

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

- Kurzeinführung -

Michael F. Schuntermann, Berlin

Vor der Anwendung der ICF empfiehlt die WHO dringend eine Schulung. Dieser Empfehlung sind Kranken- und Rentenversicherung nachgekommen. Bei der Anwendung der ICF sind zwei Möglichkeiten zu unterscheiden:

- Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF und
- Kodierung von festgestellten Sachverhalten nach ICF.

Der Schwerpunkt der Anwendung der ICF liegt derzeit auf der Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF. Die Philosophie der ICF systematisiert rehabilitatives Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren erweiterte Perspektiven für rehabilitatives Handeln.

Im folgenden wird ein kurzer Überblick über die ICF gegeben.

Grenzen der ICD und Ansatz der ICF

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) kann vor dem Hintergrund ihres biomedizinischen Modells als eine international anerkannte und einheitliche Sprache aufgefasst werden, mit der Krankheitsphänomene in einer für alle professionellen Gruppen im Gesundheitswesen gleichen Weise benannt und verstanden werden. Erst hierdurch wird eine eindeutige Kommunikation über Krankheiten innerhalb und zwischen Professionen und Institutionen möglich.

Die Kommunikation mit Hilfe der ICD findet dort ihre Grenzen, wo nicht über Krankheiten selbst, sondern über die mit ihnen einhergehenden funktionalen Probleme, d. h. über die negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben eines Betroffenen gesprochen wird. Funktionale Probleme sind z. B. Beeinträchtigungen in den Bereichen der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen oder des Erwerbslebens.

Die Notwendigkeit, auch für funktionale Probleme eine international anerkannte und einheitliche Sprache zu verwenden, die von allen professionellen Gruppen im sozialen Sicherungssystem in gleicher Weise verstanden wird, ergibt sich insbesondere aus der zunehmenden Bedeutung funktionaler Probleme, dem Management dieser Probleme im sozialen Sicherungssystem und der Intervention gegen diese Probleme.

Funktionale Probleme gehen meist einher mit chronischen Krankheiten und dem Altern. In den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts waren bereits nahezu 80% der Patienten in Allgemeinpraxen wegen chronischer Krankheiten und den daraus resultierenden funktionalen Problemen in Behandlung (Griegoit & Wenig, 1995). Eine einheitliche Sprache dient in diesen Fällen der eindeutigen Beschreibung krankheits- oder altersbedingter funktionaler Probleme als Voraussetzung für eine gezielte Prävention und Intervention.

Eine solche Sprache stellt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zur Verfügung. Sie wurde im Jahr 2001 von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet. Die ICF ergänzt die ICD.

Die ICF befindet sich in Deutschland in der Implementierungsphase. Im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – wurden wesentliche As-

pekte der ICF unter Berücksichtigung der in Deutschland historisch gewachsenen und anerkannten Besonderheiten aufgenommen. Die zum 1. April 2004 in Kraft getretenen Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses stellen auf die ICF ab. Die Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die am 01. Juli 2004 in Kraft getreten ist, basiert ebenfalls auf der ICF.

Begrifflichkeit und Modell der ICF

Die ICF ist mit Aspekten der funktionalen Gesundheit befasst. Danach gilt eine Person als *funktional gesund*, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (*Konzept der Kontextfaktoren*):

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (*Konzept der Körperfunktionen und -strukturen*),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (*Konzept der Aktivitäten*), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (*Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen*).

Das „Normalitätskonzept“, auf welchem das Modell der funktionalen Gesundheit basiert, dürfte in den meisten Fällen angemessen sein. Andererseits kann die unkritische Übernahme des Normalitätskonzeptes als normative Forderung für den Betroffenen zu erheblichen Problemen führen.

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ (functioning) umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung. Die genannten Aspekte gleichsam umhüllend, werden die *Kontextfaktoren* der betreffenden Person in die Betrachtung einbezogen, d.h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der die betreffende Person lebt (Umweltfaktoren), sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (personbezogene Faktoren). Da sich Kontextfaktoren positiv oder negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken können, sind sie bei der Rehabilitation zu berücksichtigen.

Im Gegensatz zum bio-medizinischen Modell (ICD) wird in der ICF der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren (bio-psycho-soziales Modell der ICF) aufgefasst.

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren. Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der ICF *Behinderung* genannt. Dieser Behinderungsbegriff ist wesentlich weiter als der des SGB IX gefasst. Im Bereich der Sozialleistungsträger sollte nur der Behinderungsbegriff des SGB IX verwendet werden, um Missverständnisse zu vermeiden.

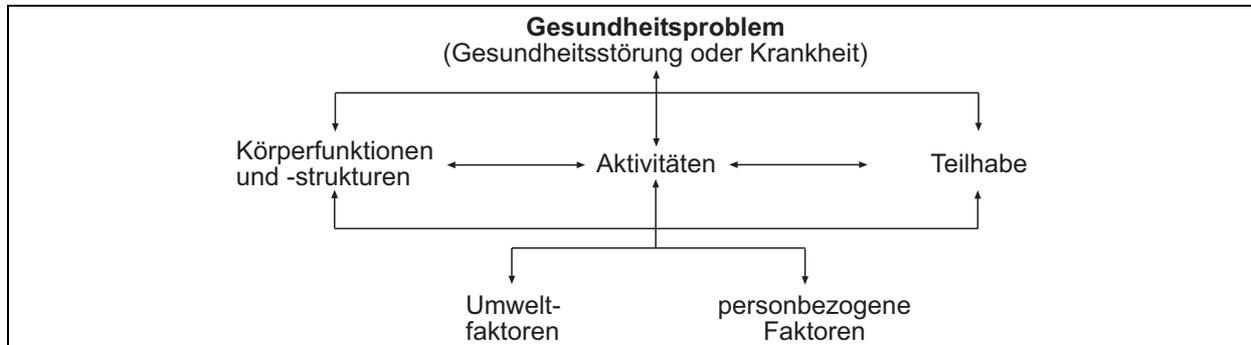
Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

In Abbildung 1 ist das bio-psycho-soziale Modell der ICF skizziert.

Nach diesem komplexen Interdependenzmodell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren, und eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des Modells kann als Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme herangezogen werden. So kann z.B. eine längere Bettlägerigkeit einer Person (Aktivitätseinschränkung) eine Muskelatrophie (Strukturschaden mit Funktions-

störung) bewirken. Eine langzeitarbeitslose Person (Beeinträchtigung der Teilhabe) kann eine reaktive Depression entwickeln oder alkoholabhängig werden (beides Krankheiten). Derartige Prozesse werden *Sekundärprozesse* genannt. Mit möglichen Sekundärprozessen sollte immer gerechnet werden. Neben Sekundärprozessen sind auch *induzierte Prozesse* bekannt. Induzierte Prozesse können sich bei Dritten, meist nächsten Angehörigen entwickeln. Bekannt sind induzierte Prozesse z.B. bei Eltern und/oder Geschwistern von schwer krebserkrankten Kindern.

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Das bio-psycho-soziale Modell der ICF ist wesentlich aussagefähiger und wirklichkeitsnäher als das eher eindimensionale Krankheitsfolgenmodell von Ph. Wood der ICIDH von 1980. Das Krankheitsfolgenmodell lautet in Begriffen der ICF: Gesundheitsproblem → Funktionsstörung/Strukturschaden → Beeinträchtigung der Aktivitäten → Beeinträchtigung der Teilhabe.

Mit dem bio-psycho-sozialen Modell wurde ein bedeutender Paradigmenwechsel vollzogen. Funktionale Probleme sind nicht mehr Attribute einer Person, sondern sie sind das negative Ergebnis einer Wechselwirkung.

Konzept der Kontextfaktoren

Die Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrundes einer Person werden in der ICF *Kontextfaktoren* genannt. Kontextfaktoren setzen sich aus (1) Umweltfaktoren und (2) personbezogenen Faktoren zusammen. *Umweltfaktoren* bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Umweltfaktoren sind in der ICF klassifiziert. *Personbezogene Faktoren* sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute) und umfassen Gegebenheiten des Individuums, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind. Sind bestimmte Faktoren Teil des Gesundheitsproblems, wie z.B. mangelnder Wille zu handeln bei Depression, dann gehören sie nicht zu den personbezogenen Faktoren. Im Beispiel liegt eine Funktionsstörung vor. Wird dieser Sachverhalt nicht berücksichtigt, kann es zu falschen Interventionen kommen. Personbezogene Faktoren sind in der ICF nicht klassifiziert.

Die Einbeziehung von Kontextfaktoren in das Konzept der funktionalen Gesundheit ermöglicht es die Frage zu beantworten, welche Kontextfaktoren sich positiv und welche sich negativ auf die funktionale Gesundheit einer Person auswirken. Im ersten Fall wird von *Förderfaktoren* und im zweiten Fall von *Barrieren* gesprochen. Es macht z.B. bei der Beurteilung der funktionalen Gesundheit einer Person keinen Sinn, Kontextfaktoren zu nennen, ohne gleichzeitig anzugeben, ob sich diese als Förderfaktoren oder Barrieren auswirken. Das Vorhandensein von Förderfaktoren und das Fehlen von Barrieren sind inhaltlich verschiedene Sachverhalte und sollten auch getrennt betrachtet werden, obwohl sich beide Sachverhalte im Ergebnis positiv auf die funktionale Gesundheit auswirken. Entsprechendes gilt im umgekehrten Fall.

Die Begriffe „Förderfaktoren“ und „Barrieren“ lassen sich auf alle drei Aspekte der funktionalen Gesundheit anwenden.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Kontextfaktoren.

Tabelle 1: Kontextfaktoren der ICF	
Umweltfaktoren Kapitel der Klassifikation der Umweltfaktoren	Personbezogene Faktoren (nicht klassifiziert), z.B.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Produkte und Technologien (z.B. Hilfsmittel, Medikamente) 2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z.B. Bauten, Straßen, Fußwege) 3. Unterstützung und Beziehungen (z.B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheits- und Sozialsystems) 4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (z.B. Einstellung der Wirtschaft zu Teilzeitarbeitsplätzen) 5. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z.B. Gesundheits- und Sozialsystem mit seinen Leistungen und Diensten, Rechtsvorschriften) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Charakter, Lebensstil, Coping • sozialer Hintergrund • Bildung/Ausbildung • Beruf • Erfahrung • Motivation • Handlungswille • Mut • genetische Prädisposition

Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen

Mit dem Konzept der Körperfunktionen und -strukturen können meist die Ursachen von Einschränkungen bestehender Aktivitäten einer Person angegeben werden. Dies ist jedoch nicht immer der Fall. Häufig besteht nur eine mehr oder weniger enge Korrelation. Das Konzept der Körperfunktionen und -strukturen bezieht sich auf den menschlichen Organismus einschließlich des mentalen Bereichs. Dabei sind *Körperfunktionen* die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen), *Körperstrukturen* anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. *Schädigungen* sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Klassifikationen der Körperfunktionen und Körperstrukturen.

Tabelle 2: Kapitel der Klassifikationen der Körperfunktionen und Körperstrukturen	
Klassifikation der Körperfunktionen (Kapitel der ICF)	Klassifikation der Körperstrukturen (Kapitel der ICF)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mentale Funktionen 2. Sinnesfunktionen und Schmerz 3. Stimm- und Sprechfunktionen 4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems 5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems 6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems 7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen 8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strukturen des Nervensystems 2. Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen 3. Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind 4. Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems 5. Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen 6. Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen 7. Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen 8. Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Konzept der Aktivitäten

Das Konzept der Aktivitäten ist zentral für Zugang, funktionale Diagnostik, Durchführung, Monitoring und Evaluation von Leistungen zur Rehabilitation. Dieses Konzept bezieht sich auf den Menschen als handelndes Subjekt. Hierbei wird unter einer *Aktivität* die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe verstanden. *Beeinträchtigungen einer Aktivität* sind Probleme, die eine Person bei der Durchführung einer Handlung oder Aufgabe hat.

Das Aktivitätskonzept umfasst zwei Sachverhalte: Leistungsfähigkeit und Leistung. *Leistungsfähigkeit* ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen, wobei die Bedeutung von „maximal“ abhängig von der Fragestellung ist (z. B. Dauerleistungsfähigkeit, Spitzenleistungsfähigkeit). Leistungsfähigkeiten sind nicht direkt beobachtbar. Das Ausmaß einer Leistungsfähigkeit bezüglich einer Aktivität muss entweder aus dem positiven und negativen Funktions- und Strukturbild erschlossen werden oder, sofern dies wissenschaftlich begründet nicht möglich ist, getestet werden.

Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person unter den Gegebenheiten ihres Kontextes. Mit dem Begriff der Leistung wird berücksichtigt, dass die konkrete Durchführung einer Handlung oder Aufgabe stets in einem bestimmten Kontext erfolgt. Die Leistung variiert mit der Konstellation des Kontextes. So verbessert sich z. B. die Leistung in der Fortbewegung eines in der Fortbewegung eingeschränkten Menschen durch Benutzung eines Rollators. Die Leistung bezüglich einer Aktivität ist direkt beobachtbar.

Theoretisch erbringt eine Person genau dann eine Leistung bezüglich einer Aktivität, wenn sie

- hierfür objektiv leistungsfähig genug ist,
- die Gegebenheiten ihres Kontextes es ihr objektiv ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit in Leistung umzusetzen und sie
- den Willen (die Leistungsbereitschaft) zur Umsetzung ihrer Leistungsfähigkeit in Leistung hat (Nordenfelt, 2003).

Der Wille zur Umsetzung der Leistungsfähigkeit in Leistung gehört in der ICF zu den personbezogenen Faktoren (soweit eine Beeinträchtigung des Willens nicht Teil des Gesundheitsproblems ist).

Wichtige Aufgaben der Rehabilitation sind die Wiederherstellung oder die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, die Verbesserung der Gegebenheiten des Kontextes durch Abbau von Barrieren und Schaffung von Förderfaktoren sowie ggf. das Einwirken auf die Leistungsbereitschaft. Es ist zweckmäßig, das Aktivitätskonzept dem Gebiet der Intervention auf Individualebene zuzuordnen.

Die Beziehung zwischen den Konstrukten „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“ ist insbesondere wie folgt gekennzeichnet:

- Von „Leistungsfähigkeit“ allein kann im Allgemeinen nicht auf „Leistung“ geschlossen werden. Es bedarf zusätzlicher Informationen über die Gegebenheiten der Umwelt, unter welchen die Leistungsfähigkeit in Leistung umgesetzt werden soll, und über die Leistungsbereitschaft der betrachteten Person.
- Auch der umgekehrte Fall gilt im Allgemeinen nicht. Eine Person erbringt eine Leistung definitionsgemäß unter ihren gegenwärtigen Umweltbedingungen mit einer (möglicherweise von diesen abhängenden) mehr oder weniger stark ausgeprägten Leistungsbereitschaft (auch Übermotivation ist möglich). Ihre Leistungsfähigkeit wird jedoch unter Testbedingungen beurteilt. Um sicher zu sein, ob die beurteilte Leistungsfähigkeit auch in Leistung umgesetzt werden kann, muss gelegentlich die Leistung selbst beurteilt werden, z.B. bei der Arbeitserprobung.
- Es ist ein Trugschluss, dass die Leistungsfähigkeit jedenfalls nicht kleiner ist als die entsprechende Leistung. So kann z.B. die Sprechleistung im Sinne der mündlichen Kommunikation als Sender eines Kindes im häuslichen Umfeld wesentlich größer sein als die vom Logopäden festgestellte schwere Sprechstörung (Leistungsfähigkeit): Zuhause werden die Äußerungen des Kindes im Wesentlichen verstanden, im Rahmen der funktionalen Diagnostik des Logopäden jedoch kaum.

Konzept der Teilhabe

Das Teilhabekonzept ist zentral für sozialrechtliche Fragestellungen und die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe. Leistungen zur Teilhabe können nach SGB IX einer Person nur dann gewährt werden, wenn ihre Teilhabe an Lebensbereichen (z.B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) gefährdet oder gemindert ist. Das Teilhabekonzept bezieht sich auf den Menschen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt. *Teilhabe* ist das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. *Beeinträchtigungen der Teilhabe* sind Probleme, die eine Person beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich hat.

Das Konzept der Teilhabe ist mit Fragen nach dem Zugang zu Lebensbereichen sowie der Daseinsentfaltung und dem selbstbestimmten und gleichberechtigten Leben verknüpft (Menschenrechtsansatz, vgl. Rioux, 1997, und § 1 SGB IX) sowie mit Fragen der Zufriedenheit, der erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der erlebten Anerkennung und Wertschätzung in den Lebensbereichen, die für die betrachtete Person wichtig sind (Ansatz der subjektiven Erfahrung, vgl. Ueda & Saleeby, 2003). Der Ansatz der subjektiven Erfahrung ist neben dem Konzept der Aktivitäten und dem Konzept der Kontextfaktoren für die Rehabilitation wichtig, wenn es z. B. um die Erarbeitung der Ziele der Rehabilitation und ihrer Präferenzstruktur gemeinsam mit dem Rehabilitanden geht.

Gemeinsame Klassifikation für Aktivitäten und Teilhabe

Während das Konzept der Aktivitäten mit den Konstrukten „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“ in der ICF operationalisiert ist, gilt dies für das Konzept der Teilhabe als eigenständiges Konzept nicht. Hilfsweise kann „Leistung“ im Sinn des Aktivitätskonzeptes oder des Teilhabekonzeptes interpretiert werden. Aus diesem Grund gibt es für Aktivitäten und Teilhabe nur eine gemeinsame Klassifikation.

Die Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe enthält Lebensbereiche. *Lebensbereiche* sind Bereiche menschlichen Handelns (Aktivitäten) und/oder menschlicher Daseinsentfaltung.

Mit den Items der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe lassen sich beliebige neue Lebensbereiche $D_p = \{d_i\}$ bilden und damit an die individuelle Situation einer Person p praxisnah anpassen. Z.B. können die verschiedenen zu verrichtenden Arbeiten (Handlungen und Aufgaben) auf einem Arbeitsplatz als ein Lebensbereich aufgefasst und mit Items der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe abgebildet werden. Darüber hinaus können im Rahmen der Erarbeitung der Ziele der Rehabilitation mit dem Rehabilitanden Items zu Lebensbereichen zusammengefasst werden, an welchen der Rehabilitand wieder vollständig teilhaben möchte (Aspekt der subjektiven Erfahrung des Teilhabekonzeptes).

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Klassifikationen der Aktivitäten und Teilhabe.

Tabelle 3: Kapitel der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe
1. Lernen und Wissensanwendung (z.B. Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, Elementares Lernen, Wissensanwendung)
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Aufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3. Kommunikation (z.B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
4. Mobilität (z.B. Die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, Gehen und sich fortbewegen, Sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5. Selbstversorgung (z.B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, Auf seine Gesundheit achten)
6. Häusliches Leben (z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z.B. Allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8. Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Umsetzung der Konzepte der ICF in die Praxis der Rehabilitation

Die Umsetzung der Konzepte der ICF in die Praxis der Rehabilitation ist in Tabelle 4 skizziert. Grundlagen hierfür sind das bio-psycho-soziale Modell der ICF und der mit diesem verbundene Paradigmenwechsel.

Der Schwerpunkt der Anwendung der ICF liegt derzeit auf der Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF. Die „Philosophie“ der ICF systematisiert rehabilitatives

Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren erweiterte Perspektiven für rehabilitatives Handeln.

Ansatz der Menschenrechte des Teilhabekonzeptes	Umgang des Reha-Teams mit dem Rehabilitanden: Selbstbestimmung des Rehabilitanden beachten.
Ansatz der subjektiven Erfahrung des Teilhabekonzeptes	Aus der Sicht des Rehabilitanden: ⇒ Bestimmung der Reha-Ziele, ⇒ Präferenzstruktur der Reha-Ziele
Konzept der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich des mentalen Bereichs)	⇒ Verhütung von Verschlimmerung der Funktionsstörungen und -strukturen, ⇒ Wiederherstellung oder Verbesserung beeinträchtigter Körperfunktionen und -strukturen, ⇒ Stärkung nicht beeinträchtigter Körperfunktionen und -strukturen, soweit erforderlich.
Konzept der Aktivitäten	⇒ Wiederherstellung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeiten in Lebensbereichen in Abhängigkeit von den Reha-Zielen, ⇒ Verhütung einer Beeinträchtigung von Leistungsfähigkeiten, die mit den bereits beeinträchtigten Leistungsfähigkeiten im Zusammenhang stehen.
Konzept der Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren)	⇒ Abbau von Barrieren, die die Leistung bzw. Teilhabe (subjektive Erfahrung) verhindern oder erschweren, ⇒ Aufbau von Förderfaktoren, die die Leistung bzw. Teilhabe (subjektive Erfahrung) ermöglichen oder verbessern.

Anmerkung: Fragen der Tertiärprävention im Sinne von Verhütung von Folge- oder Begleiterkrankungen und Verschlimmerung bestehender Krankheiten sind in der Tabelle nicht angesprochen, weil diese nicht mit den Konzepten der ICF beantwortbar sind

Beurteilungsmerkmale

Die ICF enthält verschiedene Beurteilungsmerkmale, um den Zustand der funktionalen Gesundheit auf Item-Ebene der vier Klassifikationen zu charakterisieren. Das allgemeine Beurteilungsmerkmal gibt das Ausmaß eines Problems an und ist für alle Klassifikationen formal gleich. Bei den Umweltfaktoren kann dieses Beurteilungsmerkmal auch positiv wirkende Umweltfaktoren (Förderfaktoren) beschreiben. Alle anderen Beurteilungsmerkmale sind klassifikationsspezifisch. Ohne Angabe der Scores (Ausprägungen) zumindest der obligatorischen Beurteilungsmerkmale ist eine Kodierung sinnlos.

Das allgemeine Beurteilungsmerkmal wird zur Kodierung von Problemen bei Items der Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten/Teilhabe sowie zur Kodierung von Umweltfaktoren in Form von Barrieren verwendet. Seine Kodierung ist einheitlich und in Tabelle 5 dargestellt. Allerdings liefert die ICF keine Operationalisierungen für die Codes des allgemeinen Beurteilungsmerkmals. Für die Kodierung von Förderfaktoren wird der Punkt als Separator (xxx.) durch das Pluszeichen ersetzt. xxx+2 bezeichnet also einen mäßigen Förderfaktor, der durch das Item xxx näher bestimmt ist.

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

Anmerkung: Stehen kalibrierte Assessmentinstrumente oder andere Standards zur Quantifizierung des Schweregrades im Intervall von 0 bis 100% zur Verfügung, so können die Ergebnisse nach der angegebenen Vorschrift dem allgemeinen Beurteilungsmerkmal zugeordnet werden.

Beurteilungsmerkmal für Items der Klassifikation der Körperfunktionen

Für die Items der Klassifikation der Körperfunktionen gibt es nur ein Beurteilungsmerkmal, das allgemeine Beurteilungsmerkmal (obligatorisch). So kennzeichnet z.B. b175.3 eine erhebliche Beeinträchtigung der spezifischen kognitiv-sprachlichen Funktionen (besondere mentale Funktion).

Beurteilungsmerkmale für Items der Klassifikation der Körperstrukturen

Für die Items der Klassifikation der Körperstrukturen gibt es das allgemeine Beurteilungsmerkmal (obligatorisch). So kennzeichnet z.B. s730.3 einen erheblichen Strukturschaden einer oberen Extremität. Darüber hinaus werden zwei weitere optionale Beurteilungsmerkmale angeboten, die sich auf die Art der Schädigung und auf die Lokalisation der Schädigung beziehen.

Beurteilungsmerkmale für Items der Klassifikation der Aktivitäten/Teilhabe

Für die Items der Klassifikation der Aktivitäten/Teilhabe gibt es vier Beurteilungsmerkmale, welche der Skalierung des allgemeinen Beurteilungsmerkmals folgen. Die Bedeutung der Beurteilungsmerkmale ergibt sich aus der Stelle hinter dem Item-Separator.

Erstes Beurteilungsmerkmal (obligatorisch): *Leistung* des Probanden *unter seinen gegenwärtigen Lebens- und Umweltbedingungen*. So kennzeichnet z.B. d5101.1_ leichte Schwierigkeiten beim Baden des gesamten Körpers, wobei in diesem Beispiel in der gegenwärtigen Umwelt der Person Assistenz oder Hilfsmittel zur Verfügung stehen (deren Codes zusätzlich anzugeben sind).

Zweites Beurteilungsmerkmal (obligatorisch): *Leistungsfähigkeit* des Probanden *unter Test-, Standard- oder hypothetisch angenommenen Bedingungen, ohne Hilfsmittel und ohne Assistenz*. So kennzeichnet z.B. d5101._2 mäßige Einschränkungen der Leistungsfähigkeit beim Baden des gesamten Körpers unter Testbedingungen (Assessment ohne Assistenz oder Hilfsmittel). Das zweite Beurteilungsmerkmal ist z. B. wichtig, wenn es um den Bedarf an Hilfsmitteln oder Assistenz geht.

Drittes Beurteilungsmerkmal (optional): *Leistungsfähigkeit* des Probanden unter Test-, Standard- oder hypothetisch angenommenen Bedingungen, jedoch mit Hilfsmitteln und/oder Assistenz. Bei Test auf Leistungsfähigkeit: Hilfsmittel oder Assistenz werden in die Versuchsanordnung einbezogen. Die Art der Hilfe(n) kann mit Items der Klassifikation der Umweltfaktoren angegeben werden. So kennzeichnet z.B. d5101._ _1 leichte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit beim Baden des gesamten Körpers unter Testbedingungen (Assessment mit Assistenz oder Hilfsmittel) Das dritte Beurteilungsmerkmal ist wichtig, wenn die Person bereits Hilfsmittel oder Assistenz verwendet (z.B. Prothese, Rollstuhl). In diesem Fall macht es keinen Sinn, die Leistungsfähigkeit in z.B. der Mobilität ohne Prothese oder Rollstuhl zu begutachten.

Viertes Beurteilungsmerkmal (optional): *Leistung des Probanden unter seinen gegenwärtigen Lebens- und Umweltbedingungen, jedoch ohne Hilfsmittel/Assistenz*. Dieses Beurteilungsmerkmal sollte nicht verwendet werden, weil es der Definition des Leistungsbegriffs widerspricht.

Ein fünftes Beurteilungsmerkmal, das „subjektive Zufriedenheit“ oder „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ zum Gegenstand hat, ist in Entwicklung.

Ziele und Grenzen der ICF

Die ICF ist eine Klassifikation, mit welcher der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person beschrieben werden kann. Insbesondere ermöglicht sie es,

- das positive und negative Funktions-/Strukturbild,
- das positive und negative Aktivitätsbild im Sinne von Leistungsfähigkeit bzw. Leistung und

- das positive und negative Teilhabebild an Lebensbereichen einer Person vor dem Hintergrund möglicher Förderfaktoren und Barrieren standardisiert zu dokumentieren.

Das wichtigste Ziel der ICF ist, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in der Rehabilitation, sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern. Darüber hinaus stellt sie ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit und sie ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf.

Die Bedeutung der ICF für Rehabilitation lässt sich wie folgt skizzieren:

- Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Daher ist die ICF für die Rehabilitation bei der Feststellung des Reha-Bedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Reha-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Leistungen nutzbar.
- Die ICF ermöglicht es, Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) in den Rehabilitationsprozess des Rehabilitanden einzubeziehen: Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren oder unmöglich machen, sind abzubauen, und Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen wiederherstellen oder unterstützen, sind auszubauen oder zu stärken.

Die Grenzen der ICF werden insbesondere durch zwei Aspekte gekennzeichnet:

- Die ICF ist keine Klassifikation funktionaler Diagnosen, sondern mit ihr können funktionale Befunde und Symptome angegeben werden.
- Die ICF ist kein Assessmentinstrument (standardisierte Methoden und Instrumente zur Beschreibung und Beurteilung der Körperfunktionen/-strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe). Auf ihrer Grundlage können jedoch solche Instrumente entwickelt bzw. weiterentwickelt werden.

Literatur

- Nordenfelt L (2003) Action theory, disability and ICF. *Disability & Rehabilitation*, Vol 25, No. 18, 1075–1079
- Rentsch, H. P., Bucher, P. O. (2005): ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Schulz-Kirchner Verlag
- Rioux, M. H. (1997): When Myths Masquerade as Science: Disability Research from an Equality-Rights Perspective. In: *Disability Studies: Past, Present and Future*, edited by Len Barton and Mike Oliver, Chapter 7, Leeds: The Disability Press.
- Schuntermann, M. F. (2005): Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Ecomed-Verlag
- Schuntermann, M. F. (2005): The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *International Journal of Rehabilitation Research*, Vol. 28 No. 2, 93-102
- Ueda, S., Saleeby, P.W. (2003): Subjective Dimension of Functioning and Disability: Report of the Study Group. Meeting of WHO Collaborating Centres for The Family of International Classifications, Cologne, Germany, 19-25 October 2003
- World Health Organisation: International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Geneva 2001
- World Health Organisation: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Geneva 1980. Deutsch: Weltgesundheitsorganisation: ICIDH, übers. von R.-G. Matthesius. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden 1995

Anhang: Die wichtigsten Begriffe der ICF

Aktivitäten bezeichnen die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch eine Person. Siehe auch Leistungsfähigkeit, Leistung.

Barrieren sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich erlebt.

Behinderung ist jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person. Der Behinderungsbegriff der ICF ist wesentlich weiter als der des SGB IX.

Beurteilungsmerkmale dienen der näheren Qualifizierung der dokumentierten Items der verschiedenen Teilklassifikationen. Das allgemeine Beurteilungsmerkmal, das für alle Klassifikationen gleich ist, gibt den Schweregrad des Problems an. Bei den Umweltfaktoren besteht das Problem in Barrieren. Es können jedoch auch die Funktionsfähigkeit förderliche Faktoren (Förderfaktoren) kodiert werden. Die weiteren Beurteilungsmerkmale sind klassifikationsabhängig.

Domäne: Sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer beliebigen Teilklassifikation der ICF.

Förderfaktoren sind Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

Funktionale Gesundheit umfasst die Aspekte der Körperfunktionen und -strukturen des Organismus einer Person sowie die Aspekte der Aktivitäten und Teilhabe der Person an Lebensbereichen vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren. Funktionale Gesundheit ist kein expliziter Begriff der ICF.

Funktionsfähigkeit umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit.

Kategorien bilden die Einheiten vier Teilklassifikationen der ICF auf Item-Ebene.

Komponente ist der zu klassifizierende Gegenstand, also (1) Körperfunktionen und -strukturen, (2) Aktivitäten und Teilhabe, (3) Umweltfaktoren und (4) personbezogene Faktoren (in der ICF nicht klassifiziert).

Kontextfaktoren sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren gegliedert.

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen). Siehe auch Schädigungen.

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Siehe auch Schädigungen.

Lebensbereiche sind Domänen der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe.

Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext. Leistung ist ein Aspekt des Aktivitätskonzeptes.

Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard-, oder hypothetischen Bedingungen. Leistungsfähigkeit ist ein Aspekt des Aktivitätskonzeptes.

Partizipation siehe Teilhabe.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Umweltfaktoren sind in der ICF klassifiziert.