

Thomas Ewert, Petra Nölp

DIE INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (ICF) UND IHRE VERANKERUNG IN DER DEUTSCHEN SOZIALGESETZGEBUNG

► Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ergänzt die bereits etablierte Klassifikation der Krankheiten (ICD). Mit der ICF können Krankheitskonsequenzen und mit Gesundheitsproblemen assoziierte Phänomene umfassend beschrieben werden. Hierfür bietet die ICF ein integratives bio-psycho-soziales Modell und eine Klassifikation zur Beschreibung der Funktionsfähigkeit und Umweltfaktoren. Es können sowohl die Beeinträchtigungen und Probleme von Langzeitüberlebenden und chronisch Kranken, Untersuchungsergebnisse, Behandlungs- und Interventionsziele als auch Versorgungsbedarfe mit der ICF abgeleitet und Behandlungsstrategien beschrieben werden. Gerade durch das Bundesteilhabegesetz hat die Bedeutung der ICF in der Deutschen Sozialgesetzgebung sowie in untergesetzlichen Normen deutlich zugenommen. Dieser Beitrag stellt die Grundzüge der ICF dar und geht der Frage nach dem Bezug von der ICF zum Bundesteilhabegesetz, der Versorgungsmedizinverordnung sowie der Rehabilitations-Richtlinie nach.

I. EINLEITUNG

Aufgrund aktueller Entwicklungen wie beispielsweise der Alterung der Gesellschaft und der damit verbundenen Zunahme an chronischen Erkrankungen [1] wird unser Gesundheitssystem vor große Herausforderungen gestellt, die es mit den verfügbaren Ressourcen zu bewältigen gilt. Zur besseren Versorgung erkrankter und/oder behinderter Personen ist zunächst eine umfassende Beschreibung des Gesundheitszustandes erforderlich um in einem nächsten Schritt geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung ableiten zu können. Bislang ist jedoch ein Defizit in der Versorgungsforschung hinsichtlich der mangelnden und uneinheitlichen Erfassung von Krankheitsfolgen und der mit Krankheit assoziierten Phänomene zu verzeichnen [2]. Die Kenntnis der ICD-10 Diagnose ist zur Beschreibung der Folgen

von Krankheit nur von begrenztem Informationsgehalt [3], da nicht alle Gesundheitsprobleme der Betroffenen fest an die jeweilige medizinische Erkrankung gekoppelt sind. Die Diagnose einer Krebserkrankung gibt beispielsweise keine Auskunft darüber, ob und inwieweit Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit des Patienten bestehen und welcher Behandlungs- und Unterstützungsbedarf notwendig ist. Ergänzend zur ICD-Diagnose hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) daher die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) entwickelt [4]. Mittels der ICF ist es möglich einen umfassenderen Überblick zu gewinnen aus dem wiederum Versorgungsbedarfe einfacher abgeleitet werden können. Die Anwendung der ICF ist in diesem Zusammenhang besonders

bedeutsam um die Komplexität einer Gesundheitsproblematik überhaupt abbilden und erfassen zu können.

International schreitet die Verbreitung der ICF voran und findet im deutschen Kontext derzeit vor allem in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Sozialmedizin und Pflege Anwendung [5–7]. In Deutschland wird die Anwendung der ICF auf politischer Ebene unterstützt und es erfolgte eine Neudefinition des Behinderungsbegriffes in Anlehnung an die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Dass sich auch die Akzeptanz für den Einsatz der ICF gefestigt hat, zeigt die Aufnahme von Bestandteilen der ICF an verschiedenen Stellen der Sozialgesetzgebung. Neben der allgemeinen Erläuterung der ICF (bio-psycho-soziales Modell, Klassifikation) sollen im Rahmen dieses Artikels auch die Schnittstellen zu relevanten Gesetzen und Verordnungen kurz skizziert werden.

II. GRUNDLAGEN DER ICF UND IHR EINFLUSS AUF DIE DEUTSCHE SOZIALGESETZGEBUNG

Die ICF

Die Verwendung der Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) findet dort ihre Grenzen, wo nicht über die Krankheit selbst, sondern über die Behinderung und Funktionsfähigkeit von Personen beispielsweise als direkte und indirekte Konsequenz einer Erkrankung berichtet werden soll. Eine umfassende Beschreibung der langfristigen Krankheitsfolgen ist sowohl für die Gesundheitsversorgung als auch für die Gesellschaft, Politik und für die Betroffenen wichtig. Die Schaffung von mehr Transparenz ist mit der ICF möglich. Im Gegensatz zu früheren Systemen erweitert die ICF die medizinische Sichtweise und berücksichtigt soziale Aspekte von Behinderung ebenso wie Umweltfaktoren. Die ICF wurde 2001 von der Vollversammlung der WHO als offizielle Klassifikation verabschiedet. Alle 194 WHO-Mitgliedstaaten verpflichten sich in der Erklärung, die ICF anzuwenden.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Wechselwirkungen können zwischen den folgenden zentralen Komponenten im Modell bestehen (s. Abbildung 1):

Gesundheitsproblem. Das Gesundheitsproblem fungiert als Oberbegriff für Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen, Traumata oder andere Phänomene, im Spektrum von Schwangerschaft, Stress, kongenitale Anomalien oder genetischen Präpositionen, soweit diese krankheitswertig sind, werden sie in der Regel mit der ICD [8] erfasst. Damit ist die Gesundheitsstörung zwar Teil des bio-psycho-sozialen Modells, wird aber nicht mit der ICF klassifiziert.

Körperfunktion und Körperstrukturen. Umfasst sind Komponenten des Körpers mit Körperstrukturen (alle anatomischen Teile des Körpers wie Organe oder Gliedmaßen) und Körperfunk-

tionen (physiologische Funktionen von Körpersystemen wie Muskelausdauer bis hin zu psychologischen Funktionen wie dem Gedächtnis). Schädigungen bezeichnen dabei Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie zum Beispiel eine wesentliche Normabweichung oder ein Verlust (zum Beispiel eines Organs). Konkrete Beispiele für Schädigungen sind postoperative Schmerzen oder entstandenes Narbengewebe.

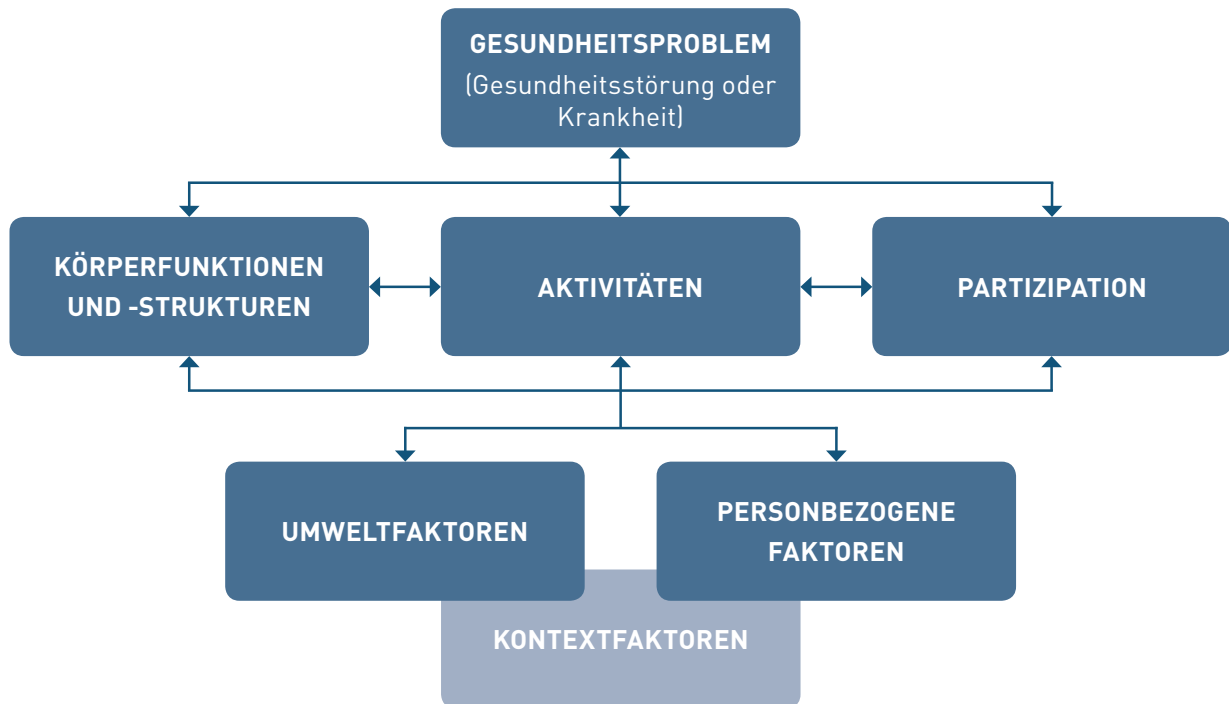
Aktivität und Partizipation. Die Komponente der Aktivität und Partizipation (Teilhabe). Aktivität bezieht sich auf die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (zum Beispiel Gehen, sich selbst versorgen, Sport treiben) durch einen Menschen, während Partizipation das Einbezogenensein in Lebenssituationen beschreibt (zum Beispiel gesellschaftlicher Aspekt des Eingebundenseins in einen Sportverein). Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann (zum Beispiel eine verringerte Gehstrecke bei einer kardiorespiratorischen Erkrankung). Beeinträchtigungen der Partizipation sind demgegenüber Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt, wie beispielsweise eine resultierende Arbeitsunfähigkeit oder der eingeschränkte Kontakt zu Freunden oder Familienmitgliedern.

Kontextfaktoren. Die Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar und stehen nicht nur im Zusammenhang mit der Entstehung oder Verhütung einer Gesundheitsstörung, sondern beeinflussen den Gesundheitsverlauf auch in jedem Stadium. Sie umfassen die umwelt- und personbezogenen Faktoren. Die Umweltfaktoren bilden die soziale, materielle und verhaltensbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben (wie Familie, Fachleute im Gesundheitswesen, Gebäudezugänge, Hilfsmittel oder Einstellungen von Arbeitgebern). Förderfaktoren sind Faktoren in der Umwelt einer Person, die die Funktionsfähigkeit verbessern (und eine Behinderung ver-

mindern). Hierunter können zum Beispiel Hilfen zur beruflichen Eingliederung fallen, sei es in Form von Gesetzen, Weiterbildungsmaßnahmen oder konkreten Anpassungen des Arbeitsplatzes. Barrieren sind (vorhandene oder fehlende) Faktoren in der Umwelt einer Person, die die Funktionsfähigkeit einschränken und Behinderung schaffen. Typische Barrieren können mangelnde bauliche Anpassungen (Treppen ohne Rampe oder Aufzug) oder auch gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Menschen mit Erkrankungen sein. Die personbezogenen Faktoren umfassen die Gegebenheiten einer Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems sind, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Verarbeitungsstile, Behandlungsmotivation, persönliche Erfahrungen und Lebensstile. Die personbezogenen Faktoren sind Teil des bio-psycho-sozialen Modells, bislang sind sie jedoch in der ICF Klassifikation nicht enthalten.

Funktionsfähigkeit/Behinderung. In der ICF wird die Funktionsfähigkeit als Oberbegriff für alle nicht problematischen Bereiche von Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation herangezogen. Der Begriff der Behinderung wird für jede Art von Schädigung oder Beeinträchtigung dieser Bereiche verwendet. Funktionsfähigkeit und Behinderung decken in der ICF dieselben Komponenten ab – nur werden mit dem einen Begriff die nicht problematischen Bereiche und mit dem anderen die problematischen Bereiche gekennzeichnet. Damit unterscheidet sich die Definition des Begriffs „Behinderung“ im Sinne der ICF deutlich von den in Deutschland gebräuchlichen Definitionen. Die Funktionsfähigkeit beziehungsweise Behinderung wird in der ICF nicht als eine Eigenschaft von Personen, sondern als Resultat einer Interaktion zwischen dem Betroffenen und seiner Umwelt verstanden. Das Ausmaß der Behinderung wird sowohl von der Krankheit (zum Beispiel Lokalisation und Ausmaß der Schäden im Gehirn nach einem Schlaganfall) als auch von den Kontextfaktoren beeinflusst. So kann eine unterstützende

ABBILDUNG 1: Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [11]



und den Bedürfnissen angepasste Umwelt ebenso einen fördernden Einfluss haben wie eine entsprechende Motivation des Betroffenen. Während frühere Modelle zur Behinderung mehr oder weniger als kausales Krankheitsfolgemodell konzipiert waren (aus einer Krankheit resultieren negative Folgen), basiert die ICF auf einem komplexen Wechselwirkungsmodell. Die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit einer Person werden nicht als direkte Konsequenz einer Krankheit, sondern als mit dieser assoziiert gesehen. Folglich steht die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Zusammenhang mit der Diagnose, sie ist aber weit komplexer und geht über die unmittelbaren Folgen eines Krankheitszustandes hinaus. Beispielsweise kann die depressive Phase eines Patienten die familiäre Situation verändern, was sich wiederum auf seine Funktionsfähigkeit, zum Beispiel die seines Immunsystems, auswirken kann. Daher ist die Berücksichtigung der Assoziation der Funktionsfähigkeit mit Kontextfaktoren von großer Bedeutung [9]. Inzwischen gibt es

empirische Belege für die Validität des ICF-Modells [10]. Das Modell ermöglicht die Annahme von Wechselwirkungen zwischen allen Komponenten (zum Beispiel führt eine Beeinträchtigung in den Aktivitäten durch einen Gipsverband zu Schädigungen der Körperfunktionen, beispielsweise zu einer verringerten Muskelkraft). Welche Wechselwirkungen sich als relevant herausstellen, sollte Gegenstand weiterer Forschungsaktivitäten sein. Die ICF selbst enthält hierzu keine weiteren Informationen. In ihr findet sich kein Hinweis darauf, dass einige Komponenten von höherer Bedeutung sind als andere.

Um das bio-psycho-soziale Modell in seiner Komplexität zu verdeutlichen, wird ein fiktives Beispiel geschildert:

Florian P. ist 43 Jahre alt und gelernter Industriemechaniker (personbezogene Faktoren). Vor drei Jahren erhielt er die Diagnose Prostatakarzinom. Aufgrund der Tumorgroße wurde eine Prostataektomie durchgeführt (Körperstrukturen). Weitere Therapiemaßnahmen schlossen sich in den darauffolgenden Monaten an. Zu die-

ser Zeit war Herr P. verheiratet und hatte einen achtjährigen Sohn (Umweltfaktoren). Auf die Akutbehandlung folgte ein Aufenthalt in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik. Nach der Rehabilitation litt Herr P. noch unter einer Reihe unerwünschter Folgeerscheinungen der Operation, wie etwa einer Belastungsinkontinenz (Körperfunktionen). Ein Jahr nach der Diagnose nahm Herr P. seine Arbeit wieder auf, allerdings aufgrund seiner reduzierten Belastbarkeit nur mit 50% der regulären Arbeitszeit (Aktivitäten/Partizipation). Zwei Jahre später zerbrach seine Ehe und er verlor in der anschließenden Auseinandersetzung u.a. um die Kindesbetreuung auch einen Teil der gemeinsamen Freunde (Umweltfaktoren), was Herrn P. psychisch nicht unberührt ließ (personbezogener Faktor). Er zog sich von vielen Freizeitaktivitäten (Aktivitäten/Partizipation) zurück und entwickelte abgesehen davon zunehmend die Angst, dass die Erkrankung wieder ausbrechen könne (Körperfunktionen). Da er sehr bestrebt war, mögliche Anzeichen einer neuen Krebserkrankung so zügig wie möglich zu bemerken, suchte er wegen

verschiedener Befindlichkeitsstörungen den Hausarzt auf (Aktivitäten/Partizipation). Neben den Ängsten um die eigene Gesundheit belastet Herrn P. auch die Tatsache, dass aufgrund der reduzierten Arbeitszeit die kleinen finanziellen Reserven bald aufgebraucht sind (Umweltfaktoren). Größere spontane Ausgaben sind derzeit nicht möglich und Herr P. sieht sich zunehmend weniger in der Lage, seinem Kind bei den wöchentlich vereinbarten Treffen etwas bieten zu können und seinen Pflichten als Vater nachzukommen (Aktivitäten/Partizipation). Insgesamt ist er unglücklich und mit der momentanen Situation unzufrieden. Die Möglichkeit, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen (Umweltfaktor) sieht er skeptisch, da der Krebs bereits genug Raum in seinem Leben einnimmt.

Anhand dieser Schilderung lassen sich nun verschiedene Akteure im Gesundheitssystem identifizieren und koordinieren, um mögliche Interventionen einzuleiten. So könnte sich das Sozialamt engagieren, um die Familie finanziell zu entlasten. Darüber hinaus könnte es sinnvoll sein, eine psychologische Unterstützung anzustreben, die der Patient akzeptieren kann. Auf Grundlage solcher Informationen wäre eine grobe Orientierung der beteiligten Akteure hinsichtlich der Versorgungsbedarfe, aber auch eine Beschreibung der Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Komponenten möglich und wünschenswert.

Die Klassifikation der ICF und Anwendungsmöglichkeiten

Die WHO beließ es nicht bei dem biopsychosozialen Modell, sondern entwickelte zusätzlich eine darauf basierende Klassifikation mit insgesamt 1424 Kategorien in 30 Kapiteln [11]. Diese Klassifikation soll die Komponenten des Modells mit konkreteren Inhalten füllen und auch ein fach- und länderübergreifendes Vokabular für die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen bereithalten. Eine solche Standardisierung ist immer dann sehr vorteilhaft,

wenn über Berufsgruppen und/oder Sektorengrenzen hinweg kommuniziert werden muss. Darüber hinaus kann die ICF auch für die Patienten und Patientinnen selbst ein Instrumentarium sein, um sich im Gesundheitssystem besser zu artikulieren und mehr Einfluss auf Entscheidungen nehmen zu können [12]. Die ICF sollte allerdings nicht so verstanden werden, dass sie sowohl von medizinischen Laien als auch von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe ohne Schulung und Anleitung problemlos gehandhabt werden kann. Hier empfiehlt es sich, sich mit ihrem Hintergrund vertraut zu machen. Die ICF bietet mit der Klassifikation ein gemeinsames, standardisiertes Vokabular an, dessen Systematik im Folgenden dargestellt wird. Die Klassifikation nutzt ein hierarchisches alphanumerisches System, bei dem den Komponenten Kennbuchstaben zugeordnet sind:

Die Klassifikation der Körperfunktionen (einschließlich des mentalen Bereichs). Die Kategorienkodes (Itemkodes) beginnen mit dem Kennbuchstaben „b“ (von body functions) (s. Tabelle 1).

Die Klassifikation der Körperstrukturen. Die Kategorien beginnen mit „s“ (von body structures) (s. Tabelle 2).

Eine gemeinsame Klassifikation der Aktivitäten/Partizipation der Lebensbereiche. Die Kategorienkodes beginnen mit „d“ (von life domains). Das „d“ wird der ICF-Kategorie vorangestellt, wenn keine gesonderte Differenzierung nach Aktivität oder Partizipation erforderlich ist. Es besteht jedoch die Möglichkeit, durch die Präfixe „a“ (activities) und „p“ (participation) eine Kategorie weiter zu spezifizieren (s. Tabelle 3).

Die Klassifikation der Umweltfaktoren. Die Kategorienkodes beginnen mit „e“ (von environmental factors) (s. Tabelle 4).

Die **personbezogenen Faktoren** sind bislang nicht Bestandteil der Klassifikation. Seitens der WHO ist jedoch beabsichtigt, eine entsprechende Klassifikation zu entwickeln. Obwohl der Vorteil einer solchen Klassifikation für die Praxis von vielen Autoren formuliert wurde, sind noch viele grundlegende Fra-

gen zu klären, bevor eine internationale Entwicklung initiiert werden kann [13].

Kodierung der ICF: In der Klassifikation folgt dem Buchstaben ein numerischer Kode, der mit einer einziffrigen Kapitelnummer beginnt (Kapitelüberschrift, s. Tabellen 1, 2, 3, 4), gefolgt von der zweiziffrigen 2. Gliederungsebene und den jeweils einziffrigen 3. und 4. Ebenen. Vervollständigt werden die Angaben durch Beurteilungsmerkmale, die das Gesundheitsniveau (zum Beispiel den Schweregrad eines Problems) durch Ziffern nach dem Kode angeben.

Die Liste der Anwendungsmöglichkeiten und -bereiche der ICF ist umfassend. Sie reicht von der Kommunikation mit Klienten und Klientinnen aller Altersgruppen über die interne Teamkommunikation bis hin zur sektorenübergreifenden, präzisen Messung bestimmter Inhaltsbereiche der ICF. Obwohl bei der Anwendung der ICF Schulungen durch Experten empfohlen werden (in Ergänzung auch ICF e-Learning Tool zu finden unter: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool> und weiteres kostenloses Schulungsmaterial der ICF Research Branch), soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass Anwender nicht zwingend alle 1424 Kategorien der Klassifikation verwenden müssen, wodurch die Handhabung sehr zeitaufwändig wäre, sondern sich auf einen Teilbereich spezialisieren können. Eine Möglichkeit, um die ICF beispielsweise für die rehabilitative Praxis anwendbar zu machen, ist die „Vorauswahl“ relevanter ICF-Kategorien [3], die als sogenannte **ICF-Core-Sets** bezeichnet werden. Die krankheitsspezifischen ICF-Core-Sets sollen einerseits möglichst wenige Kategorien beinhalten, um praktikabel zu sein. Andererseits sollen sie so viele Kategorien wie nötig umfassen, um das prototypische Spektrum an Einschränkungen der Funktionsfähigkeit abzubilden. Für verschiedene Bereiche der Rehabilitation – wie der weiterführenden Rehabilitation – scheint die Bindung der ICF-Core-Sets an bestimmte Gesundheitsstörungen vielversprechend [14].

TABELLE 1: Körperfunktionen

Klassifikation der ersten Ebene: Körperfunktionen		Kodes der zweiten Ebene
Kapitel 1	Mentale Funktionen	b110 bis b199
Kapitel 2	Sinnesfunktionen und Schmerz	b210 bis b299
Kapitel 3	Stimm- und Sprechfunktionen	b310 bis b399
Kapitel 4	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	b410 bis b499
Kapitel 5	Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	b510 bis b599
Kapitel 6	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	b610 bis b699
Kapitel 7	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	b710 bis b799
Kapitel 8	Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	b810 bis b899

TABELLE 2: Körperstrukturen

Klassifikation der ersten Ebene: Körperstrukturen		Kodes der zweiten Ebene
Kapitel 1	Strukturen des Nervensystems	s110 bis s199
Kapitel 2	Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen	s210 bis s299
Kapitel 3	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind	s310 bis s399
Kapitel 4	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems	s410 bis s499
Kapitel 5	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen	s510 bis s599
Kapitel 6	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen	s610 bis s699
Kapitel 7	Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen	s710 bis s799
Kapitel 8	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde	s810 bis s899

TABELLE 3: Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Klassifikation der ersten Ebene: Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]		Kodes der zweiten Ebene
Kapitel 1	Lernen und Wissensanwendung	d110 bis d199
Kapitel 2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	d210 bis d299
Kapitel 3	Kommunikation	d310 bis d399
Kapitel 4	Mobilität	d410 bis d499
Kapitel 5	Selbstversorgung	d510 bis d599
Kapitel 6	Häusliches Leben	d610 bis d699
Kapitel 7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	d710 bis d799
Kapitel 8	Bedeutende Lebensbereiche	d810 bis d899
Kapitel 9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	d910 bis d999

TABELLE 4: Umweltfaktoren

Klassifikation der ersten Ebene: Umweltfaktoren		Kodes der zweiten Ebene
Kapitel 1	Produkte und Technologien	e110 bis e199
Kapitel 2	Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt	e210 bis e299
Kapitel 3	Unterstützung und Beziehungen	e310 bis e399
Kapitel 4	Einstellungen	e410 bis e499
Kapitel 5	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	e510 bis e599

Der Public Health Action Cycle

Bei dem Public Health Action Cycle (s. Abbildung 2) handelt es sich um ein zyklisches vier Phasen Modell, welches für die Steuerung gesundheitspolitischer Interventionen herangezogen werden kann [15]. Der Aktionszyklus zielt dabei auf die Verbesserung von Projekten und Prozessen durch die strategische Planung und Umsetzung von Gesundheitsinterventionen [16]. In einem ersten Schritt zur Verbesserung der Versorgung aufgrund einer Krankheit eingeschränkter und behinderter Menschen stellt sich die Frage, welche Unterstützungsbedarfe für diese überhaupt bestehen. Ein möglicher Ansatz dabei ist, die Situation aus gesellschaftlicher Perspektive zu betrachten und auf der Ebene von Bevölkerungsgruppen die gemeinsam zu lösende *Problemstellung zu bestimmen*. Von Interesse könnte beispielsweise die bessere Versorgung von Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) sein. Zur Begründung der Relevanz können v.a. die steigende Prävalenz in Bezug auf dieses Krankheitsbild [17] sowie die hohe Krankheitslast und Sterblichkeit angeführt werden [18]. Das bedeutet, Betroffene weisen häufig eine geringere Lebensqualität auf, haben Schwierigkeiten den Alltag zu bewältigen und können aufgrund ihrer Erkrankung unter Ängsten und Depressionen leiden [19]. Zur Identifizierung der zu fokussierenden Problemstellung kann die Orientierung an geeigneten wissenschaftlich fundierten Modellen hilfreich sein. Die ICF als Klassifikationssystem mit weltweiter Akzeptanz kann mit ihrer umfassenden Beschreibung der Funktionsfähigkeit und der Kontextfaktoren hierzu einen substanziellen Beitrag leisten. Ist die Problematik erkennbar und die Gewichtung der unterschiedlichen Gesundheitsdeterminanten erfolgt, schließt sich in der zweiten Phase die *Strategieformulierung* an. Bei der Festlegung von Gesundheitszielen für die betroffene Bevölkerungsgruppe kann sich in diesem Zusammenhang an den insgesamt 30 Kapiteln zu Körperfunktionen

und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] sowie Umweltfaktoren in der Klassifikation der ICF orientiert werden. Allerdings kann auch eine spezifischere Betrachtung sinnvolle Anhaltspunkte liefern. So beinhaltet das ICF-Core-Set COPD beispielsweise die Kategoriencodes b440 „Atmungsfunktionen“, s430 „Struktur des Atmungssystems“, d230 „Die tägliche Routine durchführen“, d450 „Gehen“, d640 „Hausarbeiten erledigen“, e110 „Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch“, e310 „Engster Familienkreis“ und e585 „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens“, welche als strategische Ansatzpunkte dienen können. Die durch die ICF ermöglichte weitreichendere Erfassung des Gesundheitszustandes ist gerade bei dem Krankheitsbild der COPD von hoher Bedeutung, da die gesundheitliche Verfassung stark von Komorbiditäten abzuhängen scheint [20, 21]. Nach der Strategieformulierung kann in einem nächsten Schritt die *Implementierung* erfolgen. Die Verbesserung der Funktionsfähigkeit in ausgewählten Kategorien kann hierbei durch die Ableitung geeigneter Maßnahmen erreicht werden. Die Atmungsfunktionen und -strukturen betreffend kann die Möglichkeit zur Durchführung von Atemtherapien und Inhalationen für die von COPD betroffene Bevölkerungsgruppe hilfreich sein. Mit Hilfe eines Ausdauertrainings könnte die Mobilität der Patienten verbessert werden und Gehtrainings, Treppensteigen sowie Schulungen können eine Verbesserung der Selbstversorgung (tägliche Routine, Hausarbeit) zur Folge haben, wodurch insgesamt die Aktivität und die Teilhabe der Patienten und Patientinnen gesteigert werden können. Weiterhin bieten Schulungen das Potenzial zu einer verbesserten Krankheitsakzeptanz beizutragen und das Verständnis für die Krankheit und das eigene Verhalten zu fördern. Ein bedeutender mit der COPD im Zusammenhang stehender Risikofaktor ist das Tabakrauchen. Mit der erfolgreichen Teilnahme an einem Seminar zur Raucherentwöhnung

kann die Funktionsfähigkeit erkrankter Menschen gesteigert und somit die gesundheitsbezogene Lebensqualität für einen vergleichsweise längeren Zeitraum aufrechterhalten werden. Wesentliche Elemente der Implementierung können mittels der ICF beschrieben werden. Konnten geeignete Maßnahmen identifiziert und ausgewählte Strategien umgesetzt werden, schließt der Aktionszyklus mit der *Evaluation*. Bei der Bewertung kann wiederum auch auf die ICF mit ihren unterschiedlichen Komponenten zurückgegriffen werden. Konnte die Situation für die Betroffenen verbessert werden? Konnte deren Mobilität durch die Umsetzung identifizierter Maßnahmen gesteigert werden? Wie in den übrigen Teilen des Public Health Action Cycles ist auch hier die ICF gut geeignet diese Punkte zu beschreiben. Konnten in der vierten Phase alle relevanten Fragen beantwortet werden, leitet der Regelkreis erneut in die erste Phase der Problembestimmung über. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Möglichkeit besteht, sich komplexen Gesundheitsproblemen verschiedener Bevölkerungsgruppen mit dem Public Health Action Cycle zu nähern und hierbei konsequent und umfassend die ICF einzusetzen.

Die ICF und ihr Einfluss auf die deutsche Gesetzgebung

Die Notwendigkeit in Deutschland, Teile der Sozialgesetzgebung zu überarbeiten, ergab sich u.a. aus der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. In dieser werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung zu verbessern, mit dem Ziel, ihre Chancengleichheit in der Gesellschaft zu fördern [22]. In einigen Veröffentlichungen wurde bereits der Bezug zwischen der UN BRK und der ICF herausgearbeitet [23].

Bundesteilhabegesetz. Bei dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) [24] handelt es sich um ein Artikelgesetz, welches u.a. die Änderung in unterschiedlichen Büchern des Sozialgesetzbuchs

ABBILDUNG 2: Der Public Health Action Cycle als eigene Darstellung in Anlehnung an Institute of Medicine (1988) [30] in Rosenbrock (1995) [31]



(z.B. SGB IX) bewirkt. Die im SGB IX enthaltene Definition von Behinderung unterschied sich bis zum 01. Januar 2018 in wesentlichen Elementen von der Definition, welche in der ICF vorgenommen wird und sich auf die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bezieht. Mit der Überarbeitung des § 2 Abs. 1 SGB IX erfolgte nun eine Abkehr von einer Kausalität zwischen Funktionsbeeinträchtigung und Teilhabebeeinträchtigung und die Berücksichtigung von Kontextfaktoren, wie sie im biopsychosozialen Modell der ICF beschrieben werden. Insgesamt wird erkennbar, dass die ICF die Grundlage für den neuen Behinderungsbegriff bietet und Behinderung auch als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren gesehen wird. Dennoch bleibt anzumerken, dass nach wie vor die Definition im SGB IX und der ICF in wesentlichen Punkten differieren. Der Begriff der Behinderung ist im SGB IX deutlich enger gefasst als in der ICF. Daneben wird in Abs. 2 eine Schwerbehinderung von einem GdB > 50 abhängig gemacht und somit ist an dieser Stel-

le nicht zuletzt aufgrund angewandter Messverfahren eine weitere Diskrepanz zur Definition von Behinderung im Rahmen der ICF festzustellen. Der Kerngedanke der ICF scheint innerhalb des Schwerbehindertenrechts nicht umfassend berücksichtigt, obwohl wechselseitige Beziehungen der Auswirkungen der Beeinträchtigungen betrachtet werden können. Abgesehen davon erfolgt mit § 99 SGB IX eine Neudefinition des leistungsberechtigten Personenkreises im Lichte der UN BRK und in Orientierung an der ICF. Das bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass mehr kranke und behinderte Menschen Eingliederungshilfeleistungen erhalten. Hervorzuheben ist jedoch, dass in § 118 explizit Bezug auf die ICF genommen wird und die Bedarfsermittlung „durch ein Instrument (zu) erfolgen (hat), das sich an der ICF orientiert“ [24]. In diesem Zusammenhang werden die neun Kapitel der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] wortgetreu aufgeführt. Zusammenfassend ist im Allgemeinen ein gesteigertes Interesse an der ICF zu beobachten. Einen Hinweis darauf liefert die Tatsache, dass inzwischen etliche Publikationen zum The-

ma BTHG vorliegen, die sich auch mit der ICF beschäftigen [25–27].

Versorgungsmedizinverordnung. In der Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV) [28] ist bislang kein direkter Bezug zur ICF erkennbar. Sowohl der Grad der Schädigungsfolge (GdS) als auch der Grad der Behinderung (GdB) werden bislang unabhängig vom Bezugsrahmen der ICF festgelegt. Laut Verordnung handelt es sich bei dem „GdS und GdB (um) ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens“ [28] ohne dabei durchweg umfänglich auf individuelle Befindlichkeiten einzugehen sowie Kontextfaktoren der ICF (Umwelt- und personbezogenen Faktoren) zu berücksichtigen. Kritisch zu sehen ist hierbei auch, dass weitere mit der Erkrankung assoziierte Beeinträchtigungen bei der momentanen Bewertung wenig Beachtung finden. Definierte Funktionssysteme (z.B. Gehirn einschließlich Psyche; Atmung; Herzkreislauf) werden zusammenfassend bewertet und es erfolgt die Angabe des GdS und GdB in Zehnerwerten. Vorübergehende Gesundheitsstörungen (< 6 Monate) sowie Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, werden beim GdS nicht berücksichtigt. Bei Schwankungen im Gesundheitszustand wird von einem „durchschnittlichen“ Ausmaß der Beeinträchtigung ausgegangen. Hinsichtlich seelischer Begleiterscheinungen und Schmerzen ist der „Vergleichsmaßstab (...) nicht der behinderte Mensch, der überhaupt nicht oder kaum unter seinem Körperschaden leidet, sondern die allgemeine ärztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen“ [28]. Das bedeutet, dass hinsichtlich des GdS zwar auch außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen Beachtung finden können, dies jedoch von deren Ausprägung abhängig ist. Darüber hinaus handelt es sich bei den Werten der GdS-Tabellen um altersunabhängige Mittelwerte, die zu einer Pauschalierung führen können.

Rehabilitations-Richtlinie des G-BA. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nimmt in der Rehabilitations-Richtlinie [29] direkt Bezug auf die ICF. In § 4 wird konstatiert, dass die „[m]edizinische Rehabilitation (...) einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO)“ [29] umfasst und es wird auf die Wechselwirkungen zwischen der Krankheit, Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe und den dabei individuell relevanten Kontextfaktoren hingewiesen. Daneben wird auch eine Verlinkung (www.dimdi.de) zur betreffenden Klassifikation der ICF innerhalb der Rehabilitations Richtlinie bereitgestellt. Darüber hinaus bezieht sich die Richtlinie in § 8 zum Formblatt 61 (Rehabilitationsantrag) auf die ICF (Schädigungen im Sinne von Körperfunktionen und Körperstrukturen, Umfang der Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen, umwelt- und personbezogenen Faktoren). Weiterhin wird in der Anlage I auf die Begriffe der Funktionsfähigkeit und Behinderung im Sinne der ICF eingegangen. Insgesamt kann daher an dieser Stelle von einer Verankerung des ICF-Ansatzes der WHO in der Rehabilitations-Richtlinie gesprochen werden.

III. FAZIT

Neben einer umfassenden Darstellung der individuellen Funktionsfähigkeit unter Berücksichtigung verschiedener Wechselwirkungen bietet die ICF mit dem bio-psycho-sozialen Modell auch die Möglichkeit Versorgungssituationen von Bevölkerungsgruppen zu beschreiben und daraus Versorgungsbedarfe und Verbesserungspotenziale abzuleiten. Jedoch ist dieser Ansatz in der Versorgungsforschung bislang noch nicht als Standard etabliert, obwohl die Klassifikation der ICF bereits in den unterschiedlichsten Bereichen der Gesundheitsversorgung, Rehabilitation, Frühförderung und Leistungserbringung für Menschen mit Behinderung

Anwendung findet und sich nicht zuletzt aufgrund ihrer multidisziplinären Anwendbarkeit ebenfalls für die Nutzung in der Versorgungsforschung und der Gesundheitsberichterstattung eignet [6]. Darüber hinaus bietet die ICF die Gewähr international vergleichbare Daten gewinnen zu können. In der Politik scheint die ICF an Einfluss zu gewinnen, da sich politische Institutionen im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik bereits in Teilen auf das bio-psycho-soziale Modell und die Klassifikation der ICF beziehen oder sogar direkt darauf verweisen und zunehmend die Begrifflichkeiten aus der ICF übernehmen. Die Einflüsse der ICF auf die deutsche Sozialgesetzgebung sind im verabschiedeten und sich in der schrittweisen Umsetzung befindlichen Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) deutlich zu erkennen. An verschiedenen Stellen wird nun explizit auf die ICF verwiesen und die direkte Ableitung von Instrumenten vorgesehen, welche zur Feststellung der Leistungsberechtigung herangezogen werden sollen. Die mit dem BTHG verbundenen Änderungen im SGB IX hinsichtlich der Definition von Behinderung entsprechen in einzelnen Elementen der in der ICF bereitgestellten Begriffsbestimmung. Insgesamt ist jedoch anzumerken, dass in der deutschen Sozialgesetzgebung bislang ein heterogener Umgang mit der Begrifflichkeit der Behinderung erfolgt. Darüber hinaus ist festzustellen, dass die ICF bislang nicht immer mit der gleichen Stringenz Einzug in die Sozialgesetzgebung gefunden hat. Da auf Grundlage von Gesetzen Entscheidungen über individuelle oder gesellschaftliche Maßnahmen getroffen werden, wäre zum Wohle der Betroffenen eine stärkere Einheitlichkeit erstrebenswert. Die ICF bietet sich aus fachlicher Sicht aufgrund ihrer umfassenden Sichtweise in Bezug auf die Funktionsfähigkeit, die Behinderung, relevante Kontextfaktoren sowie die Berücksichtigung der Interaktion der einzelnen Komponenten hierfür an.

LITERATUR

- [1] Blüher S, Kuhlmeier A (2016). Demographischer Wandel, Altern und Gesundheit. In M Richter, K Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer 313–324.
- [2] Ewert T, Freudenstein R, Stucki G (2008). ICF in der Sozialmedizin. *Gesundheitswesen* 70:600–612.
- [3] Ewert T, Cieza A, Stucki G (2002). ICF in der Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 12:157–162.
- [4] World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
- [5] Schliehe F, Ewert T (2013). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – Aktualisierung der problemorientierten Bestandsaufnahme. *Rehabilitation* 53:40–50.
- [6] Ewert T, Stucki G (2007). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Einsatzmöglichkeiten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50:953–961.
- [7] Ewert T (2012). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Klassifikationshilfe der langfristigen Krankheitsfolgen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55:459–467.
- [8] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg) (1994). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Heidelberg: Springer.
- [9] Stucki G, Ewert T, Cieza A (2002). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation* 24:932–938.
- [10] Ewert T, Allen DD, Wilson M, Üstün BT, Stucki G (2010). Validation of the international classification of functioning disability and health framework using multidimensional item response modeling. *Disability and Rehabilitation* 32:1397–1405.
- [11] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

(Hrsg) (2006) ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations-GmbH.

[12] Neubert S, Sabariego C, Stier-Jarmer M, Cieza A (2011). Development of an ICF-based patient education program. *Patient Education and Counseling* 84:e13–17.

[13] Geyh S, Peter C, Müller R, Bickenbach JE, Kostanjsek N, Üstün BT, Stucki G, Cieza A (2011). The personal factors of the international classification of functioning, disability and health in the literature – a systematic review and content analysis. *Disability and Rehabilitation* 33:1089–1102.

[14] Grill E, Ewert T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G (2005). ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation* 27:361–366.

[15] Kolip P (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1:234–239.

[16] Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W (1997). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. *Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Bern: Radix Gesundheitsförderung.

[17] Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, Menezes AM, Sullivan SD, Lee TA, Weiss KB, Jensen RL, Marks GB, Gulsvik A, Nizankowska-Mogilnicka E (2007). International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 370:741–750.

[18] GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2014). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2013. *Lancet* 385:117–171.

[19] Cleland JA, Lee AJ, Hall S (2007). Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Family Practice* 24:217–223.

[20] Gershon AS, Mecredy GC, Guan J, Victor JC, Goldstein R, To T (2015).

Quantifying comorbidity in individuals with chronic obstructive pulmonary disease: a population study. *European Respiratory Journal* 45:51–59.

[21] Cavallès A, Brinchault-Rabin G, Dixmier A, Goupil F, Gut-Gobert C, Marchand-Adam S, Meurice JC, More H, Person-Tacnet C, Leroyer C, Diot P (2013). Comorbidities of COPD. *European Respiratory Review* 22(130):454–475.

[22] UN-Behindertenrechtskonvention. URL https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff 11.07.2018).

[23] Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2014). Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem. Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). URL: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/StN_Foerderung_der_Nutzung_der_ICF_Stand_9_10_14.pdf (Zugriff 11.07.2018).

[24] Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen v. 13.12.2016 BGBl. I S. 3234.

[25] Schubert M, Schian M, Viehmeier S (2016). Das Bundesteilhabegesetz. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59:1053–1059.

[26] Stellungnahme des Ad-hoc-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“ der DVfR (2017). ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Ge-

samtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). URL: https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Diskussionspapier_BTHG-Ausschuss_der_DVfR_zur_ICF-Nutzung_im_BTHG.pdf (Zugriff 11.07.2018).

[27] Fuchs H (2017). Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes auf die medizinische Rehabilitation. *Public Health Forum* 25(4):268–270.

[28] Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2412), die zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist.

[29] GBA (2004, zuletzt geändert am 16. März 2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). Köln. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/> (Zugriff 11.07.2018).

[30] Institute of Medicine (1988). *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.

[31] Rosenbrock R (1995). *Gemeindenaher Pflege aus Sicht von Public Health*. Paper der Arbeitsgruppe Public Health. Berlin: WZB, 97–203.

Die Autoren:

Dr. THOMAS EWERT
Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit



PETRA NÖLP
Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit

