

Mit der ICF den Bedarf an Teilhabe genauer erkennen und Teilhabeleistungen gezielt anbieten

Harry Fuchs, Düsseldorf

Vortrag im Rahmen eines ICF- Workshops am 13.10.2005 auf der Reha-Care

Ziel der Sozialleistungen, insbesondere der Leistungen zur Teilhabe ist es, chronisch kranken und behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und damit – ggfls. mit Unterstützung durch die Sozialleistungen – das Benachteiligungsverbot des Art. § Abs. 3 Satz 3 GG umzusetzen.

Diese Zielsetzung sollte mit Blick auf die vielfältigen Leistungen und Hilfen des deutschen Sozialrechts (vergl. §§ 18 bis 29 SGB I) sowie die Regelungen des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX), mit denen das gegliederte System der sozialen Sicherung neu geordnet, die Abläufe des Rehabilitationsverfahrens gestrafft und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger durchgesetzt wurden, für alle chronisch kranken und behinderten Menschen in Deutschland erreicht sein. Tatsächlich ist die Lebenswirklichkeit dieser Menschen unverändert von Unter-, Über- und Mangelversorgung sowie von Leistungsverweigerung, Zuständigkeitsabgrenzung, bürokratischen Verfahren und institutionellen Eigeninteressen der Sozialleistungsträger gekennzeichnet.

Gesundheitspolitisch und –ökonomisch bewertet hat dies zur Folge, dass die - nur noch in immer begrenzterem Umfang – verfügbaren Mittel trotz aller positiven gesetzlichen Rahmenbedingungen weder zielgerichtet noch wirksam eingesetzt werden. Die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen, aber auch die Beteiligten im Sozialleistungssystem (u.a. Leistungsträger, Leistungserbringer) müssen deshalb ein gemeinsames Interesse daran haben, die erforderlichen Leistungen und Hilfen bedarfsgerecht, zielgerichtet, wirksam und wirtschaftlich zu auszuführen.

Eine wesentliche Ursache für die beschriebenen Probleme ist, dass bisher in allen Sektoren gesundheitlicher und sozialer Versorgung weder die Feststellung des erforderlichen Leistungsbedarfs noch die Leistungsausführung hinreichend bedarfsgerecht, zielgerichtet und transparent ist. Ein zusätzliches Hemmnis war dabei in der Vergangenheit im Bereich der Teilhabe, medizinischen Rehabilitation und Pflege eine nachgerade babylonisch zu nennende Sprach- und Begriffsverwirrung, die nunmehr mit Hilfe der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beseitigt werden kann.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Bundesrepublik Deutschland ist bisher weltweit das einzige Land, dass ihr nationales Gesundheits- und Sozialrecht an der ICF orientiert. Dabei schreibt das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) für chronisch kranke und behinderte Menschen die Orientierung des Handelns der Leistungsträger, des Verfahrens und der Leistungen am Rehabilitationsbedarf, an den Rehabilitationszielen und der Wirksamkeit der Leistungen bezogen auf die Rehabilitationsziele explizit vor. Darüber hinaus setzt es ICF-orientierte Maßstäbe sowohl für die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen, die Ausführung der Leistungen in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen, aber auch für die Versorgungsstrukturentwicklung.

Nach § 27 SGB IX sind die Regelungen des SGB IX über die funktions-(d.h. ICF-)bezogene Ermittlung des Leistungsbedarfs (§ 10 SGB IX) sowie die mit der medizinischen Rehabilitation verfolgten Ziele (§ 26 Abs. 1 SGB IX) auch unmittelbar geltendes Recht für die Erbringung von Leistungen der Krankenbehandlung, bei denen sowohl zur Feststellung des Versorgungsbedarfs, bei der Durchführung des Verfahrens wie auch bei der Ausführung der Leistungen nach § 2a SGB V immer auch den – z.T. im SGB IX konkret beschrie-

benen - besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist.

Seit dem 1.7.2004 besteht zudem nach § 17 Abs. 2 bis 6 SGB IX die Möglichkeit, die Ausführung von Sozialleistungen als „Persönliches Budget“ zu beantragen. Damit können alle betroffenen Menschen insbesondere Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Teilhabe nach dem SGB IX quasi „aus einer Hand“ durch einen Sozialleistungsträger (in der Regel den zuerst angegangenen) ausführen lassen. Die dazu erlassene Rechtsverordnung (BudgetV) sieht in § 3 ausdrücklich vor, dass der trägerübergreifende Bedarf für das persönliche Budget auf der Grundlage des § 10 SGB IX, d.h., „funktionsbezogen“ im Sinne der ICF festzustellen ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das SGB IX nicht nur spezifisches Teilhabe- und Rehabilitationsrecht enthält, sondern darüber hinaus auch verbindliche Maßstäbe für die funktionsbezogene Feststellung des Leistungsbedarfs im Sinne der ICF, die Zielorientierung der Leistungen sowie die Erbringung bzw. Ausführung von Leistungen nach anderen Sozialleistungsgesetzen, insbesondere die Krankenversorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sowie von Leistungen der Pflege und der Pflegeversicherung setzt.

Funktionsbezogene Feststellung der Leistungen nach dem individuellen Bedarf

Der Leistungsträger ist dafür verantwortlich, d. h., er haftet dafür, dass die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festgestellt werden (§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) und darauf ausgerichtet sind, dem Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten seines Einzelfalles die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 ggfls. iVm § 26 Abs. 1 SGB IX entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen (§ 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

Der Begriff „funktionsbezogen“ in § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wurde vom Gesetzgeber unmittelbar aus der ICF übernommen und besagt, dass die bei dem Berechtigten im Zeitpunkt der Feststellung vorliegenden Beeinträchtigungen der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität von Aktivitäten und Leistungen vollständig erfasst und dokumentiert werden sollen. Der Leistungsbedarf kann danach nicht mehr allein durch die Anforderungen, die sich aus einer Krankheit (Schädigung/Beeinträchtigung der physischen Strukturen und Funktionen, definiert über die Internationale Klassifikation der Krankheiten [ICD-10]) und deren Ausprägung ergeben, sondern darüber hinaus auch durch Art und Umfang der sonstigen Störungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (d. h., auch der Störungen der seelischen und sozialen Integrität, der Integrität von Aktivitäten und Leistung) begründet sein.

Zielorientierung als Leistungsvoraussetzung

Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sind die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 SGB IX) zur Erreichung der in § 4 Absatz 1 SGB IX genannten Ziele zu gewähren, die Art und Umfang aller durch Behinderung oder chronische Erkrankung bedingten Teilhabestörungen im Bereich der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie der Integrität der Aktivitäten und Leistungen erfassen. Leistungen, die zur Erreichung dieser Ziele nicht geeignet sind, dürfen danach nicht gewährt werden. Bei § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX handelt es sich somit um eine für alle Rehabilitationsleistungen und alle Rehabilitationsträger geltende Voraussetzung für die Leistungsgewährung. Mit Blick auf die integrierte Versorgung ist anzumerken, dass – entgegen der häufig im Bereich der Krankenversicherung noch vertretenen Auffassung – die Stabilisierung des Erfolges der Krankenbehandlung allein kein Rehabilitationsziel ist, das Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auslösen kann. Ein Anspruch entsteht erst dann, wenn neben der Stabilisierung des Erfolges der Krankenbehandlung eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eine Zielsetzung im Sinne der

§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX auslöst, die durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wahrscheinlich erreichbar ist.

Vorhandene Assessmentverfahren zur funktionsbezogenen Feststellung des Leistungsbedarfs

Im Bereich der **Krankenversorgung** ist die Feststellung des Leistungsbedarfs Gegenstand des den niedergelassenen Ärzten im Rahmen der kassenärztliche Versorgung übertragenen Sicherstellungsauftrages bzw. Aufgabe der Krankenhausärzte im Rahmen der Krankenhausversorgung und wird in der Regel durch eine ärztliche Untersuchung und Diagnostik auf der Grundlage die Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) vorgenommen. Ggfls. sind Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach § 275 SGB V einzuholen.

Dass die Feststellung des Leistungsbedarfs im Bereich der Krankenversorgung sich nach geltendem Recht über die Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Strukturen und Funktionen hinaus grundsätzlich auch auf die übrigen Indikatoren im Sinne der ICF erstrecken muss, ist bisher von den Beteiligten in diesem Versorgungsbereich nicht zur Kenntnis genommen worden.

Im Bereich der **Rehabilitation und Teilhabe** ist der Rehabilitationsbedarf durch Gutachten festzustellen, zu deren Erstellung nach § 14 Abs. 5 SGB IX Sachverständige - nicht etwa ausschließlich medizinische Gutachter o. Ä. – zu beauftragen sind. Diese Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs aus Beeinträchtigungen der seelischen und sozialen Integrität bzw. der Integrität von Aktivitäten und Leistungen im Einzelfall nicht nur medizinischen Sachverstand, sondern auch den Sachverstand anderer an der Rehabilitation beteiligten Professionen (z. B. Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter) erfordern kann.

§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX sieht vor, dass die Rehabilitationsträger in einer gemeinsamen Empfehlung regeln, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist, wobei eine Beschränkung auf vorwiegend medizinische Parameter im Sinne der bisherigen Begutachtungsverfahren mit Blick auf die geltende Rechtslage unzureichend wäre, weil damit der gesamte Umfang der durch die medizinische Rehabilitation zu beeinflussenden Teilhabestörungen in der Regel nicht erfasst werden kann.

Die Rehabilitationsträger sind im Übrigen verpflichtet, gemeinsam ein Begutachtungsverfahren zu vereinbaren, in dem der zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs im Sinne der ICF erforderliche Sachverstand gewährleistet wird (§ 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Dabei muss auch die sog. „Rehabilitationsprognose“ auf die Erreichbarkeit der Rehabilitationsziele im Sinne der §§ 1, 4, 26 Abs. 1 SGB IX abstellen.

Die von den Rehabilitationsträgern im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) dazu vereinbarte „Gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“)“ nach § 13 Abs. 1 iVm § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX enthält u.a. in

Ziffer 1 – Ausführungen zur allgemeinen Zweckbestimmung von Begutachtungen

Ziffer 2 – Ausführungen zum Wesen des Gutachtens, Begutachtung nach Aktenlage, Eignung und Qualitätskriterien sowie zu den Beurteilungsgrundlagen und zu berücksichtigenden Aspekten

Ziffer 3 - Allgemeine inhaltliche Grundsätze für die Gutachtenerstellung, wie die Rehabilitationsziele, Teilhabepotenzialermittlung, Zugrundelegung des Konzepts der ICF, Berücksichtigung des ganzheitlichen Ansatzes, Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose im trägerübergreifenden Sinn sowie trägerspezifische Rehabilitationsziele

Ziffer 4 Ausführung zur Gliederung und zu den Anforderungsprofilen des Gutachtens mit Ausführungen zur Anamnese, Untersuchungsbefunden, Diagnosen, Epikrise sowie zur Sozialmedizinischen Beurteilung

Die gemeinsame Empfehlung erfüllt die Anforderungen und Vorgaben des Gesetzgebers zur funktionsbezogenen Feststellung des Leistungsbedarfs nur teilweise. Der Anhang der Empfehlung vermittelt zwar die sich aus der Orientierung an die ICF ergebenden Anforderungen an die Begutachtung zutreffend. Für die Begutachtungspraxis sehen die Empfehlungen in den Ziffern 4.1 bis 4.4 im wesentlichen jedoch nur die Erhebung der Indikatoren von Krankheit vor, obwohl Menschen mit Beeinträchtigungen der funktionellen Gesundheit nicht im engeren Sinne krank sein müssen (vergl. Anhang 5.1.1 Seite 17). Demgegenüber fehlt die Erhebung von unverzichtbaren Indikatoren zur Beurteilung des positiven bzw. negativen Teilhabebildes und des positiven bzw. negativen Aktivitätenbildes, obwohl die Begutachtung zur Feststellung von Art und Ausmaß einer Teilhabestörung alle Beeinträchtigungen der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität wie auch die der Aktivitäten und Partizipation im Sinne der ICF feststellen müsste, um auf dieser Grundlage den individuellen Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsziele und den funktionalen Leistungsbedarf beurteilen zu können. Im Übrigen fehlt auch jedwede Verbindlichkeit und Festlegung dazu, dass und bis zu welchem Zeitpunkt die Rehabilitationsträger ihre bisher sehr unterschiedlichen Begutachtungsverfahren auch tatsächlich nach Maßgabe der gemeinsamen Empfehlung umgestalten. Es ist deshalb zu befürchten, dass dieser Empfehlung auf Dauer nur deklamatorische Bedeutung beigemessen wird.

Im Bereich der **Pflegeversicherung** besteht ein Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ (§ 18 SGB XI) durch den MDK, das in Begutachtungsrichtlinien (BRi) konkretisiert ist. Dabei handelt es sich nicht um die Feststellung des Leistungsbedarfs, sondern um die Grundlage für die Einstufung in die Stufen der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI), die wiederum ebenfalls nichts zu Art und Umfang des pflegerischen Leistungsbedarfs aussagen, sondern lediglich Grundlage für die Entscheidung über die Höhe der Zuschüsse der Pflegekassen zu den Kosten der Pflegeleistungen bilden. Zudem hat sich die Prüfung des MDK nach § 18 Abs. 1 Satz 2 SGB XI auf die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB IX, d.h., überwiegend Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionsfähigkeit, zu beschränken, sodass die Feststellung des insgesamt bei einem Pflegebedürftigen vorhandene Pflege- und Leistungsbedarfs - z.B. aus Beeinträchtigungen der seelischen und sozialen Integrität, der Integrität der Aktivitäten und Leistungen – nicht Gegenstand des gesetzlichen Begutachtungsauftrages des MDK ist.

Durch die Regelungen zum „Persönlichen Budget“ ergibt sich seit dem 1.10.05 die über § 18 SGB XI weit hinausgehende Anforderung, den pflegerischen Leistungsbedarf im Sinne des ICF-orientierten § 10 SGB IX umfassend und vollständig zu erheben, d.h., über die Einschränkungen der weitgehend auf die Beeinträchtigung körperlicher Funktionen bezogenen Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI hinausgehend. Diese erweiterte Aufgabenstellung ist bisher weder bei den Pflegekassen, noch bei den MDK's sachgerecht angenommen und umgesetzt worden.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass bisher im Bereich der sozialen Sicherung und gesundheitlicher Versorgung keine Assessment- und Klassifikationsverfahren vorhanden sind, mit denen der Versorgungs- und Leistungsbedarf im Sinne des § 10 SGB IX funktionsbezogen und umfassend erhoben werden kann.

Da die Leistungserbringung jedoch im gesamten Sozialleistungsbereich auf den nicht den Anforderungen der ICF entsprechenden Grundlagen und Erhebungsverfahren basiert, darf man zweifellos unterstellen, dass sie bisher häufig – entgegen geltendem Recht - nicht funktionsbezogen bedarfsgerecht, zielgerichtet und wirksam ist.

Transparenz durch geeignete Assessment und Klassifikationssysteme

Gesundheitspolitisch und ökonomisch, aber auch im Interesse der betroffenen Menschen ist es unverzichtbar, die verfügbaren Mittel und Leistungen künftig „treffsicher“ so zielgenau einzusetzen, dass sie einerseits den bei einem Betroffenen tatsächlich vorhandenen Bedarf decken, andererseits aber auch wirklich geeignet sind, die mit den Betroffenen gemeinsam festzulegenden (Leistungs-)Ziele tatsächlich zu erreichen.

Dies setzt voraus, dass der Bedarf an Teilhabe und Teilhabeleistungen genauer erkannt und festgestellt sowie die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe, Krankenversorgung und Pflege gezielt und zielgerichtet angeboten werden. Dazu sind erforderlich die

- Identifikation des individuellen Bedarfs (Patientenklassifikation)
- Identifikation von Zielgruppen nach Ressourcenbedarf und –aufwand (Leistungsklassifikation)
- erforderliche Transparenz für Vergütungssysteme (Vergütungsklassifikation)

Grundlage und gemeinsame sprachliche Basis für diese Assessment- und Klassifikationssysteme ist die ICF.

Dass es den Bedarf für ICF-orientierte Assessment- und Klassifikationssysteme gibt, zeigen die vielfältigen Initiativen und Versuche, die ICF selbst zu einem entsprechenden System zu operationalisieren. Abgesehen davon, dass die ICF dazu methodisch nicht geeignet ist, erfordern die unterschiedlichen Anwendungsbereiche eine jeweils zielgerichtete methodische und inhaltlich Ausprägung der einzusetzenden Instrumente. Es wird nicht möglich sein, die ICF im Sinne einer „Eier legenden Wollmilchsau“ für alle Anwendungsfelder zu instrumentieren oder zu operationalisieren, wobei sogar die Gefahr besteht, dass die ICF gemessen an ihrer Aufgabenstellung und Zielsetzung dabei auch inhaltlich Schaden nimmt und Deformationen erfährt, die der Sache nicht dienlich sind.

Notwendig ist deshalb die zielgerichtete Entwicklung von Instrumenten für die jeweiligen Anwendungsfelder (Bedarfsassessment – Patientenklassifikation, Leistungs- und Vergütungsklassifikation) auf der Basis der ICF.

Im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe können geeignete Assessmentinstrumente folgende gesetzliche Vorgaben bezogen auf den chronisch kranken oder behinderten Menschen unterstützen

- Feststellung des funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (§ 10 SGB IX)
- Gewährleistung des dazu erforderlichen Assessments (§ 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX)
- Grundlage zur Vereinbarung bzw. Festlegung der mit Leistungen anzustrebenden Ziele (§§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX)
- Basis zur Definition erforderlicher Ressourcen/Leistungen (Ressourcenverbrauch)
 - generell – Versorgungsstrukturen (§§ 12 Abs. 1 Nr. , 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX)
 - im Einzelfall (§§ 10, 13, 17 SGB IX)
- Steuerung der Ressourcenbereitstellung (§ 17)
- Planung des Ressourceneinsatzes (§ 19 SGB IX)
- Sicherung der Ressourcenqualität (§§ 20,21)

Damit unterstützen sie zugleich folgende ordnungspolitischen Aufgaben der Rehabilitationsträger:

- Vereinbarung und Einsatz eines gemeinsamen Assessments zur Feststellung des funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (§§ 10, 12 SGB IX)
- Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages (§§ 12 SGB XI, 19 SGB IX)
- Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen (§ 19 SGB IX)
- Definition bedarfsgerechter Leistungsinhalte (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 13 SGB IX)
- Steuerung der Leistungen (u.a. § 17 SGB IX)
- Definition von Qualitätsmaßstäben/Sicherung der Leistungsqualität (§§ 20,21 SGB IX)

Zur Operationalisierung der Leistungen z.B. mit der Erstellung von Leistungskatalogen können Instrumente der Leistungsklassifikation eingesetzt werden, die an die Assessmentinstrumente zur Feststellung des Leistungsbedarfs anknüpfen.

Im Bereich der Leistungserbringer unterstützen diese Assessment- und Klassifikationssysteme das Management bei der

- der Ressourcen-Bedarfsermittlung
 - Zuteilung
 - Bereitstellung
 - Verbrauch
- der/dem Patientenbezogene/r Interventionsplanung/Ressourcenbereitstellung/-einsatz
- der Patientensteuerung
- der Kostenkalkulation/Vergütungsverhandlung/Kosten- und Leistungsrechnung/Benchmarking
- der Organisations- und Strukturentwicklung
- der Arbeitsablauforganisation
- der Personalbemessung- und Personaleinsatzplanung

Maßstäbe für die Entwicklung und Einführung von Klassifikationssystemen

Die Entwicklung von Assessment- und Klassifikationssystemen im Bereich der Rehabilitation, Teilhabe und Pflege muss für die Erhebung und Bewertung von Inhalten und Kriterien kurzfristiger, langfristiger und phasenhafter Verläufe mit unterschiedlichen Leistungszielen und Leistungsinhalten geeignet sein. Dabei korreliert der hinsichtlich des Leistungsinhaltes und –umfanges häufig weniger bedeutsame Schweregrad einer Erkrankung/medizinischen Diagnose bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen nicht deckungsgleich mit dem aus dem Umfang der Beeinträchtigung im Sinne der ICF abgeleiteten Leistungsbedarf. Selbstbestimmung und Teilhabe sind bei chronisch kranken, behinderten oder pflegebedürftigen Menschen vor allem von der Stabilität oder Instabilität der jeweiligen Lage, von differnten Phasenverläufen (aufwärtsgerichtet z.B. bei Schlaganfall; abwärtsgerichtet z.B. bei Demenzen; schwankend z.B. bei psychisch Kranken; gleichbleibend z.B. bei Querschnittsgelähmten) abhängig. Auch familiäre Bewältigungs- und Versorgungsmuster sowie die mobilisierbare informelle Unterstützung haben einen nicht geringen Einfluss. Die bisher vorhandenen Instrumente (z.B. KTL-System der Rentenversicherung) erscheinen mit Blick auf die inter- und multidisziplinären Anforderungen im Bereich von Teilhabe, medizinischer Rehabilitation und Pflege nicht komplex genug und sind zudem institutionszentriert, medizinlastig und nicht anschlussfähig an weiterführende Maßnahmen oder Systeme.

Auf diesem Hintergrund sollten die in den Bereichen Teilhabe, Rehabilitation und Pflege einzusetzende Klassifikationssysteme neben der Basierung auf der ICF folgende Maßstäbe bzw. Kriterien erfüllen bzw. aufweisen:

- Klientenorientierung, Bevölkerungs- und Zielgruppenbezogenheit
- Geeignet für die Allokation von Ressourcen
- Geeignet für Outcome-Messung
- Geeignet für Benchmarking
- Unterstützung der „best practice“
- Reliabilität
- Validität
- Integrierte Architektur
- Caregiver – Relevance
- Schnittstellen-Kompatibilität
- Kompatibilität mit anderen Systemen
- Ökologische Sensivität
- Flexibilität, Adaptabilität, Nachhaltigkeit
- Nutzbarkeit für ökonomische Anwendungen

(vergl. dazu Näheres: Fuchs/Garms-Homolová/von Kardorff/Lügen/Lauterbach in Arbeit und Sozialpolitik 3/4, 2002, S, 22ff).

Stand der Politischen Diskussion

Im Bereich der **Pflegeversicherung** ist die politische Diskussion über die Notwendigkeit zur Entwicklung und Einführung von Klassifikationssystemen bisher nach Breite und Tiefe der Diskussion am weitesten fortgeschritten. Dies ist nicht zuletzt durch die permanente Auseinandersetzung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern über die bedarfsgerechte Kostenausstattung insbesondere der stationären Pflegeeinrichtungen begründet.

Die „Enquête-Kommission Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages hat in ihrem Abschlußbericht zur Pflegeversicherung vorgeschlagen

- die Leistungen der Pflegeversicherung künftig am individuellen Pflegebedarf statt – wie bisher – an der Schätzung des Hilfebedarfs zu orientieren
- ein Klassifikationssystem einzuführen, mit dem der tatsächliche individuelle Pflegebedarf vollständig und bedarfsgerecht festgestellt werden kann
- die Pflegebedürftigen auf der Grundlage dieses Bedarfsassessments einer Pflegebedarfsgruppe (Gruppe mit gleichem Ressourcenbedarf und Aufwand) zuzuordnen
- zu der die nach diesem Bedarf einzusetzenden Leistungsinhalte und deren Qualität in Pflegeleitlinien regelhaft in Pflegeleitlinien beschrieben sind
- Auf dieser Grundlage die zielgerichtete Leistungserbringung zu organisieren, insbes.
 - Bemessung der Zuschüsse
 - Bemessung der Pflegesätze
 - Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen
 - Verbesserung der Versorgung und der Versorgungsstrukturen
 - Abbau von Verwaltungsaufwand
 - Stärkung der Eigenverantwortung

Die Spitzenverbände der Pflegekassen und Leistungserbringer haben sich auf diesem Hintergrund mehrere Jahre bemüht, das kanadische System „PLAISIR“ in Deutschland einzuführen. Nachdem dieses gescheitert ist, werden derzeit Alternativen (z.B. RAI/RUG) diskutiert, bis hin zur Entwicklung eines eigenständigen deutschen Systems der Bedarfsfeststellung (im Rahmen des derzeit in NRW laufenden sogen „Referenzmodells“).

Im Bereich der **Teilhabe und medizinischen Rehabilitation** wurde bereits während des Gesetzgebungsverfahrens zum SGB IX die Verpflichtung der Systembeteiligten zur Entwicklung von Klassifikationssystemen thematisiert, aber zunächst nicht weiter verfolgt, weil abgewartet werden sollte, wie die Beteiligten die im SGB IX enthaltenen, in diesem Zusammenhang bedeutsamen Rahmenregelungen (u.a. Orientierung der Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs an der ICF (§10), Vereinbarung eines weitgehend einheitlichen, ICF-orientierten Assessment- und Begutachtungsverfahrens (§12)) umsetzen.

Nachdem diese Erfahrungen vorliegen und den politischen wie rechtlichen Vorgaben nicht gerecht werden können, stellt die Koalitionsarbeitsgruppe „Behindertenpolitik“ der Regierungsfractionen in ihren „Eckpunkten zur Fortentwicklung des SGB IX“ fest, dass

„die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes und der Behinderung einer Person sowie der Beeinträchtigung der Aktivitäts- und Partizipationsmöglichkeiten sowie der relevanten Kontextfaktoren dient. Die ICF bietet dabei die Grundlage, auf der die Träger Maßstäbe zur einheitlichen, zielgerichteten und wirksamen Leistungserbringung entwickeln müssen, um ihren gestellten Aufgaben wie auch den Zielen Koordination, Kooperation und Konvergenz gerecht zu werden“.

Die ausdrückliche Einbeziehung der Ziele Koordination, Kooperation und Konvergenz soll verdeutlichen, dass es dabei nicht nur um die verbale Ausgestaltung von Zieldefinitionen, sondern auch um deren gemeinsame Operationalisierung, d.h., die Entwicklung der erforderlichen Instrumente wie z.B. Assessment- und Klassifikationssysteme zur Bedarfsfeststellung oder Leistungsklassifikation auf der Grundlage der ICF geht.