Markus Witzmann
Klaus Keller
Eva Kraus
(Hrsg.)

ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen

Wissen und Kontroversen zu ICF
mit Beispielen aus der Praxis

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

DOWNLOAD

hogrefe

ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen

Markus Witzmann, Klaus Keller, Eva Kraus (Hrsg.)

Programmbereich Psychiatrie und Psychotherapie

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

Markus Witzmann
Klaus Keller
Eva Kraus
(Hrsg.)

ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen

Wissen und Kontroversen zu ICF mit Beispielen aus der Praxis

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Unter Mitarbeit von

Lea Elixmann
Christiane Fröhler
Isabel Hölscher
Klaus Keller
Eva Kraus
Birgit Michaelis
Sara O'Connor
Martina Schabert
Juliane Siemoneit
Richard Theil
Markus Witzmann

hogrefe

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen" (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

Prof. Markus Witzmann
kboSozialpsychiatrisches Zentrum
Ringstraße13
85540 Haar
Deutschland
markus.witzmann@kbo.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://www.dnb.de abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:
Hogrefe AG
Lektorat Psychiatrie/Psychotherapie
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea
Redaktionelle Bearbeitung: Tobias Gaudin, Gießen
Herstellung: Daniel Berger
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod
Printed in Bulgaria

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2023
© 2023 Hogrefe Verlag, Bern
© 2015 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96267-2)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76267-8)
ISBN 978-3-456-86267-5
https://doi.org/10.1024/86267-000

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 9
(Witzmann M., Keller, K.)

Teil I: ICF: Grundlagen und Bedarfsermittlungsverfahren 15

1 ICF-Grundlagen 17
(Keller K., Witzmann M.)

1.1 Entwicklung der ICF 17

1.2 Zielsetzung der WHO 19

1.3 Modell und Klassifikation 20

1.4 Konzepte/Komponenten der ICF 21

1.4.1 Körperfunktionen und Körperstrukturen 22
1.4.2 Aktivität 24
1.4.3 Teilhabe 25
1.4.4 Umweltfaktoren 26
1.4.5 Personbezogene Faktoren 28
1.4.6 Funktionsfähigkeit 30

1.5 Operationalisierung der Ausprägungsgrade 31

1.6 Ethische Leitlinien 34

2 ICF-Bedarfsermittlungsverfahren nach BTHG 37
(Keller K., Witzmann M.)

2.1 Anforderungen an die Bedarfsermittlung 37

2.1.1 § 13 SGB IX „Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs“ . . . 37
2.1.2 § 99 SGB IX „leistungsberechtigter Personenkreis“ 37
2.1.3 § 118 SGB IX „Instrumente der Bedarfsermittlung“ 38
2.1.4 Exkurs: Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Bedarfsdeckung 39
2.1.5 Definition Prüfkriterium „funktionsbezogen“ bzw. „ICF-Bezug“ 41
2.1.6 Übersicht über die öffentlich verfügbaren Bedarfsermittlungsinstrumente 43

2.2 Überprüfung der ICF-bezogenen Kriterien in den Gesamtplaninstrumenten . . 44

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

2.3 Teilhabe-/Rehahypothese 47
2.4 Offene Punkte für weitere Entwicklung 50

Teil IIa: Praxis – Perspektiven – Leistungserbringer 51

3 Coreset BAG RPK 53
(Keller K., Witzmann M.)

3.1 Zielsetzung eines Coresets 53
3.2 Coreset, Kurzliste, Screener? 53
3.3 Entwicklung des Coresets der BAG RPK 54
3.4 Anwendung im Rehamanagement 55
3.5 Anwendung in der Eingliederungshilfe 56
3.6 Nutzen- und Risikobetrachtung 56
3.7 Hinweis auf andere Coresets/Kurzlisten 58

4 ICF im strategischen Entwicklungsprozess der Regens-Wagner-Stiftungen . . 61
(Theil R.)

4.1 Die Akteure: das Regens-Wagner-Werk im Kurzporträt 61
4.2 Der Anlass: Einführung des BTHG 61
4.3 Die Umsetzung: Der strategische Entwicklungsprozess 62
4.4 Neu denken: Struktur des strategischen Entwicklungsprozesses 63
4.5 BTHG: Schulungen für Mitarbeitende 64
4.6 ICF und bio-psycho-soziales Modell in seiner Funktion und Anwendung 65
4.7 Zu den Schulungen für Führungskräfte 67
4.8 Zu den Schulungen für Mitarbeitende der Fachdienste 67
4.9 Multiplikator*innen-Qualifikation BTHG 68
4.10 Schulungen für alle Mitarbeitenden in den regionalen Zentren 69
4.11 Zur Schulungsorganisation 71
4.12 Fazit 72
4.13 Ausblick 72

5 Praxisbeispiel kbo-SPZ: ICF-basierte Förderplanung 75
(Kraus E., Fröhler C.)

5.1 Das Praxisfeld kbo-SPZ: Kurzbeschreibung 75
5.2 Projekt ICF-basierte Förderplanung 2013 bis 2015 76
5.2.1 Projektphasen im Überblick 76
5.2.2 Vorprojektphase – Projektidee, Problemlage und Ziele 77
5.2.3 Projektplanungsphase, Projektaufbau 84

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

5.2.4 Klärung von Verantwortlichkeiten, Schnittstellen und internen Beteiligungen . . . 85
5.2.5 Projektstrukturplan . . . 90
5.2.6 Projektgruppen . . . 91
5.2.7 Projektrealisierung . . . 93
5.2.8 Nachprojektphase und Sicherung der Nachhaltigkeit . . . 101
5.2.9 Projektevaluation . . . 103
5.3 Grundlegende Überarbeitung der ICF-basierten Förderplanung im Jahr 2021 . . . 105
5.3.1 Praxisbeispiel zum Erstellen der Förderplanung . . . 109
5.3.2 Erprobung der Förderplanung mit dem ICF-Screener . . . 111
5.4 Ergebnisse der Projektevaluation und Erfahrungen aus den Folgejahren . . . 112
5.5 Fazit . . . 118

6 Das ICF-Kit – ein Praxiswerkzeug . . . 121
(Michaelis B.)

6.1 Die ICF in der sozialpsychiatrischen Arbeit . . . 121
6.2 Die Entwicklung des ICF-Kits . . . 121
6.3 Die praktische Anwendung des Kits . . . 122
6.4 Praxiserfahrungen . . . 126
6.5 Fazit . . . 128

Teil IIb: Praxis – Perspektiven – Einzelfall . . . 131

7 ICF in der kollegialen Fallbesprechung . . . 133
(Elixmann L.)

7.1 Schnittstellen zwischen Fallbesprechungsmethoden und ICF-Bestandteilen . . . 133
7.2 Praktische Ergänzungsmöglichkeiten von ICF-Bestandteilen in Fallbesprechungen . . . 134
7.3 Fazit . . . 135

8 Erfahrungen eines Teams aus der Beteiligung an der Pilotphase zum BI-Bay 137
(O'Connor S.)

8.1 Aufbau des Dialog- und Erhebungsbogens . . . 137
8.2 Vorstellung der Klientin . . . 138
8.3 Einblick in die Durchführung der Bedarfsermittlung . . . 138
8.4 Chancen in der Bedarfserhebung hinsichtlich der Umsetzung der Kernelemente des BTHG im sozialpsychiatrischen Kontext . . . 139
8.5 Grenzen in der Bedarfserhebung hinsichtlich der Umsetzung der Kernelemente des BTHG im sozialpsychiatrischen Kontext . . . 140
8.6 Resümee . . . 140

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen" (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

9 ICF-Anwendungsbeispiel: Betroffenen- und Fallperspektive 143
(Hölscher I.)

9.1 Hinführung 143

9.2 Anwendungsbezug anhand eines Fallbeispiels 144

10 ICF-basierte Bedarfsermittlung bei Autismus-Spektrum-Störung (ASS): Erprobungserfahrungen in einem Beratungsteam 151
(Schabert M., Siemoneit J.)

10.1 Beratungsgespräche mit Menschen aus dem Autismus-Spektrum 151

10.2 Rahmenbedingungen des Beratungs- und Unterstützungssettings 153

10.3 Unterstützung bei der Bedarfsermittlung 153

10.4 Pilotprojekt zu einem ICF-basierten Bedarfsermittlungsinstrument 154

10.5 Anforderungen an das Interview einer ICF-basierten Hilfebedarfsermittlung . . 155

10.6 Ausblick 157

11 Zusammenschau und Ausblick 159
(Witzmann M., Kraus K.)

Teil III: Anhang 161

Hinweise zu Zusatzmaterialien (Anlage 1–9) 163

Abkürzungen/Glossar 165

Autorenbeschreibungen 167

Autorenadressen 169

Sachwortverzeichnis 171

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

Einleitung

(Witzmann M., Keller, K.)

Mit diesem Buch zur ICF-basierten Förder- und Teilhabeplanung[1] für psychisch kranke Menschen stellen die Autor*innen eine komplette Überarbeitung der ersten Veröffentlichung von 2014 zur Verfügung. Diese greift den aktuellen Stand der ICF-Anwendung in der sozialen Rehabilitation mit dem Fokus auf Menschen mit psychischen Störungen bzw. Behinderungen[2] auf. Es werden die wesentlichen Grundlagen der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health[3]) aus der Perspektive der sozialen Rehabilitation verständlich gemacht und auf die Berufspraxis einer fortschrittlichen Eingliederungshilfe übertragen. Durch die theorie- und praxisgestützte Aufbereitung der Beiträge wird auch eine Übersicht zur relevanten deutschsprachigen Literatur zum Thema (Stand: Juli 2022) angeboten. Den Autor*innen ist es ein Anliegen, weitere Berufspraktiker*innen und Verantwortliche der Versorgung zur Beschäftigung mit einem modernen Verständnis von Behinderung auf der Basis der UN-BRK, des BTHG und der ICF zu motivieren und die Entwicklung weiterer handhabbarer Instrumente zu den verschiedenen Varianten der Eingliederungshilfe anzuregen. Die von den Autor*innen vorgestellten „Tools", die Instrumente und Verfahren zur Förderplanung wurden von diesen getestet und kritisch bewertet. Ebenso wird aufgezeigt, wie es gelingen kann, gemeinsam mit Mitarbeitenden eine gleichberechtigte konstruktive Auseinandersetzung in Bezug auf das BTHG und die Implementierung der ICF zu führen, um sie für die Umsetzung zu gewinnen.

Das Buch macht in seiner Überarbeitung deutlich, dass die Beschäftigung mit der ICF in der sozialen Rehabilitation interessant und vielfältig ist und dass es sich für die handelnden Personen in Einrichtungen, Diensten und bei Leistungsträgern lohnt, sich damit intensiv auseinanderzusetzen.

Die Umsetzung des BTHG und die Anwendung der ICF gehören wie eine ressourcen- und personzentrierte Bedarfsermittlung und Förderplanung in den Angeboten der außerklinischen ambulant psychiatrischen[4] Versorgung zum State of the Art. Obwohl die ICF – angesichts ihres Kerngedankens, Behinderung als Ergebnis komplexer Wechselwirkungen zwischen Funktionsfähigkeit, Umwelt und Person zu beschreiben – den geeigneten Bezugsrahmen für Ressourcenorientierung und Personenzentrierung darstellt, wird sie in der angewandten Praxis der Bedarfsermittlung, der Förder- und Hilfeplanung weiterhin nur begrenzt berücksichtigt. Allerdings erfährt die ICF mit zunehmender Konkretisierung der Vorgaben aus dem BTHG – beispielsweise in Form von Verordnun-

1 Im Folgenden wird vorwiegend der Begriff der Förderplanung zur Anwendung kommen.

2 Im Weiteren wird der Begriff „Menschen mit psychischen Störungen" verwendet.

3 Es werden sowohl die deutsche als auch die englischsprachige Bezeichnung verwendet.

4 Unter diesem Begriff wird in diesem Buch der außerklinische, psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische Versorgungskontext verstanden mit seinen Rehabilitations-/Teilhabeangeboten für Menschen mit psychischen Störungen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen" (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

gen und Verfahren auf Bundes- und Länderebene zu Bedarfsermittlungsinstrumenten – immer mehr Geltung. Auch die Entwicklungen in anderen Rehabilitationsfeldern, wie z. B. der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, unterstützen diesen Prozess.

Während es 2014 zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung dieses Buches noch wenige Forschungsvorhaben im deutschsprachigen Raum im Kontext ICF und psychische Erkrankung gab, weist beispielsweise die Datenbank „Rehadat" im Juni 2022 42 laufende Projekte in diesem Bereich aus (Rehadat, 2022). Ein Indiz für das zunehmende Interesse der Forschung zur ICF.

Aus heutiger Sicht lassen sich aus den o. g. Bezügen grundlegende Anforderungen an eine Bedarfsermittlung bei Erwachsenen[5] nach BTHG ableiten. Die Bedarfsermittlung:

- ist an den individuellen Wünschen und Zielen der Rehabilitand*innen ausgerichtet,
- erfolgt person(en)zentriert und individuell,
- ist transparent und nachvollziehbar für die Beteiligten,
- ist von Beginn an partizipativ und
- funktionsbezogen (ICF) angelegt und
- ermöglicht eine Reflexion von Wirkung und Wirksamkeit.

Die Herausgeber*innen empfehlen hierzu auch die Lektüre „Bundesteilhabegesetz Kompakt – Teilhabeplanung" der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, 2019) aus dem Jahr 2019 sowie die Veröffentlichung „Bedarfsermittlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" (BAR, BAG BBW, Hochschule Magdeburg-Stendal, 2019).

Das BTHG stellt hinsichtlich des Anspruchs, Wirkung und Wirksamkeit zu messen, Bezüge sowohl zum Leistungs- als auch zum Vertragsrecht her. Eine Konkretisierung zu möglichen Maßstäben, Kriterien etc. kann dem BTHG nicht entnommen werden. Es liegt somit in der Verantwortung der für die Gesetzesausführung bzw. Umsetzung verantwortlichen Akteure, hier einen für die Praxis angemessenen Rahmen aufzustellen. Wichtig erscheint diesbezüglich, ein gemeinsames Verständnis von Wirkung und Wirksamkeit zu erarbeiten, welches neben wissenschaftlichen Anforderungen auch eine Umsetzung in der Praxis ermöglicht und v. a. das Wohl der Rehabilitand*innen in den Blick nimmt.

Wirkung kann allgemein im Kontext von Ursache und Wirkung verstanden werden. Dies bezieht sich im Kontext des BTHG auf die Einzelfallebene. In diesem Sinne meint Wirkung allgemein mögliche Folgen von Interventionen. In Bezug auf die Förderplanung kann Wirkung als das Ergebnis gemeinsam ausgehandelter Ziele und Maßnahmen verstanden werden.

Die Wirksamkeit von Leistungen kann auch mit dem Begriff der Effektivität von Maßnahmen in Verbindung gesetzt werden. Es geht um die konzeptionelle Entwicklung und um die Qualität von Leistungen, also um das Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden. Im Zentrum steht die Frage, was wir über verschiedene Interventionen grundsätzlich wissen und was wir mit den in unseren Fachkonzepten hinterlegten Interventionen beabsichtigen. Somit richtet sich der Fokus auch auf Ansätze der Evidenzbasierung, welche wir aus unterschiedlichsten Fachkontexten, wie der evidenzbasierten Medizin oder Pflege, kennen.

In diesem Buch geht es schwerpunktmäßig um die Umsetzung der ICF bei der Bedarfsermittlung und Förderplanung. Somit steht die Einzelfallebene im Vordergrund. Es geht um die Wirkung einer Intervention im Rahmen sozialpsychiatrischer Betreuung bei einer ganz bestimmten Person; entsprechend dem BTHG mit der Bezugnahme zur Einzelfallebene und dem Verweis auf das Gesamtplanverfahren.

Für Leistungserbringer und Leistungsträger sozialer Rehabilitation stellt sich natürlich

5 Hier sei angemerkt, dass in diesem Buch vor allem die Personengruppe der Erwachsenen mit psychischen Beeinträchtigungen betrachtet wird.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen" (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

auch die Frage, wie die vereinbarten Leistungen als Gesamtes im Sinne eines Controllings von Wirksamkeit gemessen werden und eine Grundlage für Qualitätsverbesserung bilden können. Um die Wirksamkeit der – v.a. über Fachkräfte – bereitgestellten Leistungen einer Einrichtung oder eines Dienstes systematisch erfassen und bewerten zu können, müssen entsprechende Daten systematisch erhoben und analysiert bzw. interpretiert werden. Dies kann durch die Aggregation einzelfallbezogener Werte (Wirkung) und die Entwicklung so begründeter Kennzahlen erfolgen.

Wenn wir – im Sinne des BTHG – unser Wirken darauf ausrichten, Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und deren gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, müssen wir konkrete Unterstützung bei der Verwirklichung dieser Ziele leisten. Dies schließt auch ein, dass wir aktiv einer Benachteiligung entgegenwirken bzw. diese vermeiden.

Die Messung von Wirkung und Wirksamkeit stellt uns vor komplexe Anforderungen und ist eine große Herausforderung für alle Beteiligten. Die Autor*innen dieses Buches sind der Ansicht, dass mithilfe eines systematischen Verfahrens zur Bedarfsermittlung und Förderplanung unter Einbeziehung der ICF auch Grundlagen für die Messung von Wirkung und Wirksamkeit geschaffen werden können. Die folgenden Beiträge werden hierzu direkte und indirekte Impulse geben.

Zur ICF und zur Berücksichtigung der Personengruppe von Menschen mit psychischen Störungen bzw. seelischer Behinderung im Kontext BTHG

Seit der Psychiatrie-Enquête wurde und wird auf die Besonderheiten der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen in Vergleich zu Menschen mit somatischen Erkrankungen hingewiesen. In der psychiatrischen Versorgung gehören mittlerweile bio-psycho-soziale Ansätze zum Repertoire der Diagnostik und Behandlung. In der Sozialpsychiatrie ist die Bedeutung von sozialen, kulturellen und anderen Umgebungsfaktoren für die seelische Gesundheit bzw. Erkrankung ohnehin fest verankert. Die ICF baut eine relevante Brücke für die Beschreibung der Wechselwirkungen zwischen den Schädigungen/Beeinträchtigungen und der Teilhabe sowie den Kontextfaktoren für die Erarbeitung von Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeoptionen bzw. -chancen.

Insbesondere die Partizipation der erkrankten oder von Behinderung betroffenen Person unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen personbezogenen und Umweltfaktoren spielt für die Ermittlung und Feststellung des Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabebedarfs in der psychiatrischen Versorgung eine zentrale Rolle. Diese entspricht den Zielsetzungen moderner psychiatrischer Versorgung, welche eine Realisierung bzw. Förderung größtmöglicher Selbstbestimmung der „betroffenen" Person, der Umsetzung des Trialogs unter Berücksichtigung des Erfahrungswissens, eines integrierten Versorgungsansatzes (klinisch, außerklinisch und kontextübergreifend) sowie einer notwendigen Sozialraumorientierung hat. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die regionale Gestaltung und Verfügbarkeit von Angeboten, auf allgemeine gesundheitliche und soziale Hilfen sowie Versorgungsnetzwerke.

Bereits in der „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen" (BAR, 2010) wird auf notwendige Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Teilhabe verwiesen. Hier wird z.B. erwähnt, dass im Rahmen des Rehabilitationsprozesses dem psychisch kranken Menschen und seinen Bezugspersonen Hilfe zum Verständnis und zur Akzeptanz der Krankheit zu geben sei. Zudem solle man sich auf die vorhandenen Fähigkeiten konzentrieren und an deren Weiterentwicklung sowie der Entwicklung kompensatorischer Fähigkeiten mit dem Ziel der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und/oder sozialer Ausgliederung arbeiten. Ebenso seien Möglichkeiten der sozialen Integration zu

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen" (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

fördern, und zwar nicht nur durch Befähigung der Betroffenen zur Anpassung, sondern ggf. auch durch entsprechende Gestaltung der sozialen Umgebung (BAR, 2010).

Die Zielsetzungen moderner Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeprozesse haben sich an der Zielsetzung des BTHG zu orientieren:

„Ziel des BTHG ist es, die Möglichkeiten einer den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung im Sinne von mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung zu stärken und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln" (BMAS, 2022).

Dies bedingt einen personzentrierten Versorgungsansatz, welcher Prinzipien wie „Nicht ohne uns über uns" oder „Verhandeln statt behandeln" Rechnung trägt. Diesem Verständnis folgt auch das zentrale ethische Prinzip der ICF, sich jederzeit am jeweiligen Individuum mit seinem ihm innewohnenden Wert und seiner Autonomie zu orientieren bzw. diese zu respektieren.

Ob und inwieweit die aktuelle (sozial-)psychiatrische Versorgung diesem Verständnis Rechnung trägt, sagt auch etwas darüber aus, in welchem Maß zentrale Vorgaben aus dem BTHG umgesetzt sind. Entsprechende Fragen sind u. a.:

- Inwieweit trägt das Versorgungssystem zur Förderung selbstbestimmter Lebensplanung einzelner „Betroffener" Rechnung?
- Wie werden die Prinzipien der Autonomie und des Respekts der „Betroffenen" in den Verfahren und Instrumenten des BTHG berücksichtigt, z. B. bei der Ausgestaltung des Gesamtplanverfahrens oder bei der Erhebung des Förder- und Teilhabebedarfs?
- Tragen die bereitgestellten Angebote und Leistungen zur Stärkung sozialraumorientierter Lebensverhältnisse bei und fördern diese?
- Werden die mit der ICF intendierten Ziele wie gemeinsame Sprache im Versorgungsalltag wahrgenommen, auch im Rahmen sogenannter innovativer oder integrierter Versorgungsansätze?

Auch hierzu werden Sie Ansichten, Erfahrungen und Erkenntnisse in den jeweiligen Beiträgen dieses Buches finden.

Zum Aufbau des Buches

Die vorliegende Publikation gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil werden Klaus Keller und Markus Witzmann auf die aktuellen Grundlagen zur ICF und den Kontext der Bedarfsermittlung im Rahmen des BTHG eingehen. Es wird in diesem Teil insbesondere um den aktuellen Wissensstand und mögliche Kontroversen im Kontext der ICF gehen.

Im zweiten Teil liegt der Fokus auf dem praktischen Umgang mit der ICF. Es werden entsprechende Praxisprojekte und Praxiserfahrungen vorgestellt. Eva Kraus und Christiane Fröhler sowie Richard Theil stellen die Entwicklungen in zwei Einrichtungen dar, welche sich aufgrund des Angebotstyps und des Vorgehens der Beschäftigung mit der ICF unterscheiden. Im Praxisteil des kbo-SPZ werden auch die Erfahrungen mit der Weiterentwicklung der ICF-basierten Förderplanung nach der ersten Veröffentlichung des Buches 2014 beschrieben.

Klaus Keller wird auf die Nutzung sogenannter ICF-Coresets eingehen und Birgit Michaelis ein eigens von einem sozialpsychiatrischen Anbieter entwickeltes ICF-Kit (im Sinne eines ICF-Spiels) vorstellen.

Des Weiteren werden Praxiserfahrungen vorgestellt, welche auf der sogenannten Fallebene gemacht wurden. Dabei wird Lea Elixmann auf die ICF-basierte Fallbesprechung eingehen, welche als Möglichkeit zur Ergänzung bereits bekannter Methoden der kollegialen Fallbesprechung reflektiert wird. Sarah O'Connor wird sich dem Bedarfsermittlungsinstrument in Bayern, dem sogenannten BI-Bay, widmen und die Berücksichtigung der ICF im Sinne einer kritischen Reflexion zum Entwicklungsstand 2020 anhand eines Fallbeispiels aufzeigen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen" (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

Der Fallperspektive auf der Basis der ICF im Rahmen eines Rehabilitationsangebotes für psychisch erkrankte Menschen (RPK) wird sich Isabel Hölscher in ihrem Beitrag widmen. Martina Schabert sowie Juliane Simoneit gehen auf die Besonderheiten der Erprobung eines ICF-basierten Bedarfserhebungsinstrumentes bei Klient*innen aus dem Autismus-Spektrum ein.

Abschließend ziehen die Herausgeber*innen dieses Buchs ein kurzes Fazit und geben einen Ausblick auf die anstehenden Entwicklungen der Umsetzung der ICF im Kontext des BTHG.

Lesehinweise

Die Autor*innen empfehlen, das Buch mit dem Lesen des Teils I, der Beschäftigung mit den Grundlagen zur ICF, zu starten. Darauf aufbauend können die jeweiligen Beiträge in Teil II inhaltlich gut verstanden, dem jeweiligen Kontext zugeordnet und kritisch reflektiert werden. Auch der Transfer auf die eigene Berufspraxis sollte damit möglich sein. Da die jeweiligen Beiträge in Teil II auch verschiedene Ebenen behandeln (Einrichtung/Dienst und Einzelfall) und aus unterschiedlichsten Perspektiven verfasst wurden, ergibt sich keine inhaltliche Aufbauordnung. Sie können frei wählen, welcher Beitrag Sie aktuell am meisten interessiert bzw. beschäftigt.

Dieses Buch versteht sich nicht als klassisches Lehrbuch zur ICF oder zur sozialen Rehabilitation, sondern soll einen guten und nachvollziehbaren Mix aus Theorie und Praxis zum Themenkomplex ICF, Bedarfsermittlung und Teilhabe-/Förderplanung für Menschen mit psychischen Störungen anbieten.

Wir, die Herausgeber*innen und Autor*innen wünschen Ihnen eine hoffentlich gute, inhaltsreiche und anregende Lektüre und hoffen, dass Sie vieles aus den Beiträgen für Ihr weiteres Wirken mitnehmen können.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2010). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). (2019). *Bundesteilhabegesetz Kompakt – Teilhabeplanung.* https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/122.html

BAR, BAG BBW, Hochschule Magdeburg-Stendal. (2019). *Bedarfsermittlungskonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*. https://www.bar-frankfurt.de

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales). (2022). *Umsetzung BTHG*. https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Umsetzung_BTHG/Gesetz_BTHG/Gesetz_node.html

Rehadat. (2022). *Forschungsprojekte*. https://www.rehadat-forschung.de/projekte/behinderungen-erkrankungen/behinderungsarten/psychische-erkrankungen/

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

Teil I:
ICF: Grundlagen und Bedarfsermittlungsverfahren

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

1 ICF-Grundlagen

(Keller K., Witzmann M.)

1.1 Entwicklung der ICF

Die Erfassung von Krankheiten verfügt bereits über eine langjährige Geschichte. Ursprünglich waren die Todesursachen und deren Abgrenzung der ausschlaggebende Grund, eine Klassifikation zu erstellen. Wollte man die Zahlen zwischen einzelnen Landesteilen oder Ländern vergleichen, musste eine gemeinsame Grundlage zur Einordnung der unterschiedlichen Todesursachen verfügbar sein. 1900 wurde die erste Version der ICD als ILCD (International List of Causes of Death) auf einer internationalen Konferenz in Paris verabschiedet. Bereits davor war eine Überarbeitung im Zehnjahresrhythmus als sinnvoll erachtet worden. Die ursprünglich 179 Positionen der Klassifikation wurden in den Folgejahren turnusmäßig überarbeitet und in ihrer Systematik umgestellt. Ab der vierten Version wurde der Völkerbund für die Klassifikation zuständig, ab der sechsten Version wurden neben Todesursachen auch weitere Diagnosen aufgeführt. In der ICD-6 wurden zum ersten Mal psychische Erkrankungen aufgeführt. Nach dem Zweiten Weltkrieg wechselte die Zuständigkeit für die ICD zu der 1948 gegründeten Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Überarbeitung alle ca. zehn Jahre wurde fortgesetzt. Inzwischen ist man bei der elften Version angelangt. Mit ihr soll die Phase der zehnjährigen Überarbeitung enden und eine kontinuierliche Weiterentwicklung bei Notwendigkeit erfolgen. Aus den 179 Codiermöglichkeiten der ICD-1 (= ILCD) sind in der ICD-11 ca. 55.000 Codiermöglichkeiten für Diagnosen, Zustände und Symptome entstanden. In Deutschland ist bis auf Weiteres die ICD-10 GM (German Modification) die gültige Version. 2022 soll die ICD-11 international Gültigkeit erhalten, eine längere Übergangszeit bis zur allgemeinen Anwendung ist anzunehmen.

Auf Grundlage der ICD werden neben der Diagnoseerstellung durch Ärzt*innen und Psycholog*innen auch durch die Mitgliedsstaaten nationale Gesundheitsberichte verfasst und an die WHO für den Weltgesundheitsbericht weitergeleitet (BfARM, 2021). Die einzelnen Versionen der ICD unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Anzahl und Bezeichnung der einzelnen Diagnosen. So wurde z. B. im Kapitel der psychiatrischen Diagnosen von der ICD-9 auf die ICD-10 die Systematik tiefgreifend verändert. Während in der ICD-9 noch eine Ordnung nach ätiologischen Gesichtspunkten (d. h. entsprechend Krankheitsursachen geordnet; z. B. endogene Depression als affektive Psychose im Kapitel „Endogene Psychosen“, reaktive Depression im Kapitel „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische psychische Störungen“) vorgenommen wurde, wurde in der ICD-10 auf eine Ordnungsstruktur nach vorherrschender Symptomatik (z. B. leichte depressive Episode, mittelgradige depressive Episode, schwere depressive Episode ohne oder mit psychotischen Symptomen im Kapitel „Affektive Störungen, F3“) umgestellt. Damit wurde der veränderten fachlichen Zuordnung durch den fortschreitenden Erkenntnisgewinn Rechnung getragen. Insgesamt gelangten psychiatrische Krankheitsbilder und Suchterkrankungen erst relativ spät in die jetzt erreichte Ausdifferenzierung. Dies folgte neben

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

dem medizinischen Wissenszuwachs auch gesellschaftlichen Entwicklungen. Bis zur ICD-8 waren z. B. Suchterkrankungen nicht als Erkrankungen aufgeführt und wurden bis dahin auch gesellschaftlich weitgehend als Willensgebrechen und nicht als Erkrankungen gewertet. Sexuelle Verhaltensabweichungen (im Gegensatz zu sexuellen Störungen) sind mit der ICD-10 aus der Klassifikation entfernt worden und haben damit keinen Krankheitswert mehr. Mit der ICD-11 ist erstmals eine Beurteilung von Schweregraden als Beurteilungsmerkmal für die gelisteten Diagnosen und Zustände vorgesehen.

Im Laufe der 1970er-Jahre begann man auf WHO-Ebene, sich als Ergänzung zur ICD mit der Erarbeitung einer Klassifikation für Behinderung zu beschäftigen. Dies führte 1980 zur Veröffentlichung der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Behinderungen (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps = ICIDH). Mithilfe der dort verankerten Systematik sollte u. a. der Weltgesundheitsbericht um entsprechende Daten erweitert werden. Die ICIDH beruhte neben ihrem klassifikatorischen Ansatz auf einem Krankheitsfolgemodell: Aus Krankheit folgen Schädigungen, diese sind die Ursachen dafür, dass bestimmte Fähigkeiten eingeschränkt sind, daraus resultiert eine Behinderung. Eine deutsche Version der ICIDH erschien erst 1995. Zu diesem Zeitpunkt war die WHO bereits mit der (grundlegenden) Überarbeitung der ICIDH beschäftigt. Anwendung fand die ICIDH in Deutschland nur vereinzelt. Neben einer Nutzung in der Pflegebegutachtung der medizinischen Dienste sind Anwendungen in der medizinischen Rehabilitation in der Neurologie und der Psychiatrie in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (Rehazentrum Herzogsägmühle, RPK) aus den späten 1990er-Jahren bekannt.

Als 2001 schließlich die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (ICF) verabschiedet wurde, hatte sich deutlich mehr als der Name der Klassifikation geändert. Das Krankheitsfolgemodell wurde verworfen und durch ein Mensch-Umwelt-Wechselwirkungsmodell ersetzt. Dieses folgt einem bio-psycho-sozialen Ansatz. Dieser stammt aus der Psychiatrie und war erstmals 1977 (Engel, 1977) beschrieben und als Grundlage für das Krankheitsverständnis in der Medizin und insbesondere in der Psychiatrie gefordert worden. Es gab jedoch noch weitere Veränderungen: Neben einer Ausweitung um die Kontextfaktoren wurde konsequent versucht, neutrale Bezeichnungen für die einzelnen Kategorien (Items) der Klassifikation zu finden. Liegt bei einem Item eine Abweichung vor, spricht man von Schädigung oder Beeinträchtigung. Die neutral formulierten Items werden damit beurteilt. Dieser Versuch, wertfreie Kategorien zu formulieren, zieht sich bis zum Titel der Klassifikation durch. Dieser war erst relativ kurz vor ihrer Verabschiedung von ICIDH-2 in ICF geändert worden. Durch die aufgeführten Veränderungen wurde die ICF anschlussfähig zur einige Jahre später verabschiedeten UN-Behindertenrechtskonvention (UN, 2008).

Die Übersetzung ins Deutsche hatte bereits vor der Verabschiedung der ICF mit dem Titel „ICIDH-2, Betaversion“ unter der Koordination von M. Schuntermann begonnen. 2004 lag als „final draft“ eine weitgehend fertige deutsche Version vor, die schließlich 2005 von der WHO autorisiert wurde.

ICD und ICF zählen (neben der ICHI [International Classification of Health Interventions], auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll), zur Familie der internationalen Gesundheitsklassifikationen der WHO. Sie bilden grundsätzlich differierende Dimensionen von Gesundheit und Krankheit (sowie Hilfen und Interventionen) ab. In der einen Klassifikation werden Diagnosen, in der anderen Zustände von Funktionsfähigkeit abgebildet. ICD und ICF ergänzen sich und sollen weiterhin nebeneinander fortgeführt und weiterentwickelt und in unterschiedlichen Anwendungsgebieten eingesetzt werden. Jedoch verlässt die WHO trotz dieser klaren Zuordnung mit der ICD-11

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen“ (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

in kleinen Stücken die klare Trennung der beiden erstgenannten Klassifikationen, indem der ICD-11 eine Liste zu Gesundheitszuständen („Kapitel V: Supplementary section for functioning assessment") angefügt wird, die inhaltlich der ICF entspringt.

1.2 Zielsetzung der WHO

Die WHO verfolgt mit der ICF mehrere Ziele. Die Systematik und die Kategorien bilden die Grundlage für eine *disziplinenübergreifende Sprache.* Dabei wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei der Feststellung einer Behinderung und in der Rehabilitation meist nicht nur eine Berufsgruppe aktiv beteiligt ist. Die verlässliche Kommunikation über die Grenzen der einzelnen Fachsprachen hinaus bekommt dadurch eine große Bedeutung. Die im Unterschied zur ICIDH „neutral" formulierten Kategorien (Items) werden für alle am Prozess beteiligten definiert und zum Teil mit Beispielen („inkl."/ „exkl.") konkretisiert. Entsprechende Befunde und erhobene Daten können in den passenden Kategorien eingeordnet werden. Durch diese gemeinsame Sprache wird die Möglichkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit deutlich verbessert: Es arbeiten nicht nur unterschiedliche Berufsgruppen mit einem Menschen (multiprofessionelles Team), sondern es gibt auch ein gemeinsames Verständnis für dessen Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigungen (interdisziplinäres Verständnis der Funktionsfähigkeit).

Die ICF soll eine wissenschaftlich nutzbare und praktisch anwendbare Möglichkeit sein, den *Funktionszustand eines Menschen mit einem Gesundheitsproblem zu beschreiben* und entsprechende Interventionen abzuleiten. Durch die Benennung der einzelnen Komponenten und Kategorien wird der Befund nachvollziehbar und im Bedarfsfall auch justiziabel. Der Mensch mit Behinderung oder Rehabilitationsbedarf (bzw. eine dazu bemächtigte Person) kann zu den einzelnen Punkten Stellung beziehen, zustimmen, widersprechen und abweichende Einschätzungen vermerken (lassen). Dies fördert die Nachvollziehbarkeit und Transparenz u. a. bei der Bedarfsermittlung. Die Partizipation kann dadurch erhöht werden.

Praxisbeispiel

Frau L. hat eine Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp. Sie ist körperlich und intellektuell in der Lage, Arbeiten zu erlernen und auszuführen. In bestimmten Situationen kann sie jedoch die sonst abrufbaren Fähigkeiten nicht in ein entsprechendes Arbeitsergebnis umsetzen. Sie sitzt dann bewegungslos am Arbeitsplatz oder verlässt ohne Abmeldung den Raum, manchmal auch die Arbeitsstätte. Für ein gemeinsames Verständnis der Funktionsfähigkeit sind diese Informationen jedoch noch nicht ausreichend. Arbeitsanleiter A. geht von spontanen Schwankungen der Motivation aus und versucht, verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen und auf eine Normerwartung am Arbeitsplatz zu verweisen. Wohnbetreuerin G. weiß um Schlafstörungen, die Schwankungen unterlegen sind, und versucht mit Frau L. eine hilfreiche Schlafhygiene einzuüben. Therapeutin K. geht davon aus, dass es im Arbeitsumfeld und auch anderen Situationen Triggerreize gibt, die massive Angst und Dissoziation auslösen können. Frau L. kann jedoch die Triggerreize nicht benennen. Somit haben alle eine Theorie, wie es zu den schwankenden Arbeitsergebnissen kommen kann, jedoch gibt es keine Abstimmung im multiprofessionellen Team. Dadurch entstehen auch keine gemeinsame mit Frau L. reflektierte „Hypothese" und entsprechenden Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten. Die ICF bietet das Modell und ein Verständnis für die Funktionsfähigkeit. Im benannten Fall wird im interdisziplinären Austausch die Hypothese zur Funktionsfähigkeit aufgestellt, dass hauptsächlich die Anwesenheit von Männern mit Vollbart (Triggerreiz) zur Dissoziation führt. Alle Beteiligten haben eine – nun gemeinsame – Grundlage für die weitere Gestaltung der Therapien und Hilfen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen" (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.

Die ICF (und hierbei mehr die Klassifikation als das Modell) ermöglicht es, *Gesundheitsdaten* zur Funktionsfähigkeit und Behinderung strukturiert zu erfassen und für Populationen auszuwerten. Damit werden (nationale) Gesundheitsberichte nicht nur hauptsächlich auf Krankheitsdiagnosen aufgebaut. Datenvergleiche und Benchmarking werden im Bereich der Funktionseinschränkungen möglich. Man kann annehmen, dass dieser letzte Gesichtspunkt einen wichtigen Aspekt für die WHO darstellt, da sie ja u.a. für den Weltgesundheitsbericht zuständig zeichnet. Zwei wesentliche Umstände erschweren jedoch die Aufnahme dieser Daten in die Gesundheitsberichte: Erstens ergibt sich aus der ICF nicht eine „Behinderungsdiagnose", wie man es vielleicht in Anlehnung an die ICD erwarten könnte. Vielmehr werden Schädigungen und Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Kategorien erfasst und in Wechselwirkung mit Barrieren und Förderfaktoren in Umwelt und Person betrachtet. Es entsteht ein beschreibender Befund aus mehreren Items und Kategorien. Zweitens ist die Operationalisierung der Items auch unter Beachtung der definierten Beurteilungsmerkmale nur orientierend und nicht valide möglich.[1]

In Deutschland wird die ICF im Sozialgesetzbuch (SGB) IX aufgegriffen, seit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) 2017 auch wörtlich als Bezugsklassifikation in der Bedarfsermittlung (§ 118) genannt. Bereits 2001 und damit im Jahr der Verabschiedung der ICF (!) folgte der Teilhabebegriff im neu geschaffenen SGB IX der ICF. Die Anforderung nach einer funktionsbezogenen Bedarfsermittlung (§ 13) bezieht sich seit diesem Zeitpunkt auf die Funktionsfähigkeit nach ICF.

1 Insgesamt könnte das neue Kapitel V der ICD-11 an dieser Stelle Abhilfe schaffen, indem dort ein eng gefasster Kanon aus ICF-Daten strukturiert (z.B. über das WHO Disability Assessment Schedule; WHODAS-36) einfließt.

1.3 Modell und Klassifikation

Wie der Namensteil „Internationale Klassifikation" in der ICF bereits nahelegt, handelt es ich bei der ICF wie bei den anderen Gesundheitsklassifikationen der WHO um eine Klassifikation. In einem hierarchischen System werden auf drei, an einigen Stellen auch vier Ebenen Kategorien benannt, definiert und jeweils ein eindeutiger, alphanumerischer Code bereitgestellt. Dabei wird darauf geachtet, dass eine Eindeutigkeit der Kategorien gegeben ist. Für bisher noch nicht gesondert aufgeführte Inhalte bestehen jeweils Restekategorien mit den Titeln „anders bezeichnet" und „nicht näher bezeichnet". Klassifikationen sind an dieser Stelle nichts anderes als große Schubladenschränke mit eindeutigen Definitionen. Um sich die Größe dieser Schränke vor Augen zu führen: Die ICD-11 verfügt über ca. 55.000 Schubladen, die ICF über 1.424 Schubladen auf der dritten (und damit ausdifferenzierten) Ebene. Für Übersichtlichkeit sorgt eine weitgehend logische Anordnung in Komponenten, Konzepten und Ebenen (ICF) und Diagnosegruppen (ICD). Für die ICF wird diese Ordnung im folgenden Kapitel ausgeführt.

Neben der Klassifikation beinhaltet die ICF ein Modell, in dem die Zusammenhänge der Funktionsfähigkeit in einer definierten Weise verstanden werden. Dieses Modell folgt einem bio-psycho-sozialen Ansatz. Bereits die ICIDH verfügte neben den Kategorien über ein Modell der Behinderung. Dieses war ein (einfacheres) Krankheitsfolgemodell. Die Änderung dieses Modells stellt neben den „wertfreien" Kategorienamen die zentrale Änderung von ICIDH zu ICF dar. Für die absehbar weitere Zeit wird dieses Modell auch in der Weiterentwicklung der ICF bestehen bleiben. Es ist mit der Sichtweise von Behinderung, die in der UN-BRK formuliert wird, leicht in Übereinstimmung zu bekommen.

Dieser Ansatz ist in Abbildung 1-1 schematisch dargestellt. Bei einem Menschen mit einem Gesundheitsproblem (hierbei sind nicht

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Markus Witzmann: „ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen" (9783456862675) © 2023 Hogrefe Verlag, Bern.