



ICF-PRAXISLEITFADEN 4

Berufliche Rehabilitation

IMPRESSUM

Herausgeber:

*Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR) e. V.
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt am Main
Telefon: +49 69 605018-0
Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de*

*Frankfurt am Main,
Dezember 2016
ISBN 978-3-943714-22-7*

Ansprechpartner:

*Dr. med. Wolfgang Cibus
wolfgang.cibus@bar-frankfurt.de
Ass. jur. Marcus Schian
marcus.schian@bar-frankfurt.de*

ICF-PRAXISLEITFADEN 4

**Trägerübergreifende Informationen
und Anregungen für die praktische Nutzung
der Internationalen Klassifikation der Funktions-
fähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)**

**bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
(berufliche Rehabilitation)**

INHALT

<i>Vorwort</i>	<i>7</i>
<i>Einleitung</i>	<i>8</i>
<i>Kapitel 1</i>	
<i>Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)</i>	<i>11</i>
1.1 Struktur der ICF	11
1.2 Die Komponenten der ICF	12
1.2.1 Körperfunktionen und Körperstrukturen	12
1.2.2 Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation]	13
1.2.3 Umweltfaktoren	15
1.2.4 Personbezogene Faktoren	15
1.3 Weitere Untergliederung der einzelnen Komponenten	16
1.4 Möglichkeit der Kodierung des Schweregrads einer Schädigung oder Beeinträchtigung in der beruflichen Rehabilitation	17
1.5 Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell	17
<i>Kapitel 2</i>	
<i>Nutzung der ICF zur Darstellung der Situation eines Menschen in der Arbeitswelt</i>	<i>19</i>
2.1 Zuordnung der Situation eines Menschen in der Arbeitswelt zu einzelnen ICF-Komponenten und -Items	20
2.2 Berücksichtigung von Kompetenzmodellen bei der Nutzung der ICF	23
2.3 Möglichkeiten der ICF bei der funktions- und ressourcenorientierten Betrachtungsweise	26
2.4 Überlegungen zur möglichen Ergänzung von Items	27
<i>Kapitel 3</i>	
<i>Chancen und Herausforderungen bei der Einbindung der ICF in die berufliche Rehabilitation</i>	<i>29</i>
3.1 Prozessübergreifende Aspekte bei Nutzung der ICF	29
3.1.1 Praxistauglichkeit der ICF-Nutzung – Itemauswahl, Begriffsdefinitionen, Beurteilungsmerkmale und -methodik	29
3.1.2 Verbesserte (berufsgruppenunabhängige) Kommunikation in der Rehabilitation mithilfe der ICF	31
3.1.3 Beteiligung des Rehabilitanden / Selbsteinschätzung	31
3.1.4 Möglichkeiten der ICF beim Abgleich von Anforderungen der Arbeitswelt mit den Fähigkeiten von Rehabilitanden	33

INHALT

3.1.5 Datenschutzrechtliche Aspekte der beruflichen Rehabilitation – nicht nur bei Nutzung der ICF	33
3.2 Einbindung der ICF in einzelne Prozessphasen der beruflichen Rehabilitation	36
3.2.1 ICF bei der Bedarfserkennung	36
3.2.2 ICF bei der Bedarfsfeststellung / „Statuserhebung“	37
3.2.3 ICF bei der Planung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	37
3.2.4 ICF in der Dokumentation	38
3.2.5 ICF in der Leistungssteuerung/Teilhabemanagement	39
Kapitel 4	
Anwendungsbeispiele für eine ICF-Nutzung im Bereich der Beruflichen Rehabilitation	41
4.1 Vorgehen in den Häusern am Latterbach	42
4.2 Vorgehen im Berufsförderungswerk Nürnberg	45
4.3 Beispiel: ICF Screening-Manual in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren (BAG-BTZ e.V.)	50
4.4 Beispiel: Berufliche Trainingszentren (BTZ)	55
4.5 Beispiel: Planung und Steuerung eines kompetenzorientierten Rehabilitationsprozesses mithilfe der ICF in Berufsbildungswerken	58
4.5.1 ICF-basierter Förderplan im BBW Bremen (ab 2006)	59
4.5.2 ICF-basierte Leistungsplanung im Berufsbildungswerk Maria Veen (ab 2008)	61
4.5.3 Empfehlung zu einem einheitlichen ICF-Instrumentarium in den Berufsbildungswerken (seit 2014)	63
4.6 Beispiel: MIT – Modularisierte ICF-basierte Teilhabeplanung in den Segeberger Wohn- und Werkstätten	67
4.7 Beispiel: Nutzung der ICF bei der Dokumentation in WfbM	72
4.8 Beispiel aus der Arbeitsmedizin – Nutzen der ICF beim BEM	75
Kapitel 5	
Fazit, Entwicklung und Ausblick	77
Anhang	80
Glossar	104
Literatur	108
Mitglieder der Projektgruppe	111

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) veröffentlichte 2006 ihren „ICF-Praxisleitfaden 1“, der wichtige Informationen und Grundlagen für die Vertragsärzte an der Schnittstelle zur Rehabilitation zur Verfügung stellt. Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird der ICF-Praxisleitfaden 1 als Basisliteratur im Rahmen des von der Rehabilitations-Richtlinie vorgesehenen Curriculums angegeben.

2008 folgte der „ICF-Praxisleitfaden 2“, der sich in erster Linie an die in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte und Therapeuten wendet.

Die beiden Praxisleitfäden 1 und 2 liegen mittlerweile in aktualisierter Fassung (Stand: 2015) vor.

2010 folgte der „Praxisleitfaden 3“, der Krankenhausmitarbeitern in akutmedizinischen Einrichtungen Möglichkeiten aufzeigen möchte, wie die ICF u. a. dabei helfen kann, möglichst ohne wesentlichen Mehraufwand ihrer seit dem 01.04.2007 bestehenden Verpflichtung aus dem § 11 Abs. 4 SGB V nachkommen zu können. Seither ist festgeschrieben, dass Patienten Anspruch darauf haben, von Krankenhäusern auch bei der Problemlösung im Zusammenhang mit ihrer Entlassung und beim Übergang in andere Versorgungsbereiche unterstützt zu werden.

Der vorliegende „ICF-Praxisleitfaden 4“ beschäftigt sich mit der Möglichkeit der Nutzung der ICF im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die berufliche Rehabilitation ein sehr breites und heterogenes Gebiet darstellt. Der erstellte Leitfaden soll anhand einer eingängigen Schwerpunktsetzung die Möglichkeiten der praktischen Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation exemplarisch aufzeigen. Einer dieser Schwerpunkte soll dabei auf die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation gelegt werden.

Zielgruppe sind alle Mitarbeiter der in der beruflichen Rehabilitation aktiven Leistungserbringer, aber auch der Rehabilitationsträger sowie Betriebsärzte bzw. Arbeitsmediziner.



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der
Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR)



Prof. Dr. med. Wolfgang Seger
Vorsitzender des Sachverständigenrates
der Ärzteschaft der BAR

Anmerkungen:

Sofern aus Gründen besserer Lesbarkeit an einzelnen Stellen bei Personenangaben lediglich die männliche Schreibweise erscheint, sind weibliche Personen hier selbstverständlich gleichermaßen mit erfasst.

Bei den Tabellen und Graphiken der aufgeführten (Praxis-)Beispiele sowie bei den im Anhang befindlichen Methoden, Verfahren bzw. Assessments werden ggf. nicht ICF-konforme Begriffe verwendet, die bewusst original belassen wurden.

Der ICF-Praxisleitfaden 4 soll mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO vertraut machen und ihre praxisrelevante Bedeutung auch für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) aufzeigen. Daher richtet sich die Ausarbeitung grundsätzlich an alle in der beruflichen Rehabilitation Tätigen.

Akutmedizinische Leistungen und der Bezug zur ICD und ICF

Im Krankenhaus werden Klassifikationen wie DRG¹, ICD² oder OPS³ insbesondere zu Abrechnungszwecken seit langem genutzt. Die ICD ist ein international eingeführtes Bezugssystem, mit dem vor allem Krankheiten und Symptome einheitlich bezeichnet werden. Wechselwirkungen von Krankheiten mit den zahlreichen Facetten des gesamten Lebens und insbesondere der Teilhabe eines Betroffenen am Leben in der Gesellschaft lassen sich mithilfe der ICD aber nicht erfassen, wie z. B. Beeinträchtigungen der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen oder des Erwerbslebens.

Das Verständnis von Gesundheit und Behinderung wandelt sich. Es nimmt neben der Diagnose und den Funktionen/Strukturen des Körpers auch die Aktivitäten und insbesondere die Teilhabe im gesamten Lebenskontext eines Menschen in den Fokus. Festzustellen ist zudem eine steigende Anzahl von Menschen mit chronischen Krankheiten und die zunehmende Bedeutung der psychischen Störungen. Insgesamt ergibt sich verstärkt die Notwendigkeit, auch für die o. g. Wechselwirkungen von Krankheit(en) bei einem Menschen eine Systematik mit einheitlicher Terminologie zur Verfügung zu stellen, wie sie die ICF bietet. Wichtig ist dabei u. a., dass positiv oder negativ wirkende Kontextfaktoren berücksichtigt werden können.

Für viele Fragen im Gesundheitswesen stellt die ICF daher eine gute Ergänzung zur ICD dar. Die Anwendung der ICF als gesetzlich vorgeschriebenes Verschlüsselungssystem analog der ICD ist im deutschen Gesundheitswesen allerdings derzeit nicht konkret absehbar.

Leistungen zur Teilhabe und der Bezug zur ICF

Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) „umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern,

1 Diagnosis Related Groups

2 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

3 Operationen- und Prozedurenschlüssel

4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

Vor diesem Hintergrund ist Rehabilitation als Prozess zu verstehen, in dem unterschiedliche Hilfen jeweils so kombiniert werden, wie es dem individuellen Hilfebedarf neben der ggf. weiter erforderlichen Behandlung entspricht. Dieser umfassende Rehabilitationsgedanke wird im gegliederten System der sozialen Sicherung umgesetzt.

Ein wichtiges Ziel der Rehabilitation ist die Teilhabe am Arbeitsleben. Dieses Ziel ist – und in jüngerer Zeit verstärkt – bereits im Bereich der medizinischen Rehabilitation zu bedenken. Mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33ff SGB IX) steht darüber hinaus ein spezifisch auf dieses Ziel fokussiertes und entsprechend heterogenes Instrumentarium zur Verfügung. Kann dieses Ziel mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, z. B. auch mit Unterstützter Beschäftigung nach § 38a SGB IX⁴ nicht erreicht werden, ist eine Eingliederung auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z. B. Werkstätten für behinderte Menschen) möglich.

Dieser Leistungsanspruch und die gesetzliche Ausgestaltung der wesentlichen trägerübergreifenden Grundzüge eines entsprechenden Verfahrens sind mit dem Teilhabeaspekt (Partizipation) der ICF eng verbunden. So kann eine rein bio-medizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) Leistungen zur Teilhabe sozialrechtlich allein nicht ausreichend begründen. Zusätzlich sind die Krankheitsauswirkungen vor dem individuellen Hintergrund zu berücksichtigen (bio-psycho-soziale Wechselwirkungen). Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft muss hierdurch längerfristig beeinträchtigt oder zumindest bedroht sein (vgl. § 1 SGB IX). Entsprechend nimmt der Gesetzgeber in der Begründung des SGB IX ausdrücklich auf die ICF Bezug (vgl. BT-Drs. 14/5074, S. 98) und lehnt auch die Vorgaben zur – ggf. trägerübergreifenden – Bedarfsfeststellung im Wortlaut eng an die ICF an (§ 10 SGB IX: „... Leistungen funktionsbezogen feststellen ...“).

Mithin ist das Anliegen, die ICF im Bereich der beruflichen Rehabilitation verstärkt zur Anwendung zu bringen, nicht nur aus fachlicher Sicht naheliegend, sondern findet auch eine gesetzliche Stütze. Der vorliegende Leitfaden soll dazu einen Beitrag leisten. Der Leitfaden soll in die ICF-Klassifikation einführen, ihre vielfältigen Bezüge zu wesentlichen Inhalten und Abläufen der beruflichen Rehabilitation aufzeigen und einordnen sowie durch einige Beispiele aus der gelebten Praxis darstellen, wie die ICF in verschiedenen Bereichen der beruflichen Rehabilitation heute bereits konkret genutzt wird. Dabei liegt der Fokus auf den Leistungserbringern. Ziel des Leitfadens ist nicht, mit ihm Strukturen und Routinen der beruflichen Rehabilitation einer kritischen Bewertung daraufhin zu unterziehen, inwieweit sie bereits die ICF berücksichtigen.

Zu beachten ist, dass die Fachdiskussionen zur Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation parallel zur Entstehung dieses Leitfadens deutlich intensiver geworden sind als zunächst absehbar. So wurde z. B. 2014 eine umfangreiche Machbarkeitsstudie zu den Potenzialen der ICF bei der Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation abgeschlossen, in der u. a. erstmals eine bundesweite systematische Übersicht über dabei eingesetzte Verfahren und Instrumente erstellt wurde (BAR, 2014). Ein umfassendes Folgeprojekt hat im Frühjahr 2015 begonnen. Zudem ha-

4 BAR, Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ unter www.bar-frankfurt.de

ben im Sommer 2014 die Vorbereitungen für ein voraussichtlich noch in dieser Legislaturperiode in Kraft tretendes „Bundesteilhabegesetz“ begonnen, das möglicherweise erhebliche Änderungen im Rehabilitationsrecht des SGB IX nach sich zieht (vgl. z. B. www.gemeinsam-einfach-machen.de > Bundesteilhabegesetz). Insgesamt ist der vorliegende Praxisleitfaden daher eine Momentaufnahme der Praxis aus der Perspektive der beteiligten Autoren bzw. Institutionen und leistet als solche einen weiteren Beitrag zu den angesprochenen Diskussionen. Es ist wahrscheinlich, dass eine Überarbeitung des Leitfadens erforderlich wird, wenn die Ergebnisse der vorgenannten – und anderer – Entwicklungen in der Fachdiskussion vorliegen und ihre Wirkungen auf die Praxis erkennbar werden.

Aufbau des ICF-Praxisleitfadens 4

Kapitel 1 liefert einen Überblick über Inhalt und Systematik der ICF.

Kapitel 2 geht auf allgemeine Fragen zur Nutzung der ICF im Kontext der beruflichen Rehabilitation ein. Herausforderungen bei der Abbildung der Lebenswelt „Arbeit“ mithilfe der ICF werden aufgezeigt. Darauf aufbauend werden mögliche Ableitungen für die Nutzung des der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modells der WHO in der beruflichen Rehabilitation herausgearbeitet.

Kapitel 3 greift bedeutende Elemente der praktischen Nutzung der ICF im Arbeitsalltag der beruflichen Rehabilitation auf. Zunächst werden prozessübergreifende Aspekte erörtert wie Praxis-tauglichkeit, berufsgruppenunabhängige Kommunikation, Beteiligung des Rehabilitanden, Abgleich von Fähigkeiten und Anforderungen sowie der Datenschutz. Daran anschließend wird die Bedeutung der ICF für verschiedene Phasen des Rehabilitationsprozesses geschildert, z. B. für die Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung („Statuserhebung“), die Reha- bzw. Teilhabeplanung, die Dokumentation und das Teilhabemanagement.

Kapitel 4 beinhaltet verschiedene **Fallbeispiele**, ohne Anspruch auf Vollständigkeit und ohne damit solche Beispiele, die nicht ausdrücklich erwähnt werden, als weniger empfehlenswert einzustufen. Die Fallbeispiele zeigen einerseits, dass seit Verabschiedung der ICF und des SGB IX (2001) z. T. sehr verschiedene Wege der Nutzung eingeschlagen wurden, und dass dennoch jeweils eine hohe Kompatibilität mit der ICF gewahrt werden konnte. Langfristig verstehen sich alle Beispiele als Zwischenstationen auf dem Weg zu stärkerer Vereinheitlichung der Nutzungsmethodik im Rehabilitationsbereich.

In **Kapitel 5** werden die Kernaussagen zusammengefasst und mögliche **künftige Perspektiven** für die Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation aufgezeigt.

Kapitel 1

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, gehört zur Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen der WHO. Sie ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben. Sie gehört zu den sog. Referenz-Klassifikationen:

- ICD – die Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
- ICF – die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- ICHI – die in Entwicklung befindliche Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen

Die WHO hat 2001 die Verwendung der ICF empfohlen. Seit 2005 steht sie in deutscher Sprache in gedruckter Form und auf der Internetseite des DIMDI zur Verfügung [<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>]. Meilensteine auf dem Weg zur ICF-Implementierung in Deutschland waren 2001 das Inkrafttreten des SGB IX und mit ihm eine Anlehnung an die ICF sowie die Fokussierung auf den Teilhabebegriff [Partizipation].

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten. Dabei schafft sie u. a. eine Sprache, die die Kommunikationen zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, aber auch Wissenschaftlern und Politikern, erleichtern soll.

Die Nutzung der ICF setzt vor dem Hintergrund ihrer Systematik immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie z. B. solche, die allein von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden.

Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsproblem werden z. B. bezeichnet: Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke typischerweise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD erfasst bzw. klassifiziert. Ein Gesundheitsproblem führt zu einer Veränderung von Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen und ist damit Voraussetzung zur Nutzung der ICF.

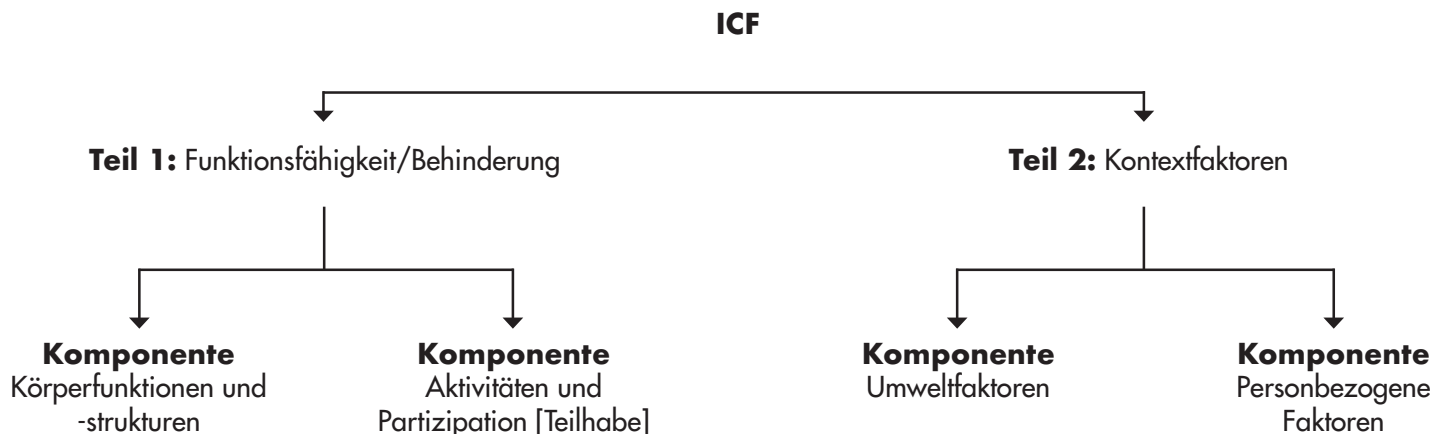
1.1 Struktur der ICF

Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

Teil 1 wird überschrieben mit dem Begriff Funktionsfähigkeit und Behinderung. Er enthält die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe].

Teil 2 ist überschrieben mit dem Begriff Kontextfaktoren und untergliedert in die Komponenten Umwelt- und Personbezogene Faktoren (**Abbildung 1**).

Abbildung 1: Struktur der ICF:



1.2 Die Komponenten der ICF

Die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in Teil 1 der ICF können in zweifacher Weise betrachtet werden.

Die Perspektive der Behinderung fokussiert auf Probleme im Gefolge eines Gesundheitsproblems (z. B. Schädigungen von Funktionen/Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe) während die Perspektive der Funktionsfähigkeit eher die positiven, nicht-problematischen Aspekte des mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehenden Zustandes in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen können wie ein Gesunder).

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie sind mögliche Einflussfaktoren, die auf Krankheitsauswirkungen bzw. die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ einwirken können, d. h. sie können für eine betroffene Person einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

Voraussetzung zur geeigneten Nutzung der ICF ist die Kenntnis ihrer Konzeption („Philosophie“) und ihrer Grundbegriffe. Die einzelnen Komponenten der ICF sind untergliedert in verschiedene Kapitel („Domänen“) mit jeweils mehreren Gliederungsebenen. Sie werden folgendermaßen beschrieben:

1.2.1 Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktionen werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und auch psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, wie z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

KAPITEL 1

Unter Körperstrukturen versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, einzelne Körperbestandteile wie Nerven und Blutgefäße.

Tabelle 1 listet die von der WHO vorgesehene Kapiteleinteilung in der Untergliederung der 1. Ebene auf.

Tabelle 1: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen (Kapitelzuordnungen)

Kapitel	Körperfunktionen	Kapitel	Körperstrukturen
1	Mentale Funktionen	1	Strukturen des Nervensystems
2	Sinnesfunktion und Schmerz	2	Auge, Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
3	Stimm- und Sprechfunktion	3	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	4	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5	Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems	5	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System im Zusammenhang stehende Strukturen
6	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
7	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7	Mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen
8	Funktionen der Haut- und der Hautanhangsgebilde	8	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Itembeispiele: b1400 Daueraufmerksamkeit, s7503 Bänder und Faszien der Knöchelregion. (b=Präfix für Körperfunktionen; s=Präfix für Körperstrukturen)

Negative Abweichungen werden bei den Körperfunktionen und Körperstrukturen als Schädigungen bezeichnet. Je nach Erkrankung und Stadium sind die Schädigungen unterschiedlich ausgeprägt.

1.2.2 Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation]

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Körperfunktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation dar.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege.

KAPITEL 1

Die Teilhabe [Partizipation] kennzeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein.

Beeinträchtigungen der Teilhabe können beispielsweise Probleme beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein.

Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenseins zugrunde gelegt werden. Eine eindeutige Differenzierung zwischen „individueller“ und „gesellschaftlicher“ Perspektive der Domänen, also die Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation], ist dabei oft nicht möglich. Aus diesem Grund sind sie in der ICF in gemeinsamen Kapiteln aufgeführt (**Tabelle 2**).

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe

Kapitel	Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)
1	Lernen und Wissensanwendung z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung
2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen z. B. Aufgaben übernehmen, die tägl. Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
3	Kommunikation z. B. Kommunizieren als Empfänger oder als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken
4	Mobilität z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen
5	Selbstversorgung z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten
6	Häusliches Leben z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen
7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen
8	Bedeutende Lebensbereiche z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben
9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität

Itembeispiel: d5101 den ganzen Körper waschen (d=Präfix für Aktivitäten und Teilhabe)

1.2.3 Umweltfaktoren

Umweltfaktoren sind wie die personbezogenen Faktoren eine Komponente des Teils 2 der ICF (Kontextfaktoren).

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheitssystems, fehlende soziale oder finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen (**Tabelle 3**).

Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren (Kapitelzuordnungen)

Kapitel	Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)
1	Produkte und Technologien z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte
2	natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität
3	Unterstützung und Beziehung z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde
4	Einstellungen z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen
5	Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Rechtspflege, Politik

Itembeispiel: e1101 Medikamente (e=Präfix für Umweltfaktoren)

1.2.4 Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiede der Nationen in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert. Beispielfhaft werden aber einige wenige Items von der WHO genannt:

Personbezogene 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.

KAPITEL 1

Legt man diese zugrunde (Grotkamp et al., 2012), könnte man sich unter den personbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von

- allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter, Geschlecht und genetischen Faktoren über
- physische Faktoren wie Körperbau und andere physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (z. B. Muskelkraft, Herz- Kreislauffaktoren),
- mentalen Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitiven sowie mnestischen Faktoren,
- Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person bis hin zur
- Lebenslage und zu sozioökonomischen/kulturellen Faktoren.

Andere Gesundheitsfaktoren, wie sie die WHO vorschlägt, könnten den personbezogenen Faktoren zugeordnet werden, wenn sie geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen, aber nicht Teil des Gesundheitsproblems sind.

Auch die personbezogenen Faktoren können die Funktionsfähigkeit einschließlich der Teilhabe beeinflussen und sind je nach Fragestellung im Einzelfall ggf. zu berücksichtigen. So kann beispielsweise eine optimistische Grundhaltung den Umgang mit einer Behinderung erleichtern, andererseits aber eine negative Einstellung zur Benutzung eines Rollators zur sozialen Isolation führen. In beiden Fällen handelt es sich nicht um „krankheitsbedingte“ Aspekte, sondern um wirkungsvolle Ausprägungen individueller Merkmale oder Eigenschaften, denen eine spezifische aktuelle Bedeutung zukommt, die man im positiven Fall (Förderfaktor) nutzen und im negativen Fall (Barriere) ggf. günstig von außen beeinflussen kann.

1.3 Weitere Untergliederung der einzelnen Komponenten

Wie aufgezeigt, sind die beiden Komponenten des Teils 1 der ICF („Körperfunktionen und Strukturen“ sowie „Aktivitäten und Teilhabe“) und die Komponente „Umweltfaktoren“ des Teils 2 der ICF jeweils weiter untergliedert. Dabei werden sinnvolle und praktikable Teilbereiche der Komponenten zu sog. „Domänen“ (Kapitel, Blöcke) zusammengefasst. Diese enthalten jeweils einzelne Kategorien (Items) auf verschiedenen Gliederungsebenen (bis zu vier). Die Kennzeichnung der Items erfolgt mittels eindeutiger alphanumerischer Zuordnung. Diese setzt sich aus einem Präfix für die jeweilige Komponente und einem numerischen Code für das jeweilige Item zusammen. Die Länge des numerischen Codes richtet sich nach der Gliederungsebene.

Beispiel:

b2	Sinnesfunktionen und Schmerz	(Item der ersten Ebene)
b210	Funktionen des Sehens (Sehsinn)	(Item der zweiten Ebene)
b2102	Qualität des Sehvermögens	(Item der dritten Ebene)
b21022	Kontrastempfindung	(Item der vierten Ebene)

Auf der ersten Gliederungsebene (Kapitelebene) umfasst die ICF zurzeit 30 Kapitel, auf der zweiten Ebene 362 Items und auf der dritten und vierten Ebene 1424 Items. Es wäre allerdings – wie z. B. auch bei der ICD – ein großes Missverständnis, in jedem Einzelfall alle Items prüfen zu wollen.

1.4 Möglichkeit der Kodierung des Schweregrads einer Schädigung oder Beeinträchtigung in der beruflichen Rehabilitation

Die Nutzung der ICF (siehe auch DVfR, 2014) auf der Klassifikations-Ebene ist an die „Kodierung“ gebunden. Deren Umsetzung nach den offiziellen „Kodierungsleitlinien“ der ICF ist jedoch noch nicht ausreichend praktikabel.

Grundsätzlich besteht ein Kode der ICF aus zwei Teilen:

1. aus einer Kategorie (qualitativer Teil des Kodes, z. B. d510 sich waschen) und
2. aus der Beurteilung/Bewertung dieser Kategorie (quantitativer Teil des Kodes, z. B. d510.2 Problem mäßig ausgeprägt).

Dabei stellt der qualitative Teil der Kodierung (alphanumerischer Teil-Kode) in der Praxis kein grundsätzliches Problem dar. Üblicherweise werden Kurzlisten aus der ICF-Gesamt-Klassifikation (je nach Zweck oder Fragestellung im Umfang von ca. 15 bis maximal ca. 150 Items) benutzt (ICF-Kurzlisten; Core-sets). Bereits in Projekten erprobte Listen erleichtern anderen Nutzern die Auswahl, sie können einrichtungsspezifisch angepasst werden.

Erheblich schwieriger gestaltet sich die Kodierung in ihrem quantitativen Teil (2. Teil des Kodes, numerischer Teil-Kode). Grundlage sind zunächst die offiziellen Kodierungsleitlinien der ICF. Dort werden für die Beurteilung der jeweiligen Kategorie/Items Schweregradeinteilungen in 5 Stufen vorgeschlagen, die zwischen „Problem nicht vorhanden“ bis „Problem voll ausgeprägt“ unterscheiden. Diese Stufen sind jedoch bisher nicht international standardisiert.

Diese Schweregradeinteilung kann deshalb bis auf weiteres zwar als Orientierung dienen, dem Nutzer bleibt aber nur eine näherungsweise Einschätzung dieser Stufen.

Nach der ICF ist die Kodierung einer Kategorie (Item) nur dann vollständig, wenn das Ausmaß einer Einschränkung oder Behinderung mitkodiert wird. Da die ICF kein Assessmentinstrument ist, ist der Einsatz anderer funktionsbezogener Instrumente und Tests erforderlich, um eine adäquate Beurteilung vornehmen zu können. Spezifische ICF-basierte Assessment-Instrumente stehen bisher kaum zur Verfügung. Die Beurteilung der einzelnen ICF-Kategorien (Items) kann selbstverständlich mit jedem geeigneten Instrumentarium erfolgen, wie es auch bisher angewendet wurde (z. B. zur Frage der Rechenfähigkeit, der Teamfähigkeit oder der Feinmotorik). Die von der WHO vorgeschlagenen Beurteilungsmerkmale sind im (Rehabilitations-)Alltag jedoch nur bedingt geeignet (s. Kap. 2). Speziell für die berufliche Rehabilitation sind im Bereich der Leistungserbringer (Einrichtungen nach § 35 SGB IX) verschiedene Lösungsansätze hierzu entwickelt worden.

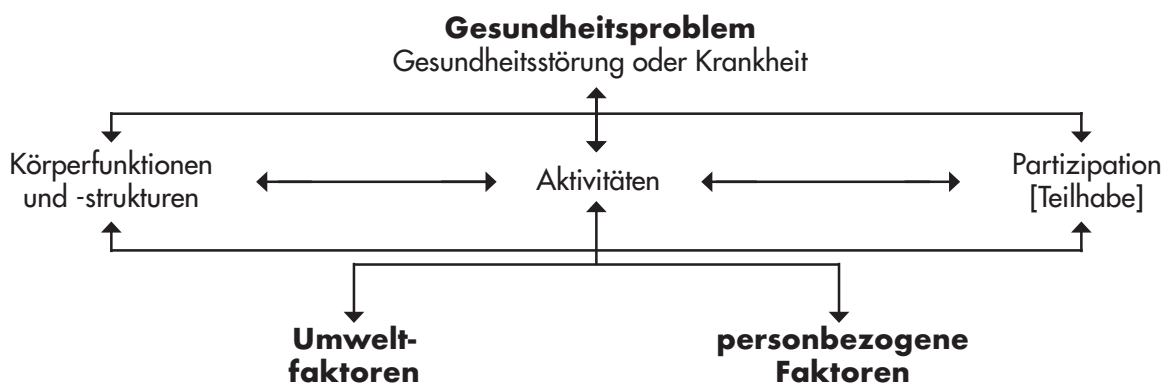
1.5 Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der möglichen multiplen Wechselwirkungen (**Abbildung 2**) verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist (Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung). Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise

- bei der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe [Partizipation].

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)



Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird, und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Resultiert aus dem Gesundheitsproblem einer Person eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, liegt nach dieser Konzeption eine Behinderung vor.

Der Behinderungsbegriff im SGB IX (§ 2) ist hingegen enger gefasst. Danach sind Menschen nur dann behindert, wenn

- ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem abweichen, was für das Lebensalter als typischer Zustand bezeichnet werden kann und
- dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate anhält und
- daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die ICF stellt Bausteine für Nutzer zur Verfügung, die Modelle für die Gestaltung des Reha-Prozesses entwickeln und verschiedene Aspekte dieses Prozesses untersuchen möchten. Die mithilfe der ICF formulierten Aussagen hängen von den Nutzern, ihrer Kreativität und ggf. ihrer wissenschaftlichen Orientierung ab.

Kapitel 2

Nutzung der ICF zur Darstellung der Situation eines Menschen in der Arbeitswelt

Berufliche Rehabilitation zielt auf die (Wieder-)Herstellung der Teilhabe am Arbeitsleben ab. Soll dabei die ICF umfassend genutzt werden, stellt sich die Frage, inwieweit die Situation eines Menschen in der Arbeitswelt mithilfe dieser Klassifikation überhaupt in hinreichender Art und Weise für die Aufgaben der beruflichen Rehabilitation abgebildet werden kann.

Die „Arbeitswelt“ kann von verschiedenen Seiten aus betrachtet werden:

Die Betrachtung hängt u. a. davon ab, ob ein Mensch mit seinen aktuell bestehenden Fähigkeiten eine berufliche Tätigkeit sucht oder ob für einen bestimmten Arbeitsplatz bzw. eine bestimmte Tätigkeit ein geeigneter Bewerber gesucht wird.

Im Einzelnen ist insbesondere zu fragen, ob ein spezieller Bewerber (oder auch der bisherige Arbeitsplatzinhaber) mit seiner ggf. beeinträchtigten Funktionsfähigkeit (verbliebenes qualitatives und quantitatives Leistungsvermögen) den konkreten Anforderungen der jeweiligen Tätigkeit ohne besondere krankheits- oder behinderungsbedingte Gesundheitsgefährdung genügen kann. Dabei ist u. a. zu berücksichtigen, welche Handlungen bzw. Aktivitäten unter diesen Vorgaben zumutbar und realisierbar sind. Das wäre eine funktionsbezogene Betrachtungsweise mit Ressourcenorientierung.

Die Eignung eines (behinderten oder nicht behinderten) Menschen für die „Arbeitswelt“ macht sich insbesondere an den jeweiligen spezifischen Anforderungen fest, die an die Fertigkeiten/Kenntnisse des betreffenden Menschen gestellt werden.

Diese Fertigkeiten/Kenntnisse stellen in der Regel berufs- oder arbeitsbezogene Komplexe von erlernten oder (wieder) zu erlernenden Handlungsabfolgen dar, die auf der Funktionsfähigkeit (im Sinne der ICF) des Betroffenen basieren, mit ihr aber nicht gleichzusetzen sind.

Das berufsbezogene Wissen eines Kfz-Mechanikers oder einer Sachbearbeiterin ist als ein personbezogener Faktor in der ICF derzeit nicht klassifiziert. Es ist aber die Voraussetzung für das Anwenden dieses Wissens (dieser Fertigkeiten/Kenntnisse)⁵.

Die berufliche Rehabilitation soll nicht vordergründig nur Fertigkeiten und Kenntnisse (Wissen)

5 An anderer Stelle wird hier häufig der Begriff der „Fähigkeit(en)“ gebraucht, der aber in diesem Praxisleitfaden zur Vermeidung von Missverständnissen (Verwechslung einerseits mit „Funktionsfähigkeit“ im Sinne der ICF und mit „Leistungsfähigkeit“ im Sinne der sozialmedizinischen Beurteilung andererseits) nicht verwendet werden soll.

vermitteln, sondern durch professionelle Leistungen auf der Ebene der leistungsbegründenden Beeinträchtigungen ansetzen, um unter konsequentem Einbezug der Kontextfaktoren einer Person deren Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern, zu erhalten oder (wieder-)herzustellen. Der spezifische Ansatz der Rehabilitation zielt auch auf die geschädigte oder beeinträchtigte Funktionsfähigkeit. Dazu kommt die Betrachtung der Kontextfaktoren. Beides zusammen macht das Wesen der Rehabilitation aus.

Die Arbeitswelt ist in dem der ICF zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell darüber hinaus der Komponente „Umweltfaktoren“ zuzuordnen, soweit es sich um die (jeweils äußerlichen) Rahmenbedingungen eines Arbeitsplatzes oder Arbeitsmarktes handelt. Umweltfaktoren sind, insbesondere soweit sie konkrete Arbeitsplatzgegebenheiten betreffen, grundsätzlich veränderbar und können mithin auch einen Ansatzpunkt für Interventionen in der beruflichen Rehabilitation bilden (z. B. Umbau eines Arbeitsplatzes).

Die Arbeitswelt mit ihren vielfältigen Arbeitsplatzbedingungen ist weiterhin auch in Bezug zu setzen zu den Personbezogenen Faktoren, insbesondere, wenn diese bei einem Gesundheitsproblem auf die Funktionsfähigkeit des Menschen Einfluss haben. Ggf. bestehen auch bei den Personbezogenen Faktoren Ansatzpunkte für zielführende Maßnahmen. Veränderbarkeit der Personbezogenen Faktoren ist jedoch nur teilweise anzunehmen und hohe Sensibilität bei ihrer Bewertung zu fordern.

Vor diesem Hintergrund stellen sich bei der Nutzung der ICF im Bereich der beruflichen Rehabilitation u.a. folgende, in diesem Kapitel näher vertiefte Fragen:

- Welche Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der WHO und welche Kategorien/Items der ICF sollten für die Beschreibung der Situation eines Menschen in der „Arbeitswelt“ genutzt werden? (vgl. 2.1)
- Wie können die für die berufliche Rehabilitation heute verbreitet angewandten Kompetenzmodelle mit der ICF-Konzeption verknüpft/verlinkt werden? (vgl. 2.2)
- Ermöglicht die ICF eine hinreichend ressourcenorientierte Darstellung? (vgl. 2.3)
- Ergeben sich Ergänzungsbedarfe (2.4) und ggf. allgemeine Leitlinien für die Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation? (2.5)

2.1 Zuordnung der Situation eines Menschen in der Arbeitswelt zu einzelnen ICF-Komponenten und -Items

Die Berufliche Rehabilitation berücksichtigt die Situation eines Menschen in Bezug auf die „Arbeitswelt“ und arbeitet daran anknüpfend Handlungsoptionen für die Erreichung der Rehabilitationsziele heraus und verfolgt diese. Bei der Sachaufklärung und der daraus folgenden Reha-Planung kommt es vor allem darauf an, die Anforderungen eines Arbeitsplatzes/Berufsbildes (bzw. auf abstrakterer Ebene die Anforderungen eines Berufes oder der „Arbeitswelt“) zu erfassen und im Hinblick auf diese Anforderungen das entsprechende Fähigkeitsprofil des Menschen zu beschreiben. Dabei steht die Funktionsfähigkeit zunächst wieder im Vordergrund. Welche Körperfunktionen und welche Aktivitäten sind hier besonders gefragt, welche sind in Bezug auf Reha-Leistungen besonders zu berücksichtigen?

KAPITEL 2

Die „Arbeitswelt“ ist nicht nur durch Anforderungen an die Funktionsfähigkeit geprägt, sondern beeinflusst auch selbst durch spezifische Umweltfaktoren.

Die Umweltfaktoren sind im Hinblick auf die „Arbeitswelt“ in der ICF bislang noch nicht sehr differenziert ausformuliert. Die Komponente „Umweltfaktoren“ scheint allerdings auch nicht primär dafür entwickelt worden zu sein.

Mögliche vorherrschende Rahmenbedingungen wie Arbeitsverdichtung, Schichtdienst oder gestörtes Betriebsklima können z. B. individuell unmittelbaren Einfluss auf die (Re-) Integration in das Berufsleben haben, finden sich aber nur teilweise in der bisherigen Aufzählung der Umweltfaktoren der ICF wieder, z. B. Klima, Laute und Geräusche oder Schwingung. Die weitere Ausdifferenzierung ist derzeit dem Anwender überlassen.

Die Summe der spezifischen Bedingungen eines Berufs- oder eines Arbeitsplatzes bildet insgesamt ein Profil von Anforderungen, die an das Individuum gestellt werden. Auch zur Erstellung eines solchen Anforderungsprofils, das Anhaltspunkte für zielführende Rehabilitationsmaßnahmen enthalten kann, können die Systematik der ICF und, sofern vorhanden, die jeweils passenden Items genutzt werden.

Bezogen auf die so erfasste „Arbeitswelt“ gilt es, den Menschen mit seiner (geschädigten oder beeinträchtigten) Funktionsfähigkeit bzw. seinen Ressourcen und Defiziten zu erfassen. Diese können verankert sein auf Ebene der

- Körperfunktionen und -strukturen,
- Aktivitäten und Teilhabe,
- Umweltfaktoren,
- personbezogenen Faktoren.

Die genauere Analyse der ICF zeigt, dass ein Großteil der für den Arbeitsmarkt bedeutsamen Funktionen in ihr klassifiziert ist (z. B. in den Kapiteln 1 und 7 der Körperfunktionen sowie in den Kapiteln 1-5 und 7 der Aktivitäten). Die fehlenden Items sind zahlenmäßig überschaubar und können im laufenden Update-Prozess der ICF nachklassifiziert werden.

Die Domänenebene „Arbeit und Beschäftigung“ (d840-d859) im Kapitel 8 „Bedeutende Lebensbereiche“ der Komponente „Aktivitäten und Teilhabe“ liefert hierzu allerdings einen für sich genommen unzureichenden Beitrag, der ggf. durch andere Items zu ergänzen ist:

Abbildung 3: Domänenebene „Arbeit und Beschäftigung“ (d840-d859)

Arbeit und Beschäftigung (d840-d859)
d840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
d8450 Arbeit suchen
d8451 Ein Arbeitsverhältnis behalten
d8452 Ein Arbeitsverhältnis beenden
d8458 Ein Arbeitsverhältnis finden, behalten und beenden, anders bezeichnet
d8459 Ein Arbeitsverhältnis finden, behalten und beenden, nicht näher bezeichnet
d850 Bezahlte Tätigkeit
d8500 Selbständige Tätigkeit
d8501 Teilzeitbeschäftigung
d8502 Vollzeitbeschäftigung
d8508 Bezahlte Tätigkeit, anders bezeichnet
d8509 Bezahlte Tätigkeit, nicht näher bezeichnet
d855 Unbezahlte Tätigkeit
d859 Arbeit und Beschäftigung, anders oder nicht näher bezeichnet

Im Hinblick auf kognitive / psychologische Aspekte zeigt sich in der Praxis, dass bereits einige ICF-basierte Instrumente verwendet werden (z. B. Mini-ICF-APP – vgl. Muschalla et al., 2012, AT-50-Psych, siehe **Anhang**). Der Vergleich anderer Testverfahren wie hamet 2 und diverse psychologische Tests zur Messung von Intelligenz und anderen kognitiven Fähigkeiten arbeiten mit Inhalten, die den Kategorien der ICF weitgehend entsprechen.

Der Bereich der personbezogenen Faktoren ist zwar grundsätzlich in der ICF als eine Komponente vorgesehen, aber noch nicht seitens der WHO klassifiziert.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die ICF einen ordnenden Rahmen für die Erfassung/ Auflistung zentraler Aspekte der Situation eines Menschen auch in der „Arbeitswelt“ bereitstellt. Auch können darüber hinaus zahlreiche der in der ICF enthaltenen Items bereits unmittelbar dafür genutzt werden.

Für eine in der beruflichen Rehabilitation oft erforderliche umfassende Beschreibung komplexer Arbeitsweltzusammenhänge reichen die bisher in der Klassifikation enthaltenen Items und Definitionen jedoch noch nicht aus. Nutzer können jedoch für die Praxis erforderliche Ergänzungen entwickeln.

Um die möglichst objektive Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mithilfe der ICF zu unterstützen, ist es naheliegend, Assessments bzw. Tests, die auf die geeigneten Items der ICF abgestimmt sind, zu nutzen oder ggf. zu entwickeln bzw. vorhandene Instrumente

durch passende ICF-Items zu ergänzen. Im Anhang wird eine mögliche Verknüpfung zwischen Bausteinen von bekannten Assessmentinstrumenten und ICF-Items anhand von zwei Beispielen (hamet 2 und MELBA) dargestellt.

Bei der Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation sind dementsprechend angepasste Lösungen erforderlich, für die in diesem Leitfaden erste Ansätze aufgezeigt werden.

2.2 Berücksichtigung von Kompetenzmodellen bei der Nutzung der ICF

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation, beruflichen Bildung, Arbeitsvermittlung und Arbeitswissenschaft sind „Kompetenzmodelle“ heute breit etabliert. Die genaue Definition des Begriffs „Kompetenz“ (Duden: z. B. Sachverstand, Fähigkeit, Fertigkeit, Vermögen, Qualifikation, Zuständigkeit) variiert dabei im Einzelnen ebenso wie die Unterteilung der arbeitsmarktbezogenen Kompetenzen und die jeweiligen Beschreibungen einzelner Kompetenzen. Einigkeit besteht jedoch darüber, dass unter Kompetenzen grundlegende Fähigkeiten eines Menschen zu verstehen sind, die für die Bewältigung allgemeiner Anforderungen des Arbeitsmarktes oder eines spezifischen Arbeitsplatzes erforderlich sind oder diese zumindest maßgeblich fördern. Kompetenzen sind allgemeine Dispositionen von Menschen zur Bewältigung bestimmter lebensweltlicher Anforderungen. Der Begriff der Schlüsselqualifikation wird, vor allem in der beruflichen Bildung, weitestgehend gleichbedeutend zu Kompetenz verwendet. Bei Kompetenzen handelt es sich um eine koordinierte Anwendung verschiedener Einzelleistungen/Ressourcen. Die Bereiche, die eine bestimmte Kompetenz umfasst, können breit gefächert sein. Kompetenzen wirken sich in unterschiedlichen Situationen unterschiedlich auf die Funktionsfähigkeit aus. Soweit ersichtlich werden derzeit vor allem folgende Kompetenzbereiche unterschieden: Methodenkompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz, Aktivitäts- und Umsetzungskompetenz, personale Kompetenz, Fachkompetenz, Gesundheitskompetenz, Medienkompetenz. In der Berufspädagogik basiert die berufliche Handlungskompetenz mit ihren Bereichen Fach-, Methoden-, Sozial- und Personal- bzw. Individualkompetenz auf drei grundlegenden Ressourcen: Kenntnisse, Fertigkeiten, Einstellungen.

Kompetenzen sind in bestimmtem Umfang durch rehabilitative Maßnahmen zum Erwerb von Kenntnissen, Fertigkeiten und Einstellungen erweiterbar. Kompetenzen werden in Situationen mit bestimmten Aufgaben und Anforderungen benötigt, z. B. in der Rehabilitationsmaßnahme. Sie können in ähnlichen Situationen, z. B. bei der Integration am neuen Arbeitsplatz, wieder zur Anwendung kommen.

Die Verankerung von Kompetenzmodellen in der beruflichen Rehabilitation erfolgt sowohl von Seiten der Leistungserbringer als auch von Seiten der Leistungsträger. Letztere haben z. B. im Rahmen der sozialmedizinischen und berufs-/arbeitspsychologischen Begutachtung entsprechende Kataloge zu überprüfender Fähigkeiten zusammengestellt.

Bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) wird z. B. innerhalb eines Profiling-Systems eine Stärkenanalyse mit dem Rehabilitanden durchgeführt, in der sowohl die beruflichen als auch die übergreifenden Kompetenzen auf der Seite der Fähigkeiten erfasst werden.

Dies erfolgt in den vier Bereichen Methodenkompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz, Aktivitäts- und Umsetzungskompetenz und personale Kompetenz (**vgl. Abbildung 4**).

KAPITEL 2

Abbildung 4: „Kompetenzen“ nach dem Modell der Bundesagentur für Arbeit

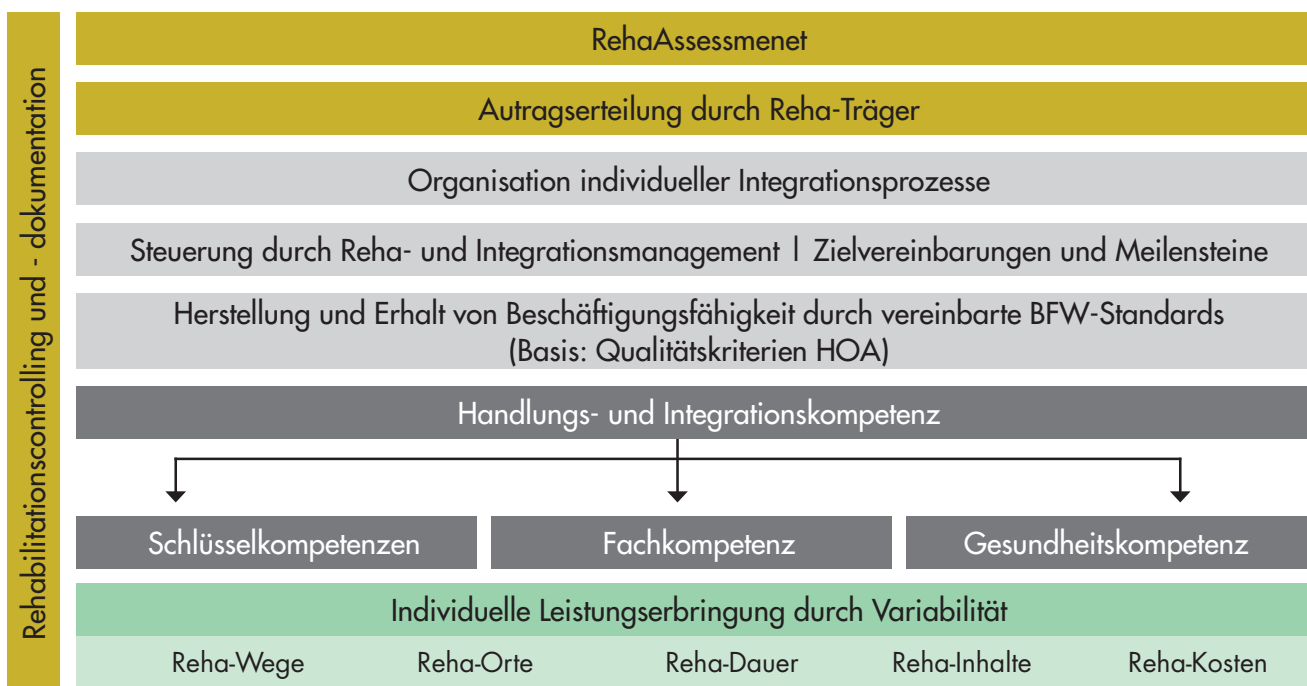
Methodenkompetenz	Sozial-kommunikative Kompetenz
Analyse- und Problemlösefähigkeit Ich bin in der Lage, (neue) Aufgabenstellungen zu erkennen und zu strukturieren, sammle hierzu Informationen, gewichte diese und entwickle Lösungsvorschläge	Einfühlungsvermögen Ich kann mich gut in andere Menschen hineinversetzen
Auffassungsfähigkeit/-gabe Ich bin in der Lage, Neues schnell zu begreifen und zu erfassen	Führungsfähigkeit Ich kann aufgaben- und mitarbeiterorientiert (erfolgreich) eine Gruppe von Menschen leiten
Entscheidungsfähigkeit Ich kann mich mit den relevanten Alternativen sachlich auseinandersetzen, sie bewerten und treffe eine Entscheidung	Kommunikationsfähigkeit Ich bin in der Lage, mich klar und verständlich auszudrücken und argumentiere überzeugend
Ganzheitliches Denken Ich bin in der Lage, bei meinen Überlegungen/Planungen die Auswirkungen auf andere Bereiche zu berücksichtigen	Kundenorientierung Ich bin in der Lage, Kundenanliegen offen gegenüber zu stehen und versuche deren Wünsche zu erfüllen
Organisationsfähigkeit Ich kann Abläufe planen und entwickeln	Teamfähigkeit Ich kann mich in einer Gruppe einordnen und einbringen, um gemeinsam ein Ziel zu erreichen
Aktivitäts- und Umsetzungskompetenz	Personale Kompetenz
Belastbarkeit Ich kann mit Druck und schwierigen Arbeitssituationen gut umgehen	Flexibilität Ich kann mich schnell auf neue Arbeitsbedingungen/Anforderungen einstellen
Eigeninitiative Ich kann Vorschläge/Lösungen ohne Anstoß von außen entwickeln	Kreativität Ich kann neue Ideen entwickeln und bin einfallreich
Motivation/Leistungsbereitschaft Ich bin in der Lage, mich stets voll einzusetzen	Lernbereitschaft Ich bin daran interessiert, mir neues Wissen anzueignen
Selbständiges Arbeiten Ich kann Aufgabenstellungen ohne weitere Anweisungen lösen/ich kann eigenverantwortlich arbeiten	Sorgfalt/Genauigkeit Ich kann präzise arbeiten und überprüfe anschließend mein Arbeitsergebnis
Zielstrebigkeit/Ergebnisorientierung Ich bin in der Lage, konsequent zu erreichen, was ich mir vorgenommen habe, und lasse mich nicht ablenken	Zuverlässigkeit Ich bin in der Lage, Vereinbarungen einzuhalten

KAPITEL 2

Auch im Kontext des durch das BMAS initiierten RehaFutur-Entwicklungsprojektes wurde die Bedeutung entsprechender Kompetenzen herausgestellt.

Den Kompetenzbegriff für ihren Anwendungsbereich haben die Berufsförderungswerke entlang der Leitprinzipien einer individuellen und integrationsorientierten Leistungsgestaltung mit dem sog. „Neuen Reha-Modell“ weiterentwickelt. Er knüpft an Konzepte an, die bereits in den 1990er Jahren in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken mit dem Leitbild einer ganzheitlichen und handlungsorientierten Didaktik erarbeitet wurden (vgl. Seyd, W. und Vollmers, B. (2011)). Die nachfolgend abgebildete Grafik visualisiert die zentralen Eckpunkte des Reha-Modells der Berufsförderungswerke (**Abbildung 5**).

Abbildung 5: „Neues Reha-Modell“



Quelle: Homepage Die Deutschen Berufsförderungswerke e. V.

Ausgehend von der subjektiven Ebene zielt das Rehabilitationskonzept der Berufsförderungswerke auf den Aufbau von beruflicher Handlungs- und Integrationskompetenz ab. Definiert wird **Handlungskompetenz** in dem Zusammenhang als Bereitschaft und Fähigkeit, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, persönlich durchdacht und verantwortungsbewusst zu handeln und seine Handlungsmöglichkeiten ständig weiterzuentwickeln. Mit der auf gleicher Ebene benannten **Integrationskompetenz** wird der Arbeitsmarktaspekt hinzugefügt, hier definiert als Bereitschaft und Fähigkeit des Menschen, sich den Anforderungen des Arbeitsmarktes aktiv zu stellen und seine berufliche Handlungskompetenz darauf auszurichten.

Zum schrittweisen und gezielten Aufbau von Handlungs- und Integrationskompetenz setzt die Förderung im Reha-Prozess an drei Kompetenzdimensionen an:

- Mit der Dimension der Fachkompetenz wird die „klassische“ Seite des Berufskonzepts abgebildet. Verstanden wird darunter die Bereitschaft und Fähigkeit, berufstypische Aufgabenstellungen selbstständig, fachlich richtig, zielgerichtet und methodengeleitet zu bearbeiten und das Ergebnis anschließend zu beurteilen.
- Die Dimension der Schlüsselkompetenzen umfasst alle überfachlichen Fähigkeiten, die typischerweise im Arbeitsleben eine Rolle spielen. Sie beinhalten soziale Aspekte wie Kommunikation oder Teamarbeit gleichermaßen wie Lern- und Methodenkompetenz bis hin zu Fragen der persönlichen Kompetenzen.
- Ergänzend zu den zwei vorbeschriebenen, auch im Bereich beruflicher Bildung eingeführten Unterscheidungen, wurde im Zuge des Entwicklungsprojekts zum neuen Reha-Modells eine Dimension namentlich aufgenommen, die ein elementarer Förderbereich beruflicher Rehabilitation ist, hier gefasst unter den Bereich der Gesundheitskompetenz. Sie wird definiert als die Bereitschaft und Fähigkeit des Menschen, seine physische und psychische Leistungsfähigkeit im Rahmen seiner Möglichkeiten wiederherzustellen, zu erhalten und auszubauen. Dieses setzt die Einsicht und Akzeptanz vorhandener Beeinträchtigungen voraus und schließt aktive Maßnahmen zu ihrer Kompensierung und Verbesserung ein. Als Fähigkeit, gesundheitsfördernde Entscheidungen zu fällen, setzt Gesundheitskompetenz den verantwortlichen und bewussten Umgang mit Körper, Geist und Seele voraus.

Setzt man die geschilderten und andere Kompetenzmodelle mit der ICF in Beziehung, ergibt sich bei genauerer Betrachtung, dass sich diese und andere Kompetenzen nicht vollständig mithilfe der Items der ICF erschließen lassen. Kompetenzen können zu den verschiedenen Items der ICF nur unvollständig in Bezug gesetzt werden und können zudem teilweise bei den derzeit noch nicht klassifizierten personbezogenen Faktoren einzuordnen sein.

In bestehenden Kompetenzmodellen werden Einzelitems meist quantitativ genutzt. Dort, wo sie als personbezogene Faktoren einzuordnen wären, besteht das Problem, dass dort nur eine qualitative Einordnung (als Barriere/Förderfaktor) vorgesehen ist.

Um die ICF bei der Beschreibung der Situation eines Menschen in der Arbeitswelt nutzen zu können, ist es also erforderlich, Möglichkeiten zu finden, wie eine Darstellung von Kompetenzen in einem gemeinsamen Bezugsrahmen mit der ICF in ihrer derzeitigen Form erfolgen kann. Hierbei könnte den personbezogenen Faktoren eine wichtige Rolle zukommen.

2.3 Möglichkeiten der ICF bei der funktions- und ressourcenorientierten Betrachtungsweise

Teilhabe am Arbeitsleben setzt voraus, dass Fähigkeiten eines Menschen und Anforderungen des Arbeitsplatzes bzw. -marktes zueinander passen oder zumindest keine unüberbrückbaren Diskrepanzen zwischen ihnen bestehen.

Daher ist im Rahmen eines beruflichen Rehabilitationsprozesses nicht nur das verbliebene qualitative und quantitative Leistungsvermögen eines Menschen mit (drohender) Behinderung festzustellen. Es gilt ggf. auch, die Anforderungen eines noch vorhandenen Arbeitsplatzes anzupassen oder dementsprechend geeignete Arbeitsangebote auf dem (allgemeinen) Arbeitsmarkt zu finden,

oder den betroffenen Menschen durch Schulung, Umschulung und Qualifizierung für auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehende Arbeitsangebote zu fördern.

Entsprechend ist es insbesondere in der beruflichen Rehabilitation zentral, den Blick nicht nur auf vorhandene Schädigungen/Defizite, sondern vor allem auch auf die Ressourcen des betroffenen Menschen zu richten; auf solche, die bereits vorhanden sind und auf solche, die durch gezielte Maßnahmen aus- oder auch (wieder neu) aufgebaut werden können.

Die ICF bietet in ihrer derzeitigen Fassung durchaus Möglichkeiten, die allgemeinen Ressourcen und insbesondere Ressourcen in Bezug auf individuelle Teilhabeziele darzustellen.

Bei den Komponenten des Teils 1 der ICF (Funktionsfähigkeit) kann mit der bestehenden Kodierungs-Systematik mit einer „xxx.0 (Problem nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich))“ abgebildet werden, dass keine Schädigung oder Beeinträchtigung vorliegt. Das kann bereits ein Hinweis auf eine entsprechende Ressource sein. Die Abbildung besonderer nutzbarer Fähigkeiten, Fertigkeiten und Eigenschaften (Ressourcen), d. h. über die gewisse Durchschnittserwartung hinausgehende Ressourcen, ist mit diesen Beurteilungsmerkmalen allein allerdings nicht möglich. Das Aufzeigen nicht (oder nur gering) beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten in den bisher erprobten ICF-Kurzlisten entspricht jedenfalls hinreichend der Forderung nach Ressourcendarstellung⁶. Daneben sehen die Kodierungsleitlinien der ICF für Umweltfaktoren (bzw. die Kontextfaktoren insgesamt) die Möglichkeit vor, bestehende Förderfaktoren oder Barrieren als solche zu kennzeichnen (ICF, S. 298).

Funktionsfähigkeit kann ohne die Beachtung der Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) nicht umfassend beurteilt werden (Grotkamp et al., 2012). Kompensationsmechanismen können mit der ICF auf Ebene des Einzelitems nicht klassifiziert werden, sie gehören zur zusammenfassenden Interpretation der erhobenen Einzelbeurteilungen.

Es ist „dem Anwender überlassen, Kodierungsskalen zu entwickeln, welche die positiven Aspekte der Funktionsfähigkeit erfassen“ (ICF, S. 285). In jedem Fall ist bei der Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation darauf zu achten, dass eine angemessene Erfassung bestehender Ressourcen sichergestellt ist. Die ICF bietet dafür eine hinreichende Basis, die mit Blick auf die Abbildung von besonderen Ressourcen und etwaigen Kompensationsmöglichkeiten für Schädigungen/Beeinträchtigungen noch angemessen zu ergänzen ist.

2.4 Überlegungen zur möglichen Ergänzung von Items

Die ICF bietet im Rahmen ihrer bestehenden Systematik bereits jetzt die Möglichkeit, zahlreiche für die Arbeitswelt bedeutsame Aspekte abzubilden. Wie aufgezeigt, reichen die in der ICF in ihrer derzeit gültigen Fassung enthaltenen Items für eine umfassende und detaillierte Beschreibung der Arbeitswelt, der diesbezüglich relevanten Fähigkeiten, Kompetenzen und Kontextfaktoren und ggf. auch bestehenden Schädigungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation noch nicht vollständig aus.

⁶ Nicht zu verwechseln mit dem Umstand, dass man bei einer bestimmten ICF-Kategorie keine – an einer angenommenen Norm gemessene – überdurchschnittliche Funktionsfähigkeit kodieren kann.

KAPITEL 2

Einige in der Arbeitswelt entscheidende Anforderungen, z. B. Arbeitsausdauer, Arbeitstempo, Arbeitsqualität, sind z. B. mit den Items der ICF grundsätzlich nicht ausreichend differenziert erfassbar.

Mit 1424 Items in der Vollversion ist die ICF umfangreich und grundsätzlich umfassend, jedoch nicht für alle Zwecke ausreichend konkret bzw. detailliert. Das war und ist ihren Urhebern bewusst und die WHO lädt alle Nutzer der ICF ein, über eine Internetplattform aktiv die Weiterentwicklung und Ergänzung der ICF durch eigene Vorschläge voranzutreiben (<https://extranet.who.int/icfrevision/nr/loginICF.aspx>).

An dieser Stelle werden mehrere sich ergänzende Vorgehensweise bei der Nutzung der ICF zur Darstellung der Situation eines Menschen in der Arbeitswelt empfohlen. Einerseits sollten Nutzer von der Möglichkeit der eigenständigen Ergänzung der fehlenden Items Gebrauch machen. Die ICF ermöglicht „am Schluss jedes Kapitels“ unter der Kategorie „anders bezeichnet“, „Aspekte der Funktionsfähigkeit zu kodieren, die unter keiner spezifischen Kategorie genannt sind. Wenn „anders bezeichnet“ verwendet wird, dann sollte der Anwender das neue Item in einer zusätzlichen Liste spezifizieren“ (ICF 2005, S. 283). Notwendig ist hier ein pragmatischer Umgang mit der ICF, denn punktuelles Fehlen von Ausdifferenzierungen sollte die prinzipielle Nutzung nicht infrage stellen. Zum anderen sollten diese Ergänzungen wie auch die Ausgestaltung der personbezogenen Faktoren über DIMDI in den Update-Prozess der WHO eingebracht werden.

Kapitel 3

Chancen und Herausforderungen bei der Einbindung der ICF in die berufliche Rehabilitation

In Kapitel 3 wurden die wesentlichen allgemeinen Herausforderungen bei der Nutzung der ICF zur Darstellung der Situation von Personen mit einem Gesundheitsproblem in der Arbeitswelt thematisiert. Darauf aufbauend werden in diesem Kapitel nun die Chancen und Herausforderungen der Nutzung der ICF im Arbeitsalltag der Rehabilitation dargestellt. Einige werden im gesamten Rehabilitationsprozess deutlich (3.1), manche realisieren sich insbesondere in Bezug auf einzelne Phasen bzw. Elemente des Rehabilitationsprozesses (3.2).

3.1 Prozessübergreifende Aspekte bei Nutzung der ICF

Die Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation bietet zahlreiche Chancen zur Verbesserung des gesamten Rehabilitationsprozesses. Allerdings können auch manche besonderen Herausforderungen prozessübergreifend wirksam werden. Die entsprechenden Chancen und Herausforderungen werden in diesem Kapitel behandelt. Es befasst sich mit der Praxistauglichkeit der ICF im Alltag der beruflichen Rehabilitation (3.1.1), den Möglichkeiten zur Verbesserung der berufsgruppenunabhängigen Kommunikation (3.1.2), der Beteiligung des betroffenen Menschen unter Nutzung der ICF (3.1.3), dem Potential der ICF beim Abgleich von Fähigkeiten und Anforderungen (3.1.4) und dem Datenschutz (3.1.5).

3.1.1 Praxistauglichkeit der ICF-Nutzung – Itemauswahl, Begriffsdefinitionen, Beurteilungsmerkmale und -methodik

Ein wesentlicher Aspekt der Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation liegt in der verbesserten Prozesssteuerung, die bisher durch die Verschiedenartigkeit der hier zusammenarbeitenden beruflichen Disziplinen und ihrer Arbeitsmethoden geprägt ist.

Die ICF bietet nun eine berufsgruppenübergreifende bzw. -unabhängige Systematik und Begrifflichkeit, die das interdisziplinäre Arbeiten spürbar erleichtern kann. Voraussetzung dazu ist allerdings ein geeignetes ICF-basiertes Instrumentarium.

In verschiedenen Modell-Projekten haben sich dabei insbesondere drei Herausforderungen herauskristallisiert:

- die Auswahl der passenden (und ggf. – s. o. – noch zu ergänzenden) Items
- die handhabbare Definition bzw. Beschreibung der einzelnen Items
- die Möglichkeiten zur Beurteilung/Kodierung der einzelnen Items

Hinsichtlich der Auswahl von passenden Items besteht mitunter das Missverständnis, dass die 1424 Items der ICF immer vollständig zu prüfen seien, dass sie z. B. die Verwendung sämtlicher möglicher Items verlangt. Vielmehr schlägt der Begleittext der Klassifikation selbst vor, mit einer geeigneten Auswahl von Items zu arbeiten.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind zu diesem Zweck auf wissenschaftlicher Basis eine Reihe sog. „Core-Sets“ entwickelt worden, die jeweils auf konkrete Diagnosen bzw. Schädigungen bezogen sind. Core-Sets sind Listen von ICF-Kategorien, die für die meisten Personen mit einer bestimmten Gesundheitsstörung oder in einer bestimmten Gesundheitssituation relevant sind. Auch für den Bereich der beruflichen Rehabilitation wurde ein Core-Set entwickelt (Core-Set VR), das im Anhang wiedergegeben ist. Dieses Core-Set ist allerdings im Detail nicht unumstritten und enthält zudem nur bereits klassifizierte ICF-Items, so dass die oben aufgezeigten Ergänzungsbedarfe nicht berücksichtigt sind. Mithin stellt das Core-Set VR eine gute Basis zur Nutzung der ICF in der Praxis dar, reicht aber bei isolierter Nutzung nicht aus. Vergleiche im Übrigen die Praxisbeispiele in Kapitel 5.

In Projekte in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation bzw. in Werkstätten für behinderte Menschen wurden (statt der wissenschaftlich an bestimmte Kriterien gebundenen „Core-Sets“) sogenannte ICF-Kurzlisten entwickelt (vgl. dazu Praxisbeispiele in Kap. 5). Dabei konnte gezeigt werden, dass mit den ICF-Kategorien im Gesamt-Aussagewert der Kurzlisten die auch bisher schon zu beurteilenden Aspekte fast vollständig bearbeitet werden können. Hierzu waren jedoch neben der Auswahl der erforderlichen ICF-Kategorien für die Kurzlisten auch weitere adaptierende Arbeiten erforderlich.

Bei Betrachtung der in der ICF enthaltenen „Definitionen“ (Erläuterungen/Beschreibungen) der ICF-Items wurde z. B. in diversen Modellprojekten deutlich, dass viele von ihnen nicht ohne weiteres in der Praxis der beruflichen Rehabilitation nutzbar sind. Sie entsprechen teilweise nicht bei allen hier tätigen Disziplinen dem fachlich erforderlichen Sprachgebrauch oder beinhalten nicht alles, was zu dieser Kategorie erläutert werden sollte. Sie sind mitunter abstrakt oder verwenden Begriffe, die in verschiedenen Disziplinen nicht oder anders verwendet werden (Beispiel auf S. 72 zum Item b1641). Die ICF-Definitionen der Items sind zum Teil mit vielen Fremdwörtern und oft zu knappen Aussagen formuliert und daher für die Praktiker im Rehabilitationsbereich und auch für Rehabilitanden nur schwer zu verstehen.

Daher kann es in diesem Bereich bei Nutzung der ICF erforderlich sein, ergänzend zu den offiziellen Item-Definitionen, eigene, auf die Notwendigkeiten der jeweiligen Institution angepasste Begriffsbeschreibungen im Sinne von „Übersetzungen“ zu entwickeln. Diese sollten sich allerdings in die Systematik der ICF einfügen und insbesondere nicht im Widerspruch zu den offiziellen Begriffsdefinitionen stehen. Dabei sollte die jeweilige Fachlichkeit nicht relativiert werden. Um die ICF für die Praxis im Rehabilitationsbereich für Mitarbeiter und Rehabilitanden anwendbar zu machen, haben bereits verschiedene Einrichtungen für die ICF Definitionen der Items „Übersetzungshilfen“ in Leichter Sprache entworfen. Vergleiche im Übrigen die Praxisbeispiele in Kapitel 5.

Die ICF lässt durch eine einzelne Erhebung zunächst nur eine „Momentaufnahme“ zu. Entwicklungsverläufe lassen sich aber durch Wiederholungen solcher Erhebungen nachverfolgen.

Es wird teilweise dazu übergegangen, statt der offiziellen Kodierungsleitlinien eigene Beurteilungsmerkmale/-skalen anzuwenden. Solange diese nicht zur übrigen Systematik der ICF und deren vorgesehenem Begriffsverständnis in Widerspruch stehen, erscheint dieses Vorgehen grundsätzlich als praktikable Lösung. Dabei ist auf eine Vereinbarkeit zwischen den bei Leistungserbringern angewendeten Kodierungen und den Berichtsanforderungen der Rehabilitationsträger zu achten, um

die Möglichkeiten der ICF zur Verbesserung der interinstitutionellen Kommunikation (siehe Kapitel 3.1.2) nicht zu konterkarieren.

3.1.2 Verbesserte (berufsgruppenunabhängige) Kommunikation in der Rehabilitation mithilfe der ICF

Vereinfachend lässt sich die Zusammenarbeit von Berufsgruppen im Gesundheitswesen in zwei Formen der Kooperation aufteilen: multidisziplinäre und interdisziplinäre Arbeit.

Die multidisziplinäre Arbeit ist dadurch gekennzeichnet, dass die beteiligten Berufsgruppen eine klare Definition ihres Arbeitsfeldes besitzen. Der Austausch mit anderen Berufsgruppen wird über mündliche und schriftliche Mitteilungen durchgeführt. Gelegentlich werden Therapien oder Ziele gemeinsam festgelegt. Der Austausch erfolgt jedoch überwiegend in der eigenen Berufsgruppe.

Kurz gesagt kann man eine Zusammenarbeit „multidisziplinär“ nennen, wenn bei ihr mehrere Disziplinen additiv zusammenwirken, jede der Disziplinen aber ihre eigene Denkweise einbringt (Wille, 2002).

Bei der interdisziplinären Arbeitsweise ist die Abgrenzung der einzelnen Berufsfelder nicht so scharf wie bei multidisziplinärer Arbeit, vielmehr gibt es Übergänge. Der fachliche Austausch findet gleichermaßen zwischen den Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppe statt. Der Austausch ist problemorientiert, d. h. je nach Fragestellung arbeiten verschiedene Berufsgruppen zusammen. Ziele werden gemeinsam formuliert und es wird berufsgruppenübergreifend an ihnen gearbeitet. Dabei wirken mehrere Disziplinen integrativ zusammen. Sie bringen zwar ihre eigenen Denkweisen ein, verfolgen aber ein problembezogenes aggregiertes Management, das den allgemeinen Ansprüchen wissenschaftlicher Rationalität genügt (Wille, 2002).

Sowohl die interdisziplinäre als auch die multidisziplinäre Zusammenarbeit werden im Sinne einer berufsgruppenunabhängigen Kommunikation durch die Nutzung der ICF in der Praxis unterstützt, da sie eine gemeinsame Ordnungssystematik und grundsätzlich auch eine einheitlichere Sprache zur Verfügung stellt, um Leistungen zur „Teilhabe“ weiter zu optimieren.

Diese Vorteile können sich sowohl bei der Kommunikation innerhalb einer Institution der beruflichen Rehabilitation realisieren (intra-institutionelle Kommunikation, z. B. psychologischer Dienst, Ausbildungsleiter) als auch in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen in der beruflichen Rehabilitation relevanten Akteuren/Institutionen (inter-institutionelle Kommunikation, z. B. Sozialdienst einer Akutklinik, behandelnder Arzt, Leistungsträger, Betriebsarzt, berufliche Rehabilitationseinrichtung).

3.1.3 Beteiligung des Rehabilitanden / Selbsteinschätzung

Zentral für die Erreichung von Teilhabezielen ist die Beteiligung des Betroffenen im gesamten Prozess der beruflichen Rehabilitation. Zu diesem Zweck lassen sich die zuvor aufgezeigten Vorteile der ICF-Nutzung in der Kommunikation zwischen den Reha-Fachkräften und grundsätzlich auch in der Kommunikation mit dem Rehabilitanden nutzen. Insbesondere hier kommt allerdings auch die Notwendigkeit einer gut verständlichen Beschreibung einzelner ICF-Items zum Tragen (s. Kapitel 3.1.1).

In der Praxis hat sich als ein Weg zur Beteiligung des Rehabilitanden im Reha-Prozess insbesondere die Anwendung von ICF-basierten (oder zumindest zu deren Systematik passenden) Selbsteinschätzungsinstrumenten bewährt. Die Nutzung von Selbsteinschätzungsinstrumenten sollte eingebunden sein in einen kontinuierlichen Kommunikationsprozess. Dabei wäre es hilfreich, wenn der Rehabilitand die ICF-Systematik auch verstanden hat, z. B. durch die Nutzung entsprechender Informationshilfen. Auch dieser Prozess kann durch die Nutzung der ICF verbessert werden, da Systematik und Sprache auf eine gemeinsame Basis gestellt werden können.

Die Einbindung des Rehabilitanden in ein gemeinsames Verständnis von Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit stellt eine wichtige Grundlage für einen gelingenden Rehabilitationsprozess dar. Durch die sprachliche Struktur der ICF ist diese Beteiligung auch auf der Ebene der Befunderhebung möglich und sinnvoll. In den Begleittexten zur ICF wird von der WHO keiner Berufsgruppe eine herausgehobene Kompetenz zu dieser Tätigkeit zugeschrieben.

Um einen Rehabilitanden auf Item-Ebene adäquat einbinden zu können, ist die Kenntnis des bio-psycho-sozialen Modells der WHO notwendig. Unterschiedliche Strategien sind dazu möglich und werden genutzt. Beispiele dazu:

1. ICF-Rehabilitanden-Broschüre (z. B. bruecke-sh.de: Das Modell der ICF – das trägt Früchte)
2. Strukturierte Reha-Infogruppe, die ein Grundverständnis des bio-psycho-sozialen Modells vermittelt
3. Individuelle Erklärung

Im rehabilitativen Alltag bestehen meist nicht ausreichende Zeitressourcen, das Modell jedem einzelnen Rehabilitanden zu vermitteln. Noch umfangreicher kann der potenzielle Erklärungsaufwand für erhobene Items werden, obwohl gerade eine solche Erhebung eine wichtige Grundlage für eine Verständigung/Vereinbarung bilden kann. Darüber hinaus kann das gemeinsame Besprechen eines ICF-Bogens auch manchmal abweichende Einschätzungen ergeben. Das gemeinsame Erheben von Befunden auf Item-Ebene wird in unterschiedlichen Kontexten auch mit umfangreicheren Kurzlisten, aber bisher nicht durchgängig, genutzt.

Abweichende Einschätzungen von Schädigungen oder Beeinträchtigungen sowie Barrieren und Förderfaktoren können durch den Zusatz subjektiv kenntlich gemacht werden. Unterschiedliche Einschätzung in rehabilitationsrelevanten Items sind dabei keine Störfaktoren, sondern bieten oft einen wichtigen Ansatzpunkt für den Rehabilitationsprozess.

Im Kontext der ICF stellen sich nicht nur Fragen nach Inhalt und Anzahl der eingesetzten Selbsteinschätzungsbögen, sondern auch nach deren Form. Denn die Sprache der ICF ist nicht so ohne weiteres in Selbsteinschätzungsinstrumente zu übernehmen. Wie schon in Abschnitt 3.1.1 erwähnt, ist die Formulierung der Definitionen vieler Items weit entfernt von einem allgemeinen sprachlichen Ausdruck und muss ggf. in ihre Komplexität durch einfachere Formulierungen ersetzt werden. Dies gilt umso mehr dann, wenn es sich um Selbsteinschätzungsbögen handelt, die bei

Rehabilitanden mit kognitiven Beeinträchtigungen verwendet werden sollen. Eine fachkundige Übersetzung in Leichte Sprache⁷ ist hier geboten.

Es gibt bereits Instrumente, die sich diesen Anforderungen gestellt haben, wie MIT (siehe **Abbildung 23**, S. 70).

3.1.4 Möglichkeiten der ICF beim Abgleich von Anforderungen der Arbeitswelt mit den Fähigkeiten von Rehabilitanden

In der beruflichen Rehabilitation kommt es vor allem darauf an, dass das Fähigkeitsprofil des Rehabilitanden und das Anforderungsprofil eines potenziellen Arbeitsplatzes bzw. eines angestrebten Berufsbildes zueinander passen oder einander soweit angenähert werden können, dass eine erfolgreiche (Re)Integration ins Arbeitsleben möglich wird.

Die ICF enthält einige Items, die auch auf dem Arbeitsmarkt/in der Arbeitswelt relevant sind, wie z. B. d160 Aufmerksamkeit fokussieren, d166 Lesen, d177 Entscheidungen treffen, d2400 Mit Verantwortung umgehen, d3600 Telekommunikationsgeräte benutzen. Denkbar ist daher auch, die ICF und ICF-basierte Instrumente zur Systematisierung der Beschreibung von Anforderungen einer Tätigkeit zu verwenden.

Wenn anhand eines ICF-basierten Instrumentes die Fähigkeiten eines Rehabilitanden bereits beurteilt worden sind, kann von den infrage kommenden Arbeitsplätzen ein Anforderungsprofil auf ICF-Basis erstellt werden. Es könnte beispielsweise wie folgt aussehen: d4751 Ein motorisiertes Fahrzeug fahren: Der Arbeitsplatz (z. B. in einem Taxiunternehmen) erfordert, dass der Arbeitnehmer ein motorisiertes Fahrzeug führen kann. Oder d1551 Sich komplexe Fertigkeiten aneignen: Der Arbeitsplatz (z. B. im Handwerksbetrieb) erfordert, dass der Arbeitnehmer bestimmte Handlungen erlernen kann, um Regeln zu folgen sowie die eigenen Bewegungen korrekt aufeinander folgen zu lassen und zu koordinieren, um ein Bauwerkzeug benutzen zu können.

Zur Erstellung entsprechender Fähigkeits- und Anforderungsprofile liegen eine Reihe bereits evaluierter Assessmentinstrumente vor, deren Items sich zu großen Teilen der ICF zuordnen lassen (z. B. MELBA, S. 88 im Anhang).

3.1.5 Datenschutzrechtliche Aspekte der beruflichen Rehabilitation – nicht nur bei Nutzung der ICF

Hintergrund

Personenbezogene⁸ Daten, die bei Verwendung der ICF erhoben, verarbeitet (insbesondere: übermittelt) bzw. anderweitig genutzt werden, unterliegen dem (Sozial-) Datenschutz, vergleiche u. a. §§ 35 SGB I, 67ff. SGB X, §§ 4, 1, 3 BDSG. In der Praxis zeigen sich wiederholt Unsicherheiten, welche konkreten datenschutzrechtlichen Anforderungen bei der Erhebung, Verarbeitung, Nutzung von personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der ICF-Verwendung zu beachten sind.

⁷ Bei Übersetzungen in einfacheren Sprachduktus unter Vermeidung von Fremdworten handelt es sich erst einmal nur um Einfache Sprache. Erst wenn diese Übersetzungen von Experten, d. h. Menschen mit Lernbehinderung geprüft worden sind, erfüllen sie die Kriterien für Leichte Sprache (weitere Hinweise auf www.leichtesprache.org)

⁸ Personenbezogene Daten nach SGB I und X sind nicht identisch mit personenbezogenen Faktoren nach ICF.

Eine spezielle gesetzliche Regelung zur Nutzung der ICF, speziell der Datenerhebung/-übermittlung in Form ihrer Systematik, Begrifflichkeit und Codes ist bisher nicht erfolgt. Die Inhalte der ICF entsprechen allerdings den auch bisher schon erhobenen behinderungsbezogenen, hier speziell Reha-relevanten Inhalten. Sie sind lediglich in einer neuen (internationalen) Systematik dargestellt. Die insoweit bestehenden datenschutzrechtlichen Fragen sind demnach grundsätzlich nicht ICF-spezifisch, sondern betreffen allgemein den Umgang mit personenbezogenen Daten in der Rehabilitation. Nachfolgend werden Maßstäbe des (Sozial-)Datenschutzrechts und einzelne Facetten ihrer Umsetzung in der Reha-Praxis kursorisch dargestellt. Abschließend wird auf ausgewählte Aspekte bei Verwendung der ICF eingegangen.

Rechtliche Grundlagen

In Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) haben die Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 SGB IX die bereichsspezifischen Datenschutzregelungen des Sozialgesetzbuches Zehntes Buch (SGB X), insbesondere die §§ 67 ff. SGB X zu beachten. Zudem finden sich einschlägige Vorschriften in den einzelnen Leistungsgesetzen (z. B. SGB III, V, VI, VII). Für andere Akteure der Rehabilitation (z. B. Leistungserbringer) gelten ggf. darüber hinaus z. B. auch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) oder die Landesdatenschutzgesetze (LDSG) sowie weitere Spezialregelungen. Für Ärzte und andere Berufsgeheimnisträger ist zudem insbesondere § 203 StGB zu beachten.

Datenerhebung

Nach § 67a Abs. 1 Satz 1 SGB X ist die Erhebung von Sozialdaten durch die Sozialleistungsträger zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Dies gilt auch für besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere gesundheitsbezogene Daten (§ 67 Abs. 12 SGB X). Für den Bereich der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs könnte § 10 SGB IX als gesetzlicher Auftrag zur Erhebung von Reha-relevanten Daten verstanden werden. Jedenfalls finden sich einschlägige Regelungen in den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, vergleiche z. B. § 148 SGB VI. Es gilt zudem der Ersterhebungsgrundsatz, d. h. Daten sind vorrangig beim Betroffenen zu erheben, § 67 Abs. 2 S. 1 SGB X, zu den Ausnahmen vergleiche Satz 2 dieser Vorschrift.

In welchem Umfang eine Datenerhebung durch Rehabilitationsträger „erforderlich“ im Sinne der genannten Vorschriften ist, lässt sich nicht abstrakt-generell im Detail festlegen. Maßgeblich ist der Einzelfall unter Beachtung der jeweiligen Reha-bezogenen Aufgabe des handelnden Akteurs. Es sind verschiedene Detail-Auslegungen des unbestimmten Rechtsbegriffes „erforderlich“ denkbar. Jedenfalls sind zumindest solche Daten „erforderlich“, ohne deren Kenntnis eine Aufgabe schlechterdings überhaupt nicht erfüllt werden kann. Nicht „erforderlich“ sind umgekehrt jedenfalls solche Daten, deren Kenntnis für die Erfüllung einer Aufgabe in absehbarer Zeit nicht notwendig ist. Welche Daten demnach erforderlich sind, ist im Einzelfall nicht zuletzt unter Einbeziehung rehabilitationsfachlicher Aspekte zu klären. Hinweise zu den bei Bedarfsfeststellung und Durchführung der Rehabilitation ggf. hilfreichen Informationen können z. B. trägerübergreifenden Standards wie der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ entnommen werden, aber auch fachlichen Maßstäben aus den einzelnen Reha-Trägerbereichen (z. B. die Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit im Bereich der GKV, Leitlinien der DRV für die sozialmedizinische Begutachtung, Reha-Management-Leitfaden der DGUV etc.).

Datenübermittlung

Bei der Übermittlung von Reha-relevanten Daten durch die Rehabilitationsträger gelten in der Regel ähnliche Maßstäbe wie bei der Datenerhebung. Insbesondere ist auch hier nach §§ 67d, 69 SGB X maßgeblich, ob die Übermittlung für die Erfüllung von im Sozialgesetzbuch vorgesehenen Aufgaben (der übermittelnden bzw. der empfangenden Stelle) „erforderlich“ ist, z. B. im Bereich der Bedarfsfeststellung, § 10 SGB IX. Besonderheiten gelten teilweise für die Übermittlung von Daten, die dem Rehabilitationsträger von einem Arzt oder einer anderen der Schweigepflicht nach § 203 StGB unterliegenden Person zur Verfügung gestellt wurden. Insbesondere kann der Rehabilitand hier einer Datenübermittlung ggf. widersprechen, § 76 SGB X.

Einwilligung und Widerruf

Eine Datenerhebung /-übermittlung ist über die genannten Maßstäbe hinaus grundsätzlich zulässig, wenn der Rehabilitand einwilligt. Der Rehabilitand kann eine ggf. erteilte Einwilligung in eine Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung widerrufen, er bleibt „Herr seiner Daten“. Beim Einwilligungswiderruf bzw. beim Widerspruch gegen eine Datenübermittlung stellen sich ggf. Fragen bezüglich der Mitwirkungspflichten im Sinne von § 60 ff. SGB I.

Datenschutz bei Einbindung von Leistungserbringern

Leistungserbringer, wie z. B. Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation nach § 35 SGB IX, können den Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) unterliegen (Ausnahme: Integrationsfachdienste, für diese gelten die Regelungen der §§ 67 f. f. SGB X unmittelbar, vergleiche § 35 Abs. 1 SGB I). Die Leistungserbringer führen mit der Rehabilitationsleistung allerdings Aufgaben der Rehabilitationsträger durch, § 17 SGB IX. Ob und inwieweit in dem zwischen dem jeweiligen Leistungserbringer und beauftragendem Rehabilitationsträger bestehenden Rechtsverhältnis die Vorschriften der §§ 67a ff. SGB IX bzw. § 80 oder § 97 SGB X anzuwenden sind, ist im Einzelnen noch nicht abschließend geklärt. Grundsätzlich sind die Rehabilitationseinrichtungen jedenfalls bei Vorliegen der in § 100 Abs. 1 SGB X genannten Voraussetzungen – Erforderlichkeit und a) Einwilligung oder b) gesetzliche Zulassung – gegenüber den entsprechenden Rehabilitationsträgern zur Auskunft verpflichtet. Fragen im Zusammenhang mit der Einbeziehung weiterer Akteure (z. B. Arbeitgeber, behandelnde Ärzte etc.) bleiben an dieser Stelle außer Betracht.

Derzeitige Umsetzung in der Praxis

In der Praxis lässt der zuständige Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX den Versicherten oft bereits im Antragsverfahren das Einverständnis mit der Datenverarbeitung erklären, auch in Bezug auf die während einer Reha-Maßnahme durch den Leistungserbringer erhobenen Daten (§ 67b Abs. 2 SGB X). Mit dem Leistungserbringer werden entsprechende Verträge zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen abgeschlossen. Der Rehabilitationsträger kann dann während und nach der gesamten Maßnahme oft – in den oben dargestellten Grenzen (Aufgabe, Erforderlichkeit, ggf. Einwilligung/kein Widerspruch) – über die im Zusammenhang mit der Reha-Durchführung erhobenen und verarbeiteten Daten verfügen.

Besondere Aspekte bei der Verwendung der ICF

Die Verwendung der ICF ist vorgesehen bei Personen mit Gesundheitsproblemen. Nach § 67 Abs. 12 SGB X zählen zu den „besonderen Arten personenbezogener Daten“ die „Gesundheitsdaten“ einer Person. Die ICF differenziert im Sinne der Datenschutzbestimmungen nicht nach bestimmten Arten von personenbezogenen Daten, die Items betreffen aber offenkundig überwiegend Gesundheitsdaten. Somit sind die von den Items erfassten Daten am ehesten insgesamt den „Gesundheitsdaten“ nach § 67 Abs. 12 SGB X zuzuordnen. Daten, die mit Codes, Begriffen oder Text der ICF erhoben wurden, stellen in der Regel zunächst – im medizinischen Sprachgebrauch – „Befunde“ dar und sollten entsprechend verwendet werden. Damit entsprechen sie anderen Erhebungs-, Untersuchungs- oder Assessment-Daten. Ihre schriftliche oder DV-gestützte Interpretation (z. B. in bewertenden Texten oder halbautomatisierten Steuerungs- und Planungsinstrumenten) ist gesondert zu betrachten.

Aus der Tatsache allein, dass bestimmte Daten in der ICF klassifiziert sind, kann nicht abgeleitet werden, dass diese Daten auch für die Aufgabenerfüllung in der Rehabilitation immer „erforderlich“ und eine entsprechende Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung deshalb zulässig wären. Allerdings kann die Nutzung der ICF möglicherweise eine gedankliche Stütze dafür bieten, welche Informationen im Reha-Kontext potentiell relevant sein können. Entsprechend kann sie ggf. die Prüfung, welche Daten im jeweiligen Einzelfall erforderlich sein könnten, unterstützen, nicht aber die Prüfungsinhalte vorgeben oder sie ersetzen.

Personbezogene Kontextfaktoren im Sinne der ICF können bereits wegen Zugehörigkeit zum höchst-persönlichen Lebensbereich besonders schutzwürdig sein. Entsprechend ist insbesondere bei der Erhebung solcher Daten genau zu prüfen, ob diese Daten für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich sind bzw. ob ggf. schutzwürdige Interessen des Betroffenen einer Erhebung/Übermittlung entgegenstehen (vgl. z. B. § 67a Abs. 2 S. 2 Nr. 1 lit. c) SGB X).

3.2 Einbindung der ICF in einzelne Prozessphasen der beruflichen Rehabilitation

Im Rehabilitationsprozess können je nach konkretem Zusammenhang und Perspektive der Beteiligten unterschiedliche Prozessphasen unterschieden werden. Zudem sind abhängig vom jeweiligen Kontext manche phasenübergreifenden Elemente des Rehabilitationsprozesses von besonderer Bedeutung, z. B. die Bedarfserkennung oder auch die Teilhabeplanung. Nachfolgend wird die Nutzung der ICF in aus Sicht der Autoren besonders relevanten Prozessphasen bzw. -elementen der beruflichen Rehabilitation näher dargestellt. Die Auswahl erfolgte im Schwerpunkt aus Perspektive der Leistungserbringer, zum trägerübergreifenden Verständnis des Reha-Prozesses vergleiche die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“. Basis sind die in den Kapiteln 3 und 4.1 dargestellten allgemeinen Erwägungen zum Nutzen der ICF in der beruflichen Rehabilitation.

3.2.1 ICF bei der Bedarfserkennung

Der Rehabilitationsprozess im umfassenden Sinne beginnt mit der Erkennung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Da die Erkennung eines Rehabilitationsbedarfes oft die nachfolgenden Schritte des Rehabilitationsprozesses prägt, kann die Nutzung der ICF bereits von Beginn an eine gute Basis für die anschließenden Handlungsschritte darstellen.

Die Bedarfserkennung kann durch verschiedene Akteure erfolgen, so z. B. durch den Arbeitgeber, (Förder-)Schulen, den Betriebsarzt, Rehabilitationsträger und Leistungserbringer der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation, den behandelnden Arzt, das Krankenhaus, etc. Die Akteure, die einen möglichen Bedarf erkennen können, sind in den nachfolgenden Prozessschritten, z. B. bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur zum Teil noch mitwirkend. Informationsverluste und Missverständnisse können entstehen. Hier kann die ICF eine Basis dafür schaffen, dass sich die Beteiligten von Anfang an in den Grundzügen auf eine gemeinsame Sprache und Systematik verständigen und die Bedarfe für alle Beteiligten schneller transparent werden. Missverständnisse und Informationsverluste können so zwar nicht ausgeschlossen, aber reduziert werden.

Wie in den Kapiteln 3 und 4.1 aufgezeigt, können nicht alle für die berufliche Rehabilitation relevanten Aspekte der Lebenssituation des Einzelnen mithilfe der ICF vollständig abgebildet werden. Entscheidend dürfte vielmehr sein, in der Praxis eingesetzte und bewährte Instrumente der Bedarfserkennung bzw. deren mögliche Ergebnisse anhand der ICF-Systematik zu strukturieren, um so die damit gewonnen Erkenntnisse nahtlos für den weiteren Prozess nutzbar zu machen.

3.2.2 ICF bei der Bedarfsfeststellung / „Statuserhebung“

Die Bedarfsfeststellung bzw. Statuserhebung dient dazu, mehr Klarheit über die konkreten Hilfebedarfe eines Menschen mit (drohender) Behinderung zu erhalten.

Die Leistungsentscheidung eines Rehabilitationsträgers erfolgt auf Grundlage einer Bedarfsfeststellung, sie gibt die Richtung für die ggf. erforderliche Teilhabeplanung unter Einbezug anderer Akteure vor. Im Bereich der Leistungserbringer werden ggf. ergänzend zu einer durch den Leistungsträger durchgeführten Bedarfsfeststellung Einzelheiten der möglichen Leistungsziele und -inhalte auf Basis einer „Statuserhebung“ ermittelt.

Die Nutzung der ICF bei der Bedarfsfeststellung wird teilweise wegen der in den Kapiteln 3 und 4.1 aufgezeigten Unvollständigkeiten mit Blick auf die Arbeitswelt kritisch betrachtet. Aus Sicht der Autoren überwiegt jedoch der Nutzen bei Einsatz passender und ggf. ergänzender anderer Instrumente (z. B. MELBA, hamet 2, vgl. Anhang). Festzuhalten ist, dass eine Bedarfsfeststellung allein unter Nutzung der ICF nicht möglich ist. Allerdings bietet eine einheitliche Systematik auf Grundlage der ICF-Struktur einen wesentlichen Vorteil gegenüber der Ist-Situation. Im Bereich der Bedarfserkennung und -feststellung in der beruflichen Rehabilitation werden an die 400 verschiedene Verfahren bzw. Instrumente mit unterschiedlichen Systematiken eingesetzt. Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz hat in ihren Beschlüssen zur Reform der Eingliederungshilfe darauf verwiesen, dass Verfahren zur Bedarfsermittlung bestimmte Kriterien erfüllen müssen, die in einer Empfehlung des Deutschen Vereins aufgezählt werden. Als ein Merkmal wird u. a. die ICF aufgeführt. Die mithilfe der ICF-Struktur mögliche einheitliche Systematik erleichtert bei entsprechender Information auch und vor allem schneller Transparenz gegenüber dem Betroffenen herzustellen. Zudem kann sie das Risiko verringern, dass Zufälligkeiten und ungewollte Diskriminierung bei der Leistungsentscheidung allein aufgrund der Instrumentenwahl bei der Bedarfsfeststellung entstehen.

3.2.3 ICF bei der Planung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Der Teilhabebegriff der Sozialgesetzbücher geht auf den Begriff „Partizipation“ des bio-psycho-sozialen Modells der WHO zurück. Für die Teilhabeplanung werden diverse Hilfeplaninstrumente und Systematiken genutzt, deren gemeinsame Elemente die Teilhabeorientierung im individuellen Fall, die Person(en)orientierung, die Prozessorientierung und die Beteiligung der betroffenen Menschen darstellen.

Die ICF bietet auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells der WHO eine gute Möglichkeit, Teilhabebeeinträchtigung bei bestehenden Gesundheitsproblemen zu verstehen und zu beschreiben. Für eine Teilhabeplanung könnten in einer ersten Näherung die benannten Teilhabeziele des Betroffenen ausreichend erscheinen, denn sie stellen die Grundlage für ein entsprechend ausgelöstes Leistungsrecht dar. Ein hinreichend umfassendes Verständnis der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF liefert eine nachvollziehbare Grundlage, um den Zusammenhang zwischen Gesundheitsproblem und Teilhabebeeinträchtigung darzustellen und passende bzw. behinderungsgerechte Hilfen ermöglichen zu können.

Bei der Nutzung der ICF kann man unterschiedliche Ebenen unterscheiden:

1. Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells → Teilhabeorientierung, Konvention im Modell
2. ICF als gemeinsame Sprachgrundlage zwischen den Beteiligten → Sprachkonvention
3. ICF (z. B. als Kurzliste) als Standard in der Hilfe-(Teilhabe-)planung für an der Rehabilitation beteiligte Berufsgruppen/Tätige: es ist geklärt, welche Items mit in die Überlegungen einbezogen werden müssen → Transparenz und Standard in der Datenerhebung
4. ICF als Grundlage für die Beschreibung des Teilhabeproblems/Reha-Hypothese/Problemereichs → funktionaler individueller Befund

(1.) und (2.) sind Voraussetzungen für eine sinnvolle Nutzung der ICF in Diensten und bei Dienstleistungen, bei denen unterschiedliche Personen oder/und Berufsgruppen beteiligt sind.

Der 3. Schritt stellt einen Standard in der Erhebung von Befunden dar. Wichtig dabei: Es ist für sich allein genommen nicht ausreichend, diesen Schritt als teilhabeorientierte Umsetzung bzw. Nutzung der ICF zu bezeichnen. Denn der Mensch ist nicht als die Summe seiner Funktionsschädigungen und Aktivitätsbeeinträchtigungen in einem bestimmten Kontext zu sehen. Die Fragestellung muss vielmehr lauten: Welche Strukturen und Funktionen und welche Aktivitäten bedingen in welchem Kontext, dass ein Mensch eine Teilhabebeeinträchtigung hat. Erst dieser 4. Schritt ermöglicht es, das bio-psycho-soziale Modell im individuellen Fall sinnvoll zu nutzen. Dieses Vorgehen ist nicht nur in der beruflichen Rehabilitation zu fordern, aber besonders dort wichtig, da der Bedeutung der arbeitsbezogenen Umwelt ein hoher Stellenwert zukommt.

3.2.4 ICF in der Dokumentation

Die ICF und ICF-basierte Instrumente können für Dokumentationszwecke genutzt werden, also für die Erschließung, Zusammenstellung, Ordnung und Nutzbarmachung von Informationen zur weiteren Verwendung. Einige wichtige Qualitätsmerkmale von Dokumentation sind Vollständigkeit, Übersichtlichkeit, Verständlichkeit, Strukturiertheit, Korrektheit, Editierbarkeit, Nachvollziehbarkeit, Integrität/Authentizität (z. B. Änderungshistorie) und Objektivität (siehe DVfR, 2009).

Die ICF kann den Rahmen bieten von der Informationserschließung bis zur Nutzbarmachung von Informationen. Sie bietet die Möglichkeit, viele verschiedene Informationen strukturiert und nachvollziehbar zu ordnen und z. B. für Zielvereinbarungen, Hilfeplanungen nutzbar zu machen. ICF-basierte Instrumente können zur internen Dokumentation von Fähigkeiten in den Bereichen Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation und den Förderfaktoren oder Barrieren, die die Kontextfaktoren darstellen können, genutzt werden.

Anhand eines ICF-basierten Kerndatensatzes für den Bereich Arbeit werden beispielsweise von einem Rehabilitanden in der WfbM durch einen Mitarbeiter Fähigkeiten und Barrieren eingeschätzt (Fremdeinschätzung). Der Rehabilitand schätzt seine Fähigkeiten bzw. vorhandene Förderfaktoren oder Barrieren ebenfalls anhand des Instrumentes selbst ein (Selbsteinschätzung). Dies kann EDV-gestützt oder in Papierform geschehen. Auf Grundlage dieser beiden Erhebungen kann gemeinsam eine Teilhabezielvereinbarung ICF-basiert für den Rehabilitanden entwickelt und dokumentiert werden. So sind vorhandene Informationen strukturiert und auch – mit Einwilligung des Betroffenen im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben – für andere Akteure innerhalb einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation, z. B. für den Gruppenleiter, Sozialen Dienst oder für Vertretungssituationen nutzbar.

Diese Dokumentation sorgt gegenüber dem Rehabilitanden, ggf. anderen berechtigten Personen (z. B. rechtlicher Betreuer) und anderen beteiligten Mitarbeitern für Qualität, basierend auf Transparenz bei der Teilhabeplanung, Nachvollziehbarkeit von Maßnahmen und Bereitschaft zur Mitarbeit am Teilhabeziel.

Werden die entsprechenden Befunde über einen Zeitraum von mehreren Jahren erhoben, dienen sie auch als Verlaufsdokumentation und machen die Entwicklung des Rehabilitanden deutlich. Besonders für die interne Dokumentation und den Austausch von Kollegen untereinander sind eine einheitliche Sprache und ein schnelles und sicheres Auffinden von Informationen, wie sie die ICF als Klassifikation bietet, unabdingbar.

Eine ICF-basierte Dokumentation kann aber nicht nur intern, sondern auch – mit Einwilligung des Betroffenen bzw. im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben – nach außen und interdisziplinär transferiert werden. In der Praxis wird bereits teilweise so vorgegangen, so z. B. im Rahmen des MIT-Verfahrens der WfbM (Kapitel 4.6). So können die Berichte, die an den Leistungsträger übermittelt werden, anhand der Dokumentation erstellt werden. Eine Herausforderung stellt dabei allerdings die Anpassung an die – teilweise erheblich voneinander abweichenden – Berichtsformate der Leistungsträger dar.

3.2.5 ICF in der Leistungssteuerung/Teilhabemanagement

Die Potentiale der ICF in der Prozess- und Maßnahmensteuerung

Wie schon in den Ausführungen zur Verbesserung der teaminternen Kommunikation (siehe Kapitel 3.1.2) dargestellt, kann der Einsatz der ICF die Strukturierung von Kommunikationsprozessen in multidisziplinären Teams durch die gemeinsame Sprache entscheidend verbessern. Damit sind ihre Potentiale jedoch keineswegs ausgeschöpft: Die Kodierung aller Items mit ihren alphanumerischen Codes erlaubt eine EDV-gestützte Aufbereitung ihres Einsatzes. Bei entsprechender Einarbeitung in eine Datenbank sind die Erhebung der Fähigkeiten und Einschränkungen und deren Gegenüberstellung zu verschiedenen Zeitpunkten des Rehabilitationsprozesses leichter möglich. In diesem Zusammenhang ist neben der datentechnischen Eingabe die visuell-grafische Darstellung der Erhebungen für die Maßnahmenplanung sinnvoll. Grafische Darstellungen z. B. in Form von Diagrammen und/oder farbige Hervorhebungen ermöglichen zunächst einen kompakten Überblick über das Ergebnis des Screenings und tragen damit für die Teilnehmer zu einer erhöhten Transparenz bei. Die Mitarbeiter können gleichzeitig die notwendigen Trainingsmaßnahmen leicht ableiten und begründen. Die Verknüpfung mit entsprechenden Verwaltungsprogrammen erlaubt eine effiziente Maßnahmensteuerung im individuellen Trainingsprozess der Teilnehmer.

Im weiteren Trainingsprozess können in regelmäßigen Gesprächen mit dem Teilnehmer die Entwicklungsfortschritte reflektiert und ggf. der Maßnahmenplan angepasst oder erweitert werden. Bei Übergängen innerhalb des Maßnahmeverlaufs (z. B. von der Trainings- zur Praktikumsphase) können ggf. noch einmal die Ergebnisse der vorigen Erhebung evaluiert und Veränderungen dokumentiert werden.

Die gemachten Entwicklungsschritte sind für die Teilnehmer gut nachzuvollziehen und gleichzeitig werden bestehende Veränderungspotentiale leichter erkannt. In Absprache mit dem Teilnehmer können nun Maßnahmen durch die Mitarbeiter abgesetzt bzw. im Hinblick auf den weiteren Maßnahmeverlauf aufgenommen werden. Bei Abschluss der Maßnahme wird für den Leistungsträger zusammenfassend ein schriftlicher Bericht auf Basis dieser Prozessdokumentation erstellt.

Kapitel 4

Anwendungsbeispiele für eine ICF-Nutzung im Bereich der Beruflichen Rehabilitation

In den vorhergehenden Kapiteln wurden allgemeine Aspekte der ICF, die Herausforderungen bei ihrer Nutzung zur Darstellung der Situation eines Menschen in der Arbeitswelt sowie die Chancen und Möglichkeiten bei ihrer Einbindung in den Arbeitsalltag der beruflichen Rehabilitation herausgearbeitet. Wie die dabei aufgezeigten Aspekte, Chancen und Herausforderungen in der Praxis umgesetzt werden, demonstrieren die in diesem Kapitel vorgestellten Beispiele der ICF-Nutzung in verschiedenen Institutionen bzw. Rahmenbedingungen der beruflichen Rehabilitation. Dabei wird nicht der Anspruch erhoben, die Vielgestaltigkeit der beruflichen Rehabilitation repräsentativ abzubilden. Die Beispiele stellen auch keine Empfehlung dar, sie in vergleichbaren Rahmenbedingungen/Institutionen uneingeschränkt ebenso umzusetzen. Sie sind eine aus verschiedenen, auch entwicklungshistorischen Gründen getroffene Auswahl und dienen allein zu Anschauungszwecken. Sie sollen die mit der beruflichen Rehabilitation befassten Leser einladen, Ideen zu Lösungen für die eigenen Arbeitskontexte zu entwickeln. Auf das im Anhang wiedergegebene Core-Set VR der ICF Research Branch wird erneut verwiesen.

Die Beispiele zeigen u. a., dass nicht zuletzt aus den Bedingungen vor Ort sehr unterschiedliche Herangehensweisen und Implementierungs-Abläufe resultierten. Ein Teil der Projekte wurde wissenschaftlich begleitet.

Als wesentliche Elemente der Durchführung zeigten sich u. a.

- die Rücksichtnahme auf das laufende Tagesgeschäft in der Einrichtung,
- die intensive und mehrstufige Schulung der Mitarbeiter,
- die Einhaltung der Praxisnähe durch engmaschige Rückmeldungen seitens der Beteiligten,
- (teilweise begrenzte) Möglichkeiten der vorhandenen EDV-Strukturen/-Ressourcen,
- Beachtung der besonderen betrieblichen Bedingungen (Komplex-Einrichtung oder nicht),
- erhebliche Zeitbedarfe und mehrjährige Implementierung (3-5 Jahre).

Als problematisch einerseits und als Chance andererseits war der Umstand begleitend, dass es für die Richtigkeit oder Fehlerhaftigkeit der methodischen Entscheidungen niemanden gab, der als Entscheider hätte fungieren wollen oder können, da die Nutzung der ICF in diesem Arbeitsfeld absolutes Neuland war.

Überwiegend gemeinsame Elemente der Projekt-Ergebnisse sind

- ein tabellarischer Auszug aus der ICF (Kurzlisten verschiedener Item-Auswahl und Länge) unter dem Ordnungsprinzip der Komponenten-Systematik,
- Darstellung der Codes gemäß der ICF (z. B. b117) in der Tabelle/Liste als unverzichtbares Zuordnungs-Element zur offiziellen ICF,

- überwiegend Gebrauch des Original-Begriffs des ICF-Items – zugeordnet dem alphanumerischen Code,
- an die Fachsprache der Einrichtung adaptierte Begriffserläuterungen der Items.

Unterschiede zeigten sich:

- in der Zahl der in der Kurzliste benutzten Items,
- in der Art der grafischen Darstellung (teils mit Kapitel-Nennung, teils ohne),
- in den adaptierten Erläuterungstexten,
- in der angewandten Beurteilungs-Methodik („Alternativ-Kodierung“),
- in der Nutzbarkeit für einen oder mehrere Reha-Sektoren (z. B. BBW und/oder WfbM),
- Fremdbeurteilung vs. Eigenbeurteilung,
- Vernetzung mit und Schulung von Mitarbeitern der Leistungsträger.

In der folgenden Darstellung der Projekt-Systeme (jeweils Einzel-Status einer Person) werden die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede z. T. deutlich. Es würde den Rahmen des Praxisleitfadens sprengen, hier zu sehr in die Details zu gehen. Nähere Informationen sind bei den Autoren abrufbar.

4.1 Vorgehen in den Häusern am Latterbach

(Reha-Zentrum mit Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation für Menschen mit seelischer Erkrankung)

Entwicklung

Seit 1998 ist die Anwendung einer ICIDH-2-Kurzliste (ICIDH ist die Vorläuferversion der ICF) als Grundlage für die Rehabilitationsplanung Standard in der medizinischen Rehabilitation. Die Umstellung auf ICF erfolgte 2004. In den Jahren 2003-2004 wurde in einem zweistufigen Delphi-Verfahren ein RPK-Core-set im Rahmen der BAG RPK entwickelt; innerhalb der RPKs (Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen) besteht jedoch keine einheitliche Anwendung und nach 2004 keine BAG-weite Weiterentwicklung des **Core-sets**, das heute Kurzliste genannt wird (nur ca. 30-50 % der RPKs nutzen eine entsprechende Kurzliste oder eine individuelle Anpassung).

Für die medizinische Rehabilitation (Erwachsene und Jugendliche) sowie 2 RPKs in Herzogsägmühle und Landsberg erfolgten 2007 und 2011 Revisionen der ICF-Kurzliste (Anpassung der Itemauswahl und Integration von personbezogenen Faktoren).

Vorgehen

Nach einer diagnostischen Phase werden die erhobenen Befunde in den Kategorien einer ICF-Kurzliste RPK aus den unterschiedlichen Berufsgruppen zusammengetragen. Diese Sammlung dient in erster Linie einer Komplettierung der Befunde, da die einzelnen beteiligten Berufsgruppen (Medizin, Wohnbereich, Arbeitsbereich etc.) immer nur ihre berufsgruppenbezogenen Aspekte

betrachten. Befunde können aus gezielten Befragungen, Verhaltensbeobachtungen oder anderen speziellen Assessments resultieren.

In dem folgenden zentralen Schritt der Reha-Planung wird für die vom Rehabilitanden (oder vom Leistungsträger oder von anderen Interessensgruppen) benannten Teilhabebereiche je eine Reha-bilitationshypothese (Bedingungsgefüge im bio-psycho-sozialen Modell der WHO) erstellt. Hierzu werden die wesentlichen (und nicht alle möglichen) Aktivitäten, Funktion und Strukturen sowie Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren zusammengetragen und als Rehabilitationshy-pothese ausformuliert (Vorgabe in Herzogsägmühle: nicht mehr als 6 Items pro Reha-Hypothese). Die Identifikation der Items erfolgt auf der Itemstruktur der ICF. Für die Rehabilitationshypothe-se wird jedoch eine Textform gewählt, die die beeinträchtigte Funktionsfähigkeit als Hypothese beschreibt, dabei aber nicht zwingend die Worte der ICF nutzt, denn in diesem Punkt steht das individuelle Verständnis mit seinen Besonderheiten im Vordergrund. Diese Rehabilitationshypothe-se wird so formuliert, dass sie vom Rehabilitanden geteilt und verstanden wird, vom Therapeuten als Grundlage für seine Maßnahmen genutzt werden kann und von einem externen Gutachter als Grundlage für beantragte Leistungen herangezogen werden kann.

Die sich anschließende Teilhabepanung an sich hat dann direkt mit der ICF nichts zu tun, da die ICF kein Instrument zur Hilfeplanung ist. Eine auf Basis der ICF formulierte Rehabilitationshypothe-se macht aber deutlich, auf welchem Weg die benannten Teilhabeziele erreicht werden können. Sie regt also zur Bildung von Unterzielen und zu indikationsspezifischen Therapien und Maßnah-men an.

Zwei Beispiele für den Zusammenhang zwischen ICF-Verständnis und der Grundlage für die Re-habilitationsplanung:

Teilhabeziel: Erstausbildung, in beiden Fällen erhebliche Beeinträchtigung der Teilhabe an Bildung und Ausbildung (d8).

Beispiel 1

Konstellation A: *Ein Mensch mit einer Schizophrenie, der in der Aktivität der Körperpflege (d510) aufgrund einer geschädigten Energie (b1300) und Wahrnehmung (b156) beeinträchtigt ist und bei dem deshalb eine berufliche Ausbildung zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist.*

Konstellation B: *Ein Mensch mit einer impulsiven Persönlichkeitsstörung, der die Hauptproble-matik im Umgang mit Kritik (d7103) und den informellen Beziehungen (d750) mit Kollegen bei geschädigter Funktion der Emotionen (b1521) und der Impuls-kontrolle (b1304) hat.*

Es wird deutlich, dass in Konstellation A eine andere Hilfe-(Teilhabe-)planung benötigt wird als in Konstellation B.

Persönliche Einstellungen zu Arbeit, weitere personbezogene Faktoren und Umweltfaktoren sind in diesem Zusammenhang als spezieller Kontext stets zu berücksichtigen.

Beispiel 2

aus der Rehabilitationsplanung (medizinische) Langzeit-Reha/RPK, Häuser am Lat-terbach:

Bereich Arbeit: Frau K. war als Arzthelferin tätig, dies auch noch Jahre nach der Erstmanifestation einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Der Arbeitsumfang (nach der Ausbildung 50 %) nahm im weiteren Verlauf wegen Überlastung immer weiter ab, 4 Monate vor Beginn der Reha wurde das Arbeitsverhältnis beendet. Eine Reintegrationsmaßnahme im bfz scheiterte, da Frau K. hier mit der großen Gruppe überfordert war und die Maßnahme nach kurzer Zeit abbrach.

Folgende Items wurden als wichtig für die Reha-Hypothese benannt:

- b140.2 Funktionen der Aufmerksamkeit*
- b1643.3 kognitive Flexibilität*
- d850.3 Teilzeitbeschäftigung (bezahlte Tätigkeit)*
- d240.3 mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen*
- d7200.2 Beziehungen eingehen*
- „i+2“ Einstellung zu Arbeit⁹*

Problembeschreibung (einschließlich Rehabilitationshypothese):

Eine dauerhafte berufliche Einbindung war aufgrund von Überforderung (kognitive Einschränkungen) und Verminderung der sozialen Fähigkeiten nicht mehr gegeben. Bei einem bestehenden Wunsch nach finanzieller Eigenständigkeit und Arbeit fehlt bisher die Auseinandersetzung mit ihren Stärken und Schwächen, um eine adäquate Integration auf einem Arbeitsplatz zu ermöglichen.

Die Reha-Hypothese liefert die Grundlage für die konkrete Reha-Planung. Den Zielkorridor (Teilhabebereich) hat die Rehabilitandin benannt, er wird vom Reha-Team geteilt.

Ziele: Teilhabe am Arbeitsleben; Erkennen der Belastbarkeitsgrenzen; Reflexion der eigenen Leistungsfähigkeit; Arbeitsbezogene Bewältigungsstrategien; Berufliche Perspektive.

Maßnahmen: Allgemeines Arbeitstraining (Ergo Gruppe); Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung (Ergo); für den weiteren Verlauf vorzumerken: Berufliche Reha-Info-Gruppe (BRIG); Beratung im Rahmen der klinischen Sozialarbeit (Sozio); Arbeits- und Belastungserprobung (intern/extern).

⁹ „i“ steht hier als Präfix für Personbezogene Faktoren (individuell), ist aber keine (!) WHO-Kennzeichnung (siehe auch Grotkamp et al, 2012).

Fazit:

Als äußerst hilfreich für eine zielgeleitete Rehabilitation haben sich die bereits oft beschriebenen Effekte der gemeinsamen Sprache, des Teilhabebezugs und der nachvollziehbaren Rehabilitationsgrundlage erwiesen. Gleiches gilt für die konsequente und standardisierte Anwendung der ICF in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation mit der Fokussierung auf ein von allen beteiligten Berufsgruppen und dem Rehabilitanden getragenes Verständnis der Funktionsfähigkeit und deren Beeinträchtigung.

4.2 Vorgehen im Berufsförderungswerk Nürnberg

Ausgangspunkt: Das mit der bewilligten Maßnahmeart grundsätzlich definierte Teilhabeziel

Das Teilhabeziel ergibt sich zunächst über die durch den Rehabilitationsträger bewilligte Maßnahmeart. In den nachfolgenden Beispielen wird bzgl. der Maßnahmeart von einer zweijährigen überbetrieblichen beruflichen Umschulung auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes im Reha-Zentrum des Berufsförderungswerks ausgegangen, ergänzt mit einem vorgeschalteten 3-monatigen Reha-Vorbereitungskurs. Zur Realisierung einer individuellen und zielgerichteten Erreichung des Teilhabeziels wurde für die prozessbegleitende Maßnahmesteuerung eine sog. Profiling-Konzeption erarbeitet, anhand derer hier die Möglichkeit einer ICF-orientierten Teilhabeplanung vorgestellt wird.

Optional vorgelagerter Schritt: Erfassung des kognitiven Leistungsbildes

Bei einer überwiegenden Anzahl der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird das Berufsförderungswerk vorab mit einer Reha-Assessment®-Maßnahme beauftragt. Diese dient in der Regel dazu, die individuellen Fähigkeiten und Neigungen des Rehabilitanden/der Rehabilitandin festzustellen und damit dem Leistungsträger und dem/der Leistungsberechtigten eine möglichst abgesicherte Rehabilitationsempfehlung geben zu können. Wenn eine Überprüfung im Rahmen des Reha-Assessments durchgeführt wurde und es tatsächlich zur Aufnahme einer Qualifizierungsmaßnahme im Berufsförderungswerk kommt, werden die festgestellten Ergebnisse des kognitiven Leistungsbildes in die Teilhabeplanung übernommen. Diese Erhebung erfolgt immer im Hinblick auf das mit der Maßnahmebewilligung bereits konkretisierte Maßnahmeziel.

KAPITEL 4

Beispiel:

Qualifizierung zum Industriekaufmann und entsprechende Integration auf dem Arbeitsmarkt; Screenshot der Datenerfassung in der haus-eigenen Softwareanwendung (**Abbildung 7**).

Abbildung 7: Datenerfassung zum „Kognitiven Leistungsbild“

Kognitives Leistungsbild

	Vergleichswerte	Einschätzung	
	Soll	Ist	Entwicklungsbedarf
Allg. Intellekt. Leistungsvermögen	3	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Sprachgebundenes Denken	3	<input type="radio"/> k.A. <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Zahlgebundenes Denken	3	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/> Ja
Schlussfolgerndes Denken	3	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Räumliches Denken	5	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Merkfähigkeit	3	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 6	<input type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/> Ja
Konzentration	3	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Lernen	3	<input checked="" type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Textverständnis	3	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Schriftlicher Ausdruck	3	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/> Ja
Rechtschreibung	3	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/> Ja
Angewandtes Rechnen	2	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 6	<input type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/> Ja
Technisches Verständnis	4	<input checked="" type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Kaufmännisches Verständnis	3	<input type="radio"/> k.A. <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Bemerkungen	<div> <p>Das Assessment hat keine volle Eignung für den Beruf des IK ausgesprochen.</p> <p>Die schulischen Grundlagen, insbesondere die Anwendung der Rechenregeln, müssen im RV aufgefrischt werden. Auch die deutlich unterdurchschnittliche Merkfähigkeit bedarf eines intensiven Trainings. Herr XX sollte darüber hinaus seinen schriftl. Ausdruck (Grammatik) verbessern.</p> </div>		

Der in der Spalte angegebene „Soll-Wert“ ist berufsbezogen (hier: Industriekaufmann/Industriekauffrau) und beruht auf einer umfassenden Analyse der unter Berufsbildungs- und Arbeitsmarktgesichtspunkten relevanten Anforderungen. Unter der Annahme, dass sich der Rehabilitand/die Rehabilitandin in einem „Entwicklungs- bzw. Lernstadium“ befindet, sind die Soll-Werte ausschließlich als Richtgrößen zur Orientierung und Förderbedarfsplanung zu verstehen. Hat ein Rehabilitand/eine Rehabilitandin einen negativ abweichenden Ist-Wert (s. im Beispiel u. a. „Schriftlicher Ausdruck“,) gilt dies als Entwicklungs- und Förderauftrag für die anschließende Maßnahmedurchführung (im Beispiel: gezieltes Training im Reha-Vorbereitungskurs). Liegt der Ist-Wert über dem Soll-Wert, gilt dies als Ressource zur Erreichung des Teilhabeziels.

KAPITEL 4

Für jedes der im Beispiel angegebenen Merkmale (z. B. „Allgemeines Intellektuelles Leistungsvermögen“, „Sprachgebundenes Denken“, etc.) wurde im Abgleich mit den relevanten ICF-Kategorien und deren Originaldefinitionen eine Erklärung für die beteiligten Mitarbeiter/innen zusammengestellt.

Das Merkmal „Schriftlicher Ausdruck“ (**Abbildung 8**) wird folgenden ICF-Kategorien zugeordnet:

b1671 Das sprachliche Ausdrucksvermögen betreffende Funktionen

d170 Schreiben

Abbildung 8: Auszug Handbuch zum Merkmal „Schriftlicher Ausdruck“:

Schriftlicher Ausdruck

Beurteilungsbereich:
Funktionsfähigkeit -
Kognitives Leistungsbild

Definition

Der schriftliche Ausdruck ist die Fähigkeit, Symbole oder Sprache zu verwenden oder zu produzieren, um Informationen zu vermitteln.

Erhebungssystematik

Reha-Assessment			Qualifizierung/Integration
Maßnahmeart	Ja	Nein	Wird im Rahmen der Qualifizierungs-/ Integrationsleistungen nicht gesondert erhoben.
PEU	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ABE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ABE-P/N	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung

Aufsatz

Es werden mit Hilfe eines Aufsatzes, welcher frei formuliert wird, das schriftliche Ausdrucksvermögen, die Rechtschreibung und die Grammatikkenntnisse überprüft.

Abkürzungen:

PEU = Psychologische Eignungsuntersuchung,

AP = Arbeitserprobung

ABE = Abklärung berufliche Eignung

ABE-P/N= Abklärung der beruflichen Eignung für psychisch oder neurologisch Vorerkrankte

Weitere Elemente der Profiling-Konzeption

Zusammengefasst werden schrittweise und arbeitsteilig die in nachfolgendem Schaubild (**Abbildung 9**) dargestellten Informationen erfasst:

Abbildung 9: Elemente der Profiling-Konzeption



Zur Ersterfassung dieser Informationen werden in jedem Fall folgende Schritte durchgeführt:

- Medizinische Eingangsuntersuchung (Teilbereich Funktionsfähigkeit)
- Sozialanamnese (Teilbereich Personendaten sowie weitere Kontextfaktoren)
- Schriftliche Befragung/Selbstauskunft des Rehabilitanden/der Rehabilitandin (Teilbereich Personendaten)

Regelmäßige und dokumentierte Gespräche mit Selbst- und Fremdeinschätzung

Die Entwicklung der Individuellen Kompetenzen wird in 3- bis 6-monatigen Abständen erhoben und mit dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin reflektiert (Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung durch das Reha-Team, jeweils bestehend aus den Disziplinen Ausbildung, Reha- und Integrationsmanagement, Reha-Psychologie und Reha-Medizin). Auf dieser Basis erfolgt dann auch die konkrete Zielvereinbarung mit evtl. Fördermaßnahmen. Eine Ausführung dieser „Zusammenfassung und Zielvereinbarung“ mit der persönlichen Stellungnahme des Rehabilitanden/der Rehabilitandin geht jeweils an den Rehabilitationsträger.

Formulierung von „Etappenzielen“ als Schritt zur Teilhabezielerreichung

Beispiel:

Teilnehmer, der ausgehend von den festgestellten Schädigungen im Bereich der mentalen Funktionen erhebliche Probleme im Bereich der Sozialkompetenz – hier „Teamfähigkeit“ – zeigt. Das Merkmal „Teamfähigkeit“ (Abbildung 10) nimmt Bezug auf folgende ICF-Kategorien:

- b1261 Umgänglichkeit
- d2103 Eine Einzelaufgabe in einer Gruppe bewältigen
- d2203 Mehrfachaufgaben in einer Gruppe übernehmen
- d355 Diskussion
- d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen

Abbildung 10: Auszug Handbuch zum Merkmal „Teamfähigkeit“

Teamfähigkeit

Beurteilungsbereich:
Schlüsselkompetenzen |
Sozialkompetenz

Definition	Teamfähigkeit umfasst das Vermögen, Aufgaben auch bei unterschiedlichen persönlichen Einstellungen und ungleichen Qualifikationen arbeitsteilig durchführen zu können.					
Leitfragen	<ul style="list-style-type: none">▶ Ist er/sie von sich aus bereit, eine Aufgabe gemeinsam zu realisieren?▶ Arbeitet er/sie mit den anderen Teammitgliedern auch bei unterschiedlichen Einstellungen und Herangehensweisen zusammen?					
Skalierungsstufen	<ol style="list-style-type: none">1 ist außergewöhnlich gut in der Lage, sich in Teamstrukturen zu integrieren und trägt im Bedarfsfall auch dazu bei, bei unterschiedlichen Einstellungen oder Herangehensweisen zu vermitteln2 ist stets dazu fähig, eine arbeitsteilige Vorgehensweise zu vereinbaren und entsprechend durchzuführen3 ist in der Regel dazu fähig, eine arbeitsteilige Vorgehensweise zu vereinbaren und entsprechend durchzuführen4 ist mit starken Schwankungen dazu fähig, eine arbeitsteilige Vorgehensweise zu vereinbaren und entsprechend durchzuführen5 hat häufig Probleme, Aufgaben im Team durchzuführen6 hat generell Probleme, Aufgaben im Team durchzuführen					
Erhebungssystematik	Reha-Assessment			Qualifizierung/Integration		
	Maßnahmeart	Ja	Nein	Arbeitsbereich	Ja	Nein
	PEU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ausbildung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AP	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RIM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ABE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychologie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ABE-P/N	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medizin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Erhebungsverfahren: Gruppenübungen			Erhebungsverfahren: Beobachtung des Arbeitsverhaltens, insbesondere bei arbeitsteiligen Abläufen		

Auszug Zielvereinbarung:

„In Verbindung mit der festgestellten Sozialkompetenz soll Frau/Herr X den nächsten Qualifizierungsabschnitt nutzen, um an ihrer/seiner Teamfähigkeit zu arbeiten. Dabei sollte er/sie bewusst darauf achten, wie ihr/sein Verhalten in der Gruppe wirkt bzw. was sie/er zu einer effektiveren Zusammenarbeit beitragen kann. Ergänzend hierzu wird mit Frau/Herrn X vereinbart, dass sie/er ab Februar 2011 zusätzlich an dem Gruppenangebot „Kommunikationstraining“ teilnimmt (Dauer bis April 2011, jeweils 90 Minuten/Woche).“

Mögliche Reaktionsformen auf unterschiedliche Prozessverläufe

Je nach Prozessverlauf sind zusammengefasst folgende Reaktionsformen denkbar:

- wahrnehmbare Steigerung der Leistung oder auch der Leistungsfähigkeit
→ keine Anpassung des Teilhabeziels erforderlich,
- keine wahrnehmbare Steigerung der Leistung oder auch der Leistungsfähigkeit in Bezug auf die jeweiligen Kategorien – dieser Zustand wird aber nicht als grundlegende Gefährdung für den Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme und die erfolgreiche Integration am ersten Arbeitsmarkt eingeschätzt
→ keine Anpassung des Teilhabeziels erforderlich, aber Vereinbarung von weiterem/anderem Förderungsbedarf,
- keine wahrnehmbare Steigerung der Leistung bzw. feststellbare Zunahme der Leistungseinschränkung, führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Scheitern des Teilhabeziels
→ Abbruchempfehlung für die aktuelle Maßnahme mit Vorschlag für die weitere Vorgehensweise im Rehabilitationsprozess.

4.3 Beispiel: ICF Screening-Manual in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren (BAG-BTZ e.V.)

Die Beruflichen Trainingszentren

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind regionale, ambulante Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 SGB IX. Sie unterstützen Menschen nach einer psychischen Erkrankung beim Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dazu begleiten Berufsfachkräfte, Psychologen, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten in einem interdisziplinären Team die Teilnehmer bis zur Integration in Arbeit. Zu den Dienstleistungen der BTZ gehören die Einschätzung der Leistungsfähigkeit, darauf aufbauende individuelle Trainings, Praktika, Qualifizierungen, Aus- und Weiterbildungen und die Unterstützung bei der Rückkehr in die Arbeit.

Das ICF Screening-Manual

Das ICF Screening-Manual ist ein Instrument zur systematischen Einschätzung und Dokumentation von gesundheitsbezogenen Daten. Es erfasst gezielt die Leistung und das Verhalten einer Person in Bezug auf die Beschäftigungsfähigkeit und ermöglicht so eine individuell angepasste Rehabilitationsplanung. Als Bestandteil der Orientierungsphase ist es maßgebend für die Planung und Durchführung der Interventionen. Es dient der Transparenz in der Kommunikation mit Teilnehmern, ihren Angehörigen und den Kostenträgern. Damit kann es entscheidend zur Qualitätsverbesserung beitragen.

KAPITEL 4

Dazu wurde die sehr umfangreiche ICF für die Praxis handhabbar gemacht, indem ein Auszug von 72 für die berufliche Rehabilitation relevanten Items gebildet wurde (siehe Anhang, S.114 f). Außerdem wurden die allgemein gehaltenen ICF-Definitionen durch zusätzliche Erläuterungen in einem Glossar des ICF Screening-Manuals ergänzt, um sie für den Arbeitsalltag in den BTZ anwendbar zu machen (**Abbildung 11**).

Abbildung 11: Beispiel aus dem Glossar zum Item d166 Lesen

d166	Lesen
ICF	Aktivitäten im Zusammenhang mit der Erfassung und Interpretation von Texten (z. B. Bücher, Anweisungen oder Zeitungen - auch in Braille) durchzuführen, um allgemeines Wissen oder besondere Informationen zu erlangen Exkl.: Lesen lernen (d140)
Glossar	<ul style="list-style-type: none"> ■ .0: schriftliche, arbeitsrelevante Informationen lesen und erfassen ■ .3: einfache, arbeitsrelevante Informationen können erfasst werden, komplexe Informationen werden nicht verstanden ■ Hinweis: Hierbei sind die üblichen Anforderungen als Maßstab anzuwenden, die im Rahmen des Maßnahmezieles mit der Person vereinbart wurden.
Fokus	Erfassen und Verstehen von geschriebenen Texten, Informationsgewinnung aus Texten
P-S B T	

Das ICF Screening-Manual wird gemeinsam von Mitarbeitern des Beruflichen Trainings (Berufliche Trainer, Arbeits-/Ergotherapeuten) und der Psychosozialen Begleitung (Sozialpädagogen, Psychologen) im Team ausgefüllt. Ergänzt wird die Einschätzung durch die Erfassung der Stammdaten und Angaben zur aktuellen Situation des Teilnehmers in der Basisdokumentation und einen Protokollbogen, der die Ergebnisse des Verlaufsgesprächs dokumentiert. Dies geschieht zurzeit (Stand 2014¹⁰) mithilfe einer Arbeitsmappe auf Excel-Basis, die die entsprechenden Tabellenblätter enthält (**Abbildung 12**):

Abbildung 12: Beispiel der Excel-basierten Eingabe-Oberfläche zur Basisdokumentation

Stammdaten						
Name, Vorname	Max Muster					
Teilnehmer-Nr.	xxx					
Rehabilitationsziel	Erhalt des Arbeitsplatzes					
Erst-Diagnose: F	20	1	Schizophrenie			
Zweit-Diagnose: F						
weitere Diagnosen						
Beobachtungen						
Erhebungsdatum: 07.03.2015						
erhebendes Team: Fr. Peter, Hr. Meyer, Fr. Schulze						
K	Code/BG	Itembezeichnung	Eingabe	E	Beschreibung der Ressource/des Problems	+4
	i2100	Familienstand	ledig	.0		
	i2101	Kinder		.0		
	i220	Wohnsituation	Privatwohnung mit Angehörigen	.0	wohnt bei seinen Eltern, schwieriges Verhältnis	
	i2300	Beschäftigungssituation unmittelbar vor Auf	Privatwohnung allein			
			Privatwohnung mit eigener Familie			
			Privatwohnung mit Angehörigen			
	i2301	Beschäftigungszeiten	betreute Wohnform			
		zuletzt ausgeübte Tätigkeit	sonstige Wohnform			
	i2500	Lebensunterhalt	keine Angabe			
	i2501	Schulden				

Vom ICD-10-Code die Zahlen vor dem Punkt eintragen, z. B. F 20.1, Diagnose im Freitext nur unter Spalte F in dieser Zeile möglich!

Basisdokumentation | Hauptauswahl (HA) | Protokoll | Ausdruck HA | KAbschluss | KMonate

¹⁰ Die Entwicklung einer Datenbank ist bereits in der Testphase.

KAPITEL 4

Für die Nutzung der Excel-basierten Arbeitsmappe sind keinerlei Kenntnisse zur Tabellenkalkulation notwendig, sondern alle Eingaben sind entweder über Drop-Down-Menüs eindeutig bestimmt oder können im Freitext erfolgen. Alle wesentlichen Bearbeitungshinweise sind in Kommentaren in den Tabellenblättern hinterlegt und parallel auch in einem begleitenden Kompendium erläutert. Umfangreiche farbliche Formatierungen ermöglichen schon im Screening einen Überblick über wesentliche Ressourcen und Problemfelder. Bedeutsam für die Anwendung ist die ständige Kopplung der Einschätzung auf der ICF-analogen Skala mit einer präzisen Beschreibung zu Ressourcen, Einschränkungen und ggf. Interventionen (**Abbildung 13**).

Abbildung 13: Beispiel aus einem Screening eines Teilnehmers
(Screenshot, Farbvariationen anwendungsbedingt).

Code/BG	Itembezeichnung	G	E	R	Beschreibung der Ressource/des Problems	.0
b117	Funktionen der Intelligenz		.0			
b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit		.1		phasenweise länger anhaltende Verstimmungen	
b1262	Gewissenhaftigkeit		.0		erledigt Aufträge sehr sorgfältig und detailorientiert	
b1263	Psychische Stabilität		.1		anfällig für Stimmungseinbrüche in Belastungssituationen	
b1266	Selbstvertrauen		.2		setzt sich regelmäßig sehr kleine Ziele, die unter seinen Möglichkeiten liegen	
b1267	Zuverlässigkeit		.0		hält Absprachen penibel ein	
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs		.2		benötigt vor allem morgens längere Zeit, um sich notwendigen Tätigkeiten zuwenden zu können	
b1301	Motivation		.2		muss sich mithilfe kleinschrittiger Aufgabenlisten zu notwendigen Tätigkeiten motivieren	
b1304	Impulskontrolle		.2		ist in Belastungssituationen schnell verärgert und zeigt diese Reaktion deutlich	
b1343	Schlafqualität		.1			
b140	Funktionen der Aufmerksamkeit		.0			
b144	Funktionen des Gedächtnisses		.1			
b152	Emotionale Funktionen		.2			
b156	Wahrnehmung		.3			
b1600	Denktempo		.4			
b1601	Form des Denkens		.8			
b1602	Inhalt des Denkens		.9			
b1603	Kontrolle des Denkens		.2			

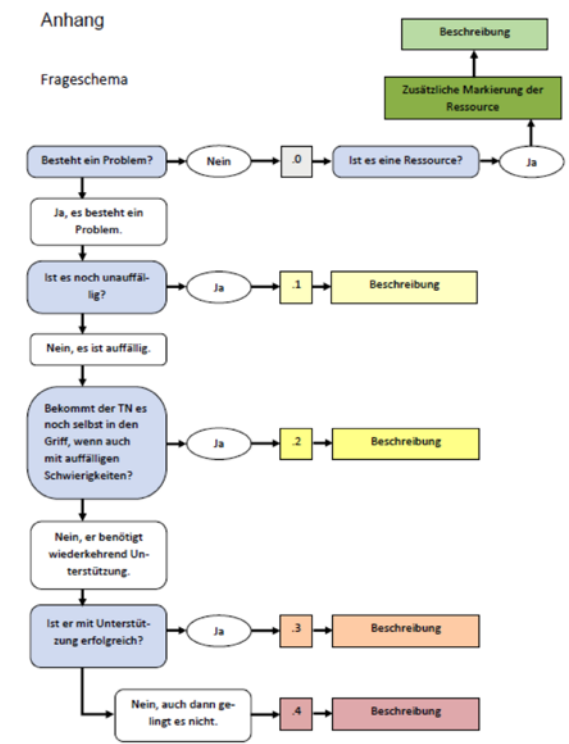
Zurzeit handelt es sich beim ICF Screening-Manual um ein Instrument, das die Fremdeinschätzung durch die Mitarbeiter erfasst. Jederzeit können jedoch unterschiedliche Beobachtungen von Mitarbeitern und insbesondere auch eine abweichende Selbsteinschätzung des Teilnehmers in den Beschreibungen aufgenommen werden. Die Entwicklung eines ergänzenden Instruments der Selbsteinschätzung ist bereits in Arbeit und wird in Form einer verkürzten Liste zur Verfügung stehen.

Abbildung 14: Ergänzende Erläuterungen zur ICF-analogen Skala zur Einschätzung der Beurteilungsmerkmale

.0	nicht vorhanden	0% - 4%	Die Funktion/Fähigkeit ist immer verfügbar, wenn sie im (Berufs-) Alltag benötigt wird.
.1	leicht ausgeprägt	5% - 24%	Die Funktion/Fähigkeit ist meistens verfügbar, wenn sie im (Berufs-)Alltag benötigt wird. Auftretende Fehler/Einschränkungen bei fehlender Verfügbarkeit werden selbständig bemerkt und für die Umwelt unauffällig ausgeglichen.
.2	mäßig ausgeprägt	25% - 49%	Die Funktion/Fähigkeit ist teilweise verfügbar, wenn sie im (Berufs-)Alltag benötigt wird. Auftretende Fehler/Einschränkungen bei fehlender Verfügbarkeit sind für die Umwelt auffällig und können selbständig nur aufwändig oder unzureichend ausgeglichen werden.
.3	erheblich ausgeprägt	50% - 95%	Die Funktion/Fähigkeit ist häufig bis sehr häufig nicht verfügbar, wenn sie im (Berufs-)Alltag benötigt wird. Auftretende Fehler/Einschränkungen bei fehlender Verfügbarkeit sind für die Umwelt auffällig und können nur durch Intervention/Assistenz Dritter ausgeglichen werden.
.4	voll ausgeprägt	96% - 100%	Die Funktion/Fähigkeit ist nicht verfügbar, wenn sie im (Berufs-) Alltag benötigt wird. Auftretende Fehler/Einschränkungen durch die fehlende Verfügbarkeit können auch durch Intervention/Assistenz Dritter nicht ausgeglichen werden.
.8	nicht spezifiziert		Eine Schädigung/Beeinträchtigung wird berichtet, kann aber in der Häufigkeit nicht bestimmt und/oder aktuell nicht genau beschrieben werden.
.9	nicht anwendbar		Das Item ist nicht relevant und/oder die Funktion/Fähigkeit wird im Alltag der Person nicht benötigt.

Um die Einschätzungsskala der ICF für die Beurteilungsmerkmale auf die Anwendung im ICF Screening-Manual zu übertragen, war es notwendig, die allgemein gehaltenen Prozentangaben für den Arbeitsalltag in den BTZ zu ergänzen. Dazu wurden Erläuterungen (s. **Abbildung 14**) geschaffen, die Item-übergreifend anwendbar sind und durch die Überführung in ein Frageschema (s. **Abbildung 15**) eine für alle Mitarbeiter nachvollziehbare Einschätzung ermöglichen.

Abbildung 15: Frageschema zur Umsetzung der ICF-analogen Einschätzungsskala



Damit wird die Einschätzung eines Teilnehmers im Rahmen des ICF Screening-Manuals einerseits durch die nachvollziehbaren Kriterien zur Einschätzung auch für andere Personen zugänglich und ermöglicht andererseits durch die Beschreibungen eine individualisierte Darstellung der Situation des Teilnehmers.

Wesentlicher Vorteil des ICF Screening-Manuals ist die strukturierte Zusammenfassung der Ergebnisse der unterschiedlichen Erhebungsmethoden, die schon jetzt in den BTZ verwendet werden. Diese setzen sich in der Regel aus folgenden Elementen zusammen (**Abbildung 16**):

Abbildung 16: Grundlagen der Einschätzung für das ICF Screening-Manual

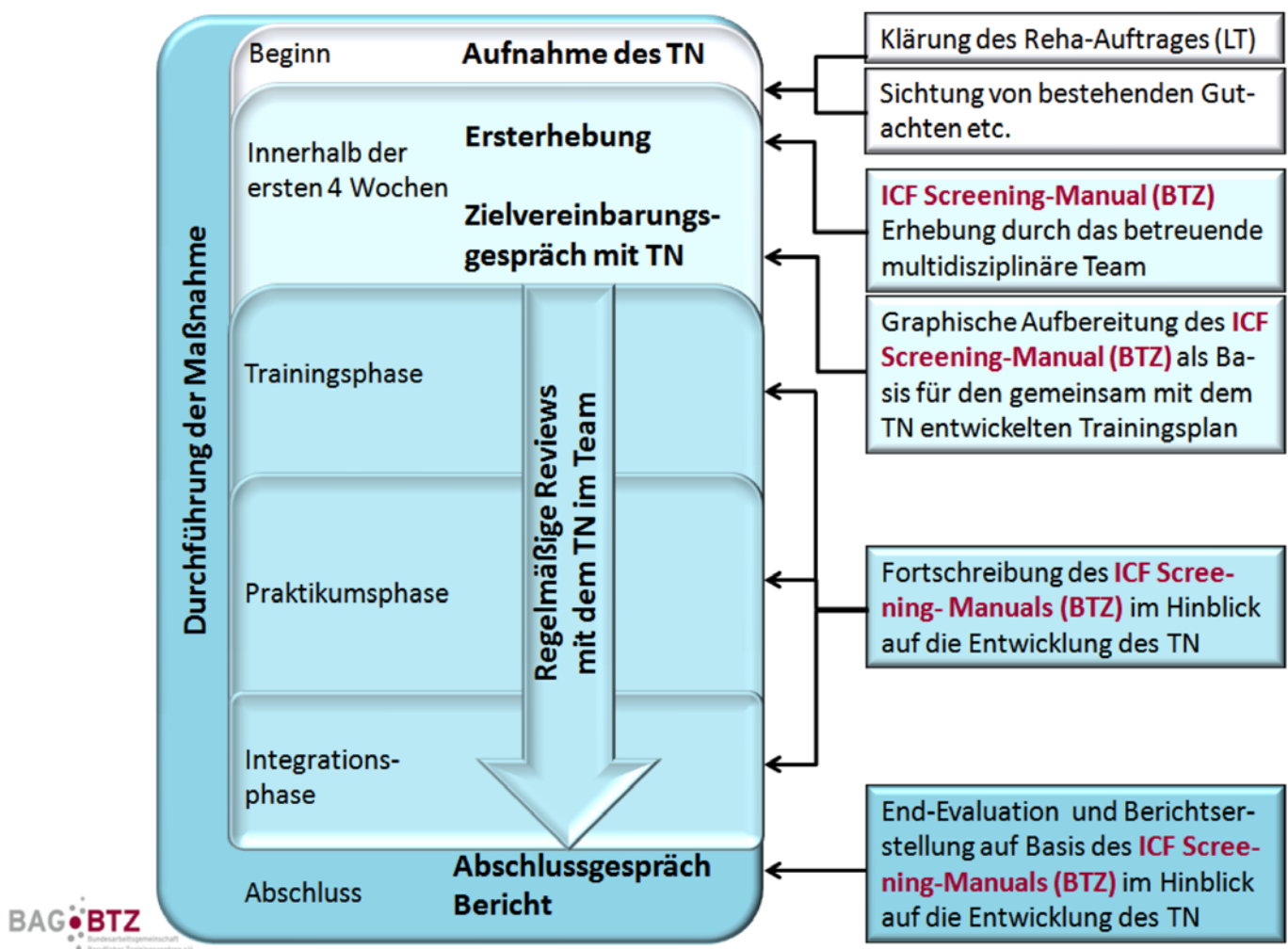


KAPITEL 4

4.4 Beispiel: Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Im Folgenden wird ein Anwendungsbeispiel des ICF Screening-Manuals in den Beruflichen Trainingszentren (BTZ) dargestellt (**Abbildung 17**).

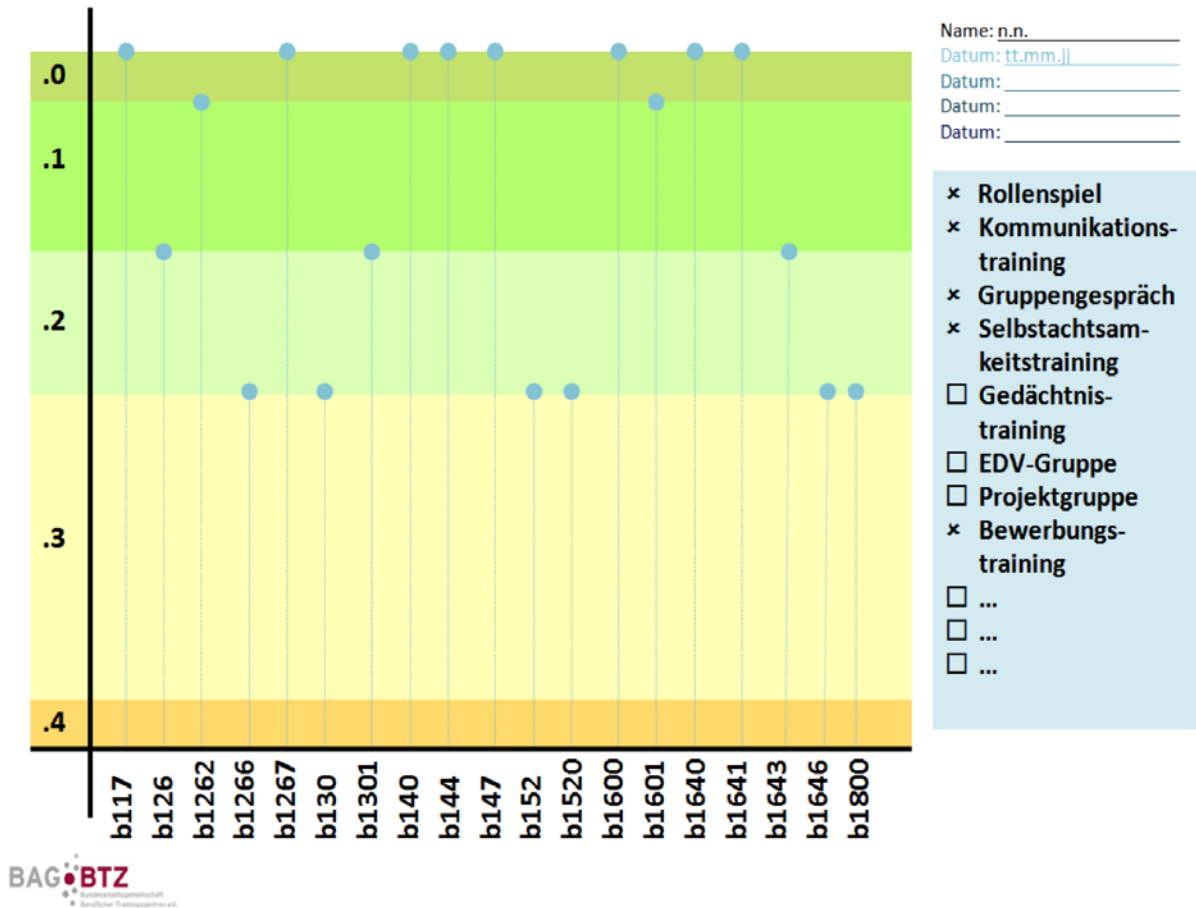
Abbildung 17: Ablauf einer Trainingsmaßnahme in den Beruflichen Trainingszentren (BTZ) (LT: Leistungsträger/TN: Teilnehmer)



Die obige Abbildung zeigt deutlich, wie durch Erhebung und des ICF-Screening Manuals der BTZ der Entwicklungsprozess des Teilnehmers dokumentiert und fortgeschrieben werden kann.

In diesem Zusammenhang ist neben der datentechnischen Eingabe die visuell-grafische Darstellung der Erhebungen für die Maßnahmenplanung sinnvoll. Grafische Darstellungen in Form von Diagrammen ermöglichen zunächst einen kompakten Überblick über das Ergebnis des Screenings und tragen damit für die Teilnehmer zu einer erhöhten Transparenz bei. Die Mitarbeiter können gleichzeitig die notwendigen Trainingsmaßnahmen leicht ableiten und begründen. Die Verknüpfung mit entsprechenden Verwaltungsprogrammen erlaubt eine effiziente Maßnahmensteuerung im individuellen Trainingsprozess der Teilnehmer (**Abbildung 18**).

Abbildung 18: Beispiel-Screening eines Teilnehmers mit Maßnahmenplanung



In diesem Beispiel zeigen sich bei dem Teilnehmer bei meist guten kognitiven Fähigkeiten (z. B. Intelligenz (b117), Aufmerksamkeit (b140), Gedächtnis (b144) etc.) sowohl

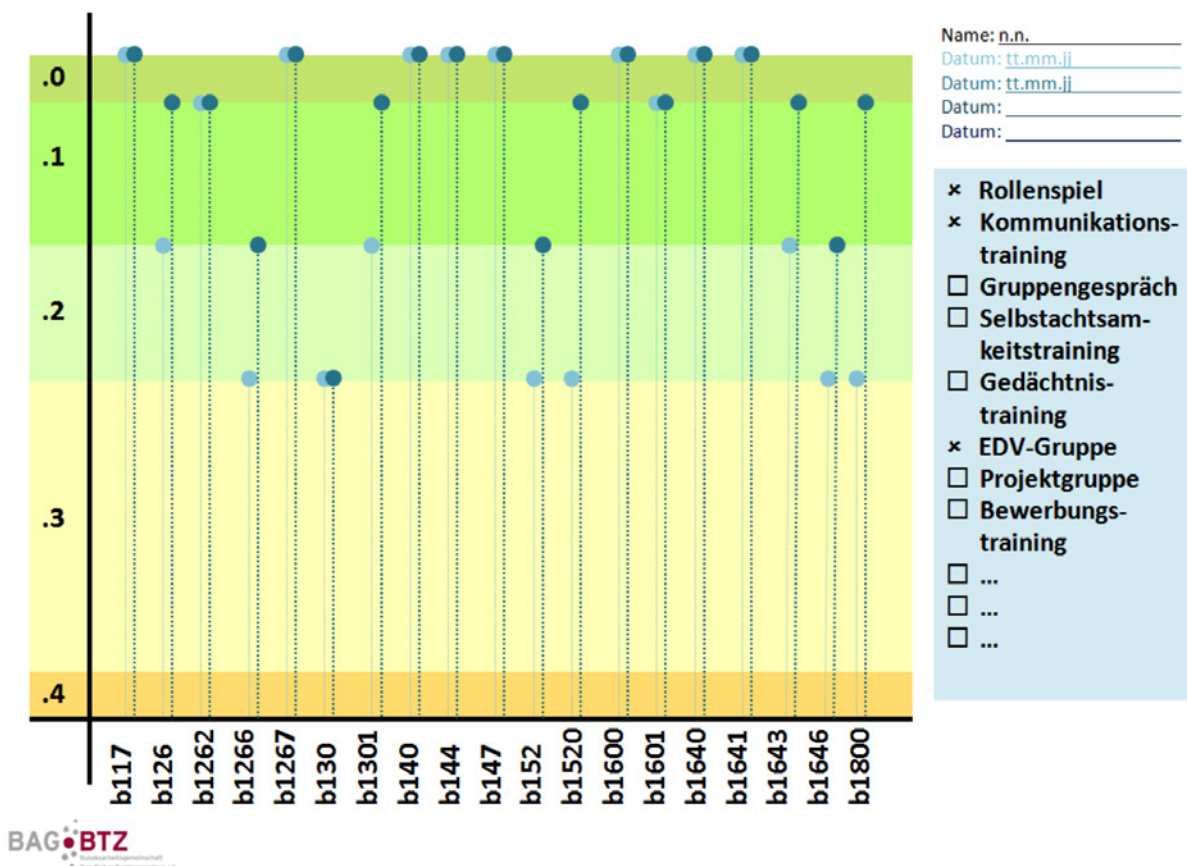
- mäßige Einschränkungen bei
 - der Umgänglichkeit und emotionalen Stabilität (b126),
 - der Motivation (b130) und
 - der kognitiven Flexibilität (b1643)
- als auch erhebliche Einschränkungen beim
 - Selbstvertrauen (b1266),
 - dem Antrieb (b130),
 - der Schwingungsfähigkeit (b152) und
 - Situationsangemessenheit von Emotionen (b1520) sowie
 - beim problemlösenden Verhalten (b1646) und
 - der Selbstwahrnehmung (b1800).

Deshalb wurden für die Maßnahmenplanung in Absprache mit dem Teilnehmer vor allem solche Maßnahmen ausgewählt, die eine Förderung der emotionalen Fähigkeiten besonders im interakti-
 onellen Kontext ermöglichen sowie die Selbstwahrnehmung stärken.

KAPITEL 4

Im weiteren Trainingsprozess werden in regelmäßigen Gesprächen mit dem Teilnehmer die Entwicklungsfortschritte reflektiert und ggf. der Maßnahmenplan angepasst oder erweitert. Bei Übergängen innerhalb des Maßnahmeverlaufs (z. B. von der Trainings- zur Praktikumsphase) werden ggf. noch einmal die Ergebnisse der vorigen Erhebung evaluiert und Veränderungen dokumentiert (**Abbildung 19**).

Abbildung 19: Veränderungsdokumentation des gleichen Teilnehmers nach Abschluss der Trainingsphase vor Beginn des ersten Praktikums



In der obigen Abbildung zeigen sich bei der zweiten Erhebung durch die dunkleren Punkte die positiven Veränderungen beispielhaft nach der ersten Trainingsphase. Die gemachten Entwicklungsschritte sind für den Teilnehmer gut nachzuvollziehen, z. B. bei der Situationsangemessenheit von Emotionen (b1520) und bei der Selbstwahrnehmung (b1800), und gleichzeitig werden bestehende Veränderungspotentiale (z. B. Antrieb, b130) leicht erkannt. In Absprache mit dem Teilnehmer können nun Maßnahmen durch die Mitarbeiter abgesetzt (z. B. Selbstachtsamkeitstraining) bzw. im Hinblick auf den weiteren Maßnahmeverlauf aufgenommen werden (z. B. EDV-Gruppe).

Bei Abschluss der Maßnahme wird für den Kostenträger zusammenfassend ein schriftlicher Bericht auf Basis dieser Prozessdokumentation erstellt. Außerdem kann die datenbankgestützte Auswertung von anonymisierten Teilnehmer-Screenings auch auf einer strukturellen Metaebene eine teilnehmerunabhängige Maßnahmenevaluierung ermöglichen, indem die durchschnittlichen Fähigkeitszuwächse, z. B. eines Teilnehmer-Jahrgangs auf die Einzelmaßnahmen bezogen, ausgewertet werden.

4.5 Beispiel: Planung und Steuerung eines kompetenzorientierten Rehabilitationsprozesses mithilfe der ICF in Berufsbildungswerken

Die Aufgabe der 52 Berufsbildungswerke in Deutschland ist die berufliche Ausbildung von jungen Menschen mit Behinderung, für die wegen ihrer spezifischen Schädigung/Beeinträchtigung keine betrieblichen Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen. Teilhabeziel ist die berufliche Integration der jungen Menschen in den ersten Arbeitsmarkt nach ihrer Ausbildung (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie darüber hinaus die Vorbereitung auf eine möglichst selbständige Lebensführung in der Gesellschaft.

Zum Leistungsspektrum der Berufsbildungswerke gehören neben der Berufsausbildung auch berufsvorbereitende Maßnahmen sowie spezielle Eignungsanalysen und Arbeitserprobungen.

Die Berufsausbildung in einem Berufsbildungswerk ist zusätzlich mit einer wichtigen Statuspassage im Leben der jungen Menschen gekoppelt: vom Jugendlichen, der bisher größtenteils im Elternhaus gelebt hat, zum jungen Erwachsenen mit einer möglichst selbständigen Lebensführung. Daher geht es neben dem Abschluss der Ausbildung und der anschließenden Integration in Arbeit auch um den Erwerb lebenspraktischer Kompetenzen auf dem Hintergrund ihrer meist dauerhaften Teilhabe-Einschränkungen¹¹.

Wie muss eine entsprechende „Umwelt“ (Arbeitsplatz, Wohnform, Sozialraum) gestaltet sein, damit trotz der individuellen Einschränkungen die soziale und berufliche Teilhabe dauerhaft gelingen kann?

Zur sozialen und beruflichen Rehabilitation der jungen Menschen (nach SGB IX) arbeiten die unterschiedlichen „Lernorte“ eines Berufsbildungswerkes eng und kontinuierlich zusammen. Hierzu zählen im Einzelnen: Werkstatt, Berufsschule, Wohn- und Freizeitbereich sowie kooperierende Betriebe. Die Koordinierung übernimmt das interne Case-Management.

Vor allem zwei Gründe waren ausschlaggebend, die ICF in Berufsbildungswerken zu nutzen und Anwendungen zu erproben:

- Zum einen bietet sich mit dem der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der WHO die Möglichkeit, stärker individuelle wie auch gesellschaftliche Ressourcen für die Rehabilitation in den Blick zu nehmen und Behinderung nicht primär als personengebundenen Faktor zu betrachten, sondern die Interaktion Person - Umwelt in den Mittelpunkt zu stellen.
- Zum anderen ist aus Sicht der Berufsbildungswerke mit der Nutzung der ICF als Klassifikation die Möglichkeit gegeben, durch eine geeignete Auswahl von Items (Listen) die wesentlichen Aspekte der Funktionsfähigkeit und Behinderung systematisch zu erfassen, einschließlich der Kontextfaktoren. Damit kann der individuelle Reha-Verlauf besser abgebildet und gesteuert werden. Aus Sicht der Berufsbildungswerke hat die ICF das Potenzial, als professionsübergreifende gemeinsame „Sprache“ aller Reha-Fachkräfte innerhalb und außerhalb des Berufsbildungswerkes zu dienen.

¹¹ Zur Bedeutung der Lebenspraktischen Kompetenzen für den Integrationserfolg siehe Handbuch zum Prozessprofil und Prozessmonitoring, RWTH Aachen (2012), Seite 34

Der heutige Stand der Anwendung der ICF in Berufsbildungswerken ist dabei durch zwei unterschiedliche Entwicklungsvorhaben zur ICF-Nutzung (Bremen, Maria Veen) maßgeblich vorbereitet und beeinflusst worden (siehe auch: Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V.: Berufliche Rehabilitation, Heft 1-2015).

4.5.1 ICF-basierter Förderplan im BBW Bremen (ab 2006)

Im Berufsbildungswerk Bremen wurde von 2006 bis 2010 ein ICF-basierter Förderplan für den Bereich der Erstausbildung eingeführt.

Hierzu wurden aus der ICF-Gesamtklassifikation (1424 Items) in einem mehrstufigen Verfahren insgesamt 157 Items ausgewählt und in einer ICF-Kurzliste zusammengefasst. Die Auswahl der Items erfolgte aus den bis 2006 im Berufsbildungswerk Bremen benutzten Beurteilungs-Formularen, soweit diese Merkmale umfassten, die die ICF abdeckt.

Im Berufsbildungswerk Bremen werden zusätzlich einige personbezogene Faktoren verwendet, die Liste der Umweltfaktoren ist demgegenüber jedoch deutlich umfangreicher (**Abbildung 20**):

Abbildung 20: Beurteilungsübersicht

[illegible]

KAPITEL 4

Die Original-ICF-Erläuterungen der WHO wurden in einem Manual an die Sprache des Berufsbildungswerkes angepasst. Zusätzlich wurden zum besseren Verständnis für einige ICF-Begriffe alternative Bezeichnungen gewählt (Tabelle 4).

Beispiel:

Tabelle 4: Beispiel alternativer Bezeichnung zu Item b1641

Item b1641	WHO-Übersetzung (2005)	Alternative BBW Bremen
Kurzbezeichnung	Das Organisieren und Planen betreffende Funktionen	Organisations- und Planungsfähigkeit
Erläuterung	Mentale Funktionen, die das Zusammenfügen von Teilen zu einem Ganzen und das Systematisieren betreffen; diese mentale Funktion trägt dazu bei, eine methodische Vorgehens- oder Handlungsweise zu entwickeln	Fähigkeit, in Bezug auf eine oder mehrere Aufgaben die erforderlichen Voraussetzungen zu klären (Zeit, Material, Räume, Zusammenarbeit mit anderen), entsprechend zu bewerten und während der Umsetzung der Aufgabe kritisch zu kontrollieren

Neben dieser ICF-Kurzliste wurden für den Ausbildungs- sowie den Schulbereich weitere Beurteilungsblätter entwickelt, in denen alle nicht mit der ICF klassifizierbaren Inhalte aufgelistet sind. Hierzu zählen allgemeine Leistungs-Parameter (z. B. Ausdauer, Arbeitsqualität), Fragestellungen zur Motivation und vor allem fachliche bzw. schulische Kenntnisse und Fertigkeiten, orientiert am angestrebten Ausbildungsberuf.

Parallel zum Auswahlprozess der Items für die Kurzliste wurden Zuständigkeiten im Berufsbildungswerk Bremen für die Beurteilung der Items festgelegt und in einer Beurteilungsübersicht für alle Mitarbeiter zusammengefasst. An der Beurteilung in Bremen beteiligt sind folgende Bereiche bzw. Abteilungen: Ausbildung (A), Berufsschule (S), Internat (I), Psychologie (P) und Medizin (M). Einige Items werden bei einer Statuserhebung interdisziplinär (durch mehrere Professionen) beurteilt, wodurch sich Überschneidungen ergeben können.

Die Entwicklung einer für die Mitarbeiter praktikablen und für den Reha-Verlauf aussagekräftigen Methodik zur Beurteilung der einzelnen ICF-Merkmale erwies sich als schwierig. Für eine Einrichtung wie ein Berufsbildungswerk scheint die Original-Kodierung der ICF kaum geeignet zu sein, da diese eine Beurteilung im „Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung“ vorsieht¹² und darüber hinaus teilweise einer defizitären Logik folgt: Einschränkungen im Bereich Körperfunktionen sowie Aktivitäten/Teilhabe werden gem. ICF auf einer Skala von 0 (keine Einschränkung) bis 4 (vollständige Einschränkung) kodiert. Folge dieser Kodierungssystematik ist, dass besondere, überdurchschnittliche Funktionsfähigkeiten (wie z. B. besonders gutes Hören bei Menschen mit einer Sehbehinderung) mit dieser ICF-Skala der WHO nicht dargestellt werden können.

¹² Die Beurteilungsmerkmale der ICF sind zwar international vereinbart, haben aber ihre Zweckmäßigkeit bisher nicht unter Beweis gestellt, zumal Vergleichszahlen (s. o.) nicht vorliegen.

Als Ausweg aus diesem Dilemma bot sich an, **die konkrete Beurteilung von Items jeweils bezogen auf das individuelle Teilhabe-Ziel** vorzunehmen, also im Bereich der Berufsausbildung „relativ“ zum Anforderungsprofil des Berufsbildes bzw. Arbeitsplatzes und die (defizitorientierte) WHO-Skala um einen zusätzlichen positiven Wert zu ergänzen, mit dem sich besondere individuelle Stärken und Fähigkeiten darstellen lassen.

4.5.2 ICF-basierte Leistungsplanung im Berufsbildungswerk Maria Veen (ab 2008)

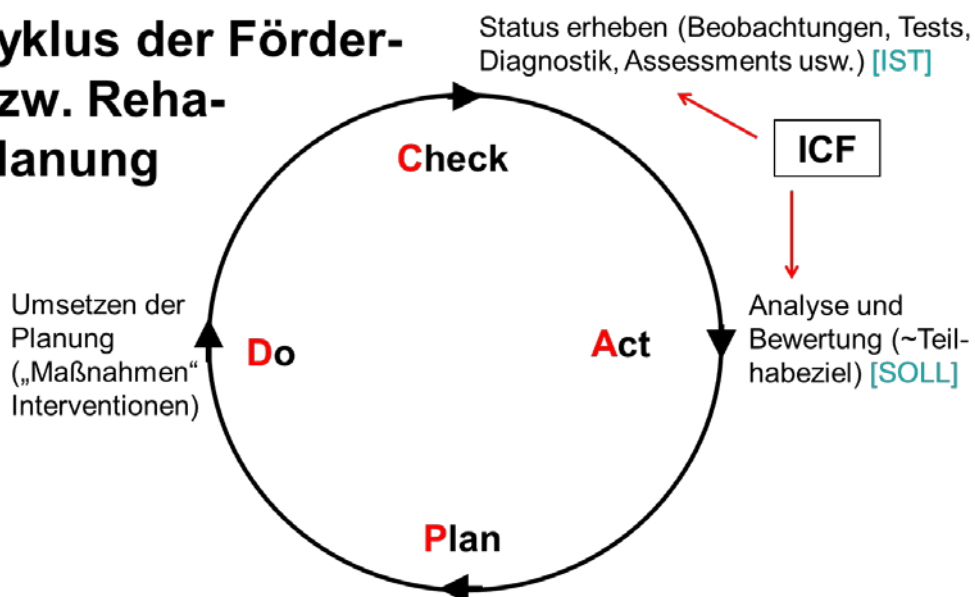
Im Berufsbildungswerk Maria Veen wird seit September 2008 ein ICF-basiertes System in der Leistungsplanung und Steuerung von arbeitsrehabilitativen Maßnahmen eingesetzt.

Hierzu wurde zunächst eine Basisliste für den Bereich Berufsvorbereitung entwickelt und später das Instrumentarium auf den Bereich Ausbildung übertragen. Um die ICF-Nutzung für Mitarbeiter in Maria Veen zu erleichtern, wurden alle ausgewählten Items mit einer zusätzlichen Erläuterung versehen.

Die Auswahl der einzelnen Items orientierte sich stark am Kriterienkatalog zur Ausbildungsreife, welcher 2006 vom Nationalen Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in Deutschland¹³ formuliert wurde. Neben ausbildungsrelevanten fachlichen und überfachlichen Kompetenzen wurden bei den Basislisten zusätzlich lebenspraktische Kompetenzen berücksichtigt, die mit der Zielsetzung sozialer Teilhabe und selbständiger Lebensführung in Verbindung stehen.

Abbildung 21: Plan-Do-Check-Act-Systems

Zyklus der Förder- bzw. Reha-planung

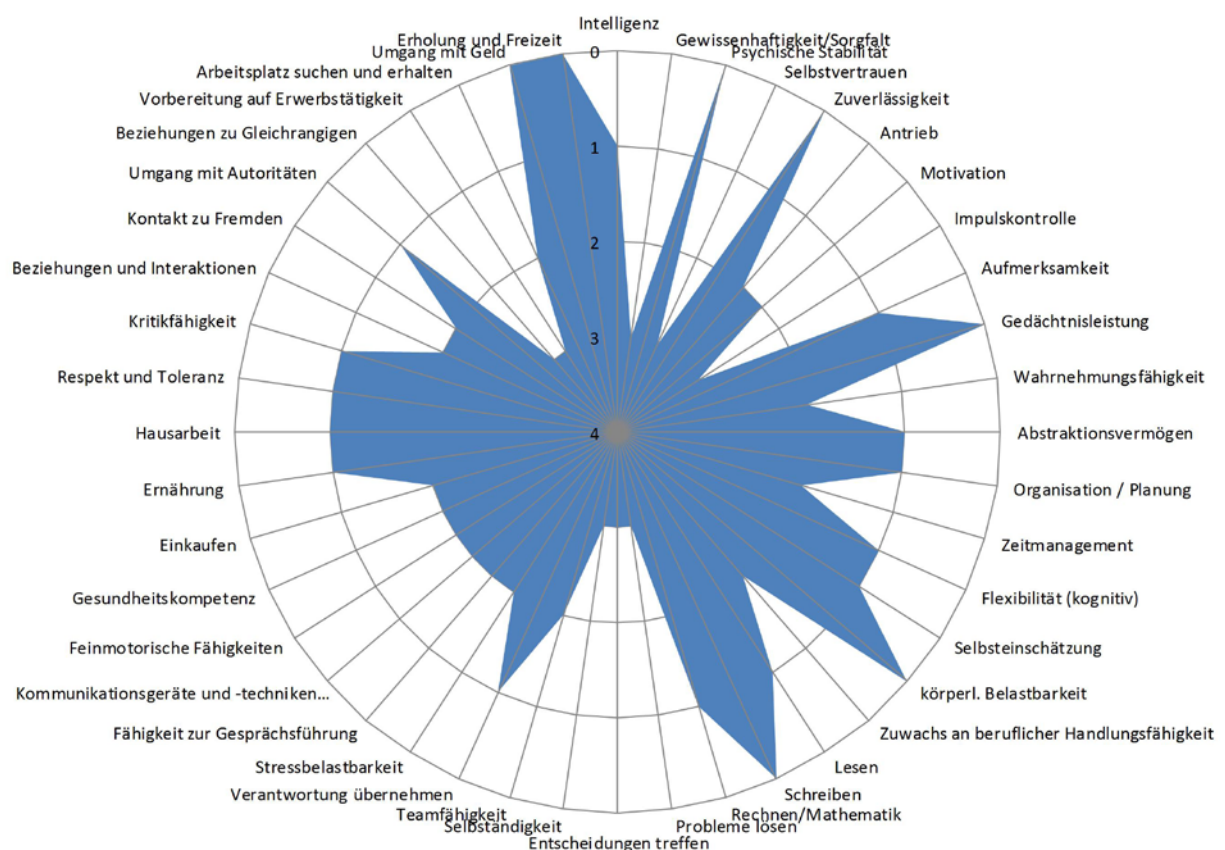


13 BA, DIHT, ZDH, BDA, BDI

Die Basisliste kommt im Rahmen eines Plan-Do-Check-Act-Systems (PDCA) zyklisch immer dann zur Anwendung, wenn Informationen über die Ressourcen sowie Defizite eines Leistungsnehmers und seiner jeweiligen Umwelt erhoben werden (**Abbildung 21**). Diese Informationen dienen dann dem Team als Basis für die weitere Gestaltung der individuellen Förder- und Entwicklungsmaßnahmen und werden (als Bestandteil des EDV-Programms zur Leistungsplanung und -steuerung) fortlaufend dokumentiert. Prinzipiell haben alle Fachkräfte im Team Zugang zu diesen Informationen; der Datenschutz wird durch die Regelung spezieller Zugriffsrechte gewährleistet.

Sind die rund 50 benutzten Items auf der Folie der verfolgten Teilhabeziele bewertet worden, so ergibt sich ein differenziertes, individuelles Profil. Aus diesem Profil wird eine kreisförmige Grafik generiert, durch die die Teammitglieder wie auch die Teilnehmer schnell und umfassend einen Überblick über den derzeitigen Status gewinnen können (**Abbildung 22**).

Abbildung 22: Teilnehmer-Profil (Spinnen-Diagramm)



Aus dem Diagramm wird deutlich, wo Ansatzpunkte für eine Förderung liegen und wie groß die Entfernung von der Ausbildungsreife bzw. von den Ausbildungsanforderungen ist. D. h. es zeigt sich, wie groß bzw. wie umfassend der Hilfebedarf ist und gleichzeitig, wo die Stärken liegen, die evtl. anderweitig vorliegende Defizite kompensieren können.

Trotz der konsequent angewandten ICF-Systematik wird mit dem gewählten Verfahren der individuelle Hilfebedarf weder automatisiert noch direkt generiert. Häufig müssen bei der Förderplanung zunächst Art und Umfang gravierender Defizite (\geq Stufe 2) sowie ihrer Wirkungszusammenhänge analysiert werden, bevor Entscheidungen darüber getroffen werden können, welche Ziele bei der künftigen Förderplanung realistisch sind und Vorrang haben sollen. Aus dem Profil bzw. der Grafik ergeben sich für die Leistungsplanung somit mögliche Ansatzpunkte – über die tatsächlichen Ansatzpunkte wird auf der Basis des Profils im Team entschieden.

Da bei jedem Entwicklungsgespräch ein neues Profil gebildet wird und die zuvor erstellten Profile als Kopie im System erhalten bleiben, ist es möglich, den Rehabilitationsverlauf insgesamt abzubilden. Auf diese Weise wird erkennbar, welche Defizite sich über die Zeit verringern und welche als dauerhafte Beeinträchtigung zu betrachten sind. Zusätzlicher Vorteil ist, dass damit den Teilnehmern der jeweilige Status sowie Entwicklungsfortschritte transparent und nachvollziehbar aufgezeigt werden können.

Es hat sich allerdings herausgestellt, dass dieses Profil als einzige Informationsquelle für die Planung und Steuerung des individuellen Reha-Verlaufs nicht ausreicht: zum einen sind spezifische berufsfachliche Kompetenzen in dem Profil teilweise überhaupt nicht abgebildet¹⁴, zum anderen ist es notwendig, dass Stärken und Schwächen im Einzelfall genauer erläutert werden (z. B. ob ein Defizit hinsichtlich des Zeitmanagements bedeutet, dass ein Teilnehmer zu langsam arbeitet oder zu hastig oder ob er sich für die zur Verfügung stehende Zeit zu viele Aufgaben vornimmt). Außerdem sind zusätzlich personbezogene Faktoren wichtig, die in der ICF bisher nicht klassifiziert sind (z. B. Neigungen und Interessen der Teilnehmer). Diese notwendigen Zusatzinformationen werden als Bestandteil der Leistungsplanung von den Teammitgliedern in Textform in das EDV-System eingegeben.

4.5.3 Empfehlung zu einem einheitlichen ICF-Instrumentarium in den Berufsbildungswerken (seit 2014)

Nach der mehrjährigen Erprobungsphase der ICF in einzelnen Berufsbildungswerken lagen wichtige Referenzen zur Operationalisierung vor und es ergab sich die Notwendigkeit, unter Einbeziehung dieser Praxiserfahrungen ein einheitliches Instrumentarium für alle BBW zu entwickeln. Insbesondere sollte mit der ICF die Förderarbeit im Reha-Team weiter systematisiert und optimiert werden. Daraufhin hat eine Arbeitsgruppe der BAG BBW, an der sich insgesamt neun Berufsbildungswerke beteiligten, einen Vorschlag für ein einheitliches Instrumentarium erarbeitet, der den Einrichtungen im Frühjahr 2014 als Empfehlung der BAG BBW zur Verfügung gestellt wurde.

Mit Beginn des Ausbildungsjahres 2014 wurde auf Basis dieser Empfehlung die ICF-basierte Reha-Planung bei sieben Berufsbildungswerken neu implementiert und 2015 werden voraussichtlich weitere fünf Einrichtungen folgen (Stand Sept. 2014). Nicht mitgerechnet sind hierbei sechs Berufsbildungswerke, die bereits vor der Empfehlung 2014 die ICF für ihre Förderplanung eingeführt und genutzt haben.

¹⁴ Die ICF hat für den Bereich berufsfachlicher Kompetenzen, die über elementare kognitive bzw. manuelle Funktionen hinausgehen, so gut wie keine Items vorgesehen.

ICF-Standardliste BBW

Kernelement des Instrumentariums bildet die ICF-Standardliste BBW, die in der aktuellen Version 1.1 insgesamt 49 Items (3- bzw. 4-stellig) umfasst: 17 Merkmale sind dem Bereich Körperfunktionen zugeordnet, 26 dem Bereich Aktivitäten und Partizipation und 6 sind ausgewählte Umweltfaktoren. Im Sinne einer Basisliste sind Erweiterungen dieser Liste durch Berufsbildungswerke vor Ort konzeptionell vorgesehen und teilweise auch notwendig. Optionale Ergänzungen umfassen z. B. spezielle behinderungsspezifische Aspekte bei Sinnesbehinderungen oder psychischen Erkrankungen.

Für jedes Item wurde zur besseren Verständlichkeit und Zusammenarbeit zwischen den Reha-Fachkräften eine Kurzbezeichnung gewählt, die am Reha-Alltag ansetzt und teilweise von der WHO-Definition geringfügig abweicht. Die Einrichtungen vor Ort berücksichtigen darüber hinaus weitere personbezogene Faktoren¹⁵, die aber – da die WHO sie bisher nicht klassifiziert hat – kein Bestandteil der ICF-Standardliste BBW sind (siehe **Anhang**).

Beurteilung der Items (Kodierung)

Prinzipiell sind in einem Berufsbildungswerk alle Fachkräfte in die Beurteilung der Items einbezogen. Die größte Menge an Einzelbeobachtungen steuert dabei in einem Berufsbildungswerk der Ausbildungsbereich bei. Ein Ausbilder beurteilt nicht selten 25 und mehr einzelne Items. Einige Items werden darüber hinaus anhand spezieller, standardisierter Testverfahren beurteilt (z. B. das Merkmal Intelligenz) oder auf Basis von Beobachtungen im Rahmen von Assessmentverfahren wie hamet 2 oder Profil AC¹⁶.

Bei der fallbezogenen Beurteilung ein und desselben Items durch unterschiedliche Fachkräfte bzw. an unterschiedlichen Lernorten kann es zu Abweichungen kommen, die auf der Reha-Plan-Konferenz häufig für das Team wertvolle Hinweise für die weitere Förder- und Entwicklungsplanung bilden. Es werden jedoch nicht alle Items von allen Mitarbeitern beurteilt. Genaue Ausführungen hierzu sind in der örtlichen Prozessbeschreibung zur Reha-Planung festgelegt, und im Vorfeld einer Reha-Plan-Konferenz koordiniert der Case-Manager das Verfahren.

Zur Beurteilung eines Items soll laut WHO der Schweregrad eines individuellen gesundheitlichen Problems eingeschätzt werden, und zwar in Relation zu einer Person im gleichen Lebensalter ohne gesundheitliche Einschränkungen (Normalbevölkerung).

Da dieser Referenzmaßstab im Kontext der Berufsbildungswerke für die Erfassung der individuellen Situation (sei es eine Problemlage oder auch eine Stärke) untauglich erscheint (s. o.), wurde für den Förderalltag in einem Berufsbildungswerk der folgende methodische Ansatz („Null-Linie“) gewählt:

Referenz für eine Bewertung bildet das Vermögen eines „durchschnittlichen“ Auszubildenden ohne Behinderung im gleichen Ausbildungsgang; dies schließt alle Kompetenzbereiche mit ein, und es wird hierbei nach Berufsfeld und Ausbildungsphase („Lehrjahr“) sowie dem angestrebten Teilhabeziel (z. B. Vollausbildung, Ausbildung zum Fachpraktiker, Berufsvorbereitung) weiter differenziert.

¹⁵ Hierzu zählen bspw. individuelle Neigungen, Interessen, Medienverhalten, aber auch spezifische Fachkompetenzen.

¹⁶ Kompetenzanalyse Profil AC: Verfahren zur individuellen Diagnostik, Förderung und Berufsorientierung (Link: www.profil-ac.de).

Mit dem Referenzmaßstab¹⁷ „Durchschnittlicher Auszubildender“ ist es den Berufsbildungswerken gelungen, die Prinzipien und Maßstäbe der WHO zur Beurteilung von Items anzuwenden, d. h. die zunächst offen gebliebenen Fragen der Kodierung zu lösen. Bei der Nutzung sollte insbesondere die Struktur der 5-stufigen WHO-Skala unter Kompatibilitäts Gesichtspunkten erhalten bleiben und gleichzeitig ein pragmatischer Ansatz zur Beurteilung der Items ermöglicht werden (**Tabelle 5**).

Tabelle 5: Kodierung des Schweregrads in Berufsbildungswerken

.0	keine Einschränkung, kann Alltag (beruflich, sozial) bewältigen
.1	leichte Einschränkung, kann Alltag (beruflich, sozial) mithilfe der Regelangebote des BBW bewältigen
.2	deutliche Einschränkung, kann Alltag ohne besondere Hilfe alleine nicht bewältigen
.3	massive Einschränkung, Risikofaktor für Teilhabeziel (Item-bezogen), ganz besondere Hilfen erforderlich
.4	vollständige Einschränkung, Teilhabeziel nicht erreichbar

Vor jeder Förder- bzw. Reha-Plan-Konferenz beurteilen die Mitglieder eines Reha-Teams anhand einer Liste, teilweise auch IT-gestützt, die für ihren Bereich spezifischen Items (je nach Profession ca. 5 bis 30 Items). Seitens der BAG BBW wird empfohlen, besondere individuelle Stärken (im Bereich der b, s, d-Items) über ein Zusatzmerkmal¹⁸ zu kennzeichnen. Auf der anschließenden Konferenz werden die verschiedenen Beurteilungen der Fachkräfte zusammengetragen und reflektiert. Hieraus entsteht im Team eine gemeinsame Beurteilung (Profil), welches als Grundlage für die anschließende Reha-Planung dient. In dieses Verfahren sind die Rehabilitanden aktiv einbezogen, sowohl was die Beurteilungen anbelangt (Selbsteinschätzung) wie auch bei der Ableitung von Förderzielen.

Erläuterung zu den Items in Form von Leitfragen

Das Instrumentarium der Berufsbildungswerke zur ICF-Nutzung wird abgerundet durch ergänzende Erläuterungen zu den ausgewählten Items der Standardliste. Die Notwendigkeit für diese Erläuterungen bildeten die häufig relativ abstrakten Item-Definitionen der WHO, die im Reha-Alltag vieler Fachkräfte als unhandlich angesehen wurden. Daher wurden den WHO-Definitionen ergänzend Leitfragen an die Seite gestellt, die das jeweilige Item im Teilhabe-Kontext eines Berufsbildungswerkes erläutern und dabei die Fachsprache sowie die Begrifflichkeiten der Mitarbeiter aufnehmen¹⁹. Ein Beispiel hierzu (**Tabelle 6**):

¹⁷ Den Maßstab bildet nicht der Normal-Bürger sondern der altersgleiche Normal-Auszubildende.

¹⁸ z. B. „R“ = Ressource oder durch ein Pluszeichen (+)

¹⁹ Eine „Zuordnung“ der WHO-Definitionen der ICF-Items in den Reha-Kontext der Berufsbildungswerke steht noch aus. Inhaltliche Grundlage für die Leitfragen der BAG BBW bilden in jedem Fall die Item-Definitionen der WHO. Die Erfahrung im Reha-Alltag weist jedoch darauf hin, dass Leitfragen in weit höherem Maße als Definitionen auf eine Akzeptanz bei den Mitarbeitern stoßen.

Tabelle 6: Leitfragen zu Item b1643

Item	Kurzbezeichnung	Leitfragen
b1643	Flexibilität (kognitiv)	<ul style="list-style-type: none"> - Kann der Rehabilitand sich wechselnden Aufgabenstellungen und Situationen anpassen oder ist er stark auf Routinen angewiesen? - Wechselt der Rehabilitand seine Vorgehensweise (z. B. Lösungswege für Aufgaben), wenn seine bisherige Strategie nicht funktioniert? - Kann der Rehabilitand einem Wechsel des Themas bei einem Gespräch folgen?

Erste Erfahrungen aus Berufsbildungswerken bei der Umsetzung der Empfehlung

An den meisten Orten bilden die heterogenen IT-gestützten Planungs- und Dokumentationsprozesse eine besondere Herausforderung bei der Implementierung einer ICF-basierten Förderplanung. Für eine erfolgreiche Einführung sind insbesondere die Schnittstellen zur vorhandenen Reha-Software wie ggf. auch zu den IT-Systemen der Leistungsträger (Berichtswesen) von großer Bedeutung. Im BBW Waiblingen wurde hierzu ein neuartiges Software-Modul entwickelt, das auf größere Resonanz gestoßen ist.

Dieses Software-Modul umfasst zusätzlich die Möglichkeit zur interaktiven Selbsteinschätzung durch die jungen Menschen selbst. Als Beispiel die Beschreibung eines Items zum Umweltfaktor Verkehrswesen in einfacher Sprache (**Tabelle 7**):

Tabelle 7: Beschreibung zu Item e540

e540	
Dienste ... des Transportwesens (Verkehrsmittel)	An meinem Wohnort gibt es ausreichend Verkehrsmittel, um pünktlich zu meiner Ausbildungs- oder Arbeitsstelle zu kommen (und auch rechtzeitig wieder nach Hause), ohne allzu lange Fahrt- oder Wartezeiten.

Bei der Einbeziehung der Rehabilitanden in das Reha-Plan-Verfahren geht es jedoch nicht allein darum, dass sich junge Menschen anhand der Standardliste selbst einschätzen und auf diese Weise einen Beitrag zur Maßnahmesteuerung leisten. Vielmehr ist es eine wichtige Entwicklungsaufgabe, dass die Rehabilitanden im Verlauf ihrer Ausbildung lernen, was von ihnen erwartet wird (z. B. Kompetenzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt) und dass sie in der Lage sind, ihre eigenen Fertigkeiten wie auch ihren Hilfebedarf realistisch einzuschätzen und darzustellen. In diesen Zusammenhang ist für eine Selbsteinschätzung bedeutsam, in welcher „Sprache“ die Leitfragen wie auch weitere Erläuterungen zu den Items verfasst sind („Einfache/Leichte Sprache“).

Eine weitere Anregung, die den sozio-kulturellen Anwendungskontext der ICF berührt, kam aus dem Berufsbildungswerk Husum, wo viele Gehörlose ihre Ausbildung machen:

Das Item d710 (Sozialkompetenz) ist dort für Personen bei kultureller Mehrfachzugehörigkeit (wozu z. B. Personen, die auf Gebärdensprache angewiesen sind, zählen, aber auch Migranten), differenziert worden. Die Sozialkompetenz dieser Personen wird künftig getrennt nach Mehrheits- bzw. Minderheitsgesellschaft beurteilt (**Tabelle 8**):

Tabelle 8: Leitfragen zu Item d710

d710	Sozialkompetenz allgemein (Respekt, Toleranz)	Leitfragen <ul style="list-style-type: none"> ■ Verhält sich der Teilnehmer anderen Menschen gegenüber angemessen? Wendet er angemessene Umfangsformen an? ■ Kann der Teilnehmer die Gefühlslage anderer Menschen erkennen und darauf Rücksicht nehmen? ■ Reagiert er angemessen auf das Verhalten/die Äußerungen anderer? ■ Nimmt der Teilnehmer auf angemessene Weise Körperkontakt auf?
Item-Erweiterung	Sozialkompetenz bei kultureller Mehrfachzugehörigkeit	Leitfragen wie bei Sozialkompetenz, jedoch zusätzlich unterscheiden nach ... <ul style="list-style-type: none"> ■ Minderheitsgesellschaft (z. B. innerhalb der Gruppe der Hörgeschädigten) ■ Mehrheitsgesellschaft

Zusätzlich wird in allen Berufsbildungswerken, die die ICF mittlerweile eingeführt haben, der Bereich Mediennutzung bzw. Medienkompetenz seitens der jungen Rehabilitanden als so relevant eingeschätzt, dass entsprechende Beurteilungsmerkmale für die berufliche wie die soziale Rehabilitation Berücksichtigung finden, auch wenn die ICF als Klassifikation hierfür bisher kein zeitgemäßes Item zur Verfügung stellt.

Fazit

Erfahrungen bei der Umsetzung des ICF-Instrumentariums der Berufsbildungswerke deuten darauf hin, dass sich

- die Reha-Vorgeschichte, der Reha-Verlauf sowie die spätere Integration in Arbeit durch die Systematik der ICF besser als bisher über alle Phasen hinweg abbilden lassen,
- die Reha-Planung stärker als in der Vergangenheit auf das jeweilige konkrete Teilhabeziel bezieht,
- durch die Berücksichtigung der Kontextfaktoren der Blick auf mögliche Ressourcen erweitert wird und
- die Kommunikation und Zusammenarbeit der Reha-Fachkräfte durch eine gemeinsame „Sprache“ verbessert werden kann und damit der Reha-Verlauf transparenter abgebildet werden kann.

4.6 Beispiel: MIT – Modularisierte ICF-basierte Teilhabeplanung in den Segeberger Wohn- und Werkstätten

Der Träger der Segeberger Wohn- und Werkstätten ist der Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein. Dieser ist im Raum Holstein Träger diakonischer Einrichtungen für seelisch erkrankte Menschen, für Menschen mit Behinderungen, für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen und für Menschen, die im Alter Pflege oder Betreuung wünschen.

Die Segeberger Wohn- und Werkstätten sind im Bereich der Hilfe für Menschen mit Behinderungen im Kreis Segeberg tätig. Die Behindertenhilfe hat sich die Aufgabe gestellt, Erwachsene mit geistiger, seelischer oder mehrfacher Behinderung zu fördern. In diesem Bereich werden folgende Angebote vorgehalten: Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfbM nach § 142 SGB IX), Wohnstätte für Menschen mit Behinderungen und Ambulant Betreutes Wohnen (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53, 54 SGB XII), Treffpunkt im Ort und Tagesförderstätte (§ 136 SGB IX).

Entwicklung/Entstehung von MIT

Im Zuge der allgemeinen Entwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen war es erklärte Absicht, das Befundsystem in den Segeberger Wohn- und Werkstätten (SeWoWe) für Menschen mit Behinderungen dem neuen Bedarf anzupassen. Dabei erschien die Integration der ICF der WHO als übergreifendes Instrument wünschenswert, auch wenn sie in ihrer Komplexität für die Anwendung in der alltäglichen Praxis reduziert und nutzbar gemacht werden musste. Das Ergebnis ist MIT, eine „Modularisierte ICF-basierte Teilhabeplanung“ im Bereich der Eingliederungshilfe mit den zusätzlichen Schwerpunkten auf Arbeit und Arbeitsfähigkeiten. Der Name MIT setzt sich folgendermaßen zusammen:

„Modularisiert“, weil MIT aus 8 verschiedenen Modulen besteht,

„ICF-basiert“, weil sie sich auf die ICF gründet,

„Teilhabeplanung“, weil sich eine mit dem Klienten gemeinsam erarbeitete Zielsetzung anschließt.

MIT ist so konstruiert, dass eine gemeinsame Teilhabeplanung von Klient und Mitarbeiter möglich ist. Nach Schulung der gesamten Mitarbeiterschaft der SeWoWe, Probeläufen und Überarbeitungen ist MIT in der Einrichtung seit dem Jahr 2009 im Einsatz. MIT wird seit 2010 auch in anderen Einrichtungen der Eingliederungshilfe eingesetzt.

Wissenschaftlich begleitet werden die SeWoWe durch das Institut für Psychologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Die Resonanz der Mitarbeiterschaft und die Rückmeldung des Instituts verlaufen bisher positiv.

Aufbau von MIT

MIT ist ein ICF-basiertes Instrument zur Teilhabeplanung in den bedeutenden Lebensbereichen Wohnen, Tagesstrukturierung, Arbeit und Freizeit. Es besteht aus den acht Modulen:

- Hilfebedarfsermittlung
- Berufsbildungsbereich
- Arbeitsbereich
- Unterstützte Beschäftigung
- Tagesförderstätte
- Wohnen
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Freizeit

KAPITEL 4

Jedes Modul besteht jeweils aus einem Kerndatensatz, der auf den Einsatzbereich zugeschnitten ist, und einer sich daran anschließenden Teilhabezielvereinbarung.

Um dem Anwender die Handhabung des Kerndatensatzes zu erleichtern, wurde ein Manual entwickelt, in dem neben der ICF-Definition die ICF-Items einmal zusätzlich für die Mitarbeiter und außerdem auch in leichter Sprache für die Klienten erklärt und präzisiert sind.

Die Beurteilungsmerkmale in Bezug auf das Ausmaß eines Problems wurden aus der ICF übernommen. Sie werden mit einer Ziffer nach einem Punkt kodiert und beschreiben das Ausmaß eines Problems im Hinblick auf die entsprechende Komponente. Allerdings wurde das Ausmaß des Problems, also die Ausprägungen der Beurteilungsmerkmale, für das jeweilige Item definiert, um sie für die Anwendung im Arbeitsalltag der SeWoWe praktikabel zu machen (siehe **Tabelle 11** im Anhang).

Die ICF ist sehr komplex und in einigen Bereichen, gerade in Bezug auf Arbeitsfähigkeiten, für den Bedarf in der Eingliederungshilfe noch unvollständig. Für Wiegen und Messen zum Beispiel, gibt es keine ICF-Definition. In fast allen Berufsfeldern wird diese Fähigkeit jedoch gebraucht. In der Hauswirtschaft, um etwas zu wiegen oder abzumessen, im Holzbereich, um Material abzulängen, oder in der Verpackungsindustrie, um Waren abzuwiegen. Einige Codes, wie z. B. d198, wurden gerade in Bezug auf Arbeit präzisiert. d1981 heißt in MIT z. B. „Lernen und Wissen anwenden, anders bezeichnet – insbesondere Wiegen und Messen“.

MIT-Teilhabeplanung und ICF strukturierte Selbsteinschätzung

Im Basisblatt werden Angaben zur Person, zu Art und Auswirkung der Behinderung, zu vorausgegangenen Förderempfehlungen, z. B. der Schule oder anderen Einrichtungen, oder zu bereits absolvierten Praktika gemacht. Des Weiteren enthält es Datumsangaben zum Eintritt in den Bereich und den Zeitpunkt der Anwendung von MIT.

Mit den modularisierten Kerndatensätzen können in den verschiedenen Lebensbereichen die Fähigkeiten, Ressourcen, aber auch die Barrieren und Entwicklungsbedarfe des Klienten, wenn möglich mit seiner Beteiligung, erfasst und daraus eine Teilhabezielvereinbarung entwickelt werden.

Alle Kapitel der ICF sind auszugsweise in den jeweiligen Kerndatensätzen enthalten. Die Kerndatensätze zur Teilhabeplanung in den verschiedenen Lebensbereichen basieren auf je ca. 80 bis 100 Items.

KAPITEL 4

Abbildung 23: Auszug aus dem Kerndatensatz MIT Arbeitsbereich

MIT Arbeitsbereich				Seite 4	
				Datum:	
				Version vom 01.05.2012	
Name des/der Klienten/Klientin:					
.0 Problem nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich ...) .3 Problem erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst ...) .8 nicht spezifiziert .1 Problem leicht ausgeprägt (schwach, gering ...) .4 Problem voll ausgeprägt (komplett, ...) .9 nicht anwendbar .2 Problem mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...)					
Modularisierte ICF-basierte Teilhabeplanung (MIT) - Arbeitsbereich					
ICF-Codierung	ICF-basierter Kerndatensatz	Profilwert			
	(FE); Selbsteinschätzung durch Klienten (SE)	FE	SE	Bemerkung (max. 110 Zeichen)	
Aktivitäten und Partizipation - insb. Teilhabe					
Lernen und Wissensanwendung					
d155	Sich Fertigkeiten aneignen				
d15501	Sich elementare Fertigkeiten aneignen - insb. Verständnis für Werkzeuggebrauch (manuell, energiegetrieben), Gebrauch von Zeichen- u. Schreibgeräten,				
d163	Denken - außerdem Kreativität				
d166	Lesen				
d170	Schreiben				
d172	Rechnen				
d175	Probleme lösen				
d177	Entscheidungen treffen				
d1981	Lernen und Wissen anwenden, anders bezeichnet - insb. Wiegen, Messen				
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen					
d210	Eine Einzelaufgabe übernehmen				
d2102	Eine Einzelaufgabe unabhängig übernehmen - insb. Selbständigkeit				
d2103	Eine Einzelaufgabe in einer Gruppe bewältigen - insb. Teamfähigkeit,				
	Mit Stress und anderen				

Die Kerndatensätze sind in einer Excel-Tabelle nach ICF-Kapiteln farblich gegliedert und aufgelistet (**Abbildung 23**).

KAPITEL 4

In der ersten Spalte des Kerndatensatzes steht der numerische ICF-Kode.

In der zweiten Spalte steht der Name des ICF-Kodes. In dem Kommentar der Zelle öffnen sich die ICF-Definition, die fachsprachliche MIT-Definition und die Erklärung in leichter Sprache.

Die dritte Spalte ist für die Fremdeinschätzung der Fähigkeiten/Ressourcen/Barrieren durch den zuständigen Mitarbeiter der SeWoWe, wie z. B. Fachkraft für Arbeits- und Berufsförderung oder Sozialer Dienst. Hier werden die Beurteilungsmerkmale eingetragen. In dem Kommentar der Zelle verbergen sich die Beurteilungsmerkmale .0 bis .4 (bzw. +1 bis +4) sowie .8 und .9 mit den jeweiligen für Mitarbeiter definierten Ausprägungen des Items.

Die vierte Spalte ist für die Selbsteinschätzung des Klienten. Sind Klienten nicht selbst in der Lage, Angaben zu machen, können diese auch von Eltern oder Betreuern (als Dolmetscher) stammen. Die Kommentare der Zellen enthalten die Beurteilungsmerkmale in einfacher Sprache.

Die fünfte Spalte ist für Bemerkungen vorgesehen.

Abbildung 24: MIT Teilhabezielvereinbarung

MIT - Arbeitsbereich						Seite 9	
						Datum:	
						Version vom 01.05.2012	
Extrakt		Grobziel	Qualifizierungsschritte Mittel, Methoden, konkretes Ziel	Um setzung bis	Hdz. Ma/K	Ergebnis	Hdz. Ma/K/S D
Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung	d155 .1	Sich Fertigkeiten aneignen	Mein Ziel ist, im nächsten Jahr ein Praktikum in einer Tischlerei (allg. Arbeitsmarkt) zu machen. Dafür möchte ich lernen andere Maschinen alleine zu benutzen (z.B. Schleifmaschine, Stichsäge)	Heranführen an neue Maschinen durch Gruppenleiter (incl. Maschinenpflege, Erklären v. Umrüstungsarbeiten); Projektarbeit: Bau eines Produktes z.B. Vogelhaus	31.12.2013	XY AB
		kann bereits einige Maschinen im Holzbereich selbstständig bedienen					
	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	d7103 .3	Kritik in Beziehungen - insb. Umgang mit Kritik	Ich möchte lernen, mir Kritik von anderen anzuhören und nicht gleich wütend zu werden und sie anzuschreiben.	Gespräche zu zweit mit Gruppenleiter; Kritik erklären/begründen; Teilnahme an Kurs: Kukuk (Bausteine: Kommunikation und Konfliktbewältigung)	31.12.2013	XY AB
	Bedeutende Lebensbereiche	Kann Kritik schlecht annehmen, reagiert gereizt und verbal aggressiv					

Im Kerndatensatz werden alle Details des Klienten erfasst, in der Teilhabezielvereinbarung wird abstrahiert. Das bedeutet, nur die wirklich wichtigen Items bzw. Ziele werden herausgefiltert. Im Kerndatensatz festgestellte Fähigkeiten und Probleme/Barrieren werden auf ihre Relevanz geprüft und bei Feststellung von Bedeutsamkeit für die Entwicklung des Klienten in Teilhabeziele umgesetzt (**Abbildung 24**).

Soweit möglich, sind die Teilhabeziele eine gemeinsame Vereinbarung zwischen Klient und Mitarbeiter. Die Ziele müssen entsprechend der SMART-Regel, d. h. spezifisch, messbar, angemessen, relevant und terminiert formuliert sein.

Ausgehend vom Item wird das Grobziel benannt, um dann in der Spalte Qualifizierungsschritte die Umsetzung der Maßnahme konkret zu beschreiben. Die geplante Zeitdauer der Umsetzung wird ebenfalls festgehalten. Nach Ablauf des Zeitrahmens oder bei Erreichung des Zieles wird das Ergebnis in der Teilhabezielvereinbarung festgehalten.

MIT wird im Arbeitsbereich einmal jährlich von den Mitarbeitern bzw. Sozialen Diensten in Zusammenarbeit mit dem Klienten ausgefüllt. MIT ist Teil der Begleitmappe im Berufsbildungs- und Arbeitsbereich. Die Teilhabezielvereinbarung und die Kerndatensätze bilden die Grundlagen für die Berichte der Sozialen Dienste an die Leistungsträger der Maßnahme.

4.7 Beispiel: Nutzung der ICF bei der Dokumentation in WfbM

Teilhabe-/Förderplanung und -dokumentation bilden die unentbehrlichen Grundlagen in einer WfbM, um die erkannten Stärken und Schwächen behinderter Mitarbeiter zielgerichtet auszubauen und zu verbessern. Um die Kontinuität der Förderung – auch bei einem Wechsel in einen anderen Arbeitsbereich der WfbM oder in eine andere Einrichtung (z. B. BBW, Integrationsfirma) – zu gewährleisten, ist eine möglichst lückenlose Dokumentation zwingend notwendig.

Dokumentation der Modularisierten ICF-basierten Teilhabeplanung

In den Segeberger Wohn- und Werkstätten ist die ICF-basierte Teilhabeplanung eines Rehabilitanden die Ausgangslage für die alltagsbezogene Dokumentation des verantwortlichen WfbM-Mitarbeiters. Die Teilhabeplanung wird mindestens einmal jährlich mit dem Rehabilitanden durchgeführt. Auf Grundlage des Kerndatensatzes wird eine Teilhabezielvereinbarung erstellt. Sie enthält die Ziele des Rehabilitanden, die Qualifizierungsschritte, die Mittel und Methoden für die Zielerreichung und legt den Umsetzungszeitraum fest.

In der WfbM ist es üblich für den Mitarbeiter eine alltagsbezogene Dokumentation der Förderung des Rehabilitanden über das Jahr zu führen, um die Umsetzung der Maßnahmen in Hinblick auf die Zielerreichung festzustellen.

Ziele, die in der Teilhabezielvereinbarung schon fest umrissen formuliert wurden, münden im WfbM-Alltag in die konkrete Umsetzung. Hierfür ist es sinnvoll die Ziele planvoll und nachvollziehbar umzusetzen. Die Verlaufsdokumentation unterstützt die Mitarbeiter dabei, die formulierten Ziele und darin ausgedrückten Prioritäten in die Tat umzusetzen. Sie dient außerdem dazu, die begonnene Entwicklung eines Rehabilitanden weiter zu führen, Prozesse zu initiieren oder zu stützen. Des Weiteren hilft die Verlaufsdokumentation den Mitarbeitern bei der Reflektion der Förderung des Rehabilitanden. Bei der Verlaufsbeobachtung und deren Dokumentation überdenken die Mitarbeiter, wie die Umsetzung der Teilhabeziele in der individuellen Förderung des Rehabilitanden erfolgt und welche Wirkungen daraus resultieren.

KAPITEL 4

Die Einträge werden übersichtlich mit Datum und Unterschrift des WfbM-Mitarbeiters versehen in ein Dokumentationsblatt eingetragen. Sie helfen Entscheidungsprozesse und deren Umsetzung zu dokumentieren. Diese Dokumentation ist den involvierten Teammitgliedern (wie z. B. Sozialer Dienst, Bildungsbegleiter oder Krankenschwester) zugänglich.

Ebenfalls fördert die Verlaufsdokumentation die Transparenz in der Einrichtung in Vertretungssituationen. Auch bei Gruppenwechsel des Rehabilitanden sind die Verlaufsdokumentation und somit auch die aktuelle Teilhabeplanung für die neue zuständige Fachkraft nachvollziehbar und weiter fortschreibbar. Eine ICF-strukturierte Dokumentation erleichtert zudem dem Sozialen Dienst den strukturierten Transfer in den jährlichen Bericht an den Leistungsträger.

Dass Teilhabe-/Förderplanung und -dokumentation gleichzeitig auch Elemente der Qualitätssicherung sind, kann als weiterer positiver Effekt gewertet werden. Zudem trägt die ICF-Orientierung maßgeblich zur Qualitätssicherung einer kontext- und teilhabeorientierten Rehabilitation bei und bereitet damit die nachfolgenden Entscheidungen der Sozialleistungsträger zielführend vor.

Beispielhaft wird hier auszugsweise die Verlaufsdokumentation einer jungen Rehabilitandin dargestellt. Sie hat eine mittelgradige Intelligenzminderung (ICD F71) mit Verhaltensstörungen. Ob zusätzlich noch eine Schizophrenie (ICD F20) vorliegt, ist noch nicht abschließend geklärt. In ihrer Teilhabezielvereinbarung auf Basis von MIT sind folgende Ziele benannt (**Abbildung 25**).

Abbildung 25: Teilhabezielvereinbarung auf Basis von MIT

Extrakt			Grobziel	Qualifizierungsschritte Mittel, Methoden, konkretes Ziel	Um- setzung bis	Hdz. Ma/K	Ergebnis	Hdz. Ma/K/S D
Körperfunktionen	Sozio- Emotio- nalität, Kognition, Verhalten in Arbeits- situationen, Sensorik, Motorik	b1263	.8	Steigerung der Konzentration und Ausdauer auf Abschnitte von 30 Minuten Dauer.	Strukturierter Tagesablauf (Wochen- und Tagesplan) mit klar strukturierten Angeboten. Verhaltenssteuerung über positive und negative Verstärkung. Motivierende Angebote. Reizarme Umgebung (z.B. Kleingruppe, geschlossener Raum). Unterstützung durch Fachkraft für Arbeits- und Berufsförderung	Jun 14	AB CD	
		Psychische Stabilität						
		b140	.3					
		Funktionen der Aufmerksamkeit - außerdem Konzentration						
Körper- strukturen								

Die Verlaufsdokumentation der Rehabilitandin wird von dem zuständigen Mitarbeiter in Bezug zu den benannten Zielen in der Begleitmappe geführt (**Abbildung 26**).

Abbildung 26: Verlaufsdocumentation bei einer Rehabilitandin

Datum	MIT-Ziel	Angebote	Verlauf	Handzeichen Mitarbeiter
13.8.	b140 d155	Hirnleistungstraining Hauswirtschaft	Konnte sich 10 Min. auf das Angebot einlassen und blieb an ihrem Arbeitsplatz sitzen. 25 Minuten beim Gemüse schneiden, mit drei Pausen. War immer wieder durch die beiden anderen Kollegen abgelenkt.	AB
14.8.	b1263 b140 d155	Hauswirtschaft Hirnleistungstraining	Benötigte ständige Hilfestellung beim Ausräumen des Geschirrspülers. Leicht ablenkbar durch Geräusche von außerhalb. Hatte keinen Antrieb etwas auf Anhieb zu machen, zeigte Lustlosigkeit. Zeigt sich aber stabiler und ruhiger als letzte Woche. Mit „Time Timer“: leicht ablenkbar, benötigt ständige Hilfestellung	AB
15.8.	b1263 b140 d155	Hauswirtschaft Hirnleistungstraining	wie gestern	AB
16.8.	b140 d155	Hauswirtschaft Hirnleistungstraining	Zeigte sich den Tag über stabil. Botengänge und hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Gemüse schneiden, Geschirr wegräumen) erledigte sie nach mehrmaliger Aufforderung. Konnte alle Puzzleteile in 15 Minuten zuordnen und war mit großer Aufmerksamkeit dabei, ließ sich kaum ablenken.	AB
17.8.	b1263 b140 b155	Hauswirtschaft	War tagsüber gut lenkbar. Hat mit Unterstützung den Geschirrspüler ausgeräumt. Abgelenkt, sobald störende Reize hinzukommen (Telefon klingelt, Kollege fragt etwas). Dann unterbricht sie die Arbeit und muss mehrfach aufgefordert werden, wieder zu beginnen.	AB

4.8 Beispiel aus der Arbeitsmedizin – Nutzen der ICF beim BEM

In der betriebsärztlichen Tätigkeit wurden ICF-basierte Instrumente bisher nicht eingesetzt oder entwickelt, obwohl das bio-psycho-soziale Modell für die Nutzung in der Arbeitsmedizin geradezu geschaffen ist. Das Belastungs-Beanspruchungskonzept, das auch zur Identifikation von Rehabilitationsbedarf und beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) genutzt wird, ist seit Jahrzehnten eine zentrale Grundlage betriebsärztlichen Handelns und betrachtet die Funktionsfähigkeit eines Menschen als Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen und seinen umwelt- (arbeitswelt-) und personenbezogenen Faktoren.

Vereinzelte (z. B. Ford/Köln) werden in der Arbeitsmedizin Profilvergleichs-Verfahren wie IMBA und MELBA eingesetzt, um Fähigkeiten und Anforderungen einschätzen, dokumentieren und vergleichen zu können. Auch wenn die Merkmale von IMBA und MELBA und die ICF-Items nicht direkt kompatibel sind, erlauben die auf dieser Grundlage getroffenen Einschätzungen eine nicht nur partielle Zuordnung zu ICF-Items.

Fallbeispiel

Ein 41-jähriger Schlossermeister ist seit seiner Ausbildung in einem Chemiebetrieb tätig. Aufgrund seiner fachlichen Qualifikation und seiner sozialen Kompetenz wird er bei der Planung und Steuerung von Bau-, Revisions- und Reparaturarbeiten sowie der Überwachung und Abnahme von Auftragsleistungen eingesetzt. Diese Tätigkeiten, die hohe Anforderungen an Zeitmanagement, kognitive Flexibilität, Gewissenhaftigkeit und Stressbewältigung stellen, übt er viele Jahre erfolgreich ohne nennenswerte Defizite oder Konflikte aus.

Innerhalb weniger Wochen treten ein zunehmender Leistungsabfall mit der Unfähigkeit, die Routinearbeiten zu bewältigen, und Zeichen der äußeren Verwahrlosung auf. Im Arbeitsbereich sind keine Konflikte oder außerordentliche Belastungen zu erkennen, ebenfalls gibt es keine Hinweise auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch.

Die vom Betriebsarzt eingeleitete fachärztliche Abklärung ergibt die Diagnose einer schweren depressiven Störung. Es folgt eine lange stationäre und ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung über eine Dauer von mehr als 76 Wochen. Die Familienanamnese deutet auf eine genetische Komponente hin (jüngerer Bruder ist wegen eines identischen Krankheitsbildes berentet worden, Vater und Bruder des Vaters starben durch Suizid).

Wiederholte Versuche der Kontaktaufnahme (Telefonate, Anschreiben und Hausbesuche) durch Führungskräfte, Betriebsrat und Betriebsarzt zur Einleitung eines BEMs scheiterten. Schließlich konnte über den behandelnden Therapeuten der Kontakt hergestellt werden. Am BEM-Gespräch nahmen neben dem Abteilungsleiter, dem direkten Vorgesetzten und dem Betriebsrat auch der Betriebsarzt, der Psychotherapeut, der Fachdienst für Arbeit und drei Arbeitskollegen teil. Im Gespräch wurde deutlich, dass etliche Fähigkeiten noch erheblich beeinträchtigt waren:

Beeinträchtigte Fähigkeiten:

<i>Merkmal nach MELBA</i>	<i>ICF-Item</i>
<i>Antrieb</i>	<i>Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (b130)</i>
<i>Aufmerksamkeit</i>	<i>Funktionen der Aufmerksamkeit (b140)</i>
<i>Pünktlichkeit</i>	<i>Das Zeitmanagement betreffende Funktionen (b1642)</i>
<i>Teamarbeit</i>	<i>Mehrfachaufgaben übernehmen (d220)</i>
<i>Misserfolgstoleranz</i>	<i>Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (d240)</i>

Nicht beeinträchtigte Fähigkeiten:

<i>Merkmale nach MELBA</i>	<i>ICF-Items</i>
<i>Auffassung</i>	<i>Funktionen der Intelligenz (b117); Funktion des Denkens (b160)</i>
<i>Sorgfalt</i>	<i>Gewissenhaftigkeit (b1262)</i>
<i>Fein-/Grobmotorik</i>	<i>Feinmotorischer Handgebrauch (d440)</i>
<i>Kontaktfähigkeit</i>	<i>Elementare interpersonelle Aktivitäten (d710)</i>
<i>Arbeitsplanung</i>	<i>Einzelaufgaben unabhängig und in Gruppen bewältigen (d2102/d2103)</i>

In Hinblick auf die festgestellte aktuelle Funktionsfähigkeit und verbliebenen Beeinträchtigungen von Schlüsselqualifikationen wurde einvernehmlich die Lösung gefunden, den Beschäftigten stufenweise, beginnend mit 3 Stunden täglich ab 9:30 Uhr, in der Werkzeugausgabe wiedereinzugliedern. Zu den Aufgaben gehört die Rücknahme und Überprüfung von Werkzeugen und Geräten sowie kleinere Reparaturarbeiten (z. B. Bohrer schleifen) ohne Zeitdruck. Ziele der Wiedereingliederung waren die Reintegration in den Betrieb sowie die Unterstützung des Heilungsprozesses durch Schaffung einer Struktur und die Ermöglichung kleinerer Erfolgserlebnisse. Dem Beschäftigten wurde die Option offen gehalten, mittel- und langfristig nach Stabilisierung wieder an seinen alten Arbeitsplatz zurückzukehren.

5. *Fazit, Entwicklung und Ausblick*

Der vorliegende Praxisleitfaden Nr. 4 soll anhand einer eingängigen Schwerpunktsetzung die Möglichkeiten der praktischen Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation exemplarisch aufzeigen. Bei der Sammlung wurde deutlich, dass nicht nur sehr viele Einrichtungen sich mit der ICF-Nutzung für ihre Zwecke beschäftigen, sondern es war auch überraschend festzustellen, dass dies sehr umfangreich und detailliert geschieht.

Ausgangspunkt für die Nutzung der ICF ist stets ein Gesundheitsproblem. Dasselbe Gesundheitsproblem kann jedoch im Leben verschiedener Menschen ganz unterschiedliche Auswirkungen haben. Das hat viele Gründe. Die Aspekte der individuellen Kompensationsfähigkeit, persönlicher Einstellungen und Ressourcen müssen ebenso betrachtet werden wie z. B. Barrieren, Förderfaktoren oder hemmende Einstellungen der Umwelt. Eine vorhandene oder fehlende Unterstützung des betroffenen Menschen am Arbeitsplatz und im Privatleben entscheidet somit auch über das Ausmaß vorhandener Beeinträchtigungen.

Die ICF als Theoriemodell bietet eine gemeinsame Basis hinsichtlich Kommunikation und Ablaufplanung für alle, die an der Behandlung, Therapie und rehabilitativen Versorgung kranker und in der Teilhabe bedrohter oder bereits beeinträchtigter Menschen beteiligt sind. Hierbei eröffnet die ICF insbesondere zwei Optionen:

Sie ist zum einen eine **Konzeption („Philosophie“)** zum besseren Verständnis von Krankheitsfolgen im Bedingungsgefüge von Wechselwirkungen zwischen den Ebenen: Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten/Teilhabe und Kontextfaktoren, auch als bio-psycho-soziale Wechselwirkungen bezeichnet. Die bio-psycho-soziale Sichtweise der ICF auf eine Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen markiert einen Paradigmenwechsel, weg von der bislang stark diagnose- und defizitorientierten Sicht, hin zu einer umfassenden Betrachtung des Menschen mit einem Gesundheitsproblem in seinen biographischen und sozialen Bezügen. Die ICF stellt dafür eine grundsätzliche Systematik und definierte Begriffe zur Verfügung.

Zum anderen ist die ICF eine **Klassifikation**, die eine Kodierung der einzelnen Komponenten der Funktionsfähigkeit für Gesundheitsinformationssysteme ermöglicht und damit nationalen und internationalen Datenabgleichen zwischen verschiedenen Disziplinen im System der sozialen Sicherung dienen soll. Die Kodierung nach den offiziellen Kodierungsleitlinien der ICF ist jedoch auf absehbare Zeit schon allein wegen der problematischen Umsetzbarkeit der Schweregradeinteilung in der Praxis wenig realistisch. Die Verwendung von geeigneten Beurteilungsmethoden in Anlehnung an die Kodierungsleitlinien wird in der beruflichen Rehabilitation jedoch bereits mit Erfolg erprobt.

Die Bemühungen zur Implementation der ICF in den Arbeitsalltag der Beruflichen Rehabilitation und zu ihrer Bewertung sind vielerorts sehr weit fortgeschritten. Dies erklärt sich natürlich recht einfach damit, dass die Vorteile für das eigene zielführende Handeln schnell erkennbar werden, sobald man sich etwas näher mit der ICF und dem zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der WHO beschäftigt. Viele auftragsbezogene Aspekte sind dabei berührt:

Durch die mit der ICF eingebrachten Begriffe und die mit dem bio-psycho-sozialen Modell im Zusammenhang stehenden Ausdrucks- und Sichtweisen ergibt sich zwangsläufig eine gewisse Standardisierung der Kommunikation zwischen allen beteiligten Fach- bzw. Berufsgruppen, die in der Rehabilitation insbesondere interdisziplinär zusammenarbeiten.

Allen Beteiligten wird der geforderte Teilhabebezug der Interventionen deutlicher vor Augen geführt.

Die Beachtung der individuellen Situation des betroffenen Menschen und die zielführende „ganzheitliche“ Betrachtung sind oft der Schlüssel zur Lösung vieler Probleme.

Wie in diesem Leitfaden aufgezeigt, bietet die ICF eine einheitliche systematische Basis und viele Hilfestellungen für eine strukturierte Abbildung der Funktionsfähigkeit in allen Phasen des beruflichen Rehabilitationsprozesses, von der Bedarfserkennung über die Bedarfsfeststellung und die verschiedenen Elemente der Leistungsdurchführung (z. B. Planung, Steuerung, Dokumentation) bis hin zur beruflichen (Re-)Integration.

Doch auch wenn mit diesem Leitfaden viele Nutzungsmöglichkeiten der ICF für den Bereich der beruflichen Rehabilitation aufgezeigt werden, so bleiben letztlich doch noch verschiedene „Baustellen“ übrig, die im Rahmen zukünftiger Entwicklungen zu bearbeiten sein werden. Das bezieht sich nicht nur auf die ICF als Klassifikation selbst, sondern auch auf verschiedene Spannungsfelder bei ihrer Nutzung im Bereich der Beruflichen Rehabilitation. Dazu gehören beispielsweise die im beruflichen Bereich wichtigen verschiedenen Kompetenzen einer Person, die sich nicht so einfach mit der ICF als Klassifikation in allen Fällen verbinden lassen, oder die damit zusammenhängende Nutzung personbezogener Faktoren. Bezüge wurden hier zwar beispielhaft aufgezeigt, aber eine abschließende Bearbeitung war nicht leistbar und bleibt vertiefenden Vorhaben vorbehalten. Seit langem etabliert sind die von der DGRW und DRV gestalteten ICF-Anwenderkonferenzen als Plattform der Reha-Träger, Forscher und Nutzer der ICF für einen kontinuierlichen Austausch über die neuen Erkenntnisse und Entwicklungen. Diese sind in die jährlich stattfindenden Reha-Kolloquien der DRV integriert. Allerdings reichen diese Konferenzen nicht aus, um langfristig abgestimmte Entscheidungen hin zu übergreifenden Nutzungs-Standards zu bewirken.

Wie sieht die Perspektive der Nutzung der ICF derzeit aus?

Die Bemühungen zur wissenschaftlich begründeten Nutzung der ICF werden weiter zunehmen. Die nach der erfolgreichen „ICF-Machbarkeitsstudie“ 2015 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation und der Hochschule Magdeburg-Stendal begonnene Studie „B3 – Das Bedarfsermittlungskonzept“ hat das Ziel, zur Standardisierung bei der Verwendung der erforderlichen Assessments beizutragen. Auch dabei wird sich die ICF als weltweit gültige Klassifikation und insbesondere mit ihrem zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell sicherlich als eine geeignete und zielführende Grundlage erweisen. ICF-kompatible Assessments und entsprechend geeignete Berichtsformate werden eine immer größere Rolle in der Rehabilitation spielen. Die dafür erforderlichen Grundlagen und Materialien liegen längst vor.

Ebenfalls für die ICF-bezogene Zusammenführung der vorhandenen zahlreichen Ansätze der Bedarfsfeststellung sehr förderlich dürften weitergehende Abstimmungen zwischen den Reha-Trägern sein, die es entsprechend zu befördern gilt.

Die in der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX aufgeführte Anforderung bei der Zertifizierung von stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nach ICF-basierten und teilhabeorientierten indikations- und zielgruppenspezifischen Rehabilitationskonzepten als unbedingtes Qualitätskriterium hat den Bedarf nach ICF-Schulungsmaßnahmen seit 2009 stark befördert. In den Rehabilitationseinrichtungen zwingt auch die wirtschaftliche Situation dazu, möglichst allen Anforderungen der Rehabilitationsträger, wie sie auch in den Rahmenempfehlungen der BAR für die ambulante Rehabilitation aufgeführt sind, besser gerecht zu werden, um die Belegung zu sichern.

Nicht nur in der beruflichen, sondern in fast allen Bereichen der Rehabilitation ist eine umfangreiche und detaillierte Beschäftigung mit der ICF festzustellen. Dazu haben nicht nur die mit Nutzung der ICF einhergehenden Verbesserungen z. B. in der Kommunikation innerhalb des Reha-Teams und auch mit den Rehabilitanden, der zielführende Teilhabebezug und die standardisierte ganzheitliche Betrachtung der Funktionsfähigkeit geführt, sondern auch neue Entwicklungen, die in Deutschland für die Implementierung der ICF in der Rehabilitation bedeutsam sind, z. B.:

- Entwicklungen im Forschungsbereich (z. B. ICF-Core-Sets),
- Entwicklungen im gesellschaftlichen/politischen Bereich (z. B. Inklusion, UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)),
- ein offenes Updateverfahren der WHO zur ICF,
- die Entwicklung einer ICF für Kinder und Jugendliche (ICF-CY),
- erste Entwürfe zur Klassifikation von personbezogenen Kontextfaktoren und
- vielfältige Erfahrungen mit der Nutzung der ICF in der Praxis der (beruflichen) Rehabilitation.

Die Ziele der Selbstbestimmung und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft setzen eine partizipative Entscheidungsfindung voraus und werden durch die Orientierung an dem Modell der ICF (ganzheitlicher Ansatz, Berücksichtigung von Kontextfaktoren) unterstützt. Eine unmittelbare Mitwirkung und Mitbestimmung von Betroffenen bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien sowie von Behandlungspfaden ist unerlässlich.

Die Nutzung der ICF in Reha-Einrichtungen erfordert eine sorgfältige Vorbereitung und Planung. Als konzeptionelles Bezugssystem sollte die ICF im Leitbild der jeweiligen Reha-Einrichtung verankert sein und von allen Mitwirkenden getragen werden.

Die breite Nutzung der ICF in der Rehabilitation hängt natürlich nicht nur von der Initiative der Reha-Einrichtungen und -Träger ab, sondern auch von der Ausgestaltung von Rahmenbedingungen des Rehabilitationssystems, bei der die Unterstützung durch die Politik erforderlich ist (z. B. Bundesteilhabegesetz, BTHG). Eine einheitliche Bedarfsfeststellung durch compatible, ICF-basierte Assessments und entsprechende Berichtsformate sind dabei zielführend. Die bislang vielfältigen Ansätze sollten für eine Standardisierung soweit wie es sinnvoll ist zusammengeführt werden. Ebenfalls wichtig sind diesbezügliche Evaluationen und ICF-bezogene Forschungen.

Tabelle 9: Liste der Kurzbezeichnungen des Berufsbildungswerkes²⁰:

Kode-Nr.	Item-Name WHO	Kurzbezeichnung Berufsbildungswerk
Körperfunktionen (17 Items)		
b117	Funktionen der Intelligenz	Intelligenz
b1262	Gewissenhaftigkeit (Sorgfalt, Genauigkeit)	Gewissenhaftigkeit/Sorgfalt
b1263	Psychische Stabilität	Psychische Stabilität
b1266	Selbstvertrauen	Selbstvertrauen
b1267	Zuverlässigkeit	Zuverlässigkeit (Einhaltung von Konventionen und Regeln im sozialen Miteinander)
b1300	Ausmaß der psychischen Energie	Antrieb / Durchhaltevermögen
b1301	Motivation	Motivation/ Leistungsbereitschaft (spezifisch)
b1304	Impulskontrolle	Impulskontrolle
b140	Funktionen der Aufmerksamkeit	Aufmerksamkeit
b144	Funktionen des Gedächtnisses	Gedächtnisleistung
b156	Funktionen der Wahrnehmung	Wahrnehmungsfähigkeit
b1640	Abstraktionsvermögen	Abstraktionsvermögen
b1641	Organisation / Planung	Organisation / Planung
b1642	Zeitmanagement	Zeitmanagement
b1643	Kognitive Flexibilität	Flexibilität (kognitiv)
b1644	Einsichtsvermögen	Selbsteinschätzung
b4550	Allgemeine Ausdauerleistung	körperl. Belastbarkeit
Aktivitäten und Teilhabe (26 Items)		
d155	Sich Fertigkeiten aneignen	Zuwachs an beruflicher Handlungsfähigkeit
d166	Lesen	Lesen
d170	Schreiben	Schreiben
d172	Rechnen	Rechnen/Mathematik
d175	Probleme lösen	Probleme lösen
d177	Entscheidungen treffen	Entscheidungen treffen
d2102	Eine Einzelaufgabe unabhängig (selbstständig) übernehmen	Selbständigkeit (Übernahme einer Aufgabe)
d2103	Eine Einzelaufgabe in einer Gruppe bewältigen (Kooperation im Team)	Teamfähigkeit
d2400	Mit Verantwortung umgehen	Verantwortung übernehmen (für sich selbst und andere)

²⁰ Quelle für „ICF Standardliste BBW Version 1.0“:
<http://www.bagbbw.de/w/files/berufliche-reha/icf-standardliste-1.0-bbw-.pdf>

ANHANG

d2401	Mit Stress umgehen	Stressbelastbarkeit
d350	Konversation	Fähigkeit zur Gesprächsführung
d440	Feinmotorischer Handgebrauch	Feinmotorische Fähigkeiten (Handgeschick)
d570	Auf seine Gesundheit achten (u. a. Ernährung)	Gesundheitskompetenz
d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen	Selbstversorgung / Einkaufen
d630	Mahlzeiten vorbereiten	Selbstversorgung / Ernährung
d640	Hausarbeiten erledigen	Selbstversorgung / Hausarbeit
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten	Soziale Kompetenz / Respekt und Toleranz
d7103	Kritik in Beziehungen	Soziale Kompetenz / Kritikfähigkeit
d720	Komplexe interpersonelle Interaktionen	Sozialkompetenz / Beziehungen und Interaktionen
d730	Mit Fremden umgehen	Soziale Kompetenz / Kontakt zu Fremden
d7400	Mit Autoritätspersonen umgehen	Soziale Kompetenz / Umgang mit Autoritäten
d7402	Mit Gleichrangigen umgehen	Soziale Kompetenz / Beziehungen zu Gleichrangigen
d840	Vorbereitung auf die Erwerbstätigkeit	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden	Arbeitsplatz suchen und erhalten
d860	Elementare wirtschaftliche Transaktionen (u. a. Umgang mit Geld)	Umgang mit Geld
d920	Erholung und Freizeit	Erholung und Freizeit
Umweltfaktoren (6 Items)		
e310	engster Familienkreis	Familiensystem
e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder	Soziales Umfeld
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe	Fachleute des Gesundheitssystems
e525	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens	Wohnungswesen
e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens	Transportwesen
e585	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens	Bildungs- und Ausbildungswesen (BBW)

Tabelle 10: Beispiel eines Items aus dem MIT-Manual

d175 Probleme lösen		
<p>ICF: Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird, wie die Auseinandersetzung zweier Personen schlichten</p> <p>MIT: Fähigkeit, Probleme in ihren Ursachen zu erkennen, in angemessener Zeit ggf. verschiedene Lösungen zu entwickeln, diese gegen einander abzuwägen und umzusetzen</p> <p>MIT-Leichte Sprache: Ich erkenne Probleme. Ich kann mir vorstellen, wie sie entstanden sind. Ich kann mir mehrere Lösungen für ein Problem vorstellen. Ich kann entscheiden, welche Lösung die beste ist und diese Lösung dann auch anwenden (z. B. einen Streit schlichten)</p>		
.0	Ist in der Lage, Probleme zu erkennen und kann in angemessener Zeit u. U. verschiedene Lösungen entwickeln und gegeneinander abwägen	Ich erkenne Probleme. Ich kann mir vorstellen, wie sie entstanden sind. Ich kann mir mehrere Lösungen für ein Problem vorstellen. Ich kann entscheiden, welche Lösung die beste ist und das Problem damit lösen (z. B. einen Streit schlichten). Dafür brauche ich nicht viel Zeit.
.1	Ist in der Lage, Probleme zu erkennen und kann bei ausreichender Zeit verschiedene Lösungen entwickeln	Ich erkenne Probleme. Ich kann mir vorstellen, wie sie entstanden sind. Ich kann mir meistens Lösungen für ein Problem vorstellen. Wenn ich dafür genügend Zeit habe, kann ich das Problem lösen (z. B. einen Streit schlichten).
.2	Hat Schwierigkeiten, Probleme zu durchschauen und kann mit Unterstützung einfache Lösungen entwickeln	Es fällt mir schwer, Probleme zu erkennen. Ich weiß nicht immer, wie sie entstanden sind. Mithilfe kann ich mir eine Lösung für ein Problem vorstellen. Ich versuche es zu lösen (z. B. ich brauche eine Person zur Hilfe, um einen Streit mit jemand anderem zu schlichten).
.3	Reagiert bei Schwierigkeiten mit Aggression oder sozialem Rückzug, kann nur mit Unterstützung einfache Lösungen entwickeln	Bei Problemen reagiere ich aggressiv (z. B. ich werde wütend; ich werde laut) oder ich ziehe mich zurück (z. B. ich rede nicht). Ich brauche Hilfe, um eine Lösung für ein Problem zu finden.
.4	Reagiert bei Schwierigkeiten mit Aggression oder sozialem Rückzug, kann auch bei Unterstützung keine Lösungen entwickeln	Ich erkenne Probleme nicht. Ich kann keine Probleme lösen.
.8	Nicht spezifiziert, es besteht ein Problem, sein Ausmaß oder Unterstützungsbedarf kann zur Zeit nicht eingeschätzt werden	Ich habe Schwierigkeiten, Probleme zu lösen. Ich kann aber nicht einschätzen, wie klein oder groß meine Schwierigkeiten damit sind.

Beispiele für Verknüpfung von Bausteinen von Assessmentinstrumenten mit ICF-Items am Beispiel von hamet 2

hamet 2²¹ (HAMET = Handwerklich Motorischer Eignungstest) ist ein standardisiertes, handlungsorientiertes und wissenschaftlich konstruiertes Testverfahren zur Überprüfung und Förderung beruflicher Basiskompetenzen am Übergang von Schule in Ausbildung. Es werden handwerklich-motorische und soziale Fähigkeiten überprüft, die nicht mit herkömmlichen schulischen oder kognitiven Leistungstests, Fragebögen oder Papier-Bleistifttests erfasst werden können. Durch seine Normierung orientiert sich das Verfahren an den Anforderungen zu Beginn einer Ausbildung. Über standardisierte Vorprogramme werden die zu testenden beruflichen Kompetenzen gleichsam auch gefördert. Nach einer Studie der Universität Stendal im Auftrag der BAR und BAG BBW (2013) ist hamet 2 in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation das mit am häufigsten verwendete Testverfahren, um den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu ermitteln.

Durch die standardisierten Testaufgaben des hamet 2 können viele Items der ICF aus dem Ergebnis heraus direkt beurteilt werden. Weitere Items können auf Basis der Beobachtung des Arbeits- und Sozialverhaltens während der Durchführung durch die Testleitung bewertet werden. Die Beobachtungen lassen Teilaspekte der ICF-Items erkennen, die anschließend durch Einschätzungen im Arbeitsalltag oder durch andere spezifische Tests (z. B. Schultest) noch umfassender bewertet werden können. Beispielsweise lassen die Beobachtungen, ob ein Rehabilitand ausgeruht oder übermüdet zur Testung erscheint, ob er in den Pausen ausreichend isst und trinkt oder ob seine Kleidung der Temperatur/dem Wetter angemessen ist, Aussagen zum ICF Item d570 „Auf meine Gesundheit achten“ zu.

21 Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen
(Link: www.hamet.de)

Tabelle 11: hamet 2

Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen - Items der ICF			
Module/ Faktoren	Aufgaben	ICF Code	Beschreibung
Modul 1	Berufliche Kompetenzen		
Faktor A "Routine und Tempo"	Schrauben	d440	Feinmotorischer Handgebrauch
		d4400	Einen Gegenstand aufnehmen
	Register	b1301	Motivation
		d440	Feinmotorischer Handgebrauch
		d4400	Einen Gegenstand aufnehmen
	Einfädeln	d440	Feinmotorischer Handgebrauch
		d4400	Einen Gegenstand aufnehmen
Faktor B "Werkzeug-einsatz und Werkzeug-steuerung (einfach)"	Servietten	d440	Feinmotorischer Handgebrauch
		d4400	Einen Gegenstand aufnehmen
	Schneiden	d440	Feinmotorischer Handgebrauch
		d1550	Sich elementare Fertigkeiten aneignen
		b760	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
		d445	Hand- und Armgebrauch
	Ausmalen	b1300	Ausmaß der psychischen Energie
		b1301	Motivation
		d440	Feinmotorischer Handgebrauch
		d1550	Sich elementare Fertigkeiten aneignen
		b760	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
		d445	Hand- und Armgebrauch
	Nähmaschine	d1550	Sich elementare Fertigkeiten aneignen
		d445	Hand- und Armgebrauch
		b7602	Koordination von Willkürbewegungen
Faktor C "Wahrnehmung und Symmetrie"	Linien fortsetzen	b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
		b156	Funktionen der Wahrnehmung
	Spiegelbilder	b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
		b156	Funktionen der Wahrnehmung
		b1565	Räumlich-visuelle Wahrnehmung
	Scheiben verteilen	b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
		b156	Funktionen der Wahrnehmung
	Daten übertragen	d166	Lesen
		b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
		d3601	Technische Schreibgeräte benutzen

ANHANG

Faktor D "Instruktions- verständnis und Instruktions- umsetzung"	CNC-Koordinaten	b1300	Ausmaß der psychischen Energie
		b1301	Motivation
		b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
		b1400	Daueraufmerksamkeit
		d3152	Kommunizieren als Empfänger von Zeichnungen und Fotos
	Telefon programmieren	b1641	Das Organisieren und Planen betreffende Funktionen
		d166	Lesen
		b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
		d329	Kommunizieren als Empfänger, anders oder nicht näher bezeichnet
	Text eingeben	d166	Lesen
		d3601	Technische Schreibgeräte benutzen
Faktor E	Fisch feilen	b1300	Ausmaß der psychischen Energie
		b1301	Motivation
		b176	Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen
		d1551	Sich komplexe Fertigkeiten aneignen
		d445	Hand- und Armgebrauch
	Draht biegen	b1300	Ausmaß der psychischen Energie
		b1301	Motivation
		d1551	Sich komplexe Fertigkeiten aneignen
		d445	Hand- und Armgebrauch
	Wasserwaage	d172	Rechnen
		d1551	Sich komplexe Fertigkeiten aneignen
		d445	Hand- und Armgebrauch
	Servicewagen	b1565	Räumlich-visuelle Wahrnehmung
		d1551	Sich komplexe Fertigkeiten aneignen
		d445	Hand- und Armgebrauch
	Verband	d1551	Sich komplexe Fertigkeiten aneignen
		d445	Hand- und Armgebrauch
	Gebäckpresse	d1551	Sich komplexe Fertigkeiten aneignen
		d445	Hand- und Armgebrauch
Faktor F "Messgenauigkeit und Präzision"	Maße	d445	Hand- und Armgebrauch
	Winkel	d445	Hand- und Armgebrauch
	Schnittpunkte	d445	Hand- und Armgebrauch

Beobachtung Arbeitspädagogische Beobachtungs- und Bewertungsbogen

Beobachtung bei der Unterweisung, der Durchführung des Vorprogramms und bei der Bearbeitung der Testaufgabe.

Kriterien		
Einstellung und Interesse	b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
Antrieb	b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
Auffassungs- vermögen	b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
Denkfähigkeit	b164	Höhere kognitive Funktionen
Konzentrations- vermögen	b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
Selbstständigkeit	d2102	Eine Einzelaufgabe unabhängig übernehmen
Flexibilität	b164	Höhere kognitive Funktionen
	b1643	Kognitive Flexibilität
Sorgfalt	b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
	b1262	Gewissenhaftigkeit
Handgeschick - Feinmotorische Arbeiten	b760	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
	b7600	Kontrolle einfacher Willkürbewegungen
	b7602	Koordination von Willkürbewegungen
	d440	Feinmotorischer Handgebrauch
Handgeschick - Grobmotorische Arbeiten	b760	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
	b7601	Kontrolle komplexer Willkürbewegungen
	b7602	Koordination von Willkürbewegungen
	d445	Hand- und Armgebrauch
Ausdauer/ Arbeitstempo	b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
Kritikverhalten/ Selbst-einschätzung	b1644	Einsichtsvermögen
	d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten
	d7103	Kritik in Beziehungen

Modul 2	Lernfähigkeit		
		d130	Nachmachen, Nachahmen
		d135	Üben
		d155	Sich Fertigkeiten aneignen
		d1550	sich elementare Fertigkeiten aneignen
		d1551	sich komplexe Fertigkeiten aneignen

ANHANG

Anforderungsprofil Soziale Kompetenz bei Arbeitsplätzen mit geringerem Qualifikationsniveau (Idealnorm)

Kriterien		
Zusammenarbeit mit Kollegen	d2103	Eine Einzelaufgabe in einer Gruppe bewältigen
	d2203	Mehrfachaufgaben in einer Gruppe übernehmen
	d3504	Eine Unterhaltung mit einer anderen Person führen
	d7110	Elementare interpersonelle Aktivitäten
	d7102	Toleranz in Beziehungen
	d7103	Kritik in Beziehungen
	d7202	Verhalten in Beziehungen regulieren
	d7402	Mit Gleichrangigen umgehen
Zusammenarbeit mit Vorgesetzten	d7400	Mit Autoritätspersonen umgehen
	d7202	Verhalten in Beziehungen regulieren
Umgang mit Kunden	d7203	Sozialen Regeln gemäß interagieren
	d7204	Sozialen Abstand wahren
	d730	Mit Fremden umgehen
Umgang mit Kritik	d7103	Kritik in Beziehungen
	d720	Komplexe interpersonelle Interaktionen
Kommunikationsregeln	d350	Konversation
	d355	Diskussion
	d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten
	d7101	Anerkennung in Beziehungen
	d7102	Toleranz in Beziehungen
	d7104	Soziale Zeichen in Beziehungen
	d720	Komplexe interpersonelle Interaktionen
	d7203	Sozialen Regeln gemäß interagieren
Äußeres Erscheinungsbild	d520	Seine Körperteile pflegen
	d5404	geeignete Kleidung auswählen
Wertehaltung	b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
Soziale Zuverlässigkeit	b1267	Zuverlässigkeit
Informeller Kontakte	d750	Informelle soziale Beziehungen

Modul 4	Fehlererkennung bei visuellen Kontrollaufgaben (vernetztes Denken)	
	b140	Aufmerksamkeit
	b1400	Daueraufmerksamkeit
	b1643	Kognitive Flexibilität
	b1646	Das Problemlösevermögen betreffende Funktionen
	d110	Zuschauen
	d160	Aufmerksamkeit fokussieren
	d175	Probleme lösen
	d177	Entscheidungen treffen

MELBA²² Verfahren – Erstellung eines Fähigkeits- und Anforderungsprofils (Link: www.melba.de)

MELBA ist ein Verfahren, mit dem einerseits die Fähigkeiten von Personen und andererseits die Anforderungen von Arbeitstätigkeiten dokumentiert und verglichen werden können. Es handelt sich um ein Einschätzungs- und Dokumentationsinstrument, nicht um ein diagnostisches Testverfahren. Die Einschätzungen beziehen sich auf tätigkeitsrelevante Schlüsselqualifikationen und werden in Form von übersichtlichen Profilen dargestellt (**Tabelle 12**).

Neben diversen Formularbögen beinhaltet MELBA eine Vielzahl unterstützender Materialien zur Erstellung der Profile, wie Fragenkataloge und differenzierte Beurteilungshilfen. Das Verfahren ist interdisziplinär angelegt, tätigkeitsbezogen und fähigkeitsorientiert. Es ist unabhängig von Branchen, Ausbildung und Behinderungsart einsetzbar.

MELBA und ICF-Items sind nicht direkt kompatibel, die Zuordnungen sind nur beispielhaft und können auch hier – wie beim hamet-Verfahren – nur in die eine Richtung zur ICF gehen.

22 Quelle: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=63>

Tabelle 12: MELBA-Merkmale und ICF-Items

MELBA			ICF (beispielhafte Zuordnung)
Kognitive Merkmale			
1	Arbeitsplanung	d210	Eine Einzelaufgabe übernehmen
		d220	Mehrfachaufgaben übernehmen
		b1641	Das Organisieren und Planen betreffende Funktionen
		b1642	Das Zeitmanagement betreffende Funktionen
2	Auffassung	b160	Funktionen des Denkens
		b1640	Das Abstraktionsvermögen betreffende Funktionen
3	Aufmerksamkeit	b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
		b1400	Daueraufmerksamkeit
		b1401	Wechsel oder Lenkung der Aufmerksamkeit
		b1402	Geteilte Aufmerksamkeit
		b1403	Mit anderen geteilte Aufmerksamkeit
4	Konzentration	d160	Aufmerksamkeit fokussieren
5	Lernen/Merken	d159	Elementares Lernen, anders oder nicht näher bezeichnet
6	Problem lösen	b1646	Das Problemlösungsvermögen betreffende Funktionen
		b1643	Kognitive Flexibilität
7	Umstellung	d298	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, anders bezeichnet
		b1643	Kognitive Flexibilität
8	Vorstellung	b1640	Das Abstraktionsvermögen betreffende Funktionen
Soziale Merkmale			
9	Durchsetzung	d7408	Formelle Beziehungen, anders bezeichnet
10	Führungsfähigkeit	d7401	Mit Untergebenen umgehen
		b1643	Kognitive Flexibilität
11	Kontaktfähigkeit	d7200	Beziehungen eingehen
12	Kritikfähigkeit	d7103	Kritik in Beziehungen
		b1645	Das Urteilsvermögen betreffende Funktionen
13	Kritisierbarkeit	d7103	Kritik in Beziehungen
14	Teamarbeit	d2203	Mehrfachaufgaben in einer Gruppe übernehmen

MELBA			ICF (beispielhafte Zuordnung)
Merkmale zur Art der Arbeitsausführung			
15	Ausdauer	b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
		b1400	Daueraufmerksamkeit
		b4550	Allgemeine Ausdauerleistung
16	Kritische Kontrolle	b1262	Gewissenhaftigkeit
		b1645	Das Urteilsvermögen betreffende Funktionen
17	Misserfolgstoleranz	d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
18	Ordnungsbereitschaft	d298	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, anders bezeichnet
19	Pünktlichkeit	b1642	Das Zeitmanagement betreffende Funktionen
		b1802	Zeitwahrnehmung
20	Selbständigkeit	b1643	Kognitive Flexibilität
21	Sorgfalt	b1262	Gewissenhaftigkeit
22	Verantwortung	d2400	Mit Verantwortung umgehen
Psychomotorische Merkmale			
23	Antrieb	b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
24	Fein-/Grobmotorik	b176	Mentale Funktion, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen
		b760	Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
25	Reaktionsgeschwindigkeit	b176	Mentale Funktion, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen
		b750	Funktionen der motorischen Reflexe
Kulturtechniken/Kommunikation			
26	Lesen	d166	Lesen
27	Rechnen	d172	Rechnen
28	Schreiben	d170	Schreiben
29	Sprechen	d330	Sprechen

ICF Core-Set für Berufliche Rehabilitation²³

In Zusammenarbeit von ICF Research Branch, World Health Organisation (WHO), International Labour Organization (ILO), World Confederation for Physical Therapy (WCPT), World Federation of Occupational Therapists (WFOT) und der International Society of Physical Medicine and Rehabilitation (ISPRM) wurde ein Auszug aus der ICF ein so genanntes Core-Set für das Thema berufliche Rehabilitation zusammengestellt.

In deutscher Übersetzung kann bei der **ICF Research Branch** ein vollständiger ICF-basierter Dokumentationsbogen mit dieser Zusammenstellung erzeugt werden über <http://www.icf-core-sets.org/de/page1.php>.

Tabelle 13: ICF Core-Set für Berufliche Rehabilitation

ICF Kode	ICF Kategorie
Körperfunktionen (17)	
b117	Funktionen der Intelligenz
b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
b134	Funktionen des Schlafes
b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
b144	Funktionen des Gedächtnisses
b152	Emotionale Funktionen
b160	Funktionen des Denkens
b164	Höhere kognitive Funktionen
b210	Funktionen des Sehens (Sehsinn)
b230	Funktionen des Hörens (Hörsinn)
b235	Vestibuläre Funktionen
b280	Schmerz
b455	Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
b730	Funktionen der Muskelkraft
b740	Ausdauer einzelner Muskeln
b810	Schutzfunktionen der Haut

²³ Dies ist die HTML-Version der Datei http://www.rehadat.de/rehadat/Download/Hilfsmittel/ICF_Core_Set_Berufliche_Reha.doc.

Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] (40)

d155	Sich Fertigkeiten aneignen
d160	Aufmerksamkeit fokussieren
d163	Denken
d166	Lesen
d170	Schreiben
d172	Rechnen
d175	Probleme lösen
d177	Entscheidungen treffen
d210	Eine Einzelaufgabe übernehmen
d220	Mehrfachaufgaben übernehmen
d230	Die tägliche Routine durchführen
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
d310	Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen
d315	Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen
d350	Konversation
d360	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen
d410	Eine elementare Körperposition wechseln
d415	In einer Körperposition verbleiben
d430	Gegenstände anheben und tragen
d440	Feinmotorischer Handgebrauch
d445	Hand- und Armgebrauch
d450	Gehen
d455	Sich auf andere Weise fortbewegen
d465	Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen
d470	Transportmittel benutzen
d475	Ein Fahrzeug fahren
d530	Die Toilette benutzen
d540	Sich kleiden
d570	Auf seine Gesundheit achten
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten
d720	Komplexe interpersonelle Interaktionen
d740	Formelle Beziehungen
d820	Schulbildung
d825	Theoretische Berufsausbildung
d830	Höhere Bildung und Ausbildung
d840	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
d850	Bezahlte Tätigkeit
d855	Unbezahlte Tätigkeit
d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit

Umweltfaktoren (33)	
e1101	Medikamente
e115	Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben
e120	Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
e125	Produkte und Technologien zur Kommunikation
e130	Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung
e135	Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit
e150	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden
e155	Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden
e225	Klima
e240	Licht
e250	Laute und Geräusche
e260	Luftqualität
e310	Engster Familienkreis
e320	Freunde
e325	Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder
e330	Autoritätspersonen
e340	Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe
e360	Andere Fachleute
e430	Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen
e450	Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe
e460	Gesellschaftliche Einstellungen
e465	Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen
e525	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens
e535	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Kommunikationswesens
e540	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens
e550	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege
e555	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen
e565	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Wirtschaft
e570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit
e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens
e585	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens
e590	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens

Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen²⁴

Das Verfahren „Mini-ICF-APP“ orientiert sich an der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Es ist ein ökonomisches Fremdbeurteilungsinstrument (Ratingverfahren) zur Beschreibung und Quantifizierung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen im Kontext psychischer Störungen und ermöglicht somit eine Differenzierung zwischen Krankheitssymptomen und krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen. Mit dem Verfahren soll eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß ein Patient in seinen Fähigkeiten bei der Durchführung von Aktivitäten beeinträchtigt ist. Es werden die folgenden Fähigkeiten beurteilt: (1) Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, (2) Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, (3) Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, (4) Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, (5) Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, (6) Durchhaltefähigkeit, (7) Selbstbehauptungsfähigkeit, (8) Kontaktfähigkeit zu Dritten, (9) Gruppenfähigkeit, (10) Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, (11) Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten, (12) Fähigkeit zur Selbstpflege, (13) Verkehrsfähigkeit. Das Verfahren eignet sich zur Beurteilung des aktuellen Fähigkeitsstatus von Patienten sowie zur Veränderungsmessung beispielsweise im Rahmen einer Therapieverlaufskontrolle. Es kann zur Erfassung des Bedarfs an therapeutischer und sozialer Hilfe sowie zur Planung von Maßnahmen zur Prävention, Gesundheitsförderung und Unterstützung bei der Partizipation am gesellschaftlichen und beruflichen Leben eingesetzt werden.

ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen²⁵

Linden und Baron konzipierten ein „Mini-ICF-Rating“ für die Fremdbeurteilung beeinträchtigter psychischer Aktivitäten²⁶. Es wurde noch nicht systematisch untersucht, welche der einzelnen ICF-Domänen der Klassifikation von Aktivitäten und Partizipation von Rehabilitanden mit psychischen Störungen als beeinträchtigt eingestuft werden.

Methode: Aus den ICF-Kapiteln Aktivitäten und Teilhabe wurden von Nosper die 99 Domänen vorausgewählt, die auf der Grundlage klinischer Erfahrung bei Menschen mit psychischen Störungen betroffen sein können. Ein Pool von 99 Items wurde 433 Rehabilitanden in Rehabilitationseinrichtungen für Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen und RPK vorgelegt. Für die Items wurden Schwierigkeitsindices und Trennschärfen berechnet. Die selektierten Items wurden einer Hauptkomponenten- und Faktorenanalyse unterzogen.

Ergebnisse: Inhaltlich und metrisch optimal war die Extraktion von 6 Faktoren aus den selektierten Items mit einer aufgeklärten Varianz von 62,5 % (F1 Verbale Kompetenz, F2 Anforderungen erfüllen, F3 Soziale Beziehungen und Aktivitäten, F4 Nähe in Beziehungen, F5 Soziale Rücksichtnahme, F6 Fitness und Wohlbefinden). Unter Berücksichtigung der Parameter Schwierigkeitsindices, Trennschärfen, Faktorenstruktur und Item-Inhalte wurden 50 Items für den Fragebogen ICF AT-

24 Quelle: <http://www.testzentrale.de/programm/mini-icf-rating-fur-aktivitats-und-partizipationsstorungen-bei-psychischen-erkrankungen.html>

25 Quelle: <http://www.egms.de/static/de/meetings/gmds2007/07gmds293.shtml>

26 Linden M, Baron S. Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Rehabilitation 2005; 44: 144-151“

50 Psych ausgewählt. Die interne Konsistenz der Gesamtskala betrug Cronbachs Alpha = 0,974. Die Ermittlung der Retest-Reliabilität ist geplant. Mit dem klinischen Einsatz des Fragebogens zur Bestimmung der Änderungssensitivität und Klärung der konvergenten und diskriminanten Validität wurde begonnen.

Fazit: Der ICF AT-50 ergänzt die Rehabilitationsdiagnostik psychischer Störungen um die Komponenten Aktivitäten und Teilhabe.

ICF Screening-Manual – Teilhabezentrierte Einschätzungsskalen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zur Anwendung in der beruflichen Rehabilitation, Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft Berufliche Trainingszentren e. V. (BAG BTZ)

Das ICF Screening-Manual ist ein Instrument zur systematischen Einschätzung und Dokumentation von gesundheitsbezogenen Daten. Dazu wurde die ICF für die Praxis handhabbar gemacht, indem ein Auszug von 72 für die berufliche Rehabilitation relevanten Items gebildet wurde.

Tabelle 14: Item-Liste des ICF Screening-Manuals der BAG-BTZ e. V.

b117	Funktionen der Intelligenz
b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
b1262	Gewissenhaftigkeit
b1263	Psychische Stabilität
b1266	Selbstvertrauen
b1267	Zuverlässigkeit
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
b1301	Motivation
b1304	Impulskontrolle
b1343	Schlafqualität
b140	Funktionen der Aufmerksamkeit
b144	Funktionen des Gedächtnisses
b152	Emotionale Funktionen
b156	Wahrnehmung
b1600	Denktempo
b1601	Form des Denkens
b1602	Inhalt des Denkens
b1603	Kontrolle des Denkens
b1640	Das Abstraktionsvermögen betreffende Funktionen
b1641	Das Organisieren und Planen betreffende Funktionen
b1643	Kognitive Flexibilität
b1646	Das Problemlösungsvermögen betreffende Funktionen
b1800	Selbstwahrnehmung
b280	Schmerz

ANHANG

d155	Sich Fertigkeiten aneignen
d166	Lesen
d170	Schreiben
d172	Rechnen
d175	Probleme lösen
d177	Entscheidungen treffen
d198	Lernen und Wissen anwenden, anders bezeichnet - berufsbezogenes Fachwissen
d210	Eine Einzelaufgabe übernehmen
d2102	Eine Einzelaufgabe unabhängig übernehmen
d2103	Eine Einzelaufgabe in einer Gruppe bewältigen
d220	Mehrfachaufgaben übernehmen
d230	Die tägliche Routine durchführen
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
d2400	Mit Verantwortung umgehen
d329	Kommunizieren als Empfänger
d349	Kommunizieren als Sender
d350	Konversation
d360	Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen
d430	Gegenstände anheben und tragen
d440	Feinmotorischer Handgebrauch
d470	Transportmittel benutzen
d475	Ein Fahrzeug fahren
d5404	Geeignete Kleidung auswählen
d570	Auf seine Gesundheit achten
d710	Elementare interpersonelle Aktivitäten
d7102	Toleranz in Beziehungen
d7103	Kritik in Beziehungen
d720	Komplexe interpersonelle Interaktionen
d7203	Sozialen Regeln gemäß interagieren
d740	Formelle Beziehungen
d750	Informelle soziale Beziehungen
d840	Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
d8450	Arbeit suchen
d8451	Ein Arbeitsverhältnis behalten
d8452	Ein Arbeitsverhältnis beenden
d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit
d920	Erholung und Freizeit
e1101	Medikamente

ANHANG

e1201	Hilfsprodukte und unterstützende Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
e1251	Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für die Kommunikation
e310	Engster Familienkreis
e320	Freunde
e355	Fachleute der Gesundheitsberufe
e360	Andere Fachleute
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises
e420	Individuelle Einstellungen von Freunden
e450	Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe
e455	Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten

ANHANG

Tabelle 15: „ICF-Screener“ der RPK-Einrichtung Herzogsägmühle

Menschen mit seelischer Erkrankung und Menschen mit Suchterkrankung, Medizinische Rehabilitation

Prozess: Beratung Behandlung Begleitung

Screening Rehabilitations-Klassifikation nach ICF

Rehabilitand:

Datum der Erhebung (4 Wo nach Einzug):

Ablage: ausgefüllt nach der 1. Rehabesprechung in die medizinische Akte !!

Ausprägungsgrad:	0 = kein Problem 1 = leicht ausgeprägtes Problem 2 = mäßig ausgeprägtes Problem 3 = erheblich ausgeprägtes Problem 4 = vollständig Problem	0 – 4% 5 – 24% 25 – 49% 50 – 94% 95 – 100%	Berufsgruppe*	Bewertung				
A Körperfunktionen								
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs		B/E	0	1	2	3	4
b1300	Ausmaß der psychischen Energie (Durchhaltevermögen)		B/E	0	1	2	3	4
b1301	Motivation (Antriebskraft zum Handeln)		B/E	0	1	2	3	4
b1302	Appetit		B/E	0	1	2	3	4
b1303	Drang nach Suchtmitteln	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Sonstiges	B/E	0	1	2	3	4
b1304	Impulskontrolle (Regulationsfähigkeit und Fähigkeit zur Unterdrückung von Handlungsimpulsen)		B/E	0	1	2	3	4
b134	Funktionen des Schlafes [i.R. basierend auf subjektive Schilderung des Rehabilitanden]		A/P	0	1	2	3	4
b1340	Schlafdauer	<input type="checkbox"/> zu wenig <input type="checkbox"/> zu viel	A/P	0	1	2	3	4
b1341	Schlafbeginn	<input type="checkbox"/> zu früh <input type="checkbox"/> zu spät	A/P	0	1	2	3	4
b1343	Schlafqualität		A/P	0	1	2	3	4
b1348	morgendliches Erwachen		A/P	0	1	2	3	4
b117	Funktionen der Intelligenz		A/P	0	1	2	3	4
b140	Funktionen der Aufmerksamkeit		A/P	0	1	2	3	4
b1400	Daueraufmerksamkeit (Aufrechterhalten der Konzentration über eine geforderte Zeit)		A/P	0	1	2	3	4
b1401	Wechsel der Aufmerksamkeit (Umlenkung der Konzentration von einem zum anderen Reiz)		A/P	0	1	2	3	4
b1402	Geteilte Aufmerksamkeit (Fokussierung auf zwei oder mehr Reize)		A/P	0	1	2	3	4
b144	Funktionen des Gedächtnisses		A/P	0	1	2	3	4
b1440	Kurzzeitgedächtnis		A/P	0	1	2	3	4
b1441	Langzeitgedächtnis		A/P	0	1	2	3	4
b1442	Abrufen von Gedächtnisinhalten		A/P	0	1	2	3	4

* A = ärztlicher Dienst B = Bezugsperson P = Psychologischer Dienst E = Ergotherapie, Arbeitsanleiter, Trainer

ANHANG

b147	Psychomotorische Funktionen (langsames Sprechen, langsames Bewegen, Verminderung der Gestik und spontanen Bewegung, überschießendes Verhalten, Ruhelosigkeit, agitiertes Verhalten)	O zu wenig O zu viel	A/P	0	1	2	3	4
b152	Funktionen der Emotionalität		A/P	0	1	2	3	4
b1520	(Situations-)-Angemessenheit der Emotionen (Übereinstimmung von Gefühl und Situation)		A/P	0	1	2	3	4
b1521	Affektkontrolle (Mentale Funktion, die Erleben und Ausdruck von Emotionen kontrolliert)	O Affektlabilität O Überkontrolle	A/P	0	1	2	3	4
b1522	Spannweite der Emotionen (erlebbares Spektrum von Gefühlsregungen)		A/P	0	1	2	3	4
b156	Funktionen der Wahrnehmung (u.a. Halluzinationen, Illusionen, Verkennungen u.a.)		A/P	0	1	2	3	4
b160	Funktionen des Denkens		A/P	0	1	2	3	4
b1600	Denktempo (Geschwindigkeit)	O zu langsam O zu schnell	A/P	0	1	2	3	4
b1601	Form des Denkens (Kohärenz und Logik, Haften, Umständlichkeit, Vorbeireden u.a.)		A/P	0	1	2	3	4
b1602	Inhalt des Denkens (Wahn, überwertige Ideen, Somatisierung)		A/P	0	1	2	3	4
b1603	Kontrolle des Denkens (Zwang, Gedankenbeeinflussung, Gedankeneingebung)		A/P	0	1	2	3	4
b164	Höhere kognitive Funktionen		A/P	0	1	2	3	4
b1640	Das Abstraktionsvermögen betreffende Funktionen (Entwicklung von allgemeinen Vorstellungen und Charakteristika aus konkreten Realitäten, die losgelöst von diesen bestehen)		A/P	0	1	2	3	4
b1641	Organisieren und Planen betreffende Funktionen		A/P	0	1	2	3	4
b1643	Kognitive Flexibilität (Ändern von Strategien und Denkansätzen, insbesondere im Bereich Problemlösung)		A/P	0	1	2	3	4
b1644	Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen (Bewusstsein und Verstehen der eigenen Person und des Handelns)		A/P	0	1	2	3	4
b1645	Das Urteilsvermögen betreffende Funktionen (zwischen verschiedenen Möglichkeiten unterscheiden und Möglichkeiten bewerten)		A/P	0	1	2	3	4
b1646	Das Problemlösevermögen betreffende Funktionen (Erkennen von Problemen, Zielfindung, Lösungsfindung)		A/P	0	1	2	3	4
b180	Funktionen der Selbstwahrnehmung und Zeitwahrnehmung		A/P	0	1	2	3	4
b1800	Selbstwahrnehmung (Depersonalisation und Realitätsverlust)		A/P	0	1	2	3	4
b1801	Körperschema (z. B. Gefühl zu dick oder zu dünn zu sein)		A/P	0	1	2	3	4
b1802	Zeitwahrnehmung (inkl. Deja-vu- und jamais-vu-Erlebnissen)		A/P	0	1	2	3	4
b765	Unwillkürlichen Bewegungen (u.a. Tremor, Tics und Manierismen, Stereotypien und motorische Perseverationen)		A	0	1	2	3	4
b126	Temperament und Persönlichkeit (anlagebedingtes Naturell einer Person; überdauernde psychische Charakteristika)		A/P	0	1	2	3	4
b640	Sexuelle Funktionen		A/P	0	1	2	3	4

B.1 Umgang mit den Auswirkungen der Erkrankung/Behinderung (Krankheitseinsicht, Compliance, Krisensituation, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)											
d240	Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (psychische Anforderungen bewältigen, die bei Aufgaben mit Verantwortung (Straßenverkehr), Stress (Gruppensituationen) und allgemeinen Belastungen (Arbeitsumfang) entstehen)	A/P	0	1	2	3	4				
d2400	Mit Verantwortung umgehen	A/P	0	1	2	3	4				
d2401	Mit Stress umgehen	A/P	0	1	2	3	4				
d2402	Mit Krisensituationen umgehen	A/P	0	1	2	3	4				
d570	Auf seine Gesundheit achten (für seinen physischen Komfort sorgen, Ernährung und Fitness handhaben, seine Gesundheit erhalten)	A/B	0	1	2	3	4				
e340	Persönliche Hilfs- und Pflegeperson inkl. Betreuer	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i413	Lebenszufriedenheit	P/B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i416	Einstellung zu Gesundheit und Krankheit	A/P	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i419	Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen	A/P	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i428	Einstellung zu Hilfen	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i439	Handlungskompetenz	A/P	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i450	Verhaltensgewohnheiten: Ernährungsgewohnheiten	A/B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i453	Verhaltensgewohnheiten: Gebrauch von Genussmitteln	A/B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i456	Verhaltensgewohnheiten: Bewegungsgewohnheiten	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i459	Verhaltensgewohnheiten: Regenerationsgewohnheiten	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4

* A = ärztlicher Dienst B = Bezugsperson P = Psychologischer Dienst E = Ergotherapie, Arbeitsanleiter, Trainer

B.2 Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialer Beziehungen												
e310	Unterstützung und Beziehung: engster Familienkreis	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	
e320	Unterstützung und Beziehung: Freunde	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	
e410	Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises (Weltanschauungen, Werte, Normen)	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	
e420	individuelle Einstellungen von Freunden (Weltanschauungen, Werte, Normen)	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	
i430	Sozialkompetenz	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	
d3	Domäne Kommunikation	B	0	1	2	3	4					
d310-d329	Kommunizieren als Empfänger (Gesten, Symbole, Sprache, Geschriebenes auffassen)	B	0	1	2	3	4					
d330-d349	Kommunizieren als Sender (Sprechen, non-verbale und geschriebene Mitteilungen)	B	0	1	2	3	4					
d350	Konversation	B	0	1	2	3	4					
d355	Diskussion	B	0	1	2	3	4					
d7	Domäne Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	B	0	1	2	3	4					
d710	elementare interpersonelle Interaktionen	B	0	1	2	3	4					
d7100	Respekt und Wärme (Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen und reagieren)	B	0	1	2	3	4					
d7101	Anerkennung in Beziehungen (Zufriedenheit und Dankbarkeit zeigen und reagieren)	B	0	1	2	3	4					
d7102	Toleranz in Beziehungen (Verständnis und Akzeptanz zeigen und reagieren)	B	0	1	2	3	4					
d7103	Kritik in Beziehungen (Meinungsverschiedenheiten und Uneinigkeiten ausdrücken und darauf reagieren)	B	0	1	2	3	4					
d7104	Soziale Zeichen in Beziehungen (Zeichen und Hinweise geben und darauf reagieren)	B	0	1	2	3	4					
d720	komplexe interpersonelle Interaktionen	B	0	1	2	3	4					
d7200	Beziehungen eingehen	B	0	1	2	3	4					
d7201	Beziehungen beenden	B	0	1	2	3	4					
d7202	Verhalten in Beziehungen regulieren (Gefühle und Impulse angemessen regulieren)	B	0	1	2	3	4					
d7203	Sozialen Regeln gemäß interagieren (soziale Konventionen, Status, Rollen beachten)	B	0	1	2	3	4					
d7204	Sozialen Abstand wahren	B	0	1	2	3	4					
d730	Mit Fremden umgehen (zweckgebundener Kontakt zu Fremden z. B. beim Einkaufen)	B	0	1	2	3	4					
d740	Formelle Beziehung (Spezielle Beziehungen in formellen Rahmen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistungserbringer)	B	0	1	2	3	4					
d750	Informelle Beziehungen (Mit anderen Kontakte aufzunehmen, wie bei gelegentlichen Beziehungen mit Leuten, die in derselben Gemeinschaft oder am selben Wohnsitz leben)	B	0	1	2	3	4					
d760	Familienbeziehungen (Beziehungen zu Verwandten aufbauen und aufrechterhalten)	B	0	1	2	3	4					
d770	Intime Beziehungen	B	0	1	2	3	4					

ANHANG

B.3 Selbstversorgung und Wohnen											
i471	Gewohnheiten im Umgang mit Geld und materiellen Gütern	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
i525	Finanzielle Situation	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
d860	Elementare wirtschaftliche Transaktionen (Umgang mit Geld, Umgang mit Vermögen)	B	0	1	2	3	4				
d870	Wirtschaftliche Eigenständigkeit (Sicherung der gegenwärtigen und zukünftigen wirtschaftlichen Situation (Einkommens- und Unterstützungssicherung))	B	0	1	2	3	4				
d5	Domäne Selbstversorgung	B	0	1	2	3	4				
d510	Sich waschen	B	0	1	2	3	4				
d520	Seinen Körper pflegen (Zähne, Haare, Fingernägel)	B	0	1	2	3	4				
d5404	Geeignete Kleidung auswählen	B	0	1	2	3	4				
d6	Domäne Häusliches Leben	B	0	1	2	3	4				
d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen (Lebensmittel, Getränke, Kleidung beschaffen, transportieren, lagern. Versorgungs- und Dienstleistungen beschaffen)	B	0	1	2	3	4				
d630	Mahlzeiten vorbereiten	B	0	1	2	3	4				
d640	Hausarbeiten erledigen	B	0	1	2	3	4				
d6400	Kleidung und Wäsche waschen und trocknen	B	0	1	2	3	4				
d6401	Küchenbereich und –utensilien reinigen	B	0	1	2	3	4				
d6402	Wohnbereich reinigen	B	0	1	2	3	4				
d6405	Müll entsorgen	B	0	1	2	3	4				

B.4 Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung											
i422	Einstellung zur Arbeit	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
d1	Domäne Lernen und Wissensanwendung	E/B	0	1	2	3	4				
d110	Zuschauen	E/B	0	1	2	3	4				
d115	Zuhören	E/B	0	1	2	3	4				
d155	sich Fertigkeiten aneignen (bewusst einfache neue Handlungen erlernen z. B. mit einem Werkzeug umgehen)	E/B	0	1	2	3	4				
d160	Aufmerksamkeit fokussieren (absichtsvoll konzentrieren und irrelevantes ausfiltern)	E/B	0	1	2	3	4				
d163	Denken (Ideen und Vorstellungen entwickeln, Brainstorming betreiben, Vor- und Nachteile abwägen, Vermutungen anstellen)	E/B	0	1	2	3	4				
d166	Lesen (Erfassen und Interpretation von Texten)	E/B	0	1	2	3	4				
d170	Schreiben (schriftliche Vermittlung von Informationen)	E/B	0	1	2	3	4				
d172	Rechnen (einfache Rechenaufgaben, inkl. Textaufgaben)	E/B	0	1	2	3	4				
d175	Probleme lösen (beinhaltet Erkennen und Analysieren des Problems, Entwickeln und Durchführen von Lösungen, Auseinandersetzung mit den Ergebnissen)	E/B	0	1	2	3	4				
d177	Entscheidungen treffen (Wahl zwischen verschiedenen Optionen, unter Abwägung der Auswirkungen)	E/B	0	1	2	3	4				

* A = ärztlicher Dienst B = Bezugsperson P = Psychologischer Dienst E = Ergotherapie, Arbeitsanleiter, Trainer

ANHANG

d2	Domäne Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	E/B	0	1	2	3	4
d210	Eine Einzelaufgabe übernehmen	E/B	0	1	2	3	4
d2102	unabhängig (sich ohne Hilfe anderer um alle Teilbereiche der Aufgabe - zeitlich, räumlich, materiell - kümmern)	E/B	0	1	2	3	4
d2103	in einer Gruppe (eine Aufgabe mit anderen Menschen ausführen)	E/B	0	1	2	3	4
d230	Die tägliche Routine durchführen (alltägliche Prozeduren oder Pflichten planen und durchführen, inkl. Zeitplanung)	E/B	0	1	2	3	4
d2303	Eigenes Aktivitätsniveau handhaben (Zeit und Energiebedarf einplanen, damit alltäglich Prozeduren und Pflichten erfüllt werden können)	B/E	0	1	2	3	4
d4	Domäne Mobilität	E	0	1	2	3	4
d410	Eine elementare Körperposition wechseln (u.a. sitzen, stehen, sich beugen)	E	0	1	2	3	4
d430	Gegenstände anheben und tragen	E	0	1	2	3	4
d440	Feinmotorischer Handgebrauch	E	0	1	2	3	4
d4602	sich außerhalb der Wohnung und anderen Gebäuden bewegen	E	0	1	2	3	4
d470	Ein Transportmittel benutzen (inkl. öffentliche Transportmittel)	E	0	1	2	3	4
d8	Domäne bedeutende Lebensbereiche (u.a. Erziehung und Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)	E/P	0	1	2	3	4

B.5 Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben											
i425	Einstellung zu sozialem Leben/zur Gesellschaft	B	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
d9	Domäne Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben	B	0	1	2	3	4				
d910	Gemeinschaftsleben (Vereine, Feste u.a.)	B	0	1	2	3	4				
d920	Erholung und Freizeit	B	0	1	2	3	4				
d930	Religiosität und Spiritualität	B	0	1	2	3	4				

Glossar

Die wichtigsten Begriffe der ICF

Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch eine Person. Siehe auch Leistungsfähigkeit, Leistung.

Barrieren sind Kontextfaktoren, die sich negativ auf die Funktionsfähigkeit auswirken.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die eine Person bei der Durchführung einer Aktivität haben kann. Sie ist eine quantitative oder qualitative Abweichung in der Durchführung der Aktivität bezüglich Art oder Umfang der Durchführung, die von Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird.

Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] sind Probleme beim Einbezogen sein in Lebenssituationen oder Lebensbereiche, die eine Person erlebt. Das Vorhandensein einer Einschränkung der Partizipation [Teilhabe] einer Person wird durch den Vergleich mit der erwarteten Partizipation [Teilhabe] einer Person der entsprechenden Kultur oder Gesellschaft ohne Behinderung bestimmt.

Behinderung ist ein Oberbegriff für Schädigungen (Funktionsstörungen, Körperstrukturschäden), Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe]. Sie bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). Der Behinderungsbegriff der ICF ist wesentlich weiter gefasst als der des SGB IX.

Beurteilungsmerkmale dienen der näheren Qualifizierung der dokumentierten Items der verschiedenen Teilklassifikationen. Das allgemeine Beurteilungsmerkmal, das für alle Komponenten der ICF gleich ist, gibt den Schweregrad des Problems an. Bei den Umweltfaktoren besteht das Problem in Barrieren. Es können jedoch auch für die Funktionsfähigkeit förderliche Faktoren (Förderfaktoren) kodiert werden. Die weiteren Beurteilungsmerkmale sind komponentenspezifisch.

Domäne ist eine sinnvolle und praktikable Menge von Items aus einer beliebigen Teilklassifikation der ICF. Die Domänen bilden die verschiedenen Kapitel und Blöcke innerhalb jeder Komponente, z. B. Mentale Funktionen (Kapitel 1 der Körperfunktionen).

Förderfaktoren sind Kontextfaktoren, die sich positiv auf die Funktionsfähigkeit auswirken.

Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]. Sie bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Items im Sinne der ICF sind die eigentlichen klassifizierbaren Grundbausteine der ICF, die aus einem alphanumerischen Kode und dem zugehörigen Begriff wie z. B. b1 440 Kurzzeitgedächtnis oder d1 15 Zuhören bestehen. Items werden auch als Kategorien bezeichnet.

Kategorien im Sinne der ICF sind die eigentlichen klassifizierbaren Grundbausteine der ICF, die aus einem alphanumerischen Kode und dem zugehörigen Begriff wie z. B. b1 440 Kurzzeitgedächtnis oder d1 15 Zuhören bestehen. Sie bilden die Einheiten der vier Teilklassifikationen (Komponenten) der ICF auf Item-Ebene. Kategorien werden auch als Items bezeichnet.

Kode wird in der ICF entweder als „Kode der Kategorie“ verstanden, womit der alphanumerische Kode (z. B. b1 14) gemeint ist, oder als „numerischer Kode“ des Beurteilungsmerkmals (z. B. b1 14.2). Die ICF verwendet in der deutschsprachigen Ausgabe nur „Kode“ (nicht „Code“).

Kodierung im Sinne der ICF besteht aus der Auswahl einer Kategorie (eines Items) und ihrer Beurteilung mit den sogenannten Beurteilungsmerkmalen. Die dazugehörigen Kodierungsleitlinien in der ICF betreffen verschiedene Sichtweisen, unter denen eine Kategorie beurteilt werden kann, z. B. wie groß das Ausmaß einer Schädigung oder einer Beeinträchtigung ist, ob die tatsächliche Leistung (performance) oder die Leistungsfähigkeit unter Testbedingungen (capacity) gemeint ist. Die Kontextfaktoren werden entweder als Barrieren oder als Förderfaktoren beurteilt.

Im praktischen Alltag der beruflichen Rehabilitation ist für die Komponenten Körperfunktionen/-strukturen und Aktivität/Teilhabe in der Regel das 1. (= „allgemeine“) Beurteilungsmerkmal ausreichend, das das „Ausmaß des Problems (der Schädigung oder der Beeinträchtigung)“ angibt.

Die Stufen der Beurteilung werden hierzu mit 0-4 angegeben²⁷:

xxx.0 Problem nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich ...)

xxx.1 Problem leicht ausgeprägt (schwach, gering ...)

xxx.2 Problem mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...)

xxx.3 Problem erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst ...)

xxx.4 Problem voll ausgeprägt (komplett, total ...)

Beispiel: d1 15.2 Zuhören – mäßig beeinträchtigt

Komponenten sind die Bestandteile der beiden Teile der ICF, also die vier Teilklassifikationen

- (1) Körperfunktionen und -strukturen,
- (2) Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe],
- (3) Umweltfaktoren und
- (4) Personbezogene Faktoren.

Kontextfaktoren sind alle Gegebenheiten des Lebenshintergrundes einer Person. Sie sind in Umweltfaktoren und Personbezogene Faktoren gegliedert.

²⁷ Die Kodierung der Kontextfaktoren in ihrer Wirkung als Barrieren oder Förderfaktoren wird hier aus Platzgründen nicht detailliert gezeigt.

Körper bezieht sich als Begriff auf den menschlichen Organismus als Ganzes. Daher umfasst er auch das Gehirn und seine Funktionen, z. B. den Verstand.

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich der psychischen Funktionen).

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Lebensbereiche sind Domänen der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe.

Leistung ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal angibt, was Personen in ihrer gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tun, und deshalb den Gesichtspunkt des Einbezogenenseins einer Person in Lebensbereiche berücksichtigt. Die Leistung ist die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person in ihrem gegenwärtigen Kontext.

Leistungsfähigkeit ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit einer Person in einer Domäne der Aktivitäten- und Partizipationsliste zu einem gegebenen Zeitpunkt angibt. Sie ist das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test-, Standard- oder hypothetischen Bedingungen.

Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit. (siehe Teilhabe)

Personbezogene Faktoren sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person beziehen, wie der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), z. B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Ernährungsgewohnheiten, Weltanschauung, Einstellung zur Arbeit.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z. B. eine wesentliche Abweichung von geltenden statistischen Normen oder ein Verlust.

Teilhabe ist das Einbezogenensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit.

Umweltfaktoren sind eine Komponente der ICF und beziehen sich auf alle Aspekte der externen oder extrinsischen Welt, die den Kontext des Lebens einer Person bilden und als solche einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit der Person haben. Sie bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Weitere Begriffe

Assessment, Assessmentverfahren: Unter Assessmentverfahren werden quantitative, standardisierte reproduzierbare Methoden (Messinstrumente, Tests oder Skalen) verstanden, um eine Beurteilung auf eine möglichst objektive und überprüfbare Basis zu stellen. In der Sozialmedizin werden z. B. Lungenfunktion, Ergometrie, Fragebögen und EFL (Evaluation Funktionaler Leistungsfähigkeit) als Assessments eingesetzt (DRV Bund).

(Glossar für die „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX vom 01. Oktober 2009“).

Eigenschaft(en) einer Person ist eine relativ überdauernde (zeitstabile) Bereitschaft (Disposition), die bestimmte Aspekte des Verhaltens einer Person in einer bestimmten Klasse von Situationen beschreiben und vorhersagen soll.

Davon abzugrenzen ist der aktuelle Zustand einer Person, der über Situationen hinweg variiert. Ebenfalls nicht zu den Eigenschaften gerechnet werden Verhaltensgewohnheiten, also die erlernten Reaktionen auf spezifische Reize.

Fähigkeiten sind zeitlich relativ stabile Grundlagen für die Entwicklung von Kompetenzen (aus: North, K. & Reinhardt, K. (2005). Kompetenzmanagement in der Praxis. Mitarbeiterkompetenzen systematisch identifizieren, nutzen und entwickeln. Wiesbaden: Gabler).

Fertigkeiten, bezeichnet das Können, Fähigkeiten, (erworbenes) Wissen und Kenntnisse einzusetzen, um Aufgaben auszuführen und Probleme zu lösen.

Kenntnisse sind erworbenes Wissen über Fakten, Grundsätze, Theorien und Praxis in einem Arbeits- oder Lernbereich.

Klassifikationen sind Ordnungssysteme. „Klassifizierung“ ist die Erstellung eines Ordnungssystems und „Klassierung“ die Einordnung eines Falles in ein Ordnungssystem. (Bundesärztekammer und Glossar für die „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX vom 01. Oktober 2009“).

Kompetenzen sind grundlegende Fähigkeiten einer Person, die für die Bewältigung der allgemeinen Anforderungen des Arbeitsmarktes oder eines spezifischen Arbeitsplatzes erforderlich oder förderlich sind. Kompetenzen basieren auf mehreren verschiedenartigen / breit gefächerten Kenntnissen, Fertigkeiten und Einstellungen. Sie sind kontextspezifisch und bis zu einem gewissen Grad entwickelbar bzw. kompensierbar.

Lebenswelt bezeichnet die subjektive Wirklichkeitskonstruktion eines Menschen, die er sich vor dem Hintergrund seiner Lebenslage, d. h. seiner materiellen und immateriellen Lebensbedingungen, macht (vgl. Kraus, 2006).

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation, 3., völlig neu bearbeitete Auflage, 2005 (vergriffen, in Neubearbeitung).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gemäß §§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 13 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 8 und 9 SGB IX vom 1. August 2014 (GE Reha-Prozess).

Beck, B.M., Wandel, U.: Die ICF in der privaten Versicherungswirtschaft aus Sicht der medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes. MED SACH 104. Jhg., Heft 2/2008, S. 41-44.

Berg, A.: Kontextfaktoren – Bedeutung für die Begutachtung – Zugang zu Therapie und REHA. MED SACH, 104. Jhg., Heft 3/2013, S. 113-117.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (Hrsg.): Beiträge zur beruflichen und sozialen Teilhabe junger Menschen mit Behinderungen. Berufliche Rehabilitation, Heft 1-2015, Lambertus Verlag Freiburg.

Cibis, W.: Die ICF als trägerübergreifendes Bezugssystem aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. MED SACH 104 Jhg., Heft 1/2008, S. 10-14.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Verlag MMI Medizinische Medien Information, Neu-Isenburg, 2006.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR): Die Nutzung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO bei Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) – Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, beschlossen vom Hauptvorstand am 31. März 2009. Verfügbar unter http://www.dvfr.de/uploads/media/ICF-Empfehlung_2009_03_31.pdf.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR): Die Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) – Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom 31.3.2009, Rehabilitation, 48. Jhg., Heft 4/2009, S. 247-251.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR): Behindertenrechtskonvention jetzt umsetzen! Strategien der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, Rehabilitation, 49. Jhg., Heft 1/2010, S. 48-54.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR): Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Heidelberg, im

September 2014. Verfügbar unter http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/StN_F%C3%B6rderung_der_Nutzung_der_ICF_Stand_9_10_14.pdf.

Ebert, A., Fries, W., Ludwig, L.: Zentrales Nervensystem Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung Band 3: Teilhabe: Wege und Stolpersteine 2009, Broschiert – 21. September 2009.

Escorpizo, R.: Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ). Internet (03.05.2016): http://www.myworq.com/questionnaire_de.php.

Fries, W., Dustmann, D., Fischer, S., Lojewski, N., Ortner, K., Petersen, C., Pott, C., Rehbein, M., Scholler, I.: Projektarbeit: Therapeutische Strategien zur Umsetzung von ICF und SGB IX in der ambulanten wohnortnahen neurologischen Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Neurologie & Rehabilitation, 11. Jhg., Heft 4/2005, S. 218-226.

Fries, W., Lössl, H. und Wagenhäuser, S. (Hrsg.): Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2007.

Grampp, G., Jackstell, S. und Wöbke, N.: Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF, Balance-Verlag, Köln, 2013.

Grotkamp, S., Cibis, W., Nüchtern, E., Baldus, A., Behrens, J., Bucher, P. O., Dommen Nyffeler, I., Gmünder, H. P., Gutenbrunner, C., Hagen, T., Keller, K., Pöthig, D., Queri, S., Rentsch, H. P., Rink, M., Schian, H., Schian, M., Schwarze, M., von Mittelstaedt, G., Seger, W.: Personbezogene Faktoren der ICF, Beispiele zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Gesundheitswesen, 74. Jhg., Heft7/2012, S. 449-458.

Kraus, B.: Lebenswelt und Lebensweltorientierung – eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft. Kontext. Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Heft 37/02, 2006, S. 116-129.

Muschalla, B., Keßler, U., Linden, M. (2012b): Teilhabestörungen nach Mini-ICF-APP bei arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Hausarzt-Patienten mit chronischen psychischen Leiden. DRV-Schriften, 98. Jhg., S. 290-292.

Rentsch, H. P. und Bucher, P. O.: ICF in der Rehabilitation – Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag, Schulz-Kirchner Verlag, Idstein, 2005.

Rentsch, H. P.: Umsetzung der ICF in den praktischen Alltag auf der Neurorehabilitationsabteilung des Kantonsspitals Luzern. In Rentsch H. P., Bucher P. O. (Hrsg.): ICF in der Rehabilitation, S. 301-334. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein, 2005.

Schian, H.-M., Schmidt, C.: Berufliche Rehabilitation im Umbruch eine Situationsanalyse. In: Deimel, H., Huber, G., Pfeifer, K., Schüle, K. (Hrsg.): Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2007, S. 3-23.

Schliehe, F., Ewert, T.: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Aktualisierung der problemorientierten Bestandsaufnahme. Rehabilitation 52. Jhg., Heft 1/2013, S. 40-50.

Schubert, M., Penstorf, C., Seel, H., Morfeld, Ma., Bade, S., Gleisberg, D., Jonßon, L., Lentz, R., Robinson, K. (2014): Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF. Abschlussbericht Verfügbar unter www.bar-frankfurt.de.

Schuntermann, M. F.: Einführung in die ICF – Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 4. überarbeitete Auflage, Ecomed Medizin, Landsberg/Lech, 2013.

Schuntermann, M. F.: Grundzüge der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). MED SACH 104. Jhg., Heft 1/2008, S. 6-9.

Seyd, W., Vollmers, B.: Handlungsorientierung und Kompetenzentwicklung in der beruflichen Rehabilitation. In: Inklusive Berufsbildung: Didaktik beruflicher Teilhabe trotz Behinderung und Benachteiligung / Horst Biermann (Hrsg.); Bernhard Bonz (Hrsg.). Baltmannsweiler, (2011), S. 72-86.

Slesina, W., Rennert, D.: Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitation. S. Roderer Verlag, Regensburg, 2009.

Timner, K.: Die Bedeutung der ICF für die sozialmedizinische Beurteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung. MED SACH 104. Jhg., Heft 1/2008, S. 15-17.

Wille, R.: Transdisziplinarität und Allgemeine Wissenschaft. In: Krebs, H., Gehrlein, U., Pfeifer, J., Schmidt, J. C. (Hrsg.): Perspektiven Interdisziplinärer Technikforschung: Konzepte, Analysen, Erfahrungen. Agenda-Verlag, Münster, 2002, S. 73-84.

Wallrabenstein, H., Berg, A. F., Heipertz, W.: Die Bedeutung der ICF für den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit. MED SACH 104. Jhg., Heft 1/2008, S. 18-20.

Mitglieder der Projektgruppe²⁸

Cibis, Dr. med. Wolfgang	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt
Gebauer, Susanne	BFW, Berufsförderungswerk Nürnberg, Nürnberg
Glomm, Detlef	VdbW e. V., Berufsverband deutscher Betriebs- und Werksärzte, Karlsruhe
Grampp, Prof. Dr. phil. Gerd	AFEBS, Agentur für Forschung, Entwicklung, Beratung und Schulung in der Rehabilitation, Memmelsdorf
Grotkamp, Dr. med. Sabine	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN), Hannover
Jacoby, Alfred	Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel
Keller, Dr. med. Klaus	Herzogsägmühle, Innere Mission München, Peiting-Herzogsägmühle
Lentz, Rainer	Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V., Berlin (BAG BBW)
Möller, Peter	WfbM, Segeberger Wohn- u. Werkstätten, Wahlstedt
Ostholt-Corsten, Dr. med. Margarete	DRV Bund, Berlin
von Raison, Bia	Psychiatrisches Zentrum Rehabilitations- und Pflegebereich
Rohwetter, Dr. med. Manfred	DRV Bund, Berlin (bis 08/2011)
Schian, Marcus	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Frankfurt
Schian, Dr. med. Hans-Martin	Wilnsdorf
Schmidt, Dipl. Päd. Christiane	WfbM, Segeberger Wohn- und Werkstätten
Segger, Prof. Dr. med. Wolfgang	Leiter der Projektgruppe, Ärztlicher Leiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN), Hannover
Schumacher, Kay	Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Mainz
Sperling, Dr. med. Michael	Im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke, BAG BBW
Wallrabenstein, Dr. med. Helmut †	Bundesagentur für Arbeit, Hannover

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.