

# Assessment: Functional Independence Measure

## Alltagsfähigkeiten zuverlässig messen

Vor 23 Jahren entwickelte der amerikanische Mediziner Carl V. Granger den Functional Independence Measure – kurz FIM. Mit ihm misst man Funktionsverbesserungen und Alltagsfähigkeiten. Heute ist der FIM eines der am häufigsten angewandten Assessments in der Rehabilitation, um die Selbstständigkeit von Patienten nach Trauma oder Krankheit zu prüfen.

✱ Die Rehabilitation nach einer traumatischen oder krankheitsbedingten Behinderung ist ein langwieriger und komplexer Prozess. Hauptziele der Reha sind Funktionsverbesserungen und die Wiedererlangung der Selbstständigkeit im Alltag. Um zu prüfen, ob man die Ziele erreicht hat, verwendet man seit über 40 Jahren standardisierte Assessments. Das meist verwendete Instrument zur Erfassung der Alltags selbstständigkeit ist in Europa und im angelsächsischen Raum der Functional Independence Measure (FIM) [1].

**1983 entwickelt** ▶ Heute nutzt man den FIM in der Rehabilitation von Patienten mit Hemiplegie [2], Hirnverletzung [2], Querschnittslähmung [3], Multipler Sklerose [4, 5] und orthopädischen Beschwerden [2], zum Beispiel bei Patienten mit Rückenschmerzen oder einer Amputation. Generell lässt sich der FIM bei allen Patienten anwenden, bei denen man den Grad der Selbstständigkeit erfassen und dokumentieren möchte.

Der FIM wurde 1983 entwickelt – von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Carl V. Granger von der University at Buffalo, The State University of New York, USA. Um die nützlichsten Kriterien zur Einschätzung der Funktionen eines Patienten zu bestimmen, analysierte die Arbeitsgruppe 36 veröffentlichte und unveröffentlichte Instrumente. Aus diesen Instrumenten konnten die Wissenschaftler 18 Kriterien herausfiltern, mit denen man die Unabhängigkeit eines Patienten im Alltag beschreiben kann. Diese 18 Kriterien wurden die 18 Items des FIM (👁 Tab.).

**18 ADLs dokumentieren** ▶ Mit dem FIM prüft man 18 Aktivitäten des täglichen Lebens. 13 dieser Punkte bezeichnet man als motorische Items. Sie umfassen vier Subskalen: Selbstversorgung, Kontinenz, Transfers und Fortbewegung. Mit den letzten fünf Items schätzt man kognitive Leistungen ein. Diese setzen sich aus den beiden Subskalen Kommunikation und Kognition zusammen. Mit Hilfe der verschiedenen Items soll der Rehabilitationsalltag des Patienten ganzheitlich und möglichst objektiv erfasst werden.

**Skala von 1 bis 7** ▶ Den Grad der Selbstständigkeit schätzt man mit dem FIM auf einer Skala von 1 bis 7 ein (👁 Kasten). Je mehr

Hilfe der Patient benötigt, desto niedriger wird er eingestuft. Können Patienten die Aktivität selbstständig ausführen ohne Unterstützung anderer Personen, bewertet man sie mit „6“ oder „7“. Der Wert „7“ bedeutet, dass der Patient die Aktivität „auf die übliche Art und Weise“ durchführen kann. Der Wert „6“ bedeutet, dass der Patient ein Hilfsmittel einsetzt, oder dass er mehr Zeit als üblich benötigt. Werte unter „5“ bedeuten, dass der Patient eine Hilfsperson benötigt. Der Wert „1“ ist die niedrigste Bewertungsstufe. Der minimale Gesamtwert auf dem FIM beträgt 18 Punkte ( $18 \times 1 = 18$ ), der maximale 126 ( $18 \times 7 = 126$ ).

Die erstmals mit dem FIM eingeführte siebenstufige Skala hat sich in Klinik und Forschung mittlerweile etabliert [6]. Sie kommt zum Beispiel auch im „Chedocke McMaster Stroke Assessment“ zur Anwendung [7].

**Test: nur beobachten!** ▶ Mit dem FIM misst man, was die Patienten tatsächlich machen – unabhängig von Diagnose oder Schädigung. Zur Einschätzung der einzelnen ADLs beobachtet man den Patienten während seines normalen Alltags. Bei Verlaufsmessungen muss dies immer im gleichen Kontext geschehen. Reicht die Beobachtung nicht aus, fragt man bei den Patienten oder deren Angehörigen nach.

Die Beurteilung kann durch eine Einzelperson oder ein Team vorgenommen werden. In Rehabilitationseinrichtungen übernimmt dies oft der Pflegedienst, da dieser den Patienten rund um die Uhr betreut und ihn somit am häufigsten sieht. Alter-

### Internet



#### Formular zum Herunterladen

[www.thieme.de/physioonline](http://www.thieme.de/physioonline) > „physioassessments“ > „FIM“

#### Weitere Infos zum FIM

[www.igptr.ch/ass\\_igptr/index.html](http://www.igptr.ch/ass_igptr/index.html)

#### Infos zum FAM (Functional Assessment Measure)

[www.fischer-zim.ch/notizen/FIM-FAM-9711.htm](http://www.fischer-zim.ch/notizen/FIM-FAM-9711.htm)

nativ können auch andere Berufsgruppen einzelne Items prüfen, zum Beispiel Physiotherapeuten die Mobilität und Logopäden oder Neuropsychologen die soziokognitiven Items. Dabei ergibt sich meist als positiver Nebeneffekt, dass sich die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen verbessert.

**Wiederholt messen** ▶ Erhebt man den FIM nur einmal, ist die Aussagekraft gering. Man sollte ihn in Abständen wiederholt durchführen. So erhält man eine individuelle Verlaufskurve der Selbstständigkeit eines Patienten. Des Weiteren unterstützt der FIM die Rehabilitationsplanung und verbessert die Kommunikation im Reha-Team. Zudem kann man mit dem FIM Forschungsergebnisse dokumentieren und den Therapieerfolg evaluieren.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass sich der FIM in der Neurorehabilitation zu einer Art Goldstandard entwickelt hat, da er ein geeignetes Instrument für die interdisziplinäre Verlaufsmessung ist. Physiotherapeuten müssen allerdings nicht den ganzen FIM anwenden. Sie können auch nur die Teile des FIM nutzen, die für die physiotherapeutischen Ziele relevant sind.

**Wissenschaftliche Güte: zuverlässig und valide** ▶ Einem Assessment kann man nur trauen, wenn die wissenschaftlichen Gütekriterien gut sind. Dies trifft auf den FIM zu! Die Intertester-Reliabilität (Zuverlässigkeit zwischen verschiedenen Testern) ist gut [3], wobei die motorischen Items eine höhere Übereinstimmung aufweisen als die kognitiven Items [8]. Die geringste Übereinstimmung bei den motorischen Items erreichte vor allem die Subskala Fortbewegung [5].

Neben der Reliabilität ist auch die Validität (Gültigkeit) des FIM gut. Dies konnten Wissenschaftler in mehreren Studien nachweisen [2, 4, 9].

Das dritte wichtige Gütekriterium ist die Responsivität (Empfindlichkeit auf Veränderungen): Die des FIM ist in etwa mit derjenigen des Barthel-Index zu vergleichen [10]. Je nach Patientengruppe treten allerdings Decken- oder Bodeneffekte auf. Ein Deckeneffekt entsteht, wenn ein Patient den höchsten Wert (Stufe 7) erreicht und danach die weitere Entwicklung des Patienten nicht mehr erfasst werden kann [11]. Ein Bodeneffekt tritt bei den Patienten mit Werten der Stufe 1 auf, bei denen Veränderungen der Selbstständigkeit durch den FIM nicht mehr abgebildet werden können. In diesen Fällen muss man weitere Assessments hinzuziehen, zum Beispiel die Koma-Remissions-Skala [12] oder die so genannten „Early Functional Abilities“ [13]. Um bei Deckeneffekten die Entwicklung des Patienten abbilden zu können, nutzt man zum Beispiel den Timed-up-and-go-Test [14], mit dem man die Mobilität beurteilen kann.

## FIM-Bewertungsskala

### Keine Hilfsperson erforderlich

- 7 Völlige Selbstständigkeit
- 6 Eingeschränkte Selbstständigkeit (Hilfsvorrichtung oder Sicherheitsbedenken)

### Hilfsperson erforderlich

- 5 Supervision
- 4 Kontakthilfe
- 3 Mäßige Hilfestellung
- 2 Ausgeprägte Hilfestellung
- 1 Totale Hilfestellung

**Spezialisierung: FIM für Kinder = WeeFIM** ▶ Für spezielle Patientengruppen empfiehlt es sich, spezielle Versionen des FIM zu nutzen. So gibt es eine für Querschnittgelähmte entwickelte Version: den „Spinal Cord Independence Measure“ [15]. Für die Einschätzung von Kindern eignet sich der WeeFIM [16]. Für Patienten, die sich am Ende der Rehabilitation oder in der ambulanten Betreuung befinden, sollte man den Functional Assessment Measure nutzen – kurz FAM (👁️ Internetadressen) –, der den FIM um zwölf zusätzliche Items ergänzt [17].

Hansjörg Lüthi

### 📖 Literaturverzeichnis unter [www.thieme.de/physioonline](http://www.thieme.de/physioonline)

**Tab.** Beim Functional Independence Measure (FIM) beobachtet man 18 Alltagsaktivitäten des Patienten.

Motorische Items		Bewertung
<b>Selbstversorgung</b>	Essen/Trinken	
	Körperpflege	
	Baden/Duschen/Waschen	
	Ankleiden oben	
	Ankleiden unten	
	Intimhygiene	
<b>Kontinenz</b>	Blasenkontrolle	
	Darmkontrolle	
<b>Transfers</b>	Bett/Stuhl/Rollstuhl	
	Toilettensitz	
	Dusche/Badewanne	
<b>Fortbewegung</b>	Gehen (G)/Rollstuhl (R)	
	Treppensteigen	
<b>Zwischensumme Motorik (maximal 91 Punkte)</b>		
<b>Kognitive Items</b>		
<b>Kommunikation</b>	Verstehen akustisch (A)/ Verstehen visuell (V)	
	Ausdruck verbal (V)/ Ausdruck nonverbal (N)	
<b>Kognitive Fähigkeiten</b>	Soziales Verhalten	
	Problemlösungsfähigkeit	
	Gedächtnis	
<b>Zwischensumme Kognition (maximal 35 Punkte)</b>		
<b>Gesamtsumme (maximal 126 Punkte)</b>		