

# ICF als Grundlage individueller Bedarfsermittlung

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) reformiert das deutsche Recht im Sinne der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Zentral dabei ist die Neudefinition des Behinderungsbegriffs, der sich am Antidiskriminierungsansatz sowie dem Verständnis einer inklusiven Gesellschaft der UN-BRK und dem bio-psycho-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientiert. Im Zusammenhang mit der Bedarfsermittlung erhält die ICF (Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) eine zentrale Bedeutung. Eine Kernherausforderung wird im Gesamtprozess die Partizipation der Leistungsberechtigten.



Christine Tappe,  
Bethel.regional, Bielefeld

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkungen mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung ... liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“ So wird im SGB IX das Phänomen Behinderung definiert (SGB IX neu Teil 1, Kap. 1 § 2).

## Orientierung am individuellen Bedarf

Als Leitidee für die zentralen Aufgaben der Eingliederungshilfe werden Gleichberechtigung, Teilhabe und Selbstbestimmung der Menschen mit Unterstützungsbedarf hervorgehoben.

Verbunden damit strebt der Gesetzgeber im Hinblick auf die Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention auch einen notwendigen Bewusstseinswandel an. Leistungen müssen sich seit dem 1.1.2018 am individuellen Bedarf orientieren. In einem bundeseinheitlichen, systematischen Verfahren und unter Einbeziehung der leistungsberechtigten Person von Beginn an, soll der individuelle Bedarf durch den Leistungsträger der Eingliederungshilfe ermittelt werden. (§§ 12 ff u. §§ 117 ff SGB IX neu). Statt sich an Leistungsformen zu orientieren, sind Leistungen zukünftig personenzentriert und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des Menschen mit Unterstützungsbedarf bereitzustellen.

Der Begriff des „Bedarfs“ wird im Gesetz nicht weiter ausgeführt. Der Deutsche Verein regt dazu folgende Definition an: „Ein Bedarf besteht, wenn erwünschte und angemessene Teilhabeziele behinderungsbedingt nicht ohne Hilfe erreicht werden können.“<sup>1</sup>

Für die Ermittlung des individuellen Bedarfs als Grundlage für die Bestimmung des notwendigen Leistungsumfangs eines Leistungsberechtigten for-

dert das BTHG (§ 118 SGB IX neu) für die Eingliederungshilfe bundeseinheitlich eine Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. (WHO, 2010)

## Funktional gesund

Die ICF ist Bestandteil der gesundheitsrelevanten Klassifikationen der WHO. Mit ihr kann die „Funktionsfähigkeit“ eines Menschen bzw. deren Beeinträchtigung(en) in einheitlicher und standardisierter Form unabhängig von Sprache und Profession beschrieben und klassifiziert werden. Eine Person gilt dann als funktional gesund: „...wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren – ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und ihre Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen, sie all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird, sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung erwartet wird.“ (vgl. DIMDI) Partizipation ist dabei die Zielrichtung, d. h. ein Mensch mit Funktionsbeeinträchtigungen soll an möglichst allen Lebensbereichen partizipieren können, an denen in der Regel auch Menschen ohne Beeinträchtigungen teilhaben.

## Bio-psycho-sozial

Grundlegend für die ICF ist das bio-psycho-soziale Modell der WHO, das den funktionalen Gesundheitszustand eines Menschen als dynamischen Prozess aus fünf Komponenten betrachtet:

1. Körper/Psyché
2. Aktivitäten
3. Teilhabe
4. Umweltbezogene Faktoren
5. personenbezogene Kontextfaktoren.

<sup>1</sup> Deutscher Verein: Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, 2009

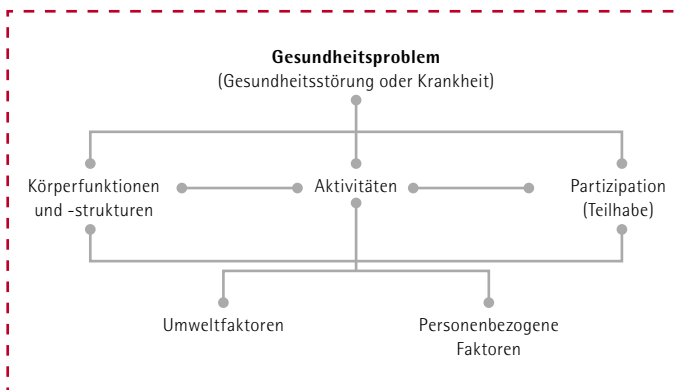


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF.  
Quelle: DIMDI (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, pdf-Version, S.23

Diese fünf Komponenten müssen sowohl unabhängig voneinander als auch in ihren Wechselwirkungen betrachtet werden.

Gesundheitsprobleme bzw. Behinderung werden so nicht mehr als Defizit einer Person verstanden – wie im kausalen bio-medizinischen Modell –, sondern vielmehr als Auswirkung der negativen Wechselwirkungen ihrer individuellen Lebenssituation.

Ein und dasselbe Gesundheitsproblem kann sich für Menschen in Abhängigkeit von ihren Lebensbedingungen und ihren persönlichen Attributen, Einstellungen und Erfahrungen völlig unterschiedlich auf ihre Teilhabemöglichkeiten und die Ausführung ihrer Aktivitäten auswirken. Interventionsansätze müssen sich daher nicht nur auf die Person, sondern auf den gesamten Lebenszusammenhang eines Menschen richten.

Damit ändern sich zwangsläufig auch Anforderungen an professionelle Dienstleistungen und Dienstleister. Diese haben – unter Respektierung des Wunsches und Willens der Person und ausgehend von ihren Ressourcen – darauf abzielen, soziale Teilhabe und selbstbestimmte Lebensführung für einen Menschen mit Unterstützungsbedarf zu optimieren. Da, wo individuelle Ressourcen bzw. die des personellen/materiellen Umfeldes nicht ausreichen, um soziale Teilhabe und selbstbestimmte Lebensführung sicherzustellen, müssen Barrieren identifiziert und reduziert werden.

### Struktur der ICF

Die ICF ist ein systematisches Verschlüsselungssystem, die nationale und internationale Datenvergleiche zwischen den Disziplinen im Gesundheitswesen sowie den Gesundheits- und Sozialdiensten ermöglichen soll. Sie ist an sich kein Assessmentinstrument, kann jedoch für eine multiprofessionelle, methodische Beschreibung der IST-Situation einer Person mit einem Gesundheitsproblem genutzt werden.

Die ICF bietet dazu ein Ordnungssystem von kodierten Items zu vier der dem biopsychosozialen Modell zugeordneten Komponenten an:

1. **Körperfunktionen** (b=body function) – zur Beschreibung der physiologischen und psychologischen Funktionen des Körpers,
2. **Körperstrukturen** (s=body structure) – zur Darstellung der Zustände der anatomischen Teile des Körpers,

3. **Aktivität und Teilhabe** (d=daily activities) – zur Beschreibung der Fähigkeit, eine bestimmte Handlung durchzuführen (Aktivität) bzw. das Einbezogensein in einen Lebensbereich (Teilhabe),
4. **Umweltfaktoren** (e=environment) – zur Erfassung materieller, sozialer oder einstellungsbezogener Faktoren in der Umwelt und deren Bewertung als Förderfaktor (+) oder Barriere (-).

**Personenfaktoren** sind z.Z. nicht klassifiziert, da die soziokulturellen Unterschiede zu groß erscheinen. Hier sind z. B. Alter, Geschlecht, Lebensstil, Einstellungen, biographische Ereignisse etc. von Bedeutung

### Neun Lebensbereiche

Für die individuelle Bedarfsermittlung der Leistungen der Eingliederungshilfe und Klärung der Frage, welche Auswirkungen die Funktionsbeeinträchtigungen auf die Teilhabe haben, sind v. a. die vollständige Darstellung der nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in den bedeutenden Lebensbereichen von Bedeutung.

Hier stellt die ICF 9 Domänen zur Verfügung, die sich analog auch im BTHG wiederfinden:

1. Lernen und Wissensanwendung
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
3. Kommunikation
4. Mobilität
5. Selbstversorgung
6. Haushalt
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
8. Bedeutende Lebensbereiche
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Erhoben wird das Ausmaß der Beeinträchtigungen durch die Beurteilungsmerkmale:

- keine Beeinträchtigung
- leichte Beeinträchtigung
- mäßige Beeinträchtigung
- erhebliche Beeinträchtigung
- vollständige Beeinträchtigung
- nicht spezifiziert
- nicht anwendbar.

### Leistung versus Leistungsfähigkeit

Dabei unterscheidet die ICF zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit. Die Beurteilung der Leistung beschreibt, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen Umwelt tatsächlich tut. Leistungsfähigkeit beurteilt dagegen die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen, eine Aktivität durchzuführen, unabhängig davon, ob er diese in seiner aktuellen Lebenssituation tatsächlich umsetzt/umsetzen kann. Eine Unterscheidung

zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit ermöglicht daher Aufschlüsse darüber, was in der Umwelt einer Person getan werden kann, um die Leistung zu verbessern.

### ICF als einheitliche Sprache

Die ICF bietet Disziplinen übergreifend – z. B. für Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Heilpädagogik, Ergotherapie – sowohl eine einheitliche konzeptionelle Grundlage als auch Sprache für eine systematische Rehabilitations- und Teilhabeplanung. Das bio-psycho-soziale Modell liefert insofern einen wesentlichen Fortschritt, als dass Funktionseinschränkungen nicht mehr allein als Defizitzuschreibung einer Person gesehen werden. Sowohl Erfahrungen, Einstellungen der Person als auch die Beschaffenheit der sozialen und materiellen Umwelt werden als wesentliche Einflussfaktoren mitberücksichtigt. Probleme der Teilhabe können so auf allen Ebenen und unter Berücksichtigung von Wechselwirkungen betrachtet werden. Die Klassifikation der Kontextfaktoren und deren Unterscheidung in Barrieren und Förderfaktoren bietet sich dabei für eine planvolle Analyse und Interventionsansätze u. a. auf politischer, kommunaler und Netzwerkebene an. Die Differenzierung von Leistungsfähigkeit und Leistung macht es notwendig, Kontextfaktoren dabei auch hypothetisch zu denken, d. h. zu überlegen, was der Person unter anderen, förderlichen Bedingungen möglich wäre.

### Partizipation umsetzen

Aktuell (Mai 2018) sind die einzelnen Bundesländer mit der Umsetzung der Anforderungen des BTHG – Gesamtplanverfahren und Bedarfsermittlung – beschäftigt. Instrumente zur Bedarfsermittlung und deren Handhabung wird es daher auch zukünftig nicht bundeseinheitlich geben.

Von besonderer Bedeutung wird sein, wie es den Leistungsträgern gelingt, die im BTHG vorgegebenen Partizipationsanforderungen gegenüber den Menschen mit Unterstützungsbedarf umzusetzen, diese von Beginn an einzubeziehen und sich dabei jeweils sehr individuell auf deren kognitiven, kommunikativen, sozialen etc. Fähigkeiten einzustellen.

Leistungserbringern wird dabei zukünftig die Aufgabe zukommen, Leistungsberechtigte umfänglich zum Gesamtplanverfahren und der Bedarfsermittlung zu beraten und sie darauf vorzubereiten. Menschen mit Unterstützungsbedarf müssen dabei v.a. die Systematik der Bedarfsermittlung in den 9 Lebensbereichen der Aktivitäten und Teilhabe verdeutlichen werden. Es gilt sie darüber hinaus in ihren Selbstäußerungsmöglichkeiten zu bestärken und bei Bedarf Assistenzleistungen bei ihrer persönlichen Lebens- und Teilhabeplanung zu erbringen. ■

#### Literatur:

- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- Schmidt-Ohlemann: Die ICF und ihre Bedeutung für Behandlung, Rehabilitation und Teilhabeplanung, 2016
- Schmidt-Schäfer, KeBler: Anwendung der ICF in der Individuellen Teilhabeplanung, 2014
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation: Stellungnahme zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsermittlung, Teilhabe, Gesamtplanung im Kontext des BTHG, 2017
- Deutscher Verein: Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, 2009

### Ein Gesetz mit Licht und Schatten

# Das BTHG: ein Reförmchen

Trotz intensiver Proteste der Behindertenbewegung wurde das Bundesteilhabegesetz (BTHG) Ende 2016 beschlossen und trat zum 01. Januar 2017 in Kraft. Constantin Grosch beleuchtet aus der Sicht von Betroffenen erste Erfahrungen und weitere Erwartungen. Er stellt fest: Ein Gesetz mit Licht- und Schattenwirkung.

Der Alltag behinderter Menschen wird bestimmt durch die ihnen zur Verfügung stehenden Unterstützungs- und Assistenzsysteme. Im Zentrum stehen dabei insbesondere die Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) reformiert diese weitgehend. Nach heftigen Protesten und Demonstrationen von Seiten der Behindertenbewegung, wurde das BTHG im Dezember 2016 beschlossen und trat in Teilen am 01.01.2017 in Kraft. Wie sind nun die ersten Erfahrungen aus der Praxis? Was ist in den nächsten Reformstufen (2020 und 2022) zu erwarten?

### Aus „stationär“ wird „gemeinschaftlich“

Aus Sicht von Betroffenen beinhaltet das neue Gesetz sowohl Licht als auch Schatten. Leider manifestiert das Gesetz aber weiterhin Missstände und schafft an einigen Stellen gravierende Präzedenzfälle.

In stationären Umfeldern wurden bisher existenzsichernde Leistungen und Fachleistungen (wie z. B. die Eingliederungshilfe) als Gesamtpaket geleistet. Ein Leistungserbringer war automatisch für beide Bereiche zuständig. Im ambulanten Kontext wurden Leistungen im Unterschied dazu getrennt voneinander betrachtet und erbracht. Zukünftig wird dies auch im stationären Bereich so gehandhabt<sup>1</sup>. Der „stationäre Bereich“ wird dabei auch sprachlich verändert in „gemeinschaftliche Wohnformen“. Diese grenzen sich vom Leben in einer Wohnung deutlich ab. Die Veränderung der Begrifflichkeit ist reiner Euphemismus: Stationäre Einrichtungen als „gemeinschaftliche Wohnformen“ zu betiteln ist nicht nur verhüllend und beschönigend, sondern zynisch!

### Wahlmöglichkeiten?

Ziel war und ist es, dem Betroffenen durch gleiche Leistungen die Wahl zu lassen, wie er selber leben möchte. Trotz dieses erklärten Zieles, gibt es aber auch in Zukunft Unterschiede zwischen diesen beiden Lebensformen: So wird im „ambulanten“ Bereich weiterhin die Regelbedarfsstufe 1 für existenzsichernde Leistungen gewährt. Im „stationären“ Bereich hingegen nur Regelbedarfsstufe 2.

<sup>1</sup> Von dieser neuen Logik wird abgewichen bei Minderjährigen. Bei ihnen bleibt die bisherige Systematik bestehen.