

# ICF and geriatric rehabilitation – a love affair?

Kongress 2015 PLATEFORME-REHA.CH



Matthias Frank, Basel

# Zentrum für Altersmedizin FPS

## Akutbereich

Akutgeriatrie  
Psychogeriatrie  
Memory Clinic  
Basel Mobility Center

## Rehabereich

Geriatrische Rehabilitation  
Neurorehabilitation  
Orthopädisch/Rheumatologische  
Rehabilitation  
Tagesklinik



- Reception of ICF in rehabilitation medicine
- Reception of ICF in Swiss geriatric medicine
- Geriatric medicine between acute care and rehabilitation
- Opportunities and shortcomings of ICF
- Summary



# ICF

ICF

## Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Stand Oktober 2005

Herausgegeben vom  
Deutschen Institut für Medizinische  
Dokumentation und Information, DIMDI  
WHO-Kooperationszentrum für das  
System Internationaler Klassifikationen



World Health Organization  
Genf

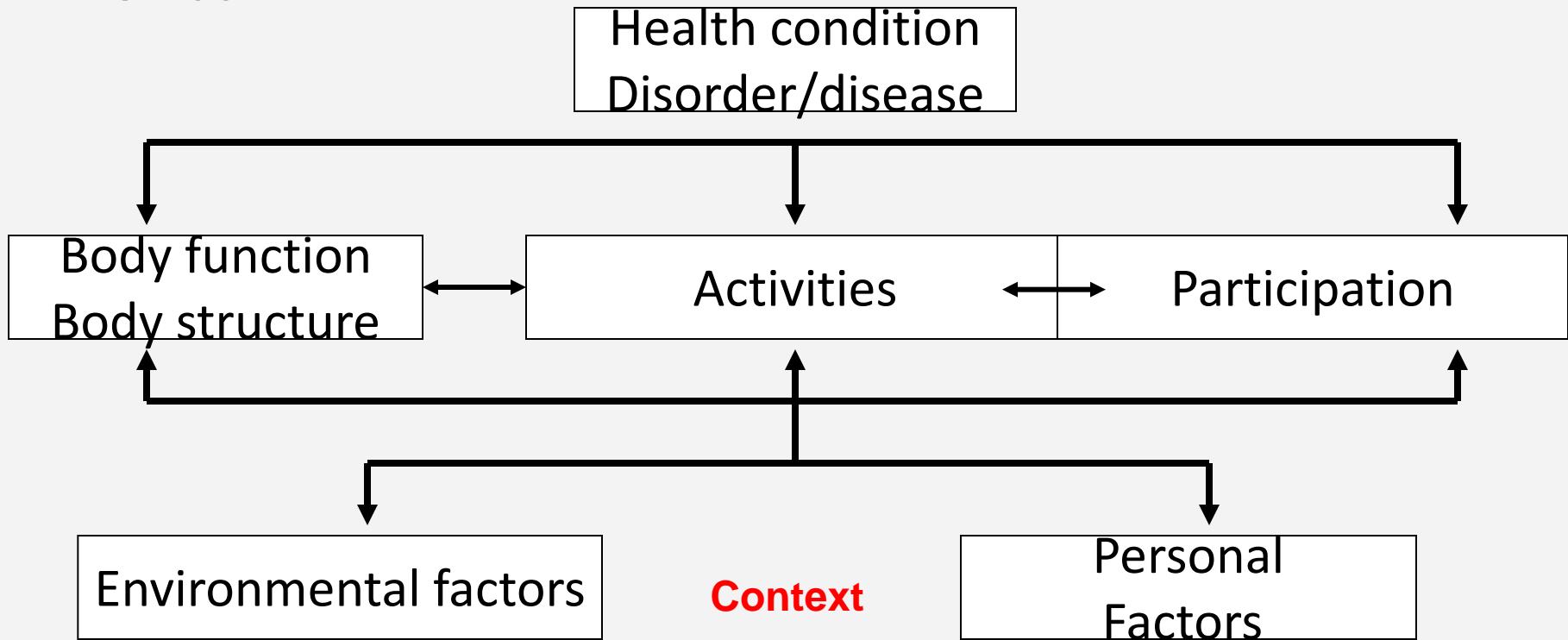
WHO 2001

Two Aspects

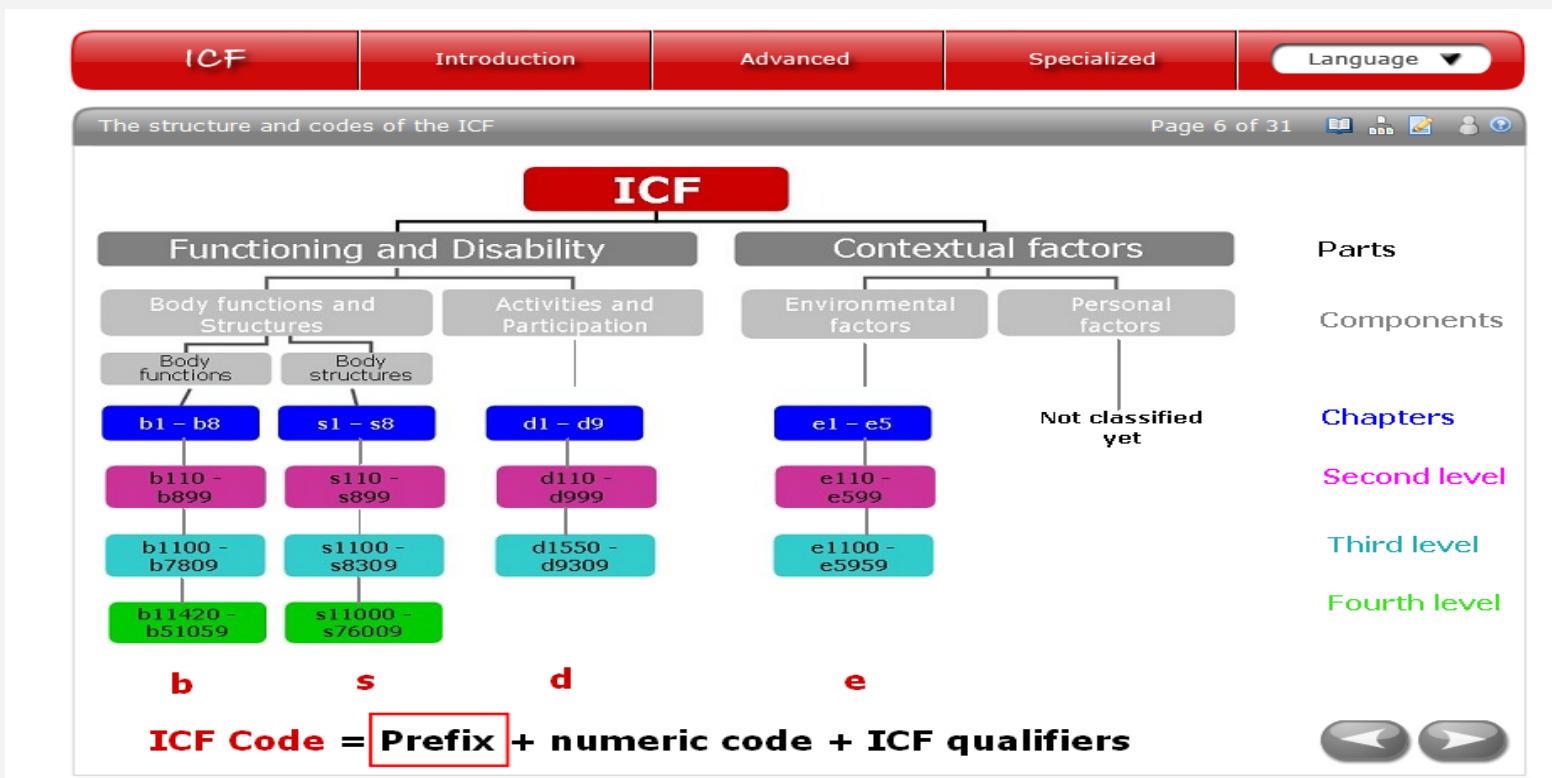
- Bio-psycho-social framework of components of health
- Classification of these components

# International Classification of Function

WHO 2001



# ICF als Klassifikation



## Ziele der ICF 2001

- Wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und Studium des Gesundheitszustands
- Gemeinsame Sprache für die Beschreibung
- Datenvergleiche zwischen Ländern
- Systematische Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme



**Interessengemeinschaften**

[Wir über uns](#)

[Kommunikation](#)

[Bildung](#)

[Agenda](#)

[Stellenplattform](#)

**Angehörigenbegleitung**

**ICF Plattform**

Ziele und Aktivitäten

Ansprechpersonen

Kurse / Veranstaltungen

Downloads (Referate ICF)

Links

**Sponsoren**

**Links**

**Kontakt**

Home | Sitemap | Login |   Suchen 

**Kontakt**

**SAR - Swiss Association of Rehabilitation**  
Stadthof  
Bahnhofstrasse 7b  
CH-6210 Sursee  
Tel. +41 (0)41 926 07 66  
Fax +41 (0)41 926 07 99  
[info@sar-gsr.ch](mailto:info@sar-gsr.ch)

**Termine**

**März 2015**

23.03 BIS 25.03  
Bobath meets Manuelle – biomechanische und neuromuskuläre Aspekte der Wirbelsäule 

25.03 08:00  
Zentralschweizer Pflegesymposium: Rehabilitation Care

28.03  
EFL-Prüfung zur Akkreditierung als EFL-Therapeut (D/F) 

**April 2015**

01.04 09:00  
Umgang mit Sehstörungen in der neurologischen Rehabilitation – Therapie und klinischer Alltag

17.04 BIS 18.04  
Rehabilitation nach HWS-Distorsionstrauma 

23.04 BIS 26.04  
41. Jahrestagung 

[Alle Veranstaltungen anzeigen](#) 

[2012 SAR](#) | [Impressum](#)

# Function – use in clinical language and in ICF differ

**BMC Nursing**

BMC Nursing 2008, 7:3



Open Access

Research article

## Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation

Martin Mueller<sup>1</sup>, Christine Boldt<sup>2</sup>, Eva Grill<sup>1</sup>, Ralf Strobl<sup>1</sup> and Gerold Stucki \*<sup>1,2,3</sup>

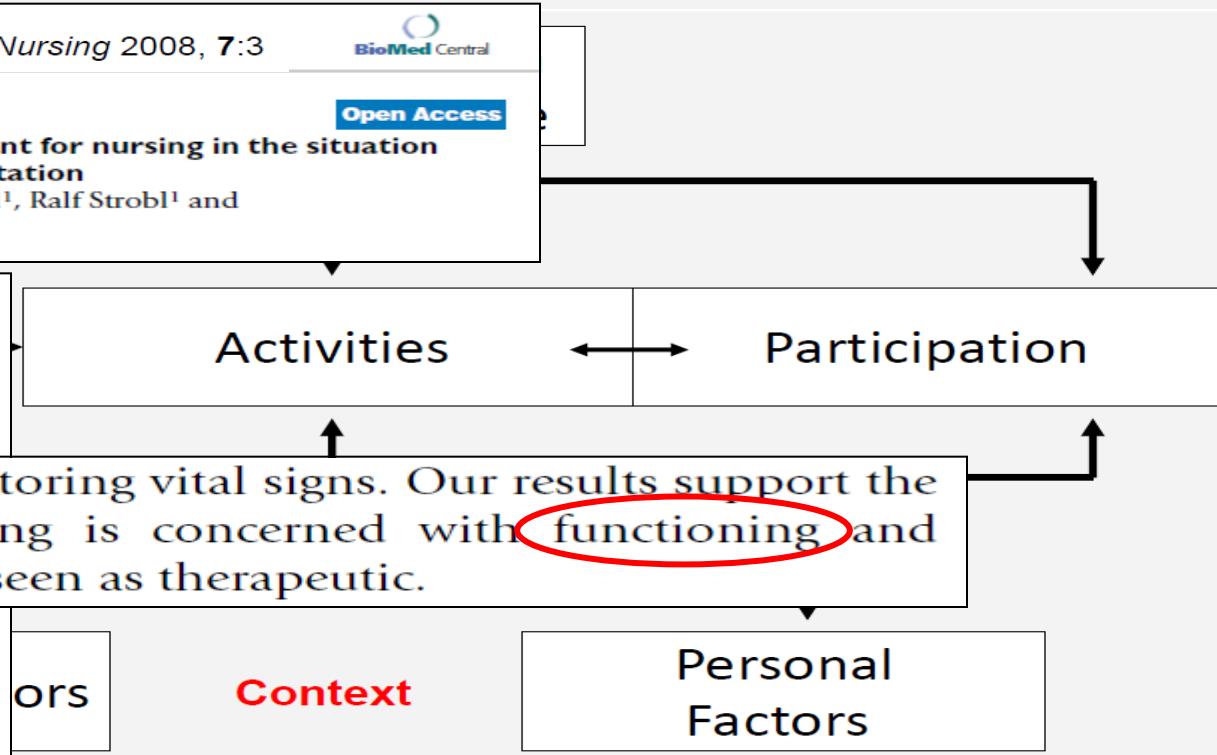
### Conclusion

The ICF Core Sets for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities are highly relevant for rehabilitation nursing and can be an important tool to analyse nursing both in research and practice.

The systematic way of analysing nursing interventions with ICF Core Set categories indicates that nursing in the acute situation deals with compensation of a drugs and monitor idea that nursing should thus be seen

drugs and monitoring vital signs. Our results support the idea that nursing is concerned with **functioning** and should thus be seen as therapeutic.

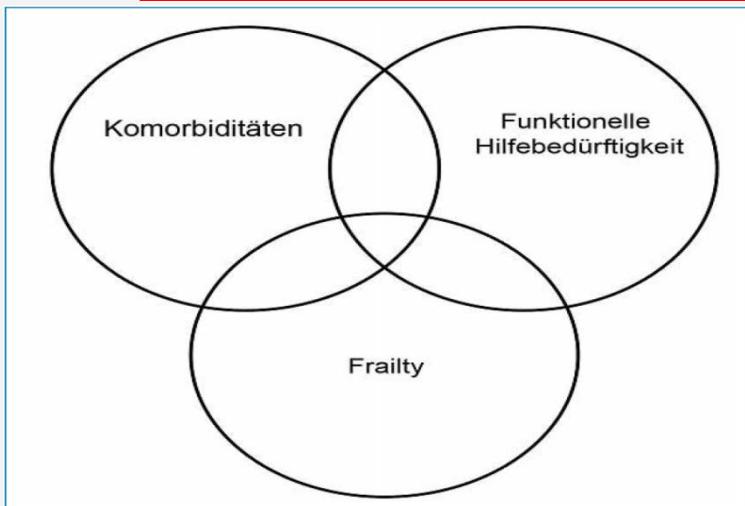
As the ICF is designed to describe functioning across all health care groups, from patients to health professionals, the use of ICF Core Set categories to describe nursing intervention goals can be useful in two aspects. First, the ICF Core Sets enables nurses to describe their goals in a commonly understandable way. Thus the ICF has the potential to optimise the management of the rehabilitation process. Second, ICF Core Sets facilitate to consider patients' needs and wishes. The ICF may thus be a useful framework to set nursing intervention goals.



## Function – use in clinical language and in ICF differ

functioning

Alltagsfunktionalität

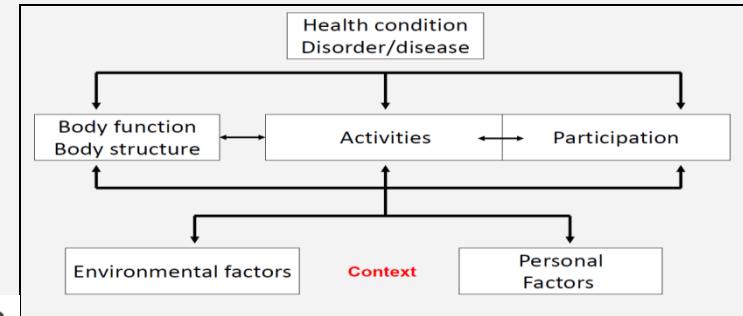


Soll man in der klinischen Praxis  
Frailty abschätzen?

Brigitte Santos-Eggimann<sup>a</sup>, Stéphane David<sup>b</sup>

Schweiz Med Forum 2013;13(12):248–252

ADL function



# Organspezifische Rehabilitation

**SAKR**



SWISS ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR  
PREVENTION AND REHABILITATION  
A BRANCH OF THE SWISS SOCIETY OF CARDIOLOGY

deutsch

Accueil

Qui sommes-nous?

Directives de la qualité

- » Recommandations

- » Critères de qualités obligatoires

- » Réadaptation

- » Thérapeutes

Institutions

Formation post-gradué,  
formation continue

State-of-the-art

Liens

Contrôle qualité online

## Réadaptation et prévention cardiovasculaire secondaire structurée

### 1 Réadaptation cardio-vasculaire globale

Les maladies cardio-vasculaires se placent largement en tête des causes de décès et d'hospitalisation et entraînent de lourdes conséquences socio-économiques directes et indirectes dans notre pays, et ce malgré les progrès dans nos connaissances physiopathologiques; l'utilisation des méthodes diagnostiques toujours plus performantes et des traitements plus efficaces. Cet aspect des choses a probablement exercé une influence décisive sur le développement des programmes de prévention cardio-vasculaire secondaire structurés et la diffusion croissante de la réhabilitation active des patients cardiaques. La Société européenne de Cardiologie estime que chaque patient ayant subi un événement cardiaque aigu devrait bénéficier au moins une fois dans son existence d'un programme de réadaptation et prévention cardio-vasculaire secondaire (Déclaration de Barcelone, 1999).

#### Les principaux bénéfices démontrés de la réadaptation cardiovasculaire (niveau A d'évidence scientifique) sont

- diminution du taux de réhospitalisation et des coûts de séjour en cas de réhospitalisation
- diminution du délai et amélioration du taux de retour au travail
- diminution du taux de mortalité et du risque de nouvel événement cardio-vasculaire
- amélioration de la qualité de vie et limitation des conséquences psycho-sociales de la maladie
- amélioration de la capacité physique et du périmètre d'action
- stabilisation ou régression de l'athéromateose
- stabilisation de l'insuffisance cardiaque et possibilité de surseoir ou de retarder l'intervention chirurgicale

La réadaptation cardio-vasculaire occupe une position clé dans le cadre d'un programme structure ambulatoire.

Le programme de réadaptation cardio-vasculaire pour événement cardiaque aigu. Elle est orientée vers la prévention et la gestion des différentes conséquences physiques et psychologiques de l'événement cardiaque aigu. Elle vise à améliorer la qualité de vie et la fonction socio-professionnelle la plus rapidement possible.

Le programme de réadaptation cardio-vasculaire pour événement cardiaque aigu (phase I), à la sortie de l'hôpital, comprend une phase de réadaptation intensif (phase II stationnaire ou ambulatoire); et une phase de suivi et de renforcement cardio-vasculaire (phase III).

Le programme de réadaptation cardio-vasculaire pour événement cardiaque aigu (phase I)

- la surveillance physique contrôlée
- la maîtrise des facteurs de risque cardio-vasculaire
- l'enseignement d'un comportement favorable à la santé
- la gestion du stress
- la consultation psychosociale et les conseils pratiques pour la réinsertion socio-professionnelle

#### 1.1 Indications à la réadaptation cardio-vasculaire

La réadaptation cardio-vasculaire est indiquée chez les patients atteints de maladies aigües ou chroniques du cœur ou de l'appareil circulatoire, par exemple

**Keine Hinweise auf ICF**

Nur die Kombination verschiedener Interventionen führt zum Ziel

## Pulmonale Rehabilitation

Martin Frey

Klinik: Barnimweid

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung soll nicht als Erkrankung, sondern als Systemerkrankung wahrgenommen werden. Stadien der COPD lässt sich eine Abnahme der körperlichen Aktivität und der Leistungsfähigkeit beobachten. Die Behandlung der Bronchialobstruktion ist die Basis für die Therapie. Eine Therapie wird somit der Krankheit zugeordnet.

Die aktuelle Definition der pulmonalen Rehabilitation basiert auf einer Metaanalyse von Lacasse [2] in der Cochrane Library 1996 und aktuell von Mc McCarthy [3] ist die Wirksamkeit einer spezifischen medizinischen Trainingstherapie im Rahmen eines umfassenden Rehabilitationsprogramms nachgewiesen. Interessanterweise hat man sich aber erst in den letzten Jahren für die prognostisch wichtige körperliche Aktivität [1, 4] und allfällige gezielte Interventionen zu interessieren begonnen. Sogar es vorerst bei der pulmonalen Rehabilitation darum, in erster Linie die körperliche Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität zu steigern. In den letzten Jahren wurde man sich aber vermehrt bewusst, dass das Therapieziel auch die langfristige Verbesserung der körperlichen Aktivität sein muss. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) hat sich von einer nur marginal beeinflussbaren und Resignation auslösenden Krankheit zu einem Leiden entwickelt, bei dem wir Patienten medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien anbieten können, die ihre Prognose verbessern und parallel dazu ihre Lebensqualität über Jahre erhöhen [5, 6]. Die Behandlung eines COPD-Patienten ab der Diagnosestellung bis zum Tod ist ein Langzeitprojekt. Wegen der mannigfachen Interventionsmöglichkeiten ist hier ein gutes Krankheitsmanagement (*disease management*) notwendig, bei dem es

fähigen Patientenassessment beruht und mehrere auf den Patienten zugeschnittene Therapieformen umfasst. Wesentliche Elemente sind dabei Trainingstherapie, Schulung, Unterstützung bei Lebensstiländerungen usw., alle mit dem Ziel, die körperliche und seelische Situation der betroffenen Lungenpatienten zu verbessern und eine langfristige Änderung des Gesundheitsverhaltens zu induzieren\* (frei übersetzt aus dem offiziellen ATS/ERS Statement 2013 [7]).

Diese aktuelle Definition der pulmonalen Rehabilitation zeigt sehr überzeugend auf, dass es sich dabei nicht um eine alleinige Trainingstherapie handeln darf, sondern dass Patientenschulung, psychologische Mitbetreuung, Ernährungsberatung und oft Rauchstoppberatung wesentliche Elemente der Rehabilitation sind (Tab. I). Somit richtet sich die pulmonale Rehabilitation in ihrer modernen Form nicht an die Lungenerkrankung COPD, sondern an den an COPD erkrankten Menschen als Ganzes. Aufgrund dieses ganzheitlichen Ansatzes darf die pulmonale Rehabilitation als Wegbereiterin eines modernen Krankheitsmanagements angesehen werden.

### Vom FEV<sub>1</sub> zum Assessment

Die Spirometrie als lungenfunktionelle Basisuntersuchung ist nicht nur für die Diagnostik der COPD

# Pflegeklassifikationen

**Tabelle 1: Validität von Pflegeklassifikationen**

Kriterien an eine Pflegediagnosen-Klassifikation	ICF	ICNP®	NANDA	ZEFP
Die Klassifikation basiert auf Pflegemodellen und -theorien	0*	0	XXX	X
Relevanz und Nutzen der Klassifikation sind durch pflegewissenschaftliche Studien belegt	X	X	XXX	X
Die Ziele der Klassifikation sind genau definiert und die Klassifikation beschreibt Pflegephänomene	0*		XXX	X
Die relevanten Konzepte des Fachgebiets der Pflege wurden konsistent entwickelt/zugeordnet	0*	0	XX	0
Die Klassifikation ordnet alle Ebenen kohärent: Konzepte enthalten mindestens ein Merkmal zur Unterscheidung der unter- bzw. übergeordneten Konzepte (Domänen, Klassen, Diagnosen, PES-Format).	0*	0	XXX	0*
Verbindungen zwischen Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen sind beschrieben und zugeordnet	0*	0	XX	0*
Die Klassifikation ist auf verschiedenen Ebenen anwendbar (praktische Pflegeplanung, Softwareanwendungen und Datenaggregation für Analysezwecke)	0*	X	XXX	0*

## Rezeption der ICF

- V.a. im Bereich Neurorehabilitation und Unfallversicherung (SUVA)
  - mit sehr unterschiedlicher lokaler Intensität
- Stark in therapeutischen Disziplinen (insbes. Physiotherapie)
  - Zunehmend Teil der Ausbildung
- Nur Ansätze
  - in anderen Bereichen der Rehabilitation
  - In der Versicherungsmedizin
  - Gesundheitspolitik
- Vielfach Skepsis im Bereich Pflege(-wissenschaft)
- So gut wie keine Verankerung in ärztlicher Ausbildung (?)

## ICF-PRAXISLEITFADEN 3

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

März 2010

Nach ICF kodiert wird nach wie vor nur in Forschungsprojekten. Auch mittelfristig wird wegen der z. B. noch nicht praktikablen Schweregradeinteilung die Kodierung nicht sinnvoll realisierbar sein.

Bis auf Weiteres wird sich die Nutzung der ICF auf die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells unter Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF beschränken.

# Geriatrie als Teil der Rehabilitationsmedizin?

SFGG

ORGANISATIONEN DER ÄRZTESCHAFT

Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit  
**Profil der Geriatrie in der Schweiz\***

**Vorwort**

Daniel Grob, Präsident SFGG 2005/06

Die Geriatrie in der Schweiz ist in einer Phase rascher Entwicklung. Geriatrische Strukturen sind heute in den Schweizer Kantonen unterschiedlich entwickelt. Auf dem Hintergrund der demografischen Alterung der Bevölkerung – im Aufbau begriffen; es existiert aber in Kantonen und Gemeinden eine grosse Verschiedenheit geriatrischer Institutionen, die über viele Jahrzehnte gemeinsam wahrsind.

Geriatrie ist ein medizinisches Fachgebiet. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Geriatrie als „der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter und den klinischen, präventiven, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt.“

Geriatrie heißt auch zwingend interdisziplinäres Arbeiten; Mitglieder verschiedener Berufsgruppen arbeiten im geriatrischen Kontext eng zusammen. Eine solche erwünschte und notwendige enge Zusammenarbeit funktioniert nur,

In einem in Arbeit befindlichen Teil 2 sollen dann Struktur-, Prozess- und Outcome-Kriterien geriatrischer Arbeit vorgelegt werden.

Die Entwicklung des vorliegenden Papiers war ein mehrjähriger Prozess, der zu intensiven Diskussionen in verschiedenen Gruppen zweier Verbände innerhalb der Kerngruppe und des SFGG-Vorstandes durchgeführt. Viele, die an dessen Zustandekommen beteiligt waren, verdienen herzlichen Dank. Besonders gedankt sei der zu Beginn der Arbeit tätigen Kerngruppe: Dr. med. Christophe Büla, Epalinges; Dr. med. Ruedi Gilgen, Zürich; Dr. med. Kurt Müller, Schaffhausen; und Dr. med. Philipp Staub, Genf. Weiterhin massgeblich beteiligt waren Dr. med. Charles Chappuis, Bern; Dr. med. Franco Tanzi, Lugano; Dr. med. Regula Schmitt-Mannhart, Bern; PD. Dr. med. Albert Wettstein, Zürich, und Dr. med. Gilbert Zullian, Genf. Wertvolle Anregungen vorwinkeln wir auch Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Bern.

Einen besonderen Dank verdient Pla Graf, Vögel, die das Sekretariat der SFGG führt und Koordinations- wie auch inhaltliche und Über-

## 2. Definitionen und Konzepte der Geriatrie

### 2.1 Definitionen

Geriatrie befasst sich mit Gesundheit im Alter und den klinischen (physischen und psychischen), den präventiven, den rehabilitativen und den sozialen Aspekten von Krankheiten bei alten Menschen (WHO).

Geriatrische Betreuung heisst kurative, präventive, rehabilitative und palliative Behandlung und Betreuung unter Einbezug sozialer Aspekte; diese Anteile sind oft gleichzeitig vorhanden und nicht immer klar voneinander abgrenzbar.

[www.sfgg.ch](http://www.sfgg.ch)

Weitere Informationen unter [www.sfgg.ch](http://www.sfgg.ch)



Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie  
Société professionnelle suisse de Geriatrie  
Società Professionale Svizzera di Geriatria

## Profil de la gériatrie en Suisse

**1ère partie**  
**Principes fondamentaux et concept de travail**  
**de la médecine de la personne âgée**

9 novembre 2006

### 2.1. Définitions

La gériatrie est la branche de la médecine qui s'occupe de la santé à un âge avancé, ainsi que de tous les aspects cliniques (physiques et psychiques) de prévention, de réadaptation et des aspects sociaux des maladies des personnes âgées.

Cela signifie donc une prise en charge comportant des traitements curatifs et préventifs, des traitements de réadaptation et de palliation qui incluent les aspects sociaux.

Ces entités sont d'ailleurs souvent présentes de manière concomitante et la distinction entre les unes et les autres n'est pas toujours claire.

# Rehabilitatives Denken als Grundprinzip der Geriatrie

Rehabilitation, im Sinne der Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten, ist ein Grundprinzip der geriatrischen Behandlung und findet sich als Methode damit in allen geriatrischen Einrichtungen. Diese hat sehr individuell zu erfolgen.

## 3.3.1. Principes généraux

La réadaptation dans le sens du maintien ou de l'amélioration de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne est le principe de base du traitement gériatrique et se trouve présente dans toutes les institutions gériatriques. Cette méthode est appliquée de façon très individualisée.

# Rehabilitatives Denken als Grundprinzip der Geriatrie

## 3.3.2. Stationäre geriatrische Rehabilitation

Die geriatrische Rehabilitation i.e.S. befasst sich mit dem Bearbeiten von Behinderung und Funktionsfähigkeit auf den von der WHO erarbeiteten Grundlagen und Klassifizierungen (ICF), im Hinblick auf die Rückgewinnung, Stabilisierung und (Wieder-)Befähigung zur möglichst selbständigen Lebensführung im Alltag im angestammten Wohnumfeld. Zielgruppe sind geriatrische PatientInnen, die infolge meist mehrerer Krankheiten oder infolge von Unfällen ihre Selbständigkeit und Handlungsfähigkeit teilweise oder ganz verloren haben, was sich immer auf das soziale Leben (Partizipation) mit dem individuellen Lebenshintergrund und die Lebensweise (persönliche und umgebungsbedingte Kontextfaktoren) auswirkt.

## 3.3.2. Réadaptation gériatrique hospitalière (stationnaire)

La réadaptation gériatrique se préoccupe du traitement du handicap et des capacités fonctionnelles sur les bases éprouvées de la classification de l'OMS pour la récupération, la stabilisation, et l'acquisition d'un décours de vie au grand âge le plus indépendant possible dans un environnement donné. Les groupes concernés sont ceux qui ont perdu tout ou partie de leur indépendance ou de leur habileté à la suite le plus souvent de nombreuses maladies ou d'accidents ce qui a entraîné des répercussions sur leur vie sociale (participation) compte tenu de leur contexte de vie passée et de leur mode de vie (facteurs contextuels personnels et environnementaux).

# DefReha – Papier 2014



- 3.2.1 Geriatrische Rehabilitation .....
- 3.2.2 Internistische und Onkologische Rehabilitation .....
- 3.2.3 Kardiovaskuläre Rehabilitation .....
- 3.2.4 Muskuloskelettale Rehabilitation .....
- 3.2.5 Neurologische Rehabilitation .....
- 3.2.6 Pädiatrische Rehabilitation .....
- 3.2.7 Paraplegiologische Rehabilitation .....
- 3.2.8 Psychosomatische Rehabilitation .....
- 3.2.9 Pulmonale Rehabilitation .....

# Anforderungskriterien der stationären geriatrischen Rehabilitation

## Profil d'exigences de la réadaptation gériatrique stationnaire

Homepage SFGG / SPSG 01/2013



Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie  
Société Professionnelle Suisse de Gérontologie  
Società Professionale Svizzera di Geriatria

### Profil d'exigences de la réadaptation gériatrique stationnaire

Matthias Frank, Stephan Born, Wanda Bosshard, Daniel Grob  
Adopté par le Comité de la SPSG le 17.11.2012

1. Introduction
2. Définition de la réadaptation gériatrique stationnaire
3. Délimitation par rapport à d'autres offres
  - Géritude aiguë et traitement complexe de rééducation gériatrique précoce
  - Réadaptation en médecine interne/oncologique, soins palliatifs, réadaptation psychosomatique
  - Réadaptation spécifique à un organe
  - Soins transitoires
4. Exigences en base
5. Qualité de l'indication
6. Qualité des structures
7. Qualité du processus
8. Management de la qualité
9. Qualité et saisie des résultats

L'offre de réadaptation stationnaire spécifique à un organe et non spécifique à un organe varie fortement d'une région à l'autre. La SPSG aspire à une généralisation des offres de traitement en géatrie aigüe et en réadaptation gériatrique stationnaire sur l'ensemble du territoire. Cela éviterait de renvoyer les patients géatriques vers des offres de la réadaptation spécifique à un organe inadaptées pour eux ou vers des homes médico-sociaux proposant des offres de réadaptation partielles. Pour la SPSG, il est essentiel de respecter les critères décrits ci-après ; la structure dans laquelle ils sont fournis est en revanche secondaire. Les questions de financement devront faire l'objet d'une clarification séparée.

tation géatrique qui connaît en Suisse une grande tradition et dont une méta-analyse récente a démontré le bénéfice<sup>3</sup> pour améliorer les fonctions, éviter les admissions en EMS et la mortalité, l'élaboration de critères d'indication, de structures, de processus et de résultats s'avère prioritaire.<sup>4</sup>

## – Kurzversion Schweizerische Ärztezeitung 13.03.2013

Aus Sicht der SFGG ist anzustreben, die Behandlungsangebote Akutgeriatrie und stationäre geriatrische Rehabilitation flächendeckend aufzubauen. Das bedeutet, dass geriatrische Patienten [4] nicht auf für sie ungeeignete Angebote der organspezifischen Rehabilitation oder auf Pflegeheime mit partiellen rehabilitativen Angeboten verwiesen werden.

Pflegeheimbeweinungen und Mortalität wurde kürzlich in einer Meta-Analyse belegt [2]. Eine Arbeitsgruppe der SFGG hat nun Indikations-, Struktur-, Prozess- und Outcomeskriterien definiert, die Behandlungsangebote akutgeriatrischer Patienten [4] nicht er organspezifische mit bewiesen werden.

frührehabilitative Komplexbehandlung GFK. Die Abgrenzung erfolgt durch den Verfall der Akutspitalberechtigung im Tarifsystem über DRGs abgeleitet. Für die Akutgeriatrie ist dies problematisch, da Krankheitsverläufe geriatrischer Patienten oft nicht linear verlaufen und rehabilitative Massnahmen nicht linear ablaufen können. Daher müssen Komplikationen überbrochen werden [7], betrachtet die SFGG allerdings eine strikte Aufteilung mittels Kriterienkatalog als problematisch. Auf diese Weise kann die SFGG jedoch sicherstellen, dass hier die individuelle Beurteilung durch den fallführenden Arzt bzw. Geriater eine entscheidende Rolle.

Internistische Rehabilitation:  
Zielgruppe der internistischen Rehabilitation sind vor allem multimorbide, also mehrere Organsysteme betroffene Patienten, die einer multimodalen interdisziplinären stationären Behandlung bedürfen [8, 9]. Geriatrische Patienten sind zusätzlich durch die begleitende funktionelle Beeinträchtigung [3], verminderte Funktionsreserven und häufig mehrdimensionale Erkrankung (Einschränkungen auch



Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie  
Société Professionnelle Suisse de Gérontologie  
Società Professionale Svizzera di Geriatria

# Anforderungskriterien der stationären geriatrischen Rehabilitation

## Profil d'exigences de la réadaptation gériatrique stationnaire

### 5. Indikationsqualität

#### 5.1. Allgemein:

- Es liegen Störungen der Aktivitäten oder Einschränkungen der Teilhabe aufgrund Schädigungen von Körperfunktion oder –struktur gemäss ICF vor.

### 5. Qualité de l'indication

#### 5.1. Généralités :

- troubles de l'activité ou de la participation suite à des déficiences des structures ou fonctions organiques selon CIF ;

## Anforderungskriterien der stationären geriatrischen Rehabilitation

### Profil d'exigences de la réadaptation gériatrique stationnaire

#### 7. Qualité du processus

- Une évaluation gériatrique structurée est effectuée à l'entrée (au moins dans les domaines de la cognition, des AVQ, de la mobilité, de l'alimentation et de la situation sociale) et à la sortie (au moins dans les domaines des AVQ et de la mobilité).
- Processus de traitement structurés et documentés, établis selon les normes de la CIM et de la CIF
- Objectifs à brève et longue échéance de la réadaptation individuelle, documentés

#### 7. Prozessqualität

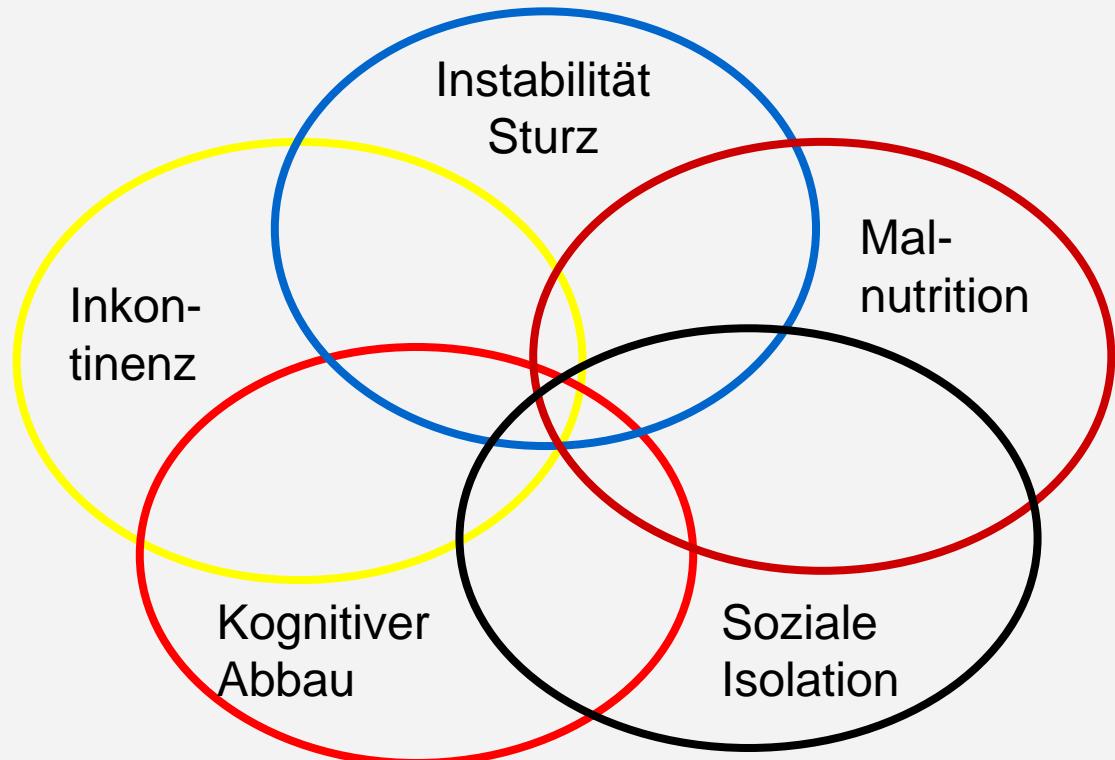
- Strukturiertes geriatrisches Assessment bei Eintritt (mindestens Bereiche Kognition, ADL, Mobilität, Ernährungszustand und soziale Situation) und bei Austritt (mindestens Bereiche ADL und Mobilität)
- ICF – und ICD - bezogene strukturierte und dokumentierte Behandlungsprozesse
- Dokumentierte individuelle kurz- und langfristig orientierte Rehabilitationsziele

## Geriatrisches Assessment orientiert sich an Syndromen

### Geriatric giants

- Immobility
- Instability
- Incontinence
- Impaired intellect/memory

*Isaacs 1965*



# ICF Core Sets Hirnschlag

Table I. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – categories of the component body functions included in the Comprehensive ICF Core Set for stroke

ICF code	ICF category title
b110	Consciousness functions
b114	Orientation functions
b117	Intellectual functions
b126	Temperament and personality functions
b130	Energy and drive functions
b134	Sleep functions
b140	Attention functions
b144	Memory functions
b152	Emotional functions
b156	Perceptual functions
b164	Higher-level cognitive functions
b167	Mental functions of language
b172	Calculation functions
b176	Mental function of sequencing complex movements
b180	Experience of self and time functions
b210	Seeing functions
b215	Functions of structures adjoining the eye
b260	Proprioceptive function
b265	Touch function
b270	Sensory functions related to temperature and other stimuli
b280	Sensation of pain
b310	Voice functions
b320	Articulation functions
b330	Fluency and rhythm of speech functions
b410	Heart functions
b415	Blood vessel functions
b420	Blood pressure functions
b455	Exercise tolerance functions
b510	Ingestion functions
b525	Defecation functions
b620	Urination functions
b640	Sexual functions
b710	Mobility of joint functions
b715	Stability of joint functions
b730	Muscle power functions
b735	Muscle tone functions
b740	Muscle endurance functions
b750	Motor reflex functions
b755	Involuntary movement reaction functions
b760	Control of voluntary movement functions
b770	Gait pattern functions

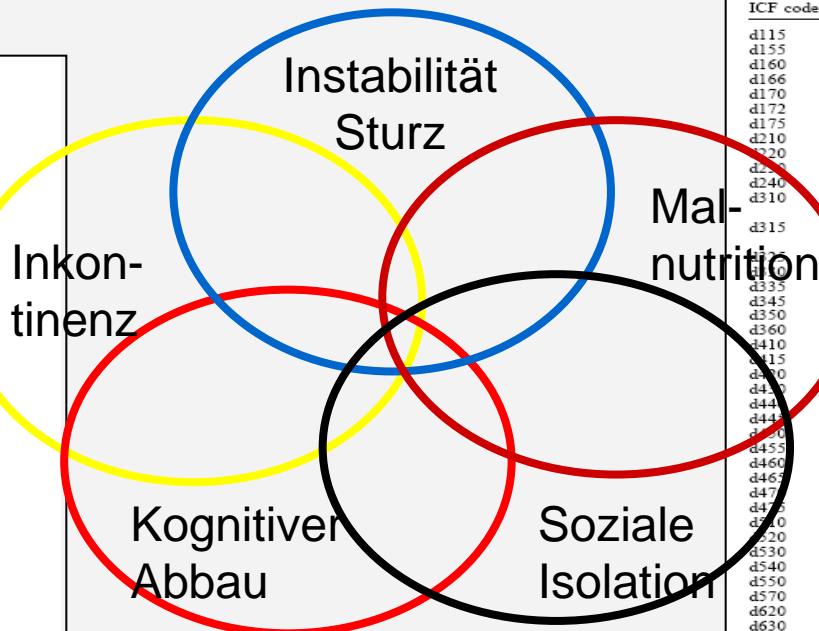
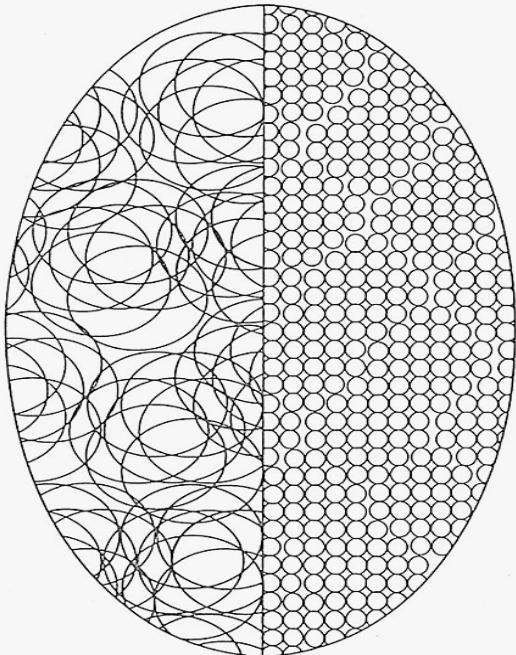


Table III. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – categories of the component activities and participation included in the Comprehensive ICF Core Set for stroke

ICF code	ICF category title
d115	Listening
d155	Acquiring skills
d160	Focusing attention
d166	Reading
d170	Writing
d172	Calculating
d175	Solving problems
d210	Undertaking a single task
d220	Undertaking multiple tasks
d230	Carrying out daily routine
d240	Handling stress and other psychological demands
d310	Communicating with – receiving – spoken messages
d315	Communicating with – receiving – non-verbal messages
d320	Communicating with – receiving – written messages
d335	Speaking
d345	Producing non-verbal messages
d350	Writing messages
d360	Conversation
d410	Using communication devices and techniques
d415	Changing basic body position
d420	Maintaining a body position
d430	Transferring oneself
d440	Lifting and carrying objects
d450	Fine hand use
d460	Hand and arm use
d470	Walking
d455	Moving around
d460	Moving around in different locations
d465	Moving around using equipment
d475	Using transportation
d480	Driving
d510	Washing oneself
d520	Caring for body parts
d530	Toileting
d540	Dressing
d550	Eating
d570	Looking after one's health
d620	Acquisition of goods and services
d630	Preparing meals
d640	Doing housework
d710	Basic interpersonal interactions
d750	Informal social relationships
d760	Family relationships
d770	Intimate relationships
d845	Acquiring, keeping and terminating a job
d850	Remunerative employment
d855	Non-remunerative employment
d860	Basic economic transactions
d870	Economic self-sufficiency
d910	Community life
d920	Recreation and leisure

## ICF Core Sets Stroke



ICF classification does not offer reliable assessment of severity of a problem

ICF classification does not offer reliable assessment of clinical course or follow-up

ICF classification gets lost in description....

# Geriatrisches Assessment

## Geriatrisches Assessment:

Mini Mental Status vom 14.05.2013: 24/30 Punkte

Uhrzeichtest vom 14.05.2013: 4/5 Punkte (Norm >3)

Geriatric Depression Scale (GDS) vom 14.05.2013: 3 Punkte (2-5=Hinweis auf Depression)

Mini Nutritional Assessment Shortform vom 14.05.2013: 5/14 Punkte (Norm >11)

Gang- und Gleichgewichtstest nach Tinetti: bei Eintritt: 3 bei Austritt: 19/28 Punkte

Timed Up and Go (TUG): bei Eintritt: sec, bei Austritt: sec (Norm < 20 sec)

Gehgeschwindigkeit: bei Austritt: 0,8 m/s (Norm >1,0 m/s)

Handkraftmessung nach Jamar rechts/links: bei Eintritt 38/- kg

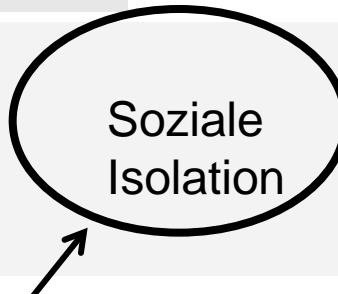
Berg Balance Scale: am 06.06.2013: 30/56 Punkte, am 12.07.2013: 43/56 Punkte

Selbständigkeit in basalen Alltagsaktivitäten

Functional Independence Measure FIM:

- bei Eintritt: motorisch 13/91, kognitiv 10/35, gesamt : 23/126

- bei Austritt: motorisch 61/91, kognitiv 22/35, gesamt : 83/126



# FIM and ICF

## 66 Selbständigkeit im Alltag

<i>Aktivitäten</i>	
A	Essen/ Trinken
	d550 Essen d560 Trinken
B	Körperpflege
	d5100 Körperteile waschen d5102 Sich abtrocknen d5200 Die Haut pflegen d5201 Die Zähne pflegen
C	Baden/ Duschen/ Waschen
D	Ankleiden oben
	d510 Sich waschen d540 Sich kleiden e1151 Hilfsmittel für den persönlichen Gebrauch
E	Ankleiden unten
	d540 Sich kleiden e1151 Hilfsmittel für den persönlichen Gebrauch
F	Intimhygiene
I	Transfer Bett/ Stuhl/ Rollstuhl
J	Transfer Toilettensitz
K	Transfer Dusche/ Badewanne
L	Gehen/ Rollstuhl
	d4200 Sich beim Sitzen verlagern d4200 Sich beim Sitzen verlagern d530 Die Toilette benutzen d4200 Sich beim Sitzen verlagern
M	Treppensteigen
N	Verstehen
	d465 Sich unter Verwendung von Geräten/ Ausrüstung fortbewegen d4551 Klettern/ steigen d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen
O	Ausdruck
	d330 Sprechen d335 Non-verbale Mitteilungen produzieren b16710 Das lautsprachliche Ausdrucksvermögen betreffende Funktionen b16712 Das Ausdrucksvermögen in Gebärdensprache betreffende Funktionen
P	Soziales Verhalten
Q	Problemlösung
	d9100 Informelle Vereinigungen d9205 Geselligkeit d175 Probleme lösen

Is FIM a pure activity measure?

Complex items such as «social interaction» are poorly covered in ICF categories ?

# Befundung nach ICF –Physiotherapie und Logopädie

Therapieplanung in Anlehnung an die ICF Klassifikationen

## Gesundheitsproblem

Patient/in

## Körperstruktur / Körperfunktion

Optik: Therapeut/in

## Kontextfaktoren

Umweltfaktoren:

Persönliche Faktoren:

Tinetti:

Jamar:

Fähigkeit

Übertrag in den Alltag



## Aktivität / Partizipation

## Initial Assessment

Function:  
NHP, BBT, ARAT

Function:  
Swallowing/  
Language

Speech Language  
Therapy

Geriatrician/  
Neurologist

Function:  
NIHSS, MMS,  
Clock drawing, GDS, NRS

Rehabilitative Nursing

Ergotherapy

Physiotherapy

Activities: FIM  
Context: social support

Social worker

Neuropsychology

Nutrition specialist

Function:  
Neuropsychological testing

## Examples of goal setting

- Dressing upper body without help A/P
- Safely walking short distance without, longer distance with walking aid A/P
- Taking medication from dosett without help A/P
- 30 s standing in semi-tandem position F/S
- Climbing 1 flight of stairs with supervision A/P
- adequate balance reactions while standing F/S
- Preparing breakfast independently A/P
- Managing daily routine / therapy appointments independently A/P

## Take home message

- Rehabilitative approach is an integral part of geriatric medicine
- Bio-psycho-social model of care is well accepted as fundamental to rehabilitation
- This is especially true for neurologic, but also geriatric rehabilitation
- Hope for better acceptance and better performance of rehabilitation through use of ICF classification should be replaced by more realistic view
- Terminology and classifications of ICF compete against other classifications (e.g. NANDA in nursing science)
- ICF classification is not easy to use and of limited value to document clinical change
- Multidimensional geriatric assessment is related to geriatric syndroms and able to indicate improvement or deterioration



Thank you for your attention