

ICF: Bedarfsfeststellungsverfahren, Standortbestimmung, Assessment?

Bedarfsfeststellungsverfahren ist eine Begrifflichkeit, die den Umfang der Beschreibungsmöglichkeiten eines Gesundheitsproblems und einer Fähigkeitsstörung bei einem Menschen mit Behinderung, also seinen Bedarf, mit Hilfe der ICF abbildet. Damit wird das festgezurrte Gutachten-System erweitert und vermieden, aus diagnoseparalisierten Befunden, Gutachten und Entlassungsberichten voreilige Schlüsse auf die Lebenssituation und den realen Bedarf im Arbeits- und sozialen Leben zu ziehen. Bedarf mit Hilfe der ICF zu beschreiben heißt nicht, diesen Bedarf gemessen zu haben. Dazu dienen Assessments.

Ansätze, mit multidisziplinären Methoden den Bedarf zu klären, gibt es viele. Ein einheitliches System, allseits akzeptiert, sehe ich nicht. Das wäre aber Voraussetzung, um einem komplexen Bedarf mit einer komplexen Leistung zu begegnen, zum Beispiel in der Eingliederungshilfe, bei Hilfsmitteln oder beim persönlichen Budget.

Diese Notwendigkeit erkennend, förderte die Europäische Kommission das Projekt „Measuring Disability and Health in Europe“. In der Schweiz zog man die Konsequenzen: Mit Hilfe der CY-ICF wird zurzeit über mehrere Kantone eine „Standortbestimmung“ bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Das ist einleuchtend, denn in dieser Altersgruppe sind die Kontextfaktoren die bestimmenden Elemente.

Kontextfaktoren sind ohnehin der Schlüssel zum Schloss der Bedarfsklärung. Ihr Gewicht zeigt sich politisch deutlich in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. Diese rückt das soziale Verständnis der Behinderung in den Vordergrund (wir werden behindert).

Eine Arbeitsgruppe aus Sozial- und Reha-Medizinern sowie Juristen durchforstet zunächst die Zugangs- und Bedarfsfeststellungsverfahren. Auch sie sehen die Rolle der Kontextfaktoren! Andere Arbeitsgruppen bearbeiten die Kontextfaktoren derzeit mit System. Darüber hinaus verabreichen uns viele Wissenschaftler und Praktiker zwecks Anwendung der ICF für (eigene??) ganz unterschiedliche Zwecke vielfache ICF-Reduktionskost. Und zwar, soweit erkennbar, in Deutschland unabgestimmt.

Dies zieht einen Assessment-Wildwuchs nach sich.

Diese Gefahr hatte man bei Anwendungsversuchen der ICIDH vor fast 20 Jahren erkannt. In den 90er Jahren sammelte eine europäische Expertengruppe im Auftrag von neun Regierungen auf der Basis des „Partial Social Agreement“ Material und schuf ein „Vocational Assessment for Integration of People with Disabilities and Handicaps“. Hierzu musste die ICIDH um Kontextfaktoren erweitert werden. Die europäischen Assessments wurden durchforstet. Resultat war ein Profilingssystem zwecks getrennter Bewertung von Fähigkeiten und Anforderungen. Dies wurde in einer Resolution vom Ministerkomitee des Europarates angenommen. Doch wer liest heute schon so alte nicht-digitalisierte Literatur? Doch dies war ein entscheidender Anstoß, den Weg zur ICF einzuschlagen.

In Deutschland wurden IMBA und MELBA weiterentwickelt und als Folge EFL- und FCE-Systeme aus den USA importiert. Das deutsche Bedenkenträger- und Beharrungs-System, gepaart mit Angst vor Veränderungen, lässt USA-Experten seufzen: the Germans are so sophisticated.

Stuart Granger nutzte schon diese Systeme zur Feststellung von Bedarf und Ressourcenverbrauch. Er kam einem Kostensystem für die Rehabilitation sehr nahe.

Heute ist es interessant, die Wege unserer Nachbarländer zu beobachten und vielleicht zu kooperieren im deutschsprachigen Raum. Doch was machen wir? Wir importieren die DRG und nicht die diese im Exportland ergänzenden Reha-Systeme (Kostenplanung!).

Wir bremsen die Bedarfsfeststellung, die Überprüfung der Schweizer Standortbestimmung, die Weiterentwicklung in der Begutachtung hinsichtlich Kompatibilität mit der ICF und zugehöriger Assessmentauswahl oder Eigenentwicklung aus. Die mangelhafte Koordination konterkariert das Ziel der WHO, einen Überblick über die Lage der Menschen mit Behinderungen in der Welt zu erreichen.

Fangen wir noch mal von vorn an?

Dr. med. Hans-Martin Schian
01731 Kreischa