

# ICF in der Suchttherapie

## Assessmentinstrumente zur Anwendung der ICF im therapeutischen Setting



Marcus Breuer

**Der dritte Teil der Artikelse-rie zur ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in KONTUREN beschäftigt sich wesentlich mit der Anwendung der ICF im klinischen Alltag und hier insbesondere mit der Anwendung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Es werden einige bereits entwickelte praxisbezogene Assessmentinstrumente (mehrheitlich Fragebögen) vorgestellt, die auf der**

**ICF basieren. Dabei geht es vor allem um die Frage, wie die Komplexität der Klassifikationssystematik der ICF für die Behandlungspraxis reduziert und handhabbar gemacht werden kann.**

Wie in den vorangegangenen Artikeln dieser Serie bereits erläutert, stellt die ICF der WHO (DIMDI, 2005) im Wesentlichen ein Klassifikationssystem für Krankheitsfolgen und -auswirkungen dar. Die ICF ist jedoch keine Krankheitstheorie, d. h. sie ist – anders als die ICD der WHO (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) – weitestgehend frei von theoretischen (krankheits- bzw. störungsbezogenen) Annahmen. Im Grunde ermöglicht die ICF die standardisierte Erfassung und Beschreibung der folgenden Aspekte:

- das positive und negative Funktions-/Strukturmodell einer Person
- das positive und negative Aktivitätenmodell einer Person
- das positive und negative Teilhabemodell einer Person
- Die Beschreibung erfolgt jeweils vor dem Hintergrund möglicher Barriere- oder Förderfaktoren, welche auch als Umweltfaktoren bezeichnet werden.

Theoretisch ist mit Hilfe der ICF somit eine sehr präzise Beschreibung der oben genannten Eigenschaften bzw. Merkmale einer Person möglich. Je genauer und umfassender eine solche Beschreibung erfolgen soll, desto aufwändiger ist allerdings auch die Erhebung und Beurteilung der entsprechenden Informationen – ein Aspekt, der sich wie ein roter Faden durch das Thema und damit auch diesen Artikel ziehen wird: Je genauer und präziser die Beschreibung, desto aufwändiger ist das Ver-

fahren; je einfacher das Verfahren, desto gröber und schematischer ist die Beschreibung. Auf allen vier Ebenen zusammen umfasst die ICF 1.454 Items/Kategorien. Damit erweist sie sich in der praktischen Handhabung – insbesondere im Bereich der psychischen Erkrankungen sowie der Suchterkrankungen – als sehr komplex. Der Umfang der ICF ist mit 1.454 Kategorien so groß, dass sich zwar einerseits sehr vielfältige und differenzierte Beschreibungsmöglichkeiten ergeben; eine Beschreibung mit der vollständigen ICF ist andererseits jedoch sehr aufwendig und im praktischen Alltag de facto unmöglich. Zu einer sinnvollen und ökonomischen Anwendung der ICF sind also Schritte der Komplexitätsreduktion notwendig. Vor diesem Hintergrund wird daher ein so genanntes Core Set Sucht erarbeitet (vgl. Artikel von Dr. Klaus Amann in KONTUREN 6-2012, S. 22 ff.), und es wurden bereits spezifische Assessmentinstrumente entwickelt, die alle zum Ziel haben, die in der Vollversion der ICF vorhandene Komplexität auf ein handhabbares Maß zu reduzieren. An dieser Stelle sei erwähnt, dass bei einem etwaigen Vorliegen einer zweiten psychischen Störung (psychische Komorbidität) korrekterweise zusätzlich auch für diese entsprechende ICF-Assessmentinstrumente bzw. weitere Core Sets anzuwenden sind. Der von Amann (KONTUREN 6-2012) sowie im ICF-Manual selbst geforderten Verwendung einzelner zusätzlicher ICF-Items, sofern dies notwendig sein sollte, ist zwar inhaltlich zuzustimmen, und dies wäre auch sehr begrüßenswert; diese zusätzliche Verwendung von Einzel-Items wird aus Sicht des Autors im klinischen Alltag jedoch kaum angewendet werden.

### Die Anwendung der ICF in therapeutischen Settings

Bei der Verwendung der ICF in therapeutischen Settings (wie z. B. in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) stellen sich neben der Komplexität einige weitere Anwendungsprobleme: So ist der Bezug zwischen der ICF, den individualisierten Rehabilitationszielen sowie den sich daraus ergebenden Rehabilitationsmaßnahmen hochkomplex, entsprechende Verknüpfungen sind bisher nirgendwo so ganz genau beschrieben bzw. theoretisch durchleuchtet. Weder in den entsprechenden Leitfäden der Deutschen Rentenversicherung noch in Fachpublikationen finden sich hierzu Hinweise oder gar klare Vorgaben für die Anwendung.

### ICF-Instrumente im Indikationsbereich psychische Störungen bzw. Abhängigkeitserkrankungen

Auch wenn an dieser Stelle nicht sämtliche ICF-Assessmentinstrumente für den Indikationsbereich psychische Störungen bzw. Abhängigkeitserkrankungen ausführlich vorgestellt werden

können, seien hier die wichtigsten deutschsprachigen Instrumente, soweit sie dem Autor bekannt sind, genannt (in alphabetischer Reihenfolge):

- DiaRes (Dieckmann, Fiedler, Greitemann, Heuft & Hinrichs, 2012)
- ICF-AT 50 Psych (Nosper, 2007)
- ICF-PsychA&P (Bruett, Schulz, Koch & Andreas, 2010)
- ICF-Rehaziele bei Drogenabhängigkeit (Entwickler dem Autor unbekannt)
- ICF-RPK-Fragebogen (RPK-BAG, 2005)
- IMET (Deck, Mittag, Hüppe, Muche-Borowski & Raspe, 2007)
- MATE-ICN (Buchholz, Rist, Kufner & Kraus, 2009)
- Mini-ICF-APP (Linden, Baron & Muschalla, 2009)
- WHODAS-II (WHO, 2000)

Die meisten dieser Instrumente wurden nicht explizit für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen entwickelt, sondern für den größeren Bereich der psychischen Störungen. Mit Ausnahme des WHODAS-II sind sie jedoch grundsätzlich gut im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen einsetzbar. Der Umfang dieser Instrumente reicht von 13 Fähigkeitsdimensionen (Mini-ICF-APP) bis hin zu circa 150 Einzel-Items der ICF (ICF-Fragebogen der RPK-BAG). Allein aus diesem zahlenmäßigen Unterschied der zu beurteilenden Items lassen sich schon deutliche Unterschiede in Bezug auf Aufwand und Differenziertheit für die Anwendung ablesen. Aus Sicht des Autors sind die Instrumente ICF-Rehaziele bei Drogenabhängigkeit, der ICF-RPK-Fragebogen, der ICF-AT 50 Psych (mit Auswertung auf Item-Ebene) sowie der MATE-ICN für einen konkreten Einsatz in der Suchthilfe besonders geeignet. Das Core Set Sucht befindet sich derzeit noch in einer unveröffentlichten Arbeitsversion und ist daher noch nicht anwendbar.

### Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung

Insbesondere Suchtpatienten schätzen sich selbst ganz anders (nämlich viel positiver) ein, als dies Fremdeinschätzer (z. B. ihre Bezugstherapeuten) tun. Dieser Zusammenhang konnte in einer empirischen Studie klar belegt werden (Breuer & Roth, 2008). Die Selbsteinschätzung trägt vermutlich Züge der Selbstüberschätzung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese Selbstüberschätzung in der Beurteilung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten findet sich in dieser Form übrigens nur bei Suchtpatienten und baut sich im Behandlungsverlauf auch ab. Demgegenüber haben selbst Patienten, die sich in einer psychosomatischen Rehaklinik zur Behandlung befinden, eine deutlich realistischere Selbsteinschätzung (Nosper, persönliche Kommunikation, 2007), d. h. im Bereich der Psychosomatik ist die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung in einem deutlich höheren Umfang gegeben, als dies im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen der Fall ist. Unter Berücksichtigung der intendierten Partizipation der zu beurteilenden suchtmittelabhängigen Person im Rahmen eines ICF-Assessments ist auf jeden Fall entweder eine getrennte Selbst- und Fremdeinschätzung oder aber eine konsensuale Beurteilung

(Abstimmung zwischen beurteilter Person und Beurteiler) zu empfehlen. Eine reine Fremdbeurteilung widerspräche dagegen dem Geist der ICF.

### Vergleich verschiedener ICF-Assessmentinstrumente

Für sechs der o. g. Instrumente (inkl. aktuellem Stand des Entwurfes für das Core Set Sucht) hat der Autor einen Vergleich der erfassten ICF-Merkmale auf Item-Ebene vorgenommen. Die vollständige Auflistung dieses Vergleiches umfasst circa zehn DIN A4-Seiten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die verschiedenen Instrumente häufig ganz unterschiedliche Items erfassen. Ein klares Muster ist hierbei kaum erkennbar. Weder untereinander noch im Vergleich mit dem Core Set Sucht lässt sich derzeit also ein eindeutiger Kanon von Items identifizieren, den die verschiedenen Instrumentenentwickler für notwendig bzw. relevant halten. Ganz interessant ist ein Vergleich der verschiedenen Assessmentinstrumente mit dem aktuellen Stand des Entwurfes für das Core Set Sucht. Dabei fällt auf, dass im Core Set Sucht grundsätzlich Items der zweiten Ebene der ICF verwendet werden (zu Erkennen an ihrem dreistelligen Zahlen-code), während in den verschiedenen Assessmentinstrumenten häufiger auch Items der dritten Ebene bzw. der vollständigen Klassifikation der ICF (alle vier Ebenen) beurteilt werden sollen. Die Beurteilungen auf der dritten bzw. vierten Ebene sind sehr viel genauer und detaillierter als die Items des Core Sets auf der zweiten Ebene. Einige (wenige) Items des Core Sets werden in keinem der o. g. Assessments erfasst, z. B.:

- b210 Funktionen des Sehens (Sehsinn)
- d550 Essen
- d560 Trinken
- s550 Struktur der Bauchspeicheldrüse
- s560 Struktur der Leber

Während dies bei den beiden s-Items klar ist, da sich diese nicht sinnvoll über Assessments beurteilen lassen, ist dies bei den beiden anderen hier genannten Items nicht so selbstverständlich.

### Probleme der Operationalisierung

Die ICF gibt eine Schweregradeinteilung für die Fähigkeitseinschränkungen von 0 bis 4 vor (s. Tab. 1). Dementsprechend ist das Ausmaß der vorliegenden Beeinträchtigung je Item zu quantifizieren (sog. Erstes Beurteilungsmerkmal: Ausmaß der Schädigung, vgl. DIMDI, 2005):

xxx.0	Problem nicht vorhanden	(ohne, kein, unerheblich ...)	0–4%
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt	(schwach, gering ...)	5–24%
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich ...)	25–49%
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst ...)	50–95%
xxx.4	Problem voll ausgeprägt	(komplett, total ...)	96–100%
xxx.8	nicht spezifiziert		
xxx.9	nicht anwendbar		

Quelle: ICF-Manual, Anhang 2, Kodierungsleitlinien für die ICF, DIMDI, 2005, S. 151 ff.

Die jeweiligen Ausprägungen sind dabei wie folgt zu verstehen:

- 0: Keine Beeinträchtigung:** Der Proband entspricht den Normerwartungen bzgl. seiner Referenzgruppe.
- 1: Leichte Beeinträchtigung:** Es bestehen einige leichtere Schwierigkeiten oder Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Es resultieren daraus keine wesentlichen negativen Konsequenzen.
- 2: Mittelgradige Beeinträchtigung:** Im Vergleich zur Referenzgruppe bestehen deutliche Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Dies hat negative Auswirkungen bzw. negative Konsequenzen für den Probanden oder andere.
- 3: Schwere Beeinträchtigung:** Der Proband ist wesentlich eingeschränkt in der Ausübung der beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten. Er kann Rollenerwartungen in wesentlichen Teilen nicht mehr gerecht werden. Er benötigt teilweise Unterstützung von Dritten.
- 4: Vollständige Beeinträchtigung:** Der Proband ist nicht in der Lage, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Der Proband muss entpflichtet werden, und die Aktivitäten müssen durch Dritte übernommen werden.

Den meisten Assessmentinstrumenten fehlen bisher klare Vorgaben für die Beurteilung der Schweregradausprägungen der einzelnen Items (d. h., es ist diesbezüglich eine schlechte Operationalisierung zu beklagen). Dies liegt zum Teil daran, dass auch im ICF-Manual der WHO (DIMDI, 2005) zur Kodierung der Schweregrade nur äußerst knappe und vage Aussagen zu finden sind (es fehlt also hier schon eine klare Operationalisierung der Schweregrade). Ohne eine solche Operationalisierung der Schweregrade bzw. ohne klare Kriterien für deren Beurteilung machen aber weder Ratings noch sonst irgendwelche vergleichenden Beurteilungen wirklich einen Sinn. Auch die verschiedenen Entwickler der einzelnen Instrumente machen es sich hier in der Regel recht leicht, indem sie sich mit dieser Fragestellung häufig kaum oder gar nicht beschäftigen, d. h. auch hier fehlen meist klare Regeln für die Operationalisierung der Beurteilungen. Eine lobenswerte Ausnahme bildet hierbei der MATE-ICN (Buchholz et al., 2009). Ein Grund für diesen Mangel ist, dass kaum Forschungsgelder in die Entwicklung von Assessmentinstrumenten fließen. Vielmehr werden diese häufig nebenbei oder gar in der Freizeit entwickelt. Klare Kodierungsregeln wären jedoch unbedingt notwendig, um einen wesentlichen Sprung von der reinen Beobachtungsebene hin zu einer verlässlichen Beurteilungsebene zu machen. Ohne eine solche präzise Operationalisierung werden in der bisherigen Anwendungspraxis allzu häufig „Äpfel mit Birnen“ verglichen. Die einzelnen Probleme der Operationalisierung der Schweregrade betreffen folgende Bereiche:

- Validität („Wie zuverlässig bildet das Instrument die reale Situation ab?“)
- Retest-Reliabilität („Wie zuverlässig kommt derselbe Rater/Beurteiler nach einem gewissen Zeitraum zur gleichen Einschätzung?“)

- Inter-Rater-Reliabilität („Wie zuverlässig kommen zwei oder mehr verschiedene Rater zur gleichen Einschätzung?“)
- Erfassung der Fluktuation der Phänomene („Wie ist mit Veränderungen in den einzelnen Einschränkungen über die Zeit umzugehen?“)

All diese Fragen stellen sich natürlich generell in der psychologischen Diagnostik und darüber hinaus. Als Rating-Standard für ICF-Assessmentinstrumente sollten zumindest klare Kodierungsanweisungen für die folgenden Aspekte vorliegen:

- Nach welchen konkreten Kriterien (die über die Anweisungen in Tab. 1 hinausgehen) sind die Schweregrade zu beurteilen?
- Wie sind Schwankungen im Schweregrad innerhalb des Beobachtungszeitraumes zu raten?
- Auf welchen Beobachtungszeitraum bezieht sich die Einschätzung?
- Bezieht sich die Einschätzung auf eine Person im abstinenter Zustand oder nicht?

### Probleme der Standardisierung

Da es bisher in der Regel keine klaren Vorgaben z. B. von Seiten der Leistungsträger gibt, entwickelt sich aktuell ein gewisser „Wildwuchs“ von Beurteilungen und Beurteilungsinstrumenten, indem jede Institution die Instrumente verwendet oder entwickelt, die ihr am besten gefallen. Positiv formuliert könnte man sagen, die Beteiligten arbeiten aktiv mit der ICF, indem genau die Assessments durchgeführt werden, die jeweils am besten geeignet für die jeweilige Fragestellung oder auch den beabsichtigten Bezugsrahmen erscheinen. Allerdings kommt es hierdurch zu keinerlei Standardisierung. Gerade solche Standards würden jedoch erst eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Befunde ermöglichen und damit auch eine Beurteilungsbasis für konkrete Entscheidungen bieten.

### Wo bleiben die Kontextfaktoren?

Die Betrachtung der so genannten Kontextfaktoren stellt eigentlich einen wesentlichen Schwerpunkt und auch Fortschritt der ICF gegenüber bisherigen Klassifikationen dar. „Eigentlich“ deshalb, weil bisher kaum ein Assessmentinstrument auch nur einen Teil der Kontextfaktoren erfasst. Systemische Aspekte sowie Förder- und Barrierefaktoren bleiben überwiegend unberücksichtigt. Der von der ICF beabsichtigte verstärkte Einbezug des Kontextes einer Erkrankung kommt somit derzeit kaum zur Anwendung. Dies ist schade, weil damit die ICF bzw. die darauf basierenden Assessmentinstrumente ihre genuinen Vorteile gegenüber anderen Klassifikationssystemen nicht ausspielen können. Eine positive Ausnahme bildet hierbei der ICF-Fragebogen der RPK-BAG (2005). Hier werden allein 18 Items aus dem Bereich der Umweltfaktoren auf einer Skala von -4 (Barrierefaktor) bis +4 (Ressource/Förderfaktor) beurteilt. Auch in der aktuellen Arbeitsversion des Core Sets Sucht sind immerhin sieben Items aus dem Bereich der Umweltfaktoren vorhanden.

## Fazit

Das bisherige Fazit für die Anwendung der ICF in der Suchthilfe fällt nach ungefähr zehn Jahren Existenz der deutschsprachigen ICF-Version eher nüchtern aus. Es gibt im Bereich der Suchthilfe weiterhin kaum verbindliche Standards und Assessments. Zugleich ist und bleibt die ICF in ihrer Vollversion eine sehr umfangreiche und komplexe Angelegenheit. Die bisher existierenden Instrumente sind in der Regel entweder ungenau (zu allgemein) oder sehr aufwendig und zudem mehrheitlich schlecht evaluiert. Operationalisierungsanweisungen fehlen zumeist, und die Kontextfaktoren werden bisher zu wenig berücksichtigt. Manch ein Leser mag sich jetzt fragen, wie es mit der Praxisrelevanz dieser gesamten Thematik steht. Lassen sich überhaupt konkrete klinische Entscheidungen aus ICF-Assessments ableiten? Die Antwort des Autors würde lauten: Derzeit nur in Ausnahmefällen. Dies liegt jedoch weniger an der ICF selbst als vielmehr an einem deutlichen Mangel wirklich guter Assessmentinstrumente zur Anwendung der ICF in der Suchthilfe. Hier sind Instrumentenentwickler und Rehabilitationsforschung gleichermaßen gefordert, Abhilfe zu schaffen.

Marcus Breuer

## Literatur:

- Amann, K., *ICF in der Suchttherapie. Die Entwicklung eines ‚Core Sets Sucht‘*, KONTUREN 6-2012, 22–24
- Breuer, M. & Roth, E., *Der ICF-AT 50 Psych. Ein sinnvolles Instrument in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker?*, KONTUREN 6-2008, 20–23
- Brütt, A. L., Schulz, H., Koch, U. & Andreas, S., *ICF-PsychA&P. Entwicklung eines an der ICF orientierten Instrumentes für die Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Poster auf der Tagung der DKPM (2010)*
- Buchholz, A., Rist, F., Kufner, H. & Kraus, L., *MATE-ICN. Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit*, SUCHT 55 (4), 291–242, 2009
- Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Mueche-Borowski, C. & Raspe, H., *Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2007*, 76, 113–120
- Dieckmann, L., Fiedler, R.G., Greitemann, B., Heuft, G. & Hinrichs, J., *Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden anhand des DiaRes. DRV Bund 2012, Tagungsband zum Rehakolokium*, 92–93
- DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation), *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Hrsg. WHO), 2005, www.dimdi.de*
- Linden M, Baron S., *Das Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Die Rehabilitation 2005*, 44, 144–151

- Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B., *Mini-ICF-APP. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*, Göttingen: Hogrefe 2009
- Nospert, M., *ICF AT-Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. Meeting Abstract. Kongress Medizin und Gesellschaft 2007. Augsburg, 17.–21.09.2007. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House 2007. Doc 07gmds293*
- RPK-BAG, Keller, K., *ICF-Fragebogen im Bereich RPK, 2005*
- Stracke, R., *Die Bedeutung der ICF für die Suchtkrankenhilfe. Einführung in das Konzept, KONTUREN 5-2012, 29–35*

## Kontakt:

Marcus Breuer

Klinikleitung

Therapiezentrum Grafrath

Bahnhofstraße 61 • 82284 Grafrath

Tel. 08144/93173 • [www.therapiezentrum-grafrath.de](http://www.therapiezentrum-grafrath.de)

E-Mail: [marcus.breuer@do-suchthilfe.de](mailto:marcus.breuer@do-suchthilfe.de)

## Angaben zum Autor:

Marcus Breuer, Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Mitglied der BAS (Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis) sowie der DG-Sucht (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie), seit 1998 Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, seit 2003 Leiter des Adaptionshauses Kieferngarten sowie verantwortlicher Redakteur von KONTUREN (Bereich Wissenschaft), seit 2010 zusätzlich Leiter des Therapiezentrums Grafrath. Interessensgebiete: Persönlichkeitsstörungen, Weiterentwicklungen in der Suchttherapie, Traumatisierungen, ICF



**Wer Hilfe SUCHT**

**ALKOHOL DROGEN ABHÄNGIGKEITEN SUCHTGEFÄHRDUNG MEDIKAMENTE**

Anfangen mit Aufhören - Unter unserer Nummer erreichen Sie rund um die Uhr anonym eine/n Gesprächspartner/in der SuchtHotline.

680 **28 28 22**

[www.suchthotline.info](http://www.suchthotline.info)