

Forum C

Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment
– Diskussionsbeitrag Nr. 7/2013 –

13.12.2013

Tagungsbericht „Expertenforum 2013 – Rückblick auf 12 Jahre internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“

von Dipl. Jur. Maren Giese, Universität Bremen

Am 5. November 2013 fand in Hannover das von der SEG 1 (Sozialmedizinische Expertengruppe) des MDKN (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen) veranstaltete Expertenforum 2013 mit dem Titel „Rückblick auf 12 Jahre internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ statt.¹ Neben der Entwicklung und Implementierung der ICF ging es insbesondere um den Stellenwert von Kontextfaktoren².

Nach der Begrüßung durch **Carsten Cohrs** (Geschäftsführer des MDKN) begann **Dr. Michael Schuntermann** (ehemals Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin) seinen Vortrag mit dem Titel „**12 Jahre ICF – Ein Rückblick auf die Entwicklung und Implementierungsbemühungen**“.³ Nach-

dem die WHO (World Health Organization) ihr umfassendes Verständnis zum Thema Gesundheit bzw. Behinderung mithilfe der ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) konkretisiert hatte, wurde dieses durch die ICF weiterentwickelt. Der Referent wirkte an der Überprüfung dieser Klassifikation im deutschen Raum mit und berichtete von seinen praktischen Erfahrungen in der Arbeitsgruppe, wie etwa den Schwierigkeiten bei der Übersetzung. So wurde etwa der Begriff „participation“ mit „Partizipation [Teilhabe]“ übersetzt, um auch der engeren Definition der Schweiz beim Begriff der Teilhabe, der sich nur auf wirtschaftliche Belange bezieht, gerecht zu werden. Darüber hinaus stellte er die Schwierigkeiten bei der Bestimmung des Behinderungsbegriffs dar. Trotz bisher nicht erfolgter Anpassung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) an die ICF könne man dennoch feststellen, dass sich das SGB IX mittlerweile an der ICF orientiere und der Teilhabebegriff des SGB IX ohne die ICF inzwischen unverständlich sei. Überdies zeigte Herr Schuntermann die noch ungelösten Probleme der ICF auf. Dazu gehörten neben

¹ Eine ausführliche Tagungsdokumentation finden Sie im Internet unter: http://www.mdk-niedersachsen.de/mdk/mdk_info/aktuelles_2024.htm.

² Zu den Kontextfaktoren gehören im Rahmen der ICF die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren.

³ Den Vortrag von Dr. Michael Schuntermann finden Sie auch als Beitrag C6-2013 unter www.reha-recht.de.

den bisher von der WHO nicht klassifizierten personenbezogenen Faktoren auch das Konzept der Partizipation [Teilhabe] und die in der ICF fehlende Messbarkeit des Schweregrades funktionaler Probleme. Der Referent betonte zwar, dass noch einige Probleme bei der nächsten Überprüfung der ICF gelöst werden müssten, sieht in ihr aber grundsätzlich eine gute Möglichkeit der Verständigung zwischen allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten und begrüßte die hierdurch erweiterten Perspektiven für die Rehabilitation der betroffenen Menschen, die künftig an praktischer Bedeutung gewinnen werden.

Im Anschluss daran berichtete **Markus Algermissen, LL.M.** (Ministerialrat, Leiter Referat Leistungs- und Beitragsrecht im Bundesministerium für Gesundheit) über **„ICF und Leistungsrecht der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) – Sachstand und Ausblick“**. Anknüpfungspunkt der ICF sei das SGB IX, dessen grundsätzliche Zuständigkeit in den Bereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales falle. Dennoch spiele die ICF auch im Leistungsrecht der GKV eine Rolle und habe mittlerweile Eingang in verschiedene Bereiche gefunden. So habe die ICF insbesondere Auswirkungen auf die Heil- und Hilfsmittelrichtlinie, die Soziotherapie, die sozialmedizinische Nachsorge, die Kriterien zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sowie Mutter-Kind-Leistungen. Durch die ICF werde der individuelle Bedarf der Leistungsberechtigten besser berücksichtigt. Als Problem im Bereich des GKV-Leistungsrechts sah der Referent jedoch teilweise den Datenschutz, der klarer geregelt werden sollte. So sollen die Krankenkassen nicht nur Maßnahmen finanzieren, sondern darüber hinaus auch beratend tätig sein, was jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht immer unproblematisch sei.

Über **„Die Bedeutung der ICF aus Sicht der GKV“** referierte **Edelinde Eusterholz** (stellvertretende Leitung der Abteilung Gesundheit beim Verband der Ersatzkassen). Sie betonte die Bedeutung der ICF im Bereich der GKV und begrüßte, dass der MDK auch die Relevanz der ICF im Bereich der Krankenversicherung immer wieder verdeutliche. So spiele die ICF insbesondere für die Abgrenzung von Kuration (Heilung) und Rehabilitation eine wichtige Rolle, diene als Grundlage für die Bestimmung des individuellen Rehabilitationsbedarfs und sei sehr nützlich für eine gemeinsame Sprache der Beteiligten. Darüber hinaus unterstütze die ICF bei der Klärung von Zuständigkeiten, die im gegliederten Sozialleistungssystem immer wieder zu Problemen in der Praxis führen.

Die darauf folgenden Vorträge befassten sich insbesondere mit den in der ICF enthaltenen Kontextfaktoren.

Dr. Sabine Grotkamp (Leiterin der SEG 1 beim MDKN) sprach über den **„Stellenwert von Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung“**. Sie hob die ICF als Bezugssystem für eine umfassende Bedarfsfeststellung hervor.⁴ So werde diese (auch) im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung berücksichtigt, da Ärzte bei der Aufstellung von Prognosen Kontextfaktoren einbeziehen müssten. Die ICF diene bei der Beurteilung „als ordnende Hand“, wenn es beispielsweise um konkret erforderliche Interventionen gehe. Die Referentin stellte klar, dass einzelne Kontextfaktoren im konkreten Fall ein Förderfaktor oder eine Barriere sein können. Bei den Umweltfaktoren stelle sich ein barrierefreier Zugang beispielsweise als fördernd dar, eine Treppe ohne Rampe hingegen als Barriere. Personenbezogene Kontextfaktoren hielt die Referentin insbesondere für die individuelle Betrachtung

⁴ Vgl. auch BT-Drucksache 14/5074.

und Bedarfsfeststellung sowie für die Ordnung bereits vorhandener Informationen erforderlich. Zu beachten bleibe hierbei jedoch, dass es sich bei den Kontextfaktoren jeweils nur um eine Momentaufnahme handle, die für die aktuelle Fragestellung relevant sei. Im Rahmen der Diskussion kam die Frage auf, welchen Stellenwert die personenbezogenen Faktoren im Begutachtungsprozess einnehmen können bzw. dürfen, da diese aus zeitlichen Gründen oftmals gar nicht ermittelt werden könnten. Grotkamp sah hier einen deutlichen Vorteil der Hausärzte, die die Patienten oftmals wesentlich länger und besser kennen. Sie forderte daher eine kritische Betrachtung der gelisteten Kontextfaktoren und eine (abschließende) Abstimmung der Einschätzung mit dem jeweiligen Patienten.

Im Anschluss daran erörterte **Dr. Elisabeth Nüchtern** (Leiterin Fachbereich Allgemeine Sozialmedizin, MDK Baden-Württemberg) **„Ethische Aspekte der Klassifizierung personenbezogener Faktoren der ICF“**. Klassifizierungen wie die ICF seien zwar nützlich für die Beschreibung bestimmter Sachverhalte, bergen aber ebenso die Gefahr des Missbrauchs. Dies sei insbesondere bei personenbezogenen Faktoren, die dauerhafte Merkmale des Menschen beschreiben und selbst nicht Teil des Gesundheitsproblems sind, der Fall. Die Referentin ging der Frage nach, ob es ethisch zu verantworten sei, eine Klassifizierung personenbezogener Faktoren vorzunehmen und welche Anforderungen an die Nutzung derartiger Listen zu stellen seien. Eine Verletzung des Datenschutzes oder Sozialgeheimnisses konnte die Referentin hier nicht feststellen. Vielmehr führe die Liste der personenbezogenen Faktoren zu einer sachgerechteren und individuelleren Bewertung und erleichtere die Bedarfsfeststellung. Weiterhin vermeide sie, dass personenbezogene Daten nur zufällig berücksichtigt werden und diene schließlich so der Qualitätssicherung. Voraussetzung für diese positiven Folgen sei

jedoch eine verantwortungsvolle Nutzung der ICF, die sich an den ethischen Prinzipien der Medizin (z. B. dem Patienten nicht zu schaden, seine Autonomie zu respektieren, Gerechtigkeit) orientiere. Darüber hinaus dürften nur relevante Items (Daten) erhoben werden, weil die personenbezogenen Faktoren (oftmals) die Intimsphäre des Patienten berührten.

Einen Einblick in die Praxis verschaffte **Klaus Schmitt** (MBA, Leiter Unternehmensentwicklung/ Rehaqualitätsmanagement am Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil), der über **„Kontextfaktoren im Zusammenhang von ICF basierten Behandlungspfaden“** sprach. Er stellte den Einsatz der ICF im Behandlungsmanagement dar und verdeutlichte, wie dieser interdisziplinäre Behandlungsansatz die Rehabilitationsergebnisse verbessere. So werde die ICF sowohl bei der stationären Eintrittsevaluation, bei den Behandlungsmaßnahmen, beim Austritt und bei der anschließenden ambulanten Versorgung angewendet. Von besonderer Bedeutung sei, sich die Zielsetzung der Rehabilitation immer wieder vor Augen zu führen und daraus die notwendigen Voraussetzungen und Maßnahmen zu entwickeln. Lautet das Ziel beispielsweise „Wohnen zu Hause“, muss danach gefragt werden, was dazu nötig ist. Für erforderliche Körperfunktionen wie Gehen oder Stehen werden dann beispielsweise Kraft und Ausdauer benötigt, die aufgebaut und trainiert werden müssen. Personenbezogene Faktoren haben in diesem Prozess großen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit⁵, das Selbstbewusstsein und schließlich auf die zu erreichende Partizipation. So könnte etwa eine negative Einstellung zu Hilfsmitteln (z. B. einem Rollator) eine große Barriere für die Partizipation darstellen. Nachdem er beispielhaft einen Behandlungspfad vorgestellt hatte, forderte der

⁵ Selbstwirksamkeit meint die Vorstellung, durch eigene Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbstständig ausführen zu können.

Referent, dass die ICF im Alltag umgesetzt werden muss, da so eine umfassende Teilhabe gesichert werden könne.

Im Anschluss daran versuchte **Dr. Reinhard Legner** (Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd) **„Missverständnisse, Irrtümer und Unklarheiten im Zusammenhang mit personenbezogenen Kontextfaktoren“** aus dem Weg zu räumen. So sei zunächst klarzustellen, dass personenbezogene Kontextfaktoren nicht Teil des Gesundheitsproblems seien. Sie blieben stets personenbezogene Faktoren, müssten jedoch nicht zwingend immer mit einer Bewertung verbunden sein. Einordnungen von individuellen Merkmalen einer Person hätte es zudem auch schon vor Entstehung der ICF gegeben und seien stets bei Beurteilungen mitgedacht worden. Trotz verschiedener Missverständnisse und Irrtümer, die sowohl bei den Anwendern und Betroffenen bestünden, sprach sich der Referent eindeutig für eine Berücksichtigung der personenbezogenen Faktoren aus. Auf diese Weise sei der persönliche Bedarf besser festzustellen und insgesamt würde die Entscheidungsfindung transparenter gestaltet, was wiederum zu einem Schutz vor Diskriminierung führe.

Einen Einblick über **„Die Bedeutung von Kontextfaktoren der Lebenswelt eines Betroffenen“** ermöglichte **Samuel Koch** den TeilnehmerInnen der Veranstaltung. Er war kurz nach seinem Unfall (bei der Fernsehsendung „Wetten, dass...?“, ZDF, im Jahr 2010) zum ersten Mal auf die ICF gestoßen, dieser gegenüber jedoch recht kritisch eingestellt. So sollte die ICF scheinbar möglichst viel Individualität bieten, würde aus seiner Sicht aber tatsächlich viele Bereiche verallgemeinern. Während des Zielgesprächs in der Reha-Einrichtung veränderte sich jedoch der Eindruck des Referenten. Er beschrieb seine Erfahrungen mit den Kon-

textfaktoren anhand der von *Grotkamp et al.*⁶ dazu untergliederten Kapitel. Diese unterteilen beispielsweise in „Allgemeine Merkmale einer Person (Kap. 1)“, „Mentale Faktoren (Kap. 3)“, „Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten (Kap. 4)“ oder „Andere Gesundheitsfaktoren (Kap. 6)“. Der Referent betonte bei seinen einzelnen Beispielen immer wieder, dass diese Faktoren ganz individuell seien und bei der Begutachtung keinesfalls verallgemeinert werden dürften. So sei es für den einen Patienten sinnvoll, sich nach einem schweren Unfall therapeutische Hilfe zu suchen oder verstärkt Ruhepausen in den Tagesablauf einzubinden. Er selbst habe hierfür jedoch keinen Anlass gesehen und derartige Empfehlungen abgelehnt. So hätte er nicht nur wegen der zahlreichen Besuche nie das Gefühl gehabt zu vereinsamen. Einige Experten empfahlen ihm dennoch, sich „nun endlich wieder“ in ein soziales Umfeld zu integrieren. Ebenso entscheidend sei auch die eigene Einstellung zu seiner sozialen Umgebung, sich selbst und möglichen Hilfen. Für ihn selbst war es eine deutliche Umstellung, nach seinem Unfall stets auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Dennoch habe er gelernt, diese Hilfen in Anspruch zu nehmen. So bitte er nun lieber jemanden, für ihn das Fenster zu öffnen als durch eine sogenannte Umweltsteuerung, die bei ihm installiert wurde, zwar selbstständiger, dafür aber auch durch die Technik ein Stück weit isolierter zu sein.

Zum Ende der Veranstaltung trafen sich alle Referenten zu einer Diskussion auf dem Podium. Diese machte deutlich, dass die ICF ein sehr wichtiges Instrument im Rahmen der Begutachtung und für die Betroffenen geworden ist, die funktionsorientierten Ziele jedoch weiter verstetigt werden müssten. An der Koordination der ICF in Deutschland sind

⁶ Vgl. dazu Grotkamp et al., Personenbezogene Faktoren der ICF, Gesundheitswesen 2012, S. 449–458.

verschiedene Akteure auf verschiedenen Ebenen beteiligt. Für alle Beteiligten bestehen weiterhin zahlreiche Fragen, die es zu klären gilt. Dazu zählt beispielsweise die Anwendung der ICF. Müsste zur Liste angegeben werden, in welcher Situation sie eingesetzt wird? Auf welche Weise muss auf die Betroffenen zugegangen werden? Wie werden die einzelnen Faktoren bestmöglich in das Begutachtungsverfahren eingebunden? Wie geht man hierbei mit den zeitlich knappen Ressourcen der Begutachter um?

Auch das Schlusswort von **Prof. Dr. Wolfgang Seger** (Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDKN) entließ die etwa 80 TeilnehmerInnen mit wesentlichen Fragen, die für die ICF wie für das Begutachtungsverfahren zukunftsweisend sein

könnten. Wie könnte es beispielsweise gelingen, die ICF-Philosophie nachhaltig werden zu lassen und die Bedeutung der personenbezogenen Faktoren in die Rehabilitation (z. B. von älteren Menschen) zu integrieren? Wie lassen sich die Ziele des SGB IX durch die Nutzung der ICF verwirklichen? Zur Beantwortung dieser Fragen forderte er ein Nachdenken über ICF-orientiertes Handeln insbesondere im Bereich der Sozialversicherung.

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