

# **Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem**

**Positionspapier der Deutschen Vereinigung für  
Rehabilitation (DVfR)**

**in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft  
für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)**

Heidelberg, im September 2014

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Grundsätzliches zur ICF</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>ICF und Teilhaberecht</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Mitwirkung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden</b> .....	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>ICF und Bedarfsermittlung</b> .....	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>Kommunikation und Vernetzung</b> .....	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>Nutzungsstrategien und Wege der Anwendung</b> .....	<b>17</b>
	7.1 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter .....	18
	7.2 Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO.....	18
	7.3 Unterstützung durch die Leitung.....	18
	7.4 Benennung eines ICF-Beauftragten .....	19
	7.5 Einführung einer ICF-basierten Dokumentation .....	19
	7.6 Dokumentation von Komponenten der ICF .....	20
	7.7 Dokumentation von Beurteilungsmerkmalen .....	20
	7.8 Nutzung der ICF in der Prozesssteuerung .....	21
<b>8</b>	<b>Handlungsfelder von Rehabilitationsträgern und Politik</b> .....	<b>21</b>
	8.1 Verantwortung der Rehabilitationsträger .....	21
	8.2 Verantwortung der Politik .....	22
<b>9</b>	<b>ICF und praxisorientierte Forschung</b> .....	<b>23</b>
<b>10</b>	<b>Zusammenfassende Bemerkungen</b> .....	<b>25</b>
<b>11</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>27</b>
	11.1 Abkürzungen .....	27
	11.2 Themenspezifische Literatur (Auswahl).....	27
	11.3 Praxisbeispiele .....	29

# 1 Einleitung

Seit ihrer Verabschiedung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 2001 hat die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine weltweite Verbreitung erfahren. Besonders das ihr zugrunde liegende bio-psycho-soziale Krankheits- bzw. Behinderungsmodell hat eine große Akzeptanz gefunden und die konzeptionelle Entwicklung in verschiedenen Anwendungsbereichen – auch der Sozialgesetzgebung sowie den Rehabilitationskonzepten in Deutschland – beeinflusst. Die ICF stellt als Mehrzweckklassifikation eine gemeinsame sprachliche – und damit kommunikative – Grundlage für unterschiedliche Anwendungsbereiche, Disziplinen, Professionen und Institutionen dar, die eine intensivere übergreifende Kooperation und Koordination unterstützt. Vor allem aber ist mit der ICF eine zentrale inhaltliche Erweiterung des bisherigen Verständnisses von Krankheit und Behinderung verbunden: Gesundheitsprobleme und ihre Folgen werden nicht mehr nur isoliert betrachtet, sondern auch situations- und kontextabhängig verstanden. Damit ist die ICF geeignet, die Teilhabeorientierung der deutschen Sozialgesetzgebung und das zentrale Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu unterstützen. Die ICF ist somit nicht nur eine Klassifikation mit entsprechender Ordnungsfunktion, sondern hat auch eine unterstützende Funktion bei der Realisierung von Rehabilitationsansprüchen und -zielen.

Trotz des mittlerweile relativ hohen Bekanntheits- und Verbreitungsgrades der ICF sowie ihrer Funktion für die Umsetzung von Zielen der Rehabilitation ist die konkrete Anwendung und Nutzung in den Praxisfeldern der Rehabilitation auch nach über zehn Jahren noch begrenzt und bleibt deutlich hinter ihren Entwicklungspotenzialen zurück. Dafür werden unterschiedliche Gründe vorgebracht:

- Das Klassifikationssystem sei zu komplex und aufwändig und deshalb wenig praxistauglich;
- die Klassifikation sei in einzelnen Komponenten nicht ausreichend oder gar nicht ausgearbeitet (z. B. Aktivitäten und Teilhabe, personbezogene Faktoren) und somit nur begrenzt nutzbar;

- die Graduierung von Beurteilungsmerkmalen sei insbesondere im Hinblick auf die Bedarfsfeststellung und die Erfolgskontrolle unzureichend und für die Praxis wenig aussagefähig;
- in der Breite fehlten entwickelte Dokumentationssysteme oder seien Anforderungen an die Dokumentation nicht kompatibel mit der ICF-Nutzung und erforderten Doppelarbeiten;
- neben urheberrechtlichen Vorbehalten seien zum Teil auch datenschutzrechtliche Probleme gegeben.

Zu diesen und anderen Kritik- bzw. Problempunkten gibt es jedoch mittlerweile eine Reihe von Erfahrungen, Entwicklungen und Vorschlägen, wie die ICF trotzdem zielgerichtet genutzt und die genannten Probleme dabei bewältigt oder zumindest minimiert werden können. Im Folgenden soll deshalb ein Schwerpunkt darauf liegen aufzuzeigen, worin die Vorteile einer Nutzung der ICF für die Praxis liegen und wie damit die Ziele der Rehabilitation zum Nutzen der Betroffenen besser erreicht werden können.

Das Positionspapier soll dazu beitragen, bestehende vermeintliche oder tatsächliche Anwendungshindernisse abzubauen und eine breite Anwendung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem zu fördern. Es ergänzt die Empfehlungen der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) zur beruflichen Rehabilitation vom 31. März 2009.<sup>1</sup> Die inhaltlichen Schwerpunkte beziehen sich vor allem auf den Anwendungsbereich des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Für den Anwendungsbereich des Pflegegesetzes (SGB XI, soziale Pflegeversicherung) oder anderer Bereiche können hier nur einzelne Hinweise erfolgen. Im Mittelpunkt stehen die medizinische und berufliche Rehabilitation sowie die Eingliederungshilfe. Damit werden alle verantwortlichen Akteure im Bereich der Rehabilitation angesprochen einschließlich Wissenschaft und Politik.

## **2 Grundsätzliches zur ICF**

Mit der ICF steht eine international einheitliche Systematik für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Problemen

---

<sup>1</sup> Vgl. [www.dvfr.de/Stellungnahmen](http://www.dvfr.de/Stellungnahmen).

zur Verfügung, die die seit langem etablierte ICD ergänzt. Sie bietet eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der mit Gesundheit im Zusammenhang stehenden Zustände. Zugleich stellt sie ein umfangreiches, systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit. Die ICF wurde zwar nicht speziell für die Rehabilitation entwickelt. Sie unterstützt aber mit der Betrachtungsweise von Funktionsfähigkeit ein gemeinsames Verständnis von Rehabilitation und bietet Entwicklungspotenziale im Interesse von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Nutzung der ICF kann u. a.

- das Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe unterstützen<sup>2</sup>
- die Teilhabeorientierung bei der Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung fördern
- dazu beitragen, den individuellen Rehabilitationsbedarf umfassend festzustellen
- die Mitwirkung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an Entscheidungsprozessen stärken
- dadurch den Erfolg der Rehabilitation erhöhen und ihre Effizienz steigern sowie
- die interne und externe Kommunikation verbessern.

Da mittlerweile eine umfangreiche, auch einführende Fachliteratur zur ICF vorliegt (Auswahl siehe Anhang), soll im Folgenden auf eine systematische Einführung und Erläuterung von grundlegenden Begriffen und einzelnen Konzepten verzichtet werden. Gleichwohl sollen einige erläuternde Anmerkungen zur ICF auf der Grundlage bisheriger Erfahrungen erfolgen, um eine adäquate Nutzung zu erleichtern. Für die Umsetzung gibt es kein einheitliches, für alle Bereiche maßgebliches Konzept, sondern sind die spezifischen Anforderungen des jeweiligen Anwendungsbereiches zu beachten und auch ggf. zu ergänzen.

Die ICF ist ein Klassifikationssystem, dem als inhaltliches Konzept ein biopsychosoziales Modell zugrunde liegt (siehe Abb. 1):

---

<sup>2</sup> Dieses Ziel ergänzt sich durch die Grundsätze der Behindertenrechtskonvention, zu denen die volle und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft gehört.

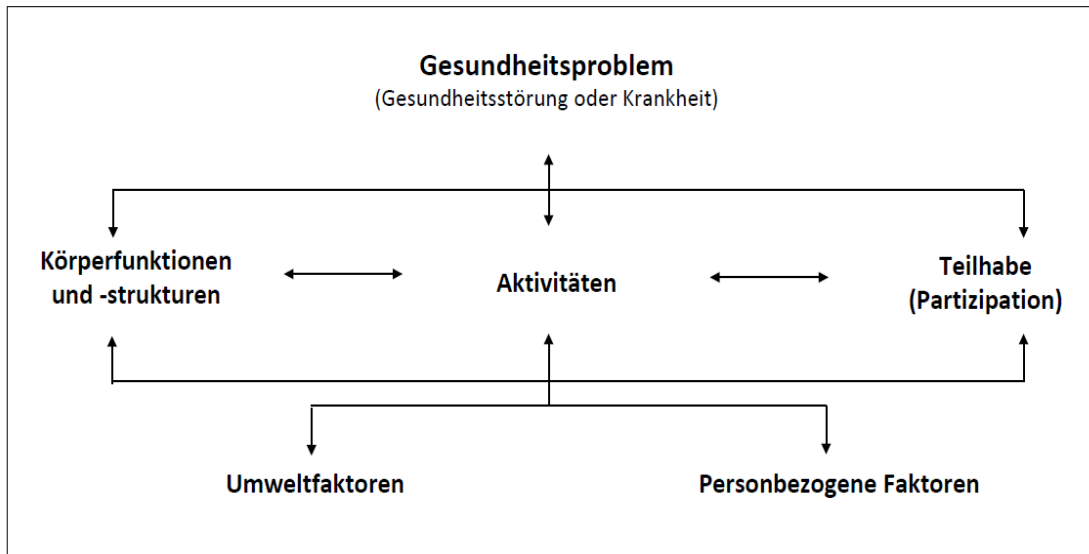


Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell der WHO – Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Das bio-psycho-soziale Modell der WHO illustriert die möglichen Beziehungen zwischen den einzelnen Komponenten im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit, Funktionsfähigkeit und Behinderung. Es bietet allen am Gesundheitssystem Beteiligten ein einheitliches Konzept, um sich interdisziplinär mit anderen Experten und Institutionen sowie den Betroffenen wechselseitig zu informieren und inhaltlich auseinanderzusetzen.

Das Modell beinhaltet eine Erweiterung des medizinischen Krankheitsmodells durch seine Betrachtungsweise und Berücksichtigung psychosozialer Aspekte von Krankheit und Behinderung, indem es Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) ausdrücklich einbezieht. Damit werden Krankheitsfolgen und Behinderung nicht mehr isoliert bzw. unter rein medizinischen Gesichtspunkten betrachtet, sondern werden als auch abhängig von der Lebenslage bzw. Situation einer Person verstanden. Behinderung im Sinne der ICF wird damit nicht mehr (nur) als Merkmal einer Person angesehen, sondern ist auch Ausdruck einer Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren. Eine differenzierte Beschreibung der Auswirkungen von individuellen, gesundheitlichen Problemen erfolgt anhand der Klassifikation in einer berufsgruppenunabhängigen, neutralen Sprache, die jede Form der Stigmatisierung einer Person vermeiden will.

Mit der ICF als Klassifikation können keine Kausalitäten, Zusammenhänge und Verläufe dargestellt oder abgeleitet werden. Sie ermöglicht lediglich die Einordnung von Elementen mit gleichen Merkmalen in Klassen bzw. Gruppen, so dass ein Ordnungssystem entsteht. Sie steht zwar in enger Beziehung zur ICD, aber Krankheiten (und verwandte Gesundheitsprobleme) im Sinne von „Diagnosen“ bildet sie nicht ab. Sie ist eine diagnoseunabhängige Klassifikation. Besonders hervorzuheben ist, dass die ICF selbst kein Assessmentinstrument zur Feststellung von Gesundheits- bzw. Funktionszuständen ist. Die entsprechenden Erkenntnisse müssen anderweitig gewonnen werden, um sie anschließend dem „Ordnungssystem ICF“ zuzuführen.

Die Klassifikation ist noch nicht in allen Bereichen gleich detailliert ausformuliert. So sind die Umweltfaktoren beispielsweise für den Bereich der Arbeitswelt noch nicht in allen Teilen ausreichend abgebildet bzw. zielgenau beschrieben. Die personbezogenen Kontextfaktoren sind derzeit von der WHO überhaupt noch nicht klassifiziert. Als ein bislang nicht gelöstes Problem werden von der WHO die Schwierigkeiten einer Spezifizierung von Items wegen der weltweit unterschiedlichen Kulturen angegeben. Unzweifelhaft sind personbezogene Faktoren in der Medizin, der medizinischen Versorgung und für das deutsche Sozialsystem von Bedeutung und schon immer von den Fachleuten berücksichtigt worden, sofern sie für eine Fragestellung von Relevanz sind, beispielsweise bei der angemessenen Berücksichtigung individueller Belange im Zusammenhang mit geplanten Interventionen.

Zu beachten ist, dass Begriffe wie beispielsweise Behinderung oder Leistungsfähigkeit im deutschen Sozial- bzw. Gesundheitssystem per definitionem anders hinterlegt sind als in der ICF. So stehen bei der sozialmedizinischen Beurteilung der „Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben“ im Reha- und Rentenverfahren der Deutschen Rentenversicherung die funktionellen Einschränkungen durch Krankheits- oder Behinderungsfolgen vor dem Hintergrund der beruflichen Belastungs- und Gefährdungsfaktoren und deren Kompensationsmöglichkeiten im Mittelpunkt.

Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Sinne der ICF wird dagegen das „höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, das ein Mensch in einer bestimmten Domäne zu einem bestimmten Zeitpunkt oder bestimmten Bedin-

gungen erreichen kann“, betrachtet – d. h. nicht nur bezogen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben, sondern darüber hinaus.

Behinderung im Sinne der ICF wird als Oberbegriff für Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen sowie Beeinträchtigungen der Aktivität und Partizipation [Teilhabe] verstanden. Dagegen wird sie im deutschen Sozialrecht lediglich in Bezug zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gesehen (§ 2 SGB IX). Dieser grundsätzliche Unterschied beim Begriff „Behinderung bzw. drohende Behinderung“ ist zu beachten, damit keine falschen Schlüsse für das Verwaltungshandeln bei der Nutzung der ICF gezogen werden.

Trotzdem stellt die ICF wichtige Fachbegriffe zur Verfügung. Diese erschließen sich allerdings nicht immer von selbst. So stehen „Aktivitäten“ und „Teilhabe“ zwar für unterschiedliche Konzepte. Es ist aber offensichtlich nicht einfach, zwischen „individueller“ (Aktivität) und „gesellschaftlicher“ Perspektive (Teilhabe) zu differenzieren. Deshalb stellt die ICF eine gemeinsame Liste der Aktivitäten und Partizipation zur Verfügung. Der „Anwender“ kann selbst entscheiden, ob er die Domänen entweder nur nach „Aktivitäten“ oder nur nach „Teilhabe“ betrachten oder eine Kombination aus beidem vornehmen will.

Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hat mit Inkrafttreten des SGB IX als übergeordnetes Ziel der Rehabilitation eine neue Gewichtung bekommen. Damit eng verbunden ist das der ICF zu Grunde liegende bio-psycho-soziale Modell (vgl. oben). Dieses ermöglicht die Veranschaulichung von Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und den Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit unter gleichzeitigem Einbeziehen der Umwelt- und personbezogenen Faktoren. Letztere können als potenzielle Einflussfaktoren auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen eine positive Wirkung im Sinne eines „Förderfaktors“ oder eine negative Wirkung als „Barriere“ entfalten. Zu einer umfassenden Sachaufklärung im Rahmen der jeweiligen Fragestellung gehört deshalb immer auch die Berücksichtigung individueller Einflussfaktoren auf die geplante Intervention.

Die Berücksichtigung im Einzelfall relevanter Kontextfaktoren dient der umfassenden Identifizierung von Teilhabebedarfen. Umwelt- wie personbezogene Faktoren können den beteiligten Akteuren wichtige Hinweise für ein zielgerich-



tetes Handeln geben. Aus diesem Grund kann eine strukturierte Beschreibung von relevanten Kontextfaktoren nur im Interesse des betroffenen Menschen liegen. Die systematische Berücksichtigung der Kontextfaktoren ermöglicht individualisierte Leistungen und ist eine Voraussetzung für passgenaue nachgehende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges.

Es sei darauf hingewiesen, dass mit der ICF keine prognostischen Einschätzungen vorgenommen werden können, da sie nur Momentaufnahmen (Querschnittbetrachtungen) erlaubt. Wiederholte Erhebungen mit Hilfe der ICF ermöglichen jedoch, Änderungen im Zeitverlauf nachzuzeichnen.

Während für die ICF-Komponenten „Körperfunktionen und -strukturen“, „Aktivitäten“ und „Teilhabe“ als Beurteilungsmerkmal die Ausprägung der Schädigung bzw. Beeinträchtigung bedeutsam ist, stellt sich für die Umwelt- und personbezogenen Faktoren die Frage, ob sie im Einzelfall zum Zeitpunkt der Fragestellung die Funktionsfähigkeit positiv oder negativ beeinflussen können.

Die Nutzung der ICF auf der Klassifikations-Ebene ist an die „Kodierung“ gebunden. Deren Umsetzung nach den offiziellen „Kodierungsleitlinien“ der ICF ist jedoch noch nicht ausreichend praktikabel. Grundsätzlich besteht die Kodierung aus zwei Teilen:

1. aus einer Kategorie (qualitativer Teil des Codes), Beispiel: „d510 Sich waschen“, und
2. aus der Beurteilung/Bewertung dieser Kategorie (quantitativer Teil des Codes), Beispiel: „Problem mäßig ausgeprägt“.

Dabei stellt der qualitative Teil der Kodierung (alphanumerischer Teil-Code) in der Praxis kein grundsätzliches Problem dar. Üblicherweise werden Kurzlisten aus der ICF-Gesamtklassifikation (je nach Zweck oder Fragestellung im Umfang von ca. 15 bis maximal ca. 150 Items) benutzt (ICF-Kurzlisten; Core Sets). Bereits in Projekten erprobte Listen erleichtern anderen Nutzern die Auswahl, sie können einrichtungsspezifisch angepasst werden.

Erheblich schwieriger gestaltet sich die Kodierung in ihrem quantitativen Teil (2. Teil des Codes, numerischer Teil-Code). Grundlage sind zunächst die offiziellen Kodierungsleitlinien der ICF. Dort werden für die Beurteilung der jeweiligen Kategorie/Items Schweregradeinteilungen in 5 Stufen zwischen

„Problem nicht vorhanden“ und „Problem voll ausgeprägt“ unterschieden. Diese Stufen sind jedoch bisher nicht international standardisiert.

Die Schweregradeinteilung dient deshalb bis auf weiteres zwar als Orientierung, dem Nutzer bleibt aber nur eine näherungsweise Einschätzung dieser Stufen.

Speziell für die berufliche Rehabilitation sind im Bereich der Leistungserbringer (Einrichtungen nach § 35 SGB IX) verschiedene Lösungsansätze hierzu entwickelt worden (siehe Auswahl an Praxisbeispielen im Anhang).

### **3 ICF und Teilhaberecht**

Der Gesetzgeber erläutert in seiner Begründung zum SGB IX, dass die Förderung der Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft das Ziel der Teilhabeleistungen sein soll, und verweist dabei ausdrücklich auf das „Partizipationsmodell“ der ICF (BT-Drs. 14/5074, S. 94). Dies entspricht insoweit auch der seit März 2009 in Deutschland gültigen UN-BRK, der zufolge Behinderung (insbesondere) eine durch die negative Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen des Individuums und verschiedenen Barrieren der Umwelt entstehende Beeinträchtigung der Teilhabe ist (vgl. z. B. Präambel, e), Art. 1 Abs. 2, Art. 26 Abs. 1 der UN-BRK).

Unter Hinweis auf die Regelungen nach § 14 SGB IX sind alle Rehabilitationsträger mit § 10 Abs. 1 SGB IX verpflichtet, die nach dem

- individuellen Bedarf
- voraussichtlich erforderlichen Leistungen
- funktionsbezogen

festzustellen. Das bedeutet, dass bei der Bemessung von Art, Umfang und Inhalt der Leistungen die für die Behinderung relevanten Wechselwirkungen eines Gesundheitsproblems und der Kontextfaktoren einer Person, die sich auf ihre Funktionsfähigkeit (Ebenen der Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe) auswirken, einzubeziehen und die jeweiligen Teilhabeziele darauf auszurichten sind. Mit der Verpflichtung zur „funktionsbezogenen“ Feststellung des Bedarfs orientiert sich die Bedarfsfeststellung unmittelbar an der ICF bzw. dem ihr zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell. Mit

Nutzung der ICF kann die individuelle Lebens- und Teilhabesituation eines Menschen weitgehend abgebildet werden.

Da

- einerseits der allgemeine Behinderungsbegriff der WHO auf der Grundlage der ICF wesentlich weiter gefasst ist als der Behinderungsbegriff des SGB IX und
- andererseits die ICF den Tatbestand der „drohenden Behinderung“ nicht kennt,

ist nur die Orientierung des Bedarfsfeststellungsverfahrens an der ICF und nicht deren unmittelbare Anwendung vorgesehen. Mit der Orientierung des SGB IX an der ICF ist für die Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs ein einheitlicher, trägerübergreifender Grundsatz gegeben.

Ist zur funktionsbezogenen Feststellung des individuellen Bedarfs eine sozialmedizinische oder ggf. psychologische Begutachtung durch einen geeigneten Sachverständigen (§ 14 Abs. 5 SGB IX) erforderlich, haben sich die Rehabilitationsträger auf Ebene der BAR in der „Gemeinsamen Empfehlung“ nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen u. a. auf eine Gliederung nach Anamnese, Befunden, Diagnose, Epikrise und Sozialmedizinischer Beurteilung verständigt. Letztere berücksichtigt im Hinblick auf Art und Ausmaß der Beeinträchtigung insbesondere die positiven und negativen Aspekte der Umwelt- und personbezogenen Faktoren, die in der ICF konzeptionell verankert und teilweise beschrieben sind. Für die Dokumentation des festgestellten Bedarfs an Teilhabeleistungen haben die Rehabilitationsträger in der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ vereinbart, dass dieser u. a. Angaben zu

- Schädigungen,
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe,
- vorhandenen Ressourcen sowie
- Umwelt- und personbezogenen Faktoren

enthält.

Basierend auf der Nutzung der ICF bzw. ihrer Konzeption im Rahmen der o. g. Bedarfsfeststellung bietet sie auch eine Orientierung für weitere gesetzlich

verankerte Schritte zur Gewährleistung der Teilhabe, so z. B. bei der trägerübergreifenden Planung von Teilhabeleistungen.

Leistungen zur Teilhabe sind unabhängig von der Ursache der Behinderung zu erbringen und sollen für den Betroffenen ein durchgängiges System zur Verwirklichung der in §§ 1, 4, 26 u. a. SGB IX genannten Teilhabziele beinhalten (BT-Drs. 14/5074, S. 99). Die im Einzelfall notwendigen Rehabilitationsziele und -leistungen sind trägerübergreifend so zu bestimmen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht des Betroffenen wie „aus einer Hand“ erscheinen und eine tatsächliche Verbesserung der Teilhabe ermöglichen (BT-Drs. 14/5074, S. 101). Entsprechend sollen die Leistungen nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB IX „nahtlos ineinander greifen“.

#### **4 Mitwirkung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden**

Das SGB IX hat den Paradigmenwechsel von der Fürsorge zur Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft als Handlungsmaxime festgeschrieben. Damit stehen die Vorstellungen und Wünsche des Betroffenen im Zentrum des rehabilitativen Handelns. Die Realisierung dieser Ziele stellt an die Leistungsträger und Leistungserbringer im Versorgungssystem, aber auch an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hohe Anforderungen.

Die Ziele des SGB IX sind zwar nicht explizit Gegenstand der ICF. Gleichwohl kann die Nutzung des Konzeptes und der Klassifikation der ICF dazu beitragen, diese Rehabilitationsziele besser zu erreichen. Dabei ist es wichtig, dass die Betroffenen nicht nur an dem Rehabilitationsprozess aktiv mitwirken, sondern auch an den Entscheidungen umfassend beteiligt werden. Um die Rehabilitationsziele zu erreichen, sollen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterstützt werden, ihre Situation zu reflektieren, Entfaltungsmöglichkeiten auszuloten und Entscheidungen für die Gestaltung ihrer Zukunft eigenverantwortlich zu treffen. Sie sind über Sinn und Zweck der notwendigen Informationen aufzuklären (Recht der informationellen Selbstbestimmung). In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich zu erwähnen, dass die auf der Grundlage der ICF erhobenen Informationen und Daten in vollem Umfange dem

Datenschutz unterliegen.<sup>3</sup> Dokumentiert werden dürfen nach wie vor nur solche Sachverhalte, die für Entscheidungen im Zusammenhang mit der Rehabilitation relevant sind.

Die Ziele der Selbstbestimmung und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden durch die Orientierung an dem Modell der ICF (ganzheitlicher Ansatz, Berücksichtigung von Kontextfaktoren) unterstützt. Das Verstehen und Akzeptieren biologischer, psychischer und sozialer Zusammenhänge und Wechselwirkungen kann durch primär- bzw. sekundärpräventive Ansätze verstärkt werden. Insbesondere Aufklärung und Beratung zu Fragen, die nicht unmittelbar zum Kern des rehabilitativen Handelns gehören, können das Verständnis für selbstwirksames Handeln und das Vertrauen in Leistungsangebote des Versorgungssystems fördern. So kann durch Berücksichtigung der im Einzelfall relevanten Kontextfaktoren die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durch Bezugspersonen (z. B. Familie, Freunde, Kollegen), semiprofessionelle Experten (z. B. Peers, Selbsthilfegruppen) oder durch professionelle Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Berufsausbilder) ggf. auch in Versorgungsbereichen außerhalb der Rehabilitation frühzeitig angebahnt werden.

Den Leistungserbringern obliegt es, geeignete Hilfen zur Verfügung zu stellen. Grundlage dafür ist eine Klärung der Funktionsfähigkeit und insbesondere Beeinträchtigung der Teilhabe. Darauf können unterstützende Angebote zur Krankheitsbewältigung (sog. Annexleistungen, z. B. § 26 Abs. 3 SGB IX) aufbauen. Die Angebote zum Abbau von Barrieren und Ausbau von Förderfaktoren sollten auf einer ICF-basierten Analyse beruhen. Diese muss einerseits einer umfassenden, ganzheitlichen Betrachtung folgen (umfassende Bedarfsermittlung). Andererseits aber darf die Datenerhebung nur auf die aktuelle Problemstellung und konkrete Lebensumstände bezogen sein (s. o.).

Selbstbestimmung und Teilhabe setzen eine partizipative Entscheidungsfindung voraus. Insbesondere ist eine unmittelbare Mitwirkung und Mitbestimmung von Betroffenen bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien sowie von Teilhabeplänen und Behandlungspfaden unerlässlich. Nur durch aktive

---

<sup>3</sup> Hinweis: Unabhängig vom Datenschutz fordert RI eine ethisch sichere Handhabung der ICF in Form einer Anwendungsrichtlinie. Die Anwendung der ICF dürfe nicht zu einer Ablehnung von Leistungsansprüchen führen (siehe [www.riglobal.org](http://www.riglobal.org)).

Mitbestimmung wird Rehabilitation zu einem wirklich transparenten Prozess für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Sie bietet ein Forum, in dem diese ihre Wünsche und Bedürfnisse zum Ausdruck bringen können (fördert Akzeptanz). Auch wenn diese partizipative Entscheidungsfindung mit erhöhtem Aufwand für die Leistungsträger und Leistungserbringer verbunden ist, steht ihr die Chance auf erhöhten Nutzen und Wirksamkeit der Rehabilitation gegenüber. Diese Entwicklung wird durch die erweiterten Informationsrechte und -pflichten gegenüber den Betroffenen (Patientenrechtegesetz) unterstützt.

## **5 ICF und Bedarfsermittlung**

Wie in Kapitel 3 bereits dargelegt, soll sich die individuelle Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes an der ICF und dem ihr zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell der WHO (siehe Abb. 1) orientieren. Die Visualisierung der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person, den Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems auf die Funktionsfähigkeit und den jeweils relevanten Kontextfaktoren dient der individuellen Feststellung für Teilhabeleistungen. Die Kenntnis, welche Umwelt- oder personbezogenen Faktoren einen fördernden oder hemmenden Einfluss haben, erleichtert nicht nur die Auswahl geeigneter Interventionen, sondern kann ebenso dazu beitragen, den Entscheidungsprozess transparenter und nachvollziehbarer darzustellen.

Bereits seit 2004 ist die Konzeption der ICF sowohl in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als Bezugssystem verankert und als Grundlage für die sozialmedizinische Begutachtung auch in der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ der BAR festgelegt (siehe auch Kapitel 3). Mit dieser Empfehlung wurden trägerübergreifende Grundsätze für eine umfassende sozialmedizinische und bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vereinbart, die die ICF für die Beschreibung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit nutzt. Damit werden Transparenz und Nachvollziehbarkeit gutachterlicher Beurteilung sowohl für die Betroffenen selbst als auch die Sozialgerichtsbarkeit gefördert. Die Leistungsträger haben sich auf eine umfassende Sachaufklärung verständigt, die explizit auch die Beurteilung beinhaltet, ob sich die Umwelt- und

personbezogenen Faktoren im Einzelfall günstig oder ungünstig auf die Teilhabe auswirken. Für die personbezogenen Faktoren fehlt derzeit noch eine von der WHO konsentiertere systematische Zusammenstellung. Ihre Darstellung ist somit nicht unabhängig von der Einschätzung und Erfahrung des Gutachters (siehe dazu auch Kapitel 7.5).

Weitere Richtlinien, Empfehlungen und Arbeitshilfen wurden unter dem Blickwinkel der ICF-Orientierung aktualisiert, so beispielsweise die „Orientierungshilfe zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung“ im Rahmen der Eingliederungshilfe der BAGüS.

Die Orientierung der sozialmedizinischen Sachaufklärung an der ICF stellt ein Mittel zur Strukturierung der Begutachtung dar. Zumindest die Einbeziehung qualitativer Teile der Kodierung (siehe Kapitel 2) könnte eine trägerübergreifende Abstimmung und Verständigung erleichtern.

## **6 Kommunikation und Vernetzung**

Das Modell der ICF und die Klassifikation sind ausdrücklich als Instrument der interprofessionellen und interinstitutionellen Kommunikation entwickelt worden. Für die Rehabilitation ist zunächst bezeichnend, dass in ihr verschiedene Berufsgruppen im Team zusammenarbeiten, um die Funktionsfähigkeit eines Menschen zu erhalten oder zu verbessern. So arbeiten beispielsweise in den Teams der beruflichen Rehabilitation einschließlich der Werkstätten für behinderte Menschen in der Regel nicht nur die Vertreter typischer Gesundheitsberufe (Ärzte, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen usw.), sondern z. B. auch Werkstattdirektoren, Ausbilder oder Lehrer. Ein Kernelement ist dabei die wechselseitige Abstimmung und Verständigung. Dabei ist interne Kommunikation im Team von vielen Faktoren abhängig. Neben strukturellen Merkmalen der Arbeit wirken sich auch miteinander geteilte Überzeugungen und eine berufsgruppenunabhängige Sprache darauf aus.

Von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche interdisziplinäre Kommunikation sind

- a. eine gemeinsame Sprache über die zu besprechenden, mit dem gesundheitlichen Problem assoziierten Aspekte und

- b. die klare Ausrichtung der Maßnahmen auf die Teilhabe, die immer auch einen konsequenten Einbezug der Kontextfaktoren erfordert.

Zu a) Hier ist bedeutsam, dass bei der Nutzung der ICF zwei Aspekte zu differenzieren sind. Das gemeinsame Begriffssystem im Sinne von Kategorien/Items der ICF und das Konzept, welches durch das bio-psycho-soziale Modell der WHO zur Verfügung steht.

Zu b) Sowohl in der medizinischen wie auch der beruflichen Rehabilitation und in der Eingliederungshilfe erfolgt die Ausrichtung der Leistungen auf die Teilhabe als übergeordnetes Ziel. Teilziele wie die Verbesserung der Körperfunktionen einschließlich der Verringerung von Schmerzen oder die Verbesserung von Aktivitäten, wie z. B. das Gehen, sind diesem zuzuordnen.

Beide Aspekte geben eine klare und für alle gut verständliche Orientierung hin auf die Ziele der gemeinsamen Arbeit und auf das Bild der Funktionsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Es stehen nicht mehr nur die berufsgruppentypischen Inhalte im Vordergrund. Vielmehr kann die Kommunikation interdisziplinär und unter Einbeziehung der Betroffenen geführt und die Aufgabenteilung inhaltlich abgestimmt werden. So verlaufen Teamgespräche strukturierter und die dort getroffenen Entscheidungen ermöglichen eine effektivere Prozessgestaltung.

Die Kommunikation in interdisziplinären Teams betrifft nicht allein die interne Arbeit innerhalb der Einrichtungen. Ebenso kann eine intensivere Kommunikation zwischen externen Beteiligten verschiedener Institutionen im Rehabilitationsprozess stattfinden. Zu diesen Akteuren gehören die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie ihre Angehörigen, die Rehabilitationsträger und auch Leistungserbringer. Eine bessere Kommunikation zwischen diesen Akteuren ist möglich, indem die jeweiligen Informationsprozesse einschließlich der zu übermittelnden Informationen auf der Grundlage der ICF definiert werden. Dies gilt besonders für die Kommunikation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zu Beginn und am Ende einer Maßnahme. Vor allem das Berichtswesen sollte darauf ausgerichtet werden.



## 7 Nutzungsstrategien und Wege der Anwendung

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf einige grundsätzliche Anmerkungen zur Nutzung der ICF durch Leistungserbringer sowie auf eine mögliche schrittweise Einführung.

Der Stand der Ausarbeitung der ICF beinhaltet für die praktische Nutzung durchaus immanente Grenzen. Die ICF befindet sich in einem ständigen Entwicklungsprozess und wird auf der Basis laufender Erfahrungen und wissenschaftlicher Ergebnisse von der WHO weiterentwickelt (vgl. Update-Prozess). Trotz einiger noch bestehender Defizite kann der gegenwärtige Entwicklungsstand bereits jetzt zum Vorteil für die Rehabilitationspraxis genutzt werden. Dieser liegt – wie bereits dargestellt – vor allem in der Erweiterung des medizinischen Krankheitsmodells, in der Unterstützung der Ziele des SGB IX sowie in der damit möglichen verbesserten interprofessionellen und interinstitutionellen Kommunikation.

Die Nutzung der ICF kann in der Praxis in unterschiedlicher Weise und Intensität erfolgen. Dabei ist eine schrittweise Einführung im Rahmen eines Stufenkonzeptes innerhalb einer Institution durchaus zu empfehlen. In jeder Stufe können Erfahrungen gewonnen, Ressourcen mobilisiert und dann weitergehende Anwendungen auch mit externen Partnern entwickelt werden. Ein ständiger Erfahrungsaustausch unter den Anwendern und mit der ICF-bezogenen Forschung ist sinnvoll.

Die Umsetzung eines Stufenkonzeptes hängt eng von den Erfahrungen einer Einrichtung und ihren Ressourcen ab. Die erste Stufe dient der Vorbereitung und der Auseinandersetzung mit dem Modell. In der zweiten Stufe ist dieses im Hinblick auf die einrichtungsspezifischen Konzepte und die Anpassung von therapeutischen Strategien und der Therapieplanung zu reflektieren. In der dritten Stufe ist vor allem das bisherige Dokumentationssystem zu überprüfen und ICF-bezogen weiterzuentwickeln. Dazu kann auch eine Abstimmung mit externen Informationssystemen gehören (z. B. Entlassungsberichtswesen). In der vierten Stufe können weitere einrichtungsinterne Prozesse einbezogen werden.

Wie bisherige Praxisbeispiele zeigen, erfordert die Nutzung der ICF in Reha-Einrichtungen eine sorgfältige Vorbereitung und Planung. Die ICF als konzeptionelles Bezugssystem sollte im Leitbild verankert sein und von allen Mitwirkenden getragen werden. Im Folgenden sollen dazu einige Hinweise auf der Basis eines Stufenkonzeptes gegeben werden.

### **7.1 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Die Nutzung und Anwendung der ICF setzt zunächst eine strukturierte Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraus. Der Umfang der Schulung hängt davon ab, wie umfassend die Nutzung der ICF erfolgen soll. Alle Teammitglieder sollten zumindest über Grundkenntnisse der ICF verfügen. Zur Schulung gehören auch Fragen der Kommunikation (z. B. mit den Betroffenen) und der Zielfindung. Der Einsatz einer ICF-basierten Dokumentation setzt zudem Erfahrungen in der Kodierung voraus. (Hinweise auf Schulungsmöglichkeiten – auch Eigenschulung – siehe Anlage).

### **7.2 Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO**

Eine wichtige Voraussetzung für die Nutzung der ICF besteht in der Auseinandersetzung mit der Konzeption und hierbei insbesondere den Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem von Personen und den daraus resultierenden Auswirkungen auf deren Funktionsfähigkeit (siehe Kapitel 2). Für eine Orientierung an den für den Einzelnen bedeutenden Teilhabezielen ist der systematische Einbezug von Umwelt- und personbezogenen Faktoren immer dann zu fordern, wenn diese einen Einfluss im Sinne von Förderfaktoren oder Barrieren auf die Funktionsfähigkeit und damit die Teilhabe haben. Die ICF unterstützt somit die Umsetzung des SGB IX mit seiner Partizipationsorientierung. Dabei kann auch auf Konzepte der Leistungsträger oder auch Leitlinien der AWMF Bezug genommen werden.

### **7.3 Unterstützung durch die Leitung**

Ähnlich wie bei der Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement bedarf die Anwendung der ICF als Klassifikation einer eindeutigen Unterstützung durch die Leitung der Einrichtungen. So müssen z. B. die Voraussetzungen für die Befähigung der Mitarbeiter zu ICF-basierter Arbeit im interdisziplinären

Team geschaffen werden. Diese Unterstützung gilt für die bereits genannten Schritte (7.1 und 7.2), besonders aber für weitergehende Nutzungsmöglichkeiten, die in die interne Organisations- und Kommunikationsstruktur hineinwirken (Prozesssteuerung, Dokumentation).

#### **7.4 Benennung eines ICF-Beauftragten**

Je umfassender eine Nutzung der ICF vorgesehen wird, desto intensiver ist eine Koordination und Begleitung aller damit verbundenen Umsetzungs- und Anwendungsprozesse durch eine mit der ICF vertraute Fachkraft erforderlich. Eine Problemanalyse der Auswirkungen auf die internen Prozesse ist ebenso anzuraten wie eine laufende Erfolgskontrolle. Außerdem sind mit der Funktion auch Beratungsaufgaben wahrzunehmen. Pilotprojekte im Vorfeld sind unbedingt vor der Gesamtumstellung aller Bereiche zu empfehlen.

#### **7.5 Einführung einer ICF-basierten Dokumentation**

Die Einführung einer ICF-basierten Dokumentation ist für eine Einrichtung zum einen besonders in der Einführungsphase ein aufwendiger Prozess. Dies liegt zum Teil daran, dass zumeist verschiedene Dokumentationssysteme (zumindest in der Übergangsphase) parallel zu bedienen sind. Zum anderen liegt hierin aber auch ein Schlüssel für die Nutzung von Vorteilen der ICF für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Eine ICF-orientierte Dokumentation kann in unterschiedlichem Umfang erfolgen, wobei sich nach bisheriger Erfahrung ICF-kompatible Kurzlisten mit zweckmäßiger „Kategorien-/Item-Auswahl“ bewährt haben (siehe auch Kapitel 2).

Zu einer vollständigen Erfassung aller für den Einzelfall relevanten Aspekte gehört dabei auch die Beurteilung der Kontextfaktoren, die als Barrieren bzw. Förderfaktoren einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit und damit Rehabilitationsziele haben. Zur Effizienzsteigerung ist eine Unterstützung mittels EDV erforderlich, was hinsichtlich der Erfassung der personbezogenen Faktoren im Moment noch ein Problem darstellt, da die WHO diese Komponente noch nicht international ausformuliert hat und so nur auf nationale Vorschläge zurückgegriffen werden kann (orientierender Diskussionsvorschlag für den deutschsprachigen Raum mit Beispielen siehe Anlage).

## **7.6 Dokumentation von Kategorien der ICF**

Die Ermittlung und Dokumentation von Kategorien der ICF dienen der qualitativen Erfassung von Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit. Die Ermittlung erfolgt durch die Auswahl von zutreffenden Items aus der ICF-Klassifikation. Diese qualitative Erfassung stellt die Basis für die interdisziplinäre Verständigung und Kommunikation dar. Um die Auswahl relevanter Items aus der umfassenden Klassifikation zu erleichtern, sind in Praxis und Wissenschaft eine Reihe von Vorschlägen für (indikationsspezifische) Kurzlisten entwickelt worden. Dazu gehören etwa auch die sog. Core Sets der ICF Research Branch (Hinweise siehe Anlage). Es bestehen in der konkreten Anwendung noch begrenzte Erfahrungen. Zum Beispiel liegen in der Anwendung bei Mehrfacherkrankungen keine allgemeingültigen Core Sets vor. Die bisher entwickelten Kurzlisten können in der Praxis die Auswahl von relevanten Items erleichtern bzw. unterstützen. Auch können aus anderen Projekten übernommene Kurzlisten in der Einrichtung nach eigenem Bedarf vervollständigt werden. Eine Dokumentation auf dieser Ebene kann bereits die interne Abstimmung und Koordination erheblich fördern (auch mit den Betroffenen).

## **7.7 Dokumentation von Beurteilungsmerkmalen**

Nach der ICF ist die Kodierung eines Items nur vollständig, wenn das Ausmaß einer Einschränkung oder Behinderung mit kodiert wird. Da die ICF kein eigenständiges Assessmentinstrument darstellt, ist der Einsatz anderer funktionsbezogener Instrumente und Tests erforderlich, um eine adäquate Beurteilung vornehmen zu können. Die von der WHO vorgeschlagenen Beurteilungsmerkmale sind im Rehabilitationsalltag in der Regel nicht ausreichend. Stehen keine spezifischen ICF-orientierten Assessmentinstrumente zur Verfügung, müssen traditionelle Instrumente für die Beurteilung des Ausmaßes einer Schädigung oder Beeinträchtigung herangezogen werden. Aber auch in diesen Fällen muss nicht auf den Bezug zur ICF verzichtet werden. So stehen hierfür „Linkage-Regeln“ (siehe Literatur im Anhang) für eine standardisierte Zuordnung von Items zu ICF-Kategorien zur Verfügung. Zudem gibt es auch einige Veröffentlichungen, die Items von eingesetzten Fragebögen der ICF zuordnen. Trotz der genannten Probleme kann aber auch das „allgemeine Beurteilungsmerkmal“ der ICF (Ausmaß des Problems) hilfreich oder ausrei-

chend sein, zumal wenn es auf der gemeinsamen Einschätzung der Teammitglieder basiert.

## **7.8 Nutzung der ICF in der Prozesssteuerung**

Ein Kernpunkt der Nutzung der ICF ist die Entscheidung, ob eine Einrichtung eine ICF-basierte Dokumentation einführen will. Die Dokumentation ist einerseits Dreh- und Angelpunkt für die Kommunikation im Team und mit den Betroffenen. Sie ist andererseits unerlässlich für eine umfassendere Steuerung von internen Prozessen und Grundlage für ein Rehabilitationsmanagement. Bisher gibt es nur wenige durchgängige Konzepte auf der Basis der ICF, die in der Praxis erprobt wurden und dokumentiert sind (Beispiele siehe Anhang). Ein umfassendes ICF-basiertes Managementkonzept für die klinische Praxis haben beispielsweise Kirschneck et al. auf der Basis von ICF Core Sets vorgeschlagen. Das Konzept enthält konkrete Vorschläge für Anwenderinstrumente (Tools), die sich auf Hauptphasen (Schritte) der Rehabilitation beziehen: Assessment zur Ermittlung der Funktionsfähigkeit und Rehabilitationsziele, Zuweisung zu den einzelnen Teammitgliedern mit Auswahlliste für geeignete Interventionen, Auswahl von zielbezogenen Interventionen bzw. Maßnahmen und schließlich die Evaluation der einzelnen Interventionsziele mit zuvor festgelegten Instrumenten.

Auch in der beruflichen Rehabilitation und der Eingliederungshilfe bestehen inzwischen umfassende Managementkonzepte, die insbesondere die Bedarfsermittlung sowie die Leistungsplanung mit Unterstützung von EDV-Programmen einbeziehen (Hinweise siehe Anhang).

## **8 Handlungsfelder von Rehabilitationsträgern und Politik**

Art und Umfang der Nutzung der ICF hängen nicht nur von Entscheidungen der Leistungserbringer ab, sondern – zumindest indirekt – ebenso von den Leistungsträgern und der Politik.

### **8.1 Verantwortung der Rehabilitationsträger**

Als unterstützend durch die Rehabilitationsträger können insbesondere Rahmenkonzepte sowie indikationsspezifische Konzepte (für die medizinische

Rehabilitation) angesehen werden, die ausdrücklich Bezug zur ICF nehmen. Auch die für die Sachaufklärung verantwortlichen Sozialmedizinischen Dienste der Träger sowie die von der BAR zur Verfügung gestellten und trägerübergreifend konsentierten Arbeitsmittel orientieren sich an der ICF.

Dennoch gibt es speziell bei den Rehabilitationsträgern noch ungenutzte Unterstützungspotenziale. So könnte der Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern z. B. im Zusammenhang mit dem Reha-Entlassmanagement noch stärker als bisher ICF-basiert erfolgen.

Auch wäre eine Unterstützung der Rehabilitationseinrichtungen bei der verstärkten Nutzung der ICF beispielsweise durch eine Ausweitung der Schulungsangebote und durch eine gezielte Übernahme von Beratungsaufgaben bei der Umsetzung denkbar. Eine Hilfe könnte auch darin bestehen, die wissenschaftliche Begleitung von Implementationsprojekten zu fördern. Dazu sind trägerübergreifend abgestimmte Vorgehensweisen erforderlich.

## **8.2 Verantwortung der Politik**

Die breite Nutzung der ICF in der Rehabilitation hängt nicht nur von der Initiative der Einrichtungen und Träger ab, sondern auch von der Ausgestaltung von Rahmenbedingungen des Rehabilitationssystems, bei der die Unterstützung durch die Politik erforderlich ist. Es sind vor allem zwei Gestaltungsbereiche, die von politischen Rahmenbedingungen abhängen. Dazu gehören a) stringenter rechtliche Rahmenbedingungen sowie b) die Verbesserung einer übergreifenden Koordination.

Zu a) Es ist zwar unstrittig, dass die Orientierung an der ICF bei der Anwendung des Rehabilitationsrechtes vom Gesetzgeber gewollt ist. Derzeit kommt diese Orientierung mit Bezug auf das Partizipationsmodell im SGB IX jedoch nur in der Begründung zum SGB IX zum Ausdruck (siehe Kapitel 3). Bei einer Revision des SGB IX sollte die Nutzung der ICF bzw. des bio-psycho-sozialen Modells klar hervorgehoben werden. Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dass gesetzlich verbindlich eingeführte Regelungen die Nutzung der ICF deutlich effektiver fördern.

Zu b) Gegenwärtig ist eine übergreifende Koordinierung aller ICF-Aktivitäten (im deutschsprachigen Raum) nur schwach ausgeprägt. So dienen die jährli-

chen Anwenderkonferenzen im Rahmen der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien von DGRW und DRV primär einem Informationsaustausch, nicht der Koordination von gemeinsamen Aktivitäten. Gleiches gilt für Projekt-Datenbanken bei DIMDI und REHADAT. Auch die Fachgesellschaften konnten bisher – ressourcenbedingt – keine übergreifenden koordinativen Aufgaben übernehmen.

Das DIMDI ist Kooperationszentrum (Kollaborationszentrum) der WHO und als solches auf WHO-Ebene an Entwicklungen zur ICF sowie am Update-Verfahren beteiligt. Es hat zurzeit aber vom BMG nur einen begrenzten Koordinierungsauftrag. Es sollte deshalb geprüft werden, ob und inwieweit eine übergreifende Koordinierung strukturell verbessert werden kann.

Es ist nicht auszuschließen, dass die gegenwärtige Regelung der Nutzungsrechte der ICF eine breitere Anwendung der ICF in der Praxis der Rehabilitation teilweise behindert oder dass diese zumindest zu Unsicherheiten führt. Nach der offiziellen Regelung liegen alle Nutzungsrechte bei der WHO. Danach ist jede kommerzielle oder nichtkommerzielle Nutzung von der WHO zu genehmigen. Nur für wissenschaftliche Arbeiten bestehen Sonderregelungen. Zwar können Genehmigungen durch ein relativ einfaches Verfahren eingeholt werden (siehe: [www.who.int/about/licensing/classifications/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/classifications/en/index.html)).

Es ist jedoch wünschenswert, dass die Nutzung auch für Rehabilitationseinrichtungen offener gestaltet und generell geregelt wird. Dafür sollten sich die Politik bzw. die zuständigen Ministerien einsetzen.

## **9 ICF und praxisorientierte Forschung**

In den Rehabilitations- und Pflegewissenschaften hat die ICF seit ihrer Einführung eine große Resonanz gefunden. Sie haben sich u. a. mit konzeptionellen Fragen auseinandergesetzt. Als zwei besonders herausragende praxisorientierte Themen im deutschsprachigen Raum sei auf die Entwicklung ICF-basierter Assessmentinstrumente sowie auf die systematische Entwicklung von Core Sets (siehe Anlage) hingewiesen. Die Core Sets, die in Abstimmung mit der WHO entwickelt wurden und deren Schwerpunkt in der medizinischen Rehabilitation liegt, sollen – so wie Kurzlisten generell – die Anwendbarkeit der

ICF-Klassifikation in der Praxis erleichtern. Ihre praktische Anwendbarkeit wurde bisher allerdings noch nicht ausreichend untersucht.

Gegenwärtig ist eine gewisse Stagnation bei ICF-bezogenen Forschungsarbeiten festzustellen. Auch besteht der Eindruck, dass im wissenschaftlichen Bereich die Chancen für eine an der ICF orientierte Begrifflichkeit noch nicht ausreichend genutzt werden. Hier bedarf es neuer Impulse. Die Forschung sollte noch stärker auf konkrete Praxisprobleme eingehen, die bei Umsetzung der ICF zu Tage treten. Dazu gehört auch eine begleitende Forschung bei der Einführung bzw. der Anwendung oder der Umsetzung der ICF in den Einrichtungen und bei den Trägern.

Gleichzeitig sollte weiterhin ein Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung von ICF-basierten Assessments liegen, um die bestehenden Lücken (z. B. bei der Anwendung der Beurteilungsmerkmale) zu reduzieren. So müssen weiterhin messtheoretische Überlegungen (Quantifizierungsfragen) im Forschungsfokus der Rehabilitationsdiagnostik mit Hilfe der ICF-Items stehen.

Ein weiterer Schwerpunkt sollte sowohl auf der Operationalisierung der ICF-Komponenten „Teilhabe“ und „Umweltfaktoren“ einschließlich der Arbeitswelt als auch in der Beschäftigung mit Ansätzen zur Ausgestaltung der ICF-Komponente „personbezogene Faktoren“ liegen.

Die ICF-Anwenderinstrumente (Tools, siehe Kapitel 7.8) sollten weiterentwickelt und ihre Anwendung beforscht werden (Akzeptanz, Anwendergüte). Gesundheitsökonomische Fragestellungen fehlen noch überwiegend, um die Frage von Veränderungen/Verschiebungen auf der Kostenseite mit einer Einführung der ICF-Tools einschätzen zu können. So ist noch offen, ob individualisierte Leistungen auf der Basis der ICF nicht letztlich als effizienter anzusehen sind.

Die ICF als gemeinsame Basis aller Rehabilitationsprozesse bietet die Möglichkeit einer systematisierten vergleichenden Evaluationsforschung im Versorgungssektor Rehabilitation. Dabei sollte im Sinne der im SGB IX festgeschriebenen Patientenrechte nach Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe als Evaluationskriterium auch und v. a. die interne Evidenz (also inwieweit die Patienten ihre Rehabilitationsziele verwirklicht sehen) neben der externen Evidenz (Kriterien für die Wirksamkeit der Interventionen) analysiert



werden. Grundsätzlich sollte in alle Forschungsdesigns die Betroffenenperspektive einbezogen werden.

Eine zentrale Aufgabe der nächsten Jahre bleibt weiterhin die wissenschaftliche Begleitung der praktischen Umsetzung der ICF im Rehabilitations- und Pflegebereich, also die Anregung und Durchführung von Modellvorhaben/Evaluationsstudien. Beispielhaft ist die vom BMAS geförderte Machbarkeitsstudie „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF“ zu nennen.

Effektivitäts- und Wirksamkeitsstudien erfordern idealerweise Längsschnittdesigns und das bio-psycho-soziale Modell die Erfassung zahlreicher möglicher Einflussvariablen. Dazu gehören auch Zielvariablen. Zum Beispiel kann die Umsetzung der ICF nicht nur für Patienten Effekte erzielen, sondern auch für die Einrichtung, also Variablen der Organisationsentwicklung betreffen, wie etwa die Mitarbeiterzufriedenheit. Neben der Frage nach der Effektivität (bzw. Effizienz) und Wirksamkeit sind auch theoretische Fragen bzgl. des Modells von Interesse, beispielsweise die Analyse des Interaktionsgedanken im ICF-Modell: Der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen Kontextfaktoren bestimmt das Ausmaß seiner Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe. Gerade mit der Forderung der UN-BRK nach umfassender gesellschaftlicher ‚Inklusion‘ ist Forschungsbedarf bzgl. der Rolle der Umweltfaktoren notwendig, um die richtigen politischen Maßnahmen ergreifen zu können. Auch die personbezogenen Faktoren sind neben den Umweltfaktoren als Einflussgrößen auf die Funktionsfähigkeit zu beforschen, da ihre Berücksichtigung für eine adäquate Durchführung von Maßnahmen entscheidend sein kann. Komplexe, multivariate Analyseverfahren könnten zum Einsatz kommen, um Interdependenzen der einzelnen Variablen des ICF-Modells berücksichtigen zu können.

## **10 Zusammenfassende Bemerkungen**

Die Vorteile einer Nutzung der ICF sind vielfältig. Die ICF kann dazu beitragen, interne und externe Kommunikations- und Abstimmungsprozesse in einem gegliederten System der Rehabilitation wesentlich zu optimieren. Sie kann

zudem als Planungs- und Steuerungsinstrument genutzt werden. Nach bisherigen Erkenntnissen können diese Vorteile im vollen Umfange nur genutzt werden, wenn die Akteure auf allen beteiligten Ebenen die Anwendung unterstützen. Die ICF als weltweites Klassifikationssystem befindet sich in einem fortlaufenden Prozess der Weiterentwicklung. Bisher noch nicht für alle praktischen Belange gelöste Fragen sollten nicht dazu führen, die derzeit gegebenen Chancen zur Optimierung einer individualisierten Rehabilitation aufzuschieben und ungenutzt zu lassen. Vielmehr kommt es darauf an, die vielfältigen Erfahrungen noch stärker transparent zu machen, damit diese von allen genutzt werden können, und um gleichzeitig die Weiterentwicklung der ICF, z. B. im Rahmen der Forschung, voranzutreiben.

September 2014

gez.  
**Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann**  
(Vorsitzender der DVfR)

gez.  
**Dr. Ferdinand Schliehe**  
(DVfR, DGRW)

---

Mitwirkende: Larissa Beck, Wolfgang Cibis, Thomas Ewert (Ko-Leitung), Sabine Grotkamp, Alfred Jakoby, Bernd Lossin, Angelika Nebe, Margarete Ostholt-Corsten, Silvia Queri, Niels Reith, Gregor Renner, Ferdinand Schliehe (Leitung), Michael Sperling

## 11 Anhang

### 11.1 Abkürzungen

BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BT-Drs	Bundestagsdrucksache
DGRW	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
REHADAT	Online-Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation
RI	Rehabilitation International
SGB	Sozialgesetzbuch
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

### 11.2 Themenspezifische Literatur (Auswahl)

#### a) Einführung/Schulung/Überblick

DIMDI, Hrsg. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: MMI, 2006 sowie Download bei DIMDI

Schuntermann MF. Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – offene Fragen. 3., überarbeitete Auflage. Landsberg: Ecomed MEDIZIN, 2009

Schliehe F, Ewert TH. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Rehabilitation 2013; 53: 40–50

#### b) Spezielle Fachgebiete

Frieboes RM, Zaudig M, Nosper M., Hrsg. Rehabilitation bei psychischen Störungen: Nach Maßgaben der ICF und ICD-10. München: Urban & Fischer, 2005

c) Beispiele für Assessmentinstrumente

Allgemein:

Farin E, Kosiol D, Fleitz A. Der MOSES-Fragebogen zu Mobilität, Selbstversorgung und häuslichem Leben: Ein ICF-orientiertes Assessmentinstrument, welches in einer Patienten- und einer Behandlerversion vorliegt. Gesundheitswesen 2008; 70: A247

Psychosomatik:

Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini\_ICF\_APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Hans Huber, 2009

d) Dokumentation, Kodierung

Cieza A, Geyh S, Chatterji S et al. ICF linking rules: an update based on lessons learned. J Rehabil Med 2005; 37 (4): 212–218

Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G, Hrsg. Die ICF Core Sets. Manual für die klinische Anwendung. Bern: Huber, 2012. In Englisch bei Hofgreffe Publishing, Göttingen, 2012

e) Prozesssteuerung, Rehabilitationsmanagement

Rentsch HP, Bucher P, Hrsg. ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Idstein: Schulz-Kirchner, 2005

Kirschneck M, Rauch A, Stucki G, Cieza A. Rehabilitationsmanagement in der Praxis unter Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Phys Med Rehab Kuror 2011; 21: 11–21

Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden vom 30.9.2010 mit Bezug auf die Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ der BAR. <http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>

f) Personbezogene Faktoren

Grotkamp S, Cibis W, Nüchtern A et al. Personbezogene Faktoren der ICF. Beispiele zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheitswesen 2012; 74: 449–458

## 11.3 Praxisbeispiele

### a) Medizinische Rehabilitation

ICF-basiertes Behandlungsmanagement in strukturierten Patientenfäden. Kontakt: Klaus Schmitt, Schweizer Paraplegiker-Zentrum. E-mail: klaus.schmitt@paraplegie.ch

### b) Berufliche Rehabilitation

ICF-basierte Leistungssteuerung in Einrichtungen der Josephs-Gesellschaft. Kontakt: Manfred Schulte. E-mail: m.schulte@josefsgesellschaft.de

### c) Eingliederungshilfe/Bedarfsermittlung

Der integrierte Teilhabeplan (ITP) Hessen. Landeswohlfahrtsverband Hessen. Kontakt: Alfred Jakoby. E-mail: alfred.jakoby@lwv-hessen.de

siehe auch b)