

1	EINLEITUNG	1
2	DIAGNOSTISCHE KLASSIFIKATIONEN	2
2.1	Begriffsbestimmung Klassifikation	2
2.2	Klassifikation – eine Notwendigkeit?	3
2.3	Klassifikationen – eine Einengung und eine Gefahr?	5
2.4	Der Paradigmenwechsel – Wunsch oder Wirklichkeit?	6
3	DARSTELLUNG DER INTERNATIONALEN KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT (ICF) DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO)	10
3.1	Geschichte – von der ICIDH zur ICF	10
3.2	Funktionale Gesundheit“ und Normalitätskonzept	12
3.3	Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit und Behinderung	14
3.4	Die Konzepte der ICF	16
3.4.1	Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen	16
3.4.2	Konzept der Aktivitäten	16
3.4.3	Das Konzept der Teilhabe	17
3.4.4	Konzept der Kontextfaktoren	18
3.5	Das bio-psycho-soziale Modell der ICF	18
3.6	Ziele und Grenzen der ICF	20
4	REHABILITATIONSAUFTRAG: TEILHABE AM LEBEN IN DER GEMEINSCHAFT	21
4.1	Das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe	21
4.2	ICF in der Rehabilitation - Aspekte zur Aktivität und Teilhabe	23
4.3	Fallbeispiel: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	25
4.3.1	Anamnestic Angaben	25
4.3.2	Problem- und Bedürfniserfassung	27
4.4	Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten	29
4.5	ICF-Core Set in der Rehabilitation psychisch erkrankte und behinderte Menschen	32
4.6	Ethische Aspekte der ICF – zwischen Notwendigkeit und Gefahr	33

5	FAZIT	36
6	LITERATUR	38
	Anhang	

1 Einleitung

Menschenbilder und Krankenbilder orientieren sich an den dem jeweiligen Zeitgeist unterworfenen Weltanschauungen und Ideologien. Diese prägen dann wiederum unser praktisches Handeln in der Psychiatrie. Dies hatte in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts entsetzliche Auswirkungen als die eugenische und einseitig körperorientierte-biologische Ausrichtung der Psychiatrie die perverse Rassenideologie und Vernichtungspolitik der Nationalsozialisten unterstützte. Die damals zugrunde liegende Ideologie kostete etwa 200.000 psychisch kranken Menschen das Leben und ermöglichte die Kastration und Sterilisation von 200.000 bis 350.000 psychisch kranken Menschen. (vgl. Dörr 2005, 138) Wesentliches zur Verfestigung des biologischen Modells der Erbgesundheitslehre (Eugenik) und zur Definition des damaligen Verständnisses von „Geisteskrankheit“ steuerte sicherlich die Einführung und Weiterentwicklung der psychopathologischen Klassifikation bei (vgl. Dörr 2005, 137).

Ich führe bewusst mit diesem Schreckensszenario der deutschen Geschichte in diese Arbeit ein, stelle ich doch hier mit der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ein neues Klassifikationsmodell vor, welches sich rühmt einen Paradigmenwechsel einzuführen. Ausschlaggebend für die Achtung der Menschenwürde der Betroffenen, ist meiner Ansicht nach immer das Menschenbild, das der professionellen Haltung zugrunde liegt und diesen Aspekt möchte ich als „Leitgedanken“ für die vorliegende Arbeit definieren.

Im zweiten Kapitel führe ich in verschiedene Faktoren der Klassifikation allgemein ein, beginnend mit einer Begriffsbestimmung über die Pro und Contra Perspektive zur Klassifikation hin zum Paradigmenwechsel. Weitergehend stelle ich im dritten Kapitel die Geschichte, Philosophie und die Konzepte der ICF vor. Darauf aufbauend gehe ich im vierten Kapitel in den Praxisbezug. Anhand eines exemplarischen Fallbeispiels aus meiner beruflichen Praxis, dem

Rehabilitationsbereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, erläutere ich den Zusammenhang zwischen SGB IX und ICF, gehe zu weiteren Aspekten der Aktivitäten und Teilhabe, stelle das Fallbeispiel vor und übersetze es in die Philosophie und Begrifflichkeit der ICF. Abschließend zur Verdeutlichung der Anwendbarkeit stelle ich die Entwicklung des ICF-Core Sets der BAK-RPK vor und beende das Kapitel mit ethischen Aspekten zur ICF.

2 Diagnostische Klassifikationen

In der Geschichte der psychiatrischen Klassifikation wurden viele Abweichungen von einem zeitgenössischen Verständnis von Normalität als Pathologien bezeichnet. Hierzu finden sich Beispiele aus der Antike bis in die heutige Zeit. Beispielsweise wurde im griechisch-römischen Altertum Verstandesstörungen mit Abänderungen des Begriffs „Phrenes“ bezeichnet (vgl. Leibbrand, Wettley 2005, 8), die Hysterie oder in jüngster Zeit die Homosexualität, welche erst seit der Einführung des DSM-III R nicht mehr als psychische Störung klassifiziert wird. (vgl. Möller, Laux, Deister 2005, 279)

„Kranke Menschen sind eine Wirklichkeit, Krankheiten mit begrifflichen Namen sind Erscheinungen des Geistes. Sie sagen nicht nur in verschiedenen Zeitbindungen Besonderes aus, sie sind gelegentlich auch Erfindungen, die aus dem Zeitgeist emporwachsen, um entweder zu verschwinden oder mit gleichem Namen anderes zu meinen.“(Leibbrand, Wettley 2005, 2)

Die Diskussion um Klassifikationen verläuft zwischen den Polen der Befürwortung und der Ablehnung. Anlehnend an diese Annahme stelle ich in diesem Kapitel zuerst die Vorzüge einer Klassifikation dar und gehe dann auf die Risiken ein. Um das Bild zu vervollständigen erörtere ich den propagierten Paradigmenwechsel bezüglich des Wandels vom biomedizinischen hin zum biopsychosozialen Krankheitsbegriff.

2.1 Begriffsbestimmung Klassifikation

Zur Einführung in dieses Kapitel stelle ich verschiedene Begriffsdefinitionen zur Klassifikation vor, beginnend mit dem Fremdwörterduden, der definiert: „1.

jmdn. od. etwas (z. B. Tiere, Pflanzen) in Klassen einteilen einordnen. 2. jmdn. od. etwas als etwas abstempeln“ (Duden Band 5 2005, 528) Dies klingt nun erstmal wenig erfreulich, „jemanden oder etwas abzustempeln“ beinhaltet deutlich eine negative Wertigkeit. Doch nun zu einer Definition aus einem Fachbuch, dem psychologischen Wörterbuch (Dorsch 1987, 334), hier wird definiert, dass eine *„Klassifikation (Diagnostischer Begriff), die Zuordnung von Probanden zu einer oder mehreren vorher festgelegten Kategorien bzw. Klassen.“* ist. Diese Definition bewegt sich schon auf neutralerem Boden. Auch Meyer (2004) benutzt in ihrem Werk eine ähnliche Definition, sie definiert nur das Handeln „das Klassifizieren“ an sich: *„Unter „Klassifizieren“ wird die Tätigkeit verstanden, bei der eine Klassifikation oder ein sonstiges Instrument zur Diagnostik angewandt wird. Beim Klassifizieren wird ein Zustand beschrieben, indem vorgegebene Kategorien benutzt und Zahlen oder Begriffe zugeteilt werden.“* (Meyer 2004,11) Doch wozu werden Klassifikationen benötigt und nach welchen Kriterien werden sie betrachtet? Dazu mehr im folgenden Kapitel.

2.2 Klassifikation – eine Notwendigkeit?

Die Zahl psychisch behinderter oder chronisch kranker Menschen steigt. Nach den Daten der Kommission der Europäischen Gemeinschaften ist jeder vierte Bürger in Europa von psychischer Krankheit betroffen. Am häufigsten verbreitet sind Ängste und Depressionen. Es bestehen Schätzungen, nach denen im Jahr 2020 Depressionen die zweithäufigste Erkrankung in den Industriestaaten sein werden (vgl. Grünbuch 2005).

Auch durch die demographische Entwicklung, gekennzeichnet durch eine stetig steigende Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung, wird mit einer Zunahme psychischer Erkrankungen zu rechnen sein.

25 % der Bevölkerung sind derzeit älter als 60 Jahre. Experten gehen davon aus, dass bis zum Jahr 2050 die Zahl der über 60jährigen von heute ca. 20 Mio. um ca. 8 Mio. zunimmt und gleichzeitig die Zahl der 20-60-Jährigen deutlich zurückgeht. Diese demographische Prognose macht deutlich, dass frühzeitige

und lebensbegleitende Leistungen zur Förderung des gesunden Älterwerdens und Gesunderhaltung der Bevölkerung zwingend erforderlich sind (vgl. BAR 2005, 3).

Vorwiegendes Ziel der Rehabilitation ist es, chronisch kranken oder psychisch behinderten Menschen von Beginn an bestmögliche Hilfen bereitzustellen. Dazu gehören Hilfsmittel, Assistenz, gute Rehabilitationsangebote sowie die Chance zur Integration in die Gemeinschaft und vor allem rechtlich festgelegte Ziele zur Chancengleichheit behinderter Menschen (vgl. BAR 2005,6).

Um dies zu gewährleisten und den Hilfebedarf zu erfassen, sowie Lücken in der Teilhabe zu schließen ist es unumgänglich, die relevanten Daten zu erfassen. Für eine sinnvolle personenzentrierte Hilfeplanung ist zuerst festzustellen, wer welche Hilfe benötigt, die passend und von Nutzen für die Betroffenen ist.

Darüber hinaus sollte Gerechtigkeit beim Zugang zu Hilfen gewährleistet werden und in diesem Zusammenhang die möglichst ökonomische Verteilung der zur Verfügung stehenden Mitteln angestrebt werden (vgl. Meyer 2004, 10ff), ohne das Kostenabwehraspekte im Vordergrund stehen.

Ein weiteres Argument für Klassifikationssysteme ist die Bewertbarkeit der Effizienz der angewandten Maßnahmen, um festzustellen welche Verbesserungen und/oder Veränderungen bestimmte Maßnahmen erbracht haben (vgl. ebd. 12).

Um dies festzustellen bedarf es zweier Schritte:

1. Welche und wie viele Personen Hilfen benötigen
2. Ausgangslage der Betroffenen muss bestimmt werden

Durch objektive Datenerfassung in einer standardisierten Form wäre Vergleichbarkeit möglich.

Denn auch im Gesundheits- und Sozialwesen besteht der Wunsch, nationale sowie internationale Vergleiche zu ermöglichen. Um im Vergleich der Maßnahmeangebote in der Rehabilitation und im europäischen Vergleich, die Situation psychisch kranker Menschen, die Effizienz einzelner Maßnahmen oder des gesamten Systems der Hilfen für die Betroffenen überprüfen zu können (vgl. ebd., 13).

„Um solche komplexen Prozesse wie Diskriminierung, Isolation oder Benachteiligung beobachten zu können, braucht es neben anderen Maßnahmen auch Daten, die verlässlich und weltweit vergleichbar sind.“
(Hollenweger in Meyer 2004, 13)

2.3 Klassifikationen – eine Einengung und eine Gefahr?

Hier stellen sich zuallererst mehrere Fragen: Ist Menschsein überhaupt klassifizierbar und kodierbar und können oder dürfen Menschen auf diese Weise verglichen werden? Ist es denn möglich zwischen Behinderung und Nichtbehinderung klar zu unterscheiden? Ist es möglich eine klare Grenze zwischen „psychisch krank“ und „psychisch gesund“ zu ziehen? Wann beginnt die Abweichung von der Norm und wer definiert diese? Ist es möglich durch ein Klassifikationssystem ein angemessenes, der Realität entsprechendes Bild der Lebenssituation der Betroffenen zu erhalten?

Es kann letztendlich nur die momentane Situation (Ist-Situation) der Betroffenen erfasst werden. Welche sich auch in kürzester Zeit wieder verändern kann. Zum Beispiel verlaufen die meisten psychischen Erkrankungen in Schüben, ein an einer Depression erkrankter Betroffener wird seine Leistungsfähigkeit während einer akuten schweren depressiven Phase wahrscheinlich als sehr eingeschränkt erleben, doch dies kann sich innerhalb weniger Wochen wieder verändern. Ein Klassifikationssystem kann der Subjektivität und Wandelbarkeit der Wahrnehmung und der damit verbundenen Leistungsfähigkeit der Betroffenen, meiner Ansicht nach, kaum gerecht werden. Wie kann eine Klassifikation die Komplexität, vor allem einer psychischer Behinderung, und die reale Bedarfssituation darstellen und die Gefahr umgehen, nicht nur eine unzulässige Reduktion der Problemzusammenhänge darzustellen? Meyer merkt an, damit eine Klassifikation nicht abklassifiziert und ein differenziertes Bild des Gesundheitszustandes der Betroffenen wiedergibt, ist Genauigkeit und Differenziertheit bei der Datenerfassung, sowie ein differenziertes

Angebotsspektrum der Maßnahmen nötig (vgl. Meyer 2004, 15). Es gilt zu hoffen, dass das differenzierte Angebotsspektrum auch zur Verfügung steht.

Doch auch die Person, welche klassifiziert, sollte sich der Gefahr der Etikettierung und Stereotypisierung der Betroffenen durch die Klassifikation bewusst sein.

Als „Fremddefinition“ bezeichnet Knuf (2001) die Etikettierung eines Menschen aufgrund bestimmter Merkmale, er geht noch darüber hinaus und sieht die Gefahr einer „zugeschriebenen Identität“, die sich aufgrund von Prognosen und Diagnosen zur negativen Identität verfestigen kann (vgl. Knuf 2001, 107). Die Gefahr der Etikettierung birgt sicherlich jedes Klassifikationssystem in sich, doch auch das Menschenbild und die Persönlichkeit des Klassifizierenden prägen das Ergebnis und damit die Identität der Betroffenen.

Hierzu Kobi in Meyer (2004): *„dass eine Diagnose stets ein Werturteil enthält und von Normvorstellungen abhängig ist und dass der Diagnostiker ... immer mitenthaltend ist in der Diagnose. Diagnosen sind letztlich stets persönlich mitverantwortende Existenz-Definitionen.“* (Kobi in Meyer 2004,14) Zu dem ist darauf zu achten, dass Betroffene durch Kodierungen nicht zu Nummern werden, denn Klassifikationssysteme können nur vorgesehene Daten erfassen und individuelle Faktoren werden nicht berücksichtigt (vgl. ebd.,15). Es gibt auch folgende kritische Betrachtungsweise, in der Klassifikationssysteme als Mittel zur Distanzierung zwischen Professionellen und Betroffenen herangezogen werden und dies zum Teil auch bewusst von professioneller Seite eingesetzt wird (vgl. ebd., 15).

Durch die Individualität jedes Menschen, seiner Geschichte, seinen individuellen Ausprägungen, seinen Begabungen, seinen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Bedürfnissen ist jeder Betroffene in seiner Behinderung einzigartig und nicht vergleichbar.

2.4 Der Paradigmenwechsel – Wunsch oder Wirklichkeit?

In den letzten Jahren hat sich das Verständnis von Krankheit und Gesundheit in der Theorie gewandelt, vom biomedizinischen Paradigma hin zu einer

biopsychosozialen Konzeption. Das biopsychosoziale Modell als mehrfaktorielles Modell psychischer Erkrankung liegt mittlerweile auch dem psychiatrischen Facharzt als Erklärungsmodell für psychische Erkrankung vor. Doch kollidiert hier der traditionelle Machtanspruch der Ärzte „auf Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für die Behandlung „psychischer Krankheiten“ (vgl. Dörr 2005, 20), welcher sich durch das biomedizinischen Krankheitsmodell legitimiert, mit den Forderungen nach Öffnung und Erweiterung des Modells. Dies beinhaltet auch eine berufspolitische Diskussion, denn damit würden die Semiprofessionen an Macht und Status gewinnen (vgl. Dörr 2005, 20-21). *Doch „Juristische wie verwaltungstechnische Regelungen und Finanzierungsbedingungen sichern das Monopol des medizinischen Krankheitsbegriffs gegen alle wissenschaftlichen und politischen Änderungsbestrebungen ab.“* (Dörr 2005, 20) Auch in der Praxis bestätigt sich der Eindruck, dass über das biopsychosoziale Modell häufig diskutiert wird und Bemühungen vorhanden sind dieses Modell in den Alltag der Psychiatrie zu integrieren, doch um Leistungen zur Rehabilitation zu beantragen oder um sich in schwierigen Situationen, zum Beispiel suizidale Krise eines Klienten, rechtlich abzusichern führt der Weg ausschließlich über die Einschätzung und Begutachtung des Arztes bezüglich des Krankheitsbildes bzw. der Behinderung. Bemerkenswert ist auch, dass in einem der führenden medizinischen Lehrbücher zur Psychiatrie (Möller, Laux, Deister 2005) das biopsychosoziale Modell im Zusammenhang mit der Psychiatrischen Krankheitslehre keine Erwähnung findet. Hier wird nur kurz darauf hingewiesen, dass *„erst die Klassifikation psychischer Störungen die Grundlage schafft für die Erforschung multifaktorieller Entstehungszusammenhänge und dass mit der Erkenntnis dieser konditionalen Zusammenhänge Voraussetzungen für eine rationale und empirisch begründete Therapie dieser Störungen geschaffen werden.“* (Möller, Laux, Deister 2005, 59) Das heißt, dass zuerst klassifiziert werden muss und erst dann können „multifaktorielle Entstehungszusammenhänge“ erforscht werden. Hier stellt sich mir die Frage, ob hier nicht durch eine gewisse Voreingenommenheit der Blick getrübt werden könnte. Des Weiteren fehlt eine genaue Definition „dieser konditionalen Zusammenhänge“ und es wird nicht erläutert, welche Informationen dazu benötigt werden und wie diese zu

gewinnen sind, um eine „rationale und empirisch begründete Therapie“ zu gewährleisten. Auch Wulf (vgl. 1988, 23) merkt an, dass die medizinischen Klassifikationsmodelle seiner Ansicht nach die Herrschaft über den Krankheitsbegriff übernommen haben. Bei seiner weiteren Betrachtung des `sozialpsychiatrischen Krankheitsbegriffs` stellt Wulf (1988) fest, dass es sich bei diesem vielmehr um eine Sichtweise, eine Perspektive des Psychiaters handelt, als um eine klare, eindeutige Krankheitsdefinition (vgl. Wulf 1988, 23). Darüber hinaus kritisiert er die Entwicklung hin zu einem „taxonomisch-klassifikatorischen Krankheitsbegriff“ der weniger zur Verdeutlichung als vielmehr zur Mystifizierung der psychiatrischen Krankheitsbilder beiträgt (vgl. Wulf 1988, 27). *„Diese Form der psychiatrischen „Diagnostik“ stellt also nichts anderes als einen begrifflich-klassifikatorischen Ordnungsversuch einer Erscheinungsvielfalt von Erlebnissen und Verhaltensweisen dar, der sich auf nichts „tatsächlich“ Zugrundeliegendes, sondern bestenfalls auf hypothetische Krankheitsursachen und –einheiten als ihre Kristallisationskerne berufen kann.“* (Wulf 1988, 28) Auch das biopsychosoziale Erklärungsmodell psychischer Erkrankung ist eine Veränderung der Sichtweise, eine Perspektive des Professionellen, doch umfasst dieser Blick mehr als die Erkrankung, sie bezieht die Lebenswelt des Betroffenen mit ein und würde damit eventuell die Machtverhältnisse (auch unter den Professionen) in der Psychiatrie bezüglich Diagnostik, Behandlung und Mitbestimmung der Betroffenen verändern. Das biopsychosoziale Modell besagt, dass verschiedene Faktoren (biologische Faktoren, psychosoziale Faktoren, persönliche Faktoren und Umweltfaktoren) die Vulnerabilität (Krankheitsdisposition) positiv oder negativ beeinflussen und erst das Zusammenwirken dieser Faktoren kann eine psychische Krise auslösen, sie verstärken oder schwächen. Eine psychische Erkrankung hat in diesem Kontext immer einen Gegenwartsbezug und weist gleichzeitig auf die Konstitution, die Biographie und die Lebenssituation des Betroffenen hin (vgl. Rahn 2005, 47). Auch Dörr (2005) führt an, dass die biopsychosozialen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit sich gegenseitig formen und das die biologische und die gesellschaftliche Existenz des Menschen einen Wirkungszusammenhang bilden (vgl. Dörr 2005, 21ff).

Die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) möchte diesen Wandel weg vom biomedizinischen Modell hin zum biopsychosozialen Modell zum Ausdruck bringen und vollziehen. *„Das bio-psycho-soziale Modell der ICF betrachtet eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit hauptsächlich als ein gesellschaftlich verursachtes Problem und im wesentlichen als eine Frage der vollen Integration Betroffener in die Gesellschaft. Hierbei ist „Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit“ kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden. Daher erfordert die Handhabung dieses Problems soziales Handeln, und es gehört zu der gemeinschaftlichen Verantwortung der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit, die Umwelt so zu gestalten, wie es insbesondere für eine volle Teilhabe der Menschen mit Gesundheitsproblemen (ICD) an allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist.“* (Schuntermann 2004,10)

Auch der Rechtsanspruch behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe stützt sich auf die ICF. Der § 1 SGB IX bestimmt, dass *„Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen“ unter der Zielsetzung zu erbringen sind, „ ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“* (vgl. Meyer 2004, 55)

Auf dem Hintergrund der ICF und des SGB IX ist ein sich gesellschaftlich und dadurch auch professionsübergreifend durchsetzender Paradigmenwandel zumindest vorstellbar geworden. Jedoch gilt es, meiner Meinung nach, zu befürchten, dass der sich zunehmend verstärkende Kostendruck im Bereich der Rehabilitation den Paradigmenwandel für sich benutzt, um Einsparungen vorzunehmen ohne adäquate Alternativen zu schaffen.

3 Darstellung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Nachdem im vorhergegangenen Kapitel das „Für-und-Wieder“ von Klassifikationssystemen im Allgemeinen betrachtet wurden, nun explizit zur ICF und ihren Hintergründen.

Die ICF gehört als Nachfolgerin der ICIDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) zu der von der WHO entwickelten Gruppe von Klassifikationen und ist in ihrer Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit und nicht der Krankheit angelegt. Die ICF wurde im Mai 2001 verabschiedet und durchläuft seitdem verschiedene Forschungs- und Implementierungsprozesse.

In diesem Kapitel wird die ICF in Betrachtung ihrer Geschichte, ihrer Philosophie, ihrer Konzepte, Ziele und Grenzen vorgestellt.

3.1 Geschichte – von der ICIDH zur ICF

Die Gründer der WHO definierten Gesundheit als einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche“ (WHO). Die Beschreibung und Messung des Gesundheitszustandes jedes Einzelnen oder eine allgemeine Definition von Gesundheit stellt nach wie vor eine zentrale Herausforderung dar.

In den letzten drei Jahrzehnten hat sich viel in der Betrachtungsweise von „Gesundheit“ verändert. Es wurde zunehmend klar, dass die alleinige Betrachtung von Diagnosen, Krankheitsursachen und Sterblichkeitsraten nicht viel über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, den Umgang mit Ressourcen und der daraus resultierenden Notwendigkeit von Rehabilitation aussagt. Daher hat sich die Aufmerksamkeit von rein diagnostischen Beschreibungen zu einem umfassenderen Gesundheitsverständnis hin

entwickelt, das sich auf Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheitszustand bezieht. Funktionsfähigkeit ist hierbei das Ausmaß an Leistung oder Leistungsfähigkeit bezogen auf alle möglichen Bereiche des täglichen Lebens, während Behinderung jegliche Abweichung von der spezifischen Norm darstellt. Als Reaktion auf diesen Bedarf wurde 1980 die ICIDH entwickelt um einen Rahmen zur Beschreibung von Beeinträchtigung zu schaffen (vgl. DIMDI 2005, 10).

Die ICIDH unterschied zwischen den drei Aspekten: „Schädigung (S-Kode, englisch: impairment), „Fähigkeitsstörung“ (F-Kode, englisch: disability) und „Beeinträchtigung“ (B-Kode, englisch: handycap). Der Faktor Umwelt fand in der ICIDH keine Berücksichtigung und so wurden „Beeinträchtigungen“ einseitig an den Betroffenen festgemacht (vgl. Meyer 2004, 19).

Seit ihrer Veröffentlichung vor nunmehr zwei Jahrzehnten wurde die ICIDH weltweit angewendet und in viele Sprachen übersetzt. Die ICIDH konnte sich jedoch in Deutschland nicht umfassend durchsetzen. Der Verband der deutschen Rentenversicherungsträger (VDR) nutzte sie nicht und auch der MDK verwendeten nur die Begrifflichkeit und nur vereinzelt benutzten die MDKs die Kodenummern des ICIDH (vgl. Meyer 2004, 20).

Im Verlauf der Jahre zeigte sich die Notwendigkeit einer Überarbeitung des Rahmens der ICIDH, vor allem aufgrund der Fortschritte, die durch die Erforschung von behinderungsspezifischen Einschränkungen erlangt wurden. Eine Revision der ICIDH sollte eine komplexere, aber auch einfachere Klassifikation des Gesundheitszustandes und der Behinderung ergeben (vgl. DIMDI 2005, 9).

Diese neue Version – die ICF – besteht aus zwei Hauptfaktoren mit je zwei Komponenten. Dies sind zum einen die Funktionsfähigkeit und Behinderung mit den Komponenten Körperfunktionen und –strukturen und Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe), sowie zum anderen die Kontextfaktoren mit den Komponenten Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren (vgl. DIMDI 2005, 16). Sie ersetzt das Konzept der ICIDH von Behinderung und Einschränkung durch das Konzept von Leistung und Leistungsfähigkeit und wendet dieses auf eine Liste von Aktivitäts- und Partizipationsdomänen an.

3.2 Funktionale Gesundheit“ und Normalitätskonzept

Zum Verständnis der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit richtungweisend. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (**Konzept der Kontextfaktoren**):

- Ihre Körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (**Konzept der Körperfunktionen und –strukturen**)
- Sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (Gesundheitsproblem im Sinn des ICD) erwartet wird (**Konzept der Aktivitäten**)
- 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 erwartet wird (**Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen**) (BAR 2003, Heft 9, 8)

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein biomedizinische Betrachtungsweise der ICD-10 verlassen. In der ICF werden zusätzlich zu der biomedizinischen Betrachtungsweise (Körperfunktionen und –strukturen), die sich auf den Organismus bezieht, Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) sowie als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese veränderte Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung. Die genannten Aspekte ergänzend, werden die Kontextfaktoren der betreffenden Person in die Betrachtung miteinbezogen, d. h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der die betreffende Person lebt (Umweltfaktoren, zum Beispiel Verfügbarkeit von Hilfsmitteln oder angepassten Technologien, Möglichkeiten der Arbeitsplatzanpassung), sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (personenbezogene Faktoren, z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Motivation, Leistungsbereitschaft). Diese beiden

Kontextfaktoren, die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren, sind für eine sinnvolle Rehabilitationsplanung unerlässlich. Kontextfaktoren können sich positiv insbesondere auf die Teilhabe an Lebensbereichen auswirken (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, sinnvolle Aufgabe, daraus resultierend Motivation sowie Leistungsbereitschaft). Der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren (biopsychosoziales Modell der ICF). Der Begriff der „funktionalen Gesundheit“ wird in der ICF nicht definiert, er wird beschrieben und anhand von Beispielen verdeutlicht (vgl. Schuntermann 2004, 4).

Ein Beispiel: Aufgrund einer Störung der mentalen Funktionen im Antrieb stark verlangsamte Person (erhebliche Aktivitätseinschränkung im Bereich der psychischen Energie) möchte selbst (Wille als Kontextfaktor) eine Arbeit in einem Kiosk aufnehmen (Wunsch nach Teilhabe am Arbeitsleben), wozu sie in der Lage wäre (keine Einschränkung der Aktivität „arbeiten in einem Kiosk“). Sie verfügt über einen früh aufstehenden Mitbewohner, der sie weckt (Mitbewohner als Kontextfaktor) und kommt so aus dem Bett und folglich zur Arbeit (Kontextfaktor „Mitbewohner“ wirkt sich positiv aus). In der Arbeit angekommen trifft sie auf eine sehr stressbesetzte und spannungsgeladene Situation und soll schnell Kaffee für zwanzig Personen zu bereiten und den Kiosk aufmachen und die ausgegangene Ware erfassen. Diese Situation ist für die Person unüberwindbar, sie ist unklar, hektisch und unübersichtlich. (Stress als Kontextfaktor, der sich negativ auswirkt) Eine Arbeitsassistenz ist nicht installiert (Arbeitsassistenz als Kontextfaktor). Diese Gegebenheiten würden es der Person unmöglich machen die Arbeit im Kiosk aufzunehmen. Wäre eine Arbeitsassistenz eingerichtet und würden die Störungen der mentalen Funktionen der Person berücksichtigt werden, würde es der Person möglich sein der Arbeit im Kiosk nachzugehen (Arbeitsassistenz als positiv wirkender Kontextfaktor nicht vorhanden).

Die funktionale Gesundheit basiert auf einem „Normalitätskonzept“, welchem eine normative Anschauung zu Grunde liegt. Das kann sich positiv auswirken, wie das folgende Beispiel zeigt: Über die Hilfsmittel Brille oder Hörgerät kann

eine starke Einschränkung der Aktivität und der Teilhabe verhindert werden (Anpassung der Hilfsmittel an die normativen Werte der Seh- und Hörfähigkeit) (vgl. Schuntermann 2004, 5). Das Heranziehen des Normalitätskonzepts kann aber auch zu Problemen führen. Sichtbar am Beispiel psychisch Beeinträchtigter Menschen, für diese können normative Forderungen eine Stigmatisierung und Überforderung darstellen und/oder eine Diskriminierung ihrer Person beinhalten. Gerade bei Menschen mit einer psychischen Behinderung oder chronischen Erkrankung ist das Normalitätskonzept kritisch zu sehen.

3.3 Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit und Behinderung

Das Gegenteil der funktionalen Gesundheit ist in der Philosophie der ICF nicht etwa Krankheit, sondern eine „Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit“. Diese wird folgendermaßen umschrieben:

„Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren“ (vgl. Schuntermann 2004, 12)

Um den Zusammenhang zwischen „Krankheit“ und „funktionaler Problematik“ und deren Komplexität zu erläutern, fügte Schuntermann (2004) einige Anmerkungen an:

1. Eine Person, deren funktionale Gesundheit beeinträchtigt ist, muss nicht im engeren Sinn krank sein
2. Eine funktionale Problematik kann für die betrachtete Person eine Eigendynamik entwickeln (z.B. Ausschluss aus dem Erwerbsleben), die für die Person erheblich schwerwiegender ist als die zugrunde liegende Krankheit.
3. Heilt eine Krankheit vollständig aus, kann hieraus nicht notwendigerweise geschlossen werden, dass die betreffende Person auch funktional gesund ist, z. B. Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und deren Auswirkung auf bestimmte Lebensbereiche.

4. Eine Krankheit braucht nicht manifest zu sein, um eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit auszulösen (z.B. Einschränkungen durch eine bekannt gewordene HIV-Infektion) (Schuntermann 2004, 12)

Die funktionale Gesundheit kann durch Kontextfaktoren negativ oder positiv beeinflusst werden. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit ist nach ICF eine Behinderung.

„Behinderung ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und der externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen Individuen leben, andererseits.“ (DIMDI 2005, 20)

Der allgemeine Behinderungsbegriff der ICF ist weiter gefasst als der Behinderungsbegriff des SGB IX. In Deutschland liegt in der Rehabilitation und vor allem im Bereich der Leistungsträger der Behinderungsbegriff des SGB IX zugrunde. Welcher sich wie folgt definiert:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (SGB XI §2, Absatz 1)

Der Behinderungsbegriff der ICF geht, wie schon erwähnt, weit über den des SGB XI hinaus, er setzt keine bestimmte Mindestdauer der Behinderung voraus und er grenzt den Begriff nicht auf eine Abweichung „von dem für das Lebensalter typischen Zustand“ ein.

Kritikpunkt: In der ICF gibt es keine klare Beschreibung der Situation eines Menschen mit Behinderung, es fehlt die Erwähnung von Einschränkungen oder Problemen, die aus dem Gesundheitsproblem und seinen Wechselwirkungen mit den Kontextfaktoren herausgeht. Schade, das in Deutschland nur die Sichtweise des SGB XI verwendet wird und nicht der Behinderungsbegriff der ICF. Im SGB XI werden Umweltfaktoren nicht berücksichtigt. Dadurch wird die große Potenz der ICF, die Bedeutung von Umweltfaktoren und sozialen Beziehungen auf den Behinderungsbegriff, eingeschränkt (vgl. Meyer 2004,

55ff). Zugleich stellt sich die Frage, welche politische Überlegung dahinter steht, dass die sozialrechtliche Definition von Behinderung von der Betrachtungsweise der ICF abweicht. Auch Schuntermann (2004) erwähnt, dass dies *„international gesehen, eine herausragende Besonderheit unseres Sozialrechts“* ist. (Schuntermann 2004, 14)

3.4 Die Konzepte der ICF

3.4.1 Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen

Das vorliegende Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen orientiert sich allein an der Leiblichkeit eines Menschen und lässt sich in der Begrifflichkeit der ICF nach dem ICF-Leitfaden der BAR (2005, 12) wie folgt umschreiben:

„Das Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen beschreibt die Ursachen von Einschränkungen bestehender Aktivitäten einer Person. Das Konzept bezieht sich auf den menschlichen Organismus einschließlich des mentalen Bereichs. Dabei sind Körperfunktionen die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen, 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.“

3.4.2 Konzept der Aktivitäten

Das Konzept der Aktivitäten bezieht sich auf den Menschen als handelndes Subjekt und ist zentral für den Zugang zu Leistungen der Rehabilitation. Unter einer Aktivität wird die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe verstanden. Beeinträchtigungen einer Aktivität sind Probleme, die eine Person bei der Durchführung einer Handlung oder Aufgabe hat (vgl. BAR 2005, 13). Dem Aktivitätskonzept unterliegen zwei Faktoren: Leistungsfähigkeit und Leistung. Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Standard-, Test- oder hypothetischen Bedingungen, wobei die Gewichtung von „maximal“ abhängig von dem

Hintergrund der Fragestellung ist. Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person unter den Gegebenheiten ihres Kontextes, ihres Lebenshintergrundes. (vgl. BAR 2005, 13) Eine Person erbringt genau dann eine Leistung, wenn:

- Sie hierfür objektiv leistungsfähig genug ist
- Die Gegebenheiten ihres Kontextes es ihr objektiv ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit in Leistung umzusetzen
- Sie den Willen (ihre Leistungsbereitschaft) zur Umsetzung ihrer Leistungsfähigkeit in Leistung hat (Nordenfelt-Triade) (vgl. Schuntermann 2004, 21)

Das heißt die drei Bedingungen Leistungsfähigkeit, Gelegenheit und Wille müssen gegeben sein, damit es zu einer Handlung kommt. Der Wille zur Umsetzung der Leistungsfähigkeit in Leistung gehört in der ICF zu den personenbezogenen Faktoren (soweit eine Beeinträchtigung des Willens nicht Teil des Gesundheitsproblems ist). Wichtige Aufgaben der Rehabilitation sind die Wiederherstellung oder die Verbesserung der Gegebenheiten des Kontextes durch Abbau von Barrieren und Schaffung von Förderfaktoren sowie ggf. das Einwirken auf die Leistungsbereitschaft (vgl. Schuntermann 2004, 21).

3.4.3 Das Konzept der Teilhabe

Das Teilhabekonzept bezieht sich auf den Menschen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt. Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Teilbereich hat. Das Konzept der Teilhabe ist mit Fragen nach dem Zugang zu Lebensbereichen sowie der Daseinsentfaltung und dem selbstbestimmten und gleichberechtigten Leben verknüpft. 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. Hierbei ist ein wesentlicher Faktor, um dem Konzept der Teilhabe gerecht zu werden, dass die Betroffenen in die Rehabilitationsplanung mit einbezogen werden (vgl. BAR 2005, 14).

3.4.4 Konzept der Kontextfaktoren

Die Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrundes stellen in der ICF Kontextfaktoren dar. Diese Betrachtung der Lebenswelt setzt sich aus den Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren zusammen. Die Umweltfaktoren sollen die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt abbilden. Zum Beispiel die Einstellung der Gesellschaft als Barriere oder Förderfaktor für psychisch beeinträchtigte Menschen um Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erreichen.

Umweltfaktoren sind nach ICF klassifizierbar und teilen sich in fünf Kapitel auf. Den Lebenshintergrund und die Lebensführung eines Menschen umfassen die personenbezogenen Faktoren. Diese sind in der ICF nicht klassifiziert, sind aber für eine sinnvolle Rehabilitationsplanung unter Berücksichtigung aller Förderfaktoren und Barrieren unabdingbar (vgl. BAR 2005, 16).

3.5 Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Auf dem Hintergrund der Konzepte zur Betrachtung des bio-psycho-sozialen Modells der ICF. Beginnend mit der Auseinandersetzung mit dem biomedizinischen Modells der ICD. In diesem wird eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit als ein Problem in der Person des betroffenen Menschen gesehen. Dieses Problem wird nach ICD unmittelbar ausgelöst durch eine Krankheit einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem. Die Lösung der funktionalen Problematik ist innerhalb der medizinischen Versorgung zu finden und das Management derselben zielt auf Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung des betroffenen Menschen ab. (vgl. Schuntermann 2004, 10)

Dagegen betrachtet das bio-psycho-soziale Modell der ICF die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit eines Menschen vorwiegend als ein gesellschaftlich verursachtes Problem und als eine Frage der Integration in die Gesellschaft. In diesem sozialen Modell wird deutlich, dass eine gemeinschaftliche Verantwortung der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit besteht, die Umwelt so zu gestalten, wie es insbesondere für eine volle Teilhabe der

Menschen mit Gesundheitsproblemen (ICD) an allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist. (vgl. Schuntermann 2004, 10)

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF legt ein Denken in Variationen der Kontextfaktoren zugrunde, um so Barrieren oder das Fehlen von Förderfaktoren identifizieren zu können und auf diese Weise Änderungen erwirken zu können. So variiert nach dem bio-psycho-sozialen Modell der Zustand der funktionalen Gesundheit (Konzepte der Körperfunktionen und –strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe) mit dem Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren (vgl. Schuntermann 2004, 10ff). Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann auch andere Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Dies lässt sich mit so genannten Sekundärprozessen oder induzierten Prozessen beschreiben (vgl. Schuntermann 2004, 11). Sekundärprozesse wären beispielsweise die Nebenwirkungen, welche aus der neuroleptischen Medikation bei Schizophrenien entstehen, von Spätdyskinesien bis zur Mundtrockenheit. Oder jemand verliert seinen Arbeitsplatz wird depressiv, daran zerbricht seine Lebensgemeinschaft, er erleidet einen Nervenzusammenbruch, entwickelt eine Angststörung oder eine chronische Suizidalität usw.

Induzierte Prozesse umschreiben die Zusammenhänge der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit bei Dritten, meist der nächsten Angehörigen. Zum Beispiel sind Angehörige Demenzkranker stark gefordert und aus der Überlastung kann sich eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit entwickeln.

3.6 Ziele und Grenzen der ICF

Die ICF ist eine Mehrzweckklassifikation für verschiedene Anwendungsbereiche. Als spezifische Ziele können bezeichnet werden (vgl. Schuntermann 2004, 36):

1. Eine wissenschaftliche Grundlage zu liefern für das Verstehen und das Studium der mit Gesundheit zusammenhängenden Faktoren
2. Eine gemeinsame Sprache darzustellen für die Beschreibung der mit Gesundheit zusammenhängenden Faktoren und dadurch die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Systemen (Gesundheitswesen, Forschung, Politik usw.) zu verbessern
3. Datenvergleiche zwischen Ländern und Gesundheitsdiensten zu ermöglichen
4. Eine systematische Verschlüsselung für Gesundheitsinformationssysteme bereitzustellen

Durch die Zielsetzung sind die Anwendungsbereiche der ICF schon zum Teil vorgegeben:

1. Sie kann als statistisches Instrument für die Erhebung und Dokumentation von Daten und als Forschungsinstrument für die Messung von z. B. Lebensqualität und Umweltfaktoren genutzt werden
2. Sie kann als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung für die Anpassung von Behandlung an spezifische Bedingungen, die Beurteilung der Rehabilitation o. ä. genutzt werden.
3. Sie kann als sozialpolitisches Instrument für die Planung der sozialen Sicherheit oder als pädagogisches Instrument für die Schaffung eines Problembewusstseins genutzt werden (vgl. Schuntermann 2004, 36)

Die Grenzen der ICF werden insbesondere durch zwei Aspekte gekennzeichnet:

1. Zum einen ist die ICF keine Klassifikation funktionaler Diagnosen, sondern mit ihr können funktionale Befunde und Symptome angegeben werden. Die ICF gibt eine Momentaufnahme des Gesamtbildes des Menschen mit Beeinträchtigung seiner Funktionsfähigkeit. (IST-Analyse)
2. Zum anderen ist die ICF kein Assessment-Instrument. Jedoch wird im Konzept der ICF aufgefordert diese auf ihrer Grundlage zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln (vgl. Schuntermann 2004, 36ff).

4 Rehabilitationsauftrag: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Das Primat der Selbstbestimmung und Teilhabe zieht sich wie ein roter Faden von der ICF durch das SGB IX. Doch was genau verbirgt sich hinter dem Begriff der Teilhabe? Und sichert Teilhabe Chancengleichheit? Wie gestaltet sich Teilhabe in der Praxis und wie lässt sich diese in der ICF darstellen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich das folgende Kapitel und bewegt sich vom Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe zum Konzept der Aktivität und Teilhabe in der ICF hin zu einem konkreten Fallbeispiel.

4.1 Das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe

Der Teilhabebegriff in der Rehabilitation ist eng mit dem SGB IX verbunden. Jenem Gesetz mit dem hohe Erwartungen und Anforderungen bezüglich der erhofften und geforderten Strukturreform im Rehabilitationsrecht verbunden waren und zum großen Teil unerfüllt blieben (vgl. Brill, Marschner 2005, 39). Doch von großer Bedeutung ist die Orientierung des SGB IX an der ICF, damit wurden alle Leistungen der Rehabilitation als Leistungen zur Teilhabe definiert

(vgl. Fuchs 2006, 22). Hier geht es um Teilhabe als Rechtsbegriff und denn damit verbundenen Rechtsanspruch.

Der Rechtsanspruch behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe ergibt sich unmittelbar aus §1 SGB IX. Im § 5 SGB IX werden fünf Leistungsgruppen unterschieden in der Teilhabe erbracht werden (vgl. BAR 2005, 48):

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
4. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
5. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
6. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Für die Erbringung der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, vormals „soziale Rehabilitation“ wurden im § 6 SGB IX die Sozialhilfeträger in den Kreis der Rehabilitationsträger miteinbezogen (vgl. Fuchs 2006, 25). Der Gedanke der Chancengleichheit aus der ICF konnte hier jedoch nicht umgesetzt werden. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zum Beispiel Betreute Wohnformen und Heime für psychisch kranke Menschen, der Sozialhilfeträger als Leistungsträger, werden erst nach einer Einkommens- und Vermögensüberprüfung und -heranziehung der Betroffenen gewährt (vgl. Marschner, Brill 2005, 126). Damit wird die „Entreicherung“ vor allem psychisch kranker Menschen beschrieben. Diese „Entreicherung“ findet sich ausschließlich im Sozialhilferecht als Rehabilitationsträger und stellt eine Diskriminierung und Benachteiligung der Betroffenen dar. Herr Fuchs bezeichnete dies in seiner Vorlesung als Rechtsbruch.

Der Vorbehalt abweichender Regelungen ist im § 7 SGB IX festgelegt, dieser besagt das die Vorschriften für die Leistungen zur Teilhabe sich aus dem SGB IX ergeben, wenn die geltenden Leistungsgesetze der jeweiligen Rehabilitationsträger nichts Abweichendes ergeben (vgl. BAR 2005, 49). Dies wird in der Praxis als kritischer Passus diskutiert, nimmt sich hier doch das SGB IX als übergeordnetes Rehabilitationsgesetz weitere Reglementierungs- und Strukturierungsmöglichkeiten des Rehabilitationsrechts.

4.2 ICF in der Rehabilitation - Aspekte zur Aktivität und Teilhabe

Für die Rehabilitation und Beurteilung der funktionalen Gesundheit ist das Konzept der Aktivitäten mit seiner Handlungstheorie besonders wichtig. Dies ist auch, innerhalb der Klassifikation, einfacher zu verstehen als das Teilhabekonzept. Die Aspekte der Teilhabe werden in der ICF nicht angemessen operationalisiert und sollen laut WHO durch weitere Forschung erschlossen werden (vgl. Schuntermann 2004,19). Das heißt, die Begriffe zu präzisieren, zu standardisieren, um durch Angabe weiterer Indikatoren den Sachverhalt der Teilhabe klarer darstellen zu können. Bedeutsam für beide Konzepte ist der Begriff des Lebensbereichs. Nach ICF sind Lebensbereiche aufgeteilt in Bereiche menschlichen Handelns, dies würde den Aktivitäten entsprechen und in Bereiche menschlicher Daseinsentfaltung, dies würde der Teilhabe entsprechen (vgl. BAR 2005, 14). Beide Bereiche sind nicht eindeutig voneinander zu trennen und berühren oder überlappen sich immer wieder, deshalb gibt es eine gemeinsame Klassifikation für Aktivität und Teilhabe. Jedoch merkte Meyer (2005) an, dass eine einfache Gleichsetzung von Teilhabe und der sozialen Perspektive der Funktionsfähigkeit schwierig sei. Es ist nicht möglich, aus der Tätigkeit die eine Person ausübt oder in der Lage ist auszuüben zu schließen, ob sie auch tatsächlich in den Lebensbereich, in dem die Tätigkeit vorkommt, integriert ist (vgl. Meyer 2004, 41). Also daraus lässt sich schließen, dass das Ausmaß der Integration, oder wie in der ICF bezeichnet das *„Einbezogensein einer Person in eine bestimmte Lebenssituation“* nicht kodiert werden kann (vgl. DIMDI 2005, 164). Im Anhang 3 der ICF wird vorgeschlagen bestimmte Items zwischen Aktivitäten und Teilhabe aufzuteilen. Dies wären für die Kodierung der Aktivitäten zum Beispiel die Domänen Lernen und Wissensanwendung oder Mobilität usw., und für den Bereich der Teilhabe zum Beispiel die Domänen Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen oder Bedeutende Lebensbereiche usw. (vgl. DIMDI 2005, 164). Durch die Items in der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe lassen sich verschiedene Indikatoren für bestimmte Lebensbereiche bilden und somit die Klassifikation an die individuelle Situation der betroffenen Person anpassen.

Damit ist es möglich die betroffene Person direkt in die Rehabilitationsplanung über die Klassifikation einzubinden, in dem mit ihr Items zu Lebensbereichen zusammengefasst werden, an denen sie wieder vollständig teilhaben möchte (vgl. BAR 2005, 15).

Aktivitäten und Teilhabe werden mit zwei Beurteilungsmerkmalen kodiert, dies sind die Merkmale Leistung (Teilhabe) und Leistungsfähigkeit (Aktivitäten). Es gibt optional die Möglichkeit eines dritten und vierten Beurteilungsmerkmals, welche die Leistungsfähigkeit mit Assistenz und die Beurteilung der Leistung ohne Assistenz kodieren kann. Ein fünftes Beurteilungsmerkmal für „subjektive Zufriedenheit“ oder „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ ist in Entwicklung. Der Kode aus der ICF-Checkliste und die beiden Beurteilungsmerkmale bilden zusammen die Informationsmatrix (vgl. DIMDI 2005, 159).

Kodierversuch für Aktivitäten und Teilhabe im Lebensbereich d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (d steht für domain und kann durch a activities oder p partizipation ersetzt werden):

Elementare interpersonelle Aktivitäten a7103._3 – erhebliche Leistungseinschränkung in der Aktivität (Handlung) bezüglich der Kritikfähigkeit sich selbst und anderen gegenüber

Komplexe interpersonelle Aktivitäten p7200.3_ – erhebliche Beeinträchtigung der Teilhabe bezüglich der Leistung Beziehungen eingehen

Mit Fremden umgehen d730.00 – Keine Beeinträchtigung

Formelle Beziehungen p740.1_ – Leichte Beeinträchtigung in der Teilhabe bezüglich der Leistung des Kontakts zum Arbeitgeber

Informelle soziale Beziehungen a7503._1 – Leichte Leistungseinschränkung in der Aktivität adäquaten Kontakt zu Mitbewohnern aufnehmen

Familienbeziehungen p7601.3_ - Erhebliche Beeinträchtigung in der Teilhabe bezüglich der Leistung Beziehungspflege zur Mutter

Intime Beziehungen d7700.44 – vollständige Beeinträchtigung der Leistung (Teilhabe) und Leistungsfähigkeit (Aktivitäten) beim Aufbau und aufrechterhalten von Liebesbeziehungen

Das die Informationen durch die Klassifizierung nur Fragmente darstellen, welche ohne die Einbindung der Kontextfaktoren ein unzulängliches Bild zeichnen, wird hier sehr deutlich. Doch auf welcher Grundlage kann die Kodierung in eine Rehabilitationsplanung einfließen? Hier gibt es noch Entwicklungsbedarf. Schwierig ist die Übersetzung der Informationsmatrix in eine sprachliche Darstellung ohne einen Rahmen für diese zur Verfügung zu haben. Auch die Entscheidung auf welcher Domäne der jeweilige zu betrachtende Aspekt der funktionalen Gesundheit am Sinnvollsten wiedergegeben wird, gestaltet sich nicht einfach. Selbst Schuntermann (2004), der an der Entwicklung der ICF beteiligt war, schreibt, dass die Kodierung nach ICF in ihrer Komplexität sehr schwierig und zeitraubend ist und die ICF in ihrer Anwendbarkeit nachgebessert werden soll (vgl. Meyer 2005, 86).

4.3 Fallbeispiel: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Die anamnestischen Daten wurden gemeinsam mit dem Klienten in diesem Umfang für die vorliegende Arbeit erhoben.

Das folgende Beispiel wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen in den Angaben zur Person und Orten verändert um eine Anonymisierung zu gewährleisten. Das Fallbeispiel ist sehr ausführlich gehalten um einen möglichst umfassenden Blick auf die Lebenssituation und die daraus resultierenden Kontextfaktoren des beschriebenen Klienten zu ermöglichen.

4.3.1 Anamnestische Angaben

Der Klient ist 38 Jahre alt. Er lebte bis 1997 zusammen mit seinen Eltern und seinem älteren Bruder in Ostdeutschland. Bereits seit der Kindheit bestehen ausgeprägte Kontaktstörungen, vor allem zu Gleichaltrigen. Die Schulbildung verlief bis zur mittleren Reife unauffällig. Anschließend begann er eine Lehre als Fotograf, die er nach einem halben Jahr abbrach. 1989 nahm er eine Ausbildung als Fotolaborant auf welche er im Herbst 1992 abschloss. 1997 verstarb der Vater an einer Krebserkrankung. Anschließend verkaufte die Mutter das Elternhaus und zog sich selbst in ihren 200 km entfernten

Geburtsort zurück. Der Bruder verzog in eine größere Stadt Mitteldeutschlands und besuchte dort das Konservatorium für Kirchenmusik. Seitdem ist der Kontakt stark eingeschränkt. Herr Y. selbst blieb in seinem Heimatort wohnen. Im Sommer 2000 der erste stationär-psychiatrische Aufenthalt bei dem eine schizophrene Störung (ICD-10 F20.0) diagnostiziert wurde. Der zweite stationär-psychiatrische Aufenthalt folgte 2001. Im Januar 2002 nahm Herr Y. eine Stelle als Fotolaborant in Südbayern an und zog dahin um. Die Arbeitsstelle wurde im bereits nach drei Wochen in der Probezeit gekündigt, mit der Begründung er sei der Komplexität der Tätigkeit und den Anforderungen an die Auffassungsgabe und Schnelligkeit nicht gewachsen. Dieser Rückschlag löst eine persönliche und psychische Krise aus. Herr Y. verhielt sich an seinem Wohnort sehr auffällig, er zeigte kaum mehr Aktivitäten, verlies kaum mehr die Wohnung, magerte stark ab und warf Dinge aus dem Fenster, machte Feuer auf dem Balkon und war laut Vermieter und Polizei im Gespräch nicht mehr erreichbar. Im Februar 2002 kam es zur dritten stationär-psychiatrischen Unterbringung nach dem Bayer. Unterbringungsgesetz und anschließender zivilrechtlicher Unterbringung. Freiwilligkeit war ab August 2002 gegeben. Herr Y. wurde die Wohnung gekündigt und er zog im November 2002 auf Anraten der behandelnden Ärztin in die therapeutische Wohngemeinschaft ein. Herr Y. war anfänglich sehr zurückgezogen, schien in eigenen psychotischen Gedanken sehr verwoben zu sein, teilte diese jedoch der „Außenwelt“ nicht mit und nahm nur langsam Kontakt auf. Er wirkte im Affekt starr, nicht erreichbar und in der Konzentrationsfähigkeit, Auffassung und Aufmerksamkeit deutlich reduziert. Es war ihm kaum möglich einen Kontakt (Gruppensitzung, Gespräch) über 15 Minuten hinaus aufrechtzuerhalten. Während er anfänglich jede Tagesstrukturierung ablehnte, nahm er zunehmend engagiert und regelmäßig ambulant an der Ergotherapie teil. Nach einer Eingewöhnungs- und Stabilisierungsphase von einem halben Jahr in der TWG konnte Herr Y. zur Teilnahme an einer teilstationären medizinischen-beruflichen Reha-Maßnahme motiviert werden. Diese besuchte er von März 2003 bis Juni 2005. Innerhalb dieser Zeit taute Herr Y. zunehmend auf, er wurde offener und interessierter an seiner Umgebung und an seinen Mitmenschen, er wurde auch stetig kontaktfreudiger innerhalb der TWG, seine Fähigkeiten bezüglich

Konzentration, Auffassung und Aufmerksamkeit verbesserten sich deutlich. Vom Juli 2005 bis August 2006 nahm Herr Y. an einer Arbeitsförderungsmaßnahme des AA teil, innerhalb dieser Maßnahme konnte er seine Belastungsfähigkeit in einer praktikumsähnlichen Tätigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt testen. Er absolvierte diese Maßnahme in einem Schreibbüro und im Archiv einer öffentlichen Einrichtung mit Bravur. Er bekam positive Rückmeldungen von den Kollegen sowie den Vorgesetzten und er hatte Freude an der Tätigkeit, auch der strukturelle Rahmen, wie regelmäßige Arbeitszeiten, überschaubarer Arbeitsplatz, klare Anweisungen usw., tat ihm offensichtlich gut. Hier fühlte er sich zunehmend in seinem Selbstwertgefühl und damit auch in seinem Selbstbewusstsein gestärkt. Seit Mai 2006 bezieht Herr Y. eine Erwerbsunfähigkeitsrente und seit September 2006 hat er eine geringfügige Beschäftigung im Kioskverkauf einer sozialen Einrichtung, dies am Anfang mit Einbindung einer Arbeitsassistenz.

4.3.2 Problem- und Bedürfniserfassung

Herr Y. wünscht sich mehr Kontakte zu anderen Menschen, Freundschaften und Bekanntschaften, vielleicht als fernes Ziel eine Partnerschaft. Hierhin traut er sich kaum hinzudenken. Er ist sich seiner „selbstgewählten“, sozialen Isolation mittlerweile sehr bewusst und leidet darunter. Doch auf der anderen Seite hat er große Ängste, den Ansprüchen und Erwartungen anderer Menschen nicht gerecht zu werden und dann auf Ablehnung zu stoßen. Herr Y. äußert immer wieder den Wunsch am Wochenende gemeinsam Mittag zu essen oder Spieleabende mit den Mitbewohnern zu veranstalten, die anderen WG Bewohner beschwerten sich dagegen immer wieder über seine starre Haltung, z. B. Essen Punkt 12 Uhr auf dem Tisch (wobei er selten kocht!). Er ist im Kontakt teilweise sehr angespannt und es fällt ihm deshalb schwer flexibel auf sein Gegenüber zu reagieren. Herr Y. genießt Freizeitangebote mit der Gruppe und fordert diese auch vehement ein, in diesem Rahmen fällt es ihm leichter auf andere zuzugehen. Er schildert Kontaktschwierigkeiten seit der frühen Kindheit und fühlt sich in Kontakten oft sehr überfordert, weil er auf

wenig Gelerntes zurückgreifen kann. In den letzten eineinhalb Jahren hat er wieder verstärkt Kontakt zu seinem alten Freundeskreis und zu seiner Familie aufgenommen. Hier wird Herr Y. sehr lebendig und berichtet von den Veränderungen in der Familie oder im Freundeskreis. Im Alltag beschäftigt sich auch immer wieder angstvoll mit der Frage ob er jetzt wieder krank wird, z. B. wenn er schlecht geschlafen hat und er nicht seine gewohnte Empfindung hat oder etwas anderes Unvorhergesehenes seinen übersichtlichen Alltag durcheinander bringt. Auch hier äußert er den Wunsch nach Veränderung in Form einer flexibleren eigenen Haltung. Er ist sehr froh die geringfügige Beschäftigung zu haben, war es doch eine lange Suche auf dem ersten Arbeitsmarkt, bis sich zumindest diese Möglichkeit abzeichnete, und doch fühlt er sich intellektuell unterfordert und würde nach wie vor bevorzugt im Büro arbeiten. Herr Y. plant für 2007 eine dreiwöchige Englandreise und ist hierbei äußerst motiviert und führt die Vorbereitungen und Planung in der ihm eigenen Gründlichkeit durch. Beeindruckend ist seine Fähigkeit zu sparen und vor allem sich fokussiert Geld anzusparen, um sich spezielle Wünsche, wie die Reise, zu ermöglichen. Herr Y. verfügt über ein geringes Einkommen und würde gerne mehr arbeiten. Er hat viel Hoffnung auf die Möglichkeit einer Umschulung gelegt, doch dies scheiterte an der Begutachtung des MDK und der damit verbundenen negativen Prognose des Krankheitsverlaufs (Erkrankung 2000 mit rezidivem Verlauf). Auftrag der Begutachtung war die Feststellung einer Erwerbsminderung angefordert von der gesetzlichen Krankenkasse. Hier ergibt sich nun folgendes Problem: Herr Y. bezieht Erwerbsunfähigkeitsrente in Höhe von 640,00 €, er geht am Wochenende einer geringfügigen Beschäftigung nach und verdient dabei ungefähr 290,00 €. Gerne würde Herr Y. mehr arbeiten, er fühlt sich auch in der Lage dazu, doch es gibt keine adäquaten Teilzeitstellen (ca. 20 Std.) auf dem Arbeitsmarkt der näheren Umgebung und er darf als „Erwerbsunfähigkeitsrentner“ nicht viel mehr dazu verdienen ohne Kürzungen in Kauf zu nehmen. Zu dem würde er bei einem höheren Verdienst zu den Kosten für das Betreute Wohnen herangezogen werden und dies würde bedeuten, dass er, auch wenn er mehr arbeitet, nicht über das Sozialhilfeniveau hinauskommt. Dies Beeinträchtigt seine Motivation erheblich.

4.4 Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten

Um die Sprache und die Philosophie der ICF zu verdeutlichen habe ich oben vorgestelltes Fallbeispiel aus meiner beruflichen Praxis in eine Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten (vgl. BAR 2005, 19) übersetzt. Der beschriebene Klient war an der Erfassung mitbeteiligt und seine Wahrnehmung und Einschätzung über Schädigungen, Beeinträchtigungen, Barrieren oder Förderfaktoren ist maßgeblich. Ich habe die Bereiche, welche dem Klienten persönlich am wichtigsten sind aus der ICF-Checkliste (siehe Anhang) herausgegriffen. Dies sind auf der ICF-Checkliste 2. Teil: Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe, die Domäne d7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen sowie die Domäne d.8 Bedeutende Lebensbereiche, hier vor allem der Item d850 Bezahlte Tätigkeit.

- Gesundheitsproblem / ICD-10
F20.0: Paranoide Schizophrenie
- Körperfunktionen und –strukturen
Beeinträchtigung des Bewusstseins durch wahnhaftes Erleben b110.1 –
Leichte Schädigung
Verlangsamung der psychischen Energie und des Antriebs b130.2 –
mäßige Schädigung
Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit durch wahnhaftes Erleben b140.1
– Leichte Schädigung
Emotionale Funktionen beeinträchtigt, im Affekt stark verflacht b152.3 –
erhebliche Schädigung
Beeinträchtigung der kognitiven Flexibilität, starres Denken b1643.1 –
Leichte Schädigung
Schädigung des Sehens, Kurzsichtigkeit b210.2 – mäßige Schädigung
Schädigung des Hörens, Tinnitus b2400.2 – mäßige Schädigung
Keine Schädigung der Körperstrukturen

- Aktivitäten

Schwierigkeiten auf Gefühle anderer zu reagieren, Angst vor Nähe und vermindertes Einfühlungsvermögen a710.3 – erhebliche Beeinträchtigung

Große Ängste Beziehungen einzugehen a720.3 – erhebliche Beeinträchtigung

Distanziertheit im Umgang mit Mutter und wenig Kontakt mit Bruder a760.2 – mäßige Beeinträchtigungen

Schwierigkeiten Bedürfnisse der Mitbewohner zu erkennen, unsicher im Umgang, zieht sich zurück a7503.2 – leichte Beeinträchtigungen

Schwierigkeiten intime Beziehungen aufzunehmen, geprägt von großen Ängsten, Unsicherheiten, Verleugnung der eigenen Sexualität a770.3 – erhebliche Beeinträchtigung

Durch Verlangsamung im Antrieb, Konzentration und Veränderung der Wahrnehmung Schwierigkeiten ein Arbeitsverhältnis im erlernten Beruf zu behalten – a8451.3 – erhebliche Beeinträchtigung

Wenig Freizeitaktivitäten, beschränkt sich teilweise auf DVDs anschauen und lesen, 3x im Jahr Besuch einer kulturellen Veranstaltung a920.2 – mäßige Beeinträchtigung

- Teilhabe (Partizipation)

Wenige Möglichkeiten in einem geschützten Rahmen außerhalb der TWG Menschen kennen zu lernen und in Beziehung zu gehen, wird teilweise von TWG über Gruppenangebote kompensiert p720.2 – mäßige Beeinträchtigung

Keine Freundschaften außerhalb der TWG, außer „alte“ Freundschaften, kaum Angebote in der näheren Umgebung die seinen Interessen entsprechen p750.2 – mäßige Beeinträchtigung

Wenig Unterstützung von den Familienangehörigen, loser und distanzierter Kontakt p760.2 – mäßige Beeinträchtigung

Geringfügige Beschäftigung, in einem berufsfremden Bereich p850.1 – leichte Beeinträchtigung

Geringe finanzielle Ressourcen, deshalb schwierig kulturelle Veranstaltung oder bestimmte Interessensgruppen zu besuchen p920.3 - erhebliche Beeinträchtigung

Er sieht sich aufgrund seiner Erkrankung im Vergleich zu „gesunden“ Menschen benachteiligt: 1. auf dem Arbeitsmarkt und aufgrund der Entreichung 2. im Rahmen der Eingliederungshilfe d940.3 - erhebliche Beeinträchtigung

Die Umweltbezogenen und Personenbezogenen Kontextfaktoren werden als Förderfaktoren + oder als Barrieren – gekennzeichnet.

- Umweltbezogene Faktoren

Gute Infrastruktur, öffentliche Verkehrsmittel, Einkaufsmöglichkeiten und Ärzte vor der Tür +4 – vollständiger Förderfaktor

Leben in der TWG +3 – erheblicher Förderfaktor

Freunde halten Kontakt über Briefe und Telefon +3 – erheblicher Förderfaktor

Freunde leben weit entfernt und nur geringe finanzielle Mittel um Kontakt zu halten (Telefonkosten, Fahrtkosten) -3 erhebliche Barriere

Familienangehörige wohnen weit weg und sind wenig an Kontakt interessiert –3 erhebliche Barriere

Wenig Anbindung außerhalb der TWG –2 mäßige Barriere

- Personenbezogene Faktoren, werden in der ICF nicht kodiert

Sehr schüchterner zurückhaltender Mensch -2 mäßige Barriere

Emotionale Vernachlässigung als Kind -3 erhebliche Barriere

Mittlere Schulbildung und abgeschlossene Ausbildung +3 erheblicher Förderfaktor

Äußerst sparsam, erfüllt sich mit dem abgesparten Geld Wünsche +4 vollständiger Förderfaktor

Sehr zuverlässig +3 erheblicher Förderfaktor

Gute Leistungsbereitschaft +3 erheblicher Förderfaktor

Hierbei ist immer zu beachten, dass oben genannte Komponenten sich bedingen, ergänzen, verstärken oder abmildern. Diese komplexe Wechselwirkung aller Faktoren bildet das Bild der funktionalen Gesundheit von Herrn Y. und stellt somit das bio-psycho-soziale Modell der ICF dar. Kompliziert ist bei der Kodierung der Umweltfaktoren der Wechsel der Denkrichtung. Zum Beispiel bedeutet „+4 vollständiger Förderfaktor“ die Situation ist optimal und es bedarf keiner weiteren Förderung. Diese Formulierung kann man leicht missverstehen, in dem Sinn, dass gerade hier Förderung notwendig ist.

4.5 ICF-Core Set in der Rehabilitation psychisch erkrankte und behinderte Menschen

Die ICF mit ihren 1.497 Einzel-Items ist in diesem Umfang in der Praxis kaum nutzbar. Aufgrund dessen entwickelte die BAG-RPK (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation psychisch erkrankter und behinderter Menschen) ein ICF-Core Set (Kurz-ICF-Version). Die Auswahl der Items ist zahlenmäßig begrenzt und kann unter verschiedenen Aspekten vorgenommen werden, zum Beispiel als Auswahlkriterium ein spezifisches Gesundheitsproblem (z. B. Demenz) oder ein bestimmtes Forschungsdesign oder speziell auf einen Personenkreis mit ähnlichen Störungsbildern innerhalb einer Einrichtung (vgl. Diakonie 2005, 30). Die RPK-Einrichtungen verständigten sich bezüglich der wesentlichen Indikatoren ihres Klientels auf folgende Indikationsbereiche:

1. Psychisches Funktionsniveau
2. Körperliches Funktionsniveau
3. Tagesstrukturierung und Selbstversorgung – Wohnen
4. Gestaltung sozialer Beziehungen – soziale Kompetenz
5. Lern- und Anpassungsfähigkeit – Arbeiten
6. Umgang mit Erkrankung – Bewältigungskompetenz
7. Förderliche und hemmende Faktoren in der Umwelt

8. Ausbildungs- und Erwerbskompetenz – persönliche Kompetenzen (Diakonie 2005, 31)

Diese Indikationsbereiche wurden dann auf die ICF-Klassifikationsebene übertragen. Zuerst entstand eine Liste mit 246 Items, also noch relativ umfangreich, diese wurde als Revisionsprozess von allen Mitarbeitern über drei Fragen bewertet.

1. Ist das Item für meine Arbeit relevant?
2. Ist das Item in meinem Arbeitskontext beurteilbar?
3. Ist das Item ohne weitere Erläuterung verstehbar? (Diakonie 2005, 32)

Die Befragung der Mitarbeiter verkürzte die ursprüngliche Liste und es blieben 156 Items erhalten (siehe ICF-Core Set im Anhang).

Es haben sich jedoch bei der Erstellung des ICF-Core Sets auch eine Reihe nicht gelöster Anwendungsfragen ergeben (vgl. Diakonie 2005, 34):

- Es ist noch ungeklärt mit welchen diagnostischen Instrumenten die verschiedenen Items erfasst werden sollen. Denkbar wären strukturierte Beobachtungen, Interviews oder auch der Einsatz von Testverfahren.
- Es gilt zu beschreiben wann und wie und zu welchem Zweck die ICF eingesetzt werden soll. In diesem Kontext wären fachliche, Verfahrenstechnische und ethische Standards zu definieren.
- Des weitern ist noch zu klären, wie die komplexen Wechselwirkungen auf denen das Modellverständnis der ICF basiert, in eine verständliche und nachvollziehbare Rehabilitations- und Behandlungsplanung abgebildet werden können.
- Abschließend wird die Frage in den Raum gestellt, ob eine Definition bestimmter Schlüsselressourcen innerhalb der persönlichen Faktoren nicht sinnvoll wäre, um die funktionale Gesundheit stärken zu können.

4.6 Ethische Aspekte der ICF – zwischen Notwendigkeit und Gefahr

Das psychisch kranken Menschen bürgerliche Rechte zugesprochen wurden ist noch eine relativ neue Entwicklung (vgl. Dörr 2005, 111), dass darüber hinaus

eine gesundheitsfördernde Politik durch Teilhabe psychisch behinderter Menschen postuliert wird ist so zuzusagen „brandneu“. Vor allem in der Erweiterung des Begriffs der Behinderung im SGB IX angelehnt an die ICF, in dem nun Behinderung als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen den Gesundheitsproblemen eines Menschen und seinen personen- und umweltbezogenen Faktoren gesehen wird, ist diese neue Sichtweise erkennbar (vgl. Meyer 2004, 55 ff). Die ICF soll so angewandt werden, dass sie die Rechte und die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen stärkt. Die ICF bezieht im Anhang 6 „Ethische Leitlinien zur Verwendung der ICF“ Parteilichkeit für Menschen mit Einbußen der funktionalen Gesundheit (vgl. DIMDI 2005, 173). Eigentlich sollten die ethischen Leitlinien vor der konzeptionellen Erläuterung zur ICF stehen, um dem Menschenbild und der Philosophie der ICF gerecht zu werden und einem Abklassifizieren entgegenzuwirken.

Doch stellt jede Klassifizierung auch eine Gefahr dar. Ausgehend von der Fragestellung ob es möglich ist „Anders-zu-sein“, innerhalb einer vom Normierungsdruck geprägten Gesellschaft, in der alles erklärbar und kategorisierbar sein soll, ist in diesem Zusammenhang der Begriff der Funktionsfähigkeit versus der Würde eines Menschen mit Funktionseinbußen zu sehen. Die Würde eines jeden Menschen gilt es hervorzuheben und zu respektieren. Doch geschieht dies auch, wenn der Betroffene in keinem der mit der ICF kodierbaren Bereiche leistungsfähig ist? Wird er auch dann noch als vollwertiger Mensch geachtet, unabhängig von seiner Funktionsfähigkeit und auch wenn Beurteilung und Kodierung keine Möglichkeit für eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit feststellen oder sogar eine Verschlechterung absehbar ist (vgl. Meyer 2005, 68)? Mir stellt sich hier die Frage, inwieweit ethische Prinzipien bezüglich der Betrachtung der Funktionsfähigkeit an die vorhandenen finanziellen Ressourcen gebunden sind. Wie das oft zitierte Beispiel des neuen Hüftgelenks für eine 80jährige welches sich kostentechnisch nicht mehr rentiert. Also gibt es eventuell diese Sondierung bereits? Weitergehend ist zu beachten, dass aufgrund unserer Geschichte (Drittes Reich) und im Hinblick auf die Würde der Betroffenen das Recht auf Arbeit nicht pervertiert werden darf, in eine Rechtfertigung durch Arbeit und sich dies auch

noch orientiert an der Leistungsfähigkeit eines gleichaltrigen Nichtbehinderten (vgl. Meyer 2005, 69). Daraus könnte ein verdrehtes Verständnis des Normalisierungsprinzips entstehen. Auch gilt es zu beachten auf welchem Hintergrund das Normalitätskonzept angewandt wird und wie die Norm definiert wird. Denn klar ist, ohne Norm keine Vergleichbarkeit, hierzu Huber in Meyer (2004, 75): *„Individuelles kann nur durch den Vergleich mit der Norm sichtbar gemacht werden – Individualität und Norm sind miteinander verbunden wie Figur und Hintergrund.“*

Problematisch finde ich persönlich auch die Nordenfeldt-Triade, die den Willen einer Person in Verbindung mit Leistungsfähigkeit und Gelegenheit darstellt, im Kontext der Klassifizierung psychisch erkrankter Menschen. Hier kann es schnell zu Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen führen, wenn ein fehlender Wille zur Leistungsbereitschaft als Bequemlichkeit ausgelegt wird. In der ICF fehlt die Möglichkeit das Wollen im Hinblick auf die Ziele der Betroffenen anzugeben, denn auch ganz subjektive Einstellungen, Wünsche und Ziele und deren Umsetzbarkeit sind für die Funktionsfähigkeit von großer Bedeutung (vgl. Meyer 2005, 71). So ist es zum Beispiel möglich, dass ein an Schizophrenie erkrankter Mensch ein größeres Bedürfnis danach hat isolierter zu leben als die Norm, um eine Überstimulation zu vermeiden. Die subjektive Bewertung von Behinderung aus der Sicht der Betroffenen kann anderes sein als die der nicht behinderten Umgebung. Die subjektive Zufriedenheit, ein personenbezogener Faktor, ist als solcher ausschließlich von den Betroffenen zu bewerten und sollte unbedingt in die Rehabilitationsplanung mit einfließen. Leider ist die subjektive Zufriedenheit einer Person über die ICF nicht kodierbar (vgl. Meyer 2005, 72).

Jedes Klassifikationssystem kann missbraucht werden und in seiner Funktion verfremdet werden, um Menschen zu verletzen oder zu schaden. Die Basis der ICF bildet das zugrunde liegende Menschenbild und nur darauf aufbauend ist die ICF das Instrument als welches sie entwickelt wurde: Zur Stärkung der Rechte und der Selbstbestimmung behinderter Menschen. Damit dies eingehalten wird, sind die Anwender in der Verantwortung gegenüber ihren Klienten. Auch Schuntermann (2005) und Grundmann (2005) fordern die Entwicklung ethischer Standards für die ICF.

5 Fazit

Die Zusammenhänge und die Begrifflichkeiten der Konzepte der ICF sind, vor allem auch für Betroffene, schwer zu erfassen. Ich habe mit drei Klienten aus dem Betreuten Wohnen die ICF getestet. Dabei habe ich allein für die Einführung, Darstellung der Philosophie und der Konzepte zwei Stunden pro Person benötigt und noch mal vier Stunden pro Person für die Erklärung der Systematik und die Kodierung. Von den drei Personen ist eine nach der Einführung abgesprungen mit der Begründung dies sei zu kompliziert, eine hatte kein Interesse an den Zusammenhängen und eine Person (Fallbeispiel Herr Y.) war sehr daran interessiert. Herr Y. hat motiviert mitgearbeitet und sich auch umfassend den offenen Fragen der ICF-Checkliste gewidmet. An Herrn Y. war nach Beendigung der Auseinandersetzung und Kodierung seiner momentanen Lebenssituation eine Aktivierung seines Verhaltens zu beobachten. Er schenkt seiner Umwelt, vor allem seinen Mitmenschen größere Aufmerksamkeit und erarbeitet zusammen mit mir eine Hilfeplanung zur Verbesserung seiner interpersonellen Beziehungen. Schwierig war für die Klienten die Verständlichkeit der Bezeichnungen der Items, dies wurde zum Teil als diskriminierend empfunden. Verdeutlicht dies doch wieder das Machtgefälle zwischen Betroffenen und Profis. Es wäre begrüßenswert, wenn ICF-Schulungen nicht nur für Fachkräfte, sondern auch für Betroffene angeboten werden, oder ein ICF-Leitfaden für Betroffene entwickelt wird. Die Miteinbeziehung der Betroffenen in die Philosophie und Kodierung der ICF erfordert aufgrund der Komplexität eine hohe Reflexionsfähigkeit. Dies ist nicht allen Betroffenen im geforderten Ausmaß der ICF möglich, um hier eine „Abklassifizierung“ zu vermeiden, wäre es von Vorteil, wenn ein „einfacherer“ Zugang zur Systematik der ICF entwickelt werden würde. In der Praxis konnte ich beobachten, dass Klienten in einer RPK der ICF-Core Set ohne Erklärung oder Einführung in die Hände gedrückt bekommen, mit der Bitte diesen auszufüllen. Ich denke, hier wurde die Form der Beteiligung der Betroffenen an der Rehabilitationsplanung etwas missverstanden. Um den Gedanken der

Teilhabe in der ICF zu realisieren, müssen die Betroffenen informiert werden und diese Informationen müssen in einer verständlichen Art und Weise verfasst werden.

Noch ungeklärt ist, zu welchem Zweck die ICF eingesetzt wird und in welchen Bereichen. Für die Anwendbarkeit der ICF sind die Entwicklung von ICF-Core Sets unerlässlich, ich würde auch ein ICF-Core Set für den Rehabilitationsbereich Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft befürworten, wenn die ICF in diesem Bereich zum Einsatz kommt.

Abschließend noch einmal die meiner Ansicht nach wichtigsten Fragen im Zusammenhang mit den ethischen Aspekten der Implementierung der ICF: Wird das Verständnis von psychisch kranken Menschen in ihrer Einzigartigkeit durch die abstrakte Begrifflichkeit der ICF eingeschränkt? Wie wird den Gefahren der Abklassifizierung des Menschen durch die Kodierung begegnet? Werden Leistungsträger dieses Instrument nicht nur für Steuerungs- und Kontrollzwecken verwenden? Dringend erforderlich ist die Entwicklung ethischer Standards. Denn was mit einer Klassifikation getan wird, liegt nicht in der Verantwortung der Klassifikation, sondern in der Verantwortung der Anwender. Die ICF steckt noch in den „Kinderschuhen“, doch steckt in ihr großes Potential, das es in der Praxis zu erproben gilt.

6 Literatur

- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (ed.) (2005): ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt a. M.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (ed.) (2005): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Deutscher Ärzteverlag. Köln
- Brill, K.-E.; Marschner, R. (2005): Psychisch Kranke im Recht. Ein Wegweiser. Psychiatrie-Verlag. Bonn
- Diakonie (ed.): Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). Workshop des Diakonischen Werkes 29. und 30. September 2005, Berlin
<http://www.diakonie.de/downloads/DD-04-2005.pdf>
- Dörr, M. (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Ernst Reinhardt Verlag München Basel
- Dorsch, F. (1992): Psychologisches Wörterbuch. Verlag Hans Huber Bern
- Duden (2005): Band 5, Fremdwörterbuch. Dudenverlag Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich
- Fuchs, H. (2004): Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierten Versorgung. In: Rehabilitation 43/2004
- Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwickeln einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. 2005. Brüssel
ec.europa.eu/health/.../life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf
- Grundmann, J.; Keller, K.; Bräuning-Edelmann, M. (2005): Praxisorientierte Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der medizinischen Rehabilitation von psychisch erkrankten und behinderten Menschen In: Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation. 44. Jahrgang 2005. Georg Thieme Verlag: 335 – 343
- ICF Checkliste. Version 2.1a, medizinisches Formblatt für die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
deutsche-rentenversicherung-bund.de/.../icf__checkliste__2006.html
- Knuf, A.; Seibert, U. (2001): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Psychiatrie-Verlag Bonn
- Leibbrand, W.; Wettley A. (2005): Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Verlag Karl Alber Freiburg
- Meyer, A. (2004): Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren? Memmingen
- Möller, H.-J.; Laux, G.; Deister, A. (2005): Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart

- Rahn, E; Mahnkopf, A (2005): Lehrbuch der Psychiatrie für Studium und Beruf, Bonn
- Schuntermann, M. F. (2005a): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/Lech
- Schuntermann, M.F. (2005b): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzeinführung.
http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10462/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppe/Sozialmedizin_Forschung/Klassifikation/dateianh_C3_A4nge/icf_kurzeinfuehrung.property=publicationFile.pdf
- Schuntermann, M.F. (2006): ICF: Allgemeine Informationen. In: DRV – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (ed.): 4. ICF-Anwenderkonferenz am 15. März 2006 an der Universität Bayreuth. Protokoll: Beiträge und Anlagen. 3-6
http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_7130/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forscung/04_klassifikationen/dateianh_C3_A4nge/icf_dokumentation_anwenderkonferenz.html
- SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Textausgabe mit Sachverzeichnis und einer Einführung von Harry Fuchs, Abteilungsdirektor a. D., 5. neu bearbeitete Auflage Stand: 1.1.2006
- Sozialgesetzbuch. 33. Auflage 2006. Beck-Texte im dtv. München
- WHO – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI, Who-Kooperationszentrum für die Familie Internationaler Klassifikationen (ed.) (2004): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf (deutsche Fassung).
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm>
- Wulff, E. (1988): Sozialpsychiatrischer Krankheitsbegriff? In: Pfäfflin, F. (ed.): Der Mensch in der Psychiatrie, 23 - 33