

Anwendung der ICF im Rahmen des deutschen Sozialrechts

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Leistungsrechtliche Anwendung der ICF nur im Kontext des Sozialrechts

Zur Förderung der Selbstbestimmung und zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht (Teilhabeleistungen - § 5 SGB IX). Die Leistungen nach dem SGB IX sollen vor allem dazu dienen, die Behinderung zu beseitigen, abzuwenden, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX). Leistungen zur Teilhabe dürfen folgerichtig nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX nur erbracht werden, wenn damit diese, auf die Behinderung bezogene Zielsetzung (Teilhabeziele - §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 u.a. SGB IX) erreicht werden kann.

Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) ist durch das SGB IX seit dem 1.7.2001 in Deutschland definiert als ein Zustand, durch den die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Aus dem Wortlaut des § 2 Abs. 1 SGB IX ist nur negativ zu erschließen, was Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist. Der Gesetzgeber stellt deshalb in der Begründung zum SGB IX klar, dass das Ziel der Teilhabeleistungen die Förderung der Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen an der Gesellschaft sein soll und zwar ausdrücklich in Anlehnung an das „Partizipationsmodell“ der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF – BT-Drs. 14/5074, S. 94).

Im Kontext der ICF ist Teilhabe im Sinne des SGB IX die Gesamtheit der sozialen Umweltbeziehungen von Menschen. (Übersetzung von „participation“, die definiert ist als „involvement in a life situation – ICF, 8, 12). Diese nach dem Wortlaut der ICF deskriptive Begriffsdefinition wird im SGB IX durch den sozialrechtlichen Kontext mit dem Adjektiv „gleichberechtigt“ und vor dem grundrechtlichen und sozialstaatlichen Bild von Gesellschaft und Menschen normativ: Menschen sollen – u.a. durch die Teilhabeleistungen - einen gleichberechtigten Zugang zu Umweltbeziehungen haben (vergl. Welti inHK-SGB IX, § 1 Rn. 11). Dies zu erreichen, ist nach §§ 1, 5 SGB IX Aufgabe der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen

Daraus erschließt sich, dass die sozialrechtliche Beurteilung einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – z.B. im Zusammenhang mit einem Antrag auf Teilhabeleistungen - niemals unmittelbar auf den Wortlaut und den Inhalt der ICF basiert werden darf, sondern immer nur im Kontext mit der deutschen Sozialgesetzgebung erfolgen kann.

Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs

Der Gesetzgeber verpflichtet alle Rehabilitationsträger in § 10 Abs. 1 SGB IX, „die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen (Teilhabe-)Leistungen ‚funktionsbezogen‘ festzustellen“. Abgesehen davon, dass diese Verpflichtung mangels abweichender Regelungen im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) bereits nach § 7 Satz 1 SGB IX auch unmittelbar für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Krankenversicherung gilt, bestimmt § 27 SGB IX darüber noch hinausgehend, dass die in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele sowie § 10 SGB IX auch bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten.

Mit der Verpflichtung zur „funktionsbezogenen“ Feststellung des Bedarfs bezieht sich der Gesetzgeber in § 10 SGB IX unmittelbar auf das Konzept der funktionalen Gesundheit und damit auf die dem § 2 Abs. 1 SGB IX zu Grunde liegende ICF der WHO. Damit sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, bei der Bemessung von Art, Umfang und Inhalt der Leistungen *alle Aspekte der funktionalen Gesundheit* auf den Ebenen der Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe einzubeziehen und darauf die Teilhabeziele (Grundlage für die Leistungsgewährung nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) zu basieren.

Der Gesetzgeber hat ausdrücklich vorgegeben, nicht mehr das Konzept der ICIDH, sondern die Weiterentwicklung zur ICF zu Grunde zu legen (BT-Drs. 14/5074, S. 94). Die 1980 von der WHO beschlossene „Internationale Klassifikation der Schädigungen (Impairments), Fähigkeitsstörungen (Disabilities) und Beeinträchtigungen (Handicaps)“ - Konzept der ICIDH – stellte einen theoretischen Bezugsrahmen und zugleich ein Klassifikationssystem für einzelne Behinderungen dar, bei dem Behinderung als Krankheitsfolge verstanden wurde. Aus der Schädigung musste eine Fähigkeitsstörung folgen, die wiederum Ursache einer Beeinträchtigung im sozialen Leben wurde.

Nachdem sich dieses Krankheitsfolgenkonzept als zu eng für die Beschreibung der Probleme, Diskriminierungen sowie des medizinischen und sozialen Unterstützungsbedarfs behinderter Menschen erwies, wurde durch die „Rahmenbestimmungen für die Herstellung von Chancengleichheit für Personen mit Behinderungen der Vereinten Nationen“ vom 20.12.1993 die Weiterentwicklung vorangetrieben, die im Mai 2001 mit der ICF beschlossen wurde.

Mit der ICF werden nunmehr mögliche Beeinträchtigungen in den Bereichen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus, der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen vor dem Hintergrund ihrer sozialen und physikalischen Umwelt abgebildet, um die „funktionale Gesundheit“ einer Person zu beschreiben. Unter Behinderung ist dabei die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit, insbesondere die Teilhabe zu verstehen.

Eine Person gilt nach der ICF als *funktional gesund*, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (*Konzept der Kontextfaktoren*)

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen (*Konzept der Körperfunktionen und Strukturen*)
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (*Konzept der Aktivitäten*)
3. sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen der Aktivitäten erwartet wird (*Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen*) – (Schuntermann, 2005, S. 17).

Da sich die sozialrechtliche Zielsetzung der Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe auf alle Lebensbereiche eines Menschen in der Gesellschaft bezieht, konnte der Gesetzgeber die Pflichten zur Bedarfsfeststellung mit dem Wortlaut des § 10 SGB IX („funktionsbezogen“) unmittelbar an der ICF orientieren, weil diese mit

den Konzepten der Körperfunktionen und Strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen, insbesondere aber dem Konzept der Kontextfaktoren, die frühere, rein medizinische Betrachtungsweise (funktionale Aspekte des menschlichen Organismus) verlassen hat und nunmehr den Blick auf das Individuum als handelndes Subjekt sowie auf seine Daseinsentfaltung in der Gesellschaft und Umwelt richtet. Danach ist sie in der Lage ist, weitgehend die individuelle Lebens- und Teilhabesituation eines Menschen abzubilden.

Mit der Orientierung des SGB IX an der ICF wurde zugleich für die Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs ein einheitlicher, trägerübergreifender, internationaler Maßstab vorgegeben, der im gegliederten deutschen Sozialleistungssystem divergierende, trägerspezifische Auslegungs- und Anwendungsformen ausschließen soll.

Dennoch hat der Gesetzgeber für die Feststellung des Bedarfs an Teilhabeleistungen keine unmittelbare und uneingeschränkte Anwendung der ICF, sondern nur die „Anlehnung“ des Bedarfsfeststellungsverfahrens an die ICF vorgeschrieben.

Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass der allgemeine Behinderungsbegriff der ICF einerseits wesentlich weiter gefasst ist, als der Behinderungsbegriff des SGB IX, andererseits die ICF den Tatbestand der „drohenden Behinderung“ nicht kennt.

Anforderungen aus dem Kontext des deutschen Teilhaberechts

Leistungen zur Teilhabe sind seit Inkrafttreten des SGB IX unabhängig von der Ursache der Behinderung zu erbringen und bilden ein durchgängiges System zur Verwirklichung der in §§ 1, 4, 26 u.a. SGB IX genannten Teilhabziele (BT-Drs. 14/5074, S. 99). Mit der als bindende Leistungsvoraussetzung ausgeformten Orientierung der Teilhabeleistungen auf die Erreichbarkeit von Teilhabzielen (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) müssen die Teilhabeleistungen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung von allen Rehabilitationsträgern einheitlich erbracht (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) und darauf ausgerichtet werden, nicht nur die Fähigkeit (Capacity) zur Teilhabe, sondern eine Verbesserung der tatsächlichen Teilhabe zu erreichen (Performance).

Auf diesem Hintergrund erfordert die wirksame und wirtschaftliche Ausführung von Teilhabeleistungen (§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) in jedem Einzelfall die umfassende und vollständige Klärung, welche Beeinträchtigung der Teilhabe, insbesondere in den Bereichen der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen, in welchem Umfange vorliegen. Ohne diese Klärung ist die Verpflichtung aus § 19 Abs. 4 SGB IX, für die Ausführung der Teilhabeleistungen die Rehabilitationseinrichtung auszuwählen, die die Leistung (zur Erreichung der Teilhabeziele) in der am besten geeigneten („wirksamsten“) Form ausführen kann, kaum rechtmäßig zu erfüllen. Zudem sind die im Einzelfall notwendigen Rehabilitationsziele und –leistungen trägerübergreifend so zu bestimmen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht des Leistungsberechtigten wie „aus einer Hand“ erscheinen“ (BT-Drs. 14/5074/, S. 101).

Danach bedarf es zur Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Bedarfs an Teilhabeleistungen der Sachverständigenbegutachtung (§ 14 Abs. 5 SGB IX) in der klassischen Gliederung Anamnese, Befunde, Diagnose, Epikrise, Sozialmedizinische Beurteilung nicht nur für die Beurteilung der Beeinträchtigungen der Körperfunktionen/-strukturen, sondern insbesondere auch für die Feststellung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation.

Gerade für diese Beeinträchtigungen erschließen sich Art und Ausmaß der Beeinträchtigung, Teilhabeziele und Leistungsbedarf – zumal trägerübergreifend - durchweg nur unter Berücksichtigung der Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren.

Da die personenbezogenen Faktoren mit Blick auf den Zusammenhang von Lebenshintergrund und Lebensführung mit den unterschiedlichen Lebenskulturen und Rahmenbedingungen in der ICF nicht weltweit einheitlich klassifiziert werden konnten, sind regionale oder nationale Gestaltungen möglich und notwendig.

Im Zusammenhang mit dem zuvor geschilderten sozialrechtlichen Kontext besteht damit die Plattform – und durch das SGB IX nicht nur die rechtliche Legitimation, sondern sogar die Verpflichtung – zur Gestaltung der personenbezogenen Faktoren im Kontext des deutschen Teilhaberechts. Der Gesetzgeber hat nämlich 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 eine gemeinsame Empfehlung zu vereinbaren. Damit ist die Ermächtigungsnorm vorhanden, die personenbezogenen Faktoren für die Sachverständigenbegutachtung im Rahmen der Feststellung des Teilhabeleistungsbedarfs im Kontext des Teilhaberechts durch die Rehabilitationsträger als gemeinsame Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 4 iVm 13 Abs. 1 SGB IX zu vereinbaren und anzuwenden. Damit ist es auch möglich, ja sogar notwendig, insbesondere die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipation, die sich – im Gegensatz zu den Beeinträchtigungen der Körperstrukturen/-funktionen – sprachlich nicht oder nur unzureichend mit dem Sprachgebrauch der Medizinwissenschaften beschreiben lassen, teilhabebezogen zu definieren, ohne damit gegen das System oder den Kontext der ICF zu verstoßen.

Letztlich ist anzumerken, dass der im Einzelfall funktionsbezogen festgestellte Bedarf an Teilhabeleistungen schriftlich so zusammenzustellen ist, dass die Leistungen nahtlos ineinandergreifen (sogen. Teilhabeplan - § 10 Abs.1 Satz 2 SGB IX). Die Rehabilitationsträger haben dazu in § 2 der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX zu Recht vereinbart, dass der individuelle zu erstellende Teilhabeplan u.a. Angaben enthalten muss vor allem zu

- den Schädigungen,
- den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe,
- den vorhandenen Ressourcen,
- den personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren usw.

Damit ist dokumentiert, dass den Trägern die gesetzlichen Vorgaben durchaus bewusst sind. Beachtlich ist allerdings, dass man Angaben zu den personenbezogenen Kontextfaktoren als Ergebnis der Bedarfsfeststellung in den Teilhabeplan aufnehmen will, ohne dafür die Voraussetzungen – das ist die Definition der personenbezogenen Faktoren im teilhaberechtlichen Kontext – geschaffen zu haben.