

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2023

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Christoph Sievers

Die ICF – Klassifikation oder Konzept?

Seite 50–65

doi: 10.30433/GWA2023-50

Christoph Sievers

Die ICF – Klassifikation oder Konzept?

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie ist das WHO-Rahmenwerk zur Messung von Gesundheit und Behinderung sowohl auf individueller als auch auf Bevölkerungsebene und wurde von allen 191 WHO-Mitgliedstaaten auf der 54. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2001 offiziell als internationaler Standard zur Beschreibung und Messung von Gesundheit und Behinderung anerkannt (WHO 2001). Die ICF dient als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen.

Ziele der ICF

Während die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) verwendet wird, um Krankheiten zu definieren, sollen mit der ICF die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden können (BfArM 2023). Anhand der ICF soll eine treffsichere Kommunikation zwischen Akteurinnen und Akteuren in Gesundheitsberufen, politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern sowie Forschenden erreicht werden. „Da in einer alternden Gesellschaft nicht mehr die Heilung alleiniges Ziel medizinischen Handelns ist, verlagert sich die Behandlung mehr und mehr auf Reintegration, Kompensation, Adaptation und die Erhaltung der Teilhabe“ (Deventer und Ewert 2006). In Deutschland bildet die ICF die Grundlage für die Bedarfsermittlungsinstrumente im Eingliederungshilferecht. Damit werden die individuelle Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und gleichwertige Lebensverhältnisse für Menschen mit Behinderungen unterstützt.

Insgesamt zielt die ICF darauf ab, das Verständnis von Gesundheit und Behinderung zu verbessern und mehr Gerechtigkeit und Teilhabe für alle Menschen zu fördern. Mit der ganzheitlichen Betrachtungsweise der Gesundheit, die das Zusammenspiel zwischen körperlichen, geistigen und sozialen Faktoren anerkennt, verdeutlicht die ICF die Wichtigkeit der Umweltfaktoren, in deren Kontext eine Behinderung für eine individuelle Person erst entsteht.

Gesetzesgrundlagen

In Deutschland gibt es seit dem Jahr 2002 das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG). Das BGG gilt in erster Linie für Behörden, Körperschaften und Anstalten des Bundes. Die wichtigsten Aussagen des BGG sind das Benachteiligungsverbot für Träger öffentlicher Gewalt und die Pflicht zur Barrierefreiheit in den Einrichtungen des Bundes (Dusel 2022). Das BGG soll vor allem bauliche und kommunikative Barrieren bei der Bundesverwaltung beseitigen, etwa indem Bescheide und andere Schreiben von Behörden künftig bei Bedarf in leichter Sprache angeboten werden müssen (Esken 2016).

Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK) wurde am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet. Ziel der UN-BRK ist es, den gleichberechtigten Genuss der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten. Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) wurde das deutsche Recht in Übereinstimmung mit den Vorgaben der UN-BRK weiterentwickelt. Ziel ist die gleichberechtigte, volle und wirkungsvolle Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben sowie eine selbstbestimmte Lebensführung.

Die ICF hat die Sozialgesetzgebung in Deutschland maßgeblich beeinflusst (BAG BBW). Im BTHG bildet die ICF die Grundlage sowohl für die Bedarfsermittlung als auch für den neuen Behinderungsbegriff (siehe weiter unten). In Deutschland verpflichtet das BTHG die Träger von Reha-Maßnahmen (wie beispielsweise die Bundesagentur für Arbeit oder die gesetzliche Rentenversicherung), frühzeitig drohende Behinderungen zu erkennen und gezielt Prävention noch vor Eintritt der Rehabilitation zu ermöglichen (BMAS 2020).

Leistungen zur Teilhabe können gemäß dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) für Personen dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (beispielsweise Erwerbsleben, Selbstversorgung) erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Im SGB IX wurde die

Gliederung des Bereiches „Aktivitäten und Teilhabe“ aus der ICF wortwörtlich in den § 118 übernommen, welcher regelt, dass für die Eingliederungshilfe die Feststellung des individuellen Bedarfes mittels eines Instrumentes erfolgen soll, welches an der ICF orientiert ist (Linden 2019). Das reformierte SGB IX begreift Behinderung nicht mehr als Eigenschaft und Defizit einer Person, sondern betrachtet eine gesundheitliche Beeinträchtigung im Zusammenspiel mit Kontextfaktoren sowie den Interessen und Wünschen des betroffenen Menschen. Dieser neue Behinderungsbegriff ist ein wesentlicher Bestandteil der Weiterentwicklung des deutschen Rechts in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention.

WHO-Familie internationaler Klassifikationen

Die ICF ist Teil der sogenannten WHO-Familie internationaler Klassifikationen (FIC) und darin eine der drei zentralen Referenzklassifikationen. Die WHO bietet mit diesen integrierten Klassifikationen eine weltweit einheitliche Sprache für Gesundheitsinformationen an. Referenzklassifikationen sind für die internationale Berichterstattung zugelassen und decken die wichtigsten Gesundheitsparameter ab. Die WHO ist für drei primäre Referenzklassifikationen verantwortlich, die drei Kodierungssysteme werden unabhängig voneinander verwendet, sind aber eng miteinander verzahnt.

- Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD)
- Internationale Klassifikation von Gesundheitsinterventionen (ICHI)
- Internationale Klassifikation der Funktionsweise, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICD ist die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und dient der Verschlüsselung von Diagnosen beziehungsweise Todesursachen zu Dokumentations-, Abrechnungs- und Planungszwecken.

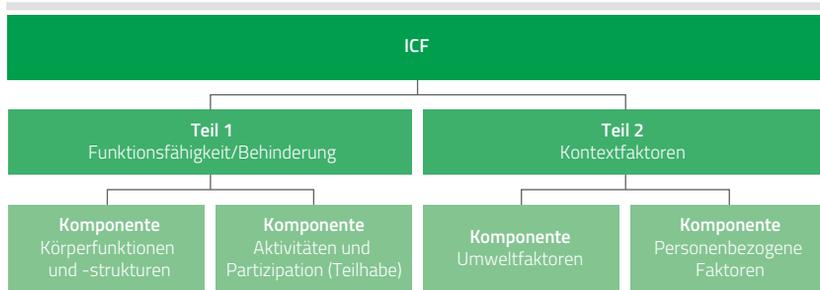
Die ICHI beschreibt Gesundheitsinterventionen anhand der drei Achsen Ziel, Aktion und Mittel. Die ICHI wird seit dem Jahr 2007 entwickelt, um Ermittlungs-, Präventions-, Therapie- und Unterstützungsmaßnahmen zu beschreiben, zu dokumentieren und vergleichend auswerten zu können (ICHI Task Force 2020). Die Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen.

Die ICF ist in Deutschland über die Rehabilitations-Richtlinie und das Bundesteilhabegesetz verankert. Sie ist aufgrund des zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modells nicht primär defizitorientiert (BfArM 2023), also weniger eine Klassifikation der „Folgen von Krankheit“. Vielmehr klassifiziert sie „Komponenten von Gesundheit“: Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Umweltfaktoren.

Struktur der ICF

Die ICF ist ein Kodiersystem, das Codes für die Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stellt, um Krankheitsfolgen zu beschreiben. Technisch gesehen ist sie eine monohierarchische Klassifikation mit alphanumerischen Codes. Das BfArM gibt als WHO-Kooperationszentrum für das System der Internationalen Klassifikationen die deutschsprachige Übersetzung der ICF heraus. Die ICF besteht auf der oberen Ebene aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten.

Abbildung 1: Grundlegende Struktur der ICF



Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/struktur.html

Funktionsfähigkeit

Der Teil „Funktionsfähigkeit/Behinderung“ besteht aus den Komponenten „Körperfunktionen und -strukturen“ sowie „Aktivitäten und Teilhabe“. Innerhalb der Komponente „Körperfunktionen und -strukturen“ sind vor allem Krankheitssymptome aufgelistet. Diese sind in Kapiteln nach den wesentlichen medizinischen Disziplinen untergliedert, wie beispielsweise Orthopädie, HNO, Dermatologie, Innere Medizin oder Psychiatrie.

Die Definitionen der Codes sind eher allgemein gehalten, zum Beispiel: „b1565 Räumlich-visuelle Wahrnehmung: Mentale Funktion, die am visuellen Erkennen von räumlichen Bezügen der Objekte in der Umgebung zueinander oder zu einem selbst beteiligt sind“ (Linden 2019). Neben den Körperfunktionen können als Folge einer Krankheit auch Fähigkeiten eingeschränkt sein, das bedeutet, Personen können bestimmte Aktivitäten nicht oder nur eingeschränkt ausüben und dadurch nicht mehr an allen wichtigen Möglichkeiten des Lebens teilhaben.

Eine Aktivität ist nach ICF die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung. Teilhabe ist definiert als das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Bei den Aktivitäten ist der Detaillierungsgrad der unterschiedlichen Codes in der ICF sehr inhomogen. Es gibt Codes zu Mikroaktivitäten wie etwa „d4503 Hindernisse umgehen“ oder „d4105 Sich beugen“. Daneben gibt es aber auch sehr komplexe Fähigkeiten wie „d640 Hausarbeiten erledigen“. Dazu listet die ICF folgende Teilaktivitäten auf: „Einen Haushalt zu handhaben durch Reinigen des Hauses, Waschen von Kleidung, Benutzung von Haushaltsgeräten, Lagerung von Lebensmitteln, Entsorgung von Müll, wie fegen, moppfen, Tische, Wände und andere Oberflächen reinigen; Haushaltsmüll zu sammeln und zu entsorgen; Zimmer, Toiletten und Schubladen in Ordnung zu halten; schmutzige Kleidung zu sammeln, zu waschen, zu trocknen, zusammenzulegen und zu bügeln; Schuhwerk zu reinigen; Besen, Bürsten und Staubsauger, Waschmaschinen, Trockner und Bügeleisen zu benutzen“ (Linden 2019).

Die Teilhabe wird in der ICF durch viele verschiedene Ebenen beschrieben, beispielsweise die Möglichkeit der Kommunikation (als Sender oder Empfänger), die Fortbewegung (mit beziehungsweise ohne Verkehrsmittel), der Umgang mit Erwerbstätigkeit (beispielsweise „d8450 Arbeit suchen“) oder die Beteiligung an allen Formen von Freizeit- oder Erholungsaktivitäten. An einem ICF-Code ist per se nicht erkennbar, ob es sich um eine theoretisch mögliche Fähigkeit handelt, die potenziell ausführbar wäre, oder um eine im Lebenskontext der jeweiligen Person tatsächlich genutzte Fähigkeit – also eine Form der Teilhabe.

Kontextfaktoren in der ICF

Der Bereich der Kontextfaktoren besteht aus personenbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren, die die Funktionsfähigkeit und Behinderung beeinflussen können. Personenbezogene Faktoren sind in der ICF bislang nicht klassifiziert. Sie könnten beispielsweise Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialen Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen, allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen (BAR 2015).

Als Umweltfaktoren klassifiziert sind beispielsweise Licht, Geräusche, Schwingung, Luftqualität, aber auch Beziehungen, Freunde, Zugang zur Gesundheitsversorgung oder „Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für die Erwerbstätigkeit“ (e1351). „Faktoren können fördernd sein, aber auch als Barriere wirken. Fördernd kann zum Beispiel die Unterstützung durch Eltern oder Ehepartner sein oder die Bereitschaft des Arbeitgebers zu einer stufenweisen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit an einem angepassten Arbeitsplatz. Als Barrieren kommen eine schlechte Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr oder das Wohnen im dritten Stock eines Hauses ohne Fahrstuhl infrage.“

Warum gibt es Kontextfaktoren in einer Klassifikation zur Dokumentation von Krankheitsfolgen?

Um dies nachvollziehen zu können, muss die Beurteilung von Störungen der Körperfunktionen mit Störungen von Fähigkeiten verglichen werden und außerdem der Begriff „Behinderung“ im Sinne der ICF verstanden werden. Für die Beurteilung von Funktionsstörungen gibt es internationale Standards, beispielsweise für ICF b770 „Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen incl. Funktionsstörungen wie spastisches, hemiplegisches, paraplegisches, asymmetrisches Gangbild, Hinken und steifes Gangbild“. Es gibt jedoch keine vergleichbaren Normen für Fähigkeiten: „Der Beurteilungsstandard ist personen- und umweltbezogen und für jeden Menschen individuell festzulegen. Für eine Sekretärin und einen Maurer gelten unterschiedliche Normen bezüglich ihrer Fähigkeiten“ (Linden 2019).

Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit müssen immer die jeweiligen individuellen Anforderungen des Arbeitsplatzes an die arbeitnehmende Person berücksichtigt werden (GBA 2022). Das bedeutet bei der Beurteilung von Fähigkeiten im Allgemeinen ist immer der Referenzkontext zu berücksichtigen, in dem die Fähigkeiten gefordert werden. Im Gegensatz zum Lokführer fällt es bei einem Büromitarbeiter vielleicht gar nicht auf, ob er ein paar Minuten früher oder später am Schreibtisch sitzt. Je nach Kontext fällt das Fehlen der Fähigkeit also unterschiedlich stark ins Gewicht (Baron 2019).

Eine Behinderung im Sinne der ICF ist kein Merkmal einer Person, sondern sie ergibt sich beim Handeln einer durch Krankheitsfolgen beeinträchtigten Person in der Wechselwirkung mit ihrer Umwelt (Grotkamp 2014). Das bedeutet, eine Person ist nicht behindert, sie wird gegebenenfalls durch ihre Umwelt behindert. Die Behinderung kann also möglicherweise behoben werden durch therapeutische Maßnahmen, aber auch durch Änderungen des Kontextes, also der Umwelt. Das kann bedeuten, dass eine Person, die sich gut mit ihrem Rollstuhl bewegen kann, im Sinne der ICF nicht mehr behindert wird, wenn ihre Umwelt barrierefrei ist. Der Kontext ist also wichtig für die Beurteilung der Folgen einer Krankheit. Daher stellt die ICF Kodes für die Beschreibung der Umwelt zur Verfügung.

Im Unterschied zur ICD kennt die ICF Schweregrade in der Ausprägung eines Problems: von 0 für „ohne, kein, unerheblich“ bis zu 4 für „komplett, total“ (Tabelle 1). Zur Kodierung gehört daher auch die Angabe eines Schweregrades hinter dem eigentliche ICF-Kode, sie wird Qualifying genannt (Linden 2019).

Tabelle 1: Stufen des Qualifying

xxx.0	Problem nicht vorhanden	(ohne, kein, unerheblich)	0–4 %
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt	(schwach, gering)	5–24 %
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich)	25–49 %
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst)	50–95 %
xxx.4	Problem voll ausgeprägt	(komplett, total)	96–100 %
xxx.8	nicht spezifiziert		
xxx.9	nicht anwendbar		

Quelle: Qualifyingstufen nach Seidel 2018

Anwendung der ICF

Die Nutzung der ICF setzt immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie beispielsweise solche, die allein von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden (BAR 2015). Die WHO hat für die Nutzung der ICF ethische Leitlinien veröffentlicht (WHO 2023). Die beurteilten Personen sollen mit Respekt behandelt und in den Beurteilungsprozess unbedingt einbezogen werden. Die Individualität der Person und ihrer Beurteilung soll trotz der Abstraktion durch die Klassifikation möglichst gewahrt bleiben (Grotkamp 2014).

„Gerade in der hausärztlichen Tätigkeit spielt die Kenntnis des gesamten Lebenshintergrundes, insbesondere der beruflichen Aspekte und der Alltagsbedingungen der Patienten eine große Rolle. Der Arzt übt eine Brückenfunktion zwischen den einzelnen Sektoren des Versorgungssystems (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) aus und muss mit den unterschiedlichen Zielen und Aufgaben sowie der Zugangssteuerung vertraut sein. Der niedergelassene Arzt kommt mit der ICF vor allem bei der Verordnung beziehungsweise der Empfehlung einer medizinischen Rehabilitation in Berührung, daneben auch bei Fragen der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit mit Bezug auf einen konkreten Arbeitsplatz. Auch die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V betreffend die Verordnung von medizinischer Rehabilitation wurde auf Grundlage der ICF erstellt. Die meisten niedergelassenen Ärzte sind insofern mit den Grundlagen der ICF bereits vertraut“ (BAR 2015).

Der Sachverständigenrat der Ärzteschaft bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat den ICF-Praxisleitfaden 1 erarbeitet. Ziel dieses Leitfadens ist es, insbesondere die an der Schnittstelle zur Rehabilitation (Zugang, Nachsorge) tätigen Ärztinnen und Ärzte mit der Konzeption der ICF vertraut zu machen und die ICF als Instrument für die systematische Erfassung der bio-psycho-sozialen Aspekte unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren näher zu bringen.

Die ICF hat momentan den Status einer Arbeitserleichterung, die Anwendung ist noch nicht verpflichtend. Die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen können sich die für ihren Bereich relevanten Teile herausuchen und individuelle Kurzlisten erstellen oder ebenfalls auf bestehende Listen, sogenannte Core-Sets, zurückgreifen. Häufig genutzt werden die ICF-Core-Sets, die von der ICF Research Branch Deutschland in Kooperation mit der Weltgesundheitsorganisation entwickelt wurden (Deventer und Ewert 2006).

Bei der Beschreibung der individuellen Situation und Dokumentation mit ICF können die Kontextfaktoren als Barrieren, aber auch als Förderfaktoren identifiziert werden, je nachdem, ob sie für die Person hinderlich oder förderlich wirken. In Gutachten zur Beurteilung der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit hat das Instrument „Mini-ICF-APP“ zunehmende Bedeutung erlangt (Pretis 2022). Es handelt sich um ein Kurzinstrument (Mini), welches das ICF-Kapitel „Aktivitäten“ (A) und „Partizipation“ (P) im Kontext psychischer Störung (P) abbilden soll (Baron 2019). Es ist ein Fremdbeurteilungsinstrument als Interview-Leitfaden und beschreibt 13 beruflich und alltagsbezogen bedeutsame psychische Fähigkeitsdimensionen. Voraussetzung für die sinnvolle Verwendung ist, dass der Bezugs- oder Referenzkontext konkret definiert ist (Christensen 2019). Nicht alle individuellen Beeinträchtigungen sind relevant für den eigenen Arbeitsplatz oder Referenzkontext.

In Deutschland sind die Referenzkontexte im SGB definiert:

- Wenn es um die Arbeitsfähigkeit geht, sind die konkreten Aktivitätsanforderungen am derzeitigen Arbeitsplatz zugrunde zu legen.
- Für die Arbeitsfähigkeit bei arbeitssuchenden Menschen ist unter Bezug auf das SGB III das Berufsfeld als Referenz heranzuziehen. „Es werden keine spezifischen Fachkenntnisse verlangt, sondern das, was in der Ausbildungsordnung (...) definiert ist“ (Linden 2019).
- Bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit ist der allgemeine Arbeitsmarkt die Referenz.
- Für die Beurteilung der Teilhabe am sozialen Leben bei der Bewilligung von Eingliederungshilfe (SGB XII) ist die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung zu prüfen.

Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung

Obwohl es die Klassifikation ICF schon seit dem Jahr 2005 in der deutschen Übersetzung gibt, ist sie nicht annähernd so tief im Gesundheitswesen verankert und auch nicht so bekannt wie die ICD. Im Jahr 2011 konstatierte Fuchs: „Die Verpflichtung des § 10 SGB IX zur trägerübergreifenden, ICF-orientierten Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs ist (...) nicht einmal in Ansätzen umgesetzt“ (Fuchs 2011). Sogar noch sechs Jahre später fragen sich Wenzel und Morfeld „Wie kann und soll die ICF in der medizinischen Rehabilitation genutzt werden?“ und stellen fest, dass erste Erfahrungen mit der ICF-basierten Therapiezielvereinbarung gemacht werden, aber generell erhebliche Defizite in der systematischen Umsetzung von Konzepten zur Therapiezielvereinbarung und bei der Beteiligung der betreffenden Patientinnen und Patienten festzustellen sind (Wenzel und Morfeld 2017).

Woran liegt das? – Ursachen und Gründe

Uneinheitliche Operationalisierung

Wie in der ICD werden auch bei der ICF keine Operationalisierungen vorgegeben. Die Messung erfolgt auf unterschiedlichste Weise (Blutdruckmessgerät, Depressionsfragebogen, berufliches Assessmentverfahren) (Linden 2019: 216). Bei der Dokumentation mit ICF treten in der Praxis oft Probleme auf, beispielsweise bei dem Versuch, die Versorgung bei Orthesen mit ICF zu dokumentieren (Vehse et al. 2022). „Es zeigte sich, dass die Variabilität der Befunde und Versorgungsziele keine spezifische Differenzierung der Orthesenzuordnung über die ICF erlaubt. Um dennoch eine ICF-basierte Entscheidung bei der Auswahl einer geeigneten Unterschenkelorthese treffen zu können, wurde ein Kode-Set als Orientierungshilfe entwickelt.“

Das Vorgehen erscheint typisch. Für verschiedene Kontexte werden immer wieder neue Kode-Sets (auch bekannt als Core-Sets) entwickelt, welche eine Reduktion beziehungsweise Abstraktion der gesamten ICF darstellen. Letztendlich widersprechen Core-Sets durch ihre Abstraktion aber dem Grundsatz der Berücksichtigung der Individualität der beurteilten Person. Für Leistungsträger und Leistungserbringer ist es nach BTHG notwendig geworden, die Wirksamkeit von Leistungen sichtbar zu machen. Die Prüfung

der Wirksamkeitsmessung in der Eingliederungshilfe anhand der ICF hat in einem Forschungsprojekt als Ergebnis einen Fragebogen, der die subjektive Wahrnehmung von Wirksamkeit bei den Leistungsempfängerinnen und -empfängern abfragt (Leikauf 2021). Hier wird die Schwierigkeit einer objektivierbaren Messung unmittelbar deutlich.

Problematisch für alle Beteiligten ist auch, dass der §118 im BTHG die jeweiligen Landesregierungen ermächtigt, das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen, was zur Folge hat, dass deutschlandweit unterschiedliche Operationalisierungen der Bedarfsermittlung entstehen. Auch der scheinbare Interview-Standard „Mini-ICF-APP“ wird mittlerweile in vielen Varianten verwendet: als Mini-ICF-APP-W (work) für die Beschreibung von Arbeitsanforderungen (Muschalla 2019), Mini-ICF-APP-S (Selbstbeurteilung) oder auch -H (home) zur Erfassung der Wohnfähigkeit (Podschus und Linden 2019).

Die Heterogenität in der Operationalisierung kritisieren Wenzel und Morfeld und warnen vor der „Gefahr einer ausufernden unsystematischen Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF. Dabei droht ein konsistentes und folgerichtiges Modell zerfasert zu werden, was schließlich eine unsaubere oder verkehrte Nutzung nach sich zöge, die unter Umständen sogar den eigentlichen Zielen der ICF entgegenstehen könnte.“ (Wenzel und Morfeld 2017).

Unfertige Kodestrukturen

Kontextfaktoren sind elementar für das Konzept der Behinderung in der ICF (siehe oben: Kontextfaktoren). Dennoch sind personenbezogene Faktoren als Teil der Kontextfaktoren in der ICF bislang nicht klassifiziert und somit nicht nutz- oder dokumentierbar (Schuntermann 2013). Die Detailtiefe innerhalb der ICF-Klassifikation ist sehr inhomogen, teilweise sind Codes aber auch Teilmengen anderer Codes, sie sind also nicht überschneidungsfrei.

Mangelnde Sorgfalt offizieller Stellen

Die WHO hat zwar die ICF entwickelt und zuletzt für die drei Referenzklassifikationen eine gemeinsame technische Datenbasis in elektronischer Form bereitgestellt (die

sogenannte Foundation), auch hat die WHO idealtypische Vorstellungen, wie sich ihre drei Referenzklassifikationen gegenseitig ergänzen und miteinander verwendet werden sollen (Sievers 2021), aber andererseits gibt es keine jährliche Revision der ICF, anders als bei der ICD. Es gibt irritierenderweise verschiedene offizielle Webseiten der WHO zur ICF (WHO 2017 und 2023). Auf der einen Webseite ist der veraltete Stand des Jahres 2017 angezeigt, auf der anderen ist der aktuelle Stand dargestellt, aber es gibt mehrere ICF-Menüeinträge, die fälschlicherweise zu ICD-11-Seiten führen. Die neueste ICF-Version stammt aus dem Jahr 2018. In Deutschland ist vorerst die Fassung von 2005 weiterhin gültig. Das BfArM gibt als WHO-Kooperationszentrum für das System der Internationalen Klassifikationen die deutschsprachige Übersetzung der ICF heraus. Auf der Seite des BfArM werden auch ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum verlinkt. Die meisten Angaben zu noch nicht abgeschlossenen Projekten wurden zuletzt vor mehr als fünf Jahren aktualisiert.

Weitere Gründe

Im Gegensatz zur ICD, welche in Deutschland tief im Gesundheitswesen verankert ist und eine zentrale Position bei der Dokumentation und verteilende Wirkung in den Entgeltsystemen innehat, ist die Dokumentation mittels ICF freiwillig und ohne Bezug zu den Geldflüssen. Die geringe Verbreitung kann auch einen selbstverstärkenden Effekt haben, sodass die Klassifikation manchen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen immer noch unbekannt ist. Der Ergebnisbericht eines Innovationsfondsprojektes zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) zeigt noch andere mögliche Ursachen auf: Die Kodierung wurde dort nicht gut angenommen, auch weil „Leistungserbringer in SPZ eine geringe Affinität zu technischen Anwendungen haben“. Zusätzlich wird vermutet, „dass andere Settings noch größere Schwierigkeiten mit der Kodierung haben werden, solange diese nicht verpflichtend ist“ (Bock et al. 2021).

Fazit

Klassifikationen werden benutzt, um Sachverhalte voneinander abzugrenzen, zu abstrahieren und auf höherer Ebene abzubilden. Im Gesundheitswesen werden sie zur Dokumentation, für die Gesundheitsberichterstattung und als Grundlage für Vergütungs-

und Finanzierungssysteme verwendet. Anhand der mittels der ICD-Klassifikation weltweit gesammelten Daten kann die WHO die Mortalität und Morbidität abbilden und Forscher können medizinische Zusammenhänge analysieren.

Für die ICF lässt sich das analog nicht sagen. Es gibt keine Dokumentationspflicht, keine Verankerung in Vergütungssystemen und daher eine vergleichsweise geringe Nutzung, welche aggregierte Gesundheitsberichte nicht zulässt. Auch zwei Jahrzehnte nach ihrer Einführung scheint bei der Nutzung der ICF noch viel Unsicherheit und Ausprobieren vorzuherrschen und von offizieller Seite gibt es wenig Weiterentwicklung, beispielsweise sind personenbezogene Faktoren in der ICF bislang nicht klassifiziert. Die deutsche Version ist auf dem Stand von 2005 stehengeblieben und wurde nicht von offizieller Stelle, sondern von motivierten „Freiwilligen“ ins Deutsche übersetzt (BfArM 2023). Für die Verbesserung der Versorgung auf volkswirtschaftlicher Ebene fehlt der ICF die Verbreitung. Sie funktioniert eher auf individueller Ebene der Betroffenen, wenn sie bei Gutachten verwendet wird. Der größte Verdienst des hinter der ICF stehenden gedanklichen Modells liegt vielleicht in der veränderten Sichtweise auf Behinderung: Die Behinderung ist keine personenbezogene Eigenschaft, sondern die betroffenen Menschen werden von der Umwelt behindert.

Von der ICF zu erwarten, dass analog zu anderen Klassifikationen statistisch auswertbare Daten die Gesundheit der Bevölkerung abbilden, um diese zu verbessern, wäre wahrscheinlich jedoch zu viel verlangt. Insofern gilt möglicherweise immer noch, was Deventer und Ewert schon 2006 formulierten: „Der Schwerpunkt der Umsetzung der ICF liegt aber derzeit nicht in der Anwendung als Klassifikation, sondern in ihrer Bedeutung als Konzeption und Modell“ (Deventer und Ewert 2006).

Literatur

- BAG BBW – Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V. (Hrsg.). Lexikon: ICF. Online unter www.bagbbw.de/lexikon/lexikon-detail/rehadat/10531/ (Download am 12. April 2023).
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.) (2015). ICF: Zugang zur Rehabilitation. ICF-Praxisleitfaden 1. Online unter www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/IK.ICF1Kurz.web.pdf (Download am 12. April 2023).
- Baron, S. (2019). Erfassung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen mit dem Mini-ICF-APP und Mini-ICF-APP-S. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 32. S. 237–250.
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) (2023). Kodiersysteme: ICF. Online unter www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html (Download am 12. April 2023).
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020). Bundesteilhabegesetz. BTHG. Online unter www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesteilhabegesetz.html#linkicon (Download am 12. April 2023).
- Bock, F. de, Georg, S., Görig, T. und M. Eichinger (2021). Verbesserung der Versorgungsqualität von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen in Sozialpädiatrischen Zentren. Ergebnisbericht PART-CHILD (Universität Heidelberg – Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin [MIPH]).
- Christensen, S. und B. Martin (2019). Das Mini-ICF-APP in psychiatrischen Gutachten zuhauenden einer kantonalen Stelle der Eidgenössischen Invalidenversicherung in der Schweiz. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 107. S. 220–231.
- Deventer, A. und T. Ewert (2006). ICF in der Ärztlichen Arbeit: Mehr als eine neue Klassifikation. In: Deutsches Ärzteblatt 38. Online unter www.aerzteblatt.de/archiv/66019/ICF-in-der-Aerztlichen-Arbeit-Mehr-als-eine-neue-Klassifikation (Download am 12. April 2023).
- Dusel, J. (2022). Behindertengleichstellungsgesetz (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen [Hrsg.]). Online unter www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/rechtliches/behindertengleichstellungsgesetz/behindertengleichstellungsgesetz-node.html (Download am 12. April 2023).

- Esken, S. (2016). Bundesteilhabegesetz und Bundesgleichstellungsgesetz für mehr gleichberechtigte Teilhabe und Selbstbestimmung behinderter Menschen in Deutschland. Online unter www.saskiaesken.de/statements/bundesteilhabegesetz-und-bundesgleichstellungsgesetz-fuer-mehr-gleichberechtigte-teilhabe-und-selbstbestimmung-behinderter-mensch (Download am 12. April 2023).
- Fuchs, H. (2011). Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Zehn Jahre Sozialgesetzbuch IX (hrsg. v. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation) (Soziale Sicherheit 6).
- GBA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2022). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V. GBA. In: BAnz AT vom 16. Dezember 2022, B2.
- Grotkamp, S. (2014). Die Bedeutung von Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung. Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment, (hrsg. v. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation), 10. Online unter www.reha-recht.de (Download am 12. April 2023).
- Leikauf, J. (2021). Wirksamkeitsmessung in der Eingliederungshilfe anhand des ICF. Master-Thesis. Evangelische Hochschule Nürnberg, Nürnberg.
- Linden, M. (2019). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF): Kodiersystem, juristisches Regelwerk und theoretisches Konzept. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 32 (107). S. 212–219.
- Muschalla, B. (2019). Mini-ICF-Job-Fit: Operationalisierung des psychischen Person-Job-Fit mit dem Fähigkeitskonzept nach Mini-ICF-APP. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 32 (107). S. 251–256.
- Podschus, J. und M. Linden (2019). Die psychische Bedeutung der Wohnung und die Erfassung der Wohnfähigkeit mit dem Mini-ICF-APP-H. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 32 (107). S. 257–267.
- Pretis, M. (Hrsg.) (2022). ICF-basierte Gutachten erstellen. Entwicklung im interdisziplinären Team. München. Online unter <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.2378/9783497615919> (Download am 12. April 2023).
- Schuntermann, M. F. (2013). Zwölf Jahre ICF – Ein Rückblick auf die Entwicklung und Implementierungsbemühungen. Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment: 6/2013, (hrsg. v. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation). Online unter www.reha-recht.de (Download am 12. April 2023).

- Seidel, A. (2018). Was ist und wozu dient die ICF? Autismus-Spektrum-Störungen im System der International Classification of Functioning (ICF). Stuttgart.
- Sievers, C. (2021). ICD-11: Mehr als nur ein Update. In: Repschläger, U., Schulte, C. und N. Osterkamp (Hrsg.). BARMER Gesundheitswesen aktuell 2021. Beiträge und Analysen. Wuppertal. S. 96–124. doi: 10.30433/GWA2021-96.
- Vehse, B. C., Espei, A., Kandel, G., Püttmann, B. und P. Fröhlingsdorf (2022). Code-Set für eine ICF-basierte Versorgung mit Unterschenkelorthesen (AFOs) - wie aus Scheitern Erkenntnisgewinn wird. In: Orthopädie Technik 73 (3). S. 34–39. Online unter <https://360-ot.de/code-set-fuer-eine-icf-basierte-versorgung-mit-unterschenkelorthesen-afos-wie-aus-scheitern-erkenntnisgewinn-wird/?msclkid=95d93cd8b-57a11ecbc1741843dda01db&v=86e6e88dd080> (Download am 12. April 2023).
- Wenzel, T.-R. und M. Morfeld (2017). Nutzung der ICF in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz [Use of the ICF in medical rehabilitation in Germany: claims and reality] 60 (4). S. 386–393. doi: 10.1007/s00103-017-2517-x.
- WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2017). ICF Browser. Online unter <https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/> (Download am 12. April 2023).
- WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2023). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Online unter <https://icd.who.int/dev11/l-icf/en> (Download am 12. April 2023).