

Bedeutung der personbezogenen Faktoren der ICF für die Nutzung in der praktischen Sozialmedizin und Rehabilitation

Relevance of Personal Contextual Factors of the ICF for Use in Practical Social Medicine and Rehabilitation

Autoren

S. Grotkamp¹, W. Cibis², A. Bahemann³, A. Baldus⁴, J. Behrens⁵, I. D. Nyffeler⁶, W. Echterhoff⁷, V. Fialka-Moser⁸, W. Fries⁹, H. Fuchs¹⁰, H. P. Gmünder¹¹, C. Gutenbrunner¹², K. Keller¹³, E. Nüchtern¹⁴, D. Pöthig¹⁵, S. Queri¹⁶, H. P. Rentsch¹⁷, M. Rink¹⁸, H.-M. Schian¹⁹, M. Schian²⁰, K. Schmitt²¹, M. Schwarze²², P. Ulrich²³, G. von Mittelstaedt²⁴, W. Seger²⁵

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Schlüsselwörter

- ICF
- Kontextfaktoren
- personbezogene Faktoren
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
- Positionspapier

Key words

- ICF
- contextual factors
- personal factors
- German Society for Social Medicine and Prevention (DGSMP)
- positioning paper

Zusammenfassung

Personbezogene Kontextfaktoren spielen eine wichtige Rolle in der Konzeption der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die Weltgesundheitsorganisation hat die personbezogenen Faktoren der ICF noch nicht für die weltweite Nutzung klassifiziert, obwohl auch diese Faktoren eine positive wie negative Wirkung auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen haben können. Die Arbeitsgruppe ICF des Fachbereichs „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) hat 2010 einen Entwurf für eine Klassifizierung personbezogener Faktoren vorgelegt, der 72 Kategorien in 6 Kapiteln ordnet. In Ergänzung dazu verfolgt das vorliegende Positionspapier das Ziel, die Diskussion über die vierte Komponente der ICF anzuregen, zu einem breiten und gemeinsamen Verständnis des Wesens der personbezogenen Faktoren beizutragen und den Dialog hierzu mit allen in Gesundheitsberufen tätigen Personen sowie Menschen mit oder ohne Gesundheitsproblem zu vertiefen, um eine umfassende Sicht auf den Gesundheitszustand zu fördern.

Abstract

Personal contextual factors play an essential part in the model of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The WHO has not yet classified personal factors for global use although they impact on the functioning of persons positively or negatively. In 2010, the ICF working group of the German Society of Social Medicine and Prevention (DGSMP) presented a proposal for the classification of personal factors into 72 categories previously arranged in 6 chapters. Now a positioning paper has been added in order to stimulate a discussion about the fourth component of the ICF, to contribute towards a broader and common understanding about the nature of personal factors and to incite a dialogue among all those involved in health care as well as those people with or without health problems in order to gain a comprehensive perspective about a person's condition.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1367038>
 Online-Publikation: 2014
 Gesundheitswesen
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sabine Grotkamp
 SEG 1 der MDK Gemeinschaft
 beim MDK Niedersachsen
 Hildesheimer Straße 202
 30519 Hannover
sabine.grotkamp@mdkn.de

Präambel

Die Arbeitsgruppe ICF des Fachbereichs „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) hat die nachfolgenden Positionen zu ihrem Entwurf für eine Ausfüllung der Komponente der personbezogenen Faktoren der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2001) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert. Ziel ist es, die Kommunikation mit allen Beteiligten hierüber zu vertiefen, zu einem breiteren und gemeinsamen Verständnis über die vorgestellte Klassifi-

kation der personbezogenen Faktoren beizutragen und deren Nutzung in der Praxis zu fördern.

Ein umfassendes Verständnis von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Zusammenhang mit einem Gesundheitsproblem wird durch die Systematik der ICF *erleichtert* [1,2].

Im bio-psycho-sozialen Modell der ICF werden die möglichen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung und den Kontextfaktoren verdeutlicht. Damit erleichtert die ICF die Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes und der Lebensführung des betroffenen Menschen in systematischer Weise.

Die *Kontextfaktoren* umfassen „Umweltfaktoren“ und „Personbezogene Faktoren“. Sie können Einflussfaktoren auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen darstellen und werden bei negativer Wirkung „Barrieren“ und bei positiver Wirkung „Förderfaktoren“ genannt. Die WHO empfiehlt, Kontextfaktoren nur bezogen auf Sachverhalte und Fragestellungen im Zusammenhang mit einem Gesundheitsproblem und nicht davon unabhängig zu beurteilen.

Krankheitsbedingte Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des betroffenen Menschen können mithilfe der vorgestellten Systematik einheitlich und transparent beschrieben werden. Das erleichtert die Kommunikation zwischen allen Beteiligten und erhöht die Nachvollziehbarkeit von Beurteilungen.

Klassifiziert wird immer die Funktionsfähigkeit einer Person, nicht jedoch die Person selbst!

Personbezogene Faktoren sind von der WHO aufgrund weltweit großer kultureller Unterschiede noch nicht klassifiziert worden. Sie umfassen verschiedene Eigenschaften einer Person, ausgehend von einfachen, vorgegebenen und in der Regel überdauernden Merkmalen, über die physische und mentale „Konstitution“ einer Person bis hin zu komplexen Merkmalen, wie Einstellungen, Grundkompetenzen und Lebensgewohnheiten sowie der Lebenslage, in der sich eine Person befindet. Die Arbeitsgruppe ICF der DGSM hat hierzu primär für den deutschsprachigen Raum einen Klassifikationsentwurf erarbeitet und veröffentlicht [3–5].

Es geht bei der Erfassung von relevanten personbezogenen Faktoren um deren Wirkung als Förderfaktor oder als Barriere hinsichtlich der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF. Eine wie auch immer geartete eigenständige Bewertung von persönlichen Merkmalen oder gar der Person selbst ist damit ausdrücklich nicht verbunden. Die Auswahl und Zusammenstellung der einzelnen personbezogenen Faktoren wurde von der Vorstellung geleitet, dass die Kategorien prinzipiell alle sozialmedizinisch relevanten Einflussfaktoren umfassen müssen. Sie dient auch der frühzeitigen Identifizierung eines Bedarfs an im Einzelfall erforderlichen Teilhabeleistungen. Ihre Nutzung kann den beteiligten Akteuren wichtige Hinweise für ein zielgerichtetes Vorgehen geben.

Vor dem Hintergrund der bislang geführten Diskussionen hat die Arbeitsgruppe 10 Positionen formuliert, näher ausgeführt und erläutert sowie mit einem Literaturverzeichnis ergänzt. Die Kernbotschaften aus diesen Positionen werden in komprimierter Form vorangestellt.

1 Personbezogene Faktoren der ICF sind für viele Fragestellungen bedeutsam

Die ICF liefert einen mehrperspektivischen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung im Sinne eines interaktiven Prozesses. Krankheit und Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung stehen in bio-psycho-sozialer Wechselbeziehung. Das zugrunde liegende „bio-psycho-soziale Modell“ (● **Abb. 1**) visualisiert die möglichen Interaktionen zwischen den Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie den fördernden und hemmenden Kontextfaktoren im Zusammenhang mit einem Gesundheitsproblem.

Dabei führt die WHO die personbezogenen Faktoren als integralen Teil der Komponente der Kontextfaktoren auf. Sie gehören

somit unzweifelhaft in die Gesamtbeurteilung von individuellen Auswirkungen eines Gesundheitsproblems. Bedeutung und Relevanz der personbezogenen Faktoren wurden für einzelne Indikationsgebiete bereits untersucht und in ihrem Umfang für die Teilhabebeeinträchtigung abgeschätzt [6, 7].

Personbezogene Faktoren sind Merkmale einer Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems sind. Sie können im Sinne von Förderfaktoren die negativen Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf die Funktionsfähigkeit soweit abmildern, dass die Person z. B. trotzdem an ihr wichtigen Lebensbereichen teilhaben kann. Sie können aber auch als Barrieren fungieren und zur Beeinträchtigung der Teilhabe beitragen.

Akteure, die sich mit Gesundheit und Behinderung beschäftigen, berücksichtigten den Einfluss von personbezogenen Faktoren in ihrer professionellen Tätigkeit auch schon vor Verabschiedung der ICF durch die WHO 2001. Personbezogene Faktoren spielen in der Akutmedizin, der Wissenschaft, insbesondere aber in der praktischen Sozialmedizin und im Rehabilitationsprozess sowie für den Rehabilitationserfolg schon immer eine wichtige Rolle.

Als individuelle Einflussfaktoren auf die Funktionsfähigkeit sind sie zu berücksichtigen, wenn sie im Rahmen einer umfassenden Sachaufklärung für die jeweilige Fragestellung von Relevanz sind. Allerdings wird eine für die einheitliche Beurteilung notwendige strukturierte und standardisierte Klassifizierung von personbezogenen Faktoren derzeit von der ICF nicht vorgegeben. Das Fehlen einer entsprechenden Klassifikation wird nicht nur von Ärzten und Therapeuten in der Rehabilitation als erheblicher Mangel wahrgenommen [8].

Die dem Einzelfall angemessene Berücksichtigung von personbezogenen Faktoren ist im gesamten Rehabilitationsprozess von besonderer Bedeutung, bspw. für die Einschätzung des Rehabilitationspotenzials, die Erarbeitung von Rehabilitationszielen und für Empfehlungen zu Art und Dauer von Rehabilitationsleistungen. Personbezogene Faktoren sind sowohl im Hinblick auf den größtmöglichen Erfolg therapeutischer Interventionen als auch für die Zuweisungsempfehlung zu berücksichtigen (Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen). Die Nutzung eines einheitlich akzeptierten Ordnungssystems [4, 5], bspw. des vorliegenden Entwurfs, kann dazu beitragen, eine gemeinsame Sprache und ein berufsgruppenunabhängiges Verständnis bei allen in Sozialmedizin und Rehabilitation Beteiligten zu schaffen. Damit kann sowohl die Gefahr einer willkürlichen Handhabung reduziert als auch dem Anspruch nach einer umfassenden Bedarfsfeststellung Rechnung getragen werden.

Das gilt auch im Zusammenhang mit Erhalt oder Wiederherstellung von Beschäftigungsfähigkeit, da es auch hier einer sachgerechten Beachtung sowohl des positiven wie auch des negativen Leistungsvermögens bedarf. Dabei können die personbezogenen Faktoren für den langfristigen Erfolg einer positiven Entwicklung ausschlaggebend sein. Das gilt für die Beurteilung des Leis-

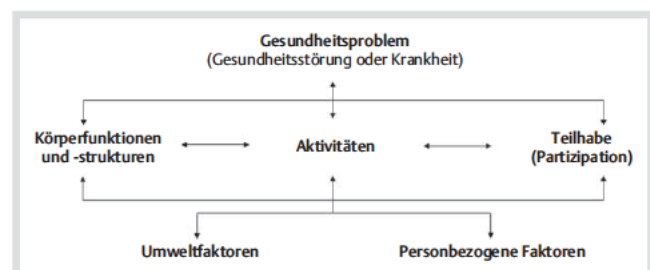


Abb. 1 Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF.

tungsvermögens, sei es unter den „üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ oder mit Bezug auf konkrete Arbeitsplätze, wie z. B. für den Bereich der Betriebsmedizin.

2 Personbezogene Faktoren erleichtern den ressourcenorientierten Ansatz für Teilhabeleistungen

Die ICF ist eine Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Sie ergänzt die ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) im Rahmen der ganzheitlichen Betrachtung eines Menschen mit einem Gesundheitsproblem.

Sie ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das durch die Einführung der neutralen Begriffe „Körperstruktur“, „Körperfunktion“, „Aktivität“ und „Teilhabe“ auch einen ressourcenorientierten Charakter aufweist. Die WHO beschreibt den Begriff der „Funktionsfähigkeit“ als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und den Auswirkungen auf den Ebenen Körperfunktion/-struktur, Aktivitäten und Teilhabe vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren (ICF). Sie ist eine Klassifikation der „Komponenten der Gesundheit“.

Die Berücksichtigung relevanter personbezogener Faktoren als fördernde oder hemmende Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit beinhaltet in besonderem Maße die Ressourcenorientierung [9] und die positive Zielsetzung der Unterstützung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Nach funktionsbezogener Klärung der mit einem Gesundheitsproblem einhergehenden Schädigungen und insbesondere der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe werden geeignete Maßnahmen zur Erreichung alltagsrelevanter Reha-Ziele identifiziert. Die Systematik der personbezogenen Faktoren erleichtert es, spezifische, in der Person begründete Einflussfaktoren in Bezug auf erforderliche Leistungen zu erkennen sowie mit dem Betroffenen zu klären.

Dabei sind 2 unterschiedliche Herangehensweisen möglich:

1. Neben einer defizitorientierten insbesondere die ressourcenorientierte Betrachtung der Funktionsfähigkeit der Person.
2. Neben einer defizitorientierten insbesondere die ressourcenorientierte Allokation von passgenauen Leistungen für die Person.

Für die Identifizierung eines sachgerechten Mitteleinsatzes zur Intervention sind sowohl die fördernden als auch die hemmenden Aspekte personbezogener Faktoren zu berücksichtigen. Die praktische Umsetzung von Diagnose- und ICF-basierten Behandlungspfaden kann wesentlich erleichtert werden, wenn Teilhabeziele unter Berücksichtigung der weiteren ICF-Komponenten, insbesondere der personbezogenen Faktoren, formuliert werden. Bei der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben oder an einen konkreten Arbeitsplatz kann die sorgfältige Evaluation personbezogener Faktoren ausschlaggebend sein.

3 Eine angemessene Berücksichtigung personbezogener Faktoren ist bei der umfassenden Bedarfsfeststellung erforderlich

Die Feststellung des Schweregrades der geschädigten Körperfunktionen und -strukturen sowie die Beurteilung der daraus resultierenden oder drohenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe bilden die Grundlage für die Ermittlung des individuellen funktionsbezogenen Bedarfs an Teilhabeleistungen.

Ein konsentiertes Referenzsystem für die personbezogenen Faktoren fördert und erleichtert die Wahrnehmung und strukturierte Berücksichtigung des persönlichen Lebenshintergrundes mit dem Ziel einer gerechten, bedarfsbezogenen, nachvollziehbaren und justiziablen Leistungsallokation. Die Gefahr, dass individuelle Faktoren nicht oder nicht angemessen berücksichtigt werden, wird dadurch verringert.

Art und Ausmaß der Beeinträchtigung und die daraus abzuleitenden Teilhabeziele erschließen sich aus fachlicher Sicht in Gänze nur unter Berücksichtigung sowohl der Umwelt- als auch der personbezogenen Faktoren. Auf dieser Basis lassen sich geeignete Interventionen und der individuell erforderliche Leistungsbedarf für die Realisierung von individuellen Teilhabezielen effektiver erreichen.

Die umfassende Bedarfsfeststellung unter Einbezug der personbezogenen Faktoren erleichtert die passgenaue Steuerung von Interventionen und die Auswahl geeigneter Leistungserbringer und Einrichtungen (s. auch Kap. 9).

Die Beschreibung personbezogener Faktoren im Rahmen eines Ordnungssystems verbessert die Kommunikation zwischen allen Beteiligten bei der Indikationsstellung für Sozialleistungen sowie auch in der Rehabilitation und Begutachtung.

Persönliche Einstellungen, Wünsche, Stärken und Schwächen werden bewusster und zielführender einbezogen. Die Fokussierung auf die betroffene Person sowie die Qualität von zielorientierten rehabilitativen Interventionen wird bei angemessener Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes verbessert. Dabei ist es von Vorteil, wenn die zu begutachtende Person über dieses Ordnungssystem informiert ist.

4 Die ICF ist kein Assessmentinstrument

Die WHO stellt mit der ICF eine Klassifikation und kein Assessment zur Verfügung. So wenig die ICD 10 eine klinische Untersuchung, eine Sonografie oder eine Laparoskopie ersetzen kann, so wenig kann die ICF Assessmentinstrumente ersetzen. Die u. a. mit Assessments gewonnene Erkenntnis kann aber in Klassifikationen eingeordnet und kodiert werden. Dies gilt sowohl für Körperfunktionen und -strukturen als auch für die Aktivitäten und die Teilhabe.

Allgemein sind Assessments standardisierte Testverfahren, die wichtige Eigenschaften oder Merkmale erheben und deren Ergebnis meist als skaliertes Zahlenwert zusammengefasst wird. Assessments kommen u. a. bei einer Diagnosestellung zur Anwendung, sind aber auch zur Erhebung von Funktionszuständen im Sinne der ICF nutzbar.

Klassifikationen wie die ICD und die ICF geben keine Messmethode(n) vor, sondern nur ein Ordnungssystem. Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Assessments können aber entsprechend einer Klassifikation wie der ICD-10 oder der ICF eingeordnet werden.

Es ist hilfreich, wenn die Zielkategorien von Assessments und die Items der Klassifikation leicht in Deckung gebracht werden können oder idealer Weise die gleiche Bezeichnung tragen. Hier wird es in den nächsten Jahren eines Anpassungsprozesses bedürfen, da es diese Übereinstimmung noch nicht durchgängig gibt.

In beiden Klassifikationen werden nicht Menschen klassifiziert, sondern im einen Fall Diagnosen, im anderen die einzelnen Aspekte der Funktionsfähigkeit und Behinderung eines Menschen mit einem Gesundheitsproblem (engl. „health condition“).

Im Falle der Kontextfaktoren ist die Beurteilungsperspektive eine andere: Nicht die Normerwartung oder Abweichung ist von Interesse, sondern die allgemeine Frage des positiven oder negativen Einflusses auf Krankheit und deren Auswirkungen, wie sie auch die personbezogenen Faktoren im Sinne von Förderfaktoren oder Barrieren darstellen können.

Die Sichtweise ist nicht die Frage nach einem *Viel* oder *Wenig* eines bestimmten Faktors, sondern inwieweit die vorhandene Merkmalsausprägung für eine bestimmte Sachlage einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellt.

So könnte z. B. die konkrete Ausprägung der *Prinzipientreue* ein Förderfaktor für die berufliche Tätigkeit in der Endkontrolle sein, dieselbe Ausprägung aber für soziale Beziehungen eine Barriere darstellen.

Die WHO gibt vor, Umweltfaktoren einzelfallbezogen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Funktionsfähigkeit zu bewerten (konstruktbezogen im Sinne der WHO). In Analogie dazu ist diese Sichtweise auch für die personbezogenen Faktoren anzuwenden; nämlich in ihrer Wirkung als Förderfaktor oder als Barriere. Daraus ergibt sich die These, dass auch die personbezogenen Faktoren klar abgrenzbar und gut definiert sein müssen. Sofern von weitergehendem Interesse oder für differenziertere Fragestellungen erforderlich, können ggf. die Ausprägungen einzelner Items durch ein Messverfahren ermittelt werden. Eine Festlegung, ob ein Merkmal im konkreten Einzelfall einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellt, lässt sich aber allgemein durch Messverfahren nicht treffen, hierzu bedarf es der umfassenden Sicht auf die konkrete Fragestellung bzw. der Erkenntnis durch einen Sachverständigen/Gutachter/Menschen.

5 Die Einbeziehung der Betroffenen bei der Nutzung der personbezogenen Faktoren ist unverzichtbar

Vertreter von Behindertenorganisationen sollten den Diskussionsprozess um die personbezogenen Faktoren aktiv begleiten und mitgestalten. Insbesondere dadurch sollte ihre Akzeptanz für den vorliegenden Entwurf einer Ausgestaltung der noch fehlenden ICF-Komponente gefördert und die strukturierte Berücksichtigung realisiert werden.

Durch den Einbezug der personbezogenen Faktoren in die Befragung von Patienten und Angehörigen werden die Therapeuten näher an die Bedürfnisse der Betroffenen herangeführt und deren Wünsche, Stärken und Schwächen besser einbezogen. Es resultiert eine verbesserte Orientierung am Bedarf des Einzelnen, und die Qualität von zielorientierten rehabilitativen Interventionen kann optimiert werden.

Eine sachgerechte, transparente und nachvollziehbare Indikationsstellung und Zuweisung für Sozialeleistungen liegen sowohl im Interesse von Sozialleistungsträgern als auch von Menschen mit Behinderungen. Die Berücksichtigung der personbezogenen Faktoren befördert die in § 1 SGB IX als Zielsetzung von Teilhabeleistung verankerte Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Immer dann, wenn die Erhebung personbezogener Faktoren für eine zielführende und individualisierte Leistungserbringung erforderlich ist, müssen die Betroffenen in die Beurteilung derselben einbezogen werden.

Anfragen der Autoren an Betroffenenverbände und deren Dachorganisationen sowie Institutionen und Einrichtungen zeigen zum Teil große organisatorische Probleme, die eine aktive Betei-

ligung der betroffenen Menschen selbst sehr schwierig gestalten.

Unabhängig von dieser Problemlage beobachten die Betroffenen die Entwicklungen und Diskussionen im Zusammenhang mit der ICF und insbesondere der Komponente der personbezogenen Faktoren sehr aufmerksam, weil sie die Möglichkeiten einer transparenten, trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung ganz unterschiedlich beurteilen. Die Akzeptanz reicht von Beteiligung an Anwendungsschulungen über abwartende Distanz bis hin zur Ablehnung. Ursache dafür sind u. a. die z. T. negativen Erfahrungen von Betroffenen aus der heutigen Begutachtungspraxis.

Das deutsche Rehabilitations- und Teilhaberecht schreibt vor, dass die (trägerübergreifende) Bedarfsfeststellung mit dem Betroffenen abzustimmen ist (s. § 10 SGB IX). Das muss auch für die entsprechenden Aktivitäten des Sachverständigen gelten. Gleichwohl finden sich die Betroffenen mit ihrer Sicht auf Art und Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung in den Begutachtungsergebnissen nicht immer genügend berücksichtigt. Der Gutachter wird nicht selten eher als Interessenvertreter des Leistungsträgers mit dem Auftrag der Leistungsvermeidung wahrgenommen, denn als objektiver Sachverständiger. Die Akzeptanz der Betroffenen für die systematische Berücksichtigung relevanter personbezogener Faktoren (insbesondere auch in sensiblen Lebens- und Persönlichkeitsbereichen) ist nur zu erreichen, wenn die Betroffenen sehen, dass dadurch Transparenz im Entscheidungsprozess der Leistungsträger hergestellt werden kann. Die letztendlich auch justiziable Durchsetzung berechtigter Leistungsansprüche wird dadurch erleichtert [10].

Daneben existieren aber auch weitergehende Auffassungen über die Zusammenarbeit aller Akteure, so z. B. der Rehabilitation International (RI), einer Organisation der WHO, in der international akkreditierte Organisationen mit Ihren Betroffenen vertreten sind. Festgehalten wurden diese z. B. von Donal McAnaney aus Irland in seinem Statement auf der 4. ICF-Anwenderkonferenz 2006 in Bayreuth: „Towards an Ethical Framework for the ICF“.

6 Der DGSMP-Entwurf berücksichtigt ethische Aspekte, insbesondere die Leitlinien zur Verwendung der ICF

Ethisches Handeln in der praktischen Sozialmedizin und Rehabilitation kann begründet werden aus einer Haltung, die bestimmten Werten verpflichtet ist, oder mit dem Blick auf die Folgen, die das Handeln nach sich zieht.

Die Arbeitsgruppe hat mit der vorliegenden Klassifikation einen Vorschlag für ein Ordnungssystem aufgestellt. Die ethische Grundhaltung des Vorschlages zeigt sich an den Kriterien, auf die sich die Arbeitsgruppe für die Auswahl der Faktoren einigte: Die Liste sollte möglichst umfassend, universell einsetzbar, wertneutral und nicht diskriminierend sowie eindeutig formuliert sein. Sie sollte praktisch handhabbar sein, auf relevante Kategorien beschränkt und final ausgerichtet. Der betroffene Mensch muss mit seinem Anspruch auf weitestmögliche Autonomie und Teilhabe im Mittelpunkt stehen.

Die möglichen Folgen einer Auflistung personbezogener Faktoren wurden mit Blick auf den Nutzen und denkbare Risiken sowie auf rechtliche Aspekte abgewogen. Bei ethischen Beurteilungen ist zwischen deskriptiver und normativer Ebene zu unterscheiden. Die vorgeschlagene Zusammenstellung hat keinen normativen Charakter im Sinne einer moralischen Bewertung

des einzelnen Faktors. Personbezogene Faktoren werden im Rahmen der jeweiligen Fragestellung in ihrer Wirkung auf die Funktionsfähigkeit und Behinderung als Förderfaktor oder Barriere beschrieben und eingeordnet. Der vorgestellte Ansatz unterstützt die wertneutrale Beschreibung dieser Einflussfaktoren. Für eine verantwortungsvolle Nutzung der ICF hat die WHO 11 ethische Leitlinien aufgestellt. Der Respekt vor der Autonomie der Personen, deren Behinderung mit der ICF beschrieben wird, kommt in den ersten 4 Leitlinien zum Ausdruck. So fordert bspw. die erste Leitlinie: *„Die ICF sollte so verwendet werden, dass das Individuum mit seinem ihm innewohnenden Wert geschätzt und seine Autonomie respektiert wird“*. Die vierte Leitlinie spricht den Datenschutz an: *„Die durch die ICF kodierten Informationen sollen als persönliche Informationen betrachtet und verbindlichen Regeln der Vertraulichkeit unterstellt werden, welche für die jeweilige Verwendung der Daten adäquat ist“*.

Die soziale Dimension betreffen die Leitlinien 8–11:

1. *„Wo immer möglich, sollte die ICF so weitgehend wie möglich dafür eingesetzt werden, dass unter Mitwirken der betroffenen Person ihre Wahl- und Steuerungsmöglichkeiten bezüglich ihres Lebens erhöht werden.“*
2. *Die ICF-Informationen sollten für die Weiterentwicklung von Gesetzgebung und für politische Veränderungen eingesetzt werden, welche die Partizipation von Individuen erhöhen und unterstützen.“*
3. *Die ICF und alle aus ihrer Verwendung abgeleiteten Informationen sollten nicht dazu benutzt werden, vorhandene Rechte oder anderweitige rechtmäßige Ansprüche zum Nutzen anderer Individuen oder Gruppen einzuschränken.“*
4. *Individuen, welche durch die ICF ähnlich klassifiziert wurden, können sich dennoch in vielerlei Hinsicht voneinander unterscheiden. Gesetze und Regelungen, die sich auf die ICF beziehen, sollten keine größere Homogenität annehmen als beabsichtigt und deshalb sicherstellen, dass Menschen, deren Funktionsfähigkeit klassifiziert wird, als Individuen betrachtet werden“.*

Diese Leitlinien der ICF können und müssen auch bei der Beschreibung personbezogener Faktoren beachtet werden, um negative Folgen zu vermeiden. Die verantwortungsvolle Nutzung der vorgeschlagenen Liste entspricht dem sozialrechtlichen Gebot in § 33 SGB I, bei der Ausgestaltung von Rechten und Pflichten *„die persönlichen Verhältnisse des Berechtigten oder Verpflichteten zu berücksichtigen“*.

Beispiel

Es wird nicht gefragt: Wie viel Handlungskompetenz hat die Person?

Gefragt wird: Reicht die Handlungskompetenz für die vorgesehene Leistung, z. B. den Gebrauch eines Hilfsmittels, aus oder benötigt die Person dabei Hilfe oder Unterstützung?

Es wird nicht gefragt: Welche Religion oder politische Überzeugung hat die Person?

Gefragt wird: Gibt es Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit oder Behinderung aufgrund der Weltanschauung (Religion, Politik)?

7 Klassifizieren kann mit Risiken verbunden sein



Die personbezogenen Faktoren stellen einen folgerichtigen und wichtigen Ansatz im bio-psycho-sozialen Modell dar. Als eine Komponente der Kontextfaktoren haben sie grundsätzlich die gleichen Einflussmöglichkeiten wie die Umweltfaktoren.

Die WHO hat nach eigenen Aussagen die Klassifikation der personbezogenen Faktoren bislang wegen *„der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiedlichkeit“* noch nicht realisiert (ICF Seite 9). Diese Schwierigkeiten bei einer weltweiten Vereinheitlichung sind im Einzelfall kein Grund, relevante personbezogene Faktoren nicht zu berücksichtigen oder ihre willkürliche Handhabung/Nutzung zu akzeptieren.

Die Erstellung einer Klassifikation personbezogener Faktoren ist ein wertneutraler Vorgang. Erst deren beabsichtigte oder tatsächliche Nutzung lässt Chancen und Risiken erkennen bzw. Befürchtungen entstehen. Dabei birgt jede Chance zugleich ein Risiko. Entscheidend ist deshalb in jedem Fall ein verantwortungsvoller Umgang mit der erstellten Systematik.

Die sachgerechte Analyse und Bewertung vorliegender und je nach Fragestellung relevanter personbezogener Faktoren ermöglicht die bedarfsgerechte Erfassung fördernder oder hemmender Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit und Behinderung einer Person im Sinne der ICF. Damit besteht die Chance zur individuell passgenauen Auswahl erforderlicher Teilhabeleistungen, und die Selbstbestimmung wird gefördert.

Trotzdem besteht die Möglichkeit, dass personbezogene Faktoren nicht sach- und fachgerecht verwandt oder dass sie im Umfang unangemessen erhoben werden und deren fördernder oder hemmender Einfluss auf die Funktionsfähigkeit einer Person im Sinne der ICF verkannt werden. Damit könnten nicht nur erfolgversprechende Chancen ungenutzt bleiben, sondern es bestünde auch die Gefahr einer fehlerhaften Auswahl von Sozialleistungen oder gar deren unberechtigte Verweigerung unter Bezugnahme auf fehlende fördernde oder auf Barrieren darstellende personbezogene Faktoren.

Eine leichtfertige Nutzung von personbezogenen Faktoren im klinischen Alltag, bspw. in Form eines unreflektierten „Schubladendenkens“, kann dann ein Risiko darstellen, wenn die Beurteilung eine generelle Aussage zur Person macht und nicht auf die spezifische Fragestellung fokussiert. Ebenso kann die auf den ersten Blick nicht immer erkennbare Trennschärfe innerhalb des Ordnungssystems der personbezogenen Faktoren oder gegenüber den übrigen ICF-Komponenten Abgrenzungsprobleme verursachen, was aber für die Nutzung im klinischen und sozialmedizinischen Alltag weniger relevant erscheint.

Probleme können auch im Klassifizieren selbst liegen, da typischerweise mit jeder Klassifizierung Informationsverluste verbunden sind. Weitere Schwierigkeiten könnten für die Nutzer bei inhaltlichen und begrifflichen Abgrenzungen und der Einhaltung der Datenschutzbestimmungen liegen. Die Datenerhebung, -bewertung, -dokumentation und -weitergabe muss den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben entsprechen (siehe Kap.9).

Personbezogene Faktoren sind immer nur für die jeweilige Fragestellung einzuordnen; darüber muss sich jeder Nutzer im Klaren sein. Damit verbunden ist, dass die Zuordnung nur begrenzt Gültigkeit besitzt. Die verbleibende Subjektivität der Erkenntnisgewinnung des Untersuchers ist nicht kritisch, solange Transparenz in der Bewertung für alle Beteiligten besteht. Dabei ist besonders wichtig, dass personbezogene Faktoren im Zusammenhang mit beantragten Sozialleistungen vom Sachverständigen nur qualitativ im Sinne von Förderfaktoren/Barrieren beurteilt werden. Eine Quantifizierung des personbezogenen Faktors selbst ist im vorgelegten Entwurf nicht enthalten. Ausreichend ist in diesem Zusammenhang die Einschätzung als Förderfaktor oder Barriere und deren Bedeutung für die Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung.

Aus der Gegenüberstellung der möglichen Vor- und Nachteile ergibt sich unzweifelhaft, dass die unsystematische, intransparente und nicht vergleichbare Berücksichtigung personbezogener Faktoren deutlich größere Risiken mit sich bringt als die Nutzung der hier vorgestellten Systematik.

8 Motivation ist ein komplexes Konstrukt und bedarf einer besonders differenzierten Betrachtung

„Motivation“ ist bei vielen Fragestellungen zu Behinderung bzw. Funktionsfähigkeit und Rehabilitation ein wichtiger, wenn nicht gar zentraler Punkt. Allerdings ist Motivation ein Konstrukt, zusammengesetzt u. a. aus emotionalen Faktoren, der zur Verfügung stehenden Energie, dem Antrieb, dem Willen und Handlungsmotiven. Begriffe wie Beweggründe, Handlungsbereitschaft, Bedürfnis, Wirksamkeitsstreben, Selbstmanagement, Streben, Drang, Wünsche, Triebkraft, Begierde, Ziele, Motiv, Motivierung, Wille, Selbstbestimmung, Bereitwilligkeit werden oft mit dem Begriff Motivation verbunden. In diversen Modellen wird zwischen extrinsischer und intrinsischer Motivation bzw. Quellen der Motivation unterschieden.

Die Frage, ob ein Mensch gewillt, bereit oder mental in der Lage ist („Rehabilitationsmotivation“, „Rehabilitationsfähigkeit“), eine Rehabilitation durchzuführen, sollte eigenständig und umfassend vom Sachverständigen beurteilt werden. Die ggf. zusammenfassende Erkenntnis in einer bestimmten Situation „Reha-Motivation nicht gegeben“ darf nicht als quasi überdauernde Eigenschaft einer Person verstanden werden.

Die Arbeitsgruppe hat sich deshalb entschieden, die Beschreibung des komplexen Merkmals Motivation durch eine große Tiefe in den zugrunde liegenden Items zu ermöglichen. So finden sich entsprechende Items sowohl in Kapitel 3 („mentale Faktoren“) als auch in Kapitel 4 („Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten“). Dadurch können z. B. Einstellungen oder Wertvorstellungen (die unzweifelhaft in das Gesamtkonzept Motivation einfließen) differenziert als Förderfaktoren oder Barrieren wahrgenommen werden. Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren können dargestellt werden.

9 Die sozialrechtliche Verankerung der ICF ist gegeben

9.1 Verankerung im deutschen Sozialrecht Gesetzliches Verständnis von Teilhabe und Teilhabezielen

Zentral für das gesetzliche Teilhabeverständnis ist der Begriff der Behinderung. Dies ist nach § 2 Abs. 1 SGB IX ein Zustand, der u. a. dadurch gekennzeichnet ist, dass die Teilhabe des betroffenen Menschen am Leben in der Gesellschaft krankheitsbedingt (auch als Folge chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit) beeinträchtigt ist. Zur Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX) werden die in § 5 SGB IX genannten Leistungen nach Maßgabe des SGB IX und der jeweils einschlägigen weiteren Gesetze erbracht, wenn dadurch die in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten einzelnen (Teil-)Ziele auch erreicht werden können, vgl. § 4 Abs. 2 SGB IX. Der Gesetzgeber stellt in seiner Begründung zum SGB IX klar, dass das Ziel der Teilhabeleistungen die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen an der Gesellschaft

sein soll und zwar ausdrücklich in Anlehnung an das „Partizipationsmodell“ der ICF (Bundestags-Drucksache 14/5074, S. 98). Dem entspricht insoweit auch die seit März 2009 in Deutschland gültige UN-Behindertenrechts-Konvention (BRK), der zufolge Behinderung insbesondere eine durch Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigungen und verschiedenen Barrieren entstehende Hinderung der Teilhabe ist (vgl. z. B. Präambel, e), Art. 1 Abs. 2, Art. 26 Abs. 1 der UN-BRK).

Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs in Anlehnung an die ICF

Der Gesetzgeber verpflichtet alle Rehabilitationsträger in § 10 Abs. 1 SGB IX, unter den dortigen Voraussetzungen „die nach dem

- ▶ individuellen Bedarf
- ▶ voraussichtlich erforderlichen (Teilhabe-)Leistungen
- ▶ funktionsbezogen festzustellen“.

Mit dieser Verpflichtung zur „funktionsbezogenen“ Feststellung des Bedarfs an (Teilhabe-) Leistungen orientiert der Gesetzgeber die unmittelbar am Konzept der ICF bzw. dem zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell. Damit ist für die Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs ein einheitlicher, trägerübergreifender, internationaler Maßstab benannt. In der Konzeption der ICF bzw. des bio-psycho-sozialen Modells erschließen sich Art und Ausmaß der Beeinträchtigung, Teilhabeziele und Leistungsbedarf – zumal trägerübergreifend – insgesamt nur unter Berücksichtigung der Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren. Das heißt, dass bei der Bemessung von Art, Umfang und Inhalt der Leistungen auch die für die Behinderung relevanten Wechselwirkungen zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit (Ebenen der Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe) einzubeziehen und die jeweiligen Teilhabeziele darauf auszurichten sind [11].

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

- ▶ der allgemeine Behinderungsbegriff der ICF wesentlich weiter gefasst ist, als der Behinderungsbegriff des SGB IX (z. B. keine Beschränkung auf altersuntypische krankheitsbedingte Beeinträchtigungen, keine Festlegung mit Blick auf eine Dauer der Beeinträchtigungen von mehr als 6 Monaten) und andererseits
- ▶ die ICF den Tatbestand der „drohenden Behinderung“ nicht kennt,

wird die Orientierung des Bedarfsfeststellungsverfahrens an die ICF und nicht die unmittelbare Anwendung der ICF verbindlich vorgeschrieben. Zudem kann die ICF die krankheitsbedingten Gefährdungs- und Belastungsfaktoren nicht klassifizieren und die Prognose einer Erkrankung nicht berücksichtigen.

Zur Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Bedarfs an Teilhabeleistungen kann die Begutachtung durch einen Sachverständigen erforderlich sein (§ 14 Abs. 5 SGB IX). Der Gesetzgeber hat in § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX den Rehabilitationsträgern die Verantwortung dafür zugeordnet, dass Begutachtungen nach §§ 10, 14 Abs. 5 SGB IX möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden und sie in § 13 Abs. 1 SGB IX verpflichtet, dazu im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine gemeinsame Empfehlung zu vereinbaren. Entsprechend haben sich die Rehabilitationsträger auf Ebene der BAR in der *Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“* u. a. auf eine Gliederung in Anamnese, Befunde, Diagnose, Epikrise und

Sozialmedizinische Beurteilung verständigt. Insbesondere letztere sollte angelehnt an die Maßstäbe der ICF im Hinblick auf Art und Ausmaß der Beeinträchtigung vor allem die positiven und negativen Aspekte der Umwelt- und personbezogenen Faktoren berücksichtigen.

Für die nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB IX vorgesehene „schriftliche“ Dokumentation des im Einzelfall funktionsbezogen festgestellten Bedarfs an Teilhabeleistungen haben die Rehabilitationsträger zudem in der *Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“* (derzeit in Überarbeitung) vereinbart, dass dieser Angaben enthalten muss vor allem zu

- ▶ den Schädigungen der Körperstruktur und -funktionen,
- ▶ den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe,
- ▶ den vorhandenen Ressourcen sowie
- ▶ den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

Selbstverständlich sind auch und gerade bei der Erhebung und Verarbeitung personbezogener Faktoren die Beteiligungsrechte des Menschen mit (drohender) Behinderung zu wahren.

Weitere Anforderungen des deutschen Teilhaberechts (Beispiele)

Die ICF bzw. ihre Konzeption und somit die personbezogenen Faktoren bieten auf Basis ihrer Nutzung im Rahmen der Bedarfsfeststellung zudem einen trägerübergreifenden, teilhabeorientierten und gesetzlich legitimierten Maßstab für weitere gesetzlich verankerte Schritte zur Gewährleistung der Teilhabe. So kann die ICF z.B. eine wesentliche Grundlage dafür bilden, Leistungen mehrerer Träger so zu planen, dass sie aus Sicht der Betroffenen „wie aus einer Hand“ (BT-Drs. 14/5074, S. 101) erscheinen und „nahtlos ineinander greifen“ (§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Auch für die wirksame und wirtschaftliche Ausführung von Teilhabeleistungen (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) und insbesondere die Auswahl der passenden Rehabilitationsdienste/-einrichtungen (§ 19 Abs. 4 SGB IX) bietet die ICF einen für entsprechende Prüfungen notwendigen einheitlichen Maßstab.

Gesetzliche Legitimation zur Klassifikation personbezogener Kontextfaktoren

Vor dem dargestellten sozialrechtlichen Hintergrund ergibt sich zusammenfassend, dass personbezogene Faktoren bei der Bedarfsfeststellung, Leistungsplanung und -durchführung regelmäßig einzubeziehen sind. Die personbezogenen Faktoren konnten allerdings bislang trotz ihrer prinzipiellen Bedeutung für die Bedarfsermittlung nach dem bio-psycho-sozialen Modell, die Leistungsplanung und -durchführung in der ICF nicht weltweit einheitlich klassifiziert werden. Hintergrund ist der Zusammenhang von Lebenshintergrund und Lebensführung mit den unterschiedlichen Lebenskulturen und Rahmenbedingungen. Entsprechend sind regionale oder nationale Gestaltungen möglich und sinnvoll. Damit besteht Anlass – und durch das SGB IX auch die rechtliche Legitimation – zur Gestaltung der personbezogenen Faktoren im Kontext des deutschen Teilhaberechts. Dies kann auch die Möglichkeit einschließen, eine Ausgestaltung personbezogener Faktoren für die Sachverständigenbegutachtung im Rahmen der Feststellung des Teilhabeleistungsbedarfs im Kontext des Teilhaberechts durch die Rehabilitationsträger ggf. als Teil gemeinsamer Empfehlungen nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 4 iVm 13 Abs. 1 SGB IX zu vereinbaren und anzuwenden.

Zu trennen ist die rechtlich zulässige Erstellung bzw. Konkretisierung einer Klassifikation von personbezogenen Kontextfaktoren von ihrer Nutzung in der Praxis. In der praktischen Anwen-

dung sind – ebenso wie bei der Bedarfsermittlung und Leistungserbringung insgesamt – entsprechend den Vorgaben des Sozialdatenschutzes (insbesondere: §§ 67 ff. SGB X) nur die für den jeweiligen Einzelfall erforderlichen Aspekte zu prüfen (Datenerhebung) und ggf. zu dokumentieren/übermitteln (Datenverarbeitung/-nutzung siehe Kap. 7).

9.2 Verankerung im schweizerischen Sozialrecht

Im Schweizer Sozialversicherungsrecht werden z.B. „geeignete, einfache und zweckmäßige Eingliederungsmaßnahmen“ zur Verhinderung, Verminderung oder Behebung von Invalidität gefordert, welche zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der Betroffenen beitragen sollen (Art. 1a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung). Die Rechtslage lässt insbesondere hinsichtlich der Geeignetheit und Zweckmäßigkeit Spielraum, sich an den für die Rehabilitation im internationalen Kontext geschaffenen Standards wie der ICF bzw. dem bio-psycho-sozialen Modell zu orientieren.

9.3 Verankerung im österreichischen Sozialrecht

Die Nutzung wesentlicher Strukturmerkmale der ICF bzw. des bio-psycho-sozialen Modells einschließlich der Kontextfaktoren sind auch im österreichischen Rechtskontext möglich. So spielen im Pensionsverfahren bspw. die krankheitsbedingten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Rolle, und zwar unabhängig von den Ursachen der Leiden. Für die Wiedereingliederung sind neben den Umweltfaktoren auch die personbezogenen Faktoren zu reflektieren, wenn es um die Frage von zumutbaren und nicht mehr durchführbaren Arbeiten geht (vgl. §§ 253e Abs. 4 und 270a Abs. 4 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz). Auch die Beurteilung des Pflegebedarfs (vgl. § 4 Bundespflegegeldgesetz) lehnt sich mit der Ermittlung des funktionsbezogenen Bedarfs an die ICF an.

10 Die Nutzung der personbezogenen Faktoren sollte in der Praxis erprobt und von der Wissenschaft begleitet werden



Mit dem von der DGSMP-Arbeitsgruppe erstellten Entwurf ist ein erster Schritt getan. Dieser Vorschlag sollte nun in der Praxis erprobt werden. Die Klärung verschiedener Fragen bedarf einer begleitenden wissenschaftlichen Bearbeitung:

Einheitliches Verständnis und wissenschaftliche Fundierung einzelner (Fach)Begriffe

Personbezogene Faktoren, die in den Gesundheitswissenschaften einen zentralen Stellenwert einnehmen, sollten in einem Manual erläutert werden. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass alle Anwender der ICF über ein einheitliches Verständnis zu personbezogenen Faktoren verfügen, was eine unbedingte Voraussetzung für ein standardisiertes Verfahren ist, welches dann auch wissenschaftliche Analysen erlaubt. Damit könnten vergleichende Analysen gemeint sein (z.B. gibt es multizentrisch übereinstimmend im Vergleich für bestimmte Störungen spezifische personbezogene Faktoren, die besonders zentral sind), aber auch bspw. Hypothesenprüfungen dahingehend, inwieweit ein personbezogener Faktor tatsächlich Förderfaktor bzw. Barriere im Rahmen eines spezifischen Krankheitsgeschehens sein kann.

Systematische Analyse vorliegender Erkenntnisse aus der Forschung zu personbezogenen Faktoren

Nachdem ein Klassifikationssystem nicht nur dem Grundsatz der Abgrenzung (keine Überlappungen der Items bzw. Konstrukte), sondern auch dem der Vollständigkeit genügen sollte, war und ist das Ziel der vorliegenden Liste, alle relevanten personbezogenen Faktoren zu identifizieren. Deshalb ist auch eine Analyse von Einzelarbeiten, auch wenn sie methodisch andere Ansätze verfolgt haben, ein wichtiges Ziel künftiger wissenschaftlicher Arbeit. Darüber hinaus sollte qualitativ (z. B. via Delphiverfahren) und quantitativ die Konstruktvalidität des Entwurfs geprüft werden. Letzteres ist natürlich erst mit Vorliegen entsprechender Daten möglich, was zur nächsten Aufgabe führt:

Anwendungsbezogene Forschung

Bezüglich der Nutzung personbezogener Faktoren, z. B. im Bereich der Rehabilitation, ist neben der Empfehlung bzw. Neuentwicklung entsprechender Assessmentverfahren für personbezogene Faktoren vor allem eine qualitative Analyse der Handhabbarkeit durch z. B. halbstandardisierte Interviews mit den Anwendern notwendig. Über die Entwicklung anlassbezogener Kurzlisten könnten die Anwender zur strukturierten Berücksichtigung der personbezogenen Faktoren motiviert werden. Interessant wäre auch eine Untersuchung der Handhabbarkeit der Erfassung personbezogener Faktoren bezüglich der Informiertheit der Betroffenen.

Personbezogene Faktoren sind auch von Interesse, wenn es um die Entwicklung neuer Versorgungsformen geht, die stärker personenzentriert sind [12, 13].

Dabei sollten anwendungsbezogene Forschungen, soweit möglich, unter Einbeziehung von Selbsthilfeorganisationen durchgeführt werden.

Die Entwicklung personenzentrierter und damit stärker bedarfsorientierter Versorgungsformen ist insbesondere für die im demografischen Wandel wachsende Zahl älterer multimorbider Menschen, Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen und unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht notwendig.

Theoriegeleitete Forschung

Sobald ausreichend Daten zur Verfügung stehen, könnten multivariate Analyseverfahren durchgeführt werden, die das bio-psycho-soziale Modell der Wechselwirkungen zwischen den einzelnen ICF-Komponenten testen, z. B. welche personbezogenen Faktoren haben wann und wie häufig einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit und durch welche Interaktion? Darüber hinaus sind aber auch die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den einzelnen personbezogenen Faktoren von Interesse, im Sinne kumulativer Effekte von z. B. Barrieren oder Förderfaktoren. Aber auch der Frage, ob es Interaktionen zwischen Risiko- und Resilienzfaktoren (bzw. Förderfaktoren und Barrieren in der ICF) gibt, indem bspw. Risikofaktoren durch Resilienzfaktoren in ihrer Wirkung auf die Gesundheit ‚entschärft‘ werden können, kann nachgegangen werden.

Fazit

Die Möglichkeit für eine einheitliche Erhebung von personbezogenen Faktoren wird von der ICF bisher nicht ausreichend unterstützt. Die Kenntnis der im Einzelfall relevanten personbezogenen Faktoren ist aber bspw. im Rehabilitationsprozess oder bei der Allokation von bedarfsgerechten Leistungen für chronisch Kranke und multimorbide ältere Patienten von großer Bedeutung. Personbezogene Faktoren können als Förderfaktoren oder Barrieren einen starken Einfluss auf die Zieldefinition, die Zielerreichung und die Art und Dauer der notwendigen Rehabilitationsleistungen haben und damit entscheidend sein für die Erreichung des Ziels der größtmöglichen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen. Auch bei der Zuweisung zu möglichst passgenauen Rehabilitationsleistungen sind die personbezogenen Faktoren von Bedeutung.

Aus diesem Grund wird ein einheitlich akzeptiertes Ordnungssystem benötigt, wie es der vorliegende Vorschlag einer Liste personbezogener Faktoren in Ermangelung einer durch die WHO vorgegebenen Systematik zur Verfügung stellt. Bei Nutzung der in diesem Entwurf vorgeschlagenen Definitionen lassen sich Sachverhalte allgemein verständlich beschreiben, sodass ein einheitliches berufsgruppenunabhängiges Verständnis bei allen am Eingliederungsprozess Beteiligten gefördert und die Gefahr einer unterschiedlichen Handhabung reduziert werden kann.

Angesichts der Verankerung der ICF-Nutzung zur umfassenden Bedarfsfeststellung im Sozialrecht ist die Erstellung eines solchen Ordnungssystems auch rechtlich zulässig und naheliegend. Bei seiner Anwendung sind selbstverständlich die auch sonst bei der Bedarfsfeststellung zu berücksichtigenden rechtlichen und ethischen Normen einzuhalten, insbesondere die Beteiligung der Betroffenen.

Eine standardisierte Grundlage zur strukturierten Erhebung von personbezogenen Faktoren vervollständigt zudem die Nutzungsmöglichkeiten des bio-psycho-soziale Modells der Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF. Sie ermöglicht die systematische Integration aller Komponenten in die klinische/sozialmedizinische Beurteilung. Sie trägt damit entscheidend dazu bei, dass Beschreibungen nicht mehr zufällig von den erhebenden Personen abhängen.

Die für die Rehabilitations-/Teilhabeplanung explizite Erwähnung, im Einzelfall relevante personbezogene Faktoren in die Auseinandersetzung im Rehabilitationsteam und mit den Betroffenen einzubeziehen, ebnet den Weg zur Erarbeitung von Behandlungsansätzen. Unterschiedliche Einschätzungen von Behandelnden und Rehabilitanden können dokumentiert und diskutiert werden. Dies kann einerseits zu einer differenzierteren Betrachtungsweise des Einzelfalls führen und andererseits längerfristig einen Lerneffekt im Behandlungsteam bewirken. Sofern die relevanten personbezogenen Faktoren dem Teilhabebezug zugeordnet werden, kann die Kommunikation mit den Leistungsträgern in Bezug auf rehabilitationsrelevante Auswirkungen der personbezogenen Faktoren erleichtert werden.

Der vorgelegte DGSMP-Entwurf einer Klassifikation der personbezogenen Faktoren soll es ermöglichen, fundierte wissenschaftliche Studien zur Bedeutung dieser Faktoren auf Rehabilitation und Wiedereingliederung ins Erwerbsleben durchzuführen.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Institute

- ¹ Leiterin des FB II und der AG „ICF“ der DGSM, Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“ der MDK Gemeinschaft, MDK Niedersachsen, Hannover
- ² Stellvertretender Leiter der AG „ICF“ der DGSM, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt
- ³ Bundesagentur für Arbeit, Leiter des Ärztlichen Dienstes, Nürnberg
- ⁴ Geschäftsführerin, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., Hürth – Efferen
- ⁵ Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)
- ⁶ Koordination Medizin, Luzerner Kantonsspital, Luzern-CH
- ⁷ Fachbereich G, Psychologie, Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal
- ⁸ Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Medizinische Universität Wien, Wien, Austria
- ⁹ Fries&Freivogel Neurokompetenz GbR, München
- ¹⁰ QUALITY-Klinikentwicklungs-, -betriebs- und -beratungs- GmbH, Düsseldorf
- ¹¹ Direktor SPZ, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Nottwil-CH
- ¹² Chefarzt der Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Hannover
- ¹³ Leiter Bereich Rehabilitation, Rehabilitationsklinik Herzogsägmühle, Peiting-Herzogsägmühle
- ¹⁴ Leiterin Fachbereich Allgemeine Sozialmedizin, MDK Baden-Württemberg, Lahr/Schwarzwald
- ¹⁵ Vorsitzende des Vorstandes, Fachkoordination GerontoNetz VGTL, Fachkoordination FRAUNHOFER Innovationsforen „Demografie + Gesundheitsressourcen“ Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern (eVAA) e.V. im GerontoLab Europe, Leipzig
- ¹⁶ Studiendekanin Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege; Hochschule für Angewandte Wissenschaften Ravensburg-Weingarten, Weingarten
- ¹⁷ Chefarzt Rehabilitation, Luzerner Kantonsspital, Luzern-CH
- ¹⁸ Mitglied im Vorstand, BAG SELBSTHILFE e.V., Düsseldorf und DVfR, 2. stellv. Vorsitzende, Heidelberg
- ¹⁹ Geschäftsführer, Gesundheitsberatung GbR, Wilsdorf
- ²⁰ Projektleiter bei der BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt
- ²¹ Leiter Unternehmensentwicklung Rehaqualitätsmanagement, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Nottwil-CH
- ²² Leiterin Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung an der Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Hannover
- ²³ Richter am LSG, Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Halle
- ²⁴ Präsident der DGSM, Hannover
- ²⁵ Vorsitzender des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Ärztlicher Leiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen, Hannover

Literatur

- 1 *Weltgesundheitsorganisation*. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2001
- 2 *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)*, Hrsg. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2005
- 3 *Grotkamp S, Cibis W, Behrens J et al.* Personbezogene Faktoren der ICF-Entwurf der AG „ICF“ des FB II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). *Gesundheitswesen* 2010; 72: 908–916
- 4 *Grotkamp S, Cibis W, Nüchtern E et al.* Personbezogene Faktoren der ICF – Beispiele zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). *Gesundheitswesen* 2012; 74: 449–458
- 5 *Grotkamp S, Cibis W, Nüchtern E et al.* Personal Factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Prospective Evidence. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling* 2012; 18: 1–24
- 6 *Fries W, Fischer S.* Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren – eine Pilotstudie. *Rehabilitation* 2008; 47: 265–263
- 7 *Marino J, Fries W, Diehl S.* Person-related contextual factors in patients with acquired brain injury: construct validity and relation to participation outcome. *Neurol Rehabil* 2012; 18: 381
- 8 *Wiegand NM, Belting J, Fekete C, et al.* All Talk, No Action? The Global Diffusion and Clinical Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Am J Phys Med Rehabil* 2012; 91
- 9 *Antonovsky A.* Health, Stress and Coping. San Francisco: 1974
- 10 *Fuchs H.* Mit der ICF den Bedarf an Teilhabe genauer erkennen und Teilhabeleistungen gezielt anbieten 2005; www.harry-fuchs.de
- 11 *Fuchs H.* Anwendung der ICF im Rahmen des deutschen Sozialrechts. Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht (C2-2013) www.reha-recht.de
- 12 *Schulz J, Scheel E, Zeidler P.* Demografiefeste Versorgungsformen im Gesundheits- und Sozialwesen: Referenzmodell GerontoNetz Vogtland (VGTL). *Bewegungstherapie & Gesundheitssport* 2013; 29: 16–18
- 13 *Pöthig D, Perleth M.* Gesundheit, Krankheit, Lebensalter: Woran misst sich medizinischer Fortschritt? Themenheft FRAUNHOFER Innovationsforum. *Bewegungstherapie & Gesundheitssport* 2012; 28: 206–212. Umsetzung in Innovations- und Arbeitsplattform „Demografie + Gesundheitsressourcen“/Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern eVAA e.V. <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/initiative/index/show/id/70>