

# Stellungnahme zum FIM (ATL-18) - eine kritische Übersicht

## 1. Zu feine Abstufung der Items, daher unüberschaubare und retrospektiv kaum überprüfbare Stufenzuordnung

18 Items mit jeweils 7 Stufen

daraus resultieren eigentlich „nur“ 126 Einstufungsmöglichkeiten

Da innerhalb einer Stufe verschiedene Fähigkeitsstörungen zur Stufenzuordnung zugelassen werden, sind innerhalb der 18 Items *weitere 202* Auswahlmöglichkeiten vorhanden.

Somit müssen die Untersucher beim FIM bis zu 328 mögliche Einzelmerkmale zur Ermittlung der richtigen Einstufung berücksichtigen. Sollte die FIM Einstufung im Rehateam erfolgen, so ist es nicht nachvollziehbar, dass die Berücksichtigung und Konsensfindung bei bis zu 328 möglichen Merkmalen, durch in der Regel 4 – 6 Therapeuten, innerhalb von wenigen Minuten abgeschlossen sein soll, wie oft behauptet wird. Soll der FIM darüber hinaus zur Rehaziplanng eingesetzt werden, so gilt es, über 300 potenzielle Rehazielen zu berücksichtigen.

Für die Kostenträger ist die Mitteilung der Stufenzuordnung innerhalb der 18 Items im Einzelfall nicht nachvollziehbar, da nicht erhoben und mitgeteilt wird, aufgrund welcher der bis zu 328 möglichen Einzelmerkmale, die Einstufung konkret erfolgte. Auch die Rehakliniken selbst dürften retrospektiv darüber keinen Überblick haben.

### **Schlußfolgerung:**

Der FIM ist nur so lange „einfach und bewährt“, so lange er von einer „FIM-Schwester“ außerhalb des Teams erhoben wird, die im Einzelfall ihre Auswahl aus bis zu 328 möglichen Einzelmerkmalen nicht gegenüber dem Rehateam vertreten muss und solange der FIM nicht zur Rehaziplanng eingesetzt wird. Auch sollten die Kostenträger möglichst nicht hinterfragen (auch nicht retrospektiv), aufgrund welcher der bis zu 328 möglichen Einzelmerkmale die FIM Einstufung resultiert. Damit sind auch Vergleichsstudien (Zustand bei Rehaentlassung u. z.B. 6 Monate danach) nicht möglich.

## 2. Unzureichende Trennschärfe zwischen benachbarten FIM-Stufen

Die unzureichende Trennschärfe zwischen zwei benachbarten FIM-Stufen führt zur „Darstellung“ von Rehaeffekten, die im Einzelfall nicht überprüfbar bzw. widerlegbar sind und somit eine kritische Auseinandersetzung z.B. mit Rehaverlängerungsanträgen nicht gestattet.

Beispiel Item: Transfer

Klinik beschreibt: „beim Transfer wurde eine Verbesserung von FIM Stufe 1 nach 2 erreicht“

FIM Stufe 1 bedeutet z.B.: Pat braucht zur Ausführung der Transfers eine Hilfe von mind. 75%, er kann durch Körperverschiebung oder durch Halten an Griffen oder durch Abstützen zum Transfer beitragen

FIM Stufe 2 bedeutet: Pat. braucht zur Ausführung der Transfers eine Hilfe von bis zu 74%, er braucht ausgeprägte Hebehilfe beim Aufstehen und Hinsetzen und Kontakthilfe beim Drehen, beide Beine müssen über den Rand angehoben werden, er kann durch Halten an Griffen und durch Abstützen zum Transfer beitragen.

Im vorliegenden Beispiel darf gefragt werden, worin denn nun die objektive und alltagsrelevante Verbesserung besteht und wie diese überprüfbar sein soll. Wodurch unterscheidet sich nachvollziehbar ein 75 prozentiger Hilfebedarf von einem 74 prozentigen Hilfebedarf ? Hinweis: Der prozentuale Hilfebedarf ist neben den 328 möglichen Einzelmerkmalen Grundprinzip der Stufenzuordnung für jedes Item im FIM. Stufe I=0-24% Hilfebedarf, Stufe II=25% bis unter 50%, Stufe III=über 50% bis 75%, Stufe IV=über 75%. Somit ergibt sich an der Schnittstelle zwischen diesen Stufen keine hinreichende Trennschärfe.

## 3. Die Stufenbeschreibung ist ungenau bzw. es werden innerhalb einer Stufe eines Items verschiedene Ausprägungen von Fähigkeitsstörungen erfasst

Beispiel Item: Transfer Bett/Stuhl/Rollstuhl

Stufe 1: Völlige Unselbständigkeit

Lifter erforderlich

**o d e r**

Pat. kann gar nicht zum Transfer beitragen

**o d e r**



- 4. Einzelne Items umfassen mehrere Fähigkeitsbereiche, wobei die Selbständigkeit in einem Bereich genügt, um die volle Punktzahl zu erreichen (dadurch entstehen Deckeneffekte), darüber hinaus werden im Handbuch zum FIM insbesondere die Einstufungskriterien zu einem Fähigkeitsbereich beschrieben, die FIM Dokumentation ist demnach unvollständig und mangelhaft**

Beispiel: Item Verstehen

Beschreibung des Items: Das Verstehen umfasst die Aufnahme akustischer (also Hören und Verstehen) o d e r visueller Informationen (also Lesen und Verstehen, Umgang mit Zeichensprache, Gestik)

Kommentar: Ein Patient erhält die volle Punktzahl von 7, auch wenn er lediglich Gespräche versteht und nicht Lesen kann bzw. wenn er zwar Lesen kann aber Gespräche nicht versteht. Damit produziert der FIM Deckeneffekte, obwohl noch alltagsrelevante Beeinträchtigungen vorliegen.

Interessanterweise geht die Beschreibung der einzelnen Stufen beim Item Verstehen nur überwiegend auf das akustische Verstehen, jedoch kaum auf das Lesen ein, das FIM Handbuch ist offenbar unvollständig und mangelhaft.

Beispiel: Item Ausdruck

Beschreibung des Items: Ausdruck umfasst gesprochene, geschriebene oder sonstige Äußerungen.

Kommentar: Ein Patient erhält die volle Punktzahl von 7, auch wenn er lediglich Sprechen und nicht Schreiben kann bzw. wenn er Schreiben aber nicht Sprechen kann, was wiederum Deckeneffekte produziert.

Interessanterweise geht die Beschreibung der einzelnen Stufen beim Item Ausdruck überwiegend auf das gesprochene Wort ein, das FIM Handbuch ist offenbar auch bei diesem Item unvollständig und mangelhaft.

## **5. Eingeschränkte Beurteiler – Übereinstimmung**

Die Beurteilerübereinstimmung für den FIM wurde schon von anderen Autoren zumindest mit einigen Fragezeichen versehen (vgl. Haas et al. 2002; Ottenbacher et al. 1996; Hamilton et al. 1994)

Die Gründe für die nur mäßige Inter-Rater-Reliabilität des FIM liegen unseres Erachtens u.a. in den sehr abstrakt definierten Abstufungen der einzelnen Items, die vom Beurteiler eine Aussage darüber erwarten, ob eine bestimmte Aktivität zu weniger als 25%, 25-50%, 50-75% oder mehr als 75% vom Patienten selbständig erbracht werden kann. Was aber heißt 45% Selbständigkeit z. B. beim Treppensteigen, und was wären 55% Selbständigkeit? Die Entscheidung darüber würde bei der Einstufung eine ganze Stufe mehr oder weniger ausmachen und dürfte kaum eindeutig zu begründen sein.

Die Prozentangaben suggerieren damit eine Präzision, die klinisch nicht umgesetzt werden kann. Insgesamt bleibt das ganze Prinzip der Itemabstufungen beim FIM unanschaulich und entbehrt jeder „intuitiven Plausibilität“ – was nicht nur die Beurteilerübereinstimmung, sondern u. E. auch die klinische Praktikabilität des Instruments beeinträchtigt

## **6. Eignung des FIM zur Qualitätssicherung fraglich**

Alle Qualitätssicherungsprogramme in der Rehabilitation dienen dem Zweck, die bestmöglichen Rehaergebnisse für die Pat. sicherzustellen. Zwischen den Kliniken sollte ein Wettbewerb um die bestmögliche Qualität stattfinden.

Dabei sind prädiktorenkontrollierte Vergleiche der Rehabilitationsergebnisse zwischen den Kliniken sinnvoll, da nur so nicht "Äpfel mit Birnen" verglichen werden. Mittel multivariater Regressionsanalyse mit Bezug zum Rehabilitationsergebnis nach Schlaganfall konnte unter Einsatz des FIM eine Varianzaufklärung von lediglich 17% erreicht werden.

Damit muss die Eignung des FIM als Qualitätssicherungsinstrument mit Bezug zum Rehabilitationsergebnis in Frage gestellt werden.

## **7. Der FIM ist lizenzrechtlich geschützt und darf nicht verändert werden**

Die Rechteinhaber des FIM aus den USA gestatten dessen Anwendung nur nach Entrichtung einer entsprechenden Lizenzgebühr. Für eine Klinik mit 100 Betten betrug diese 2014 1500,- USD/ Jahr. Die zur Verfügung gestellte Erfassungs-Software dient auch der Validierung der von den Rehakliniken erhobenen Daten. Diese werden per Internet in den USA ausgewertet. Pro Datensatz wird eine Gebühr von 35,- USD fällig. Auch wenn die Daten in anonymisierter Form in die USA versendet werden, sollten datenschutzrechtliche Bedenken ernst genommen werden.

Veränderungen / Verbesserungen am FIM sind den Anwendern nicht gestattet.

PS: Der FIM wurde 1994 in Deutschland eingeführt. Die zu diesem Zweck gegründete „Internationale Vereinigung für Assessment in der Rehabilitation“ hat 1997 ein FIM Handbuch in deutsche Sprache veröffentlicht und wurde inzwischen aufgelöst.

Der Präsident des American Congress of Rehabilitation Medicine hat bereits 2007 die Eignung des FIM als generelles Assessmentinstrument für die Rehabilitation in Frage gestellt und eine Neuentwicklung für notwendig erachtet.