Aysen Ufuk Sezgin, Erik de Soir, Marc Stein, Gisela Steiner, Sofia Stoimenova, Axel Strang, Jan Swinkels, Lajos Szabó, Dominique Szepielak, Petra Tabelling, Hans te Brake, Miguel André Telo de Arriaga, Graham Turpin, Willy van Halem, Koen van Praet, Jozsef Vegh, Ronald Voorthuis, Edgar Vor, Stepan Vymetal, Dieter Wagner, Lars Weisaeth, Martin Willems, Richard Williams, Moya Wood - Heath, William Yule, Bogdan Zawadzki

Für die internationale Zusammenarbeit danken wir unseren Projektpartnern. Hierzu gehören das Amt für internationale Zusammenarbeit der Stadt Köln, die niederländischen Gruppe Impact, die Spanische Gesellschaft für Psychotraumatologie (SEPET-D), die Ambulanz für Gewalt und Unfallopfer des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Düsseldorf sowie Kolleginnen und Kollegen der Karls-Universität Prag.

© 2011 Bering, Cieza, Schedlich, Zurek

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Dies gilt im Besonderen für die Vervielfältigung, Übersetzung und Weiterverarbeitung innerhalb und außerhalb elektronischer Systeme.

Literatur zum Target Group Intervention Program (TGIP)

Übersetzungen des Manuals auf Englisch und Spanisch finden Sie unter www.eutopa-info.eu

- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen. In: R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 13–34).
- Bering, R. (2011, 2. Auflage). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Kimmel, E., Grittner, G. & Fischer, G. (2003). Das elektronische Schulungsmanual eReader 3.0 »Behandlung und Prävention von Psychotraumen«. Anwendung neuer Medien zur Vermittlung der Zielgruppenorientierten Intervention in der Bundeswehr. In: R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 118–131).
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In: R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11(1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Elklit, A., Schedlich, C., Zurek, G. (2009). Psychosocial Crisis Management: The role of Screening, Risk factors, and Psychopharmacology to prevent trauma related disorders. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 63-74.
- Bering, R., Schedlich, C. & Zurek, G. (2011). Großschadenslagen als potentiell traumatisierende Ereigniskonstellation. In: G. H. Seidler, H. J. Freyberger, A. Maerker (Hrsg), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 493-507). Stuttgart. Klett-Cotta.
- Bering, R., Schedlich, C. & Zurek, G. (2011). Situationstypologien der Psychosozialen Notfallversorgung. In: G. H. Seidler, H. J. Freyberger, A. Maerker (Hrsg), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 644-658). Stuttgart. Klett-Cotta.
- Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). Prävention und Behandlung von Psychotraumen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2000* (S. 10–54). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In: R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115).
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63–74.

Weiterführende Information über die ZGI in Verbindung mit der psychosozialen Nachsorge von Opfern von Terroranschlägen und für Soldaten nach Auslandseinsätzen finden Sie unter

www.ikpp-bundeswehr.de

www.plot-info.eu

Inhalt

1.	EINFÜHRUNG.....	6
1.1	Funktionsfähigkeit und Behinderung nach Großschadenslagen.....	6
1.2	Förderung von Funktionsfähigkeit und Rehabilitation.....	7
2.	DIE INTERNATIONALE KLASSIFIKATION FUNKTIONSFÄHIGKEIT BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT.....	8
2.1	Definition.....	8
2.2	Implementierung der ICF – Status quo.....	11
2.2.1	Die Implementierung der ICF in der Gesetzgebung in den Gesundheitssystemen.....	11
2.2.2	Die Implementierung der ICF in Verbindung mit psychischen Störungen.....	12
2.2.3	ICF im Katastrophenmanagement.....	14
3.	QUESTIONNAIRE - FUNCTIONING DISABILITIES - STRESS RESPONSE: Q-FIS-SR.....	15
4.	EXEMPLARISCHE ANWENDUNG VON Q-FIS-SR – EINE FALLSTUDIE... 17	
4.1	Falldarstellung ICF uniformierte Dienste.....	17
4.2	Anwendung von Q-FIS SR.....	18
5.	REHABILITATION IM TARGET GROUP INTERVENTION PROGRAM.....	20
5.1	Rehabilitation im Target Group Intervention Program.....	20
5.2	Rehabilitationszyklus.....	21
6.	BERUFLICHE WIEDEREINGLIEDERUNG.....	23
7.	DISKUSSION.....	23
8.	LITERATUR.....	26
	ANHANG.....	28

1. Einführung

1.1 Funktionsfähigkeit und Behinderung nach Großschadenslagen

Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung, welche mit Einführung der Diagnose in das DSM III (1980) eingeführt worden ist, beruhen auf der Beobachtung, dass die Erfahrung von katastrophalen Ereignissen die Symptomtrias der Intrusionen, des Vermeidungsverhaltens und der Übererregungssymptome bei einem Teil der Betroffenen hervorrufen kann. Seitdem sind eine große Vielzahl von Publikationen in Fachzeitschriften veröffentlicht worden, die die Epidemiologie, Vorbeugung und Behandlung dieser Störung auf der Grundlage der Symptomausprägung abgehandelt haben. Allgemeine Anerkennung hat die Schlussfolgerung gefunden, dass die erfolgreiche Behandlung der Belastungsstörung an dem Rückgang der Symptome festgemacht werden kann.

Bis zum heutigen Tage sind Behinderungen bzw. Teilhabestörungen, die als Folge einer Belastungsstörung entstanden sind, nachrangig. Am Zentrum für Psychotraumatologie der Alexianer Krefeld GmbH in Deutschland haben wir die Möglichkeit, die Phänomenologie und Symptomausprägung vieler Patienten über alle Altersgruppen hinweg zu beobachten, die unter einer einfachen oder komplexen posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Wir haben festgestellt, dass die Symptomausprägung unserer Patienten uns eine eingeschränkte Information darüber liefert, welche Funktionsfähigkeit im Arbeits-, im Familien- und sozialen Leben gegeben ist. Unsere klinische Erfahrung beruht auf der Beobachtung, dass wir auf der Grundlage der Symptomausprägung keine zielsichere Indikation stellen können, ob eine Behandlung im vollstationären, ambulanten oder tagesklinischen Setting indiziert ist; weitere Kriterien, die über die symptomatische Ebene hinaus gehen, müssen berücksichtigt werden. Neben dem funktionalen Status muss der soziale Kontext des Patienten in besonderer Form berücksichtigt werden. Wir haben empirische Daten erhoben, die zeigen, dass die psychosozialen Faktoren eine entscheidende Rolle spielen, sowohl die Risikofaktoren für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung, als auch die Prognose des Erfolges der psychotherapeutischen Intervention. Unsere Untersuchung im Bezug auf die Invalidierung des Kölner Risikoindex ist im Einklang mit verschiedenen Metaanalysen (Ozer et al., 2003), die zeigen, dass der Mangel an sozialer Unterstützung als einer der wesentlichen Risikofaktoren für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung zu bezeichnen ist (Bering et al., 2009; Bering, 2011). Unsere Studien, die auf Katamnesen über unsere Patienten beruhen, haben gezeigt, dass die Mobilisation von sozialen Ressourcen eine grundlegende Rolle spielt, die Aussichten auf Erfolg der Behandlung einzuschätzen (Köhler & Bering, 2011). Wir wissen, dass nach Katastrophen und Großschadenslagen die Mehrzahl der Betroffenen eine akute vorübergehende Belastungsstörung entwickelt, die sich innerhalb weni-

ger Wochen zurückbildet (NATO-OTAN, 2008). Die Entwicklung einer Psychopathologie in diesem Zeitfenster ist somit kein valider Indikator für die Prognose, ob sich eine chronische Belastungsstörung entwickelt oder nicht (Bryant, 2003). Aus diesem Grunde müssen wir zusätzliche Modelle in Betracht ziehen, die ergebnisorientiert die Chronizität einer psychischen Beeinträchtigung nach kritischen Lebensereignissen einschätzen. Kürzlich konnte gezeigt werden, dass Risikofaktoren eine höhere prognostische Validität aufweisen, als die Ausprägung der Symptome; diese Schlussfolgerung konnte aus einer Stichprobe von deutschen Soldaten gezogen werden, die im Afghanistaneinsatz gewesen sind (Dunker, 2009). Wir stellen fest, dass der Grad der Funktionsstörung möglicherweise ein guter Kandidat ist, ein prognostisches Screening durchzuführen und in einem frühen Zeitfenster nach dem Ereignis umzusetzen. Darüber hinaus haben wir festgestellt, dass Komponenten der Behinderung möglicherweise ein Risikofaktor für die Late-Onset PTSD sein kann, dem man unzufriedenstellende Therapieergebnisse nachsagt. Aus diesem Grunde schlussfolgern wir, dass wir im Kontakt zu unseren Patienten den psychosozialen Auswirkungen einer posttraumatischen Belastungsstörung wesentlich mehr Bedeutung beimessen, als es sich in den diagnostischen Manualen der DSM und der ICD-10 widerspiegelt. Vor dem Hintergrund dieser Schlussfolgerungen sehen wir die Notwendigkeit, einen funktionalen Ansatz im Feld der Psychotraumatologie zu entwickeln, der sich mit dem Zusammenspiel der Belastungsreaktionen, der Entwicklung von Symptomen und der Entwicklung von Behinderung beschäftigt. Darüber hinaus werden wir diskutieren, welche Berufsgruppen, z. B. Psychiater, Psychologische Psychotherapeuten, Pflegedienst, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten, ziel führend eingesetzt werden. Die internationale Klassifikation von Behinderungen, Gesundheit und Funktion (ICF; WHO, 2001) ist möglicherweise ein gutes Instrument, die psychosozialen Auswirkungen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung richtig einzuschätzen. Darüber hinaus kann die Terminologie der ICF ein gemeinsames Rahmengerüst für unterschiedliche Berufsgruppen sein, um das Ergebnis der Behandlung und Rehabilitation in einer gemeinsamen Sprache zu beschreiben. Die zukünftige Version des DSM V wird in Bezug auf das Störungsbild der posttraumatischen Belastungsstörung die psychosozialen Konsequenzen einer psychischen Beeinträchtigung besser berücksichtigen.

Dieses Manual des TGIP ist auf die ICF zugeschnitten. Behinderungen und Gesundheit ist ein zentrales Konzept, auf dem die ICF aufgebaut ist. Das TGIP Manual kann sich darauf berufen, dass die ICF von allen europäischen Mitgliedsstaaten anerkannt worden ist.

1.2 Förderung von Funktionsfähigkeit und Rehabilitation

In den Manualen I-III haben wir herausgestellt, dass die Identifikation einer Hochrisikogruppe für chronische psychische Störungen ein zentrales Ziel der Intervention im Nachgang zu ei-

ner Großschadenslage sein muss. Möglicherweise ist das Konzept der Funktion ein hilfreicher Prädiktor, chronische Formen einer Belastungsstörung zu identifizieren und einer sinnvollen, medizinisch begründeten Behandlung zuzuführen. Abbildung 1 zeigt, dass Rückkehrer Rehabilitationsprogramme benötigen, die sie in den Arbeitsablauf zurückführen; in Anlehnung an die ICF ist die Funktion der interpersonellen Interaktion, der Selbstfürsorge, der häuslichen Versorgung und der Teilhabe an der Gesellschaft an kommunalen, überregionalen Effekten zu bemessen. Wir appellieren für eine möglichst frühe Identifikation von Schädigungen, Beeinträchtigungen und Einschränkungen, die sich in der Landessprache weiter ausbreiten sollte. Um Handwerkszeug mitzuliefern, woran sich die Bewertung des funktionalen Status durchaus berücksichtigt, haben wir den so genannten Q-FIS entwickelt.

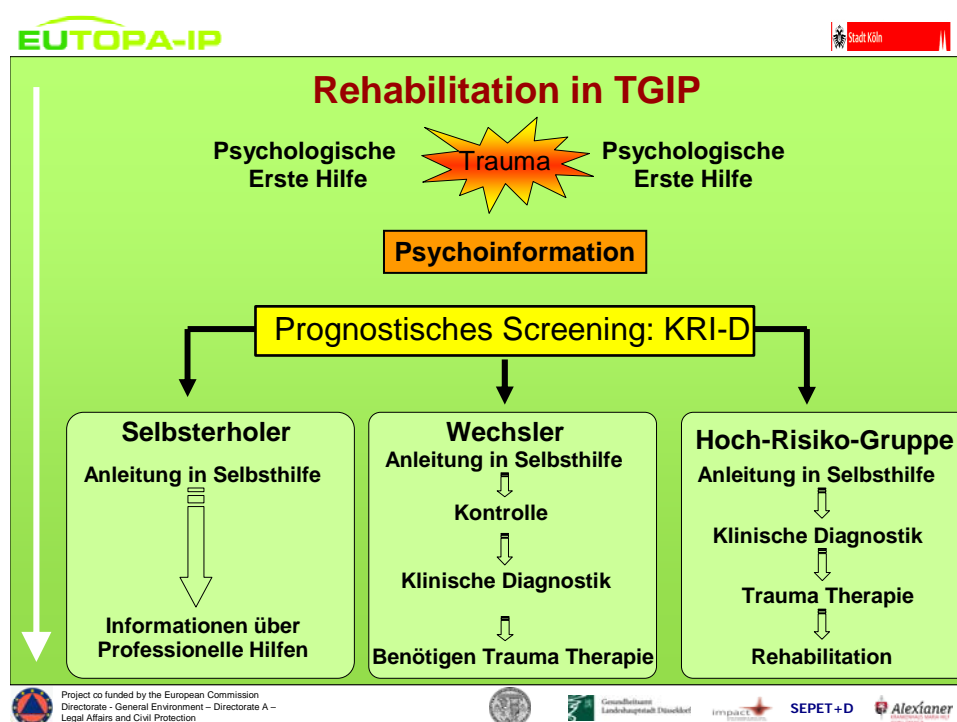


Abbildung 1: Target Group Intervention Program. Unterschiedliche Maßnahmen des TGIP sind dargestellt.

2. Die internationale Klassifikation Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit

2.1 Definition

Die ICF wurde 2001 von der WHO verabschiedet und ist ein neues Klassifikationssystem, das auf einem bio-psycho-sozialen Modell aufgebaut ist; es versteht die Funktionsfähigkeit als eine Wechselbeziehung zwischen dem gesundheitlichen Zustand und Bedingungsfaktoren.

ren. Zu den Bedingungsfaktoren zählen Persönlichkeitsmerkmale, soziale Faktoren und Umweltfaktoren. Somit ergänzt die ICF das traditionelle bio-medizinische System, das in der ICD-10 verankert ist. Es ist wichtig deutlich zu machen, dass die ICF nicht darauf ausgerichtet ist, die ICD-10 zu ersetzen. Vielmehr muss die ICF als zweite Sprache verstanden werden, die darauf ausgerichtet ist, Gesundheit und Behinderung zu überprüfen und zu beschreiben. Vereinfacht gesprochen kann man sagen, dass die ICD-10 Krankheiten klassifiziert, während die ICF gesundheitliche Zustände erfasst. Dies ist einer der zentralen Aspekte der ICF, die darauf abzielt, die Ressourcen eines Patienten zu mobilisieren und abzurücken von dem traditionellen Defizitmodell innerhalb der Medizin (Lollar & Simeonsson, 2005, S. 324). Der Direktor der WHO hat es so ausgedrückt: „Gemeinsam ermöglichen die ICF und die ICD die herausragende Möglichkeit, die Gesundheit einer Population zu verstehen und die Beziehung, wie das Individuum mit seiner Umwelt interagiert und um zum Ausdruck zu bringen, wie diese Beziehung die Teilhabe am Leben behindert oder bis zum vollen Potential gefördert wird“ (Brundtland, 2002).

Die ICF gliedert sich in zwei Teile. Hierzu gehören (1) Funktionsfähigkeit und Behinderung und (2) die Kontextfaktoren. Funktionsfähigkeit und Behinderung umfassen zwei Komponenten. A: Funktion und Strukturen, B: Aktivitäten und Teilhabe. Auch die Kontextfaktoren bestehen aus zwei sogenannten Komponenten. A: Umweltfaktoren und B: Persönlichkeitsfaktoren, wobei die Persönlichkeitsfaktoren, die noch nicht definiert sind. Zur Übersicht verweisen wir auf Abbildung 2.

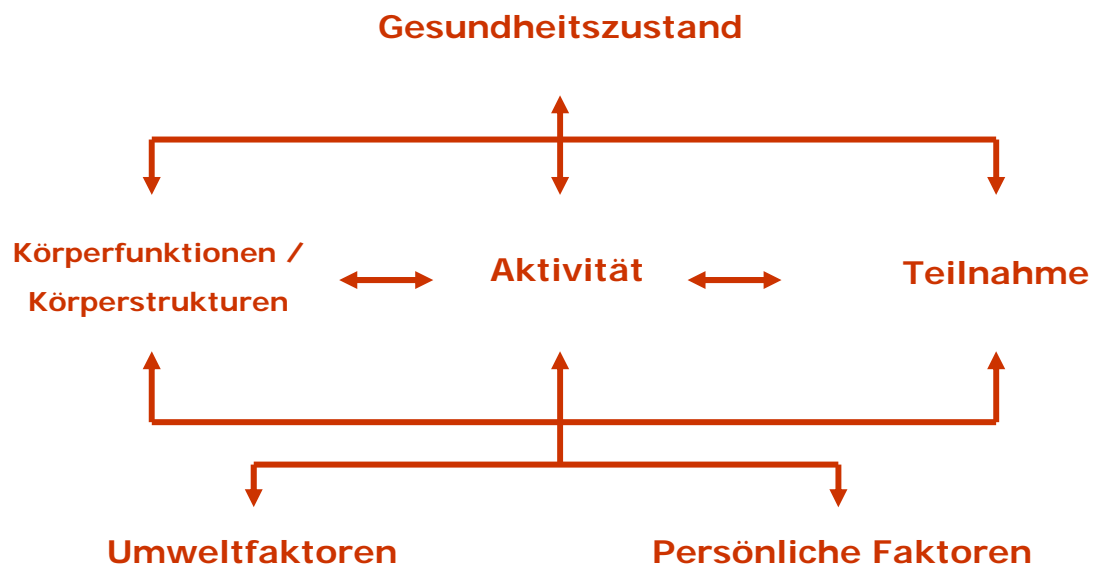


Abbildung 2: Komponenten der ICF als Text.

Die WHO (2007) definiert die Komponenten folgendermaßen: Körperfunktionen sind physiologische Funktionen eines Körpersystems (S. 9). Psychologische Funktionen werden einge-

schlossen, wohingegen Körperstrukturen definiert sind als anatomische Bestandteile des Körpers wie z. B. Organe, Gelenke und ihre Bestandteile (ebd.). Aktivität ist zu verstehen als Ausführung einer Aufgabe oder Handlung durch ein Individuum, wohingegen die Partizipation bzw. Teilhabe einschließt, dass diese Aktivität in einer Lebenssituation stattfindet. Im Bezug auf die Kontextfaktoren sind Umweltfaktoren folgendermaßen beschrieben als „physikalische, soziale Faktoren und Einstellungen, in denen Menschen leben, in denen Menschen ihr Leben bewältigen“ (S. 9). Persönlichkeitsfaktoren sind definiert als „besonderer Hintergrund einer individuellen Lebenssituation, dass Merkmale des Individuums, die nicht Bestandteil des gesundheitlichen Zustands sind, einschließt“ (S 15). Jede Komponente besteht aus einer Anzahl von hierarchisch organisierten Codes, die wiederum eine Komponente repräsentieren. Die ICF-Codes sind nur dann vollständig, wenn sie mit einem so genannten Qualifier versehen sind, der zeigt, wie ausgeprägt z. B. eine Schädigung ist. Qualifier reichen von null bis vier. Null steht für volle Funktionsfähigkeit und vier für eine vollständige Funktionsschädigung. Der Qualifier wird hinter dem Punkt am Ende eines Codes gesetzt. Bei den Umweltfaktoren kann der Qualifier entweder zum Ausdruck bringen, dass der Umweltfaktor als Barrierefaktor zu verstehen ist bzw. der Qualifier kann zum Ausdruck bringen, dass der Code eine positive Wirkung auf das Individuum hat. In diesem Fall wird er als Förderfaktor bezeichnet. Um diesen Unterschied deutlich zu machen, wird hinter dem Punkt und vor dem Qualifier entweder ein Pluszeichen oder ein Minuszeichen gesetzt. Möglicherweise ist der wichtigste Beitrag dieses neuen Klassifikationssystems, dass Funktionen des Individuums in der Gesellschaft auf einem interaktionellen Modell mit unterschiedlichen Faktoren beruht. Während Experten des Gesundheitswesens diese Tatsache immer berücksichtigt haben, erfolgte die offizielle Anerkennung erst durch die ICF. Hierdurch wurde es möglich, dass sich die Fachwelt nicht länger darüber hinwegsetzen kann, dass in einigen Fällen die Umwelt den persönlichen physischen Zustand mehr beeinträchtigt kann, als der aktuelle gesundheitliche Zustand (Lollar & Simeonsson, 2005). Sicherlich spielen individuelle Faktoren eine zentrale Rolle, dennoch wird mit der ICF jetzt deutlicher, dass der Gesundheitszustand und die funktionellen Probleme nicht nur auf Persönlichkeitsfaktoren zurückzuführen sind, sondern dieses Modell wurde ersetzt durch ein holistisch orientiertes Modell, dass Mitglieder einer Gesellschaft aus dem Wechselspiel von Persönlichkeitsmerkmalen und seiner Mitgliedschaft in der Gesellschaft zu sehen sind Die ICF zeigt schließlich auf, wie problematisch es ist, eine Person aus ihrem natürlichen Kontext herauszunehmen, in der sie lebt und einer isolierten Betrachtungsweise zu unterziehen. Dieser Fortschritt führt auch dazu, dass die Verantwortung für Behinderung von den Betroffenen sich auch auf die Gesellschaft verlagert. Die Mitglieder des nahen Familienkreises, Lehrer, die Community und schließlich Akteure des Gesundheitswesens, Institutionen, die Gesetze und Gesetzgebungen, die von Politikern entschieden worden sind. In einem gewissen Umfang wird dieser Umstand auch auf mentale Gesundheitszustände übertragen: Zu lange sind Individuen mit

einer psychischen Geistesstörung als verrückt tituliert worden. Die ICF fordert die Gesellschaft heraus, Verantwortung zu übernehmen, seitdem die Behinderung eines Individuums und die Herabstufung der gesellschaftlichen Stellung nicht nur in den individuellen Händen liegt, sondern auch in der Verantwortung der Gesellschaft. Mit der Einführung der ICF wurde eine Rahmenstruktur für den Bürger geschaffen, seine Rolle in der Gesellschaft anzuerkennen und seine Rolle in Bezug auf Behinderungen seines Nachbarn zu berücksichtigen.

2.2 Implementierung der ICF – Status quo

Die ICF ist derzeit auf halbem Wege eines intensiven Transfers und Implementierungsprozesses in vielen Ländern. Das folgende Kapitel zielt darauf ab, einen kurzen Überblick zu geben, in welchem Status die Implementierung bei psychischen Beeinträchtigungen fortgeschritten ist.

2.2.1 Die Implementierung der ICF in der Gesetzgebung in den Gesundheitssystemen

Projekte, die auf der ICF gründen, sind derzeit in 74 Ländern feststellbar (Ustun et al., 2003). Mbogoni (2003) hat sich damit beschäftigt, in welchem Ausmaß die ICF im internationalen Raum angewendet wird. Hierbei hat er auch die Vorläuferversion der internationalen Klassifikation von Schädigung, Behinderung und Handicap berücksichtigt. Während vergangene Untersuchungen die ICIDH/ICF genutzt haben, so zeigen jüngere Untersuchungen, dass sie zunehmend angewendet wird. In den Vereinigten Staaten hat es verschiedene Schritte nach vorne gegeben, die ICF im Gesundheitswesen einzuführen. Das US Office of Personnel Management nutzt die ICF, damit Angestellte ihre eigenen Beeinträchtigungen zum Ausdruck bringen können (Bruyère et al., 2005). Darüber hinaus hat das National Committee on Vital and Health Statistics empfohlen, dass die ICF als Werkzeug genutzt wird, den funktionalen Status zu beschreiben. Das Department of Health and Human Services hat Items generiert, die eine Beziehung zu Faktoren der Behinderung und Funktionsfähigkeit in Anlehnung an die ICF hervorgebracht hat (Bruyère et al., 2005). In Europa hat das EUTOPA-Projekt (Schedlich et al., 2008), das Länder wie Deutschland, Spanien, die Niederlande und die Tschechische Republik einschließt, die Wichtigkeit der Implementierung der ICF auf dem Gebiet der psychosozialen Nachsorge von Betroffenen von Großschadenslagen erkannt. Wir können verschiedene Punkte aufführen, die sich auf die Implementierung der ICF im geltenden Recht und im Gesundheitswesen in Deutschland beziehen. So wurde die ICF in die Sozialgesetzgebung aufgenommen und ist ein anerkanntes Werkzeug im deutschen Gesundheitswesen, Versicherungswesen sowie die Ausrichtung von Anträgen der Rehabilitation mittlerweile auf die ICF ausgerichtet ist. Darüber bezieht sich das SGB IX auf die ICF. Die Wichtigkeit und

die potentiellen Möglichkeiten, die mit der ICF verbunden sind, werden nicht nur durch die Deutsche Gesetzgebung aufgegriffen, sondern sie ist auch Bestandteil der täglichen Arbeit mit Patienten und verschiedenen Dokumentationssystemen. Die Leitlinien und generellen Empfehlungen, die in Verbindung mit Maßnahmen der Rehabilitation aufgeführt werden, haben sich an die ICF angepasst (Ewert & Stucki, 2007).

2.2.2 Die Implementierung der ICF in Verbindung mit psychischen Störungen

Das „Procedural Manual and Guide for a Standardized Application of the ICF“ ist in Verbindung mit dem DSM V in Vorbereitung. Um die Anwendung der ICF zu fördern, hat die American Psychology Association (APA) gemeinsam mit der WHO ein „Procedural Manual and Guide for a Standardized Application of the ICF“ herausgegeben; dieses klinische Manual vermittelt Richtlinien und Handwerkszeug, die unterschiedlichen Konzepte und Items der ICF reliabel, valide und anwenderfreundlich anzuwenden. Mit der Entwicklung des DSM wurde die Anwendung der GAF-Skala als fünfte Achse eingeführt, um die funktionalen Aspekte mehr zu berücksichtigen. Diese Revision bietet viele Möglichkeiten, das Konzept der ICF zu nutzen und „zu überdenken, wie das Konzept von Funktionsfähigkeit und Behinderung in die diagnostischen Kriterien von psychischen Störungen passt“ (Kennedy, 2003, S. 617). Anknüpfungspunkte hat die ICF an das DSM V insbesondere mit der Wichtigkeit, Umweltfaktoren auf der Achse vier zu kodieren und Kriterien der Behinderung auf der ersten Achse und funktionelle Aspekte auf der fünften Achse zu dokumentieren. Es besteht kein Zweifel, dass die Revision des DSM IV dazu führen wird „dass mit großer Wahrscheinlichkeit die ICF eingebunden und konsultiert werden muss“ (Kennedy 2003, S. 618). Auf der anderen Seite wird es möglich sein, einige Bereiche der ICF zu überdenken, insbesondere im zweiten Teil der Umweltfaktoren (Kennedy, 2003).

Wichtige Fortschritte bei der Implementierung der ICF schließt die Entwicklung von so genannten Core Sets ein. Core Sets können als Konsensusliste über ICF-Kategorien sein, die für eine bestimmte Störung typisch sind (Cieza et al., 2004a) und zur Zielsetzung haben, die Anwendung der ICF zu vereinfachen. Auf dem Gebiet der psychischen Störung sind Core Sets für Depressionen (Cieza et. al. 2004b) und derzeit für die Entwicklung von bipolaren Störungen (Vieta et al., 2007) bekannt. Das ICF Core Set für Depression setzt sich aus einem zusammenfassenden Core Set mit 121 Kategorien zusammen, die für eine multiprofessionelle Beschreibung des Patienten zugeschnitten ist und eine verkürzte Form mit 31 Kategorien, die auf klinische Studien und Forschung ausgerichtet ist. Die Entwicklung von ICF Core Sets erfolgt unter dem Dach der ICF Research Branch in internationaler Zusammenarbeit. Zu diesem Verbund gehören die „WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications“ in Deutschland (DIMDI), die Weltgesundheitsorganisation und viele andere Organisationen wie z. B. die internationale Gesellschaft für physikalische und

rehabilitative Medizin. Bisher sind für 22 Gesundheitsstörungen Core Sets entwickelt worden und zwei werden derzeit entwickelt (<http://www.icf-research-branch.org>). Parallel zu dieser internationalen Zusammenarbeit haben sich Initiativen gebildet, Core Sets zu entwickeln, die auf unterschiedlichen methodischen Zugriffsweisen beruhen. Eine dieser Initiativen bezieht sich auf psychiatrische Patienten und wird im folgenden Abschnitt dargestellt. Zwei Projekte werden in Deutschland durchgeführt, die zur Implementierung der ICF im klinischen Rahmen auf den Weg gebracht wurden, erfolgversprechend und von internationalem Wert sind: Es handelt sich hierbei um die Mini ICF Rating für mentale Störungen (Linden & Baron, 2005) und um die Entwicklung von Core Sets für Rehabilitation psychiatrischer Patienten, die in einem Modelprojekt des Rehabilitationszentrums Häuser am Latterbach (Grundmann et al., 2005) umgesetzt worden sind. Die Mini ICF Rating für psychische Störungen ist eine kurze Fremdbeurteilungsskala zur Überprüfung von Behinderungen, die erstmalig in der Rehabilitationsklinik Seehof angewendet worden ist, um Patienten einzuschätzen, die unter affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, neurotischen sowie Belastungs- und somatoformen Störungen leiden. Eine signifikante Interrater-Reliabilität sowie eine signifikante Korrelation mit der Psychopathologie, Motivation, Arbeitsmotivation und Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurden erzielt. Auf diese positiven Ergebnisse gestützt, konnte die Pilotstudie zeigen, dass die Reliabilität, Validität, praktische Anwendbarkeit und zeitökonomische Umsetzbarkeit deutlich machen, dass die Weiterentwicklung von Mini ICF ein wichtiger Schritt sein könnte, die ICF bei mentalen Störungen einzusetzen. Ein zweites Core Set wurde zur Rehabilitation psychischer Störungen an der Rehabilitationsklinik Häuser am Latterbach implementiert. Auf der Grundlage einer Delphi-Methode wurden 146 Items ausgewählt. Drei Überprüfungsmethoden wurden angewendet, die Items in das Core Set anzuschließen. Hierzu zählen der direkte Dialog mit dem Patienten, Verhaltensbeobachtungen und psychometrische Tests, die z. B. mit dem SCL-90-R durchgeführt worden sind. Die Integration der ICF in ein Rehabilitationsprogramm wurde erreicht, indem die ICF mit dem Rehab-Cycle-Model ein vierstufiges Vorgehen von Prüfung, Anwendung, Intervention und Evaluation (Grundmann et. al. 2005) verknüpft wurde.

Die Ergebnisse, die hier erzielt werden konnten, haben gezeigt, dass diese Core Sets zu zufriedenstellenden Ergebnissen führen, die funktionale Gesundheit der Patienten zu beschreiben. Eine hohe Akzeptanzrate über alle Berufsgruppen hinweg konnte festgestellt werden und eine relativ einfache, bewertungsfreie Sprache konnte in der Kommunikation mit den Patienten entwickelt werden. Darüber hinaus konnte das Rehabilitationsmanagement transparent und verständlich beschrieben werden.

Weitere zukünftige Studien werden auf diese Ergebnisse bauen können (Grundmann et. al. 2005). Natürlich muss die Implementierung des relativ neuen Klassifikationssystems optimiert werden. Schulungen für die Anwendung der ICF sind erforderlich und die Entwicklung

von weiteren Core Sets und Forschung über die Anwendungsmöglichkeiten der ICF im täglichen Gebrauch der Rehabilitation müssen vorangetrieben werden. In eins gerechnet kann geschlussfolgert werden, dass die Ergebnisse vielversprechend sind und die Implementierung der ICF auf gutem Wege ist (Bruyère et al. 2005).

2.2.3 ICF im Katastrophenmanagement

Auswirkungen von Großschadenslagen sind überwältigende Veränderungen der Umweltfaktoren. Kriseninterventionsprogramme intervenieren auf dem psychosozialen und weniger auf dem biomedizinischen Gebiet. Die ICF beschreibt sowohl Ressourcen wie auch Behinderungen. Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe sind vielversprechende Kandidaten für ein prognostisches Screening. Die ICF ist eine multiprofessionelle Sprache zur Rehabilitation, die als Rahmen für die mittel- und langfristige Intervention dienen kann. Unterschiedliche Berufsgruppen haben unterschiedliche Ziele und Verantwortungen im Falle einer Katastrophensituation. Während ärztliche und psychologische Psychotherapeuten zunächst eine sekundäre Rolle in der Betreuung der Akutfolgen spielen, so haben Einsatzkräfte eine zeitliche und örtliche Bindung zum Einsatzort. Sie müssen geschult sein, psychologische erste Hilfe zu leisten. Sie sind im Wesentlichen für die technische Unterstützung in der Katastrophensituation zuständig und können Umweltfaktoren beeinflussen, die die medizinische und erste Hilfe sicherstellen: Hierzu gehören zum Beispiel Schutzräume, Elektrizität, Wasser usw. In zweiter Linie können sie psychosoziale Unterstützung mobilisieren, indem sie den Kontakt zu den Angehörigen und professionellen Helfern bahnen. Sobald die akute Phase überwunden ist, rücken Maßnahmen wie die Psychoinformation, Kommunikation in der Kommune und Hilfen zur Selbsthilfe in den Mittelpunkt. Neben den Risikofaktoren, die im Kölner Risikoindex genannt sind, können Muster der Umweltfaktoren und erste Zeichen der Entwicklung von Behinderung beobachtet werden. Aus diesem Grunde müssen wir uns darüber bewusst sein, dass unterschiedliche Berufsgruppen unterschiedliche Perspektiven und Verantwortlichkeiten haben, Körperfunktionen, Körperstrukturen, Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe sowie Förder- und Barrierenfaktoren zu identifizieren. So mögen zum Beispiel ärztliche und psychologische Psychotherapeuten Körperfunktionen und -strukturen quantifizieren können. Die Aktivität und Teilhabe in den Domänen Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstfürsorge, häusliches Leben, interpersonelle Aktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche und Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben werden möglicherweise bei Sozialarbeitern, Peers sowie den Freiwilligendiensten identifiziert. Die initiale Prüfung der Folgen eines Großschadens bezieht sich darauf, wie die Beziehung der Überlebenden, Einstellungen, öffentliche Dienste sowie politisches Wesen beeinflusst. Q-Dis wurde entworfen, um allen Berufsgruppen, die in einer Großschadenslage involviert sind, bei der psychosozialen Unterstützung ein

Instrument in die Hand zu geben. Aus diesem Grunde wird Q-Dis im nächsten Kapitel beschrieben.

3. Questionnaire - Functioning Disabilities - Stress Response: Q-FIS-SR

In EUTOPA wurde der Kölner Risikoindex-Disaster (KRI-D) entwickelt, um die Zielgruppen der Selbsterholer, der Wechsler und die Risikogruppe zu differenzieren. Eine Online-Version des Kölner Risikoindex wurde implementiert auf der Internetseite www.eutopa-info.eu und viersprachig ausgearbeitet. Dies konnte auf der Grundlage von empirischen Ergebnissen aus Feldstudien und Metaanalysen zu Risikofaktoren für die Entwicklung von chronischen Belastungsreaktionen geschlussfolgert werden. EUTOPA-IP betont die Notwendigkeit der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in einer Subpopulation von Überlebenden und uniformierten Diensten nach der Belastung einer Großschadenslage. Aus diesem Grunde haben wir den KRI-D mit einem psychometrischen Instrument ergänzt, das die Funktionsfähigkeit und Behinderung der Überlebenden und Einsatzkräfte nach Großschadenslagen misst. Dieser Fragebogen wird "Questionnaire of Disabilities and Functioning on Stress Response (Q-FIS-SR)" genannt. Dieser Fragebogen gründet sich auf ICF-Kategorien und bezieht sich auf die Klassifikation bis zum zweiten und in einigen Fällen dritten Level.

Abbildung 3 zeigt die Struktur der ICF mit mentalen Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Kontextfaktoren. Wir haben Komponenten, Domänen und Kapitel identifiziert, die sowohl die Funktionsfähigkeit und Behinderung als auch die Kontextfaktoren der Überlebenden und uniformierten Dienste beschreibt. Abbildung 3 zeigt die Kategorien, die in Kapitel b1 und einzelne Kategorien in den Kapiteln b1 bis b6 ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten helfen, Funktionsfähigkeit und Behinderung standardisiert zu erfassen. Wir müssen berücksichtigen, dass in der ersten Phase andere Berufsgruppen als die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, wie uniformierte Dienste, psychologische Ersthelfer, die Schadenslage bestimmen und beeinflussen können. Zu einem späteren Zeitpunkt kommen Sozialarbeiter, angeleitete Freiwillige der psychosozialen Unterstützung in die Helferkette. Diese Berufsgruppen können ausgebildet werden, Beeinträchtigungen der Aktivität und Partizipation zu kategorisieren. Umweltfaktoren können potentiell bei allen Berufsgruppen nach einer Schadenslage eingeschätzt werden.

In Abbildung 4 wird die Struktur der Kategorien visualisiert. 27 Kategorien der Körperfunktionen wurden identifiziert. Die meisten von ihnen beschreiben eine Schädigung der mentalen Funktionen wie Emotion, Kognition, Schlaf, Denken und Wahrnehmung. Die Kategorien B117, B122, B126, B130, B140, B143, B144, B147, B152, B156, B160 und B164 wurden

hierzu ausgewählt. Diese Kategorien beschreiben die allgemeine Psychopathologie. Die peritraumatische Dissoziation (PD) wurde beschrieben mit Hilfe der Kategorien B110, B114, B1800, B1801 und B1802. Neben der Schädigung der mentalen Funktionen können auch andere Kategorien betroffen sein. Hierzu haben wir Kategorien einbezogen, die die allgemeinen Körperfunktionen wie Schmerz, Herzfunktion, Urogenital-, Atmungs- und Verdauungsfunktion beschreiben. Für diese Kapitel haben wir die Kategorien B280, B310, B410, B420, B440, B510, B515, B620, B640 und B650 herausgearbeitet.

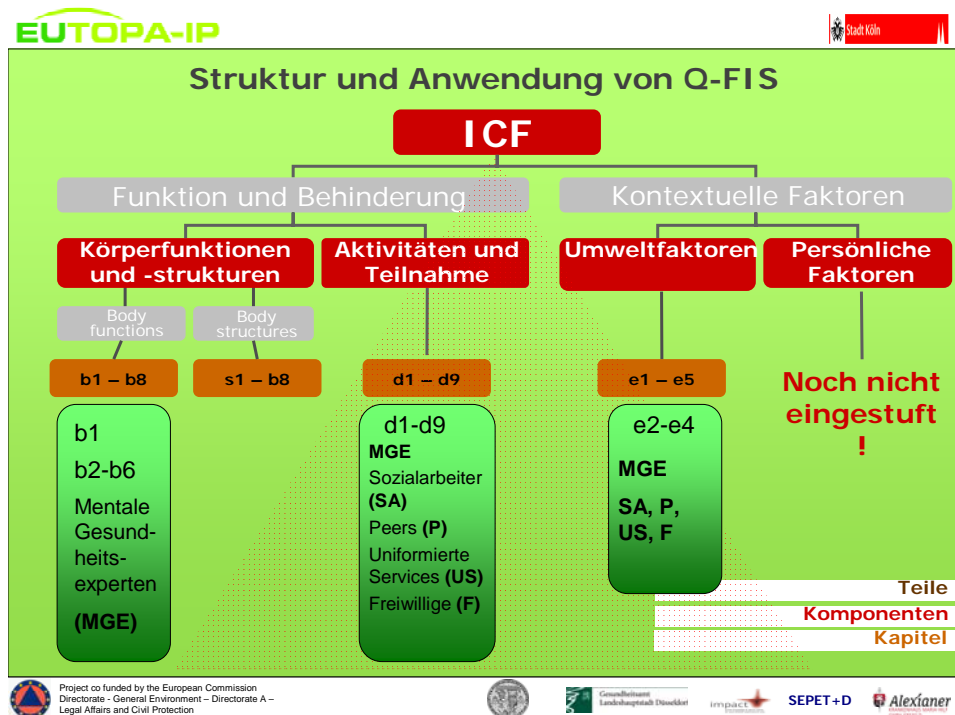


Abbildung 3: Die Struktur der ICF mit ihren Anteilen Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie Kontextfaktoren.

Der wesentliche Unterschied zu anderen Herangehensweisen kann der Q-FIS SR vorweisen, da er die Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe beschreibt. Hierzu haben wir Kategorien der Kapitel d1 (Lernen und Wissensanwendung), d2 (Allgemeine Aufgaben und Anforderungen), d4 (Mobilität), d5 (Selbstfürsorge), d6 (Häusliches Leben), d7 (Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen), d8 (Lebensbereiche) und d9 (Gesellschaftliches, soziales und Arbeitsleben). Zusammengefasst wurden 28 Kategorien einbezogen, die Beeinträchtigungen der psychosozialen Fertigkeiten zu beschreiben: Q-FIS- SR bezieht sich auf 13 Kategorien, um Förder- und Barrierefaktoren der Komponenten e2 (Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt), e3 (Unterstützung und Beziehungen), e4 (Einstellungen) und e5 (Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze). Bitte beachten Sie, dass Umweltfaktoren sowohl Förder- wie auch Barrierefaktoren sein können.

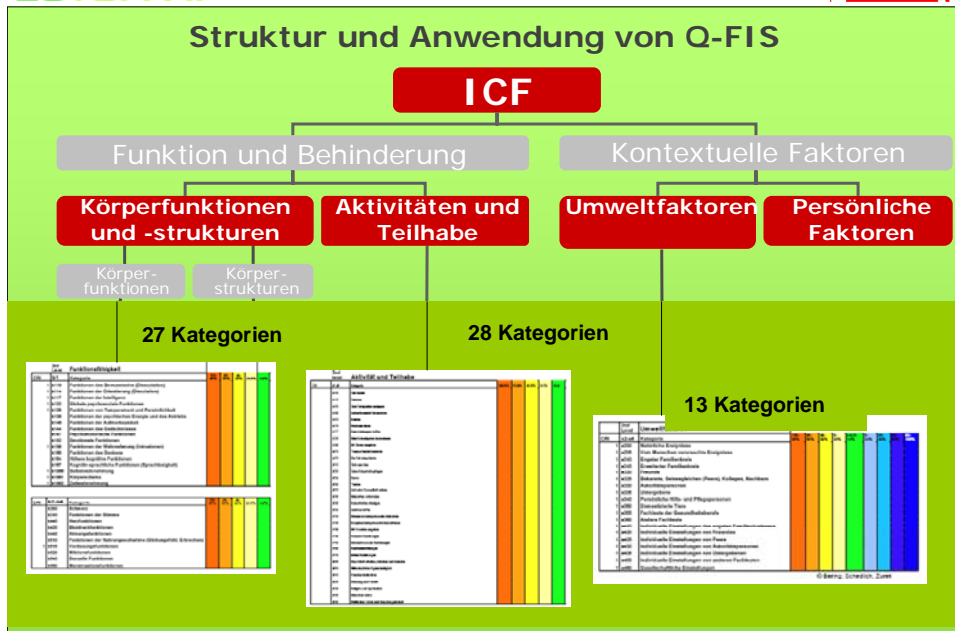


Abbildung 4: Kategorien von Q-FIS-SR. Die Kategorien werden entlang der Körperfunktionen, Aktivität und Teilhabe und Umweltfaktoren dargestellt. Insgesamt umfasst der Q-FIS-SR 68 Kategorien.

Die Kategorien werden entlang der Körperfunktionen, Aktivität und Teilhabe und Umweltfaktoren dargestellt. Insgesamt umfasst der Q-FIS-SR 68 Kategorien. Um zu beschreiben, wie Q-FIS-SR in der praktischen Anwendung funktioniert, weisen wir in folgendem Kapitel auf eine Falldarstellung.

4. Exemplarische Anwendung von Q-FIS-SR – eine Fallstudie

4.1 Falldarstellung ICF uniformierte Dienste

Herr Williams, ein Feuerwehrmann, war im Dienst, als sich ein Massenunfall mit 52 Autos auf der Autobahn zutrug. Die Feuerwehr wurde parallel zum Notarztwesen herangezogen und erreicht den Unfallort. Herr Williams war daran beteiligt, Autos aufzuschneiden, um Verletzte zu befreien. Er war Zeuge, wie ein Paar starb, das auf dem Vordersitz saß und durch den Motorblock eingequetscht worden war. Nach 24 Stunden war es der Feuerwehr schließlich möglich, die Schadensstelle zu verlassen. Als er nach Hause kam, fühlte er sich seltsam. Er litt unter Symptomen wie Derealisations- und Depersonalisationserleben. Glücklicherweise wurde er von seiner Familie unterstützt. Jedoch stand er bei seinem Arbeitgeber unter Druck, da er kritisiert und von seinen Kollegen herabgeschätzt worden war. Die weiteren vier Wochen war er in der Lage, regelmäßig seinem Dienst nachzukommen. Doch dann begannen

Symptome der Vermeidung und er war nicht mehr in der Lage, seinen Arbeitsplatz aufzusuchen. Er unterlag Ängsten, dass sich ein ähnlicher Unfall wieder zutragen könnte. Er entschied sich, seinen Hausarzt aufzusuchen, der einen instabilen Bluthochdruck diagnostizierte. Einen Grund für seine anfallsartigen Körperschmerzen konnte nicht gefunden werden. Er wurde krankgeschrieben.

Aus Sicht der ICF hat Herr Williams mentale Funktionsschädigungen entwickelt. Diese verursachen Beeinträchtigungen seiner Arbeitskapazität und seines Familienlebens. Diese Beeinträchtigungen werden durch die Konflikte mit seinem Arbeitgeber verschärft. Seine Familie unterstützt ihn. Williams hat an einem Rehabilitationsprogramm teilgenommen. Der erste Teil des Programms war traumatherapeutisch fokussiert und gründete auf einem psychodynamisch-kognitiven Modell. Der zweite Teil der Rehabilitation umfasste die berufliche Wiedereingliederung. Die Evaluation beruhte auf der Anwendung des Q-FIS-SR.

4.2 Anwendung von Q-FIS SR

Um Q-FIS-SR anzuwenden, unterscheiden wir zwischen Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe sowie den Umweltfaktoren. Aus Sicht des TGIP-Modells wurde Herr Williams identifiziert, zur Risikogruppe zu gehören. Dieses Profil ließ sich aus der Anwendung des Kölner-Risikoindex ableiten. Er nahm an einer Psychoinformationsveranstaltung teil und über die Vermittlung eines „Peers“ wurde er einem ärztlichen Psychotherapeuten zugewiesen. In Abbildung 5 ist erkenntlich, wie der Q-FIS-SR genutzt wurde, die Schädigung der Körperfunktion (b1, b2 – b6), die Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe (d1 – d9) und die Umweltfaktoren (e1 – e5) darzustellen.

Q-FIS-SR misst drei Typen der Körperfunktion, die im Bereich der Psychotraumatologie wichtig sind. Erstens wird die Schädigung der allgemeinen Psychopathologie beschrieben. So hat Herr Williams eine Schädigung seiner globalen psychosozialen Funktion entwickelt. Er wurde depressiv und sein Antrieb und seine Lebensenergie waren geschwächt. Er litt unter Schlafstörungen und wiederkehrenden Gedanken über die Schadenssituation.

Tabelle 1: Kategorien von Q-FIS und Fall-Bericht Herr Williams

Körperfunktionen					Aktivitäten und Teilhabe					Umweltfaktoren												
	1	2	3	4		1	2	3	4		4	3	2	1	0	1	2	3	4	C		
b/GP	Schädigung der allg. Psychopathologie				1	d155	Sich Fertigkeiten aneignen				e230	Natürliche Ereignisse										1
B117	Funktionen der Intelligenz				1	d160	Aufmerksamkeit fokussieren				e235	Vom Menschen verursacht Ereig.										1
B122	Globale psychosoziale Funktionen					d175	Probleme lösen				e310	Engster Familienkreis										1
B126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit					d177	Entscheidungen treffen				e315	Erweiterter Familienkreis										1
B130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs					d220	Mehrfachaufgaben übernehmen				e320	Freunde										1
B140	Funktionen der Aufmerksamkeit					d240	Mit Stress umgehen				e325	Andere **										1
B134	Funktionen des Schlafs					d470	Transportmittel benutzen				e330	Autoritätspersonen										1
B144	Funktionen des Gedächtnisses					d475	Ein Fahrzeug fahren				e335	Untergebene										1
B147	Psychomotorische Funktionen					d510	Sich waschen				e340	Persönl. Hilfs- u. Pflegepersonen										1
B152	Emotionale Funktionen					d520	Seine Körperteile pflegen				e360	Domestizierte Tiere										1
B156	Funktionen der Wahrnehmung/ Intrusionen					d550	Essen				e365	Fachleute der Gesundheitsberufe										1
B160	Funktionen des Denkens					d560	Trinken				e360	Andere Fachleute										1
B164	Höhere kognitive Funktionen					d570	Auf seine Gesundheit achten				e460	Gesellschaftliche Einstellungen										1
B/PD	Peritraumat. Dissoziation					d630	Mahlzeiten vorbereiten															
B110	Funktionen des Bewusstseins				1	d640	Hausarbeiten erledigen															
B114	Funktionen der Orientierung				1	d660	Anderen helfen															
B1800	Selbstwahrnehmung				1	d710	Elementare interpers. Aktivitäten															
B1801	Körperschema				1	d720	Komplexe interpers. Aktivitäten															
B1802	Zeitwahrnehmung				1	d730	Im Zusammenhang mit Fremden															
b/GBF	Schädigung allgemeiner Körperfunktionen					d740	Formelle Beziehungen															
b280	Schmerz					d750	Informelle soziale Beziehungen															
b310	Funktionen der Stimme				1	d760	Familienbeziehungen															
b410	Herzfunktionen					d770	Intime Beziehungen															
b420	Blutdruckfunktionen					d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden															
b440	Almungsfunktionen					d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit															
b510	Funktionen der Nahrungsaufnahme					d910	Gemeinschaftsleben															
b515	Verdauungsfunktionen					d920	Erholung und Freizeit															
b620	Miktionsfunktionen					d930	Religion und Spiritualität															
b640	Sexuelle Funktionen					d950	Polit. Leben & Staatsbürgerschaft															
b660	Menstruationsfunktionen																					

Abbildung 5: Klassifizierung der Funktionsfähigkeit und Behinderung unter Anwendung des Q-Fis-SR. Die Kategorien des Q-FIS-SR sind den Komponenten der Körperfunktionen, Aktivität und Teilhabe und Umweltfaktoren zugeordnet. Über den Qualifier von *+1 zu *+4 (blau) Behinderungen der Funktionsfähigkeit; gelb: Behinderung der Aktivität und Teilhabe, Umweltfaktoren (grün, *.+1 zu *.+4) und Barrierefaktoren (rot, *.-1 zu *.-4) sind visualisiert.

Peritraumatisch hat er dissoziative Symptome entwickelt, die vorübergehend seine Bewusstseinsprozesse, Derealisation, Depersonalisation und sein Körperbild verändert haben. Darüber hinaus hat er einen Allgemeinmediziner besucht, da er unter einer instabilen Blutdruckregulation, Sprachlosigkeit und allgemeinen Schmerzzuständen gelitten hat. Der Q-FIS-SR beschreibt typische Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe. So kommt es zur Beeinträchtigung seiner Entscheidungsfähigkeit, Multitasking, Stressmanagement, insbesondere auf der Arbeit. In Verbindung mit interpersonellen Beziehungen fiel eine impulsive Reizbarkeit auf. Die eigene Familie wirkt sich als Förderfaktor aus. Glücklicherweise fühlte er sich von seiner Familie unterstützt. Auf Seiten des Arbeitsgebers und seinen Mitarbeitern gab es wenig Verständnis für seine Situation, das als Barrierefaktor zu bezeichnen ist. Der Allgemeinmediziner nutzt den Q-FIS-SR, um die Funktionsfähigkeiten und Behinderungen in den Kapiteln b1-b6 zu beschreiben.

Hierzu dient folgendes Schema:

- *.0 – Problem nicht vorhanden, 0 – 4 % Problem,
- *.1 – Problem leicht ausgeprägt, 5 – 24 %,
- *.2 – Problem mäßig ausgeprägt, 25 – 49 %,
- *.3 – Problem erheblich ausgeprägt, 50 – 95 %,
- *.4 – Problem voll ausgeprägt 96 – 100 %.

Im Falle der Umweltfaktoren kann das erste Beurteilungsmerkmal entweder dazu verwendet werden, das Ausmaß positiver Effekte der Umwelt, das heißt Förderfaktoren, zu kennzeichnen, oder das Ausmaß negativer Effekte, das heißt Barrieren. Für die Förderfaktoren wird jedoch der Punkt durch das Pluszeichen ersetzt.

0 kein Förderfaktor	0 keine Barriere
+1 milder Förderfaktor	1 leichte Barriere
+2 mäßiger Förderfaktor	2 mäßige Barriere
+3 erheblicher Förderfaktor	3 erhebliche Barriere
+4 kompletter Förderfaktor	4 komplette Barriere

Um die Einschätzung des Ausmaßes der Behinderung zu visualisieren, nutzt der Q-FIS-SR Klassifikationsmerkmale. Das Profil der Schädigung, Beeinträchtigung und Barriere- und Förderfaktoren kann analog zur Abbildung 5 auf einen Blick identifiziert werden.

5. Rehabilitation im Target Group Intervention Program

5.1 Rehabilitation im Target Group Intervention Program

Abbildung 1 hat die unterschiedlichen Maßnahmen dargestellt, welche von der Erstberatung bis zur Behandlung von Überlebenden und uniformierten Diensten reicht, die von einer Großschadenslage betroffen sind. Im Falle von Herrn Williams hat sich eine chronische Belastungsstörung wie die posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, die Behinderungen entlang des Q-FIS-SR Profils nach sich gezogen hat. Um zu zeigen, wie der Rehabilitationsprozess zu verstehen ist, führen wir den Rehabilitationszyklus ein. Einerseits sind Behandlung und Rehabilitation zwei unterschiedliche Maßnahmen der mittel und langfristigen Interventionen im TGIP; auf der anderen Seite überschneiden sich die Behandlung und Rehabilitation in ihren Anwendungen. Die Zielsetzungen einer Rehabilitation müssen definiert und in den Rehabilitationszyklus integriert werden. Die Psychotraumabehandlung im engeren Sinne zielt auf die Anwendung von Verfahren wie die kognitiv-behaviorale Therapie oder das EMDR bzw. psychodynamische Verfahren ab. Die Rehabilitation schließt alle Maßnahmen unterschiedlicher Berufsgruppen ein, die hilfreich sein könnten, die Teilhabe am Familienleben, sozialen Leben und Arbeitsleben zu verbessern. Die unterschiedlichen

Berufsgruppen, die hier beteiligt sind, können ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und Reha-Manager sein.

5.2 Rehabilitationszyklus

Abbildung 6 zeigt den Rehabilitationszyklus mit seinen Bestandteilen Prüfung, Anwendung, Intervention und Evaluation des Rehabilitationsergebnisses. Im Fall von Herrn Williams wurde eine Prüfung durchgeführt, in dem die Anamnese erhoben wurde, psychometrische Diagnostik und standardisierte Interviews, die die Kriterienkataloge des DSM und ICD-10 berücksichtigen. Darüber hinaus wurde der Q-FIS-SR angewendet, um die Bedürfnisse auf der Grundlage der Lebensqualität zu erfassen. Herr Williams wurde der Rehabilitation zugewiesen. Im Bezug auf die Zielsetzung der Rehabilitation wurde ein Interventionsplan gestaltet. Die Rehabilitation hatte folgende Zielsetzung:

1. Verbesserung der mentalen Funktionen wie Emotionsregulation, Schlaf, Intrusionen und Konzentrationsfähigkeit.
2. Verbesserung der allgemeinen Körperfunktionen wie Verbesserung der Schmerzen, der Sprachlosigkeit und der Instabilität der Blutdruckregulation.
3. Verbesserung der Teilhabe im Lernen und den Wissensanwendungen, allgemeine Aufgaben und Anforderungen sowie spezielle interpersonelle Interaktionen und Beziehungen.
4. Ein wesentliches Ziel der Rehabilitation ist die Verbesserung der Arbeitsplatzsituation und des Verhältnisses zum Vorgesetzten.

Ein Interventionsplan wurde aufgestellt, der diesen Zielsetzungen entspricht. Der Interventionsplan besteht aus einer Traumatherapie. Traumatherapien können insbesondere hilfreich sein, mentale Funktionsstörungen zu lindern (Zielsetzung 1). Um Schmerzen zu reduzieren, kann die Anwendung durch die Physiotherapeuten einer Myoreflextherapie hilfreich sein. Eine Psychopharmakotherapie ist eventuell indiziert, um depressive Symptome zu lindern und Schlaffunktionen zu verbessern. Um Aktivität und Teilhabe zu verbessern, sind somit unterschiedliche Berufsgruppen relevant. Über die Berufsgruppe der Ärzte hinaus haben Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter besondere Aufgaben, um Wissensanwendung, Mobilität und interpersonelle Beziehungen zu verbessern. Wiedereingliederungsprogramme sind dann hilfreich, wenn Kontextfaktoren sich als Barrierefaktoren für die Rehabilitation auswirken. Ein Rehabilitationsmanager ist möglicherweise hilfreich, um diese Schwierigkeiten zu überwinden. Dieser Teil der Arbeit umfasst Mediationsgespräche mit den Vorgesetzten, Vereinbarungen über Veränderungen des Arbeitsplatzes bzw. der Belastung und Schritt-für-Schritt-Wiedereingliederungsprogramme. Die Therapie und Rehabilitation wurde auf der Grundlage des Q-FIS-SR evaluiert. Der Qualifier wurde herangezogen und

stellt die Fortschritte, welche in der Traumatherapie und im Wiedereingliederungsprozess gemacht worden sind (Kapitel 6) dar. Während die peritraumatische Dissoziation unverändert bleibt, gibt es Fortschritte in den anderen Kategorien der mentalen und allgemeinen Körperfunktionen. Das Rehabilitationsprogramm war hilfreich, um Beeinträchtigungen der Aktivität und Partizipation zu lindern. Zielführend war hier die Mediation mit den Vorgesetzten. Für einen Zeitraum von zwei Monaten wurde Herr Williams von akuten Schadensfällen zurückgezogen und arbeitete in der Leitstelle der Feuerwehr. Schritt für Schritt begann die Wiedereingliederung auf seinen alten, gewohnten Arbeitsplatz. Restsymptome blieben bestehen, die insbesondere unter schweren beruflichen Belastungen wieder manifest wurden.

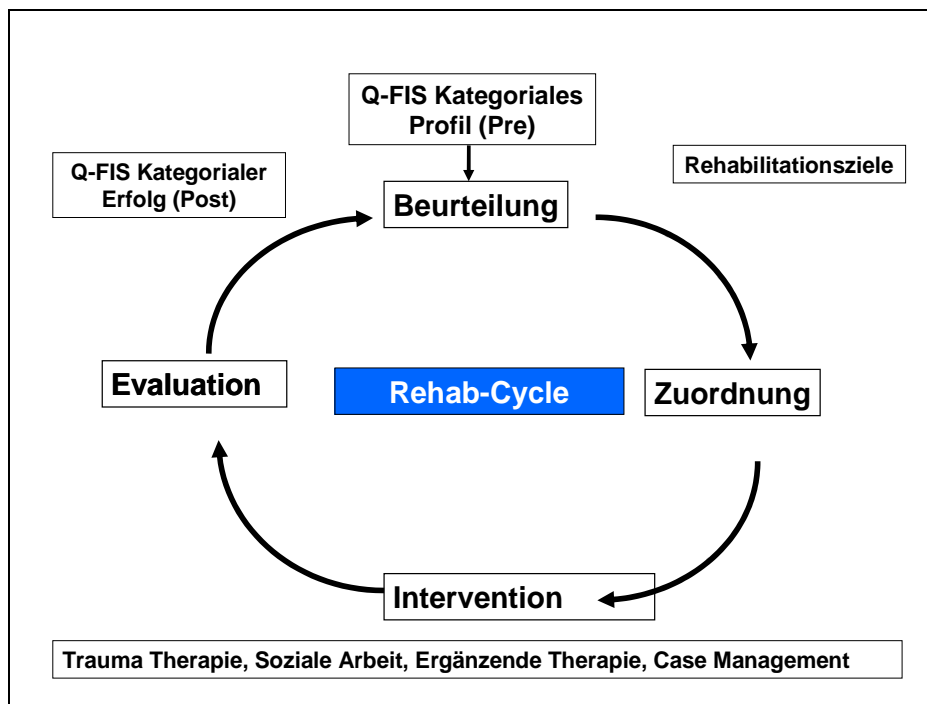


Abbildung 6: Rehab-Cycle: Der Q-FIS SR wurde angewendet, um die ICF-Kategorien darzustellen. Analog zu diesen Behinderungen wurde die Zielsetzung der Rehabilitation formuliert. Die Interventionen wurden im Bezug auf die unterschiedlichen Berufsgruppen formuliert. Das Rehabilitationsergebnis wurde wiederum mit dem Q-FIS SR dargestellt.

6. Berufliche Wiedereingliederung

Die berufliche Belastungsfähigkeit von Arbeitnehmern und Arbeitgebern ist für die Gesellschaft ein zentraler Faktor, um ökonomisch handlungsfähig zu bleiben. Die Zielsetzung des „Disability Managements“ ist eine Sicherstellung dieser Aufgaben: Wirtschaftsunternehmen sammeln wichtiges Wissen an; die Bürger halten ihren Lebensstandard aufrecht und die Belastung für die Sozialsysteme ist hierdurch abgeschwächt. Beeinträchtigungen in den Arbeitsmöglichkeiten ist ein wesentliches soziales Problem in den verschiedenen europäischen Ländern. Aus diesem Grunde sind Programme zur beruflichen Wiedereingliederung ein Teil der Gesetzgebung in vielen europäischen Staaten. Vor diesem Hintergrund haben wir die Ausarbeitung des TGIP an die berufliche Wiedereingliederung angeknüpft. In Deutschland ist insbesondere das SGB IX für die medizinische und berufliche Rehabilitation sowie für die Umsetzung der beruflichen Wiedereingliederung, auch für Einsatzkräfte relevant. Als Beispiel ist das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX zu nennen. Unser Modell zielt darauf ab, zu zeigen wie das TGIP mit diesen Rehabilitationsmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt verbunden ist.

7. Diskussion

Die aktuellen Guidelines der NATO-OTAN, TENTS, IMPACT und die Manuale I-III des TGIP tragen keine Ideen dazu bei, wie ein Rehabilitationsprozess aussehen kann. Wie auch immer wissen wir, dass neben der Entwicklung von Symptomen, Überlebende und Einsatzkräfte nach schweren psychischen Belastungen Einschränkungen ihrer Funktionsfähigkeit entwickeln, was die Notwendigkeit für ein Disability Management nach sich ziehen kann. Bisher fehlen Konzepte, wie das funktionelle Problem bzw. Behinderungen gemessen werden können und wie sie als Grundlage für einen Rehabilitationsprozess dienen können. Dieser Beitrag erklärt, dass ein Rehabilitationsmodul, das nach einer Traumatherapie folgt (meistens überlappend), eine Zuweisung zum beruflichen Wiedereingliederungsmanagement notwendig macht, um zufriedenstellende Ergebnisse in der Rehabilitation für die Belastungsfähigkeit und psychosozialen Kompetenzen sowie Teilhabe im Familien- und gesellschaftlichen Leben sicherstellt. Wir haben gezeigt, dass der Q-FIS-SR als Ergänzung zum Kölner Risikoindex angewendet werden kann und zusätzliche Risikofaktoren auf dem funktionalen Niveau beschreibt. Hierdurch mag der Q-FIS-SR als Baseline dienen, um den Rehabilitationsprozess zu evaluieren. In Ergänzung zu den Kategorien der mentalen Funktionsstörungen und anderen Kategorien der allgemeinen Gesundheit wie Schmerz, Herz-Kreislauf-System. Mit diesen Kategorien aus der somatischen Medizin, ist ein Verständnis geweckt, wie diese Schädigung die Aktivität und Teilhabe in unterschiedlichen Gebieten des gesellschaftlichen Lebens und

des Gesundheitsstatus beeinträchtigen kann. Wir haben deutlich gemacht, dass diese Beeinträchtigungen mit dem Q-FIS-SR dargestellt werden können. Theoretisch kann der Rehabilitationszyklus genutzt werden, das Ausmaß der Behinderung parallel zum Rehabilitationsprozess zu dokumentieren und auf diesem Weg als Grundlage der Evaluation wichtige Dienste zu leisten. Wie auch immer ist der Prozess der Falldarstellung, Anwendung des Q-FIS-SR und der Evaluation im Rehabilitationsprozess eine Ergänzung zu aktuellen Systemen, die bisher in erster Linie auf Symptome und Symptomkontrolle ausgerichtet sind. Zusätzliche Arbeit ist erforderlich, um die besondere Situation für uniformierte Dienste und Überlebende von Großschadenslagen zu berücksichtigen. Derzeit unterscheidet sich die Sozialgesetzgebung in den unterschiedlichen europäischen Ländern so sehr, dass eine allgemeine Schlussfolgerung zu diesem Thema nicht möglich ist.

Auf der EUTOPA-IP Konferenz in Köln im April 2011 haben die Delegierten die Möglichkeiten der ICF diskutiert. Wir haben uns erkundigt, inwiefern die ICF in Europa implementiert ist und inwiefern die ICF im Rehabilitationsprozess angewendet wird. Darüber hinaus wurde das Für und Wider diskutiert, ob ICF Core Sets entwickelt werden sollten. Die Arbeitsgruppe kam zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Die wesentliche Auswirkung von Katastrophen ist der dramatische und plötzliche und unerwartete Einschnitt in die Umweltfaktoren. Das PTSD-Modell im ICD und DSM drückt weniger die Wechselwirkung zwischen persönlichen, sozialen und Umweltfaktoren aus. Daher benötigen wir eine zweite Sprache, um die Auswirkungen einer Großschadenslage auf die Umweltfaktoren sowie die sozialen und persönlichen Faktoren zu beschreiben.
- Die ICF ist ein heuristisches Modell, das weit über die bloße Beschreibung eines symptomdiagnostischen Levels hinausgeht. Der Sinn der ICF, die Vorteile und Einschränkungen, sind noch nicht in vollem Umfang bekannt und weit davon entfernt, im Gesundheitswesen einheitlich in Europa implementiert zu sein. Für viele Delegierte erscheint die ICF zu aufwendig, um sie für die tägliche Arbeit anzuwenden. Einige Delegierte ziehen es vor, wesentlich mehr individuelle Vorgehensweisen bei der Arbeit mit den Patienten anzuwenden und denken, dass die ICD-10, ICD und das DSM zu restriktiv seien.
- Die Implementierung eines solchen komplexen Systems wie die ICF dauert möglicherweise eine ganze Dekade an. Dann ist es noch fraglich, ob es immer noch „State of the Art“ ist. Allerdings konstituiert die ICF eine zweite Sprache, das als Werkzeug unterschiedlicher Berufsgruppen, Ärzten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten etc. dienen kann und hilft, allgemeine Ziele der Behandlung zu formulieren.

Die Delegierten diskutierten, in welchem Ausmaß die ICF in ihren Heimatstaaten implementiert ist. In Deutschland ist die Implementierung ICF über die Sozialgesetzgebung vorgegeben. Das Dutch Department of Health steht in der Diskussion die ICF legislativ zu implementieren. Keine Anwendung findet die ICF in UK, Spanien, Portugal und meistens liegt die Anwendung auf dem Gebiet der physikalischen Therapie oder der neurologischen Rehabilitation. Eine umfassende Implementierung ist noch nicht gegeben. Die Delegierten kamen zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Die ICF ist bisher noch überhaupt nicht in der klinischen Praxis umgesetzt und es besteht ein geringer Wissenszugang, selbst wenn es als sinnvoll wahrgenommen wird. Es sollten Abwägungen erfolgen, wie die ICF implementiert werden kann, ohne zu sehr Widerstand von den Kliniken zu erzeugen.
- Da die Reduktion von Symptomen keineswegs den Ausgleich von Behinderung bedeutet, wurde die generelle Botschaft der ICF von allen Delegierten anerkannt. Die Delegierten haben folgende allgemeine Schlussfolgerungen formuliert. Die ICF deckt ein ganzes Feld der Medizin ab und schließt 1424 Codes ein. Aus diesem Grunde ist die ICF für die Arbeit in der psychosozialen Nachsorge im Feld nicht praktikabel. Als denkbarer Weg wäre die Formulierung von Core Sets, wie der Q-FIS-SR, der aus praktischer Sicht auch nach Großschadenslagen Anwendung finden könnte.

8. Literatur

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bering, R., Elklit, A., Schedlich, C., Zurek, G. (2009). Psychosocial Crisis Management: The role of screening, risk factors, and psychopharmacology to prevent trauma related disorders, *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 63-74.
- Bering, R. (2011, 2nd edition). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Brundtland G. H. WHO conference on health and disability. [World Health Organization Web site]. April 18, 2002. Retrieved from http://www.who.int/director_general/speeches/2002/english/20020418_disabilitytrieste.html. Accessed September 4, 2010.
- Bryant, R. A. (2003). Acute stress disorder: Is it a useful diagnosis? *Clinical Psychologist*, 7, 67-79.
- Bruyère, S., Van Looy, S., & Peterson, D. (2005). The International Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary literature overview, *Rehabilitation Psychology*, 50(2), 113-121.
- Cieza, A., Ewert, T., Uestuen, B., Chatterji, S., Kostansek, N. & Stucki, G. (2004a). Development of ICF cores sets for patients with chronic conditions, *Journal of Medical Rehabilitation*, 44, 9-11.
- Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Herceg, Melvin, J., Stucki, G., & de Bie, R. (2004b). ICF core sets for depression, *Journal of Medical Rehabilitation*, 44, 128-34.
- Dunker, S. (2009). *Prognose und Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Soldaten der Bundeswehr. Längsschnittstudie zur Neuvalidierung des Kölner Risikoindex-Bundeswehr (KRI-Bw)*. Available at <http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2010/3021>.
- Ewert, T. & Stucki, G. (2007). "Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - Einsatzmöglichkeiten in Deutschland," *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(7), 953-961.
- Grundmann, J., Keller, K. & Bräuning-Edelmann, M. (2005). Praxisorientierte Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der medizinischen Rehabilitation von psychisch erkrankten und behinderten Menschen. *Rehabilitation* 44(6), 335-43. Stuttgart: Thieme.
- Impact, Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care, (2007): *Draft Multidisciplinary Guideline Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events*. Available: <http://www.impact-kenniscentrum.nl> Summary: Available: <http://www.eutopa-info.eu/index.php?id=69>
- Kennedy, C. (2003). Functioning and disability associated with mental disorders: The evolution since ICIDH, *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 25(11-12), 611-619.
- Köhler, M., & Bering, R. (2011). Misserfolgs- und Erfolgsskripte als Einflussfaktoren in der Traumatherapie. *Trauma und Gewalt* (in Druck).
- Linden, M., & Baron, S., (2005). Das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzsstörungen bei psychischen Erkrankungen, *Rehabilitation* 44(3), 144-51. Stuttgart: Thiemeinstrument zur Beurteilung von Fähigkeit.
- Lollar, D., & Simeonsson, R. (2005). Diagnosis to function: Classification for children and youths, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(4), 323-330.
- Mbogoni, M. (2003). On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT), *Disability & Rehabilitation*, 25(11), 644-658.

- NATO & OTAN (2008). *Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents. Non-binding guidance*. NATO Joint Medical Committee.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults - a meta-analysis*, *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52–73.
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M., & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall, *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- TENTS *The European Network for Traumatic Stress* (2008). Available: <http://tentsproject.eu/index.jsp?USMID=95> Accessed: 12.3.2011
- Ustun, T., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kastanjsek, N., & Schnieder, M. (2003). The international classification of function, disability and health: A new tool for understanding disability and health, *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 25, 565–571.
- Vieta, E., Cieza, A., Stucki G. Chatterji, S., Nieto, M., Sánchez-Moreno, J., Jaeger, J., Grunze, H. & Ayuso-Mateos, J. L. (2007). Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disorders*, Feb-Mar; 9(1-2), 16-24.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health Children and Youth Version (ICF-CY)*. Geneva: Author.

Anhang

Tabelle 1: Kategorien von Q-FIS und Fall-Bericht Herr Williams

Körperfunktionen					Aktivitäten und Teilhabe					Umweltfaktoren														
	1	2	3	4	C		1	2	3	4	C		4	3	2	1	0	1	2	3	4	C		
b/GP	Schädigung der allg. Psychopathologie				1	d155	Sich Fertigkeiten aneignen						e230	Natürliche Ereignisse										1
B117	Funktionen der Intelligenz				1	d160	Aufmerksamkeit fokussieren						e235	Vom Menschen verursacht Ereig.										1
B122	Globale psychosoziale Funktionen					d175	Probleme lösen						e310	Engster Familienkreis										1
B126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit					d177	Entscheidungen treffen						e315	Erweiterter Familienkreis										1
B130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs					d220	Mehrfachaufgaben übernehmen						e320	Freunde										1
B140	Funktionen der Aufmerksamkeit					d240	Mit Stress umgehen						e325	Andere **										1
B134	Funktionen des Schlafs					d470	Transportmittel benutzen						e330	Autoritätspersonen										1
B144	Funktionen des Gedächtnisses					d475	Ein Fahrzeug fahren						e335	Untergebene										1
B147	Psychomotorische Funktionen					d510	Sich waschen						e340	Persönl. Hilfs- u. Pflegepersonen										1
B152	Emotionale Funktionen					d520	Seine Körperteile pflegen						e350	Domestizierte Tiere										1
B166	Funktionen der Wahrnehmung/ Intrusionen					d550	Essen						e355	Fachleute der Gesundheitsberufe										1
B160	Funktionen des Denkens					d560	Trinken						e360	Andere Fachleute										1
B164	Höhere kognitive Funktionen					d570	Auf seine Gesundheit achten						e460	Gesellschaftliche Einstellungen										1
B/PD	Peritraumat. Dissoziation					d630	Mahlzeiten vorbereiten																	
B110	Funktionen des Bewusstseins				1	d640	Hausarbeiten erledigen																	
B114	Funktionen der Orientierung				1	d660	Anderen helfen																	
B1800	Selbstwahrnehmung				1	d710	Elementare interpers. Aktivitäten																	
B1801	Körperschema				1	d720	Komplexe interpers. Aktivitäten																	
B1802	Zeitwahrnehmung				1	d730	Im Zusammenhang mit Fremden																	
b/GBF	Schädigung allgemeiner Körperfunktionen					d740	Formelle Beziehungen																	
b280	Schmerz					d750	Informelle soziale Beziehungen																	
b310	Funktionen der Stimme				1	d760	Familienbeziehungen																	
b410	Herzfunktionen					d770	Intime Beziehungen																	
b420	Blutdruckfunktionen					d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden																	
b440	Atmungsfunktionen					d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit																	
b510	Funktionen der Nahrungsaufnahme					d910	Gemeinschaftsleben																	
b515	Verdauungsfunktionen					d920	Erholung und Freizeit																	
b620	Miktionsfunktionen					d930	Religion und Spiritualität																	
b640	Sexuelle Funktionen					d950	Polit. Leben & Staatsbürgerschaft																	
b650	Menstruationsfunktionen																							

Tabelle 2: Questionnaire on Functioning and Disabilities-Stress Response (Q-FIS-SR)

Körperfunktionen		1	2	3	4	C	Aktivitäten und Teilhabe					1	2	3	4	C	Umweltfaktoren																							
b/GP	Schädigung der allg. Psychopathologie						d155										e230																							
B117	Funktionen der Intelligenz						d160											e235																						
B122	Globale psychosoziale Funktionen						d175											e310																						
B126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit						d177											e315																						
B130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs						d220											e320																						
B140	Funktionen der Aufmerksamkeit						d240											e325																						
B134	Funktionen des Schlafs						d470											e330																						
B144	Funktionen des Gedächtnisses						d475											e335																						
B147	Psychomotorische Funktionen						d510											e340																						
B152	Emotionale Funktionen						d520											e350																						
B156	Funktionen der Wahrnehmung/ Intrusionen						d550											e355																						
B160	Funktionen des Denkens						d560											e360																						
B164	Höhere kognitive Funktionen						d570											e460																						
B/PD	Peritraumat. Dissoziation						d630																																	
B110	Funktionen des Bewusstseins						d640																																	
B114	Funktionen der Orientierung						d660																																	
B1800	Selbstwahrnehmung						d710																																	
B1801	Körperschema						d720																																	
B1802	Zeitwahrnehmung						d730																																	
b/GBF	Schädigung allgemeiner Körperfunktionen						d740																																	
b280	Schmerz						d750																																	
b310	Funktionen der Stimme						d760																																	
b410	Herzfunktionen						d770																																	
b420	Blutdruckfunktionen						d845																																	
b440	Atmungsfunktionen						d870																																	
b510	Funktionen der Nahrungsaufnahme						d910																																	
b515	Verdauungsfunktionen						d920																																	
b620	Miktionsfunktionen						d930																																	
b640	Sexuelle Funktionen						d950																																	
b650	Menstruationsfunktionen																																							

© 2011 Bering, Schedlich & Zurek