

3. ICF Anwendertagung  
ICF - Reflexion der praktischen Anwendung  
9. November 2012 im REHAB Basel

**Reflexion und Vision der ICF**

Priv.-Doz. Dr. rer. pol. Michael F. Schuntermann  
ehem. Deutsche Rentenversicherung Bund  
Berlin

**Umsetzung der ICF in Deutschland**

Um es vorweg zu sagen, die Umsetzung der ICF in Deutschland ist gekennzeichnet durch die Initiative einiger Interessierter und zunehmend auch durch administrative Anforderungen.

In Deutschland unterscheiden wir bei der Implementierung der ICF sind zwei Möglichkeiten:

- Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF und
- Kodierung von festgestellten Sachverhalten nach ICF.

Der Schwerpunkt der Implementierung der ICF liegt derzeit auf der Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF.

Die Umsetzung der ICF in Deutschland ist einerseits von „unten“ gewachsen. Viele in der Rehabilitation und dem Behindertenwesen Tätige haben erkannt, dass das bio-psycho-soziale Modell der ICF ein äußerst hilfreiches Instrument für ihre tägliche Arbeit ist: Die Philosophie der ICF systematisiert rehabilitatives Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren erweiterte Perspektiven für rehabilitatives Handeln.

Andererseits wird die Implementierung der ICF durch den institutionellen und politischen Bereich gefördert. Einige Beispiele:

Im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – wurden wesentliche Aspekte der ICF unter Berücksichtigung der in Deutschland historisch gewachsenen und anerkannten Besonderheiten aufgenommen. Dies gilt insbesondere für den Partizipationsbegriff der ICF.

Die zum 1. April 2004 in Kraft getretenen Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Gemeinsamen Bundesausschusses stellen auf die ICF ab. Nach diesen Richtlinien dürfen die Vertragsärzte der Krankenversicherung nur dann Rehabilitationsmaßnahmen verschreiben, wenn sie hierzu speziell ausgebildet sind, also mit der ICF umgehen können.

Die Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die am 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist, basiert ebenfalls auf der ICF. Darüber hinaus wurden alle Empfehlungen zur Rehabilitation der BAR überarbeitet und auf die ICF bezogen.

Im Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe 2004 (Bundestagsdrucksache 15/4575 vom 16. 12. 2004) wird auf Folgendes hingewiesen: „Für

Gutachten ermöglicht die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller sozialmedizinisch relevanten Aspekte einer Person in ihrem jeweiligen Umfeld. Auf dieser Grundlage können und müssen auch in den Fällen, in denen mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind oder Zuständigkeiten wechseln, erneute Begutachtungen vermieden werden.“

Zertifizierung von Reha-Einrichtungen. Die Rehabilitationsträger haben im Rahmen der BAR nach bestimmten gesetzlichen Vorschriften grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird, vereinbart. Die Erbringer stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben ein Qualitätsmanagement sicher zu stellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Hierbei zählt zu den Qualitätskriterien ein teilhabeorientiertes Leitbild. Die Zertifizierung übt natürlich einen gewissen Druck auf die Reha-Träger aus, ICF-orientiert zu arbeiten.

### **Aktivitätskonzept**

Auf den ersten Blick erscheint das Aktivitätskonzept sehr einfach zu sein. Es enthält die definierten Begriffe „Leistungsfähigkeit“ und „Leistung“, wobei „Leistungsfähigkeit“ als eine notwendige Bedingung für „Leistung“ angesehen werden kann. So muss ein Mensch z. B. über eine hinreichende Lesefähigkeit verfügen, um eine definierte Leseleistung zu erbringen. So weit, so gut. Beschäftigt man sich jedoch eingehender mit dem Aktivitätskonzept und stellt Fragen, wird es schwierig. In welchem Zusammenhang stehen z. B. „Leistungsfähigkeit“ und „Leistung“? Die Erfahrung zeigt Folgendes:

1. „Leistungsfähigkeit“ ist nicht die Obergrenze von „Leistung“.
2. Von „Leistungsfähigkeit“ kann im Allgemeinen nicht auf „Leistung“ geschlossen werden.
3. Umgekehrt kann im Allgemeinen von „Leistung“ nicht auf „Leistungsfähigkeit“ geschlossen werden.

Der Grund hierfür ist, dass nach ICF „Leistungsfähigkeit“ im Grundsatz unter Testbedingungen beurteilt wird, „Leistung“ hingegen unter dem gegenwärtigen Kontext des Betroffenen. Hinzu kommt Folgendes: „Leistungsfähigkeit“ im Sinn einer notwendigen Bedingung für die Erbringung einer definierten Leistung ist in jedem Fall ein theoretisches Konstrukt, und daher im Prinzip nicht beobachtbar. Daher benötigt man einen Test (Assessment) mit den entsprechenden psychometrischen Eigenschaften, wie z. B. Validität oder Reliabilität, um überhaupt Aussagen über die Leistungsfähigkeit einer Person im Hinblick auf eine Aktivität machen zu können. In der ICF wird auf diese Problematik nicht eingegangen. Sie enthält keine Assessmentinstrumente.

Ein weiteres Problem. Wie ist Folgendes zu erklären: Die betrachtete Person ist objektiv leistungsfähig, eine definierte Leistung zu erbringen. Ihre Umwelt hindert sie objektiv nicht, ihre Leistungsfähigkeit in Leistung umzusetzen. Und trotzdem erbringt die Person die Leistung nicht. Hierauf kann die ICF keine Antwort geben. Der Grund ist: Das Aktivitätskonzept ist nicht theoriebasiert. Das ist eigentlich unverständlich; denn es gibt Handlungstheorien, auf die die ICF hätte Bezug nehmen können. Ich persönlich bevorzuge die Handlungstheorie von Nordenfelt. Sie ist vergleichsweise einfach, sie kann zwanglos in die ICF integriert werden, und sie ist praxisorientiert.

Eine letzte Fragestellung, die im Rahmen des Aktivitätskonzepts der ICF gelöst werden kann: Welche Funktion hat z. B. bei der Aktivität „Auto fahren“ das Auto? Ist es ein Umweltfaktor? Das ist nicht der Fall. Als Umweltfaktor müsste das Auto als Förderfaktor oder Barriere interpretierbar sein. Das ist aber im Rahmen des Aktivitätskonzepts sinnlos. Hier kommt es nur auf die Leistungsfähigkeit des Autofahrens an und auf das tatsächliche Autofahren im gegenwärtigen Kontext des Betroffenen. Die Leistungsfähigkeit des Autofahrens wird im Grundsatz mittels eines geeigneten Tests getestet. Steht hierbei kein Auto zur Verfügung, kann die Leistungsfähigkeit des Autofahrens des Betroffenen nicht beurteilt werden. Und soll die Leistung des Autofahrens einer Person beurteilt werden, steht aber kein Auto zur Verfügung, dann kann ebenfalls keine Leistungsbeurteilung erfolgen. Hieraus folgt, dass das „Auto“ integraler Bestandteil der Aktivität des Autofahrens ist.

### **Partizipationskonzept**

Es ist bekannt, dass das Partizipationskonzept in der ICF als eigenständiges Konzept nicht operationalisiert ist. Das ist sehr verwunderlich, soll sich doch die ICF auf die „Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities“ der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1993 beziehen und sie sogar enthalten, wie in der ICF zu lesen ist.

Vielmehr wird in der ICF „Partizipation“ als eine Interpretation von „Leistung“ angesehen. Im Anhang 5 der ICF ist zu lesen: „... kann „Leistung“ ... verstanden werden als „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ oder „gelebte Erfahrung“ von Menschen in dem aktuellen Kontext, in dem sie leben“. Wir wissen heute, dass eine solche Interpretation gerade nicht möglich ist. Ein Beispiel genügt, um dies zu zeigen. So kann z. B. eine Rollstuhlfahrerin an ihrem Arbeitsplatz die geforderte Leistung voll erfüllen, ihr Einbezogenheit in ihren Arbeitsplatz oder ihre gelebte Erfahrung am Arbeitsplatz ist jedoch erheblich gestört durch Mobbing. Hieraus folgt zusätzlich, dass das Aktivitätskonzept sich von einem Partizipationskonzept unterscheidet, so dass es erforderlich ist, dass Partizipationskonzept als eigenständiges Konzept in der ICF zu operationalisieren.

Nimmt man den Gedanken ernst, dass sich die ICF auf die erwähnten Standard Rules beziehen soll, dann sollten zumindest die beiden folgenden Aspekte im Rahmen eines Partizipationskonzeptes berücksichtigt werden.

Der erste Aspekt bezieht sich auf die Menschenrechte, der auf Rioux, 1997, zurückgeht. Damit verbunden Begriffe wie Gleichstellung, Antidiskriminierung und Inklusion. Hiermit können folgende Fragen verknüpft werden.

- Zugang zu Lebensbereichen
- Integration in Lebensbereiche
- Daseinsentfaltung in Lebensbereichen
- unabhängiges, gleichberechtigtes und selbstbestimmtes Leben in Lebensbereichen.

Der zweite Aspekt, der auf Ueda und Okawa, 2003, zurück geht, berücksichtigt, dass die betroffenen Personen selbst zu Wort kommen sollten, also auf deren individuelle subjektive Erfahrung. Hiermit sind Fragen verbunden wie

- Zufriedenheit in Lebensbereichen
- Anerkennung und Wertschätzung in Lebensbereichen
- erlebte gesundheitsbezogene Lebensqualität in Lebensbereichen.

Nebenbei sei erwähnt, dass die Bezeichnung „Klassifikation der Aktivitäten & Partizipation“ nicht besonders geschickt ist und auch irreführend ist. In ihr sind Lebensbereiche klassifiziert. Deshalb sollte man auch von einer Klassifikation der Lebensbereiche sprechen.

### Erstes Beurteilungsmerkmal (Qualifier) – Ausmaß eines funktionalen Problems

Das Erste (Allgemeine) Beurteilungsmerkmal der ICF beschreibt ordinal praktisch den Schweregrad eines Problems und ist formal wie folgt definiert:

#### Allgemeines Beurteilungsmerkmal für Items der Klassifikationen der Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten/Teilhabe. Items der Umweltfaktoren als Barrieren. („xxx“ steht für ein beliebiges Item)

xxx.0:	Problem <b>nicht</b> vorhanden (kein, ohne, vernachlässigbar, ...)
xxx.1:	Problem <b>leicht</b> ausgeprägt (gering, niedrig, ...)
xxx.2:	Problem <b>mäßig</b> ausgeprägt (mittel, ziemlich, ...)
xxx.3:	Problem <b>erheblich</b> ausgeprägt (hoch, extrem, ...)
xxx.4:	Problem <b>voll</b> ausgeprägt (vollständig, komplett...)

Allerdings gibt die ICF keine Auskunft darüber, wie die einzelnen Codes zu interpretieren sind, was also unter „leicht“, „mäßig“, „erheblich“ und „voll“ zu verstehen ist. Eine solche Interpretation ist jedoch wichtig, weil Daten der ICF in den Weltgesundheitsbericht der WHO eingehen sollen und damit im Wesentlichen vergleichbar sein müssen.

Es kann jedoch bezweifelt werden, ob es überhaupt eine weltweit anerkannte Interpretation des Ersten Beurteilungsmerkmals geben kann. Schon in Deutschland dürfte es kaum möglich sein, eine in allen Bereichen des Behindertenwesens und der Rehabilitation einheitliche Interpretation anzugeben. So wird zum Beispiel in der Sozialhilfe der Schweregrad eines Problems auf dem Begriff des Hilfebedarfs abstellen müssen, den es jedoch in der medizinischen Rehabilitation durch die Kranken- oder Rentenversicherung nicht gibt.

Allerdings wäre es wünschenswert, wenn man sich international zumindest auf ein allgemeines gemeinsames Modell für die Interpretation des Ersten Beurteilungsmerkmals einigen könnte, um wenigstens eine einheitliche Sichtweise zu erreichen.

Ein solches Modell könnte auf dem Ansatz von Parkerson der Duke University in Durham, North Carolina, USA beruhen. Parkerson hat mit seiner Gruppe für den Bereich der Family Medicine einen Krankheitsschweregrad entwickelt, den DUSOI (Parkerson et al. 1998). Parkerson fragte sich zunächst, nach welchen Kriterien die Schwere einer Krankheit einer Person sinnvollerweise beurteilt werden soll. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Kernkriterien (1) die Prognose für die nächsten 6 Monate ohne Behandlung (Lebensgefahr, Behinderung) und (2) die Behandlungsmöglichkeit und die Erfolgsprognose der Behandlung sind. Diese Kriterien sind eher epidemiologischer Art. Hinzu kommen zwei im engeren Sinn medizinische Kriterien: Ausmaß der Symptome und Ausmaß der Komplikationen. Komplikationen sind z. B. Folge- oder Begleitkrankheiten der Person.

Meines Erachtens kann diese Betrachtungsweise zwanglos auf funktionale Probleme übertragen werden. Die „Lebensgefahr“ beim DUSOI als ein Aspekt der Prognose würde sich dann auf den Verlust der Partizipation an allen für die Person wichtigen Lebensbereichen beziehen. Die Behandlungsmöglichkeit und die Erfolgsprognose der Behandlung beim DUSOI hätten ihre Entsprechung in der rehabi-

litativen Interventionsmöglichkeit und ihrer Erfolgsprognose. Das Ausmaß der Symptome der betrachteten Diagnose beim DUSOI wäre auf die funktionalen Symptome des betrachteten funktionalen Problems zu beziehen und die Komplikationen auf mit dem betrachteten funktionalen Problem einhergehenden anderen funktionalen Problems. Ein Beispiel hierfür wäre eine Störung in der Leistungsfähigkeit zur Kommunikation der betrachteten Person, die einhergeht mit der Störung der Leistungsfähigkeit, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

Praktisch sähe dann ein Dokumentationsbogen für ein funktionales Problem (hier Sprachfähigkeit als Sender) wie folgt aus:

**Formblatt nach Parkerson**

<b>Beispiel: Sprachfähigkeit als Sender</b>						
	<b>keine</b>	<b>fraglich</b>	<b>leicht</b>	<b>mäßig</b>	<b>stärkere</b>	
<b>Symptome</b> (letzte Woche)	0	1	2	3	4	
<b>Komplikationen</b> (letzte Woche)	<b>0</b>	1	2	3	4	
<b>Prognose</b> (für die nächsten 6 Monate, ohne Intervention)	<b>Beeinträchtigung der Partizipation</b>					
	<b>keine</b>	<b>fraglich</b>	<b>leicht</b>	<b>mäßig</b>	<b>voll</b>	
	0	1	2	3	<b>4</b>	
<b>Rehabilitation</b>	<b>Rehab-Notwendigkeit</b>			<b>erwartetes Ansprechen auf Rehab</b>		
	<b>nein</b>	<b>fragl.</b>	<b>wenn ja→</b>	<b>gut</b>	<b>fraglich</b>	<b>schlecht</b>
	0	1		2	3	4

Analog Parkerson ist der Schweregrad für die Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit als Sender 56,25 (Summe der kategorialen Schweregrade normiert auf 100). Führt man diese Betrachtung für alle relevanten funktionalen Probleme auf der Ebene der Leistungsfähigkeit durch, so erhält man eine Reihe von Einzelschweregraden, die nach einem trickreichen Verfahren zu einem Gesamtschweregrad zusammengefasst werden. Ein interessanter Aspekt ist, dass gleichzeitig ein Partialschweregrad berechnet werden kann. Das ist der Schweregrad, den man erhält, wenn das funktionale Problem mit dem höchsten Schweregrad unberücksichtigt bleibt. Auf Einzelheiten kann ich hier aus Zeitgründen nicht eingehen. Ich bin gerade dabei, dieses Konzept auszuarbeiten.

Auch wenn man dieses Verfahren nicht bis hin zu den verschiedenen Schweregraden durchführt, hat das Parkerson-Verfahren einen nicht zu unterschätzenden didaktischen Wert: Zwingt es doch den Be-gutachter, sich zu allen vier Kategorien oder Dimensionen Gedanken zu machen.

**Grenzen der ICF**

Es ist immer wieder überraschend festzustellen, wie die Reichweite der ICF überschätzt wird. Die Überschätzungen reichen bis zur Idee, auf der Basis der ICF so etwas wie funktionale DRG zu entwickeln.

Zum einen ist die ICF keineswegs eine Klassifikation funktionaler Diagnosen. Das unterscheidet die ICF ganz wesentlich von der ICD. Wenn ein Arzt in der ICD die Bezeichnung einer Krankheit liest, dann kann er im Prinzip auf Grund seiner Professionalität Aussagen machen zur Symptomatik der Krankheit, zu ihren Auswirkungen, zu Folge- oder Begleitkrankheiten, zur Prognose, zur Diagnostik und zu Behandlungsmöglichkeiten. Hinter der ICD-Bezeichnung einer Krankheit befindet sich also im Grundsatz ein großes Spektrum zusätzlicher Sachverhalte. Das alles ist in der ICF nicht der Fall. Mit ihr können im Grundsatz nur funktionale Symptome und Befunde auf den Ebenen der Körperfunktionen und Strukturen, der Lebensbereiche nach Leistungsfähigkeit, Leistung und Partizipation sowie der Kontextfaktoren beschrieben werden. In Einzelfällen können mit der ICF funktionale Syndrome konstruiert werden. Was aber funktionale Diagnosen in Analogie zu medizinischen Diagnosen sind, ist bislang völlig unklar.

Zum anderen ist die ICF auch kein Assessmentinstrument, also ein Instrument, mit dem valide und reliabel funktionale Probleme beschrieben und beurteilt werden können. Bei keiner ICF-Kategorie findet man ein solches Instrument. Es bleibt der Professionalität zum Beispiel des Reha-Teams überlassen, welche Methoden zur Beschreibung und Beurteilung einer ICF-Kategorie angewendet werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die ICF auf der Grundlage ihres bio-psycho-sozialen Modells eine Sammlung von Vokabeln enthält, die mit kurzen Erläuterungen versehen sind. Das ist der Ausgangspunkt der Reichweite der ICF. Es ist dem Anwender überlassen, wie er sozusagen dieses Gerippe mit Fleisch füllt. Es ist offensichtlich, dass die Reichweite der ICF nur in kleinen Schritten erweitert werden sollte und der nächste Schritt nur dann erfolgen sollte, wenn der vorangegangene verstanden und umgesetzt worden ist.

Literatur:

- Parkerson, George R. Jr, Schuntermann, Michael F., Sattler, Laura L Sattler (1998): Die Duke Checkliste für den Krankheitsschweregrad (DUSOI). In: Die Rehabilitation, Heft 1/1998
- Rioux, M. H. (1997): When Myths Masquerade as Science: Disability Research from an Equality-Rights Perspective. In: Disability Studies: Past, Present and Future, edited by Len Barton and Mike Oliver, Chapter 7, Leeds: The Disability Press.
- Schuntermann, M. F. (2009): Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 3. Aufl., Ecomed-Verlag
- Ueda, S., Okawa, Y. (2003): Subjective Dimension of Functioning and Disability: what is it and what is it for? Disability and Rehabilitation 2003; 25: 596-601