

# Evaluation eines ICF-basierten Instruments zur Einschätzung des Reha-Bedarfs

Julia Hollstein, Wilma Funke & Dieter Garbe  
Kliniken Wied

28. Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.  
Heidelberg 2015

## Heute geht es um ....

### **1. Wie kann Reha-Bedarf eingeschätzt/gemessen werden?**

- a. Klinische Erfahrung, unterstützt durch Instrumente zur Objektivierung, z.B. ICF-basierte Screening-Instrumente
- b. Reha-Management-Kategorien (Entwicklung und möglicher Stellenwert)
- c. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Grundgerüst für die klinische Einschätzung
- d. Index für den Schweregrad der Abhängigkeitsstörung

### **2. Fragestellung heute**

### **3. Stichprobe und Auswertungsmethoden**

### **4. Ergebnisse und Interpretation**

# Warum differenzierte Einschätzung des Reha-Bedarfs vor der Behandlung?

**Vorteile einer auch objektiv nachvollziehbaren und belegten Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs vor bzw. zu Beginn der Behandlung u.a.:**

- Förderung der **Motivation** und Adhärenz durch mehr Transparenz und Mitbeteiligung für Patienten
- bessere Planung für den **Ressourceneinsatz**
- erhöhte **Effizienz** der Therapieplanung und Behandlung

## 2. Fragestellung

Bringt die ICF-basierte Einschätzung anhand der ICF-Skala nach Nosper (2011)\* einen validen Mehrwert für die Einschätzung des Reha-Bedarfs und die Festlegung der geplanten Reha-Dauer?

\*Nosper, M. (2011). Individualisierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ein Phasenmodell für die Flexibilisierung der Rehabilitationsdauer. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Rheinland-Pfalz.

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



- **ICF beschreibt Funktionseinschränkungen und Teilhabeprobleme als Folge von Gesundheitsproblemen (interprofessionell und interkulturell)**

**Zielsetzungen sind u.a.:**

- **Ableitung sozialpolitischer Interventionen**
- **Feststellung des Entwicklungsbedarfs von Individuen**
- **Einschätzung des Reha-Bedarfs**

# Die Einschätzung des Reha-Bedarfs im Phasenmodell

(Nosper, 2011)



pro Domäne 1-3 Punkte = leicht, mittel, schwer

## **A: Schädigungen und Funktionsstörungen**

*z.B. inwiefern körperlich und psychisch belastet?*

## **B: Beeinträchtigungen der Aktivitäten**

*z.B. inwiefern erfolgt die Erledigung der alltäglichen Aktivitäten selbstständig oder ist beeinträchtigt?*

## **C: Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

*z.B. Ausbildung, Arbeit, wirtschaftliche Eigenständigkeit und Teilhabe am bürgerlichen Leben*

## **D: Umweltfaktoren**

*z.B. ausreichend unterstützendes soziales Umfeld oder destruktives Umfeld?*

## **E: Personbezogene Faktoren**

*z.B. überwiegend gute Ressourcen oder kompensationsbedürftige personbezogene Faktoren?*

# Index für den Schweregrad der Abhängigkeitsstörung

(Funke, Garbe, Heu, 2005, 2009)

sieben Items mit 0/1; Summenwert: 0-5 leichte bis schwere Ausprägung



## Items allgemein:

1. gesetzliche Auflage der Behandlung
2. Wiederholte stationäre Entwöhnungsbehandlung
3. Arbeitslosigkeit
4. Multiple Abhängigkeitsstörungen
5. Beginn der Abhängigkeitsstörung vor dem 31. Lebensjahr

## Items für Männer:

6. Abhängigkeitsdauer > 5 Jahre
7. unselbständiges Wohnen

## Items für Frauen:

6. Abhängigkeitsdauer > 3 Jahre
7. Lebenssituation mit Kind(ern)

### 3. Stichprobe und Auswertungsmethoden (im Rahmen eines Projekts zur Evaluation des Angebots)

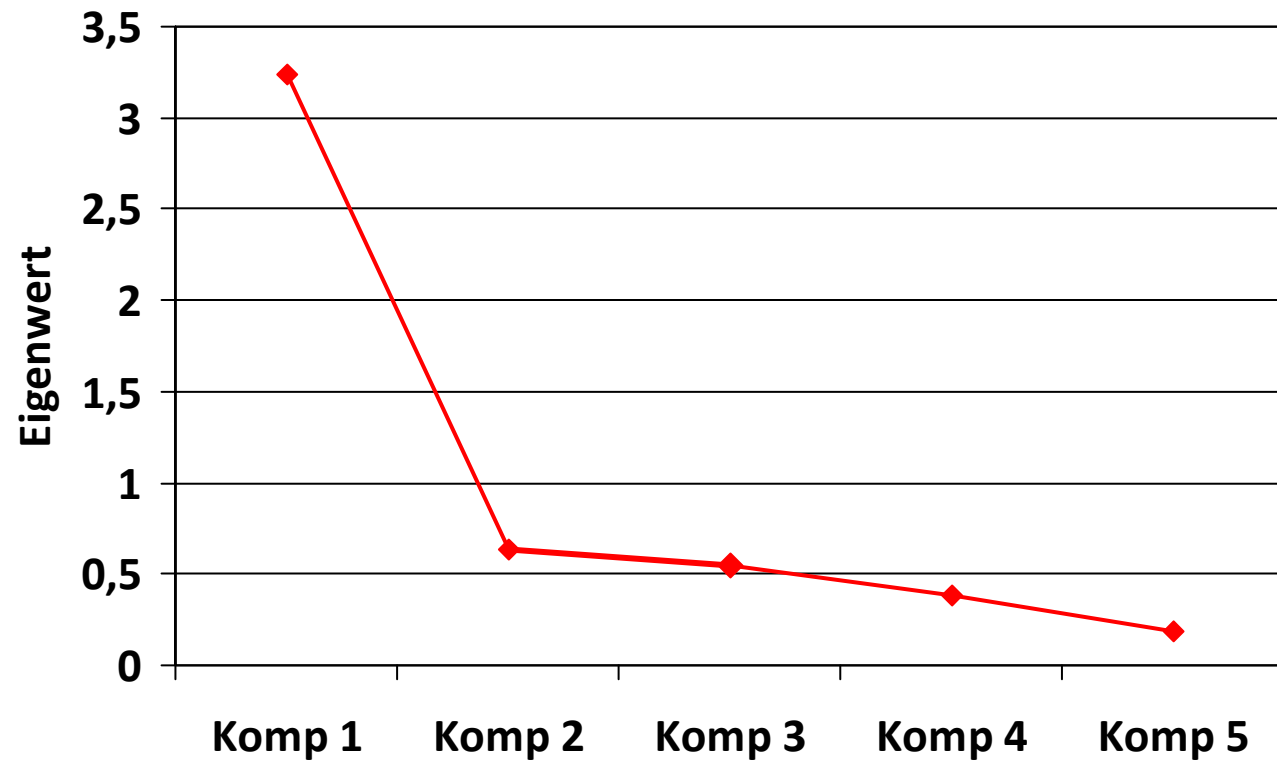
- Patienten in der Stationären Reha-Abklärung (SRA; Indikationsstellung im Hinblick auf Reha-Bedarf und Reha-Dauer, Leistung der KKn)
- **N = 112** (Entlassung 01.01.2013 bis 30.06.2014)
- **weiblich:** 22,3 %; **Alter:** Ø 41,5 Jahre (s = 12,5 Jahre), in **fester Partnerschaft** 42 %
- 72 % **Alkoholabhängigkeit**, 15 % Abhängigkeit von Cannabinoiden, 10 % Kokain-/Amphetaminabhängigkeit
- **Erwerbsstatus:** 33 % arbeitslos (ALG I + II); 11 % Nichterwerbspersonen
- 75 % abgeschlossene **Berufsausbildung**
- **Aufenthaltsdauer:** Ø 20,4 Tage (s = 4,0 Tage)
- **95 % planmäßige Entlassungen**



# Auswertungsmethoden

1. **Teststatistische** Analyse der ICF-basierten Skala (Faktoren- und Reliabilitätsanalyse)
2. **Korrelationsanalyse** für ICF-basierte Skala und Schweregradindex (Konstruktvalidität)
3. **Mittelwertvergleich** für abhängige Stichproben bzgl. geschätzter Behandlungsdauer und tatsächlicher Behandlungsdauer in Tagen (prognostische Validität)

## Ergebnisse und Interpretation I



**Eigenwertverlauf der Hauptkomponentenanalyse für die ICF-basierte Skala zur Einschätzung des Reha-Bedarfs**

# Korrelationen Schweregrad-Items und ICF-basierte Items

	N	SG 1	SG 2	SG 3	SG 4	SG 5	SG 6	SG 7
ICF A	111	0,10	0,03	0,41**	0,33**	<b>0,44**</b>	0,25**	0,26**
ICF B	111	0,14	-0,06	0,46**	<b>0,44**</b>	0,40**	0,18	<b>0,42**</b>
ICF C	111	-0,01	0,04	<b>0,61**</b>	0,39**	0,43**	<b>0,29**</b>	0,28**
ICF D	111	0,10	0,10	0,20*	0,32**	0,39**	0,23*	0,35**
ICF E	111	0,10	0,10	0,32**	0,35**	0,29**	0,20*	0,31**

## Ergebnisse und Interpretation II

- **Cronbach's Alpha 0,86** (als Maß der internen Homogenität der ICF-basierten Skala)
- Korrelationen zwischen ICF-basierten Items (ICF A-E und Schweregraditems SG 1-7):
  - SG 1 (gesetzliche Auflage) und SG 2 (wiederholte Entwöhnungsbehandlung): keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zu den ICF-Domänen A-E
  - SG 3 (**Arbeitslosigkeit**) und SG 6 (**Abhängigkeitsdauer** bei Männern > 5 Jahre, bei Frauen > 3 Jahre): höchste Korrelation mit **ICF C (Teilhabe)**
  - SG 4 (**mehrere Abhängigkeitsdiagnosen**) und SG 7 (**Wohnen**: Männer: unselbständiges Wohnen; Frauen: Leben mit Kind(ern)): höchste Korrelation mit **ICF B (Beeinträchtigungen der Aktivitäten)**
  - SG 5 (**Beginn der Abhängigkeit vor dem 31. Lj.**): höchste Korrelation mit **ICF A (Schädigungen und Funktionsstörungen)**

## Ergebnisse und Interpretation III

### Zur prognostischen Validität:

- Vergleich der tatsächlichen mit der auf Basis der ICF-basierten geplanten Behandlungsdauer in Tagen:
  - **kein signifikanter Unterschied** (Wilcoxon-Test; N = 93 Patienten mit regulärer Entlassung aus der angeschlossenen stationären Rehabilitation;  $z = -0,215$ ;  $p = 0,83$ )

- ➔ – Reha-Verlaufs- und katamnestische Daten werden zur Zeit noch analysiert

## Zusammenschau und weitere Schritte

1. Die ICF-basierte Einschätzung des Reha-Bedarfs nach Nosper zeigt eine gute Skalenqualität (ein Faktor, gute interne Konsistenz mit nur 5 Items).  
→ Problem bei klinischer Einschätzung: **Interraterreliabilität** (die noch zu prüfen ist)
2. Die objektiveren, operationalisierten Kriterien des Schweregradindex bieten eine vergleichsweise einfache Eingruppierung der Patienten bzgl. des Reha-Bedarfs und **validieren** die Befunde der ICF-Einschätzung und umgekehrt.
3. **Weitere Analysen** sind erforderlich mit größeren Stichproben in unterschiedlichen Settings und unter Hinzuziehung weiterer Merkmale.

Vielen Dank  
für die Aufmerksamkeit!

28. Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.  
Heidelberg 2015

Funke, W., Garbe, D. & Heu, J. (2005) Entwicklung eines Schweregradindexes für Patient(inn)en mit Störungen durch psychotrope Substanzen. In: J. Hoyer (Hrsg.) Klinische Psychologie und Psychotherapie 2005. (= 4. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie / 23. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie vom 5. bis 7. Mai 2005 in Dresden) (S. 65) Lengerich: Pabst Science Publishers (Abstractband).

Funke, W., Garbe, D. & Heu, J. (2009). Differentieller Behandlungsbedarf: Zur Validierung eines praxistauglichen Schweregradindex. Vortrag anlässlich des 22. Kongresses des Fachverbands Sucht in Heidelberg vom 15.-17.06.2009 im Forum 2 (Präsentation power point).

Nosper, M. (2011). Individualisierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ein Phasenmodell für die Flexibilisierung der Rehabilitationsdauer. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Rheinland-Pfalz.