

Implementierung der **Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)** zur Klassifizierung von psychischen Beeinträchtigungen

**Mitglieder des Ausschusses:**

Dr. Matthias **Albers**, Gesundheitsamt Kreis Mettmann

Prof. Dr. Robert **Bering**, Alexianer Krefeld GmbH/ Universität zu Köln (**Ausschussleiter**)

Matthias **Gasche**, AHG Gesundheitszentrum, Düsseldorf

Dr. Harry **Fuchs**, Düsseldorf

Brigitte **Kumbier-Jordan**, Bundesarbeitsgemeinschaft RPK, IFAS gGmbH Göttingen

Sabine **Fischer**, Berufsförderungswerk, Köln

Klaus **Jansen**, Kölner Verein für Rehabilitation, Köln

Friederike **Steier-Mecklenburg**, berufliches Trainingszentrum, Köln

Ulrich **Theißen**, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf

Dr. Bernhard **van Treeck**, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord, Hamburg

Dr. Dieter **Schartmann**, Landschaftsverband Rheinland, Köln

Siegfried **Wurm**, AOK Rheinland/Hamburg, Düsseldorf

**Berater:**

Dr. Rolf **Buschmann-Steinhage**, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Prof. Dr. Alarcos **Cieza**, University of Southampton, Southampton

Prof. Dr. Dr. Mathilde **Niehaus**, Universität zu Köln, Köln

Dr. Ferdinand **Schliehe**, Osnabrück

Petra **Winkelmann**, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln

## 1. Zusammenfassung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurde 2001 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet. Die ICF ist in Verbindung mit der ICD ein wichtiges Instrument, um das komplexe Zusammenspiel von bio-psycho-sozialen Faktoren darzustellen. Die Umsetzung der ICF ist ein wichtiger Beitrag, zukünftig ein Verständnis für die Ursachen von wachsenden Arbeitsunfähigkeitstagen, Erwerbsminderung und zunehmender Zahl von Frühberentung auf Grund von psychischen Störungen zu entwickeln.

Die im SGB IX festgelegte Teilhabeorientierung ist an der ICF orientiert. So ist die Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs auch bei psychischen Störungen gesetzlich vorgeschrieben (§ 10 SGB IX). Da Teilhabeleistungen nur gewährt werden dürfen, wenn damit voraussichtlich die angestrebten Teilhabeziele erreicht werden können (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX), sind auch Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistung ICF-orientiert zu gestalten. Der Gesetzgeber hat auch die Qualitätssicherung auf die Umsetzung der Teilhabeziele ausgerichtet (§ 20 SGB IX). Im Folgenden stellen wir dar, welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei der Implementierung der ICF bei psychischen Störungen gegeben sind.

Die ICF kann bei psychischen Störungen helfen,

- die medizinische Diagnose durch die kategoriale Beschreibung bio-psycho-sozialer Faktoren sinnvoll zu ergänzen,
- die umweltbezogenen Förderfaktoren und Barrieren zu beurteilen,
- den Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf unter Berücksichtigung des individuellen Teilhabebedarfs berufsgruppenübergreifend darzustellen,
- eine trägerübergreifende Leistungssteuerung für die Betroffenen in zielgerechte Interventionen einmünden zu lassen,
- als Basis für die Outcome-Messung der Behandlung bzw. Rehabilitation sowie für die Entwicklung von Anwendungshilfen und (Mess-)Instrumenten dienen (z.B. Core-Sets).

Allerdings sind auch die Grenzen der ICF zu beachten. Wir möchten folgende Einschränkungen benennen:

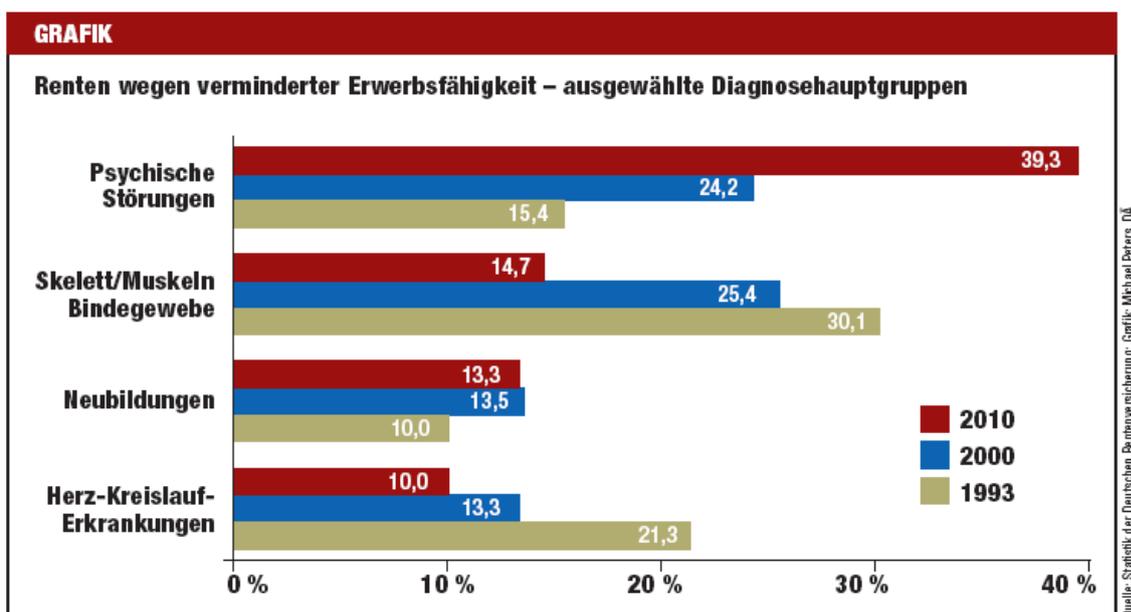
- fehlende Kategorisierung der personbezogenen Kontextfaktoren,
- Unklarheiten bei der Operationalisierung der Komponente „Partizipation“,
- Praktikabilität der Kodierung gemäß den Vorgaben der WHO,
- Schwierigkeiten beim Anwendungstransfer in das deutsche Sozialrecht und

- Grenzen bei der Validierung von Outcome-Messungen sowie für die Entwicklung von Anwendungshilfen (z.B. Core-Sets).

Unter Berücksichtigung der o.g. Einschränkungen ist die ICF das in allen Bereichen geeignete Instrument, die im SGB IX geforderte Teilhabeorientierung zweckmäßig und zielorientiert abzubilden. Im Folgenden kommen wir zu einer ausführlichen Darstellung unserer Schlussfolgerungen und beginnen mit der jüngsten epidemiologischen Entwicklung psychischer Störungen.

## 2. Epidemiologie psychischer Störungen

Studien zur Bestandsaufnahme der psychischen Gesundheit belegen, dass europaweit jährlich 31,1% der Bevölkerung an psychischen Störungen leiden (Berger et al., 2005). Immer mehr Menschen gehen wegen psychischer Probleme vorzeitig in Rente. Psychische Störungen sind somit im Vergleich zu Erkrankungen des Skeletts/Muskel- und Bindegewebes, Neubildungserkrankungen sowie Herz- und Kreislauferkrankungen seit 2010 die häufigste Ursache für eine Erwerbsminderung. Prozentual ist der Anteil psychischer Störungen von 1993 bis 2010 von 15,4% auf 39,3% gestiegen (siehe Abb. 1).



**Abbildung 1:** Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Der Anteil von psychischen Störungen als Ursache für eine vorzeitige Berentung ist von 15,4% (1993) auf 39,3 (2010) gestiegen.

Auch die Zahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Diagnosen ist in den vergangenen Jahren angestiegen (siehe „Mehr psychische Erkrankungen“ in DÄ, Heft 37/2011).

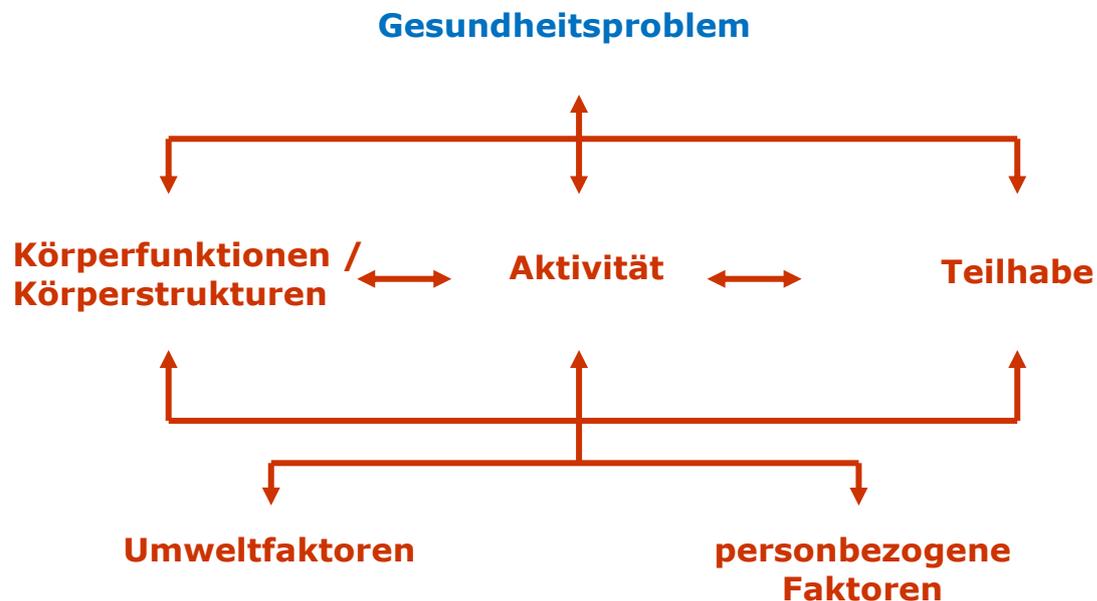
Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich auch bei Kindern und Jugendlichen. Nach den neuesten repräsentativen epidemiologischen Erhebungen in Deutschland durch das Robert-Koch-Institut (KIGGS-Studie, URL: [www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)) leiden ca. 6 % aller Kinder unter 18 Jahren unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung; weitere 22 % zeigen psychische Auffälligkeiten. Weniger ist darüber bekannt, welche Teilhabestörungen aus den verschiedenen psychischen Störungen resultieren und welcher Teilhabebedarf sich daraus ableitet.

### **3. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**

Die ICF wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet und ist ein neues Klassifikationssystem, das auf einem bio-psycho-sozialen Modell aufgebaut ist. Im Jahre 2005 wurde die deutsche Version verabschiedet (DIMDI). Die ICF versteht die Funktionsfähigkeit als eine Wechselbeziehung zwischen dem gesundheitlichen Zustand einer Person und ihren Kontextfaktoren. Zu den Kontextfaktoren zählen personbezogene Merkmale und Umweltfaktoren. Die ICF ergänzt das traditionelle bio-medizinische System der "International Classification of Diseases" und ersetzt dieses nicht. Vielmehr muss die ICF als eigenes Konzept verstanden werden, das darauf ausgerichtet ist, Funktionsfähigkeit und Behinderung unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren zu beschreiben. Vereinfacht gesprochen kann man sagen, dass im Kapitel F der ICD psychische Störungen klassifiziert werden (ICD-10, Kapitel F, Dilling et al., 1993), während mit der ICF die Störungsfolgen und daraus resultierende Behinderungen kategorial beschrieben werden können. Kontextuale Förderfaktoren und Barrieren werden in der ICF erfasst, um die Wechselbeziehungen zwischen den umweltbedingten Förderfaktoren und Barrieren einerseits und den Merkmalen und Ressourcen der betroffenen Menschen andererseits systematisch abzubilden. "Hierdurch wird die biomedizinische Sichtweise ergänzt" (Lollar & Simeonsson, 2005, S. 324). Damit erfüllt die ICF die Anforderungen des SGB IX, die Folgen von Krankheit für die Teilhabe am Leben und der Gesellschaft zu erfassen.

Die ICF gliedert sich in zwei Teile. Diese sind (1) Funktionsfähigkeit und Behinderung und (2) Kontextfaktoren. Funktionsfähigkeit und Behinderung umfassen verschiedene Komponenten. A: Körperfunktionen und Körperstrukturen, B: Aktivitäten und Teilhabe. Auch die Kontextfaktoren setzen sich aus zwei Komponenten zusammen. Hierzu zählen die D: Umweltfaktoren und die E: personbezogene Faktoren, wobei letztere derzeit (noch) nicht kategorisiert sind. Die WHO (2005) definiert die Komponenten folgendermaßen: Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen eines Körpersystems (DIMDI, S. 9) - die psychischen Funktionen sind darin eingeschlossen -, wohingegen Körperstrukturen

definiert sind als anatomische Bestandteile des Körpers, wie z. B. Organe, Gelenke und ihre Bestandteile. Aktivität ist zu verstehen als Ausführung einer Aufgabe oder Handlung durch ein Individuum. Partizipation ist hingegen das Einbezogen sein eines Individuums in eine Lebenssituation, womit die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abgebildet werden kann.



**Abbildung 2:** Zur Darstellung kommt die interaktionelle Beziehung zwischen den Komponenten der ICF.

In Bezug auf die Kontextfaktoren bilden Umweltfaktoren die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten, ab. Personbezogene Faktoren sind definiert als „besonderer Hintergrund einer individuellen Lebenssituation, der Merkmale des Individuums, die nicht Bestandteil des gesundheitlichen Zustands sind, einschließt“ (DIMDI, S. 15).

Jede Komponente besteht aus verschiedenen Domänen (z.B. Globale mentale Funktionen ) und innerhalb jeder Domäne aus Kategorien (z.B. Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs), welche die Einheiten bilden. Der Gesundheitszustand eines Menschen kann durch Auswahl der geeigneten Kategorie durch einen oder mehrere Codes dokumentiert werden. Die Autoren der ICF haben darauf Wert gelegt, dass die Psychopathologie unter der Komponente der Körperfunktionen kategorisiert werden kann. So beschreiben z. B. die Codes b117, b122, b126, b130, b140, b143, b144, b147, b152, b156, b160 und b164 Schädigungen der mentalen Funktionen wie Emotion, Kognition, Schlaf, Denken und Wahrnehmung. In der Regel bilden die Kategorien der ICF sinnvolle Einheiten.

Für die Umsetzung der im SGB IX geforderten Teilhabeorientierung ist es allerdings entscheidend, v.a. die Folgen einer psychischen Störung zu erfassen. Hier sind die

Komponenten der ICF „Aktivität und Teilhabe“ besonders geeignet, die Auswirkungen z.B. einer Depression auf die interpersonellen Interaktionen und Beziehungen zu beschreiben. Dieser Ansatz ist dafür entscheidend, unser Verständnis für die Ursachen von wachsenden Arbeitsunfähigkeitstagen, Erwerbsminderung und zunehmender Zahl von Frühberentungen auf Grund von psychischen Störungen zu erweitern. Der bio-medizinischen Konzeption der ICD sind hier Grenzen gesetzt.

Die Codierung der ICF gemäß WHO ist jeweils nur dann vollständig, wenn sie mit einem so genannten Beurteilungsmerkmal versehen wird, das anzeigt, wie ausgeprägt eine Schädigung oder Beeinträchtigung ist. Das Beurteilungsmerkmal reicht von null bis vier. Null steht für volle Funktionsfähigkeit und vier für eine vollständige Beeinträchtigung oder Schädigung, wobei sich die Ziffern 0-4 jeweils mit Prozentbereichen hinterlegen lassen. Das Beurteilungsmerkmal wird hinter dem Punkt am Ende eines Codes gesetzt. So steht der Code b130 z.B. für die Funktion der psychischen Energie und des Antriebes. Für den Fall, dass das Beurteilungsmerkmal b130.3 codiert wurde, so ist nach der ICF das „Problem erheblich ausgeprägt“ (DIMDI, S. 27) und es besteht nach der Terminologie der ICF eine Schädigung (DIMDI, S. 17) der psychischen Energie und des Antriebes zwischen 50-95%.

Obwohl die WHO mit diesem allgemeinen Beurteilungsmerkmal eine Kennzeichnung des Ausmaßes eines Problems eingeführt hat, dürfte dieses Verfahren Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung mit sich bringen. Gerade für die Psychopathologie ist die Anwendung umständlich.

Bei den Umweltfaktoren kann das Beurteilungsmerkmal sowohl zum Ausdruck bringen, dass sich ein Umweltfaktor als Barriere auswirkt, als auch dass der Umweltfaktor eine positive Wirkung auf das Individuum hat. In diesem Fall wird er als Förderfaktor bezeichnet. Um diesen Unterschied deutlich zu machen, werden Förderfaktoren durch ein Pluszeichen vor dem Beurteilungsmerkmal gekennzeichnet.

Der wichtigste Beitrag dieses neuen Klassifikationssystems ist, dass die Funktionsfähigkeit des Individuums in der Gesellschaft auf einem interaktionellen Modell mit unterschiedlichen Faktoren beruht. In Deutschland orientiert sich die Medizinische Rehabilitation bereits seit Anfang der 90er Jahre maßgeblich an dem Vorläufer der ICF, die mit der Bezeichnung der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ geführt und mit ICIDH abgekürzt wird.

Mit der Verabschiedung der ICF durch die WHO erfolgte die weltweit offizielle Anerkennung. Seit dem 01.07.2001 hat Deutschland als erster Staat das nationale Teilhaberecht (SGB IX) an der ICF orientiert. Seitdem wird zunehmend deutlich, dass in einigen Fällen die

Umweltfaktoren das Ausmaß auch der psychischen Behinderung mehr beeinträchtigen können, als der aktuelle gesundheitliche Zustand. Sicher spielen individuelle Faktoren eine zentrale Rolle für den Krankheitsverlauf und die eintretenden Behinderungsfolgen. Mit dem bio-psycho-sozialen, holistisch orientierten Modell der ICF wird jedoch das Wechselspiel von personbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren und der erst daraus resultierenden tatsächlichen Teilhabe von Individuen in der Gesellschaft in den Fokus gestellt. Die zur ICD ergänzende Betrachtung der ICF führt damit auch dazu, dass der Gesellschaft mehr Verantwortung zugeschrieben wird, die Teilhabe von behinderten Menschen zu verbessern. Diese Entwicklung wirkt sich auch auf den Umgang mit psychischen Störungen aus.

#### **4. ICF und andere Klassifikationssysteme**

Psychische Störungen werden in Deutschland unter Anwendung der ICD klassifiziert. In der aktuellen zehnten Fassung der ICD werden psychische Störungen aller Altersgruppen unter dem Kapitel F (F0 bis F9) zusammengefasst. Hierbei basiert die Diagnosestellung in der Regel auf der Aufreihung von symptom-basierten Kriterien, die zum Beispiel mit einer leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren Depression verbunden sind (F32.2). Insbesondere mit dem Übergang von der ICD-9 zur ICD-10 sind ätiologische Faktoren weit in den Hintergrund getreten. Eine Besonderheit der Vorgaben im Kapitel F der psychischen Störungen besteht darin, dass auf den Krankheitsbegriff zu Gunsten des Störungsbegriffs verzichtet wurde. Psychosoziale Einschränkungen werden allerdings weitgehend nicht berücksichtigt. Berührungspunkte zu psychosozialen Aspekten können zwar mit so genannten Z-Diagnosen klassifiziert werden. In der Summe stellen wir dennoch fest, dass die in der ICF hervorgehobenen Komponenten (Aktivität und Teilhabe sowie Umweltfaktoren) wenig Bedeutung haben, wenn die Klassifikationskriterien für psychische Störungen herangezogen werden, die im Kapitel F der ICD definiert sind. Besonders bei psychischen Störungen haben wir somit bei alleiniger Nutzung der ICD die Schwierigkeit zu bewältigen, dass die medizinische Diagnose keine Aussage über die Ausprägung der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe und der Förderfaktoren und Barrieren zulässt.

Von einer psychischen Störung Betroffene können aber bei gleicher medizinischer Diagnose unterschiedliche Teilhabestörungen entwickelt haben. Aus diesem Grunde ist es so wichtig, die medizinische Diagnose um eine teilhabeorientierte Darstellung zu ergänzen. Für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen ist dabei zu beachten, dass die Komponenten der ICF wesentlich mehr Aussagekraft haben als die Diagnose. So wird im sozialen Entschädigungsrecht, konkret in der Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV) seit langem berücksichtigt, dass sich der Grad der Behinderung auch bei psychischen Störungen primär nach der Ausprägung der

„sozialen Anpassungsschwierigkeiten“ zu richten hat. Dennoch hat sich die Anwendung der ICF bisher weder im Begutachtungswesen noch in der Rechtsprechung durchgesetzt.

Mit der Entwicklung des “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) in der vierten textrevidierten (TR) deutschen Fassung (DSM-IV-TR, 2003, American Psychiatric Association) wurden psychosoziale Faktoren deutlicher berücksichtigt als in den Vorgängerversionen. So wurde z.B. die “Global Assessment of Functioning“ (GAF-Skala) als fünfte Achse eingeführt. Das DSM-IV-TR bietet bereits relativ viele Anknüpfungspunkte zur ICF und ermöglicht „zu überdenken, wie das Konzept von Funktionsfähigkeit und Behinderung in die diagnostischen Kriterien von psychischen Störungen passt“ (Kennedy, 2003, S. 617). Die ICF und das DSM-IV-TR teilen weitere Schnittmengen: So können Umweltfaktoren auf der vierten Achse kodiert werden. Um die Anwendung der ICF zu fördern, hat die “American Psychological Association“ (APA) gemeinsam mit der WHO ein “Procedural Manual and Guide for a Standardized Application of the ICF“ herausgegeben; dieses klinische Manual umfasst Empfehlungen und Handwerkszeug, die unterschiedlichen Komponenten und Items der ICF anzuwenden. Mit der Revision des DSM-IV-TR und der Revision der ICD-10 werden die Auswirkungen von psychischen Störungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vermutlich stärker berücksichtigt werden.

## **5. SGB IX und Teilhabeorientierung**

Zur Realisierung des Rechts auf Teilhabe besteht im deutschen Sozialrecht mit dem SGB IX für das gegliederte Sozialleistungssystem ein für alle Rehabilitationsträger einheitlicher und gemeinsamer Rahmen, der sich hinsichtlich der Definition des Teilhabebegriffs an der ICF der WHO orientiert (Fuchs in DVfR Stellungnahmen, 2011). Dort wird Teilhabe als Einbezogenheit in eine Lebenssituation definiert. Für die verspätete Einleitung von Rehabilitationsleistungen, die mangelnde Durchgängigkeit und Homogenität zwischen ambulanter und stationärer Akutversorgung einerseits und ambulanter und stationärer Rehabilitation andererseits, aber auch für die Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation liegen viele Ursachen im rechtlich und administrativ gegliederten Sozialleistungsträgersystem. Zur Beseitigung dieser Probleme entwickelte der Gesetzgeber mit dem SGB IX das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter und chronisch kranker Menschen unter Beibehaltung des gegliederten Systems weiter und fasste es in einem übergreifenden Buch des Sozialgesetzbuchs zusammen (vgl. BT-Drucks. 14/5074, S. 92). Damit werden die verschiedenen Rehabilitationsträger auf der Grundlage harmonisierter Rechtsvorschriften verpflichtet, zielgerichtet zusammenzuarbeiten.

## **Zielorientierung der Rehabilitation**

Als die für alle Rehabilitationsträger einheitliche Leistungsvoraussetzung gestattet § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe – einschließlich der medizinischen Rehabilitation – ausschließlich zur Erreichung der in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele, die für die medizinische Rehabilitation durch § 26 Abs. 1 SGB IX weiter konkretisiert werden. § 26 Abs. 1 SGB IX übernimmt die Zieldefinitionen des § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX und stellt mit der Aufnahme der Definition aus dem Präventionsbereich des § 3 – „Behinderungen einschl. chronischer Krankheiten“ – klar, dass die auf Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtete, übergeordnete Zielsetzung des § 1 SGB IX, für alle Teilhabeleistungen (§§ 4, 5 SGB IX) und damit selbstverständlich auch für die medizinische Rehabilitation von Menschen mit chronischen Krankheiten gilt, bei denen eine Teilhabebeeinträchtigung bereits eingetreten ist oder droht. Das SGB IX steht für die Teilhabeorientierung, d.h. dass nicht mehr Art und Schwere einer Erkrankung, sondern auch Art und Ausprägung der durch die Krankheit verursachten Beeinträchtigung von Teilhabe die Indikation für den Anspruch auf Rehabilitationsleistungen bilden.

## **Bedarfsorientierung der Rehabilitation**

Alle Rehabilitationsträger haben nach § 10 SGB IX die individuell erforderlichen Leistungen funktionsbezogen zu erfassen und schriftlich so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Nach § 27 SGB IX gilt diese Regelung ausdrücklich auch bei Leistungen der Krankenbehandlung, d. h. nicht nur bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern bei allen Leistungen der Krankenkassen nach dem SGB V.

Mit der Verpflichtung, den individuellen Leistungsbedarf „funktionsbezogen“ festzustellen, orientiert der Gesetzgeber das Feststellungsverfahren (Begutachtung durch Sachverständige, § 14 Abs. 5 SGB IX) ausdrücklich an der Philosophie der ICF der WHO und an der darin enthaltenen Kategorisierung der Teilhabebeeinträchtigungen.

Artikel 26 Abs. 1 Buchst. a des „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (im Folgenden UN-BRK) unterstreicht die Vorgaben des § 10 SGB IX mit der Verpflichtung, die Leistungen auf eine „multidisziplinäre Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken“ zu basieren. Diese umfassende Feststellung ist Grundvoraussetzung für die Koordination und Kooperation aller Akteure (sog. Teilhabemanagement).

Verfahren die Leistungsträger nach diesen Vorschriften, ist gewährleistet, dass die durch Krankheit verursachten Teilhabebeeinträchtigungen so früh wie möglich wahrgenommen

werden, die erforderlichen Präventions-/Rehabilitationsleistungen ausgeführt sowie die teilhabeorientierten Rehabilitationsziele nach §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX erreicht werden.

### **Teilhabemanagement**

Die §§ 8, 10, 11, 14 und 22 SGB IX enthalten ein umfassendes Teilhabemanagement, das die frühzeitige Feststellung einer drohenden oder eingetretenen Behinderung, eine trägerübergreifende, teilhabeorientierte Feststellung des Leistungsbedarfs, zügige Verwaltungsverfahren, zeitnahe Entscheidungen, sowie die nahtlose Leistungsausführung gewährleisten soll.

### **Organisation der Versorgung**

Die Rehabilitationsträger haben nach § 19 Abs. 1 SGB IX gemeinsam darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Und nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX haben die Rehabilitationsträger in gemeinsamen Empfehlungen zu regeln, in welchen Fällen (Zielgruppen) und in welcher Weise (Konzepte/Leitlinien) notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden. Danach ist es gemeinsame Aufgabe der Rehabilitationsträger, einerseits Gegenstand, Umfang und Ausführung der erforderlichen Leistungen zur Teilhabe (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) zu definieren und andererseits die zu deren Ausführung erforderlichen Versorgungsstrukturen sicherzustellen (§ 19 SGB IX).

### **Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)**

Die am 26.3.2009 in Deutschland durch einfaches Gesetz in Kraft getretene UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen ohne jede Diskriminierung auf Grund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern. Ziel der UN-BRK ist die „vollständige und wirksame Partizipation und Inklusion in der Gesellschaft“. In über 40 Artikeln beschreibt die BRK dazu jeweils eine Zielbestimmung zu jedem wichtigen Lebensbezug behinderter Menschen. Ist diese Zielbestimmung im Alltagsleben nicht verwirklicht, könnte dies eine Diskriminierung bedeuten, die der Betroffene nicht hinnehmen muss. Er kann die Diskriminierung auf dem Rechtsweg feststellen lassen und ihre Beseitigung einfordern. Das in der UN-Behindertenrechtskonvention zugrunde gelegte Verständnis von Behinderung umfasst die Menschen, die langfristig körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Sie ist damit

zweifelsfrei auch bei allem Handeln mit und für Menschen mit psychischen Störungen zu beachten.

Die Vertragsstaaten haben sich verpflichtet, wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in die Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen. Zu diesem Zweck sind umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und –programme zu organisieren, zu stärken und zu erweitern und zwar so, dass sie im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen (Art. 26 Abs. 1 BRK).

Die Dienste und Programme (Leistungen) sollen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten. Zudem wird in Art. 19 BRK eine sozialräumliche Organisation durch die Gewährleistung des Zugangs zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen gefordert. Dazu zählt auch die persönliche Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist.

Die mit der UN-Behindertenrechtskonvention eingegangenen Pflichten stellen hohe Anforderungen einerseits an die Organisation und Gewährleistung der sozialräumlichen Versorgung, andererseits aber auch an die Feststellung des tatsächlichen, unverzichtbaren und deswegen „notwendigen“ individuellen Leistungsbedarfs. Die ICF bietet eine geeignete Basis, mit dem der Bedarf an Teilhabeleistungen im Sinne der BRK objektivierbar kategorisiert und dokumentiert werden kann (Fuchs 2005, 2013).

## **6. Implementierung der ICF – Status quo**

Die ICF ist derzeit in vielen Ländern auf einem guten Weg des intensiven Transfers und Implementierungsprozesses. Das folgende Kapitel zielt darauf ab, einen kurzen Überblick zu geben, wie weit die Implementierung bei psychischen Beeinträchtigungen umgesetzt worden ist.

### **6.1 Die Implementierung der ICF in den Gesundheitssystemen**

Projekte, die auf der ICF gründen, sind derzeit in 74 Ländern feststellbar (Ustün et al., 2003). Mbogoni (2003) hat sich damit beschäftigt, in welchem Ausmaß die ICF im internationalen Raum angewendet wird. Während vergangene Untersuchungen die ICIDH genutzt haben, zeigen jüngere Untersuchungen, dass die ICF zunehmend angewendet wird. In den Vereinigten Staaten hat es verschiedene Schritte gegeben, die ICF im Gesundheitswesen

einzuführen. Das US Office of Personnel Management nutzt die ICF, damit Angestellte ihre eigenen Beeinträchtigungen zum Ausdruck bringen können (Bruyère et al., 2005). Darüber hinaus hat das National Committee on Vital and Health Statistics empfohlen, die ICF als Werkzeug zu nutzen, um den funktionalen Status zu beschreiben. Das Department of Health and Human Services hat Items generiert, für die eine statistische Beziehung zu Faktoren der Behinderung und Funktionsfähigkeit in Anlehnung an die ICF gezeigt werden konnte (Bruyère et al., 2005). In Europa hat das EUTOPA-IP Projekt (Bering et al., 2011) dazu beigetragen, dass in Ländern wie Deutschland, Spanien, den Niederlanden und der Tschechischen Republik die Wichtigkeit der Implementierung der ICF auf dem Gebiet der psychosozialen Nachsorge von Betroffenen von Katastrophen erkannt wird. Wir können verschiedene Punkte aufführen, die sich auf die Implementierung der ICF in das geltende Recht und damit in das Sozial- und Gesundheitswesen in Deutschland beziehen (vgl. Abschnitt 5). Aus diesem Grunde beschäftigen sich Leistungserbringer zunehmend mit der Fragestellung, wie sich die Teilhabeorientierung auf die Dokumentation der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auswirken muss, um diesem Ziel näher zu kommen. So haben sich die Leitlinien und generellen Empfehlungen, die in Verbindung mit Maßnahmen der Rehabilitation aufgeführt werden, an die ICF angepasst (Ewert & Stucki, 2007).

## **6.2 Die Implementierung der ICF in Verbindung mit psychischen Störungen**

Wichtige Fortschritte bei der Implementierung der ICF schließen die Entwicklung von so genannten Core-Sets ein. Core-Sets können als Konsensuslisten über ICF-Kategorien verstanden werden, die für eine bestimmte Störung typisch sind (Cieza et al., 2004a) und zur Zielsetzung haben, die Anwendung der ICF praxisgerecht zu vereinfachen. Die Entwicklung von ICF Core-Sets erfolgt unter dem Dach der ICF Research Branch in internationaler Zusammenarbeit. Zu diesem Verbund gehören z.B. die "WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications" und viele andere Organisationen. Bisher sind für 22 Gesundheitsstörungen Core-Sets entwickelt worden und zwei werden derzeit entwickelt (<http://www.icf-research-branch.org>). Auf dem Gebiet der psychischen Störungen sind Core-Sets für Depression (Cieza et al. 2004b) und für bipolare Störungen (Vieta et al., 2007) veröffentlicht. Das ICF Core-Set für Depression setzt sich z.B. aus einem zusammenfassenden Core-Set mit 121 Kategorien zusammen, das für eine multiprofessionelle Beschreibung des Patienten zugeschnitten ist und eine verkürzte Form mit 31 Kategorien, die auf klinische Studien und Forschung ausgerichtet ist.

Ein weiteres Core-Set zur Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen wurde an der Rehabilitationsklinik Häuser am Latterbach implementiert. Auf der Grundlage einer

Delphi-Methode wurden 146 Items ausgewählt. Diese Delphi Methode setzte sich aus drei Vorgehensweisen zusammen. Hierzu zählen der direkte Dialog mit dem Patienten, Verhaltensbeobachtungen und psychometrische Tests (z. B. mit der Symptom Check Liste in der revidierten Fassung nach Derogatis, deutsche Übersetzung Franke, 2002). Die Integration der ICF in ein Rehabilitationsprogramm wurde erreicht, indem die ICF mit dem Rehab-Cycle-Model, einem vierstufigen Vorgehen von Prüfung, Anwendung, Intervention und Evaluation (Grundmann et al., 2005) verknüpft wurde.

Die Ergebnisse, die hier erzielt werden konnten, haben gezeigt, dass das Core-Set zu zufriedenstellenden Ergebnissen führt, die resultierende Beeinträchtigung der Patienten zu beschreiben. Eine hohe Akzeptanz über alle Berufsgruppen hinweg konnte festgestellt und eine relativ einfache, bewertungsfreie Sprache in der Kommunikation mit den Patienten entwickelt werden. Darüber hinaus konnte das Rehabilitationsmanagement transparent und verständlich beschrieben werden. Core-Sets werden dafür kritisiert, dass sie sich an der nosologischen Konzeption der ICD orientieren.

Parallel zu der Entwicklung von Core Sets haben sich Initiativen gebildet, ICF orientierte Messinstrumente zu entwickeln, die auf unterschiedlichen methodischen Zugriffsweisen beruhen. Eine dieser erfolgversprechenden Initiativen bezieht sich auf das Mini ICF-Rating für psychische Störungen (Linden & Baron, 2005). Dabei handelt es sich um ein Assessmentinstrument, das auf der Basis der ICF entwickelt wurde, um die Beeinträchtigungen von Rehabilitanden einzuschätzen, die unter affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, neurotischen sowie Belastungs- und somatoformen Störungen leiden. Eine signifikante Interrater-Reliabilität sowie eine signifikante Korrelation mit der Psychopathologie, Motivation, Arbeitsmotivation und Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurden erzielt. Auf diese positiven Ergebnisse gestützt, konnte eine Pilotstudie zeigen, dass die Reliabilität, Validität, praktische Anwendbarkeit und zeitökonomische Umsetzbarkeit deutlich machen, dass die Weiterentwicklung des Mini ICF-Ratings ein wichtiger Schritt sein könnte, die ICF bei mentalen Störungen einzusetzen. Allgemeine ICF orientierte Instrumente haben den Vorteil, dass sie dem Anspruch, auf der Grundlage des Konstrukts einer psychischen Störung validiert zu sein, nicht entsprechen müssen.

Zukünftige Studien werden auf diese Ergebnisse aufbauen können (Grundmann et al., 2005). Natürlich muss die Implementierung des relativ neuen Klassifikationssystems optimiert werden. Schulungen für die Anwendung der ICF sind erforderlich und die Entwicklung von weiteren Anwendungsmöglichkeiten der ICF im täglichen Gebrauch der Rehabilitation müssen vorangetrieben werden. Es ist zu klären, welche Auswirkungen die Anwendung der ICF bei der Umsetzung im deutschen Sozialrecht hat und welche spezifischen Operationalisierungen sich für die verschiedenen Anwendungsbereiche

entwickeln lassen. Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass dies die Rehabilitationsträger gemeinsam auf der Ebene der BAR im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung "Begutachtung" (nach einheitlichen Grundsätzen) (§§ 12 Abs 1 Nr. 4, 13 Abs. 1 SGB IX) leisten. Eine spezifische Operationalisierung für die Umsetzung der ICF im Begutachtungswesen steht noch aus.

Wir stellen fest: Es gibt viele Instrumente, die für sich beanspruchen, ICF basiert zu sein. Die Variationen sind in diesem Bereich sehr hoch. Da die Instrumente nicht notwendigerweise alle Komponenten der ICF abbilden, ist es bislang noch unklar, was genau ein Instrument oder Fragebogen zum ICF basierten Instrument macht. Aus Sicht der Teilhabeorientierung des deutschen Sozialrechts ist allerdings entscheidend, wie gut es mit ICF orientierten Messinstrumenten gelingt, insbesondere die psychosozialen Folgen einer Gesundheitsstörung zu beschreiben.

## **7. Fazit**

Die ICF kann bei psychischen Störungen helfen, die ICD durch die kategoriale Beschreibung bio-psycho-sozialer Faktoren sinnvoll zu ergänzen. Im Unterschied zur ICD können wir mit Hilfe der ICF auch Förderfaktoren und Barrieren klassifizieren. Bei der Festlegung des Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfs verpflichtet uns das Prinzip der Teilhabe, auf die Beeinträchtigung der individuellen Aktivitäten und Partizipation einzugehen. Hierdurch werden neue Akzente bei der Leistungssteuerung gesetzt. Im Unterschied zur ICD können wir mit Hilfe der ICF semiquantitative Outcome-Messungen zur Evaluation der durchgeführten Behandlung bzw. Rehabilitationsleistungen durchführen. Somit kann die ICF bei psychischen Beeinträchtigungen in Abhängigkeit von der Zielsetzung und von den Bedingungen als Rahmenkonzept, als Codiersystem oder als Fundus für die Entwicklung von z. B. Core-Sets verstanden werden. Wir haben zu bedenken, dass psychosoziale Faktoren in zukünftigen Fassungen der ICD bzw. DSM stärker berücksichtigt werden sollen. Ist dieser Schritt getan, stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, zwei Klassifikationssysteme (ICF und ICD) koexistieren zu lassen. Zusammenfassend ist die ICF das in allen Bereichen geeignete Instrument, Teilhabeorientierung zweckmäßig und zielorientiert abzubilden. Allerdings sind auch die Grenzen der ICF zu beachten. Hierbei denken wir insbesondere an die personbezogenen Kontextfaktoren, die bei psychischen Störungen eine wichtige Rolle spielen und in der ICF noch nicht kategorisiert sind. Neben Schwierigkeiten beim Anwendungstransfer in das deutsche Sozialrecht, in dem durchaus noch Konkretisierungen auf der Basis der ICF vorgenommen werden könnten (Fuchs, 2013), wird von Kritikern immer wieder auf die fehlende Praktikabilität hingewiesen. Die Anwendung von ICF orientierten Instrumenten ist sicherlich ein guter Lösungsvorschlag; die Frage, was genau ein

Instrument oder Fragebogen zum ICF basierten Instrument macht, ist noch unbeantwortet. Um diese Probleme zu überwinden, bedarf es der gezielten Weiterentwicklung und Optimierung der ICF, mit der es erstmalig gelingen kann, sektorenübergreifend ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis zu kommunizieren und in Versorgungssystemen zu operationalisieren.

November 2013

gez.

**Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann**

(Vorsitzender der DVfR)

gez.

**Prof. Dr. Robert Bering**

(Leiter des DVfR-Ausschusses Psychische Behinderungen)

## 8. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV-TR. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von H. Saß, H. U. Wittchen & M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe.
- Berger, M., Fritze, J., Roth-Sackenheim, C. & Voderholzer, U. (2005). Die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland, Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN, Springer.
- Bruyère, S., Van Looy, S., & Peterson, D. (2005). The International Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary Literature Overview. *Rehabilitation Psychology* 50 (2), 113-121.
- Cieza, A., Ewert, T., Uestuen, B., Chatterji, S., Kostansek, N. & Stucki, G. (2004a). Development of ICF Cores Sets for Patients with Chronic Conditions. *Journal of Medical Rehabilitation* 44, 9-11.
- Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Herceg, Melvin, J., Stucki, G & de Bie, R. (2004b). ICF Core Sets for Depression. *Journal of Medical Rehabilitation* 44, 128-134.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2011). Trägerübergreifende Behandlung und Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Beeinträchtigungen. [http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Psych\\_Reha\\_Kinder-\\_u\\_Jugendhilfe\\_DVfR-Stellungnahme\\_101012.pdf](http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Psych_Reha_Kinder-_u_Jugendhilfe_DVfR-Stellungnahme_101012.pdf) (abgerufen am 11.8.2013).
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2009). Die Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation). [http://www.dvfr.de/uploads/media/ICF-Empfehlung\\_2009\\_03\\_31.pdf](http://www.dvfr.de/uploads/media/ICF-Empfehlung_2009_03_31.pdf) (abgerufen am 11.8.2013).
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1993, Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Klinische-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Ewert, T., & Stucki, G. (2007). "Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - Einsatzmöglichkeiten in Deutschland," *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50 (7), 953-961.
- Franke, G. (2002). SCL-90-R: Die Symptom-Check-Liste von L.R. Derogatis (2. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Fuchs, Harry (2005). Mit der ICF den Bedarf an teilhabe genauer erkennen und Teilhabeleistungen gezielt anbieten. Vortrag anlässlich des ICF-Workshops auf der Reha-Care am 13.10.2005, [www.harry-fuchs.de/SGBIX/Rehabilitation/ICF](http://www.harry-fuchs.de/SGBIX/Rehabilitation/ICF) (abgerufen am 21.8.2013).
- Fuchs Harry (2013). Anwendung der ICF im Rahmen des deutschen Sozialrechts; [www.harry-fuchs.de/SGBIX/Rehabilitation/ICF](http://www.harry-fuchs.de/SGBIX/Rehabilitation/ICF) (abgerufen am 21.8.2013).
- Grundmann, J., Keller, K. & Bräuning-Edelmann, M., (2005). Praxisorientierte Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der medizinischen Rehabilitation von psychisch erkrankten und behinderten Menschen. *Die Rehabilitation* 44 (6), 335-343. Stuttgart: Thieme.
- Hibbeler, B. (2011). Medizinische Rehabilitation. Stärkerer Berufsbezug notwendig. *Deutsches Ärzteblatt* 108 (44), 2316.
- WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization: Genf
- DIMDI (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Endfassung Oktober 2005, hrsg. v. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI. Köln

- Kelley, A. & Bering, R. (2011). Toward a Functional Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder. The application of the International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth (ICF-CY). Aachen: Shaker Verlag.
- Kennedy, C. (2003). Functioning and disability associated with mental disorders: The evolution since ICDH. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal* 25 (11-12), 611-619.
- Lollar, D. & Simeonsson, R. (2005). Diagnosis to Function: Classification for Children and Youths. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 26 (4), 323-330.
- Linden, M & Baron, S. (2005). Das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Die Rehabilitation* 44 (3), 144-151.
- Schliehe, F (2006). Das Klassifikationssystem der ICF. Eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. *Die Rehabilitation* 45, 258–271.
- KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert Koch Institut. <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie.html> (abgerufen am 11.8.2013)
- Ustün, T., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kastenjssek, N., & Schnieder, M. (2003). The international classification of function, disability and health: A new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal* 25, 565–571.
- Vieta, E., Cieza, A., Stucki, G. Chatterji, S., Nieto, M., Sánchez-Moreno, J., Jaeger, J., Grunze, H. & Ayuso-Mateos, JL. (2007). Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disorders*, 9 (1-2):16-24.
- Viol, M., Grotkamp, S., van Treeck, B., Nüchtern, E., Hagen, T., Manegold, B., Eckhardt, S., Penz, M., & Seger, W. (2006). Personbezogene Kontextfaktoren, *Das Gesundheitswesen* 68 (12), 747-759.
- Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung - VersMedV). <http://www.gesetze-im-internet.de/versmedv/BJNR241200008.html>. (abgerufen am 12.8.2013)