Die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in der somatischen Begutachtung

Jörg Jeger
Luzern

Résumé

La CIF est un outil approprié et transparent permettant l'évaluation et la description des personnes présentant un handicap. Dans le cadre des expertises, l'utilisation de la classification CIF est recommandée (cadre de référence). Une codification qui reposerait exclusivement sur la CIF serait trop compliquée et n'apporterait pas grand-chose de plus. S'inspirer de la CIF permet de créer une passerelle entre le diagnostic posé et l'évaluation du fonctionnement de la personne, mais aussi entre la médecine et l'application du droit. Elle accroît la transparence des expertises réalisées aux fins de déterminer le fonctionnement et le handicap de la personne considérée. Quant à savoir si cela permet également d'améliorer la validité et la fiabilité des expertises, rien n'a permis de le prouver jusqu'ici. Or, pour nombre de questions relevant de la médecine des assurances (causalité, déroulement, thérapie, pronostics), le travail intellectuel et complémentaire de l'expert demeure encore nécessaire.

Une étude complète illustrée d'une expertise sera publiée dans InfoMéd 2018/1.

Zusammenfassung

Die ICF ist ein Hilfsmittel für eine adäquate und transparente Evaluation und Beschreibung von Menschen mit Behinderungen. Im gutachterlichen Kontext empfiehlt sich die Verwendung des ICF-Grundgerüstes (Frameworks). Eine vollständige Codierung nach ICF ist zu aufwendig und bringt keinen relevanten Mehrwert. Eine Anlehnung an die ICF baut die Brücke von der Diagnose zur Leistungseinschätzung, aber auch von der Medizin zur Rechtsanwendung. Sie erhöht die Transparenz gutachterlicher Leistungseinschätzungen. Ob damit auch die Validität und Reliabilität verbessert werden, ist bis anhin nicht bewiesen. Für die Klärung vieler versicherungsmedizinischer Fragestellungen (Kausalität, Verlauf, Therapie, Prognose) sind aber zusätzliche intellektuelle Leistungen des Gutachters notwendig.

Eine ausführliche Abhandlung anhand eines Gutachtens wird im Medinfo 2018/1 publiziert werden.

Einleitung

Die Gesundheitssysteme der Industrienationen werden zunehmend durch chronische Erkrankungen und Multimorbiditäten belastet. Gerade im gutachterlichen Kontext sind Multimorbiditäten die Regel. Die aus einer Multimorbidität resultierende Behinderung kann mit den Diagnosen aber nur schlecht beschrieben werden.

Im Entscheid BGE 107 V 17 vom 23.01.1981 hielt das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (heute Bundesgericht Luzern) fest: *«Der Arzt sagt, inwiefern der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist, wobei es als selbstverständlich gilt, dass sich der Arzt vor allem zu jenen Funktionen äussert, welche für die nach seiner Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten des Versicherten wesentlich sind (so etwa, ob der Versicherte sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob er Lasten heben und tragen kann usw.)»* Schon vor über 35 Jahren hat die bundesgerichtliche Rechtsprechung von Funktionen gesprochen, nicht von strukturellen Schäden. Bei der Beurteilung von Menschen mit Behinderungen geht es nicht allein um die Beschreibung struktureller Läsionen, sondern wesentlich auch um die Evaluation von funktionellen Defiziten und die Beurteilung ihrer Auswirkungen auf konkrete Tätigkeiten. In der Neufassung der Rechtsprechung zur Leistungsbeurteilung bei psychosomatischen Erkrankungen hat das Bundesgericht in BGE 141 V 281 vom 03.06.2015 die funktionelle Sichtweise – zumindest für den Bereich der Sozialversicherungen – bekräftigt, wenn es schreibt: *«Arbeitsunfähigkeit leitet sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen ab.»*

Kurze Geschichte der ICF

Die *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* gehört – wie die *International Classification of Diseases (ICD),* zur Familie der Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die ICD war ursprünglich eine Todesfallstatistik aus dem 19. Jahrhundert, was man ihr im Aufbau immer noch ansieht. Die Behörden von Paris wollten wissen, woran ihre Einwohner starben. Diagnosen geben aber kaum Auskunft über das Ausmass der daraus resultieren-

den Behinderung. Sie liefern keine Informationen über die funktionellen Defizite. Die WHO hat deshalb als Ergänzung zur ICD mit der ICF eine Klassifikation zur Beschreibung von Menschen mit Behinderungen geschaffen. Die Vorgängerversion wurde – damals unter dem Namen *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* – 1980 publiziert, die aktuell gültige Version der ICF besteht seit 2001.

Die ICF basiert auf einem bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff und auf systemischem Denken: Behinderung ist das Resultat aus einem Wechselspiel zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seiner Umwelt. Die verschiedenen Faktoren beeinflussen sich wechselseitig, nicht nur einseitig linear-kausal.

Die Sprache der ICF

Die ICF kann auch als fächerübergreifende Sprache verstanden werden. Wenn alle Fachleute die gleichen Termini verwenden, können sie sich besser untereinander verständigen. So benützt die ICF ein eigenes Vokabular, das der Anwender wie eine Fremdsprache zuerst lernen muss. Einige oft verwendete Fachausdrücke sind:

Aktivitäten
Sie bezeichnen die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch eine Person.

Barrieren
Kontextfaktoren (insbesondere Umweltfaktoren), die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken.

Behinderung
Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person.

Domäne
Sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer Teilklassifikation der ICF.

Kontextfaktoren
Alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren gegliedert.

Körperfunktionen
Physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschliesslich psychische Funktionen).

Körperstrukturen
Anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmassen und ihre Bestandteile.

Personbezogene Faktoren
Der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute). Sie umfassen Gegebenheiten des Individuums, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems sind.

Schädigung
Oberbegriff für eine Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur.

Teilhabe
Das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich (auch Partizipation genannt).

Umweltfaktoren
Sie bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Der Begriff der funktionalen Gesundheit nach ICF

Eine Person gilt nach ICF als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren):

1) ihre körperlichen Funktionen (einschliesslich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen)
2) sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3) sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

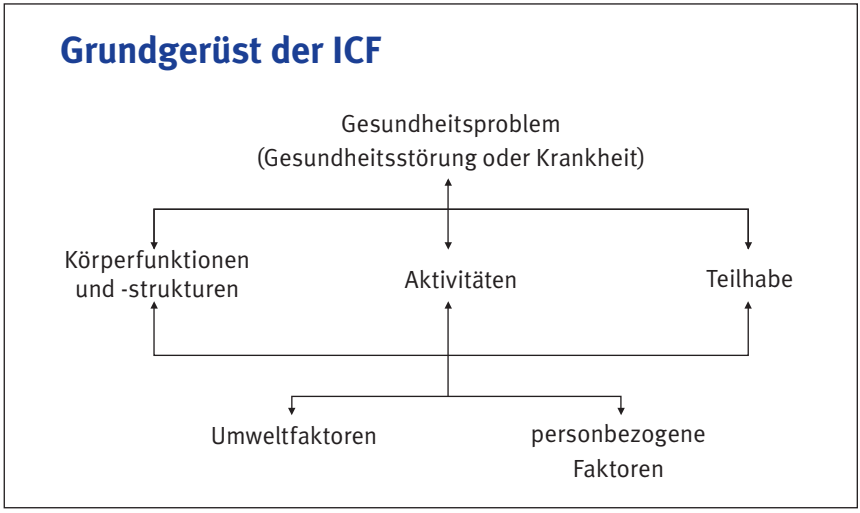
Aufbau der ICF

Das Gesundheitsproblem kann nach ICD oder einem anderen international aner-

kannten Diagnosesystem kodiert werden. Das Gesundheitsproblem ist vergesellschaftet mit gestörten Körperfunktionen und geschädigten Körperstrukturen. Die beiden Begriffe werden sowohl für somatische wie auch für psychische Störungen verwendet. Die Faktoren Gesundheitsproblem – Körperfunktion- und Strukturen – Aktivitäten – Teilhabe (Partizipation) – personbezogene Faktoren – Umweltfaktoren beeinflussen sich wechselseitig. Umweltfaktoren können sowohl fördernd wie auch behindernd (sog. Barrieren) sein. Die ICF geht von einem systemischen Denken aus, nicht von linear-kausalem Denken.

Man muss klar auseinanderhalten: Die ICF ist sowohl ein Grundgerüst (Framework) wie auch eine Klassifikation. Im gutachterlichen Kontext interessiert in erster Linie das Framework. Eine Codierung nach ICF ist zu aufwendig und bringt keinen relevanten Mehrwert.

Abbildung 1



Das Grundgerüst (Framework) der *International Classification of Functioning, Disability and Health*

Das Framework unterscheidet folgende Komponenten:

- das Gesundheitsproblem (codierbar nach ICD oder einem anderen international anerkannten Diagnosesystem)
- Körperstrukturen und -funktionen (codierbar, b-Codes)
- Aktivitäten und Teilhabe (codierbar, d-Codes)
- Umweltfaktoren (codierbar, e-Codes)
- personbezogene Faktoren (noch nicht codierbar, nur beschreibbar)

Das Framework gibt vor, wie man vorgehen soll, um Menschen mit Behinderungen zu beschreiben, es ist eine *Denkweise*. Die vollständige Klassifikation umfasst über 1400 Items (z. B. b280 für Schmerz, b310 für Funktion der Stimme). Da die vollständige Version der ICF sehr umfangreich und entsprechend nicht einfach anzuwenden ist, wurden für verschiedene Krankheiten sogenannte «Core-Sets» (Auszüge der wichtigsten Items für die Anwendung bei bestimmten Krankheitsbildern oder -gruppen) entwickelt, validiert und publiziert. So existieren Core-Sets für Arthrosen, rheumatoide Arthritis, Low Back Pain, Chronic Widespread Pain, Zustand nach cerebrovaskulärem Insult (Stroke), Multiple Sklerose, Spinal Cord Injuries. Weitere Core-Sets sind in Entwicklung. Die meisten Core-Sets, die bisher publiziert wurden, geben aber lediglich eine Anleitung, *worauf* bei der Evaluation einer Behinderung geachtet werden soll. Sie sagen in der Regel (noch) nicht, *wie* diese Evaluation geschehen soll. So ist die ICF für sich noch kein Assessmentinstrument. Aber auf der Basis der ICF können solche Instrumente entwickelt werden. Das erste Core-Set, das auch konkrete Anleitungen gibt, wie die einzelnen Fähigkeitsstörungen beurteilt werden sollen, ist das von Michael Linden et al. entwickelte Mini-ICF-APP für die Erfassung von psychischen Störungen.

«Leistung» und «Leistungsfähigkeit»

Die beiden Begriffe sind nicht identisch. Nach dem handlungstheoretischen Ansatz von Lennart Nordenfelt ist eine gezeigte Leistung abhängig von drei Faktoren:

- der Leistungsfähigkeit
- der Handlungsbereitschaft (Wille zur Handlung)
- äusseren Gegebenheiten (Umständen)

Leistungsfähigkeit (capacity) ist das maximale Leistungsniveau einer Person in einem Lebensbereich unter Testbedingungen oder hypothetischen Bedingungen (Standard-, Ideal- bzw. Optimalbedingungen). Leistung *(performance)* ist die tatsächliche Durchführung einer Handlung oder Aufgabe in einem Lebensbereich unter realen Lebensbedingungen («Exposition im Felde»), insbesondere unter den gegenwärtigen Alltagsbedingungen der Person mit ihren bestehenden Förderfaktoren und Barrieren. Damit ist der Leistungsbegriff der ICF mit dem Handlungsbegriff der Handlungstheorie vergleichbar. Die ICF erfasst aber in der Regel nur, was der Betroffene an Handlungen zeigt, nicht den (allenfalls mangelnden) Willen, der hinter der Handlung steckt. Dessen muss sich der medizinische Gutachter bewusst sein. So muss bei der Erfassung einer Behinderung nach ICF mitberücksichtigt werden, unter welchen Umständen die beobachtete Leistung zustande gekommen ist (Motivation, Wille, Versuchsanordnung, Umweltbedingungen).

Beispiel einer somatischen Erkrankung

Das Gesundheitsproblem: Die zuletzt als Floristin tätige, aktuell 56-jährige Frau erlitt bei einem Treppensturz vor drei Jahren eine Radiusfraktur rechts, welche zuerst konservativ behandelt wurde. Von Anfang an beklagte sie in der Gipsfixation starke Schmerzen und es bestand eine auffällige Schwellung der rechten Hand. Wegen zunehmender Fehlstellung wurde die Fraktur sekundär operativ stabilisiert. Es entwickelte sich in der Folge ein chronisches regionales Schmerzsyndrom (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS Typ I), das auch auf eine aufwendige ambulante und stationäre Behandlung nur teilweise ansprach. Zum Zeitpunkt der Begutachtung liess sich die Diagnose CRPS in Anlehnung an die international gebräuchlichen Budapest-Kriterien zweifellos bestätigen.

Körperfunktionen und -strukturen: Die aktuellen Befunde korrelieren gut mit den über mehr als zwei Jahre in den Akten geschilderten Befunden. Es besteht eine Schwellung mit vermehrter Schweisssekretion, eine rötlich-livide Verfärbung, ein sichtbarer Seitenunterschied im

Haarwuchs über dem Handrücken, eine massiv eingeschränkte Beweglichkeit von Handgelenk und Fingern, eine Allodynie und eine mit einem Infrarot-Thermometer objektivierbare Seitendifferenz der Hauttemperatur von 2,5 Grad Celsius, zudem eine stark eingeschränkte Schulterbeweglichkeit im Sinne einer Periarthropathia humeroscapularis partim ankylosans. Die Explorandin kann die rechte Hand nur noch wenig als Hilfshand einsetzen und imponiert in weiten Teilen als funktionell einarmig. Als Begleitpathologie besteht eine unter Therapie wenig symptomatische Multiple Sklerose mit bisher zwei Schüben einer Retrobulbärneuritis.

Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation: Hinsichtlich arbeitsrelevanter Einschränkung besteht eine funktionelle Einarmigkeit / Einhändigkeit. Diesbezüglich können der Versicherten keine körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten insbesondere mit bimanueller Durchführung und mit dem rechten Arm auch keine Tätigkeiten mit Anheben des rechten Armes über die Schulterebene hinaus zugemutet werden. Hinsichtlich der zuletzt ausgeübten und angestammten beruflichen Tätigkeit als Gärtnerin / Floristin ist die Versicherte von rheumatologischer Seite her nicht mehr einsetzbar. Medizinisch zumutbar sind jegliche, ausschliesslich körperlich leichten Tätigkeiten ohne Gebrauch der dominanten, rechten oberen Extremität. Diesbezüglich ist eine vollschichtige Präsenz möglich mit einer geschätzten Leistungseinbusse von 20 % aufgrund des schmerzbedingten, vermehrten Pausenbedarfs und des langsameren Arbeitstempos. Bezüglich einer optimalen, leidensadaptierten Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit schätzungsweise 80 %. Die Behinderungen wirken sich konsistent in allen Lebensbereichen aus. So musste die Explorandin ihre Teilnahme im Frauenturnverein und in der Theatergruppe einstellen und wesentliche Teile der Hausarbeiten wurden von Familienangehörigen und von einer guten Freundin übernommen.

Personbezogene Faktoren: Positiv wirkt sich aus, dass die Versicherte aufgrund ihrer Person über tragfähige Beziehungen verfügt. Sie ist familiär gut eingebettet und hat auch ein Netz von Verwandten und Bekannten, die sie punktuell zu Hilfe rufen kann. Auch ihre vielfältigen Interessen stellen eine Ressource dar.

Umweltfaktoren: Negativ wirkt sich aus, dass die Versicherte sehr abgelegen wohnt und bei der bisherigen beruflichen Tätigkeit auf das Auto angewiesen war. Mit der funktionellen Einarmigkeit ist das Führen eines Motofahrzeuges nicht mehr möglich, was bei einer Wiedereingliederung erschwerend wirkt. Dass die Familie am jetzigen Wohnort nur eine sehr geringe Miete bezahlen muss, verringert den Anreiz zu einem Wohnortwechsel.

Vorteile der Verwendung der ICF in der Begutachtung

- Die ICF zielt darauf ab, Menschen mit Behinderungen zu beschreiben. Behinderung ist ein komplexes Wechselspiel zwischen dem betroffenen Menschen und seiner Umwelt. Dies kann die ICD nicht abbilden. Deshalb hat die WHO als Ergänzung (nicht als Ersatz) dazu die ICF geschaffen.
- Die Verwendung der ICF erhöht die Transparenz gutachterlicher Einschätzungen. Ob sie auch die Validität und die Reliabilität erhöht, ist bis anhin nicht belegt.
- Die ICF hilft mit, einerseits die Brücke von der Diagnose zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, anderseits von der Medizin zur Rechtsanwendung zu bauen.
- Wenn der Gutachter durch Verwendung der ICF den Einfluss der personbezogenen Faktoren und der Umweltfaktoren transparent darlegt, so ist es dem Rechtsanwender leichter möglich, versicherte und nicht versicherte Faktoren auseinanderzuhalten.

Grenzen der ICF

- Die ICF kann keine Verläufe abbilden.
- Die ICF ist per se kein Assessment-Instrument. Auf der Basis der ICF können aber solche Instrumente entwickelt werden.
- Die ICF kann keine Prognose herleiten.
- Die ICF kann keine Kausalitäten erklären.
- Die ICF äussert sich nicht zur Motivation und zur Zumutbarkeit.

Empfehlenswerte Literatur zur ICF

1. Schuntermann M.: Einführung in die ICF. Ecomed Verlag. 4. Aufl. (2013). [Sehr gute Einführung für alle, die sich erstmals mit der ICF auseinandersetzen. Allgemein gehalten, nicht spezifisch auf den versicherungsmedizinischen Kontext ausgelegt.]
2. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer Verlag, 7. Aufl. (2011) [Umfangreiches Buch zur Begutachtung verschiedenster Krankheitsbilder, wobei in jedem Kapitel auf die Leistungsbeurteilung eingegangen wird. In der 7. Aufl. wurde vermehrt das Framework der ICF eingebaut.]
3. Egle U.T., Kappis B., Schairer U., Stadtland C. (Hrsg.): Begutachtung chronischer Schmerzen. Elsevier Urban & Schwarzenberg (2014). [Aktuelles Buch mit einem guten einführenden Kapitel zur ICF.]
4. Riemer-Kafka G. (Hrsg.): Versicherungsmedizinische Gutachten. Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden. Stämpfli Verlag, 3. Aufl. (2017). [Ein Leitfaden, der auf dem rechtlichen Kontext der Schweiz basiert; enthält ein ausführliches Kapitel zu den Möglichkeiten der ICF bei der versicherungsmedizinischen Leistungsbeurteilung.]
5. Linden M., Baron St., Muschalla B., Ostholt-Corsten M.: Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Verlag Hans Huber (2015). [Das unentbehrliche Manual für alle, welche das Mini-ICF in der Psychiatrie verwenden wollen.]
6. WHO: Die International Classification of Functioning, Disability and Health. Abrufbar unter www.dimdi.de [diese Website enthält sowohl die ICD wie auch die ICF mit Erklärungen.]

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Jörg Jeger
Rheumatologie FMH, EMBA
MAS Versicherungsmedizin
Chefarzt MEDAS Zentralschweiz
Hirschengraben 33, 6003 Luzern
Mail: joerg.jeger@medaslu.ch