

## Forum C

Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment  
– Diskussionsbeitrag Nr. 6/2013 –

13.12.2013

### Zwölf Jahre ICF – Ein Rückblick auf die Entwicklung und Implementierungsbemühungen

von Michael F. Schuntermann, ehemals Deutsche Rentenversicherung DRV Bund, Berlin

#### I. Beteiligung an der Entwicklung der ICF

Dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter *Gesundheit* mehr versteht als die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden des Menschen umfasst, hat sie in ihrer Verfassung von 1946 proklamiert, erstmals mit der ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) von 1980 konkretisiert und mit der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) von 2001 mit einem Paradigmenwechsel fortentwickelt. Er besteht darin, dass *Behinderung* nicht mehr ein Attribut einer Person ist, sondern das negative Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem im Sinn der ICD und ihrem materiellen, sozialen, verhaltensbezogenen und personenbezogenen Kontext. Hierdurch wird die alte soziologische Frage, ob eine Person behindert *ist* oder *wird*, nicht nur dialektisch aufgelöst, sondern auch operationalisierbar gemacht. Es gibt theoretisch nur einen Fall, bei dem eine Person tatsächlich behindert *ist*, nämlich dann, wenn die Behinderung un-

ter jedem denkbaren Kontext jedenfalls nicht verbessert wird. Mir ist hierfür allerdings noch kein praktisches Beispiel eingefallen. Während die ICIDH in der Bundesrepublik Deutschland (BRD), abgesehen von Sozialjuristen, praktisch nicht zur Kenntnis genommen wurde – die erste Übersetzung ins Deutsche wurde zur Wendezeit in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) veröffentlicht – war das bei der ICF anders. In meiner Tätigkeit beim damaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) habe ich mich schon frühzeitig mit Fragen der Evaluation der Rehabilitation befasst. Als Basis und Sprache half mir dabei die ICIDH; denn die Sprachen der Juristen und der Mediziner erwiesen sich hierfür als ungenügend. Dieser Ansatz erwies sich als so fruchtbar, dass mich die zuständigen Gremien gewähren ließen. Zum Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium im Jahr 1997 lud ich Herrn Dr. Üstün, der bei der WHO für die Revision der ICIDH zuständig war, zu einem Plenarvortrag zum Stand der Revision ein. Anschließend bat er mich, am Revisionsprozess für den deutschsprachigen Raum mitzuwirken, was vom VDR nicht nur genehmigt, sondern auch ideell und finanzi-

ell unterstützt wurde.

Als Erstes gründete ich eine ICF-Arbeitsgruppe. Hierzu schrieb ich alle Institutionen und Verbände der Rehabilitation und des Behindertenwesens an und bat um Mitarbeit. In der Gruppe waren nicht nur Österreich und die Schweiz vertreten, sondern von deutscher Seite unter anderem auch Herr Dr. Haines vom damaligen Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der später für den Entwurf des SGB IX zuständig war und in dieses Gesetz die Grundprinzipien der ICF einfließen ließ. Die Einsetzung der ICF-Arbeitsgruppe erschien mir aus mehreren Gründen notwendig. Zum einen wollte ich die Aktivitäten der WHO bezüglich der Rehabilitation und des Behindertenwesens bekannt machen. Zum anderen benötigte ich sozusagen eine geballte Ladung an Fachwissen auf den verschiedensten Gebieten für die Fachberatungen, die Durchführung von in der Entwicklung der ICF durchzuführenden Projekten und für die Übersetzungen der Arbeitsversionen der ICF. Schließlich wollte ich vermeiden, dass hinterher irgendjemand sagen konnte, er habe von nichts gewusst.

Die Sitzungen im mehrjährigen Entwicklungsprozess der ICF verliefen nicht nur bei der WHO, sondern auch in Deutschland in allen Schattierungen zwischen kontrovers und einmütig. Die Übersetzung der verschiedenen Arbeitsversionen der ICF ins Deutsche erwies sich als schwierig. Es waren 28 Personen beteiligt, allein vier Fachrichtungen für die mentalen Funktionen. Gut trainiert im Übersetzen von drei Arbeitsversionen stellten wir im Dezember 2001 die Übersetzung der Schlussfassung mit der Bitte um Korrekturvorschläge ins Internet. Der Bitte wurde rege entsprochen. In der ICF-Arbeitsgruppe diskutierten wir die Vorschläge und nahmen sie gegebenenfalls auf. Im Juni 2003 hat die WHO das DIMDI zum "WHO Collaborating Center for the Family of International Classifications" für den

deutschsprachigen Raum ernannt. Daher konnte der VDR die deutsche Fassung der ICF zuständigkeitshalber dem DIMDI übergeben.

Bei der Übersetzung traten insbesondere zwei Probleme auf. (1) Der ICF-Begriff „functioning“ wird selbst im Englischen nur als technischer Term benutzt, nicht jedoch im Zusammenhang mit Menschen und Gesundheit. Nach langen Diskussionen in der ICF-Arbeitsgruppe haben wir den Begriff mit „Funktionsfähigkeit“ übersetzt, in Kauf nehmend, dass „funktionieren“, bezogen auf Menschen, durchaus doppeldeutig ist. (2) Herr Dr. Haines hatte darum gebeten, den ICF-Begriff „participation“ nicht wie vorgesehen mit „Partizipation“ zu übersetzen, sondern mit „Teilhabe“, weil er diesen Begriff in den Entwurf des SGB IX aufnehmen. Der Vorschlag wurde auch von der Vertreterin der Schweiz, Dr. Judith Hollenweger, akzeptiert. Allerdings bat sie später darum, die ursprüngliche Übersetzung beizubehalten, weil der Begriff der Teilhabe in der Schweiz enger sei als in Deutschland und sich nur auf wirtschaftliche Belange beziehe. Wir einigten uns darauf, beide Begriffe zu verwenden, also „participation“ mit Partizipation [Teilhabe] zu übersetzen.

## **II. Behinderungsbegriffe des SGB IX und der ICF**

Im SGB IX wurde der alte Behinderungsbegriff aus dem Schwerbehindertengesetz an die ICF angepasst. Gleichwohl bat der Bundestag die Bundesregierung um Prüfung des Zusammenhangs zwischen dem Behinderungsbegriff des SGB IX und dem der ICF. Die eingesetzte Arbeitsgruppe entwickelte Änderungsvorschläge, auch vor dem Hintergrund des Behinderungsbegriffs im Grundgesetz, die dem relationalen Charakter als Wechselwirkung Rechnung trugen. Dies kam im SGB IX nicht zum Ausdruck. Dort heißt es „Menschen sind behindert ...“. Schließlich

aber blieb alles beim Alten. Augenscheinlich befürchtete man von Seiten der Bundesregierung, dass eine Änderung des Behinderungsbegriffs sich kostensteigernd auswirken könnte. Gleichwohl konnte der Zusammenhang zwischen dem Behinderungsbegriff des SGB IX und dem der ICF deutlich gemacht werden. Hierzu und zur ICF wurde von der Bundesregierung ausführlich Stellung genommen. (Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, Bundestagsdrucksache 15/4575 vom 16.12.2004). Man kann sagen, dass die Philosophie der ICF in das SGB IX Eingang gefunden hat. So ist zum Beispiel der Teilhabebegriff im SGB IX ohne die ICF unverständlich.

### III. Ungelöste Probleme

Trotz der langen Erarbeitungsphase der ICF konnten drei Probleme nicht oder nur unzureichend gelöst werden: Klassifikation der personenbezogenen Faktoren, das Konzept der Teilhabe und die Operationalisierung des Schweregrades funktionaler Probleme.

#### 1. Klassifikation der personenbezogenen Faktoren

Jeder weiß, dass die personenbezogenen Faktoren in der Rehabilitation und dem Behindertenwesen eine zentrale Rolle spielen. In der ICF gehören sie, wie die Umweltfaktoren, zu den Kontextfaktoren. Während die Umweltfaktoren in der ICF klassifiziert sind, wird zwar kurz skizziert, was unter personenbezogenen Faktoren zu verstehen sei, sie sind jedoch nicht klassifiziert. Als Grund hierfür werden die großen sozialen und kulturellen Unterschiede in den Mitgliedsstaaten der WHO angegeben. In meinen Augen ist dieser Grund nur vorgeschoben. Tatsächlich hatten wir kein Konzept für personenbezogene Faktoren, so dass sie taxonomisch nicht angegangen werden konnten. Der

wichtigste Grund aber war die Sorge der WHO um einen Missbrauch der ICF. Man kann sich vorstellen, dass weltweit an dem Problem der personenbezogenen Faktoren gearbeitet wird. Grotkamp et al. haben als Erste einen Vorschlag vorgelegt und national wie international veröffentlicht. Obwohl dieser Vorschlag eine klare Differenzierung zwischen dem Konzept der Körperfunktionen und dem der personenbezogenen Faktoren zulässt, stehen beide Konzepte doch in einem Zusammenhang. So können zum Beispiel ausgeprägte mentale Funktionsstörungen im Zusammenhang mit herausragenden personenbezogenen Faktoren im Sinn von Förderfaktoren stehen, wie zum Beispiel bei der berühmten amerikanischen Autistin Temple Grandin, die nach neuesten tierpsychologischen Gesichtspunkten Schlachthöfe im Kopf konstruiert, sie im Kopf evaluiert und erst, wenn alles in Ordnung ist, ans Zeichenbrett geht.

#### 2. Konzept der Partizipation (Teilhabe)

In ihrer Einführung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die ICF auf die Standard Rules on the Equalization for Persons with Disabilities der Vereinten Nationen von 1993 bezieht und diese enthält. Umso erstaunlicher ist es, dass das wichtigste Konzept der ICF, das der Teilhabe, als eigenständiges Konzept nicht begründet, sondern über den Leistungsbegriff an das Aktivitätskonzept gekoppelt ist. Die im Anhang 3 der ICF vorgeschlagenen Verwendungsmöglichkeiten des Begriffs der Teilhabe bieten keine Lösung des grundlegenden Problems, wie Studien zeigen. Während in den verschiedenen Arbeitsfassungen der ICF noch je eine Klassifikation für die Aktivitäten und für die Partizipation aufgeführt wurden, war dies in der Beschlussfassung, die für die Sitzung im November 2000 in Madrid vorgelegt wurde, plötzlich und ohne empirische Überprüfung, auf die die WHO bei allen anderen Konzepten und Klassifikationen so großen Wert ge-

legt hat, nicht mehr der Fall. Es gab nur noch eine gemeinsame Klassifikation, die „Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe“ genannt wurde. Diese Bezeichnung ist an sich schon kritikwürdig, weil es sich bei dem Gegenstandsbereich dieser Klassifikation um Lebensbereiche handelt. Das gab natürlich entsprechenden Aufruhr. Es ist zu fragen, wie es hierzu kam. Aus meiner Sicht löste folgende Frage das Problem aus: Führt eine Person alle Handlungen und Aufgaben eines Lebensbereichs unter ihren Gegebenheiten der Umwelt aus (Definition Leistung), ist sie dann nicht in diesem Lebensbereich und diesen Gegebenheiten vollständig einbezogen (Definition Teilhabe)? Seinerzeit haben nur wenige Sitzungsteilnehmer gesagt, dass zu dieser Frage weitere empirische Untersuchungen durchgeführt werden müssten. Am Ende aber haben die weitaus meisten Teilnehmer die Frage bejaht. Mir hatte Herr Dr. Haines Folgendes mit auf den Weg gegeben: „Sie können schimpfen, so viel Sie wollen, aber zum Schluss heben Sie bitte die Hand“. Diese Anweisung hatten wohl die meisten Teilnehmer erhalten. Jedenfalls ging die Vorlagefassung durch, und wir beglückwünschten uns gegenseitig für das gelungene Werk. Heute wissen wir, dass die gestellte Frage verneint werden muss, weil es Gegenbeispiele gibt. Man kann sich vorstellen, dass weltweit an Konzepten der Teilhabe gearbeitet wird. Ich habe zum Beispiel ein Konzept vorgeschlagen, das auf US-amerikanischen Aspekten (Menschenrechte) und japanischen Ansätzen (subjektive Erfahrung) aufbaut. Rentsch und Bucher haben in ihrem Buch „ICF in der Rehabilitation“, das sich auf die neurologische Rehabilitation bezieht, das von mir sogenannte Stunden-glasmodell entwickelt und erfolgreich angewandt.

### **3. Operationalisierung des Schweregrades funktionaler Probleme**

In der ICF wird eine 5-stufige Skala (0 bis 4) für den Schweregrad funktionaler Probleme vorgeschlagen, die von „Problem nicht vorhanden“ bis „Problem voll ausgeprägt“ reicht und die für alle Klassifikationen gleich ist. Allerdings wird diese Skala nicht operationalisiert, sondern es werden für die einzelnen numerischen Scores nur verbale Ausdrücke angegeben. Eine Operationalisierung müsste klarlegen, was der Unterschied zum Beispiel zwischen „leicht ausgeprägtes Problem“ (Score 1) und „mäßig ausgeprägtes Problem“ (Score 2) inhaltlich bedeutet. Die fehlende Operationalisierung habe ich viele Jahre als Manko der ICF angesehen. Heute ist mir klar, dass es schon für Deutschland keine einheitliche Operationalisierung geben kann. In der Sozialhilfe oder Jugendhilfe zum Beispiel müsste sich die Operationalisierung auf den Hilfebedarf beziehen. Diesen Begriff gibt es aber zum Beispiel in der medizinischen Rehabilitation durch die Renten- oder Krankenversicherung nicht. Hilfreich wäre es jedoch gewesen, wenn die WHO wenigstens einige grundsätzliche Aspekte einer Operationalisierung erarbeitet hätte. Solche könnten zum Beispiel analog der Skalierung des Krankheitsschweregrades von Parkerson et al. von der Duke University, North Carolina, USA, aufgebaut sein. Deren fünf Dimensionen sind: (1) Ausmaß der Symptomatik, (2) Ausmaß der Komplikationen (mit dem betrachteten Problem im Zusammenhang stehende andere Probleme), (3) Prognose für die nächsten sechs Monate ohne Intervention, (4) Interventionsmöglichkeit und (5) Erfolgsprognose.

In ihrer ICF-Checkliste gibt die WHO eine Operationalisierung des Schweregrades an. Allerdings hält sie skalierungstheoretischen Grundsätzen nicht stand. Danach muss zum Beispiel im Grundsatz jedem denkbaren Element des Objektbereiches, hier also jedem funktionalen Problem, ein Skalenwert

zuzuordnen sein. Das ist jedoch bei Operationalisierung des Schweregrades in der ICF-Checkliste nicht der Fall. Daher ist sie nutzlos.

#### IV. Zur Implementierung der ICF in Deutschland

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

Wir unterscheiden bei der Implementierung der ICF zwei Aspekte: (1) die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF und (2) die Codierung von festgestellten Sachverhalten nach der ICF. Beide Aspekte sollten nicht vermengt werden. Betreffen sie doch völlig unterschiedliche Sachverhalte. Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, dass in Deutschland, anders als in anderen Ländern wie zum Beispiel Frankreich oder Australien, mit der ICF Neuland betreten wurde. Die Vorgängerversion, die ICIDH, spielte hier in der Rehabilitation und dem Behindertenwesen praktisch keine Rolle. Das hat erhebliche Auswirkungen auf die ICF-Ausbildung. 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. Einige Einrichtungen erachten es als hilfreich, die sogenannten Core-Sets einzusetzen, die von einer Gruppe um Stucki entwickelt wurden und praktisch krankheitsspezifische Auszüge aus der ICF sind. Andere haben ihre eigenen Core-Sets entwickelt. Wieder andere sind weiter gegangen und

setzen Instrumente ein, die die Schweregradbeurteilung einbeziehen, wie zum Beispiel das von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch Kranker entwickelte ICF-Core-Set „Psychiatrische Rehabilitation“. Andere wiederum verwenden die Sprache der ICF in der Kommunikation mit den Kostenträgern. Man könnte viele andere Beispiele anführen.

Andererseits wird die Implementierung der ICF im institutionellen und politischen Bereich gefördert. Hierzu einige Beispiele:

Wie bereits erwähnt, wurden im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches wesentliche Aspekte der ICF unter Berücksichtigung der in Deutschland historisch gewachsenen und anerkannten Besonderheiten aufgenommen. Dies gilt insbesondere für den Teilhabebegriff 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 befähigt bzw. speziell ausgebildet sind.

Die Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen<sup>1</sup> der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die am 1. Juni 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 La-

---

<sup>1</sup> Die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vom 22. März 2004 finden Sie unter [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame\\_Empfehlung\\_Begutachtung.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Begutachtung.pdf)

ge behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe 2004<sup>2</sup> 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 sicherzustellen, 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.

Schließlich wird die ICF sogar in einigen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zumindest erwähnt. Auch diese Liste der Umsetzungsaktivitäten ließe sich fortsetzen.

## V. Fazit

Trotz einiger Probleme, die sicherlich in der nächsten Revision der ICF angegangen werden, hat die ICF ihre unbestreitbaren Meriten. 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. Sie ist eine Brücke der Verständigung für Betroffene, Institutionen und Professionen. Ich hatte einmal die Gelegenheit, auf der Reha Care in Düsseldorf für zehn Minuten eine Einführung in die ICF zu geben. In der Diskussion fragte mich ein Rollstuhlfahrer, ob er jetzt die ICF auswendig lernen müsste. Ich antwortete: „Nein, aber wenn Sie Ihre funktionalen Probleme umfassend mit Hilfe der ICF beschreiben können, dann sollten Sie sicher sein, dass die Maßnahmen zur Erreichung Ihrer Ziele spezifischer und passgenauer ausgewählt werden, als wenn Sie dies nicht täten.“

Gleichwohl bleibt in Sachen ICF noch viel zu tun. Packen wir es also an.

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---

<sup>2</sup> BT-Drucksache 15/4575 vom 16.12.2004.