



HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFTEN



InGrA
INTERNATIONAL
GRADUATE ACADEMY

DGRW
Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaften e.V.

SFB 580
Gesellschaftliche
Entwicklungen
nach dem Systemumbruch
Diskontinuität
Tradition
Strukturbildung

Tagung der Graduiertenschule »Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie« der
Internationalen Graduierten-Akademie
zusammen mit der
Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
und dem
DFG-Sonderforschungsbereich 580 »Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch«

10 Jahre partizipationsorientierte ICF in Deutschland 10 Jahre Sozialgesetzbuch IX

Tagung vom 27.–29. Juni 2011 in Halle (Saale)
als Satellit des Jahreskongresses der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation in Berlin

10 Jahre ICF – Erfahrungen und Probleme

von

Michael F. Schuntermann

ehem. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS & GERO LANGER
REDAKTION: GERO LANGER & ANJA SCHMIDT

10. JAHRGANG
ISSN 1610-7268 **2**

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review« Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, dass die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihnen enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Redaktionsschluss: 08.02.2012

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens und Jun.-Prof. Dr. rer. medic. Gero Langer
Redaktion & Gestaltung: Jun.-Prof. Dr. Gero Langer, Anja Schmidt

Kontakt:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · D-06112 Halle (Saale)

Telefon 0345 557-4454 · Telefax 0345 557-4485 · E-Mail gero.langer@medizin.unihalle.de

Website <https://www.medicin.uni-halle.de/index.php?id=562>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Abstract

As the successor of the ICIDH, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) from 2001, represents a changed paradigm. Within the bio-psycho-social model of the ICF disability is defined as the negative result of the interaction between both a person's health problem and his or her contextual factors. Both aspects of the ICF are considered in the German Social Code No. IX (SGB IX) – Rehabilitation and Participation of People with Disabilities -. The bio-psycho-social model of the ICF has found wide acceptance in Germany. Particularly the introduction of contextual factors (environmental factors and personal factors) is welcomed. However, due to its complexity training in the use of the ICF is absolutely essential. It is welcomed that the ICF provides a common vocabulary for both people with disability, and professionals in the fields of rehabilitation and disability. This is particularly important because in Germany we have a rather complicated social system. It is undisputed that the ICF has great merits. We now have both a concept of functional health and a common vocabulary to communicate about functional health. It is a great step forward that environmental factors are included in the ICF, and that functional health and disability are related to those. This opens up new vistas and possibilities of intervention. Some of the shortcomings of the ICF, i.e. the concept of participation is not operationalized independently from the concept of activity, personal factors are not classified, may be overcome by research.

Keywords

ICF • functional health • disability • participation • contextual factors

Zusammenfassung

Als Nachfolgerin der ICIDH enthält die ICF ein neues Paradigma. Innerhalb des bio-psycho-sozialen Modells der ICF wird Behinderung definiert als das negative Ergebnis der Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren. Beide Aspekte werden im SGB IX berücksichtigt. Insbesondere wird die Einführung von Kontextfaktoren begrüßt (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren). Allerdings ist wegen ihrer Komplexität eine Schulung im Gebrauch der ICF notwendig. Es wird ebenfalls begrüßt, dass die ICF ein gemeinsames Vokabular sowohl für Menschen mit Behinderung als auch für die professionellen Gruppen in der Rehabilitation und dem Behindertenwesen bereitstellt. Dies ist besonders wichtig, weil das Sozialleistungssystem in Deutschland recht kompliziert ist. Es ist unbestritten, dass die ICF große Verdienste hat. Wir haben nunmehr ein Konzept der funktionalen Gesundheit und ein gemeinsames Vokabular, über diese zu kommunizieren. Es ist ein großer Schritt vorwärts, dass die ICF Umweltfaktoren enthält, und dass funktionale Gesundheit und Behinderung auf diese Bezug nehmen. Dies eröffnet neue Sichtweisen und Möglichkeiten der Intervention. Einige der Mängel der ICF, z. B. die Operationalisierung des Partizipationskonzeptes unabhängig vom Aktivitätskonzept und die fehlende Klassifikation der personbezogenen Faktoren können durch Forschung überwunden werden.

Stichworte

ICF • funktionale Gesundheit • Behinderung • Teilhabe • Kontextfaktoren

Über den Autor

Michael F. Schuntermann, Priv.-Doz. Dr. rer. pol.

Studium der Wirtschaftswissenschaften, Diplom und Promotion in Wirtschaftswissenschaften, Statistik und Wissenschaftstheorie, Habilitation in Statistik. Letzte Tätigkeit: Leiter des Referats »Epidemiologie und Methodenberatung« in der Rehabilitationswissenschaftlichen Abteilung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main. 1995–1998: Präsident der European Federation for Research in Rehabilitation. Präsident des 6th European Congress on Research in Rehabilitation vom 31. Mai bis 4. Juni 1998 in Berlin. 1991–2005: Begründer und Wissenschaftlicher Leiter der jährlich stattfindenden Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien. 1997–2001: Vertreter Deutschlands beim Revisionsverfahren der ICIDH der WHO und Koordinator der Revision für den deutschsprachigen Raum. Forschungsschwerpunkte: Rehabilitationswissenschaften (Theorie der Behinderung und der Rehabilitation, Behinderungsbegriff), ICF, Evaluation in der Rehabilitation, Epidemiologie der Krankheitsfolgen. Zahlreiche nationale und internationale Veröffentlichungen auf diesen Gebieten. Im Ruhestand seit 2005.

Anschrift des Verfassers:

PD Dr. Michael F. Schuntermann

Odenwaldstr. 6

12161 Berlin

E-Mail: mschuntermann@aol.com

Telefon: 030 8524360

Mobil: 0171 369 50 25

Im Folgenden möchte ich auf einige Aspekte eingehen, die mich als damaliger Koordinator der ICF-Erarbeitung für den deutschsprachigen Raum, als Lehrender auf dem Gebiet der ICF und als Rehabilitationswissenschaftler beschäftigt haben bzw. noch beschäftigen.

Erfahrungen

Die ICF wurde gleichsam auf doppeltem Wege in Deutschland eingeführt. Durch den Gesetzgeber und die Institutionen des Behinderten- und Rehabilitationswesens einerseits und die Praxis andererseits. Wenn ich »eingeführt« sage, meine ich damit im Wesentlichen die Philosophie der ICF, ihre Modelle und Begriffe, und nicht das Kodieren. Das steht in Deutschland derzeit nicht zur Diskussion.

So ist zum Beispiel das SGB IX von 2001 ohne die ICF als Bezugsrahmen nicht zu verstehen. Schon im Titel des SGB IX »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« wird auf den ICF-Begriff »Teilhabe« Bezug genommen. Was »Teilhabe« ist, steht nicht im SGB IX, sondern in der ICF. Der Begriff der Behinderung wird zwar im SGB IX definiert, die Legaldefinition verwendet allerdings wesentlich den Begriff der Teilhabe: Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre **Teilhabe** am Leben in der Gesellschaft **beeinträchtigt** ist. Behinderung nach SGB IX ist also im Wesentlichen eine gesundheitsbedingte Teilhabestörung. Und das ist der spezielle Behinderungsbegriff der ICF.

Wie ist dieser Zusammenhang zu erklären? Als ich von der WHO gebeten wurde, die Entwicklung der ICF für den deutschsprachigen Raum zu koordinieren, habe ich als erstes eine ICF-Arbeitsgruppe installiert und alle Institutionen auf dem Gebieten der Rehabilitation und des Behindertenwesens zur Mitarbeit aufgerufen sowie Vertreter aus Österreich und der Schweiz eingeladen. In dieser Gruppe war auch Herr Dr. Haines vom Bundesarbeitsministerium, der für den Entwurf des SGB IX zuständig war. Und er war es, der das SGB IX an die ICF angebunden hat. Die ICF wurde also praktisch mit dem SGB IX in Deutschland eingeführt.

Auf die ICF-Aktivitäten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, der Sozialhilfe, der BAR, DGSM, DGRW und DVfR kann ich hier aus Zeitgründen nicht eingehen. Ebenfalls nicht auf die Bedeutung der ICF bei Reha-Leitlinien und der Zertifizierung von Reha-Einrichtungen. Hinweisen möchte ich allerdings auf die jährlich stattfindenden Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien, die ich eingeführt habe und in denen die ICF eine besondere Berücksichtigung findet, sowie auf die im Rahmen dieser Kolloquien stattfindenden ICF-Anwenderkonferenzen.

Durch die Praxis wurde die ICF eingeführt, weil man erkannt hat, dass die Philosophie der ICF, insbesondere das bio-psycho-soziale Modell, und die Einbeziehung der Kontextfaktoren für alle Bereiche der praktischen Rehabilitation außerordentlich nützlich ist. Alle Konzepte der ICF – Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontext – lassen sich gewinnbringend in die praktische Rehabilitation einbringen.

Da der Zustand der funktionalen Gesundheit relational eingeführt wird, lässt sich dieser als Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihrem Kontext auf ihre Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe beschreiben. Hierdurch wird es möglich, den Einfluss des Kontextes auf den Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person durch gedankliche Variation der Konstellation ihres Kontextes abzuschätzen (1).

Der Paradigmenwechsel, der mit der ICF vollzogen wurde, hat das Aktionsfeld der Rehabilitation erheblich erweitert. Hinzu gekommen ist insbesondere die Einwirkung auf den Kontext im Sinne von Abbau von Barrieren und Schaffung von Förderfaktoren.

Schließlich lässt sich mit der ICF ohne blumige Worte sagen, was Rehabilitation ist: nämlich die Wiederherstellung oder Besserung der funktionalen Gesundheit einer Person mit einem Gesundheitsproblem (bei bestehender oder drohender Beeinträchtigung der Teilhabe).

All dies hat in der Praxis der Rehabilitation Eingang gefunden. Welch ein Riesenfortschritt hiermit verbunden ist, kann man an folgendem erkennen: Ende der 80er Jahre haben zwei renommierte Wissenschaftler in der Rehabilitation festgestellt, dass es in Deutschland so etwas wie Rehabilitationsmedizin nicht gebe, sondern dass die Praxis der Rehabilitationsmedizin eine Mischung aus Kurativmedizin und Kurortmedizin sei (2). Hiervon sind wir heute Lichtjahre entfernt.

Seit 10 Jahren führe ich Lehrgänge zur ICF durch. Selbst die WHO empfiehlt, dass vor der Anwendung der ICF eine Ausbildung durchgeführt werden sollte. Und das aus sehr gutem Grund. Im Laufe der Zeit haben die Teilnehmer meiner Kurse folgende Vorteile der ICF herausgearbeitet:

- Sie systematisiert das Denken.
- Sie verbessert die Kommunikation im multiprofessionellen und innerhalb und zwischen den Institutionen.
- Interpretationsspielräume durch unterschiedliche Fachsprachen und Theorien werden verkleinert.
- Ziele können spezifischer und passgenauer formuliert werden (z. B. auch durch Einbeziehung des Kontextes).
- Maßnahmen zur Zielerreichung können spezifischer und passgenauer ausgewählt werden (Zuweisungssteuerung).
- Evaluation der Maßnahmen in Bezug auf die Ziele.
- Ein Betroffener kann sein funktionales Profil bei z. B. Wohnungswechsel mitnehmen (keine Mehrfachuntersuchung oder -begutachtung).
- Berücksichtigung nicht nur der Defizite sondern auch der Ressourcen.
- Klientenzentrierung (Teilhabe-Konzept: Menschenrechte und subjektive Erfahrung).
- Gemeinsamer Nenner trotz unterschiedlicher Systeme der verschiedenen Institutionen.
- Verbesserung der Transparenz der Leistung der Anbieter.
- Die ICF passt zur bestehenden Philosophie.

Es wurden jedoch auch Kritikpunkte genannt. So sei die ICF hoch komplex, und die Einarbeitung in diese Klassifikation zeitlich sehr aufwendig. Die Sprache der ICF sei zum Teil gewöhnungsbedürftig, und das Kodieren sehr aufwendig.

Viele finden die Grundidee der ICF-Checkliste attraktiv. Die Grundidee ist, unter bestimmten Gesichtspunkten Auszüge aus der ICF zu entwickeln mit dem Ziel, ein Instrument zu haben, das zeigt, auf welche Sachverhalte bei einer zu untersuchenden Person besonders geachtet werden muss. Es ist geradezu Mode geworden, Checklisten zu erarbeiten. Angefangen hat alles mit den krankheitsspezifischen Checklisten von Stucki, den sogenannten Core Sets. Manche sind einen Schritt weiter gegangen, indem sie zusätzlich noch den Schweregrad des Problems für die betrachteten Kategorien der Checkliste angeben. So zum Beispiel die BAG RPK. Dies könnte ein Weg in Richtung funktionaler Syndrombildung sein.

Was ich bisher gesagt habe, hört sich sehr positiv an. Tatsächlich aber gleicht die Einführung der ICF einem Flickerteppich. In einigen Bereichen ist sie sehr weit fortgeschritten, in anderen Bereichen kaum. Die Umsetzung hängt fast ausschließlich an interessierten Personen. Ich wage folgende Hypothese: Wer im Bereich der Rehabilitation der des Behindertenwesens in ein oder zwei Jahren nicht mit der ICF umgehen kann, der ist wissenschaftlich nicht auf dem aktuellen Stand – mit allen Konsequenzen, auch finanzieller Art, für die betreffenden Einrichtungen.

Probleme

Ontologie der ICF

Die ICF ist in einem Konsensusverfahren entstanden und theoretisch wenig begründet. Ihre Sprache ist im Wesentlichen umgangssprachlich und nicht fachsprachlich. Ihr fehlen formale Repräsentationssysteme.

Im letzten Newsletter des WHO Collaborating Centre der Niederlande (Vol. 9, no 1, 2011) wird daher die Frage gestellt, ob wir eine Ontologie der ICF im Sinne der Informatik benötigen. Sie wird bejaht, unter anderem deshalb, weil sie eine intelligente Nutzung der ICF mit Computern unterstützt. Dies dürfte ein anspruchsvolles Forschungsgebiet werden.

Teilhabe

Bekanntlich ist das Teilhabekonzept der ICF als eigenständiges Konzept nicht erarbeitet. Der Teilhabebegriff wird vielmehr mit dem Begriff der Leistung des Aktivitätskonzeptes in Zusammenhang gebracht, ja geradezu als äquivalent betrachtet. Dies ist im hohen Maße unbefriedigend. Die ketzerische Frage in einer Sitzung der WHO im Jahr 2000 lautete:

Führt eine Person alle Handlungen und Aufgaben eines Lebensbereichs unter ihren Gegebenheiten der Umwelt aus (Leistung), ist sie dann nicht in diesem Lebensbereich und diesen Gegebenheiten vollständig einbezogen (Teilhabe)?

Die WHO-Gruppe konnte diese Frage nicht beantworten. Heute kennen wir die Antwort. Sie lautet nein. Ein Beispiel: Eine Rollstuhlfahrerin erbringt alle geforderten Handlungen und Aufgaben an ihrem Arbeitsplatz unter den dort herrschenden Bedingungen (Leistung). Sie ist aber an diesem Arbeitsplatz nicht vollständig einbezogen, weil sie hochgradig gemobbt wird. Es gibt im nationalen und internationalen Bereich verschiedene Versuche, das Teilhabekonzept als eigenständiges Konzept zu entwickeln. Hier besteht ebenfalls Forschungsbedarf.

Personbezogene Faktoren

Jeder weiß, dass personbezogene Faktoren für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung sind. Sie sind aber aus bekannten Gründen in der ICF nicht klassifiziert. Es wird noch nicht einmal eine konsistente Beschreibung dieser Faktorenart angegeben. Auch dies ist bedauerlich. National wie international wird an diesem Problem gearbeitet. Die Arbeitsgruppe ICF der DGSM hat kürzlich einen überarbeiteten Diskussionsvorschlag vorgelegt (3). Für mich erkläre ich personbezogene Faktoren wie folgt: Jeder Mensch hat Eigenschaften und Merkmale, die gleichsam sein unverwechselbares Wesen charakterisieren. Sie sind relativ konstant, ändern sich unter sonst

gleichen Voraussetzungen im Zeitverlauf nicht oder nur wenig. Einige von ihnen können sich aber bei bestimmten Ereignissen dramatisch ändern. Für mich sind daher personbezogene Faktoren Tugenden, Kompetenzen und Einstellungen, in ihren jeweils positiven und negativen Ausprägungen, da sie als Förderfaktoren oder Barrieren interpretiert werden müssen. Auch hier besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Allgemeines Beurteilungsmerkmal: Schweregrad eines Problems

In der ICF wird das Allgemeine Beurteilungsmerkmal, also der Schweregrad eines Problems mit den Ziffern 0 bis 4 und den Bezeichnungen »nicht vorhanden«, »leicht ausgeprägt«, »mäßig ausgeprägt«, »erheblich ausgeprägt« und »voll ausgeprägt« belegt. Diese Ordinalskala wird jedoch nicht operationalisiert. Zwar wird in der ICF-Checkliste der WHO eine Operationalisierung angegeben, diese ist jedoch nutzlos, weil sie nicht jedes beliebige Objekt des Gegenstandsbereiches auf die Zahlenmenge 0 bis 4 abbilden kann. Anfangs habe ich die fehlende Operationalisierung als Nachteil angesehen. Mittlerweile aber habe ich eingesehen, dass es eine solche allgemeine Operationalisierung schon in Deutschland nicht geben kann, geschweige weltweit. Der Grund ist, dass eine solche Operationalisierung zweckgebunden ist. Bei der Jugendhilfe zum Beispiel muss der Schweregrad vor dem Hintergrund des Hilfebedarfs operationalisiert werden. Das Konzept des Hilfebedarfs gibt es aber in der medizinischen Rehabilitation durch die Kranken- oder Rentenversicherung nicht. Es ist völlig unklar, vor welchem Hintergrund in der medizinischen Rehabilitation der Schweregrad eines Problems skaliert werden soll. Auch hier ist Forschung erforderlich.

Literatur

- (1) Schuntermann, M.F. (2009) Einführung in die ICF. 3. Aufl., Ecomed Medizin, 2009, Landsberg
- (2) Fliedner, T. M.; Gerdes, N. (1988) Wissenschaftliche Grundlagen der medizinischen Rehabilitation bei chronischen Krankheiten. Situationsanalyse und Zukunftsperspektiven. Deutsche Rentenversicherung, 1988; 4–5: 227–237
- (3) Grotkamp S., Cibis W., et al.: Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG »ICF« des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Das Gesundheitswesen 2010; 72: 908– 916