

Die Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)

– Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom 31. März 2009 –

Präambel

Der Hauptvorstand der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat im Oktober 2007 ein Positionspapier zur „Anwendung der ICF in der beruflichen Rehabilitation“ verabschiedet.¹ Zugleich hat er einen Ad-hoc-Ausschuss eingesetzt und diesem die Aufgabe übertragen, Empfehlungen zur Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation zu erarbeiten. Dem von Prof. Dr. Wolfgang Seyd, Hamburg, geleiteten Ausschuss gehörten Mitglieder aus allen relevanten Bereichen der beruflichen Rehabilitation an: Vertreter der Rehabilitationsträger, der Startseite vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), der Leistungserbringer, der Leistungsberechtigten wie auch der Wissenschaft.²

Die nun vorgelegte Empfehlung der DVfR soll dazu beitragen, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zukünftig im gesamten Bereich der beruflichen Rehabilitation zu nutzen. Leistungen sollen mit Hilfe der ICF an den Bedürfnissen der Leistungsberechtigten ausgerichtet und qualitativ verbessert werden.

Langfristig wären einheitliche und standardisierte Nutzungsformen der ICF sinnvoll; diese müssen zunächst noch entwickelt und anschließend in der Praxis systematisch erprobt werden. Denn die ICF stellt ein Modell dar, keine Methode. Sie ist kein Assessment, kann aber für die Entwicklung von Assessments genutzt werden. Mit der ICF kann sowohl die Person des Leistungsberechtigten und deren Situation mehrdimensional („bio-psycho-sozial“) abgebildet als auch die Entwicklung ihrer Persönlichkeit, ihrer Qualifikationen und Kompetenzen dargestellt werden.

Eine breite Anwendung der ICF unterstützt Interdisziplinarität und wechselseitige Transparenz, sowohl unter den Akteuren in der beruflichen Rehabilitation als auch zwischen Mitarbeitern der Leistungserbringer, der Rehabilitationsträger und nicht zuletzt den Leistungsberechtigten.

1. Ziel und Auftrag beruflicher Rehabilitation vor dem Hintergrund des SGB IX

Eine der wesentlichen Neuerungen des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) ist die konsequente Ausrichtung aller Leistungen auf ein selbstbestimmtes Leben für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Diese Leistungen sind auf die umfassende Förderung der Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen am gesellschaftlichen Leben, insbesondere am Arbeitsleben

¹Siehe unter: www.dvfr.de (Stellungnahmen)

²Zur Zusammensetzung des Ausschusses siehe unter: www.dvfr.de (Fachausschüsse)

gerichtet; sie sollen weitgehend einheitlich³ und abgestimmt⁴ erbracht werden. Partizipation/Teilhabe ist eine der wesentlichen Komponenten der ICF, die neben der Orientierung an Beeinträchtigungen insbesondere das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund gerückt hat. Im Rahmen des SGB IX soll dieses Ziel der Teilhabe mit medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungen schnell, wirkungsvoll, wirtschaftlich und auf Dauer erreicht werden. Eine besonders wichtige Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist die Teilhabe am Arbeitsleben. Durch Arbeit erhalten gerade auch behinderte Menschen die Möglichkeit, entsprechend ihren Fähigkeiten selbstbestimmt für ihren Lebensunterhalt zu sorgen und damit zugleich zum Wohl der Allgemeinheit beizutragen. Sie ist einer der wesentlichen Faktoren für ihre Eingliederung in die Gesellschaft insgesamt.

Das SGB IX unterscheidet in § 5 vier Leistungsgruppen: „Zur Teilhabe werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.“

Das SGB IX hat neue Begrifflichkeiten in die Rehabilitation getragen, um mit der Fokussierung auf Teilhabeziele (anstelle „beruflicher Rehabilitation“) einen Perspektivenwechsel auszudrücken. Aus „Maßnahmen“ wurden „Leistungen“, aus dem „Antragsteller“ wurde der „Leistungsberechtigte“, aus dem Kostenträger wurde der „Rehabilitationsträger“, und neben die „Reha-Einrichtung“ traten „Rehabilitationsdienste und -einrichtungen“ sowie – noch neutraler – „Leistungserbringer“. Der Leistungsberechtigte wird nunmehr, auch im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der ICF, als aktiver Partner im Rehabilitationsgeschehen gesehen.

Grundlegende Kenntnisse und Nutzungsmöglichkeiten der ICF vermitteln u. a. die „Praxisleitfäden“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).⁵

Für den Rechtsanspruch auf Leistungen zur Teilhabe bildet das SGB IX die verbindliche Grundlage. Darüber hinaus beinhalten weitere Sozialgesetzbücher trägerspezifische Regelungen (siehe **Anlage 2**). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden erbracht nach

- SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende),
- SGB III (Arbeitsförderungsgesetz),
- SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung),
- SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung),
- SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) und
- SGB XII (Sozialhilfe).

³ „Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf und gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt“ (§ 10 Abs. 1 SGB IX).

⁴ So sollen „Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden“ (§ 12, Abs. 1, Ziffer 4 SGB IX).

⁵ ICF-Praxisleitfaden 1: „Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation“ und ICF-Praxisleitfaden 2: „Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der ICF in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen“, verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de.

In weiteren Gesetzen finden sich Präzisierungen zu Leistungen der beruflichen Rehabilitation. So soll z. B. entsprechend § 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG, 2005) in der Ausbildung berufliche Handlungsfähigkeit erreicht werden. Das schließt den Erwerb berufsbezogener Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten ein, reicht aber mit Sozial-, Personal- und Methodenkompetenz als Voraussetzung für eine erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben deutlich darüber hinaus.

Waren Auswahl und Bemessung der Leistungen bis vor wenigen Jahren noch in starkem Maße vom Angebot der Leistungserbringer abhängig und wurde darin nicht unbedingt ein Nachteil für die Betroffenen gesehen, so steht mit dem SGB IX der individuelle Bedarf des Leistungsberechtigten im Vordergrund. Von seiner Bedürfnislage ausgehend sollen die notwendigen Leistungen ermittelt und auf ihn sollen sie zugeschnitten werden und zwar unter seiner unmittelbaren Beteiligung.

Dazu bedarf es eines Verständnisses bei den Mitarbeitern von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern, das eine derartige Beteiligung nicht nur akzeptiert, sondern auch durch eine adressatengerechte Kommunikation und gleichberechtigte Einbeziehung in den gesamten Rehabilitationsprozess fördert.

2. Ermittlung des Bedarfs und Auswahl angemessener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wenn zum Erwerb berufsrelevanter Kenntnisse und Fähigkeiten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind, sind sie nach §§ 33 ff. SGB IX auch zu erbringen. Zur Ermittlung des erforderlichen Bedarfs werden jedoch bisher die unterschiedlichsten Instrumente verwendet. Die ICF bietet gegenüber der derzeitigen Situation eine Verbesserung, indem sie eine Grundlage für die einheitliche Beschreibung des Bedarfs in Abhängigkeit von der Lebenslage, den persönlichen Voraussetzungen, Ressourcen und Perspektiven von Personen mit Behinderung bereitstellt. Dabei ist der Bezug auf ein Gesundheitsproblem für ihre Nutzung unabdingbare Voraussetzung.

Die Einschätzung des Bedarfs – unter Nutzung der ICF – geht einher mit der Betrachtung

- der Gesundheitsprobleme einer Person,
- der Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen (einschließlich der mentalen),
- der Beeinträchtigungen der Aktivitäten, aber auch der individuellen Stärken bzw. Ressourcen und der Teilhabechancen sowie
- der Kontextfaktoren.

Mithin verlangt die Nutzung der ICF die Betrachtung aller für die Person relevanten Lebensbereiche. Mit Hilfe der ICF lassen sich Verfahren entwickeln, anpassen und vereinheitlichen, die den individuellen Rehabilitationsbedarf personenzentriert ermitteln und ihn in eine passgenaue Leistungs- und Rehabilitationsplanung überführen.

„Profiling“ und Bedarfsfeststellung sollten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf einer für die beteiligten Rehabilitationsträger gemeinsamen Grundlage erfolgen (vgl. für den Bereich der Begutachtung auch § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Diese gemeinsame Grundlage steht mit der ICF zur Verfügung. Die Kompetenzen der betroffenen Person lassen sich mit Begriffen der ICF transparent abbilden. Insbesondere im Rahmen eines mehrstufigen Assessments, bei dem die Eingangskompetenzen ermittelt, die jeweiligen Fortschritte begleitend zur Qualifizierung erhoben, dem Teilnehmer gespiegelt und schließlich die insgesamt erworbenen Kompetenzen aufgenommen werden, lässt sich

die Prozessqualität als Voraussetzung für eine hohe Ergebnisqualität entscheidend verbessern.

Unabdingbar sind individuelle Zielvereinbarungen. Sie berücksichtigen das individuelle Wunsch- und Wahlrecht und verknüpfen dies mit den Leistungsangeboten der Rehabilitationseinrichtungen und -dienste. Selbstbestimmung und die reale Chance zur aktiven Mitwirkung der Teilnehmer an den Leistungen zur Teilhabe sind auch ein Maßstab für die Qualität der Leistungen und der Leistungserbringung und damit Bestandteil des Qualitätsmanagement-Systems. Bei Personen mit eingeschränkter Fähigkeit zur eigenen Interessenvertretung ist der Einbezug gesetzlicher Betreuer oder anderer Personen des Vertrauens unerlässlich.

Die ICF kann dabei helfen,

- die individuellen Voraussetzungen der Leistungsberechtigten differenzierter und präziser zu ermitteln und abzubilden,
- den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Leistungsberechtigten festzustellen und auf dieser Grundlage eine optimale Förderung zwischen Leistungserbringer(n) und Leistungsberechtigten zu vereinbaren,
- diese Vereinbarungen im Wege systematischer Leistungssteuerung angemessen in zielgerechte Interventionen einmünden zu lassen sowie
- die erbrachten und in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Wirkungen differenziert auszuwerten und zeitnah zu dokumentieren.

Die erforderlichen Prozesse für die Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben finden derzeit in einem heterogenen System mit zahlreichen Schnittstellen, verschiedensten beteiligten Berufsgruppen und einem uneinheitlichen Dokumentationssystem statt. Die Nutzung der ICF kann in dieser Hinsicht zur Verbesserung von Bedarfsfeststellung, Leistungsauswahl, Förder- und Hilfeplanung, Integrations-Anbahnung und schließlich Erfolgsermittlung und Dokumentation beitragen. Dies dient einer zeitnahen Bewilligung angemessener Leistungen – und dies liegt vor allem im Interesse der Leistungsberechtigten.

Die Auswahl der Kategorien der ICF muss jeweils auf die Bedingungen und Aufgaben der verschiedenen Rehabilitationsträger und Leistungserbringer zugeschnitten werden; andererseits darf hier nicht beliebig mit der ICF umgegangen werden, um Charakter und Stellenwert einer weitgehend einheitlichen instrumentellen Grundlage nicht preiszugeben.

Allerdings sind auch die Grenzen der ICF zu beachten: Dies sind u. a. die bisher fehlende Klassifizierung der personbezogenen Kontextfaktoren und die nach wie vor bestehenden Unklarheiten bzw. die nur gering entfaltete Operationalisierung der Komponente „Partizipation“ (im Sinne der Teilhabe am Arbeitsleben). Auch ist die Praktikabilität der Kodierung gemäß den WHO-Vorgaben selbst noch nicht erwiesen, wobei die Nutzung der ICF und damit des Modells einer teilhabeorientierten Fallstrukturierung die Kodierung im vollen Umfang auch nicht zwingend verlangt. Die praktikable Kodierung ist ganz sicher eine der wichtigen zukünftigen Entwicklungsaufgaben.

Solche noch bestehenden Entwicklungsbedarfe können aber kein Grund dafür sein, die Nutzung der ICF in der beruflichen Teilhabe abwartend zurückzustellen.

3. Prozesssteuerung in der beruflichen Rehabilitation

Die zu erbringenden Leistungen sind an den Teilhabezielen auszurichten. Der Prozess der Leistungserbringung beginnt mit der Antragstellung, gefolgt von der Ermittlung des

individuellen Bedarfs, der Beauftragung eines Leistungserbringers und der Ausführung der beauftragten Leistungen. Er wird mit der Überprüfung des Rehabilitationserfolges abgeschlossen. An diesem Prozess sind in jedem Fall mehrere Akteure beteiligt. Zu beachten sind vielfältige Schnittstellen.

Grundlage der Prozesssteuerung ist die individuelle Integrations- und Förderplanung. Sie berücksichtigt die auf der Grundlage diagnostischer Instrumente ermittelten Teilnehmer-Voraussetzungen, die Stärken und Schwächen der Leistungsberechtigten und ihren Bedarf. Auf dieser Grundlage konkretisiert sie die Rehabilitationsziele und bestimmt die einzelnen Leistungen, mit denen der Weg zu diesen Zielen geebnet werden soll.

Die Nutzung der ICF ermöglicht eine einheitliche und berufsgruppenunabhängige Betrachtungsweise bei der Prozesssteuerung. Dies kann durch einheitlich verwendete Begriffe wesentlich unterstützt werden. Die ICF dient damit gleichzeitig der Organisation der Kommunikation einschließlich der Koordinierung der Tätigkeiten im multiprofessionellen Team.

Die ICF bietet Schema, Begriffe und Beschreibungen, die als akzeptable Strukturierung und Sprachregelung von Mitarbeitern des Reha-Trägers, der Leistungserbringer und nicht zuletzt vom Leistungsberechtigten selbst genutzt werden können. Damit kann eine aussagefähige, einheitliche Kommunikationsbasis hergestellt und/oder gepflegt werden. Hinweise für eine mögliche Form der trägerübergreifenden Abstimmung im Gesamtverlauf der beruflichen Rehabilitation ergeben sich im Übrigen aus den Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 13 Abs. 1 und 2 SGB IX, die von den Reha-Trägern unter Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeitet worden sind.

4. Qualitätsmanagement

Die Leistungserbringer sind durch § 20 Abs. 2 SGB IX gehalten, ein Qualitätsmanagement sicherzustellen, „das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert“.

Angesichts der beschriebenen Vorzüge der Nutzung der ICF bei der Bedarfsfeststellung und Prozesssteuerung sowie allgemein bei der Einbindung der Betroffenenperspektive in den Rehabilitationsprozess ist es naheliegend, auch die bei Leistungserbringern bereits eingeführten Qualitätsmanagement-Systeme schrittweise an die Logik und Begrifflichkeiten der ICF anzupassen. Dies gilt besonders für die Prozessqualität. Die Prozesse müssen insbesondere die Selbstbestimmung, d. h. reale Chancen zur Mitwirkung der Leistungsberechtigten gewährleisten (vgl. Kapitel 5 zur Dokumentation). Bei der Strukturqualität ist das Qualifikationsprofil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein wesentliches Element; hierzu gehört die Qualifizierung der Beschäftigten für die Nutzung der ICF – eingebettet in bestehende und weiterzuentwickelnde Schulungsinhalte. Insbesondere die Teilhabeorientierung der ICF fordert die systematische kontinuierliche Ermittlung und Dokumentation der Ergebnisqualität.

5. Dokumentation und Berichtswesen

Die Beteiligten benötigen für den optimalen Erfolg aller Bemühungen ein möglichst einheitliches System der Kommunikation und damit der Dokumentation.

Innerhalb der Institutionen nutzen verschiedene Berufsgruppen unterschiedliche Bezugssysteme, die sich verständlicherweise an den verschiedenen beruflichen Disziplinen orientieren. Die gemeinsame rehabilitative Zielsetzung der Sicherung von

Teilhabe und die hiermit in Verbindung stehenden professionellen Kenntnisse und fallbezogenen Erkenntnisse machen aber zur Sicherstellung des angestrebten Gesamtergebnisses die Systematisierung durch die ICF in einem identischen Bezugssystem erforderlich. Die Prozessdokumentation muss Aufschluss über die einzelnen Arbeitsschritte, die jeweils verantwortlichen Mitarbeiter, über mögliche Alternativen in Abhängigkeit von der konkreten Sachlage und schließlich über die zu verwendenden Dokumente (wie z. B. Checklisten, Anschreiben, Vordrucke) geben; sie muss die Schnittstellen zu anderen Prozessen berücksichtigen.

Zahlreiche ICF-Projekte sind ganz offensichtlich bisher überwiegend ohne Vernetzung (z. B. mit der WHO) entwickelt worden und weisen ein jeweils individuelles Design auf. Sie lassen sich nicht ohne Weiteres vergleichen oder gar kompatibel zusammenführen. Um die Vorteile der ICF-Nutzung mit Blick auf eine gemeinsame Kommunikation nicht durch zu heterogene Umsetzungsmodelle zu konterkarieren, sollte geprüft werden, ob die Darstellung der ICF-Daten vereinheitlicht werden kann und in welchem Umfang das geschehen soll.

Die DVfR plädiert dafür, eine für möglichst viele Nutzungszwecke kompatible Darstellungsform zu entwickeln. Dabei sollte stufenweise vorgegangen werden und die Kapitel-Struktur der Komponenten der ICF als Basis für die einheitliche Dokumentation zugrundegelegt werden:

- o Diagnosen nach ICD in der jeweils gültigen Fassung,
- o Kapitel-Struktur der Komponente Körperfunktionen,
- o Kapitel-Struktur der Komponente Körperstrukturen,
- o Kapitel-Struktur der Komponente Aktivitäten/Teilhabe,
- o Kapitel-Struktur der Umweltfaktoren,
- o personbezogene Faktoren (nicht nach ICF klassifiziert, dennoch notwendig).

Die Komponenten der ICF umfassen insgesamt 30 Kapitel, die 1424 Kategorien mit Kodierungsmöglichkeit beinhalten.⁶ Hinzu kommt die Darstellung der personbezogenen Faktoren. An diese Grundstruktur der Dokumentation könnten langfristig alle Dokumentations-Systeme angelehnt werden, z. B.:

- Schulentwicklungsberichte, etwa aus Förderschulen, Schulen für Lernhilfe, Schulen für praktisch bildbare Kinder und Jugendliche,
- Eingliederungspläne und Reha-Aufträge der Leistungsträger,
- Berichte über Verfahren der Eignungsdiagnostik (Werkstätten für behinderte Menschen – WfbM, Berufsbildungswerke – BBW, Berufsförderungswerke – BFW, Berufliche Trainingszentren – BTZ, Phase-II-Einrichtungen, Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker – RPK,
- Berichte über Förderleistungen Berufsvorbereitende Bildung – BvB, Reha-Vorbereitungskurse),
- Zwischenberichte über Leistungen zur beruflichen Rehabilitation,
- Abschlussberichte über Leistungen zur beruflichen Rehabilitation,
- Integrationsberichte, Berichte des Disability Managements.

Ebenfalls zur Dokumentation gehören Angaben zur Reha-Fähigkeit, zur Reha-Prognose, zu den Reha-Zielen und zur Reha-Motivation. Fachliche Beurteilungen im Rahmen von Ausbildung und Unterricht bleiben unberührt.

⁶ Die Kapitel stellen die erste Ebene der Klassifikation dar, Buchstabe und dreistellige Ziffern die zweite Ebene (Kurzversion), Buchstabe und vier- bzw. fünfstellige Ziffern die dritte bzw. vierte Ebene (Vollversion).

Diese Aufzählung erscheint zunächst außerordentlich umfangreich. Sie könnte aber den Rahmen für Dokumentations-Module abgeben, die je nach Zweck kompatibel zum Gesamtsystem gestaltet sind. Die Möglichkeiten moderner Datenbanken dürften hier von großem Vorteil sein. Eine Reduktion der 1424 möglichen Kategorien der ICF in alltagstauglichen Instrumenten (z. B. „ICF-Kurzlisten“) wird in Projekten erprobt. Hierfür ist die logische Hierarchie der ICF-Klassifikationen bzw. -Items zu nutzen, d. h. die jeweils höhere „Aggregationsebene“ zu wählen, die die Unter-Spezifizierungen weiter enthält. Ein anderes Verfahren birgt die Gefahr irreversibler Ausschlüsse von Teilen der ICF.

Vorgeschlagen wird, folgende Entwicklung voranzutreiben und in der Praxis zu erproben:

- den von der WHO vorgegebenen Definitionen der ICF-Kategorien zusätzliche für den jeweiligen Nutzungszweck geeignete Erläuterungen anzufügen, ohne den Grundsatz möglichst weitgehender Übereinstimmung fallen zu lassen, und
- die Quantifizierung der ICF-Kategorien anhand eines Beurteilungssystems mit Ressourcen-Darstellung vorzunehmen. Der von der WHO vorgeschlagene Kodierungsschlüssel mit den Stufen 0-4 ermöglicht nur die Darstellung normativ zu messender Beeinträchtigungen. In der Rehabilitation ist jedoch eine Beurteilung bezogen auf das Teilhabeziel erforderlich.

6. Strategische Überlegungen

Fast acht Jahre nach der Verabschiedung der ICF durch die WHO und vier Jahre nach Fertigstellung der deutschsprachigen Fassung der ICF sind auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation inzwischen zahlreiche Ansätze ihrer modellhaften Anwendung vorhanden (vgl. dazu auch die **Tabelle der Anlage 2**).

Um die Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation zu fördern, orientiert die DVfR alle Beteiligten auf folgende Ziele und Aktivitäten:

- Transparenz über Anwender und Anwendungssituationen zeitnah herstellen und eine umfassende Bestandsaufnahme zu Verbreitungsgrad, derzeitiger Nutzung und entsprechenden Erfahrungen vornehmen.
In diesem Zusammenhang ist zu bedauern, dass es bislang keine Berichtskultur zur Ist-Situation der beruflichen Rehabilitation gibt. Selbst im jährlich von der Bundesregierung erstatteten Berufsbildungsbericht wird die berufliche Rehabilitation nur am Rande dargestellt.
- Auf den prozesshaften Charakter der Verwendung eines solchen in sich geschlossenen bio-psycho-sozialen Konzepts konsequent hinweisen und so die konsensuelle Weiterentwicklung der Arbeitsweisen und Methoden der Rehabilitationsträger im Sinne der ICF in ihrem Zuständigkeitsbereich und in Abstimmung miteinander unterstützen.
- Die sich ausweitende Nutzung der ICF systematisch beobachten und durch Beratung und Unterstützung begleiten.
Dazu sollte eine Internetseite eingerichtet werden, auf der Praxisbeispiele zur Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation gesammelt und so einer interessierten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden.
- Darauf hinwirken, dass sowohl die Auswahl und Nutzung der verschiedenen Dokumentationssysteme als auch ihre Weiterentwicklung zukünftig verstärkt ICF-orientiert erfolgen. Dabei sollten ausdrücklich kompatible Module für den jeweiligen Nutzungszweck entwickelt werden.
Die DVfR schlägt dazu ein trägerübergreifendes Projekt mit wissenschaftlicher Begleitung vor. Das Projekt sollte gemeinsam mit Akteuren der medizinisch-

beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR, MBR, arbeitsbezogene Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation etc.) durchgeführt werden. Die Weiterentwicklung von Informationssystemen im Bereich der beruflichen Rehabilitation (REHADAT) sollte sich ebenfalls an der ICF orientieren und in enger Vernetzung mit den entsprechenden Entwicklungen in der Praxis erfolgen.

- Die Nutzung der ICF sollte in den verschiedenen Arbeitsfeldern der beruflichen Rehabilitation systematisch angebahnt, erprobt und evaluiert werden. Die Entwicklung von Möglichkeiten der Nutzung bedarf des Zusammenwirkens der Leistungsträger und der Leistungserbringer. Ganz wesentlich ist hierbei die Unterstützung durch das BMAS. Wissenschaftliche Begleitung ist ebenso erforderlich wie eine tragfähige Kooperation mit der medizinischen Rehabilitation.

Nach Jahren konzeptioneller Vorarbeit und bisher nur auf einzelne Institutionen beschränkter Umsetzung ist es an der Zeit, die Nutzung der ICF auf breiter Ebene voranzutreiben. Insofern bedarf es vorzeigbarer Muster der Umsetzung, an denen sich Interessierte orientieren können. Ganz besonders bedarf es des rehabilitationspolitischen Willens – und seiner offenen Erklärung – durch Ministerien, Rehabilitationsträger, Interessenverbände der Leistungsberechtigten und Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer, die Arbeit mit der ICF als selbstverständliche Grundlage der Rehabilitationspraxis zu realisieren. Umso wichtiger werden in diesem strategischen Zusammenhang der Austausch über Erfahrungen mit funktionierenden Ansätzen und eine in die Breite gehende Information der Fachöffentlichkeit sein.

Heidelberg, März 2009

Dr. M. Schmidt-Ohlemann

Vorsitzender der DVfR

Prof. Dr. W. Seyd

Leiter des Ad-hoc-Ausschusses
„Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation“

Anlagen:

1. ICF und Berufliche Rehabilitation – Positionen der DVfR (Oktober 2007)
2. Akteure in der beruflichen Rehabilitation / Tabelle „ICF und SGB“ (2009)