

# Vorstellung eines einheitlichen Befundes für Patienten mit neurologischen Störungsbildern

*Interessengemeinschaft Physiotherapie in der Neurorehabilitation (IGPNR)*

Monika Finger<sup>1</sup>, Cordula Kronewirth<sup>2</sup>, Annette Kurre<sup>3</sup>, Detlef Marks<sup>4</sup>, Marianne Schärer<sup>5</sup>, Sandra Signer<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Rehaklinik Bellikon, <sup>2</sup> Spital Limmattal, <sup>3</sup> Universitätsspital Zürich, Neurologie, <sup>4</sup> HUMAINE Klinik Zihlschlacht, <sup>5</sup> Zürcher Höhenklinik Wald, <sup>6</sup> Bürgerspital Solothurn.

## Abstract

In der folgenden Arbeit wird ein Befundbogen für Patienten mit neurologischen Störungsbildern und dessen Anwendung vorgestellt, welcher innerhalb von zwei Jahren von Mitgliedern der IGPNR in verschiedenen Arbeitsgruppen erarbeitet wurde. Er soll einerseits durch einen modulartigen Aufbau eine breite Form der Anwendung innerhalb der Physiotherapie finden, andererseits soll durch eine gemeinsame Sprache, der ICF, und des Einbezugs des klinischen Denkprozesses eine qualitative Verbesserung der Dokumentation der physiotherapeutischen Arbeit erreicht werden. Durch eine Bereitstellung des Befundbogens auf der Homepage der IGPNR soll eine breite Verwendung dieses einheitlichen Befundsystems ermöglicht werden.

## Schlüsselwörter:

Befunderhebung, ICF, klinischer Denkprozess, Neurorehabilitation

## Einleitung

Den Wunsch oder die Aufgabe einen „Befund“ zu schaffen hat oder hatte sicherlich jede PhysiotherapeutIn im Laufe ihrer Arbeit in der Neurorehabilitation.

Ob als Lernende oder als Leitung einer Abteilung gibt und gab es immer wieder Gelegenheiten, die bisher uneinheitlich verwendeten Formulare zu überarbeiten und „besser“, kürzer oder übersichtlicher zu gestalten. Die Vielzahl der Störungsbilder, aber auch die Fülle an Messinstrumenten, die die unterschiedlichen Bereiche abdecken sowie die ungleichen Anforderungen, die in den jeweiligen Institutionen an die PhysiotherapeutInnen gestellt werden, machen diese Aufgabe nicht leicht.

Auch die IGPNR hatte den Wunsch nach einer Vereinheitlichung und Optimierung. Der Entscheid einen gemeinsamen Befund zu erarbeiten, wurde im Jahre 2000 gefällt. Er entstand an einer Generalversammlung der IGPNR und wurde initial von vier Arbeitsgruppen verfolgt. Diese sollten durch die Inventarisierung und Bewertung von Assessmentsystemen eine Grundlage für einen gemeinsamen Befund für die Neurorehabilitation schaffen. Aus den Vorarbeiten dieser Arbeitsgruppen konnte in einem zweiten Schritt der eigentliche, „eigene Befund“ geschaffen werden.

Die Grundidee einen „einheitlichen“ Befund oder ein einheitliches Befundschemata zu gestalten, konnte aber nur verwirklicht werden, indem eine gemeinsame „Sprache“, die von

allen Beteiligten gesprochen und verstanden wird, gewählt wurde. Sie sollte für SchülerInnen genauso verständlich sein, wie für berufserfahrene KollegInnen aus allen Bereichen der Neurorehabilitation. Sie sollte aber auch eine Kommunikation mit Fachkräften im interdisziplinären Setting vereinfachen.

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health <sup>1</sup>, früher ICIDH) der WHO (Weltgesundheitsorganisation) bot sich hier als Grundlage zu einer gemeinsamen „Sprache“ an, da die Aufteilung in Körperstruktur/Körperfunktion, Aktivität/Partizipation eine umfassende Betrachtung der Patienten ermöglicht und als diagnose- und störungsbildunabhängige Beurteilungsweise den Anforderungen entsprach.

Ein weiterer, wichtiger Aspekt des gemeinsamen Befundes war die Integration des klinischen Denkprozesses, dem Problemlösungsprozess der TherapeutIn. Die Verwendung dieses Elementes sollte die Denkweise der TherapeutIn strukturieren und lenken. Gleichzeitig sollten Übergaben an KollegInnen innerhalb einer Abteilung oder an andere Institutionen verständlicher werden.

Der ursprüngliche Grundgedanke, ein oder wenige standardisierte und gültige Assessmentssysteme in den Befund aufzunehmen wurde bald verworfen, da die erwähnte, breite Anwendung des Befundes gerade dies nicht erlaubte. Trotz allem, ist es durch den gewählten modulartigen Aufbau gelungen, nach Bedarf individuelle Assessmentssysteme in den Befund zu integrieren. Somit konnte Rücksicht auf die sehr unterschiedlichen Anforderungen und individuellen Bedürfnisse der TherapeutInnen in Ihren Institution genommen werden. Ebenso konnte den differenzierten Ansprüchen innerhalb verschiedener Behandlungskonzepte gerecht werden.

Diese erste Version eines Befundsystems ist auch nach der Durchführung von 2 Pilotphasen keine endgültige Fassung: Das System muss sich zum Einen in der Anwendung auf einer breiten Basis bewähren, zum Anderen soll und muss es sich zukünftigen Erfordernissen und Bedürfnissen der Rehabilitation anpassen können.

Eine regelmässige Überarbeitung des vorliegenden Befundes ist dazu unerlässlich.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass mit dem vorliegenden Instrument eine Basis geschaffen wurde, die die Dokumentation und Kommunikation unserer Behandlung erleichtern soll. Der Befund soll ein Instrument darstellen, welches in allen Bereichen der Neurorehabilitation, von der Akutphase bis zur ambulanten Weiterbetreuung, von der beruflichen Wiedereingliederung bis zur Geriatrie Anwendung finden soll.

Die gemeinsame Sprache soll eine konzeptunabhängige Kommunikation zwischen allen in der Neurorehabilitation tätigen Fachbereichen ermöglichen.

Der modulare Aufbau soll eine Anwendung des Befundes, unabhängig von organisatorischen Strukturen und besonderen Bedürfnissen, in jeder Institution ermöglichen.

Im folgenden sollen Inhalte und Anwendung des Befundbogens vorgestellt und erklärt werden.

An dieser Stelle sei noch einmal allen nichtgenannten PhysiotherapeutInnen, die die IGPNR in den Untergruppen bei den Vorarbeiten der Jahre 2000 und 2001, aber auch den unzähligen KollegInnen, die während der Pilotphasen viele wertvollen Hinweise und Anregungen gegeben haben, gedankt.

Ohne ihre Unterstützung wäre dieser Arbeit nicht möglich gewesen.

## Ziele und Kriterien:

Es wurden Ziele definiert, die durch den Befund erreicht werden sollten. (vgl. Abbildung 1)

### Ziele eines gemeinsamen, schweizerischen Neurobefundes

1. entwickeln einer gemeinsamen Denkweise und Sprache innerhalb der Physiotherapie
2. schaffen einer gemeinsamen Denkweise mit anderen medizinischen Berufsgruppen, Kostenträgern, Betroffenen und Angehörigen durch Integration der ICF als Diskussionsgrundlage.
3. fördern des Bewusstseins für die Wichtigkeit der Zielformulierung auf der Ebene Aktivität/Partizipation.
4. erarbeiten einer gemeinsamen Basis für Befunde, Berichte, Assessments und Fall-Studien durch die ICF. Sie sind dadurch für grössere Gruppen verständlich
5. gewährleisten von minimalen Qualitätsanforderungen an den Befund (Struktur-/Prozessqualität).

Abbildung 1

Ausgehend von diesen Zielen wurden von der Arbeitsgruppe Kriterien und Inhalte aufgestellt, die durch den Befund abgedeckt werden mussten. (vgl. Abbildung 2)

#### Kriterien, die bei der Erstellung des Befundes berücksichtigt wurden

- Die Denkweise der *ICF wird als gemeinsamer Nenner* für die umfassende Beurteilung der gesundheitlichen Probleme aller Menschen mit neurologisch bedingten Problemen und der Beurteilung ihrer Ressourcen benutzt.
- Diagnose(n), Stadium der Erkrankung, physiotherapeutische bzw. klinikinterne Konzepte müssen integrierbar sein
- Entsprechend der ICF werden *alle Gesundheitsbereiche von Körperfunktion/-struktur bis Aktivität/Partizipation* berücksichtigt und im Zusammenhang mit den Kontextfaktoren beurteilt.
- Möglichkeit der *modulartigen Zusammenstellung des Befundes* mit minimal Benützung des Deckblattes und freier Wahl von Zusatzblättern.
- Das Deckblatt enthält alle wichtigen Informationen zum Patienten, seinem Problem (allgemein/physiotherapie-relevant), zur Problemanalyse (Beurteilung), Zielsetzung und ersten Massnahmenplanung.
- Im Befund können *quantitative und qualitative Aussagen* zu allen Bereichen des Gesundheitszustandes eines Menschen festgehalten werden.
- Der Befund hat eine schnell *durchschaubare Struktur*. Die Bausteine/Module entsprechen den Dimensionen der ICF.
- Trotz vorgegebener Struktur und Fragestellung hat jede Therapeutin/jeder Therapeut Platz für individuelle Notizen.
- Der vorliegende Befund stellt nur die schriftliche Dokumentation der Ergebnisse der physiotherapeutischen Untersuchung und Beurteilung dar nicht das Vorgehen selber. Dieses wird immer sehr individuell bleiben.
- Auszubildende und erfahrene TherapeutInnen sollen mit Hilfe der Wegleitung und einer geeigneten Einführung in der Lage sein, den Befund zu benutzen.
- Das Hinzufügen spezieller Assessments (Gelenkstatus, Muskelstatus, etc.) soll unkompliziert möglich sein.

Abbildung 2

## **Überblick über den Neurobefund**

Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse in den verschiedenen Institutionen und dem unterschiedlichen Erfahrungsschatz der TherapeutInnen wurde ein modularer Aufbau gewählt:

Die verschiedenen Modulen enthalten folgende Inhalte

### **Deckblatt: (4 Seiten)**

- Allgemeine administrative Angaben und Angaben zum Patienten (medizinisch, sozial)
- Anamnese und erste Ziele des Patienten
- Gemeinsame Zielsetzung und Problemanalyse
- Therapieplanung (physiotherapiespezifisch und allgemein)
- Die Ergebnisse ausgewählter Messinstrumente

### **Aktivitäten/Partizipation: (2 Seiten)**

- Mobilität: Körperposition beibehalten/verändern, Gehen, andere Fortbewegungsarten, Fortbewegung mit Transportmitteln
- Aktivitäten der oberen Extremität; Selbstversorgung
- Häusliches Leben, Kommunikation, Lernen und Wissen, Aufgaben und Ansprüche

#### **Ergänzungsblätter zum Bereich Aktivitäten/Partizipation**

- Detail-Analyse einer aktuell relevanten Aktivität (1 Seite)
- Ganganalyse (1 Seite)

### **Körperfunktion und Struktur (4 Seiten)**

- Neuromuskuloskelettale und bewegungsbezogene Funktion, Sensorische Funktion und Schmerz
- Mentale Funktion, Ernährungsfunktion und Funktion des Urogenitalen Trakts, Funktionen der Haut, Herz-Kreislauf, sowie respiratorische Funktion

Die Minimalversion des Befundes besteht somit aus dem Deckblatt, ergänzend sind jegliche Kombinationen aus den optionalen Modulen denkbar. (vgl. Abbildung 3)

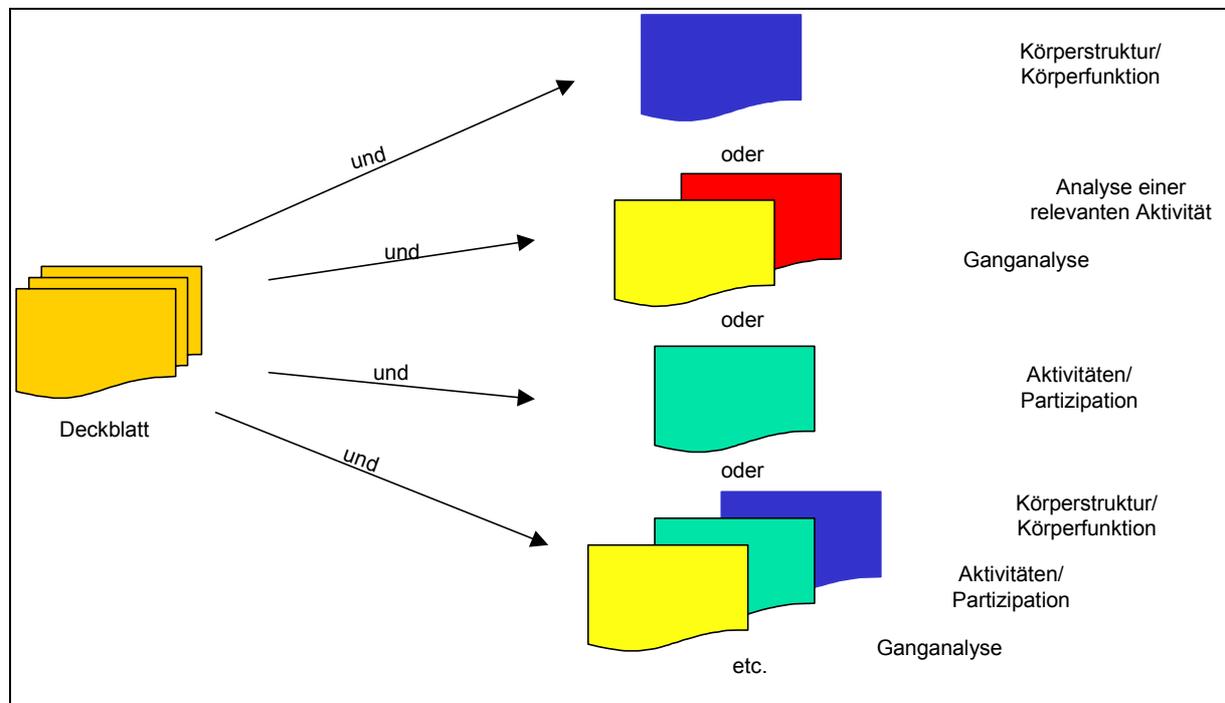


Abbildung 3

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

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wurde aufbauend auf die ICIDH entwickelt. Hauptziele der ICF sind die Entwicklung und das zur Verfügung stellen einer gemeinsamen Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in der Rehabilitation, sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern.

Hierzu wurden innerhalb der ICF Definitionen festgelegt, die in der Nomenklatur des gemeinsamen Befundes ebenfalls Verwendung finden. Zur besseren Verständlichkeit folgen einige der wichtigsten, für die Physiotherapie relevanten Definitionen: (vgl. Abbildung 4)

<b>Körperfunktionen</b>	physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschliesslich psychologische Funktionen)
<b>Körperstrukturen</b>	anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmassen und ihre Bestandteile.
<b>Schädigungen/Impairment</b>	Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.
<b>Aktivität/Tätigkeit</b>	die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.
<b>Partizipation / Teilhabe</b>	das Einbezogenensein in Lebensbereichen/-situationen
<b>Beeinträchtigung von Aktivitäten</b>	Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann
<b>Beeinträchtigungen der Teilhabe</b>	Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt.
<b>Umweltfaktoren</b>	Abbildung der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten
<b>Kontextfaktoren</b>	berücksichtigen den gesamten Lebenshintergrund der Betroffenen (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren).
<b>Capacity</b>	Fähigkeit, eine Aktivität durchzuführen
<b>Performance</b>	Fähigkeit, eine Aktivität im Alltag / im gewohnten Umfeld umzusetzen / zu nutzen

Abbildung 4

## Aufbau der ICF

Die ICF wird grob in vier Ebenen unterteilt, deren Zusammenhänge im nachfolgenden Schema aufgezeigt werden. (vgl. Abbildung 5)

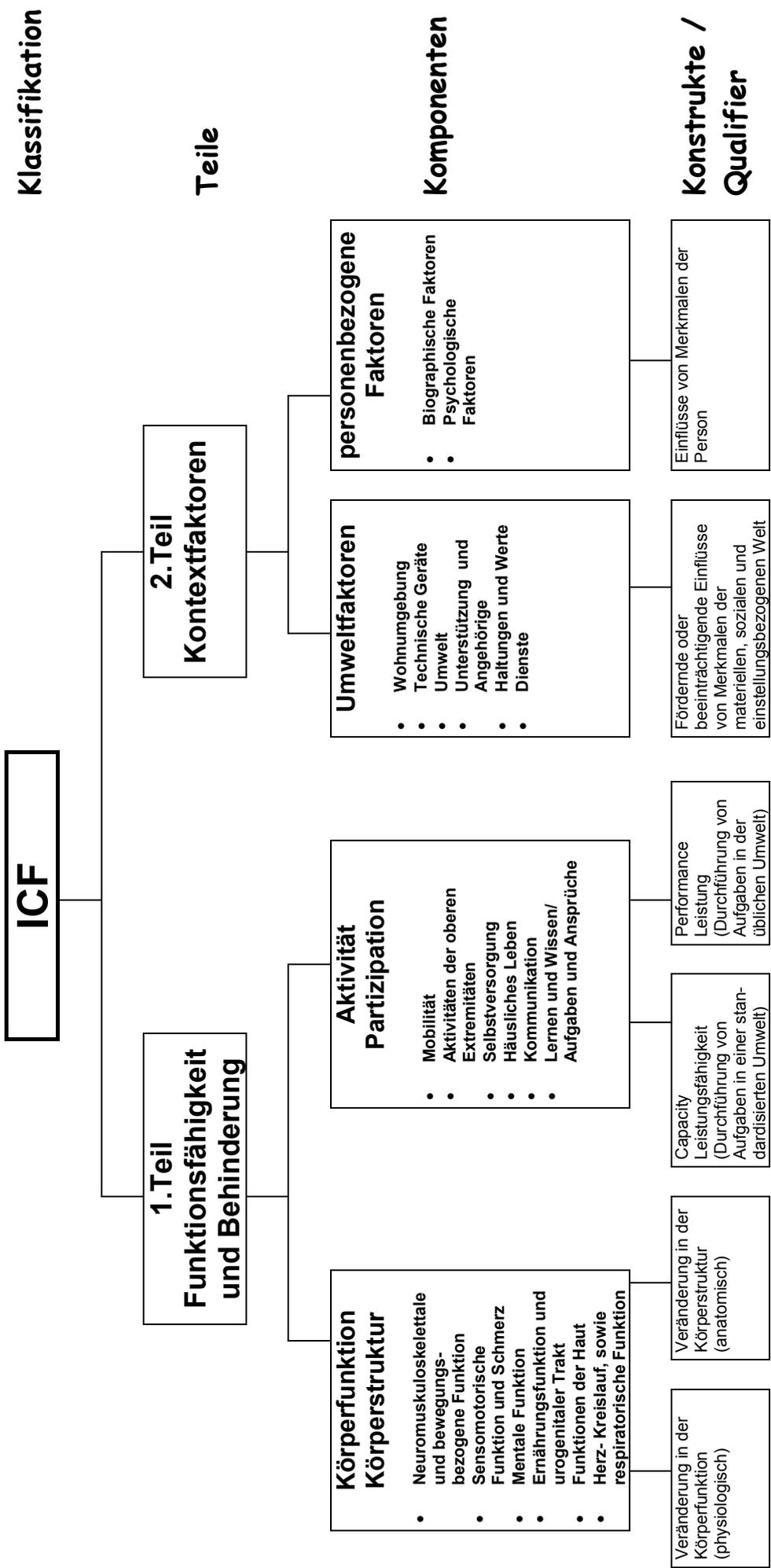


Abbildung 5

## **Anwendung der ICF innerhalb der physiotherapeutischen Befunderhebung:**

Die Befundaufnahme auf der Basis der ICF ermöglicht eine gezielte, individuell angepasste physiotherapeutische Intervention zu planen.

Die Anforderungen an die Befundaufnahme sind vielseitig und vielschichtig. Vom Akutspital über die stationäre Rehabilitation, der Tagesrehabilitation, der Domiziltherapie, der ambulanten Rehabilitation bis zur beruflichen und sozialen Eingliederung müssen die physiotherapeutischen Interventionen ständig angepasst werden.

Die Einführung der ICF-Sprachregelung als Basis für die Kommunikation, Dokumentation und Berichterstattung in allen Fachbereichen, kann die Qualität der Fach- und Teamarbeit verbessern und das gegenseitige Verständnis im interdisziplinären Arbeitsprozess fördern.

Die Befundaufnahmen basierend auf der ICF können in Zukunft strukturierter gestaltet werden. Es werden Grundlagen vorliegen, um Aussagen, Planungen und Zielsetzungen kürzer, aber klarer und verständlicher zu kommunizieren.

Die Rehabilitationszielsetzungen und Rehabilitationsplanungen können damit wesentlich systematischer und zielorientierter vorgenommen werden. Die Partizipationsdimension und das Umfeld, d.h. die Kontextfaktoren, werden frühzeitig wahrgenommen und in die Rehabilitationszielsetzung und das Behandlungskonzept eingebaut.

## **Der Problemlösungsprozess als Grundlage für den IGPNR-Neurobefund <sup>2, 3</sup>**

Jede Befundaufnahme, als Teil des gesamten klinischen Vorgehens, beinhaltet einen Problemlösungsprozess. Ein Befundformular soll soweit wie möglich das klinische Vorgehen beim Erheben und Dokumentieren des Befundes unterstützen oder abbilden.

Da die Bedürfnisse je nach Klinik, nach Stadium der Erkrankung und auch Ausbildung und Erfahrung des/der Therapeuten sehr unterschiedlich sind, kann eine äussere Struktur höchstens unterstützend und begleitend, nie aber 1:1 ausfüllbar sein.

Unter dem „Klinischen Vorgehen“ versteht man die Gesamtheit der kognitiven, psychomotorischen, didaktischen und sozialen Aktionen im Rahmen der Untersuchung, Beurteilung und Behandlung des Patienten.

Folgende Elemente sind unerlässliche Bestandteile des klinischen Vorgehens und stehen jeweils in mannigfacher Weise miteinander in Beziehung:

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| • Wissensbasis (Datenbank)    | Grundwissen und Kenntnisse, die der Therapeut mitbringt                                     |
| • Datenbeschaffung            | Anamnese, Inspektion, klinische Untersuchung, Ergebnisse von ärztlichen Untersuchungen etc. |
| • Klinischer Denkprozess      | siehe unten   |
| • Therapeutische Intervention | Massnahmen  |
| • Therapeutisches Klima       | Beziehung Therapeut Patient   |

- Kontrollmechanismen Dokumentation, Überprüfen von Zielsetzungen und Zielerreichung anhand von reliablen Verlaufszeichen und Assessments,

Um das Wesentliche eines Patientenproblems zu erfassen und therapeutisch konsequent angehen zu können, ist es sinnvoll, zwei Ebenen des klinischen Vorgehens zu unterscheiden. Arbeitet die Therapeuten bewusst auf diesen zwei Ebenen, besteht weniger die Gefahr, sich in Details zu verlieren, die für die Lösung des eigentlichen Problems nicht relevant sind.

### Ebene 1: das Ganze, die Übersicht (Vogelperspektive)

Sie bezieht sich auf die gesamte Behandlungsserie oder Hospitalisationszeit.



### Ebene 2: die Teile, die Details: (Froschperspektive)

Sie bezieht sich auf die einzelne Behandlungssitzung.



## **Der Klinische Denkprozess**

Der klinische Denkprozess beschreibt das situationsgerechte Anwenden von Wissen und das Einsetzen von kognitiven und metakognitiven Fähigkeiten durch den/die TherapeutIn in der Untersuchung, der Beurteilung und der Behandlung eines Patienten.

### **1. Kognitive Strategien:**

Dies sind die wichtigsten kognitiven Strategien, die wir in unserer Tätigkeit anwenden

- Die Mustererkennung:  
Dabei werden „Symptomkomplexe“ identifiziert. Die Mustererkennung erlaubt ein schnelles therapeutisches Vorgehen. Die Voraussetzung ist genügend Erfahrung mit diesen spezifischen Problembildern. Die Gefahr bei der Mustererkennung sind falsche Beurteilungen, wenn abweichende Symptome nicht ernst genommen und abgeklärt werden.

- **Hypothesen gesteuertes Vorgehen:**  
Dazu werden laufend Hypothesen gebildet, die durch gezielt eingesetzte Untersuchungstechniken überprüft werden.  
So gelingt es, aus vielen Daten und Möglichkeiten die wenigen, für die Fragestellung relevanten Inhalte herauszufiltern.
- **Screening Verfahren:**  
Anhand von Leitfragen und Checklisten wird versucht, schnell durch Ausschliessen oder Einschliessen von Befunden zu einer Arbeitsgrundlage zu kommen.
- **Versuch und Irrtum:**  
Aufgrund von Schemen oder Basiswissen werden Massnahmen ausgewählt und der Therapieerfolg überprüft. Verbessert sich der Patient, werden die erfolgreichen Massnahmen beibehalten, stellt sich kein Erfolg ein, werden die Massnahmen gewechselt, bis ein Erfolg sichtbar ist oder die Therapieserie beendet wird.
- **Intuition:**  
Jeder Therapeut verfügt über Intuition, oder ein Gefühl „aus dem Bauch“ für das Vorgehen in der Therapie. Diese Intuition setzt sich einerseits aus unbewussten Wahrnehmungen in der Auseinandersetzung mit dem Patienten, aber andererseits auch aus zuvor gemachten Erfahrungen zusammen.  
Sie ist ein wichtiges Werkzeug in der Arbeit mit anderen Menschen.
- **Vorgehen nach Rezept:**  
Dabei wird nach Schemen und Rezepten, die von anderen Fachpersonen oder Institutionen für bestimmte Diagnosen oder Symptomgruppen, z.B. Hemiplegie, festgelegt wurden, behandelt.

In der physiotherapeutischen Tätigkeit werden je nach Situation verschiedene kognitive Strategien kombiniert, wobei die Mustererkennung die schnellste Strategie ist. In unbekanntem Situationen bewährt sich jedoch das hypothesengesteuerte deduktive Vorgehen.

Aus diesem Grund ist es sinnlos, bei jedem Patienten dieselben Untersuchungsprotokolle abzuspielen, um dann in einer ungeordneten Datenflut unterzugehen. Es ist viel effektiver von einer konkreten Fragestellung, oder Problemstellung auszugehen. Es werden dann nur diejenigen Untersuchungen in derjenigen Reihenfolge durchgeführt, welche helfen, diese konkrete Problemstellung mit dem Patienten zu lösen.

Screening Verfahren helfen in kurzer Zeit weniger wahrscheinliche Hypothesen auszuschliessen, oder als Möglichkeit zu bestätigen und deshalb eine weitere vertiefte Befundung zu empfehlen.

## **2. Metakognition:**

Metakognition heisst Selbstreflexion: Dabei wird der Prozess beschrieben und über das eigene Denken und Handeln nachgedacht. Auf dieser Ebene können Erfolge und Misserfolge analysiert und das Handeln hinterfragt werden. Sie ermöglicht es, Fehler, Versäumnisse oder Ungereimtheiten im Denken und Handeln zu entdecken, und entsprechend zu reagieren.

### **3. Wissensbasis (Datenbank)**

Wichtig an der inneren Datenbank ist die Grösse der Datenmenge (der Wissensinhalt), besonders im Bezug die momentanen Fragestellung.

Wie gross ist das Wissen über das Gebiet Schlaganfall, Parkinson oder MS? Was ist allgemein medizinisch, was physiotherapeutisch bekannt? Wie relevant ist das vorhandene Wissen jetzt genau? Ebenso wichtig ist die Organisation des Wissens. Wie wurde es angeordnet. Wie schnell und präzise kann es abgerufen werden?

### **Der IGPNR- Neurobefund und das klinische Vorgehen:**

Durch den Aufbau des Befundes wurde versucht, das hypothesengesteuerte Vorgehen der Therapeuten zu unterstützen.

1. Zuerst steht die Frage nach den krankheitsrelevanten Daten. Die Seite 1 des Deckblatts kann dabei als Checkliste oder Gedankenstütze dienen.
  2. Die Struktur der Anamnese auf der Seite 2 des Deckblatts fordert klare Fragen nach den momentanen Problemen des Patienten, die der Therapeut bereits gedanklich in die 3 Kategorien des ICF einordnen muss. Sie soll das Strukturieren des Denkens unterstützen und dem Therapeuten helfen, seine Fähigkeit zur Mustererkennung zu schulen und zu nutzen. Die ICF-Checkliste dient dabei als Gedankenstütze für die relevanten Gebiete. → Screening
  3. Der Patient soll wenn möglich ein klares funktionelles Ziel formulieren (Seite 3). Dieses kann als mögliches Outcome-Ziel oder Fernziel gesehen werden. (Befundebene: das Ganze oder die Vogelperspektive)
- Der Therapeut bildet oder visualisiert nun seine ersten Hypothesen, indem er zusammengehörige Befunde farblich markiert, und oder mit Pfeilen vermutete Zusammenhänge einzeichnet.

<b>Körperfunktion /- struktur</b>  (neuro-muskuloskelettale und bewegungs-bezogene Funktion (Fkt); sensorische Fkt. und Schmerz; mentale Fkt; Herz- Kreislauf- sowie respiratorische Fkt; Ernährungsfkt. und Fkt. des Urogenitalsystems)	<b>Aktivitäten und Partizipation</b>  (Mobilität und Fortbewegung; Aktivitäten der oberen Extremität; Selbstversorgung; häusliches Leben Kommunikation; Lernen und Wissen; Aufgaben und Ansprüche; Interaktionen und Beziehungen; bedeutende Lebensbereiche; soziales und staatsbürgerliches Leben)	
<b>Körperfunktion /- struktur</b>	<b>Capacity:</b> Fähigkeit, eine Aktivität durchzuführen	<b>Performance:</b> Fähigkeit die Aktivität im Alltag umzusetzen / zu nutzen
<p><i>Der rechte Fuss ist steif. Beim Stehen kommt die Ferse nicht auf den Boden. Mein rechtes Bein ist beim Gehen sehr steif.</i></p> <p><i>Die rechte Hand ist taub beim Greifen.</i></p> <p><i>Nach dem Aufsitzen ist es mir schwindlig. Es wird mir für einen Augenblick schwarz vor Augen</i></p>	<p><i>Ich muss mich ganz langsam und vorsichtig Aufsetzen sonst sticht es im Kreuz</i></p> <p><i>Vom Sitzen muss jemand hochhelfen, allein schaffe ich es nicht.</i></p> <p><i>Im Stehen muss ich mich festhalten sonst stürze ich</i></p>	<p><i>Ich kann nicht allein zu Hause bleiben. Es muss jemand da sein der mir beim Aufstehen von der Toilette helfen kann.</i></p> <p><i>Einkaufen geht meine Frau.</i></p>

Die Erkenntnisse aus der Anamnese, die Anforderungen der funktionellen Zielsetzung und die Hypothese bezüglich der Probleme des Patienten erlauben es, die weitere Befundung gezielt zu planen.

Die Bedingung ist, dass die Grundanforderungen genau gekannt werden. die das funktionelle Ziel bezüglich Körperfunktion und Struktur, aber auch bezüglich der nötigen Fähigkeiten im Bereich der Aktivitäten an den Patienten stellt. Die Modulblätter dienen dabei als unterstützende Leitlinien:

A) Modulblatt „Aktivität“:

Die TherapeutIn kann gezielt auswählen, welche Aktivitäten mit dem Patienten ausgetestet werden, da diese für das Erreichen des funktionellen Ziels relevant sind.

Als Vorschlag für eine schnellere Übersicht, wurde ein Score von 0-5 eingeführt. Er kann auch als grobe Verlaufsbeschreibung genutzt werden.

Erklärung der Wertung:

**0= nicht getestet**

**1= nicht möglich**

**2= mit manueller Hilfe,**

(mit Unterstützung von mindestens einer Hilfsperson)

**3= mit Supervision**

(verbale Anleitung und Schutzengel durch eine Hilfsperson, aber ohne taktile Unterstützung)

**4= angepasst selbständig**

(mit für die Fragestellung relevanten Hilfsmitteln wie Rollstuhl, Stock und Prothese bei der Fortbewegung, Brille beim Lesen selbständig. Die jeweiligen Hilfsmittel sollen aufgeschrieben werden. Zugleich werden hier Leistungsminderungen im Tempo und anderen Bereichen erfasst)

**5= ohne Befund, selbständig**

## B) Körperfunktion und – struktur:

Der Therapeut kann anhand dieser Checkliste schnell relevante von nicht relevanten Befunden trennen. Er entscheidet sich, welche Befunde genauer von ihm untersucht werden müssen, da sie für das Erreichen des funktionellen Ziels des Patienten relevant sind.

Die Modulblätter können als Checkliste, oder auch als Dokumentationsblatt für eine vertiefte Analyse genutzt werden. Es sollen nur relevante Befunde, die sich aus den Hypothesen ergeben haben evaluiert und festgehalten werden. Die Modulblätter können je nach Bedürfnis durch klinikeigene Formulare ergänzt oder ersetzt werden.

Als minimale Dokumentation können die relevanten Befunde auch nur in der Analyse des Hauptproblems auf der Seite 3 des Deckblatts in den ICF Kategorien festgehalten werden.

Dabei können wie schon in der Anamnese, die Zusammenhänge mit Pfeilen, Umkreisen oder mit Farben dargestellt und somit verständlich abgebildet werden.

Sind alle relevanten Daten erhoben worden, vereinbart der Therapeut mit dem Patienten ein realistisches Ziel. Zu dieser Zielformulierung gehört auch der Zeitrahmen, indem wir gemeinsam das Ziel erreicht werden soll.

Dokumentation von Massnahmen, Planung der Behandlungszeit und Assessments:

Die letzte Seite des Befundes auf der Seite 4 des Deckblatts fordert den Therapeuten auf, seine Massnahmen innerhalb einer Therapiesitzung (Froschperspektive) zeitbezogen zu planen und zu dokumentieren. Er sollte geeignete Messinstrumente definieren und sie hier festhalten. Zudem fordert die Seite 4 den Therapeuten auf, sich über die gesamte Rehaplanung Gedanken zu machen. Er muss sich entscheiden, ob weitere Fachleute informiert oder beigezogen werden müssen und welche Auswirkungen hat dies auf die physiotherapeutische Intervention haben könnte.

## Zusammenfassung

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass diese Arbeit über den Befund eine breite, klinik- und konzeptübergreifende Verwendung zulässt. Durch den modularen Aufbau wird ein breites Zielpublikum angesprochen. Eine Integration des Systems in bestehende Dokumentationssysteme von verschiedenen Institutionen ist aufgrund der einfachen Struktur möglich. Umfangreiche technische Voraussetzungen sind nicht nötig, da das System in seiner einfachsten Form als Papierversion mit einer manuellen Ablage verwendet werden kann. Eine Übernahme in bestehende, klinikübergreifende Informationssysteme sollte ohne weiteres möglich sein, in dem die entsprechenden Formulare als Word- oder PDF-Formulare verwendet werden.

Das Kopieren des Befundschemas ist grundsätzlich erwünscht, jedoch sollten gewünschte Änderungen zuerst mit den Verantwortlichen innerhalb der IGPNR oder einem Ansprechpartner der Autoren besprochen werden, um den Grundgedanken eines einheitlichen Befundsystems nicht zu untergraben. Zielsetzung dabei ist es, sämtliche Änderungswünsche nach gründlicher Evaluation durch die IGPNR in den Befund einzuarbeiten. Hinweise und Anregungen zur Benützung des Systems, aber auch Schulungsbedarf, kann ebenfalls an obengenannten Adressen gerichtet werden.

Für die Zukunft ist eine Evaluation des Systems geplant, in der Verbreitung und allfällige Änderungswünsche erfasst werden sollen.

## Literatur

1. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Short Version, Geneva, 2001  
oder <http://www.who.int/icidh>)

deutsche Version unter:

<http://www.ifrr.vdr.de/internet/vdr/home.nsf/index.htm?OpenPage&content=http://www.ifrr.vdr.de/>

2. Higgs J, Jones M; Clinical Reasoning. In Higgs J, Jones M (Eds.); Clinical Reasoning in the health professions, Butterworth-Heinemann (1995), S.3 ff.
3. Hagmann H.: Grundlegendes zum klinischen Vorgehen in der Physiotherapie – Dokumentation zum Unterricht; Schule für Physiotherapie Aargau, Schinznach