



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-
Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V.**

Abschlussbericht

Projekt 193

**Entwicklung eines ICF Core Sets Sucht mit Teilmodulen zu
den Versorgungsbereichen *Beratung & Vorsorge, Entgiftung,
Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation***

Oktober 2016

Dr. phil. Angela Buchholz
Maren Spies, Dipl.-Psych.
Dr. med. Robert Stracke
Robert Meyer-Steinkamp, Dipl.-Psych.

Abschlussbericht

Projekt 193

Entwicklung eines ICF Core Sets Sucht mit Teilmodulen zu den Versorgungsbereichen *Beratung & Vorsorge, Entgiftung, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation*

Kontaktdaten:

Dr. med. Robert Stracke
Fachklinik Hansenbarg
Alida Schmidt Stiftung
Franz-Barca-Weg 36
21 271 Hanstedt bei Buchholz/ Hamburg
Tel: 04184 899 - (0) 122
E-Mail: stracke.fkh@alida.de

Robert Meyer-Steinkamp,
Dipl.-Psych.
Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld
Jenfelder Straße 100
22045 Hamburg
Tel: 040 654 096 66
E-Mail: meyerst.tgj@alida.de

Dr. phil. Angela Buchholz und
Maren Spies, Dipl.-Psych.
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52; 20246 Hamburg
Tel: 040 7410 57705,
E-Mail: a.buchholz@uke.de

Inhalt

1. Einleitung	4
1.1 Theoretischer Hintergrund	4
1.2 Fragestellung / Studienziel	6
2. Durchführung der Studie	7
2.1 Voraussetzungen	7
2.2 Methode	7
2.2.1 Studiendesign und Übersicht über Projektschritte	7
2.2.2 Vorbereitungsphase	8
2.2.3 Phase I: Konsensuskonferenz	14
2.2.4 Phase II: Praxistest	15
3. Ergebnisse	15
3.1 Vorbereitungsphase	15
3.1.1 Erstellung des Kategorienpools	15
3.1.2 Rating der Kategorien	19
3.2 Phase I: Konsensuskonferenz	25
3.2.1 Basismodul	26
3.2.2 Bereichsspezifische Module	26
3.2.3 Nachbereitung	31
3.3 Phase II: Praxistest	32
4. Diskussion	35
5. Ausblick	37
Literaturverzeichnis	38
Anhang A: Erfolgte und geplante Publikationen	40
Anhang B: Kurzmanual: Modulares ICF Core Set für Substanzbezogene Störungen	41
Anhang C: Grafisch aufbereitete Module des MCSS	44
Anhang C.1: Modul Beratung	44
Anhang C.2: Modul Vorsorge	51
Anhang C.3: Modul qualifizierter Entzug	58
Anhang C.4: Modul Medizinische Reha	64
Anhang C.5: Modul Soziale Reha	76
Anhang D: Methodenanhang	83
Anhang E: Teilnehmer der Expertenworkshops und / oder der Konsensuskonferenz	88
Anhang F: Publikationen	90

1. Einleitung

1.1 Theoretischer Hintergrund

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, [1]) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt, um funktionale Gesundheit und mögliche Einschränkungen systematisch beschreiben zu können. Als Schwesterklassifikation der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, [2]) soll sie eine Sprache und ein Kategoriensystem zur Verfügung stellen, in dem Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem und Lebensalltag erfasst werden kann. Das bio-psycho-soziale Modell (siehe Abbildung 1), auf dem die ICF basiert, beschreibt die Funktionsfähigkeit eines Mensch als Produkt aus dem Zusammenspiel verschiedener Ebenen, sog. Komponenten: den Körperfunktionen und Strukturen, Aktivitäten und Teilhabe, und den Kontextfaktoren, die sich wiederum aufgliedern in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren.



Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (WHO, 2005)

Eine zentrale Bedeutung kommt der Komponente „Aktivitäten und Teilhabe“ zu, anhand derer beschrieben werden kann, welche Alltagshandlungen ein Mensch mit einem bestimmten Gesundheitsproblem ausführen und inwieweit er am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Letzteres wird nicht nur als Folge der Erkrankungen gesehen, sondern auch als Funktion der Umweltfaktoren, die die Funktionsfähigkeit entweder fördern oder (zusätzlich) einschränken können. Auf diese Weise wird durch die Konzeption von Funktionsfähigkeit als soziales Konstrukt eine ganzheitliche Betrachtung unterstützt, in der relevante Kontextfaktoren in der Behandlung berücksichtigt werden. Durch den Fokus auf der Teilhabe fördert die ICF außerdem die Patientenorientierung: Teilhabeziele im Sinne der ICF können interindividuell unterschiedlich sein, weshalb die Perspektive der Betroffenen unverzichtbar ist.

Darüber hinaus stellt die ICF ein einheitliches Sprach- und Codesystem zur Verfügung, das nicht nur die interprofessionelle Kommunikation verbessern soll, sondern auch eine standardisierte Klassifikation gesundheitsbezogener Informationen ermöglicht. Mit Ausnahme der personbezogenen Faktoren finden sich alle Komponenten des biopsychosozialen Modells in der ICF wieder: Die Komponente Aktivitäten und Teilhabe (d) lässt sich aufteilen in Kapitel (z. B. d1 Lernen und Wissensanwendung) und schließlich einzelne Kategorien (z. B. d110 Zuschauen).

Mit ihren 1424 Kategorien und der mehrdimensionalen Perspektive bietet die ICF die Möglichkeit, komplexe gesundheitsbezogene Zustände abzubilden und ist somit ein wertvolles Hilfsmittel für die Behandlung. Jedoch erweist sich die praktische Handhabung der ICF aus den gleichen Gründen als sehr komplex [3]. Aktuelle Daten zur Implementierung der ICF aus dem Bereich Sucht- und Psychosomatischer-Reha zeigen, dass die ICF in der Praxis nicht annähernd flächendeckend angewendet wird [4]. Um die praktische Handhabung der ICF zu vereinfachen, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Konzept der sog. ICF Core Sets entwickelt [5]. Bei diesen handelt es sich um Listen, die nur diejenigen Kategorien aus der ICF beinhalten, die zur Beschreibung eines bestimmten Krankheitsbildes relevant sind. ICF Core Sets können sowohl auf Indikationen zugeschnitten werden, als auch auf Versorgungsbereiche (z.B. Akut- und Postakutversorgung).

Auch für den Bereich der Suchthilfe hat die Anwendung der ICF ein besonderes Potenzial. Problembereiche der Patienten äußern sich oft auf vielen verschiedenen Ebenen, daher ist eine mehrdimensionale Betrachtungsweise für eine gute Behandlungsplanung unerlässlich. Dieser multiprofessionelle Hilfeansatz benötigt eine für alle verständliche Kommunikation zwischen unterschiedlichen Hilfeanbietern, Kostenträgern und auch mit den Betroffenen selbst. Dies stellt aber eine große Herausforderung dar: Erfahrungsgemäß verlieren sich in diesem System oft die ursprünglichen Ziele eines Betroffenen, was eine teilhabeorientierte Arbeit erschwert. Eine einheitliche Sprache, kombiniert mit einem für alle Parteien nützlichen und anwendbaren Instrumentarium, würde diesen Informations- und Ressourcenverlust minimieren. Ein ICF-Core Set könnte diese übergreifende Kommunikation erleichtern. Für den Bereich der substanzbezogenen Störungen bestehen in Deutschland bereits Vorarbeiten zur Entwicklung eines ICF Core Sets. So hat die ICF-AG des Fachverbandes Sucht (FVS) und des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) die Entwicklung eines ICF Core Sets Sucht initiiert und vorangetrieben [6]. Im Raum Hamburg wurde darüber hinaus für die Erstellung des Hamburger Hilfeplans ein Kategorien-Set für die Eingliederungshilfe entwickelt.

Das deutsche Suchthilfesystem kann in verschiedene Versorgungssektoren (siehe Tabelle 1) eingeteilt werden, die an unterschiedlichen Erkrankungsstadien hilfreich sein können, sich in Intensität, Kostenträgerschaft und Inhalten unterscheiden und daher z. T. unterschiedliche Zielsetzungen und Schwerpunkte aufweisen [7].

Tabelle 1: Versorgungsbereiche des Suchthilfesystems in Deutschland

Versorgungsbereich	Zielsetzung / Maßnahmen
Beratung	Beratung, Motivation, Weitervermittlung
Entgiftung / qualifizierter Entzug	Körperlicher Entzug mit therapeutischer Unterstützung
Vorsorge	Eingliederungshilfe I: Stabilisierung, Orientierung und Motivation zu weiterführenden Maßnahmen
Medizinische Reha (I+II)	Entwöhnung / Adaption
Soziale Reha	Eingliederungshilfe II: Förderung der Teilhabe und Integration bei stabilisierter Abstinenz

Für die unterschiedlichen Bereiche könnten demnach auch unterschiedliche Kategorien der ICF relevant sein. Weiterhin könnten sich der notwendige, der in der Praxis machbare Umfang, oder die notwendige Detailliertheit der erfassten Informationen unterscheiden. Analog zur aktuellen ICF Core Set Entwicklung erscheint es vor diesem Hintergrund hilfreich, für die verschiedenen Bereiche des Versorgungssystems unterschiedliche Module mit einer Schnittmenge an für alle relevanten Kategorien zur Verfügung zu stellen.

1.2 Fragestellung / Studienziel

Ein zentrales Ziel des vorliegenden Projektes war es daher, ein ICF Core Set zu entwickeln, welches nicht nur auf die Indikation Sucht zugeschnitten ist, sondern auch auf die verschiedenen Versorgungsbereiche des Suchthilfesystems. Ein ICF Core Set mit verschiedenen Modulen kann sehr spezifisch diejenigen Problembereiche erfassen, die für die Patienten im jeweiligen Behandlungssetting am wichtigsten sind. Somit wäre es nicht nur praxisnäher, sondern durch den verminderten Umfang auch anwenderfreundlicher. Im Rahmen der Projektdurchführung sollte auf die bereits bestehenden Vorarbeiten soweit wie möglich zurückgegriffen werden. Im Einzelnen ergaben sich daraus die folgenden Fragestellungen:

1. Welche Kategorien der ICF sind relevant, um Personen mit Abhängigkeitserkrankungen zu beschreiben?
2. Welche ICF-Kategorien sind für alle Versorgungssektoren relevant?
3. Welche Kategorien sind in einzelnen Versorgungssektoren besonders relevant?
4. Ist das entwickelte modulare Core Set in den verschiedenen Versorgungssektoren anwendbar und plausibel?

2. Durchführung der Studie

2.1 Voraussetzungen

Der Vorstand des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. hat im Frühling 2015 den Projektantrag beraten und das Projekt bewilligt. Nach organisatorischen Vorarbeiten startete das Projekt am 01. April 2015. Die Laufzeit betrug zunächst 12 Monate. Im September 2015 wurde eine kostenneutrale Verlängerung um drei Monate beantragt, da sich der Projektverlauf aufgrund eines zusätzlich eingeführten Arbeitsschrittes sowie einer verlängerten Datenerhebungsphase verzögerte. Das Projekt endete am 31. Juni 2016 nach einer Gesamtlaufzeit von 15 Monaten.

2.2 Methode

2.2.1 Studiendesign und Übersicht über Projektschritte

Die beantragte Studie war querschnittlich angelegt und enthielt sowohl qualitative und quantitative Teile (Mixed-Methods Design). Angelehnt an den *Core Set Development Guide* der *ICF Research Branch* [8] wurden die bestehenden Vorarbeiten systematisch integriert, erneut überprüft und um die Patientenperspektive ergänzt. Das Projekt bezieht sich modellhaft auf den Hamburger Raum; vor allem in die späteren Projektschritte (Konsensuskonferenz und Praxistest) wurden jedoch auch bundesweit Experten einbezogen und das Projekt somit auf eine breitere Basis gestellt.

Die Studie gliedert sich in eine dreischrittige Vorbereitungsphase und zwei Konsolidierungsphasen (siehe Abbildung 2). In der Vorbereitungsphase sollten zunächst alle ICF-Kategorien identifiziert werden, die zur Beschreibung von Funktionsfähigkeit von Patienten mit substanzbezogenen Störungen relevant sein können. Bei der Identifikation von Kategorien wurden existierende Vorarbeiten integriert und von Experten aus der Suchthilfe sowie Patienten auf ihre Relevanz hin bewertet. Zusätzlich wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und ausgewertet. Abschließend wurde das ICF Core Set in 4 Expertenworkshops für die verschiedenen Versorgungsbereiche (*Suchtberatung, Vorsorge, Entgiftung / qualifizierter Entzug, Medizinische Rehabilitation, Soziale Rehabilitation*) spezifiziert. Es folgten eine Konsensuskonferenz (Phase I) sowie ein Praxistest (Phase II).

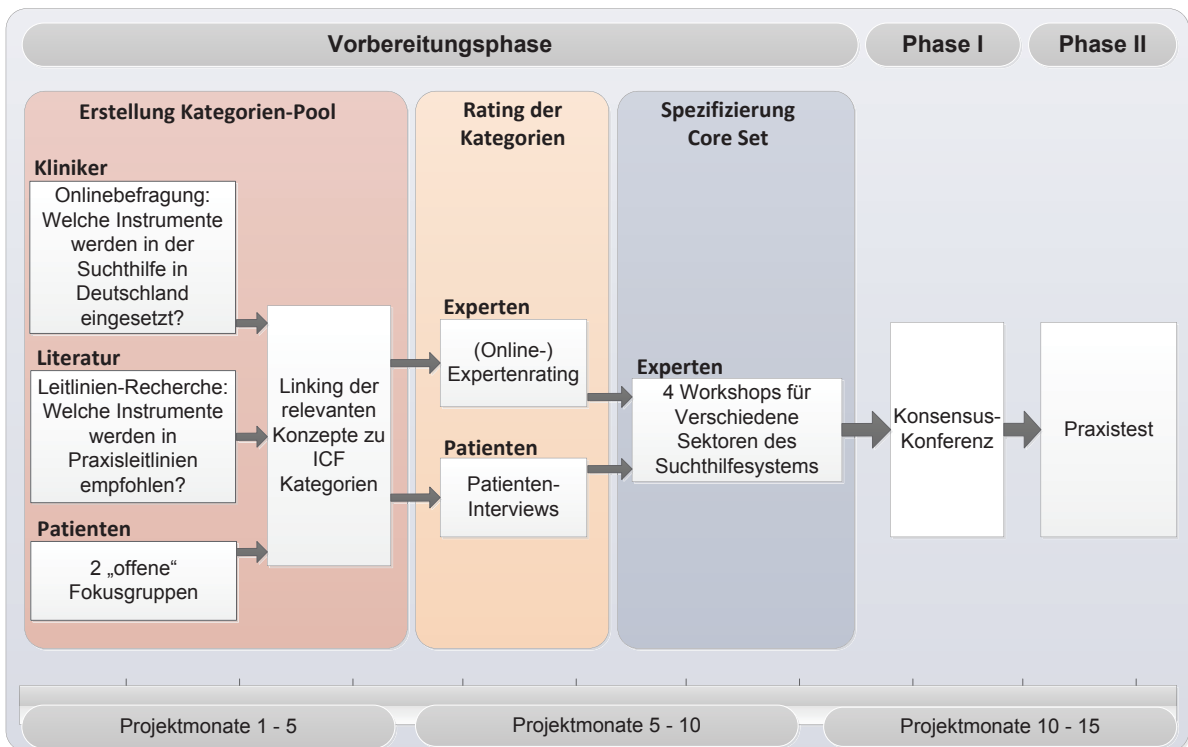


Abbildung 2: Übersicht über die Projektplanung

2.2.2 Vorbereitungsphase

2.2.2.1 Erstellung des ICF-Kategorien-Pools

Bei der Erstellung des Kategorienpools aus bestehenden Vorarbeiten und mit Integration der unterschiedlichen Perspektiven (Suchthilfe, Literatur, Patienten) wurde zunächst auf ein möglichst sensitives Vorgehen geachtet, da keine Kategorien übersehen werden sollten.

Perspektive der Literatur

Ziel der Leitlinienrecherche war es, diejenigen Instrumente zu identifizieren, die in Behandlungsleitlinien zu substanzbezogenen Störungen empfohlen werden. Hierfür wurden zunächst Praxisleitlinien für die Behandlung alkoholbezogener Störungen aus Deutschland, Großbritannien, Australien und den USA nach standardisierten Messinstrumenten durchsucht. Die in der Suche verwendeten Quellen sind in Tabelle 2 dargestellt. Einschlusskriterien für die Instrumente waren, dass sie in mindestens einer der Leitlinien empfohlen wurden, im Bereich substanzbezogener Störungen einsetzbar und auf in englischer oder deutscher Sprache verfügbar sein sollten. Ausgeschlossen wurden Instrumente für den Kinder- und Jugendbereich sowie Screenings und Instrumente, die ausschließlich zu diagnostischen oder epidemiologischen Zwecken entwickelt wurden. Skalen, die ausschließlich das Entzugssyndrom erfassten, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Tabelle 2: Quellen der Leitlinienrecherche

Webseiten
http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html
http://www.leitlinien.de/
http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library
http://www.guideline.gov/
http://www.tripdatabase.com/
http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelinesrecommendations/index.html

Perspektive aus der Suchthilfe (Kliniker)

In diesem Projektschritt erfolgte eine querschnittlich angelegte Onlinebefragung. Die Befragung erfolgte anonym mit der Online-Befragungssoftware EFS Survey. Ziel der Befragung war, einen Überblick über Messinstrumente zu erhalten, die in der deutschen Suchthilfe häufig eingesetzt wurden. In die Befragung eingeschlossen wurden Einrichtungen im bundesdeutschen Raum, die Behandlung und / oder Beratung für Betroffene mit substanzbezogenen Störungen anbieten. Die Onlinebefragung enthielt neben einer Abfrage soziodemographischer Informationen und Angaben über die beantwortende Einrichtung im Hauptteil eine Auflistung von Messinstrumenten, die im deutschsprachigen Raum verfügbar und in der Beratung und Behandlung substanzbezogener Störungen einsetzbar sind. Die Auswahl stammte aus dem Elektronischen Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) [9] [10]. Ergänzt wurde die Liste von einer Reihe ICF-basierter Assessments, die aus einem Review zu ICF-basierten Verfahren für die Indikation psychischer Störungen stammen [11], sowie um Instrumente, die in deutsch- oder englischsprachigen Praxisleitlinien für die Suchtbehandlung empfohlen werden (siehe oberer Abschnitt; [12]). Für jedes Assessment sollte angegeben werden, ob es in der eigenen Einrichtung (oder Abteilung) routinemäßig für alle Patienten, indikativ oder überhaupt nicht eingesetzt wird. In Freitextfeldern konnten nicht in der Befragung enthaltene Assessments ergänzt werden. Zur Gewinnung von Teilnehmern wurden deutsche Suchtfachgesellschaften um ihre Unterstützung gebeten (Fachverband Sucht (FVS), Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS), Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS)). Über die Mailverteiler dieser Fachgesellschaften wurden die Mitglieder der Fachgesellschaften angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen. Zudem wurden die Mitglieder gebeten, die Einladung zur Studie an interessierte Kollegen weiter zu geben. Die Teilnahme erfolgte über einen in der E-Mail versendeten Link.

Perspektive der Patienten

Im Rahmen zweier Fokusgruppen wurden Patienten mit substanzbezogenen Störungen zu relevanten Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen befragt, die aus ihrer Sicht bedeutsam sind. Die Studienteilnehmer wurden in der Fachklinik Hansenbarg, in der Therapeutischen Gemeinschaft

Jenfeld, in der Fachklinik Hamburg-Mitte, in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll und in der Alkoholambulanz, sowie im qualifizierten Entzug des Universitätsklinikum Eppendorf rekrutiert. Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, wenn sie die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllten und in der Vorgeschichte an mindestens einer Suchtbehandlung teilgenommen hatten. Die Volljährigkeit der Patienten sowie ausreichende Deutschkenntnisse waren ebenfalls Teilnahmevoraussetzungen. Weiterhin sollten verschiedene Versorgungsbereiche repräsentiert sein, in denen die Teilnehmer derzeit behandelt wurden (Suchtberatung, Vorsorge, qualifizierter Entzug, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation). Die Teilnehmeranzahl der geplanten Fokusgruppen war mit jeweils sieben vorgesehenen Teilnehmern an den Empfehlungen im Core Set Development Guide orientiert [8]. Bei der Zusammensetzung der Patienten für die Fokusgruppen wurde ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis angestrebt. Die Teilnehmer gaben ihr Alter, Geschlecht, die primäre Problemsubstanz sowie die Dauer ihrer Abhängigkeitserkrankung und die Anzahl der bisher erfolgten Suchtbehandlungen an. Zwei erfahrene Psychotherapeuten (Robert Meyer-Steinkamp, Angela Buchholz) klärten die Teilnehmer bezüglich der Untersuchungsziele auf und stellten kurz das bio-psycho-soziale Modell der ICF vor. Im weiteren Verlauf moderierten die Psychotherapeuten die Diskussion abwechselnd, wobei sie möglichst wenig in die Diskussion eingriffen. Ansatzpunkte für die Diskussion waren Probleme, die die Teilnehmer in ihrem Alltag im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung erleben, strukturiert nach den Komponenten der ICF [8]. Nach Abschluss der Fokusgruppe erhielten die Teilnehmer eine Aufwandsentschädigung. Geplant waren je eine Fokusgruppe für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und eine Fokusgruppe für Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen (Heroin, Kokain, Cannabis). Die Fokusgruppen wurden durch eine Studentin der Psychologie protokolliert. Zusätzlich wurden die Fokusgruppen mithilfe eines Audiogeräts aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Patienten wurden dazu angehalten, während der Diskussion nicht ihre Namen zu nennen. Im Falle von Namensnennungen wurden diese im Rahmen der Transkription anonymisiert.

Integration der Ergebnisse

Grundlage für die Integration der Ergebnisse bildeten die Vorarbeiten, auf denen das Projekt basierte. Es wurden diejenigen Kategorien extrahiert, die in diesen bereits als für Suchterkrankungen relevant ausgewählt worden waren. Folgende Vorarbeiten wurden dabei als Quellen genutzt:

- Die Kategorien des generischen Core Sets der ICF Research Branch
- Alle Core Sets der ICF Research Branch, die für den Bereich psychischer Störungen erschienen sind (Depression, bipolare Störung)
- Die Kategorien, die die ICF AG des Fachverbands Sucht und des Bundesverbands für stationäre Suchtkrankenhilfe für den Bereich Sucht-Rehabilitation zusammengestellt hatten [6], Stand 2014
- Die Kategorien des Handbuchs für Berichte in der Hamburgischen Eingliederungshilfe

- Kategorien, die in ICF-basierten Assessments enthalten sind, die für den Bereich psychischer Störungen entwickelt wurden und deren Manuale einen Rückschluss auf einzelne ICF-kategorien zulassen (MATE-ICN [13], AT-50 Psych [14], ICF Psych A&P [15])

Eine um Dopplungen bereinigte Zusammenstellung von ICF-Kategorien bildete die Grundlage zur Integration der weiteren Ergebnisse. Für die Ergebnisintegration der weiteren Arbeitsschritte (Online-Befragung, Patientenfokusgruppen, Literaturrecherche) wurden die sog. *Linking rules* [16] verwendet. Die linking rules bilden ein Regelsystem, um Inhalte zu Kategorien der ICF zuzuordnen. Die vier Hauptschritte des Verlinkungsprozesses sind in Abbildung 3 dargestellt: Zunächst wird ein Instrument bzw. Transkript vorbereitet, in dem die Testitems oder Inhalte getrennt aufgelistet werden. Dann wird jeder Inhalt in seine kleinste Bedeutungseinheiten unterteilt (sog. *meaningful concept*, MC). Hierbei kann ein einzelner Satz mehrere MCs enthalten (siehe Abbildung 3). Anschließend wird jedes MC zu derjenigen ICF-Kategorie zugeordnet, die am besten deren Inhalt abbildet. Dieser Schritt wird von zwei unabhängigen Beurteilern durchgeführt und anschließend die Beurteilerübereinstimmung berechnet. Als Maß der Interrater-Übereinstimmung wurde Cohens Kappa berechnet. Anschließend wird in einem letzten Schritt ein sog. *Konsens-linking* durchgeführt, in dem für alle MCs mit fehlender Übereinstimmung eine gemeinsame Entscheidung getroffen wird.

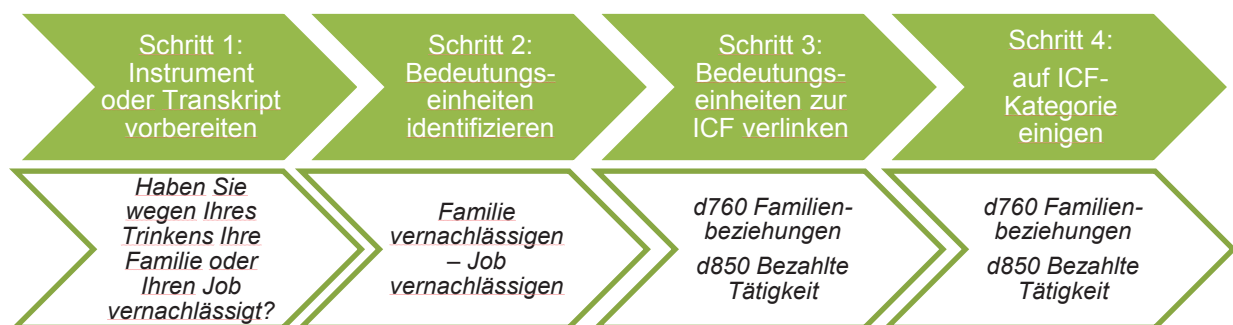


Abbildung 3: Schritte der Linking Rules

Abschließend wurden alle identifizierten ICF-Kategorien in einer gemeinsamen Liste integriert und doppelte Kategorien entfernt. Der so entstandene Kategorien-Pool bildete die Grundlage für die nachfolgenden Arbeitsschritte.

2.2.2.2 Rating der Kategorien

In diesem Arbeitsschritt sollte jede Kategorie des zuvor zusammengestellten ICF-Kategorien-Pools durch Experten sowie Patienten in Bezug auf die Relevanz für substanzbezogene Störungen bewertet werden. Für Experten und Patienten wurde dabei ein unterschiedlicher methodischer Ansatz gewählt.

Expertenrating

Experten wurden mithilfe einer weiteren bundesdeutschen Onlinebefragung gebeten, eine Einschätzung vorzunehmen. Die Onlinebefragungen wurden mithilfe der webbasierten Befragungs-Software EFS Survey (Unipark) erstellt. Teilnehmer der deutschlandweiten Online-Expertenratings wurden wiederum über die Fachverbände (buss, FVS, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS), Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS)) auf die Studie aufmerksam gemacht und per E-Mail zur Teilnahme eingeladen. Die Teilnahme erfolgte anonym. Teilnahmevoraussetzung war die berufliche Tätigkeit in der Suchthilfe, die während der Befragung erhoben wurde. Zusätzlich wurden die Teilnehmer gebeten, zu Beginn der Befragung einzuschätzen, wie viel Expertise sie im Umgang mit der ICF hatten. In der Befragung wurden alle ICF-Kategorien aus dem zusammengestellten Kategorien-Pool dargeboten. Mithilfe einer dichotomen Antwortskala wurden die Teilnehmer gebeten, eine Einschätzung vorzunehmen. Zusätzlich zu den Antwortoptionen *relevant* und *nicht relevant* gab es die Möglichkeit, *unsicher* zu wählen. Auf jeder Seite wurden Links zu Dokumenten mit zusätzlichen Erklärungen (z. B. Komponenten der ICF) und zur Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information angeboten, so dass die Teilnehmer bei Bedarf Informationen zur ICF nachlesen konnten. Abbildung 4 zeigt beispielhaft den Screenshot einer Seite der Online-Expertenbefragung.

Im Folgenden sehen Sie Kategorien der ICF-Komponente "Körperfunktionen".

Bitte geben Sie an, ob Sie die jeweilige Kategorie für relevant halten, um die funktionale Gesundheit von Menschen mit Abhängigkeitskrankungen zu beschreiben. Wenn Sie die Kernfragestellung nachlesen möchten, die Sie beim Beurteilen der Kategorien im Kopf haben sollten, klicken Sie bitte [hier](#).

Wenn Ihnen auf den folgenden Seiten der Inhalt einer Kategorie unklar ist, können Sie den Mauszeiger auf dem Namen der jeweiligen Kategorie verweilen lassen, dann erscheint ein Fenster mit zusätzlichen Informationen. Wenn Sie die Definitionen der verschiedenen ICF-Komponenten nachlesen möchten, klicken Sie bitte [hier](#).

b730 Funktionen der Muskelkraft	<input type="radio"/> relevant	<input type="radio"/> nicht relevant	<input type="radio"/> unsicher
b735 Funktionen des Muskeltonus	<input type="radio"/> relevant	<input type="radio"/> nicht relevant	<input type="radio"/> unsicher
b740 Funktionen der Muskelausdauer	<input type="radio"/> relevant	<input type="radio"/> nicht relevant	<input type="radio"/> unsicher
b750 Funktionen der motorischen Reflexe	<input type="radio"/> relevant	<input type="radio"/> nicht relevant	<input type="radio"/> unsicher
b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen	<input type="radio"/> relevant	<input type="radio"/> nicht relevant	<input type="radio"/> unsicher
b765 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen	<input type="radio"/> relevant	<input type="radio"/> nicht relevant	<input type="radio"/> unsicher

Abbildung 4: Screenshot der Onlinebefragung

Patientenrating

Alle Patienten, die zuvor an den Fokusgruppen teilgenommen hatten, wurden in der Folge zu einem strukturierten Einzelinterview eingeladen. In diesem Interview wurden ihnen die ICF-Kategorien des Pools von einer Studienmitarbeiterin präsentiert. Bei Rückfragen erklärte die Studienmitarbeiterin die Bedeutung der jeweiligen ICF-Kategorien. Die Patienten wurden dann um eine Einschätzung der Relevanz der jeweiligen Kategorie gebeten. Antwortoptionen waren analog zu dem Expertenrating *relevant*, *nicht relevant* und *unsicher*.

Ergebnisintegration

Die Auswertungen der Patienten- und Expertenratings erfolgten deskriptiv: es wurde der prozentuale Anteil an Zustimmung berechnet. Nach dem ICF Core Set Development Guide [8] können Kategorien mit mehr als 80 % Zustimmung als akzeptiert gelten, Kategorien mit 40 % Zustimmung oder weniger können hingegen aus dem ICF Core Set entfernt werden. Im Rahmen einer Konsensuskonferenz sollen besonders Kategorien mit einer Zustimmungsrate zwischen 40 % und 80 % diskutiert werden. Im Rahmen dieser Studie wurden jedoch vorab keine Kategorien entfernt. Als Resultat dieses Arbeitsschritts wurde die zuvor entwickelte Kategorienliste um die jeweiligen Zustimmungsraten von Experten und Patienten ergänzt und in dieser Form im folgenden Arbeitsschritt vollständig diskutiert. Tabelle 3 enthält eine Darstellung dieser Kategorienliste.

Tabelle 3: Auszug aus der ICF-Kategorienliste mit Zustimmungsraten

ICF-Kategorie			Rating	
Code	Level	Bezeichnung	Experten- rating in % (n= 30 – 48)	Patienten- rating in % (n= 10)
d760	2	Familienbeziehungen	100	100
		Inkl.: Eltern-Kind- und Kind-Eltern-Beziehungen, Beziehungen unter Kindern und Beziehungen zum erweiterten Familienkreis		
		d7600 3 Eltern-Kind Beziehungen	57.6	
		Auf natürliche Weise oder durch Adoption zu einem Elternteil zu werden oder dies zu sein, wie ein Kind zu haben und mit ihm in elterlicher Beziehung stehen oder eine elterliche Beziehung mit einem Adoptivkind aufbauen und aufrecht erhalten sowie dem eigenen Kind oder dem Adoptivkind physische, intellektuelle und emotionale Zuwendung geben		
		d7601 3 Kind-Eltern-Beziehung	57.6	
		Mit seinen Eltern Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie als junges Kind seinen Eltern gehorchen und sich als erwachsenes Kind um seine alten Eltern kümmern		
		d7602 3 Beziehungen unter Geschwistern	43.8	
		Eine geschwisterliche Beziehung zu einer Person aufzubauen und aufrecht zu erhalten, die ein oder beide Elternteile kraft Geburt, durch Adoption oder Heirat gemeinsam hat		
		d7603 3 Beziehungen zum erweiterten Familienkreis	24.2	
		Eine Familienbeziehung zu Mitgliedern des eigenen erweiterten Familienkreises aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie mit Cousins und Cousins, Tanten, Onkeln und Großeltern		

2.2.2.3 Spezifizierung des ICF Core Sets (Expertenworkshops)

Getrennt für die Versorgungsbereiche (1) Beratung & stationäre Vorsorge, (2) Entgiftung, (3) Medizinische Rehabilitation I & II (Entwöhnung & Adaption) und (4) Soziale Rehabilitation wurden Experten zu Expertenworkshops eingeladen. Die Sektoren Beratung und Vorsorge sowie Entwöhnung und Adaption wurden aus inhaltlichen und praktischen Überlegungen jeweils in einer Workshop-Gruppe diskutiert. Gemäß der maximum variation Strategie [17] und aufgrund des interprofessionellen Gedankens der ICF wurden Teilnehmer mit möglichst unterschiedlichem beruflichen Hintergrund eingeladen, die im jeweiligen Versorgungssektor tätig sind. Angestrebt waren ca. 7 Teilnehmer pro Workshop. Nach einer kurzen Einführung in das Projekt und Präsentation bisheriger Studienergebnisse wurde im Plenum offen über folgende Fragen diskutiert:

- Welchen Nutzen hat ein Core Set für den jeweiligen Arbeitsbereich?
- Wie sollte es gestaltet sein?
- Wie umfangreich sollte es sein?

Anschließend wurde den Experten die o. g. Kategorienliste (Tabelle 3) vorgelegt. Die Teilnehmer hatten Gelegenheit, die Liste durchzugehen und bei Bedarf Erfahrungen und Sichtweisen zu einzelnen Kategorien auszutauschen. Zur Priorisierung erhielten die Teilnehmer anschließend die Aufgabe, 40 Punkte auf Kategorien der gesamten Liste zu verteilen. Dabei war die Mehrfachvergabe von Punkten zur Verdeutlichung der Relevanz oder aber weil eine geringere Gesamtgröße des Core Sets favorisiert wurden (z.B. 20 anstatt 40 Kategorien) explizit erlaubt.

Zur Auswertung wurden jeweils die Relevanzbewertungen aus den einzelnen Expertenworkshops deskriptiv ausgewertet und so aufbereitet, dass sie eine Grundlage für die Konsensuskonferenz bildeten. Für eine vorläufige Zusammenstellung der bereichsspezifischen Module wurde ein Cut-off jedes Moduls bei einem Punktwert von ≥ 3 setzt. Das bedeutet, dass eine Kategorie innerhalb des jeweiligen Workshops mindestens drei Punkte bekommen haben muss, um ausgewählt zu werden. Dabei war es unerheblich, von wie vielen verschiedenen Teilnehmern diese Punkte kamen. Ergebnis dieses Arbeitsschritts waren somit vorläufige ICF Core Set Module, die dann in der Konsensuskonferenz diskutiert werden sollten. Diejenigen Kategorien, die von den Teilnehmern aller Workshops mindestens einen Punkt bekamen, also in allen Bereichen als relevant angesehen wurden, wurden zu einem vorläufigen Basismodul zusammengestellt.

2.2.3 Phase I: Konsensuskonferenz

Zur Konsensuskonferenz wurden alle Experten eingeladen, die an den vorherigen Arbeitsschritten beteiligt waren. Zusätzlich wurden Vertreter der relevanten Fachverbände, sowie Kostenträger und ICF-Experten aus dem wissenschaftlichen Bereich zur Teilnahme eingeladen. Im Rahmen der Veranstaltung wurden die bisherigen Studienergebnisse und eine vorläufige Zusammenstellung der Module vorgestellt. Eine Zusammenfassung der verfügbaren Materialien wurde darüber hinaus allen Teilnehmern im Vorfeld zur Vorbereitung zugeschickt. Neben der Diskussion der vorläufigen Module

wurden auch die Fragen zu Nutzen, Länge und Gestaltung des ICF Core Sets aus den Expertenworkshops erneut aufgegriffen und diskutiert. Resultat dieses Arbeitsschritts war eine konsentrierte Version des modularen ICF Core Sets.

2.2.4 Phase II: Praxistest

In einer abschließenden Anwenderprüfung wurde das modulare ICF Core Set Anwendern aus allen geprüften Versorgungsbereichen vorgelegt. In jedem Versorgungsbereich wurde anhand von 3 Fallvignetten geprüft, ob die ausgewählten Kategorien sinnvoll und vollständig sind, um die Funktionsfähigkeit dieser Patienten zu beschreiben. Die Teilnehmer des Praxistests wurden von den Klinikpartnern in deren Einrichtungen rekrutiert. Mithilfe der *think aloud*-Technik [18] wurden dabei die Hinweise der Anwender dokumentiert. Zusätzlich wurden Fragen zur Gestaltung, Verständlichkeit der Inhalte und Akzeptanz gestellt. Die Teilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung von 50€ pro Fall. Die Auswertung umfasste eine deskriptive Zusammenstellung der Kritikpunkte, die bei der Weiterentwicklung des modularen ICF Core Sets Berücksichtigung finden sollten.

3. Ergebnisse

3.1 Vorbereitungsphase

Die Vorbereitungsphase erfolgte im Zeitraum April 2015 bis April 2016 und war damit länger als ursprünglich geplant. Verzögerungen ergaben sich durch eine verlängerte Rekrutierungsphase in den Onlineerhebungen sowie durch die Terminplanung der Expertenworkshops. Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Schritte der Vorbereitungsphase dargestellt.

3.1.1 Erstellung des Kategorienpools

3.1.1.1 Perspektive der Literatur

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden insgesamt 13 relevante Praxisleitlinien identifiziert. In diesen Leitlinien wurden insgesamt 78 Instrumente für alkoholbezogene Störungen benannt, von denen 11 Instrumente¹ für den Verlinkungsprozess ausgewählt wurden. Insgesamt wurden 533 Items mithilfe der Linking Rules zu ICF-Kategorien verlinkt. In Abbildung 5 ist die Suchstrategie und Instrumentenauswahl dargestellt.

¹ Eingeschlossene Instrumente: Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) [21]; Short Alcohol Dependence Data (SADD) [22], Inventory of Drug taking situations (IDTS-8) [23]; Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES Version 8) [24]; Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) [25]; Alcohol and Drug Outcome Measure (ADOM) [26]; Severity Scale of Alcohol Dependence (SESA) [27]; das Alcohol Problems Questionnaire (APQ) [28]; Substance Dependence Severity Scale (SDSS) [29]; Measurements in the Addictions in Triage and Evaluation (MATE) [30]; Addiction Severity Index (ASI) [31];.

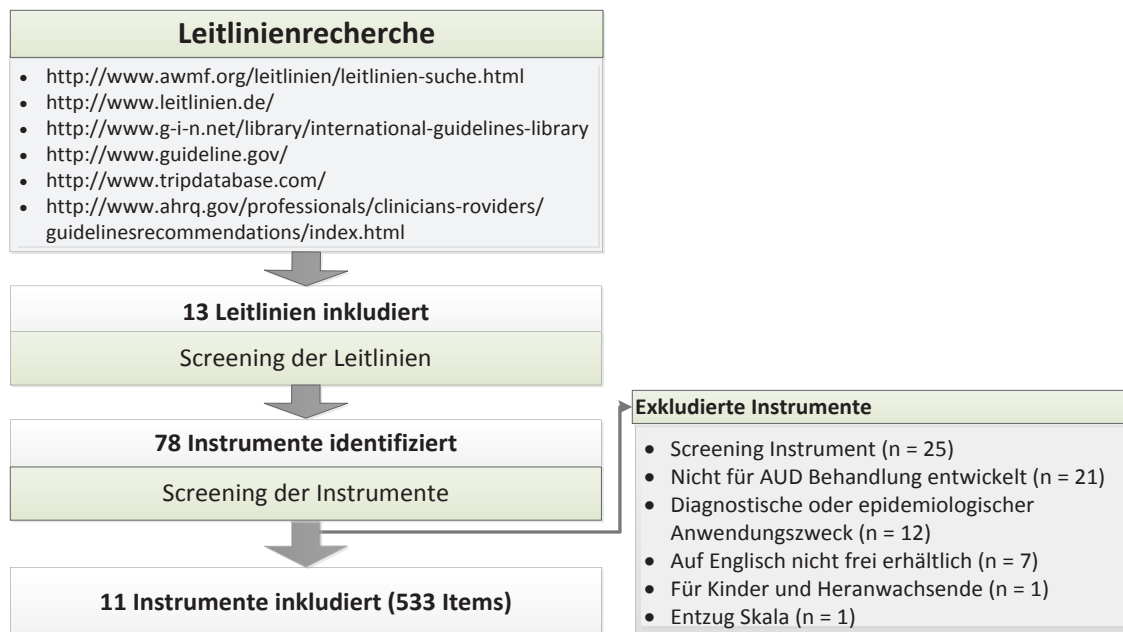


Abbildung 5: Leitlinienrecherche und Einschluss von Instrumenten

Die Auswertung des Verlinkungsprozesses ergab 773 *meaningful concepts* (MC). Von diesen konnten 443 MCs zu insgesamt 118 verschiedenen Kategorien der ICF verlinkt werden (siehe Abbildung 6).

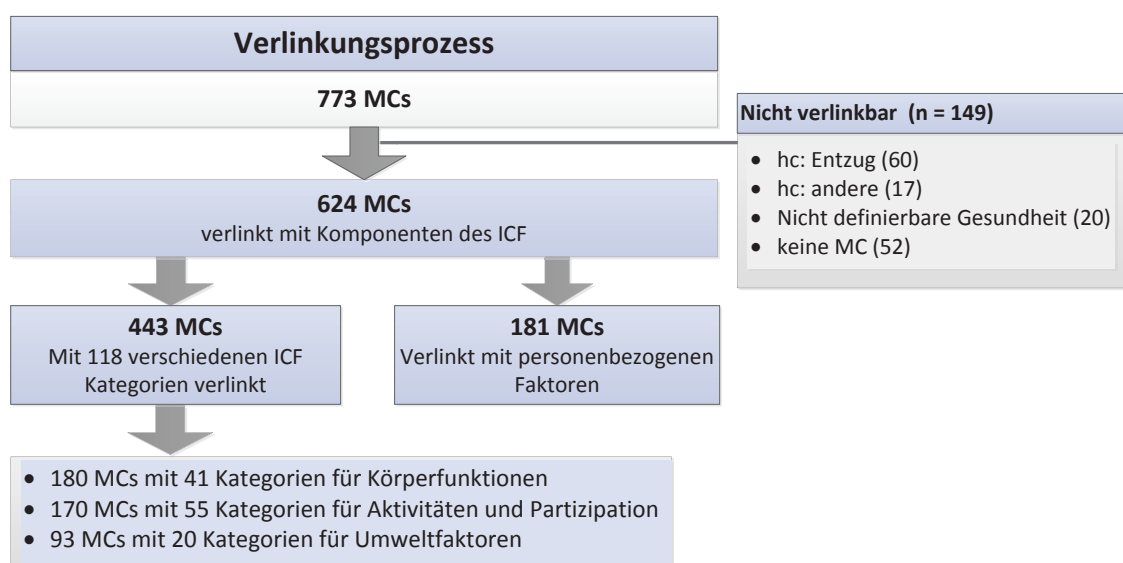


Abbildung 6: Verlinkungsprozess der Instrumente. Anmerkung: hc = health condition (Gesundheitsproblem)

Eine Recherche für andere als alkoholbezogene Störungen erfolgte ebenfalls, wurde aber lediglich überblicksartig ausgewertet. Gründe hierfür waren zum einen eine hohe Redundanz der benannten Instrumente und Konzepte, zum anderen aber auch fehlende Zeit.

3.1.1.2 Perspektive aus der Suchthilfe (Kliniker)

An der Onlinebefragung nahmen insgesamt $N = 177$ Personen stellvertretend für ihre Einrichtungen teil. Die meisten der Teilnehmer stammten aus dem psychologischen oder psychotherapeutischen Bereich (93.52 %), gefolgt vom sozialarbeiterischen (37; 20.9 %) und ärztlichen Bereich (23; 13 %; $n = 177$)². Die Teilnehmer arbeiteten zum Untersuchungszeitpunkt seit durchschnittlich 16,2 Jahren in der Suchthilfe (min. 5, max. 42 Jahre). Der Großteil von ihnen hatte eine leitende Funktion in ihrer Einrichtung, wie z. B. Klinikleitung oder therapeutische Leitung (103; 65.2 %). Das Inklusionskriterium (indikativer und/oder routinemäßiger Einsatz des Instruments von mindestens 10 % Teilnehmern) erreichten zwölf Instrumente³. Bei allen eingeschlossenen Instrumenten handelt es sich um Selbstbeurteilungsverfahren, die jedoch eine große Unterschiedlichkeit bezüglich ihres Zwecks und Umfangs aufweisen. Die Itemanzahl reicht von 4 bis zu 94. Es wurden sowohl indikationsunabhängige als auch störungsspezifische Instrumente benannt. Für die Ergebnisintegration wurde überblicksartig überprüft, ob sich zusätzlich zur Leitlinienrecherche weitere MCs und ICF-Kategorien ergaben. Aufgrund von zeitlichen Verzögerungen durch zunächst geringen Rücklauf konnten die Ergebnisse dieses Projektschrittes nicht wie geplant in die Entwicklung des Kategorien-Pools einfließen. Sie wurde jedoch zu einem späteren Zeitpunkt ausgewertet und an anderer Stelle publiziert [19]. Der entsprechende Artikel befindet sich in Anhang F.

3.1.1.3 Perspektive der Patienten

Die Patientenfokusgruppen fanden von Mai bis Juli 2015 statt. Insgesamt wurden drei Fokusgruppen durchgeführt: zwei Gruppen für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen ($n = 6$, $n = 10$); eine Gruppe für Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen ($n = 11$). Von den drei Fokusgruppen war eine ursprünglich als Probe-Fokusgruppe geplant. Da aber auch zu dieser Fokusgruppe Patienten zur Teilnahme gewonnen werden konnten und auch alle Abläufe so verliefen wie geplant, wurden die Daten der „Probe-Fokusgruppe“ ebenfalls mit ausgewertet. An den Fokusgruppen nahmen insgesamt 27 Probanden teil (74 % männlich). Das durchschnittliche Alter betrug 44.15 Jahre ($SD = 10.90$; Range 23–61). In den Gruppen der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen berichteten fünf (31 %) der Teilnehmer zusätzlich Probleme mit anderen Substanzen als Alkohol zu haben. In der Gruppe der Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen lag der Anteil derer, die mit mindestens zwei Substanzen Probleme hatten deutlich höher ($n = 9$; 90 %). Die meistgenannten

² Da es einige Abbrüche bei der Beantwortung des Onlinefragebogens gab, variiert die Teilnehmerzahl zwischen den Abschnitten bzw. zwischen einzelnen Fragen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtheit der Teilnehmer, die die jeweilige Frage beantwortet hat. Das N ist jeweils mit angegeben.

³ Eingeschlossene Instrumente: Beck-Depressionsinventar (BDI), Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R), Münchner Alkoholismustest (MALT), Trierer Alkoholismustest (TAI), CAGE, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST), Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit (KAZ-35), Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA), Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA), Trierer Inventar für Medikamentenabhängigkeit (TIM).

Substanzen innerhalb dieser Gruppe waren Kokain (n = 9, 81.8 %) und Opiate (n = 7, 63.6 %). Die durchschnittliche Konsumdauer der Hauptproblemsubstanz betrug 15.9 Jahre (*SD* = 8.5; Range 2.5–30). Die Teilnehmer hatten durchschnittlich bereits an 2.3 vorangehenden ambulanten und an 4.8 stationären Suchtbehandlungen teilgenommen.

Die Auswertung der Transkripte ergab 1338 MCs. Hierbei handelt es sich um die Zahl der insgesamt identifizierten MCs inklusive mehrfach vorkommender. Cohens Kappa als Maß der Übereinstimmung zwischen den Ratern im Linking-Prozess betrug .452 für die erste Fokusgruppe und .446 für die zweite Fokusgruppe sowie .421 für die dritte Fokusgruppe. Es konnten insgesamt 870 MCs zu 185 verschiedenen korrespondierenden ICF-Kategorien zugeordnet werden. Ein Überblick über die am häufigsten verlinkten Kategorien findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: Am häufigsten verlinkte Kategorien der Gesamtstichprobe

Code	ICF-Kategorie	n	%	Beispiel
e5800	Dienste des Gesundheitswesens	54	6.2	„Das Suchthilfesystem (...) hat mir etliche Male geholfen.“
b1644	Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen	52	6	„Und dann habe ich gesagt: ‚Ja, es gibt Probleme‘.“
b1301	Motivation	30	3.4	„Mich zu motivieren, bzw. generell so den ersten Schritt zu gehen.“
d5701	Ernährung und Fitness handhaben	26	3	„Eigentlich konnte man nach dem Duschen wieder duschen, weil man so fertig war davon.“
d5702	Seine Gesundheit erhalten	25	2.9	„Seit ich die Tabletten und so wieder nehme (...) kein Alkohol und so, habe ich auch keine mehr Anfälle gekriegt.“
b1521	Affektkontrolle	18	2.1	„Das war gar nicht mehr notwendig bestimmte Emotionen zu erleben oder zu ertragen, weil die Droge das im Notfall kompensiert hat.“

3.1.1.4 Integration der Ergebnisse

Die Integration der Ergebnisse erbrachte einen Kategorienpool von insgesamt 334 ICF-Kategorien, die in der zweiten Vorbereitungsphase von Patienten und Experten nach Relevanz bewertet werden konnten. In Abbildung 7 sind die Extraktionsschritte zusammenfassend dargestellt.

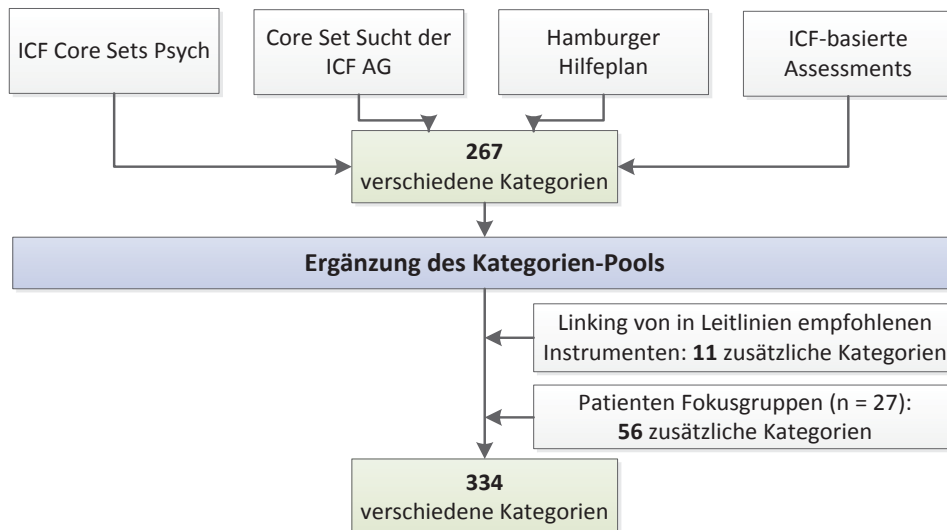


Abbildung 7: Zusammenstellung des ICF-Kategorien-Pools

3.1.2 Rating der Kategorien

3.1.2.1 Expertenrating

Insgesamt nahmen $n = 52$ Personen an der Onlineumfrage teil. Der Großteil der Teilnehmer stammt aus dem psychologischen / psychotherapeutischen Bereich (29; 55,8 %), gefolgt vom ärztlichen (12; 25 %), sozialarbeiterischen (5; 9,6%) und wissenschaftlichen Bereich (5; 9,6%). Durchschnittlich waren die Teilnehmer seit 17,9 Jahren beruflich im Suchtbereich tätig. Die Mehrheit der Befragten schätzte die eigene Expertise in Bezug auf die ICF als mittelmäßig bis gut ein (siehe Abbildung 8).

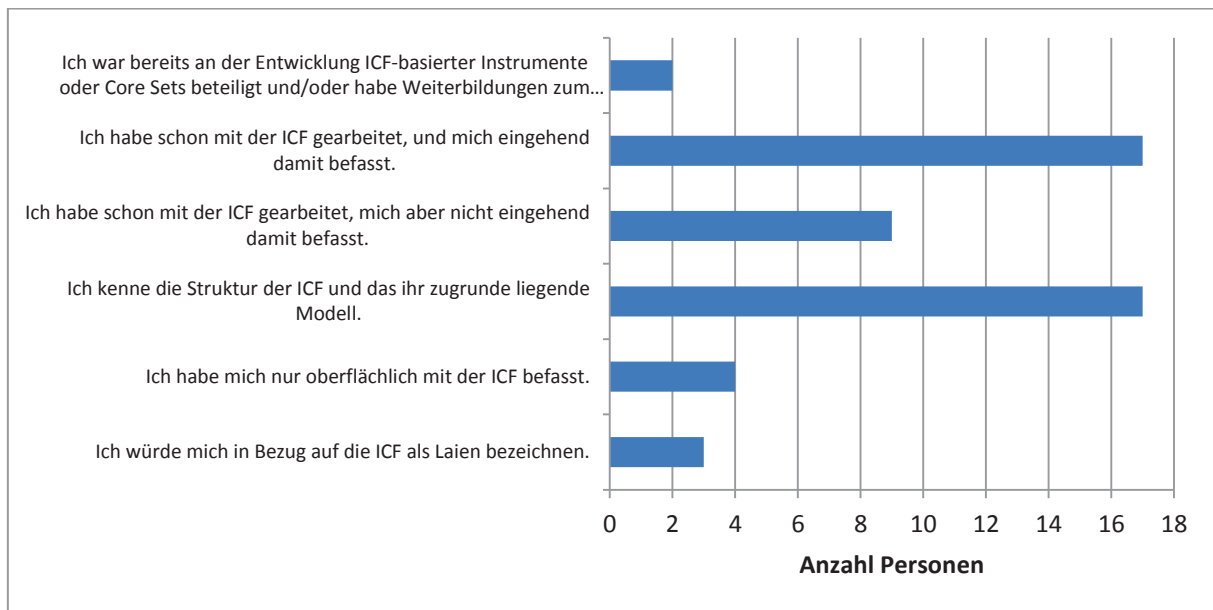


Abbildung 8: Selbst eingeschätzter Kenntnisstand zur ICF

3.1.2.2 Patientenrating

Von den 27 eingeladenen Teilnehmern nahmen $n = 10$ an dem Interview teil (3 mit primärer Problemsubstanz Alkohol, 7 illegale Drogen). Neun der Teilnehmer waren männlich. Aufgrund der hohen Anzahl an ICF-Kategorien wurde, anders als geplant, den Patienten eine verkürzte Version des Kategorienpools vorgelegt. Im Gegensatz zu den Experten wurden ihnen nur Kategorien vorgelegt, die zur 2. Ebene der Klassifikation gehörten. Von den insgesamt 160 Kategorien bekamen 124 Kategorien ein Relevanzrating von über 80% (d.h. min. 80% der Teilnehmer stuften die Kategorie als relevant ein).

3.1.2.3 Ergebnisintegration

In Abbildung 9 ist der Anteil an Zustimmung zu ICF-Kategorien von Patienten und Experten gegenübergestellt. In die Abbildung eingeschlossen sind dabei nur Kategorien der 2. Ebene ($n = 160$).

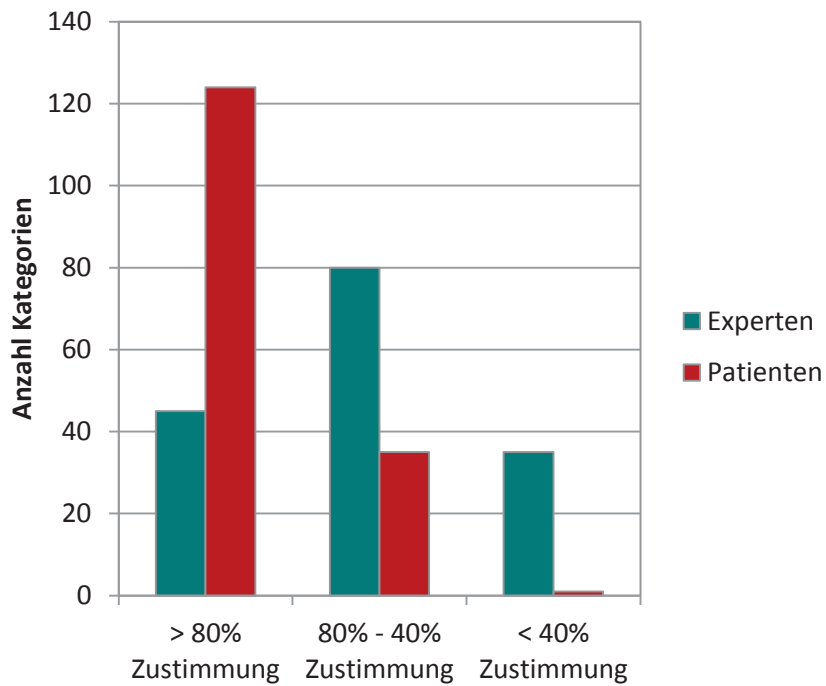


Abbildung 9: Anzahl der Kategorien mit < 80 %, 80 – 40 % und > 40 % Zustimmung innerhalb der Experten- und Patientenstichprobe.

In der Abbildung wird deutlich, dass die Patienten deutlich mehr Kategorien für relevant gehalten haben als die Experten. Über 120 der insgesamt 160 Kategorien wurden von mindestens 80 % der Patienten für relevant erachtet. Zustimmung von weniger als 40 % der Patienten bekamen hingegen nur einzelne Kategorien. Die Verteilung innerhalb der Expertenstichprobe zeigt ein anderes Bild: hier erreichten die meisten Kategorien eine mittlere Zustimmungquote von 40 – 80 %, und einem nicht unerheblichen Anteil an Kategorien wurde von weniger als 40 % der befragten Experten zugestimmt. Abbildung 10 zeigt die Verteilung der Zustimmungsraten der Experten für alle 334 Kategorien.

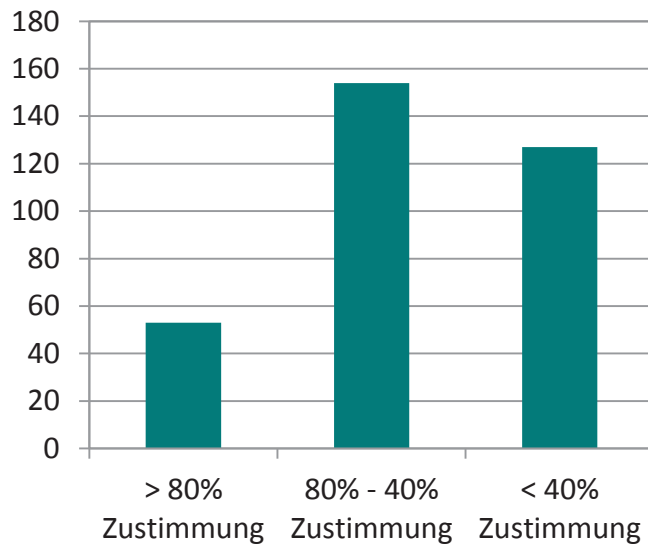


Abbildung 10: Anteil an Kategorien mit < 80 %, 80 – 40 % und > 40 % Zustimmung innerhalb der Expertenstichprobe. In die Abbildung eingeschlossen sind alle Kategorien (n = 334).

3.1.2.4 Spezifizierung in verschiedene Versorgungsbereiche

Für die Versorgungsbereiche Beratung (n = 3 Teilnehmer), Vorsorge (n = 3), Medizinische Rehabilitation (n = 8) und Soziale Rehabilitation (n = 3) wurden Expertenworkshops durchgeführt. Für den Qualifizierten Entzug musste der geplante Workshop aus organisatorischen Gründen durch Telefoninterviews ersetzt werden, die jedoch eng am Ablauf der Workshops orientiert waren. Den Teilnehmern wurden die Materialien, die den Teilnehmern der Workshops zur Verfügung gestellt wurden, im Vorfeld zugeschickt. Dann folgte ein ca. 1 stündiges Telefoninterview, das sich am Ablauf der Expertenworkshops orientierte. Für den Qualifizierten Entzug wurden n = 3 Telefoninterviews durchgeführt. Ein Überblick über die Teilnehmer, ihren Beruflichen Hintergrund oder ihre institutionelle Anbindung ist in Anhang C zu finden.

Ergebnisse der offenen Diskussionen

Im ersten Teil der Expertenworkshops wurden offene Diskussionen zu verschiedenen Aspekten in der Erstellung eines ICF Core Sets geführt. In Tabelle 5 sind die diskutierten Aspekte zum Thema „Nutzen eines ICF Core Sets“ zusammengestellt. Es zeigt sich, dass die Diskussionen in den einzelnen Workshops unterschiedliche Inhalte hervorbrachten. So wurde „Therapieziele individuell zuschneiden & formulieren“ in allen Gruppen als Vorteil diskutiert, während andere Themen (Vollständigkeit, Systematik der Problemerkfassung) nur in einem Teil der Gruppen diskutiert wurden. Die Tabelle sollte in jedem Fall nur als Zusammenfassung der besprochenen Inhalte interpretiert werden – Ein Rückschluss auf fehlende Relevanz nicht diskutierter Inhalt ist nicht zulässig.

Tabelle 5: Nutzen eines ICF Core Sets

	Workshop I Beratung & Vorsorge	Interviews Entzug	Workshop II Medizinische Reha	Workshop III Soziale Reha
Vollständigkeit / Systematik der Problemerkfassung	x			x
Erfassung von Teilhabe		x	x	
Zeigt Förderfaktoren und Barrieren auf				x
Integrierte Betrachtung dynamischer Zusammenhänge, Ganzheitlichkeit		x		x
Therapieziele individuell zuschneiden & formulieren	x	x	x	x
Interprofessionelle Kommunikation		x	x	
Kommunikation mit Weiterbehandlungseinrichtungen / Kostenträgern	x		x	
Längerfristige Behandlungsplanung (Informationen für die Weiterbehandlung sammeln)	x	x		

In Bezug auf die mögliche Gestaltung eines ICF Core Sets (Tabelle 6) wurden einige Vorschläge konträr diskutiert, die eine zentrale Bedeutung für die inhaltliche Gestaltung des Core Sets haben könnten: In zwei der Gruppen wurde vorgeschlagen, nur Kategorien der Komponenten *d Aktivitäten und Teilhabe* und *e Umweltfaktoren* zu integrieren. Auch die Gestaltung der Beurteilung einer vorliegenden Beeinträchtigung variierte: in zwei der Gruppen wurde für die Verwendung nur eines der beiden Beurteilungsmerkmale *Leistung* und *Leistungsfähigkeit* plädiert.

In Tabelle 7 sind verschiedene Vorstellungen aus den Expertenworkshops zum maximalen Umfang des ICF Core Sets dargestellt. Der benannte Umfang variiert hierbei zwischen 20 und 100 Kategorien, die in den unterschiedlichen Workshops als ausreichend betrachtet werden. Dabei wurde im Workshop zur Medizinischen Rehabilitation die höchste Anzahl an Kategorien benannt.

Tabelle 6: Gestaltung des ICF Core Sets

	Workshop I Beratung & Vorsorge	Interviews Entzug	Workshop II Medizinische Reha	Workshop III Soziale Reha
Kontinuität über Versorgungsbereiche hinweg	x	x		
Spezifität für Versorgungsbereich (Module)			x	x
Konzentration auf d- und e-Kategorien		x	x	
keine Unterscheidung in Leistung und Leistungsfähigkeit		x		(x)
Feld für individuelle Ergänzungen	x			x
Feld für Behandlungsmaßnahmen		x		
Digitale Version mit Erklärungen, die bei Bedarf eingesehen werden können				x
Behandlerperspektive und Patientenperspektive		x	x	
Überführbarkeit zu Dokumentations- oder Therapieschlüsseln, die im Arbeitsbereich benutzt werden			x	
Sprungregeln	x		x	
Verknüpfung mit sinnvoll einsetzbaren Ratings (um Veränderungen abzubilden)				x

Tabelle 7: Umfang des ICF Core Sets

	Max. Kategorienanzahl
Beratung	20
Vorsorge	30 - 60
Entzug	20 - 50
Medizinische Reha	50 - 100
Soziale Reha	24

Priorisierung

Die Ergebnisse der Priorisierung in den Expertenworkshops wurden deskriptiv ausgewertet. Es wurden Summen und Mittelwerte gebildet, die Kategorien nach Höhe ihres Ratings sortiert und die Ergebnisse der unterschiedlichen Workshops (bzw. Telefoninterviews) verglichen. Tabelle 8 zeigt einen Überblick über die Anzahl an Kategorien, die in den verschiedenen Workshops eine bestimmte Mindestpunktzahl erreichten. Diejenigen Kategorien, die von den Teilnehmern aller Workshops mindestens einen Punkt bekamen, also in allen Bereichen als relevant angesehen wurden, wurden zu einem vorläufigen Basismodul zusammengestellt.

Tabelle 8: Ergebnisse der Priorisierung in den Workshops

Expertengruppe	≥1	≥3	Konsens ¹	Max. Punkte ²	im Basis-modul ³	Modul
Beratung	60	14	10	2	4	10
Vorsorge	60	21	21	1	4	17
Qualifizierter Entzug	51	17	0	5	9	8
Medizinische Reha	119	55	2	2	9	45
Soziale Reha	51	18	11	3	8	10

¹Kategorien, die innerhalb der Gruppe von allen Teilnehmern ≥1 Punkt bekommen haben

²Maximale Punktzahl die eine Kategorie von einem Teilnehmer einer Gruppe bekommen hat

³Kategorien, die in allen Gruppen von je mindestens einem Teilnehmer ≥1 Punkte bekommen haben (innerhalb der Kategorien, die von der jeweiligen Gruppe ≥3 Punkte bekommen haben)

Da ein modulares Core Set in dieser Form eine Neuheit ist, standen bei der Zusammenstellung der Module verschiedenen Wege offen. Für die Konsensuskonferenz wurde zunächst eine Zusammenstellung gewählt, die den Cut-off jeden Moduls bei einem Punktwert von **≥3** setzt. Das bedeutet, dass eine Kategorie innerhalb des jeweiligen Workshops mindestens drei Punkte bekommen haben muss; dabei war es unerheblich, von wie vielen verschiedenen Teilnehmern diese Punkte kamen. Durch die höhere Teilnehmerzahl des Workshops für die Medizinische Rehabilitation ergab sich für diesen Bereich ein wesentlich längeres Modul; da im betreffenden Workshop aber auch eine wesentlich höhere maximale Anzahl an Kategorien akzeptiert wurde, wurde dies nicht korrigiert. Die Ergebnisse der Expertenworkshops wurden aufbereitet und Form von Handouts sowie einer PowerPoint-Präsentation den Teilnehmern der Konsensuskonferenz vorgestellt.

3.2 Phase I: Konsensuskonferenz

Die Konsensuskonferenz fand am 26.04.2016 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt. Zur Veranstaltung eingeladen waren alle Teilnehmer, die sich als Experten an vorangegangenen Projektschritten beteiligt hatten, sowie Vertreter der relevanten Fachverbände, Kostenträger und ICF-Experten aus dem wissenschaftlichen Bereich (n = 37). Im Rahmen der Veranstaltung wurden die bisherigen Studienergebnisse und eine vorläufige Zusammenstellung der Module vorgestellt. Im Rahmen der Konferenz wurden anschließend einige zentrale Themen diskutiert, u. A. die Festlegung der Auswahlkriterien für die Inhalte der Module. So bestand die Möglichkeit ein „Konsenskriterium“ anzulegen, d.h. nur Kategorien ins Basismodul aufzunehmen, die von den Experten **aller** Versorgungsbereiche min. einen Punkt bekommen hatten. Eine Alternative war das Kriterium einer bestimmten durchschnittlichen Punktzahl, unabhängig davon, aus welchen Bereichen diese stammten. Diese Kriterien, sowie im Projektverlauf deutlich gewordene „Konfliktpunkte“ (z.B. ob ein Modulares Core Set überhaupt sinnvoll oder ist ein herkömmlicher Aufbau nutzbringender ist, oder auch welche Komponenten der ICF in welchem Umfang im Core Set vertreten sein sollten) wurden mit den Teilnehmern diskutiert. Zur Konferenz erschienen n = 10 von 37 eingeladenen Teilnehmern. Eine Liste der Teilnehmer kann in Anhang C eingesehen werden. Aus jedem Bereich für den ein

Modul verabschiedet wurde, war mindestens ein Behandler anwesend. Am Ende der Veranstaltung konnte folgende Zusammenstellung für einen ersten Praxistest verabschiedet werden:

3.2.1 Basismodul

Beim Basismodul handelt es sich um eine bereichsübergreifende Liste, die alle Kategorien enthält, die von den Teilnehmern der Expertenworkshops mindestens 0.5 Punkte bekommen hatten. Dies traf auf 24 Kategorien zu. Auf der Konsensuskonferenz wurde aus pragmatischen Gründen zusätzlich entschieden, nur Kategorien der zweiten Klassifikationsebene in das Basismodul aufzunehmen. Daher wurden 3 Kategorien aus dem Basismodul gestrichen. Das Modul beinhaltet nach aktuellem Stand 21 Kategorien.

3.2.2 Bereichsspezifische Module

Bei den bereichsspezifischen Modulen handelt es sich um eine Auswahl derjenigen Kategorien, die von den Experten der Workshops (siehe *Modularisierung*) für einzelne Versorgungsbereiche eine bestimmte Mindestpunktzahl (≥ 3) bekommen haben. Von dieser Auswahl wurden die Kategorien des Basismoduls abgezogen, da dieses in jedem Versorgungsbereich ohnehin angewendet werden kann. Die übrigen Kategorien, die das Kriterium erfüllten, bilden das jeweilige bereichsspezifische Modul. In der Konsensuskonferenz konnten Vorschläge für Streichungen oder zusätzliche Kategorien gemacht werden. Das Modul Beratung hat derzeit 8 Kategorien, das Modul Vorsorge 9, das Modul soziale Rehabilitation 8, das Modul Medizinische Rehabilitation 41 und das Modul qualifizierter Entzug 4 Kategorien. Ein Überblick über die Expertenworkshops und die Konsensuskonferenz inklusive ihrer Ergebnisse gibt die Abbildung 11.

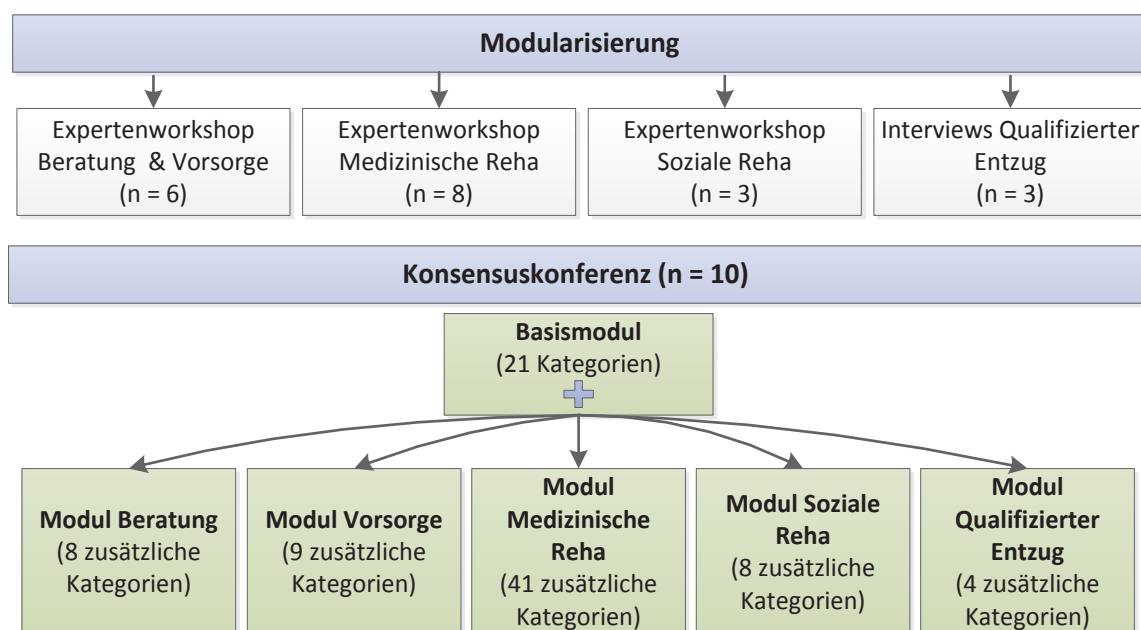


Abbildung 11: Ergebnisse der Konsensuskonferenz

Die Kategorien, die in die jeweiligen Module eingeschlossen wurden, sind in den Tabellen 9 – 14 dargestellt. Tabelle 9 zeigt das Basismodul, zusammengestellt nach dem Kriterium Mittelwert $\geq .5$. Enthalten sind nur Kategorien der 2. Ebene. Falls eine Kategorie der 3. Ebene einen Mittelwert $\geq .5$ erreicht hat, steht ein Hinweis hinter der jeweils übergeordneten Kategorie (z.B. „b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (inkl. Drang nach Suchtmitteln)“). Tabellen 10 - 14 sehen Sie die bereichsspezifischen Zusatzmodule, zusammengestellt nach 3-Punkte Kriterium: Die Kategorien müssen von den Teilnehmern der jeweiligen Workshops min. 3 Punkte bekommen haben. Das Feedback aus der Konsensuskonferenz wurde, wenn möglich, umgesetzt. Die entsprechenden Kategorien sind mit Kommentaren versehen.

Tabelle 9: Basismodul (21 Kategorien)

Code	ICF Kategorie	Konsens	M
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (inkl. Drang nach Suchtmitteln)	0	0.55
b152	Emotionale Funktionen	0	0.85
d175	Probleme lösen	1	0.8
d177	Entscheidungen treffen	1	0.8
d230	Die tägliche Routine durchführen	0	0.7
d310	Kommunizieren	1	0.65
d570	Auf seine Gesundheit achten	0	0.75
d610	Wohnraum beschaffen	1	0.95
d640	Hausarbeiten erledigen	1	0.85
d710	elementare interpersonelle Aktivitäten (inkl. Kritik in Beziehungen)	0	0.65
d720	komplexe interpersonelle Aktivitäten	1	0.85
d740	formelle Beziehungen (inkl. mit Autoritätspersonen umgehen)	0	0.5
d750	Informelle soziale Beziehungen	1	0.75
d760	Familienbeziehungen	1	1.2
d770	Intime Beziehungen	1	0.8
d845	eine Arbeit erhalten, behalten und beenden	1	1.1
d850	bezahlte Tätigkeit	1	0.65
d910	Gemeinschaftsleben	0	0.8
d920	Erholung und Freizeit	1	1.25
e320	Freunde	0	0.85
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	1	0.55

Legende: **M** gibt den Gesamtmittelwert der Kategorie über alle Teilnehmer an (n = 20). **Konsens** gibt an, ob eine Kategorien min. einen Punkt aus allen Versorgungsbereichen bekommen hat.

Tabelle 10: Modul Beratung (8 Kategorien)

Code	ICF Kategorie	Σ	M
b110	Funktionen des Bewusstseins (inkl. Delir, Bewusstseinsverlust) ^A	1	0.05
b1303	Drang nach Suchtmitteln		
b156	Funktionen der Wahrnehmung (inkl. Halluzinationen) ^A	-	-
b160	Funktionen des Denkens (inkl. Wahn) ^A	2	0.25
d240	mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	3	0.4
e310	Engster Familienkreis	3	0.4
e420	Individuelle Einstellungen von Freunden	3	0.4
e425	Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern	3	0.35

Legende: Σ gibt die Punktesumme der Kategorie im jeweiligen Expertenworkshop an (n = 3). **M** gibt den Punktmittelwert der Kategorie über alle Teilnehmer der Expertenworkshops an (n = 20). ^A in der Konsensuskonferenz vorgeschlagene zusätzliche Kategorien, die gefährliche Entzugszustände abdecken.

Tabelle 11: Modul Vorsorge (9 Kategorien)

Code	ICF Kategorie	Σ	M
b1266	Selbstvertrauen	3	0.3
b1303	Drang nach Suchtmitteln		
b1304	Impulskontrolle	3	0.3
b134	Funktionen des Schlafes	3	0.35
b144	Funktionen des Gedächtnisses	3	0.45
d520	Seine Körperteile pflegen	3	0.25
d855	Unbezahlte Tätigkeit	3	0.15
d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit	3	0.35
e465	Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen	3	0.2

Legende: Σ gibt die Punktesumme der Kategorie im jeweiligen Expertenworkshop an (n = 3). **M** gibt den Gesamtmittelwert der Kategorie über alle Teilnehmer der Expertenworkshops an (n = 20). In grün: Kategorien der 3. Ebene.

Tabelle 12: Modul Qualifizierter Entzug (4 Kategorien)

Code	ICF Kategorie	Σ	M
d155	Sich Fertigkeiten aneignen	3	0.45
e525	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens ^A	1	0.05
e575	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung	3	0.15
e590	Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens ^A	2	0.35

Legende: Σ gibt die Punktesumme der Kategorie im jeweiligen Expertenworkshop an (n = 3). **M** gibt den Gesamtmittelwert der Kategorie über alle Teilnehmer der Expertenworkshops an (n = 20). ^A in der Konsensuskonferenz vorgeschlagene Kategorien. d475 (ein Fahrzeug fahren) wurde nach Diskussion in der Konferenz entfernt.

Tabelle 13: Modul Medizinische Reha (41 Kategorien)

Code	ICF Kategorie	Σ	M
d155	Sich Fertigkeiten aneignen	5	0.45
d160	Aufmerksamkeit fokussieren	5	0.3
d166	Lesen	3	0.17
d2400	Mit Verantwortung umgehen	7	0.45
d2401	Mit Stress umgehen	7	0.4
d350	Konversation	5	0.3
d360	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen	4	0.2
d450	Gehen	4	0.26
d470	Transportmittel benutzen	4	0.3
d475	Ein Fahrzeug fahren	5	0.4
d4751	Ein motorisiertes Fahrzeug fahren	3	0.15
d510	Sich waschen	3	0.15
d5701	Ernährung und Fitness handhaben	4	0.3
d5702	Seine Gesundheit erhalten	3	0.2
d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen	5	0.35
d630	Mahlzeiten vorbereiten	3	0.3
d650	Haushaltgegenstände pflegen	6	0.3
d7100	Respekt und Wärme in Beziehungen	6	0.3
d7102	Toleranz in Beziehungen	5	0.25
d7103	Kritik in Beziehungen		
d7104	Soziale Zeichen in Beziehungen	5	0.25
d7200	Beziehungen eingehen	5	0.45
d7201	Beziehungen beenden	5	0.25
d7202	Verhalten in Beziehungen regulieren	6	0.35

d7203	Sozialen Regeln gemäß interagieren	6	0.35
d7204	Sozialen Abstand wahren	5	0.3
d730	Mit Fremden umgehen	4	0.2
d7400	Mit Autoritätspersonen umgehen		
d7401	Mit Untergegebenen umgehen	7	0.35
d7402	Mit Gleichrangigen umgehen	7	0.35
d8450	Arbeit suchen	5	0.25
d8451	Ein Arbeitsverhältnis behalten	5	0.25
d865	Komplexe wirtschaftliche Transaktionen	3	0.15
d9201	Sport	3	0.2
d9204	Hobbys	4	0.3
d9205	Geselligkeit	3	0.15
e310	Engster Familienkreis	3	0.4
e330	Autoritätspersonen	4	0.2
e415	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises	3	0.15
e420	Individuelle Einstellungen von Freunden	3	0.4
e425	Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern	3	0.4

Legende: Σ gibt die Punktesumme der Kategorie im jeweiligen Expertenworkshop an (n = 8). **M** gibt den Gesamtmittelwert der Kategorie über alle Teilnehmer der Expertenworkshops an (n = 20). In grün: Kategorien der 3. Ebene.

Tabelle 14: Modul Soziale Reha (8 Kategorien)

Code	ICF Kategorie	Σ	M
b1303	Drang nach Suchtmitteln	6	
b1521	Affektkontrolle	4	0.25
d240	mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	3	0.35
d7103	Kritik in Beziehungen	4	
d7400	Mit Autoritätspersonen umgehen	3	
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe	3	0.2
e5750	Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung	4	0.2
e5900	Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens	4	0.35

Legende: Σ gibt die Punktesumme der Kategorie im jeweiligen Expertenworkshop an (n = 3). **M** gibt den Gesamtmittelwert der Kategorie über alle Teilnehmer der Expertenworkshops an (n = 20). In grün: Kategorien der 3. Ebene.

3.2.3 Nachbereitung

Die verabschiedeten Module wurden für den Praxistest grafisch zu Fragebögen aufbereitet. Das Design orientierte sich dabei an den Core Set Dokumentationsbögen der ICF Research Branch der WHO [20]. Das Basismodul wurde in die bereichsspezifischen Module integriert, damit die Anwender nicht verschiedene Versionen des Core Sets handhaben müssen. Die Kategorien des Basismoduls sind farblich hinterlegt, sodass sie von den jeweiligen bereichsspezifischen Kategorien unterschieden werden können. Außerdem wurde ein Kurzmanual erstellt, in dem der Aufbau und Anwendungszweck des MCSS sowie die Skala beschrieben sind. Ein Beispiel für die graphische Aufbereitung ist in Abbildung 12 dargestellt. Das Kurzmanual befindet sich in Anhang B und die Module selbst in Anhang E. Das entstandene ICF Core Set wurde benannt als modulares ICF Core Set Sucht (MCSS).

Körperfunktionen												
Wie stark ist die Beeinträchtigung der Funktion?						Ausprägungsgrad						
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (inkl. Drang nach Suchtmitteln)					0	1	2	3	4	8	9
Inkl.: Funktionen, die psychische Energie, Motivation, Appetit, Sucht (einschließlich Sucht nach Substanzen, die zu einer Abhängigkeit führen) und Impulskontrolle betreffen.												
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____												
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:												
b152	Emotionale Funktionen					0	1	2	3	4	8	9
Inkl.: Funktionen, die (Situations-)Angemessenheit der Emotion, affektive Kontrolle und Schwingungsfähigkeit betreffen; emotionale Labilität; Affektverflachung.												
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____												
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:												
Aktivitäten und Partizipation												
Wie groß ist die Beeinträchtigung in der Leistung?						Ausprägungsgrad						
d155	Sich Fertigkeiten aneignen					0	1	2	3	4	8	9
Elementare und komplexe Fähigkeiten für integrierte Mengen von Handlungen und Aufgaben zu entwickeln, um die Aneignung einer Fertigkeit anzugehen und zu Ende zu bringen, wie Werkzeuge handhaben oder Spiele wie Schach spielen.												
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____												
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:												

Abbildung 12: Ausschnitt aus dem grafisch aufbereiteten Modul Medizinische Reha.

3.3 Phase II: Praxistest

Im Mai bis Juni 2016 wurde die vorläufige Zusammenstellung des MCSS einem Praxistest unterzogen. Insgesamt konnten n = 17 Teilnehmer für den Praxistest gewonnen werden. Das Interview wurde mit Behandlern aus den Bereichen Suchtberatung (n = 2), qualifizierter Entzug (n = 3), Medizinische Reha (n = 4), Vorsorge (n = 4), und Soziale Reha (n = 4) durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass das MCSS von den teilnehmenden Behandlern allgemein gut angenommen wird. Zwei der 17 Teilnehmer gaben das Feedback, dass sie den Einsatz des MCSS in ihrem Arbeitsbereich grundsätzlich nicht für sinnvoll halten. Der Großteil der Teilnehmer glaubte, dass MCSS hilfreich für die Therapieplanung und für die Kommunikation mit anderen Behandlergruppen sein kann (Kollegen, Weiterbehandler). Der Umfang der Module wurde allgemein als machbar eingeschätzt, wobei tendenziell noch kürzere Listen gewünscht wurden. Die häufigsten Kritikpunkte galten der Formulierung der Kategorieninhalte, die aus der ICF übernommen wurden, und der nicht äquidistant generischen Beurteilungsskala der ICF. Ein weiterer Kritikpunkt war der Bezugszeitraum. Oft war den Teilnehmern unklar, ob sich die Fragen ausschließlich auf die letzten 30 Tage beziehen oder, ob Dinge berücksichtigt werden sollen, die sie in der Anamnese über die Biografie des Patienten erfahren haben. Zu folgenden Punkten erfolgten weitere Kommentare.

Kurzmanual

Die Instruktion wurde als verständlich eingestuft. Die häufigsten Kritikpunkte galten der Erklärung der Skala, die sich manche knapper, andere wiederum ausführlicher wünschten. Auch zur Erklärung der Umweltfaktoren wurden mehr Beispiele gewünscht, da der hier notwendige Perspektivenwechsel je nach ICF-Vorkenntnissen nicht allen Teilnehmern klar wurde.

Skala

Viele Teilnehmer bemängelten die nicht äquidistant gestufte Skala. Auch die Polung der Skala (hoher Wert bedeutet eingeschränkte Funktionsfähigkeit) empfanden viele Teilnehmer als kontraintuitiv. Die Werte „nicht spezifiziert“ und „nicht anwendbar“ wurden kaum eingesetzt.

Prozentskala oder visuelle Analogskala

Zum Ersatz der generischen fünfstufigen ICF-Skala wurde eine Skala unter Nennung von Prozenten (0-100 %) vorgeschlagen und als positiver bewertet.

Angabe der Informationsquelle im MCSS

In Bezug auf die Möglichkeit, die Informationsquelle auf dem Bogen festzuhalten, ergab sich kein klares Bild. Einige Teilnehmer hielten diese Information für sinnvoll, andere gaben an, alle ihre Informationen aus der gleichen Quelle zu bekommen (Gespräch). Daher sei für sie diese Angabe nicht nutzbringend.

Inhaltliche Klarheit der Kategorien

In der folgenden Auflistung sind nur Kategorien aufgeführt, die von mindestens 3 (von 17) Teilnehmern kritisiert oder kommentiert wurden.

b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs

Diese Kategorie der 2. Ebene fasste nach Meinung einiger Teilnehmer Funktionen zusammen, die innerhalb eines Patienten sehr unterschiedlich ausfallen können. Da die differenzierte Betrachtung einiger dieser Aspekte (z. B. Suchtdruck und Antrieb) sinnvoll sei, wünschten sich manche Teilnehmer hier die Aufnahme der entsprechenden Unterkategorien.

d175 Probleme lösen

Die Teilnehmer kritisierten die Beschreibung der Kategorie. Dabei wurden weniger Gesamttext, aber mehr lebensnahe Beispiele gewünscht. Weiter wurde kritisiert, dass die Beurteilung der Fähigkeit stark domänenabhängig ist („der [Patient] hat zwei Studien abgeschlossen... aber aufhören zu trinken kann er nicht“).

d230 Tägliche Routine durchführen

Teilnehmer berichten, dass hier ein großer Unterschied zwischen stationärem Aufenthalt und Alltag zu Hause besteht, und waren entsprechend unsicher, was sie beurteilen sollten.

d570 Auf seine Gesundheit achten

Die Teilnehmer berichteten in Bezug auf diese Kategorie einen oft großen Unterschied zwischen Konsum- und Abstinenzphasen.

d610 Wohnraum beschaffen

Es blieb unklar, ob es um Beschaffung oder auch Instandhaltung geht. Wie Wohnraum gestaltet wird konnten einige Behandler oft nicht beurteilen.

d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten und d 720 Komplexe interpersonelle Aktivitäten

Die Abgrenzung blieb für viele unklar. Darüber hinaus ging es um die Frage, wie man vorgeht, wenn sich Eigen- und Fremdwahrnehmung unterscheiden (z. B. jemand hält sich für umgänglich, aber wird von anderen nicht so wahrgenommen) oder wenn kein subjektives Leid besteht (z.B. jemand hat offenbar kaum Kontakte, fühlt sich aber nicht einsam). Darüber hinaus wurde auch hier teilweise bemängelt, dass einige Fähigkeiten, die hier zusammengefasst sind, gut ausgeprägt sein können, andere wiederum nicht („[der Patient] kann sich nicht abgrenzen, alles andere funktioniert gut“).

d910 Gemeinschaftsleben

Hier war vielen Teilnehmern unklar, was gemeint ist. Inhalte sollten mit mehr Beispielen veranschaulicht werden.

e5750 Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung

Vielen Teilnehmern wurde hier nicht klar, was darunter fällt. Inhalte sollten mit mehr Beispielen veranschaulicht werden.

Zeitpunkt des Einsatzes (des Core Set)

Welcher Zeitpunkt für den Einsatz des MCSS als sinnvoll gesehen wurde, hing vom Versorgungsbereich ab. Im qualifizierten Entzug, wo die Behandlungszeit lediglich 21 Tage beträgt, wurde ein Einsatz für möglich gehalten, sobald ein Patient medikamentenfrei ist (nach ca. 1 Woche). In anderen Bereichen, in denen eine längere Behandlungszeit gegeben ist (z.B. Medizinische Reha), wird dieser Zeitpunkt mit 2 oder 3 Wochen angegeben („Man sollte den Patienten kennenlernen können“).

Core Set als Kommunikationsmittel mit anderen Behandlern (Weiterbehandlern)

Der Großteil der Teilnehmer würde die gesammelten Informationen einem Weiterbehandler zur Verfügung stellen bzw. solche Informationen von einem vorherigen Behandler nutzen („Es ist differenzierter als eine Diagnose, macht eine Entwicklung deutlich“). Die befragten Teilnehmer aus den Bereichen Beratung und qualifizierter Entzug äußerten die deutlichsten Zweifel an der Nutzung zur Kommunikation mit Weiterbehandlern, da sie oft die ersten Anlaufstellen für Patienten sind und darüber hinaus eher wenig Kontakt bzw. relativ kurze Behandlungszeiten haben.

Überflüssige Kategorien

Die Kombination aus *d854 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden* und *d855 Bezahlte Tätigkeit* wurde mehrfach als redundant kritisiert. Zudem seien die beiden Kategorien schwer voneinander abzugrenzen.

Fehlende Aspekte

Auf die Frage hin, ob relevante Aspekte der Funktionsfähigkeit oder Umweltfaktoren nicht abgedeckt seien, nannten viele der Teilnehmer arbeitsplatzbezogene Umweltfaktoren. Der Einfluss der sozialen Umwelt am Arbeitsplatz sowie des Arbeitsinhalts oder der Arbeitsbedingungen seien nicht ausreichend abgedeckt. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass Mechanismen der Sucht oder der Umgang mit der Suchterkrankung nicht erfasst würden (Suchtverlagerung, Rückfälle etc.). Auch somatische Komplikationen und körperliche Beschwerden generell würden mit dem Core Set kaum erfasst.

4. Diskussion

Insgesamt ist es im Rahmen der Projektlaufzeit gelungen, ein modulares ICF Core Set Sucht zu entwickeln. Das MCSS wurde im Rahmen der Konsensuskonferenz in der jetzigen Form vorläufig verabschiedet. Dabei wurden Vorarbeiten integriert und erstmalig auch die Perspektive der Patienten einbezogen. Der modulare Charakter des MCSS wurde von allen Beteiligten als innovativ und erfolgversprechend bewertet. Durch den Einbezug deutschlandweiter Experten ist zu erwarten, dass die Generalisierung der Ergebnisse möglich wird und eine Weiterentwicklung des MCSS lohnenswert ist. Die Entwicklung des MCSS orientierte sich weitgehend an den Empfehlungen des Core Set Development Guide [8] und erfüllt damit internationale methodische Standards.

In der Interpretation der Studienergebnisse sind einige Limitationen zu berücksichtigen. Nicht in allen Aspekten konnte der Core Set Development Guide berücksichtigt werden. So erfolgte der Entwicklungsprozess national und nicht – wie gefordert – international. Dies ist sowohl durch die finanziellen Rahmenbedingungen des Projekts als auch den modularen Aufbau des MCSS zu erklären. Ein modulares Core Set ist in der vorliegenden Form eine Neuheit; es ist sehr spezifisch auf die Angebote des deutschen Versorgungssystems zugeschnitten. Einerseits kann dies als Stärke gesehen werden, da es ein praxisnahes Arbeiten möglicher macht. Von diesem Standpunkt aus ist es nicht sinnvoll, ein solches Instrumentarium global zu entwickeln, weil sich die Versorgungssysteme international zu stark unterscheiden. Andererseits bringt es aber auch eine mangelnde Generalisierbarkeit mit sich.

Die einzelnen Schritte des Entwicklungsplans waren eng getaktet, sodass durch Verzögerungen nicht nur eine kostenneutrale Verlängerung der Projektlaufzeit beantragt werden musste, sondern auch die Ergebnisse zweier Entwicklungsschritte nicht so eingeflossen sind wie geplant (Onlinebefragung zu Messinstrumenten und anschließendes Linking). Eine weitere methodische Schwäche bei der Entwicklung war die geringe Teilnehmerzahl der Expertenworkshops zu den einzelnen Versorgungsbereichen. Es war eine Workshop-Größe von etwa 7 Teilnehmern angestrebt, rekrutiert werden konnte jedoch in den meisten Fällen nur die Hälfte. Obwohl darauf geachtet wurde, Teilnehmer mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund einzuladen, gab es durch die sehr geringe Teilnehmerzahl somit womöglich zu wenig Varianz und Ideenvielfalt in der Diskussion. Für den Bereich des qualifizierten Entzugs musste die Erhebungsmethode aus organisatorischen Gründen gewechselt werden. Durch die lediglich überblicksartig erfolgte Auswertung der Messinstrumente für den Bereich illegaler Drogen sowie die Durchführung nur einer Fokusgruppe für diesen Bereich könnte eine Verzerrung im Hinblick auf die größere Repräsentierung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen erfolgt sein. Im Praxistest konnten lediglich 17 Personen einbezogen werden. Eine Prüfung der Anwendbarkeit und Validität des MCSS im Versorgungsalltag steht noch aus.

Der Entwicklungsprozess eines ICF Core Sets ist als Konsensusverfahren konzipiert, die Qualität hängt daher weniger von einer größeren bzw. repräsentativen Teilnehmerzahl als von der Auswahl geeigneter Experten für den Bereich ab. Während der Projektlaufzeit wurde versucht, alle bedeutsamen deutschen Suchtfachverbände sowie Experten der ICF Research Branch und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) in den Prozess einzubeziehen. Dies ist in den unterschiedlichen Projektschritten gut gelungen. Auch weiterhin wäre zur Unterstützung der Implementierung des MCSS eine Weiterentwicklung und Validierung des MCSS in Zusammenarbeit mit den Suchtfachverbänden, der DRGW sowie der ICF Research Branch wünschenswert.

5. Ausblick

Derzeit werden die Ergebnisse des Praxistests innerhalb der Projektgruppe diskutiert. Verbesserungsvorschläge, die nicht ambivalent gesehen wurden und einfach umzusetzen sind, werden dabei direkt eingearbeitet, z. B. die Veränderung der Skala (siehe auch MCSS im Anhang). Vorschläge für zusätzlich bedeutsame ICF Kategorien sowie weitere gravierende Änderungsvorschläge werden zunächst gesammelt und dokumentiert. Zeitgleich zur Finalisierung des Abschlussberichts wurde ein Antrag auf Förderung eines Folgeprojekts beim *vffr* vorbereitet. Diese weitere finanzielle Förderung würde in jedem Fall die Implementierung des MCSS fördern und Aussagen über die Anwendbarkeit und Validität des MCSS ermöglichen. Geplant ist, das MCSS inklusive der gesammelten Änderungsvorschläge in einem größer angelegten, empirischen Projekt zu überprüfen. Das Projekt soll von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet werden und abschließend im Rahmen mit dessen Hilfe in einer erneuten Konsensuskonferenz verabschiedet werden. Fragestellung des geplanten Projekts ist, ob das MCSS alle in der Versorgungspraxis bedeutsamen Aspekte der Funktionsfähigkeit und Teilhabe erfassen kann. Zusätzlich soll sichergestellt werden, dass das MCSS gleichermaßen für Männer und Frauen und für Patienten mit komorbiden Erkrankungen eingesetzt werden kann. Durch das vorherige Projekt liegen mit allen bedeutsamen Vertretern der Fachverbände (s.o.) gute Kontakte vor. Es wird angestrebt, das Core Set nach abgeschlossener Entwicklung für Anwender kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Literaturverzeichnis

- [1] World Health Organization. (2001). *ICF: International classification of functioning, disability and health*. Geneva: WHO.
- [2] World Health Organization. (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO.
- [3] Breuer, M. (2013). Assessmentinstrumente zur Anwendung der ICF im therapeutischen Setting. *Konturen*, 34(1), 32–35.
- [4] Spies, M., Brütt, A., Freitag, M., & Buchholz, A. (2013). Implementierung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der psychosomatischen Rehabilitation und Suchtrehabilitation: Lösungsansätze und Barrieren. *Suchttherapie*, 14(S 01), P40. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1351646>
- [5] Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Stucki, G. (2012). *ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice*. Göttingen: Hogrefe.
- [6] Amann, K., Stracke, R., Veltrup, C., Küfner, R., & Roeb-Rienas, W. (2010). Auf dem Weg zu einem Konsensusverfahren ‚ICF-Core Set Alkohol- und Drogen-Abhängigkeit‘ - Ein Pilotprojekt mit 20 Suchtexperten. *Suchttherapie*, 12(1), 20–28. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265210>
- [7] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. Retrieved from http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit.pdf
- [8] Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., Ustün, B., & Cieza, A. (2014). A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*.
- [9] Glöckner-Rist, A. (n.d.-i). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Retrieved October 6, 2016, from <https://www.zpid.de/redact/link.php?link=2229>
- [10] gesis. (2016). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. Retrieved October 6, 2016, from <http://zis.gesis.org/>
- [11] Buchholz, A., Spies, M., & Brütt, A. L. (2015). ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen – ein systematisches Review 1 ICF-based Assessments to Evaluate Need and Success in the Treatment of Patients With Mental Disorders, 54, 153–159. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1548897>
- [12] Spies, M., Brütt, A., & Buchholz, A. (2015). Verlinkung in Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen empfohlener Messinstrumente zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). *Suchttherapie*, 16(S 01). <https://doi.org/10.1055/s-0035-1557644>
- [13] Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W. J., & van den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(5), 862–71. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02889.x>
- [14] Nosper, M. (2007). ICF AT-Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. In *Kongress Medizin und Gesellschaft 2007*. Augsburg.
- [15] Brütt, A., Schulz, H., & Andreas, S. (n.d.-o). Psychometric properties of an instrument to measure activities and participation according to the ICF concept in patients with mental disorders. *Disabil Rehabil in Press*. <https://doi.org/10.3109/09638288.09632014.09918189>
- [16] Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustün, B., & Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine : Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 37(4), 212–8. <https://doi.org/10.1080/16501970510040263>

- [17] Patton, M. Q., Patton, & Quinn, M. (2005). Qualitative Research. In *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/0470013192.bsa514>
- [18] Willis, G. B. (2005). *Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design*. Thousand Oaks: Sage publications.
- [19] Spies, M., Maschler, C., & Buchholz, A. (2016). Teilhabebeeinträchtigungen bei Suchterkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(9), 1154–1161. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2406-8>
- [20] Bickenbach, J. (2012). *Die ICF Core Sets: Manual für die klinische Anwendung* (1st ed.). Bern: Huber.
- [21] Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., Weiner, J., Allison, J., & Healey, C. (1994). Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction*, 89(5), 563–572. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb03332.x>
- [22] Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a Questionnaire to Measure Alcohol Dependence. *Addiction*, 78(1), 89–95. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb02484.x>
- [23] Turner, N. E., Annis, H. M., & Sklar, S. M. (1997). Measurement of antecedents to drug and alcohol use: Psychometric properties of the Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS). *Behaviour Research and Therapy*, 35(5), 465–483. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00119-2)
- [24] Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81–89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- [25] Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C., & Rankin, H. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. *Addiction*, 74(1), 79–87. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1979.tb02415.x>
- [26] Deering, D., Robinson, G., Wheeler, A., Pulford, J., Frampton, P., Dunbar, L., Black, S. (2009). *Preliminary work towards validating a draft outcome measure for use in the alcohol and drug sector*. Auckland: Te Pou o te Whakaaro Nui (National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development).
- [27] John, U., Hapke, U., & Rumpf, H.-J. (2003). A New Measure of the Alcohol Dependence Syndrome: The Severity Scale of Alcohol Dependence. *European Addiction Research*, 9(2), 87–93. <https://doi.org/10.1159/000068806>
- [28] Williams, B. T. R., & Drummond, D. C. (1994). The Alcohol Problems Questionnaire: reliability and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 35(3), 239–243. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(94\)90080-9](https://doi.org/10.1016/0376-8716(94)90080-9)
- [29] Miele, G. M., Carpenter, K. M., Smith Cockerham, M., Trautman, K. D., Blaine, J., & Hasin, D. S. (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(1), 63–75. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00111-8](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00111-8)
- [30] Schippers, G. M., Broekman, T. G., Buchholz, A., Koeter, M. W. J., & van den Brink, W. (2010). Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(5), 862–71. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02889.x>
- [31] McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26–33. <https://doi.org/10.1097/00005053-198001000-00006>

Anhang A: Erfolgte und geplante Publikationen

Zeitschriftenartikel

- Spies, M., Maschler, C. & Buchholz, A. (2016). Teilhabe Einschränkungen bei Suchterkrankungen - Erfassung durch Screening- und Assessment-Verfahren. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(9), 1154-1161. doi:10.1007/s00103-016-2406-8.
- Borchfeld, K., Spies, M., Meyer-Steinkamp, R., Stracke, R., Rumpf, H.-J. (in Begutachtung). Welche Alltagsbeeinträchtigungen erleben Patienten mit Suchterkrankungen? *Sucht*.
- Spies, M., Brütt, A.L. & Buchholz, A. (in Bearbeitung). Content comparison of guideline recommended measures in alcohol use disorder treatment using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
- Spies, M., Meyer-Steinkamp, R., Stracke, R., Buchholz, A. (in Bearbeitung). Entwicklung eines modularen ICF Core Sets für die Suchtbehandlung.

Kongressbeiträge

- Spies, M., Buchholz, A. (2014). Development of a multimodular ICF core Set 'addiction' for different areas of the health care system. Vortrag auf der 17. Jahreskonferenz der European Association of Substance Abuse Research (EASAR) vom 15.05. – 17.05.2014 in Lüneburg.
- Spies, M., Buchholz, A., Brütt, A.L. (2015). Linking commonly used Assessments in international alcohol-use disorder treatment to the International Classification of Disability, Functioning and Health (ICF). Vortrag auf der 18. Jahreskonferenz der European Association of Substance Abuse Research (EASAR) vom 07.05. – 10.05.2015 in Bangor, Wales.
- Spies, M., Brütt, A. L. & Buchholz, A. (2015). Verlinkung in Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen empfohlener Messinstrumente zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress vom 16.09. – 18.09.2015 in Hamburg.
- Spies, M., Meyer-Steinkamp, R., Stracke, R., Buchholz, A. (2015). Einsatz standardisierter Messinstrumente im deutschen Suchthilfesystem – eine Bestandsaufnahme. Posterpräsentation auf dem Deutschen Suchtkongress vom 16.09. – 18.09.2015 in Hamburg.
- Spies, M., Meyer-Steinkamp, R., Stracke, R., Buchholz, A. (2016). Entwicklung eines ICF Core Sets Sucht mit Teilmodulen zu den Versorgungsbereichen *Beratung & Vorsorge, Entgiftung, Medizinische Rehabilitation* und *Soziale Rehabilitation*. Vortrag auf der ICF-Anwenderkonferenz im Rahmen des Rehawissenschaftlichen Kolloquiums vom 29.02 – 01.03.2016 in Aachen.
- Buchholz, A., Stracke, R. (2016). Diagnostik von Funktionsstörungen nach der ICF – Vorteile, Begrenzungen und Lösungsmöglichkeiten. Hauptvortrag auf den 21. Suchttherapietagen vom 17. – 20.05.2016 in Hamburg.

Qualifikationsarbeiten

- Borchfeld, K. (2015). Welche Beeinträchtigungen erleben Patienten mit substanzbezogenen Störungen in ihrem Alltag? Masterarbeit, angefertigt an der Universität zu Lübeck in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Spies, M. (Abschluss voraussichtlich 2017). Implementierung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der psychosomatischen Rehabilitation und Suchtrehabilitation. Dissertation am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Anhang B: Kurzmanual: Modulares ICF Core Set für Substanzbezogene Störungen

Was ist das modulare ICF Core Set für Substanzbezogene Störungen?

Das ICF Core Set für Substanzbezogene Störungen wurde entwickelt, um die Funktionsfähigkeit von Patienten mit Substanzbezogenen Störungen zu beschreiben. Es enthält eine Reihe von gesundheitsbezogenen Aspekten (sog. Kategorien) der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Das Core Set erfasst dabei keine Symptome, sondern Alltagstätigkeiten und Lebensbereiche, in denen Patienten mit Substanzbezogenen Störungen typischerweise beeinträchtigt sein können. So können Informationen gesammelt werden, die für die Zielfindung und Behandlungsplanung hilfreich sind. Durch den Fokus auf den Lebensalltag (funktionale Gesundheit) und die Verwendung eines einheitlichen Code- und Sprachsystems soll die ICF die Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und zwischen Behandlungseinrichtungen erleichtern: Wenn das ICF Core Set bereichsübergreifend eingesetzt wird, weiß z.B. eine Weiterbehandlungseinrichtung, welche Problembereiche bei einem Patienten bisher wichtig waren und inwieweit sie schon bearbeitet wurden. Dabei ist es unwesentlich, welche Berufsgruppe das Core Set ausfüllt – mit der ICF haben Fachtherapeuten, Ärzte, Pflegepersonal oder Kostenträger eine gemeinsame Sprache.

Wie wurde das modulare Core Set entwickelt?

Die Entwicklung des modularen Core Sets basiert auf den Vorarbeiten der ICF AG des Fachverbandes Sucht und des Bundesverbandes für Stationäre Suchtkrankenhilfe, die den rehabilitativen Ansatz im Hilfesystem repräsentieren. Es wurde WHO-konform sowohl um die Sicht von Patienten als auch die Sicht von Behandlern aus allen Bereichen des Suchthilfesystems erweitert (für mehr Informationen siehe Anhang „Entwicklung des Core Set Substanzbezogene Störungen“).

Wie ist das Core Set aufgebaut?

Das Core Set beinhaltet verschiedene Module:

- Ein **Basismodul**, das die allerwichtigsten Funktionsbereiche und Tätigkeiten enthält und bereichsübergreifend eingesetzt werden kann (21 Kategorien)
- Fünf **bereichsspezifische Module**, die Funktionsbereiche enthalten, die in bestimmten Versorgungssektoren zusätzlich wichtig sein können (Beratung, Vorsorge, Qualifizierter Entzug, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation: 4 – 39 zusätzliche Kategorien)

Damit Sie als Anwender nicht verschiedene Versionen des Core Sets handhaben müssen, beinhalten alle bereichsspezifischen Module jeweils auch das Basismodul, wobei die Kategorien des Basismodul farblich hinterlegt sind, sodass sie von den jeweiligen bereichsspezifischen Kategorien unterschieden werden können.

Wie und wann wende ich das Core Set an?

- Das Core Set kann zu verschiedenen Zwecken eingesetzt werden, z.B. zur Bedarfseinschätzung und Behandlungsplanung, aber auch um Informationen für die Weiterbehandlung oder zur Dokumentation zu sammeln. Auch zur Kommunikation mit Kostenträgern kann das Core Set hilfreich sein.
- Das Core Set ist kein Fragebogen, der von den Patienten ausgefüllt werden soll, sondern ist zur Bearbeitung durch einen Behandler oder ein Behandlungsteam gedacht. Beim Ausfüllen können Sie alle Informationen nutzen, die Ihnen über den Patienten / die Patientin zur Verfügung stehen. Wie diese Informationen erhoben wurden (Anamnese, Patientenfragebögen, Klinische Untersuchungen, etc.) ist dabei nicht entscheidend. Sie können aber die Informationsquelle auf dem Fragebogen dokumentieren.

Was wird beurteilt?

Die im Core Set enthaltenen Kategorien können drei Komponenten der ICF zugeordnet werden. Diese werden durch eine neue Überschrift innerhalb jeden Moduls gekennzeichnet:

- Bei den **Körperfunktionen** (einschl. psychischer Funktionen) wird das Ausmaß der Funktionseinschränkung beurteilt (z.B. wie stark ein Mensch in den Funktionen des psychischen Antriebs beeinträchtigt ist).
- Bei **Aktivitäten und Teilhabe** wird die Leistung beurteilt, also inwieweit jemand in seinem Lebensalltag, unter Einbezug aller Umweltfaktoren, einer Tätigkeit nachgehen kann (z.B. Einkaufen Gehen oder sich mit Freunden im Park treffen) oder darin eingeschränkt ist.
- Innerhalb der **Umweltfaktoren** kann die förderliche oder hinderliche Wirkung eines Umweltfaktors beurteilt werden, also inwieweit ein Umweltaspekt die Funktionsfähigkeit eines Menschen mit einer substanzbezogener Störung verbessert oder verschlechtert (z.B. Einstellungen des sozialen Umfelds).

Beurteilungszeitraum sind standardmäßig die letzten 30 Tage. Wenn Sie einen anderen Zeitraum berücksichtigen, können Sie dies zu Beginn des Bogens vermerken. Ebenso können Sie dort unter „Besonderheiten“ andere Informationen festhalten, z.B. ob sich die Angaben überwiegend auf Zeiten des Konsums oder der Abstinenz beziehen. Wenn die Beurteilung einer Funktionseinschränkung bei einer bestimmten Kategorie je nach Konsum- oder Abstinenzphase sehr unterschiedlich ausfällt, kann dies bei der jeweiligen Kategorie unter „Beschreibung des Problems“ festgehalten werden.

Wie komme ich zu einer Beurteilung?

Zur Beurteilung einer Einschränkung dient eine Skala von 0 (keine Einschränkung) bis 4 (totale Einschränkung). Der Wertebereich, den diese Zahlen repräsentieren, ist jedoch nicht immer gleich groß. Das wird in dieser Abbildung deutlich, die sich in abgewandelter Form in den Modulen wiederfindet:

Wert	0	1	2	3	4
Ausprägung	Nicht	Leicht	Mäßig	Erheblich	Voll
Intensität	Nicht spürbar	Erträglich /zumutbar	Beeinträchtigt den Alltag	Verhindert teilweise den Alltag	Verhindert vollständig den Alltag
Häufigkeit	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Immer
Bereich	0-4%	5-25%	25-49%	50-95%	96-100%

- Die Werte von 0 bis 4 können als Ausprägung interpretiert werden („keine“ bis „vollständig ausgeprägt“), als Intensität/Schweregrad („nicht spürbar“ bis „verhindert vollständig den Alltag“), oder als Auftretenshäufigkeit („nie“ bis „immer“).
- Innerhalb der Umweltfaktoren kann die förderliche Wirkung eines Faktors beurteilt werden (hier steht wie zuvor auch die Werte 0 – 4 zur Verfügung, versehen mit einem positiven Vorzeichen ‚+‘), aber auch seine hinderlichen Wirkung (0 – 4 mit negativem Vorzeichen ‚-‘).
- Wenn eine Information nicht verfügbar ist, können Sie dies mit dem Wert 8 (nicht spezifiziert) kodieren, wenn eine Kategorie in einem speziellen Fall nicht anwendbar ist mit 9 (nicht anwendbar).

Anhang C: Grafisch aufbereitete Module des MCSS

Anhang C.1: Modul Beratung

ICF Core Set Substanzbezogene Störungen – Modul Beratung Seite 1



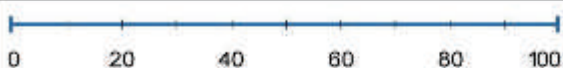


ICF Core Set Substanzbezogene Störungen – Modul Beratung







Name des Patienten: _____ Datum der Erhebung: _____






Beurteilungszeitraum: letzte 30 Tage anderer Zeitraum: _____

Besonderheiten: _____





Körperfunktionen		Ausprägungsgrad	
Wie stark ist die Beeinträchtigung der Funktion?			
b110	Funktionen des Bewusstseins		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die Zustand, Kontinuität und Qualität des Bewusstseins betreffen; Bewusstseinsverlust, Koma, vegetativer Status (Apallisches Syndrom), Dämmerzustand (Fugue), Trance, Besessenheit, drogeninduzierte Bewusstseinsveränderungen, Delir, Stupor Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme: _____			
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (inkl. Drang nach Suchtmitteln)		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die psychische Energie, Motivation, Appetit, Sucht (einschließlich Sucht nach Substanzen, die zu einer Abhängigkeit führen) und Impulskontrolle betreffen. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme: _____			
b1303	Drang nach Suchtmitteln		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Mentale Funktionen, die sich in einem Drang äußern, Substanzen zu konsumieren einschließlich solcher, die zu Missbrauch führen können. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme: _____			
b152	Emotionale Funktionen		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die (Situations-)Angemessenheit der Emotion, affektive Kontrolle und Schwingungsfähigkeit betreffen; emotionale Labilität; Affektverflachung. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme: _____			
b156	Funktionen der Wahrnehmung		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die visuelle, auditive, olfaktorische, gustatorische, taktile und räumlich-visuelle Wahrnehmung betreffen, wie bei Halluzination oder Illusion			

	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
b160	Funktionen des Denkens
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Inkl.: Funktionen, die Tempo, Form, Kontrolle und Inhalt des Denkens betreffen; Funktionen, die zielgerichtetes und nicht zielgerichtetes Denken betreffen; Funktionen, die logisches Denken betreffen, wie bei Gedankendruck, Ideenflüchtigkeit, Denkhemmung, inkohärentes Denken, Vorbeidenken/Vorbeireden, umständliches Denken, Wahn, Zwangsgedanken, Zwangshandlungen.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
Aktivitäten und Partizipation	
<i>Wie groß ist die Beeinträchtigung in der Leistung?</i>	
Ausprägungsgrad	
d175	Probleme lösen
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird, wie die Auseinandersetzung zweier Personen schlichten.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d177	Entscheidungen treffen
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Eine Wahl zwischen Optionen zu treffen, diese umzusetzen und ihre Auswirkungen abzuschätzen, wie einen besonderen Gegenstand auswählen und kaufen, oder sich entscheiden, eine Aufgabe unter vielen, die erledigt werden müssen, übernehmen und diese ausführen.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d230	Die tägliche Routine durchführen
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Inkl.: Die tägliche Routine planen, handhaben und zu Ende bringen; das eigene Aktivitätsniveau handhaben.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Inkl.: Mit Verantwortung umgehen; mit Stress und Krisensituationen umgehen
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____

	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d310	Kommunizieren	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Die wörtliche und übertragene Bedeutung von gesprochenen Mitteilungen zu erfassen, wie verstehen, ob eine Aussage eine Tatsache behauptet oder ob sie eine idiomatische Wendung ist.	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d570	Auf seine Gesundheit achten	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Inkl.: Für physischen Komfort sorgen; Ernährung und Fitness handhaben; Gesundheitsrisiken meiden, die eigene Gesundheit erhalten.	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d610	Wohnraum beschaffen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Inkl.: Wohnraum kaufen oder mieten und Wohnraum möblieren.	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d640	Hausarbeiten erledigen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Einen Haushalt zu handhaben durch Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeschäften, Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, fegen; Toiletten in Ordnung zu halten; zu bügeln; Schuhwerk zu reinigen; Besen, Staubsauger, Waschmaschinen zu benutzen.	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten (inkl. Kritik in Beziehungen)	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren Inkl.: Respekt, Wärme, Wertschätzung und Toleranz in Beziehungen zeigen; auf Kritik und soziale Zeichen in Beziehungen reagieren und angemessenen körperlichen Kontakt einzusetzen.	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d720	komplexe interpersonelle Aktivitäten	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Die Interaktionen mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise aufrechtzuerhalten und zu	

	<p>handhaben, wie Gefühle und Impulse steuern, verbale und physische Aggressionen kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln. Inkl.: Beziehungen eingehen und beenden; Verhaltensweisen bei Interaktionen regulieren; sozialen Abstand wahren.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p>
d740	<p>Formelle soziale Beziehungen (inkl. mit Autoritätspersonen umgehen)</p>  <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Spezielle Beziehungen in formellen Rahmen aufzunehmen, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringer. Inkl.: Mit Autoritätspersonen, Untergebenen oder Gleichrangigen umgehen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>
d750	<p>Informelle soziale Beziehungen</p>  <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Mit anderen Kontakte aufzunehmen, wie bei gelegentlichen Beziehungen mit Leuten, die in derselben Gemeinschaft oder am selben Wohnsitz leben, oder mit Mitarbeitern, Schülern und Studenten, Spielkameraden oder mit Menschen ähnlichen Hintergrundes oder Berufs. Inkl.: Informelle Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten, Mitbewohnern und Seinesgleichen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>
d760	<p>Familienbeziehungen</p>  <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Beziehungen zu Verwandten aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie mit Mitgliedern der Kernfamilie, des erweiterten Familienkreises, der Pflege- und angenommenen Familie sowie der Stieffamilie, mit entfernteren Verwandten wie mit Cousinen/Cousins zweiten Grades, oder zum Vormund. Inkl.: Eltern-Kind- und Kind-Eltern-Beziehungen, Beziehungen zum erweiterten Familienkreis</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>
d770	<p>Intime Beziehungen</p>  <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Intime oder Liebesbeziehungen zwischen Individuen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie zwischen Ehemann und -frau, sich Liebenden oder Sexualpartnern.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>
d845	<p>Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden</p>  <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Eine Beschäftigung zu suchen, zu finden und auszuwählen, eine angebotene Arbeitsstelle anzunehmen, eine Anstellung, eine Gewerbetätigkeit, eine berufliche Tätigkeit zu behalten und darin aufzusteigen sowie ein Arbeitsverhältnis in geeigneter Weise zu beenden. Inkl.: Eine Arbeit suchen; einen Lebenslauf verfassen; Arbeitgeber kontaktieren und Bewerbungsgespräche vorbereiten; ein Arbeitsverhältnis aufrecht erhalten; seine eigene Arbeitsleistung überwachen; und ein</p>

Arbeitsverhältnis beenden.					
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____					
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme					
d850	<table border="1"> <tr> <td>Bezahlte Tätigkeit</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> nicht relevant</td> </tr> </table>	Bezahlte Tätigkeit		<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Bezahlte Tätigkeit		<input type="checkbox"/> nicht relevant			
Sich an allen Aspekten bezahlter Arbeit in Form von Beschäftigung, Gewerbetätigkeit, beruflicher Tätigkeit oder anderer Art von Erwerbstätigkeit zu beteiligen, als Angestellter, in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung oder als Selbständiger, wie Arbeit suchen und eine Arbeitsstelle erhalten, die geforderten Aufgaben der Arbeitsstelle erfüllen, rechtzeitig bei der Arbeit erscheinen, andere Arbeitnehmer überwachen oder selbst überwacht werden sowie die geforderten Aufgaben allein oder in Gruppen erledigen.					
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____					
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:					
d910	<table border="1"> <tr> <td>Gemeinschaftsleben</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> nicht relevant</td> </tr> </table>	Gemeinschaftsleben		<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Gemeinschaftsleben		<input type="checkbox"/> nicht relevant			
Sich an allen Aspekten des gemeinschaftlichen sozialen Lebens zu beteiligen, wie Wohlfahrtsorganisationen oder professionellen Sozialorganisationen (z.B. Berufsverbände). Inkl.: Informelle und formelle Vereinigungen; Feierlichkeiten (z.B. Hochzeiten).					
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____					
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:					
d920	<table border="1"> <tr> <td>Erholung und Freizeit</td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> nicht relevant</td> </tr> </table>	Erholung und Freizeit		<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Erholung und Freizeit		<input type="checkbox"/> nicht relevant			
Sich an allen Formen des Spiels, von Freizeit- oder Erholungsaktivitäten zu beteiligen, wie an Spiel und Sport in informeller oder organisierter Form, Programmen für die körperliche Fitness, Entspannung, Unterhaltung; Kunstgalerien, Museen, Kino oder Theater besuchen, Hobbys frönen, zur Erbauung lesen, Musikinstrumente spielen; Sehenswürdigkeiten besichtigen, Tourismus- und Vergnügungsreisen machen.					
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____					
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:					
Umweltfaktoren					
<i>In welchem Ausmaß erlebt die Person einen Förderfaktor oder eine Barriere in...</i>					
Ausprägungsgrad					
e310	<table border="1"> <tr> <td>Engster Familienkreis</td> <td> <input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant </td> </tr> <tr> <td></td> <td> </td> </tr> </table>	Engster Familienkreis	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant		
Engster Familienkreis	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant				
Personen, die infolge Geburt oder Heirat verwandt sind oder andere Beziehungen, die von der Kultur als 'engster Familienkreis' anerkannt sind, wie Ehepartner, Lebensgefährten, Eltern, Geschwister, Kinder, Pflegeeltern, Adoptiveltern und Großeltern					
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____					
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:					

e320	Freunde	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Personen, die sich als Bekannte, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn und als Gemeindemitglieder kennen, etwa von der Arbeit, Schule oder Freizeit, über Telefon oder Internet, und die Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, religiöses Bekenntnis, ethnische Zugehörigkeit oder gemeinsame Interesse teilen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
e420	Individuelle Einstellungen von Freunden	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen von Freunden, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
e425	Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		

Gibt es Problembereiche, die im Core-Set Ihrer Meinung nach nicht erfasst wurden?




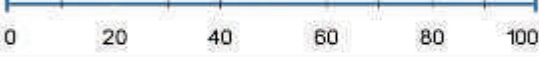

Anmerkung: Kategorien des Basismoduls sind farblich hinterlegt.



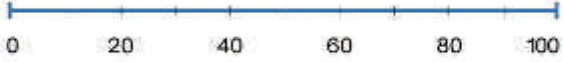


ICF Core Set Substanzbezogene Störungen – Modul Vorsorge





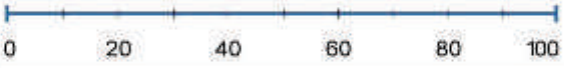

Name des Patienten: _____ Datum der Erhebung: _____






Beurteilungszeitraum: letzte 30 Tage anderer Zeitraum: _____






Besonderheiten: _____

Körperfunktionen	
Wie stark ist die Beeinträchtigung der Funktion?	Ausprägungsgrad
b1266 Selbstvertrauen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Mentale Funktionen, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Selbstsicherheit, Mut und Durchsetzungsvermögen gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Zaghaftigkeit, Unsicherheit und Zurückhaltung.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die psychische Energie, Motivation, Appetit, Sucht (einschließlich Sucht nach Substanzen, die zu einer Abhängigkeit führen) und Impulskontrolle betreffen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b1303 Drang nach Suchtmitteln	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Mentale Funktionen, die sich in einem Drang äußern, Substanzen zu konsumieren einschließlich solcher, die zu Missbrauch führen können.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b1304 Impulskontrolle	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Mentale Funktionen, die plötzliche intensive Handlungsimpulse regulieren und unterdrücken.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b134 Funktionen des Schlafes	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die Schlafdauer, Schlafbeginn, Aufrechterhaltung des Schlafes, Schlafqualität, Schlafzyklus betreffen, wie bei Insomnie, Hypersomnie, Narkolepsie	

Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b144 Funktionen des Gedächtnisses	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis, Sofort-, Frisch- und Altgedächtnis, Gedächtnisspanne und Abrufen betreffen; Funktionen, die beim Wiedererkennen und Lernen benutzt werden, wie bei nominaler, selektiver und dissoziativer Amnesie	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b152 Emotionale Funktionen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die (Situations-)Angemessenheit der Emotion, affektive Kontrolle und Schwingungsfähigkeit betreffen; emotionale Labilität; Affektverflachung.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
Aktivitäten und Partizipation	
<i>Wie groß ist die Beeinträchtigung in der Leistung?</i>	Ausprägungsgrad
d175 Probleme lösen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird, wie die Auseinandersetzung zweier Personen schlichten.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d177 Entscheidungen treffen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Eine Wahl zwischen Optionen zu treffen, diese umzusetzen und ihre Auswirkungen abzuschätzen, wie einen besonderen Gegenstand auswählen und kaufen, oder sich entscheiden, eine Aufgabe unter vielen, die erledigt werden müssen, übernehmen und diese ausführen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d230 Die tägliche Routine durchführen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Die tägliche Routine planen, handhaben und zu Ende bringen; das eigene Aktivitätsniveau handhaben.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	

	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d310	Kommunizieren	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Die wörtliche und übertragene Bedeutung von gesprochenen Mitteilungen zu erfassen, wie verstehen, ob eine Aussage eine Tatsache behauptet oder ob sie eine idiomatische Wendung ist.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d520	Seine Körperteile pflegen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Haut, Zähne, Haar, Finger, Zehennägel pflegen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d570	Auf seine Gesundheit achten	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Für physischen Komfort sorgen; Ernährung und Fitness handhaben; Gesundheitsrisiken vermeiden, die eigene Gesundheit erhalten.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d610	Wohnraum beschaffen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Wohnraum kaufen oder mieten und Wohnraum möblieren.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d640	Hausarbeiten erledigen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Einen Haushalt zu handhaben durch Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeräten, Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, fegen; Toiletten in Ordnung zu halten; zu bügeln; Schuhwerk zu reinigen; Besen, Staubsauger, Waschmaschinen zu benutzen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten (inkl. Kritik in Beziehungen)	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren Inkl.: Respekt, Wärme, Wertschätzung und Toleranz in Beziehungen zeigen; auf Kritik und soziale Zeichen in		

	Beziehungen reagieren und angemessenen körperlichen Kontakt einzusetzen.	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d720	komplexe interpersonelle Aktivitäten	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Die Interaktionen mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise aufrechtzuerhalten und zu handhaben, wie Gefühle und Impulse steuern, verbale und physische Aggressionen kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln. Inkl.: Beziehungen eingehen und beenden; Verhaltensweisen bei Interaktionen regulieren; sozialen Abstand wahren.	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d740	Formelle soziale Beziehungen (inkl. mit Autoritätspersonen umgehen)	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Spezielle Beziehungen in formellen Rahmen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringer. Inkl.: Mit Autoritätspersonen, Untergebenen oder Gleichrangigen umgehen.	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d750	Informelle soziale Beziehungen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Mit anderen Kontakte aufzunehmen, wie bei gelegentlichen Beziehungen mit Leuten, die in derselben Gemeinschaft oder am selben Wohnsitz leben, oder mit Mitarbeitern, Schülern und Studenten, Spielkameraden oder mit Menschen ähnlichen Hintergrundes oder Berufs. Inkl.: Informelle Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten, Mitbewohnern und Seinesgleichen.	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d760	Familienbeziehungen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Beziehungen zu Verwandten aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie mit Mitgliedern der Kernfamilie, des erweiterten Familienkreises, der Pflege- und angenommenen Familie sowie der Stieffamilie, mit entfernteren Verwandten wie mit Cousinen/Cousins zweiten Grades, oder zum Vormund. Inkl.: Eltern-Kind- und Kind-Eltern-Beziehungen, Beziehungen zum erweiterten Familienkreis	
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d770	Intime Beziehungen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Intime oder Liebesbeziehungen zwischen Individuen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie zwischen Ehemann und -frau, sich Liebenden oder Sexualpartnern.	

	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Eine Beschäftigung zu suchen, zu finden und auszuwählen, eine angebotene Arbeitsstelle anzunehmen, eine Anstellung, eine Gewerbetätigkeit, eine berufliche Tätigkeit zu behalten und darin aufzusteigen sowie ein Arbeitsverhältnis in geeigneter Weise zu beenden.</p> <p>Inkl.: Eine Arbeit suchen; einen Lebenslauf verfassen; Arbeitgeber kontaktieren und Bewerbungsgespräche vorbereiten; ein Arbeitsverhältnis aufrecht erhalten; seine eigene Arbeitsleistung überwachen; und ein Arbeitsverhältnis beenden.</p>
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d850	Bezahlte Tätigkeit
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Sich an allen Aspekten bezahlter Arbeit in Form von Beschäftigung, Gewerbetätigkeit, beruflicher Tätigkeit oder anderer Art von Erwerbstätigkeit zu beteiligen, als Angestellter, in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung oder als Selbständiger, wie Arbeit suchen und eine Arbeitsstelle erhalten, die geforderten Aufgaben der Arbeitsstelle erfüllen, rechtzeitig bei der Arbeit erscheinen, andere Arbeitnehmer überwachen oder selbst überwacht werden sowie die geforderten Aufgaben allein oder in Gruppen erledigen.</p>
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d855	Unbezahlte Tätigkeit
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Sich an allen Aspekten der Voll- oder Teilzeitarbeit, für die eine Bezahlung nicht vorgesehen ist, zu beteiligen, einschließlich organisierter Arbeitsaktivitäten, die geforderten Aufgaben der Tätigkeit zu erfüllen, rechtzeitig bei der Arbeit zu erscheinen, andere Arbeitnehmer zu überwachen oder selbst überwacht zu werden sowie die geforderten Aufgaben allein oder in Gruppen zu erledigen, wie ehrenamtliche Tätigkeit, ohne Bezahlung für die Gemeinschaft, für religiöse Gruppen oder in der häuslichen Umgebung arbeiten.</p>
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Die Verfügungsgewalt über wirtschaftliche Ressourcen aus privaten oder öffentlichen Quellen zu haben, um die wirtschaftliche Sicherheit für den gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf zu gewährleisten.</p>
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d910	Gemeinschaftsleben
	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	<p>Sich an allen Aspekten des gemeinschaftlichen sozialen Lebens zu beteiligen, wie Wohlfahrtsorganisationen oder professionellen Sozialorganisationen (z.B. Berufsverbände).</p>

	Inkl.: Informelle und formelle Vereinigungen; Feierlichkeiten (z.B. Hochzeiten).
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d920	Erholung und Freizeit
	Sich an allen Formen des Spiels, von Freizeit- oder Erholungsaktivitäten zu beteiligen, wie an Spiel und Sport in informeller oder organisierter Form, Programmen für die körperliche Fitness, Entspannung, Unterhaltung; Kunstgalerien, Museen, Kino oder Theater besuchen, Hobbys frönen, zur Erbauung lesen, Musikinstrumente spielen; Sehenswürdigkeiten besichtigen, Tourismus- und Vergnügungsreisen machen.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
Umweltfaktoren	
	<i>In welchem Ausmaß erlebt die Person einen Förderfaktor oder eine Barriere in...</i>
	Ausprägungsgrad
e320	Freunde
	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Personen, die sich als Bekannte, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn und als Gemeindemitglieder kennen, etwa von der Arbeit, Schule oder Freizeit, über Telefon oder Internet, und die Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, religiöses Bekenntnis, ethnische Zugehörigkeit oder gemeinsame Interesse teilen.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises
	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
e465	Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen
	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Sitten, Praktiken/Bräuche, Regeln sowie abstrakte Wertsysteme und normative Überzeugungen (z. B. Ideologien, normative Weltanschauungen und moralphilosophische Ansichten), welche innerhalb gesellschaftlicher Kontexte entstehen, und die gesellschaftliche und individuelle Gewohnheiten und Verhaltensweisen beeinflussen oder schaffen, wie gesellschaftliche Normen der Moral, der religiösen Verhaltensweisen oder Etikette; religiöse Lehren und daraus abgeleitete Normen und Konventionen; Normen, die Rituale oder das Zusammensein sozialer Gruppen bestimmen.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____

	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
Gibt es Problembereiche, die im Core-Set Ihrer Meinung nach nicht erfasst wurden?	

Anmerkung: Kategorien des Basismoduls sind farblich hinterlegt.







ICF Core Set Substanzbezogene Störungen – Modul Qualifizierter Entzug

Name des Patienten: _____ Datum der Erhebung: _____






Beurteilungszeitraum: letzte 30 Tage anderer Zeitraum: _____

Besonderheiten: _____

Körperfunktionen	
Wie stark ist die Beeinträchtigung der Funktion?	Ausprägungsgrad
b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (inkl. Drang nach Suchtmitteln)	<input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die psychische Energie, Motivation, Appetit, Sucht (einschließlich Sucht nach Substanzen, die zu einer Abhängigkeit führen) und Impulskontrolle betreffen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b152 Emotionale Funktionen	<input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Funktionen, die (Situations-)Angemessenheit der Emotion, affektive Kontrolle und Schwingungsfähigkeit betreffen; emotionale Labilität; Affektverflachung.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
Aktivitäten und Partizipation	
Wie groß ist die Beeinträchtigung in der Leistung?	Ausprägungsgrad
d155 Sich Fertigkeiten aneignen	<input type="checkbox"/> nicht relevant
Elementare und komplexe Fähigkeiten für integrierte Mengen von Handlungen und Aufgaben zu entwickeln, um die Aneignung einer Fertigkeit anzugehen und zu Ende zu bringen, wie Werkzeuge handhaben oder Spiele wie Schach spielen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d175 Probleme lösen	<input type="checkbox"/> nicht relevant
Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird, wie die Auseinandersetzung zweier Personen schlichten.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	

d177	Entscheidungen treffen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Eine Wahl zwischen Optionen zu treffen, diese umzusetzen und ihre Auswirkungen abzuschätzen, wie einen besonderen Gegenstand auswählen und kaufen, oder sich entscheiden, eine Aufgabe unter vielen, die erledigt werden müssen, übernehmen und diese ausführen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d230	Die tägliche Routine durchführen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Inkl.: Die tägliche Routine planen, handhaben und zu Ende bringen; das eigene Aktivitätsniveau handhaben.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d310	Kommunizieren	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Die wörtliche und übertragene Bedeutung von gesprochenen Mitteilungen zu erfassen, wie verstehen, ob eine Aussage eine Tatsache behauptet oder ob sie eine idiomatische Wendung ist.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d570	Auf seine Gesundheit achten	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Inkl.: Für physischen Komfort sorgen; Ernährung und Fitness handhaben; Gesundheitsrisiken meiden, die eigene Gesundheit erhalten.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d610	Wohnraum beschaffen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Inkl.: Wohnraum kaufen oder mieten und Wohnraum möblieren.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d640	Hausarbeiten erledigen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Einen Haushalt zu handhaben durch Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeräten, Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, fegen; Toiletten in Ordnung zu halten; zu bügeln; Schuhwerk zu reinigen; Besen, Staubsauger, Waschmaschinen zu benutzen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p>		

Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten (inkl. Kritik in Beziehungen)
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren Inkl.: Respekt, Wärme, Wertschätzung und Toleranz in Beziehungen zeigen; auf Kritik und soziale Zeichen in Beziehungen reagieren und angemessenen körperlichen Kontakt einzusetzen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d720	komplexe interpersonelle Aktivitäten
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Die Interaktionen mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise aufrechtzuerhalten und zu handhaben, wie Gefühle und Impulse steuern, verbale und physische Aggressionen kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln. Inkl.: Beziehungen eingehen und beenden; Verhaltensweisen bei Interaktionen regulieren; sozialen Abstand wahren.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d740	Formelle soziale Beziehungen (inkl. mit Autoritätspersonen umgehen)
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Spezielle Beziehungen in formellen Rahmen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringer. Inkl.: Mit Autoritätspersonen, Untergebenen oder Gleichrangigen umgehen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d750	Informelle soziale Beziehungen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Mit anderen Kontakte aufzunehmen, wie bei gelegentlichen Beziehungen mit Leuten, die in derselben Gemeinschaft oder am selben Wohnsitz leben, oder mit Mitarbeitern, Schülern und Studenten, Spielkameraden oder mit Menschen ähnlichen Hintergrundes oder Berufs. Inkl.: Informelle Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten, Mitbewohnern und Seinesgleichen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d760	Familienbeziehungen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Beziehungen zu Verwandten aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie mit Mitgliedern der Kernfamilie, des erweiterten Familienkreises, der Pflege- und angenommenen Familie sowie der Stieffamilie, mit entfernteren Verwandten wie mit Cousins/Cousins zweiten Grades, oder zum Vormund. Inkl.: Eltern-Kind- und Kind-Eltern-Beziehungen, Beziehungen zum erweiterten Familienkreis	

	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d770 Intime Beziehungen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Intime oder Liebesbeziehungen zwischen Individuen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie zwischen Ehemann und -frau, sich Liebenden oder Sexualpartnern.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Eine Beschäftigung zu suchen, zu finden und auszuwählen, eine angebotene Arbeitsstelle anzunehmen, eine Anstellung, eine Gewerbetätigkeit, eine berufliche Tätigkeit zu behalten und darin aufzusteigen sowie ein Arbeitsverhältnis in geeigneter Weise zu beenden. Inkl.: Eine Arbeit suchen; einen Lebenslauf verfassen; Arbeitgeber kontaktieren und Bewerbungsgespräche vorbereiten; ein Arbeitsverhältnis aufrecht erhalten; seine eigene Arbeitsleistung überwachen; und ein Arbeitsverhältnis beenden.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d850 Bezahlte Tätigkeit	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Sich an allen Aspekten bezahlter Arbeit in Form von Beschäftigung, Gewerbetätigkeit, beruflicher Tätigkeit oder anderer Art von Erwerbstätigkeit zu beteiligen, als Angestellter, in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung oder als Selbständiger, wie Arbeit suchen und eine Arbeitsstelle erhalten, die geforderten Aufgaben der Arbeitsstelle erfüllen, rechtzeitig bei der Arbeit erscheinen, andere Arbeitnehmer überwachen oder selbst überwacht werden sowie die geforderten Aufgaben allein oder in Gruppen erledigen.
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d910 Gemeinschaftsleben	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Sich an allen Aspekten des gemeinschaftlichen sozialen Lebens zu beteiligen, wie Wohlfahrtsorganisationen oder professionellen Sozialorganisationen (z.B. Berufsverbände). Inkl.: Informelle und formelle Vereinigungen; Feierlichkeiten (z.B. Hochzeiten).
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
d920 Erholung und Freizeit	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
	Sich an allen Formen des Spiels, von Freizeit- oder Erholungsaktivitäten zu beteiligen, wie an Spiel und Sport in informeller oder organisierter Form, Programmen für die körperliche Fitness, Entspannung, Unterhaltung; Kunstgalerien, Museen, Kino oder Theater besuchen, Hobbys frönen, zur Erbauung lesen, Musikinstrumente

spielen; Sehenswürdigkeiten besichtigen, Tourismus- und Vergnügungsreisen machen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
Umweltfaktoren	
<i>In welchem Ausmaß erlebt die Person einen Förderfaktor oder eine Barriere in...</i>	
Ausprägungsgrad	
e320 Freunde	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant
Personen, die sich als Bekannte, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn und als Gemeindemitglieder kennen, etwa von der Arbeit, Schule oder Freizeit, über Telefon oder Internet, und die Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, religiöses Bekenntnis, ethnische Zugehörigkeit oder gemeinsame Interesse teilen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
e410 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant
Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
e525 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant
Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze für Bereitstellung von Unterkünften, Wohnungen oder möblierten Zimmern für Menschen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
e575 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant
Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze für diejenigen, die Hilfe in Bereichen wie Einkaufen, Hausarbeit, Beförderung, Selbstversorgung und anderen benötigen, um eine vollständigere Partizipation [Teilhabe] am Leben in der Gesellschaft zu erlangen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	

ICF Core Set Substanzbezogene Störungen – Modul Medizinische Reha







Name des Patienten: _____ Datum der Erhebung: _____





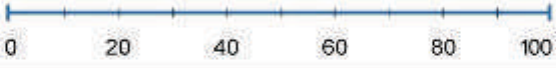

Beurteilungszeitraum: letzte 30 Tage anderer Zeitraum: _____

Besonderheiten: _____







Körperfunktionen	
Wie stark ist die Beeinträchtigung der Funktion?	
Ausprägungsgrad	
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (inkl. Drang nach Suchtmitteln)
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Inkl.: Funktionen, die psychische Energie, Motivation, Appetit, Sucht (einschließlich Sucht nach Substanzen, die zu einer Abhängigkeit führen) und Impulskontrolle betreffen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme: _____	
b152	Emotionale Funktionen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Inkl.: Funktionen, die (Situations-)Angemessenheit der Emotion, affektive Kontrolle und Schwingungsfähigkeit betreffen; emotionale Labilität; Affektverflachung.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme: _____	
Aktivitäten und Partizipation	
Wie groß ist die Beeinträchtigung in der Leistung?	
Ausprägungsgrad	
d155	Sich Fertigkeiten aneignen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Elementare und komplexe Fähigkeiten für integrierte Mengen von Handlungen und Aufgaben zu entwickeln, um die Aneignung einer Fertigkeit anzugehen und zu Ende zu bringen, wie Werkzeuge handhaben oder Spiele wie Schach spielen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme: _____	
d160	Aufmerksamkeit fokussieren
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Sich absichtsvoll auf einen bestimmten Reiz zu konzentrieren, wie ablenkende Geräusche filtern.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme: _____	

d166	Lesen	<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Aktivitäten im Zusammenhang mit der Erfassung und Interpretation von Texten (z.B. Bücher, Anweisungen oder Zeitungen - auch in Braille) durchzuführen, um allgemeines Wissen oder besondere Informationen zu erlangen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d175	Probleme lösen	<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird, wie die Auseinandersetzung zweier Personen schlichten.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d177	Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Eine Wahl zwischen Optionen zu treffen, diese umzusetzen und ihre Auswirkungen abzuschätzen, wie einen besonderen Gegenstand auswählen und kaufen, oder sich entscheiden, eine Aufgabe unter vielen, die erledigt werden müssen, übernehmen und diese ausführen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d230	Die tägliche Routine durchführen	<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Inkl.: Die tägliche Routine planen, handhaben und zu Ende bringen; das eigene Aktivitätsniveau handhaben.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d2400	Mit Verantwortung umgehen	<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Einfache oder komplexe, koordinierte Handlungen durchzuführen, um die Pflichten der Aufgabenerfüllung zu handhaben und die Anforderungen dieser Pflichten zu beurteilen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d2401	Mit Stress umgehen	<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Einfache oder komplexe, koordinierte Handlungen durchzuführen, um mit Druck, Notfallsituationen oder Stress im Zusammenhang mit der Aufgabenerfüllung umzugehen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p>		

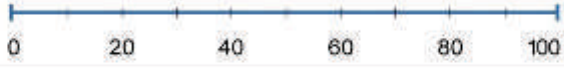




	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d310	Kommunizieren	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Die wörtliche und übertragene Bedeutung von gesprochenen Mitteilungen zu erfassen, wie verstehen, ob eine Aussage eine Tatsache behauptet oder ob sie eine idiomatische Wendung ist.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d350	Konversation	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Eine Konversation beginnen, aufrecht erhalten und beenden; sich mit einer oder vielen Personen unterhalten.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d360	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Kommunikationsgeräte, -techniken und andere Kommunikationsmittel verwenden, wie einen Freund per Telefon anrufen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d450	Gehen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Kurze oder weite Entfernungen gehen; auf unterschiedlichen Oberflächen gehen; Hindernisse umgehen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d470	Transportmittel benutzen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Ein von Menschenkraft betriebenes Fahrzeug benutzen, private motorisierte oder öffentliche Transportmittel benutzen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d475	Ein Fahrzeug fahren	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Ein mit Menschenkraft betriebenes Transportmittel (z.B. Fahrrad), motorisierte und von einem Tier angetriebene Fahrzeuge fahren.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		






Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d4751	Ein motorisiertes Fahrzeug fahren	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Ein Fahrzeug mit einem Motor zu fahren, wie ein Auto, Motorrad, Motorboot oder Flugzeug.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d510	Sich waschen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Den ganzen Körper oder Körperteile mit Wasser und geeigneten Reinigungs- und Abtrocknungsmaterialien oder -methoden zu waschen und abzutrocknen, wie baden, duschen, Hände, Füße, Gesicht und Haare waschen und mit einem Handtuch abtrocknen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d570	Auf seine Gesundheit achten	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Für physischen Komfort sorgen; Ernährung und Fitness handhaben; Gesundheitsrisiken meiden, die eigene Gesundheit erhalten.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d5701	Ernährung und Fitness handhaben	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Auf sich selbst zu achten, indem man gesunde Lebensmittel auswählt und verzehrt, sich körperlich fit hält und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d5702	Seine Gesundheit erhalten	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Auf sich selbst zu achten, indem man das tut, was die eigene Gesundheit erfordert, und zwar im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und Krankheitsverhütung, und man sich über diese Notwendigkeit im Klaren ist. Hierzu gehören professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, medizinischem oder anderem gesundheitlichem Rat folgen, Gesundheitsrisiken vermeiden wie körperliche Verletzungen, ansteckende Krankheiten, Drogeneinnahme und sexuell übertragbare Krankheiten.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d610	Wohnraum beschaffen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Wohnraum kaufen oder mieten und Wohnraum möblieren.		


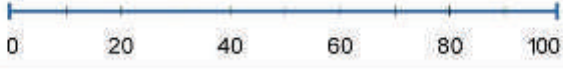


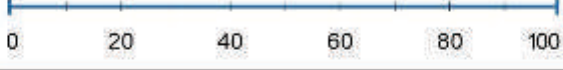
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Alle Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs auszuwählen, zu beschaffen und zu transportieren, wie Lebensmittel, Getränke, Kleidung, Reinigungsmaterial, Brennstoff, Haushaltsartikel, Utensilien, Kochgeschirr, häusliche Hilfsmittel und Werkzeuge auswählen, beschaffen, transportieren und lagern; Versorgungs- und andere Dienstleistungen für den Haushalt beschaffen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d630	Mahlzeiten vorbereiten
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Einfache und komplexe Mahlzeiten für sich selbst und andere zu planen, zu organisieren, zu kochen und anzurichten, wie ein Menü zubereiten, genießbare Lebensmittel und Getränke auswählen, Zutaten für die Vorbereitung der Mahlzeit zusammenstellen, mit Wärme kochen sowie kalte Speisen und Getränke vorbereiten und die Speisen servieren.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d640	Hausarbeiten erledigen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Einen Haushalt zu handhaben durch Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeräten, Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, fegen; Toiletten in Ordnung zu halten; zu bügeln; Schuhwerk zu reinigen; Besen, Staubsauger, Waschmaschinen zu benutzen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d650	Haushaltgegenstände pflegen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Haushalts- und andere persönliche Gegenstände, einschließlich Haus und dessen Inhalt, Kleidung, Fahrzeuge und Hilfsmittel instand halten und instand setzen sowie sich um Pflanzen und Tiere kümmern, wie Räume anstreichen und tapezieren, Einrichtungsgegenstände befestigen, Wasserleitungen instand setzen, die Funktionsfähigkeit von Fahrzeugen sicherstellen, Pflanzen gießen, Haus- und Nutztiere pflegen und füttern.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten (inkl. Kritik in Beziehungen)
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren Inkl.: Respekt, Wärme, Wertschätzung und Toleranz in Beziehungen zeigen; auf Kritik und soziale Zeichen in Beziehungen reagieren und angemessenen körperlichen Kontakt einzusetzen.	


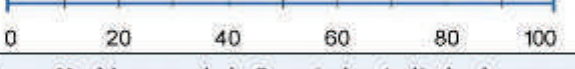

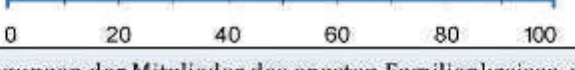
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7100	Respekt und Wärme in Beziehungen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
In einer kontextuell und sozial angemessenen Weise Rücksichtnahme und Wertschätzung zu zeigen und darauf zu reagieren.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7102	Toleranz in Beziehungen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
In einer kontextuell und sozial angemessenen Weise Verständnis und Akzeptanz für Verhalten zu zeigen und darauf zu reagieren.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7103	Kritik in Beziehungen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
In einer kontextuell und sozial angemessenen Weise implizite und explizite Meinungsverschiedenheiten oder Uneinigkeit auszudrücken und darauf zu reagieren.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7104	Soziale Zeichen in Beziehungen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
Zeichen und Hinweise, die bei sozialen Interaktionen vorkommen, in angemessener Weise zu geben und darauf zu reagieren.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d720	komplexe interpersonelle Aktivitäten  <input type="checkbox"/> nicht relevant
Die Interaktionen mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise aufrechtzuerhalten und zu handhaben, wie Gefühle und Impulse steuern, verbale und physische Aggressionen kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln. Inkl.: Beziehungen eingehen und beenden; Verhaltensweisen bei Interaktionen regulieren; sozialen Abstand wahren.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7200	Beziehungen eingehen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
In einer kontextuell und sozial angemessenen Weise mit anderen Interaktionen für kurze oder längere Zeiträume zu beginnen und aufrecht zu erhalten, wie sich vorstellen, Freundschaften schließen und berufliche	

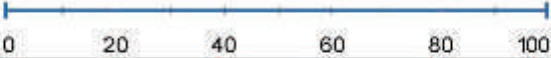


Beziehungen herstellen, eine mögliche Dauer-, Liebes- oder intime Beziehung beginnen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7201	Beziehungen beenden
Einen Besuch beenden, längerfristige Beziehungen mit Freunden, die in eine andere Stadt ziehen, beenden oder Beziehungen mit Arbeits-, Berufskollegen oder Dienstleistungserbringern beenden sowie Liebes- oder intime Beziehungen beenden.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7202	Verhalten in Beziehungen regulieren
In einer kontextuell und sozial angemessenen Weise Gefühle und Impulse, verbale und physische Aggressionen zu regulieren.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7203	Sozialen Regeln gemäß interagieren
In sozialen Interaktionen unabhängig zu handeln und sich nach den sozialen Konventionen, die die eigene Rolle, Stellung oder einen anderen sozialen Status bei Interaktionen mit anderen bestimmen, zu richten.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7204	Sozialen Abstand wahren
In einer kontextuell, sozial und kulturell angemessenen Weise sich über den Abstand zwischen sich und anderen bewusst zu sein und diesen zu wahren.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d730	Mit Fremden umgehen
In befristeten Kontakten und Verbindungen mit Fremden zu bestimmten Zwecken zu stehen, wie beim Fragen nach einer Richtung oder einen Kauf tätigen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d740	Formelle soziale Beziehungen
Spezielle Beziehungen in formellen Rahmen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringer.	

Inkl.: Mit Autoritätspersonen, Untergebenen oder Gleichrangigen umgehen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7400	Mit Autoritätspersonen umgehen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
Formelle Beziehungen mit Menschen in Machtpositionen, höheren Ranges oder Prestiges als der eigenen sozialen Position aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit einem Arbeitgeber.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7401	Mit Untergegebenen umgehen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
Formelle Beziehungen mit Menschen niedrigeren Ranges oder Prestiges als der eigenen sozialen Position aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit einem Beschäftigten oder Bediensteten.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7402	Mit Gleichrangigen umgehen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
Formelle Beziehungen mit Menschen niedrigeren Ranges oder Prestiges als der eigenen sozialen Position aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit einem Beschäftigten oder Bediensteten.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d750	Informelle soziale Beziehungen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
Mit anderen Kontakte aufzunehmen, wie bei gelegentlichen Beziehungen mit Leuten, die in derselben Gemeinschaft oder am selben Wohnsitz leben, oder mit Mitarbeitern, Schülern und Studenten, Spielkameraden oder mit Menschen ähnlichen Hintergrundes oder Berufs. Inkl.: Informelle Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten, Mitbewohnern und Seinesgleichen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d760	Familienbeziehungen  <input type="checkbox"/> nicht relevant
Beziehungen zu Verwandten aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie mit Mitgliedern der Kernfamilie, des erweiterten Familienkreises, der Pflege- und angenommenen Familie sowie der Stieffamilie, mit entfernteren Verwandten wie mit Cousinen/Cousins zweiten Grades, oder zum Vormund. Inkl.: Eltern-Kind- und Kind-Eltern-Beziehungen, Beziehungen zum erweiterten Familienkreis	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	

d770	Intime Beziehungen		<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Intime oder Liebesbeziehungen zwischen Individuen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie zwischen Ehemann und -frau, sich Liebenden oder Sexualpartnern.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>			
d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden		<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Eine Beschäftigung zu suchen, zu finden und auszuwählen, eine angebotene Arbeitsstelle anzunehmen, eine Anstellung, eine Gewerbetätigkeit, eine berufliche Tätigkeit zu behalten und darin aufzusteigen sowie ein Arbeitsverhältnis in geeigneter Weise zu beenden. Inkl.: Eine Arbeit suchen; einen Lebenslauf verfassen; Arbeitgeber kontaktieren und Bewerbungsgespräche vorbereiten; ein Arbeitsverhältnis aufrecht erhalten; seine eigene Arbeitsleistung überwachen; und ein Arbeitsverhältnis beenden.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>			
d850	Bezahlte Tätigkeit		<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Sich an allen Aspekten bezahlter Arbeit in Form von Beschäftigung, Gewerbetätigkeit, beruflicher Tätigkeit oder anderer Art von Erwerbstätigkeit zu beteiligen, als Angestellter, in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung oder als Selbständiger, wie Arbeit suchen und eine Arbeitsstelle erhalten, die geforderten Aufgaben der Arbeitsstelle erfüllen, rechtzeitig bei der Arbeit erscheinen, andere Arbeitnehmer überwachen oder selbst überwacht werden sowie die geforderten Aufgaben allein oder in Gruppen erledigen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>			
d8450	Arbeit suchen		<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Ein Arbeitsangebot in einem Gewerbe, Beruf oder eine andere Art von Beschäftigung herauszufinden und auszuwählen und die erforderlichen Aufgaben zu erledigen, um eingestellt zu werden, wie mit dem Arbeitgeber Kontakt aufnehmen oder an einem Vorstellungsgespräch teilnehmen.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>			
d8451	Ein Arbeitsverhältnis behalten		<input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Die Aufgaben des Arbeitsplatzes zu erfüllen, um die Beschäftigung, die Gewerbetätigkeit, die berufliche Tätigkeit oder andere Form von Arbeit zu behalten und eine Beförderung oder andere Förderungen zu erhalten.</p> <p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p> <p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>			

d865	Komplexe wirtschaftliche Transaktionen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Sich an jeder Art von komplexen wirtschaftlichen Transaktionen zu beteiligen, die den Austausch von Kapital oder Eigentum und die Erzielung von Gewinn oder anderen wirtschaftlichen Werten beinhalten, wie ein Geschäft, eine Fabrik oder eine Ausstattung kaufen, ein Bankkonto unterhalten oder mit Gebrauchsgegenständen handeln.</p>		
<p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p>		
<p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d910	Gemeinschaftsleben	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Sich an allen Aspekten des gemeinschaftlichen sozialen Lebens zu beteiligen, wie Wohlfahrtsorganisationen oder professionellen Sozialorganisationen (z.B. Berufsverbände). Inkl.: Informelle und formelle Vereinigungen; Feierlichkeiten (z.B. Hochzeiten).</p>		
<p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p>		
<p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d920	Erholung und Freizeit	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Sich an allen Formen des Spiels, von Freizeit- oder Erholungsaktivitäten zu beteiligen, wie an Spiel und Sport in informeller oder organisierter Form, Programmen für die körperliche Fitness, Entspannung, Unterhaltung; Kunstgalerien, Museen, Kino oder Theater besuchen, Hobbys frönen, zur Erbauung lesen, Musikinstrumente spielen; Sehenswürdigkeiten besichtigen, Tourismus- und Vergnügungsreisen machen.</p>		
<p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p>		
<p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d9201	Sport	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Sich an informellen oder formell organisierten Wettkampfspielen oder athletischen Ereignissen, die allein oder in einer Gruppe durchgeführt werden, zu beteiligen, wie Bowling, Gymnastik oder Fußball.</p>		
<p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p>		
<p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		
d9204	Hobbys	 <input type="checkbox"/> nicht relevant
<p>Sich mit Lieblingsbeschäftigungen zu befassen, wie Briefmarken, Münzen oder Antiquitäten sammeln.</p>		
<p>Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____</p>		
<p>Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:</p>		

	d9205 Geselligkeit	nicht relevant" data-bbox="503 88 865 118"/> Sieh an informellen oder gelegentlichen Zusammenkünften teilnehmen, wie Freunde oder Verwandte besuchen oder sich informell in der Öffentlichkeit zu treffen. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
Umweltfaktoren		
<i>In welchem Ausmaß erlebt die Person einen Förderfaktor oder eine Barriere in...</i>		Ausprägungsgrad
e310	Engster Familienkreis	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant  Personen, die infolge Geburt oder Heirat verwandt sind oder andere Beziehungen, die von der Kultur als 'engster Familienkreis' anerkannt sind, wie Ehepartner, Lebensgefährten, Eltern, Geschwister, Kinder, Pflegeeltern, Adoptiveltern und Großeltern. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
e320	Freunde	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant  Personen, die sich als Bekannte, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn und als Gemeindemitglieder kennen, etwa von der Arbeit, Schule oder Freizeit, über Telefon oder Internet, und die Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, religiöses Bekenntnis, ethnische Zugehörigkeit oder gemeinsame Interesse teilen. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
e330	Autoritätspersonen	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant  Personen mit Entscheidungsverantwortung für andere, die infolge ihrer sozialen, ökonomischen, kulturellen oder religiösen Rollen in der Gesellschaft sozial definierten Einfluss oder Befugnisse haben, wie Lehrer, Arbeitgeber, Supervisoren, religiöse Führer, Vertreter im Amt, Vormund, Treuhänder. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant  Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____

Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
e415	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises <input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
e420	Individuelle Einstellungen von Freunden <input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen von Freunden, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
e425	Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern <input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
Gibt es Problembereiche, die im Core-Set Ihrer Meinung nach nicht erfasst wurden?	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Anmerkung: Kategorien des Basismoduls sind farblich hinterlegt.






ICF Core Set Substanzbezogene Störungen – Modul Soziale Reha







Name des Patienten: _____ Datum der Erhebung: _____

Beurteilungszeitraum: letzte 30 Tage anderer Zeitraum: _____

Besonderheiten: _____





Körperfunktionen	
Wie stark ist die Beeinträchtigung der Funktion?	
Ausprägungsgrad	
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
Inkl.: Funktionen, die psychische Energie, Motivation, Appetit, Sucht (einschließlich Sucht nach Substanzen, die zu einer Abhängigkeit führen) und Impulskontrolle betreffen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b1303	Drang nach Suchtmitteln
Mentale Funktionen, die sich in einem Drang äußern, Substanzen zu konsumieren einschließlich solcher, die zu Missbrauch führen können.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b152	Emotionale Funktionen
Inkl.: Funktionen, die (Situations-)Angemessenheit der Emotion, affektive Kontrolle und Schwingungsfähigkeit betreffen; emotionale Labilität; Affektverflachung.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
b1521	Affektkontrolle
Mentale Funktion, die Erleben und Ausdruck von Affekten kontrolliert.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
Aktivitäten und Partizipation	
Wie groß ist die Beeinträchtigung in der Leistung?	
Ausprägungsgrad	
d175	Probleme lösen
Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird,	

	Lösungsmöglichkeiten entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird, wie die Auseinandersetzung zweier Personen schlichten.		
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d177	Entscheidungen treffen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant	
	Eine Wahl zwischen Optionen zu treffen, diese umzusetzen und ihre Auswirkungen abzuschätzen, wie einen besonderen Gegenstand auswählen und kaufen, oder sich entscheiden, eine Aufgabe unter vielen, die erledigt werden müssen, übernehmen und diese ausführen.		
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d230	Die tägliche Routine durchführen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant	
	Inkl.: Die tägliche Routine planen, handhaben und zu Ende bringen; das eigene Aktivitätsniveau handhaben.		
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	 <input type="checkbox"/> nicht relevant	
	Einfache oder komplexe und koordinierte Handlungen durchzuführen, um die psychischen Anforderungen, die erforderlich sind, um Aufgaben, die besondere Verantwortung beinhalten sowie mit Stress, Störungen und Krisensituationen verbunden sind, zu handhaben und zu kontrollieren, wie ein Fahrzeug bei dichtem Verkehr fahren oder viele Kinder betreuen.		
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d310	Kommunizieren	 <input type="checkbox"/> nicht relevant	
	Die wörtliche und übertragene Bedeutung von gesprochenen Mitteilungen zu erfassen, wie verstehen, ob eine Aussage eine Tatsache behauptet oder ob sie eine idiomatische Wendung ist.		
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
d570	Auf seine Gesundheit achten	 <input type="checkbox"/> nicht relevant	
	Inkl.: Für physischen Komfort sorgen; Ernährung und Fitness handhaben; Gesundheitsrisiken vermeiden, die eigene Gesundheit erhalten.		
	Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
	Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		

d610	Wohnraum beschaffen		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Inkl.: Wohnraum kaufen oder mieten und Wohnraum möblieren. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:			
d640	Hausarbeiten erledigen		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Einen Haushalt zu handhaben durch Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeräten, Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, fegen; Toiletten in Ordnung zu halten; zu bügeln; Schuhwerk zu reinigen; Besen, Staubsauger, Waschmaschinen zu benutzen. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:			
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten (inkl. Kritik in Beziehungen)		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren Inkl.: Respekt, Wärme, Wertschätzung und Toleranz in Beziehungen zeigen; auf Kritik und soziale Zeichen in Beziehungen reagieren und angemessenen körperlichen Kontakt einzusetzen. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:			
d7103	Kritik in Beziehungen		<input type="checkbox"/> nicht relevant
In einer kontextuell und sozial angemessenen Weise implizite und explizite Meinungsverschiedenheiten oder Uneinigkeit auszudrücken und darauf zu reagieren. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:			
d720	komplexe interpersonelle Aktivitäten		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Die Interaktionen mit anderen in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise aufrechtzuerhalten und zu handhaben, wie Gefühle und Impulse steuern, verbale und physische Aggressionen kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln. Inkl.: Beziehungen eingehen und beenden; Verhaltensweisen bei Interaktionen regulieren; sozialen Abstand wahren. Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____ Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:			
d740	Formelle soziale Beziehungen		<input type="checkbox"/> nicht relevant
Spezielle Beziehungen in formellen Rahmen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringern.			

Inkl.: Mit Autoritätspersonen, Untergebenen oder Gleichrangigen umgehen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d7400	Mit Autoritätspersonen umgehen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Formelle Beziehungen mit Menschen in Machtpositionen, höheren Ranges oder Prestiges als der eigenen sozialen Position aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit einem Arbeitgeber.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d750	Informelle soziale Beziehungen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Mit anderen Kontakte aufzunehmen, wie bei gelegentlichen Beziehungen mit Leuten, die in derselben Gemeinschaft oder am selben Wohnsitz leben, oder mit Mitarbeitern, Schülern und Studenten, Spielkameraden oder mit Menschen ähnlichen Hintergrundes oder Berufs. Inkl.: Informelle Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten, Mitbewohnern und Seinesgleichen.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d760	Familienbeziehungen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Beziehungen zu Verwandten aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie mit Mitgliedern der Kernfamilie, des erweiterten Familienkreises, der Pflege- und angenommenen Familie sowie der Stieffamilie, mit entfernteren Verwandten wie mit Cousinen/Cousins zweiten Grades, oder zum Vormund. Inkl.: Eltern-Kind- und Kind-Eltern-Beziehungen, Beziehungen zum erweiterten Familienkreis	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d770	Intime Beziehungen
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Intime oder Liebesbeziehungen zwischen Individuen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, wie zwischen Ehemann und -frau, sich Liebenden oder Sexualpartnern.	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
<input type="checkbox"/> nicht relevant	
Eine Beschäftigung zu suchen, zu finden und auszuwählen, eine angebotene Arbeitsstelle anzunehmen, eine Anstellung, eine Gewerbetätigkeit, eine berufliche Tätigkeit zu behalten und darin aufzusteigen sowie ein Arbeitsverhältnis in geeigneter Weise zu beenden. Inkl.: Eine Arbeit suchen; einen Lebenslauf verfassen; Arbeitgeber kontaktieren und Bewerbungsgespräche vorbereiten; ein Arbeitsverhältnis aufrecht erhalten; seine eigene Arbeitsleistung überwachen; und ein Arbeitsverhältnis beenden.	

Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d850	Bezahlte Tätigkeit
<p>Sich an allen Aspekten bezahlter Arbeit in Form von Beschäftigung, Gewerbetätigkeit, beruflicher Tätigkeit oder anderer Art von Erwerbstätigkeit zu beteiligen, als Angestellter, in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung oder als Selbständiger, wie Arbeit suchen und eine Arbeitsstelle erhalten, die geforderten Aufgaben der Arbeitsstelle erfüllen, rechtzeitig bei der Arbeit erscheinen, andere Arbeitnehmer überwachen oder selbst überwacht werden sowie die geforderten Aufgaben allein oder in Gruppen erledigen.</p>	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d910	Gemeinschaftsleben
<p>Sich an allen Aspekten des gemeinschaftlichen sozialen Lebens zu beteiligen, wie Wohlfahrtsorganisationen oder professionellen Sozialorganisationen (z.B. Berufsverbände). Inkl.: Informelle und formelle Vereinigungen; Feierlichkeiten (z.B. Hochzeiten).</p>	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
d920	Erholung und Freizeit
<p>Sich an allen Formen des Spiels, von Freizeit- oder Erholungsaktivitäten zu beteiligen, wie an Spiel und Sport in informeller oder organisierter Form, Programmen für die körperliche Fitness, Entspannung, Unterhaltung; Kunstgalerien, Museen, Kino oder Theater besuchen, Hobbys frönen, zur Erbauung lesen, Musikinstrumente spielen; Sehenswürdigkeiten besichtigen, Tourismus- und Vergnügungsreisen machen.</p>	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	
Umweltfaktoren	
<i>In welchem Ausmaß erlebt die Person einen Förderfaktor oder eine Barriere in...</i>	
Ausprägungsgrad	
<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant	
e320	Freunde
<p>Personen, die sich als Bekannte, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn und als Gemeindemitglieder kennen, etwa von der Arbeit, Schule oder Freizeit, über Telefon oder Internet, und die Eigenschaften wie Alter, Geschlecht, religiöses Bekenntnis, ethnische Zugehörigkeit oder gemeinsame Interesse teilen.</p>	
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____	
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:	

e355	Fachleute der Gesundheitsberufe	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Alle Dienstleistungserbringer, die im Gesundheitssystem arbeiten, wie Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Audiologen, Sozialarbeiter im Gesundheitswesen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Allgemeine oder spezifische Meinungen und Überzeugungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, die eine bestimmte Person oder andere Dinge (z.B. soziale, politische und ökonomische Themen) betreffen, und die individuelles Verhalten und Handlungen beeinflussen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
e5750	Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Dienste und Programme für die soziale Unterstützung von Menschen, die wegen Alters, Armut, Arbeitslosigkeit, Gesundheitsproblemen oder Behinderung öffentliche Hilfe in Bereichen wie Einkaufen, Hausarbeit, Beförderung, Selbstversorgung und Versorgung von Anderen benötigen, um eine vollständigere Partizipation [Teilhabe] am Leben in der Gesellschaft zu erlangen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		
e5900	Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens	<input type="checkbox"/> Förderfaktor <input type="checkbox"/> Barriere <input type="checkbox"/> nicht relevant 
Dienste von staatlichen Verwaltungen oder von privaten Organisationen zur Vermittlung passender Arbeit für Personen, die arbeitslos sind oder den Arbeitsplatz wechseln wollen, oder zur Unterstützung von Arbeitnehmern, wie Einrichtungen für die Arbeitssuche und -vorbereitung, für die Wiederbeschäftigung, Stellenvermittlung, Berufsberatung, berufsbezogene Nach-folgesuche, berufliche Gesundheits- und Sicherheitsdienste, Arbeitsplatzgestaltung (z.B. Ergonomie, Personalmanagement, Betriebsrat und ähnliche Einrichtungen, Berufsverbände), einschließlich derer, die diese Dienstleistungen zur Verfügung stellen.		
Quelle: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patienten-Fragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Beschreibung des Problems / Behandlungsmaßnahme:		

Gibt es Problembereiche, die im Core-Set Ihrer Meinung nach nicht erfasst wurden?
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>

Anmerkung: Kategorien des Basismoduls sind farblich hinterlegt.

Anhang D: Methodenanhang

Entwicklung des modularen Core Set für Substanzbezogene Störungen

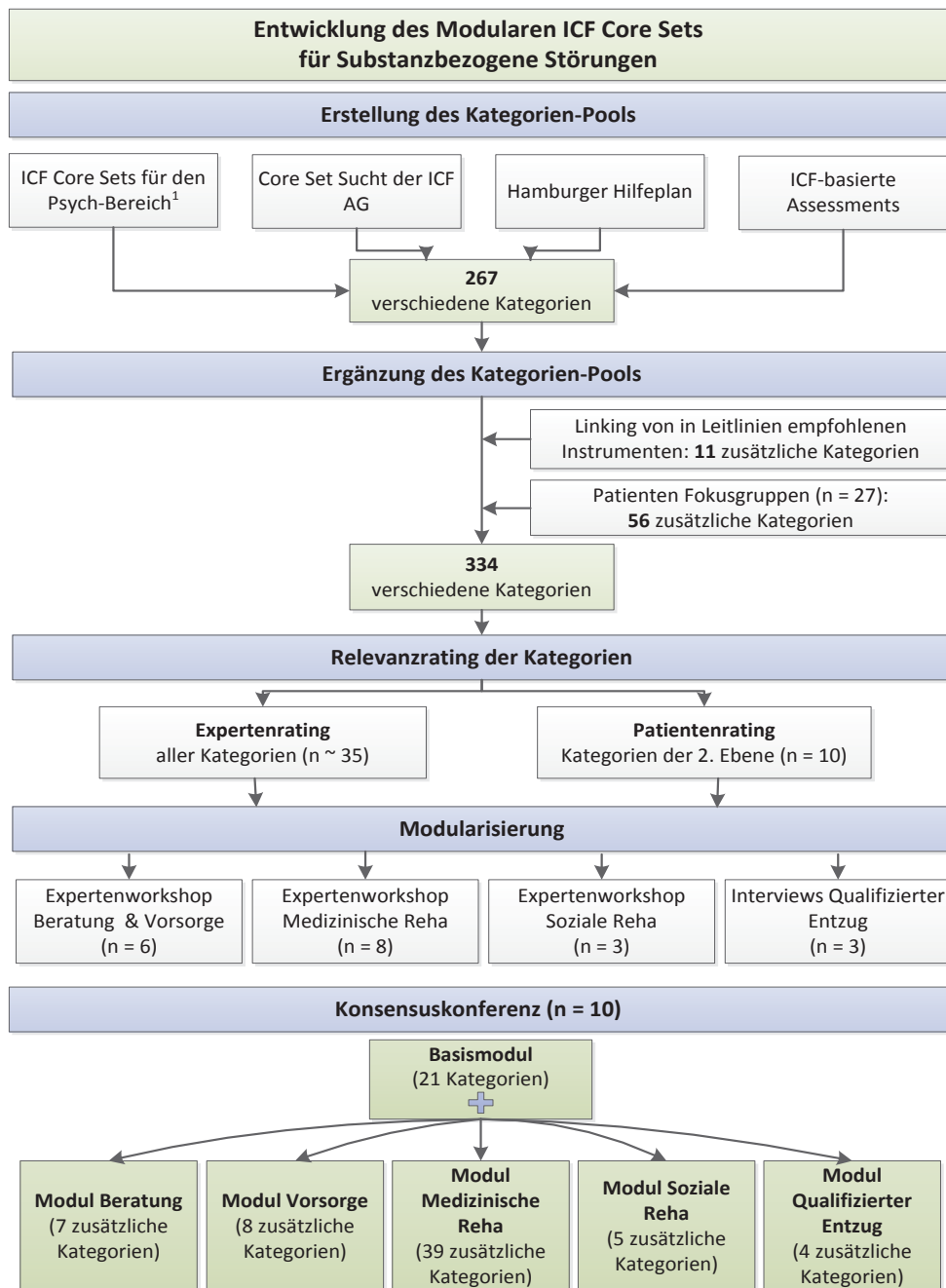
Hintergrund

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) soll die Teilhabeorientierung in der Behandlung fördern und eine gemeinsame Sprache für verschiedene Gesundheitsberufe bereitstellen. Um die praktische Handhabung der ICF zu vereinfachen, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Entwicklung sog. ICF Core Sets. Diese enthalten nur diejenigen Kategorien aus der ICF, die zur Beschreibung eines bestimmten Krankheitsbildes relevant sind. ICF Core Sets können jedoch nicht nur auf Indikationen zugeschnitten werden, sondern auch auf Versorgungsbereiche (z.B. Akut- und Postakutversorgung). Mit dem Modularen ICF Core Set Sucht (MCSS) haben wir versucht, diesen Ansatz noch weiter zu entwickeln und verschiedene Versionen den unterschiedlichen Versorgungssektoren der deutschen Suchthilfe zur Verfügung zu stellen.

Projektziele und methodischer Ansatz

Für den Bereich der substanzbezogenen Störungen bestehen bereits Vorarbeiten zur Entwicklung eines ICF Core Sets. So hat die ICF-AG des Fachverbandes Sucht (FVS) und des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) die Entwicklung eines ICF Core Sets vorangetrieben [1]. Im Raum Hamburg wurde darüber hinaus für die Erstellung des Hamburger Hilfeplans ein Kategorien-Set für die Eingliederungshilfe entwickelt.

Ziel dieser Studie war es, diese existierenden Vorarbeiten zu ergänzen, zu integrieren und für die relevanten Versorgungsbereiche der deutschen Suchthilfe zu modularisieren. Das Projekt ist gefördert durch den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (*vffr*). Das methodische Vorgehen beinhaltete einen mehrstufigen Prozess aus Literaturrecherche, Onlinebefragungen, Einzelinterviews und Fokusgruppen, die die Perspektive von Patienten und Mitarbeitern der Suchthilfe (Experten) zusammenführten. Grundlage dafür war der „Core Set Development Guide“ der WHO von Selb et al. [2]. In der Abschlussveranstaltung des Projektes konnte eine vorläufige Version des MCSS verabschiedet werden, welche in Folgeprojekten in der Praxis empirisch überprüft und anschließend mithilfe eines erneuten Expertenworkshops unter Einbezug aller relevanten Suchtfachverbände konsentiert werden soll. Das Projekt wurde modellhaft für den Hamburger Raum entwickelt und basiert vor allem auf den Einschätzungen von Behandlern, die im Hamburger Suchthilfesystem tätig sind; in einem anstehenden Praxistest wird es jedoch auch in Hinblick auf seine Anwendbarkeit in weiteren Bundesländern exemplarisch überprüft. Im Folgenden sind die bisherigen Entwicklungsschritte ausführlicher beschrieben. Eine Übersicht über den Projektablauf findet sich in Abbildung 1.



¹ ICF Core Sets für Depression und bipolare Störung

Abbildung 1. Projektablauf

Vorbereitungsphase

Erstes Ziel der war die Erstellung einer Liste von ICF Kategorien, die für die Beschreibung von Patienten mit Substanzbezogenen Störungen wichtig sein könnten. Hierfür wurden verschiedene Quellen zusammengeführt und, angelehnt an den Core Set Development Guide [2] um eine Literaturanalyse sowie Patientenbefragungen in drei Fokusgruppen ergänzt (siehe Abbildung 1). Anschließend wurden diese Kategorien Experten zur Relevanzeinschätzung vorgelegt. Die Gewinnung von Experten erfolgte deutschlandweit über die E-Mail-Verteiler der deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchtherapie (DG-Sucht), des Fachverbandes Sucht (FVS), des Bundesverbandes

für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss), der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS), der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS). Einschlusskriterium für die Teilnahme waren eine Tätigkeit in der Suchthilfe (als Behandler oder aber für einen Kostenträger) für mindestens 5 Jahre sowie Vorerfahrung mit der ICF. Es nahmen 35 Personen teil; durchschnittlichen waren diese seit 17,8 Jahren in der Suchthilfe tätig und schätzten ihren eigenen Kenntnisstand zur ICF als gut ein. Zusätzlich wurde der Kategorienpool auch einem Teil der Patienten, die zuvor an den Fokusgruppen teilgenommen hatten, vorgelegt (n = 10). Ziel beider Befragungen war ebenfalls eine Relevanzeinschätzung der Kategorien des Pools auf einer dichotomen Skala (relevant, nicht relevant). Die Ergebnisse flossen im Laufe der Entwicklung in spätere Projektschritte ein.

Modularisierung

Bei der Entwicklung des MCSS wurden spezifische Module für unterschiedliche Bereiche des Suchthilfesystems angestrebt. Eine Aufschlüsselung und Beschreibung der verschiedenen Bereiche finden Sie in Tab. 1. Es wurden Workshops durchgeführt, in denen Experten für einen bestimmten Versorgungsbereich zusammen gekommen sind und den Kategorien-Pool für ihren jeweiligen Arbeitsbereich priorisiert haben. Für die Bereiche Beratung (n = 3 Teilnehmer), Vorsorge (n = 3), Medizinische Rehabilitation (n = 8) und Soziale Rehabilitation (n = 3) wurden Expertenworkshops durchgeführt. Für den Qualifizierten Entzug musste der geplante Workshop aus organisatorischen Gründen durch Telefoninterviews ersetzt werden (n = 3), die jedoch eng am Ablauf der Workshops orientiert waren.

Tabelle 1. Versorgungsbereiche des Suchthilfesystems

Versorgungsbereich	Zielsetzung / Maßnahmen
Beratung	Beratung, Motivation, Weitervermittlung
Entgiftung / qualifizierter Entzug	Körperlicher Entzug mit therapeutischer Unterstützung
Vorsorge	Eingliederungshilfe I: Stabilisierung, Orientierung und Motivation zu weiterführenden Maßnahmen
Medizinische Reha (I+II)	Entwöhnung / Adaption
Soziale Reha	Eingliederungshilfe II: Förderung der Teilhabe und Integration bei stabilisierter Abstinenz

Teilnahmevoraussetzung war Kenntnis der ICF sowie Tätigkeit in einem der ausgewählten Versorgungsbereiche. Einen Überblick über die Teilnehmer der Expertenworkshops sehen Sie in Anhang E. Zu Beginn jedes Workshops wurde eine 10 minütige Auffrischung zu Zielen und Aufbau der ICF gegeben. In jedem Workshop wurden zudem die bisherigen Studienergebnisse vorgestellt. Dann wurde im Plenum über folgende Fragen diskutiert: 1. Welchen Nutzen hat ein Core Set für den jeweiligen Arbeitsbereich? 2. Wie sollte es gestaltet sein? 3. Wie umfangreich sollte es sein? Anschließend wurde den Teilnehmern eine Liste aller in den vorherigen Projektphasen

zusammengestellten Kategorien vorgelegt (N = 334), die das Rating der vorab durchgeführten Experten-Onlinebefragung sowie das Ergebnis der Patientenbefragung enthielt (Prozentzahl derjenigen Teilnehmer, die die jeweilige Kategorie als relevant eingestuft hatten). Die Teilnehmer hatten Gelegenheit, die Liste in Ruhe durchzugehen und Fragen zu stellen oder Sichtweisen zu einzelnen Kategorien auszutauschen. Schließlich konnte jeder Teilnehmer zur Priorisierung 40 Punkte unter den Kategorien der Liste frei verteilen. Anhand der Ergebnisse dieser Punktevergabe wurden vorläufige Module zusammengestellt.

Projekt-Abschlussveranstaltung (Konsensuskonferenz)

Zur Abschlussveranstaltung des Projektes eingeladen waren alle Teilnehmer, die sich als Experten an vorangegangenen Projektschritten beteiligt hatten, sowie Vertreter der relevanten Fachverbände und Kostenträger und ICF-Experten aus dem wissenschaftlichen Bereich. Zur Konferenz erschienen n = 10 von 37 eingeladenen Teilnehmern. Eine Liste der Teilnehmer kann in Tab. 2 eingesehen werden. Aus jedem Bereich für den ein Modul verabschiedet wurde, war mindestens ein Behandler anwesend. Im Rahmen der Veranstaltung wurden die bisherigen Studienergebnisse und eine vorläufige Zusammenstellung der Module vorgestellt. Da ein Modulares Core Set in der Form eine Neuheit ist, standen bei der Festlegung der Auswahlkriterien verschiedene Wege offen. So bestand die Möglichkeit ein „Konsenskriterium“ anzulegen, d.h. nur Kategorien ins Basismodul aufzunehmen, die von den Experten **aller** Versorgungsbereiche min. einen Punkt bekommen hatten. Eine Alternative war das Kriterium einer bestimmten durchschnittlichen Punktzahl, unabhängig davon, aus welchen Bereichen diese stammten. Diese Kriterien, sowie im Projektverlauf deutlich gewordene „Konfliktpunkte“ (z.B. ob ein Modulares Core Set überhaupt sinnvoll oder ist ein herkömmlicher Aufbau nutzbringender ist, oder auch welche Komponenten der ICF in welchem Umfang im Core Set vertreten sein sollten) wurden mit den Teilnehmern diskutiert. Am Ende der Veranstaltung konnte folgende Zusammenstellung für einen ersten Praxistest verabschiedet werden:

Basismodul

Beim Basismodul handelt es sich um eine bereichsübergreifende Liste, die alle Kategorien enthält, die von den Teilnehmern der Expertenworkshops mindestens .5 Punkte bekommen hatten. Dies traf auf 24 Kategorien zu. Auf der Konsensuskonferenz wurde zusätzlich entschieden, aus pragmatischen Gründen nur Kategorien der zweiten Klassifikationsebene in das Basismodul aufzunehmen und im Auswertungsbogen kenntlich zu machen, welche Kategorien der 3. Ebene jeweils mit eingeschlossen sind. Daher wurden 3 Kategorien aus dem Basismodul gestrichen. Das Modul beinhaltet nach aktuellem Stand 21 Kategorien.

Bereichsspezifische Module

Bei den bereichsspezifischen Modulen handelt es sich um eine Auswahl derjenigen Kategorien, die von den Experten der Workshops (siehe *Modularisierung*) für einzelne Versorgungsbereiche eine

bestimmte Mindestpunktzahl (≥ 3) bekommen haben. Von dieser Auswahl wurden die Kategorien des Basismoduls abgezogen, da dieses in jedem Versorgungsbereich ohnehin angewendet werden kann. Die übrigen Kategorien, die das Kriterium erfüllen, bilden das jeweilige bereichsspezifische Modul. In der Konsensuskonferenz konnten Vorschläge für Streichungen oder zusätzliche Kategorien gemacht werden. Das Modul den Bereich Beratung hat derzeit 7 Kategorien, das Modul Vorsorge 8, das Modul soziale Rehabilitation 5, das Modul Medizinische Rehabilitation 39 und das Modul qualifizierter Entzug 4 Kategorien.

Ausblick

Die Projektförderung für die Zusammenstellung des MCSS endet im Juni 2016. In dieser Zeit erfolgt noch ein pragmatischer Praxistest, in dem Mitarbeiter aus Suchthilfeeinrichtungen der verschiedenen Versorgungssektoren mit dem MCSS arbeiten werden und Verbesserungs- und Ergänzungsvorschläge anbringen können. Umsetzbare Verbesserungsvorschläge werden dabei direkt zur Finalisierung des MCSS eingearbeitet. Vorschläge für zusätzlich bedeutsame ICF Kategorien sowie gravierende Änderungsvorschläge werden zunächst gesammelt und dokumentiert. Es ist geplant, finanzielle Förderung für ein Anschlussprojekt zu beantragen. Geplant ist, das MCSS inkl. der gesammelten Änderungsvorschläge in einem größer angelegten, empirischen Projekt zu überprüfen und abschließend im Rahmen eines größeren und repräsentativen Expertengremiums mit Unterstützung der Suchtfachverbände zu verabschieden. Es wird angestrebt, das Core Set nach abgeschlossener Entwicklung für Anwender kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Literatur

1. Amann K, Stracke R, Veltrup C et al (2010) Auf dem Weg zu einem Konsensusverfahren ‚ICF-Core Set Alkohol- und Drogen-Abhängigkeit‘ - Ein Pilotprojekt mit 20 Suchtexperten. Suchttherapie 12:20–28. doi: 10.1055/s-0030-1265210
2. Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N et al (2014) A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. Eur. J. Phys. Rehabil. Med.

Anhang E: Teilnehmer der Expertenworkshops und / oder der Konsensuskonferenz

Name	Veranstaltung	Beruflicher Hintergrund	Arbeitsbereich	Einrichtung/Institution	Ort
Tobias Hoffmann	Workshop Beratung, Abschlussveranstal- tung	Sozialarbeiter, Suchttherapeut VDR	Suchtberatung	Suchtberatung Jenfeld, Blaues Kreuz	Hamburg
Neringa Lesmann	Workshop Beratung	Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin	Beratung, amb. Therapie, Nachsorge	SuchtTherapieZentrum, Beratungsstelle Barmbek	Hamburg
Andreas Heyl	Workshop Beratung	Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut	Suchtberatung, Adaption	Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld, AHA	Hamburg
Matthias Gittel	Workshop Vorsorge, Abschlussveranstal- tung	Sozialarbeiter, Suchttherapeut VDR i. A.	Stationäre Vorsorge	Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld, Vorsorge	Hamburg
Kerstin Horscht	Workshop Vorsorge	Sozialpädagogin/Sozialarbei- terin	Stationäre Vorsorge	SuchtTherapieZentrum, Haus Osterberg	Buchholz/Spröt- ze
Elisabeth Ebner	Workshop Vorsorge	Psychologin	Vorsorge	SuchtTherapieZentrum, Vorsorge	Buchholz/Spröt- ze
Robert Meyer- Steinkamp	Workshop Soz Reha, Abschlussveranstal- tung	Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut	Soziale Rehabilitation	Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld	Hamburg
Christoph Modlich	Workshop Soz Reha	Sozialpädagoge, Suchttherapeut (VDR)	Stationäre Nachsorge	Therapiehilfe	Hamburg
Ingo Wolf	Workshop Soz Reha	Sozialpädagoge	Soziale Rehabilitation	Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld	Hamburg
Jürgen Graudenz	Workshop Med Reha	Psychologe	Stat. Reha junge Drogenabhängige	Salus Klinik Castrop-Rauxel	Castrop-Rauxel
Clemens Veltrup	Workshop Med Reha	Ltd. Therapeut, Klinikleitung	Med. Reha	Fachklinik Freudenhof-Ruhleben	Schellhorn
Johannes Rühl	Workshop Med	FA f. Psychiatrie	Stat. Entwöhnung	B-Salzmann-Klinik	Gütersloh

	Reha				
Reinhold Haier	Workshop Med Reha, Abschlussveranstaltung	Ergotherapeut	Sucht	Fachklinik St. Marienstift	Neuenkirchen
Wilma Funke	Workshop Med Reha	Psych. Psychotherapeutin, Ltd. Psychologin	Reha Sucht, Lehre	Kliniken Wied, Kath. Hochschule NRW Köln und Fachverband Sucht	Wied
Peter Bürmann	Workshop Med Reha	Psych. Psychotherapeut	Tagesrehabilitation	bwlv Tagesklinik Karlsruhe	Karlsruhe
Robert Stracke	Workshop Med Reha, Abschlussveranstaltung	Arzt	Med. Reha Sucht	FK Hansenbarg	Hamburg
Dietmar Kramer	Workshop Med Reha	Arzt	Reha	Salus Klinik	Friedrichsdorf
Georg Farnbacher	Interviews Entzug, Abschlussveranstaltung	Psychotherapeut, Pädagoge	Qualifizierter Entzug	Klinik für Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Hamburg
Martin Reker	Interviews Entzug	Arzt	Qualifizierter Entzug	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel	Bielefeld
Heribert Fleischmann	Interviews Entzug	Arzt	Qualifizierter Entzug	Bezirksklinikum Wöllenhof	Störnstein
Peter Degkwitz	Abschlussveranstaltung	Soziologe, Politologe	Wissenschaft	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Hamburg
Thomas Ewert	Abschlussveranstaltung	Psychologe	Wissenschaft (ICF Research Branch)	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit	Nürnberg
Anna Levke Brütt	Abschlussveranstaltung	Psychologin	Wissenschaft	Institut für Medizinische Psychologie, UKE	Hamburg
Steffen Dannenberg	Abschlussveranstaltung	Verwaltungswirt	Kostenträger	Deutsche Rentenversicherung Nord	Lübeck

Anhang F: Publikationen

- Spies, M., Maschler, C. & Buchholz, A. (2016). Teilhabe Einschränkungen bei Suchterkrankungen -Erfassung durch Screening- und Assessment-Verfahren. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(9), 1154-1161. doi:10.1007/s00103-016-2406-8.
- Borchfeld, K., Spies, M., Meyer-Steinkamp, R., Stracke, R., Rumpf, H.-J. (in Begutachtung). Welche Alltagsbeeinträchtigungen erleben Patienten mit Suchterkrankungen? *Sucht*.



Teilhabeeinschränkungen bei Suchterkrankungen

Erfassung durch Screening- und Assessment-Verfahren

Hintergrund

Abhängigkeitserkrankungen gehen durch ihre hohe Chronifizierungsrate oft mit erheblichen Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und Teilhabe einher [1]. Die Beeinträchtigungen, die die Betroffenen in ihrem Alltag erleben, sind, wie auch bei anderen psychischen Störungen, häufig schwerwiegend und betreffen viele Lebensbereiche [2]. Mit der wachsenden Bedeutung, die der Substanzkonsum im Leben der Betroffenen einnimmt, verlieren andere Bereiche wie Beziehungen, Sozialkontakte, Hobbys oder Sport an Gewicht. Die negativen Auswirkungen der Erkrankung auf die Erwerbsfähigkeit führen zu einem zusätzlichen Verlust von Lebensinhalt und schaffen darüber hinaus finanzielle Probleme.

In Deutschland hat sich seit den 1970er-Jahren ein gut ausgebautes und flexibles Behandlungs- und Beratungssystem für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gebildet [3]. Es gibt eine Reihe von Behandlungsangeboten, wie z. B. die medizinische oder soziale Rehabilitation, deren explizites Ziel es ist, Teilhabeeinträchtigungen abzubauen, indem die Erwerbsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstversorgung oder Sozialkompetenz verbessert werden. Den Behandlern steht eine Vielzahl standardisierter Messinstrumente zur Verfügung, die zu den verschiedensten Zwecken eingesetzt werden können, wie z. B. zum Screening, zur Diagnostik, Behandlungsplanung oder Erfolgsmessung [4]. Die verfügbaren Instrumente konzentrieren sich jedoch eher traditionell

auf die Erfassung der Konsumgewohnheiten und anderer diagnoserelevanter Informationen. Die psychosozialen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung sowie die konkreten Folgen für den Lebensalltag werden, wenn überhaupt, nur nachgeordnet erfasst, obwohl sie für eine teilhabeorientierte Behandlungsentscheidung sind [5]. Für den deutschen Raum wurde bisher nicht systematisch untersucht, inwieweit sich die in der Suchthilfe etablierten Assessments dafür eignen, Teilhabeeinschränkungen zu erfassen.

Mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurde von der WHO ein Klassifikationssystem bereitgestellt, mit dem sich die funktionale Gesundheit von Menschen systematisch beschreiben lässt [6]. Das ihr zugrunde liegende biopsychosoziale Modell bildet alle Funktions- und Lebensbereiche sowie alle Kontextfaktoren ab, die mit einem Gesundheitsproblem in Wechselwirkung stehen können, und ermöglicht so eine ganzheitliche und teilhabeorientierte Fallkonzeption. Die ICF stellt darüber hinaus ein einheitliches Sprach- und Codesystem zur Verfügung, das nicht nur die interprofessionelle Kommunikation verbessern soll, sondern auch eine standardisierte Klassifikation gesundheitsbezogener Informationen ermöglicht. Mit Ausnahme der personenbezogenen Faktoren finden sich alle Komponenten des biopsychosozialen Modells in der ICF wieder: Gesundheitsbezogene Inhalte können somit Kategorien der Komponenten Körperfunktionen (b), Körperstrukturen (s),

Aktivitäten und Teilhabe (d) oder Umweltfaktoren (e) zugeordnet werden. Die verschiedenen Komponenten sind weiter aufgeschlüsselt in Kapitel (z. B. d1 Lernen und Wissensanwendung) und schließlich einzelne Kategorien (z. B. d110 Zuschauen). Anders als symptomorientierte Klassifikationssysteme stellt die ICF den Lebensalltag (repräsentiert durch die Komponente d – Aktivitäten und Teilhabe) einer Person mit Gesundheitsproblem in den Fokus und ermöglicht zu beschreiben, inwieweit Funktionsfähigkeit und Teilhabe dieser Person erhalten bleiben oder eingeschränkt sind. Die ICF eignet sich damit als Bezugsrahmen für den Vergleich gesundheitsbezogener Informationen und wird von der WHO auch als solches propagiert. Cieza und Kollegen haben zu diesem Zweck sog. „linking rules“ entwickelt, die es ermöglichen, mithilfe eines systematischen und standardisierten Vorgehens Inhalte aus Messinstrumenten, die nicht basierend auf der ICF entwickelt wurden, zu Kategorien und Komponenten der ICF zuzuordnen und damit auch inhaltlich vergleichen zu können [7].

Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, inwieweit Assessment-Instrumente, die in der deutschen Suchthilfe häufig eingesetzt werden, Teilhabeeinschränkungen im Sinne der ICF erfassen.

M. Spies · C. Maschler · A. Buchholz

Teilhabeeinschränkungen bei Suchterkrankungen. Erfassung durch Screening- und Assessment-Verfahren

Zusammenfassung

Hintergrund. Suchterkrankungen können zu wesentlichen Teilhabeeinschränkungen führen. Es ist jedoch noch nicht bekannt, inwieweit die in der Suchthilfe etablierten Assessment-Verfahren die Erfassung von Teilhabestörungen ermöglichen. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bietet einen Bezugsrahmen zum Vergleich von Messinstrumenten.

Fragestellung. Im vorliegenden Beitrag wurde untersucht, zu welchem Anteil die in der deutschen Suchthilfe angewendeten Assessment-Instrumente Teilhabeeinschränkungen im Sinne der ICF erfassen.

Methode. Im Sommer 2015 wurden mithilfe eines Onlinefragebogens Suchthilfeein-

richtungen in Deutschland querschnittlich befragt. Die Rekrutierung erfolgte über E-Mail-Verteiler der Suchtfachgesellschaften. In der Befragung gaben die Teilnehmer für eine Auswahl gängiger Assessment-Verfahren aus der Suchthilfe an, ob diese in der entsprechenden Einrichtung eingesetzt werden. Anschließend wurden die am häufigsten genannten Assessments auf Kapitelebene zu Inhalten der ICF verlinkt.

Ergebnisse. An der Befragung nahmen $N = 177$ Personen teil. Die meisten Teilnehmer arbeiteten in der medizinischen Rehabilitation ($n = 97$; 61 %) oder in der Suchtberatung ($n = 44$; 28 %). Dabei wurden 12 Assessments von mehr als 10 % der Teilnehmer benannt. In der Auswertung ergaben sich 491

sog. „meaningful concepts“, die zu ICF-Komponenten verlinkt werden konnten. Von diesen wurden 95 (16 %) zur Komponente Aktivitäten und Teilhabe zugeordnet.

Schlussfolgerungen. Assessments, die in der Suchthilfe eingesetzt werden, beinhalten Aspekte aus der ICF-Komponente Aktivitäten und Teilhabe. Die Eignung dieser Assessments für die Erfassung von Teilhabeeinschränkungen ist damit allerdings noch nicht sichergestellt.

Schlüsselwörter

Assessments · Teilhabeeinschränkungen · Suchthilfe · ICF · Substanzbezogene Störungen

Participation restrictions in substance use disorders. Registration by screening and assessment instruments

Abstract

Background. Substance use disorders can contribute to severe participation restrictions. Whether these participation restrictions are covered by assessment instruments that are frequently used in addiction treatment services is not known. The international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) provides a framework to compare the content of different assessments.

Objectives. The aim of this study was to investigate whether assessments that are frequently used in German addiction treatment services, cover participation restrictions according to the ICF.

Materials and Methods. In the summer of 2015, we asked German addiction treatment

services to participate in an online survey. Addiction treatment services were approached via the mailing lists of German associations of addiction treatment. Respondents were asked to indicate which assessments from a list of frequently used assessment instruments they were using in their treatment service. The most frequently used assessments were then linked to components of the ICF.

Results. A total of $N = 177$ addiction treatment services responded to the survey. Most of them offered long-term rehabilitation treatment ($n = 97$; 61 %) or counselling services ($n = 44$; 28 %). Twelve assessments were used by more than 10 % of the respondents. The analysis revealed a total of

491 so-called *meaningful concepts* that could be linked to components of the ICF. Of these, 95 (16 %) referred to the ICF component activity and participation.

Conclusions. Frequently used assessments in addiction treatment services include contents of the ICF component activity and participation to a substantial degree. However, this does not mean by default that these assessments can be used to assess participation restriction in a meaningful way.

Keywords

Assessments · Participation restrictions · Addiction treatment · ICF · Substance use disorders

Methode

Studiendesign

Es wurde eine querschnittlich angelegte Onlinebefragung durchgeführt. Die Befragung erfolgte anonym mit der Onlinebefragungssoftware EFS Survey.

Stichprobe

In die Studie eingeschlossen werden sollten Einrichtungen im bundesdeutschen

Raum, die Behandlung und/oder Beratung für Betroffene mit substanzbezogenen Störungen anbieten.

Erhebungsinstrument

Die Onlinebefragung enthielt neben einer Abfrage soziodemografischer Informationen und Angaben über die beantwortende Einrichtung im Hauptteil eine Auflistung von Assessment-Instrumenten, die im deutschsprachigen Raum verfügbar sind und in der

Beratung und Behandlung substanzbezogener Störungen einsetzbar sind. Die Auswahl stammte aus dem Elektronischen Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Ergänzt wurde die Liste von einer Reihe ICF-basierter Assessments, die aus einem Review zu ICF-basierten Verfahren für die Indikation psychischer Störungen stammen [8], sowie um Instrumente, die in deutsch- oder englischsprachigen Praxisleitlinien für die Suchtbehandlung empfohlen werden [9]. Für jedes Assess-

Tab. 1 Arbeitsbereich der Befragungsteilnehmer

Arbeitsbereich der Teilnehmer (n = 158 ^a)	N	%
Beratung	44	27,8
Entzug/qualifizierter Entzug	8	5,1
Eingliederungshilfe ^b	5	3,2
Entwöhnung/Medizinische Rehabilitation I	97	61,4
Adaption/Medizinische Rehabilitation II	18	11,4
Eingliederungshilfe II ^c	9	5,7
Sonstige	17	10,8

^aMehrfachnennungen waren möglich

^bZur Stabilisierung, Orientierung und Motivation zu weiterführenden Maßnahmen

^cZur Förderung der Teilhabe und Integration bei stabilisierter Abstinenz

ment sollte angegeben werden, ob es in der eigenen Einrichtung (oder Abteilung) routinemäßig für alle Patienten, indikativ oder überhaupt nicht eingesetzt wird. In Freitextfeldern konnten nicht in der Befragung enthaltene Assessments ergänzt werden.

Studiendurchführung

Zur Gewinnung von Teilnehmern wurden deutsche Suchtfachgesellschaften um ihre Unterstützung gebeten (Fachverband Sucht (FVS), Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS), Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS)). Über die Mailverteiler dieser Fachgesellschaften wurden die Mitglieder der Fachgesellschaften angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen. Zudem wurden die Mitglieder gebeten, die Einladung zur Studie an interessierte Kollegen weiterzugeben. Die Teilnahme erfolgte über einen in der E-Mail versendeten Link.

Auswertung

Zunächst wurden die Ergebnisse der Onlinebefragung deskriptiv ausgewertet. In die Zuordnung zur ICF (Verlinkung) ein-

geschlossen wurden diejenigen Instrumente, die von mindestens 10 % der Befragten routinemäßig und/oder indikativ eingesetzt werden. Hierbei war es nicht von Bedeutung, ob ein Instrument indikationsspezifisch für den Suchtbereich entwickelt wurde; auch generische Instrumente wurden eingeschlossen oder solche, die spezifisch für andere Indikationen entwickelt wurden. Die ICF-basierten Instrumente wurden für die vorliegende Arbeit nicht berücksichtigt, da sie bereits an anderer Stelle beschrieben wurden [8].

Die Zuordnung der inkludierten Instrumente zur ICF erfolgte in Anlehnung an die „linking rules“ [7]. Die einzelnen Items eines jeden Instruments wurden hierfür zunächst in ihre kleinsten Bedeutungseinheiten (sog. „meaningful concepts“, MCs) eingeteilt. Ein Item kann hierbei mehrere MCs enthalten: Das Item, „Haben Sie wegen Ihres Trinkens schon einmal ihre Arbeit oder Ihre Familie vernachlässigt?“, enthält beispielsweise die Konzepte „Arbeit vernachlässigen“ und „Familie vernachlässigen“. Alle Konzepte wurden anschließend jeweils zu demjenigen ICF-Kapitel (1. Klassifikationsebene) zugeordnet, das ihren Inhalt am besten abbildet. Lediglich die MCs, die zu den personenbezogenen Faktoren verlinkt wurden, konnten nur auf Komponentenebene verlinkt werden, da hier weder Kapitel noch Kategorien zu Verfügung stehen. Die Verlinkung wurde von zwei Psychologinnen (den Autorinnen MS und CM) durchgeführt, die mit Struktur und Aufbau der ICF vertraut sind. Als Maß der Interrater-Übereinstimmung wurde Cohens Kappa berechnet. Anschließend wurden inkongruente Verlinkungen diskutiert und eine konsensuelle Entscheidung für eine der Verlinkungsoptionen getroffen. Auswertung und Vergleich der Messinstrumente erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

Stichprobe

An der Onlinebefragung nahmen insgesamt N = 177 Personen stellvertretend für ihre Einrichtungen teil. Die meisten der Teilnehmer stammen aus dem psycholo-

gischen oder psychotherapeutischen Bereich (93; 52 %), gefolgt vom sozialarbeiterischen (37; 20,9 %) und ärztlichen Bereich (23; 13 %; n = 177)¹. Die Teilnehmer arbeiteten zum Untersuchungszeitpunkt seit durchschnittlich 16,2 Jahren in der Suchthilfe (min. 5, max. 42 Jahre). Der Großteil von ihnen hat eine leitende Funktion in ihrer Einrichtung, wie z. B. Klinikleitung oder therapeutische Leitung (103; 65,2 %). **Tab. 1** zeigt die Behandlungsangebote der Arbeitsbereiche, auf die sich die Teilnehmer der Befragung beziehen.

Zwei Drittel (66; 42,3 %) der Befragten gaben an, dass sie schwerpunktmäßig ambulant mit Patienten arbeiten, 57 (36,5 %) arbeiten hingegen stationär, 24 (14,4 %) wiederum arbeiten sowohl ambulant als auch stationär und 9 (5,8 %) teilstationär (N = 156). Die Träger der Kliniken, in denen die Teilnehmer tätig sind, sind überwiegend gemeinnützig (n = 87, 57,2 %). Privatwirtschaftliche Träger wurden von 32 (21,1 %) der Teilnehmer angegeben, 28 (18,4 %) sind dem öffentlich-rechtlichen Bereich zuzuordnen (N = 152). Einrichtungen aus dem Bundesland Baden-Württemberg sind am häufigsten in der Stichprobe vertreten (49; 32,2 %), gefolgt von Nordrhein-Westfalen (27; 17,8 %), Sachsen (12; 7,9 %) und Bayern (10; 6,6 %). Insgesamt haben Kliniken aus allen Bundesländern an der Studie teilgenommen, mit Ausnahme von Bremen (N = 152).

Eingeschlossene Instrumente

Das Inklusionskriterium (indikativer und/oder routinemäßiger Einsatz des Instruments von mindestens 10 % Teilnehmern) erreichten zwölf Instrumente. Bei allen eingeschlossenen Instrumenten handelt es sich um Selbstbeurteilungsverfahren, die jedoch eine große Unterschiedlichkeit bezüglich ihres Zwecks und Umfangs aufweisen. Die Itemanzahl

¹ Da es einige Abbrüche bei der Beantwortung des Onlinefragebogens gab, variiert die Teilnehmerzahl zwischen den Abschnitten bzw. zwischen einzelnen Fragen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtheit der Teilnehmer, die die jeweilige Frage beantwortet hat. Das N ist jeweils mit angegeben.

Tab. 2 Eingeschlossene Instrumente

Instrument ^a	N ^b	%	Art	Items	MCs	Subskalen
BDI [15]	90	64,7	Schweregrad Depression	21	21	Keine
SCL-90-R [16]	77	55,3	Allgemeine psychische Belastung	90	98	9: Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, paranoides Denken, phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit
MALT [17]	57	39,6	Screening/Diagnostik Alkohol	24	27	Keine
TAI [18]	42	29,1	Differenzialdiagnostik/ Behandlungsplanung Alkohol	90	194	7: Verlust der Verhaltenskontrolle und negative Gefühle nach dem Trinken, soziales Trinken, süchtiges Trinken, Trinkmotive, psychoperzeptuelle Konsequenzen und Versuch der Selbstbehandlung, Partnerprobleme wegen Trinken, Trinken wegen Partnerproblemen
CAGE [19]	38	25,6	Screening Alkohol	4	6	Keine
AUDIT [20]	35	23,7	Screening Alkohol	10	13	Keine
AVEM [21]	32	23	Gesundheitsrelevante Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeitsanforderungen	66	66	11: Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionstreiben, Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenz, offensive Problembewältigung, innere Ruhe/ Ausgeglichenheit, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit, Erleben sozialer Unterstützung
LAST [22]	29	19,6	Screening Alkohol	7	8	Keine
KAZ-35 [23]	21	14,2	Abstinenzzuversicht Alkohol	35	75	4: Unangenehme Gefühle, Austreten der Trinkkontrolle, sozialer Druck, angenehme Gefühle
HEISA [24]	17	12,3	Abstinenzzuversicht illegale Substanzen	38	82	4: Unangenehme Gefühlszustände, Versuchungen und Verlangen, Leichtsinnigkeit im Denken, angenehme Gefühle
FTNA [25] ^c	16	~10	Screening Tabak	6	9	Keine
TIM [26]	14	10,1	Differenzialdiagnostik/ Behandlungsplanung Medikamente	94	101	7: Negative Folgen des Konsums, positive Folgen und Funktionalität des Konsums, süchtig auffälliger Konsum, Medikamente als Lebenshilfe, Absetzversuche und polyvalenter Konsum, Partnerschaftsfaktor 1 & 2

^aEingeschlossene Instrumente: Beck-Depressionsinventar (BDI), Symptomcheckliste 90-R (SCL-90-R), Münchner Alkoholismustest (MALT), Trierer Alkoholismustest (TAI), CAGE, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchsscreeningtest (LAST), Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35), Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA), Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA), Trierer Inventar für Medikamentenabhängigkeit (TIM)

^bGemeint ist die Häufigkeit, mit der ein Instrument in der Umfrage genannt wurde

^cDer FTNA stammt nicht aus der Vorauswahl, sondern wurde von den 16 Teilnehmern in den Freitextfeldern genannt

reicht von 4 bis zu 94. Es wurden sowohl indikationsunabhängige als auch störungsspezifische Instrumente benannt. Ein Überblick über Art, Umfang und Subskalen der Instrumente findet sich in **Tab. 2**.

Ergebnisse des Linkings

In den 485 Items der zwölf eingeschlossenen Instrumente wurden insgesamt 600 MCs identifiziert. Nach Abzug von MCs, die nicht zur ICF verlinkbar waren, verblieben 586 MCs, die zu Komponenten bzw. Kapiteln der ICF verlinkt werden konnten (s. **Abb. 1**). Cohens Kappa be-

trug 0,66. Über die Hälfte der MCs wurde zur Komponente Körperfunktionen verlinkt ($n = 338; 57,6\%$), je knapp ein Sechstel der MCs zu Aktivitäten und Teilhabe ($n = 95; 16,3\%$) und personenbezogenen Faktoren ($n = 95; 16,3\%$). Die Komponente der Umweltfaktoren ist mit 57 MCs vertreten ($9,7\%$), die Körperstrukturen lediglich mit einem MC ($0,2\%$). Eine vollständige Auflistung der Testitems, MCs und verlinkten ICF-Komponenten und Kapitel sind auf Anfrage von der Erstautorin dieses Beitrags erhältlich.

Die verlinkten Konzepte verteilen sich insgesamt auf 18 verschiedene Kapitel der ICF. Innerhalb der Komponente Aktivi-

täten und Teilhabe (d) sind außer des Kapitels d3 (Kommunikation) alle Kapitel vertreten. **Tab. 3** zeigt die Verteilung der MCs über die Kapitel der Komponente d. Ein Großteil der MCs konzentriert sich auf die hinteren Kapitel (d5–d9), die laut WHO dem Teilhabeaspekt der Komponente zuzuordnen sind [6].

Instrumentenvergleich

Um einen Vergleich zu ermöglichen, werden die Instrumente für die weitere Ergebnisdarstellung in drei Gruppen eingeteilt: Screeninginstrumente (CAGE, FTNA, LAST, AUDIT), umfangreichere

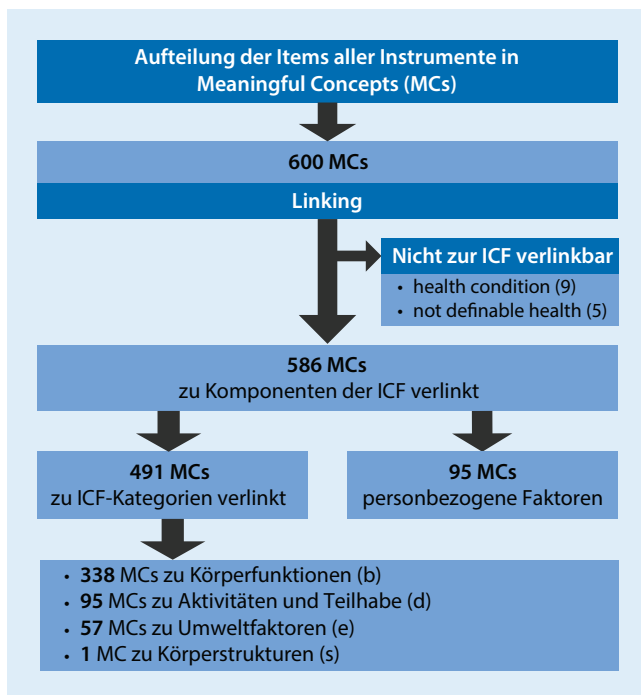


Abb. 1 ◀ Datenflussdiagramm Linking-Prozess

Tab. 3 Verteilung der MCs über Kapitel der Komponente *Aktivitäten und Teilhabe*

Kapitel	n	% ^a	% ^b
d (Unspezifisch)	1	0,2	1,1
d1 Lernen und Wissensanwendung	2	0,3	2,1
d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	3	0,5	3,2
d4 Mobilität	1	0,2	1,1
d5 Selbstversorgung	12	2,0	12,6
d6 Häusliches Leben	1	0,2	1,1
d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	46	7,7	48,4
d8 Bedeutende Lebensbereiche	9	1,5	9,5
d9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	20	3,3	21,1
d Gesamt	95	15,8	100

^aAnteil über alle MCs

^bAnteil innerhalb der Komponente d

suchtspezifische Instrumente (MALT, KAZ-35, HEISA-38, TAI, TIM) und die nichtsuchtspezifischen Instrumente (BDI, AVEM, SCL-90-R). Die **Abb. 2, 3 und 4** zeigen jeweils pro Instrument die prozentuale Aufteilung der MCs auf die einzelnen ICF-Komponenten.

Diskussion

In dieser Studie wurde zunächst anhand einer Onlinebefragung erhoben, welche Assessment-Verfahren in der Suchthilfe eingesetzt werden. In einem zweiten Schritt wurden diese mithilfe der „linking rules“ Komponenten und Kapiteln

der ICF zugeordnet. Bedeutsam war vor allem der Anteil an Inhalten, die sich der ICF-Komponente Aktivitäten und Teilhabe zuordnen lassen. Betrachtet man die Ergebnisse über alle Instrumente hinweg, ergibt sich ein deutlicher Fokus auf der ICF-Komponente (b) Körperfunktionen. Dieser Befund erscheint naheliegend, wenn man berücksichtigt, dass dort viele der für Abhängigkeitserkrankungen relevanten Funktionseinschränkungen aufgeführt sind (z. B. Drang nach Suchtmitteln, Impulskontrolle, Antrieb oder emotionale Funktionen). Die Repräsentation von Aktivitäten und Teilhabe in etwa einem Sechstel der verlinkten

Konzepte zeigt, dass diese Komponente zwar zu einem substantiellen Anteil durch die untersuchten Instrumente erfasst wird, jedoch eine untergeordnete Rolle spielt. In den meisten der suchtspezifischen Instrumente bewegt sich der prozentuale Anteil der zur d-Komponente verlinkten MCs im Bereich von 20, bei den nichtsuchtspezifischen Instrumenten sogar deutlich weniger.

Im Gegensatz zu den umfangreicheren Instrumenten enthalten die Screeningverfahren anteilig mehr MCs, die zu Aktivitäten und Teilhabe zuzuordnen sind. Gerade Screeningverfahren werden jedoch häufig nicht in Situationen eingesetzt, in denen Therapieziele vereinbart oder Behandlungen geplant werden – eine Erklärung für die Verteilung an Konzepten innerhalb dieser Instrumentenart könnten die Diagnosekriterien für Abhängigkeitserkrankungen sein. Im Bereich psychischer Störungen sind Teilhabebeeinträchtigungen nicht selten Teil der Diagnosekriterien. So enthalten die Kriterien für das Abhängigkeitssyndrom sowohl in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) als auch im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) die Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Pflichten als dem Konsum [10, 11]. Da eine Einschränkung der Teilhabe diagnoseimmanent ist, ist es demnach naheliegend, dass selbst kurze Screeningverfahren Konzepte enthalten, die zur Komponente Aktivitäten und Teilhabe (d) zugeordnet werden können. In Bezug auf umfangreichere suchtspezifische Verfahren sowie die nichtsuchtspezifischen Instrumente wird jedoch ein Fokus auf Körperfunktionen deutlich. Dieser Befund deckt sich gut mit Befunden aus der psychosomatischen Reha, die zeigen, dass etablierte Assessments zur Behandlungsplanung und -evaluation Einschränkungen der Teilhabe nur unzureichend erfassen [12].

Auch wenn Bedeutungsinhalte einzelner Testitems zur Komponente *Aktivitäten und Teilhabe* zuzuordnen sind, bedeutet dies noch nicht, dass sich diese Assessments zur Erfassung von Teilhabebeeinträchtigung eignen: Die „linking rules“ ermöglichen durch eine systematische und sehr genaue Vorgehenswei-

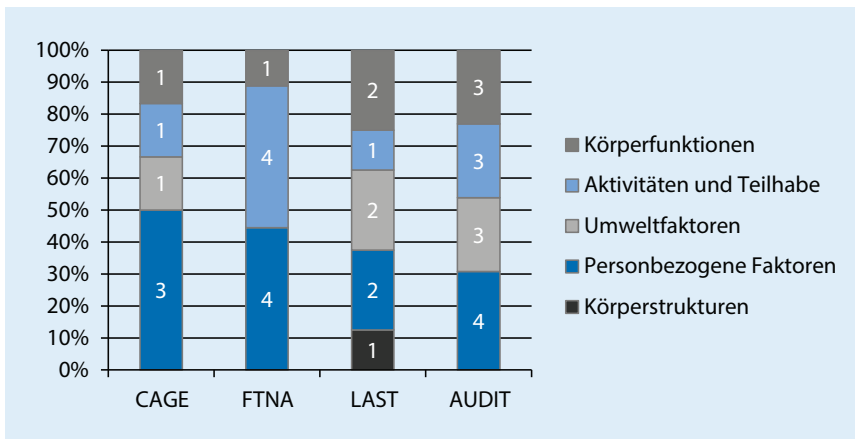


Abb. 2 ▲ Prozentuale Aufteilung von MCs aus Screeningverfahren auf ICF-Komponenten

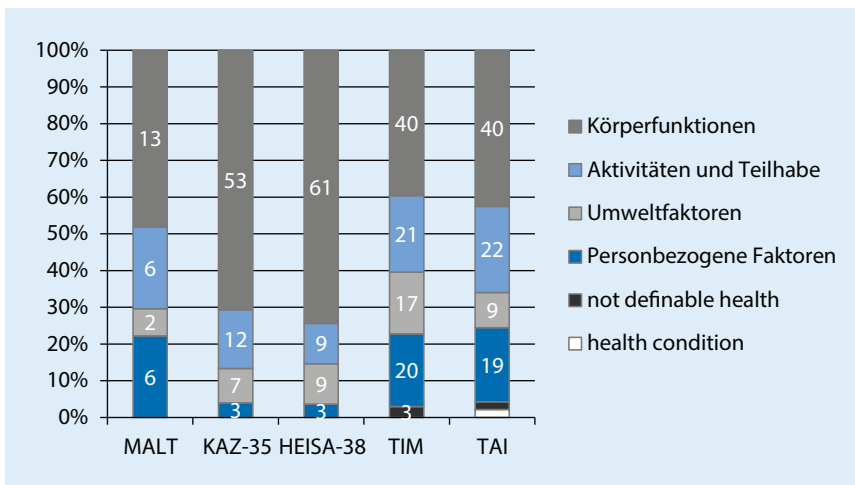


Abb. 3 ▲ Prozentuale Aufteilung von MCs aus suchtspezifischen Assessments auf ICF-Komponenten

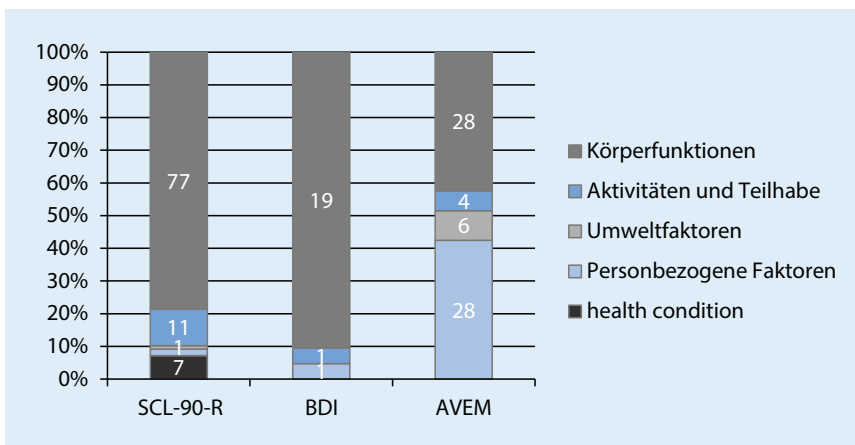


Abb. 4 ▲ Prozentuale Aufteilung von MCs aus nichtsuchtspezifischen Instrumenten auf ICF-Komponenten

se weitestgehend eine Rückkopplung inhaltlicher Konzepte zur ICF. Bei der Aufteilung von Items in MCs geht aber zum Teil Kontextinformation verloren: Testitems werden in ihrer Gänze ausgewertet und häufig zusätzlich zu Skalenwerten, also noch größeren Bedeutungseinheiten zusammengefasst. Den „linking rules“ zufolge wird hingegen jedes Item in seine kleinsten Bedeutungseinheiten aufgeteilt. Dieses Vorgehen kann durch den Verlust von Kontextinformationen dazu führen, dass der Inhalt eines Items verfälscht wird [13]. Auch die Mehrdimensionalität der ICF und die Redundanz bestimmter Inhalte zwischen den Komponenten trägt dazu bei, dass Kontextinformationen für die Entscheidung ausschlaggebend sein können, zu welcher Komponente ein Inhalt sinnvollerweise zugeordnet werden sollte. Dieser Kontext geht bei der Verlinkung von Messinstrumenten jedoch häufig verloren. Beispielsweise das Item, „Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z. B. in der Kirche, in der Bibliothek, im Kino usw.) das Rauchen sein zu lassen?“, aus dem FTNA müsste in die MCs „trotz Verbot das Rauchen nicht unterlassen“, „Kirche“, „Bibliothek“ und „Kino“ aufgeteilt werden. Letztere können dem Kapitel d9 der ICF zugeordnet werden; es ist jedoch unklar, ob dieses Item tatsächlich eine drohende Teilhabe einschränkung erfassen soll oder vielmehr einen Indikator für den Schweregrad der Abhängigkeit darstellt. Ein anderes Beispiel ist der AVEM, der sich ausschließlich auf Arbeitssituationen bezieht. Man könnte also annehmen, dass er viele MCs enthält, die der Komponente Aktivitäten und Teilhabe zuzuordnen sind. Dennoch konnte innerhalb des Instruments gemäß den „linking rules“ kein MC zu Bedeutende Lebensbereiche (d8) zugeordnet werden, weil die Arbeitstätigkeit oder das Arbeitsumfeld in den Items entweder nicht explizit erwähnt werden („Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin“) oder in einem MC genannt wird, dass eindeutig primär einer anderen Komponente zuzuordnen ist („Berufliche Karriere bedeutet mir wenig“ – personenbezogener Faktor).

In Bezug auf die in der Befragung ausgewerteten Assessments ist ein wei-

terer interessanter Befund, dass mit dem AUDIT lediglich eines der von Anwendern benannten Assessments in der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung alkoholbezogener Störungen empfohlen wird [14]. Dieser Befund kann zum einen dadurch erklärt werden, dass die Studie sich nicht explizit an Einrichtungen zur Behandlung alkoholbezogener Störungen, sondern allgemeiner an Einrichtungen zur Behandlung substanzbezogener Störungen richtet. Zum anderen erfolgte die Veröffentlichung der Leitlinie erst kürzlich, sodass von einer flächendeckenden Implementierung sicherlich noch nicht ausgegangen werden kann.

In der Interpretation der Ergebnisse sind einige Limitationen zu berücksichtigen. Aufgrund der pragmatischen Rekrutierungsstrategie ist unklar, inwieweit die Ergebnisse der Befragung Repräsentativität für die Suchthilfelandchaft in Deutschland erreichen – eine Rücklaufquote kann nicht abgeschätzt werden. Es ist anzunehmen, dass vor allem Einrichtungen teilgenommen haben, die verstärkt Assessment-Verfahren zur Diagnostik einsetzen. Im Vergleich zu anderen Behandlungsangeboten waren deutlich mehr Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation beteiligt. Das Auswahlkriterium von 10 % Nennungen durch die Anwender wurde ebenfalls aus pragmatischen Gründen gewählt, sodass auch die letztliche Auswahl der Assessments in keiner Weise Anspruch auf Repräsentativität erhebt. Dennoch liefert diese Studie erste Ergebnisse bezüglich der Integration von Teilhabebeeinträchtigungen in einigen häufig angewendeten Erhebungsinstrumenten in der Suchthilfe.

Fazit

Als Fazit kann formuliert werden, dass in den ausgewerteten Instrumenten durchaus Inhalte enthalten sind, die sich der Komponente Aktivitäten und Teilhabe zuordnen lassen, wobei analog zur psychosomatischen Reha ein deutlicher Schwerpunkt auf der Komponente Körperfunktionen liegt. Zur Erfassung von Teilhabebeeinträchtigungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen existieren mittlerweile im deutschsprachigen Raum einige Messinstrumente,

deren Einsatz ergänzend zur nicht-ICF-bezogenen, etablierten Diagnostik auf Basis unserer Studienergebnisse empfohlen werden kann [8]. Auch die (Weiter-)Entwicklung neuer Materialien, z. B. Assessments und ICF-Core Sets für die klinische Anwendung, sollte im besonderen Maße Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren berücksichtigen, da bedeutsame Inhalte aus der Komponente Körperfunktionen bereits durch die etablierten Assessments abgedeckt werden.

Durch stärkere Teilhabeorientierung in der Behandlungsplanung und -evaluation kann der Lebensalltag der Patienten noch besser in Behandlungszielen abgebildet werden. Die ICF liefert hierfür eine konzeptuelle Grundlage. Durch Assessments und ICF-Core Sets können diese Inhalte noch besser operationalisiert und individualisiert werden.

Fazit für die Praxis

In den ausgewerteten Instrumenten sind Inhalte enthalten, die sich der ICF Komponente Aktivitäten und Teilhabe zuordnen lassen, wobei ein deutlicher Schwerpunkt auf der Komponente Körperfunktionen liegt. Zur Erfassung von Teilhabebeeinträchtigungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen existieren mittlerweile im deutschsprachigen Raum einige Messinstrumente, deren Einsatz ergänzend zur nicht-ICF-bezogenen, etablierten Diagnostik auf Basis unserer Studienergebnisse empfohlen werden kann [8].
Durch stärkere Teilhabeorientierung in der Behandlungsplanung und -evaluation kann der Lebensalltag der Patienten noch besser in Behandlungszielen abgebildet werden. Die ICF liefert hierfür eine konzeptuelle Grundlage. Durch Assessments und ICF-Core Sets können diese Inhalte noch besser operationalisiert und individualisiert werden.

Korrespondenzadresse

Diplom-Psychologin M. Spies

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland
m.spies@uke.de

Danksagung. Diese Teilauswertung entstand im Rahmen der vom Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) geförderten Studie „Entwicklung eines ICF Core Sets Sucht mit Teilmodulen zu den Versorgungsbereichen Beratung & Vorsorge, Entgiftung, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation“. Wir danken den Förderern sowie unseren Projektpartnern Robert Meyer-Steinkamp, Robert Stracke und Anna Levke Brütt. Zudem möchten wir uns sehr herzlich bei den Suchtfachgesellschaften DG-Sucht, DG-SAS, DGSPS, DGS, FVS und buss für ihre Unterstützung bei der Gewinnung von Studienteilnehmern und natürlich den teilnehmenden Einrichtungen selbst bedanken.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Spies, C. Maschler und A. Buchholz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Muschalla B (2009) Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. *Rehabilitation (Stuttg)* 48:84–90
2. Levola J, Kaskela T, Holopainen A et al (2014) Psychosocial difficulties in alcohol dependence: A systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disabil Rehabil* 36:1227–1239. doi:10.3109/09638288.2013.837104
3. BAR (2006) Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitskrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
4. Sobell LC, Sobell MB (1997) Alcohol Consumption Measures. In: Allen JP, Columbus M (Hrsg) *Assess. alcohol Probl. A Guid. Clin. Res.* DIANE Publishing, Collingdale, 555–73
5. Tiffany ST, Friedman L, Greenfield SF et al (2012) Beyond drug use: A systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction* 107:709–718. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03581.x
6. World Health Organization (2001) ICF: International classification of functioning, disability and health. WHO, Geneva
7. Cieza A, Geyh S, Chatterji S et al (2005) ICF linking rules: An update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 37:212–218. doi:10.1080/16501970510040263

8. Buchholz A, Spies M, Brütt AL (2015) ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen – ein systematisches Review. *Rehabilitation (Stuttg)* 54:153–159
9. Spies M, Brütt AL, Buchholz A (2015) Verlinkung in Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen empfohlener Messinstrumente zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). *Suchttherapie* 16:01
10. World Health Organization (1992) International classification of diseases and related health problems, 10th Revision (ICD-10). WHO, Geneva
11. Association AP (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)
12. Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J et al (2007) Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie. Huber, Bern
13. Fayed N, Cieza A, Bickenbach JE (2011) Linking health and health-related information to the ICF: A systematic review of the literature from 2001 to 2008. *Disabil Rehabil* 33:1941–1951. doi:[10.3109/09638288.2011.553704](https://doi.org/10.3109/09638288.2011.553704)
14. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015) S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Springer, Berlin
15. Hautzinger M, Keller F, Kühner C (2006) Beck depressions-inventar (BDI-II)
16. Franke GH (1995) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Beltz Test, Göttingen
17. Feuerlein W, Kufner H, Ringer CH, Antons K (1979) MALT: Münchner Alkoholismus Test. Manual. Beltz Test, Göttingen
18. Funke W, Funke J, Klein M, Scheller R (1987) Trierer Alkoholismusinventar: (TAI)
19. Ewing JA (1984) Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 252:1905–1907. doi:[10.1001/jama.1984.03350140051025](https://doi.org/10.1001/jama.1984.03350140051025)
20. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al (1993) Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): Who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 88:791–804
21. Schaarschmidt U, Fischer A (2003) AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, 3. Aufl. Comput, Frankfurt/M
22. Rumpf HJ, Hapke U, John U (2011) LAST Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test. Hogrefe, Göttingen
23. Körkel J, Schindler C (1996) Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35): Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationshinweise
24. Körkel J, Schindler C (1997) Die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht“ (HEISA): Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationshinweise
25. Bleich S, Havemann-Reinecke U, Kornhuber J (2002) Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit: FTNA
26. Funke J, Funke W, Klein M, Scheller R (2001) Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM). *Sucht* 47:88–103. doi:[10.1024/suc.2001.47.2.88](https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.2.88)

SUCHT

Welche Alltagsbeeinträchtigungen erleben Patienten mit Suchterkrankungen? --Manuskript-Entwurf--

Manuskriptnummer:	
Vollständiger Titel:	Welche Alltagsbeeinträchtigungen erleben Patienten mit Suchterkrankungen?
Kurztitel:	Alltagsbeeinträchtigungen durch Suchterkrankungen
Artikeltyp:	Originalarbeit
Schlüsselwörter:	Beeinträchtigungen im Alltag, ICF, substanzbezogene Störungen
Korrespond. Autor:	Maren Spies Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie Hamburg, GERMANY
Korrespondierender Autor, Zweitinformationen:	
Korrespondierender Autor, Institution:	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Korrespondierender Autor, zweite Institution:	
Erstautor:	Kristina Borchfeld
Erstautor, Zweitinformationen:	
Reihenfolge der Autoren:	Kristina Borchfeld Maren Spies Robert Meyer-Steinkamp Robert Stracke, Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Dr. Angela Buchholz, Dr.
Reihenfolge 'Zweite Informationen' von Autoren:	
Zusammenfassung:	<p>Hintergrund: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) stellt einen konzeptuellen Rahmen und eine standardisierte Sprache zur Verfügung, um Funktionseinschränkungen im täglichen Leben zu beschreiben. Ziel dieser Studie war es, Einschränkungen, die Patienten mit substanzbezogenen Störungen in ihrem Alltag erleben, zu ermitteln und mithilfe der ICF abzubilden.</p> <p>Methodik: Im Rahmen dreier Fokusgruppen wurden Patienten zu ihren Alltagseinschränkungen befragt. Eingeschlossen wurden Teilnehmer, die bereits an mindestens einer suchtspezifischen Behandlung teilgenommen hatten und möglichst unterschiedliche Schweregrade aufwiesen. Zwei unabhängige Studienmitarbeiter teilten die Transkripte der Gespräche in Meaningful Concepts (MCs) auf und ordneten sie anhand der sog. linking rules von zu Kategorien der ICF zu.</p> <p>Ergebnisse: 27 Patienten nahmen teil (Alter M=44.15, 25.9% weiblich). Es konnten insgesamt 870 MCs zu 185 verschiedenen ICF-Kategorien zugeordnet werden (Cohens $\kappa=$.44). Die am häufigsten benannten Kategorien waren Dienste des Gesundheitswesens (n=54; 6.2%), Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen (n=52; 6%) und Motivation (n=30; 3.4%).</p> <p>Schlussfolgerungen: Die Patienten benannten eine Vielzahl von Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit. Die Verlinkung zur ICF ermöglicht eine Einordnung der Problembereiche im bio-psycho-sozialen Modell und ihre Benennung mithilfe von ICF-Kategorien.</p>

Welche Beeinträchtigungen erleben Patienten mit substanzbezogenen Störungen in ihrem Alltag?

Which impairments do patients with substance-related disorders experience in their everyday lives?

Autorinnen und Autoren:

Kristina Borchfeld¹⁺; Maren Spies²⁺, Robert Meyer-Steinkam³, Dr. Robert Stracke⁴, PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf⁵, Dr. Angela Buchholz²

⁺geteilte Erstautorinnenschaft

¹Universitätsklinikum Schleswig-Holstein UKSH, Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP

²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

³Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld, Alida Schmidt-Stiftung Hamburg

⁴Fachklinik Hansenbarg, Alida Schmidt Stiftung Hamburg

⁵Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Korrespondierende Autorin:

Maren Spies, Dipl. Psych.

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Tel.: +49 (0) 40 7410 53419

Fax.:

E-Mail: m.spies@uke.de

Anzahl Tabellen: 5

Anzahl Abbildungen: 2

Anzahl Zeichen: 34.523

Fassung 1, 08.04.2016

Das Manuskript ist geistiges Eigentum der Verfasser, die Verfasser besitzen das Copyright. Bisher war weder das ganze Manuskript, noch Teile davon in deutscher Sprache publiziert bzw. in anderen deutschsprachigen Zeitschriften eingereicht worden sind.

Abstract

Hintergrund: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) stellt einen konzeptuellen Rahmen und eine standardisierte Sprache zur Verfügung, um Funktionseinschränkungen im täglichen Leben zu beschreiben. Ziel dieser Studie war es, Einschränkungen, die Patienten mit substanzbezogenen Störungen in ihrem Alltag erleben, zu ermitteln und mithilfe der ICF abzubilden.

Methodik: Im Rahmen dreier Fokusgruppen wurden Patienten zu ihren Alltagseinschränkungen befragt. Eingeschlossen wurden Teilnehmer, die bereits an mindestens einer suchtspezifischen Behandlung teilgenommen hatten und möglichst unterschiedliche Schweregrade aufwiesen. Zwei unabhängige Studienmitarbeiter teilten die Transkripte der Gespräche in Meaningful Concepts (MCs) auf und ordneten sie anhand der sog. *linking rules* von zu Kategorien der ICF zu.

Ergebnisse: 27 Patienten nahmen teil (Alter $M=44.15$, 25.9% weiblich). Es konnten insgesamt 870 MCs zu 185 verschiedenen ICF-Kategorien zugeordnet werden (Cohens $\kappa=.44$). Die am häufigsten benannten Kategorien waren *Dienste des Gesundheitswesens* ($n=54$; 6.2%), *Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen* ($n=52$; 6%) und *Motivation* ($n=30$; 3.4%).

Schlussfolgerungen: Die Patienten benannten eine Vielzahl von Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit. Die Verlinkung zur ICF ermöglicht eine Einordnung der Problembereiche im bio-psycho-sozialen Modell und ihre Benennung mithilfe von ICF-Kategorien.

Schlüsselwörter: Beeinträchtigungen im Alltag, ICF, substanzbezogene Störungen

Abstract

Background: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) provides a conceptual framework and a standardized language to describe limitations of functioning. The aim of this study was to assess limitations experienced by patients with substance use disorders in their everyday lives using the ICF as a framework.

Methods: In three focus groups patients discussed impairments in their everyday functioning. We included adult participants who had taken part in at least one prior treatment and had different degrees of problem severity. Two independent researchers derived meaningful concepts from transcripts of the group discussions and assigned them to ICF categories following the linking rules by Cieza.

Results: 27 patients participated in the study (age $M=44.15$, 25.9% female). A total of 870 meaningful concepts were linked to 185 different ICF categories (Cohen's $\kappa=.44$). The most frequently identified ICF categories were *Health care services* (6.2%; $n=54$), *Insight* (6%; $n=52$) and *Motivation* (3.4%; $n=30$).

Conclusions: The patients suffered from various functional limitations in their daily lives. The linkage to the ICF allows to map these limitations onto the bio-psycho-social model of health and translates them into a universal language.

Keywords: limitations, ICF, everyday live, substance use disorders

Schlussfolgerungen für die Praxis

- Die von Patienten benannten Einschränkungen der Funktionsfähigkeit lassen sich verschiedenen Komponenten und Kategorien der ICF zuordnen. Am häufigsten benannt wurden die Komponenten Aktivitäten und Teilhabe sowie Körperfunktionen.
- Patienten mit alkoholbezogenen Störungen nennen andere Problembereiche als Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen, insbesondere in Bezug auf personbezogene Faktoren.
- Das ICF Core Set Sucht kann Anwendern helfen, relevante Funktionseinschränkungen und Umweltfaktoren systematisch zu erfassen, um so über Versorgungsgrenzen hinweg in einer einheitlichen Sprache Bedarfe und Verläufe abbilden zu können.

Einleitung

Substanzbezogene Störungen bringen eine Vielzahl an Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit mit sich. Zu den schädlichen Auswirkungen zählen nicht nur somatische Komplikationen, sondern auch vielfältige psychosoziale Beeinträchtigungen, die sich auf alle Lebensbereiche der Betroffenen erstrecken können wie z. B. Erwerbstätigkeit, Familienleben oder die Gestaltung der Freizeit (Bühninger et al., 2000; Levola et al., 2014). Für eine adäquate Bedarfserfassung sowie für eine erfolgreiche Behandlung ist die Identifikation dieser Beeinträchtigungen essenziell (Leshner, 1997; Carroll und Rounsaville, 2002; Andreas et al., 2011).

Während eine symptomorientierte Diagnostik anhand der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10) (World Health Organization, 2007) etabliert ist, gibt es bislang kaum einheitliche Standards zur systematischen Erfassung solcher Einschränkungen der Funktionsfähigkeit. Existierende Messinstrumente, z. B. der Addiction Severity Index (ASI; McLellan et al., 1992), beschränken sich häufig auf die Erfassung von Konsumgewohnheiten oder Kriterien der Abhängigkeit. Auch für viele aufwendigere Messinstrumente gilt, dass in der Regel die Beeinträchtigungen im Alltag lediglich als Teil der diagnostischen Kriterien Eingang finden (z. B. beim Kriterium des fortgesetzten Konsums trotz negativer Konsequenzen).

Um ein vollständiges Bild einer Krankheit und daraus resultierender Funktionseinschränkungen zu gewinnen, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; Weltgesundheitsorganisation, 2005) ergänzend zur ICD-10 (WHO, 2005). Eine genaue Beschreibung der funktionalen Gesundheit auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells erfolgt anhand der Komponenten *Körperfunktionen (b)*, *Körperstrukturen (s)*, *Aktivitäten und Partizipation (d)* sowie gesundheitsrelevanten Kontextfaktoren, den *Umweltfaktoren (e)* und *personbezogenen Faktoren*. Personbezogene Faktoren (pf) wie z.B. Alter, Geschlecht oder Lebensstil sind allerdings derzeit in der ICF nicht klassifiziert. Die funktionale Gesundheit in der ICF wird als eine Wechselwirkung zwischen einem Gesundheitsproblem eines Betroffenen und sog. Kontextfaktoren beschrieben (DIMDI & WHO, 2005). Zur differenzierten Beschreibung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit stellt die ICF 1 424 Kategorien sowie eine Spezifizierung durch vier Klassifikationsebenen zur Verfügung. Dabei versteht man unter der ersten Ebene ein Kapitel

der ICF. Mittels jeder folgenden Ebene spezifiziert man das zur Beschreibung stehende Problem. Mithilfe der sog. Beurteilungsmerkmale wird das Ausmaß einer Beeinträchtigung gekennzeichnet. Dank der bio-psycho-sozialen Perspektive sowie der Option, die subjektive Sicht der Patienten zu erfassen, ist die Anwendung der ICF im klinischen Alltag für ein patientenorientiertes Versorgungssystem äußerst förderlich (Farin, 2008). Auch die Kategorien der ICF, insbesondere auf den Domänen der Aktivitäten und der Teilhabe, sind alltagsnah und zugänglich formuliert und damit optimal geeignet, um den Alltag der Patienten zu beschreiben (Farin, 2008). Für die praktische Anwendung stellen der Umfang und die Komplexität der ICF eine Herausforderung dar.

Um die Handhabung der ICF in der Praxis zu erleichtern, empfiehlt die WHO die Entwicklung sog. ICF Core Sets. Ein Core Set beinhaltet diejenigen ICF-Kategorien, die für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit von Personen mit einer spezifischen Störung am wichtigsten sind. Im Bereich der substanzbezogenen Störungen gibt es derzeit kein gültiges ICF Core Set, das den gesamten Versorgungsbereich des Suchthilfesystems repräsentiert. Allerdings existieren in Deutschland Vorarbeiten für die Entwicklung eines Core Sets Sucht. So führte die ICF-AG des Bundesverbands für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) und des Fachverband Sucht e. V. (FVS) eine Pilotstudie mit 20 Leitungsteam-Mitgliedern aus vorwiegend rehabilitativen Suchthilfeeinrichtungen durch (Amann, Stracke, Veltrup, Künfer und Roeb-Rienas, 2011). Das vorläufige Core Set ist mit über 100 Kategorien jedoch noch sehr lang; darüber hinaus wurde die Patientenperspektive, die bei der Entwicklung eines Core Sets von dem Research Branch der WHO gefordert wird, bisher noch nicht berücksichtigt. Weiterhin problematisch im Sinne einer systematischen Verzerrung ist die überwiegende Repräsentanz von Mitarbeitern aus Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Zudem wurde bislang noch nicht untersucht, ob es Unterschiede in der Wahrnehmung von Funktionseinschränkungen zwischen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Störungen durch illegale Substanzen gibt.

In der ICF wird Teilhabe definiert als das Einbezogenensein in eine Lebenssituation, (WHO, 2005). Aufgrund der Subjektivität des Konzeptes ist der Einbezug der Patientenperspektive bei der Erfassung der Beeinträchtigung der Teilhabe unerlässlich (Farin, 2008). Auch für die Beurteilung bedeutsamen Förderfaktoren oder Barrieren ist der Einbezug der Betroffenen wichtig.

Die Ziele dieser Studie sind daher zu untersuchen, welche Beeinträchtigungen Patienten mit substanzbezogenen Störungen in ihrem Alltag im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung

erleben und durch welche ICF-Kategorien sich diese Beeinträchtigungen am besten beschreiben lassen. Außerdem soll untersucht werden, ob es Unterschiede bezüglich dieser Beeinträchtigungen zwischen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen gibt.

Methode

Design

Das Studiendesign ist querschnittlich angelegt und beinhaltet im Sinne eines *Mixed-Methods* Designs sowohl qualitative als auch quantitative Methoden. Diese Studie wurde als Teilstudie des vom *Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (vffr)* geförderten Projekts „Entwicklung eines ICF Core Sets Sucht mit Teilmodulen zu den Versorgungsbereichen Beratung & Vorsorge, qualifizierter Entzug, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation“ durchgeführt. Es wurden drei Fokusgruppen durchgeführt: die erste und zweite Fokusgruppe umfassten Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und die dritte Fokusgruppe Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen.

Stichprobe

Die Studienteilnehmer wurden in der Fachklinik Hansenbarg, in der Therapeutischen Gemeinschaft Jenfeld, in der Fachklinik Hamburg-Mitte, in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll und in der Alkoholambulanz sowie im qualifizierten Entzug des Universitätsklinikum Eppendorf rekrutiert. Sie stammten somit aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Suchtberatung, Vorsorge, qualifizierter Entzug, Medizinische Rehabilitation und Soziale Rehabilitation). Bei der Rekrutierung wurde darauf geachtet, dass die Teilnehmer möglichst unterschiedlich schwere Verläufe aufweisen.

Ein- und Ausschlusskriterien

Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, wenn sie die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllten und in der Vorgeschichte an mindestens einer Suchtbehandlung teilgenommen hatten. Die Volljährigkeit der Patienten sowie ausreichende Deutschkenntnisse waren ebenfalls Teilnahmevoraussetzungen.

Instrumente

Ansatzpunkte für die Diskussion waren Probleme, die die Teilnehmer in ihrem Alltag im

Zusammenhang mit ihrer Erkrankung erleben, strukturiert nach den Komponenten der ICF (siehe Tabelle 1).

***Hier bitte Tabelle 1 einfügen

Durchführung

Der Umfang der Fokusgruppen war mit jeweils mindestens sieben vorgesehenen Teilnehmern pro Gruppe an die Empfehlung im Core Set Development Guide (Selb et al., 2014) angelehnt. Um im Falle des möglichen Nichterscheinens trotzdem genügend Teilnehmer zu haben, wurden 10 bis 11 Teilnehmer pro Fokusgruppe eingeladen. Bei der Zusammensetzung der Patienten für die Fokusgruppen wurde ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis angestrebt. Die Teilnehmer wurden vor dem Beginn der Fokusgruppen bezüglich des Datenschutzes und der Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt und unterschrieben eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme. Zusätzlich gaben sie ihre ihr Alter, Geschlecht, die primäre Problemsubstanz sowie die Dauer ihrer Abhängigkeitserkrankung und die Anzahl der bisher erfolgten Suchtbehandlungen an. Zwei erfahrene Psychotherapeuten klärten die Teilnehmer bezüglich der Untersuchungsziele auf. Dabei stellten sie kurz das bio-psycho-soziale Modell der ICF vor und legten Gruppen-Regeln für die Diskussion fest (Vertraulichkeit, respektvoller Umgang miteinander, keine wertende Haltung, ausreden lassen). Die Teilnehmer wurden instruiert, während der Diskussion keine Namen zu nennen. Im weiteren Verlauf moderierten die Psychotherapeuten die Diskussion abwechselnd. Dabei wurde angestrebt, möglichst wenig in die Diskussion einzugreifen. Die Moderatoren lasen die Diskussionsfragen wörtlich vor und begleiteten die Diskussion, indem sie die Aussagen von Patienten zusammenfassend paraphrasierten. Nach Abschluss der Fokusgruppe erhielten die Teilnehmer eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 40 Euro. Die Dauer der Fokusgruppen war auf einen Zeitraum von jeweils 90 Minuten angelegt.

Auswertung

Die Inhalte der Fokusgruppen wurden auf eine Tondatei aufgenommen und transkribiert. Dabei wurden Personennamen, die trotz Instruktion genannt worden waren, anonymisiert und durch das Wort „Name“ ersetzt. Die Transkripte stellten die Basis für den Linking-Prozess dar. Dieser beinhaltet mehrere aufeinander folgende Schritte (Cieza et al., 2005). Im ersten Schritt wurden die Patientenaussagen in ihre kleinsten Bedeutungseinheiten, sogenannte *meaningful concepts* (MC), aufgeteilt. Im zweiten Schritt wurden die identifizierten MCs

korrespondierenden ICF-Kategorien zugeordnet (verlinkt). Innerhalb der Komponente der personbezogenen Faktoren stellt die ICF derzeit noch keine Kategorien bereit; allgemeine personbezogene Informationen, z.B. demografische oder biografische Fakten wurden somit zu „pf (unspezifisch)“ verlinkt. Um den Verlust wichtiger Informationen zu vermeiden, wurden jedoch für wiederkehrende Konzepte innerhalb der personbezogenen Faktoren im Rahmen der Auswertung Untergruppen gebildet. Die Identifikation der MCs wurde zunächst von einem Rater (Rater 1) durchgeführt. Um die Reliabilität der Verlinkung zu Inhalten der ICF zu sichern, wurde bei diesem Schritt ein weiterer unabhängiger Rater (Rater 2) hinzugezogen. Im Fall von Uneinigkeit wurde diskutiert und eine konsensuelle Lösung gefunden. Nachdem ca. 10% der MCs verlinkt waren, fand ein Austausch zwischen den beiden Ratern statt; auffällige Inkongruenzen wurden diskutiert und in einem Linking-Protokoll festgehalten. Nachdem die unabhängigen Verlinkungen abgeschlossen waren, wurde Cohens Kappa als Maß der Interrater-Reliabilität berechnet (Wirtz & Casper, 2002). Anschließend folgte die Konsensfindung für alle inkongruent verlinkten MCs. Die Rater diskutierten über die ICF-Kategorien und einigten sich auf eine der beiden oder fanden eine dritte, zutreffendere Kategorie.

Zur Prüfung der Unterschiede zwischen Patienten mit Alkoholbezogenen Störungen und Störungen durch illegale Substanzen wurden Chi-Quadrat Tests berechnet.

Ergebnisse

Stichprobe

Die Datenerhebung fand von Mai bis Juli 2015 statt. Insgesamt wurden drei Fokusgruppen durchgeführt: zwei Gruppen für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (n=6, n=10); eine Gruppe für Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen (n=11).

An den Fokusgruppen nahmen insgesamt 27 Probanden teil (74% männlich). Alle Probanden erfüllten die diagnostischen Kriterien einer substanzbezogenen Störung nach ICD-10 und nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer Suchtbehandlung oder einem suchtbezogenen Betreuungsprogramm teil. Das durchschnittliche Alter betrug 44.15 Jahre (SD=10.90; Range 23–61). Dabei waren die Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen mit durchschnittlich 39 Jahren (M=39; SD=8.49; Range 30–61) jünger als Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (M=47.69; SD=11,19; Range von 23 bis 61). Insgesamt berichteten 23 Personen (85.2%) alkoholbezogene Probleme. Probleme mit Cannabis hatten 19 (29.6%) der Teilnehmer; 10 (37%) mit Kokain, und 7 (25.9%) mit

Opiaten. Schwierigkeiten mit Stimulantien hatten fünf Personen (18.5%), zwei mit Sedativa und lediglich eine Person mit Ecstasy (die Nennung mehrerer Problemsubstanzen war hierbei möglich). In den Gruppen der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen berichteten fünf (31%) der Teilnehmer, zusätzlich Probleme mit anderen Substanzen als Alkohol zu haben. In der Gruppe der Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen lag der Anteil derer, die mit mindestens zwei Substanzen Probleme hatten deutlich höher (9; 90%). Die meistgenannten Substanzen innerhalb dieser Gruppe waren Kokain (n = 9, 81.8%) und Opiate (7, 63.6%). Die durchschnittliche Konsumdauer der Hauptproblemsubstanz betrug 15.9 Jahre (SD=8.5; Range 2.5–30). Die Teilnehmer hatten durchschnittlich bereits an 2.3 vorangehenden ambulanten Suchtbehandlungen (Range 0–16) und an 4.8 stationären Suchtbehandlungen (Range 1–50) teilgenommen.

Identifizierte ICF-Kategorien

In dieser Untersuchung konnten 1 338 MCs identifiziert werden. Hierbei handelt es sich um die Zahl der insgesamt identifizierten MCs inklusive mehrfach vorkommender, und nicht um 1338 unterschiedliche MCs. Cohens Kappa als Maß der Übereinstimmung zwischen den Ratern im Linking-Prozess beträgt .452 für die erste Fokusgruppe und .446 für die zweite Fokusgruppe sowie .421 für die dritte Fokusgruppe. Abbildung 1 zeigt ein Flussdiagramm zur Zuordnung von MCs während des Linking-Prozesses.

***Hier bitte Abbildung 1 einfügen

Es konnten insgesamt 870 (inklusive mehrfach vorkommender) MCs zu 185 verschiedenen korrespondierenden ICF-Kategorien zugeordnet werden. Die am häufigsten identifizierten Komponenten sind *Körperfunktionen (b)* mit 33.6%¹ (292 Verlinkungen) und *Aktivitäten und Partizipation (d)* mit 32.9% (287 Verlinkungen). Die Komponente *Umweltfaktoren (e)* wurde 251 Mal verlinkt (28,9%), *Körperstrukturen (s)* lediglich 40 Mal (4.6%).

Auf Kapitelebene wurde das Kapitel *Mentale Funktionen* am häufigsten verlinkt (*b1*, 25.8%, 226 Verlinkungen). Es beinhaltet beispielsweise Funktionen der psychischen Energie und emotionale Funktionen, aber auch Funktionen wie das Einsichtsvermögen. Am zweithäufigsten wurde das Kapitel *Unterstützung und Beziehungen (e3*, 10.6%, 92 Verlinkungen) aus der Komponente der Umweltfaktoren verlinkt. Das Kapitel beinhaltet Gruppen des sozialen Umfelds, z. B. Familie oder Kollegen, die eine Barriere oder einen

¹ Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil der zur Komponente (bzw. Kategorie) verlinkten MCs an allen MCs (n=870)

Förderfaktor für die Funktionsfähigkeit darstellen können. Die Kapitel *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze* (e5, 9.7%, 84 Verlinkungen) und *Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen* (d7, 8.8%, 77 Verlinkungen) gehören ebenfalls zu den häufig identifizierten Kapiteln. Eine Darstellung auf Ebene der zweiten und dritten Ebene ist Tabelle 2 zu entnehmen. Ein vollständiger Überblick über alle identifizierten ICF-Kategorien ist dem Anhang 1 zu entnehmen.

***Hier bitte Tabelle 2 einfügen

Personbezogene Faktoren

Insgesamt konnten 337 personbezogene Faktoren identifiziert werden. Dies entspricht 25.2% aller identifizierten MCs (1338). Die am häufigsten vorkommenden spezifischen personbezogenen Faktoren waren *Angst vor Rückfall* (8%, 27 Verlinkungen), *Konsumgewohnheiten* (6.8%, 23 Verlinkungen) sowie „Konsum verheimlichen“ und *Selbstmedikation* (jeweils 3% bzw. 10 Verlinkungen) (s. Anhang 2).

Unterschiede zwischen den Gruppen Alkohol und illegalen Substanzen

Die Fokusgruppen der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Störungen durch illegale Substanzen wiesen im Vergleich einige Unterschiede auf. Diese betreffen zum einen die Verteilung der in den jeweiligen Gruppen genannten Konzepte auf die Komponenten der ICF.

***Hier bitte Tabelle 3 einfügen

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der MCs auf die Komponenten der ICF, getrennt nach Alkohol und illegalen Substanzen. Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen nennen signifikant häufiger Körperstrukturen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung erlebten Einschränkungen als Patienten mit alkoholbezogenen Störungen ($\chi^2=10.76$, $df=1$, $p=.001$). Die Komponente der Umweltfaktoren wird hingegen häufiger in der Gruppe der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen genannt; der Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($\chi^2=7.18$, $df=1$, $p=.007$)².

² Bonferroni-adjustiertes Signifikanzniveau von $p < .005$.

Beide Gruppen unterscheiden sich zudem in Bezug auf die meistgenannten Kategorien (siehe Tabellen 4 und 5)³. So berichteten die Patienten mit Alkoholbezogenen Störungen häufiger über Antriebsprobleme (*Motivation (b1301)* mit 4.5% die dritthäufigste Kategorie innerhalb der Gruppe) sowie Ernährung und Fitness, z. B. nicht Treppen steigen, weil man sofort „außer Atem“ ist (*Ernährung und Fitness handhaben (d5701)* mit 4% die vierthäufigste Kategorie).

***Hier bitte Tabelle 4 einfügen

Die Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen berichten, eher unter den gesellschaftlichen Vorurteilen, auf die sie im Alltag stoßen, zu leiden (*Einstellungen (e4)*, mit 4% die dritthäufigste Kategorie).

***Hier bitte Tabelle 5 einfügen

Weitere deskriptive Unterschiede zwischen den Gruppen finden sich in den personbezogenen Faktoren (siehe Abbildung 2): Kriminelles Verhalten und insbesondere Beschaffungskriminalität spielten in der Gruppe der Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen eine wesentlich größere Rolle (3.8%) als in der Gruppe der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (1.3%). Darüber hinaus berichtete diese Patientengruppe, durch das Verheimlichen des Konsums gegenüber dem sozialen Umfeld belastet zu sein, was in den Fokusgruppen für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen nicht genannt wurde. In letzteren wiederum wog die Angst vor möglichen Rückfallsituationen schwerer. Auch wurde häufiger davon berichtet, das Suchtmittel zur Dämpfung körperlichen oder psychischen Leids einzusetzen (Selbstmedikation). Der Großteil der MCs, die als personbezogene Faktoren eingestuft wurde, gehören jedoch zur Kategorie *unspezifisch* und machen in der Gruppe der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen 76.2% und in der Gruppe der Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen 72.6% aus.

***Hier bitte Abbildung 2 einfügen

Diskussion

³ Hierbei handelt es sich ausschließlich um deskriptive Unterschiede

In der vorliegenden Studie wurde mittels qualitativer und quantitativer Methoden untersucht, welche Funktionseinschränkungen Patienten mit substanzbezogenen Störungen in ihrem Alltag erleben. Die Verlinkung zur ICF ermöglicht eine Zuordnung der Problembereiche zu verschiedenen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells und die Benennung der betroffenen Lebensbereiche sowie der relevanten Umweltfaktoren mithilfe von ICF-Kategorien. Insgesamt konnten 870 MCs zu 185 verschiedenen ICF-Kategorien zugeordnet werden.

Innerhalb der Komponente der Körperfunktionen waren die Kategorien *Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen (b1644)* und *Motivation (b1301)* mit 52 bzw. 30 Verlinkungen von entscheidender Bedeutung für die Betroffenen. Ersteres bezieht sich auf die Einsicht in die eigenen Verhaltensweisen in Zusammenhang mit dem Konsum und die Bedeutung, die diese für die Behandlungsbereitschaft hat. Das Konzept Motivation wird von den Teilnehmern meist im Sinne einer Beeinträchtigung, also eines Mangels an Motivation berichtet. Die häufige Verlinkung der Kategorie *Ernährung und Fitness (d5701)* spiegelt die großen Schwierigkeiten der Teilnehmer wieder, sich in Zeiten des Konsums normal zu ernähren oder körperlich zu betätigen. Dies wurde sowohl im Sinne einer Unterernährung genannt (Verlust des Interesses an Nahrungsmitteln, Gewichtsabnahme), als auch im Sinne einer Überernährung (Gewichtszunahme durch große Mengen hochkalorischer alkoholischer Getränke in Kombination mit wenig bis keiner Bewegung), die beide zu vermindertem körperlichem Wohlbefinden und verminderter Belastbarkeit führen und von den Betroffenen als sehr einschränkend empfunden wurden.

Die Kategorie *Dienste des Gesundheitswesens (e5800)* ist mit 6.2% (von insgesamt 870 MCs) die am häufigsten identifizierte Kategorie. Diese Kategorie wurde in den meisten Fällen bei Äußerungen über Psychotherapie oder das Suchthilfesystem allgemein verwendet (fast immer in positivem Zusammenhang, d.h. im Sinne eines Förderfaktors der Komponente Umweltfaktoren). Dies verdeutlicht die Bedeutsamkeit des Hilfesystems für die Betroffenen. Innerhalb der personbezogenen Faktoren scheint die Angst vor dem Rückfall eine große Rolle für die Betroffenen zu spielen. In den Gruppengesprächen wurde jedoch deutlich, dass diese Angst einerseits als unangenehm, andererseits aber auch als hilfreich empfunden wird, weil sie unter Umständen die Motivation steigert, Risikosituationen zu vermeiden. Den personbezogenen Faktor *Selbstmedikation* erwähnten die Teilnehmer häufig im Zusammenhang mit Schmerzlinderung, aber auch Affektregulation. Diese Beobachtung unterstützt die sog. „Selbstmedikationshypothese“, nach der psychotrope Substanzen zur

Bewältigung primär vorhandener psychischer Störungen oder körperlicher Erkrankungen eingesetzt werden und daher Abhängigkeitserkrankungen oft mit anderen psychischen Störungen vergesellschaftet sind (z.B. Wittchen et al., 1992).

Die Mehrzahl der identifizierten Kategorien geht mit den Befunden anderer Autoren einher. Die ICF-Kategorien *Bezahlte Tätigkeit (d850)* und *Sport (d9201)* bestätigen die Befunde „Beschwerden in Beruf und Freizeit“ von Andreas et al. (2011). Das Kapitel *Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (d7)* umfasst dasselbe Phänomen wie die Beeinträchtigungen in „den Bereichen der interpersonellen Interaktion“, die Levola et al. (2014), in einer Literaturanalyse bereits aufzeigten. Zudem korrespondiert die ICF-Kategorie *Affektkontrolle (b1521)*, die in dieser Untersuchung 18 Mal vergeben wurde, mit dem Bereich „Umgang mit Aggression“ von Levola et al. (2014), gleiches gilt für die MCs „Kriminelles Verhalten“ und „Beschaffungskriminalität“, die Levolas Bereich „Probleme mit dem Gesetz“ entsprechen.

Die Befunde dieser Untersuchung deuten darauf hin, dass zwischen den Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und den Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen in Hinsicht auf ihre Beeinträchtigungen oder ihre Barrieren/Förderfaktoren im Alltag Unterschiede bestehen. Für letztere gehören gesellschaftliche Einstellungen, aber auch die Einstellungen ihres Umfelds (*e4*) zu den meistgenannten Problembereichen, was darauf hindeutet, dass die Betroffenen dieser Gruppe weniger Verständnis und Toleranz als Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung erfahren (Komponente *Umweltfaktoren*) und stärker stigmatisiert sind (Batra et al., 2015). Für diese Deutung spricht auch die Verteilung des personbezogenen Faktors *Konsum verheimlichen (9.4%)*: Dieser kommt ausschließlich in den Nennungen der Patienten mit Störungen durch illegale Substanzen vor. Dass die Verheimlichung des Konsums in den Gruppendiskussionen alkoholabhängiger Patienten keine so große Rolle gespielt hat, kann zum Einen mit dem Zeitpunkt der Befragung (während der Behandlung), zum Anderen aber auch mit der Legalität der Substanz Alkohol zu tun haben. Die von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen meistgenannten Umweltfaktoren (*e5800 Dienste des Gesundheitswesens* und *e3 Unterstützung und Beziehungen*) wurden hingegen überwiegend in positiven Zusammenhängen genannt und stellen eher einen Förderfaktor dar.

Limitationen & Stärken

Eine Limitation dieser Studie ist die relativ kleine und nicht repräsentative Stichprobe. Es konnten deutlich mehr Teilnehmer mit alkoholbezogenen Störungen rekrutiert werden als solche mit Störungen durch illegale Substanzen. Die Ergebnisse der Gruppenvergleiche müssen daher mit Vorsicht interpretiert werden. Weibliche Teilnehmer waren außerdem in allen drei Fokusgruppen unterrepräsentiert (insgesamt 7 von 27). Dies mindert die Aussagekraft der Befunde für diese Patientengruppe, die möglicherweise andere Funktionseinschränkungen oder Umweltfaktoren als wichtig erlebt als die männlichen Patienten. Die Ergebnisse sind darüber hinaus beeinflusst von der Rekrutierungsstrategie, die stationäre Einrichtungen stärker berücksichtigte als ambulante. Darüber hinaus wurden mit dieser Strategie nur Betroffene berücksichtigt, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in Behandlung befanden. Diese machen jedoch nur einen Teil der Patientenpopulation aus. In der vorliegenden Untersuchung sollten vornehmlich die Beeinträchtigungen von Patienten erfasst werden, die sich bereits im Suchthilfesystem befinden, da das langfristige Ziel des Projektes die Entwicklung eines behandlungsrelevanten ICF Core Sets Sucht darstellt. Für Patienten außerhalb des Suchthilfesystems sind die Ergebnisse daher nicht repräsentativ.

Die Interrater-Reliabilität des durchgeführten Linkings liegt mit .421 bis .452 (Cohens Kappa) etwas unterhalb der Reliabilität vergleichbarer Untersuchungen (z. B. Sommer et al., 2014). Ein Einflussfaktor, der die Interrater-Reliabilität in der vorliegenden Studie beeinträchtigt haben könnte, ist die niedrige Trennschärfe vieler ICF-Kategorien (Dembski, Franke, Schönrich, Ebenbichler und Brockow, 2005). Hinzu kommt, dass das verwendete Kriterium für Übereinstimmung relativ streng war: Bereits Abweichungen auf vierter oder dritter Ebene (z. B. *e580* statt *e5800*) führten dazu, dass eine Verlinkung als inkongruent gewertet wurde.

Im Gegensatz zu anderen Studien, die sich mit der Analyse von Fachartikel befassten oder die Beeinträchtigungen mittels eines Fremdeinschätzungsinstrumentes erfassten (Levola et al., 2014; Andreas und Kollegen, 2011), wurden in dieser Arbeit zum ersten Mal die Einschränkungen der Funktionsfähigkeit aus der Perspektive der Betroffenen beschrieben. Die methodische Herangehensweise lehnt sich dabei an den Leitfaden von ICF Research Branch–einen Partner der WHO und DIMDI–an (Selb et al., 2014) und entspricht somit internationalen Standards.

Ausblick

Patienten mit substanzbezogenen Störungen leiden in hohem Maß an Beeinträchtigungen in ihrem Lebensalltag. Nicht alle diese Beeinträchtigungen wie auch die relevanten

Umweltfaktoren, die Funktionsprobleme verschärfen oder beheben können, werden von Behandlern in unterschiedlichen Bereichen des Suchthilfesystems systematisch berücksichtigt. Eine standardisierte Erfassung und Kommunikation dieser Informationen in einer für alle Akteure des Hilfesystems verständlichen Sprache kann die Behandlung verbessern und Schnittstellenprobleme innerhalb des Suchthilfesystems abbauen. Eine Implikation für die Praxis ist es daher, eine systematische Erfassung dieser Funktionseinschränkungen und Umweltfaktoren anzustreben. Die ICF erwies sich als gut für dieses Ziel geeignet. Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass die Komplexität, geringe Trennschärfe einiger Kategorien sowie der hohe Umfang die Handhabung der ICF erschweren. Die Weiterentwicklung eines Core Sets für die Suchthilfe kann helfen, die Probleme im Umgang mit der ICF zu vermindern und somit eine ganzheitliche und teilhabeorientierte therapeutische Arbeit unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Amann, K., Stracke R., Veltrup, C., Kufner, R. & Roeb-Rienas, W. (2011). Auf dem Weg zu einem Konsensusverfahren ‚ICF-Core Set Alkohol- und Drogen-Abhängigkeit‘–Ein Pilotprojekt mit 20 Suchtexperten. *Suchttherapie*, 12, 20-28.
- Andreas, S., Brütt. A. L., Harries-Hedder, K., Schwenk, W., Rabung, S. & Schulz, H. (2011). Merkmale von funktionalen, sozialen und umweltbezogenen Bereichen im Sinne der ICF bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen. *Suchttherapie*, 12, 35-41.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (1992). AUDIT–Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. (2th ed.). Genf: WHO.
- Batra, A., Mann, K. F., Berner, M. M. & Günthner, A. (2015). Suchterkrankungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen–Klinik und Therapie* (5 ed.) (S. 249-300). München: Elsevier.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B. et al. (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Carroll, K. M. & Rounsaville, B. J. (2002). On beyond urine: clinically useful assessment instruments in the treatment of drug dependence. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1329-1344.
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B. & Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 212-218.
- Dembski, R., Franke, T., Schönrich, S., Ebenbichler, G. & Brockow, T. (2005). ICF-basierter inhaltsanalytischer Vergleich von Nackenschmerz-Fragebögen unter besonderer Berücksichtigung der Intercodierer-Reliabilität. *110. Kongress der DGPMR in Zusammenarbeit mit der ÖGPMR München*. In *Phys Rehab Kur Med*, 04, 15-A7.

- Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longbauch, R. & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of studies on alcohol*, 7, 15, 119-139, discussion 92-93.
- Farin, E. (2008). Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 47, 67-76.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47.
- Levola, J., Kaskela, T., Holopainen, A., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A. et al. (2014). Psychosocial difficulties in alcohol dependence: a systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation*, 36-15, 1227-1239.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9(3), 199-213.
- Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., Üstün, B. & Cieza, A. (2014). A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set [Electronic version]. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 4, 1.
- Weltgesundheitsorganisation. (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Übers.). Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations Gesellschaft mit beschränkter Haftung. (Original erschienen 2001: International Classification of Functioning, Disability and Health).
- Wirtz, M. & Casper, F. (2002). Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Göttingen, Hogrefe

Wittchen, H. U., Essau, C. A., Von Zerssen, D., Krieg, J. C., & Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study.

European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 241(4), 247-258.

World Health Organization. (2007). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. rev. Aufl.). Geneva: WHO. (Original erschienen 1993: The International Classification of Diseases).

Tabellen

Tabelle 1

Leitfaden für Fokusgruppen (Core Set Development Guide, Selb et al., 2014)

ICF-Komponente	Fragen für Fokusgruppen
Körperfunktionen	<i>Wenn Sie an Ihren Körper und Ihre Seele denken, was funktioniert nicht mehr so, wie es sollte?</i>
Körperstrukturen	<i>Wenn Sie an Ihren Körper denken, mit welchen Körperteilen haben Sie Schwierigkeiten?</i>
Aktivitäten und Partizipation	<i>Wenn Sie an Ihren Alltag denken, was sind da Ihre Probleme?</i>
Umweltfaktoren–Hilfsmittel	<i>Wenn Sie an Ihre Umwelt und Ihre Lebensumstände denken, was finden Sie da hilfreich oder unterstützend?</i>
Umweltfaktoren–Barriere	<i>Wenn Sie an Ihre Umwelt und Ihre Lebensumstände denken, welche Barrieren erleben Sie da?</i>
Personbezogene Faktoren	<i>Wenn Sie an sich selbst denken, was ist an Ihnen selbst und der Art, wie Sie mit Ihrer Situation umgehen, wichtig?</i>

Tabelle 2

Am häufigsten verlinkte Kategorien der Gesamtstichprobe

Code	ICF-Kategorie	n	%	Beispiel
e5800	Dienste des Gesundheitswesens	54	6.2	<i>„Das Suchthilfesystem (...) hat mir etliche Male geholfen.“</i>
b1644	Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen	52	6	<i>„Und dann habe ich gesagt: ‚Ja, es gibt Probleme‘.“</i>
b1301	Motivation	30	3.4	<i>„Mich zu motivieren, bzw. generell so den ersten Schritt zu gehen.“</i>
d5701	Ernährung und Fitness handhaben	26	3	<i>„Eigentlich konnte man nach dem Duschen wieder duschen, weil man so fertig war davon.“</i>
d5702	Seine Gesundheit erhalten	25	2.9	<i>„Seit ich die Tabletten und so wieder nehme (...) kein Alkohol und so, habe ich auch keine mehr Anfälle gekriegt.“</i>
b1521	Affektkontrolle	18	2.1	<i>„Das war gar nicht mehr notwendig bestimmte Emotionen zu erleben oder zu ertragen, weil die Droge das im Notfall kompensiert hat.“</i>

Tabelle 3

Verteilung der MCs auf ICF-Komponenten

Komponenten	Alkohol		Illegale		p
			Substanzen		
	n	%	n	%	
Körperfunktionen (b)	218	34.99	74	29.96	0,091
Aktivitäten und Partizipation (d)	191	30.66	96	38.87	0,075
Umweltfaktoren (e)	195	31.30	56	22.67	0,007
Körperstrukturen (s)	19	3.05	21	8.59	0,001
Gesamt	623	100	247	100	

Tabelle 4

Häufigsten ICF-Kategorien innerhalb der Patientengruppe mit alkoholbezogenen Störungen

(N=623 MCs)

Code	Häufigste Kategorien–Alkohol	n	%
e5800	Dienste des Gesundheitswesens	48	7,7
b1644	Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen	42	6,7
b1301	Motivation	28	4,5
d5701	Ernährung und Fitness handhaben	25	4
e3	Unterstützung und Beziehungen	18	2,9
d5702	Seine Gesundheit erhalten	15	2,4
e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn	15	2,4
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe	15	2,4

Tabelle 5

Häufigste ICF-Kategorien innerhalb der Patientengruppe mit Störungen durch illegale

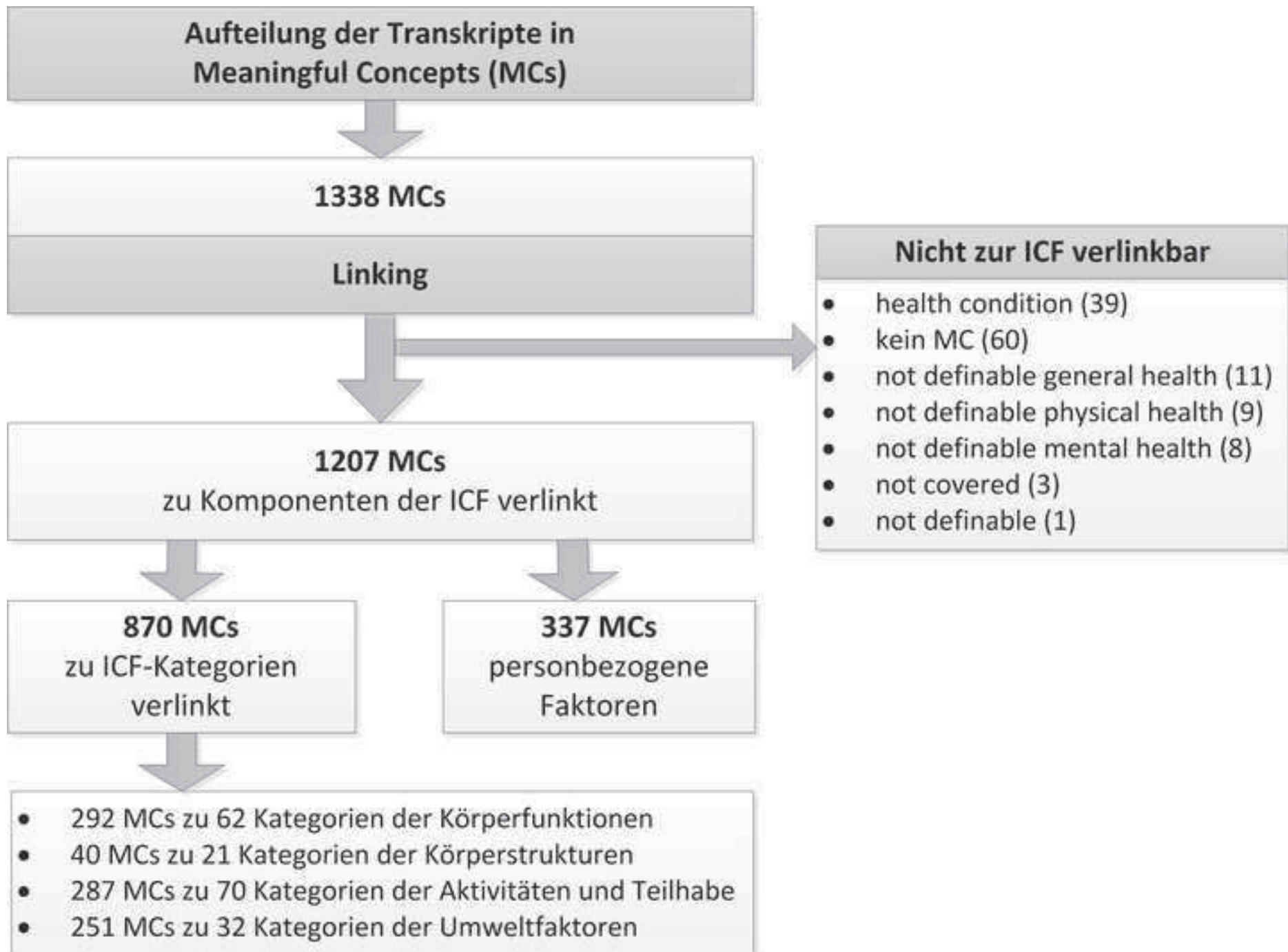
Substanzen (N=247 MCs)

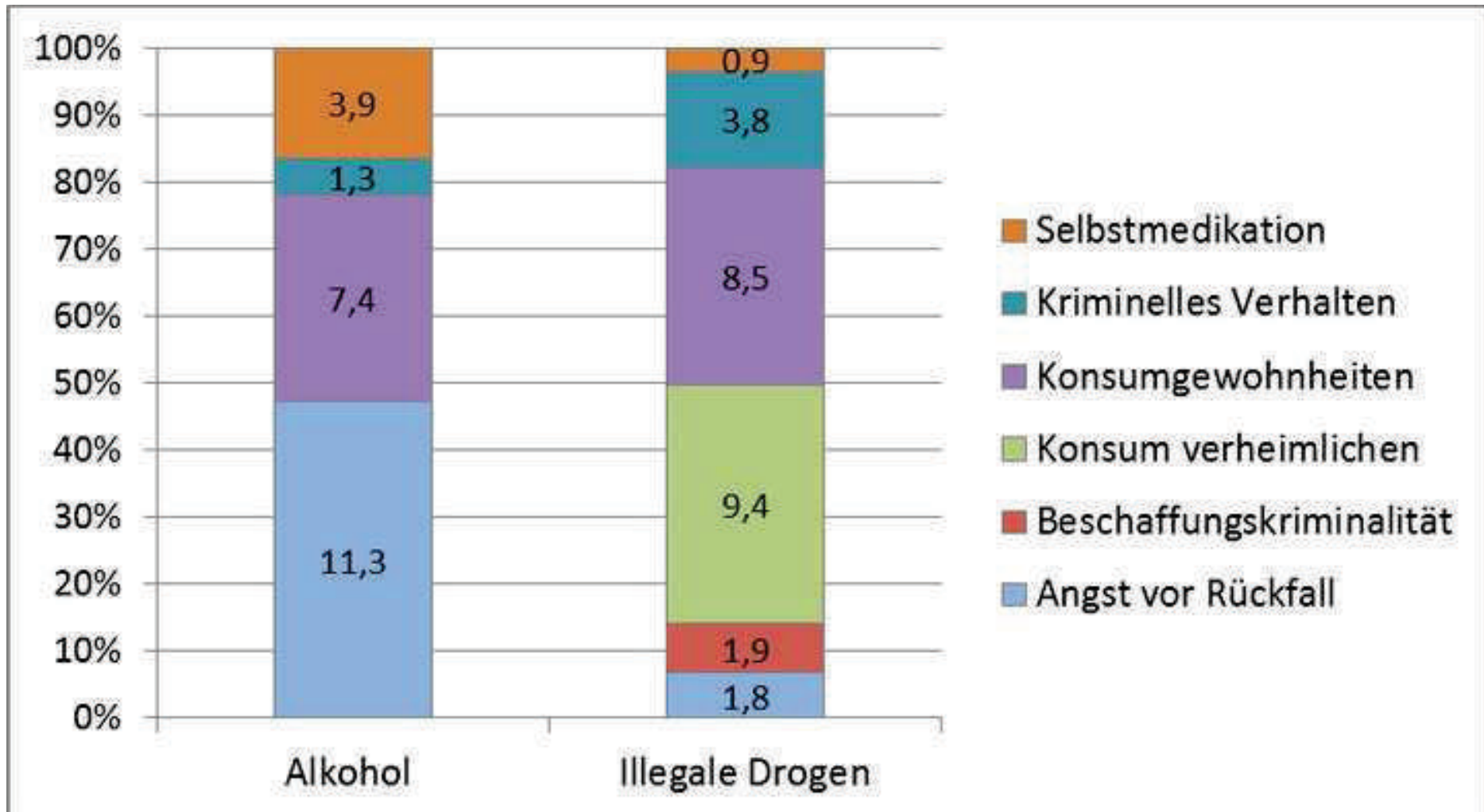
Code	Häufigste Kategorien–illegale Substanzen	n	%
b1644	Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen	10	4
d5702	Seine Gesundheit erhalten	10	4
e4	Einstellungen	10	4
b1521	Affektkontrolle	8	3,2
b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	6	2,4
d850	Bezahlte Tätigkeit	6	2,4
e320	Freunde	6	2,4
e5800	Dienste des Gesundheitswesens	6	2,4

Abbildungen - Titel

Abbildung 1. Flussdiagramm zum Linking-Prozess

Abbildung 2. Gruppenvergleich der personbezogenen Faktoren





Anhänge

Anhang 1

Identifizierte Komponenten und Domänen

Komponenten und Domänen der ICF	n	% ^A	n	% ^B	n	% ^C
b Körperfunktionen	292	32,56	218	34,99	74	29,96
b1 Mentale Funktionen	226	25.75	170	27.29	56	22.67
b2 Sinnesfunktionen und Schmerz	20	2.30	17	2.73	3	1.21
b4 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	25	2.53	21	3.37	13	5.26
b5 Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	12	1.84	4	0.64		
b6 Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	2	0.23	2	0.32		
b7 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	11	0.69	4	0.64	2	0.81
d Aktivitäten und Partizipation	287	32,99	191	30,66	96	38,87
d1 Lernen und Wissensanwendung	15	1.61	11	1.77	3	1.21
d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	22	2.53	15	2.41	7	2.83

d3 Kommunikation	1	0.10	1	0.16		
d4 Mobilität	9	1.03	7	1.12	2	0.81
d5 Selbstversorgung	67	7.70	47	7.54	20	8.09
d6 Häusliches Leben	10	1.15	7	1.12	3	1.21
d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	77	8.80	43	6.90	34	13.77
d8 Bedeutende Lebensbereiche	30	3.45	17	2.72	13	5.26
d9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	52	5.98	39	6.26	13	5.26
e Umweltfaktoren	251	28.85	195	31.30	56	22.67
e1 Produkte und Technologien	15	1.72	14	1.28	1	0.40
e2 Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt	1	0.11			1	0.40
e3 Unterstützung und Beziehungen	92	10.57	75	12.04	17	6.88
e4 Einstellungen	25	6.21	36	5.78	18	7.29
e5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	84	9.66	68	10.91	16	6.48
s Körperstrukturen	40	4.60	19	3.05	21	8.59
s1 Strukturen des Nervensystems	3	0.34	2	0.32	1	0.40
s2 Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende	2	0.23	2	0.32		

Strukturen						
s3 Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind	1	0.11			1	0.40
s4 Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems	11	1.26			11	4.45
s5 Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen	5	0.57	3	0.48	2	0.81
s6 Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen	1	0.11	1	0.64		
s7 Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen	16	1.84	11	0.48	5	2.02
s8 Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde	1	0.11			1	0.49
Gesamt	870		623	100	247	100

Anmerkung. ^A Prozentsatz bezogen auf die Gesamtzahl der identifizierten ICF-Kategorien (870); ^B Prozentsatz bezogen auf die Anzahl der identifizierten ICF-Kategorien bei den Patienten mit der primären Problemsubstanz Alkohol (623); ^C Prozentsatz bezogen auf die Anzahl der identifizierten ICF-Kategorien bei den Patienten mit der primären Problemsubstanz illegale Drogen (247); n-Absolute Häufigkeiten.

Anhang 2

Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren gesamt	n	% ^A	n	% ^B	n	% ^C
pf	253	75.1	176	76.2	77	72.6
pf Angst vor der Rückfallsituation	27	8	26	11.3	1	0.9
pf Konsumgewohnheiten	23	6.8	17	7.4	6	5.7
pf Konsum verheimlichen	10	3			10	9.4
pf Selbstmedikation	10	3	9	3.9	1	0.9
pf Kriminelles Verhalten	7	2.1	3	1.3	4	3.8
pf Konsumverhalten	3	0.9			3	2.8
pf Beschaffungskriminalität	2	0.6			2	1.9
pf bio	1	0.3			1	0.9
pf Rückfall	1	0.3			1	0.9
Gesamt	337	100	231	100	106	100

Anmerkung. ^A Prozentsatz bezogen auf die Gesamtzahl der identifizierten personbezogenen Faktoren (337); ^B Prozentsatz bezogen auf die Anzahl der identifizierten personbezogenen Faktoren bei den Patienten mit der primären Problemsubstanz Alkohol (231); ^C Prozentsatz bezogen auf die Anzahl der identifizierten personbezogenen Faktoren bei den Patienten mit der primären Problemsubstanz illegale Drogen (106); n-Absolute Häufigkeiten.
