

DVfR-Workshop „ICF-Orientierung für die Reha-Praxis: Aktuelle Entwicklungen in Deutschland“

- Teil der 48.DGSMP-Jahrestagung GESUNDHEITSÖKONOMIE vs. SOZIALMEDIZIN“, 12.-14.09.12 -

Im „Campus Essen“ der Universität Duisburg/Essen fand die Jahrestagung 2012 der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) mit einer Vielzahl an fachlichen Teilveranstaltungen unter der reizvollen Gesamtfragestellung statt, wie sich die der DGSMP angehörenden ärztlichen, pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fachkräfte in Deutschland zwischen ihrem sozialen Auftrag gegenüber Personen mit großen Gesundheits- oder Behinderungsrisiken einerseits und den berechtigten gesellschaftlichen Vorgaben zur Gesundheitsökonomie andererseits zurechtfinden. Welche Orientierung soll überwiegen? Oder ist vielleicht eine Balance zwischen sozialem Angang und der Beachtung von Wirtschaftlichkeit in der täglichen Aufgabenerfüllung möglich – wenn ja: wie? Damit war auch der Bedarf an handlungsorientierenden Standards angesprochen, sind doch die Mitglieder der DGSMP beruflich – von wenigen Forschungsmitarbeitern an Hochschulen abgesehen – überwiegend nicht Behandler, sondern im Gutachterwesen, in der Projektanleitung zur Gesundheitsförderung, in der Steuerung von Behandlungs- und Rehabilitationsprozessen (Lotsenfunktion), in der Beratung von Betroffenen und der Überprüfung von Gesundheitsanbietern oder als Gestalter bzw. Entscheider bei den Trägern sozialer und gesundheitlicher Leistungen tätig. Gut zu dieser Fragestellung passte da ein halbtägiger Workshop der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), für den die DGSMP freundlicherweise Raum, Zeit und Programmplatz zur Verfügung stellte. Groß war der Andrang zwar nicht; der Teilnehmergruppe aber boten sich gerade darum gute Bedingungen für eine sehr direkte Diskussion des Themas. Ziel war es, Möglichkeiten, ggf. Grenzen und praktische Gesichtspunkte einer Nutzung der WHO-Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu klären. Denn nichts ist sozialer und zugleich ökonomischer, als bereits zu Anfang des gemeinsamen Weges bzw. Handelns von Gesundheitsexperte(n) und Patient eine genaue und praxisleitende Problemlage-Beschreibung, um deren Überwindung es eigentlich geht, einvernehmlich zu erarbeiten. Dafür ist die ICF eine gute Grundlage.

In ihrer Begrüßung stellte die Moderatorin Marion Rink, die im Geschäftsführenden Vorstand der DVfR als Betroffene die Belange von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen vertritt, genau auf diesen spezifischen Nutzen der ICF ab. Gesundheitsmaßnahmen müssen individuell passen, sie erfordern nicht nur Patientenzustimmung, vielmehr die persönliche Eigenmotivation und Mitwirkung der Leistungsberechtigten (schon bei der Zielfindung!), sie dürfen nicht allein an Defiziten sondern müssen immer auch an vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten anknüpfen, und sie können meist auch nicht auf die manchmal gänzlich unerreichbare Symptom-Reduktion setzen, sondern müssen sich sehr praktisch als „Hilfen zum aktiven Leben mit solchen Symptomen“ bewähren, d. h. die Person stärken und Türen zur individuellen Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion öffnen. Eben dies mache die ICF-Philosophie für Menschen mit Rehabilitationsbedarf so wichtig. Aber viele Betroffene wissen nichts von der ICF; sie brauchen Partner, die sie ihnen erläutern und nahe bringen.

Der Einführungsvortrag von Prof. Dr. Johann Behrens, Universität Halle/Wittenberg, hätte den Titel haben können „11 Jahre ICF – wo stehen wir heute?“. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, das zeitgemäße Gesellschafts- und Menschenbild zu verstehen, das der ICF und im Grunde bereits dem deutschen Behinderten- und Teilhaberecht (auch: „11 Jahre SGB IX“!) zugrunde liegt. Und in der Handlungsweise von Leistungsträgern, -erbringern, manchmal auch -berechtigten zu erkennen, wie diese sich noch immer am alten, längst wirklichkeitsfern gewordenen Gesellschafts- und Menschenbild orientieren. Größtes Verdienst der ICF sei die Zielausrichtung für jede rehabilitative Intervention. Beeinträchtigungen von Aktivitäten sind nur dann, und nur insoweit, Gegenstand von Rehabilitation, als sie im Auge des Betroffenen hinderlich für seine individuelle Art von gewünschter Teilhabe am Leben sind. Und zwar konkret nach dem

Motto „Was will ich wieder erreichen (oder können)?“. Nur für diesen zum Bedürfnis gewordenen Funktionsbedarf können sich beide Seiten im Reha-Geschehen richtig einsetzen und zwar in zwei Richtungen, nämlich einmal für eine *Verhaltens*-Veränderungen zulassende Ertüchtigung der Person und zum anderen für eine bedürfnisgerechtere *Verhältnisse* ermöglichende Einflussnahme aufs konkrete Lebensumfeld. *Verhaltensrehabilitation* in diesem Sinne bedeutet z. B.: Der 57-jährige Mann mit inkompletter Hemiplegie, der in guter Ehe lebt, ist ggf. schwer zu rehabilitieren anhand des ihm gleichgültigen „Ziels“, das Hemd-Zuknöpfen wieder zu erlernen (er hat ja jemand, der das für ihn macht); aber die sichere Wiederaneignung der für selbständiges Autofahren nötigen Motorik des betroffenen Arms und der Hand könnte für ihn sehr wohl wichtig und hoch motivierend sein mit dem Ergebnis, dass er Fähigkeiten wiedererlangt, die man ihm kaum zugetraut hat. Klassifikatorisch müssen also Aktivitäten und Ziele getrennt betrachtet werden, brauchen dann aber für gute Rehabilitation wieder eine Synopse. „*Verhältnisrehabilitation*“ im genannten Sinne ist nicht nur klassisch auf Ziele barrierefreier Lebenswelt oder angepasster Arbeitsplätze orientiert, sondern kann z. B. auch bedeuten, zentrale Kontaktpersonen des Betroffenen auf dessen bleibende Veränderungen hinzuweisen und dazu zu ermuntern, seine neu- oder wiedergewonnenen Fähigkeiten zu (be-)achten und zu unterstützen – als Voraussetzung für produktives und erfülltes Zusammenleben. Einmal mehr, einmal weniger – aber ein Stück weit immer – muss die Rehabilitation also zweigleisig fahren, will sie Erfolge erreichen. Dabei ist das Stichwort der evidenzbasierten Rehabilitation nur angemessen, wenn die „externe Evidenz“ langjährigen Fach- und Erfahrungswissens aus erfolgreicher Rehabilitationspraxis, die „interne Evidenz“ von Zielen und Wahrnehmungen eines konkreten Betroffenen und die „ökonomische Evidenz“ des Handelns unter den Rahmenbedingungen oft begrenzter Ressourcenverfügbarkeit, gegebener Rechtsetzungen und eingefleischter Faustregeln als „gleichwertig zusammenwirkend“ angesehen werden. Behrens warf anhand von Beispielen verschiedene Schlaglichter auf gängige Fehlentscheidungen, zweifelhafte Prozeduren und immer wiederkehrende Enttäuschungen aus der Rehabilitationswirklichkeit; er gab Hinweise, wie wenig dabei noch immer entweder das hinter der ICF stehende Denken herangezogen wird, oder umgekehrt, wie leicht solche Unzulänglichkeiten mit einer ICF-Orientierung von Anfang an vermieden werden könnten. Zusammenfassend sei insbesondere den Durchführungsverantwortlichen der Rehabilitation ein unzureichendes ICF-Wissen zu bescheinigen (in Beratung, Assessment, Bedarfsbestimmung, Leistungserrschließung, Reha-Durchführung sowie -Auswertung). Daneben sei auch festzustellen, dass im deutschen Rehabilitationsrecht ein Stück weit die Kompatibilität mit der ICF fehle, die Operationalisierung geltenden Sozialrechts im Sinne der ICF also oft noch schwierig sei, d.h. nur mit besonderem Engagement von innovativen Rechtsanwendern gelinge. Es handle sich also auf verschiedenen Ebenen des Systems noch um erhebliche Aufholbedarfe. Selbstverständlich sei dies auch ins Aufgabenbuch der Politik (Evaluierung und präzisierende Novellierung des SGB IX) in roter Tinte hineinzuschreiben!

Prof. Dr. Silvia Queri, Dekanin von der Hochschule für angewandte Wissenschaft Weingarten/Ravensburg, führte in ihrem Referat „Assessments für Partizipation auf ICF-Basis“ zunächst die Chancen vor, aus dem im Ganzen zwar komplexen und ggf. auch komplizierten System der ICF-Klassifikation (1.400 Items!) doch ein handhabbares Instrumentarium für Assessments zu gewinnen. Dazu werden natürlich Standardisierungen benötigt, um eine Art „Messbarkeit“ von Teilhabe zu erreichen (jeweils gesehen von den individuellen Ausgangspunkten auf der Zielebene). Hierzu eignet sich die Klassifikation ICF insofern, als sie einer in sich stimmigen alpha-numerischen Ordnung folgt und dabei auf den relevanten Ebenen die meisten wichtigen Faktoren von Einfluss auf (a) Rehabedarf (b) nötigen Ressourceneinsatz und (c) Rehaerfolg zur Verfügung stellt. Solche Assessments können helfen, teilhabebezogene Erhebungen zu machen, die für den Einzelfall wichtig sind, aber doch auch Hinweise zur Optimierung der angebotenen Interventionen liefern. Ihre Forschung befasst sich auch mit einer Frage, die viele Leistungserbringer interessiert: Gibt es „bestimmte ICF-Typen“ unter den Patienten? Falls ja, existiert dann vielleicht für sie ein

jeweils besonders gut geeigneter Mix von viel versprechenden Maßnahme-Bestandteilen (d.h. welche rehabilitative Interventions-Matrix passt am besten auf die einzelnen „ICF-Typen“?). Am Beginn einer Rehabilitation, die Erfolgchancen haben soll, muss immer eine Reha-/Teilhablediagnostik stehen, so Prof. Queri's zentrale These. Entsprechend ist dafür ein nach ICF-Kriterien standardisiertes Assessment-Instrument anzuwenden, in dem auf angemessene Weise die relevanten klassifikatorischen Teilbereiche (z.B. Funktionsfähigkeit, Kontextfaktoren usw.), die Domänen (Kategorien), etwa „Mentale Funktion“, „Neurostrukturen“, individuell „alltagsrelevante Aktivitäten“ etc., und schließlich die verschiedenen Differenzierungsmöglichkeiten (Items) ein Stück weit abbildbar sind. Eine Hilfe dabei kann die Heranziehung so genannter Core-Sets sein. Erforscht wird derzeit für den Bereich psychosozialer Rehabilitationsangebote, ob bestimmte Formen oder Arten rehabilitativer Intervention systematisch dem Bild bestimmter Beeinträchtigungen nach der ICF zugeordnet werden können. Einer näheren Erläuterung der dazu benutzten Forschungsmethodik folgte der Hinweis von Prof. Queri, dass man so recht schnell auf Einflussgrößen stößt, die hohe Bedeutung für die Rehabilitation haben, z. B. Barrieren und Ressourcen aus Sicht von Patienten/Rehabilitanden, und sodann wichtige Korrelationen erkennen kann, die nur auf den ersten Blick „banal klingen“. Wenn z.B. als erwiesen gilt, dass je mehr Ressourcen Betroffene haben, desto weniger Partizipationsbeeinträchtigungen bei bestimmten Behinderungsbildern entstehen, oder, dass je mehr Barrieren der Rehabilitation sich einem konkreten Patienten entgegenstellen, desto erheblicher sich bei ihm Teilhabebeeinträchtigungen ausbilden, dann ergibt sich daraus deutlich ein Änderungs-/Handlungsbedarf für die Zugangsgestaltung zu Teilhabeleistungen: Reha muss dann dringend armutsfest und „niederschwelliger“ gemacht werden! Auch die Maßnahme-Art, die anzubieten ist, wird von derartigen Faktor-Korrelationen beeinflusst. Reha für Menschen, bei denen z.B. kognitive, psychosoziale, emotionale Faktoren Ursache für Beeinträchtigungen sind (in Lernen, Wissensanwendung, ADL-Selbstversorgung¹, Interaktion, Kommunikation) im Vordergrund stehen, muss selbstverständlich anders gestaltet sein als es typische Maßnahmen des Reha-„Massengeschehens“ oft sind. Insgesamt spreche also sehr viel dafür, rehabilitative Interventionen nach ICF-Kategorien der *Beeinträchtigung von Partizipation* zu planen, nicht nach ICD-Diagnosen. Dies sei machbar und führe zu vielseitiger Verbesserung im Rehabilitationswesen. Fazit: Offenheit für die ICF-Nutzung bei Leistungserbringern (und bei den sie vergütenden Leistungsträgern) sei sehr lohnend, nicht zuletzt für die Betroffenen.

Mit Hilfe der ICF lassen sich gerade auch Verfahren entwickeln, bedarfsgerecht anpassen und vertikal² wie horizontal³ vereinheitlichen bzw. standardisieren, die den individuellen Bedarf im Blick auf eine Teilhabe am Arbeitsleben personenzentriert ermitteln und ihn einer passgenauen Leistungs- und Rehabilitationsplanung zuführen. Vor diesem Hintergrund referierte Dr. Frank-Michael Sperling, heute ärztlicher Mitarbeiter der DRV Bund. Das Wissen in seinem Referat „ICF in der beruflichen Rehabilitation“ stammte allerdings noch aus seiner vorherigen beruflichen Phase als Chefarzt eines Berufsbildungswerks. Dort wurde nach Jahren des Kennenlernens der ICF – auch ihrer Grenzen und z.T. Widersprüche -, ihrer Inhalte und Methodologie, die Einführung eines ICF-basierten bzw. -gestützten Systems gewagt, das Bedarfsermittlung (personbezogen), Prozess-Steuerung (einrichtungsbezogen) und Ergebnisorientierung (bezogen auf den Einsatz von Ressourcen des Leistungsträgers) zum Gegenstand hatte und sich potentiell auch dafür eignen sollte, vergleichende Erkenntnisse für Leistungserbringung zur Teilhabe am Arbeitsleben, etwa zwischen stationären und ambulanten Angeboten oder zwischen verschiedenen Einrichtungstypen und -

¹ Activities of Daily Living – Aktivitäten im (täglichen) Alltagsleben

² für den biographischen Gesamtverlauf der Entwicklung, Rehabilitation und Inklusion des betroffenen Individuums

³ für ganze Gruppen Leistungsberechtigter in ähnlicher/vergleichbarer Bedarfslage und/oder in Einrichtungen mit ähnlicher/vergleichbarer Aufgabenstellung

konzepten, zu erheben⁴ – im Sinne des Benchmarking. Das Leistungsgeschehen rund um die Teilhabe am Arbeitsleben ist ein in besonderer Weise interdisziplinäres. Deshalb gehörte die „gemeinsame Sprache“ der Akteure (einschließlich von Rehabilitanden und ihren wichtigsten privaten Bezugspersonen) zu den Gründen, einen solchen Schritt zu tun. Die berufsgruppenbedingt in Jahrzehnten geprägte – oft noch parallel statt integriert vollzogene – Arbeitsweise spürbar zu verbessern und gleichzeitig die stärkere Ausrichtung am berechtigten Anspruch behinderter Teilnehmer auf die irgend erreichbare Teilhabe und Selbstbestimmung zu erreichen (was speziell auch Auftrag des SGB IX ist), war dafür bestimmend. An zwei verschiedenen ICF-basierten Konzept-Beispielen machte Sperling klar, dass die Erwartungen der Fachleute und Betroffenen unter bestimmten Voraussetzungen erfüllbar sind – und die Umstellungsmühen bewältigbar wie auch lohnend für alle Beteiligten. Zu den Voraussetzungen gehören:

- Die Spezifik von Berufsbildungswerken und/oder anderen beruflichen Rehabilitationsdiensten für jüngere behinderte Menschen muss angemessen berücksichtigt werden, auch in den Begrifflichkeiten. Dies verlangt teilweise behutsame Übersetzungen oder Übertragungen aus der ICF-Terminologie.
- Man muss sich trauen, die geltenden rechtlichen Vorgaben (insbesondere der §§ 10 und 35 SGB IX) anhand der ICF zu operationalisieren.
- Die aus der ICF abgeleiteten (Mess-)Instrumente und Formblätter müssen einfach und sicher handhabbar sein - ohne unziemliche Vergrößerung von Kriterien, die sich auf Fähigkeiten und Fertigkeiten (bzw. auf Personen-Eigenschaften) beziehen, welche bedeutend sein können für die Inklusion in das Arbeitsleben.
- In der ICF-Beurteilungsmethodik werden noch Adaptationen benötigt, weil sich deren originäre Form nicht ohne Weiteres als durchgängig anwendbar erwiesen hat.

Für die notwendige Simplifizierung der ICF, um aus ihr solche tauglichen Instrumente zu ziehen, dienten bei Dr. Sperlings zwei Beispielen nicht die zuvor erwähnten ICF-Core Sets, sondern eine ICF-Kurzliste, die von der WHO auch autorisiert ist. Als Nutzungsvorteile stellte Sperling heraus: Transparenz von Wissensaustausch, Datenkombination und -dokumentation, den eindeutigeren (missverständnisarmen) Informationstransfer intern und nach außen sowie erhebliche Erleichterung bei Zuständigkeitsklärungen und Verantwortungsübergängen in der Mitarbeiterschaft. Dazu und zu anderen, hier nicht erwähnten ICF-Gebrauchs-Gesichtspunkten im LTA⁵-Leistungsgeschehen empfahl Dr. Sperling die Lektüre der DVfR-Empfehlung „Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung von LTA“, 31.03.2009 (in: www.dvfr.de/Stellungnahmen), den „ICF-Praxisleitfaden 2“ (Frankfurt 2008) der BAR (vgl. www.bar-frankfurt.de/Publikationen) und: Fries W, H Lössl et al. (Hrsg.): Teilhaben!, Thieme, Stuttgart 2007.

Die von Frau Rink geleitete Schlussdiskussion war lebhaft. Im Mittelpunkt standen der Wunsch nach mehr Bereitschaft verschiedenster Rehabilitationsangebote, ICF-basierte Konzepte zu erproben, zu entwickeln und zu evaluieren; die Hoffnung auf *gemeinsame* Anwendungsformen in einzelnen Sektoren, z.B. beruflich: BBW, BFW, betriebliche Teilhabeleistungen, UB und WfbM; die dringende Aufforderung an die Leistungsträger, ihre Belegenrichtungen/Dienstleister bei der ICF-Nutzung aktiv zu unterstützen, und die Erfordernis, dass parallel hierzu die Wissenschaft hilft, Kompatibilität und Konvergenz praktischer Nutzungsformen der ICF langfristig zustandezubringen. ICF-Orientierung der Rehapraxis – darin herrschte Einigkeit – ist nicht nur eine fachliche Umsetzungs-, sondern auch eine politische Förderaufgabe; das Ziel diesbezüglicher Bemühungen sei schließlich im Blick auf die BRK evident grund- und menschenrechtlicher Natur.

⁴ Die letztgenannte Nutzenanwendung ist weitgehend noch Zukunftsmusik, obwohl es inzwischen einige berufliche Rehabilitationsdienste und -stätten gibt, die ebenfalls den Einstieg in die eine oder andere Form der ICF-Nutzung schon vollzogen haben.

⁵ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (früher: berufliche Rehabilitation und Erwerbseingliederung)