



Risiken und Wirkungen einer systematischen Erfassung personbezogener Faktoren der ICF aus rehabilitationsmedizinischer Sicht

Matthias Schmidt-Ohlemann

Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie

Dt. Vereinigung für Rehabilitation

Landesarzt für Körperbehinderte

Vortrag auf der 13. ICF-Anwenderkonferenz

18. März Augsburg

Vorläufige Fassung



Grundlage

Grotkamp S, Cibis W, Behrens JP et al.: Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG ICF des Fachbereichs II der DGSMP, Gesundheitswesen 2010; 72:908-916

Grotkamp S, Cibis W, Nüchtern E et al.: Personbezogene Faktoren der ICF. Beispiele zum Entwurf der AG ICF des Fachbereichs II der DGSMP, Gesundheitswesen 2012; 74:449-458



Personbezogene Faktoren: Definition

Die WHO umschreibt die personbezogenen Faktoren (als Teil der Kontextfaktoren der ICF) wie folgt:

„Personbezogene Faktoren sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind.

Diese Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen, die in ihrer Gesamtheit oder einzeln bei Behinderung auf jeder Ebene eine Rolle spielen können“



Zur grundsätzlichen Bedeutung der Personbezogenen Faktoren (PF)

1. Die grundsätzliche Bedeutung der PF für die Optionen für die Lebensführung, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge und das Ausmaß der Teilhabe ist unbestritten.
2. Als Eigenschaften handelnder Personen sind sie vielfach vom jeweiligen Handlungszusammenhang, von den jeweiligen Kontexten und von den verschiedenen Situationen abhängig.
3. Sie gehen implizit oder explizit in Entscheidungen und Handlungen der Betroffenen, ihres sozialen Umfeldes, in die Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte und auch in die Entscheidungsfindung über Art, Umfang, Auswahl und Bewilligung von Sozialleistungen ein.
4. Sie werden z. Zt., abgesehen von den allgemeinen Merkmalen und den physischen Faktoren sowie dem sozioökonomischen Status je nach Setting gar nicht, unzureichend, unzutreffend oder zumindest nicht systematisch und nicht ausdrücklich oder gar umfassend wahrgenommen und beschrieben.



Zur grundsätzlichen Bedeutung der Personbezogenen Faktoren

5. Ihre Bedeutung erschließt sich oft nur im Rahmen der Beschreibung des je individuellen Konzeptes der Lebensführung. Ihre Beschreibung und Gewichtung für einen fachlichen Diskurs gelingt deshalb nur auf der Grundlage einer professionellen Lebensführungshermeneutik, etwa mit den Methoden der sozialen Arbeit und anderen Methoden. Diese knüpft nicht an den Merkmalen der Person sondern an den Handlungsimperativen bzw. -desideraten an und lotet die Handlungsoptionen unter Berücksichtigung der Wünsche, Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und der Kontextfaktoren in der Regel problembezogen aus.
6. Die praktische Beschreibung und Bewertung der PF erfolgt deshalb in der Regel nicht systematisch sondern fokussiert, situations- und problembezogen in bestimmten Settings, z. B. Im beratenden Teilhabegespräch, bei der Konzeption von Hilfsmitteln, zur Planung der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation usw.. In der Medizin und Pflege wird dies oft unter Begriffen wie biograph. Anamnese, shared decision making oder Aufbau interner Evidenz diskutiert.
7. Während die Situationen stets mit den Betroffenen stattfinden, erfolgt die Beschreibung und Bewertung der Prozesse in der Regel durch professionelle Fachkräfte im Rahmen ihrer beruflichen Aufgaben.



Gründe für eine systematische Erfassung PF

Systematische Erfassung der PF kann in verschiedenen Formen stattfinden

- Die PF werden im fachlichen und patientenbezogenen Diskurs berücksichtigt
- Die nicht standardisierte Beschreibung der PF auf der Grundlage einer vorgegebenen Systematik im Einzelfall einschl. einer ggf. sekundären Analyse
- Die standardisierte Erfassung und Codierung der PF

Als Gründe für eine systematische Erfassung der PF werden von Grotkamp 2013 angeführt:

- Zur Ordnung bereits vorhandener Informationen
- Zur ganzheitlichen individuelle Betrachtung
- Zur fundierten und nachvollziehbaren Indikationsstellung für Interventionen und Hilfen und (Nüchtern 2013) als Grundlage einer adäquaten Leistungsallokation



Wozu Ermittlung der PF?

- Der Prozess der Entwicklung einer Konzeption zur Erfassung PF steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Veränderung der sozialmedizinischen Begutachtung im Hinblick auf die Gewährung oder Versagung von Leistungen
- Eine systematische Implementierung der Erfassung der PF in die praktischen Diskurse der Therapie-, Reha- u. Teilhabeplanung hat hingegen noch nicht stattgefunden, und zwar weder inhaltlich noch methodisch.
- Therapie-, Reha- u. Teilhabeplanung sollten partizipativ und diskursiv unter Beteiligung des Betroffenen auf Augenhöhe erfolgen. Damit kann sich auch die Rolle des Sozialmediziners ändern: Vom Gutachter zum Mitgestalter eines zielorientierten Bedarfsfeststellungsverfahrens, das in einem mit dem Patienten/Rehabilitanden konsentierten Teilhabeplan bzw. einer Zielvereinbarung endet.
- In einem solchen Verfahren kann die Berücksichtigung von PF eine Chance darstellen.
- Eine isolierte Betrachtung der PF etwa im Setting einer Begutachtungssituation hingegen stellt ein Risiko dar: PF können zur Etikettierung der Person dienen ohne dass Qualität und die Handlungsrelevanz nachzuprüfen wären.
- Es besteht zudem ein hohes Risiko diskriminierender Äußerungen.
- Daraus resultiert ein berechtigtes Mißtrauen gegen die breite Anwendung der Erfassung der PF!



Klassifizierungsvorschlag (Grotkamp et al 2010)

1. Kapitel: Allgemeine Merkmale einer Person
2. Kapitel: Physische Faktoren
3. Kapitel: Mentale Faktoren
 1. Faktoren der Persönlichkeit
 2. Kognitive und mnestische Faktoren
4. Kapitel: Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten
 1. Einstellungen
 2. Grundkompetenzen
 3. Verhaltensgewohnheiten
5. Kapitel: Lebenslage und sozioökonomische /-kulturelle Faktoren
 1. Unmittelbare Lebenslage
 2. sozioökonomischer/soziokultureller Status
6. Kapitel: Andere Gesundheitsfaktoren



Offene Fragen

- Wer sammelt die Informationen?
- Wie können Informationen erhoben werden?
- Welche Qualität und welche Aussagekraft haben die Informationen?
- Wie kann berücksichtigt werden, dass die Informationschancen je nach Setting völlig unterschiedlich sind: Gutachter, Rehaklinik (Arzt-Patient, Therapeut-Patient, Patient-Patient), Mobile Rehabilitation, Facharzt, Hausarzt? Hinweis: z. T. sehr diskriminante Einschätzungen
- Nach welchen Regeln werden die Informationen interpretiert und bewertet?
- Aus welchem Diskurs stammen die Daten?
- Wie lange sind sie gültig?
- Wer kann sie einsehen?
- Wie steht der Patient dazu? Kann er der Verwendung widersprechen? Sollte er ausdrücklich jeder Aussage zustimmen?
- Konkurriert die Gewinnung von Informationen zu PF nicht mit der Gewinnung anderer Informationen?

Beispiele

1. Kapitel: Allgemeine Merkmale einer Person
 - Psychosoziales Alter
 - Geschlechtsrolle

2. Kapitel: Physische Faktoren
 - „Hoher Körperwuchs des Profi-Basketballspielers“

3. Kapitel: Mentale Faktoren
 - Faktoren der Persönlichkeit
Extraversion, Zuverlässigkeit, Offenheit gegenüber neuen
Erfahrungen, Umgänglichkeit, Optimismus
 - Kognitive und mnestische Faktoren
Intelligenz, Merkfähigkeit,

Beispiele

4. Kapitel: Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten

- Einstellungen
Weltanschauung, Lebenszufriedenheit, Einstellung zu Gesundheit und Krankheit, Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen, Einstellung zur Arbeit
- Grundkompetenzen
Sozialkompetenz, Selbstkompetenz,, Handlungskompetenz (Impulsivität),
- Verhaltensgewohnheiten
Regeneration, Sexualgewohnheiten, Hygiene („Wohnraum ist unordentlich und schmutzig“), Umgang mit Geld („sucht immer nach Schnäppchen“)

Beispiele

5. Kapitel: Lebenslage und sozioökonomische /-kulturelle Faktoren

- Unmittelbare Lebenslage
Einbindung in das direkte soziale Umfeld („Missgünstige nachbarschaftliche Beziehungen“), Finanzielle Situation
- sozioökonomischer/soziokultureller Status
„Hoher sozioökonomischer Status“, Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Gruppen, sprachliche Verständigung, Bildungsstand

Vorsicht:

- Es gibt zahlreiche Beispiele aus Personenbeschreibungen aus Heimen, Anstalten, die rein pejorative Attributionen darstellen.



Grundsätzliches zur Erfassung personbezogenen Faktoren

Die Zuordnung eines Merkmals zu einer Person unter Nutzung einer Klassifikation bedeutet

- Es wird eine Aussage über eine Person in standardisierter Form getroffen
- Diese Aussage wird als gesichert betrachtet
- Die Aussage ist eine Folgerung aus der Interpretation einer oder mehrerer, ggf. unterschiedlicher Quellen, also resultiert aus einem hermeneutischen Prozess
- Sie ist teilweise Ergebnis einer Deutung von Verhalten, von Gefühlen und ihrer Wahrnehmung
- Sie ist Resultat eines Auswahlprozesses
- Sie enthält keine Aussage über Art und Herkunft sowie Kontext der Quellen (Personen, Beobachtung von Situationen usw.)
- Der Prozess (Qualität, Methodik) der Generierung der Aussage kann aus dieser bzw. dem Kontext nicht rekonstruiert werden
- Die Rehabilitations bzw. Inklusionsrelevanz bleibt oft unklar oder wird zumindest
- Die Aussage ist offen für Verwendungen in verschiedenen Kontexten
- Die Konstruktion der Aussagen folgt in der Regel impliziten Konzepten, Vorstellungen und Klischees und variiert z. T. extrem (Hinweis auf Erfahrungen in Förderplankonferenzen und Beurteilung Klinik - Mobile Reha)

Risiken

Die Erfassung Personbezogenen Faktoren beinhaltet erhebliche Risiken

- Es fallen Genesis und Geltung der Aussage auseinander
- Der hermeneutische Prozess ist nicht kodifiziert
- Daher ist die Genesis der Aussage nicht rekonstruierbar
- Sie ist deshalb kaum falsifizierbar, allenfalls relativierbar.
- Ihre Änderbarkeit (s. a. Capacity und Performance) bleibt unberücksichtigt
- Im Moment der Erfassung der PF ist ihre künftige Verwendung nicht eindeutig geregelt, insbesondere nicht die Verwendung in verschiedenen Diskursen
- Ihre fehlende Erfassung, z. B. auch bei Weigerung des Klienten, wird mit Wahrscheinlichkeit negativ sanktioniert: Unvollständig ausgefüllt Formulare führen zur Ablehnung.
- Auch ein nicht korrekt beschriebener PF kann zum Leistungsausschluss führen.

Ferner:

- Schutz der Privatsphäre?
- Rücksichtnahme auf Befinden und Selbstbild des Klienten?
- Datenschutz?



Teilhabeförderung – Bedarfsfeststellungsverfahren und Teilhabeplan – Chancen?

Bei der Berücksichtigung von PF in einem Bedarfsfeststellungsverfahren ist zu unterscheiden zwischen den verschiedenen Phasen bzw. Elementen des BFV:

- Die Information
- Die Beratung
- Die Beschreibung der Beeinträchtigungen
- Die Ermittlung von Wünschen und Bedürfnissen
- Die Ermittlung des Bedarfes
- Die Ermittlung möglicher Handlungsoptionen (Therapie, Teilhabeförderung, Assistenz, Pflege, Hilfsmittel, Umfeld etc.)
- Die Teilhabeplanung
- Die Erstellung des Teilhabeplanes
- Die leistungsrechtliche Überprüfung ggf. einschl. Begutachtung
- Der Bescheid

Wo und wann können/sollen PF berücksichtigt werden?

- Relevanz
- Komplexitätsreduktion



Folgerungen /Zusammenfassung

1. Die Einbeziehung sog. personbezogener Faktoren auf der konzeptionellen Ebene ist von erheblicher Bedeutung in klinischen, rehabilitativen sowie teilhabefördernden/ - beeinträchtigenden Diskursen. Sie kann ein Element in einem hermeneutischen Prozess sein.
2. Die personbezogenen Faktoren sind zum erheblichen Teil aus methodischen Gründen nur schwer oder gar nicht mit ausreichender Zuverlässigkeit zu erheben, schon gar nicht bei einer sozialmedizinischen Begutachtung und bergen das Risiko einer impliziten Wertung.
3. Die PF sollten nicht als Merkmale der Person Bedeutung haben sondern im Hinblick auf das individuelle Lebenskonzept (Lebensführung) und auf die Beschreibung der gewünschten oder praktizierten alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, in denen sich Teilhabe realisiert sowie im Hinblick auf mögliche Handlungsoptionen berücksichtigt werden.
4. Die Berücksichtigung von PF tragen deshalb nicht zwangsläufig zu einer gerechteren Begutachtung bei. Insbesondere ihre Fehlerhaftigkeit /Unzulänglichkeit kann auch zur Versagung berechtigter Ansprüche führen.
5. Die Personbezogenheit in der rehabilitationsmedizinischen und Eingliederungshilfebezogenen Praxis erfordert die diskursive und partizipative Beteiligung und den ausdrücklichen Konsens mit dem Betroffenen

Folgerungen/Zusammenfassung

6. Entscheidend für die Akzeptanz der systematischen Erfassung von PF durch den Betroffenen ist die für ihn evidente Handlungsrelevanz für seine bedarfsgerechte Unterstützung (= Sinnhaftigkeit) und seine diskursive Beteiligung auf Augenhöhe bzw. die Transparenz und empathische Gestaltung des Prozesses der Informationsgewinnung und ihrer Verarbeitung.
7. Eine Verwendung der PF sollte nur in einem partizipativ gestalteten Bedarfsfeststellungsverfahren erfolgen, ohne die anderen Dimensionen der ICF zu vernachlässigen.
8. Eine schematisierte Erfassung oder gar eine Verschlüsselung der PF ohne Berücksichtigung des Kontextes und der Verwendung ist auf Grund der hohen Risiken abzulehnen.
9. Die Verwendung standardisierter oder kodierter PF in der Begutachtung sehe ich aus den genannten Gründen kritisch. Um notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen bedarfsgerecht bereitzustellen bedarf es eines problemorientierten diskursiven Prozesses, in dem die PF als Teil der ICF selbstverständlich zu berücksichtigen sind.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Kontakt:

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie

Waldemarstr. 24

55543 Bad Kreuznach

Tel. 0671/605-3611; Fax – 3869

rmdo@kreuznacherdiakonie.de