

Aus dem
Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften
der Ludwig Maximilians Universität München

ehemaliger Vorstand: Prof. Dr. med. G. Stucki
kommissarischer Leiter: Prof. Dr. med. D. Nowak

**Untersuchung der Inhaltsvalidität der umfassenden ICF Core Sets für
Rückenmarksverletzungen
aus Sicht der Psychologen und Sozialarbeiter:
Eine internationale Studie unter Verwendung der Delphi Methode**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der medizinischen Fakultät der
Ludwig Maximilians Universität zu München

vorgelegt von
Sarah Hörl, geb. Behle
aus Freital

2012

Mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Gerold Stucki

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. med. Martin Weigl

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. rer. biol. hum. Inge Kirchberger

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h. c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung 29.03.2012

Danksagung

Mein Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. med. Gerold Stucki für die Vergabe dieser Doktorarbeit und die gut aufgebaute Betreuung.

Besonderes bedanken möchte ich mich bei Frau Dr. Alarcos Cieza, Gruppenleiterin des ICF-Core Set Development und bei dem gesamten ICF Team für die Hilfsbereitschaft und gute Zusammenarbeit.

Inbesondere bedanken möchte ich mich bei Frau Dr. Inge Kirchberger für die ausgezeichnete Unterstützung zu jedem Zeitpunkt, die Geduld und individuelle Beratung sowohl bei der Durchführung der Studie als auch beim Schreiben der Arbeit.

Außerdem gebührt mein Dank allen Teilnehmern der Studie, ohne deren zeitintensive Mitarbeit die Daten nicht hätten erhoben werden können.

Zu guter Letzt danke ich meinem Mann für seine Geduld, Unterstützung und Hilfe.

Inhaltsverzeichnis

1. Deutsche Zusammenfassung	7
2. Englische Zusammenfassung (Abstract)	9
3. Einleitung	11
3.1 Epidemiologie und Klassifikation von Rückenmarksverletzungen	11
3.2 Akutbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen.....	15
3.3 Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	18
3.3.1 Modell der ICF	18
3.3.2 Die Entwicklung der ICF Core Sets für RMV	21
3.3.3 Anwendung der ICF in multidisziplinären Teams.....	24
3.4 Rolle der Psychologen und Sozialarbeiter in der Behandlung/Betreuung von Personen mit RMV	25
4. Zielsetzung der Studie	26
5. Methoden	27
5.1 Das Delphi Verfahren.....	27
5.2 Expertenrekrutierung.....	28
5.3 Ablauf der Delphi Studie	29
5.4 Linking.....	31
5.5 Statistische Methoden.....	32
6. Ergebnisse	33
6.1 Psychologen	33
6.1.1 Rekrutierung und Teilnehmer	33
6.1.2 Ablauf der Delphi Studie	35
6.1.3 Linking der Antworten.....	35
6.1.4 Repräsentation der Antworten der Psychologen in den umfassenden ICF Core Sets für RMV	37
6.1.4.1 Körperfunktionen	37

6.1.4.2	Körperstrukturen	39
6.1.4.3	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	40
6.1.4.4	Umweltfaktoren	43
6.1.4.5	Personbezogene Faktoren	46
6.1.4.6	nicht klassifizierbar	51
6.2	Sozialarbeiter	52
6.2.1	Rekrutierung und Teilnehmer	52
6.2.2	Ablauf der Delphi Studie	54
6.2.3	Linking der Antworten	54
6.2.4	Repräsentation der Antworten der Sozialarbeiter in den umfassenden ICF Core Sets für RMV	56
6.2.4.1	Körperfunktionen	56
6.2.4.2	Körperstrukturen	57
6.2.4.3	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	58
6.2.4.4	Umweltfaktoren	60
6.2.4.5	Personbezogene Faktoren	64
6.2.4.6	nicht klassifizierbar	66
7.	Diskussion	67
7.1	Psychologen	67
7.1.1	Körperfunktionen	67
7.1.2	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	69
7.1.3	Personbezogene Faktoren	73
7.1.4	nicht klassifizierbar	76
7.2	Sozialarbeiter	77
7.2.1	Körperfunktionen	77
7.2.2	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	78
7.2.3	Umweltfaktoren	80
7.2.4	Personbezogene Faktoren	80
7.2.5	nicht klassifizierbar	82

8. Schlussfolgerung	83
9. Literaturverzeichnis	85
10. Abkürzungsverzeichnis	97
11. Abbildungsverzeichnis	98
12. Tabellenverzeichnis.....	98
13. Anhang	100
13.1 Umfassende ICF Core Sets für RMV.....	100
13.1.1 Umfassender ICF Core Set für RMV des frühen Kontext	100
13.1.2 Umfassender ICF Core Set für RMV des späten Kontexts	104
13.2 Fragebögen	109
13.2.1 Fragebogen der 1.Runde	109
13.2.2 Fragebogen der 2.Runde	111
13.3 Ergebnisse der 2. und 3. Runde	112
13.3.1 Psychologen	112
13.3.2 Sozialarbeiter.....	122
14. Lebenslauf	129

1. Deutsche Zusammenfassung

Hintergrund: Die „Umfassenden ICF Core Sets für Rückenmarksverletzungen (RMV) des frühen Kontexts und des späten Kontexts“ dienen der klinischen Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und repräsentieren das prototypische Spektrum von Funktionsfähigkeit bei Patienten mit RMV des frühen und des späten Kontexts.

Ziel: Das Ziel dieser Studie war, die „Umfassenden ICF Core Sets für RMV des frühen und späten Kontexts“ aus der Perspektive der Psychologen und Sozialarbeiter, als wichtigem Teil des multiprofessionalen Teams bei der Versorgung von Patienten mit RMV, zu validieren.

Methoden: In der Behandlung/Betreuung von Patienten mit RMV erfahrene Psychologen und Sozialarbeiter wurden nach den Problemen, Ressourcen und Umweltfaktoren gefragt, die für die Behandlung/Betreuung im frühen und späten Kontext eine Rolle spielen. Dabei wurde die so genannte „Delphi-Methode“ angewandt. Die Expertenbefragung erfolgte in drei Runden per elektronischer Postzustellung (E-Mail). Die Antworten wurden nach definierten Übersetzungsregeln in die Sprache der ICF übersetzt.

Ergebnisse: Insgesamt 59 Psychologen aus 20 Ländern nannten 1480 Konzepte für den frühen Kontext und 1475 Konzepte für den späten Kontext, die alle Komponenten der ICF abdeckten. Diese Konzepte wurden für den frühen Kontext in 93 ICF Kategorien übersetzt und für den späten Kontext in 103 ICF Kategorien. Für den frühen Kontext sind 15 ICF Kategorien nicht im „Umfassenden ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts“ enthalten und für den späten Kontext 11 Kategorien, obwohl wenigstens 75% der Psychologen sie als wichtig eingestuft haben. Es wurden 132 Konzepte für den frühen und 114 Konzepte für den späten Kontext, zur bis jetzt noch nicht entwickelten Komponente der *personbezogenen Faktoren* gelinkt und mit mehr als 75% Übereinstimmung genannt. Ebenso werden 24 Antworten für den frühen und 28 für den späten Kontext, die mit mehr als 75% genannt wurden, von der ICF nicht abgedeckt.

Bei den Sozialarbeitern nannten insgesamt 26 Sozialarbeiter aus 13 Ländern 564 Konzepte für den frühen Kontext und 515 Konzepte für den späten Kontext. Für den frühen Kontext wurden drei Komponenten der ICF abgedeckt (*Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]* und *Umweltfaktoren*). Für den späten Kontext wurden alle Komponenten der ICF abgedeckt. Diese Konzepte wurden für den frühen Kontext in 64 ICF Kategorien übersetzt und für den späten Kontext in 69 ICF Kategorien. Für den frühen Kontext sind 5 ICF Kategorien nicht im „Umfassenden ICF Core Set für RMV“ enthalten und für den späten Kontext 3 Kategorien, obwohl wenigstens 75% der Sozialarbeiter sie als wichtig eingestuft haben. Es wurden 25 Konzepte für den frühen und 25 Konzepte für den späten Kontext, zur bis jetzt noch nicht entwickelten Komponente der *personbezogenen Faktoren* gelinkt und mit mehr als 75% Übereinstimmung genannt. Ebenso werden 20 Konzepte für den frühen und 18 für den späten Kontext, die mit mehr als 75% genannt wurden, von der ICF nicht abgedeckt.

Schlussfolgerung: Die Validität der „Umfassenden ICF Core Sets für RMV des frühen und späten Kontexts“ wurde von den teilnehmenden Psychologen und Sozialarbeitern weitgehend bestätigt. Allerdings zeigten sich einige Punkte, die nicht erfasst sind und daher einer weiteren Untersuchung bedürfen.

2. Englische Zusammenfassung (Abstract)

Objective: The “Comprehensive ICF Core Sets for spinal cord injury (SCI) in the early post-acute context (EPA) and in the long-term context (LT) are an application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and represent the typical spectrum of problems in functioning of patients with SCI in the EPA and LT context. The objective of this study was to validate these ICF Core Sets from the perspective of psychologists and social workers.

Methods: Psychologists and social workers experienced in the treatment/care of SCI were asked about the patients’ problems, patients’ resources and aspects of environment that psychologists/social worker take care of in the EPA and LT context, in a three-round survey using the Delphi technique. Responses were linked to the ICF according to defined rules.

Results: Fifty-nine psychologists in 20 countries named 1480 concepts for the EPA context and 1475 concepts for the LT context that covered all ICF components. Ninety-three ICF categories for the EPA context and 103 ICF categories for the LT context were linked to these concepts. For the EPA context 15 ICF categories and for the LT context 11 ICF categories were not represented in the “Comprehensive ICF Core Sets for SCI” although at least 75% of the participants have rated them as important. One-hundred-thirty-two concepts for the EPA context and 114 concepts for the LT context were linked to the not yet developed ICF component *personal factors* and were named with an agreement of more than 75%. Also, 24 issues for the EPA context and 28 for the LT context named with an agreement of more than 75% were not covered by the ICF.

Twenty-six social workers in 13 countries named 564 concepts for the EPA context and 515 concepts for the LT context. For the EPA context three ICF components (*Body functions, Activities and Participation and environmental factors*) were covered by the named concepts. For the LT context all ICF components were covered. Sixty-four ICF categories for the EPA context and 69 ICF categories for the LT context were linked to these answers. For the EPA context 5 ICF categories and for the LT context 3 ICF categories were not represented in the “Comprehensive ICF Core Sets for SCI” although at least 75% of the participants have rated them as

important. Twenty-five concepts for the EPA context and 25 concepts for the LT context were linked to the not yet developed ICF component *personal factors* and were named with an agreement of more than 75%. Also, 20 issues for the EPA context and 18 for the LT context named with an agreement of more than 75% were not covered by the ICF

Conclusion: The validity of the "Comprehensive ICF Core Sets for SCI in the EPA context and in the LT context" was largely supported by the psychologists and social workers. However, several issues were raised that are not covered and need to be investigated further.

3. Einleitung

"When the first *Superman* movie came out I was frequently asked 'What is a hero?' I remember the glib response I repeated so many times. My answer was that a hero is someone who commits a courageous action without considering the consequences. (...) Now my definition is completely different. I think a hero is an ordinary individual who finds strength to persevere and endure in spite of overwhelming obstacles. (...) These are real heroes, and so are the families and friends who have stood by them."

Christopher Reeve, 1999

3.1 Epidemiologie und Klassifikation von Rückenmarksverletzungen

Rückenmarksverletzungen gehen mit ernststen physischen, psychologischen, sozialen und ökonomischen Belastungen für den Betroffenen sowie seine Familie einher (Rowland & Hawryluk, 2008). Sie resultieren in einer vorübergehenden oder permanenten Störung der motorischen, sensiblen und/oder autonomen Funktionen des Rückenmarks unterhalb der Läsion und können, unabhängig von ihrer Ursache, zu katastrophalen und erheblichen Behinderungen führen, die für den Betroffenen lebenslange Konsequenzen haben (Dawodu, 2008; Lim & Tow, 2007). Man kann sie in traumatische und nicht-traumatische Verletzungen einteilen. Die Mehrzahl der Studien, die sich mit der Epidemiologie von RMV beschäftigen, konzentrieren sich auf traumatische RMV.

Die Inzidenzraten für traumatische RMV weltweit liegen laut eines systematischen Literaturreviews zwischen 10,4-83 Fällen/1Million Einwohner/Jahr und schließen nur die Fälle ein, die bei der Aufnahme ins Krankenhaus noch lebten (Wyndaele & Wyndaele, 2006). Die Inzidenz von RMV für Nordamerika liegt zwischen 27,1 - 83 Fällen/1Millionen Einwohner (Burke et al., 2001; Warren et al., 1995). Für Europa liegt die Inzidenzrate zwischen 10,4 - 25,4 (van Asbeck et al., 2000; Martins et al., 1998) für Asien zwischen 18 - 40,2 (Otom et al., 1997; Shingu et al., 1995) und für Australien bei 14,5 Fällen/1Million Einwohner/Jahr (O'Connor, 2002).

Zur weltweiten Prävalenz von RMV gibt es nur wenige Publikationen, die Werte liegen hier zwischen 223 - 755 Fällen/1 Million Einwohner. Die Prävalenz in

Nordamerika bewegt sich zwischen 681 - 755 Fällen/1 Million Einwohnern (Wyndaele & Wyndaele, 2006; Blumer & Quine, 1995). In Europa schwankt die Prävalenz je nach Studie zwischen 223, 280 und 252 Fällen/1 Million Einwohner (Levi, 1996; Dahlberg et al., 2005; Wyndaele & Wyndaele, 2006) und für Australien wird sie mit 681 Fällen/1 Million Einwohner angegeben (O`Connor P. J., 2005). Wenn man die Spannweite der Werte betrachtet, ist es nicht möglich, eine repräsentative Schätzung für die Prävalenz weltweit zu machen (Wyndaele & Wyndaele, 2006).

Der durchschnittliche Altersgipfel traumatischer RMV liegt bei 33 Jahren und die Geschlechterverteilung von Männern : Frauen beträgt 3,8 : 1 (Wyndaele & Wyndaele, 2006).

Die häufigsten Ursachen traumatischer RMV sind Verkehrsunfälle, Stürze, Sportunfälle, Verletzungen durch Gewalttaten und selbstverursachte Unfälle (Ackery et al., 2004). In industrialisierten Ländern sind Verkehrsunfälle mit 50,4% die häufigste Ursache. Stürze sind mit 23,8% die zweithäufigste Ursache traumatischer RMV in den Industriestaaten und bei Personen >60 Jahren sind sie der mit Abstand häufigste Grund für traumatische RMV (Ho et al., 2007).

Die weltweite Inzidenz nicht-traumatischer RMV ist nicht bekannt (Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, 2008). Eine Studie aus den USA gibt nicht-traumatische RMV mit einem Anteil von 39% am Gesamtanteil von RMV an (McKinley et al., 1999). Nicht-traumatische RMV zeigen einige Unterschiede im Vergleich zu traumatischen RMV. Personen mit nicht-traumatischen RMV sind im Mittel älter (61,2 Jahre) als Personen mit traumatischen RMV und die Geschlechterverteilung von Männern : Frauen liegt bei 1 : 1 (McKinley et al., 1999).

Die häufigsten Ursachen für nicht-traumatische RMV sind vaskuläre Rückenmarkserkrankungen, entzündliche Rückenmarkserkrankungen, nicht-entzündliche spinale Raumforderungen, toxisch-allergische Rückenmarkserkrankungen und nichtspinale Erkrankungen (Schwenkreis et al., 2006).

Das Ausmaß und die Lokalisation der RMV kann durch die neurologische Klassifikation der American Spinal Injury Association (ASIA) bestimmt werden. Dabei werden mithilfe eines standardisierten, neurologischen Untersuchungsbogens Kraft und Sensibilität überprüft (siehe Abbildung 1). Die RMV wird in 5 Kategorien eingeteilt, wobei man mithilfe einer rektalen Untersuchung zwischen einer kompletten

und einer inkompletten Querschnittslähmung unterscheidet (siehe Tabelle 1). Lässt sich eine Sensibilität in S4/S5 und/oder eine willkürliche Analkontraktion nachweisen, was als sakrale Aussparung bezeichnet wird, spricht man von einer inkompletten Querschnittslähmung. Lässt sich keine Reaktion, weder sensibel noch motorisch nachweisen, spricht man von einer kompletten Querschnittslähmung. Die Untersuchung der Sensibilität erfolgt an 28 definierten Schlüsselpunkten auf jeder Seite des Körpers, die für die einzelnen Dermatome stehen und eine Aussage über das jeweilige Segment ermöglichen. Es werden die Berührungssensibilität und das Schmerzempfinden untersucht. Das Ergebnis wird mithilfe einer Punkteskala angegeben (siehe Abbildung 1) und erlaubt Aussagen über das sensible Niveau der RMV. Die Motorik wird anhand von 10 Kennmuskeln untersucht, die für bestimmte Segmente stehen (siehe Abbildung 1) und eine Aussage bezüglich des motorischen Niveaus erlauben. Das neurologische Niveau beschreibt das kaudalste Segment mit vollständig erhaltener Motorik und Sensibilität auf beiden Seiten (Zäch & Koch, 2005). Die erhobenen Befunde sollten im Verlauf kontrolliert werden, um Veränderungen frühzeitig festzustellen und das endgültige Ausmaß der RMV zu bestimmen. Zwei Drittel der Patienten mit traumatischen RMV sind paraplegisch (Lähmung der unteren Extremitäten) und ein Drittel tetraplegisch (Lähmung aller vier Extremitäten). Der Anteil kompletter Querschnittslähmungen liegt bei 50% (Wyndaele & Wyndaele, 2006).

Tabelle 1: Klassifikation nach Lähmungsausmaß

Kategorie	
A	Komplett: keinerlei motorische oder sensible Funktion in den sakralen Segmenten S4-S5
B	Inkomplett: sensible, aber keine motorischen Funktionen unterhalb des neurologischen Niveaus vorhanden, inklusive S4-S5
C	Inkomplett: motorische Funktionen unterhalb des neurologischen Niveaus vorhanden. Mehr als die Hälfte der Kennmuskeln unterhalb des neurologischen Niveaus hat Muskelkraft von weniger als 3
D	Inkomplett: motorische Funktionen unterhalb des neurologischen Niveaus vorhanden. Mehr als die Hälfte der Kennmuskeln unterhalb des neurologischen Niveaus hat Muskelkraft 3 oder mehr
E	Normal: motorische und sensible Funktionen sind normal

Patient Name _____
 Examiner Name _____ Date/Time of Exam _____

ASIA AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION **STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY** **ISCOS**

MOTOR
KEY MUSCLES (scoring on reverse side)

R	L	
C5	<input type="checkbox"/>	Elbow flexors
C6	<input type="checkbox"/>	Wrist extensors
C7	<input type="checkbox"/>	Elbow extensors
C8	<input type="checkbox"/>	Finger flexors (distal phalanx of middle finger)
T1	<input type="checkbox"/>	Finger abductors (little finger)

UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM) + = (25) (25) (50)

Comments:

L2	<input type="checkbox"/>	Hip flexors
L3	<input type="checkbox"/>	Knee extensors
L4	<input type="checkbox"/>	Ankle dorsiflexors
L5	<input type="checkbox"/>	Long toe extensors
S1	<input type="checkbox"/>	Ankle plantar flexors

LOWER LIMB TOTAL (MAXIMUM) + = (25) (25) (50)

SENSORY
KEY SENSORY POINTS

	R	L	R	L
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S4-S5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTALS: = (MAXIMUM) (56) (56) (56) (56)

Any anal sensation (Yes/No)

PIN PRICK SCORE (max: 112)

LIGHT TOUCH SCORE (max: 112)

• Key Sensory Points

NEUROLOGICAL LEVEL (The most caudal segment with normal function) **COMPLETE OR INCOMPLETE?** (Incomplete = Any sensory or motor function in S4-S5) **ZONE OF PARTIAL PRESERVATION** (Caudal extent of partially innervated segments)

SENSORY	R	L	ASIA IMPAIRMENT SCALE	SENSORY	R	L
MOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association. REV 03/06

Abbildung 1: Standardisierter neurologischer Untersuchungsbogen der ASIA

3.2 Akutbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen

Frühzeitige und adäquate medizinische und rehabilitative Interventionen sind essentielle Faktoren, die für die funktionelle Erholung des Patienten von größter Wichtigkeit sind.

Eine der ersten Maßnahmen bei einer akuten RMV besteht in der Immobilisierung des Patienten bereits am Unfallort, um weitere Schäden am Rückenmark zu verhindern, sowie der Stabilisierung von Atmung und Kreislauf (Maier, 2010). Die Einweisung in ein entsprechendes Fachzentrum ist erforderlich und ermöglicht eine adäquate Diagnostik und umgehende therapeutische Versorgung durch ein multiprofessionales Team (Schwerdtfeger et al., 2004). Die Patienten bedürfen einer intensivmedizinischen Überwachung, um Komplikationen in der Frühphase rechtzeitig zu erkennen und zu therapieren.

Eine Beatmungspflichtigkeit entwickelt sich bei 95% der Patienten mit einer RMV oberhalb von C5, weswegen die Atemfunktion dieser Patienten intensiv überwacht werden muss (Velmahos et al., 2003). Läsionen oberhalb von TH6 können durch eine gestörte sympathische Innervation des Herzens zur Bradykardie führen und bedürfen unter Umständen der Gabe von Atropin oder der Anlage eines Herzschrittmachers (Wuermser et al., 2007). Da eine hypotone Kreislaufsituation die Durchblutung des Rückenmarks verschlechtert und dadurch die Schädigung des Rückenmarks verstärkt wird, gibt es Empfehlungen, die einen mittleren arteriellen Druck von 85-90 mmHg in den ersten 7 Tagen nach der RMV befürworten (The American Association of Neurological Surgeons, 2002). Eine frühzeitige intermittierende Blasenkatheterisierung ist in der akuten Phase, in der die Blasenfunktion erloschen ist, genauso wichtig wie eine spätestens 72h nach der RMV begonnene Thromboembolieprophylaxe mit niedermolekularem Heparin. Außerdem sollte eine suffiziente Schmerztherapie begonnen werden, um eine Chronifizierung der Schmerzen zu verhindern, die in 70% der Fälle auftritt. Da es in der Frühphase oft zu Darmmotilitätsstörungen durch Mastdarm- und Sphinkterlähmung kommt, sollten Opiate in der Frühphase nicht eingesetzt werden. Um die Darmtätigkeit anzuregen, wenn diese nicht von alleine wieder in Gang kommt, wird Prostigmin empfohlen. Zusätzlich sollten die Patienten für 4 Wochen einen Protonenpumpeninhibitor zur Stressulkusprohylaxe erhalten. Eine korrekte

Lagerung des Patienten mit regelmäßigen Umlagerungen ist unerlässlich, um Kontrakturen und Druckulzera zu vermeiden. Es wird eine Umlagerung des gesamten Körpers alle 2-3h empfohlen (Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, 2008; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2008).

Je nach zugrunde liegender Ursache, wie zum Beispiel bei Wirbelsäulenverletzungen, und je nach Ausmaß der Kompression des Rückenmarks kann eine chirurgische Dekompression und Stabilisierung notwendig sein. Es gibt jedoch keine evidenzbasierten Angaben über den richtigen Zeitpunkt und den Nutzen einer chirurgischen Behandlung gegenüber einer konservativen Behandlung durch zum Beispiel Orthesen oder ein Korsett (Wuermser et al., 2007; Schwerdtfeger et al., 2004). Eine frühzeitige Dekompression (<24h nach Aufnahme) zeigt jedoch ein statistisch besseres Ergebnis, als eine späte Dekompression oder eine konservative Behandlung (Fehlings & Perrin, 2005).

Als medikamentöse Standardbehandlung der akuten RMV wurde lange Zeit die Gabe von Methylprednisolon betrachtet, das eine neuroprotektive Wirkung zeigt. Grundlage dafür waren drei groß angelegte randomisierte Multicenterstudien aus den USA, die National Acute Spinal Cord Injury Studies (NASCIS) I/II und III. Laut der NASCIS II und III bewirkte Methylprednisolon eine Verbesserung der Motorik und Sensibilität, wenn es innerhalb von 3-8 Stunden nach der RMV hochdosiert und über 24/48 Stunden verabreicht wurde (Bracken et al., 1990; Bracken et al., 1997). Die NASCIS Studien wurden jedoch später vielfach kritisch überarbeitet und werden derzeit in Frage gestellt, da den Studien erhebliche methodische und statistische Fehler vorgeworfen werden, wodurch die beschriebenen positiven Effekte abgeschwächt und die Wirkung als Randerscheinung interpretiert werden könnte (Maier, 2010). Es gibt keinen eindeutigen klinischen Beweis für die Wirksamkeit von Methylprednisolon. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, eine definitive Empfehlung für den Einsatz im Rahmen der Akutbehandlung von RMV auszusprechen. Dies gilt nicht nur für Methylprednisolon, sondern auch für andere neuroprotektive Substanzen, wie zum Beispiel das Gangliosid GM-1, für die es bisher keine evidenzbasierten Beweise ihrer Wirksamkeit gibt (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2008).

Sobald der Patient stabil genug ist, beginnt die rehabilitative Erstbehandlung mit dem Ziel, möglichst viele Funktionen aufrecht zu erhalten oder zurück zu

gewinnen und somit die größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen und eine Wiedereingliederung in Familie, Gesellschaft und Beruf zu ermöglichen (Michel, 2004; Stucki, Stier-Jarmer et al., 2005; Scelza et al., 2007). Die zu erreichende funktionelle Erholung ist unter anderem abhängig von der Läsionshöhe der RMV sowie dem Alter, medizinischen Begleiterkrankungen, der Motivation des Patienten und der Unterstützung durch die Familie (Kirshblum et al., 2007). Die Rehabilitation sollte so früh wie möglich beginnen, meist bereits auf der Intensivstation, da durch rasches Nutzen des in der Frühphase hohen Rehabilitationspotentials die Voraussetzungen für ein optimales Rehabilitationsergebnis geschaffen werden. Eine Verzögerung der Rehabilitation kann die Prognose hinsichtlich der funktionellen Erholung des Patienten negativ beeinflussen. Dieser Umstand kann zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes führen (Scivoletto et al., 2005; Sumida et al., 2001; Kirshblum et al., 2007). Die Rehabilitation wird von einem multidisziplinären Team, bestehend aus Ärzten, Pflegefachkräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern, durchgeführt. Sie umfasst zum Beispiel die Stärkung der Muskeln, die Verbesserung des individuellen Bewegungsausmaßes, Transfertraining und das Trainieren von Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Essen und Trinken, Körperpflege, das Entleeren des neurogen gestörten Blasen- und Darmtraktes etc.. Zusätzlich erlernt der Patient den Umgang mit dem Rollstuhl und anderen Hilfsmitteln für den Alltag. Ein großer Teil der Rehabilitation nach einer akuten RMV bezieht sich auf das Management der durch die RMV ausgelösten Effekte auf unterschiedliche Organsysteme und ihre Funktion, wie zum Beispiel die gestörte Blasen- und Darmfunktion, Management der Atmungsfunktion, die Prävention von Druckulzera und tiefen Beinvenenthrombosen. Zusätzlich wird sowohl der Patient als auch seine Familie während der Rehabilitation über die RMV, die zu erwartenden Probleme und die Prognose aufgeklärt um sich den täglichen Herausforderungen des Lebens besser stellen zu können (Sipski & Richards, 2006; May, et al., 2006). Um den Patienten in eine angepasste häusliche und berufliche Umgebung zu entlassen, können weitere Maßnahmen, wie Berufsberatung, Aus- und Weiterbildungsprogramme, Rechtsberatung und Hilfe beim behindertengerechten Umbau der Wohnung ebenfalls sinnvoll sein, um den Patienten während seiner Rehabilitation zu unterstützen. Die Behandlung von Patienten mit einer RMV endet

nicht mit ihrer Entlassung. Eine lebenslange Nachsorge ist notwendig, um Komplikationen wie Druckulzera, autonome Dysreflexie und heterotope Ossifikation sowie den Bedarf nach Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens rechtzeitig zu erkennen, zu behandeln und abzudecken und die erreichte funktionelle Erholung zu erhalten (Becker, 2002; Liem, 2004).

3.3 Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

3.3.1 Modell der ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) stellt eine Klassifikation zur Beschreibung von Krankheitskonsequenzen und mit Gesundheitsproblemen assoziierten Phänomenen dar (Ewert & Stucki, 2007). Die Vorgängerin der ICF war die „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“ von 1980, aus der die ICF in einem jahrelangen Entwicklungsprozess entstand. Innerhalb der Rehabilitation ist es notwendig, ein umfassendes und angemessenes Verständnis im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit und den Gesundheitszustand des Patienten zu erlangen, um die Therapie und Rehabilitation zu verbessern und letztendlich die Funktionsfähigkeit des Patienten zu erhalten und Behinderungen zu minimieren. Mit der ICF wird eine einheitliche und standardisierte Sprache bereitgestellt, mit der der Gesundheitszustand und die mit Gesundheit verbundenen Zustände eines Menschen innerhalb der Rehabilitation beschrieben werden können. Zusätzlich liefert sie einen einheitlichen Rahmen für alle Mitarbeiter des Gesundheitswesens, nicht nur im rehabilitativen Bereich. Weitere Anwendungsbereiche für die ICF finden sich auch im Bereich des Versicherungswesens, der sozialen Sicherheit, Arbeit, Erziehung/Bildung, Wirtschaft, Sozialpolitik und der Fortentwicklung der Gesetzgebung sowie der Umweltveränderung. Mit ihrer Verabschiedung im Mai 2001 auf der 54. Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurden alle Mitgliedstaaten aufgefordert, die ICF anzuwenden (WHO, 2001).

Der theoretische Ansatz der ICF basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell, welches ein ganzheitliches, multidimensionales und interdisziplinäres Verständnis von Gesundheit und gesundheitsbezogenen Zuständen bietet (siehe Abbildung 2). Probleme, die mit einer Erkrankung einhergehen, können laut der ICF sowohl

Körperstrukturen und Körperfunktionen als auch Aktivitäten und Partizipationen [Teilhabe] im täglichen Leben betreffen und wiederum ebenfalls von diesen Faktoren beeinflusst werden. Zusätzlich wird der Gesundheitszustand des Patienten sowie die Entwicklung von Behinderungen von zwei Kontextfaktoren beeinflusst; den Umweltfaktoren und den personbezogenen Faktoren (WHO, 2001).

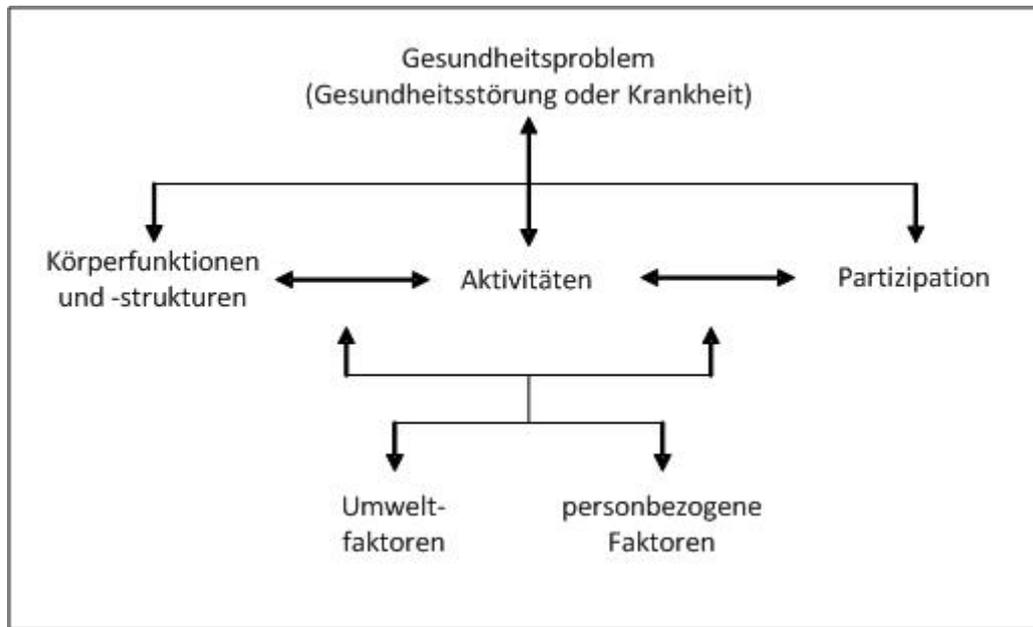


Abbildung 2: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Die ICF gliedert sich in zwei Teile. Jeder dieser Teile besteht wiederum aus zwei Komponenten (siehe Abbildung 3).

Der erste Teil umfasst die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung. Zum einen die Komponente *Körperfunktionen* und *Körperstrukturen* und zum anderen die Komponente der *Aktivität* und *Partizipation* [Teilhabe]. Die *Körperfunktionen* beschreiben die physiologischen Funktionen von Körpersystemen, die *Körperstrukturen* hingegen die anatomischen Teile des Körpers wie Organe und Gliedmaßen. Die Komponente der *Aktivität* und *Partizipation* [Teilhabe] beschreibt zum einen die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktivität) und zum anderen das Einbezogen sein in Lebenssituationen (Partizipation); also sowohl die individuelle als auch die soziale Perspektive.

Der zweite Teil der ICF umfasst die Kontextfaktoren. Diese stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar und können sowohl positive als auch negative Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit haben. Die erste Komponente sind die

Umweltfaktoren. Sie stellen Faktoren aus der materiellen, sozialen oder verhaltensbezogenen Umwelt dar. Die zweite Komponente sind die *personbezogenen Faktoren* wie Alter, Geschlecht, Bewältigungsstrategien etc.. Diese Komponente ist derzeit noch nicht klassifiziert.

In der ICF sind alle Einheiten hierarchisch gegliedert. Die drei klassifizierten Komponenten *Körperfunktionen und -strukturen*, *Aktivität und Partizipation [Teilhabe]* und *Umweltfaktoren* bestehen aus fortlaufend nummerierten Kapiteln, die die erste Ebene der Klassifikation darstellen. Innerhalb der einzelnen Kapitel können die höheren Ebenen, zwei, drei und vier erreicht werden. Je höher die Ebene, umso detaillierter ist die Kategorie. Um die Schwere des Problems zu beurteilen und darzustellen, wird der jeweiligen Kategorie eine Ziffer von 0 (Problem nicht vorhanden) bis 4 (Problem voll ausgeprägt) angefügt.

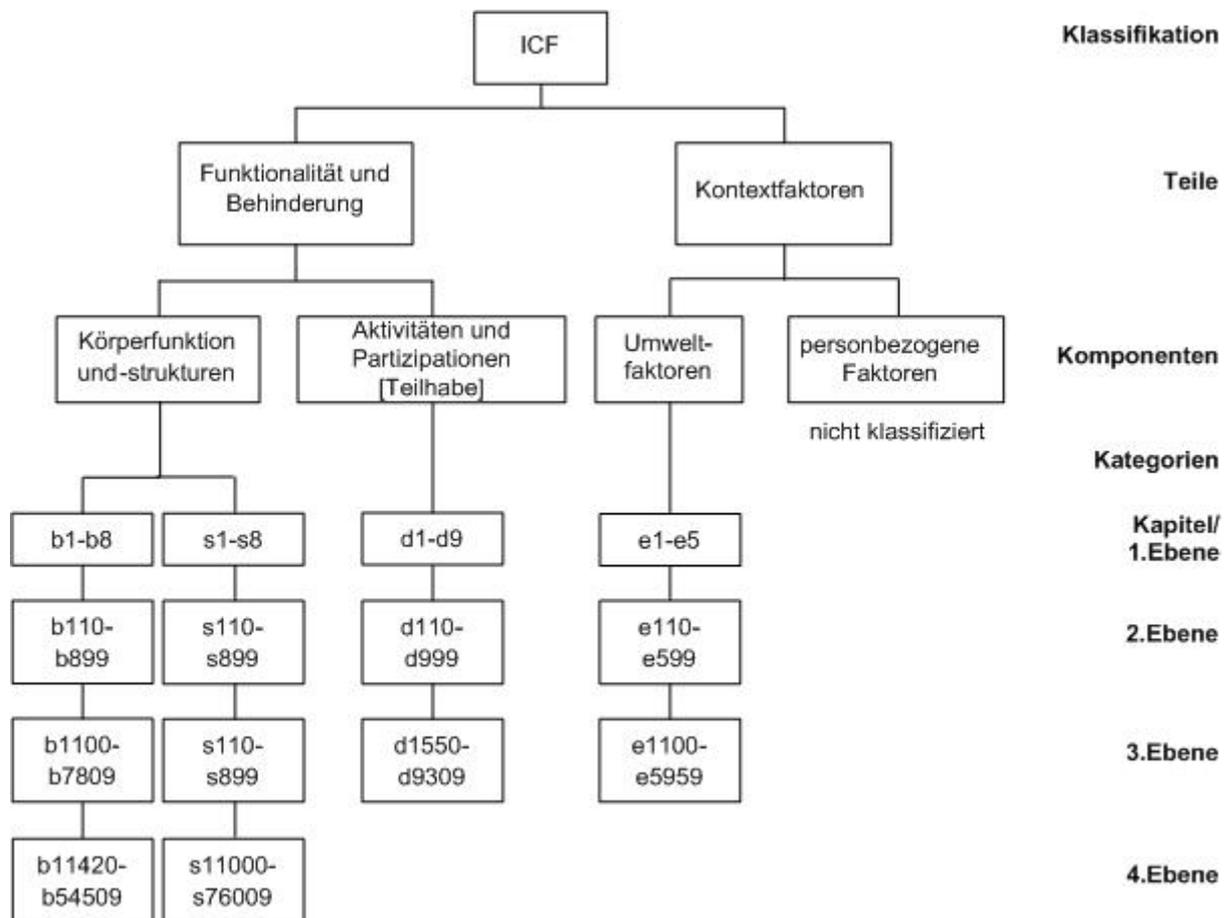


Abbildung 3: Struktur der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

3.3.2 Die Entwicklung der ICF Core Sets für RMV

Da die ICF aus mehr als 1400 Kategorien besteht, ist ihre Anwendung im klinischen Alltag kaum durchführbar. Um die ICF dennoch im klinischen Alltag zu implementieren und ihre Anwendung zu erleichtern, wurden die sogenannten ICF Core Sets für verschiedene chronische Gesundheitsprobleme (Stucki & Grimby, 2004; Cieza et al., 2004) und für verschiedene Behandlungssituationen (akut, post-akut) (Stucki, Üstün, & Melvin, 2005) entwickelt. ICF Core Sets beinhalten eine Auswahl an Kategorien aus der ICF, die für die jeweilige Gesundheitsstörung bzw. den jeweiligen Behandlungskontext relevant sind. Es gibt zwei Versionen dieser Core Sets: eine kurze und eine umfassende Version. Die ICF Core Sets für RMV müssen ein breites Kontinuum von Behandlungssituationen abdecken, von der Akutsituation über die Rehabilitation bis zur kontinuierlichen, lebenslangen Versorgung von Personen mit RMV. Aus diesem Grund wurden zusätzlich zu dem bereits bestehenden Core Set für akute neurologische Erkrankungen zwei weitere Core Sets entwickelt, die speziell auf RMV ausgerichtet sind und zum einen den frühen Kontext und zum anderen den späten Kontext umfassen (Biering-Sörensen et al., 2006). Der frühe Kontext beginnt mit den ersten aktiven Rehabilitationsmaßnahmen und endet mit dem Abschluss der ersten umfassenden Rehabilitation. Der späte Kontext schließt sich dem frühen Kontext an.

Die umfassenden ICF Core Sets für RMV wurden im Rahmen eines internationalen Kooperationsprojekts mit der WHO, der ICF Research Branch der WHO FIC CC (DIMIDI) am Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation der Ludwig-Maximilians Universität in München (<http://www.ICF-Research-Branch.org>), der International Society of Spinal Cord Injury (ISCoS), der Schweizer Paraplegiker Forschung und der Internationalen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (ISPRM) entwickelt (Biering-Sörensen et al., 2006).

Der Entwicklungsprozess der umfassenden und der kurzen ICF Core Sets für RMV gliederte sich in eine Vorbereitungsphase, in der Informationen in vier verschiedenen Studien gesammelt wurden und eine Konsensus - Konferenz, in der auf der Grundlage der gesammelten empirischen Daten über den Inhalt der ICF Core Sets für RMV entschieden wurde. Die Vorbereitungsphase, die der Konsensus - Konferenz vorausging, umfasste eine empirische Studie zur Datensammlung

(Kirchberger, Biering-Sørensen et al., 2010) und eine qualitative Studie mit Fokusgruppen, die die Perspektive der Patienten thematisiert (Kirchberger, Sinnott et al., 2010). Zusätzlich wurde ein systematischer Literaturreview, der die Forschungsperspektive behandelt, durchgeführt (Post et al., 2010) sowie eine Expertenbefragung von Fachleuten aus unterschiedliche Bereichen, die Erfahrung in der Behandlung von Personen mit RMV haben (Scheuringer et al., 2010). Durch die empirische Datensammlung, einer multizentrischen Querschnittstudie, mit Teilnehmern aus 14 Ländern, konnten für den frühen Kontext Informationen von 489 Patienten und für den späten Kontext Informationen von 559 Patienten mit RMV gesammelt werden. Zur Identifizierung der funktionellen Probleme der Patienten mit RMV wurden die 264 Kategorien der 2. Ebene benutzt (Kirchberger, Biering-Sørensen et al., 2010). Der systematische Literaturreview diente der Identifizierung von Ergebnisparametern, über die in 281 veröffentlichten Studien berichtet wurde und der Identifizierung und Quantifizierung der enthaltenen Konzepte. 4049 Konzepte konnten zu 175 Kategorien der ICF gelinkt werden (Post et al., 2010). In der internetbasierten Expertenbefragung mit 144 Teilnehmern (Physiotherapeuten, Ärzte, Ergotherapeuten, Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Psychologen) konnten für den frühen Kontext 88 Kategorien zur ICF gelinkt werden und für den späten Kontext 92 Kategorien. Diese Kategorien repräsentieren die charakteristischsten Probleme von Patienten mit RMV (Scheuringer, et al., 2010). Die qualitative Studie umfasste 22 Fokusgruppen für den frühen Kontext und 27 für den späten Kontext, bestehend aus Personen mit RMV aus 6 Ländern. Für den frühen Kontext konnten 171 Kategorien der 2. Ebene zur ICF gelinkt werden. Für den späten Kontext waren es 188 Kategorien der 2. Ebene (Kirchberger, Sinnott et al., 2010).

Die Ergebnisse dieser vorausgegangenen Studien waren Thema einer Konsensus - Konferenz, in welcher die ICF Kategorien, die in die jeweiligen Core Sets aufgenommen werden sollen, durch einen formellen Entscheidungsfindungs- und Konsensprozess von 34 Experten (11 Ärzte, 6 Physiotherapeuten, 5 Ergotherapeuten, 6 Pflegekräfte, 3 Psychologen und 2 Sozialarbeiter) aus 30 Ländern, identifiziert wurden (siehe Abbildungen 4 und 5). Für den frühen Kontext wurden 162 Kategorien der 2., 3. oder 4. Ebene in den umfassenden Core Set aufgenommen. 168 Kategorien der 2., 3. oder 4. Ebene wurden in den umfassenden

Core Set des späten Kontexts aufgenommen (Kirchberger, Cieza et al., 2010; Cieza et al., 2010).

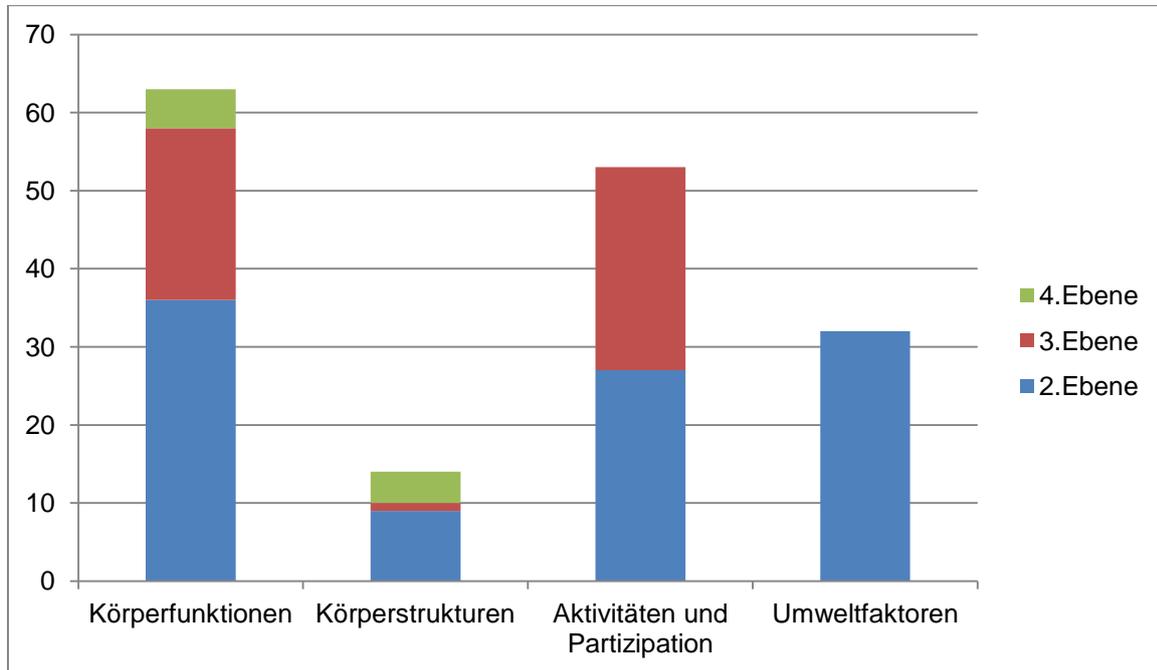


Abbildung 4: Umfassender ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts

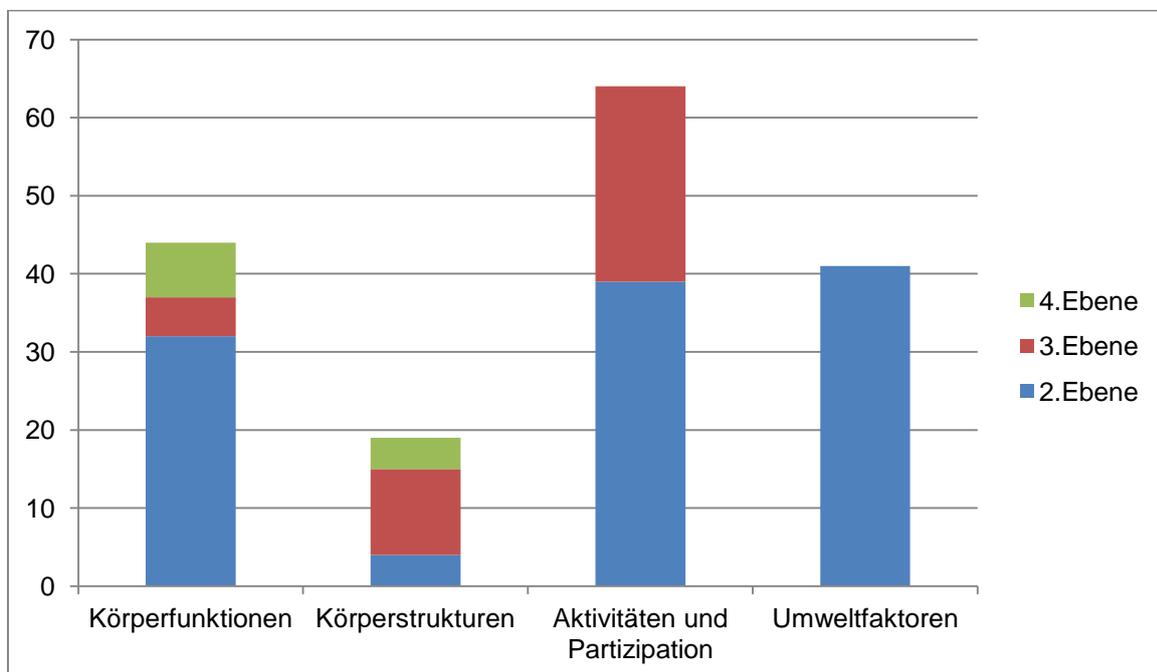


Abbildung 5: Umfassender ICF Core Set für RMV des späten Kontexts

3.3.3 Anwendung der ICF in multidisziplinären Teams

Im Zusammenhang mit RMV gibt es zahlreiche Instrumente, um die funktionellen Limitierungen der Patienten in verschiedenen Bereichen, die mit einer RMV einhergehen, zu messen. Die Mehrzahl dieser Instrumente deckt aber nur ausgewählte Aspekte der RMV ab und variiert deutlich in Abhängigkeit von ihren Inhalten und psychometrischen Charakteristika (Dijkers, 2005; Meyers et al., 2000). Daraus können sich Nachteile im multidisziplinären Management ergeben. Zum Beispiel kann es Schwierigkeiten geben, Informationen von einer Behandlungsphase (Akutversorgung, Rehabilitation und ambulante Versorgung) in die nächste zu übertragen oder sie zu vergleichen. Da die Behandlung von Gesundheitsproblemen wie RMV eine koordinierte fortlaufende und multidisziplinäre Betreuung erfordert, ist ein Lösungsansatz notwendig, der das multidisziplinäre Management der Patienten verbessern kann (Steiner et al., 2002).

Die ICF, die eine einheitliche und standardisierte Sprache bereitstellt, eignet sich als Grundlage für ein solches übergreifendes Patientenmanagement und wird in zunehmendem Maße in der Rehabilitation eingesetzt, um die Kommunikation innerhalb eines multidisziplinären Teams zu erleichtern, den Rehabilitationsprozess zu strukturieren, die Therapieziele zu definieren, Beurteilungen abzugeben sowie zur Dokumentation und Berichterstattung (Tempest & McIntyre, 2006; Rentsch et al., 2003).

Weiterhin ermöglicht die ICF die Erstellung eines umfassenden Profils der Funktionsfähigkeit des Patienten und anhand dieses Profils die Erstellung eines individuellen und auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmten Rehabilitationsplans. Der Erfolg der Rehabilitation lässt sich im Verlauf ebenfalls mithilfe der ICF evaluieren (Rauch et al., 2008). Die ICF schafft die Voraussetzungen, um die für den Patienten nötigen Interventionen auf die verschiedenen Berufsgruppen zu verteilen und Kompetenzen innerhalb des multidisziplinären Teams festzulegen, indem die von speziellen ICF Kategorien gesammelten Informationen an das geeignete Teammitglied weitergeleitet werden (Rentsch, et al., 2003; Steiner et al., 2002).

Die Anwendung der ICF Core Sets für RMV im multidisziplinären Rehabilitationsmanagement wird in den sogenannten 'Case studies describing

persons with Spinal Cord Injury and their health care based on the ICF and the Rehab-Cycle' auf einer Internetseite (<http://www.icf-casestudies.org/>) präsentiert. Diese Case Studies zeigen, dass die ICF einen brauchbaren Rahmen für das multidisziplinäre Management liefert (Rauch et al., 2010).

3.4 Rolle der Psychologen und Sozialarbeiter in der Behandlung/Betreuung von Personen mit RMV

Psychologen und Sozialarbeiter sind wichtige Mitglieder des multidisziplinären Teams. Sie bringen spezielle klinische Fertigkeiten und Blickwinkel in das Team ein und unterstützen die Person mit einer RMV dabei, eine optimale psychologische, soziale, berufliche und nebenberufliche Funktionsfähigkeit zu erreichen (The American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers (AASCIPSW), 2009). Die Interventionen, die ein Psychologe in der Behandlung von Personen mit RMV durchführt, sind vielfältig und können zu jedem Zeitpunkt notwendig werden. Das Gleiche gilt für die Sozialarbeiter. Die beiden Berufsgruppen ergänzen sich und zeigen zum Teil Überschneidungen, die Interventionen betreffend. Die psychologischen Behandlungsmaßnahmen sollen die Lebensqualität des Betroffenen und seiner Familie verbessern. In der frühen Phase stehen sowohl für den Patienten als auch für seine Familie vor allem die Krisenintervention und die unterstützende Beratung im Vordergrund (Gill, 1999). Weitere wichtige Aufgaben im Verlauf sind zum einen die Bewertung der kognitiven Funktionen, sowie das Begutachten möglicher Probleme, die Wahrnehmung, das Verhalten und die Emotionen betreffend, die durch oder unter einer RMV auftreten können. Die Entwicklung von Strategien, um diese Probleme gemeinsam mit dem Patienten, der Familie und mit anderen Gesundheitsfachleuten zu bewältigen, ist eine wichtige Aufgabe von Psychologen (Neumann, et al., 2009).

Die Aufgaben, die ein Sozialarbeiter erfüllt, beinhalten das Ansprechen von konkreten Themen. Dazu gehören zum Beispiel die Sicherung des Einkommens, die Wohnsituation, die Bereitstellung von Hilfsmitteln sowie die Beratung, um die Folgen von Stress- oder Trauerreaktionen zu bewältigen. Die Unterstützung der Familie durch den Sozialarbeiter ist eine weitere wichtige Aufgabe. Zusätzlich kann der Sozialarbeiter dem Patienten und seiner Familie auch mit Rechtsauskünften zur Seite stehen oder an entsprechende Fachleute weiterverweisen. Zusammenfassend

lässt sich sagen, dass die Aufgaben des Sozialarbeiters dafür sorgen sollen, dass die Balance zwischen dem Patienten und seiner Umwelt wiederhergestellt wird. (McGibbon, 1987)

4. Zielsetzung der Studie

Ein Hauptaspekt, um die Anwendbarkeit der ICF Core Sets für RMV zu beurteilen, ist die Validierung aus Sicht der Nutzer, für die die Core Sets in erster Linie entwickelt wurden. Da Psychologen und Sozialarbeiter neben anderen Gesundheitsfachberufen eine wichtige Rolle innerhalb des multidisziplinären Teams und für Personen mit RMV spielen, ist es wichtig, zu evaluieren, ob ihre Sicht durch den umfassenden ICF Core Set für RMV ausreichend abgedeckt ist. Zusätzlich haben sich sowohl die Studien der Vorbereitungsphase als auch die Konsensus-Konferenz nicht detailliert mit den Interventionen, die von den unterschiedlichen Gesundheitsfachberufen angewendet werden, beschäftigt. Die ICF Core Sets sollen als gemeinsame Basis zur multi- und interdisziplinären Dokumentation und zur Dokumentation in klinischen Studien dienen. Aus diesem Grund ist es wichtig, zu validieren, ob die Kategorien, die in den ICF Core Sets für RMV enthalten sind, auch wirklich die Probleme des Patienten abdecken, die von den jeweiligen Gesundheitsfachberufen behandelt werden. Darüber hinaus wird die Validierung aus Sicht der Gesundheitsfachberufe zur weltweiten Akzeptanz und Glaubwürdigkeit der umfassenden ICF Core Sets für RMV beitragen.

Infolgedessen war das Ziel dieser Studie die Validierung der umfassenden ICF Core Sets für RMV zum einen aus Sicht der Psychologen und zum anderen aus Sicht der Sozialarbeiter. Das spezielle Ziel war es, zuerst die Probleme, Ressourcen und Umweltaspekte der Personen mit RMV, sowohl für den frühen als auch für den späten Kontext zu identifizieren, die von Psychologen und Sozialarbeitern behandelt/betreut wurden und zweitens zu analysieren, ob die genannten Punkte von den aktuellen umfassenden ICF Core Sets für RMV repräsentiert werden.

5. Methoden

5.1 Das Delphi Verfahren

Die Delphi Methode wurde um 1950 von der US-amerikanischen RAND Gesellschaft zum Zwecke kriegstechnologischer Vorhersagen entwickelt und nach dem berühmten Orakel von Delphi benannt. Heute wird die Methode in vielen Bereichen eingesetzt, unter anderem im Gesundheits- und Sozialbereich (Linstone & Turoff, 1975; Hasson et al., 2000).

Das Delphi Verfahren ist eine mehrstufige Methode, wobei jede Stufe auf den Ergebnissen der vorhergehenden aufbaut und in mehreren Runden Informationen über ein bestimmtes Thema gesammelt sowie bereitgestellt werden (McKenna, 1994; Whitman, 1990). Die Delphi Methode zeichnet sich im wesentlichen durch folgende Merkmale aus: eine Expertenbefragung, standardisierte Fragebögen, Anonymität, ein kontrolliertes Feedback der Antworten der Gruppe, sowie des einzelnen Teilnehmers in den nachfolgenden Runden und einer mehrfachen Wiederholung der Befragung (Häder & Häder, 1998; Jones & Hunter, 1996). Durch die Anonymität wird verhindert, dass einzelne Teilnehmer die Studie dominieren und ermöglicht es jedem Teilnehmer, seine Meinung unvoreingenommen zu äußern. Jede Meinung wird gleichwertig behandelt (Whitman, 1990). Das Feedback der Antworten, sowie die Wiederholung der Befragung, ermöglichen es den Teilnehmern, in den nachfolgenden Runden ihre Meinung zu überdenken und möglicherweise zu ändern (Jones & Hunter, 1996).

Das Ziel dieser Methode ist es, einen Konsens innerhalb einer Gruppe von sachkundigen Individuen zu erreichen, welche Fachwissen über das zu untersuchende Thema besitzen (McKenna, 1994). Diese sachkundigen Individuen, werden allgemein als Experten bezeichnet. Die Einbeziehung von Experten auf einem bestimmten Gebiet basiert auf der Annahme, dass Experten einen Vorsprung bezüglich der Informationen und des Fachwissens zu diesem Thema haben. Diese Annahme steigert die Anzahl und Bandbreite von Ideen und Meinungen, die gesammelt werden können und verringert gleichzeitig die Anzahl an Personen, die befragt werden müssen. Die schriftliche Form der Delphi Befragung ermöglicht eine Durchführung der Studie auf elektronischem Weg, via E-Mail. Dadurch wird das weltweite Sammeln von Expertenmeinungen, in einem zeit- und kosteneffektiven Rahmen gehalten (Hasson et al., 2000).

5.2 Expertenrekrutierung

Als Experten wurden in diesem Projekt Psychologen und Sozialarbeiter betrachtet, die praktische Erfahrung in der Behandlung oder Betreuung von Personen mit RMV haben. Die Kompetenz der Teilnehmer wurde durch eine Selbstauskunft zum beruflichen Hintergrund, der aktuellen beruflichen Aktivität, zum Fachgebiet und zur Dauer der beruflichen und praktischen Erfahrung mit Personen mit RMV, dokumentiert.

Das Ziel war es, Experten aus allen Teilen der Welt zu rekrutieren. Zu diesem Zweck wurden in der Vorbereitungsphase der Studie nationale sowie internationale Psychologen- und Sozialarbeiterorganisationen, Universitäten, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Zentren mit dem Schwerpunkt RMV, sowie frühere Kooperationspartner der ICF Research Branch München angeschrieben. Zusätzlich wurden Experten über Internetsuche, Literaturrecherche und Empfehlungen von anderen Teilnehmern identifiziert.

Eine Zufallsauswahl war nicht möglich, da keine Datenbanken existieren, in denen alle Psychologen und Sozialarbeiter, die Erfahrung in der Behandlung oder Betreuung von Personen mit RMV haben, aufgeführt sind. Um eine große Bandbreite an Ländern und Experten zu garantieren, wurde ein Maximum Variation Sampling angewendet. Maximum Variation Sampling ist eine besondere Art der zielgerichteten Stichprobenauswahl. Bei dieser Form der Stichprobenauswahl geht man davon aus, dass die Kenntnisse des Wissenschaftlers über die Bevölkerung benutzt werden, um die Fälle auszuwählen, die in die Stichprobe eingeschlossen werden können (Polit & Hungler, 1997).

Die Experten erhielten ein Informationsschreiben, in welchem das Ziel des Projekts und die beabsichtigte Verwendung der gesammelten Informationen erklärt wurden. Der Ablauf der Delphi Studie und der Zeitplan wurden erklärt und die Experten wurden gefragt, ob sie teilnehmen möchten. Die Experten, die ihre Zustimmung zur Teilnahme gaben, wurden nach ihrem beruflichen Hintergrund entweder in die Expertengruppe der Psychologen oder in die Gruppe der Sozialarbeiter aufgenommen und erhielten den Fragebogen für die erste Delphi Runde.

5.3 Ablauf der Delphi Studie

Die Studie wurde mithilfe der Delphi Methode für die Sozialarbeiter und Psychologen getrennt durchgeführt. Beide Berufsgruppen durchliefen zeitlich versetzt 3 Delphi Runden. Die Befragung wurde auf elektronischem Weg, via E-Mail durchgeführt. Der Ablauf und die Fragestellung innerhalb der Delphi Studie waren in beiden Berufsgruppen identisch und sind in Abbildung 6 dargestellt. Die Teilnehmer hatten für die Beantwortung jeder Runde 3 Wochen Zeit. 1 Woche und 2 Tage vor Ablauf der Deadline, sowie 1 Woche nach Ablauf der Deadline wurden Erinnerungsschreiben an die Teilnehmer verschickt.

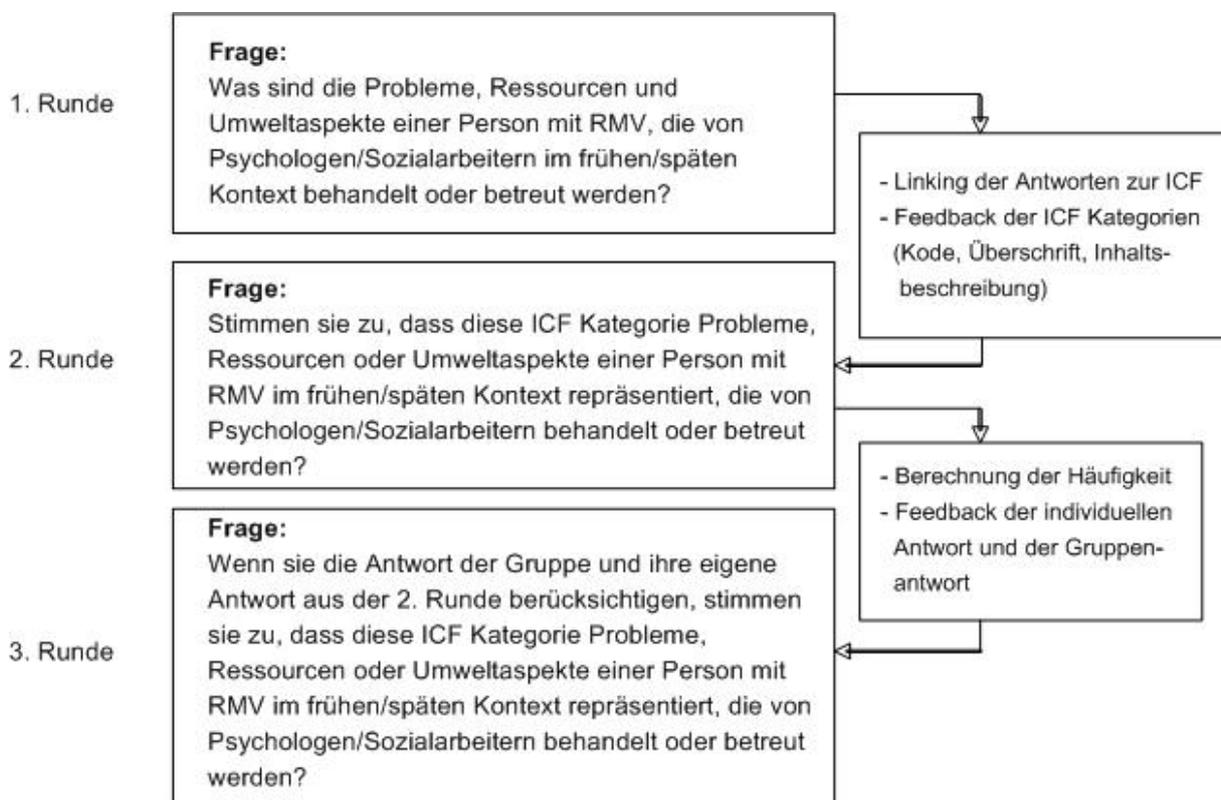


Abbildung 6: Beschreibung der Delphi Studie

In der 1. Runde der Delphi Studie erhielten die Teilnehmer ein Informationsschreiben und eine Excel Datei mit einem offenen Fragebogen. In dem Fragebogen sollten die Psychologen/Sozialarbeiter alle Probleme, Ressourcen oder Umweltaspekte auflisten, die sie bei Personen mit RMV im frühen und späten Kontext behandeln oder betreuen. Zusätzlich wurden noch einmal detaillierte Angaben zu demographischen Eigenschaften sowie beruflicher Erfahrung abgefragt.

Die Antworten der Teilnehmer wurden gesammelt und zur ICF gelinkt. Den Teilnehmern wurde nach der Reihenfolge des Eingangs des Fragebogens eine Identifikationsnummer (ID-Nummer) zugewiesen.

In der 2. Runde erhielten die Teilnehmer eine Liste mit den ICF Kategorien aus den gelinkten Antworten der 1. Runde. Die Kategorien wurden entsprechend der Struktur der ICF geordnet und den Teilnehmern präsentiert. Die Antworten, die keiner ICF Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden durch die Forschungsgruppe kategorisiert und aufgelistet. Die Psychologen/Sozialarbeiter wurden gebeten, zu entscheiden, ob die jeweilige ICF Kategorie Probleme, Ressourcen oder Umweltaspekte einer Person mit RMV im frühen/späten Kontext repräsentiert oder nicht.

In der 3. Runde erhielten die Teilnehmer eine Liste mit den ICF Kategorien, dem Verhältnis und der ID-Nummer der Teilnehmer, welche in der 2. Runde, der Frage, ob die jeweilige Kategorie Probleme, Ressourcen oder Umweltaspekte einer Person mit RMV im frühen/späten Kontext repräsentiert, zugestimmt hatten. Die Teilnehmer der 3. Runde erhielten nur eine Auswahl an ICF Kategorien, um zu verhindern dass Teilnehmer die Studie abbrechen. Um die entsprechenden Kategorien zu identifizieren, die keinen ausreichenden Konsens erreicht hatten, wurde der Scree Test benutzt.

Der Scree Test beinhaltet die Untersuchung eines Diagramms. In diesem sind die Prozentangaben der Übereinstimmung unter den Teilnehmern entlang der Ordinate eingezeichnet und dem gegenüber die ICF Kategorien entlang der Abszisse. Ein Lineal wird entlang der Punkte angelegt, um zu sehen, wo sie eine annähernd gerade Linie, die Screeinie bilden. Die Punkte oberhalb der Screeinie zeigen einen hohen Konsens bezüglich der Relevanz der korrespondierenden ICF Kategorien an. Die Punkte, die unterhalb der Screeinie liegen, zeigen einen hohen Konsens an, was die Irrelevanz der korrespondierenden ICF Kategorien angeht. Wohingegen Punkte, die in der Nähe oder auf der Screeinie liegen, auf einen geringen Konsens hinweisen und deswegen in der 3. Runde noch einmal von den Teilnehmern beurteilt wurden (Zoski & Jurs, 1990; Zoski & Jurs, 1991).

Die Psychologen/Sozialarbeiter wurden in der 3. Runde gebeten, dieselbe Frage wie in Runde 2 zu beantworten und hierbei die Antwort der Gruppe, sowie ihre eigene Antwort aus der letzten Runde zu berücksichtigen.

5.4 Linking

Die Antworten aus der 1. Runde wurden in einem 4-stufigen Prozess, zur am zutreffendsten ICF Kategorie gelinkt. Der Ablauf ist in Abbildung 7 dargestellt.

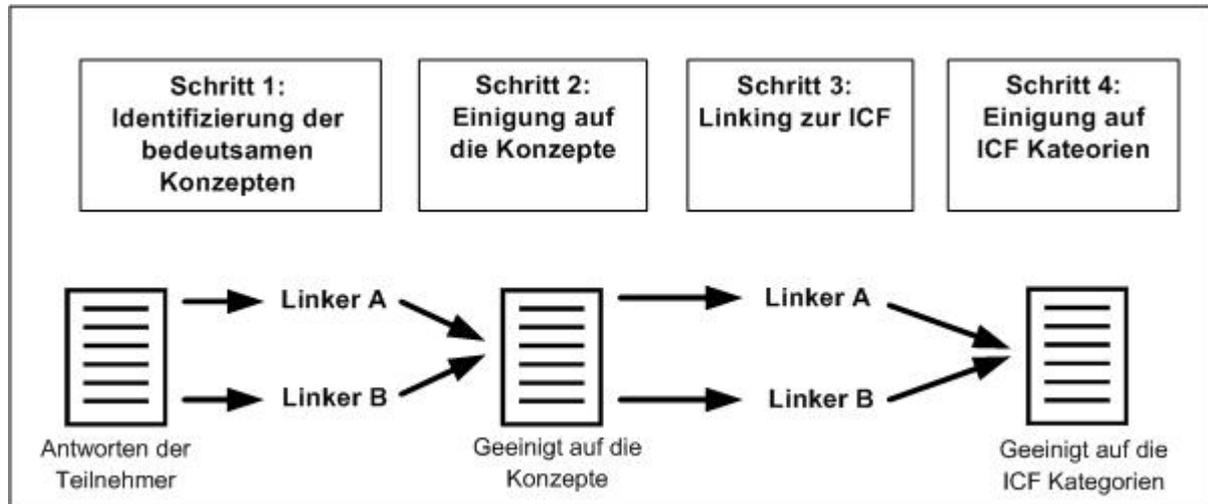


Abbildung 7: Beschreibung des 4-stufigen Linking Prozesses

Eine ICF Kategorie wird durch einen Buchstaben und zusätzlich 1, 3, 4 oder 5 Ziffern kodiert. Die Buchstaben b, s, d und e beziehen sich auf die jeweilige Komponente: *Körperfunktionen (b)*, *Körperstrukturen (s)*, *Aktivität und Partizipation [Teilhabe] (d)* und *Umweltfaktoren (e)*. Diesem Buchstaben folgt die erste Ziffer, die das Kapitel angibt, der Code für die 2. Gliederungsebene (2 Ziffern), die 3. und 4. Gliederungsebene (jeweils 1 Ziffer). Die Kategorien stellen die Einheiten der ICF dar. In jedem Kapitel gibt es verschiedene Kategorien der 2.-, 3.- oder 4. Ebene. Ein Beispiel aus der Komponente *Körperfunktionen* ist nachfolgend dargestellt.

- b1 Mentale Funktionen (Kapitel/1. Ebene)
- b114 Funktionen der Orientierung (2. Ebene)
- b1142 Orientierung zur Person (3. Ebene)
- b11420 Orientierung zum eigenen Selbst (4. Ebene)

Eine Kategorie der höheren (detaillierteren) Ebene ist Teil der Kategorie der niedrigeren (weniger detaillierten) Ebene, so dass der Gebrauch der höheren Ebene impliziert, dass die niedrigere ebenso anwendbar ist. Das Gleiche gilt andersherum

genauso. Wird eine niedrigere Ebene verwendet, so bedeutet das, dass auch die höhere anwendbar ist.

Das Linking wurde von einer geschulten Doktorandin, auf der Grundlage der zehn Linking Regeln, die in früheren Studien festgesetzt wurden, durchgeführt (Cieza et al., 2002; Cieza et al., 2005). Wenn in einer Antwort mehr als ein Konzept enthalten war, konnten auch mehrere ICF Kategorien gelinkt werden. 30% der Antworten wurden von zwei Gesundheitsexperten getrennt gelinkt. Die Entscheidung, welche ICF Kategorie zur jeweiligen Antwort gelinkt werden soll, wurde durch die Übereinstimmung zwischen den zwei Gesundheitsexperten getroffen (siehe Tabelle 2). Bei Uneinigkeit wurden die vorgeschlagenen Kategorien in einem Team aus drei Gesundheitsexperten erneut diskutiert und auf Grundlage dieser Diskussion eine Entscheidung gefällt.

Tabelle 2: Beispiel für die 4 Linking Schritte

Antwort des Teilnehmers	Schritt 1		Schritt 2	Schritt 3		Schritt 4
	Identifiziertes Konzept Linker A	Identifiziertes Konzept Linker B	Einigung auf Konzept	Gelinkte ICF Kategorie Linker A	Gelinkte ICF Kategorie Linker B	Einigung auf ICF Kategorie
psycholog. Schmerzmanagement	Schmerz	Schmerz	Schmerz	b280	b280	b280
		psycholog. Management	psycholog. Management		d240	d240
Coping	Coping	Coping	Coping	pf	pf	pf

5.5 Statistische Methoden

Für die statistische Auswertung wurde SAS für Windows Version 9.1 verwendet. Die Deskriptivstatistik wurde benutzt, um die Häufigkeit der Antworten und die Stichprobe zu charakterisieren. Die Kappa Statistik nach Cohen (1969) mit Bootstrap-Konfidenzintervallen dient der Messung der Übereinstimmung zwischen zwei oder mehr Beurteiler. Sie wurde in dieser Studie verwendet, um die

Übereinstimmung zwischen den zwei Gesundheitsexperten, die 30% der Antworten getrennt voneinander gelinkt hatten, darzustellen. Der Kappa-Wert kann zwischen +1 und ≤ 0 liegen, wobei 1 eine vollkommene Übereinstimmung zwischen den Beurteilern bezeichnet und 0 eine Übereinstimmung, die nur auf Zufall beruht, darstellt (Vierkant, o.d.; Cohen, 1960).

6. Ergebnisse

6.1 Psychologen

6.1.1 Rekrutierung und Teilnehmer

Von 111 angeschriebenen Psychologen- und Neuropsychologenorganisationen, leiteten 13 unsere E-Mail an ihre Mitglieder weiter und zwei Organisationen veröffentlichten unsere E-Mail auf ihrer Webseite. Fünf Mitglieder gaben ihre Zustimmung zur Teilnahme.

Insgesamt wurden 88 Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Zentren für RMV kontaktiert. 18 Psychologen folgten unserer Einladung und konnten als Teilnehmer gewonnen werden. 53 Universitäten wurden angeschrieben, von diesen leiteten elf unsere E-Mail an ihre Mitarbeiter weiter und ein Psychologe stimmte der Teilnahme zu.

Es wurden fünf Kooperationspartner der ICF Research Branch angeschrieben und alle fünf stimmten der Teilnahme zu. Zusätzlich wurden 30 Experten über Internetsuche und Literaturrecherche ausfindig gemacht und kontaktiert, zwei Experten willigten in die Teilnahme ein.

Die anderen 36 Teilnehmer konnten durch Empfehlung von anderen Gesundheitsfachleuten gewonnen werden.

Insgesamt stimmten 67 Psychologen aus 20 Ländern weltweit der Teilnahme an der Studie zu und bekamen den Fragebogen der 1. Runde zugeschickt. 59 von 67 Psychologen (88,1%) schickten den Fragebogen der 1. Runde zurück. Die demographischen und beruflichen Daten sind nachfolgend in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Rücklaufquote der teilnehmenden Psychologen in den einzelnen Runden und demographische und berufliche Daten der Teilnehmer der 1.Runde

WHO Regionen	1.Runde (n)	2.Runde (n)	3.Runde (n)	Geschlecht (weiblich) %	Alter (Jahre) Median (Min- Max)	berufliche Erfahrung (Jahre) Median (Min- Max)	RMV Erfahrung (Jahre) Median (Min- Max)	Aktuelle Tätigkeit im Akut KH (n)	Aktuelle Tätigkeit in stationärer Reha (n)
Afrika ¹	3	2	2	100	43 (32-54)	6 (4-16)	2,5 (1-6)	0	3
Amerika ²	17	16	16	52,9	49 (28-65)	19 (4,5-35)	13 (1-32)	1	11
Süd Ost Asien ³	1	1	1	0	33	9	9	0	1
Europa ⁴	30	29	29	63,3	51,5 (26-63)	20,5 (1-40)	10 (0,5-38)	14	25
Naher Osten ⁵	1	0	0	0	32	9	1,5	0	1
West Pazifik ⁶	7	7	7	71,4	41 (27-63)	12 (5-25)	7,5 (1,3-20)	0	5
Gesamt	59	55	55	61	48 (26-65)	18 (1-40)	10 (0,5-38)	15	46

WHO Regionen	Aktuelle Tätigkeit in ambu- lanter Reha (n)	Aktuelle Tätigkeit in häus- licher Reha (n)	Aktuelle Tätigkeit an Universität (n)	andere aktuelle Tätig- keiten (n)	Selbstein- schätzung Fach- wissen RMV früher Kontext# Median (Min- Max)	Selbstein- schätzung Fach- wissen RMV später Kontext# Median (Min- Max)	Selbstein- schätzung Kenntnis ICF# Median (Min- Max)	Selbstein- schätzung Gebrauch ICF# Median (Min- Max)
Afrika ¹	1	0	0	1	6 (5-7)	7 (4-9)	4 (0-6)	0 (0-3)
Amerika ²	5	1	7	0	8 (6-10)	8 (3-10)	6 (0-9)	0 (0-6)
Süd Ost Asien ³	0	0	0	0	8	8	6	0
Europa ⁴	9	2	5	1	8 (0-10)	8 (4-10)	5 (0-10)	2 (0-9)
Naher Osten ⁵	0	0	0	0	7	6	5	4
West Pazifik ⁶	2	0	3	1	7 (6-8)	7 (6-9)	6 (3-10)	4 (0-9)
Gesamt	17	3	15	3	8 (0-10)	8 (0-10)	5 (0-10)	2 (0-9)

0=keine, 10=ausgezeichnet

1 Südafrika ; 2 Bolivien, Kanada, Mexiko, USA; 3 Bangladesch; 4 Belgien, Finnland, Deutschland, Irland, Israel, Italien, Litauen, Norwegen, Portugal, Schweiz, UK; 5 Pakistan; 6 Australien, China

6.1.2 Ablauf der Delphi Studie

In der 1. Delphi Runde nannten 59 Experten 1480 Probleme, Ressourcen und Umweltaspekte, die von Psychologen bei Personen mit RMV im frühen Kontext behandelt werden. Für den späten Kontext nannten die Teilnehmer in der 1. Delphi Runde 1475 Probleme, Ressourcen und Umweltaspekte.

In der 2. Runde sendeten 55 von 59 (93,2%) Psychologen den Fragebogen zurück. Der Fragebogen der 3. Runde wurde von 55 von 55 (100%) Teilnehmern ausgefüllt zurückgeschickt.

Die Ergebnisse inklusive der Prozentzahlen der Übereinstimmung unter den Teilnehmern sind in den Tabellen 4-10 dargestellt.

6.1.3 Linking der Antworten

Die Antworten der Teilnehmer konnten für den frühen Kontext (FK) zu 93 ICF Kategorien gelinkt werden und für den späten Kontext (SK) zu 103 ICF Kategorien. Sowohl für den frühen als auch für den späten Kontext sind alle Komponenten der ICF repräsentiert (siehe Tabelle 4).

Zur Komponente *Körperfunktionen* wurden für den frühen Kontext 21 Kategorien der 2. Ebene und 17 Kategorien der 3. Ebene gelinkt. Für den späten Kontext wurden zur Komponente *Körperfunktionen* 18 Kategorien der 2. Ebene und 13 Kategorien der 3. Ebene gelinkt.

Die Komponente *Körperstrukturen* wurde für den frühen sowie den späten Kontext von drei Kategorien der 2. Ebene und einer Kategorie der 3. Ebene repräsentiert.

15 Kategorien der 2. Ebene und 13 Kategorien der 3. Ebene wurden für den frühen Kontext zur Komponente *Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]* gelinkt. Für den späten Kontext waren es 17 Kategorien der 2. Ebene und 17 Kategorien der 3. Ebene, die zu dieser Komponente gelinkt wurden.

Für den frühen Kontext wurden 15 Kategorien der 2. Ebene und 8 Kategorien der 3. Ebene, sowie für den späten Kontext 20 Kategorien der 2. Ebene und 14 Kategorien der 3. Ebene zur Komponente der *Umweltfaktoren* gelinkt.

137 Antworten wurden für den frühen Kontext zur bis jetzt noch nicht entwickelten Komponente der *Personbezogenen Faktoren* gelinkt. Für den späten Kontext wurden 119 Antworten zu den *Personbezogenen Faktoren* gelinkt.

Für den frühen Kontext wurden 25 Antworten bestimmt, die nicht durch die ICF abgedeckt werden können. Diese Antworten wurden als *nicht klassifizierbar* bezeichnet. Für den späten Kontext wurden 28 Antworten bestimmt.

Die Kappa Statistik für den frühen Kontext ergab für die zwei Linker eine Übereinstimmung von 0,54 mit einem 95% Bootstrap-Konfidenzintervall von 0,49 – 0,59. Insgesamt stimmten die zwei Personen, die das Linking für 30% der Antworten getrennt voneinander durchführten, in 57% der gelinkten ICF Kategorien überein. Für den späten Kontext ergab die Kappa Statistik einen Wert von 0,44 mit einem 95% Bootstrap-Konfidenzintervall von 0,39 – 0,48. Die zwei Personen, die das Linking durchführten, stimmten in 47% der gelinkten Kategorien überein.

**Tabelle 4: Repräsentation der identifizierten ICF Kategorien in den ICF Core Sets für RMV:
Zusammenfassung der Ergebnisse der Psychologen**

	Körper- funktionen		Körper- strukturen		Aktivitäten und Partizipation		Umwelt- faktoren		Gesamt	
	FK	SK	FK	SK	FK	SK	FK	SK	FK	SK
Anzahl identifizierter Kategorien	38	31	4	4	28	34	23	34	93	103
n (%) der Kategorien, die im ICF Core Set auf der selben Klassifikationsebene enthalten sind	10 (26,3)	11 (35,5)	2 (50)	2 (50)	8 (28,6)	14 (41,2)	11 (47,8)	18 (52,9)	31 (33,3)	45 (43,7)
n (%) der Kategorien, die im ICF Core Set auf einer anderen Klassifikationsebene enthalten sind	11 (28,9)	11 (35,5)	1 (25)	1 (25)	11 (39,3)	16 (47,1)	7 (30,4)	13 (38,3)	30 (32,3)	41 (39,8)
n(%) nicht enthalten im ICF Core Set mit einer Übereinstimmung von $\geq 75\%$	12 (31,6)	8 (25,8)	0 (0)	0 (0)	3 (10,7)	3 (8,8)	0 (0)	0 (0)	15 (16,1)	11 (10,7)
n(%) nicht enthalten im ICF Core Set mit einer Übereinstimmung von $< 75\%$	5 (13,2)	1 (3,2)	1 (25)	1 (25)	6 (21,4)	1 (2,9)	5 (21,8)	3 (8,8)	17 (18,3)	6 (5,8)

6.1.4 Repräsentation der Antworten der Psychologen in den umfassenden ICF Core Sets für RMV

6.1.4.1 Körperfunktionen

Im umfassenden ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts sind 63 ICF Kategorien der Komponente *Körperfunktionen* enthalten. Es wurden insgesamt 38 ICF Kategorien für den frühen Kontext auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt (siehe Tabelle 5).

Zehn der ICF Kategorien, die gelinkt wurden, sind im ICF Core Set des frühen Kontexts auf derselben Klassifikationsebene repräsentiert. Drei davon wurden von den Teilnehmern mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% genannt. Das sind die Kategorien *b134 Funktionen des Schlafes*, *b152 Emotionale Funktionen* und *b640 Sexuelle Funktionen*.

Elf gelinkte Kategorien sind auf einer anderen Ebene im ICF Core Set des frühen Kontexts repräsentiert. Fünf der gelinkten Kategorien wurden mit einer Übereinstimmung von mehr als 75% genannt. Unter anderem repräsentiert die gelinkte Kategorie der 2.Ebene *b280 Schmerz* die im ICF Core Set des frühen Kontexts genannten Kategorien der 3. und 4. Ebene. Die im ICF Core Set des frühen Kontexts enthaltene Kategorie der 2.Ebene *b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs* repräsentiert die gelinkten Kategorien der 3. Ebene, diese sind *b1300 Ausmaß der psychischen Energie*, *b1301 Motivation*, *b1303 Drang nach Suchtmitteln* und *b1304 Impulskontrolle*.

17 von den teilnehmenden Psychologen genannte und gelinkte ICF Kategorien sind nicht im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten. Zwölf der Kategorien wurden von den Teilnehmern mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% genannt, diese sind unter anderem *b114 Funktionen der Orientierung*, *b117 Funktionen der Intelligenz*, *b140 Funktionen der Aufmerksamkeit*, *b144 Funktionen des Gedächtnisses*, *b147 Psychomotorische Funktionen*, *b160 Funktionen des Denkens*, *b164 Höhere kognitive Funktionen* und *b1801 Körperschema*.

Der umfassende ICF Core Set für RMV des späten Kontexts enthält 44 ICF Kategorien der Komponente *Körperfunktionen*. Es wurden insgesamt 31 ICF Kategorien für den späten Kontext auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt (siehe Tabelle 5).

Elf Kategorien sind auf derselben Klassifikationsebene im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten. Die drei Kategorien *b134 Funktionen des Schlafes*, *b152 Emotionale Funktionen* und *b640 Sexuelle Funktionen* wurden von den Teilnehmern mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% genannt.

Weitere elf Kategorien sind auf einer anderen Ebene im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten. Sechs von Ihnen wurden mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% genannt. Das sind unter anderem, wie im frühen Kontext die Kategorie, *b280 Schmerz*, diese wird im ICF Core Set des späten Kontextes von Kategorien der 3. und 4. Ebene repräsentiert, sowie die Kategorien *b1300 Ausmaß der psychischen Energie*, *b1301 Motivation*, *b1303 Drang nach Suchtmitteln* und *b1304 Impulskontrolle*, welche im ICF Core Set des späten Kontexts durch die Kategorie der 2. Ebene *b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs* repräsentiert werden.

Neun von den Teilnehmern genannte und gelinkte ICF Kategorien sind nicht im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten. Acht der Kategorien wurden von den Teilnehmern mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% genannt, diese sind unter anderem *b140 Funktionen der Aufmerksamkeit*, *b144 Funktionen des Gedächtnisses*, *b147 Psychomotorische Funktionen*, *b160 Funktionen des Denkens*, *b164 Höhere kognitive Funktionen* und *b1801 Körperschema*.

Tabelle 5: ICF Komponente Körperfunktionen:

Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

ICF Code	ICF Kategorie	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
2. Ebene	3. Ebene				
	b1101	Kontinuität des Bewusstseins	72,7	nein	
b114		Funktionen der Orientierung	90,9	nein	
b117		Funktionen der Intelligenz	80,0	nein	
	b1300	Ausmaß der psychischen Energie	83,6	ja*	80,0
	b1301	Motivation	87,3	ja*	90,9
	b1302	Appetit	58,2	ja*	60,0
	b1303	Drang nach Suchtmitteln	72,7	ja*	81,8
	b1304	Impulskontrolle	89,1	ja*	92,6
b134		Funktionen des Schlafes	89,1	ja	79,6
	b1344	Am Schlafzyklus beteiligte Funktionen	45,5	ja*	52,7

b140	Funktionen der Aufmerksamkeit	85,5	nein	89,1	nein
b144	Funktionen des Gedächtnisses	85,5	nein	81,8	nein
	b1442 Abrufen von Gedächtnisinhalten	80,0	nein	92,7	nein
b147	Psychomotorische Funktionen	83,6	nein	94,5	nein
	b1470 Psychomotorische Kontrolle	87,3	nein		
b152	Emotionale Funktionen	94,5	ja	98,2	ja
	b1520 (Situations-) Angemessenheit der Emotionen	96,4	ja*		
	b1521 Affektkontrolle			90,9	ja*
b160	Funktionen des Denkens	90,9	nein	83,6	nein
	b1600 Denkt tempo	83,6	nein		
	b1602 Inhalt des Denkens	81,8	nein	81,8	nein
b164	Höhere kognitive Funktionen	83,6	nein	85,5	nein
	b1801 Körperschema	92,7	nein	92,7	nein
b280	Schmerz	83,6	ja*	89,1	ja*
b320	Artikulationsfunktionen	21,8	nein		
b340	Alternative stimmliche Äußerungen	10,9	nein		
	b4201 Erniedrigter Blutdruck	25,5	ja		
b440	Atmungsfunktionen	29,1	ja	18,2	ja
b445	Funktionen der Atemmuskulatur	29,1	ja	21,8	ja
b460	Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen	43,6	nein	56,4	nein
b525	Defäkationsfunktionen	29,1	ja*	29,1	ja
	b5253 Stuhlkontinenz	40,0	ja	36,4	ja*
b530	Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts			78,2	ja
b620	Miktionsfunktionen	30,9	ja*	27,3	ja*
	b6202 Harnkontinenz	36,4	ja	47,3	ja
b640	Sexuelle Funktionen	83,6	ja	89,1	ja
	b6600 Funktionen im Zusammenhang mit der Fertilität	40,0	nein	60,0	ja*
b735	Funktionen des Muskeltonus	32,7	ja*	30,9	ja
b810	Schutzfunktionen der Haut	25,5	ja	29,1	ja
b820	Heilfunktionen der Haut	32,7	ja	34,5	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene), siehe umfassender ICF Core Set früher Kontext und später Kontext im Anhang

6.1.4.2 Körperstrukturen

Im umfassenden ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts sind 14 ICF Kategorien der Komponente *Körperstrukturen* enthalten. Im umfassenden ICF Core

Set für RMV des späten Kontexts sind es 19 ICF Kategorien. Es wurden sowohl für den frühen als auch für den späten Kontext die gleichen vier ICF Kategorien gelinkt (siehe Tabelle 6). Zwei Kategorien sind auf derselben Ebene im ICF Core Set für RMV des frühen sowie des späten Kontexts enthalten. Eine Kategorie ist auf einer anderen Ebene in den ICF Core Sets für RMV repräsentiert und eine Kategorie ist nicht in den ICF Core Sets für RMV enthalten. Alle vier Kategorien erreichten im frühen und im späten Kontext eine sehr geringe Übereinstimmung < 20% unter den Teilnehmern.

Tabelle 6: ICF Komponente Körperstrukturen:

Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

ICF Code	ICF Kategorie	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
2. Ebene	3. Ebene				
s430	Struktur des Atmungssystems	14,8	ja	11,1	ja
s540	Struktur des Darms	14,5	nein	12,7	nein
	s6102 Harnblase	16,4	ja*	12,7	ja*
s810	Struktur der Hautregionen	16,4	ja	14,5	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene), siehe umfassender ICF Core Set früher Kontext und später Kontext im Anhang

6.1.4.3 Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Der umfassende ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts enthält 53 ICF Kategorien der Komponente *Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]*. Für den frühen Kontext wurden insgesamt 28 ICF Kategorien zu dieser Komponente gelinkt (siehe Tabelle 7).

Acht ICF Kategorien sind auf derselben Ebene im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten. Die drei Kategorien *d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen*, *d760 Familienbeziehungen* und *d770 Intime Beziehungen* wurden von den Teilnehmern mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% genannt.

Elf Kategorien sind im ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts auf einer anderen Ebene repräsentiert und acht davon wurden mit mehr als 75% als wichtig erachtet. Die Kategorie der 3. Ebene *d5702 Seine Gesundheit erhalten* wird von der

Kategorie der 2. Ebene *d570 Auf seine Gesundheit achten* repräsentiert. Die Kategorie der 2. Ebene *d920 Erholung und Freizeit*, die im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten ist, repräsentiert die gelinkte Kategorie der 3. Ebene *d9205 Geselligkeit*.

Neun gelinkte Kategorien sind nicht im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten. Drei davon wurden mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75 % genannt, das sind die zwei Kategorien der 2. Ebene *d175 Probleme lösen* und *d740 Formelle Beziehungen* sowie die Kategorie der 3. Ebene *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden*.

Der umfassende ICF Core Set für RMV des späten Kontexts umfasst 64 ICF Kategorien der Komponente *Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]*. Auf Grundlage der Antworten der teilnehmenden Psychologen konnten für den späten Kontext 34 ICF Kategorien gelinkt werden (siehe Tabelle 7).

14 der gelinkten ICF Kategorien sind auf derselben Ebene im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten. Von diesen wurden zehn von den Teilnehmern als wichtig erachtet und mit einer Übereinstimmung von mehr als 75 % bewertet. Diese sind zum Beispiel, *d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen*, *d760 Familienbeziehungen*, *d770 Intime Beziehungen*, *d825 Theoretische Berufsausbildung*, *d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden*, *d850 Bezahlte Arbeit* und *d920 Freizeit und Erholung*.

16 gelinkte Kategorien sind auf einer anderen Ebene im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten. Insgesamt wurden von den 16 gelinkten Kategorien 15 mit mehr als 75% Übereinstimmung bewertet. Die gelinkten Kategorien *d5701 Ernährung und Fitness handhaben* und *d5702 Seine Gesundheit erhalten* werden im ICF Core Set des späten Kontexts durch die Kategorie *d570 Auf seine Gesundheit achten* repräsentiert. Die im ICF Core Set des späten Kontexts gelistete Kategorie der 2.Ebene *b720 Komplexe interpersonelle Interaktionen* repräsentiert die gelinkte Kategorie *b7202 Verhalten in Beziehungen regulieren*. Die drei Kategorien *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden*, *b7502 Informelle Beziehungen zu Bekannten* und *b7504 Informelle Beziehungen zu Seinesgleichen (Peers)* werden durch die Kategorie der 2. Ebene *d750 Informelle soziale Beziehungen* im ICF Core Set des späten Kontexts repräsentiert.

Im ICF Core Set des späten Kontexts sind vier der gelinkten ICF Kategorien nicht enthalten. Drei davon wurden von den Psychologen mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% genannt, *d175 Probleme lösen*, *d740 Formelle Beziehungen* und *d855 Unbezahlte Tätigkeit*.

Tabelle 7: ICF Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]:

Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

ICF Code	ICF Kategorie	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
2. Ebene	3. Ebene				
d175	Probleme lösen	87,3	nein	92,7	nein
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	87,3	ja	96,4	ja
	d2401 Mit Stress umgehen	87,3	ja*	94,5	ja*
	d2402 Mit Krisensituationen umgehen	89,1	ja*	90,9	ja*
d330	Sprechen	41,8	nein	49,1	nein
d450	Gehen	25,5	ja*	27,3	ja*
d475	Ein Fahrzeug fahren	29,1	ja	63,6	ja
	d5101 Den ganzen Körper waschen	14,5	ja*		
d520	Seine Körperteile pflegen			38,2	ja
	d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren	29,1	ja	34,5	ja
	d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren	29,1	ja	34,5	ja
	d5701 Ernährung und Fitness handhaben			83,6	ja*
	d5702 Seine Gesundheit erhalten	85,2	ja*	81,8	ja*
	d7202 Verhalten in Beziehungen regulieren			98,2	ja*
d740	Formelle Beziehungen	83,6	nein	92,7	nein
	d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden	87,3	nein	90,9	ja*
	d7502 Informelle Beziehungen zu Bekannten			80,0	ja*
	d7504 Informelle Beziehungen zu Seinesgleichen (Peers)			87,3	ja*
d760	Familienbeziehungen	89,1	ja	92,7	ja
	d7600 Eltern-Kind Beziehung	83,6	ja*	92,7	ja*
	d7601 Kind-Eltern Beziehung	87,3	ja*		
d770	Intime Beziehungen	89,1	ja	98,2	ja
	d7701 Eheliche Beziehungen	87,3	ja*	89,1	ja*
	d7702 Sexualbeziehungen	80,0	ja*	98,2	ja*

d820	Schulbildung	38,2	nein	80,0	ja
d825	Theoretische Berufsausbildung	34,5	nein	83,6	ja
d830	Höhere Bildung und Ausbildung	32,7	nein	80,0	ja
d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden	45,5	nein	87,3	ja
d8450	Arbeit suchen			85,5	ja*
d850	Bezahlte Tätigkeit	36,4	ja	83,6	ja
d855	Unbezahlte Tätigkeit	36,4	nein	81,8	nein
d920	Erholung und Freizeit	70,9	ja	89,1	ja
d9201	Sport			85,5	ja*
d9204	Hobbies	60,0	ja*	81,8	ja*
d9205	Geselligkeit	92,7	ja*	83,6	ja*
d940	Menschenrechte			77,8	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene), siehe umfassender ICF Core Set früher Kontext und später Kontext im Anhang

6.1.4.4 Umweltfaktoren

Der umfassende ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts beinhaltet 32 ICF Kategorien der Komponente *Umweltfaktoren*. Die Antworten der Psychologen konnten zu 23 ICF Kategorien gelinkt werden (siehe Tabelle 8).

11 der gelinkten ICF Kategorien sind im ICF Core Set des frühen Kontexts auf derselben Klassifikationsebene enthalten. Bis auf eine Kategorie wurden alle mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% genannt, zum Beispiel *e310 Engster Familienkreis*, *e320 Freunde*, *e410 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises* und *e580 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens*.

Von den gelinkten Kategorien sind sieben auf einer anderen Ebene im ICF Core Set des frühen Kontexts.

Fünf der Kategorien, die gelinkt wurden, sind nicht im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten, diese wurden von den Psychologen mit einer Übereinstimmung von weniger als 75% bewertet.

41 ICF Kategorien der Komponente *Umweltfaktoren* sind im umfassenden ICF Core Set für RMV des späten Kontexts enthalten. Es wurden 34 ICF Kategorien für den späten Kontext gelinkt (siehe Tabelle 8).

Insgesamt sind 18 gelinkte Kategorien auf derselben Ebene im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten. Mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% wurden 13 dieser Kategorien genannt.

13 Kategorien sind auf einer anderen Ebene repräsentiert. Zum Beispiel wird die Kategorie *e5850 Dienste des Bildungs- und Ausbildungswesens* durch die Kategorie der 2. Ebene *e585 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens* repräsentiert.

Die drei gelinkten ICF Kategorien, die nicht im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten sind, wurden mit einer Übereinstimmung von weniger als 75% genannt.

Tabelle 8: ICF Komponente Umweltfaktoren:

Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

ICF Code	ICF Kategorie	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
e110	Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch	5,5	ja	13,0	ja
	e1100 Lebensmittel	12,7	ja*	18,2	ja*
	e1101 Medikamente	43,6	ja*	47,3	ja*
	e1150 Allgemeine Produkte zum persönlichen Gebrauch	21,8	ja*		
	e1151 Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für den persönlichen Gebrauch im täglichen Leben			60,0	ja*
e120	Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport			54,5	ja
	e1200 Allgemeine Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität und zum Transport drinnen und draußen			52,7	ja*
	e1201 Hilfsprodukte und unterstützende Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport	49,1	ja*		
	e1300 Allgemeine Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung	58,2	ja*	69,1	ja*

e165	Vermögenswerte				50,9	ja
	e1650	Finanzielle Vermögenswerte	36,4	ja*	49,1	ja*
e310	Engster Familienkreis		98,2	ja	96,4	ja
e315	Erweiterter Familienkreis		85,5	ja	83,6	ja
e320	Freunde		98,1	ja	94,4	ja
e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder		78,2	ja	96,4	ja
e330	Autoritätspersonen	87,0		ja	81,1	ja
e340	Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen				90,9	ja
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe	89,1		ja	92,7	ja
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	94,5		ja	96,4	ja
e415	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises	87,3		ja	92,7	ja
e420	Individuelle Einstellungen von Freunden	90,9		ja	92,7	ja
e450	Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe				94,5	ja
	e5250	Dienste des Wohnungswesens			56,4	ja*
e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens				45,5	ja
e550	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege	41,8		nein		
e560	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Medienwesens	23,6		nein		
e565	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Wirtschaft	12,7		nein	18,2	nein
e570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit				50,9	ja
	e5701	Systeme der sozialen Sicherheit			47,3	ja*
e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens	83,6		ja	94,5	ja
	e5800	Dienste des Gesundheitswesens	89,1	ja*	81,8	ja*
	e5801	Systeme des Gesundheitswesens			89,1	ja*
	e5802	Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens			81,8	ja*

e5850	Dienste des Bildungs- und Ausbildungswesens			80,0	ja*
e590	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens			76,4	ja
e5900	Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens	40,0	nein	70,9	ja*
e595	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Politik	9,3	nein	30,9	nein
e5952	Handlungsgrundsätze der Politik			29,1	nein

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene), siehe umfassender ICF Core Set früher Kontext und später Kontext im Anhang

6.1.4.5 Personbezogene Faktoren

Die ICF Komponente *personbezogene Faktoren* ist noch nicht klassifiziert. Es existieren noch keine Kategorien, in die man die Antworten der Teilnehmer einordnen kann. Die genannten Faktoren beziehen sich überwiegend auf Eigenschaften und Fähigkeiten des Betroffenen, welche im Zusammenhang mit der Bearbeitung und dem Umgang der RMV eine wichtige Rolle spielen. Ein kleiner Teil der Faktoren bezieht sich auf Begleiterkrankungen, die im Zusammenhang mit RMV auftreten können.

Für den frühen Kontext konnten 137 *personbezogene Faktoren* gelinkt werden (siehe Tabelle 9). 132 *personbezogene Faktoren* wurden von den Teilnehmern mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% bewertet. 88 dieser Faktoren erhielten eine Übereinstimmung von mehr als 90%, zum Beispiel *Copingstrategien, Bewältigung von Schmerz, Hoffnung, positive Perspektive* und *Selbstwertgefühl*. Vier *personbezogene Faktoren* wurden mit einer 100%igen Übereinstimmung von den teilnehmenden Psychologen bewertet. Das sind die Faktoren *Die Fähigkeit Emotionen auszudrücken, Verständnis gegenüber dem Rehabilitationsplan, Schulungen/Kenntnisse bzgl. RMV und Themen die im Zusammenhang mit RMV stehen* und *Depressionen*.

Im späten Kontext wurden 119 Antworten der Psychologen zu den *personbezogenen Faktoren* gelinkt (siehe Tabelle 9). 114 Faktoren wurden mit mehr als 75% Übereinstimmung genannt, von denen wiederum 95 eine Übereinstimmung von mehr als 90% erreichten. 15 *personbezogene Faktoren* wurden mit einer

Übereinstimmung von 100% genannt, diese sind unter anderem *Die Fähigkeit zu lernen und das Leben zu verändern, Anpassung an Verletzung und die Konsequenzen, Copingstrategien, Bewältigung von traumatischen Erfahrungen, Frustrationstoleranz, eigene Grenzen/Potentiale kennen, Selbstbewusstsein, Depression* und *posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*.

Tabelle 9: Antworten der Psychologen, die zur ICF Komponente personbezogene Faktoren gelinkt wurden. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Antwort in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

Antworten	früher Kontext 3.Runde %	später Kontext 3.Runde %
Die Fähigkeit Emotionen auszudrücken	100,0	100,0
Die Fähigkeit zu lernen und das Leben zu verändern	96,4	100,0
Akzeptanz der Verletzung und der Konsequenzen	92,7	98,2
Die Fähigkeit in sozialen Beziehungen die Initiative zu ergreifen		98,2
Anpassung an Verletzung und die Konsequenzen	96,4	100,0
Alter	90,9	89,1
veränderter Gemütszustand		89,1
Erwartungen	90,7	
Apathie	89,1	96,4
Durchsetzungsvermögen	96,4	98,2
Einstellung	98,2	100,0
Vermeidungsverhalten	96,4	94,5
Problembewusstsein	94,5	
ausgeglichener emotionaler Hintergrund	89,1	90,9
Verhalten	94,5	96,4
Vorstellungen	94,5	98,2
Voreingenommenheit	90,9	
Langeweile	80,0	
belastende Erinnerungen	92,7	94,5
Leistungsfähigkeit	94,4	
Gleichgültigkeit	94,5	90,9
Veränderungen in der Fraulichkeit/Männlichkeit	81,8	
Veränderung der Identität	90,9	96,4
Veränderungen der Lebensweise	94,5	
Werdegang des Patienten	94,5	
kognitive Fertigkeiten		100,0
Kompensationstechniken	96,4	98,2
Verständnis gegenüber dem Rehabilitationsplan	100,0	
Ideen		94,2
Vertrauen	96,4	100,0
Kooperationsbereitschaft	96,4	98,2
Coping (vermeidungsorientiert)	98,2	96,4
Coping (emotionsbezogen)	98,2	
Coping (problembezogen)	98,2	

Copingstrategien	98,2	100,0
Umgang mit einer wenig perfekten Umgebung		94,5
Umgang mit Betreuern		96,4
Bewältigung der Abhängigkeit	96,4	
Bewältigung der Integration in die Gesellschaft		98,1
Bewältigung von Situationen die eine Minderheit betreffen	89,1	
Bewältigung von Schmerz	90,9	96,4
Bewältigung von physischen Dysfunktionen	92,7	96,4
Bewältigung von Ablehnung und Vorurteilen	89,1	
Bewältigung von traumatischen Erfahrungen		100,0
Mut		90,9
kriminelle Patienten	72,7	72,7
Schutzmechanismen	94,5	92,7
Verleugnung	90,9	89,1
Fertigkeiten Abhängigkeit betreffend	90,9	
Wünsche	92,7	96,4
Entwicklungsthemen	87,0	94,4
Zweifel	83,6	
Schulungen/Kenntnisse bzgl.RMV und Themen die im Zusammenhang mit RMV stehen	100,0	92,7
Beschämung	87,3	
Verbitterung		94,5
Emotionale Intelligenz	87,3	90,9
Emotionale Reife	90,9	96,4
emotionale Selbstkontrolle	96,4	
Erwartungen	96,4	92,7
Erfahrungen		94,5
Erfahrungen die, die akute Pflege betreffen	96,4	
Frustrationstoleranz	94,5	100,0
Hilflosigkeit	89,1	90,9
Hoffnung	96,4	
Hoffnungslosigkeit	90,9	94,5
Feindseligkeit	90,9	
Demütigung	89,1	
individuelle Fertigkeiten		94,4
Einsicht war nicht gegenwärtig in der akuten Phase		87,3
Intelligenz	87,3	83,6
Interessen		90,9
eigene Grenzen/Potentiale kennen	90,9	100,0
Mangel an Interessen	92,7	96,4
Mangel an Freude	89,1	94,5
Lebenserfahrung	87,3	94,5
Lebensplanung	85,5	98,2
Lebensfertigkeiten		94,5
Lebensstil		90,9
Patientenverfügung	87,3	
Kontrollüberzeugung	90,9	96,4
Bewusstsein dafür, nicht alleine zu sein		96,3

Der RMV eine tiefere Bedeutung geben	94,5	94,5
Verhandlungsfertigkeiten		92,7
Realisation der aktuellen Situation	92,7	
Erfahrungen zu einem Familiensystem dazu zu gehören	94,5	
Patient hat keine Erfahrungen/Wissen über die Auswirkungen von RMV		94,5
Patient hat keine Erfahrungen/Wissen über die Auswirkungen von RMV bezgl. Konsequenzen im Leben	94,5	
Wahrnehmung		92,7
Attraktivität	85,5	
Persönlichkeit	92,7	94,5
philosophische Anschauung	90,9	80,0
positive Perspektive	98,2	
Probleme voraussehen	90,9	
Posttraumatisches Wachstum		90,7
problemlösender Charakter		94,5
psychische Reife	83,6	85,5
Schuldfragen	90,9	
Bereitschaft		90,9
Realismus		94,5
Realität war nicht gegenwärtig in der akuten Phase		90,7
Notwendigkeit der Rehabilitation begreifen	92,7	90,9
Resignation	89,1	90,9
Belastbarkeit	90,9	94,5
Auflösung des Trauma	92,7	
Rollen innerhalb der Familie und der Gesellschaft	90,9	98,2
Zufriedenheit/Unzufriedenheit	89,1	96,3
Selbstakzeptanz	89,1	
Eigenwahrnehmung	94,5	96,4
Sich selbst die Schuld geben	87,3	87,3
Selbstbewusstsein	96,4	100,0
Selbstanspruch	92,7	96,4
Selbstwirksamkeit	96,4	100,0
Selbstwertgefühl	94,5	98,2
Selbstverletzung	89,1	90,9
Selbstbild	94,5	98,2
Selbstmanagement		96,4
Eigenständigkeit		96,4
Selbstverantwortung	92,7	98,2
Kohärenzgefühl	87,3	
Lebensgefühl		98,2
Gefühl der Nutzlosigkeit		94,5
soziales Bewusstsein	87,3	
soziale Fertigkeiten	90,9	100,0
verwirrende neue Erfahrungen aussortieren	94,5	
Spiritualität/Glaube	80,0	81,8
Stärke	90,9	
Stress	96,4	98,2

Misstrauen	89,1	
Gedanken	96,4	96,4
Interesse an den Problemen anderer	85,2	
Unsicherheit	90,9	90,9
Zukunftsunsicherheit/Zukunftsangst	94,5	90,9
Unkooperativität	96,4	
Schreckhaftigkeit	87,3	83,6
Warum ich Fragen	92,7	
Gefühl von Wertlosigkeit	92,7	
Alkoholismus	83,6	98,2
Anpassungsstörungen	87,3	94,5
Angststörungen	96,4	98,2
begleitende Gehirn-/Kopfverletzungen	87,3	85,5
chronische Traumatisierung		94,5
Komorbidität	94,5	92,7
Demenz	83,6	83,6
Depression	100,0	100,0
Heterotope Ossifikation	21,8	23,6
Verletzung	79,6	89,1
Lernschwäche		83,6
medizinische Komplikationen	72,7	74,5
medizinischer Zustand	76,4	81,8
Adipositas		81,8
posttraumatische Belastungsstörung	89,1	100,0
prämorbid Probleme	90,7	87,0
psychiatrische Störungen	94,5	94,5
psychoreaktive Störungen	89,1	92,7
Psychopathologie	92,7	94,5
psychosomatische Störungen	94,5	94,5
Schlafstörungen	87,3	87,3
Syringomyelie		30,9
Harnwegsinfektion	41,8	45,5
akutes Trauma	78,2	83,6
akute Belastungsstörung	92,7	
Anorexie	74,5	
Krankheit	89,1	
DSM IV Diagnose	83,6	
Flashbacks	94,5	
Identitätsstörungen	87,3	
Persönlichkeitsstörungen	92,7	
postkommotionelles Syndrom	87,3	
psychologische Trauma	96,4	
somatoforme Störungen	92,7	

6.1.4.6 nicht klassifizierbar

Für den frühen Kontext wurden 25 Antworten der Teilnehmer gefunden, die nicht von der ICF abgedeckt werden und deshalb als *nicht klassifizierbar* eingestuft wurden (siehe Tabelle 10). 24 von 25 Antworten wurden mit mehr als 75% Übereinstimmung als wichtig von den teilnehmenden Psychologen erachtet. 16 erhielten sogar eine Übereinstimmung von mehr als 90%, zum Beispiel *Würde, Isolation* und *Suizidthematik*.

28 Antworten wurden im späten Kontext als *nicht klassifizierbar* eingestuft (siehe Tabelle 10). Alle Antworten erreichten eine hohe Übereinstimmung von mehr als 75%, unter anderem *Todesthemen* und *Suizidthematik*. Eine Antwort wurde von den Teilnehmern mit 100% genannt, *Das Funktionieren der Familie*.

Tabelle 10: Antworten der Psychologen, die zu keiner spezifischen ICF Komponente gelinkt werden konnten. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Antwort in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

Antwort	Früher Kontext 3.Runde %	Später Kontext 3.Runde %
Missbrauch	78,2	
Unfall	82,7	82,7
Aktivitäten der Psychologinnen/en	84,0	81,6
Anpassung der Familie und anderer	94,5	96,4
Alternde Betreuer		80,0
Eine Belastung für Familie/Freunde/Gesellschaft sein	92,7	98,2
Burnout der Betreuer		96,4
Bedürfnisse der Kinder		88,9
Rücksprache mit Leistungserbringern medizinischer Dienstleitungen und anderen	90,9	94,5
Beratung/Unterstützung der Familie	98,2	98,2
Beratung/Unterstützung für nicht Familienangehörige	87,3	90,9
Todesthemen	92,6	92,6
Würde	96,4	
Schulung der Familie	90,9	87,3
Schulung von nicht Familienangehörigen	80,0	89,1
Sterbehilfedanken	83,6	
Erwartungen von anderen	96,4	
Familienkonflikte	92,7	96,4
Das Funktionieren der Familie		100,0
Familienmitglieder haben keine Erfahrung/Wissen über RMV	96,4	94,5
Reaktionen der Familie	96,4	96,4
Heimweh	85,2	

Interaktion zwischen der Familie und dem Anbieter der Behandlung	92,7	
Isolation	96,4	94,4
Psychologe trifft sich mit früheren Arbeitgebern und Kollegen		89,1
Keine Lebensperspektive	90,6	
Schutz des Patienten/anderer	83,6	81,8
Überweisung des Ehepartners		92,7
Rehospitalisation		90,7
Rückfall		87,0
Das Recht die Behandlung zu verweigern		92,7
RMV ist eine lebenslange Diagnose		98,2
Das Stigma einer RMV		94,5
Suizidthematik	96,4	96,4
Teamwork	96,4	92,7
Gewaltsame Vergewaltigung	74,5	

6.2 Sozialarbeiter

6.2.1 Rekrutierung und Teilnehmer

In der Rekrutierungsphase wurden 39 Sozialarbeiterorganisationen angeschrieben. Zwei Mitglieder gaben ihre Zustimmung zur Teilnahme.

Insgesamt wurden 12 Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Zentren für RMV kontaktiert. Zehn Universitäten wurden angeschrieben, von diesen leitete eine unsere E-Mail an ihre Mitarbeiter weiter und zwei Sozialarbeiter stimmten der Teilnahme zu.

Es wurden 42 Kooperationspartner der ICF Research Branch kontaktiert. Zusätzlich wurden 21 Experten über Internetsuche und Literaturrecherche ausfindig gemacht und kontaktiert. Zwei Experten willigten in die Teilnahme ein.

Die restlichen 24 Teilnehmer konnten durch Empfehlung von anderen Gesundheitsfachleuten gewonnen werden.

Insgesamt stimmten 30 Sozialarbeiter aus 13 Ländern der Teilnahme an der Studie zu und bekamen den Fragebogen der 1. Runde zugeschickt. 26 von 30 Sozialarbeitern (86,7%) schickten den Fragebogen der 1. Runde zurück. Die demographischen und beruflichen Daten sind nachfolgend in Tabelle 11 dargestellt

Tabelle 11: Rücklaufquote der teilnehmenden Sozialarbeiter in den einzelnen Runden und demographische und berufliche Daten der Teilnehmer der 1.Runde

WHO Regionen	1.Runde	2.Runde	3.Runde	Geschlecht (weiblich) %	Alter	berufliche Erfahrung	RMV Erfahrung	Aktuelle Tätigkeit im Akut KH	Aktuelle Tätigkeit in stationärer Reha
	(n)	(n)	(n)		(Jahre)	(Jahre)	(Jahre)	(n)	(n)
					Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)		
Afrika ¹	3	3	3	100	29 (29-47)	7,5 (5-24)	3 (0,5-5,5)	1	1
Amerika ²	9	9	9	88,8	55 (32-67)	25 (7-40)	10 (3-34)	0	5
Europa ³	8	7	7	87,5	49 (26-58)	14,5 (5-32)	7 (1-15)	0	8
West Pazifik ⁴	6	6	6	83,3	45,5 (25-54)	19 (7-32)	3,75 (2-20)	1	3
Total	26	25	25	88,5	49,5 (25-67)	17 (5-40)	6,5 (0,5-34)	2	17

WHO Regionen	Aktuelle Tätigkeit in ambulanten Reha	Aktuelle Tätigkeit in häuslicher Reha	Aktuelle Tätigkeit an Universität	andere aktuelle Tätigkeiten	Selbsteinschätzung Fachwissen RMV früher Kontext#	Selbsteinschätzung Fachwissen RMV später Kontext#	Selbsteinschätzung Kenntnis ICF#	Selbsteinschätzung Gebrauch ICF#
	(n)	(n)	(n)	(n)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)
Afrika ¹	0	0	1	0	5 (2-8)	3 (3-7)	6 (2-6)	4 (0-6)
Amerika ²	1	3	3	2	9 (5-10)	7 (5-9)	5 (0-10)	0 (0-8)*
Europa ³	1	0	1	0	8 (7-9)	8 (3-9)	5,5 (1-8)	1,5 (0-10)
West Pazifik ⁴	1	2	3	2	8 (4-10)	8 (7-9)	8,5 (5-9)	7,5 (1-9)
Total	3	5	8	4	8 (2-10)	7,5 (3-9)	6 (0-10)	4 (0-10)

0=keine, 10=ausgezeichnet

1 Südafrika; 2 Brasilien, Kanada, USA; 3 Dänemark, Finnland, Irland, Israel, Litauen, Schweiz,

4 Australien, Taiwan, Vietnam

6.2.2 Ablauf der Delphi Studie

In der 1. Delphi Runde nannten 26 Experten 564 Probleme, Ressourcen und Umweltaspekte, die von Sozialarbeitern bei Personen mit RMV im frühen Kontext betreut werden. Die Sozialarbeiter nannten für den späten Kontext in der 1. Delphi Runde 515 Probleme, Ressourcen und Umweltaspekte.

Den Fragebogen der 2. Runde sendeten 25 von 26 (96,1%) Sozialarbeitern zurück. In der 3. Runde wurde der Fragebogen von 25 von 25 (100%) Teilnehmern ausgefüllt zurückgeschickt.

Die Ergebnisse inklusive der Prozentzahlen der Übereinstimmung unter den Teilnehmern sind in den Tabellen 12 - 18 dargestellt.

6.2.3 Linking der Antworten

Die gelinkten Antworten der Teilnehmer repräsentieren für den frühen Kontext drei der vier Komponenten der ICF, diese sind *Körperfunktionen*, *Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]* und *Umweltfaktoren*. Die Komponente *Körperstrukturen* ist für den frühen Kontext nicht durch die Antworten der Teilnehmer repräsentiert. Für den späten Kontext repräsentieren die gelinkten Antworten alle Komponenten der ICF (siehe Tabelle 12). Es wurden 64 ICF Kategorien für den frühen Kontext gelinkt und 69 ICF Kategorien für den späten Kontext.

Drei Kategorien der 2. Ebene und vier Kategorien der 3. Ebene der Komponente *Körperfunktionen* wurden für den frühen Kontext gelinkt. Für den späten Kontext wurden vier Kategorien der 2. Ebene und vier Kategorien der 3. Ebene gelinkt.

Es wurde nur für den späten Kontext eine Kategorie der 2. Ebene der Komponente *Körperstrukturen* gelinkt.

Die ICF Komponente *Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]* wird für den frühen Kontext von zwei gelinkten Kategorien der 1. Ebene, 16 gelinkten Kategorien der 2. Ebene und sechs gelinkten Kategorien der 3. Ebene repräsentiert. Für den späten Kontext waren es 14 Kategorien der 2. Ebene und zehn Kategorien der 3. Ebene, die gelinkt wurden.

Für den frühen Kontext wurden 20 Kategorien der 2. Ebene und 13 Kategorien der 3. Ebene, sowie für den späten Kontext eine Kategorie der 1. Ebene, 21 Kategorien der 2. Ebene und 13 Kategorien der 3. Ebene zur Komponente der *Umweltfaktoren* gelinkt.

Die bis jetzt noch nicht entwickelte Komponente der *personbezogenen Faktoren* wird für den frühen Kontext durch 25 gelinkte Antworten repräsentiert. Für den späten Kontext wurden 26 Antworten zu den *personbezogenen Faktoren* gelinkt.

Es wurden 20 Antworten für den frühen Kontext und 18 Antworten für den späten Kontext bestimmt, die nicht durch die ICF abgedeckt werden können. Diese Antworten wurden als *nicht klassifizierbar* bezeichnet

Für den frühen Kontext ergab die Kappa Statistik für die zwei Linker eine Übereinstimmung von 0,76 mit einem 95% Bootstrap-Konfidenzintervall von 0,70 – 0,81. Für das getrennt voneinander stattgefundene Linking von 30% der Antworten stimmten die zwei Personen in 77% der gelinkten ICF Kategorien überein. Für den späten Kontext konnte ein Wert von 0,72 mit einem 95% Bootstrap-Konfidenzintervall von 0,65 – 0,79 für die Kappa Statistik ermittelt werden. Die zwei Personen die das Linking durchführten, stimmten in 74% der gelinkten Kategorien überein.

**Tabelle 12: Repräsentation der identifizierten ICF Kategorien in den ICF Core Sets für RMV:
Zusammenfassung der Ergebnisse der Sozialarbeiter**

	Körper- funktionen		Körper- strukturen		Aktivitäten und Partizipation		Umwelt- faktoren		Gesamt	
	FK	SK	FK	SK	FK	SK	FK	SK	FK	SK
Anzahl identifizierter Kategorien	7	8	0	1	24	25	33	35	64	69
n (%) der Kategorien, die im ICF Core Set auf der selben Klassifikationsebene enthalten sind	2 (28.6)	3 (37.5)	0 (0)	1 (100.0)	12 (50.0)	12 (48.0)	17 (51.5)	19 (54.3)	31 (48.4)	35 (50.7)
n (%) der Kategorien die im ICF Core Set auf einer anderen Klassifikationsebene enthalten sind	3 (42.8)	5 (62.5)	0 (0)	0 (0)	7 (29.2)	10 (40.0)	11 (33.3)	14 (40.0)	21 (32.8)	29 (42.0)
n(%) nicht enthalten im ICF Core Set mit einer Übereinstimmung von $\geq 75\%$	1 (14.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (8.3)	3 (12.0)	2 (6.1)	0 (0)	5 (7.8)	3 (4.3)
n(%) nicht enthalten im ICF Core Set mit einer Übereinstimmung von $< 75\%$	1 (14.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (12.5)	0	3 (9.1)	2 (5.7)	7 (11.0)	2 (3.0)

6.2.4 Repräsentation der Antworten der Sozialarbeiter in den umfassenden ICF Core Sets für RMV

6.2.4.1 Körperfunktionen

Zur Komponente *Körperfunktionen* wurden für den frühen Kontext zwei ICF Kategorien gelinkt, die auf derselben Ebene im umfassenden ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts enthalten sind. Für den späten Kontext wurden drei ICF Kategorien gelinkt, die auf derselben Ebene im umfassenden ICF Core Set des späten Kontexts repräsentiert sind. Die Kategorie *b152 Emotionale Funktionen* wurde mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% sowohl für den frühen als auch für den späten Kontext genannt (siehe Tabelle 13).

Drei Kategorien wurden für den frühen Kontext gelinkt, die auf einer anderen Ebene im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten sind. Die zwei mit mehr als 75% Übereinstimmung genannten Kategorien der 3. Ebene *b1301 Motivation* und *b1303 Drang nach Suchtmitteln* werden im ICF Core Set des frühen Kontexts von der Kategorie der 2. Ebene *b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs* repräsentiert. Fünf gelinkte Kategorien des späten Kontexts sind auf einer anderen Ebene im ICF Core Set des späten Kontexts repräsentiert. Eine Kategorie wurde mit 100% als sehr wichtig erachtet. Das ist die Kategorie der 3. Ebene *b1303 Drang nach Suchtmitteln*, die im ICF Core Set des späten Kontexts von der Kategorie der 2. Ebene *b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs* dargestellt wird.

Nicht im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten sind zwei, für den frühen Kontext, gelinkte Kategorien. Die Kategorie *b1801 Körperschema* erreichte eine Übereinstimmung von mehr als 75%.

Tabelle 13: ICF Komponente Körperfunktionen:

Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Sozialarbeiter gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

ICF Code	ICF Kategorie	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext
2. Ebene	3. Ebene				
	b1300			68,0	ja*
	b1301	96,0	ja*	96,0	ja*
	b1303	92,0	ja*	100,0	ja*
b152	Emotionale Funktionen	92,0	ja	88,0	ja
	b1801	84,0	nein		
b280	Schmerz	72,0	ja*	68,0	ja*
b640	Sexuelle Funktionen	52,0	ja		
	b6600	28,0	nein	40,0	ja*
b810	Funktionen im Zusammenhang mit der Fertilität			24,0	ja
b820	Schutzfunktionen der Haut			8,0	ja
	Heilfunktionen der Haut				

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene), siehe umfassender ICF Core Set früher Kontext und später Kontext im Anhang

6.2.4.2 Körperstrukturen

Es wurde nur für den späten Kontext eine ICF Kategorie der Komponente *Körperstrukturen* gelinkt, die auf derselben Ebene im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten ist (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: ICF Komponente Körperstrukturen:

Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Sozialarbeiter gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

ICF Code	ICF Kategorie	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
2. Ebene					
s810	Struktur der Hautregion			8,0	ja
b820	Heilfunktionen der Haut			8,0	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene), siehe umfassender ICF Core Set früher Kontext und später Kontext im Anhang

6.2.4.3 Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Es konnten 12 ICF Kategorien für den frühen Kontext gelinkt werden, die auf derselben Ebene im umfassenden ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts enthalten sind (siehe Tabelle 15). Vier der gelinkten Kategorien wurden mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75 % genannt. Die Kategorie *d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen* wurde mit 100% sogar als sehr wichtig erachtet.

Sieben ICF Kategorien konnten für den frühen Kontext gelinkt werden, die auf einer anderen Ebene im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten sind. Die zwei Kategorien der 3. Ebene *d2401 Mit Stress umgehen* und *d2402 Mit Krisensituationen umgehen*, die durch die oben bereits erwähnte Kategorie der 2.Ebene *d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen* repräsentiert werden, wurden ebenfalls mit 100% Übereinstimmung genannt. 100% Übereinstimmung erhielt ebenfalls die Kategorie der 1. Ebene *d6 Häusliches Leben*, die im ICF Core Set des frühen Kontexts von Kategorien der 2. Ebene repräsentiert wird. Die anderen vier Kategorien wurden mit mehr als 75 % Übereinstimmung genannt.

Fünf gelinkte ICF Kategorien sind nicht im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten. Zwei wurden mit einer hohen Übereinstimmung von 75% genannt, *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden* und *d910 Gemeinschaftsleben*.

Für den späten Kontext wurden 12 ICF Kategorien zur Komponente *Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]* gelinkt, die auf derselben Ebene im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten sind (siehe Tabelle 15). Neun wurden mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% genannt. Die Kategorie *d760 Familienbeziehungen* erzielte sogar eine 100%ige Übereinstimmung unter den teilnehmenden Sozialarbeitern.

Auf einer anderen Ebene im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten sind 10 gelinkte ICF Kategorien. Zwei Kategorien erhielten eine Übereinstimmung von 100%. Das ist die Kategorie der 3. Ebene *d2401 Mit Stress umgehen*, die im ICF Core Set des späten Kontexts von der Kategorie der 2. Ebene *d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen* repräsentiert wird und die Kategorie der 3.Ebene *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden*, die durch die Kategorie der 2.Ebene *d750 Informelle soziale Beziehungen* dargestellt wird.

Drei für den späten Kontext gelinkte und mit mehr als 75% Übereinstimmung genannte ICF Kategorien sind nicht im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten. Das sind *d855 Unbezahlte Tätigkeit*, *d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen*, und *d950 Politisches Leben und Staatsbürgerschaft*.

Tabelle 15: ICF Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]:

Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Sozialarbeiter gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

ICF Kode			ICF Kategorie	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext
1. Ebene	2. Ebene	3. Ebene					
	d240		Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	100,0	ja		
		d2401	Mit Stress umgehen	100,0	ja*	100,0	ja*
		d2402	Mit Krisensituationen umgehen	100,0	ja*		
d3			Kommunikation	84,0	ja*		
		d4600	Sich in seiner Wohnung umher bewegen			52,0	ja
	d465		Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen	32,0	ja	40,0	ja
	d470		Transportmittel benutzen	56,0	ja	80,0	ja
	d475		Ein Fahrzeug fahren	20,0	ja		
	d510		Sich waschen	12,0	ja		
	d540		Sich kleiden	12,0	ja		
	d550		Essen	12,0	ja		
	d570		Auf seine Gesundheit achten			88,0	ja
		d5702	Seine Gesundheit erhalten	96,0	ja*		
d6			Häusliches Leben	100,0	ja*	96,0	ja*
	d640		Hausarbeiten erledigen			64,0	ja
		d6504	Hilfsmittel instand halten			24,0	ja*
		d7500	Informelle Beziehungen zu Freunden	96,0	nein	100,0	ja*
	d760		Familienbeziehungen	96,0	ja	100,0	ja
		d7600	Eltern-Kind Beziehung			88,0	ja*
	d770		Intime Beziehungen	92,0	ja		

	d7701	Eheliche Beziehungen			88,0	ja*
	d7702	Sexualbeziehungen	92,0	ja*	88,0	ja*
d820		Schulbildung	72,0	nein	80,0	ja
d830		Höhere Bildung und Ausbildung			88,0	ja
d845		Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden	68,0	nein	92,0	ja
d850		Bezahlte Tätigkeit	64,0	ja	88,0	ja
d855		Unbezahlte Tätigkeit	64,0	nein	84,0	nein
d860		Elementare wirtschaftliche Transaktionen			92,0	nein
d870		Wirtschaftliche Eigenständigkeit	96,0	ja		
d910		Gemeinschaftsleben	76,0	nein	92,0	ja
d920		Erholung und Freizeit	68,0	ja	96,0	ja
	d9201	Sport			88,0	ja*
	d9204	Hobbies			84,0	ja*
	d9205	Geselligkeit	88,0	ja*	88,0	ja*
d950		Politisches Leben und Staatsbürgerschaft			88,0	nein

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene), siehe umfassender ICF Core Set früher Kontext und später Kontext im Anhang

6.2.4.4 Umweltfaktoren

17 ICF Kategorien, die auf derselben Ebene im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten sind, wurden für den frühen Kontext gelinkt (siehe Tabelle 16). Eine Übereinstimmung von mehr als 75% erzielten 13 der gelinkten Kategorien. Von den 13 Kategorien erzielten sieben eine 100%ige Übereinstimmung, *e310 Engster Familienkreis, e320 Freunde, e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder, e340 Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen, e355 Fachleute der Gesundheitsberufe, e360 Andere Fachleute und e570 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit.*

Auf einer anderen Ebene sind elf gelinkte ICF Kategorien im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten. Eine hohe Übereinstimmung von mehr als 75% unter den Teilnehmern erzielten sieben Kategorien. Die Kategorie *e5700 Dienste der sozialen Sicherheit*, die durch die ebenfalls gelinkte Kategorie *e570 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit* im Core Set repräsentiert ist, erhielt 100% Übereinstimmung. Ebenfalls 100% erhielt die Kategorie der 3.Ebene *e5750 Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung*, die durch die Kategorie der 2.

Ebene *e575 Dienste, System und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung* im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten ist.

Fünf der gelinkten ICF Kategorien sind nicht im ICF Core Set des frühen Kontexts enthalten. Zwei davon wurden mit mehr als 75% Übereinstimmung von den Teilnehmern als wichtig erachtet. Das sind *e550 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege* und *e5501 Systeme der Rechtspflege*.

Für den späten Kontext konnten 19 ICF Kategorien gelinkt werden, die auf derselben Ebene im ICF Core Set für RMV des späten Kontexts enthalten sind (siehe Tabelle 16). 14 Kategorien erhielten eine hohe Übereinstimmung von mehr als 75%. 100% Übereinstimmung unter den Teilnehmern erhielten drei der Kategorien, *e310 Engster Familienkreis*, *e360 Andere Fachleute* und *e570 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit*.

Es wurden 14 Kategorien gelinkt, die im ICF Core Set des späten Kontexts von Kategorien einer anderen Ebene repräsentiert werden. Eine hohe Übereinstimmung von mehr als 75% erzielten neun der Kategorien. Die Kategorie der 1. Ebene *e4 Einstellungen*, die im ICF Core Set des späten Kontexts von Kategorien der 2. Ebene repräsentiert wird, wurde mit einer 100%igen Übereinstimmung unter den Teilnehmern genannt.

Zwei gelinkte Kategorien sind nicht im ICF Core Set des späten Kontexts enthalten.

Tabelle 16: ICF Komponente Umweltfaktoren:

Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Sozialarbeiter gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

ICF Code			ICF Kategorie	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
1. Ebene	2. Ebene	3. Ebene					
		e1100	Lebensmittel			8,0	ja*
		e1101	Medikamente	16,0	ja*	16,0	ja*
	e115		Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben	32,0	ja		
		e1151	Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für den persönlichen Gebrauch im täglichen Leben	40,0	ja*	44,0	ja*
	e120		Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport	32,0	ja	48,0	ja
		e1201	Hilfsprodukte und unterstützende Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport			56,0	ja*
		e1300	Allgemeine Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung	32,0	ja*		
	e135		Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit			52,0	ja
	e150		Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden	8,0	ja	12,0	ja
	e155		Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden	12,0	ja	16,0	ja
		e1650	Finanzielle Vermögenswerte	80,0	ja*	80,0	ja*
	e310		Engster Familienkreis	100,0	ja	100,0	ja
	e315		Erweiterter Familienkreis	96,0	ja	92,0	ja
	e320		Freunde	100,0	ja	92,0	ja

e4	e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder	100,0	ja	96,0	ja
	e330	Autoritätspersonen	96,0	ja	92,0	ja
	e340	Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen	100,0	ja	96,0	ja
	e350	Domestizierte Tiere			72,0	nein
	e355	Fachleute der Gesundheitsberufe	100,0	ja	96,0	ja
	e360	Andere Fachleute	100,0	ja	100,0	ja
		Einstellungen			100,0	ja*
	e525	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens	96,0	ja	96,0	ja
	e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens	88,0	ja	96,0	ja
		e5400 Dienste des Transportwesens	76,0	ja*		
		e5401 Systeme des Transportwesens	28,0	ja*		
	e550	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege	92,0	nein		
		e5501 Systeme der Rechtspflege	80,0	nein	84,0	ja*
	e555	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen	96,0	ja	92,0	ja
		e5650 Dienste der Wirtschaft	60,0	nein		
	e570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit	100,0	ja	100,0	ja
		e5700 Dienste der sozialen Sicherheit	100,0	ja*	96,0	ja*
		e5701 Systeme der sozialen Sicherheit	84,0	ja*		
		e5750 Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung	100,0	ja*	96,0	ja*
	e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens	96,0	ja	96,0	ja
		e5800 Dienste des Gesundheitswesens	96,0	ja*	96,0	ja*
	e5801 Systeme des Gesundheitswesens	84,0	ja*	80,0	ja*	
e585	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens			72,0	ja	

	e5850	Dienste des Bildungs- und Ausbildungswesens			76,0	ja*
	e5851	Systeme des Bildungs- und Ausbildungswesens			56,0	ja*
	e590	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens	52,0	nein	88,0	ja
	e5900	Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens			96,0	ja*
	e595	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Politik	28,0	nein	28,0	nein

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene), siehe umfassender ICF Core Set früher Kontext und später Kontext im Anhang

6.2.4.5 Personbezogene Faktoren

Für den frühen Kontext wurden 25 Antworten der Teilnehmer zur noch nicht entwickelten ICF Komponente der *personbezogenen Faktoren* gelinkt (siehe Tabelle 17). Wie bei den Psychologen beziehen sich die gelinkten Faktoren auf Eigenschaften und Fähigkeiten des Betroffenen, welche im Zusammenhang mit der Bearbeitung und dem Umgang der RMV eine wichtige Rolle spielen. Alle 25 Faktoren erhielten eine hohe Übereinstimmung von mehr als 75%. 22 von 25 Faktoren erreichten eine Übereinstimmung von mehr als 90%, unter anderem *Copingstrategien*, von denen wiederum sieben Faktoren mit 100% von den Teilnehmern bewertet wurden. Dies sind die Faktoren *Veränderung der Lebensumstände*, *Emotionale Bedürfnisse*, *Erwartungen im Hinblick auf das zukünftige Funktionieren*, *Hilflosigkeit*, *Hoffnung*, *Rollen innerhalb der Familie und der Gesellschaft* und *Selbstverständnis*.

Es wurden 26 *personbezogene Faktoren* für den späten Kontext gelinkt (siehe Tabelle 17). Eine hohe Übereinstimmung von mehr als 75% erzielten 25 Faktoren. 22 davon erreichten eine Übereinstimmung von mehr als 90%, unter anderem auch hier *Copingstrategien*. Elf der 22 Faktoren erzielten eine Übereinstimmung von 100%, zum Beispiel *Akzeptanz der Verletzung und der Konsequenzen*, *Anpassung an Verletzung und die Konsequenzen*, *Altern mit der RMV*, *Veränderung der Lebensumstände*, *Verleugnung*, *Rollen innerhalb der Familie und der Gesellschaft* und *Selbstwertgefühl*.

Tabelle 17: Antworten der Sozialarbeiter, die zur ICF Komponente personbezogene Faktoren gelinkt wurden. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Antwort in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

Antworten	früher Kontext 3.Runde %	später Kontext 3.Runde %
Akzeptanz der Verletzung und der Konsequenzen	96.0	100.0
Therapietreue	92.0	
Anpassung an Verletzung und die Konsequenzen	96.0	100.0
Altern mit der RMV		100.0
Die Hoffnung mit der Realität abgleichen	96.0	100.0
Ein nervöser Mensch sein	88.0	
Verhalten	96.0	92.0
Veränderung der Identität	92.0	
Veränderung der Lebensumstände	100.0	100.0
Copingstrategien	96.0	96.0
Seinem Leben eine Bedeutung geben		100.0
Verleugnung	96.0	100.0
Sich nicht trauen ihre/seine Gedanken zum Thema Sex mit zu teilen		88.0
Schulungen/Kenntnisse bzgl.RMV und Problemen, die im Zusammenhang mit RMV stehen	96.0	96.0
Emotionale Bedürfnisse	100.0	
Erwartungen im Hinblick auf das zukünftige Funktionieren	100.0	
Hilflosigkeit	100.0	
Hoffnung	100.0	96.0
Als Single leben		96.0
Neue Interessen/Begabungen/Fähigkeiten	92.0	96.0
Niemand versteht mich		100.0
Organisationsgeschick		96.0
Probleme von Immigranten	96.0	92.0
Realisation der verlorengegangene Funktionsfähigkeit		92.0
Auflehnung		72.0
Rollen innerhalb der Familie und der Gesellschaft	100.0	100.0
Selbstwertgefühl		100.0
Selbstbild	96.0	96.0
Selbstverständnis	100.0	
Fertigkeiten	96.0	
spirituelle Bedürfnisse	80.0	
Sucht	96.0	100.0
Komorbidität (z.Bsp. traumatische Kopfverletzung)	84.0	80.0
Depression	92.0	96.0
medizinische Komplikationen		84.0

6.2.4.6 nicht klassifizierbar

Es wurden 20 Antworten für den frühen Kontext gefunden, die nicht von der ICF abgedeckt werden und deshalb als *nicht klassifizierbar* eingestuft wurden (siehe Tabelle 18). Alle Antworten wurden mit mehr als 75% Übereinstimmung als wichtig erachtet. Davon wurden 15 Antworten mit 100% Übereinstimmung unter den Sozialarbeitern genannt, zum Beispiel *Anpassung der Familie*, *Coping der Familie*, *Das Funktionieren der Familie*, *Suizidgefühle* und *Isolationsgefühle*.

Für den späten Kontext wurden 18 Antworten als *nicht klassifizierbar* eingestuft (siehe Tabelle 18). Alle Antworten erreichten eine hohe Übereinstimmung von mehr als 75%, unter anderem *Todesthemen* und *Suizidthematik*. 14 Antworten wurden mit mehr als 90% Übereinstimmung genannt. Sechs Antworten erreichten eine 100%ige Übereinstimmung, das sind unter anderem *Das Funktionieren der Familie*, *Reaktionen der Familie* und *soziale Isolation*.

Tabelle 18: Antworten der Sozialarbeiter, die zu keiner spezifischen ICF Komponente gelinkt werden konnten. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Antwort in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.

Antworten	früher Kontext 3.Runde%	später Kontext 3.Runde%
Unterkunft für die Familie während der Rehabilitation	96,0	68,0
Angehen/Entsprechen der familiären Bedürfnisse	100,0	
Anpassung der Familie	100,0	92,0
Das Älterwerden der Eltern		84,0
Coping der Familie	100,0	
Beratung/Unterstützung der Familie	100,0	100,0
Beratung/Unterstützung für nicht Familienangehörige		100,0
Tod		96,0
Schulungen/Training der Familie	100,0	
Schulungen/Training für nicht Familienangehörige	92,0	92,0
Die Kommunikation zwischen dem Team und dem externen Versorger erleichtern	100,0	
Das Funktionieren der Familie	100,0	100,0
Suizidgefühle	100,0	96,0
Gruppenberatung	100,0	
Krankheit von Familienmitgliedern		88,0
Sozialarbeiter trifft sich mit nicht Familienangehörigen (z.Bsp. Arbeitgeber, Team, etc.)	96,0	92,0
der Nachbeobachtung verloren gehen		96,0
Die Perspektive eines Sozialarbeiters beibehalten	100,0	100,0
Menschen/Familie, die verantwortlich sind für die zukünftige Betreuung des Patienten	100,0	

Bereitstellung eines Feedback für Familie/andere	100,0	
Reaktionen der Familie	100,0	100,0
Isolationsgefühl	100,0	
Soziale Isolation		100,0
Bürde des Sozialarbeiters	84,0	88,0
Das Stigma einer RMV		96,0
Rückzug	96,0	96,0
Schriftliche Berichte und Briefe über den Zustand des Patienten	100,0	

7. Diskussion

7.1 Psychologen

Die Sicht der Psychologen ist für die Komponenten *Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]* sowie für die *Umweltfaktoren* gut in den umfassenden ICF Core Sets für RMV repräsentiert. Einige Kategorien der Komponente *Körperfunktionen* sowie der Komponente *Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]* sind nicht in den ICF Core Sets für RMV enthalten und wurden von den teilnehmenden Psychologen mit mehr als 75% Übereinstimmung als wichtig in der Behandlung von Personen mit RMV erachtet. Diese Punkte sowie die Vielzahl der *personbezogenen Faktoren*, die von den Psychologen genannt wurden und derzeit noch nicht klassifiziert sind, werden Thema dieser Diskussion sein.

7.1.1 Körperfunktionen

Von den Psychologen wurden 12 Kategorien, mit mehr als 75% Übereinstimmung genannt, die nicht in den ICF Core Sets für RMV enthalten sind. Diese beziehen sich alle auf das ICF *Kapitel 1 Mentale Funktionen* und beschreiben fast ausschließlich kognitive Funktionen. Vier Kategorien wurden nur für den frühen Kontext genannt, diese sind *b114 Funktionen der Orientierung, b117 Funktionen der Intelligenz, b1470 psychomotorische Kontrolle* und *b1600 Denktempo*. Die restlichen acht Kategorien wurden sowohl für den frühen als auch für den späten Kontext genannt und sind *b140 Funktionen der Aufmerksamkeit, b144 Funktionen des Gedächtnisses, b1442 Abrufen von Gedächtnisinhalten, b147 Psychomotorische Funktionen, b160 Funktionen des Denkens, b1602 Inhalt des Denkens, b164 Höhere Kognitive Funktionen* und *b1801 Körperschema*.

Ein Teil der von den Psychologen genannten Kategorien wurde bereits auf der Konsensus - Konferenz zur Entwicklung der ICF Core Sets für RMV ausführlich diskutiert (Cieza, et al., 2010; Kirchberger, et al., 2010). Für den frühen Kontext wurden die Kategorien *b110 Funktionen des Bewusstseins*, *b114 Funktionen der Orientierung*, *b140 Funktionen der Aufmerksamkeit* und *b144 Funktionen des Gedächtnisses* und für den späten Kontext die Kategorie *b164 Höhere kognitive Funktionen* diskutiert. Diese Kategorien wurden von den Teilnehmern auf der Konferenz ausgeschlossen, da sie am ehesten auf ein begleitendes Schädel - Hirn – Trauma (SHT) zurückzuführen sind und damit nicht im Fokus der ICF Core Sets für RMV stehen (Cieza et al., 2010; Kirchberger et al., 2010).

Schätzungsweise 25%-64% aller Patienten mit einer akuten RMV leiden unter einem begleitenden SHT. Die mit einem SHT einhergehenden kognitiven Störungen und Verhaltensstörungen (Kirshblum et al., 2007) erschweren das Erlernen neuer Methoden und Techniken in Bezug auf die Mobilität, die Selbstversorgung und die Integration in die Gesellschaft sowie die Anpassung an die Behinderung. Patienten mit einer begleitenden Schädel-Hirn-Verletzung haben oft einen längeren Rehabilitationsaufenthalt vor sich und ein höheres Risiko für Wiedereinlieferungen ins Krankenhaus als Patienten ohne Begleitverletzung (Ayyoub et al., 2003). Aus diesem Grund sollten Patienten mit einer RMV, unabhängig von der Läsionshöhe, einer systematischen Evaluation ihrer kognitiven Funktionen unterzogen werden, um eine Begleitverletzung frühzeitig zu erkennen, um entsprechende Interventionen, durch zum Beispiel einen Neuropsychologen, einzuleiten und den Rehabilitationsplan anzupassen (Davidoff et al., 1992; Ayyoub et al., 2003). Derzeit werden die ICF Core Sets für SHT entwickelt (Bernabeu et al., 2009), die unter Umständen bei Patienten mit RMV und begleitendem SHT ebenfalls zum Einsatz kommen könnten, um die aus dem Trauma resultierenden limitierten kognitiven Funktionen besser einzuordnen und die Beeinträchtigung zu klassifizieren.

Die Kategorien, *b117 Funktionen der Intelligenz* oder *b147 Psychomotorische Funktionen* und die Kategorie der höheren Ebene *b1470 psychomotorische Kontrolle*, aber auch die Kategorie *b160 Funktionen des Denkens* und die höhere Kategorie *b1600 Denktempo* lassen sich zum Teil ebenfalls am ehesten auf begleitende Hirnverletzungen zurückführen (Mazaux et al., 1997; Ponsford et al., 2000; Ferri et al., 2004). Sie können aber auch auf Depressionen, die nach einer

RMV gehäuft auftreten, hinweisen (Elliott & Frank, 1996). Sollten Depressionen, die häufig von Psychologen behandelt werden, ursächlich sein für die kognitiven Störungen, könnte hier ergänzend, ähnlich wie bei den SHT, der ICF Core Set für Depressionen zum Einsatz kommen, um die Limitierungen genauer zu spezifizieren und psychologische Interventionen einzuleiten. Es ist nicht zwangsläufig nötig, die fehlenden Kategorien in die ICF Core Sets für RMV aufzunehmen, da die Ursachen am ehesten in anderen Erkrankungen, die mit RMV einhergehen können, liegen.

Die Kategorie *b1801 Körperschema* wurde von den Psychologen mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 90% für beide Kontexte genannt. Die Kategorie *b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen* wurde auf der Konsensus-Konferenz bereits diskutiert. Die von den Psychologen in dieser Studie genannte Kategorie *b1801 Körperschema* ist in der auf der Konferenz diskutierten Kategorie enthalten. Einige Teilnehmer der Konferenz wiesen auf die Wichtigkeit der Kategorie hin, da sie Probleme einschließt, die mit dem veränderten Körperschema einer Person mit RMV einhergehen (Cieza, et al., 2010). Nach einer RMV kommt es oft zu deutlichen Veränderungen des Körperschemas bei den Betroffenen (Stensman, 1989). Die Veränderungen, die sowohl das Erscheinungsbild der Person als auch ihre Funktionsfähigkeit betreffen, können bei der betroffenen Person ein nicht unerhebliches psychologisches Trauma auslösen. Es können psychologische Interventionen notwendig werden, die den Patienten helfen sollen, den Verlust ihres früheren Körperschemas und die damit verbundenen Effekte, in ihren jetzigen Zustand zu integrieren (French & Phillips, 1991). Trotzdem stimmte die Mehrzahl der Teilnehmer dafür, die Kategorie aus den ICF Core Sets für RMV auszuschließen (Cieza, et al., 2010). Die Kategorie wurde ebenfalls in der Validierungsstudie der Sozialarbeiter für den frühen Kontext mit einer hohen Übereinstimmung genannt. Die Entscheidung, die Kategorie *b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen* auszuschließen, die auf der Konsensus-Konferenz getroffen wurde, sollte unter Umständen neu diskutiert werden.

7.1.2 Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Die Fähigkeit, Probleme zu lösen, ist im Rahmen einer RMV eine wichtige Fertigkeit und in der ICF durch die Kategorie *d175 Probleme lösen* abgebildet. Sie

beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird. Es werden Lösungsmöglichkeiten entwickelt, die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt und die gewählte Lösung umgesetzt (WHO, 2001). Sowohl für den frühen Kontext als auch für den späten Kontext haben die Psychologen, diese Kategorie als wichtig erachtet und mit mehr als 75% Übereinstimmung genannt. Personen, die ihre Fähigkeit, Probleme zu lösen, als effizient beschreiben, sind charakterisiert durch ein hohes Maß an Vertrauen, was ihre Fähigkeit angeht tägliche Probleme zu lösen, ihre emotionalen Erfahrungen und ihren emotionalen Ausdruck zu regulieren und auf problematische Situationen systematisch zuzugehen und sie nicht zu vermeiden (Heppner, 1988). Personen, die dies können, sind in der Lage eine physische Behinderung, wie eine RMV, besser zu bewältigen und ein höheres Maß an Selbständigkeit zu erreichen (Gill, 1999; Elliott et al., 1991). So muss eine Person mit einer RMV zum Beispiel in der Lage sein, ein Selbstversorgungsregime einzuhalten, wie das Durchführen von regelmäßigen Hautüberprüfungen, die Überwachung von Miktions- und Defäkationsfunktionen, Regulierung der Flüssigkeitsaufnahme und das Einhalten von ambulanten Terminen. Falls eine Person mit RMV dazu nicht in der Lage ist, kann es zum Beispiel zu Harnwegsinfektionen und Druckulzera kommen, die einen längeren Aufenthalt im Krankenhaus nötig machen. Dies kann zu einer erschwerten psychologischen und physischen Anpassung an die RMV führen (Elliott et al., 1991; Herrick et al., 1994). Zusätzlich kann die Unfähigkeit, soziale und gesellschaftliche Unterstützungssysteme effektiv zu nutzen und Zugang zu ihnen zu bekommen, die Anpassung an die Behinderung erschweren. Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von RMV, die auf der Basis von Problemlösungsprinzipien beruhen, können helfen, Leid zu lindern, bereits existierende Bewältigungsstrategien zu erweitern und systematische Methoden zu entwickeln. Dadurch wird das Definieren und Lösen von alltäglichen sozialen und medizinischen Problemen, die durch die Behinderung entstehen, erleichtert (Elliott et al., 1991). Ob die Kategorie in die ICF Core Sets für RMV aufgenommen werden sollte, ist unter anderem von den Ergebnissen der Validierungsstudien der anderen Berufsgruppen abhängig und bedarf weiterer Diskussionen. Die Sozialarbeiter nannten die Kategorie *d175 Probleme lösen* in ihrer Validierungsstudie nicht.

Die Kategorien *d760 Familienbeziehungen* und *d770 Intime Beziehungen* sind in den ICF Core Sets für RMV des frühen Kontexts enthalten und wurden durch die Psychologen in ihrer Wichtigkeit bestätigt. Die Kategorie *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden* ist nicht im ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts enthalten. Sie wurde von den teilnehmenden Psychologen aber mit großer Übereinstimmung von 87,3% genannt und damit als wichtig für Personen mit RMV identifiziert. Die Beziehungen zu Freunden können während der ersten umfassenden Rehabilitation die nötige zusätzliche Unterstützung neben der Familie und dem multidisziplinären Team bieten (Pearcey et al., 2007). Sie spielt nicht nur im späten Kontext eine wichtige Rolle. Beziehungen zu Freunden, die außerhalb des Familiensystems stattfinden, können ein Gefühl von Unabhängigkeit bieten, Trost, Mut und Hoffnung, sowie Inspiration spenden. Die psychologische Anpassung an die RMV kann somit erleichtert und die Lebensqualität erhöht werden (Kennedy et al., 2006; Gill, 1999). Personen mit RMV stehen gesellschaftlichen Barrieren gegenüber und dem Risiko, durch ihre Behinderung auf Ablehnung zu stoßen. Zusätzlich erschwert die durch die RMV entstandene physische Behinderung das Fortführen von bereits bestehenden Freundschaften und das Schließen neuer Freundschaften (Rowlands, 2000). Es ist möglich, dass sich die Interessen und Aktivitäten, die man früher mit Freunden geteilt hat, verändern. Der Betroffene kann depressiv werden und kein Interesse mehr daran zeigen, seine Freunde zu sehen oder neue Kontakte zu knüpfen. Viele Betroffene schämen sich, sich nach dem Ereignis mit ihren Freunden zu treffen (Gill, 1999). Psychologen können hier durch gezielte Interventionen, wie das Trainieren von sozialen Fertigkeiten, den Patienten unterstützen (The American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers, 2009). Die Sozialarbeiter nannten diese Kategorie ebenfalls mit einer hohen Übereinstimmung. Die informellen Beziehungen zu Freunden sind ein wichtiger Punkt im Rahmen der Rehabilitation im frühen Kontext. Das Einschließen der Kategorie *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden*, oder wie im ICF Core Set für RMV des späten Kontext der Kategorie der 2. Ebene *d750 Informelle soziale Beziehungen*, in den ICF Core Set für RMV des frühen Kontext könnte indiziert sein.

Die Psychologen nannten eine weitere Kategorie mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 75% sowohl für den frühen als auch für den späten Kontext, die nicht in den ICF Core Sets für RMV enthalten ist. Die Kategorie *d740*

Formelle Beziehungen beschäftigt sich, wie die Kategorie *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden*, mit besonderen zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie beschreibt die Fähigkeit, spezielle Beziehungen im formellen Rahmen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringern (WHO, 2001). Eine Person mit einer RMV sollte als aktives Mitglied des Rehabilitationsteams betrachtet werden (Carpenter, 1994). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Betroffenen in der Lage sind eine Beziehung zu den Mitgliedern des Teams herzustellen und diese aufrechtzuerhalten. Hierdurch lässt sich ein optimales Rehabilitationsergebnis erzielen und es kann sichergestellt werden, dass die persönlichen Ziele und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Die Unterstützung durch die Gesundheitsfachleute, die durch diese Beziehung entsteht, kann dem Patienten ähnlich wie bei der oben diskutierten Kategorie *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden*, bei der Anpassung und Bewältigung der RMV helfen. Zusätzlich ist es wichtig, eine Beziehung zu den Gesundheitsfachleuten im ambulanten Bereich herzustellen, um auch im späten Kontext eine gute Versorgung und Unterstützung zu erhalten (The American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers (AASCIPSW), 2009). Eine weitere wichtige formelle Beziehung ist die zu früheren Arbeitgebern. Die Wiedereingliederung in die Gesellschaft ist eines der wichtigsten Ziele innerhalb der Rehabilitation von Personen mit RMV. Aus diesem Grund ist der Kontakt zu früheren oder neuen Arbeitgebern und die damit verbundene Wiedereingliederung ins Berufsleben ein wichtiger Punkt. Er sollte schon im frühen Kontext vom Rehabilitationsteam angesprochen werden (Schönherr et al., 2004). Die Beziehung zu früheren Arbeitgebern aufrechtzuerhalten oder neue Beziehungen zu schließen kann durch die physische Behinderung, und durch Vorurteile seitens des Arbeitgebers erschwert sein (Lidal et al., 2007). Bei Problemen die im Zusammenhang mit diesen Beziehungen entstehen, können Interventionen eines Psychologen, ähnlich wie bei den Beziehungen zu Freunden hilfreich sein. Aus Sicht der Psychologen ist eine Aufnahme der Kategorie *d740 Formelle Beziehungen* in die ICF Core Sets für RMV indiziert. Die Sozialarbeiter nannten die Kategorie *d740 Formelle Beziehungen* in ihrer Validierungsstudie nicht.

Die letzte von den Psychologen innerhalb dieser Komponente genannte Kategorie ist *d855 Unbezahlte Tätigkeit*. Diese Kategorie wurde von den Psychologen für den späten Kontext mit einer hohen Übereinstimmung genannt. Die

Kategorie *d855 Unbezahlte Tätigkeit* beinhaltet alle Arbeiten, für die eine Bezahlung nicht vorgesehen ist, wie ehrenamtliche Tätigkeiten, Arbeiten in religiösen Gruppen, Arbeiten für die Gemeinschaft oder in der häuslichen Umgebung. Wie bereits mehrmals erwähnt wurde ist die Eingliederung in die Gesellschaft eines der Hauptziele für Personen mit RMV. Hier sollten die unbezahlten Tätigkeiten als eine Möglichkeit der Wiedereingliederung betrachtet werden. Mehrere Studien, in denen Personen mit RMV befragt wurden, in welchen Bereichen sie Einschränkungen ihrer Funktionsfähigkeit und welche gesellschaftlichen Bedürfnisse sie haben, zeigten, dass unbezahlte Tätigkeiten eine wichtige Rolle im späten Kontext für Personen mit RMV spielen (Kennedy et al., 2006; Dunn et al., 2009; Kirchberger, et al., 2010). Unbezahlte Tätigkeiten stehen im direkten Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden einer Person mit RMV (Dunn et al., 2009). Sie erhöhen das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein und geben den Betroffenen das Gefühl ein wertvolles Mitglied der Gesellschaft zu sein (Gill, 1999). Es konnte außerdem ein Zusammenhang zwischen unbezahlten Tätigkeiten und der Lebensqualität einer Person mit RMV hergestellt werden (Kennedy et al., 2006). Auch hier können Psychologen, bei Problemen auf diesem Gebiet beratend und unterstützend tätig werden. Diese Kategorie wurde von den Sozialarbeitern ebenfalls mit einer hohen Übereinstimmung genannt und die Aufnahme in die ICF Core Sets für RMV könnte, abhängig von den Ergebnissen der anderen Validierungsstudien, angebracht sein.

7.1.3 Personbezogene Faktoren

Eine beträchtliche Anzahl der Antworten der Psychologen konnte als *personbezogene Faktoren*, gemäß der Sprache der ICF, identifiziert werden. Von diesen wurden für den frühen Kontext 88 Faktoren und für den späten Kontext 95 Faktoren von den Teilnehmern mit einer Übereinstimmung von mehr als 90% genannt. Das ist insofern nicht verwunderlich, als dass die *personbezogenen Faktoren* für die Psychologen in der Behandlung von Personen mit RMV eine überaus wichtige Rolle spielen. Viele der Interventionen zielen auf diese *personbezogenen Faktoren* ab. *Personbezogene Faktoren* sind Kontextfaktoren, die im Zusammenhang mit dem Individuum stehen. Sie reichen von angeborenen Faktoren wie zum Beispiel Alter und Geschlecht bis zu sich im Laufe des Lebens entwickelnden Charakteristika wie Bildungsstand, Gewohnheiten, Erfahrungen,

Bewältigungsstile, allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Gesundheitsprobleme (WHO, 2001). Die von den Teilnehmern genannten Faktoren beziehen sich überwiegend auf Eigenschaften und Fähigkeiten des Betroffenen, welche im Zusammenhang mit der psychischen Bewältigung und emotionalen Anpassung an die RMV und dem Umgang mit der RMV eine wichtige Rolle spielen. Ein kleiner Teil der Faktoren bezieht sich auf andere Gesundheitsprobleme, die im Zusammenhang mit RMV auftreten können.

Der Copingstil eines Individuums ist einer der weithin anerkanntesten *personbezogenen Faktoren*, der das Erleben einer Behinderung und die emotionale Anpassung an eine Behinderung beeinflusst. Er setzt sich aus Aspekten der Kognition, des Verhaltens und der Emotion zusammen (Weigl et al., 2008). Coping ist das Bemühen, mit internen oder externen Anforderungen oder Konflikten zwischen beiden fertig zu werden, die die Mittel einer Person beanspruchen oder überfordern. (Lazarus & Folkman, 1984). Die Veränderungen im physiologischen, sozialen und psychologischen Bereich, die mit einer RMV einhergehen, können dadurch besser bewältigt werden. Die Erholung von einer RMV erfordert eine beträchtliche fortlaufende psychologische Anpassung. Coping spielt eine wichtige Rolle im emotionalen Anpassungsprozess an eine RMV (Galvin & Godfrey, 2001). Die Antwort *Anpassung an Verletzung und die Konsequenzen* erzielte im späten Kontext 100% Übereinstimmung und im frühen Kontext über 95%. Zwei Haupttypen von Coping wurden im Stressmodell von Lazarus und Folkman vorgeschlagen, zum einen das *emotionsorientierte Coping* und zum anderen das *problemorientierte Coping*. Beide Formen wurden von den Teilnehmern für den frühen Kontext mit mehr als 95% Übereinstimmung genannt. Ersteres beschreibt die Versuche eines Individuums, seine emotionalen Reaktionen zu regulieren und wird oft auch als intrapsychisches Coping bezeichnet. Letzteres beschreibt die aktive Auseinandersetzung mit der Stresssituation durch Copingstrategien wie zum Beispiel Informationssuche, direkte Handlungen oder auch durch Unterlassen von Handlungen (Lazarus & Folkman, 1984). Wie einige Studien zeigen, geht das problemorientierte Coping mit einem besseren Outcome als das emotionsorientierte Coping einher (Elliott et al., 1991; Moore et al., 1994). Lazarus und Folkman erklären diesen Umstand folgendermaßen: Das emotionsbezogene Coping wird in Situationen

angewendet, in denen das Individuum das Gefühl hat, die Situation nicht ändern zu können. Das problemorientierte Coping hingegen wird von Individuen angewendet, die das Gefühl haben, die Situation kontrollieren zu können (Lazarus & Folkman, 1984). Copingstrategien, die in mehreren Studien von Personen mit RMV benutzt wurden, waren außerdem Strategien wie *Akzeptanz*, positive Neuinterpretation und Wachstum, Planung, kognitive Restrukturierung, *Selbstbeschuldigung*, Wunschvorstellungen, *Verleugnung* und *Alkohol-* und *Drogenmissbrauchs*ideen (Kennedy et al., 2000; Hanson et al., 1993; Frank et al., 1987). Die Wichtigkeit dieser Strategien für Personen mit RMV wurde von den Psychologen in dieser Studie bestätigt. Die Antwort *Copingstrategien* wurde für den späten Kontext von 100% der Teilnehmer genannt und auch im frühen Kontext erzielte sie über 95%. Die vier letztgenannten Copingstrategien, kann man auch als maladaptive oder insuffiziente Copingstrategien bezeichnen. Sie gehen mit einer negativen emotionalen Anpassung an die RMV einher. Wodurch sich die Wahrscheinlichkeit, psychologische Probleme, wie Depressionen oder Angststörungen zu entwickeln, erhöht (Kennedy et al., 2000).

Angststörungen und *Depressionen*, die Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit RMV darstellen, wurden ebenfalls von den teilnehmenden Psychologen genannt. *Angststörungen* erzielten eine sehr hohe Übereinstimmung von mehr als 95 %. *Depressionen* wurden sogar mit 100% Übereinstimmung für den frühen und späten Kontext genannt. 30-40% der Personen mit einer RMV entwickeln während der Rehabilitation eine depressive Störung und 20-25% eine Angststörung (Frank, Elliott et al., 1987; Kennedy & Rogers, 2000; Hancock et al., 1993). Langzeitstudien, die sich mit der Anpassung an eine RMV beschäftigen, zeigten keine signifikante Verringerung der psychologischen Probleme im Verlauf. Etwa 30% der Individuen leiden auch nach zwei Jahren noch unter Depressionen und/oder Angststörungen (Craig et al., 1994).

Aus diesem Grund ist eine psychologische Betreuung während aber auch nach dem ersten Rehabilitationsaufenthalt wichtig. Hierbei können psychologische Probleme durch insuffiziente Copingstrategien frühzeitig erkannt und durch zum Beispiel kognitive Verhaltenstherapie behandelt werden. Die psychologische Anpassung der Person an ihre RMV kann dadurch erleichtert werden (Kennedy & Rogers, 2000; Galvin & Godfrey, 2001).

Die Vielzahl an *personbezogenen Faktoren*, die von den Psychologen genannt wurden und die Tatsache, dass diese Faktoren die Funktionsfähigkeit und Gesundheit einer Person mit RMV in relevantem Ausmaß beeinflussen, heben die Wichtigkeit hervor, die *personbezogenen Faktoren* in zukünftigen Überarbeitungen der ICF weiter zu entwickeln. Dies würde eine umfassende und vollständige Beschreibung der Funktionsfähigkeit und Gesundheit ermöglichen.

7.1.4 nicht klassifizierbar

Für den frühen Kontext wurden 25 Antworten und für den späten Kontext 28 Antworten von den Psychologen genannt, die als *nicht klassifizierbar* eingestuft wurden. Die genannten Antworten sind kein Bestandteil der ICF. Sie beschäftigen sich in der Mehrzahl mit Reaktionen und Interventionen, die das Umfeld der Person mit einer RMV betreffen, wie *Beratung/Unterstützung der Familie* oder *Reaktionen der Familie* und können aus diesem Grund nicht klassifiziert werden. Eine Antwort, die für beide Kontexte mit mehr als 95% genannt wurde ist *Suizidthematik*. Die Selbstmordrate bei Personen mit RMV liegt bis zu fünfmal höher als in der Normalbevölkerung (DeVivo et al., 1991; Judd & Brown, 1992). Allgemein lässt sich sagen, dass im frühen Kontext bis auf eine Antwort und im späten Kontext alle Antworten eine hohe Übereinstimmung von 75% erzielten.

7.2 Sozialarbeiter

Die Sicht der Sozialarbeiter ist für die Komponenten *Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]* sowie für die *Umweltfaktoren* gut in den umfassenden ICF Core Sets für RMV repräsentiert. Eine Kategorie der Komponente *Körperfunktionen* sowie einige Kategorien der Komponenten *Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)* und *Umweltfaktoren* sind nicht in den ICF Core Sets für RMV enthalten. Sie wurden von den teilnehmenden Sozialarbeitern mit mehr als 75% Übereinstimmung als wichtig in der Betreuung von Personen mit RMV erachtet. Diese Punkte, eine Vielzahl an *personbezogenen Faktoren*, die von den Sozialarbeitern genannt wurden und derzeit noch nicht klassifiziert sind sowie ein paar Punkte die als *nicht klassifizierbar* gelten, werden Thema dieser Diskussion sein. Ausgenommen sind die Kategorien, die bereits bei den Psychologen diskutiert wurden. Hier überschneiden sich die Tätigkeitsfelder und eine erneute Diskussion würde zu keinen neuen Erkenntnissen führen. Aus diesem Grund werden diese Kategorien nur kurz angesprochen mit Verweis auf die Diskussion bei den Psychologen.

7.2.1 Körperfunktionen

Die teilnehmenden Sozialarbeiter nannten lediglich eine Kategorie, die nicht in den ICF Core Sets für RMV enthalten ist und die bereits bei den Psychologen diskutiert wurde. Dies ist die Kategorie *b1801 Körperschema*. Sozialarbeiter beschäftigen sich ähnlich wie Psychologen auch mit den psychischen Auswirkungen einer RMV auf die betroffenen Personen. Aus diesem Grund ist es verständlich, dass die bereits diskutierten Auswirkungen einer RMV auf das Körperschema einer Person, ein mögliches Gesprächsthema zwischen Sozialarbeiter und betroffener Person darstellen kann. Die Kategorie wurde in dieser Studie von den Psychologen für den frühen und späten Kontext und von den Sozialarbeitern für den frühen Kontext, mit einer hohen Übereinstimmung, genannt. Die Entscheidung, die Kategorie *b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen* auszuschließen, die auf der Konsensus Konferenz getroffen wurde, sollte unter Umständen neu diskutiert werden.

7.2.2 Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Die Kategorien *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden* und *d855 Unbezahlte Tätigkeit* wurden bereits bei den Psychologen diskutiert und stellen für die Sozialarbeiter ebenfalls ein wichtiges Betätigungsfeld in der Betreuung von Personen mit RMV dar. Die Kategorie *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden* wurde mit mehr als 95% für den frühen Kontext genannt und die Kategorie *d855 Unbezahlte Tätigkeit* für den späten Kontext mit mehr als 80%. Die zwei Kategorien wurden in dieser Studie sowohl von den Psychologen als auch von den Sozialarbeitern mit einer hohen Übereinstimmung genannt. Das Einschließen der Kategorie *d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden*, oder wie im ICF Core Set für RMV des späten Kontext der Kategorie der 2. Ebene *d750 Informelle soziale Beziehungen*, in den ICF Core Set für RMV des frühen Kontext könnte indiziert sein. Das gleiche gilt für die Kategorie *d855 Unbezahlte Tätigkeit*

Eine weitere Kategorie, die die Sozialarbeiter für den späten Kontext nannten, ist die Kategorie *d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen*. Diese Kategorie beinhaltet sich an jeder Form einfacher wirtschaftlicher Transaktionen zu beteiligen, wie Geld zum Einkaufen von Nahrungsmitteln benutzen oder Tauschhandel treiben, Güter oder Dienstleistungen austauschen oder Geld sparen (WHO, 2001). Diese Kategorie ist nicht in den ICF Core Sets für RMV enthalten. Sie wurde mit einer hohen Übereinstimmung von mehr als 90% genannt. Eine RMV geht mit hohen Kosten für den Betroffenen einher. Diese Kosten beinhalten Ausgaben für den initialen Klinikaufenthalt und die Rehabilitation sowie für Veränderungen an Haus und Verkehrsmitteln. Zusätzlich müssen immer wieder medizinisches Equipment, Medikamente, Hilfsmittel und Hilfspersonal bezahlt werden. Diese Ausgaben sind notwendig, um eine gesellschaftliche Wiedereingliederung zu ermöglichen (Priebe et al., 2007). Studien zeigen, dass Personen mit RMV weniger finanzielle Reserven zur Verfügung stehen. Dies ist nicht nur auf die hohen Ausgaben sondern auch auf das fehlende Einkommen durch den Verlust der Arbeitsstelle oder durch Unterbeschäftigung zurückzuführen. Sie äußern zudem häufiger Sorgen über ihre finanzielle Situation als die gesunde Bevölkerung (Levi et al., 1996; Priebe et al., 2007). Diese finanziellen Probleme können elementare wirtschaftliche Transaktionen erschweren und Interventionen durch Sozialarbeiter notwendig machen. Die Aufnahme dieser Kategorie, zusätzlich zu der bereits enthaltenen Kategorie *d870*

Wirtschaftliche Eigenständigkeit, ist abhängig von den anderen Validierungsstudien und bedarf weiterer Diskussion. Die Psychologen nannten die Kategorie *d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen* nicht.

Wie die Kategorie *d855 Unbezahlte Tätigkeit* zielt die Kategorie *d910 Gemeinschaftsleben* auf die Wiedereingliederung in die Gesellschaft ab und wurde von den Sozialarbeitern mit einer hohen Übereinstimmung von 75% für den frühen Kontext genannt. Im späten Kontext ist die Kategorie enthalten. Dies macht Sinn, da die Kategorie beinhaltet sich an allen Aspekten des gemeinschaftlichen sozialen Lebens zu beteiligen, wie in Wohlfahrtsorganisationen, Dienstleistungsvereinigungen oder professionellen Sozialorganisationen (World Health Organization, 2001). Es gibt allerdings keine spezielle Literatur, die sich mit der Teilnahme an diesen Aspekten im frühen Kontext beschäftigt. Der Grund dafür ist wahrscheinlich, dass diese Kategorie erst im Verlauf für die Betroffenen eine Rolle spielt und sie sich in der frühen Phase auf andere, wesentlichere Dinge konzentrieren. Die Aufnahme in den ICF Core Set des frühen Kontexts ist mit großer Wahrscheinlichkeit nicht indiziert. Die Kategorie *d910 Gemeinschaftsleben* wurde in der Validierungsstudie der Psychologen nicht genannt

Im 20. Jahrhundert haben sich viele Verbesserungen bezüglich der Bürgerrechte von Personen mit Behinderungen, einschließlich Personen mit RMV ergeben. Im Rahmen der Bürgerrechtsbewegungen in den USA wurde 1972 die erste Organisation, von behinderten Personen für behinderte Personen, gegründet, die Centers for independent living (CIL). Das Ziel dieser Organisation ist es behinderten Menschen ein unabhängiges Leben und Zugang zu allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu ermöglichen. Durch landesweite Demonstrationen, die unter anderem von CIL unterstützt wurden, konnte 1975 das Rehabilitationsgesetz in den USA verabschiedet werden. Dieses Gesetz verbietet die Diskriminierung von behinderten Personen in von der Bundesregierung finanzierten Programmen (Priebe et al., 2007). Diskriminierungen im privaten Bereich wurden erst 1990 durch das Americans with Disabilities Gesetz verboten. Auch hier arbeiteten Betroffene entscheidend an der Durchsetzung des Gesetzes mit. Dies sind Beispiele dafür wie wichtig das politische Leben für Personen mit RMV ist. Die Kategorie *d950 politisches Leben und Staatsbürgerschaft* wurde von den Sozialarbeitern mit mehr als 85% Übereinstimmung für den späten Kontext genannt. Um über eine mögliche

Aufnahme in den ICF Core Set für RMV des späten Kontexts diskutieren zu können, müssen die Ergebnisse der anderen Validierungsstudien abgewartet werden. In der Validierungsstudie der Psychologen wurde die Kategorie *d950 politisches Leben und Staatsbürgerschaft* nicht genannt.

7.2.3 Umweltfaktoren

Wenn ein Unfall, der durch eine andere Person verschuldet wurde, ursächlich für die RMV war, kann ein Gerichtsverfahren angestrebt werden. Solch ein Verfahren kann der Person mit einer RMV die nötige finanzielle Entschädigung und ein Gefühl von Gerechtigkeit liefern. Es ist wichtig so früh wie möglich in Kontakt mit einem Anwalt zu treten (Legal Issues and Spinal Cord Injuries, 2002-2010). Ob dies noch während der ersten Rehabilitation, also im frühen Kontext passieren sollte, ließ sich durch die Literaturrecherche nicht feststellen. Ein Sozialarbeiter kann hierbei den ersten Kontakt zu einem Anwalt herstellen und beratend zur Seite stehen (Dorsett, 2001). Die Kategorie *e550 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege* wurde mit über 90% und die Kategorie *e5501 Systeme der Rechtspflege* mit 80% Übereinstimmung von den Sozialarbeitern für den frühen Kontext genannt. Im ICF Core Set für RMV des späten Kontexts ist die Kategorie *e550 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege* enthalten und dadurch auch die Kategorie *e5501 Systeme der Rechtspflege*. Ob eine Aufnahme der Kategorie der 2 Ebene in den frühen Kontext sinnvoll ist, ließ sich aufgrund fehlender Literatur nicht feststellen. Es müssen die Ergebnisse der anderen Validierungsstudien abgewartet werden. In der Validierungsstudie der Psychologen wurde die Kategorie *e550 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege* nur mit einer geringen Übereinstimmung genannt. Eine Aufnahme, in den ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts, ist aus Sicht der Psychologen nicht indiziert.

7.2.4 Personbezogene Faktoren

Wie bei den Psychologen, wurden auch bei den Sozialarbeitern eine bemerkenswerte Anzahl der Antworten als *personbezogene Faktoren*, gemäß der Sprache der ICF, identifiziert. Von diesen wurden für den frühen Kontext 22 Faktoren und für den späten Kontext 22 Faktoren von den Teilnehmern mit einer Übereinstimmung von mehr als 90% genannt. Da sich die Tätigkeitsfelder auf dem

Gebiet der *personbezogene Faktoren* teilweise überschneiden, ist dieses Ergebnis nicht verwunderlich. Einige der Interventionen können sowohl von Psychologen als auch von Sozialarbeitern durchgeführt werden. Dies wurde im Punkt Rolle der Psychologen und Sozialarbeiter bereits besprochen. Die von den Sozialarbeitern genannten Faktoren beziehen sich, wie bei den Psychologen auch, überwiegend auf Eigenschaften und Fähigkeiten des Betroffenen, welche im Zusammenhang mit der psychischen Bewältigung und emotionalen Anpassung an die RMV und dem Umgang mit der RMV eine wichtige Rolle spielen. So nannten die Sozialarbeiter ebenfalls *Copingstrategien* mit einer großen Übereinstimmung von mehr als 95% für den frühen und späten Kontext. Ein geringer Teil der Faktoren bezieht sich auf andere Gesundheitsprobleme, die im Zusammenhang mit RMV auftreten können. Wie die Psychologen, nannten die Sozialarbeiter *Depressionen* mit mehr als 90% Übereinstimmung für den frühen und mehr als 95% für den späten Kontext.

Eine Antwort die von den Sozialarbeitern mit 100% Übereinstimmung für den späten Kontext genannt wurde ist *Altern mit der RMV*. Altern geht allgemein mit Veränderungen auf vielen Gebieten einher. Es kommt zu Veränderungen im physiologischen aber auch im sozialen Bereich (Menter & Hudson, 1995). Der physiologische Alterungsprozess nach einer RMV kann sich, durch reduzierte physiologische Reserven und durch einen erhöhten Bedarf funktionierender Körpersysteme, beschleunigen (Capoor & Stein, 2005). Dieser beschleunigte Alterungsprozess kann zu einer Vielzahl von medizinischen Problemen führen. So gibt es Studien die belegen, dass das Auftreten von Druckulzera mit dem Altern in Zusammenhang steht. Je mehr Zeit nach der RMV vergeht, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für Druckulzera (Charlifue et al., 2004). Ein weiteres Problem ist das Auftreten von Osteoporose, die durch die der RMV folgende Immobilisation entsteht. Der Knochendichteverlust beginnt direkt nach der RMV. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zeit die nach der RMV vergeht und dem Knochendichteverlust (Morse, et al., 2008). Kardiovaskuläre Erkrankungen treten bei Personen mit RMV abhängig von der Dauer der Erkrankung häufiger auf (Szlachcic et al., 2007). Weitere gesundheitliche Probleme können zum Beispiel den Gastrointestinaltrakt und den Stoffwechsel betreffen. Aber auch psychologische Komponenten spielen beim Altern mit einer RMV eine Rolle. Es gibt einen Zusammenhang zwischen Altern, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität einer

Person mit RMV. Die Ergebnisse der zahllosen Studien, die sich mit Lebenszufriedenheit und Lebensqualität beschäftigen, stimmen nicht gänzlich überein. Trotzdem gibt es klare Hinweise, dass sich die Lebenszufriedenheit und die Lebensqualität mit dem Alter der Betroffenen und der Dauer der Verletzung zu verbessern scheinen (Charlifue et al., 2004). Auch die psychologische Langzeitanpassung an die RMV verbessert sich, je länger der Patient mit seiner Erkrankung lebt (Krause & Sternberg, 1997).

Wie bei den Psychologen auch unterstreicht die Vielzahl an genannten Antworten die Wichtigkeit, die Komponente der *personbezogenen Faktoren* weiterzuentwickeln um ein umfassenderes Bild der Funktionsfähigkeit einer Person mit RMV zu erhalten.

7.2.5 nicht klassifizierbar

Für den frühen Kontext wurden 20 Antworten und für den späten Kontext 18 Antworten von den Sozialarbeitern genannt, die als *nicht klassifizierbar* eingestuft wurden. Die genannten Antworten sind kein Bestandteil der ICF. Sie beschäftigen sich in der Mehrzahl, wie bei den Psychologen auch, mit Reaktionen und Interventionen die das Umfeld der Person mit einer RMV betreffen, wie *Beratung/Unterstützung der Familie* oder *Reaktionen der Familie* und können aus diesem Grund nicht klassifiziert werden. Zwei Antworten die sich auf Personen mit RMV beziehen, aber nicht klassifiziert werden können, sind die Antworten *Isolationsgefühle* und *soziale Isolation*. *Isolationsgefühle* wurden für den frühen Kontext mit 100% und *soziale Isolation* für den späten Kontext mit ebenfalls 100%, genannt. *Isolationsgefühle* sind weder ein personbezogener Faktor noch entsprechen sie einer Körperfunktion im Sinn von *b152 Emotionale Funktionen*. *Isolationsgefühle* und *soziale Isolation* können, zum Beispiel durch Schwierigkeiten sich am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen, ausgelöst und verstärkt werden. Dies kann seine Ursachen zum Beispiel in den physischen Limitierungen haben, die die Verletzung verursacht. Aber auch fehlende Anpassung von Gebäuden, Fahrzeugen etc. und der Verlust von sozialen Kontakten können die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erschweren (Caywood, 1974). Krankheiten wie Depressionen, die durch eine RMV ausgelöst werden können, sind in der Lage

Isolationsgefühle hervorzurufen und können bis zur sozialen Isolation der betroffenen Person führen (Elliott & Frank, 1996).

8. Schlussfolgerung

Die Delphi Methode hat sich, wie der Verlauf und die Ergebnisse der Studien gezeigt haben, als geeignete Methode erwiesen, um den Inhalt der ICF Core Sets für RMV aus Sicht der Psychologen und Sozialarbeiter zu validieren.

Es konnten sowohl für die Psychologen als auch für die Sozialarbeiter, Rücklaufquoten von über 80% in der 1.Runde bis 100% in der 3. Runde erreicht werden. Die in der Literatur genannte Schwundquote von bis zu 50% von Runde zu Runde (Geschka, 1977) konnte deutlich unterboten werden. In der Studie der Psychologen konnten Teilnehmer aus allen 6 WHO Regionen gewonnen werden. Dadurch ist eine große Bandbreite an Expertenmeinungen garantiert. Es gab jedoch einige Einschränkungen, die gleichmäßige Verteilung der Teilnehmer betreffend. So konnte sowohl aus dem nahen Osten als auch aus Süd-Ost Asien jeweils nur ein Teilnehmer gewonnen werden. Hier könnten in Zukunft weiterführende Validierungsstudien angebracht sein. Dasselbe gilt für die Studie der Sozialarbeiter. Hier konnten keine Teilnehmer aus Süd-Ost Asien und dem nahen Osten rekrutiert werden

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die ICF Core Sets für RMV des frühen und späten Kontexts viele Probleme, Ressourcen und Umweltaspekte mit denen Psychologen und Sozialarbeiter in der Behandlung/Betreuung von Patienten mit RMV konfrontiert werden, abdecken. Von den nicht in den ICF Core Sets für RMV des frühen und/oder späten Kontexts enthaltenen Kategorien, wurden von den Psychologen 5 Kategorien und von den Sozialarbeitern 8 Kategorien genannt, für die unter Umständen eine erneute Diskussion über die Aufnahme dieser Kategorien in die „Umfassenden Core Sets für RMV des frühen und/oder späten Kontexts“ in Betracht gezogen werden sollte. Des Weiteren zeigt die hohe Anzahl von gelinkten Antworten zur Komponente der personbezogenen Faktoren sowohl von Seiten der Psychologen als auch von Seiten der Sozialarbeiter, wie wichtig eine zukünftige Weiterentwicklung dieser Komponente ist um ein vollständiges Bild der Funktionsfähigkeit zu vermitteln.

Die „Umfassenden ICF Core Sets für RMV“ bieten allen Mitarbeitern des Gesundheitswesens die Möglichkeit mit Hilfe einer gemeinsamen, standardisierten Sprache die Funktionsfähigkeit einer Person mit RMV im frühen und späten Kontext zu dokumentieren. Das dadurch erstellte Profil kann genutzt werden um individuelle Therapieziele festzulegen und den Verlauf der Erkrankung zu dokumentieren und damit individuell auf jeden Patienten einzugehen.

Die Ergebnisse aus den bereits beendeten Validierungsstudien, die sich mit der Sicht der Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Pflegefachkräfte, beschäftigen, wird die Validität der umfassenden ICF Core Sets für RMV aus Sicht verschiedener Gesundheitsberufe weiter verdeutlichen.

Die Ergebnisse aller Validierungsstudien werden im Überarbeitungsprozess berücksichtigt werden. Unter Umständen ergeben sich daraus abgewandelte Versionen der umfassenden ICF Core Sets für RMV.

9. Literaturverzeichnis

1. Ackery, A., Tator, C., & Krassioukov, A. (2004). A Global Perspective on Spinal Cord Injury Epidemiology. *JOURNAL OF NEUROTRAUMA* , 21, S. 1355-1370.
2. Ayyoub, Z., Badawi, F., Vasile, A. T., Arzaga, R. N., Cassedy, A., & Shaw, V. (2003). Dual Diagnosis: Spinal Cord Injury and Brain Injury. In V. W. Lin, D. D. Cardenas, N. C. Cutter, F. S. Frost, M. C. Hammond, L. B. Lindblom, et al., *Spinal Cord Medicine: Principles and Practice* (1 Ausg., S. 509-527). New York: Demos Medical Publishing.
3. Becker, S. (2002). Rehabilitation und lebenslange Nachsorge nach Querschnittlähmung - Klinisch und ökonomisch sinnvoll? *Trauma Berufskrankh* , 4 (Suppl 1), S. 32-36.
4. Bernabeu, M., Laxe, S., Lopez, R., Stucki, G., Ward, A., Barnes, M., et al. (2009). Developing core sets for persons with traumatic brain injury based on the international classification of functioning, disability, and health. *Neurorehabil Neural Repair* , 23 (5), S. 464-7.
5. Biering-Sørensen, F., Scheuringer, M., Baumberger, M. et al. (2006). Developing core sets for persons with spinal cord injuries based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Spinal Cord* , 44, S. 541-546.
6. Blumer, C., & Quine, S. (1995). Prevalence of spinal cord injury: an international comparison. *Neuroepidemiology* , 14, S. 258–268.
7. Bracken, M. B., Shepard, M. J., Collins, W. F., et al. (1990). A randomized, controlled trial of methylprednisolone or naloxone in the treatment of acute spinal cord injury. Results of the Second National Acute Spinal Cord Injury Study. *N Engl J Med* , 322 (20), S. 1405–11.
8. Bracken, M. B., Shepard, M. J., Holford, T. R., et al. (1997). Administration of Methylprednisolone for 24 or 48 Hours or Tirilazad Mesylate for 48 Hours in the Treatment of Acute Spinal Cord Injury: Results of the Third National Acute Spinal Cord Injury Randomized Controlled Trial. National acute spinal cord injury. *JAMA* , 277, S. 1597-1604.

9. Burke, D., Linden, R., Zhang, Y., Maiste, A., & Shields, C. (2001). Incidence rates and populations at risk for spinal cord injury: A regional study. *Spinal Cord* , 39, S. 274-278.
10. Capoor, J., & Stein, A. B. (2005). Aging with spinal cord injury. *Phys Med Rehabil Clin N Am* , 16 (1), S. 129-61.
11. Carpenter, C. (1994). The Experience of Spinal Cord Injury: The Individual's Perspective-Implications for Rehabilitation Practice. *PHYS THER* , 74 (7), S. 614-628.
12. Caywood, T. (1974). A quadriplegic young man looks at treatment. *J Rehabil* , 40 (6), S. 22-5.
13. Charlifue, S., Lammertse, D. P., & Adkins, R. H. (2004). Aging with spinal cord injury: changes in selected health indices and life satisfaction. *Arch Phys Med Rehabil* , 85 (11), S. 1848-53.
14. Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., et al. (2002). Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med* , 34, S. 205-210.
15. Cieza, A., Ewert, T., Üstün, B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med* , 36 (Suppl 44), S. 9–11.
16. Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B., & Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update on lessons learned. *J Rehabil Med* , 37, S. 212-218.
17. Cieza, A., Kirchberger, I., Biering-Sørensen, F., Baumberger, M., Charlifue, S., Post, M. W., et al. (2010). ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal Cord* , 48 (4), S. 305-12.
18. Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement* , 20, S. 37-46.

19. Consortium for Spinal Cord Medicine. (2008). *Early acute management in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care providers*. Washington: Paralyzed Veterans of America.
20. Craig, A. R., Hancock, K. M., & Dickinson, H. G. (1994). A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury. *Paraplegia* , 32, S. 675-679.
21. Dahlberg, A., Kotila, M., Leppänen, P., Kautiainen, H., & Alaranta, H. (2005). Prevalence of spinal cord injury in Helsinki. *Spinal Cord* , 43, S. 47-50.
22. Davidoff, G., Roth, E. J., & Richards, S. (1992). Cognitive deficits in spinal cord injury: Epidemiology and outcome. *Arch Phys Med Rehabil* , 73 (3), S. 275-84.
23. Dawodu, S. T. (22. 12 2008). *Spinal Cord Injury - Definition, Epidemiology, Pathophysiology*. Abgerufen am 07. 09 2009 von <http://emedicine.medscape.com/article/322480-print>
24. DeVivo, M. J., Black, K. J., Richards, S., & Stover, S. L. (1991). Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia* , 29, S. 620-627.
25. Dijkers, M. P. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: a review of conceptualization, measurement and research findings. *J Rehab Res Develop* , 42 (Suppl 1), S. 87-110.
26. Dorsett, P. (2001). *Spinal cord injury: How do people cope?* Abgerufen am 20. 08 2010 von http://www.health.qld.gov.au/qscis/PDF/QSCIS_Information/Spinal_Cord_Injury_How_Do_People_Cope.pdf
27. Dunn, J., Sinnott, K. A., Nunnerley, J., & Scheuringer, M. (2009). Utilisation of patient perspective to validate clinical measures of outcome following spinal cord injury. *Disabil Rehabil* , 31 (12), S. 967-975.
28. Elliott, T. R., & Frank, R. G. (1996). Depression Following Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* , 77, S. 816-23.

29. Elliott, T. R., Godshall, F. J., & Spruell, M. (1991). Problem-Solving Appraisal and Psychological Adjustment Following Spinal Cord Injury. *Cognitive Therapy and Research* , 15 (5), S. 387-398.
30. Ewert, T., & Stucki, G. (2007). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) Einsatzmöglichkeiten in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* , 50, S. 953–961.
31. Fehlings, M. G., & Perrin, R. G. (2005). The role and timing of early decompression for cervical spinal cord injury: Update with a review of recent clinical evidence. *Injury, Int. J. Care Injured* , 36, S. S-B13—S-B26.
32. Ferri, J., Chirivella, J., Caballero, M. C., Simó, M., Ramírez, R. M., & Noé, E. (2004). Intelligence and prognosis in severe traumatic brain injury: a neuropsychological study with the Wechsler adult intelligence scale (WAIS-III)]. *Neurologia* , 19 (6), S. 285-91.
33. Frank, R. G., Elliott, T. R., Corcoran, J. F., & Wonderlich, S. A. (1987). Depression after spinal cord injury: Is it necessary? *Clin Psych Rev* , 7, S. 611-630.
34. Frank, R. G., Umlauf, R. L., Wonderlich, S. A., Askanazi, G. S., Buckelew, S. P., & Elliott, T. R. (1987). Differences in coping styles among persons with spinal cord injury: a cluster-analytic approach. *J Consult Clin Psychol* , 55 (5), S. 727-31.
35. French, J. K., & Phillips, J. A. (1991). Shattered images: recovery for the SCI client. *Rehabil Nurs* , 16 (3), S. 134-6.
36. Galvin, L. R., & Godfrey, H. P. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spina Cord* , 39, S. 615-627.
37. Geschka, H. (1977). Delphi. In G. Bruckmann, *Longterm prognosis*. Würzburg/Wien: Heibert.

38. Gill, M. (1999). Psychosocial Implications of Spinal Cord Injury. *Critical Care Nursing Quarterly* , 22 (2), S. 1-7.
39. Häder, M., & Häder, S. (1998). Neuere Entwicklungen bei der Delphi-Methode. Literaturbericht II. ZUMA Arbeitsbericht. Mannheim: ZUMA.
40. Hancock, K. M., Craig, A. R., Dickson, H. G., Chang, E., & Martin, J. (1993). Anxiety and depression over the first years of spinal cord injury: A longitudinal study. *Paraplegia* , 31, S. 349-357.
41. Hanson, S., Buckelew, S. P., Hewett, J., & O'Neal, G. (1993). The relationship between coping and adjustment after spinal cord injury: A five year follow - up study. *Rehabil Psychol* , 38, S. 41-52.
42. Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. P. (2000). Research Guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing* , 32 (4), S. 1008-1015.
43. Heppner, P. P. (1988). *The problem-solving inventory: Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
44. Herrick, S., Elliott, T. R., & Crow, F. (1994). Self-appraised problem-solving skills and the prediction of secondary complications among persons with spinal cord injuries. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* , 1 (3), S. 269-283.
45. Ho, C. H., Wuermsler, L. A., Priebe, M. M., Chiodo, A. E., Scelza, W. M., & Kirshblum, S. C. (2007). Spinal cord injury medicine.1. Epidemiology and classification. *Arch Phys Med Rehabil* , 88 (3), S. 49-54.
46. Jones, J., & Hunter, D. (1996). Consensus methods for medical and health services research. In N. Mays, & C. Pope (Hrsg.), *Qualitative Research Health Care* (S. 47-58). BMJ Publishing Group.
47. Judd, F. K., & Brown, D. J. (1992). Suicide following acute traumatic spinal cord injury. *Paraplegia* , 30, S. 172-177.
48. Kennedy, P., & Rogers, B. A. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: A longitudinal analysis. *Arch Phys Med Rehabil* , 81 (7), S. 932-7.

49. Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord* , 44, S. 95–105.
50. Kennedy, P., Marsh, N., Lowe, R., Grey, N., & Short, E. (2000). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *Br J Health Psychol* , 5, S. 157-172.
51. Kirchberger, I., Biering-Sørensen, F., Charlifue, S., Baumberger, M., Campbell, R., Kovindha, A., et al. (2010). Identification of the most common problems in functioning of individuals with spinal cord injury using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Spinal Cord* , 48 (3), S. 221-9.
52. Kirchberger, I., Cieza, A., Biering-Sørensen, F., Baumberger, M., Charlifue, S., Post, M. W., et al. (2010). ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the early post-acute context. *Spinal Cord* , 48 (4), S. 297-304.
53. Kirchberger, I., Sinnott, A., Charlifue, S., Kovindha, A., Lüthi, H., Campbell, R., et al. (2010). Functioning and disability in spinal cord injury from the consumer perspective: an international qualitative study using focus groups and the ICF. *Spinal Cord* , 48 (8), S. 603-13.
54. Kirshblum, S. C., Priebe, M. M., Ho, C. H., Scelza, W. M., Chiodo, A. E., & Wuermsler, L. A. (2007). Spinal Cord Injury Medicine. 3. Rehabilitation Phase After Acute Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* , 88 (3), S. 62-70.
55. Krause, J. S., & Sternberg, M. (1997). Aging and Adjustment After Spinal Cord Injury: The Roles of Chronologic Age, Time Since Injury, and Environmental Change. *Rehabilitation Psychology* , 42 (4), S. 287-302.
56. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.
57. *Legal Issues and Spinal Cord Injuries*. (2002-2010). Abgerufen am 01. 10 2010 von <http://wiki.injuryboard.com/help-center/articles/legal-issues-and-spinal-cord-injuries.aspx>

58. *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie* (4 überarb. Ausg.). (2008). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
59. Levi, R. (1996). The Stockholm spinal cord injury study: medical, economical and psycho-social outcomes in a prevalence population. *Doctoral Dissertation* . Stockholm: Karolinska Institutet.
60. Levi, R., Hultling, C., & Seiger, A. (1996). The Stockholm spinal cord injury study: 4. Psychosocial and financial issues of the Swedish annual level-of-living survey in SCI subjects and controls. *Paraplegia* , 34 (3), S. 152-7.
61. Lidal, I. B., Huynh, T. K., & Biering-Sørensen, F. (2007). Return to work following spinal cord injury: a review. *Disabil Rehabil* , 29 (17), S. 1341-75.
62. Liem, N. R. (2004). Aging with spinal cord injury: factors associated with the need for more help with activities of daily living. *Arch Phys Med Rehabil* , 85 (10), S. 1567-77.
63. Lim, P. A., & Tow, A. M. (2007). Recovery and Regeneration after Spinal Cord Injury: A Review and Summary of Recent Literature. *Ann Acad Med Singapore* , 36, S. 49-57.
64. Linstone, H. A., & Turoff, M. (1975). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. London: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
65. Maier, D. (04. 08 2010). Adjuvante Therapie nach Rückenmarksverletzungen. Reduktion von Primär- und Vermeidung von Sekundärschäden. *Trauma Berufskrankh Online First™* , S. 1-5.
66. Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J. F., & Barat, M. (1998). Spinal cord injuries epidemiology in Portugal's central region. *Spinal Cord* , 36, S. 574-578.
67. May, L., Day, R., & Warren, S. (2006). Perceptions of patient education in spinal cord injury rehabilitation. *Disabil Rehabil.* , 28 (17), S. 1041-9.

68. Mazaux, J. M., Masson, F., Levin, H. S., Alaoui, P., Maurette, P., & Barat, M. (1997). Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* , 78 (12), S. 1316-20.
69. McGibbon, J. (1987). Paramedical aspects of spinal cord injured patients. *Paraplegia* , 25, S. 270-74.
70. McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing* , 19, S. 1221-1225.
71. McKinley, W. O., Seel, R. T., & Hardman, J. T. (1999). Nontraumatic spinal cord injury: incidence, epidemiology, and functional outcome. *Arch Phys Med Rehabil* , 80, S. 619-623.
72. Menter, R. R., & Hudson, L. M. (1995). Spinal cord injury clinical outcomes. In S. Stover, *The Model Systems*. New York: Aspen Publisher.
73. Meyers, A. R., Andresen, E. M., & Hagglund, K. J. (2000). A model of outcomes research: spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehab* , 81 (Suppl 2), S. 81-90.
74. Michel, D. (2004). Ganzheitliche Rehabilitation von Querschnittgelähmten. *Managed Care* , 2, S. 10-12.
75. Moore, A. D., Bombardier, C. H., Brown, P. B., & Patterson, D. R. (1994). Coping and emotional attributions following spinal cord injury. *Int J Rehabil Res* , 17 (1), S. 39-48.
76. Morse, L. R., Nguyen, H. P., Jain, N., Williams, S., Tun, C. G., Battaglino, R. A., et al. (2008). Age and motor score predict osteoprotegerin level in chronic spinal cord injury. *J Musculoskelet Neuronal Interact* , 8 (1), S. 50-7.
77. Neumann, V., Gutenbrunner, C., Fialka-Moser, V., Christodoulou, N., Varela, E., Giustini, A., et al. (2009). Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *J REHABIL MED* , 42, S. 4-8.
78. O'Connor, P. (2002). Incidence and patterns of spinal cord injury in Australia. *Accid Anal Prev* , 34, S. 405-415.

79. O'Connor, P. J. (2005). Prevalence of spinal cord injury in Australia. *Spinal Cord*, 43, S. 42-46.
80. Organization, W. H. (2001). *ICF – International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.
81. Otom, A., Doughan, A., Kavar, J., & Hattar, E. (1997). Traumatic spinal cord injuries in Jordan – an epidemiological study. *Spinal Cord*, 35, S. 253-255.
82. Pearcey, T. E., Yoshida, K. K., & Renwick, R. M. (2007). Personal relationships after a spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30 (3), S. 209-219.
83. Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilisation*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
84. Ponsford, J., Willmott, C., Rothwell, A., Cameron, P., Kelly, A. M., Nelms, R., et al. (2000). Factors influencing outcome following mild traumatic brain injury in adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, S. 568-579.
85. Post, M. W., Kirchberger, I., Scheuringer, M., Wollaars, M. M., & Geyh, S. (2010). Outcome parameters in spinal cord injury research: a systematic review using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference. *Spinal Cord*, 48 (7), S. 522-8.
86. Priebe, M. M., Chiodo, A. E., Scelza, W. M., Kirshblum, S. C., Wuermser, L. A., & Ho, C. H. (2007). Spinal Cord Injury Medicine. 6. Economic and Societal Issues in Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 88 (3), S. 84-8.
87. Rauch, A., Cieza, A., & Stucki, G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *EUR J PHYS REHABIL MED*, 44 (3), S. 329-342.
88. Rauch, A., Escorpizo, R., Riddle, D. L., Eriks-Hoogland, I., Stucki, G., & Cieza, A. (2010). Using a Case Report of a Patient With Spinal Cord Injury to Illustrate the

Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health During Multidisciplinary Patient Management. *Phys Ther* , 90 (7), S. 1039-1052.

89. Rentsch, H. P., Bucher, P., Dommen - Nyffeler, I., Wolf, C., Hefti, H., Fluri, E., et al. (2003). The implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil Rehabil* , 25 (8), S. 411-421.
90. Rowland, J. W., Hawryluk, G. W., Kwon, B., & Fehlings, M. G. (2008). Current status of acute spinal cord injury pathophysiology and emerging therapies: promise on the horizon. *Neurosurg Focus* , 25 (5).
91. Rowlands, A. (2000). Understanding Social Support and Friendship: Implications for Intervention After Acquired Brain Injury. *Brain Impairment* , 1 (2), S. 151-164.
92. Scelza, W. M., Kirshblum, S. C., Wuermser, L. A., Ho, C. H., Priebe, M. M., & Chiodo, A. E. (2007). Spinal cord injury medicine.4. Community reintegration after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* , 88 (3 Suppl 1), S. S71-5.
93. Scheuringer, M., Kirchberger, I., Boldt, C., Eriks-Hoogland, I., Rauch, A., Velstra, I. M., et al. (2010). Identification of problems in individuals with spinal cord injury from the health professional perspective using the ICF: a worldwide expert survey. *Spinal Cord* , 48 (7), S. 529-36.
94. Schönherr, M. C., Groothoff, J. W., Mulder, G. A., Schoppen, T., & Eisma, W. H. (2004). Vocational reintegration following spinal cord injury: expectations, participation and interventions. *Spinal Cord* , 42, S. 177-184.
95. Schwenkreis, P., Pennekamp, W., & Tegent, M. (2006). Differenzialdiagnose der akuten und subakuten nichttraumatischen Querschnittslähmungen. *Dtsch Arztebl* , 103 (44), S. A 2984-54.
96. Schwerdtfeger, K., Steudel, W. I., Pitzen, T., & Mautes, A. E. (2004). Spinales Trauma Epidemiologie, Versorgungsalgorithmus, Behandlung und Prognose. *Intensivmed* , 41, S. 71-80.

97. Scivoletto, G., Morganti, B., & Molinari, M. (2005). Early versus delayed inpatient spinal cord injury rehabilitation: an Italian study. *Arch Phys Med Rehabil* , 86, S. 512-6.
98. Shingu, H., Ohama, M., Ikata, T., Katoh, S., & Akatsu, T. (1995). A nationwide epidemiological survey of spinal cord injuries in Japan from January 1990 to December 1992. *Paraplegia* , 33, S. 183–188.
99. Sipski, M. L., & Richards, J. S. (2006). Spinal cord injury rehabilitation: State of the science. *Am J Phys Med Rehabil* , 85, S. 310-342.
100. Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* , 82 (11), S. 1098-1107.
101. Stensman, R. (1989). Body image among 22 persons with acquired and congenital severe mobility impairment. *Paraplegia* , 27 (1), S. 27-35.
102. Stucki, G., & Grimby, G. (2004). Foreword Applying the ICF in Medicine. *J Rehabil Med* , 36 (Suppl 44), S. 5-6.
103. Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Grill, E., & Melvin, J. (2005). Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disability and Rehabilitation* , 27 (7/8), S. 353-359.
104. Stucki, G., Üstün, B., & Melvin, J. (2005). Applying the ICF for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* , S. 349-352.
105. Sumida, M., Fujimoto, M., Tokuhiro, A., Tominaga, A., & Uchida, R. (2001). Early Rehabilitation Effect for Traumatic Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* , 82, S. 391-5.
106. Szlachcic, Y., Carrothers, L., Adkins, R., & Waters, R. (2007). Clinical significance of abnormal electrocardiographic findings in individuals aging with spinal injury and abnormal lipid profiles. *J Spinal Cord Med* , 30 (5), S. 473-6.

107. Tempest, S., & McIntyre, A. (2006). Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disabil Rehabil* , 28 (10), S. 663-667.
108. The American Association of Neurological Surgeons. (2002). Blood pressure management after acute spinal cord injury. *Neurosurgery* , 50 (Suppl 3), S. 58-62.
109. The American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers (AASCIPSW). (2009). *STANDARDS FOR PSYCHOLOGISTS AND SOCIAL WORKERS IN SCI REHABILITATION*. Abgerufen am 14. 09 2010 von <http://psychologists-social-workers.ascipro.org/standards-sci-psychosocial-rehab.html>
110. van Asbeck, F., Post, M., & Pangalila, R. (2000). An epidemiological description of spinal cord injuries in The Netherlands in 1994. *Spinal Cord* , 38, S. 420-424.
111. Velmahos, G. C., Toutouzas, K., Chan, L., et al. (2003). Intubation after cervical spinal cord injury: To be done selectively or routinely? *Am Surg* , 69 (10), S. 891–94.
112. Vierkant, R. A. (o.d.). *A SAS Macro for Calculating Bootstrapped Confidence Intervals About a Kappa Coefficient*. Abgerufen am 10. 11 2009 von <http://www2.sas.com/proceedings/sugi22/STATS/PAPER295.PDF>
113. Warren, S., Moore, M., & Johnson, M. (1995). Traumatic head and spinal cord injuries in Alaska (1991–1993). *Alaska Med* , 37, S. 11-19.
114. Weigl, M., Cieza, A., Cantista, P., Reinhardt, J. D., & Stucki, G. (2008). Determinants of disability in chronic musculoskeletal health conditions: a literature overview. *EUR J PHYS REHABIL MED* , 44, S. 67-79.
115. Whitman, N. I. (1990). The Committee Meeting Alternative Using the Delphi Technique. *JONA* , 20 (7/8), S. 30-36.
116. World Health Organization. (2001). *ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genf: World Health Organization.

117. Wuermsler, L. A., Ho, C. H., Chiodo, A. E., Priebe, M. M., Kirshblum, S. C., & Scelza, W. M. (2007). Spinal Cord Injury Medicine. 2. Acute Care Management of Traumatic and Nontraumatic Injury. *Arch Phys Med Rehabil* , 88 (3), S. 55-61.
118. Wyndaele, M., & Wyndaele, J.-J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord* , 44, S. 523-529.
119. Zäch, G. A., & Koch, H. G. (2005). *Paraplegie: Ganzheitliche Rehabilitation*. Basel: Karger.
120. Zoski, K., & Jurs, S. (1991). Applications for the Modified Scree Test Revisited. *Evaluation Review* , 50 (2), S. 189-190.
121. Zoski, K., & Jurs, S. (1990). Priority determination in surveys. An application of the scree test. *Evaluation Review* , 14 (2), S. 214-219.

10. Abkürzungsverzeichnis

ASIA	American Spinal Injury Association
CIL	Centers for independent living
EPA	early post-acute
FK	früher Kontext
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
LT	long-term
NASCIS	National Acute Spinal Cord Injury Studies
RMV	Rückenmarksverletzungen
SHT	Schädel – Hirn – Trauma
SK	später Kontext

WHO World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Standardisierter neurologischer Untersuchungsbogen der ASIA.....	14
Abbildung 2: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF	19
Abbildung 3: Struktur der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	20
Abbildung 4: Umfassender ICF Core Set für RMV des frühen Kontexts.....	23
Abbildung 5: Umfassender ICF Core Set für RMV des späten Kontexts	23
Abbildung 6: Beschreibung der Delphi Studie	29
Abbildung 7: Beschreibung des 4-stufigen Linking Prozesses	31

12. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation nach Lähmungsmaß.....	14
Tabelle 2: Beispiel für die 4 Linking Schritte	32
Tabelle 3: Rücklaufquote der teilnehmenden Psychologen in den einzelnen Runden und demographische und berufliche Daten der Teilnehmer der 1.Runde	34
Tabelle 4: Repräsentation der identifizierten ICF Kategorien in den ICF Core Sets für RMV: Zusammenfassung der Ergebnisse der Psychologen.....	36
Tabelle 5: ICF Komponente Körperfunktionen: Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.	38
Tabelle 6: ICF Komponente Körperstrukturen: Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.	40

Tabelle 7: ICF Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]: Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.	42
Tabelle 8: ICF Komponente Umweltfaktoren: Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Psychologen gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.	44
Tabelle 9: Antworten der Psychologen, die zur ICF Komponente personbezogene Faktoren gelinkt wurden. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Antwort in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.....	47
Tabelle 10: Antworten der Psychologen, die zu keiner spezifischen ICF Komponente gelinkt werden konnten. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Antwort in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.....	51
Tabelle 11: Rücklaufquote der teilnehmenden Sozialarbeiter in den einzelnen Runden und demographische und berufliche Daten der Teilnehmer der 1.Runde ...	53
Tabelle 12: Repräsentation der identifizierten ICF Kategorien in den ICF Core Sets für RMV: Zusammenfassung der Ergebnisse der Sozialarbeiter	55
Tabelle 13: ICF Komponente Körperfunktionen: Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Sozialarbeiter gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.	57
Tabelle 14: ICF Komponente Körperstrukturen: Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Sozialarbeiter gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.	57
Tabelle 15: ICF Komponente Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]: Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Sozialarbeiter gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.	59
Tabelle 16: ICF Komponente Umweltfaktoren: Die Kategorien wurden auf Grundlage der Antworten der Sozialarbeiter gelinkt. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie in der 3. Runde als wichtig erachtet haben.....	62

Tabelle 17: Antworten der Sozialarbeiter, die zur ICF Komponente personbezogene Faktoren gelinkt wurden. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Antwort in der 3. Runde als wichtig erachtet haben..... 65

Tabelle 18: Antworten der Sozialarbeiter, die zu keiner spezifischen ICF Komponente gelinkt werden konnten. Prozentsatz der Teilnehmer, die die jeweilige Antwort in der 3. Runde als wichtig erachtet haben..... 66

13. Anhang

13.1 Umfassende ICF Core Sets für RMV

13.1.1 Umfassender ICF Core Set für RMV des frühen Kontext

Körperfunktionen

2. Ebene	3. Ebene	4. Ebene
b126		Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
b130		Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
b134		Funktionen des Schlafes
b152		Emotionale Funktionen
b260		Die Propriozeption betreffende Funktionen
b265		Funktionen des Tastens (Tastsinn)
b270		Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize
	b2800	Generalisierter Schmerz
		b28010 Kopf- und Nackenschmerz
		b28013 Rückenschmerz
		b28014 Schmerz in den oberen Gliedmaßen
		b28015 Schmerz in den unteren Gliedmaßen
		b28016 Gelenkschmerz
	b2803	In ein Dermatom ausstrahlender Schmerz
	b2804	In ein Hautsegment oder ein Hautareal ausstrahlender Schmerz
b310		Funktionen der Stimme
b410		Herzfunktionen
b415		Blutgefäßfunktionen
	b4200	Erhöhter Blutdruck
	b4201	Erniedrigter Blutdruck
	b4202	Aufrechterhaltung des Blutdrucks
b430		Funktionen des hämatologischen Systems
b440		Atmungsfunktionen
b445		Funktionen der Atemmuskulatur
b450		Weitere Atmungsfunktionen
b455		Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
b510		Funktionen der Nahrungsaufnahme

b515		Verdauungsfunktionen
	b5250	Funktionen der Stuhlentleerung
	b5251	Stuhlkonsistenz
	b5252	Stuhlhäufigkeit
	b5253	Stuhlkontinenz
	b5254	Flatulenz
b530		Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts
b550		Funktionen der Wärmeregulation
b610		Harnbildungsfunktionen
	b6200	Harnlassen
	b6201	Häufigkeit der Blasenentleerung
	b6202	Harnkontinenz
b630		Mit der Harnbildung und -ausscheidung verbundene Empfindungen
b640		Sexuelle Funktionen
b670		Mit den Genital- und reproduktiven Funktionen verbundene Empfindungen
b710		Funktionen der Gelenkbeweglichkeit
b715		Funktionen der Gelenkstabilität
	b7300	Kraft isolierter Muskeln oder von Muskelgruppen
	b7302	Kraft der Muskeln einer Körperhälfte
	b7303	Kraft der Muskeln der unteren Körperhälfte
	b7304	Kraft der Muskeln aller Extremitäten
	b7305	Kraft der Rumpfmuskeln
	b7353	Tonus der Muskeln der unteren Körperhälfte
	b7354	Tonus der Muskeln aller Extremitäten
	b7355	Tonus der Muskeln des Rumpfes
b740		Funktionen der Muskelausdauer
b750		Funktionen der motorischen Reflexe
b755		Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen
b760		Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
b765		Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen
b770		Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen
b780		Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen
b810		Schutzfunktionen der Haut
b820		Heilfunktion der Haut
b830		Andere Funktionen der Haut
b840		Auf die Haut bezogene Empfindungen

Körperstrukturen

2. Ebene	3. Ebene	4.Ebene
----------	----------	---------

	s12000	Halsmark (Zervicalmark)
	s12001	Brustmark (Thorakalmark)
	s12002	Lenden- und Kreuzmark (Lumbosakralmark)

	s12003	Kaudafasern (Cauda equina)
	s1201	Spinalnerven
s430		Struktur des Atmungssystems
s610		Struktur der ableitenden Harnwege
s710		Struktur der Kopf- und Halsregion
s720		Struktur der Schulterregion
s730		Struktur der oberen Extremitäten
s740		Struktur der Beckenregion
s750		Struktur der unteren Extremitäten
s760		Struktur des Rumpfes
s810		Struktur der Hautregionen

Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

2.Ebene 3.Ebene

d230		Die tägliche Routine durchführen
d240		Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
d360		Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen
	d4100	Sich hinlegen
	d4103	Sitzen
	d4104	Stehen
	d4105	Sich beugen
	d4106	Seinen Körperschwerpunkt verlagern
	d4153	In sitzender Position verbleiben
	d4154	In stehender Position verbleiben
d420		Sich verlagern
d430		Gegenstände anheben und tragen
d435		Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen
	d4400	Einen Gegenstand aufnehmen
	d4401	Einen Gegenstand ergreifen
	d4402	Einen Gegenstand handhaben
	d4403	Einen Gegenstand loslassen
	d4450	Ziehen
	d4451	Schieben
	d4452	Nach etwas langem
	d4453	Hände oder Arme drehen oder verdrehen
	d4455	Fangen
	d4500	Kurze Entfernungen gehen
	d4501	Lange Entfernungen gehen
	d4502	Auf unterschiedlichen Oberflächen gehen
	d4503	Hindernisse umgehen
d455		Sich auf andere Weise fortbewegen
	d4600	Sich in seiner Wohnung umher bewegen
	d4601	Sich in anderen Gebäuden außerhalb der eigenen Wohnung umher bewegen
	d4602	Sich außerhalb der eigenen Wohnung und anderen Gebäuden umher bewegen

d465	Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen
d470	Transportmittel benutzen
d475	Ein Fahrzeug fahren
d510	Sich waschen
d520	Seine Körperteile pflegen
	d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren
	d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren
	d5302 Die Belange der Menstruation regulieren
d540	Sich kleiden
d550	Essen
d560	Trinken
d570	Auf seine Gesundheit achten
d610	Wohnraum beschaffen
d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
d630	Mahlzeiten vorbereiten
d640	Hausarbeiten erledigen
d660	Anderen helfen
d760	Familienbeziehungen
d770	Intime Beziehungen
d850	Bezahlte Tätigkeit
d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit
d920	Erholung und Freizeit
d930	Religion und Spiritualität

Umweltfaktoren

2.Ebene

e110	Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch
e115	Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben
e120	Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
e125	Produkte und Technologien zur Kommunikation
e130	Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung
e135	Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit
e140	Produkte und Technologien für Kultur, Freizeit und Sport
e150	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden
e155	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden
e165	Vermögenswerte
e310	Engster Familienkreis
e315	Erweiterter Familienkreis
e320	Freunde
e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder
e330	Autoritätspersonen
e340	Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen

e355	Fachleute der Gesundheitsberufe
e360	Andere Fachleute
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises
e415	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises
e420	Individuelle Einstellungen von Freunden
e425	Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern
e440	Individuelle Einstellungen von persönlichen Hilfs- und Pflegepersonen
e450	Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe
e460	Gesellschaftliche Einstellungen
e515	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Architektur- und Bauwesens
e525	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens
e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens
e555	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen
e570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit
e575	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung
e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens

13.1.2 Umfassender ICF Core Set für RMV des späten Kontexts

Körperfunktionen

2.Ebene 3.Ebene 4.Ebene

b126		Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
b130		Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
b134		Funktionen des Schlafes
b152		Emotionale Funktionen
b260		Die Propriozeption betreffende Funktionen
b265		Funktionen des Tastens (Tastsinn)
b270		Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize
	b28010	Kopf- und Nackenschmerz
	b28011	Brustschmerz
	b28012	Magen- oder Bauchschmerz
	b28013	Rückenschmerz
	b28014	Schmerz in den oberen Gliedmaßen
	b28015	Schmerz in den unteren Gliedmaßen
	b28016	Gelenkschmerz
	b2803	In ein Dermatom ausstrahlender Schmerz
	b2804	In ein Hautsegment oder ein Hautareal ausstrahlender Schmerz
b420		Blutdruckfunktionen
b440		Atmungsfunktionen
b445		Funktionen der Atemmuskulatur
b455		Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
b525		Defäkationsfunktionen
b530		Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts
b550		Funktionen der Wärmeregulation

b610		Harnbildungsfunktionen
	b6200	Harnlassen
	b6201	Häufigkeit der Blasenentleerung
	b6202	Harnkontinenz
b640		Sexuelle Funktionen
b660		Fortpflanzungsfunktionen
b670		Mit den Genital- und reproduktiven Funktionen verbundene Empfindungen
b710		Funktionen der Gelenkbeweglichkeit
b715		Funktionen der Gelenkstabilität
b720		Funktionen der Beweglichkeit der Knochen
b730		Funktionen der Muskelkraft
b735		Funktionen des Muskeltonus
b740		Funktionen der Muskelausdauer
b750		Funktionen der motorischen Reflexe
b760		Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
b770		Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen
b780		Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen
b810		Schutzfunktionen der Haut
b820		Heilfunktion der Haut
b830		Andere Funktionen der Haut
b840		Auf die Haut bezogene Empfindungen

Körperstrukturen

2.Ebene 3.Ebene 4.Ebene

	s12000	Halsmark (Zervicalmark)
	s12001	Brustmark (Thorakalmark)
	s12002	Lenden- und Kreuzmark (Lumbosakralmark)
	s12003	Kaudafasern (Cauda equina)
	s1201	Spinalnerven
s430		Struktur des Atmungssystems
s610		Struktur der ableitenden Harnwege
s720		Struktur der Schulterregion
	s7300	Struktur des Oberarms
	s7301	Struktur des Unterarms
	s7302	Struktur der Hand
	s7500	Struktur des Oberschenkels
	s7501	Struktur des Unterschenkels
	s7502	Struktur der Knöchelregion und des Fußes
s760		Struktur des Rumpfes
	s8102	Haut der oberen Extremitäten
	s8103	Haut der Beckenregion
	s8104	Haut der unteren Extremitäten
	s8105	Haut des Körperstammes und des Rückens

Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

2.Ebene 3.Ebene

d155	Sich Fertigkeiten aneignen
d230	Die tägliche Routine durchführen
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
d345	Mitteilungen schreiben
d360	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen
	d4100 Sich hinlegen
	d4102 Knien
	d4103 Sitzen
	d4104 Stehen
	d4105 Sich beugen
	d4106 Seinen Körperschwerpunkt verlagern
d415	In einer Körperposition verbleibe
d420	Sich verlagern
d430	Gegenstände anheben und tragen
	d4400 Einen Gegenstand aufnehmen
	d4401 Einen Gegenstand ergreifen
	d4402 Einen Gegenstand handhaben
	d4403 Einen Gegenstand loslassen
	d4450 Ziehen
	d4451 Schieben
	d4452 Nach etwas langem
	d4453 Hände oder Arme drehen oder verdrehen
	d4454 Werfen
	d4500 Kurze Entfernungen gehen
	d4501 Lange Entfernungen gehen
	d4502 Auf unterschiedlichen Oberflächen gehen
	d4503 Hindernisse umgehen
d455	Sich auf andere Weise fortbewegen
	d4600 Sich in seiner Wohnung umher bewegen
	d4601 Sich in anderen Gebäuden außerhalb der eigenen Wohnung umher bewegen
	d4602 Sich außerhalb der eigenen Wohnung und anderen Gebäuden umher bewegen
d465	Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen
d470	Transportmittel benutzen
d475	Ein Fahrzeug fahren
d510	Sich waschen
d520	Seine Körperteile pflegen
	d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren
	d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren
	d5302 Die Belange der Menstruation regulieren
d540	Sich kleiden
d550	Essen
d560	Trinken

d570	Auf seine Gesundheit achten
d610	Wohnraum beschaffen
d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
d630	Mahlzeiten vorbereiten
d640	Hausarbeiten erledigen
d650	Haushaltsgegenstände pflegen
d660	Anderen helfen
d720	Komplexe interpersonelle Interaktionen
d750	Informelle soziale Beziehungen
d760	Familienbeziehungen
d770	Intime Beziehungen
d810	Informelle Bildung/Ausbildung
d820	Schulbildung
d825	Theoretische Berufsausbildung
d830	Höhere Bildung und Ausbildung
d840	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
d850	Bezahlte Tätigkeit
d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit
d910	Gemeinschaftsleben
d920	Erholung und Freizeit
d940	Menschenrechte

Umweltfaktoren

2.Ebene

e110	Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch
e115	Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben
e120	Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
e125	Produkte und Technologien zur Kommunikation
e130	Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung
e135	Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit
e140	Produkte und Technologien für Kultur, Freizeit und Sport
e150	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden
e155	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden
e160	Produkte und Technologien der Flächennutzung
e165	Vermögenswerte
e310	Engster Familienkreis
e315	Erweiterter Familienkreis
e320	Freunde
e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder
e330	Autoritätspersonen
e340	Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe

e360	Andere Fachleute
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises
e415	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises
e420	Individuelle Einstellungen von Freunden
e425	Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern
e440	Individuelle Einstellungen von persönlichen Hilfs- und Pflegepersonen
e450	Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe
e455	Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten
e460	Gesellschaftliche Einstellungen
e465	Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen
e510	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze für die Konsumgüterproduktion
e515	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Architektur- und Bauwesens
e525	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens
e530	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Versorgungswesens
e535	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Kommunikationswesens
e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens
e550	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege
e555	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen
e570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit
e575	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung
e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens
e585	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens
e590	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens

13.2 Fragebögen

13.2.1 Fragebogen der 1.Runde

Page 1

Delphi Exercise Round 1

Health Profession: Psychologists/social worker

1) What are the **problems** and **resources** as well as **aspects of environment** of people with SCI in the early post-acute context* which **are treated by psychologists? social workers take care of?**

* begins with active rehabilitation and ends with the completion of the first comprehensive rehabilitation after the acute SCI

2) What are the **problems** and **resources** as well as **aspects of environment** of people with SCI in the long-term context** which **are treated by psychologists? social workers take care of?**

** follows the early post-acute context

Please

... list your answers in the following lines.

... list only aspects related to SCI

... use one line per aspect

... enter an aspect in both columns if it occurs in both contexts

Early post-acute context

Long-term context

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Some information about yourself:

Age years
Gender

Specialties/Certifications

Current professional activity in ...

- acute clinic
- inpatient rehabilitation center
- outpatient rehabilitation center
- home-based rehabilitation
- university
- other ...

Please mark the field that best describes your professional activity

Professional experience years

Practical professional experience with people with SCI years

How would you rate your expertise in the treatment of people with SCI in the early-post acute context? Please chose a number between **0 (no)** and **10 (excellent)**

in the treatment of people with SCI in the long-term context? Please chose a number between **0 (no)** and **10 (excellent)**

How would you rate your knowledge about the ICF? Please chose a number between **0 (never heard of the ICF)** and **10 (enough knowledge to use the ICF as part of my professional work)**

How would you rate your use of the ICF? Please chose a number between **0 (never used the ICF)** and **10 (use the ICF as part of my professional work)**

13.2.2 Fragebogen der 2.Runde

Delphi Exercise Round 2

Psychologists/ Social Workers

Please write your answers
(yes/no or y/n)
in the black framed boxes.
There is no need to fill in
the boxes without frames!

Do you agree that this ICF category represents
problems
or resources or aspects of environment
of people with SCI in the **early post-acute context**/
long-term context which **social workers** take care of
/which are treated by **psychologists**?

ICF code	ICF category title	ICF category description	Early- post acute context YES/NO	Long- term context YES/NO
----------	--------------------	--------------------------	--	------------------------------------

Example:

b28013	Pain in back	Sensation of unpleasant feeling indicating potential or actual damage to some body structure felt in the back.	No	Yes
xxxxx	xxxxx	xxxxx	Yes	
xxxxx	xxxxx	xxxxx		No

Bodyfunctions

Mental Functions

b1300	Energy level	Mental functions that produce vigour and stamina.		
b1301	Motivation	Mental functions that produce the incentive to act; the conscious or unconscious driving force for action.		
b1303	Craving	Mental functions that produce the urge to consume substances, including substances that can be abused.		
b152	Emotional functions	Specific mental functions related to the feeling and affective components of the processes of the mind.		

13.3 Ergebnisse der 2. und 3. Runde

13.3.1 Psychologen

Körperfunktionen

ICF Code		ICF Kategorie	früher	früher	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später	später	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
2. Ebene	3. Ebene		Kontext 2.Runde %	Kontext 3.Runde %		Kontext 2.Runde %	Kontext 3.Runde %	
	b1101	Kontinuität des Bewusstseins	67,3	72,7	nein			
b114		Funktionen der Orientierung	76,4	90,9	nein			
b117		Funktionen der Intelligenz	80,0		nein			
	b1300	Ausmaß der psychischen Energie	76,4	83,6	ja*	80,0		ja*
	b1301	Motivation	87,3		ja*	90,9		ja*
	b1302	Appetit	58,2	58,2	ja*	50,0	60,0	ja*
	b1303	Drang nach Suchtmitteln	65,5	72,7	ja*	81,8		ja*
	b1304	Impulskontrolle	72,2	89,1	ja*	74,1	92,6	ja*
b134		Funktionen des Schlafes	77,8	89,1	ja	79,6		ja
	b1344	Am Schlafzyklus beteiligte Funktionen	56,4	45,5	ja*	52,7	52,7	ja*
b140		Funktionen der Aufmerksamkeit	85,5		nein	76,4	89,1	nein
b144		Funktionen des Gedächtnisses	85,5		nein	81,8		nein
	b1442	Abrufen von Gedächtnisinhalten	80,0		nein	78,2	92,7	nein
b147		Psychomotorische Funktionen	76,4	83,6	nein	78,2	94,5	nein
	b1470	Psychomotorische Kontrolle	72,7	87,3	nein			
b152		Emotionale Funktionen	94,5		ja	98,2		ja
	b1520	(Situations-) Angemessenheit der Emotionen	96,4		ja*			
	b1521	Affektkontrolle				90,9		ja*
b160		Funktionen des Denkens	90,9		nein	83,6		nein
	b1600	Denktempo	83,6		nein			
	b1602	Inhalt des Denkens	81,8		nein	81,8		nein
b164		Höhere kognitive Funktionen	83,6		nein	85,5		nein

	b1801	Körperschema	92,7		nein	92,7		nein
b280		Schmerz	83,6		ja*	89,1		ja*
b320		Artikulationsfunktionen	41,8	21,8	nein			
b340		Alternative stimmliche Äußerungen	36,4	10,9	nein			
	b4201	Erniedrigter Blutdruck	32,7	25,5	ja			
b440		Atmungsfunktionen	34,5	29,1	ja	34,5	18,2	ja
b445		Funktionen der Atemmuskulatur	38,2	29,1	ja	32,7	21,8	ja
b460		Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen	45,5	43,6	nein	52,7	56,4	nein
b525		Defäkationsfunktionen	40,0	29,1	ja*	38,2	29,1	ja
	b5253	Stuhlkontinenz	41,8	40,0	ja	41,8	36,4	ja*
b530		Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts				69,1	78,2	ja
b620		Miktionsfunktionen	36,4	30,9	ja*	34,5	27,3	ja*
	b6202	Harnkontinenz	45,5	36,4	ja	54,5	47,3	ja
b640		Sexuelle Funktionen	70,9	83,6	ja	89,1		ja
	b6600	Funktionen im Zusammenhang mit der Fertilität	44,4	40,0	nein	55,6	60,0	ja*
b735		Funktionen des Muskeltonus	43,6	32,7	ja*	40,0	30,9	ja
b810		Schutzfunktionen der Haut	30,9	25,5	ja	36,4	29,1	ja
b820		Heilfunktionen der Haut	30,9	32,7	ja	34,5	34,5	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene)

Körperstrukturen

ICF Code		ICF Kategorie	früher Kontext 2.Runde %	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 2.Runde %	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
2. Ebene	3. Ebene							
s430		Struktur des Atmungssystems	35,2	14,8	ja	29,6	11,1	ja
s540		Struktur des Darms	33,3	14,5	nein	31,5	12,7	nein
	s6102	Harnblase	33,3	16,4	ja*	31,5	12,7	ja*
s810		Struktur der Hautregionen	33,3	16,4	ja	33,3	14,5	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene)

Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

ICF Kode		ICF Kategorie	früher Kontext 2.Runde %	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 2.Runde %	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
2. Ebene	3. Ebene							
d175		Probleme lösen	87,3		nein	92,7		nein
d240		Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	87,3		ja	96,4		ja
	d2401	Mit Stress umgehen	87,3		ja*	94,5		ja*
	d2402	Mit Krisensituationen umgehen	89,1		ja*	90,9		ja*
d330		Sprechen	49,1	41,8	nein	50,9	49,1	nein
d450		Gehen	34,5	25,5	ja*	34,5	27,3	ja*
d475		Ein Fahrzeug fahren	38,2	29,1	ja	60,0	63,6	ja
	d5101	Den ganzen Körper waschen	25,5	14,5	ja*			
d520		Seine Körperteile pflegen				43,6	38,2	ja
	d5300	Die Belange der Blasenentleerung regulieren	36,4	29,1	ja	43,6	34,5	ja
	d5301	Die Belange der Darmentleerung regulieren	36,4	29,1	ja	43,6	34,5	ja
	d5701	Ernährung und Fitness handhaben				70,9	83,6	ja*
	d5702	Seine Gesundheit erhalten	67,3	85,2	ja*	81,8		ja*
	d7202	Verhalten in Beziehungen regulieren				98,2		ja*
d740		Formelle Beziehungen	83,6		nein	92,7		nein
	d7500	Informelle Beziehungen zu Freunden	87,3		nein	90,9		ja*
	d7502	Informelle Beziehungen zu Bekannten				80,0		ja*
	d7504	Informelle Beziehungen zu Seinesgleichen (Peers)				87,3		ja*
d760		Familienbeziehungen	89,1		ja	92,7		ja
	d7600	Eltern-Kind Beziehung	83,6		ja*	92,7		ja*
	d7601	Kind-Eltern Beziehung	87,3		ja*			
d770		Intime Beziehungen	89,1		ja	98,2		ja
	d7701	Eheliche Beziehungen	87,3		ja*	89,1		ja*
	d7702	Sexualbeziehungen	80,0		ja*	98,2		ja*
d820		Schulbildung	45,5	38,2	nein	67,3	80,0	ja
d825		Theoretische Berufsausbildung	41,8	34,5	nein	74,5	83,6	ja
d830		Höhere Bildung und Ausbildung	41,8	32,7	nein	69,1	80,0	ja

d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden	47,3	45,5	nein	78,2	87,3	ja
d8450	Arbeit suchen				72,7	85,5	ja*
d850	Bezahlte Tätigkeit	41,8	36,4	ja	72,7	83,6	ja
d855	Unbezahlte Tätigkeit	45,5	36,4	nein	66,7	81,8	nein
d920	Erholung und Freizeit	61,8	70,9	ja	78,2	89,1	ja
d9201	Sport				69,1	85,5	ja*
d9204	Hobbies	57,4	60,0	ja*	70,4	81,8	ja*
d9205	Geselligkeit	70,9	92,7	ja*	83,6		ja*
d940	Menschenrechte				65,5	77,8	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene)

Umweltfaktoren

ICF Code		ICF Kategorie	früher	früher	Enthalten im RMV Core Set früherer Kontext	später	später	Enthalten im RMV Core Set späterer Kontext
2. Ebene	3. Ebene		Kontext 2.Runde %	Kontext 3.Runde %		Kontext 2.Runde %	Kontext 3.Runde %	
e110		Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch	25,5	5,5	ja	32,7	13,0	ja
	e1100	Lebensmittel	30,9	12,7	ja*	32,7	18,2	ja*
	e1101	Medikamente	49,1	43,6	ja*	54,5	47,3	ja*
	e1150	Allgemeine Produkte zum persönlichen Gebrauch	36,4	21,8	ja*			
	e1151	Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für den persönlichen Gebrauch im täglichen Leben				52,7	60,0	ja*
e120		Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport				54,5	54,5	ja
	e1200	Allgemeine Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität und zum Transport drinnen und draußen				52,7	52,7	ja*
	e1201	Hilfsprodukte und unterstützende Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport	49,1	49,1	ja*			
	e1300	Allgemeine Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung	50,9	58,2	ja*	60,0	69,1	ja*
e165		Vermögenswerte				50,0	50,9	ja
	e1650	Finanzielle Vermögenswerte	41,8	36,4	ja*	52,7	49,1	ja*

e310	Engster Familienkreis	98,2		ja	96,4		ja
e315	Erweiterter Familienkreis	85,5		ja	83,6		ja
e320	Freunde	98,1		ja	94,4		ja
e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere	78,2		ja	76,4	96,4	ja
e330	Gemeindemitglieder Autoritätspersonen	72,2	87,0	ja	81,1		ja
e340	Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen				90,9		ja
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe	89,1		ja	92,7		ja
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	94,5		ja	96,4		ja
e415	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises	87,3		ja	92,7		ja
e420	Individuelle Einstellungen von Freunden	90,9		ja	92,7		ja
e450	Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe				94,5		ja
e5250	Dienste des Wohnungswesens				50,9	56,4	ja*
e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens				47,3	45,5	ja
e550	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege	41,8	41,8	nein			
e560	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Medienwesens	34,5	23,6	nein			
e565	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Wirtschaft	27,3	12,7	nein	36,4	18,2	nein
e570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit				54,5	50,9	ja
e5701	Systeme der sozialen Sicherheit				52,7	47,3	ja*
e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens	67,3	83,6	ja	76,4	94,5	ja
e5800	Dienste des Gesundheitswesens	72,7	89,1	ja*	81,8		ja*
e5801	Systeme des Gesundheitswesens				74,5	89,1	ja*
e5802	Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens				69,1	81,8	ja*

e5850	Dienste des Bildungs- und Ausbildungswesens				65,6	80,0	ja*
e590	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens				61,8	76,4	ja
e5900	Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens	45,5	40,0	nein	60,0	70,9	ja*
e595	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Politik	29,1	9,3	nein	45,5	30,9	nein
e5952	Handlungsgrundsätze der Politik				41,8	29,1	nein

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene)

personbezogene Faktoren

Antworten	früher Kontext Runde2%	früher Kontext Runde3%	später Kontext Runde2%	später Kontext Runde3%
Die Fähigkeit Emotionen auszudrücken	100.0		100.0	
Die Fähigkeit zu lernen und das Leben zu verändern	96.4		100.0	
Akzeptanz der Verletzung und der Konsequenzen	92.7		98,2	
Die Fähigkeit in sozialen Beziehungen die Initiative zu ergreifen			98,2	
Anpassung an Verletzung und die Konsequenzen	96.4		100.0	
Alter	72.7	90.9	78.2	89.1
veränderter Gemütszustand			89.1	
Erwartungen	90.7			
Apathie	89.1		96,4	
Durchsetzungsvermögen	96.4		98,2	
Einstellung	98.2		100.0	
Vermeidungsverhalten	96.4		94.5	
Problembewusstsein	94.5			
ausgeglichener emotionaler Hintergrund	89.1		90.9	
Verhalten	94.5		96.4	
Vorstellungen	94.5		98.2	
Voreingenommenheit	90.9			
Langeweile	80.0			
belastende Erinnerungen	92.7		94.5	
Leistungsfähigkeit	94.4			
Gleichgültigkeit	94.5		90.9	
Veränderungen in der Fraulichkeit/Männlichkeit	81.8			
Veränderung der Identität	90.9		96.4	
Veränderungen der Lebensweise	94.5			
Werdegang des Patienten	94.5			
kognitive Fertigkeiten			100,0	

Kompensationstechniken	96.4		98.2	
Verständnis gegenüber dem Rehabilitationsplan	100.0			
Ideen			94.2	
Vertrauen	96.4		100.0	
Kooperationsbereitschaft	96.4		98.2	
Coping (vermeidungsorientiert)	98.2		96.4	
Coping (emotionsbezogen)	98.2			
Coping (problembezogen)	98.2			
Copingstrategien	98.2		100.0	
Umgang mit einer wenig perfekten Umgebung			94.5	
Umgang mit Betreuern			96.4	
Bewältigung der Abhängigkeit	96.4			
Bewältigung der Integration in die Gesellschaft			98.1	
Bewältigung von Situationen die eine Minderheit betreffen	89.1			
Bewältigung von Schmerz	90.9		96.4	
Bewältigung von physischen Dysfunktionen	92.7		96.4	
Bewältigung von Ablehnung und Vorurteilen	89.1			
Bewältigung von traumatischen Erfahrungen			100.0	
Mut			90.9	
kriminelle Patienten	61.8	72.7	60.0	72.7
Schutzmechanismen	94.5		92.7	
Verleugnung	90.9		89.1	
Fertigkeiten Abhängigkeit betreffend	90.9			
Wünsche	92.7		96.4	
Entwicklungsthemen	87.0		94.4	
Zweifel	83.6			
Schulungen/Kenntnisse bzgl.RMV und Themen die im Zusammenhang mit RMV stehen	100.0		92.7	
Beschämung	87.3			
Verbitterung			94.5	
Emotionale Intelligenz	87.3		90.9	
Emotionale Reife	90.9		96.4	
emotionale Selbstkontrolle	96.4			
Erwartungen	96.4		92.7	
Erfahrungen			94.5	
Erfahrungen die, die akute Pflege betreffen	96.4			
Frustrationstoleranz	94.5		100.0	
Hilflosigkeit	89.1		90.9	
Hoffnung	96.4			
Hoffnungslosigkeit	90.9		94.5	
Feindseligkeit	90.9			
Demütigung	89.1			
individuelle Fertigkeiten			94.4	
Einsicht war nicht gegenwärtig in der akuten Phase			87.3	
Intelligenz	87.3		83.6	
Interessen			90.9	

eigene Grenzen/Potentiale kennen	90.9		100.0
Mangel an Interessen	92.7		96.4
Mangel an Freude	89.1		94.5
Lebenserfahrung	87.3		94.5
Lebensplanung	85.5		98.2
Lebensfertigkeiten			94.5
Lebensstil			90.9
Patientenverfügung	87.3		
Kontrollüberzeugung	90.9		96.4
Bewusstsein dafür, nicht alleine zu sein			96.3
Der RMV eine tiefere Bedeutung geben	94.5		94.5
Verhandlungsfertigkeiten			92.7
Realisation der aktuellen Situation	92.7		
Erfahrungen zu einem Familiensystem dazu zu gehören	94.5		
Patient hat keine Erfahrungen/Wissen über die Auswirkungen von RMV			94.5
Patient hat keine Erfahrungen/Wissen über die Auswirkungen von RMV bezgl. Konsequenzen im Leben	94.5		
Wahrnehmung			92.7
Attraktivität	85.5		
Persönlichkeit	92.7		94.5
philosophische Anschauung	74.5	90.9	80.0
positive Perspektive	98.2		
Probleme voraussehen	90.9		
Posttraumatisches Wachstum			90.7
problemlösender Charakter			94.5
psychische Reife	83.6		85.5
Schuldfragen	90.9		
Bereitschaft			90.9
Realismus			94.5
Realität war nicht gegenwärtig in der akuten Phase			90.7
Notwendigkeit der Rehabilitation begreifen	92.7		90.9
Resignation	89.1		90.9
Belastbarkeit	90.9		94.5
Auflösung des Trauma	92.7		
Rollen innerhalb der Familie und der Gesellschaft	90.9		98.2
Zufriedenheit/Unzufriedenheit	89.1		96.3
Selbstakzeptanz	89.1		
Eigenwahrnehmung	94.5		96.4
Sich selbst die Schuld geben	87.3		87.3
Selbstbewusstsein	96.4		100.0
Selbstanspruch	92.7		96.4
Selbstwirksamkeit	96.4		100.0
Selbstwertgefühl	94.5		98.2
Selbstverletzung	89.1		90.9

Selbstbild	94.5		98.2	
Selbstmanagement			96.4	
Eigenständigkeit			96.4	
Selbstverantwortung	92.7		98.2	
Kohärenzgefühl	87.3			
Lebensgefühl			98.2	
Gefühl der Nutzlosigkeit			94.5	
soziales Bewusstsein	87.3			
soziale Fertigkeiten	90.9		100.0	
verwirrende neue Erfahrungen aussortieren	94.5			
Spiritualität/Glaube	80.0		81.8	
Stärke	90.9			
Stress	96.4		98.2	
Misstrauen	89.1			
Gedanken	96.4		96.4	
Interesse an den Problemen anderer	70.6	85.2		
Unsicherheit	90.9		90.9	
Zukunftsunsicherheit/Zukunftsangst	94.5		90.9	
Unkooperativität	96.4			
Schreckhaftigkeit	87.3		83.6	
Warum ich Fragen	92.7			
Gefühl von Wertlosigkeit	92.7			
Alkoholismus	83.6		98.2	
Anpassungsstörungen	87.3		94.5	
Angststörungen	96.4		98.2	
begleitende Gehirn-/Kopfverletzungen	87.3		85.5	
chronische Traumatisierung			94.5	
Komorbidität	94.5		92.7	
Demenz	83.6		83.6	
Depression	100.0		100.0	
Heterotope Ossifikation	29.6	21.8	29.6	23.6
Verletzung	79.6		75.9	89.1
Lernschwäche			83.6	
medizinische Komplikationen	65.5	72.7	65.5	74.5
medizinischer Zustand	61.8	76.4	65.5	81.8
Adipositas			81.8	
posttraumatische Belastungsstörung	89.1		100.0	
prämorbid Probleme	90.7		87.0	
psychiatrische Störungen	94.5		94.5	
psychoreaktive Störungen	89.1		92.7	
Psychopathologie	92.7		94.5	
psychosomatische Störungen	94.5		94.5	
Schlafstörungen	87.3		87.3	
Syringomyelie			39.6	30.9
Harnwegsinfektion	45.5	41.8	49.1	45.5
akutes Trauma	78.2		61.8	83.6
akute Belastungsstörung	92.7			

Anorexie	74.5	74.5
Krankheit	70.4	89.1
DSM IV Diagnose	83.6	
Flashbacks	94.5	
Identitätsstörungen	87.3	
Persönlichkeitsstörungen	92.7	
postkommotionelles Syndrom	87.3	
psychologische Trauma	96.4	
somatoforme Störungen	92.7	

nicht klassifizierbar

Antwort	früher Kontext 2.Runde %	früher Kontext 3.Runde %	später Kontext 2.Runde %	später Kontext 3.Runde %
Missbrauch	78.2			
Unfall	82.7		82.7	
Aktivitäten der Psychologinnen/-en	84.0		81.6	
Anpassung der Familie und anderer	94.5		96.4	
Alternde Betreuer			80.0	
Eine Belastung für Familie/Freunde/Gesellschaft sein	92.7		98.2	
Burnout der Betreuer			96.4	
Bedürfnisse der Kinder			88.9	
Rücksprache mit Leistungserbringern medizinischer Dienstleitungen und anderen	90.9		94.5	
Beratung/Unterstützung der Familie	98.2		98.2	
Beratung/Unterstützung für nicht Familienangehörige	87.3		90.9	
Todesthemen	92,6		92,6	
Würde	94,6			
Schulung der Familie	90.9		87.3	
Schulung von nicht Familienangehörigen	80,0		78,2	89,1
Sterbehilfedanken	83.6			
Erwartungen von anderen	96.4			
Familienkonflikte	92.7		96.4	
Das Funktionieren der Familie			100.0	
Familienmitglieder haben keine Erfahrung/Wissen über RMV	96.4		94.5	
Reaktionen der Familie	96.4		96.4	
Heimweh	85.2			
Interaktion zwischen der Familie und dem Anbieter der Behandlung	92.7			
Isolation	96.4		94.4	
Psychologe trifft sich mit früheren Arbeitgebern und Kollegen			78.2	89.1
Keine Lebensperspektive	90.6			
Schutz des Patienten/anderer	83.6		81.8	

Überweisung des Ehepartners		92.7
Rehospitalisation		90.7
Rückfall		87.0
Das Recht die Behandlung zu verweigern		92.7
RMV ist eine lebenslange Diagnose		98.2
Das Stigma einer RMV		94.5
Suizidthematik	96.4	96.4
Teamwork	96.4	92.7
Gewaltsame Vergewaltigung	72.7	74.5

13.3.2 Sozialarbeiter

Körperfunktionen

ICF Kode		ICF Kategorie	früher Kontext 2.Runde %	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 2.Runde %	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext
2. Ebene	3. Ebene							
	b1300	Ausmaß der psychischen Energie				68,0	68,0	ja*
	b1301	Motivation	88,0	96,0	ja*	92,0	96,0	ja*
	b1303	Drang nach Suchtmitteln	76,0	92,0	ja*	92,0	100,0	ja*
b152		Emotionale Funktionen	84,0	92,0	ja	84,0	88,0	ja
	b1801	Körperschema	80,0	84,0	nein			
b280		Schmerz	72,0	72,0	ja*	68,0	68,0	ja*
b640		Sexuelle Funktionen	64,0	52,0	ja			
	b6600	Funktionen im Zusammenhang mit der Fertilität	40,0	28,0	nein	52,0	40,0	ja*
b810		Schutzfunktionen der Haut				50,0	24,0	ja
b820		Heilfunktionen der Haut				33,3	8,0	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene)

Körperstrukturen

ICF Kode		ICF Kategorie	früher Kontext 2.Runde %	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 2.Runde %	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
2. Ebene								
s810		Struktur der Hautregion				24,0	8,0	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene)

Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

ICF Code		ICF Kategorie	früher Kontext 2.Runde %	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 2.Runde %	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
2. Ebene	3. Ebene							
d175		Probleme lösen	87,3		nein	92,7		nein
d240		Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	87,3		ja	96,4		ja
	d2401	Mit Stress umgehen	87,3		ja*	94,5		ja*
	d2402	Mit Krisensituationen umgehen	89,1		ja*	90,9		ja*
d330		Sprechen	49,1	41,8	nein	50,9	49,1	nein
d450		Gehen	34,5	25,5	ja*	34,5	27,3	ja*
d475		Ein Fahrzeug fahren	38,2	29,1	ja	60,0	63,6	ja
	d5101	Den ganzen Körper waschen	25,5	14,5	ja*			
d520		Seine Körperteile pflegen				43,6	38,2	ja
	d5300	Die Belange der Blasenentleerung regulieren	36,4	29,1	ja	43,6	34,5	ja
	d5301	Die Belange der Darmentleerung regulieren	36,4	29,1	ja	43,6	34,5	ja
	d5701	Ernährung und Fitness handhaben				70,9	83,6	ja*
	d5702	Seine Gesundheit erhalten	67,3	85,2	ja*	81,8		ja*
	d7202	Verhalten in Beziehungen regulieren				98,2		ja*
d740		Formelle Beziehungen	83,6		nein	92,7		nein
	d7500	Informelle Beziehungen zu Freunden	87,3		nein	90,9		ja*
	d7502	Informelle Beziehungen zu Bekannten				80,0		ja*
	d7504	Informelle Beziehungen zu Seinesgleichen (Peers)				87,3		ja*
d760		Familienbeziehungen	89,1		ja	92,7		ja
	d7600	Eltern-Kind Beziehung	83,6		ja*	92,7		ja*
	d7601	Kind-Eltern Beziehung	87,3		ja*			
d770		Intime Beziehungen	89,1		ja	98,2		ja
	d7701	Eheliche Beziehungen	87,3		ja*	89,1		ja*
	d7702	Sexualbeziehungen	80,0		ja*	98,2		ja*
d820		Schulbildung	45,5	38,2	nein	67,3	80,0	ja
d825		Theoretische Berufsausbildung	41,8	34,5	nein	74,5	83,6	ja
d830		Höhere Bildung und Ausbildung	41,8	32,7	nein	69,1	80,0	ja

d845		Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden	47,3	45,5	nein	78,2	87,3	ja
	d8450	Arbeit suchen				72,7	85,5	ja*
d850		Bezahlte Tätigkeit	41,8	36,4	ja	72,7	83,6	ja
d855		Unbezahlte Tätigkeit	45,5	36,4	nein	66,7	81,8	nein
d920		Erholung und Freizeit	61,8	70,9	ja	78,2	89,1	ja
	d9201	Sport				69,1	85,5	ja*
	d9204	Hobbies	57,4	60,0	ja*	70,4	81,8	ja*
	d9205	Geselligkeit	70,9	92,7	ja*	83,6		ja*
d940		Menschenrechte				65,5	77,8	ja

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene)

Umweltfaktoren

ICF Kode			ICF Kategorie	früher Kontext 2.Runde %	früher Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set früher Kontext	später Kontext 2.Runde %	später Kontext 3.Runde %	Enthalten im RMV Core Set später Kontext
1. Ebene	2. Ebene	3. Ebene							
		e1100	Lebensmittel				33,3	8,0	ja*
		e1101	Medikamente	32,0	16,0	ja*	40,0	16,0	ja*
	e115		Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben	44,0	32,0	ja			
		e1151	Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für den persönlichen Gebrauch im täglichen Leben	52,0	40,0	ja*	56,0	44,0	ja*
	e120		Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport	48,0	32,0	ja	60,0	48,0	ja
		e1201	Hilfsprodukte und unterstützende Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport				68,0	56,0	ja*
		e1300	Allgemeine Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung	36,0	32,0	ja*			
	e135		Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit				52,0	52,0	ja
	e150		Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden	28,0	8,0	ja	32,0	12,0	ja

	e155	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden	32,0	12,0	ja	36,0	16,0	ja
	e1650	Finanzielle Vermögenswerte	68,0	80,0	ja*	72,0	80,0	ja*
	e310	Engster Familienkreis	96,0	100,0	ja	96,0	100,0	ja
	e315	Erweiterter Familienkreis	92,0	96,0	ja	84,0	92,0	ja
	e320	Freunde	92,0	100,0	ja	84,0	92,0	ja
	e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder	84,0	100,0	ja	80,0	96,0	ja
	e330	Autoritätspersonen	88,0	96,0	ja	88,0	92,0	ja
	e340	Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen	92,0	100,0	ja	92,7	96,0	ja
	e350	Domestizierte Tiere				72,0	72,0	nein
	e355	Fachleute der Gesundheitsberufe	92,0	100,0	ja	88,0	96,0	ja
	e360	Andere Fachleute	92,0	100,0	ja	96,0	100,0	ja
e4		Einstellungen				100,0	100,0	ja*
	e525	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens	96,0	96,0	ja	92,0	96,0	ja
	e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens	76,0	88,0	ja	88,0	96,0	ja
	e5400	Dienste des Transportwesens	72,0	76,0	ja*			
	e5401	Systeme des Transportwesens	48,0	28,0	ja*			
	e550	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege	84,0	92,0	nein			
	e5501	Systeme der Rechtspflege	72,0	80,0	nein	76,0	84,0	ja*
	e555	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen	80,0	96,0	ja	80,0	92,0	ja
	e5650	Dienste der Wirtschaft	60,0	60,0	nein			
	e570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit	100,0	100,0	ja	100,0	100,0	ja
	e5700	Dienste der sozialen Sicherheit	100,0	100,0	ja*	100,0	96,0	ja*
	e5701	Systeme der sozialen Sicherheit	84,0	84,0	ja*			
	e5750	Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung	96,0	100,0	ja*	100,0	96,0	ja*

e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens	84,0	96,0	ja	84,0	96,0	ja
e5800	Dienste des Gesundheitswesens	88,0	96,0	ja*	88,0	96,0	ja*
e5801	Systeme des Gesundheitswesens	76,0	84,0	ja*	76,0	80,0	ja*
e585	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens				64,0	72,0	ja
e5850	Dienste des Bildungs- und Ausbildungswesens				64,0	76,0	ja*
e5851	Systeme des Bildungs- und Ausbildungswesens				52,0	56,0	ja*
e590	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens	56,0	52,0	nein	88,0	88,0	ja
e5900	Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens				88,0	96,0	ja*
e595	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Politik	40,0	28,0	nein	48,0	28,0	nein

* Eingeschlossen in die ICF Core Sets für RMV durch eine andere Klassifikationsebene (höhere oder niedrigere Ebene)

personbezogene Faktoren

Antworten	früher Kontext 2.Runde %	früher Kontext 3.Runde %	später Kontext 2.Runde %	später Kontext 3.Runde %
Akzeptanz der Verletzung und der Konsequenzen	96.0	96.0	96.0	100.0
Therapietreue	80.0	92.0		
Anpassung an Verletzung und die Konsequenzen	92.0	96.0	96.0	100.0
Altern mit der RMV			96.0	100.0
Die Hoffnung mit der Realität abgleichen	96.0	96.0	96.0	100.0
Ein nervöser Mensch sein	79.2	88.0		
Verhalten	92.0	96.0	88.0	92.0
Veränderung der Identität	92.0	92.0		
Veränderung der Lebensumstände	100.0	100.0	96.0	100.0
Copingstrategien	100.0	96.0	92.0	96.0
Seinem Leben eine Bedeutung geben			96.0	100.0
Verleugnung	92.0	96.0	96.0	100.0
Sich nicht trauen ihre/seine Gedanken zum Thema Sex mit zu teilen			80.0	88.0
Schulungen/Kenntnisse bzgl.RMV und Problemen, die im Zusammenhang mit RMV stehen	88.0	96.0	88.0	96.0
Emotionale Bedürfnisse	100.0	100.0		

Erwartungen im Hinblick auf das zukünftige Funktionieren	96.0	100.0		
Hilflosigkeit	100.0	100.0		
Hoffnung	100.0	100.0	92.0	96.0
Als Single leben			92.0	96.0
Neue Interessen/Begabungen/Fähigkeiten	88.0	92.0	96.0	96.0
Niemand versteht mich			96.0	100.0
Organisationsgeschick			88.0	96.0
Probleme von Immigranten	80.0	96.0	72.0	92.0
Realisation der verlorengegangene Funktionsfähigkeit			88.0	92.0
Auflehnung			78.3	72.0
Rollen innerhalb der Familie und der Gesellschaft	100.0	100.0	96.0	100.0
Selbstwertgefühl			96.0	100.0
Selbstbild	92.0	96.0	92.0	96.0
Selbstwert	96.0	100.0		
Fertigkeiten	88.0	96.0		
spirituelle Bedürfnisse	76.0	80.0		
Sucht	92.0	96.0	96.0	100.0
Komorbidität (z.Bsp. traumatische Kopfverletzung)	83.3	84.0	83.3	80.0
Depression	92.0	92.0	92.0	96.0
medizinische Komplikationen			80.0	84.0

nicht klassifizierbar

Antworten	früher Kontext 2.Runde%	früher Kontext 3.Runde%	später Kontext 2.Runde%	später Kontext 3.Runde%
Unterkunft für die Familie während der Rehabilitation	92,0	96,0	68,0	68,0
Angehören/Entsprechen der familiären Bedürfnisse	100,0	100,0		
Anpassung der Familie	100,0	100,0	92,0	92,0
Das Älterwerden der Eltern			68,0	84,0
Coping der Familie	96,0	100,0		
Beratung/Unterstützung der Familie	100,0	100,0	96,0	100,0
Beratung/Unterstützung für nicht Familienangehörige			92,0	100,0
Tod			96,0	96,0
Schulungen/Training der Familie	96,0	100,0		
Schulungen/Training für nicht Familienangehörige	88,0	92,0	80,0	92,0
Die Kommunikation zwischen dem Team und dem externen Versorger erleichtern	100,0	100,0		
Das Funktionieren der Familie	96,0	100,0	88,0	100,0
Suizidgefühle	96,0	100,0	88,0	96,0
Gruppenberatung	100,0	100,0		
Krankheit von Familienmitgliedern			80,0	88,0
Sozialarbeiter trifft sich mit nicht Familienangehörigen (z.Bsp. Arbeitgeber, Team, etc.)	100,0	96,0	88,0	92,0

der Nachbeobachtung verloren gehen			87,5	96,0
Die Perspektive eines Sozialarbeiters beibehalten	96,0	100,0	92,0	100,0
Menschen/Familie, die verantwortlich sind für die zukünftige Betreuung des Patienten	96,0	100,0		
Bereitstellung eines Feedback für Familie/andere	96,0	100,0		
Reaktionen der Familie	100,0	100,0	92,7	100,0
Isolationsgefühl	100,0	100,0		
Soziale Isolation			100,0	100,0
Bürde des Sozialarbeiters	86,4	84,0	86,4	88,0
Das Stigma einer RMV			91,7	96,0
Rückzug	91,7	96,0	91,7	96,0
Schriftliche Berichte und Briefe über den Zustand des Patienten	96,0	100,0		

14. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name:	Sarah Hörl, geb. Behle
Geburtsdatum:	31.10.1981
Geburtsort:	Freital
Nationalität:	Deutsch
Familienstand:	verheiratet

Berufserfahrung:

seit 01/2011	Beginn der klinischen Tätigkeit als Assistenzärztin
--------------	---

Hochschulausbildung:

06/2010	Studium der Humanmedizin an der LMU München Approbation als Ärztin
2004 – 2010:	Klinischer Studienabschnitt
2002 - 2004:	Vorklinischer Studienabschnitt
10/ 2001 – 03/ 2002:	Grundstudium der Soziologie an der LMU München

Schulbildung:

1998 - 2001	Franz-Marc Gymnasium in Markt Schwaben
1992 - 1998	Johann-Andreas-Schubert Gymnasium in Dresden
1988 – 1992	Polytechnische Oberschule "Oskar Mai" in Dresden