

Stellungnahme der AG ICF der DGRW zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein BTHG (Stand vom 22.06.2016)

Der Bezug des vorliegenden Gesetzentwurfes auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie das dieser zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell der WHO ist begrüßenswert.

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Anwendung der ICF ist jedoch aus unserer Sicht im Gesetzestext nicht durchgängig und nicht in allen Punkten mit den Intentionen der ICF, wie sie von der WHO formuliert wurden, sowie mit dem aktuellen Stand der Rehabilitationswissenschaften vereinbar.

1. Behinderungsbegriff / Behinderungsmodell

Der im deutschen Sozialrecht (historisch) verankerte Begriff der Behinderung stellt die Schädigungen – von Körperstrukturen und Körperfunktionen – in den Mittelpunkt und ist daher dem Grunde nach defizitorientiert. Da es sich hierbei meist um statische Schädigungen handelt, ist eine Befundung in den meisten Fällen eindeutig und standardisiert zu erstellen.

Die Ausgangsfrage im bio-psycho-sozialen Modell der ICF ist demgegenüber komplexer als im SGB formuliert. Daraus ergeben sich Unschärfen für den Fall, dass die ICF auch im Kontext von gesetzlichen Formulierungen selbst Verwendung finden sollte. Dass die Definition aus der ICF nicht ohne Anpassung verwendet werden kann, ist daher offensichtlich. Dennoch wird um, das bio-psycho-soziale Modell der ICF zu verdeutlichen, an dieser Stelle die originale Definition der ICF dargelegt: Unter Behinderungen werden jegliche Schädigungen der Körperfunktionen, Körperstrukturen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe verstanden, denen ein Gesundheitsproblem zugrunde liegt. Diese stehen untereinander in Interaktion und können durch die Kontextfaktoren (Umwelt und Person) abgemildert oder verstärkt werden. Darüber hinaus hat die Erkrankung bzw. das Gesundheitsproblem auch einen potentiellen Einfluss auf alle oben aufgeführten Komponenten. Dies hat zur Folge, dass die Betrachtung einer Person nicht theoretisch, sondern faktisch in ihrem konkreten Lebenszusammenhang erfolgen muss. Eine die Kontextfaktoren nicht berücksichtigende Bewertung widerspricht demnach dem Grundgedanken der ICF.

Beeinträchtigungen der Teilhabe sind nicht zwingend und ausschließlich als Folge einer Schädigung der Körperfunktion und –struktur oder dem Vorhandensein von Barrieren zu sehen (§ 2 Abs. 1), sondern manifestieren sich in der konkreten Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt. Daher betrachtet das der ICF zugrundeliegende Modell hinsichtlich der Aktivitäten und der Partizipation sowohl Barrieren als auch Förderfaktoren und Ressourcen auf Ebene der Umwelt- sowie der personbezogenen Faktoren.

Warum im vorliegenden Entwurf in Teil 1 und 2 voneinander abweichende und nicht durchgängig einheitliche und mit dem Konzept der ICF kompatible Begrifflichkeiten Eingang finden, ist aus fachwissenschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar und dazu angelegt, die vorhandene Segmentierung im Rehabilitationssystem fortzuschreiben. Problematisch ist aus unserer Sicht daher, dass sich die Prinzipien und Begrifflichkeiten einer eingeschränkten

Teilhabe in den Lebensbereichen (vergl. § 99) nicht in beiden Teilen des Gesetzentwurfes gleichermaßen wiederfinden, sondern abweichende und sich teilweise widersprechende Kriterien beim Behinderungsbegriff herangezogen werden.

Problematisch erscheint ferner, dass in § 99 nicht die faktische/reale Teilhabesituation einer Person im Mittelpunkt steht, sondern allein deren „Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft“ den Maßstab bilden soll. Die „Fähigkeit“ zur Teilhabe hat jedoch keine direkte Entsprechung in dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF; dort geht es um die vorhandenen (also realen) Beeinträchtigungen am Leben in der Gesellschaft. Bei der Beurteilung der „Fähigkeit“ kommt erschwerend hinzu, dass bei der Bedarfsermittlung u.U. erhebliche, auf das Individuum bezogene Zuschreibungen erfolgen können, die jedoch tatsächlich ihre Begründung im Kontext haben (Umwelt, Biographie). Diese Argumentation basiert auf der Annahme, dass es in der Praxis deutlich problematischer sein dürfte, die Auswirkungen einer fiktiven (da nicht erlebten Umwelt) einzuschätzen als die einer realen. Somit kann die Tendenz entstehen, den Personen (Individuen) mehr an Beeinträchtigungen zuzuschreiben und somit mögliche Barrieren zu unterschätzen. (Anmerkung: Die Praxis zum SGB II war und ist mit ähnlichen Zuschreibungen verbunden.)

Deutlich werden die begrifflichen Unzulänglichkeiten und Inkonsistenzen im vorliegenden Entwurf insbesondere an folgenden Stellen:

- Kriterien zur Definition, wer als Leistungsberechtigter gelten kann (§ 2 / § 99)
- Kriterien für das Reha-Planverfahren (Gesamtplan § 117ff. / Teilhabeplan § 19)
- Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (§ 13 und § 118).

Das Behinderungsmodell und die Begrifflichkeit der ICF sollten nach Auffassung der AG ICF der DGRW durchgängig und ohne Abstriche im ganzen Gesetzestext angewendet werden (siehe auch Stellungnahme der DGPPN [1]).

2. Leistungsberechtigter Personenkreis (Zugang zu Leistungen)

Der Gesetzentwurf folgt einem zweistufigen Modell, um Behinderungen und damit verbundene Leistungsansprüche festzustellen. Dabei werden in Teil 1 und 2 des vorliegenden Gesetzentwurfes unterschiedliche, voneinander abweichende Kriterien zur möglichen Begründung eines Leistungsanspruches herangezogen (§ 2 bzw. § 99).

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird eine neue Norm definiert: Für die „Erheblichkeit von Teilhabeeinschränkung“ soll künftig die Anzahl der durch Teilhabeeinschränkungen betroffenen Lebensbereiche ausschlaggebend sein. Diese Normierung umfasst ausschließlich die quantitative Komponente von Teilhabeeinschränkung (5 aus 9) und lässt die qualitative Komponente unberücksichtigt. Dieses Vorgehen ist aus fachlicher Sicht unzulässig: Nach dem ICF-Modell kann im Einzelfall bereits bei Vorliegen nur eines einzigen ICF-Merkmals die Teilhabe so massiv eingeschränkt sein, dass sich hieraus ein Hilfebedarf begründet. Darüber hinaus sei angemerkt, dass die einzelnen Lebensbereiche einander stark beeinflussen können. Eine Segmentierung erscheint daher allein aus diesem Grund nicht angemessen zu sein. Das Ausmaß einer Beeinträchtigung der Teilhabe hängt nicht zuletzt auch vom Einfluss

der Kontextfaktoren ab. Daher lässt sich nach Auffassung der AG ICF der DGRW mit den im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßstäben die Schwere der individuellen Beeinträchtigung in keiner Weise angemessen ermitteln. Darüber hinaus ist eine solche Betrachtung auch nicht mit dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF vereinbar.

Die Klassifikation wurde von der WHO bewusst offen gehalten, um wichtige Bereiche in einer dynamischen Welt ergänzen zu können. Daher erhebt die ICF keinen Anspruch alle (auch künftigen) Lebensbereiche vollständig zu erfassen, auch wenn es das Ziel war, eine möglichst umfassende Abbildung anzustreben. Neben den neun Lebensbereichen, welche die ICF aufzählt, können im Einzelfall (nach dem gültigen Konzept der ICF selbst) durchaus weitere Teilhabebereiche hinzutreten, die bisher noch nicht hinreichend durch die ICF klassifiziert wurden (ein Beispiel: die ICF enthält (noch) kein Item, welches explizit die Teilhabe an „sozialen Netzwerken“ beschreibt, welche heutzutage u.a. für Menschen mit einer Behinderung sehr bedeutsam sein können).

Im Falle, dass in weniger als fünf bzw. drei Lebensbereiche Einschränkungen vorliegen, dürfte die in § 99 aufgenommene Öffnungsklausel, eine Leistung nach „Ermessen“ zu gewähren, weder die erforderliche Rechtssicherheit schaffen noch der Lebenswirklichkeit angemessen sein.

Die im Gesetz vorgesehene neue Restriktion auf Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen steht fundamental im Widerspruch zum grundsätzlichen Recht auf umfassende gesellschaftliche Teilhabe und damit auch zu den Prinzipien der UN-BRK. Sie ist in dieser Form auch nicht vereinbar mit dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF.

3. Einheitlichkeit der Bedarfsermittlung/-feststellung

Die Schwere einer (drohenden) Behinderung kann sachgerecht durch eine individuelle und umfassende Begutachtung und Beurteilung ermittelt werden, welche das bio-psycho-soziale Modell der WHO als Grundlage nutzen. Die Nutzung der ICF ist jedoch nicht allein auf das Bedarfsermittlungsverfahren beschränkt, sondern durchgängig für das Reha-Planverfahren (§ 19 bzw. § 117) und die vorgesehenen Konferenzen (§ 20 bzw. § 119) angezeigt.

Mit Hilfe der ICF als Klassifikation lassen sich Teilhabeeinschränkungen im jeweiligen Kontext beschreiben; dies kann sehr differenziert sowohl qualitativ wie ggf. auch zusätzlich quantitativ erfolgen. Hierzu werden in der ICF Beurteilungsmerkmale bereitgestellt, die aber nach Auffassung der Fachwissenschaft einer weiteren Ausdifferenzierung und Operationalisierung bedürfen.

„Erhebliche Teilhabeeinschränkung“ als neue Norm – hier in Form eines summarischen Wertes – sind in der ICF jedoch nicht vorgesehen und mit den ethischen Leitlinien [2] (v.a. ethische Leitlinie 7) zur Verwendung der ICF u.E. nicht zu vereinbaren. Die Entscheidung, ob es sich um eine erhebliche Teilhabeeinschränkung (§ 99) handelt, kann daher nicht alleine anhand der Auflistung betroffener Lebensbereiche und deren Addition erfolgen (§ 99 i.V. mit § 118).

Die bisher lediglich in § 117 Abs. 1 Nr. 3 aufgeführten Maßstäbe und Kriterien sowie die explizite ICF-Orientierung (§ 118 Abs. 1) sollten nach Auffassung der AG ICF der DGRW für alle Rehabilitationsträger gelten und abweichungsfest auch in Teil 1, Kapitel 4 übernommen werden.

Wenn die Regelungen des § 13 Abs. 1 unverändert bleiben sollten, dann wird die Verwendung der ICF wie auch die des bio-psycho-sozialen Modells letztlich ins Belieben der einzelnen Reha-Träger gestellt. Die Anwendungspraxis des bisherigen SGB IX („funktionsbezogene“ Feststellung der Leistungen) zeigt u.E. auf, dass ein lediglich „weicher“ Bezug zur ICF für eine qualitative Weiterentwicklung der Bedarfsermittlung nach einheitlichen Maßstäben nicht hinreichend ist. Das im Teil 1 vorgesehene Teilhabeplanverfahren nach § 19 dürfte daher auf dem Hintergrund der bisherigen Verwaltungspraxis zu keiner Verbesserung der Bedarfsermittlung beitragen. Eine aus Sicht der ICF-Machbarkeitsstudie [3] überfällige Verbesserung der trägerübergreifenden Kooperation und eine sachgerechte Koordination der Leistungen unterschiedlicher Träger wird sich nur auf Basis hinreichend konkreter, gemeinsamer Standards erreichen lassen, wofür die ICF unserer Ansicht nach prinzipiell geeignet ist.

4. Instrumente zur Bedarfsermittlung

Die Ermittlung des individuellen Bedarfs mit an der ICF orientierten Instrumenten unter Berücksichtigung der Wünsche der Leistungsberechtigten in Teil 2 wird begrüßt. Die ICF als Klassifikationssystem – gemeinsam mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell – bildet hierfür einen geeigneten Rahmen, um Beeinträchtigungen der Teilhabe umfassend individuell und funktionsbezogen zu beschreiben. Sie ist jedoch selbst kein Instrument zur Bedarfsermittlung und „bietet insofern über die Anzahl der Lebensbereiche keine brauchbare Beurteilung der Schwere und Relevanz einer Beeinträchtigung“ (DVfR)[4].

In § 118 Abs. 1 ist für die Instrumente der Bedarfsermittlung explizit eine ICF-Orientierung vorgesehen; die konkrete Umsetzung und Ausgestaltung liegt jedoch in der Zuständigkeit der Bundesländer (§ 118 Abs. 2). Damit dürfte die vom Gesetzgeber vorgesehene Art der Umsetzung kaum geeignet sein, eine bundesweit möglichst einheitliche Orientierung der Bedarfsermittlungsinstrumente an der ICF sicherzustellen.

Für Instrumente der Bedarfsermittlung in Teil 1 fehlt demgegenüber komplett eine derartige Regelung; zum § 118 gibt es keine analoge Entsprechung in Teil 1. Die Auswahl und der Einsatz von Instrumenten liegen hier in der Verantwortung und im Ermessen der jeweiligen Träger; eine Bindung an die ICF besteht nicht und im Falle von Mehrfach-Zuständigkeiten fehlen entsprechende Kooperationsverpflichtungen.

Es ist zu befürchten, dass auf Basis der Bestimmungen nach § 99 in Verbindung mit § 118 schematische Checklisten zum Einsatz kommen können, die lediglich summarisch/additiv die unterschiedlichen Lebensbereiche als betroffen/nicht betroffen auflisten. Die ICF könnte so für eine qualitative Bewertung von Beeinträchtigungen/Unterstützungsbedarfen im Sinne einer vereinfachenden Mengengruppierung in unzulässiger Weise herangezogen werden. Die ICF

ist hingegen kein geeignetes Assessmentinstrument, sondern ein Klassifikationssystem (ähnlich Stellungnahme des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR) [5].

Da Teilhabebeeinträchtigungen nach Art und Umfang vom jeweiligen Kontext abhängig sind und sachgerecht nur in ihrem systemischen Zusammenwirken und nicht unabhängig voneinander zu ermitteln sind, ist aus Sicht der ICF und des ihr zugrundeliegenden Modells der Kontext einer Person bei der Bedarfsermittlung zwingend einzubeziehen. Ein Verzicht auf die Kontextfaktoren ist mit einer wie auch immer gearteten ICF-Orientierung bei der Bedarfsermittlung nicht zu vereinbaren.

5. Anmerkungen zur Verwendung der Terminologie der ICF

Die Verwendung der ICF im Text ist nicht durchgängig konsistent zu der originalen ICF der WHO. Insbesondere fällt dies auf, wenn Erläuterungen gegeben oder Bezüge dargestellt werden, die entweder in dieser Form nicht in der ICF enthalten sind oder aber lediglich Teilaspekte des bio-psycho-sozialen Modells wiedergeben. Es wird darauf hingewiesen, dass jede Eingrenzung des bio-psycho-sozialen Modells – sei es aus Gründen der Fokussierung oder anderen – schlussendlich dazu führt, dass eben jenes seitens der WHO verabschiedete Modell nicht in dessen Gänze zu Anwendung kommt. Neben dem Effekt, dass damit eine inhaltliche Abkehr von dem umfassenden Modell von Behinderung stattfindet, entsteht – auch für die Rechtsprechung – eine mögliche Unsicherheit, welche Aspekte (WHO-Modell vs. einzelne Komponenten) bei gleichzeitiger Erwähnung im Gesetz denn nun Vorrang haben.

Fazit:

Eine verbesserte und personenzentrierte¹ Bedarfsermittlung erfordert aus unserer Sicht vor allem sozialrechtlich abgesicherte, ICF-kompatible Begriffe und Verfahrensgrundsätze (im Teil 1 und 2) wie auch eine tendenziell größere Einheitlichkeit bei den eingesetzten Instrumenten zur Bedarfsermittlung, verbunden mit entsprechend verbindlichen und trägerübergreifenden Regelungen.

Ferner ist eine entsprechende, wissenschaftlich abgesicherte Weiterentwicklung des vorhandenen Instrumentariums (einschließlich umfassender und praktikabler Assessmentinstrumente) erforderlich sowie darüber hinaus eine kontinuierliche Evaluation der Praxis unter qualitativen Maßstäben wünschenswert (hierbei sind insbesondere die Kriterien des § 117 Abs. 1 Nr. 3 zu berücksichtigen).

Verfasst für die DGRW: Rainer Lentz & Thomas Ewert

¹ Mit der Verwendung dieses Begriffes, wird hervorgehoben, dass die ICF zwar auch für epidemiologische und statistische Zwecke entwickelt wurde, bei der Beurteilung der Funktionsfähigkeit einer Person, jedoch immer die höchst individuellen Umstände und Eigenschaften der jeweiligen Person und der Umwelt, in der sie lebt, zu berücksichtigen sind.

Literatur:

- 1) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: Die Position der DGPPN zum Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes. (https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016-05-18_DGPPN-Stellungnahme_BTHG_fin.pdf)
- 2) ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, DIMDI, Köln, 2010, Seite 313 ff.
- 3) Schubert, Michael; Penstorf, Carola; Seel, Helga; Morfeld, Matthias; Bade, Svea; Gleisberg, Dorit; Jonßon, Lioba; Lentz, Rainer; Robinson, Katja (2014): Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF. Abschlussbericht. (<http://www.bar-frankfurt.de/news-seiten/bar-ev/projekte/icf-machbarkeitsstudie>)
- 4) Diskussionsbeitrag aus der DVfR zum Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – Bundesteilhabegesetz (BTHG)“. (<http://www.dvfr.de/stellungnahmen/single-news/diskussionsbeitrag-der-dvfr-zum-referentenentwurf-des-bthg>)
- 5) Deklaration des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR in seiner 100. Sitzung am 18.05.2016 in Frankfurt am Main. (<http://www.bar-frankfurt.de/news/details/artikel/deklaration-des-sachverstaendigenrates-der-aerzteschaft-der-bar-zum-bthg>)