

# ICF im Kontext der Sozialen Arbeit

– Reflexion über die ICF-Übung am 4.11.06 –

Eva Kraus  
Ellen Puchstein  
Ruth Weizel

Seminar-Modul M4

SS 2006  
Fachhochschule München  
Fachbereich 11  
Studiengang: Master of Mental Health in Social Work

Dozent: Herr Prof. Cramer

# Gliederung

	Seite
1. EINLEITUNG.....	3
2. ZIELE, INHALTE UND AUFBAU DER LEHREINHEIT .....	4
3. DARSTELLUNG DER INHALTE DER LEHREINHEIT.....	7
3.1 Entwicklung und Philosophie des ICF (Ellen) .....	7
3.2 Konzepte und Systematik des ICF (Eva Kraus) .....	13
3.3 Ideen und Grenzen in der Umsetzung der ICF (Ruth Weizel) .....	23
3. REFLEXION DER LEHREINHEIT.....	38
LITERATUR .....	46
ANHÄNGE.....	50
Power-Point-Präsentation .....	51
Fallbeispiel.....	52
Literaturliste für StudentInnen.....	53
Core Set der Herzogsägmühle .....	55
Fragebogen zur Evaluation.....	56

# 1. Einleitung<sup>1</sup>

Diese Seminararbeit besteht aus dem Konzept und den Inhalten der eintägigen ICF<sup>2</sup>-Lehreinheit für StudentInnen des 7. Semesters der Sozialen Arbeit der Fachhochschule Pasing sowie der Reflexion dieser Lehrveranstaltung unsererseits. Das Thema ICF ist für die Soziale Arbeit relativ neu, da das Klassifikationsmodell bisher überwiegend, wenn überhaupt, im medizinischen Bereich Anwendung findet. Das Interesse der StudentInnen des „Depressionsseminars“ an dem Thema war deshalb groß, so dass sich 24 von ihnen am Samstag, 4. November zur Übung einfanden.

Unser Anliegen war v.a. Soziale Arbeit (im Bereich Psychiatrie) und die ICF in Bezug zu stellen. Verknüpfungen bestehen dabei insbesondere dem Paradigmenwechsel der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit, der sich ja sowohl in der ICF als auch im SGB IX insbesondere im Teilhabegedanken wiederfindet. Angesichts der hunderten Seiten mit Codes und Items der ICF wollten wir Prioritäten setzen, so dass wir v.a. Wert auf die Vermittlung des systematischen Aufbaus legten, denn das sichert den Blick für Zusammenhänge bei diesem komplexen Thema. Durch praktische Übungen in Kleingruppen werden die erworbenen Kenntnisse und Arbeitsergebnisse durch eigene Anwendung vertieft, um so auf eigenständiges Denken mit der ICF vorzubereiten, was uns wichtiger erschien, als möglichst viel Einzelwissen zu vermitteln. Das Konzept der Lehreinheit findet sich in Abschnitt 2. Im folgenden Kapitel 3 sind die vermittelten Inhalte inkl. den Ergebnissen der Gruppenarbeiten dargestellt.

Die Kleingruppenarbeit anhand der Fallarbeiten diene uns zusätzlich als

---

<sup>1</sup> Namentlich nicht gekennzeichneten Teile dieser Hausarbeit wurden in Gemeinschaftsarbeit erstellt.

<sup>2</sup> Die ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit gehört zur „Family of International Classification“, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 verabschiedet wurde.

Lernzielkontrolle. Da Reflektieren Bestandteil jedes Lernens ist (auch des unseren) einigten wir uns darauf, dies anhand eines Fragebogens zu tun, den wir am Ende der Veranstaltung die StudentInnen bitten auszufüllen und der in Abschnitt 4 ausgewertet wird und auch unsere abschließende Bewertung enthält.

## 2. Ziele, Inhalte und Aufbau der Lehreinheit

Unsere **Ziele** orientierten sich an der komplexen Materie der ICF und an den organisatorisch strukturellen Gegebenheiten. Wir sind davon ausgegangen, dass die StudentInnen nur einen sehr groben Einblick in das ICF erhalten haben, und dass diese Übung zur Vertiefung insbesondere des systematischen Aufbaus und möglichen Praxisanwendungen des ICF dienen soll. Der zeitliche Rahmen (3 x à 1,5 Stunden: 9:30-11:00 – Pause (15) – 11:15-12:45 – Pause (75) – 14:00-15:30) verlangt nach einer klaren Priorisierung von sinnvollen und umsetzbaren Zielen:

- Philosophie des ICF verstehen und in Abgrenzung zum ICD 10 setzen können
- Systematik der ICF verstehen (Körperfunktionen, -strukturen etc.)
- Grenzen des ICF erkennen und kritische Position dazu finden
- Selbständig Recherche und Informationsbeschaffung zum Thema durchführen können

Die Auswahl der konkreten **Inhalte** orientierte sich an diesen Zielen. Zur Philosophie des ICF gehört nicht nur die historische Entwicklung, der Paradigmenwechsel der mit dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF verbunden ist, sondern auch die Wechselwirkungen, die dieses auf das bundesdeutsche Rechtssystem mit dem SGB IX gefunden hat. Die Systematik der konkreten Klassifikation verlangt eine Erklärung der Begrifflichkeiten und Strukturen der ICF, die jeweils auch kritisch beleuchtet werden. Konkrete Anwendungs- und Umsetzungsbeispiele zur ICF geben Einblick zu den aktuellen Grenzen der Praxis. Durch die Kleingruppenarbeit können die StudentInnen selbst Reichweite und Grenzen der ICF erfahren und kritisch Nachfragen stellen.

Der **Aufbau** der Lehreinheit gliedert sich (vgl. folgende Tabelle) in drei große thematische Blöcke: Entwicklung und Philosophie, Konzepte und Systematik, Ideen und Grenzen in der Umsetzung des ICF, die wir jeweils auch getrennt vorbereiteten. Um das Thema nicht zu abgehoben werden zu lassen, sind in die einzelnen Blöcke jeweils Beispiele und/oder Gruppenübungen eingebaut, so dass Anschaulichkeit und Praxisbezug gegeben ist.

Inhalt	Zeit
Vorstellung	10 Minuten
1. Entwicklung und Philosophie des ICF (Ellen)	30 Minuten
1.1 Historische Entwicklung zur Entstehung des ICF	
1.2 Biopsychosoziales Modell der ICF	
1.3 SGB IX und Beziehung zur ICF	
2. Konzepte und Systematik des ICF (Eva) (+ Übungsbeispiel/Fallbeispiel) (Ellen)	30 Minuten
2.1 Begriffsbestimmung allgemein	
2.2. Wechselwirkung der Komponenten	
2.3 Begriffe der einzelnen Komponenten	5 Minuten 20 Minuten 20 Minuten
2.4. Fallbeispiel: Fallvorstellung (Ellen)	
Gruppenarbeit	
Auswertung im Plenum	30 Minuten
2.5 Wie ein Code entsteht	
2.6 Beurteilungskriterien der Funktionsfähigkeit	35 Minuten
3. ICF als Mehrzweckklassifikation – Ideen und Grenzen in der Umsetzung (Ruth)	
3.1 Wozu die ICF laut WHO dienen kann – Mehrzweckklassifikation	
3.2 Aktuelle Grenzen der ICF in der Umsetzung	
3.3 Überblick über den Forschungsstand zur ICF	15 Minuten 20 Minuten 20 Minuten
3.4 Übung anhand eines vorhandenen ICF-generierten Fallbesprechungs-Protokolls (RPK)	
Erklärung des Fallbesprechungsbogens (Ruth)	
Gruppenarbeit: Fallbesprechung anhand des Bogens	
Auswertung im Plenum	
3.5 Ungleiche Machtverhältnisse: Das Individuum und das ICF (je nach Rest-Zeit unterschiedliche ausführlich)	
4. Literaturtipps, Internetseiten geben	5 Minuten

5. Evaluation	15 Minuten
---------------	------------

### 3. Darstellung der Inhalte der Lehreinheit

Hier folgt nun die Darstellung der einzelnen inhaltlichen Komponenten, wie sie zu den Skripten zur Lehreinheit ausgearbeitet wurden. Die Folien dazu finden sich im Anhang.

#### 3.1 Entwicklung und Philosophie des ICF (Ellen Puchstein)

##### Die Bedeutung des SGB IX:

Mit der Orientierung des SGB IX an der ICF sagt der Gesetzgeber deutlich, dass alle Leistungen zur Rehabilitation, d. h. auch die der medizinischen, über die Krankenbehandlung hinaus, als Leistungen zur Teilhabe der Bewältigung der Krankheitsfolgen dienen müssen“ (SGB IX, XXII)

Folie funktionsbezogener Leistungsbedarf (nach der ICF)

Folie Funktionsbezogene Feststellung nach SGB IX

Folie Geschichte der ICF

Historische Aspekte der Entwicklung und Philosophie der ICF einer Klassifikation der funktionalen Gesundheit und ihrer Beeinträchtigungen und die damit verbundenen wissenschaftlichen Bemühungen sind in einem überschaubarem Zeitraum zu erfassen.

*„Unter Gesundheit verstehen wir einen Zustand des vollkommenen (völligen) körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (World Health Organisation 1948)*

Mit ihrer 1948 gefassten Definition von Gesundheit hat die WHO einige Kritik hervorgerufen. Sie wurde als utopisch angesehen und in der Begriffsfassung als zu statisch empfunden. Trotz der ganzen Kritik hat gerade der visionäre Charakter

der WHO-Definition dazu geführt, dass angefangen wurde, Gesundheit positiv zu beschreiben.

Ursprünglich wurde Behinderung ausgehend von einer individuellen Schädigung der physischen, psychischen oder geistigen Funktion erklärt. Seit etwa zwei Jahrzehnten wird die soziale und gesellschaftliche Komponente betont: Behinderung wird aufgrund ihrer sozialen Wirkung und gesellschaftlichen Benachteiligung nicht mehr vorrangig als individuelle, sondern als soziale Kategorie gesehen und beschrieben. Dem wird in den verschiedenen Ansätzen einer internationalen Klassifikation im Rahmen der WHO/ Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; ICDH; ICF) entsprochen. (Baudisch/Schulze/Wüllenweber, 2004, 51)

### **ICIDH – 1**

Im Jahr 1980 publizierte die WHO eine internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen, und Beeinträchtigungen (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap (ICIDH-1). Damit hatte sie eine Unterscheidung zwischen „**impairment**“ (Schädigung, biologische Funktionsstörung), **sekundärer „disability“** (daraus resultierende Fähigkeitsbeeinträchtigung) und **tertiärem „handicap“** (Benachteiligung, Behinderung) empfohlen, so war die Trennung zwischen der individuellen Schädigung und der daraus entstehenden Behinderung als soziale Kategorie erfolgt.

Beispiel: Ein Kind wird mit Taubheit (Impairment) geboren. Das kann dazu führen, dass es keine ausreichende Sprachkompetenz erwirbt was zu einer (Disability) in der Verständigung führt. Eine mögliche Folge wäre ein Handicap in der Lebensführung, da ein Leben den Interessen und Anlagen entsprechend, nur schwer möglich wäre.. Sie basierte auf einer tendenziell individuumzentrierten und defektorientierten Sichtweise, deshalb wurde sie in den Folgejahren kritisiert und modifiziert. Die ICIDH - 2 orientiert sich stärker am bio-psycho-sozialen Modell.

### **ICIDH-2**

Mit der ICIDH – 2 wird der gesellschaftliche Kontext, in dem Menschen mit

Behinderung leben, und ihre positiven Möglichkeiten zu aktiver und selbst bestimmter Teilhabe als Ziel betont. Man wollte noch deutlicher die sozialen Konsequenzen von Schädigungen hervorheben

1) **impairments** betreffen organische Schädigungen und funktionelle Störungen;

2) **activity** definiert das Maß der persönlichen Verwirklichung;

**participation** beschreibt die Teilhabe am Leben der Gesellschaft. *Kontextfaktoren* (persönlich wie Alter, Umweltfaktoren wie Arbeitsplatz) beeinflussen alle drei Dimensionen“

Die außerordentliche Bedeutung der Einstellungen gegenüber Behinderten wird jetzt gesehen. Das ist ein ganz wesentlicher Fortschritt. Es zeigen sich aber bei genauerer Betrachtung Schwächen. Ansatzpunkt ist die Schädigung als eine objektivierbare Abweichung von der Norm. Woran misst man die Normabweichung? Ist die Schädigung immer so genau feststellbar, wie medizinische und sonderpädagogische Diagnostik nahe legen?

Gewiss kann Behinderung auf einen pathogenen Zustand von bestimmter Dauerhaftigkeit zurückgeführt werden. Aber es ist auch möglich, dass Behinderung das Ergebnis eines sozialen Bewertungs- oder Abwertungsprozesses darstellt, auch ohne objektiv vorhandenen Grund, der dann bei den Betroffenen Schädigungen oder Funktionsstörungen hervorrufen oder vergrößern kann. Ein sogenannter Lernbehinderter ist es beispielsweise zunächst nur für die Dauer der Schulpflicht. Danach kann ihm eine berufliche Eingliederung gelingen und er bleibt unauffällig. Die ICIDH zeigt bereits die Komplexität der Behinderung, aber sie benennt doch dominant die defizitären Komponenten und ist auf keinen Fall ressourcenorientiert. Ansätze zur Überwindung dieses Mangels finden wir in der ICF.

### **ICF der WHO**

Die ICIDH wurde von der WHO weiterentwickelt zur ICF. Damit ist die Systematik der Klassifikation verändert worden. Die ICF berücksichtigt zusätzlich zur Erkrankung den persönlichen und allgemeinen Kontext (Förderfaktoren und Barrieren) und macht die Funktionsfähigkeit des Menschen an seiner Teilhabe

und seinen Aktivitäten fest. Der entscheidende Fortschritt ist, dass man nicht mehr von Behinderung als von etwas spricht das ein Mensch ist oder hat, sondern von einer Handikap Situation.

Trotz der Einschränkung der ICF, die soziale und kulturelle Ebene individueller Lebenskontexte nicht zu klassifizieren, kann man die eigentliche Behinderung einer Person an ihrer erschwerten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft feststellen. Die soziale Ausgrenzung muss durch entsprechende Hilfe in einen Teilhabekonzept überwunden werden. Wenn ein solches Grundverständnis da ist, dann wird die defizitäre Sicht auf den Menschen ersetzt durch das kritische betrachten der komplexen bio – psycho – sozialen Bedingungen, unter denen menschliche Entwicklung erworben wird und ein menschenwürdiges Leben selbstbestimmt gelebt werden kann.

Um das Bio – psycho – soziales Modell zu erklären beginne ich mit der ICD 10

### **Text und Folie ICD medizinisches Modell**

(Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen usw.) werden überwiegend in der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) klassifiziert, welche einen ätiologischen Rahmen stellt. Funktionsfähigkeit und Behinderung, verbunden mit einem Gesundheitsproblem, sind in der ICF klassifiziert. So ergänzen die ICD-10 und die ICF einander. Anwender sollten beide Klassifikationen der WHO-Familie miteinander verwenden (ICF 2004, 9-10). Folie in Anlehnung an Stadler Hans (1998, 28)

Die Vorstellung über psychische Erkrankung war lange vom nosologischen Konzept geprägt. In der Nosologie (Krankheitslehre) wird eine Erkrankung nach ihrer Ursache (Ätiologie), spezifischen und unspezifischen Symptomen und einem krankheitstypischen Verlauf in einer Gestalt (nosologische Einheit) zusammengefasst. Multifaktorelle Ätiologie, ein veränderbarer Verlauf und Krankheitsrezidive machen einen großen Teil seelischer Erkrankungen aus. Das medizinische Modell entstand in der Mitte des vorigen Jahrhunderts als Bekämpfungsstrategie gegen Infektionskrankheiten. Die Ursache jeder Krankheit ist ein Erreger, der im Patienten sitzt und eine typische, überindividuelle Verlaufsform der Krankheit auslöst. „Der Erreger ist der Feind, den der Arzt als

Jäger ausfindig machen und erlegen muss. Der Patient ist das Feld, auf welchem über Sieg oder Niederlage entschieden wird“ Die Grundlage des medizinische Modells ist heilen durch bekämpfen der Ursache.

ICD (biomedizinisch) ICIDH-1 (bio-sozial) ICIDH-2 (bio-psycho-sozial) zum ICF (erweitertes bio-psycho-soziales Modell)

Eine dem Menschen gerecht werdende Gesundheitsversorgung sollte sich in der Diagnostik wie in der Therapie am bio-psycho-sozialem Modell orientieren.

### **Komponenten der Gesundheit** (Folie bio-psycho-soziales-Modell)

Die ICF hat sich weiterentwickelt von einer Klassifikation der „Krankheitsfolgen“ (wie die ICIDH von 1980) hin zu einer Klassifikation der „Komponenten der Gesundheit“ (ICF 2004, 10). Die ICF hat ihren Ursprung in der Medizin. Die Medizin kennt derzeit über 30.000 Krankheiten und Syndrome, welche die Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht erklären können. Die Philosophie der ICF enthält bis auf einen wichtigen Paradigmenwechsel inhaltlich fast nichts Neues. Durch die ICF wird das, was gefühlsmäßig gedacht und wonach gehandelt wird, systematisiert und begrifflich formuliert.

Funktionale Probleme sind nicht mehr Attribute einer Person, sondern sie sind das negative Ergebnis einer Wechselwirkung. Diese Sichtweise wurde im Grundsatz auch in das SGB IX übernommen (Schuntermann 2001;28)

### **Medizinische und soziale Modelle**

Das Konzept der ICF gründet auf einer Integration dieser beiden gegensätzlichen Modelle. Um die unterschiedlichen Perspektiven der Funktionsfähigkeit zu integrieren, wird ein „biopsychosozialer“ Ansatz benutzt. (ICF;2004;25)

#### 1. Das medizinische Modell

Das medizinische Modell sieht „Behinderung“ als ein Problem einer Person, das direkt aus einer Krankheit oder aus einem Trauma resultiert, welches der medizinischen Versorgung bedarf. Die Behandlung von Behinderung zielt auf Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung durch die medizinische Versorgung der Person ab.

## 2. Das soziale Modell

Das soziale Modell der Behinderung dagegen sieht die Behinderung in der Hauptsache als ein gesellschaftlich verursachtes Problem. Im wesentlichen geht es um die volle Integration der betroffenen Menschen in die Gesellschaft. In diesem Modell ist „Behinderung“ kein Merkmal einer Person, sondern ein vielschichtiges Geflecht von Bedingungen, wovon viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden. Deshalb ist es notwendig sozial zu handeln, und es gehört zu einer gemeinschaftlichen Verantwortung der gesamten Gesellschaft, die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Teilhabe der Personen mit Behinderung für alle Bereiche des sozialen Lebens erforderlich ist.

### **Bio-psycho-soziales-Modell der ICF**

Seelische Krankheiten sind multifaktoriell bedingt. Neben Störungen der Neurotransmittersysteme spielen die Wechselwirkungen von Anlage und Umwelt als Disposition sowie ein oder mehrere aktuelle belastende Ereignisse als Erkrankungskontext eine Rolle“ Rahn/Mahnkopf;2005;Bonn.

## 3.2 Konzepte und Systematik des ICF

(Eva Kraus)

### ALLGEMEINES

- ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health  
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit  
>> nur zur Anwendung im Bereich Gesundheit konzipiert (nicht z.B. Arbeitslosigkeit)
- Klassifizierung von Bereichen, in denen Behinderungen auftreten können;  
Anspruch: es können sowohl positive als auch negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden (Ressourcen- und Defizitorientierung)
- Zusammenspiel von ICF und ICD10: Gesundheitsprobleme werden i.d.R. nach ICD10 klassifiziert; Behinderung und Funktionsfähigkeit werden nach ICF klassifiziert  
>> Zielrichtung ICD10: Gesundheitsproblem wird nach medizinischem Modell diagnostiziert; darauf basierend Therapie  
Zielrichtung ICF: Klassifikation der (sozialen) Folgen eines Gesundheitsproblems
- Klassifikation nach ICF stellt i.d.R. eine „Momentaufnahme“ dar
- ICF klassifiziert nicht Personen, sondern deren individuelle Situation

### KONZEPT DER FUNKTIONALEN GESUNDHEIT

Mit der ICF sollen die

- einzelnen gestörten Funktionen und
- die Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe sowie die
- Wechselwirkung mit der sozialen und materiellen Umwelt abgebildet werden

### Eine Person gilt als funktional gesund, wenn

- vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)
- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches) und Körperstrukturen den des gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und Strukturen),

- wenn sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten)
- wenn sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe)

## **ALLGEMEINE BEGRIFFSBESTIMMUNGEN**

### **Behinderung**

- Sammelbegriff zur Beschreibung von Schädigungen (Funktionsfähigkeit, Struktur) und Beeinträchtigung in der Aktivität und Teilhabe
- Versuch einer Synthese von medizinischen und sozialen Modellen zur Entstehung von Behinderung
- Behinderung = Ergebnis / Folge einer komplexen Beziehung zwischen
  - Gesundheitsproblem und personenbezogenen Faktoren einerseits und
  - Externe Faktoren, Bedingungen, unter denen Menschen leben andererseits
- Relationaler Behinderungsbegriff: behindert ist/wird man in einer bestimmten Situation unter bestimmten Bedingungen in Verbindung mit bestimmten Erwartungen  
ICF trifft somit keine trennscharfe Abgrenzung zwischen Behinderung und Nichtbehinderung  
>> kann allerdings auch problematisch werden, wenn es z.B. zur Nichtgewährung von Leistungen dient, nach dem Motto „jeder ist irgendwie behindert“
- Behinderungsbegriff sehr viel weiter gefasst als z.B. im SGB IX (Mindestdauer 6 Monate, von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichend“ etc.)  
>> (inkonsequenter) Vorschlag der ICF: in Deutschland Behinderungsbegriff des SGB IX verwenden

### **Funktionsfähigkeit**

- Soll den Begriff Schädigung und damit negative Klassifizierung vermeiden
- Klingt im Deutschen sehr technisch,; im Entwurf ersetzt durch „gesundheitliche Integrität“
  - function: Funktion, Arbeitsweise, Aufgabe, Tätigkeit to function: funktionieren, arbeiten, wirken, sich betätigen
- Sozusagen Gegenbegriff zur Behinderung; positive Aspekte der Interaktion zwischen Person und Kontextfaktoren
- Im weiteren taucht auch der Begriff der „Leistungsfähigkeit“ in der ICF auf; verweist auf Zielrichtung, zu verbesserter Leistungsfähigkeit zu kommen (vgl. auch Reha-Ziele im Allgemeinen);
  - >> kann aber auch kritisch gesehen werden: Reduzierung einer Person auf den Aspekt der „normalen Leistung“; wird dies als oberstes Ziel angestrebt (ohne die Zufriedenheit der Person mit dem Ist-Zustand einzubeziehen) kann dies zu „Herumprobieren“, „Therapeutisieren“ führen; z.B. Person kann dann mit viel Mühe selbst Essen, hat aber keine Freude mehr daran

### **Schädigung**

- Abweichungen von gewissen allgemein anerkannten Standards
- Können vorübergehend, dauerhaft, progressiv, regressiv, statisch sein
- >> Bsp. depressive Episode
  - werden unabhängig von ihrer Ursache betrachtet
  - Weisen nicht zwingend darauf hin, dass eine Krankheit vorliegt
  - Haben nicht zwingend Einschränkungen in Leistungsfähigkeit und Leistung zur Folge >> Bsp. ICF: Kind wird mit fehlendem Fingernagel geboren, kann aber die Hand voll gebrauchen (Leistungsfähigkeit) und kann mit anderen Kindern spielen, ohne gehänselt zu werden (tatsächliche Leistung)
  - Können weitere Schädigungen nach sich ziehen >> Bsp. ICF: Beeinträchtigte Wahrnehmungsfunktion kann mit beeinträchtigter Denkfunktion in Zusammenhang stehen

### **KOMPONENTEN DER ICF**

Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (Grafik, Folie)

## **Erläuterungen zu den Komponenten**

- Komponenten sind Konstrukte, d.h. gedankliche Hilfskonstruktion zur Erklärung bestimmter Phänomene; sie geben damit nicht die Realität wieder
- Obwohl explizit auf die Wechselwirkungen der Komponenten hingewiesen wird, sollen diese immer getrennt voneinander erhoben werden
- Anspruch ICF: jede der Komponenten kann in positiven oder negativen Begriffen ausgedrückt werden

## **Gesundheitsproblem (Gesundheitsstörung oder Krankheit)**

- Sammelbegriff für (akute, chronische) Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen, Traumata
- Auch andere Phänomene wie Schwangerschaft, Altern, Stress etc.
- Gesundheitsprobleme werden grundsätzlich nach ICD 10 kodiert

## **Körperfunktionen**

- physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich geistiger und seelischer Funktionen
- Schädigung einer Körperfunktion: Beeinträchtigung wie z.B. eine wesentliche Abweichung von durchschnittlichen Standards; Bsp. ICF:  
„Daueraufmerksamkeit“: Mentale Funktionen, die sich in der Konzentration über eine geforderte Zeitspanne äußern“

## **Körperstrukturen**

- Strukturelle, anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile
- Schädigungen von Körperstrukturen: Defekt, Verlust oder andere wesentliche Abweichung der Körperstruktur
- Schädigungen wurden konzeptionell in Übereinstimmung mit biologischen Erkenntnissen entwickelt (orientiert an statistischen Durchschnittsnormen)
- Schädigungen der Körperstruktur ≠ zugrunde liegende Pathologie; vielmehr Manifestation der zugrunde liegenden Pathologie  
Bsp. fehlende Niere: musste aufgrund eines Tumors entfernt werden

- Spielen möglicherweise im psychiatrischen Bereich eine weniger herausragende Rolle; außer Kapitel 1 „Struktur des Nervensystems“ (Gehirn, Rückenmark, Hirnhaut, sympathisches/parasymphathisches NS)

### **Aktivität**

- Konzept von Aktivität löst das frühere (ICIDH) Disability-Konzept (Behinderung i.S. von Unfähigkeit) ab
- Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen
- Beeinträchtigung der Aktivität: Schwierigkeit, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann
- Quantitative und/oder qualitative Abweichung bezogen auf Art / Umfang, die bei Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird
- ICF: Aktivität = „Individuelle Perspektive der Funktionsfähigkeit“  
 >> nicht unbedingt schlüssig: eine Person kann die Funktionsfähigkeit in einem bestimmten Bereich besitzen, ohne die Aktivität auszuführen; Gründe hierfür z.B. kein Interesse, Kraft für andere Aktivitäten sparen, keine Motivation (letzteres kann zwar klassifiziert werden, dann aber wiederum nur allgemein und nicht auf die spezielle Aktivität bezogen)
- Diskussion um Wortsinn von „Aktivität“ – „can do“(capacity) oder „do do“ (performance) nicht durch die ICF geklärt  
 >> Befragung hierzu: „do do“ 60 %, „can do“ 40%  
 „performance“ (do do) wird teilweise wiederum mit Partizipation gleichgesetzt

### **Partizipation (Teilhabe) bzw. deren Beeinträchtigung**

- Konzept von Partizipation löst das frühere (ICIDH) Handicap-Konzept ab (Behinderung i.S. von Hindernis)
- deutliche Erweiterung der „Fähigkeitsstörungen“ der ICIDH
- Begriff „Teilhabe“ hat z.B. in der Schweiz engere Bedeutung als in Deutschland
- Einbezogensein in eine Lebenssituation
- Beeinträchtigung der Partizipation: Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt. Abweichung von der erwarteten Partizipation einer Person ohne Behinderung in der entsprechenden

Kultur/Gesellschaft

- Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und deren Umweltfaktoren
- ICF: Partizipation repräsentiert „gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit“  
>> Kritisch zu sehen: legt nahe, dass jede Person, die zu einer bestimmten Tätigkeit ein der Lage ist, auch wirklich in die Lebenssituation, in der diese Tätigkeit einer Rolle spielt, einbezogen ist  
z.B. Person kann selbständig essen >> hätte Teilhabe, egal ob sie alleine an einem Tisch sitzt oder in eine Tischrunde integriert ist  
Somit kann die ICF nicht Grad und Qualität der Teilhabe erfassen, sondern nur, ob eine Person an einer Situation teilnimmt (vgl. Bürli: lokale und soziale Integration)  
Zu kritisieren: das individuelle Gefühl einer Person darüber ob sie integriert ist, ist mit der ICF nicht zu erfassen

### **Kontextfaktoren**

- Bilden in ihrer Gesamtheit den vollständigen Lebenshintergrund einer Person ab
- Arten: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren

### **Umweltfaktoren**

- Sehr weit gefasst: Materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten
- Ebene des Individuums: unmittelbare Umwelt, häuslicher Bereich, Arbeitsplatz, Schule, Familie, Freunde etc.
- Gesellschaftliche Ebene: Organisationen und Dienste bzgl. Arbeit, Kommune, Behörden etc., Gesetze, Vorschriften, Regeln, Einstellungen, Weltanschauungen

### **Personenbezogene Faktoren**

- Spezieller Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen,

die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind; Z.B. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Bewältigungsstile, Bildung, Ausbildung, Beruf, Verhaltensmuster, Charakter etc.

- In der ICF nicht klassifiziert, kann jedoch aufgeführt werden

## **ÜBUNGSBEISPIEL**

(Ellen

Puchstein)

Die ICF ist ein Instrument, das bisher hauptsächlich der Forschung und Statistik dient. Wir schauen von außen mit Distanz auf den „Fall“ (Fallbeispiel im Anhang). Mit dieser naturwissenschaftlichen Sichtweise verändert sich unsere Beziehung zu den Klienten entscheidend. Im Übungsbeispiel sollten die StudentInnen erproben wie sie das Gesundheitsproblem von Anna in das Konzept der funktionalen Gesundheit einordnen können. Wir wollten prüfen ob sie einige ICF-Strukturen erkannt haben.

An der Auswertung des Übungsbeispiel lässt sich erkennen das die StudentInnen die Kernthemen erfasst und richtig zugeordnet haben. Es ist sicher eine schwierige Anforderung sich selbst als Umweltfaktor zu beschreiben, die StudentInnen haben aber bereits das soziale Umfeld als Umweltfaktor erkannt und richtig unter dem Faktor Umwelt zugeordnet. Die entscheidende Stärke des ICF, das „bio-psycho-soziale Modell“, haben die StudentInnen verstanden. Sie erkennen das eine kooperative Zielvereinbarung in der interdisziplinären Zusammenarbeit gefördert wird. Die StudentInnen lesen das Fallbeispiel auf der Suche nach ICF Faktoren durch. Sie werden dadurch auch auf die Wechselwirkung zwischen den Komponenten im Kontext zur Umwelt aufmerksam.

Anhand der Fragen welche die StudentInnen stellen wird deutlich, dass sie gelernt haben das es sich bei der ICF um ein Instrument zur Erfassung der aktuellen Situation handelt. Sie sehen auch die Anwendung der ICF als Checkliste, indem sie die Gesamtsituation mit Ressourcen und Defiziten bei Anna sammeln. Die StudentInnen konnten sich gut in den Fall hinein denken. Das was sie an Fakten gefunden habe, konnten sie richtig zuordnen. Dieses Beispiel diente auch der

Vorübung wie ein Code entsteht. So konnten sie sich gut auf ein Core Set der Herzogsägmühle einlassen.

### **AUFBAU DER ICF (S. FOLIE)**

- Weicht von Modell „Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF“ ab:  
Zweiteilung in
  - Funktionsfähigkeit und Behinderung und
  - Kontextfaktoren
- Kodierungsteil vier gleichrangige Listen: Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe), Umweltfaktoren, (Personenbezogene Faktoren nicht klassifiziert)
- Innerhalb jeder Komponente sind die Kategorien nach einem Ast – Zweig – Blatt – Schema angeordnet
  - Körperfunktionen – **b** – body functions
  - Körperstrukturen – **s** – body structures
  - Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) – **d** – domain (steht hier für Lebensbereiche für Aktivitäten und Teilhabe)
  - Umwelt – **e** – environment

### **WIE EIN CODE ENTSTEHT (FOLIE)**

Was verbirgt sich hinter folgendem Code: b 15223?

>> erklären anhand der Folie

### **BEURTEILUNG DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT (FOLIE)**

>> erklären anhand der Folie

#### **Anmerkungen zu den Beurteilungskriterien**

- Umkehr der üblichen Denkrichtung: Bsp: Person kann gut mit Krisensituationen umgehen: d2402.0
- Kodiert (beurteilt) wird hier nicht die im Item genannte (neutrale/positive Funktion), sondern (das Ausmaß der) Schädigungen; dies ist schwierig, da die Items neutral oder positiv formuliert sind
- Zudem besteht hier entgegen der postulierten Ressourcen-Orientierung doch

wieder eine Tendenz zur Defizit-Orientierung (klassifiziert werden eben Schädigungen und nicht Ressourcen); evtl. weil dies i.d.R. praktikabler ist (weniger Items anzugeben)

- Außerdem wird diese Logik nicht konsequent durchgehalten, z.B. bei Körperfunktionen: b1303 „Drang nach Suchtmitteln“ (nicht neutral/positiv); soll hier die Bewertung direkt auf das Item bezogen werden oder soll Schädigung einer Schädigung klassifiziert werden?
- Es fehlen Beurteilungsmerkmale wie „zunehmend, zeitweise, wechselnd“ etc. um z.B. Tagesschwankungen in der Funktionsfähigkeit einer Person auszudrücken (vgl. eingangs erwähnte Def. Von Schädigungen, die u.a. „vorübergehend“ oder „intermittierend“ sein können
- Beurteilungsmerkmale passen nicht für einige wichtige Items aus dem Bereich „Umwelt“; z.B. Einstellungen: nicht vorhanden, leicht ausgeprägt etc.
- unterschiedliche Qualitäten können damit nicht erfasst werden
- trotz des postulierten „relationalen Behinderungsbegriffes“ orientiert sich die ICF im Detail an Normalität: um das Ausmaß einer Schädigung erfassen zu können bezieht sie sich auf Bevölkerungsstandards
- xxx.8: sehr vage, hat kaum Aussagekraft
- %-Angaben: bislang gibt es keine einheitlichen Assessment-Verfahren, daher ist unklar, wie man zu den entsprechenden Bevölkerungsstandards kommt
- Aufforderung der ICF an Anwender, geeignete Beurteilungsmerkmale und Assessment-Verfahren zu entwickeln ist sehr fraglich, da gerade dadurch das ICF-Ziel der Vergleichbarkeit unterlaufen wird

## **WEITERE ANMERKUNGEN ZUR KODIERUNG**

- Vor dem Hintergrund: ICF ist nicht „fertig“, sondern nach wie vor in der Entwicklung
- Inkonsequenz der Begriffsverwendung: Möglicherweise auf Eile, mit der die Entwicklung vorangetrieben wurde zurückzuführen
- Kodierung ist z.T. sehr kompliziert und auch nicht immer ganz schlüssig aufgebaut
- Sehr unterschiedlich starke (nicht immer nachvollziehbare) Differenzierung der

einzelnen Bereiche; z.B. Bereich „Anderen helfen“ (d660-d6609) hat 9 Items, Bereich „Erholung und Freizeit“ (d920 – d9209) ebenfalls (nur) 9 Items  
>> evtl. Folge davon, dass sich verschiedene Arbeitsgruppen mit den Bereichen befassen haben

- Nicht zufrieden stellend ist die gemeinsame Item-Liste von Aktivitäten und Partizipation (in früherem Entwurf noch getrennt vorhanden); viele Länder haben dies moniert
- ICF schlägt zwar verschiedene Möglichkeiten der getrennten Klassifikation von Aktivitäten und Partizipation vor (führt hier zu weit)  
ein Bsp.: Aktivität (a) und Partizipation (p) getrennt voneinander klassifizieren (auf der Grundlage aller aufgeführten Items)
- Aufforderung an Anwender zusätzliche Beurteilungsmerkmale für Partizipation zu entwickeln

## 2.3 Ideen und Grenzen in der Umsetzung der ICF (Ruth Weizel)

### ICF als Mehrzweckklassifikation Folie 27 (Ziele der WHO)

- als statistisches Instrument für die Erhebung und Dokumentation von Daten, z.B. Bevölkerungsstudien, Erhebungen von Bevölkerungsdaten auf regionaler, nationaler, internationaler Ebene, Datenvergleiche zwischen Ländern und Disziplinen, generell die Anliegen der Gesundheitsstatistik
- Forschungsinstrument für die Messung von Lebensqualität, Umweltfaktoren, Gesundheitszuständen
- als sozialpolitisches Instrument zur Planung und Umsetzung der sozialen Sicherheit, Entschädigungssystemen, Politikgestaltung; z.B. Evaluation von Managed Health Care (gesteuerte Gesundheitsversorgung), Untersuchung von Gesundheitsversorgungssystemen, Evaluation und der Formulierung von Richtlinien und Empfehlungen, Prävention und Gesundheitsförderung, generell die Anliegen der Versorgungsforschung und Gesundheitsplanung (Gesellschaft)
- in der gesundheitlichen Versorgung für Informationen, die auf die Gesundheitsversorgung des Einzelnen beziehen; Bedarfserhebung, Behandlungssteuerung, berufsbezogenen Beurteilung und Rehabilitation, Ergebnisevaluation, generell die Anwendungen im Einzelfall wie die Ermittlung eines Leistungsanspruchs oder die Hilfebedarfsplanung (Individuum)
- als pädagogisches Instrument für die Schaffung von Problembewusstsein und als Anstoß für soziales Handeln. Verbesserung der Partizipation [Teilhabe] durch die Beseitigung oder Verringerung von gesellschaftsbedingten Hindernissen

Die ICF ist an sich eine Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängende

Klassifikation, Anwendung auch z.B. auf den Gebieten des Versicherungswesens, Sozialpolitik, der sozialen Sicherheit, Arbeit, Erziehung/Bildung, Wirtschaft, Gesetzgebung sowie der Umweltveränderung.

Die Anwendung der ICF ist also eine fachliche Aufgabe und zugleich ein Politikum. (Paradigmenwechsel). Mit ihrem Leitbegriff der funktionalen Gesundheit legt die ICF das Hauptgewicht auf die gesellschaftliche Teilhabe für alle Menschen mit Gesundheitsproblemen.

Derzeit ist noch nicht absehbar, ob diese umfassenden Zielsetzungen realisiert werden können.

## **Funktion und Grenzen der ICF Folie 28**

### **Grenzen**

#### 1 keine Klassifikation funktionaler Diagnosen (weitgehend Konsens)

noch nicht unmittelbar und umfassend für die (medizinische) Dokumentation anwendbar, da v.a. die Probleme mit den Beurteilungsmerkmalen noch nicht generell gelöst sind (Operationalisierungsfragen, technischer und administrativer Aufwand). Der technische und administrative Aufwand einer Kodierung mit diesem komplexen Instrument wird als sehr hoch angesehen<sup>3</sup>.

Was ein Gesundheitsproblem, was eine Gesundheitsdomäne ist, ist nicht vorgegeben: Es hängt davon ab, was in einer Gesellschaft, als gesundheitlich relevant erachtet wird.

#### 2 kein Assessmentinstrument

keine standardisierte Methoden und Instrumente zur Beschreibung und Beurteilung der Körperfunktionen/-strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe.

---

<sup>3</sup> Die WHO will mit der ICF möglichst die funktionale Gesundheit für alle Gesundheitsprobleme abbilden können. Dadurch ein sehr umfangreiches Werk mit 1.497 Einzel-Items entstanden, was für die praktische Anwendung jedoch kaum nutzbar ist (Grundmann 2005, 30). Daher gibt es viele Bestrebungen so genannte Kurz-ICF-Versionen oder ICF-Core Sets zu entwickeln.

Eine ICD vergleichbare Funktion für die Dokumentation und Statistik wird die ICF

(insbesondere in der Langfassung) erst längerfristig einnehmen können.

Die offene Frage besteht allerdings darin, wie konsequent dieses Ziel angestrebt werden soll (vgl. dazu die Strategie der Core Sets<sup>4</sup>).

Ob und innerhalb welchen zeitlichen Rahmens die ICF auch für die Entwicklung von Finanzierungssystemen in der Rehabilitation genutzt werden kann und soll, wird derzeit in Fachkreisen unterschiedlich beurteilt.

### **Aktuelle Funktion**

#### 3 einheitliche Sprache (Einigkeit)

hohe kommunikative Bedeutung: Sprachbarrieren zwischen verschiedenen Berufsgruppen und beteiligten Institutionen abzubauen und habe damit eine Art „Brückenfunktion“ zwischen den Professionen, aber auch den beteiligten Institutionen. Da die ICF in allen Mitgliedsstaaten der WHO angewendet werden soll, sind ihre Begriffe möglichst neutral, das heißt formal. Wertneutrale Begriffe

#### 4 bio-psycho-soziales Modell (Schwerpunkt der Anwendung)

bedeutender Paradigmenwechsel (Gegensatz zum bio-medizinischen Modell ICD 10), Philosophie: insbesondere durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren.

Erweiterte Betrachtung von Krankheit/Gesundheit durch funktionale Gesundheit/Teilhabe. Insbesondere im Bereich rehabilitativer Perspektiven und rehabilitativem Handeln (insbes. chronischer Krankheit)

### **Fragen**

5. „Denk- und Sprachmodell“ (= mehr als reine „Klassifikation“) fungiert als

---

<sup>4</sup> Im weitesten Sinne ist damit ein Core Set, eine Sammlung von Items für einen bestimmten Personenkreis, in dem typische funktionale Gesundheitsmerkmale beziehungsweise dessen Einschränkungen erfasst werden.

heuristisches Modell<sup>5</sup>, **theoretischen Grundlagen** (trotz Bezugs zur Handlungstheorie) weitgehend **unterentwickelt**.

„Teilhabe“ ist im Kern ein subjektiver Begriff, d.h. Teilhabe an einem Lebensbereich kann im Grundsatz nur von der betroffenen Person beurteilt werden (Selbstbeurteilung), die wie WHO es auch fordert. Die Leistung/Leistungsfähigkeit hingegen hat einen objektiven Charakter und wird in der Regel von anderen beurteilt (Fremdbeurteilung).

naives Maß-Nehmen am Maßstab störungsfreier Normalität

offene Frage: persönlichen (Kontext-) Faktoren, die in ihrer Gesamtheit oder einzeln für die Behinderung eine Rolle spielen können, sind nicht kategorisiert. (z.B. Motivation, Suizidalität)

Die ICF kann also nicht einfach „umgesetzt“ werden, ihre Anwendung erfordert eine Reihe von politischen und fachlichen Entscheidungen, die nur im Kontext eines konkreten Gesundheits- und Sozialsystems getroffen werden können.

## **Ausgewählte Akteure** Folie 29

Verabschiedung der ICF im Jahre 2001 durch die WHO. Seit dem intensive Diskussion über die Umsetzung, Anwendung und Reichweite der ICF in Wissenschaft und Praxis statt. Mittlerweile existiert auf unterschiedlichen Ebenen eine Vielzahl von Initiativen und Projekten, die für einzelne Interessierte kaum noch überschaubar sind. Die gegenwärtige Phase kann als Implementierungsphase bezeichnet werden, die allerdings relativ wenig koordiniert verläuft.

### 1. WHO - Abteilung für Classification, Assessment und Surveys (CAS) hält

---

<sup>5</sup> Als Heuristik bezeichnet man Strategien, die das Finden von Lösungen zu Problemen ermöglichen sollen, zu denen kein mit Sicherheit zum Erfolg führender Algorithmus bekannt ist. Man bezeichnet sie im Kontext von Problemlöseverfahren daher auch als Faustregeln. Heuristische Prinzipien bezeichnen entsprechend Hilfsmittel bzw. vorläufige Annahmen der Forschung, von denen man sich neue Erkenntnisse erhofft (Modell zur Gewinnung neuer Erkenntnisse)

internationale Konferenzen ab, empfiehlt Entwicklungsschwerpunkte (vgl. die WHO-Checkliste als Kurzfassung der ICF und die Entwicklung von Core Sets).

2. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information in Köln - DIMDI WHO-Kooperationszentrum für die Familie (dt-sprachiger) internationaler Klassifikationen, vorläufige deutschsprachige Endfassung vom Oktober 2004 ist bei DIMDI abrufbar.  
Liste über ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum (davon 1/3 zum Thema Core Sets, 1/3 zu gleichen Teilen zu Assessment und Arbeitshilfen/Schulungsmaterial).
3. BMG - Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Arbeitsgruppe ICF: Aufgabe DIMDI bei Herausgabe und Fortschreibung der ICF zu beraten.
4. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (früher VDR) führt sog. ICF-Anwenderkonferenzen: regelmäßig nationale und internationale Aktivitäten zur ICF. wichtige Basis für einen Informations- und Erfahrungsaustausch. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquien: Tagungen Konferenzen zum Thema Reha, z.Z. immer auch mit Schwerpunkten ICF
5. MDK - Sozialmedizinische Expertengruppe „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“ mit Stand vom 2.3.2005 eine Arbeitshilfe zur Anwendung der ICF ausgearbeitet hat Anwendungsbeispielen (u.a. Orthopädie, Geriatrie) auch Vorschläge zur Kodierung
6. Im wissenschaftlichen Bereich ist vor allem die Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie das Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften (LMU Prof. Stucki). Ein Schwerpunkt des Instituts stellt die ICF Research Branch (mit 20 hauptberuflichen MitarbeiterInnen) als Teil des WHO Collaborating Centers bei DIMDI dar. Die Forschungen werden mit der WHO (CAS) abgestimmt, die Ergebnisse und Aktivitäten international verbreitet. Die ICF Research Branch ist federführend in

der ICF-Core Set-Forschung.

Folie 30 zu Core Sets. (Bezug zur Studie über Core Sets von 12 chron. Krankheiten inkl. Depression, deren Erarbeitung nicht gut funktioniert hat).

7. An der ICF-Core Set-Forschung sind viele Rehabilitations- und Uni-Kliniken beteiligt. Die indikationsbezogene Forschung zur ICF, auch in der Weiterentwicklung von Assessmentinstrumenten (z.B. ehemalige Forschungsgruppe ICF in Schaufling, Dr. Frommelt) oder verschiedene rehabilitationswissenschaftliche Institute mit ihren Beiträgen (z.B. der MOSES-Fragebogen zur Mobilität und Selbstversorgung der Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg) .
8. Sozialmedizinischen Verbände: trägerübergreifend arbeitende BAR-Arbeitsgruppe „Umsetzung der ICF“: Entwicklung eines ICF-Praxisleitfadens und Core Sets im Bereich Rehabilitation psychisch Kranker  
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR): Workshops zu Anwendungsmöglichkeiten  
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) – AG ICF  
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. DVSG (Core Set)

## **Implementierungsphase** Folie 31

Was machen die AkteurInnen: 5 grobe Kategorien

1. Ein großer Teil der derzeitigen Aktivitäten und Veröffentlichungen hat die Verbreitung des ICF-Konzeptes zum Ziel. Darstellung der wesentlichen ICF-Komponenten und ihrer Interpretation.
2. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Aufbereitung für die sozialmedizinische Praxis z.B. BAR – Leitfaden, Schulungskonzepte.

3. In der Forschung sind zum einen die Arbeiten zu den Core Sets (insbesondere der ICF Research Branch) zu nennen, aus der ein Großteil der vorliegenden Veröffentlichungen hervorgegangen ist.  
Zum anderen konzentrieren sich Arbeiten auf Assessments (Feststellen von Lücken, Abgleiche vorhandener Instrumente mit ICF, aber auch vereinzelt Neuentwicklungen) und deren Weiterentwicklung.
4. Die indikationsbezogene Umsetzung zur ICF (v.a. Reha + Pflege) auch in der Weiterentwicklung von Assessment-Instrumenten, verteilt sich auf eine Vielzahl von Akteuren Reha-Kliniken (z.B. ehemalige Forschungsgruppe ICF in Schaufling, Dr. Frommelt) oder verschiedene rehabilitationswissenschaftliche Institute mit ihren Beiträgen (z.B. der MOSES-Fragebogen zur Mobilität und Selbstversorgung der Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg) .
5. Inhaltliche und informatorische Erfahrungsaustausch zeigen sich besonders in den sozialmedizinischen Arbeitskreisen, in den forschungsintensiven Institutionen (ICF Research Branch mit der Core-Set-Forschung), den Aktivitäten und Angeboten des DIMDI und den Anwenderkonferenzen.

## **Anwendungs- und Umsetzungsbeispiele** Folie 31

Die ICF in der **sozialmedizinischen Begutachtung** (Folie 32) die Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die am 1. April 2004 in Kraft traten. Die Bedeutung der ICF als konzeptionelle und begriffliche Grundlage der Richtlinien wird herausgearbeitet und aus der Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) positiv bewertet.

Das Heranziehen des bio-psycho-sozialen Modells als Orientierungsgrundlage für die Verordnung und Durchführung zukünftiger Rehabilitationsmaßnahmen werde

der gesundheitlichen Situation insbesondere chronisch kranker Menschen besser gerecht.

Veränderungen: die Berücksichtigung der ICF im Antragsverfahren für Rehabilitationsmaßnahmen auslöst: Durch die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind niedergelassene Ärzte nun gehalten, im Antrag für eine Rehabilitation nicht mehr nur eine medizinische Diagnose zu nennen, sondern das Gesundheitsproblem des Rehabilitanden differenzierter zu erfassen. Davon sollen vor allem chronisch Kranke profitieren.<sup>6</sup>

ICF-Kodierung bei der **Gesetzlichen Rentenversicherung**. Im Gegensatz zur Anwendung der Begrifflichkeiten der ICF wird die Kodierung mit ihr im Bereich der GRV derzeit als problematisch angesehen. Dies begründet sich durch den schwierigen und zeitaufwändigen Kodierungsvorgang, bei dem jeweils vier verschiedene Ebenen gleichzeitig zu berücksichtigen sind. Weiterhin muss der Stellenwert der Kodierung vor dem Hintergrund der Aufgaben und Ziele des jeweiligen Anwendungsbereichs gesehen werden.

Für die sozialmedizinische Begutachtung bedeutet dies, dass nur ein Teil der hiermit verbundenen Fragestellungen und Aufgaben mit der ICF überhaupt erfasst werden kann. Durch die kodierungsbedingte Datenreduktion würde zusätzliche Information verloren gehen, sodass der Aufwand einer Verschlüsselung nach ICF nicht im Verhältnis zu dem noch sehr unklaren Vorteil einer solchen Datenansammlung steht.

Damit bleibt derzeit noch völlig offen, in welchen Bereichen es nützlich und sinnvoll sein kann, nach der ICF zu kodieren.

ICF-orientierte **Rehabilitation an der Asklepios Klinik Schaufling** (neurologischen Abteilung einer Rehabilitationsklinik) (Folie 33). Die Nutzung der ICF für eine Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation im Rehabilitationsalltag.

---

<sup>6</sup> (... Auch im Bereich der GKV gewinnt die ICF zunehmend an Stellenwert. In Verbindung mit den Krankheitsdiagnosen (ICD) soll die ICF insbesondere auch als Instrument zur Reha-Zugangssteuerung dienen. So enthalten die im KV-Bereich neugefassten „Reha-Richtlinien“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V beispielsweise als Anlage ein Formular zur „Verordnung“ von

Auf der Grundlage der allgemein verständlichen Terminologie der ICF wurden Instrumente (zum Beispiel Teamprotokoll) entwickelt, um den fallbezogenen Austausch der Mediziner und Therapeuten im Rehabilitationsteam zu vereinheitlichen und zu strukturieren.

Die Verwendung eines Core Sets hat sich bei der Therapieplanung und im Zielsetzungsprozess an dieser Klinik nicht bewährt. Zwar wird die ICF damit scheinbar handhabbar, dies geht jedoch zu Lasten der Aufdeckung individueller Zusammenhänge und Wechselwirkungen. Gerade die individuelle Betrachtung der funktionalen Gesundheit ist jedoch einer der Kernaspekte der ICF.

ICF für die **Ermittlung des Personalbedarfs** Beispiel für solch eine problematische Anwendung: Durch einen Kostenträger (Abteilung „Soziales, Jugend, Familie und Frau“, Amt der Kärntner Landesregierung) wurde ein Instrument zur Hilfebedarfsermittlung entwickelt, das auf ein stark reduziertes ICF-Core Set zurückgreift. Projekt zur „Erfassung von Menschen mit hohem Förder- und/oder Begleitungsbedarf“

Anhand einiger weniger Merkmale, die der ICF entnommen wurden, lediglich 21 Items, alle aus der Domäne „Aktivität und Partizipation“ (Mobilität, Selbstversorgung, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Freizeit und Bildung“. Unter „Freizeit und Bildung“ finden sich beispielsweise nur die beiden Items d 810 (Informelle Bildung/Ausbildung) und d 920 (Erholung und Freizeit). Eine weitere Differenzierung findet nicht statt) wird der individuelle Hilfebedarf ermittelt und in einen entsprechenden Personalbedarf „übersetzt“. Die Skalierung der Items erfolgt analog der ICF von 0 (Problem nicht vorhanden) bis 4 (Problem voll ausgeprägt) und wird per Kommentar gleich in eine Personalbedarfsermittlung „übersetzt“.<sup>7</sup>

---

medizinischer Rehabilitation, das nach ICF-Kriterien ausgerichtet ist.“ (SOMEKO, 160))

<sup>7</sup> Für die Ausprägungen 3 und 4 wird jeweils ein 1:1 Personalschlüssel für notwendig erachtet. Bei der Ermittlung des Gesamthilfebedarfes werden die Punkte der 21 Items addiert, wobei jedoch trotz der Fünfer-Skalierung pro Item nur maximal 3 Punkte vergeben werden können, weil bei den Ausprägungen 3 und 4 der Hilfebedarf in jedem Falle eine 1:1 Begleitung erfordert. Um als behinderter Mensch in die Kategorie „hoher Förderbedarf“ eingeordnet zu werden, benötigen nach dem Handbuch Vorschulkinder bei Mobilität und Selbstversorgung mindestens 22 Punkte oder bei Interaktion und Selbstversorgung mindestens 26 Punkte. Bei Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen genügen in den beiden Kategorien 16 beziehungsweise 14 Punkte.

Es ist erstaunlich, dass die geringe und einseitige Auswahl der Items im Handbuch in keiner Weise problematisiert oder begründet wird. Vielmehr wird der Eindruck erweckt, das Vorgehen lehne sich eng an die ICF an und sei damit wissenschaftlich fundiert. Eine derart selektive Verwendung der ICF sei unzulässig, und nur durch ein wissenschaftlich fundiertes Vorgehen bei der Erarbeitung von Core Sets zu verhindern.

ICF-Core Set<sup>8</sup> in der **Rehabilitation psychisch erkrankter und behinderter Menschen RPK** (Übungsbeispiel später) (Folie 34). In einem mehrstufigen Verfahren wurde eine solche „Kurzliste“ für die Zielgruppe von RPK-Einrichtungen erstellt, um den individuellen Hilfebedarf (Hilfeplanung) im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells beschreiben und davon ausgehend Interventionen (Rehabilitationsmanagement) planen zu können.

Erste Erfahrungen zeigen, dass die Auswahl der ICF-Merkmale zur Erfassung der Situation des betroffenen Personenkreises geeignet ist – ICF basiertes Screening (Core Sets), dann Rehab-Cycle.

## **Übungsbeispiel Folie 35**

Zur Erklärung: Core Set ähnlich dem der RPKs.

Fallbesprechung im Team: 1. Ist-Zustand, 2. Hypothesen / Maßnahmen. Nach dem Gesamtplan strukturiert. Auf RPKs ausgerichtet – Bereiche medizinische und berufliche Reha dominieren.

Gruppenarbeit: Core Set der Herzogsägmühle austeilen (vgl. Anhang). Kleingruppen (3-4), die ein Fallbeispiel aus dem Praktikum in einem Bereich versuchen auszufüllen. Dabei nehmen, was sie kennen, eher versuchen in die Tiefe zu gehen, nicht in die Breite.

---

<sup>8</sup> Definition: Unter einem Core Set wird eine Auswahl von Merkmalen (Items) der ICF verstanden, die für ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder einen Personenkreis mit ähnlichen Störungsbildern relevant sind.

Ziel: kennen lernen, ausprobieren, wofür ist es nützlich, was sagt es aus?

Die Bundesarbeitsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von mehr als 50 Rehabilitationseinrichtungen – RPK medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen<sup>1</sup> anbieten. Die in diesen Einrichtungen behandelten Menschen leiden zu 75 Prozent unter Schizophrenien, schizotypen oder wahnhaften Störungen (ICD 10: F 2). Die Gesundheitsprobleme dieser Menschen bestehen in der Regel über mehr als vier Jahre und können damit als chronifiziert beziehungsweise in der Tendenz zur Chronifizierung, mit zum Teil gravierenden Einschränkungen für ihre Teilhabe am sozialen, gesellschaftlichen und Arbeitsleben betrachtet werden.

Herzogsägmühle: „von vielen auch das "Diakoniedorf im oberbayerischen Pfaffenwinkel" genannt,.. Heute hat Herzogsägmühle 900 Einwohner und 350 ha Land (Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, Lernschwierigkeiten und Verhaltensproblemen; Menschen, die arm, obdachlos sind; Mitbürgerinnen und Mitbürgern, die aufgrund geistiger oder mehrfacher Behinderung; Menschen mit seelischer Erkrankung oder mit Suchtproblemen; Alten Menschen, die Unterstützung oder Pflege und Heimat brauchen; Mitarbeitenden und ihren Angehörigen.)

Rehabilitationszentrum RPK Ziele: durch Finanzierung der gesetzlichen und privaten Sozialleistungsträger ärztlich verantwortete Hilfen zur Heilung, Besserung oder Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit. Dazu kommen Berufsvorbereitung und das Training der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung. (Berufliche Integration; Wohnangebote; Sozialpsychiatrische Dienste; Tagesstätten)

Gesamtplan (Core Set danach strukturiert): Gesamtplanverfahren nach §58 SGB XII: ab 01.01.2005 flächendeckend in Bayern, Grundlage der personenzentrierten Hilfgewährung. Gilt für:

- Vollstationäre Einrichtungen – Übergangs- und Langzeitwohneinrichtungen

- Betreutes Wohnen – betreutes Einzelwohnen und betreute Wohngemeinschaft
- Werkstatt für psychisch Behinderte
- Tagesstätten für psychisch Kranke:

### **Auswertung und Rückmeldung im Plenum nach dem Übungsbeispiel**

Die Auswertung des zweiten Übungsbeispiels zeigt deutlich, dass die StudentInnen die Komplexität und Problematik der ICF gut verstanden haben.

Insgesamt wurden anhand von fünf Fallbeispielen der Core Set Bogen der Herzogsägmühle durchgegangen. Die Fallbeispiele bezogen sich auf den Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung (BEW, SPDI, TWG, Tagesstätte). Viermal wurde der Bereich „Selbstversorgung und Wohnen“, einmal der Bereich „Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialen Beziehungen“ herausgegriffen.

Die StudentInnen konnten anhand des Bogens die Fälle generell gut diskutieren. Die Zusammenfassung der Auswertung und Diskussion zeigt folgende Kritikpunkte:

- Schwierig war es, die Bewertungsskalen zu den Items einzuschätzen.  
Beispielsweise bei einer Klientin mit Medikamentenabhängigkeit, die schwankende Zustände in Bezug auf ihre Selbstversorgung zeigte.  
Ein anderes Beispiel bezog sich darauf, ob die Bewertungskriterien sich auf Fähigkeiten mit oder ohne Unterstützung bezieht; hierbei ging es um das Item „Wohnraum beschaffen“, was der Klientin mit Hilfe des SPDI durchaus zugetraut wurde, ohne jedoch nicht.  
Teilweise hätten sich die Studentinnen gewünscht, dass die Items aufgesplittet wären, damit eine Bewertung stattfinden kann (z.B. Haare und Zähne pflege in zwei Items).

Die Problematik der Bewertungsskalen und die fehlende Definition eines „Normalzustandes“ wurden deutlich herausgearbeitet.

- Probleme zeigte sich bei Items, die unklar in ihrer Bedeutung empfunden wurden.

Diese Kritik bezog sich vor allem auf den Bereich „Aufnahme und Gestaltung persönlicher sozialen Beziehungen“. Also: Was genau ist mit d7100 – Respekt und Wärme (Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen und reagieren) gemeint und wie kann es von Item d7101 – Anerkennung in Beziehungen (Zufriedenheit und Dankbarkeit zeigen und reagieren) abgrenzen?

Hier wird bezug auf die begriffliche Unschärfe und fehlenden Definitionen v.a. von schwer messbaren Items genommen. Problematisiert wurde hierbei auch der Begriff der Bewertung von außen bei der doch mehr subjektiven Beziehungsgestaltung.

- Eine weitere Unklarheit zeigte sich auch darin, dass unklar war, wozu es denn ein Core Set eingesetzt wird. Geht es um Screening eines Ist-Zustandes oder um Hilfeplanung oder gar um Geldbeantragung? Entsprechend würde manche Items auch anders ausgefüllt werden, beispielsweise bei der Einschätzung zur Wohnraumbeschaffung mit oder ohne SPDI.

Es wurde an dem Punkt deutlich, dass die ICF bzw. ein davon abgeleitetes Core Set immer Setting- und Ziel-bezogen eingesetzt werden muss und nicht einfach so angewendet werden kann.

Trotz all der Kritik und angesprochenen Problematik war dennoch die Meinung da, dass ein ausgefüllter Core-Set-Bogen einen Überblick über den/die KlientIn ermögliche, was als positiv angesehen wurde.

## **Ungleiche Machtverhältnisse** Folie 36

Inequalities of power: the Individual and the ICF

„Die ICF bezieht sich auf und enthält die Rahmenbestimmungen für die Herstellung von Chancengleichheit von Personen mit Behinderungen.“

Daher stellt die ICF ein geeignetes Instrument für die Umsetzung internationaler Aufträge bezüglich der erklärten Menschenrechte und für die nationale Gesetzgebung zur Verfügung.“ (WHO 2004, 11f)<sup>9</sup>

“The ultimate success or failure of the ICF depends upon the way in which the Classification is utilised. Within the framework of the ICF, it has become part of the environment that has the potential to disable people with reduced function either inadvertently or intentionally. Equally, it can be the cornerstone of creating inclusive processes that enable people with disabilities to participate to the full in mainstream society.” (Mc Ananey 2006, 2)

Der letztendliche Erfolg oder Fehlschlag der ICF hängt von der Art und Weise ab, in der die Klassifikation genutzt wird. Innerhalb der Grundstruktur der ICF ist es der Teil der Umweltfaktoren, der das Potenzial hat, Menschen mit verminderten Funktionen zu behindern (behindert zu machen), entweder versehentlich oder vorsätzlich. Ebenfalls kann das ICF der Grundstein dazu werden, einen Inklusionsprozess (Partizipation) hervorzubringen, der es Menschen mit Behinderungen ermöglicht an (allen Teilbereichen) der Gesellschaft teilzuhaben.

In der Behindertenbewegung ist teilweise eine Reserviertheit gegenüber der ICF vorhanden.

- Problematisiert wird ein „naives Maß-Nehmen am Maßstab störungsfreier Normalität“ („Funktionalen Gesundheit“)
- Problematik des Abklassifizierens wird kritisiert, denn es werden Defizite bzw. Funktionseinschränkungen klassifiziert, die die Betroffenen tendenziell ausgrenzen (können).

Von Vorteil ist eine Anwendung der ICF nur dann, wenn der Klassifikation der

---

<sup>9</sup> Auch innerhalb des Klassifikationssystems der ICF gibt es unter den Umweltfaktoren ein eigenes Item d940, was sich explizit auf „Chancengleichheit von Personen mit Behinderungen“ (WHO 2004, 120) bezieht.

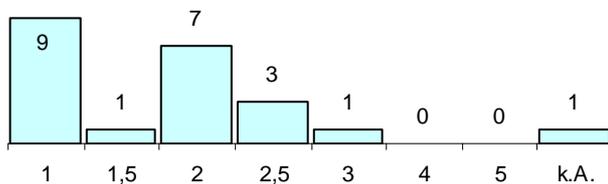
Funktionsfähigkeit auch ein besseres Angebot an Kompensationsleistungen der Gesellschaft gegenübersteht.

Die aktuelle Umsetzung der ICF lässt darüber noch keine einheitliche Aussage zu. Die ICF ist weitgehend von MedizinerInnen für medizinische Berufe entwickelt worden und auch die momentan durchgeführte Implementierung des ICF wird stark von der Wissenschaft Medizin vereinnahmt, was uns zumindest skeptisch werden lässt. Es ist an der Zeit das Fachfrauen/männer aus sozialen Berufen sich hier mehr einbringen.

### 3. Reflexion der Lehrereinheit

Die Reflexion bzw. Evaluation der Lehrveranstaltung wird anhand eines analysierten Evaluationsbogens erstellt, der auf der der Evaluation der Lehrveranstaltung der FHM, FB 11 basiert, wobei einige – für uns nicht relevante - Fragen wurden heraus genommen wurden und um einige Fragen ergänzt wurde (Fragen 8, 11 – 18). Im folgenden die Analyse, in die die Aussagen der offenen Fragen – sofern sie zutrafen – bereits einbezogen sind.

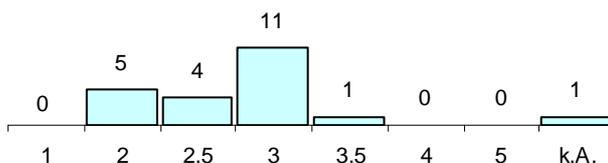
#### 1. Konzept der Lehrveranstaltung



(sehr gut → → → → → → → → sehr schlecht)

Eine Durchschnittsnote von 1,7 zeigt eine allgemeine Zufriedenheit und auch einige Kritikpunkte am Konzept der Veranstaltung. Positiv bewertet wurde generell die verständliche Vermittlung der Inhalte, die einen Überblick geben, die Abwechslung mit der Gruppenarbeit, die Lernatmosphäre (wozu auch gehört, dass wir drei gut kooperierende Dozentinnen waren). Kritisch wurde von den StudentInnen angemerkt, dass sie sich teilweise mehr konkrete Handhabung gewünscht hätten, sowohl in Bezug auf das ICF und seine Items als auch in der Anwendung.

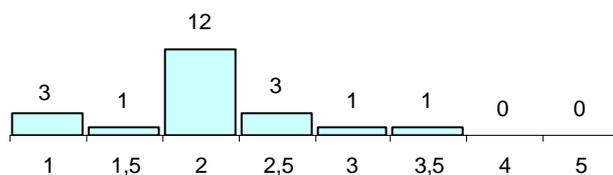
#### 2. Fachliches Niveau



(viel zu hoch → → → → → viel zu niedrig)

Die durchschnittliche Bewertung liegt mit 2,7 bei einem angemessenen fachlichem Niveau. Das war auch in den Diskussionen zu bemerken, bei denen die StudentInnen mit Engagement dabei waren.

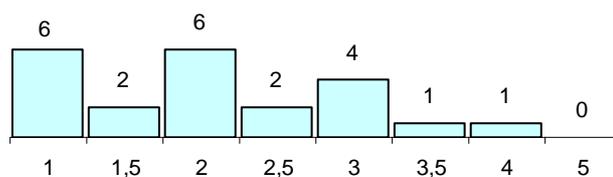
### 3. Vermittlung des Lehrstoffes durch die Dozentinnen (Sprache, Verständlichkeit)



(sehr gut → → → → → → → sehr schlecht)

Die Vermittlung wird von den StudentInnen mit durchschnittlich gut bewertet. Der doch zum Teil komplexe Stoff und dessen bisher noch unklare Anwendung macht eine praxisorientierte Vermittlung insgesamt problematisch, was sich unseres Erachtens daher auch in der Bewertung widerspiegelt.

### 4. Hilfsmittel zur Lehrveranstaltung (Tafelbild, Folien, sonstige Medien)

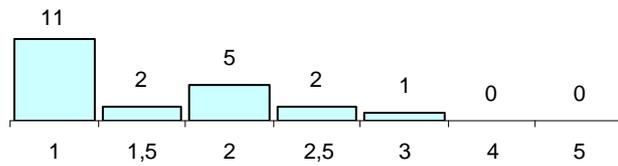


(sehr gut → → → → → → → sehr schlecht)

Nachdem der Beamer und Computer zu Beginn der Veranstaltung einige Kommunikationsprobleme hatten und dadurch die Flüssigkeit der Präsentation etwas unterbrochen wurde – trotz der Folien, die als Ersatz eingesetzt wurden – ist die Bewertung der StudentInnen mit durchschnittlich gut als sehr positiv zu verstehen (auch wurde unserer lockerer Umgang mit der Technikpanne beschrieben). Bemängelt wurde von einigen, die zum Teil zu kleine Schrift bei der Präsentation und dass sie gerne die Präsentation bereits vorher gehabt hätten.



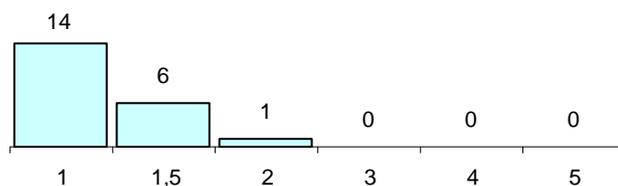
## 5. Wirken die Dozentinnen motivierend?



(sehr → → → → → → → → → gar nicht)

Die durchschnittlich sehr gut Bewertung von 1,5 in Bezug auf unsere Motivation liegt sicherlich daran, dass unsere Zusammenarbeit locker und unkompliziert war und dadurch auch einen energetische Atmosphäre schafft, was alleine viel schlechter zu erreichen ist. Außerdem hat es uns auch Spaß gemacht, was sich immer überträgt.

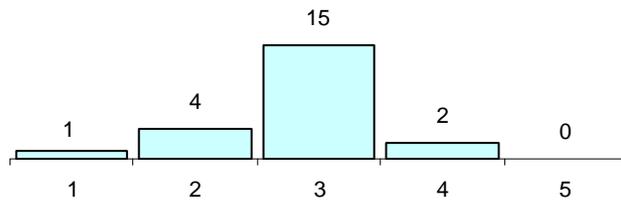
## 6. Eingehen auf Fragen, Diskussionsbereitschaft



(sehr gut → → → → → → → → sehr schlecht)

Mit 1,2 die beste durchschnittliche Bewertung für die Lehrveranstaltung schließt sich u.E. analytisch an die vorhergehende an, nämlich, dass wir zu Dritt ein viel breiteres Antwortenspektrum geben konnten und natürlich auch, dadurch dass wir uns auch gegenseitig im Vortrag ergänzten, eine Anregung zum Diskutieren gaben. Als Sozialpädagoginnen, die bereits seit Jahren mit empowerment-orientierten und ressourcen-förderndem Ansatz arbeiten, ist uns die Motivierung der Studentinnen zu Diskussion und Fragen sowie das entsprechende Eingehen darauf sehr leicht gefallen.

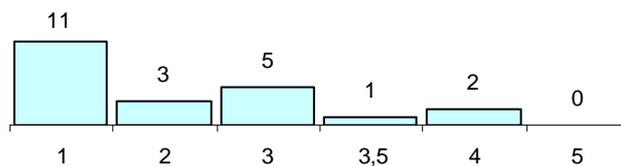
## 7. Geschwindigkeit der Lehrveranstaltung



(zu schnell gut → → → → → → → zu langsam)

Für die Mehrheit war die Geschwindigkeit der Lehrveranstaltung angemessen, auch wurde die Pauseneinteilung positiv hervorgehoben. Da uns der Kenntnisstand der StudentInnen in Bezug auf mit der ICF korrespondierende Bereiche (z.B. ICD-10, Gesamtplan, SGB IX etc.) nicht bekannt war, haben wir an den entsprechenden Stellen nachgefragt und waren auch darauf vorbereitet, die entsprechenden Erklärungen nachzureichen.

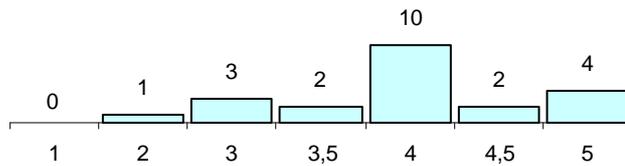
## 8. Waren die praktischen Übungen hilfreich für das Verständnis der ICF?



(sehr gut → → → → → → → sehr schlecht)

Insgesamt wurden die Übungen mit der durchschnittlichen Bewertung 2,0 als hilfreich für das Verständnis der ICF angesehen. Manche hätten sich mehr Übungsbeispiele gewünscht, um mehr Bezug zur Anwendung zu erhalten. Die konkreten Rückmeldungen der Übungsbeispiele sind im inhaltlichen Teil zu den schriftlichen Ausarbeitungen der Folien zu finden.

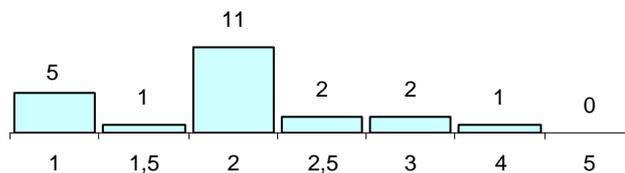
10. Wie vertraut waren Sie vor der Veranstaltung mit der ICF-Thematik?



(sehr vertraut → → → → → überhaupt nicht vertraut)

Die meisten StudentInnen waren vorher mit der ICF-Thematik nicht sehr tiefgehend vertraut (4,0 als durchschnittliche Selbsteinschätzung). Entsprechend waren die Erwartungen an die Lehrveranstaltung zumeist sehr global und beziehen sich darauf einen Überblick bzw. eine Einführung zu bekommen, Anwendungsbereiche kennen zu lernen und für die Praxis etwas mitnehmen zu können.

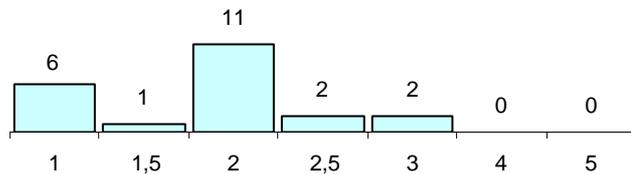
13. Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?



(völlig → → → → → überhaupt nicht )

Durchschnittlich sind die Erwartungen der StudentInnen mit der Lehrveranstaltung gut erfüllt worden. Einige hätten sich mehr konkretes Handlungswissen dazu erwartet.

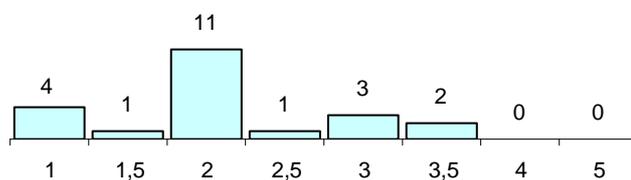
14. Können Sie nach der Veranstaltung die Philosophie der ICF (z.B. in Abgrenzung zum ICD 10) verstehen?



(völlig → → → → → → → → überhaupt nicht )

Die Lernkontrollfragen zeigen insgesamt, dass wir die Ziele, die wir mit der Lehrveranstaltung hatten, gut umsetzen konnten. Die Studentinnen schätzen es selbst so ein, dass sie die Philosophie der ICF gut (1,9) verstanden haben, was auch in den Diskussionen zu bemerken war.

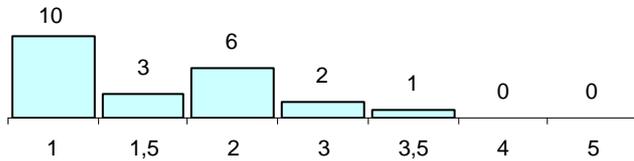
15. Können Sie nach der Veranstaltung die Systematik der ICF verstehen (Körperfunktionen, -strukturen etc.)



(völlig → → → → → → → → überhaupt nicht )

Das Verständnis der Systematik der ICF wird mit 2,2 durchschnittlich bewertet. Sicherlich liegt dies an der ausführlichen Darstellung und Problematik der komplexen und leider ja auch zum Teil inkonsistenten ICF selbst. Einige StudienInnen hätten sich hier Ausführlicheres gewünscht.

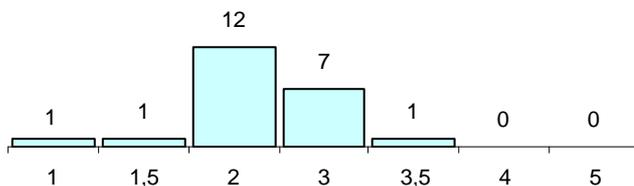
16. Können Sie nach der Veranstaltung selbständig Recherche zum Thema ICF durchführen?



(völlig → → → → → → → → überhaupt nicht )

Die mit durchschnittlich 1,6 gute Bewertung zeigt u.E., dass die StudentInnen sehr geübt mit Recherche gerade auch im Internet sind und unsere Literaturliste positiv aufgenommen haben.

17. Wie wichtig ist Ihrer Einschätzung nach die ICF für die sozialarbeiterische Praxis?



(völlig → → → → → → → → überhaupt nicht )

Die Relevanz der ICF für die sozialarbeiterische Praxis wird von den StudentInnen mit 2,3 als relativ groß angesehen. Sicherlich liegt dies mit an unserer Vermittlung des Stoffes, denn wir selbst finden die ICF als (voraussichtlich) relativ wichtig für die zukünftige Praxis der Sozialen Arbeit.

Insgesamt war es auch für uns eine gute Erfahrung diese Übung für StudentInnen abgehalten zu haben. Das Konzept hat sich generell bewährt. Wir würden so eine Übung jederzeit wieder durchführen.

## Literatur

- BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (ed.) (2006): ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt a.M.
- Bartmann, P. et al. (2005): Einleitung. In: Diakonie (ed.): Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). Workshop des Diakonisches Werkes 29. und 30. September 2005, Berlin, 6-12
- Biermann, A; Goetze, H (2005): Sonderpädagogik. Eine Einführung. Stuttgart
- Bortz, J.; Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin
- Ciezca, A. et al. (2004): Development of ICF Core Set for Patients with Chronic Conditions. In: J Rehabil Med Suppl 44: ICF Core Sets for Chronic Conditions, 9-11
- Cloerkes, G. (2001): Soziologie der Behinderten, Heidelberg
- Deetjen, W. (2005): Die ICF in der sozialmedizinischen Begutachtung. In: Diakonie (ed.): Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). Workshop des Diakonisches Werkes 29. und 30. September 2005, Berlin, 23-24
- DRV – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (ed.) (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung – SOMEKO. DRV-Schriften Bd. 53, Bad Homburg
- Fack, W. (2005): Orientierung am Modell der Funktionalen Gesundheit in der Behindertenhilfe. In: Diakonie (ed.): Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). Workshop des Diakonisches Werkes 29. und 30. September 2005, Berlin, 55-59
- Fuchs, H. (2002): Klassifikationssystem als Grundlage einer zukünftigen Rehabilitation. Bundeskongress des Bundesverbandes Deutscher Privatkassen am 27.06.2002, Berlin, [www.harry-fuchs.de](http://www.harry-fuchs.de)
- Fuchs, H (2004): Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierten Versorgung. In: Rehabilitation 43/2004

- Grundmann, J. (2005): ICF-Core Set in der Rehabilitation psychisch erkrankter und behinderter Menschen. In: Diakonie (ed.): Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). Workshop des Diakonisches Werkes 29. und 30. September 2005, Berlin, 30-34
- Hollenweger, J.(2006): Die ICF im Spiegel der schweizerischen Sonderpädagogik. In: Schweizerische Zeitschrift für Sozialpädagogik 5/2006, 34-39. Schweizerische Zeitschrift für Sozialpädagogik 5/2006, 34-39. [http://www.szh.ch/d/pdf/hollenweger\\_52006.pdf](http://www.szh.ch/d/pdf/hollenweger_52006.pdf)
- ICF Research Branch Munich (ed.) (2004-2006): Newsletter – ICF Core Sets Validation Study. <http://www.icf-research-branch.org/research/reaserchprojects.htm>
- Keel, B. (2001): Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Spital – eine gemeinsame Sprache finden. Vortrag gehalten anlässlich der Weiterbildung des Schweizerischen Fachverbandes Sozialdienst in Spitälern vom 11.05. 2001 am Kantonsspital Luzern. [www.dvsg.org/download/icfforum02-2004.pdf](http://www.dvsg.org/download/icfforum02-2004.pdf)
- Mc Ananey, D. (2006): Towards an Ethical Framework for the ICF. In: DRV – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (ed.): 4. ICF-Anwenderkonferenz am 15. März 2006 an der Universität Bayreuth. Protokoll: Beiträge und Anlagen. Anhang. [http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn\\_7130/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01\\_sozialmedizin\\_forschung/04\\_klassifikation/n/dateianh\\_C3\\_A4nge/icf\\_dokumentation\\_anwenderkonferenz.html](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_7130/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/04_klassifikation/n/dateianh_C3_A4nge/icf_dokumentation_anwenderkonferenz.html)
- Meierhofer, K. (2006): Ein Zukunftsmodell für den Sozialbereich?. In SozialAktuell, April 2006. <http://www.avenirsocial.ch/de/pe42004539.html>
- Meyer, A. (2004): Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren? Memmingen
- Niehaus, M. (2001): Geschlechtsspezifische Ansätze in der Rehabilitationsforschung: Zur Partizipation von Frauen mit Behinderungen in Franke, In: Alexa, M.; Kämmerer, A.: Klinische Psychologie der Frau, Göttingen-Rosdorf, 737-747
- Oberholzer, D. (2006): ICF Standard Konzept und Instrumentarium zur Erfassung und Beschreibung des aktuellen und zukünftigen Leistungsbedarf an professionellen Leistungen in der Behindertenhilfe. In: SKOS Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe, <http://www.diartis.ch/ICF-standart.html>
- Puschke, M. (2005): Die Internationale Klassifikation von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation. In: Weiber Zeit 7/05, Zeitung des Projektes „Politische Interessenvertretung behinderter Frauen“ des Weibernetz e.V. <http://weibernetz.de>

- Rahn, E; Mahnkopf, A (2005): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf, Bonn
- Schliehe, F. (2005): Tätigkeitsbericht 2005 der Arbeitsgruppe ICF der DGRW – Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/dgrw/index.htm>
- Schuntermann, M.F. (2005a): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/Lech
- Schuntermann, M.F. (2005b): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzeinführung. [Http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn\\_10462/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/Sozialmedizin\\_Forschung/Klassifikationen/dateianh\\_C3\\_A4nge/icf\\_kurzeinfuehrung.property=publicationFile.pdf/icf\\_kurzeinfuehrung](Http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10462/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/Sozialmedizin_Forschung/Klassifikationen/dateianh_C3_A4nge/icf_kurzeinfuehrung.property=publicationFile.pdf/icf_kurzeinfuehrung)
- Schuntermann, M.F. (2006): ICF: Allgemeine Informationen. In: DRV – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (ed.): 4. ICF-Anwenderkonferenz am 15. März 2006 an der Universität Bayreuth. Protokoll: Beiträge und Anlagen. 3-6. [http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn\\_7130/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01\\_sozialmedizin\\_forschung/04\\_klassifikationen/dateianh\\_C3\\_A4nge/icf\\_dokumentation\\_anwenderkonferenz.html](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_7130/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/04_klassifikationen/dateianh_C3_A4nge/icf_dokumentation_anwenderkonferenz.html)
- Sindermann, L. (2003): Spezielle Aussagen zur Gesundheitsreform <http://www.lutzsindermann.de/navigation/Arbeit/navigation/Eckpunkte/06Integration.html>
- Ueberle, M. (2005): ICF-orientierte Rehabilitation an der Asklepios Klinik Schaufling. In: Diakonie (ed.): Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). Workshop des Diakonisches Werkes 29. und 30. September 2005, Berlin, 25-29
- Vdk Sozialverband Deutschland (ed.) (2005): ICF- Klassifikation als Schlüssel zur Teilhabe. In: Fachzeitschrift VDK 12/2005 [http://www.vdk.de/perl/CMS\\_Page.cgi?ID=de10439&SID=johhhJnamK9g9alhEKBpo8bKehsGyl](http://www.vdk.de/perl/CMS_Page.cgi?ID=de10439&SID=johhhJnamK9g9alhEKBpo8bKehsGyl)
- Wacker, E. (2005): Budgets für Menschen mit Behinderungen – Konzepte, Erfahrungen, Perspektiven. 1. Symposium zum Modellprojekt „Pflegebudget“ 28. Januar, 2005 München <http://www.pflegebudget.de/veroeffentlichungen/statements.htm>
- Wehrli, P. (2006): ICF – Brauchen wir Betroffene das? In: SozialAktuell April 2006. <http://www.avenirsocial.ch/de/p42004537.html>
- WHO - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI, WHO-

Kooperationszentrum für die Familie Internationaler Klassifikationen (ed.) (2004): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf (deutsche Fassung). <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm>

## Anhänge

## Power-Point-Präsentation

## Fallbeispiel

### Vorgeschichte

Anna wurde mit vier Jahren Vollwaisin, sie wuchs in einem katholischen Kinderheim für Schwererziehbare auf und besuchte die dortige Schule für Schwererziehbare. Ihre drei Geschwister wurden in verschiedenen anderen Heimen untergebracht. Mit 16 Jahren wurde sie das erste mal wegen einer Psychose in die Psychiatrie eingewiesen (religiöse Verfolgungsideen). Bis zu ihrem 27igsten Lebensjahr war sie in verschiedenen Kliniken (Somatik + Psychiatrie) untergebracht. Dann wechselte sie in eine Wohngemeinschaft und begann eine Ausbildung als Bürogehilfin. Während der Abschlussprüfung traten wieder Psychosen auf. Danach war sie wieder für ca. 10 Jahre in vielen stationären psychiatrischen Einrichtungen und Kliniken untergebracht. In ihren Klinikzeiten hat sie mehrere Suizidversuche unternommen. Seit 2000 gibt es das betreute Einzelwohnen, in ihren Worten „der Sprung in die Freiheit“, über das sie bis heute betreut wird.

### Gegenwärtige Situation

Anna ist Mitte 40, wiegt 78 kg und ist 164 cm groß. Sie hat oft Herzschmerzen, leidet an Verstopfungen oder Durchfällen. Sie bewegt sich wenig und auch schon Alltagsbewegungen sind für sie eine große körperliche Anstrengungen, z.B. Treppensteigen. Aktuell ist eine psychotische Symptomatik erkennbar, darauf folgt, dass sie Angst hat, sich mit dem Essen zu vergiften. Sie hat ständig viele diffuse Ängste, beispielsweise ob ihre Sozialhilfe kommt, möglicherweise kommen alte Traumata aus ihrer Zeit in der Psychiatrie wieder in den Vordergrund (wurde aus Platzmangel für 4 Wochen auf die „Burg“ verlegt). Ihre Konzentrationsvermögen ist gesunken. Sie geht regelmäßig zum Nervenarzt und nimmt mit großer Compliance alle ihre Medikament ein. Generell ist Anna sehr angepasst und will es allen Recht machen.

Anna wohnt im Stadtzentrum von München. Sie ist alleinstehend, hat keine Kinder und lebt seit sechs Jahren in einem ruhigen 1-Zimmer Appartement ohne Balkon. Ihr Teppich ist abgetreten und das alt Bad renovierungsbedürftig. Im Winter ist es sehr kalt, da sie im Erdgeschoss eines 5stöckigen von außen neu renovierten Haus wohnt. Zu ihren Vermietern besteht ein guter Kontakt. Ihre ebenfalls alleinstehenden drei Nachbarinnen im Rentenalter, trifft sie oft im Treppenhaus, sie haben losen Kontakt zueinander und schauen gegenseitig aufeinander. Sie mag ihre Nachbarinnen, aber lieber ist es Anna, sie trifft sie nicht im Treppenhaus. Besuch möchte sie in ihrer Wohnung nicht unbedingt haben aufgrund eines ausgeprägten Kontrollzwanges.

In der Umgebung gibt es alle Geschäfte für den täglichen Bedarf, allerdings ist Anna aufgrund ihrer Zwänge nur in der Lage zu dem kleinen Edeka zu gehen. Ihre Schwester die in Freising lebt, verheiratet ist und zwei Kinder im Alter von 11 und 14 Jahren hat, sieht sie sehr selten. Zu den anderen drei Geschwistern besteht kein Kontakt. Sie hat eine Freundin, die an derselben U-Bahn-Linie wohnt wie sie, zu ihr fährt sie ein, oder zweimal die Woche. An derselben U-Bahn-Linie liegt eine Tagesstätte, die sie an drei Tagen in der Woche besucht. Andere öffentliche Verkehrsmittel kann sie aufgrund ihrer Orientierungslosigkeit nicht benutzen.

Sie hat einen BEW Platz, die Zeit ist oft zu wenig, um die Teilhabe am Leben zu sichern.

Ein anstehender Gutachter-Termin hat bei ihr eine große Krise ausgelöst: ständige verstärkte diffuse Ängste, erhöhte somatische Beschwerden, verbunden mit Rückzugstendenzen und gleichzeitigem Unvermögen Alleine zu sein – alles Anzeichen einer mittelschweren Depression.

### Zukunft

Annas vorrangigster Wunsch ist, „dass alles so bleibt, wie es ist“. Vor allem wünscht sie sich ein abgesichertes Leben, das bedeutet für sie, bestätigt zu bekommen, Grundsicherung bis an ihr Lebensende zu erhalten auch und ausreichend BEW. In Bezug auf ihre Gesundheit wünscht sie sich, keine Herz- und Verdauungsprobleme mehr zu haben.

## Literaturliste für StudentInnen

- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation BAR (ed.) (2006): ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt a.M. <http://www.bar-frankfurt.de/upload/ICF-Praxisleitfaden-28-04-06-1515.pdf>
- Diakonie (ed.) (2005): Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). Workshop des Diakonisches Werkes 29. Und 30. September 2005, Berlin [http://www.diakonie.de/de/print/fachforum/795\\_4102.php](http://www.diakonie.de/de/print/fachforum/795_4102.php)
- Fuchs, H. (2005): Mit der ICF den Bedarf an Teilhabe genauer erkennen und Teilhabeleistungen gezielt anbieten. Vortrag im Rahmen eines ICF-Workshops am 13.10.2005 auf der Reha-Care. [www.harry-fuchs.de/docs/icf-vortrag-fuchs.pdf](http://www.harry-fuchs.de/docs/icf-vortrag-fuchs.pdf)
- Meyer, A.-H. (2004): Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren?. Memmingen
- Schliehe, F. (2005): Tätigkeitsbericht 2005 der Arbeitsgruppe ICF der DGRW – Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/dgrw/index.htm>
- Schuntermann, M.F. (2005a): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/Lech
- Schuntermann, M.F. (2005b): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzeinführung. [Http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de) (Sozialmedizin, Klassifikationen)
- Stucki, G.; Grimby, G. (eds.) (2004): ICF Core Sets For Chronic Conditions. In: J Rehabil Med Suppl 44
- Vdk Sozialverband Deutschland (ed.) (2005): ICF- Klassifikation als Schlüssel zur Teilhabe. In: Fachzeitschrift VDK 12/2005 [http://www.vdk.de/perl/CMS\\_Page.cgi?ID=de10439&SID=johhhJnamK9g9alhEKBpo8bKehsGyl](http://www.vdk.de/perl/CMS_Page.cgi?ID=de10439&SID=johhhJnamK9g9alhEKBpo8bKehsGyl)
- Wehrli, P. (2006): ICF – Brauchen wir Betroffene das? In: SozialAktuell April 2006. <http://www.avenirsocial.ch/de/p42004537.html>
- WHO - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für die Familie Internationaler Klassifikationen (ed.) (2004): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf (deutsche Fassung). <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm>

### Internetseiten:

- ICF-Projekte, deutschsprachigen Raum [http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/ICF\\_Projekte.html](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/ICF_Projekte.html)
- WHO-Seiten zu ICF <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- ICF Checklist (engl.) <http://www.e-bility.gr/eutexnos/Includes/icf-checklist.pdf>

ICF Checklist (dt.) [http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/.../icf\\_checkliste\\_2006](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/.../icf_checkliste_2006)

ICF Research Branch Munich. <http://www.icf-research-branch.org/research/reaserchprojects.htm>

## **Core Set der Herzogsägmühle**

Da bislang mit den Verantwortlichen der Herzogsägmühle nicht geklärt werden konnte, ob sie einer Veröffentlichung ihres Core-Sets zustimmen, haben wir dieses heraus genommen.

## Fragebogen zur Evaluation

1.	Konzept der Lehrveranstaltung	1_____2_____3_____4_____5 (sehr gut <span style="float: right;">sehr schlecht</span> )
2.	Fachliches Niveau	1_____2_____3_____4_____5 (viel zu hoch <span style="float: right;">viel zu niedrig</span> )
3.	Vermittlung des Lehrstoffes durch die Dozentinnen (Sprache, Verständlichkeit)	1_____2_____3_____4_____5 (sehr gut <span style="float: right;">sehr schlecht</span> )
4.	Hilfsmittel zur Lehrveranstaltung (Tafelbild, Folien, sonstige Medien)	1_____2_____3_____4_____5 (sehr gut <span style="float: right;">sehr schlecht</span> )
5.	Wirken die Dozentinnen motivierend?	1_____2_____3_____4_____5 (sehr <span style="float: right;">gar nicht</span> )
6.	Eingehen auf Fragen, Diskussionsbereitschaft	1_____2_____3_____4_____5 (sehr gut <span style="float: right;">sehr schlecht</span> )
7.	Geschwindigkeit der Lehrveranstaltung	1_____2_____3_____4_____5 (zu schnell <span style="float: right;">zu langsam</span> )
8.	Waren die praktischen Übungen hilfreich für das Verständnis der ICF?	1_____2_____3_____4_____5 (sehr hilfreich <span style="float: right;">überhaupt nicht hilfreich</span> )
9.	Was hat Ihnen an der Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?	

10.	Was sollte an der Lehrveranstaltung verbessert werden?	
11.	Wie vertraut waren Sie vor der Veranstaltung mit der ICF-Thematik?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (sehr vertraut <span style="float: right;">überhaupt nicht vertraut</span> )
12.	Was waren Ihre Erwartungen an diese Veranstaltung?	
13.	Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (völlig <span style="float: right;">überhaupt nicht</span> )
<b>Können Sie nach der Veranstaltung...</b>		
14.	... die Philosophie der ICF (z.B. in Abgrenzung zum ICD 10) verstehen?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (völlig <span style="float: right;">überhaupt nicht</span> )
15.	... die Systematik der ICF verstehen (Körperfunktionen, -strukturen etc.)	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (völlig <span style="float: right;">überhaupt nicht</span> )
16.	... selbständig Recherche zum Thema ICF durchführen?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (völlig <span style="float: right;">überhaupt nicht</span> )
17.	Wie wichtig ist Ihrer Einschätzung nach die ICF für die sozialarbeiterische Praxis?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 (sehr wichtig <span style="float: right;">überhaupt nicht wichtig</span> )
18.	Was möchten Sie sonst noch loswerden?	

## Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und außer den angeführten keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit aus den im Literaturverzeichnis angegebenen Werken einzelne Stellen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, sind sie unter Angabe der Entlehnung kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf die in der Arbeit enthaltenen Tabellen und Abbildungen.

Ich versichere, dass diese Hausarbeit bis jetzt bei keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.

Ich bin mir darüber im klaren, dass ein Verstoß hier gegen zum Ausschluss von der Prüfung führt oder die Prüfung ungültig macht.

München, 10.10.2006

.....  
(Eva Kraus)

## Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und außer den angeführten keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit aus den im Literaturverzeichnis angegebenen Werken einzelne Stellen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, sind sie unter Angabe der Entlehnung kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf die in der Arbeit enthaltenen Tabellen und Abbildungen.

Ich versichere, dass diese Hausarbeit bis jetzt bei keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.

Ich bin mir darüber im klaren, dass ein Verstoß hier gegen zum Ausschluss von der Prüfung führt oder die Prüfung ungültig macht.

München, 10.10.2006

.....  
(Ellen Puchstein)

## Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und außer den angeführten keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit aus den im Literaturverzeichnis angegebenen Werken einzelne Stellen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, sind sie unter Angabe der Entlehnung kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf die in der Arbeit enthaltenen Tabellen und Abbildungen.

Ich versichere, dass diese Hausarbeit bis jetzt bei keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.

Ich bin mir darüber im klaren, dass ein Verstoß hier gegen zum Ausschluss von der Prüfung führt oder die Prüfung ungültig macht.

München, 10.10.2006

.....  
(Ruth Weizel)