

Zur Bedeutung der ICF

Holger Grötzbach & Claudia Iven

Einleitung

Die »International Classification of Functioning, Disability and Health« (ICF), auf Deutsch »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit«, wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet. Das Ziel der ICF ist es, den Blick von einem »Störungsbild« oder Gesundheitsproblem darauf zu erweitern, welche Bedeutung die Störung oder das Problem in der Lebenswirklichkeit eines Betroffenen hat. Alle Mitgliedsstaaten der WHO haben sich verpflichtet, die ICF einzuführen. Die ersten Bemühungen dazu gehen in Deutschland auf das Jahr 2004 zurück (vgl. Deutscher Bundestag 2004), und seit 2006 sind Grundgedanken der ICF in der deutschen Sozialgesetzgebung (s. § 1, Sozialgesetzbuch IX) verankert.

International gültige Klassifikationsmodelle sind sinnvoll, damit sich Fachleute verschiedener Professionen weltweit verständigen und gleiche Beschreibungs- und Bewertungskriterien verwenden können. Sie sind außerdem nützlich, weil auf der Basis der Modelle Forschungsergebnisse interna-

tional zugänglich werden und die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Behandlungsteams erleichtert wird. Klassifikationen wie die ICF tragen schließlich dazu bei, dass alle Beteiligten in der rehabilitativen Versorgung professions- und länderübergreifend »die gleiche Sprache sprechen«, wenn sie sich über Krankheit, Beeinträchtigung, Gesundheits- oder Förderfaktoren austauschen.

Die deutsche Übersetzung der ICF wurde vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI 2005) veröffentlicht und kann auf der Homepage des DIMDI kostenlos heruntergeladen werden. Dort finden sich auch vielfältige Zusatzinformationen über die ICF, über ihre Umsetzung in der Gesetzgebung und über ihre praktische Anwendung und Weiterentwicklung.

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/-index.htm>

1 Das Gesundheitskonzept der ICF

Die ICF stellt eine Erweiterung und Ergänzung des bis dahin gültigen Klassifikationsmodells von Krankheiten, der »International

Classification of Impairments, Disability and Handicaps (ICIDH)« dar. Die ICIDH, die als Vorläufer der ICF 1980 von der WHO

verabschiedet worden ist, zielte vor allem auf eine genaue Erfassung und Beschreibung von Schädigungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen. Dabei wurde allerdings eine sehr defizitorientierte Sichtweise eingenommen. Mit der ICDH konnten zwar das Problem, die Erkrankung oder die gesundheitliche Störung sowie die daraus resultierenden Einschränkungen des täglichen Lebens sehr detailliert beschrieben werden, die Fähigkeiten der Betroffenen zur Bewältigung ihrer Probleme, d.h. die Ressourcen des Klientensystems, wurden jedoch nicht berücksichtigt. Ebenso wenig wurde berücksichtigt, dass trotz objektiver Gesundheitsprobleme funktional gesunde Lebensumstände vorliegen können (z.B. dann, wenn ein nierenkranker Mensch trotz Dialysepflicht an allen Aktivitäten des täglichen Lebens teilnehmen kann, seiner Arbeit nachgeht und in der Familie seiner Rolle gerecht wird etc.). Umgekehrt kann jemand in seiner sozialen Teilhabe massiv eingeschränkt sein, obwohl kein objektives Gesundheitsproblem (mehr) besteht (z.B. dann, wenn ein ehemals psychisch kranker Mensch sozial ausgegrenzt wird).

Mit der weltweiten Einführung der ICF als Beschreibungsrahmen finden eine Abwendung von der defizitorientierten Sichtweise gesundheitlicher Störungen und eine Hinwendung zum Konzept der funktionalen Gesundheit statt. Kranke oder behinderte Menschen werden als Konsequenz nicht mehr anhand ihrer gesundheitlichen oder mentalen Einschränkungen definiert (und z.B. pauschal als »Aphasiker«, »Stotterer« oder »Behinderter« etikettiert), sondern es werden auch die vorhandenen Fähigkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund ihres Lebenskontextes betrachtet. Daraus ergibt sich das Bild der *funktionalen Gesundheit*, die nach den ICF-Kriterien dann vorliegt, wenn

- die körperlichen und psychischen Funktionen einer Person denen eines gesunden

Menschen entsprechen (Ebene der *Funktion und Struktur*),

- die Person im Alltag wie ein Mensch ohne Gesundheitsprobleme handeln kann (Ebene der *Aktivität*),
- die Person sich in allen ihr wichtigen sozialen Lebensbereichen so entfalten kann, wie es einem Menschen ohne Gesundheitsproblem möglich wäre (Ebene der *Partizipation*).
(vgl. DIMDI 2005, 4)

Folgende Unterschiede lassen sich zwischen einem störungsorientierten und einem ressourcenorientierten Verständnis von Krankheiten oder Behinderungen ausmachen:

Im biomedizinischen Modell, das der ICDH zugrunde liegt, führt die Diagnostik zur Feststellung eines Defizits in der Funktionsweise oder anatomischen Struktur. Die Therapie arbeitet konsequent auf eine Beseitigung, zumindest jedoch auf eine Minderung dieser Störung hin. Diese ein wenig schlichte Kausalität hat bei vermeintlich »einfachen« Gesundheitsproblemen noch ihre Berechtigung: Eine einfache Knochenfraktur lässt sich objektiv nachweisen und kann durch Ruhigstellung des Knochens in aller Regel behoben werden.

Bei komplexeren Störungen oder Behinderungen wird es allerdings deutlich schwieriger: Die Diagnostik wird vielfältiger, da unterschiedliche, vielleicht sogar widersprüchliche Ergebnisse integriert werden müssen. Symptome und Störungserleben ändern sich je nach Tagesform und nach der Persönlichkeit eines Betroffenen. Darüber hinaus erwartet jeder Patient eine individuelle Bewertung und Therapie seiner Beeinträchtigungen. Damit stößt die Vorstellung, einer diagnostizierten Störung eine für alle Betroffenen gleich wirksame Standard-Therapie zuordnen zu können, an ihre Grenzen. Beispiele aus der Logopädie/Sprachtherapie erläutern dies:

»In der Realität ist keine Aphasie wie die andere, keine Schluckstörung hat bei allen

davon Betroffenen die gleichen Auswirkungen, nicht alle Parkinsonpatienten haben das Bedürfnis, sprachtherapeutisch versorgt zu werden, nicht alle Angehörigen sind bereit oder in der Lage, therapeutische Prozesse wirkungsvoll zu unterstützen. Da das vermeintlich gleiche (und auf der Strukturebene evtl. tatsächlich gleiche) Gesundheitsproblem also bei unterschiedlichen Menschen sehr unterschiedliche Alltagsbedeutung entfaltet und die Reaktionen der Menschen auf das Problem nicht standardisiert werden können, stößt das biomedizinische Modell rasch an seine Grenzen: Dadurch, dass wir wissen, welche Art von Sprachstörung ein Patient hat, wissen wir noch nicht, wie es ihm damit geht und welche Art der Therapie er braucht.« (Grötzbach, Hollenweger Haskell & Iven 2014b, 20)

Die ICF erweitert den diagnostischen und therapeutischen Blick auf Störungen durch die Wahrnehmung der Fähigkeiten und Kompetenzen von Betroffenen und ihrer sozialen Umwelt. Sie blickt damit neben der Problem-Definition auch auf die Beschreibung der individuellen *Gesundheitsaspekte* und deren Auswirkungen auf den Alltag. Die ICF stellt dadurch ein ressourcenorientiertes, individuum- und alltagsbezogenes Klassifikationssystem dar, das sich auf alle Aspekte der funktionalen Gesundheit konzentriert. Die ICF ist durch folgende Kernmerkmale gekennzeichnet:

- Sie bietet ein Kategoriensystem als wissenschaftliche Grundlage für das Verständnis von gesundheitsbezogenen individuellen Zuständen und Bedingungen.
- Sie liefert das Gerüst für einen einheitlichen Sprachgebrauch zur Erleichterung der Kommunikation zwischen Gesundheitsberuflern, aber auch Sozial-/Gesundheitspolitikern, Forschern, Öffentlichkeit, Betroffenen.
- Sie ermöglicht den Datenabgleich und -austausch ohne begriffliche Missverständnisse.
- Sie hat für die medizinisch-therapeutische Praxis eine große Bedeutung, da sie bei der Diagnose und Therapie systematisch die Verbesserung der sozialen Teilhabe in den Vordergrund stellt. Die soziale Teilhabe lässt sich nur dann erreichen, wenn die Umgebungsbedingungen therapeutisch so verändert werden, dass sie gewünschte Aktivitäten und die Partizipation einer Person unterstützen.
- Sie erfordert die Orientierung an den individuellen realen Lebensumständen der Betroffenen und lässt sich deshalb von Bestrebungen abgrenzen, die aus Standard-Definitionen von Störungen allgemeingültige Therapieziele und -konzepte ableiten.

2 Das ICF-Modell von Gesundheit und Krankheit

Die ICF basiert auf einem *bio-psycho-sozialen Modell*, in dem die vielfältigen Wechselwirkungen im Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit deutlich werden.

Ein Gesundheitsproblem basiert nach diesem Modell auf Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen. Es kann sich auch auf die Aktivität und Partizipation einer Person auswirken und wird dabei von

den Kontextfaktoren beeinflusst. Die Beschreibung eines Gesundheitsproblems muss sich deshalb auf alle Komponenten des Modells beziehen und sowohl hindernde, gestörte Aspekte (z.B. Aphasie nach Apoplex) als auch förderliche Aspekte (z.B. unterstützendes soziales Umfeld) erfassen. Das ICF-Modell besteht aus folgenden Komponenten:

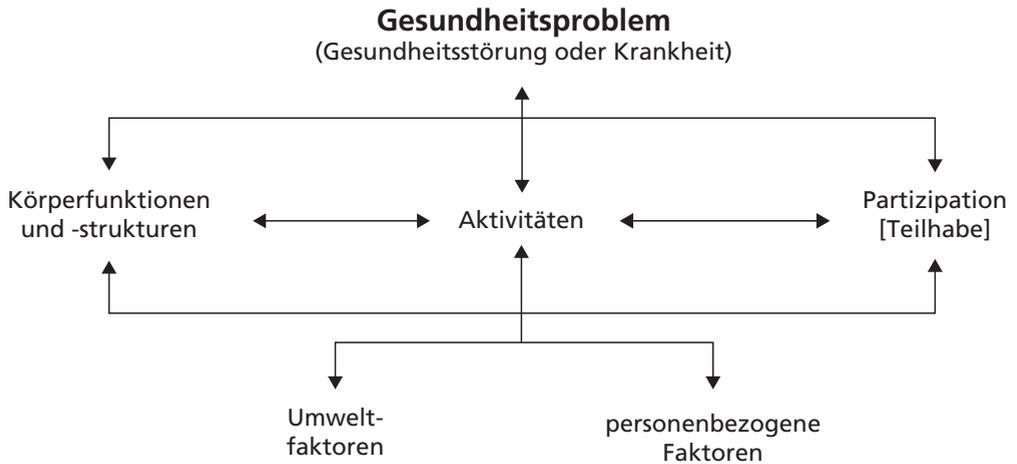


Abb. 1: ICF-Modell der bio-psycho-sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit (DIMDI 2005, 23)

Tab. 1: Begriffserläuterung zur ICF-Systematik (vgl. Grötzbach, Hollenweger Haskell & Iven 2014, 14)

Ebene der Funktionsfähigkeit und Behinderung	
Körperfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • physiologische und psychologische Funktionen, z. B. Motorik, Muskelkraft, Sehen, Stimme, Sprechen • Funktionsschädigung: Erschwernis oder Unmöglichkeit einer Körperfunktion
Körperstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • anatomische Bestandteile des Körpers, z. B. Gehirn, Muskel, Kehlkopf, Zunge • Strukturschädigung: Abweichung oder Verlust der Organstruktur
Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> • selbstständige Durchführung einer Aufgabe oder Handlung, z. B. radfahren, eine Unterhaltung führen, lesen • Beeinträchtigung der Aktivität: Es ist unmöglich oder erschwert, eine Handlung selbstständig zu initiieren oder auszuführen
Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • Einbezug in soziales Leben, in Gesellschaft und Umwelt, z. B. Hobbys, Rolle im Familienleben, Arbeit, Schule • Beeinträchtigung der Partizipation: Einschränkungen beim Wahrnehmen sozialer Rollen und beim Einbezug ins Alltagsleben
Ebene der Kontextfaktoren	
Umweltfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • physische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt mit ihren unterstützenden oder hinderlichen Auswirkungen, z. B. Familienangehörige, Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln, Arbeitsbedingungen • Bewertung von Barrieren (hindernd) und Förderfaktoren (unterstützend)
Personbezogene Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • individuelle Eigenschaften und Merkmale, die nicht Bestandteil des Gesundheitsproblems sind, z. B. Alter und Geschlecht, Bildung, Bewältigungsstil, Temperament • Erfassung der persönlichen Ressourcen und Erschwernisse, keine Bewertung/Klassifikation

In den ICF-Komponenten der Aktivität und Partizipation werden zusätzlich die Kategorien der Leistung und Leistungsfähigkeit unterschieden: *Leistung* umfasst die tatsächlichen Tätigkeiten/Handlungen, die eine Person in ihrer aktuellen, realen Umgebung mit allen vorhandenen fördernden oder hemmenden Einflüssen ausführt (Performanz). *Leistungsfähigkeit* beschreibt dagegen die vermutlich vorhandene Fähigkeit einer Person, eine Aufgabe oder Handlung auszufüh-

ren (Kompetenz). Im Rahmen therapeutischer Bemühungen kann man oft feststellen, dass Leistung und Leistungsfähigkeit nicht übereinstimmen müssen. So können z.B. Patienten mit einer Stimmstörung in der Therapiesituation ihre Stimmfunktionen oft wesentlich besser kontrollieren (grundsätzliche Leistungsfähigkeit) als unter den realen Bedingungen des beruflichen oder familiären Alltags (tatsächliche Leistung).

3 Aufbau und Anwendung der ICF-Codierung

Die ICF bietet ein alphanumerisches Codierungssystem, mit dem die relevanten Themen zu sinnvollen Gruppen zusammengestellt werden. Die Gruppierungen beziehen sich hierarchisch auf die

- Hauptkomponenten der Funktion, Struktur, Aktivität/Partizipation und Umweltfaktoren
- Domänen der möglicherweise betroffenen Bereiche
- Kategorien der zugeordneten Gesundheitsthemen

Die Codierung besteht aus mehreren Elementen:

- 1. Stelle: ein Buchstabe, und zwar für die Komponenten

- *b* (für Körperfunktion)
- *s* (für Körperstruktur)
- *d* (für Aktivität und Partizipation) und
- *e* (für Umweltfaktoren)

Mitunter findet man anstelle des »d« auch ein »a« (für Aktivität) oder ein »p« (für Partizipation), wenn diese Aspekte besonders im Vordergrund stehen.

- 2. bis 6. Stelle: numerischer Code mit den Elementen
 - Domänen-Nummer (2. Stelle)
 - Kategorie der zweiten Ebene (3. und 4. Stelle)
 - Items der dritten Ebene, falls weitere Unterteilungen erforderlich sind (5. und 6. Stelle)

Tab. 2: Codierungsstruktur der ICF am Beispiel der Funktionsstörung »Stottern«

Komponente	Domäne	Kategorie	Item
<i>b (Körperfunktion)</i>	b1: Mentale Funktionen		
	b2: Sinnesfunktionen und Schmerz		
	<i>b3: Stimm- und Sprechfunktionen</i>	b310: Funktionen der Stimme b320: Artikulationsfunktionen <i>b330: Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus</i>	<i>3300: Sprechflüssigkeit, Funktionsstörungen wie z. B. Stottern</i>
		...	
	b4: Kardiovaskuläre Funktionen		
	b5: Stoffwechselfunktionen		
	b6: Funktionen des Urogenitalsystems		
	b7: Bewegungsfunktionen		
	b8: Funktionen der Haut		
d (Aktivität und Partizipation)	d3: Kommunikation	d350: Konversation	d3504: Eine Unterhaltung mit mehreren Personen führen

Neben der beschreibenden Codierung bietet die ICF ein Bewertungssystem, das sich auf den gesundheitsbezogenen Zustand oder den Schweregrad einer Beeinträchtigung bezieht. Diese Bewertung wird mit einem Punkt und einer Ziffer hinter der Codierung angeschlossen. Dabei gelten folgende Kriterien:

- xxx.0: Problem nicht vorhanden
- xxx.1: Problem leicht ausgeprägt
- xxx.2: Problem mäßig ausgeprägt
- xxx.3: Problem erheblich ausgeprägt
- xxx.4: Problem voll ausgeprägt
- xxx.8: nicht spezifiziert
- xxx.9: nicht anwendbar (vgl. DIMDI 2005, 95)

Nach dieser Systematik würde z. B. die Codierung *d3504.3* bedeuten, dass ein erheblich ausgeprägtes Problem der Fähigkeit besteht, eine Gruppenunterhaltung zu beginnen und sich daran zu beteiligen.

Bei den Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen können die Schweregrade einer Beeinträchtigung jedoch nicht immer objektiv und mit standardisierten Verfahren festgestellt werden. Die Bewertungs-Codierung ist deshalb in unserem Tätigkeitsfeld oft nicht einsetzbar: »Es ist in vielen Fällen unklar, was genau die subjektive Einschätzung ›mäßig ausgeprägte Störung‹ von einer Bewertung ›erheblich ausgeprägte Störung‹ unterscheidet, solange ob-

jektive Kriterien fehlen« (Grötzbach, Hollenweger Haskell & Iven 2014b, 18).

Im Bereich der Kontextfaktoren ermöglicht die ICF-Codierung Angaben darüber, ob hinderliche oder förderliche Bedingungen vorliegen und in welchem Ausmaß sie auf die Funktionsfähigkeit, Aktivität und Partizipation einwirken. Diese Bewertungen werden in Barrieren und Förderfaktoren unterteilt und an die Codierung angeschlossen (vgl. DIMDI 2005, 123 f.). So bedeutet beispielsweise eine Codierung *e310+4*, dass eine Person sehr viel Unterstützung im engsten Familienkreis erhält.

ICF-Core-Sets

Die ICF-Codierung hat bereits für etliche Störungsbilder zu »Core-Sets« geführt, bei denen in Kurzlisten alle für ein bestimmtes Störungsphänomen relevanten Codierungen auf der Ebene der Körperstruktur, -funktion, der Aktivität, Partizipation und der Kontextfaktoren zusammengestellt werden. Die Core-Sets liefern dem Nutzer der ICF eine sinnvolle Vorstrukturierung und erleichtern die Suche nach den bedeutsamen Kategorien

in der Gesamt-ICF. Core-Sets dienen also der Komplexitätsreduktion, bilden aber immer nur einen Teil der möglichen Kategorien ab, die nicht immer für jeden Patienten die richtigen sein müssen. Möglicherweise werden für den Patienten wichtige Aspekte nicht erfasst, weil sie außerhalb der im Core-Set gelisteten Kategorien liegen. Trotz der grundsätzlichen Arbeitserleichterung, die Core-Sets schaffen können, müssen Diagnostiker also einen Überblick über die Gesamt-ICF haben und in der Lage sein, außerhalb der Core-Sets liegende relevante Aspekte zu erkennen.

Überblicke über die Erstellung und Anwendung der Kurzlisten finden sich z. B. in Bickenbach et al. (2012) oder in Rentsch & Buchner (2005).

Auf der Homepage des DIMDI (<http://www.dimdi.de/static/de/index.-.htm>) werden in der Datenbankrecherche unter dem Suchbegriff »core set icf« relevante Artikel aus Fachjournals und Informationen zu aktuellen Projekten angezeigt.

4 Die Erweiterung der ICF für Kinder und Jugendliche: Die ICF-CY

Die Children and Youth Version (ICF-CY), d. h. die Erweiterung der ICF auf die speziellen Belange der Kinder und Jugendlichen, wurde 2007 von der WHO vorgestellt. Unter Herausgeberschaft von Hollenweger & Kraus de Camargo (2011) liegt eine deutsche Übersetzung vor.

Die Version für Kinder und Jugendliche bezieht die besondere Lebenssituation von Kindern in ihren Familien und sozialen Kontexten ein. Die Tatsache, dass sich die Funk-

tionsfähigkeiten abhängig vom Lebensalter und der Entwicklung des Kindes verändern können und dass ein und dasselbe Phänomen in Abhängigkeit von diesen Entwicklungsfaktoren einmal als physiologisch »normal«, einmal als Störungsmerkmal interpretiert werden kann und muss, wird dabei besser berücksichtigt als in der ICF für Erwachsene. So ist z. B. das Phänomen, dass ein Kind /t/ statt /k/ ausspricht, bei einem zweijährigen Kind in der Norm, beim fünfjährigen eventuell schon Zei-

chen einer phonetischen oder phonologischen Störung. Die ICF-CY berücksichtigt darüber hinaus zentrale kinderspezifische Lebenskontexte, z. B. das Spielen als Lernmedium, den graduellen *Erwerb* von Funktionen (gegenüber dem *Vorhandensein* in der ICF), der Erwerb von Kulturtechniken, die Bedeutung der Bezugspersonen, die Bedingungen in Krippe, Kita, Schule etc. Bei Kindern und Jugendlichen wird mit der ICF-CY ihre Funktionsfähigkeit im Kontext von Lebensalter, Entwicklung und aktuellem Lebenskontext erfasst (Hollenweger Haskell 2014).

4.1 Bedeutung der ICF für die Praxis

Die ICF hat seit ihrer Verabschiedung durch die WHO 2001 in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen (Grötzbach & Iven 2014). Dafür gibt es mehrere Belege. So ist der Gedanke, therapeutische Maßnahmen vor allem an dem Ziel einer verbesserten Teilhabe auszurichten, sowohl in die Sozialgesetzgebung (vgl. § 1 Sozialgesetzbuch IX) als auch in die ambulante neurologische Rehabilitation (Fries 2007) eingegangen. Die ICF liegt auch dem Formular des Musters 61 zugrunde, mit dem eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung beantragt wird. Da das Muster 61 die Kenntnis der ICF-Terminologie voraussetzt, darf es nur von Ärzten ausgefüllt werden, die eine 16-stündige ICF-Schulung erfolgreich absolviert haben (s. §§ 92 und 135 Sozialgesetzbuch V). Die ICF ist außerdem in die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln eingegangen (Nüchtern 2005), und sie findet sich schließlich in der Diagnose und Therapie von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen wieder (für eine Übersicht s. Grötzbach, Hollenweger Haskell & Iven 2014a).

Die größte Bedeutung kommt der ICF jedoch als ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements zu, das nach dem Willen

der Kostenträger von allen stationären und teilstationären Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden muss. Die ambulanten Praxen sind zurzeit zwar (noch) nicht verpflichtet, am Qualitätsmanagement teilzunehmen, es ist jedoch zu erwarten, dass sich dies in Zukunft ändern wird (siehe Beitrag von Beushausen in diesem Buch). Die Qualitätssicherung schreibt vor, dass klinische Einrichtungen in jeweils dreijährigen Abständen nachweisen müssen, dass sie eine Reihe von Qualitätskriterien erfüllen, um eine Zertifizierung zu erhalten (BAR 2009). Zu den Kriterien gehört, dass die ICF im Leitbild und im indikationsspezifischen Behandlungskonzept einer Einrichtung verankert ist (► Tab. 1). Dadurch soll sichergestellt werden, dass

- nicht allein Funktionsschädigungen (z. B. Recurrensparese, phonetische Störung, beeinträchtigte Schluckreflexauslösung), sondern auch Aktivitätsstörungen (z. B. sich nicht mehr ohne Hilfe unterhalten zu können) und Beeinträchtigungen der Teilhabe (z. B. Freizeitinteressen nicht mehr ausüben zu können) therapeutisch berücksichtigt werden;
- der Einfluss derjenigen Umweltfaktoren reduziert wird, die sich als Barrieren einer erfolgreichen Teilhabe in den Weg stellen (z. B. Vorurteile gegenüber Personen mit einer Aphasie), und gleichzeitig diejenigen Faktoren gestärkt werden, die für eine gewünschte Teilhabe förderlich sind (z. B. Unterstützung einer Person mit Dysarthrie durch die Angehörigen);
- die Zusammenarbeit zwischen den Professionen Medizin, Pflege und Therapie auf der Basis des ICF-Modells interdisziplinär organisiert wird;
- die Patienten als Experten ihrer Erkrankung in alle Entscheidungsprozesse konsequent eingebunden werden.

Bei der Beteiligung der Patienten an klinischen Entscheidungen geht es insbesondere um ihre Mitbestimmung bei der Definition

der Therapieziele (Pössl & Schellhorn 2002). Idealerweise findet der Zielsetzungsprozess, der zu Recht als Kernelement einer erfolgreichen Rehabilitation gilt (Wade 2009), als gemeinsame Absprache zwischen den Betroffenen und den Therapeuten statt (Pfeiffer & Schillikowski 2015). Zu den Vorteilen der gemeinsamen Zielabsprache gehört, dass sie zu

- einer hohen Therapietreue,
- einer gestärkten Selbstwirksamkeit der Patienten,
- einem verbesserten Behandlungsergebnis und
- einer erhöhten Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten

führt (Grötzbach 2004, 2010, Kirk & Hennig 2014). Die ICF unterstützt die gemeinsame Zielabsprache, indem sie einen Rahmen für die inhaltliche und zeitliche Definition von Therapiezielen zur Verfügung stellt.

Tab. 3: Qualitätskriterien in der stationären Rehabilitation (nach BAR 2009)

Qualitätsindikator	Inhalt	Erläuterung
Unternehmenszweck	teilhaborientiertes Leitbild	Teilhaborientierung der Rehabilitationseinrichtung wird in ihrem Leitbild deutlich
Leistungsspektrum	Einrichtungskonzept	das gesamte Spektrum der möglichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe wird dargestellt
ICF-basiert und teilhaborientiert	indikationsspezifisches Rehabilitationskonzept	Leistungen basieren auf dem bio-psycho-sozialen Modell Anforderungen an die Teilhabe werden in der Klinik umgesetzt

4.2 Der ICF-basierte Zielsetzungsprozess

Im ICF-Modell stellen diejenigen Therapieziele, die in der Komponente der Teilhabe (Partizipation) definiert werden, übergeordnete Ziele dar. Sie werden daher im ICF-Zielsetzungsprozess als erste bestimmt. Beispiele für Teilhabe-Ziele sind der 16-jährige Lukas, der mit einer Poltersymptomatik eine Ausbildung als Bauzeichner beginnen möchte, die Eltern des fünfjährigen Jonas, die sich trotz der Sprachentwicklungsstörung eine Einschulung ihres Sohns in die Regelschule wünschen, oder Herr Heinel, der sich trotz einer Aphasie eine Rückkehr in sein Ehrenamt als Kassierer des örtlichen Bergwachtvereins erhofft. Die übergeordneten Teilhabe-Ziele sind langfristige Ziele, die sich nur in einem längeren Zeitraum von Monaten oder Jahren erreichen lassen.

Von den Teilhabe-Zielen werden im nächsten Schritt die Ziele in der Komponente der Aktivitäten abgeleitet, indem danach gefragt wird, was eine Person daran hindert, eine gewünschte Teilhabe-Rolle einzunehmen. So mag dem 16-jährigen Lukas das Zutrauen fehlen, sich mit seinen neuen Arbeitskollegen zu unterhalten oder in der Berufsschule vor seiner Klasse zu sprechen. Die Aktivitäts-Ziele stellen mittelfristig zu erreichende Ziele dar, d. h. sie sollten in zwei bis drei Monaten erreichbar sein.

Als letzter Schritt im ICF-Zielsetzungsprozess werden die Ziele in der Komponente der Funktionen definiert. Dabei geht es um die Frage, welche gestörten (sprachlichen) Funktionen die Durchführung einer bestimmten (sprachlichen) Aktivität verhindern. Für Lukas kann dies bedeuten, dass seine hohe Sprechgeschwindigkeit ihn daran hindert, ein verständliches Referat vor der Klasse zu halten. Die Funktions-Ziele stellen kurzfristige Ziele dar, die in einigen Wochen erreicht werden sollten (Grötzbach 2010).

Der ICF- Zielsetzungsprozess wird durch die Definition von Zielen in der Komponente der Umweltfaktoren ergänzt. Dabei interessieren in erster Linie diejenigen Faktoren, die sich als Barriere auf eine Person auswirken. So mag es für Lukas darum gehen, dass seine zukünftigen Berufsschullehrer über die Ursache und Bedeutung seiner Poltersymptomatik aufgeklärt werden, damit sie Hilfen im Umgang mit der Störung geben können. Eine Zusammenfassung des ICF-basierten Zielsetzungsprozesses ist in Tabelle 4 zu sehen.

Tab. 4: ICF-orientierter Zielsetzungsprozess (nach Grötzbach 2010)

ICF-Komponente	Zeitachse	Beispiel(e)
Teilhabe (Partizipation)	langfristig (Monate oder Jahre)	Patient möchte wieder als Kraftfahrer arbeiten können
Aktivität	mittelfristig (zwei bis drei Monate)	traut sich nicht, sich mit Fremden zu unterhalten; kann Fahraufträge nicht lesen; kann das Navigationsgerät nicht bedienen
Funktion	kurzfristig (einige Wochen)	Patient beschreibt Wortfindungsstörungen, ein eingeschränktes Sehfeld und Konzentrationsdefizite
Umweltfaktoren	mittelfristig	Patient erfährt keine Unterstützung durch seinen Arbeitgeber und stößt auf Ablehnung bei seinen Arbeitskollegen

Mit der schrittweisen Überführung von Teilhabe- in zunächst Aktivitäts- und dann Funktions-Ziele verläuft der ICF-Zielsetzungsprozess in einer *top-down*-Struktur, bei der mit dem langfristigen Teilhabe-Ziel begonnen und mit dem kurzfristigen Funk-

tionsziel geendet wird (Frommelt & Grötzbach 2007). Dadurch wird der übliche *bottom-up*-Zielsetzungsprozess umgekehrt, der ausgehend von der Funktion über die Aktivität zur Teilhabe fortschreitet. Im Vergleich zum *bottom-up*-Prozess erfordert das *top-down*-Vorgehen somit kein Neulernen. Vielmehr ist ein Umdenken notwendig, da es im Zielsetzungsgespräch zunächst nicht um die Frage nach sprachlich funktionellen Defiziten geht, sondern um die Bestimmung von Teilhabebeeinträchtigungen und Aktivitätsstörungen (Grötzbach & Iven 2014). Unglücklicherweise fällt das Umdenken nicht leicht: Wie einige Untersuchungen zeigen, dominieren in der Sprachtherapie nach wie vor rein funktionell ausgerichtete Therapieziele. Im Vergleich dazu fehlen häufig Angaben zu den Teilhabe- und Aktivitäts-Zielen (Bühler, Grötzbach & Frommelt 2005, Dallmeier & Thies 2009, Glindemann, Pössl, Ziegler & Goldenberg 2004).

Um das Umdenken zu erleichtern, hat die Arbeitsgruppe Aphasie des Deutschen Bundesverbands für Logopädie eine Broschüre erstellt, die nicht nur eine Beschreibung des ICF-Zielsetzungsprozesses, sondern auch konkrete Zielbeispiele für Personen mit einer Aphasie enthält (Lauer, Grötzbach & Abel 2013). In der Broschüre gibt es insgesamt fünf Teilhabe-Bereiche (Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen, Teilnahme am Straßenverkehr, Ausübung von Hobbys und Ehrenämtern, selbstständige Lebensführung und Rolle als Familienmitglied), denen exemplarisch jeweils 30 Aktivitäts-Ziele zugeordnet worden sind. Die Aktivitäts-Ziele sind so formuliert, dass sie zum einen evaluierbar und zum anderen mittelfristig erreichbar sind. Sie differieren außerdem im Schweregrad der Teilhabebeeinträchtigung: Jeweils zehn Aktivitäts-Ziele pro Teilhabe-Bereich beziehen sich auf eine schwere, eine mittlere und eine leichte Beeinträchtigung der Teilhabe. Die Broschüre enthält schließlich auch Hinweise darauf, wie sich die Aktivitätsziele therapeutisch erreichen lassen.

Die Durchführung des *top-down*-Zielsetzungsprozesses auf der Basis der ICF setzt allerdings voraus, dass Patienten Auskunft über ihre Teilhabe-Wünsche und Aktivitätsstörungen geben können. Da sie es in der Mehrheit jedoch nicht gewohnt sind, nach ihren Zielen gefragt zu werden (Meyer, Pohontsch & Raspe 2009), und ihnen in der Regel auch kaum Zeit gegeben wird, über ihre Wünsche und Hoffnungen zu erzählen (Heath 2005), muss die gemeinsame Zielab-

sprache vorbereitet werden (Grötzbach 2004, Grötzbach & Iven 2014). Dazu ist es auf der Seite der Therapeuten notwendig, sich Fragen zu den Teilhabe- und Aktivitätszielen zurechtzulegen. Denn die simple Frage »Was ist Ihr Ziel in der Sprachtherapie?« reicht dafür sicherlich nicht aus. Die Antworten der Patienten müssen zudem dokumentiert werden, ein Vorschlag dafür ist in Tabelle 5 zu sehen.

Tab. 5: Exemplarische ICF-basierte Zieldokumentation

ICF-Komponente	Beispiel
Teilhabe-Ziele	Frau Hein gibt an, ihr wichtigstes Ziel sei es, ihren Mann bei seinen Verkäufen auf dem Flohmarkt zu unterstützen. Außerdem sei es ihr wichtig, Kontakt zu ihrer Tochter aufrechtzuerhalten, die in den USA verheiratet sei. Schließlich gehe es ihr noch darum, den Haushalt wie gewohnt führen zu können.
Gründe, die der Teilhabe im Wege stehen	Frau Hein berichtet, dass sie vor allem Schwierigkeiten mit der Sprache habe. Sie könne sich nicht richtig ausdrücken, weil ihr die Wörter fehlten. Zudem habe sie Schwierigkeiten mit dem Schreiben und Rechnen. Sie traue sich daher Verkaufsgespräche auf dem Flohmarkt nicht zu und könne an ihre Tochter keine E-Mails mehr schicken. Sie habe auch Angst davor, einkaufen zu gehen, weil ihr die richtigen Wörter in den Geschäften nicht einfielen.
Aktivitäts-Ziele	Frau Hein möchte ein Flohmarkt-Verkaufsgespräch von fünf Minuten Dauer so führen können, dass keine Missverständnisse auftreten. Sie möchte außerdem ein Mal pro Woche eine E-Mail an ihre Tochter mit einem Umfang von fünf Sätzen schicken können. Außerdem möchte sie ohne Hilfe einkaufen gehen können.
Funktions-Ziele	Frau Hein soll 50 Objekte, bevorzugt aus dem Geschäft ihres Mannes, mit Hilfe von Umschreibungen benennen können. Sie soll eine E-Mail mit fünf Sätzen ohne Fehler schreiben und eine Einkaufsliste mit zehn Begriffen fehlerfrei erstellen und vorlesen können.
Kontext-Ziele	Frau und Herr Hein sollen Freunde und Familienangehörige über das Störungsbild »Aphasie« aufklären und informieren. Gesprächspartner sollen dabei darauf hingewiesen werden, Frau Hein aussprechen zu lassen und im Gespräch vermehrt Geduld zu haben.

Auf die Patienten kommt die Aufgabe zu, sich am Zielsetzungsprozess aktiv zu beteiligen. Dies kann aus drei Gründen schwierig sein: Zum einen können die Patienten erwarten, dass die Therapeuten für sie die richtigen Ziele (und Maßnahmen) wählen (Heath 1999). Zum anderen können sie mit ihrer aktiven Rolle im Zielsetzungsprozess (völlig) überfordert sein, da sie häufig über keine

oder nur geringe Vorerfahrungen mit der Bestimmung von Therapiezielen verfügen (Meyer, Pohontsch & Raspe 2009). Schließlich liegt ein Problem darin, dass Ziele vor allem mit Hilfe des Mediums Sprache definiert werden. Dies wirkt sich dann als nachteilig aus, wenn beispielsweise im Falle einer Aphasie die sprachlichen Fähigkeiten so weit reduziert sind, dass sie eine gemeinsame

Zielabsprache verhindern. Zwar gibt es die Möglichkeit, den Zielsetzungsprozess mit Bildern zu unterstützen (Raab 2014), dennoch ist auch dafür ein ausreichendes Sprachverständnis nötig. Trotz der Schwierigkeiten

gibt es zum *top-down*-Vorgehen jedoch keine Alternative: Denn nur er garantiert, dass die Interessen der Patienten von Beginn an berücksichtigt werden.

5 Schluss

Die Umsetzung der ICF in die sprachtherapeutische Praxis führt vor allem dazu, dass – wie vom Gesetzgeber gewünscht – die Teilhabe in den Mittelpunkt der Therapien rückt. Diese Umorientierung stellt keinen bloßen Tapetenwechsel dar, sondern ist mit einigen Vorteilen verbunden. So wird die interdisziplinäre Teamarbeit gestärkt, da sich Teilhabe-Ziele häufig nicht durch die Bemühungen einer einzigen Berufsgruppe erreichen lassen. Vielmehr müssen in der Regel verschiedene Berufe zusammenarbeiten (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Psychologie, Musiktherapie), um Betroffenen eine gewünschte Teilhabe zu ermöglichen. Die ICF stellt dafür sowohl ein Modell als auch eine professionsübergreifende Terminologie zur Verfügung. Da die Bestimmung der Teilhabe-Ziele darüber hinaus nur in Absprache mit den Betroffenen möglich ist, wird die typisch paternalistische Haltung von Therapeuten zugunsten einer Begegnung auf gleicher Augenhöhe aufgegeben. Außerdem lenken die Teilhabe-Ziele den therapeutischen Blick von Anfang an auf den Alltag eines Patienten. Damit liegt der therapeutische Fokus nicht nur auf sprachlich-funktionellen, sondern auch auf sprachpragmatischen Verbesserungen. Schließlich bedeutet die Bestimmung von Teilhabe- und daraus abgeleiteten Aktivitäts-Zielen, dass Betroffene und Therapeuten einen gemeinsamen Weg mit geteilter Verantwortung gehen. Zusammenfassend lassen sich die Vorteile des ICF-basierten Vorgehens

wie folgt darlegen: Die Umsetzung der ICF in die Therapie

- fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit,
- modifiziert die typisch paternalistische Haltung von Therapeuten,
- lenkt den Blick von Beginn an auf den Alltag der Patienten,
- bedeutet einen gemeinsamen Weg mit geteilter Verantwortung.

Die Betonung der Teilhabe bedeutet jedoch nicht, dass eine Therapie gestörter (sprachlicher) Funktionen unwichtig oder überflüssig geworden ist. Das Gegenteil ist der Fall: Da im ICF-Modell die Funktionen, Aktivitäten und die Teilhabe in einem Gleichgewicht stehen, ist keine der Komponenten im Vergleich zu einer anderen von einer größeren Bedeutung. In der Therapie und Dokumentation müssen daher alle drei Komponenten gleichermaßen berücksichtigt werden (Fries 2007).

Das ICF-basierte Vorgehen gibt es allerdings nicht zum Nulltarif. Sowohl für die Vorbereitung auf das gemeinsame Zielsetzungsgespräch als auch für die Durchführung wird Zeit benötigt. Die Dokumentation der Teilhabe-, Aktivitäts- und Funktionsziele kostet ebenfalls Zeit, die vor allem in ambulanten Praxen erfahrungsgemäß am Ende eines Arbeitstages aufgebracht wird. Wenn es dafür eine Vergütung gibt, die keinesfalls fair ist, so muss dies dringend geändert werden. Neben

den Faktoren Zeit und Geld wird für das ICF-basierte Vorgehen auch noch die Bereitschaft benötigt, sich dem interdisziplinären Austausch zu stellen und dabei Neues zu wagen (Grötzbach, Hollenweger Haskell & Iven

2014b). Den gemeinsamen Weg mit geteilter Verantwortung zu beschreiten, bedeutet ein Gewinn für alle, die an der Behandlung von Patienten mit einer Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörung beteiligt sind.

Literatur

- BAR (2009): Vereinbarungen zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2 a SGB IX. Frankfurt/Main.
- Bickenbach, J.; Cieza, A.; Rauch, A. & Stucki, G. (Hrsg.) (2012): Die ICF Core Sets. Manual für die klinische Anwendung. Bern: Hans Huber.
- Bühler, S.; Grötzbach, H. & Frommelt, P. (2005): ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation*, 11 (4), 204–211.
- Dallmeier, P. & Thies, C. (2009): Logopädische Berichte in der Aphasiotherapie – Einbindung alltagsrelevanter, klientenzentrierter Ziele. HAWK Hildesheim: Bachelor-Arbeit.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2004): Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und Entwicklung ihrer Teilhabe. Berlin: Drucksache 15/4575.
- DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Download unter www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm.
- Fries, W. (2007): Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation. In: Fries, W.; Lössl, H. & Wagenhäuser, S. (Hrsg.): Teilhaben! Stuttgart: Thieme, 7–16.
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2007): Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In: Dettmers, C., Bülow, P. & Weiller, C. (Hrsg.): Schlaganfall Rehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus, 121–133.
- Glindemann, R., Pössl, J., Ziegler, W. & Goldenberg, G. (2004): Erfahrungen mit individuellen Therapiezielen bei Patienten mit Aphasie. *Die Sprachheilarbeit*, 49, 298–305.
- Grötzbach, H. (2004): Zielsetzung in der Aphasiotherapie. *Forum Logopädie*, 18 (5), 2–6.
- Grötzbach, H. (2010): Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? *L.O.G.O.S. interdisziplinär*, 18 (2), 119–126.
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2014): Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.): ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Idstein: Schulz-Kirchner, 131–148.
- Grötzbach, H.; Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (2014a) (Hrsg.): ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (2014b): Einführung in die ICF. In: Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.): ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Idstein: Schulz-Kirchner, 11–25.
- Heath, C. (1999): Goals as reference points. *Cognitive Psychology*, 38, 79–109.
- Heath, I. (2005): Auf der Spur von Krankengeschichten: Versorgungskontinuität in der Hausarztpraxis. In: Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (Hrsg.): Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Bern: Huber, 115–125.
- Hollenweger Haskell, J. (2014): ICF-CY: Die Anwendung der ICF in der frühen Kindheit. In: Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.) (2014): ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Idstein: Schulz-Kirchner, 27–42.
- Hollenweger Haskell, J. & Kraus de Camargo, O. (Hrsg.) (2011): ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Bern: Hans Huber.
- Kirk, P. & Hennig, C. (2014): Narrative Zielvereinbarungsgespräche in der Neurorehabilitation – eine qualitative Studie. *Neurologie & Rehabilitation*, 20 (3), 133–141.
- Lauer, N., Grötzbach, H. & Abel, S. (2013): Aphasie – ICF-basierte Therapieziele erstellen. Böhler: Würzburg.
- Meyer, T., Pohontsch, N. & Raspe, H. (2009). Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Rehabilitation*, 48, 128–134.

- Nüchtern, E. (2005): Die ICF in der vertragsärztlichen Versorgung. *Neurologie und Rehabilitation* (11), 189–195.
- Pfeiffer, G. & Schillikowski, E. (2015): Partizipative Therapiezielentwicklung bei chronischer Aphasie. *Forum Logopädie*, 29 (2), 32–39.
- Pössl, J. & Schellhorn, A. (2002): Therapieziele in der neuropsychologischen Rehabilitation. In Goldenberg, G.; Pössl, J. & Ziegler, W. (Hrsg.): *Neuropsychologie im Alltag*. Stuttgart: Thieme, 12–31.
- Raab, I. (2014): Empirische Erfassung der Aktivitäten von Menschen mit Aphasie zur Festlegung von Teilhabeschwerpunkten und deren Priorisierung im Sinne der ICF. Hochschule Fresenius Idstein: Bachelor-Arbeit.
- Rentsch, H.-P. & Bucher, P. O. (2005): *ICF in der Rehabilitation*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Sozialgesetzbuch (2007): Bücher I–XII. 34. Auflage. München: Beck.
- Wade, D. T. (2009): Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical rehabilitation*, 23, 291–295.