pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Twent, Sophia

Möglichkeiten und Grenzen der ICF im Förderprozess der Rehabilitationspädagogik

Stöhr, Wiebke [Hrsg.]; Podszus, Martin [Hrsg.]; Schulze, Gisela C. [Hrsg.]: Rehabilitationspädagogik. Handlungsfelder im Wandel. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, S. 103-116

Quellenangabe/ Reference:
Twent, Sophia: Möglichkeiten und Grenzen der ICF im Förderprozess der Rehabilitationspädagogik - In: Stöhr, Wiebke [Hrsg.]; Podszus, Martin [Hrsg.]; Schulze, Gisela C. [Hrsg.]: Rehabilitationspädagogik. Handlungsfelder im Wandel. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, S. 103-116 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-338775 - DOI: 10.25656/01:33877; 10.35468/6186-07

https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-338775
https://doi.org/10.25656/01:33877

in Kooperation mit / in cooperation with:

k linkhardt

http://www.klinkhardt.de

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen, solange Sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen und das Werk bzw. diesen Inhalt nicht bearbeiten, abwandeln oder in anderer Weise verändern.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.en - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to alter or transform this work or its contents at all.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

pedocs
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Sophia Twent

Möglichkeiten und Grenzen der ICF im Förderprozess der Rehabilitationspädagogik

Zusammenfassung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist Teil der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Diagnose- und Kategoriensysteme zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Aspekte für Menschen. Das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell bezieht dabei Faktoren auf individueller und gesellschaftlicher Ebene ein und schafft damit die Möglichkeit einer ganzheitlichen Beschreibung von Menschen mit einem Gesundheitsproblem. Dabei eröffnet insbesondere die Möglichkeit der detaillierten Beschreibung der Teilhabefähigkeiten Potenziale der Nutzung innerhalb rehabilitationspädagogischer Prozesse. Die Umsetzung der ICF ist jedoch auch mit Herausforderungen verbunden.

1 Einleitung

Den verschiedenen Diensten der Rehabilitationspädagogik als außerschulische pädagogische Angebote für Menschen mit Behinderung liegt in ihrer Ausgestaltung in Deutschland vor allem das Bundesteilhabegesetz (BTHG, Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)) zu Grunde. Dieses wurde 2016 verabschiedet und bis 2023 schrittweise eingeführt. Es zielt insbesondere auf die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK; Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018) von 2009 ab. Innerhalb des BTHG werden die Leistungen für Menschen mit Behinderung oder von Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, geregelt. Die Leistungen dienen der Förderung der Selbstbestimmung sowie der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§1 SGB IX). Im Zuge der Erstellung des BTHG wurde neben der inhaltlichen Umsetzung der UN-BRK (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018) in einigen Teilen Bezug auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (englisch: International Classification of Functioning, Disability

doi.org/10.35468/6186-07

and Health; kurz: ICF) genommen. Doch was genau ist die ICF? Und welche Möglichkeiten und Grenzen birgt sie für den rehabilitationspädagogischen Förderprozess? Um diese Fragen innerhalb des vorliegenden Beitrages zu beantworten, wird zunächst das Rahmenkonzept der ICF vorgestellt. Weiter werden Anwendungsbeispiele der ICF aufgezeigt, um abschließend die Möglichkeiten und Grenzen für den rehabilitationspädagogischen Förderprozess zu diskutieren.

2 Die ICF – Rahmenkonzept und Philosophie

Die ICF ist Teil einer Familie von Diagnose- und Kategoriensystemen zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Aspekte für Menschen, die durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Verfügung gestellt werden. Sie ist dabei das jüngste dieser Systeme und wurde als Nachfolgerin der 1980 veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Folgen von Krankheiten (englisch: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; kurz: ICIDH) entwickelt. Das erste der von der WHO veröffentlichten Systeme zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Aspekte ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; kurz: ICD), welche seit ihrer ersten Einführung 1948 stetig weiterentwickelt wurde (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2023a). Die ICD klassifiziert Gesundheitsprobleme im Sinne von Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen u. a. Sie betrachtet vor allem einen ätiologischen Rahmen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2005; Pretis 2016). In Deutschland wird die ICD insbesondere vom ärztlichen System sowohl zur Übermittlung der Morbiditätsdaten an die WHO als auch zur Klassifizierung von Krankheiten genutzt (BfArM 2023b). Dies geschieht durch eine alphanumerische Kategorisierung und Klassifizierung. Der ICD liegt ein biomedizinisches Krankheitsmodell zugrunde, nach dem eine funktionale Beeinträchtigung Folge eines gesundheitlichen Problems der jeweiligen Person darstellt. In den 1970er Jahren wuchs die Kritik an einem solchen einachsigen monohierarchischen System wie es die ICD liefert (BfArM 2023c). Als Weiterentwicklung und Ergänzung der ICD wurde von der WHO 1980 das Folgenmodell von Krankheiten veröffentlicht, die ICIDH. Dieses Modell enthielt erstmals den Gedanken der Teilhabe zur Entstehung einer Behinderung und fixierte sich nicht mehr nur auf die reine (strukturelle) Schädigung. Behinderung wird jedoch auch hier verstanden als ein rein auf die Person zentrierter Aspekt, welcher größtenteils kausal besteht, weshalb auch die ICIDH als medizinisch geprägtes Klassifikationssystem gilt (Ewert 2012, 461). Dies stellt im Wesentlichen den Kritikpunkt an der ICIDH

doi.org/10.35468/6186-07

dar und erklärt, warum hiervon ausgehend die ICF entwickelt und 2001 von der WHO veröffentlicht wurde (BfArM 2023c). Die deutsche Version der ICF erschien 2005 und findet seitdem Anwendung in unterschiedlichen Bereichen. 2007 (bzw. 2011 in Deutschland) wurde die Kinder- und Jugendversion, die ICF-CY, herausgegeben, welche die für Kinder und Jugendlichen bedeutenden Lebensbereiche sowie Besonderheiten in Entwicklung befindlicher Funktionen und Strukturen berücksichtigt (Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz, o.J.a). Die Grundsätze sind dieselben wie in der Erwachsenenversion, weshalb sich die Erläuterungen in diesem Beitrag sowohl auf die Erwachsenen- als auch auf die Kinder- und Jugendversion beziehen. Die wesentliche Weiterentwicklung der ICF im Vergleich zu den zuvor verfügbaren Modellen ICD und ICIDH ist die Einbeziehung sogenannter Kontextfaktoren bei der Betrachtung der Gesundheit einer Person. Funktionale Gesundheit wird laut ICF wie folgt definiert:

> Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren -
>
> 1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
>
> 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
>
> 3. 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 Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen). (DIMDI 2005, 4)

Die Kontextfaktoren, als Umwelt- und personbezogene Faktoren, können sich auf die funktionale Gesundheit positiv oder negativ auswirken (im Sinne von Förderfaktoren oder Barrieren). Personbezogene Faktoren stehen für den speziellen Lebenshintergrund und die Lebensführung eines Menschen und umfassen Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Lebensstil und weitere (DIMDI 2005). Sie können in ihrer Gesamtheit oder einzeln auf jeder Ebene eine Rolle spielen, sind jedoch nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands an sich (ebd.). Die Umweltfaktoren als weiterer Kontextfaktor liegen außerhalb des Individuums und „bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten" (ebd., 21).
Der Behinderungsbegriff steht dem Begriff der funktionalen Gesundheit gegenüber und „ist der Oberbegriff zu jeder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen" (ebd., 4). Die Funktionsfähigkeiten werden dabei in den folgenden Bereichen gesehen: Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivität und Partizipation. Körperstrukturen beschreiben den Aufbau und die Anatomie des Körpers. Die Körperfunktionen beschreiben die jeweiligen Funktionen

der Körperstrukturen (ebd.). Die Komponenten Aktivitäten und Partizipation schließen die neun wichtigen Lebensbereiche der Menschen ein: Lernen & Wissensanwendung; Allgemeine Aufgaben & Anforderungen; Kommunikation; Mobilität; Selbstversorgung; Häusliches Leben; Interpersonelle Interaktionen & Beziehungen; Bedeutende Lebensbereiche; Gemeinschafts-, soziales & staatsbürgerliches Leben. Innerhalb der ICF kann nach Aktivität und Partizipation getrennt werden. Aktivität meint das reine Tun einer Handlung, Partizipation ist die Aktivität eingebunden in einen Kontext (ebd.). Weiter kann innerhalb der Komponente Aktivität und Partizipation zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit unterschieden werden. „Das Beurteilungsmerkmal für Leistung beschreibt, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut" (ebd., 20). Dahingegen beschreibt die Leistungsfähigkeit eines Menschen seine generelle Fähigkeit, eine Aufgabe oder Handlung durchzuführen (ebd.).

> Der Unterschied zwischen Leistungsfähigkeit und Leistung spiegelt die Unterschiede zwischen den Auswirkungen der üblichen und der einheitlichen Umwelt wider, und liefert daher einen nützlichen Anhaltspunkt dafür, was in der Umwelt des Menschen getan werden kann, um die Leistung zu verbessern. (ebd.).

Der ICF zugrunde liegt ein bio-psycho-soziales Modell (s. Abbildung 1). Körperfunktionen, Körperstrukturen sowie Aktivitäten und Partizipation stehen in einem wechselseitigen Verhältnis mit der funktionalen Gesundheit zueinander. Diese Faktoren stellen den Teil 1 der ICF dar, der Funktionsfähigkeit versus Behinderung beschreibt. Auf diese Faktoren besteht ein zusätzlicher Einfluss seitens der Kontextfaktoren, welche den Teil 2 der ICF darstellen. Die Komponenten der ICF stehen nach dem bio-psycho-sozialen Modell in wechselseitigen dynamischen Abhängigkeiten. In der praktischen Arbeit steht ein Gesundheitsproblem bzw. eine Gesundheitssorge im Sinne einer ICD-10-(Verdachts)Diagnose häufig zu Beginn.

doi.org/10.35468/6186-07

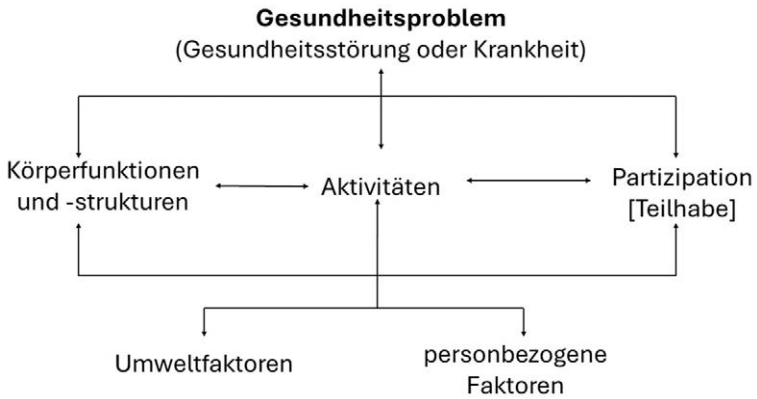

Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell (DIMDI 2005, 23)

Ein Gesundheitsproblem kann sich nach dem bio-psycho-sozialen Modell negativ auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen auswirken und in Interaktion mit seinen Kontextfaktoren zu einer Behinderung führen. Ebenso können die Kontextfaktoren jedoch auch als Förderfaktoren für die Funktionsfähigkeit eines Menschen dienen und die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems ausgleichen. Behinderung kann laut ICF beispielsweise auch daraus resultieren, dass ein Mensch im Sinne von Umweltbarrieren über keine notwendigen persönlichen Gebrauchsgegenstände verfügt (in Form von Hilfsmitteln oder assistiven Technologien) oder keine notwendigen (rehabilitationspädagogischen) Dienste zur Verfügung stehen. Gleichzeitig muss das Fehlen einer Extremität (im Sinne einer Funktionsbeeinträchtigung der Körperstruktur) nicht zwangsläufig zu einer Behinderung führen, wenn hier durch entsprechende Umweltfaktoren (z. B. Prothesen) entgegengewirkt werden kann. Das bio-psycho-soziale Modell schafft somit einen umfassenden Einbezug möglicher Faktoren auf individueller und gesellschaftlicher Ebene, die auf einen Menschen mit einem Gesundheitsproblem einwirken können und im Zuge dessen die Berücksichtigung der gesamten Lebenslage ermöglichen.
So wie die ICD bietet auch die ICF die Möglichkeit der alphanumerischen Kategorisierung durch Kodes. Den Komponenten der ICF werden dazu unterschiedliche Buchstaben zugeordnet: Körperfunktion = b, Körperstruktur = s, Aktivitäten und Partizipation = d, Umweltfaktoren = e. Die personbezogenen Faktoren werden innerhalb der ICF nicht kategorisiert, müssen jedoch bei der Beurteilung über Gesundheit immer herangezogen werden (DIMDI 2005). Die Nicht-Kodierung hängt mit möglichen Stigmatisierungsfragen zusammen (Pretis 2016). Dem jeweiligen Buchstaben folgt anschließend ein

numerischer Kode, beginnend mit der Kapitelnummer und folgend von der zweiten, dritten und vierten Gliederungsebene der ICF. Abbildung 2 erläutert die verschiedenen Ebenen der ICF anhand eines Beispiels. Die ICF kann sowohl als Kurzversion genutzt werden, in der nur die ersten zwei Gliederungspunkte Beachtung finden, oder als Vollversion, in der alle vier Ebenen einbezogen werden (DIMDI 2005). Insgesamt können auf allen vier Ebenen innerhalb der Erwachsenen-Version über 1400 und innerhalb der Kinder-Version über 1700 Items beschrieben werden (ebd.; Pretis 2016).

b2	Sinnesfunktion und Schmerz	(Item der ersten Ebene)
b210	Funktion des Sehens (Sehsinn)	(Item der zweiten Ebene)
b2102	Qualität des Sehvermögens	(Item der dritten Ebene)
b21022	Kontrastenpfinden	(Item der vierten Ebene)

Abb. 2: Gliederungsebenen der ICF (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) 2016, 16)

„Jedes Individuum kann mehrere Kodes auf jeder Ebene aufweisen. Diese können unabhängig voneinander sein oder in einem Zusammenhang miteinander stehen" (DIMDI 2005, 26). Über die Kodierung hinaus, bietet die ICF die Möglichkeit der Evaluation der Kodes (ebd.). Das heißt, dass verschlüsselt aufgezeigt werden kann, inwiefern ein Problem vorhanden ist und falls ja, wie stark es ausgeprägt ist. Dafür wird der Abschluss des Kodes durch das Setzen eines Punkts verdeutlicht, woraufhin die Evaluation in Form von Ausprägungen von 0-4 folgt. Dieses Vorgehen gilt für die Bereiche der Körperfunktion, Körperstrukturen sowie Aktivität & Partizipation (ebd.). Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Bedeutung der Ausprägungen und von der WHO vorgeschlagene Qualifier zur Beurteilung.

Erstes Beurteilungsmerkmal (Ausmaß oder Größe des Problems)

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

Abb. 3: Beurteilungsmerkmale (DIMDI 2005, 27)

doi.org/10.35468/6186-07

Im Bereich der Umweltfaktoren können sowohl Förderfaktoren als auch Barrieren dargestellt werden. Diese werden ebenfalls mit Ausprägungen von 0-4 kodiert, wobei Förderfaktoren durch ein Pluszeichen gekennzeichnet sind und Barrieren durch einen Punkt (DIMDI 2005). Grundsätzlich stellt das Kodieren einen kommunikativen Prozess dar, im besten Fall gemeinsam mit dem:der Rehabilitand:in. Eine Bewertung muss dabei in Bezug zur alterstypischen Entwicklung gesetzt werden (Pretis 2016).
Insgesamt soll die ICF gemeinsam mit der ICD Verwendung finden (DIMDI 2005). Die beiden Klassifikationssysteme ergänzen sich schließlich gegenseitig, indem die ICF die Klassifizierung von Funktionsfähigkeit und Behinderung betrachtet, wohingegen die ICD Gesundheitsprobleme klassifiziert (ebd.). „Informationen über Diagnosen (ICD-10) in Verbindung mit Informationen über die Funktionsfähigkeit (ICF) liefern ein breiteres und angemesseneres Bild über die Gesundheit von Menschen oder Populationen, welches zu Zwecken der Entscheidungsfindung herangezogen werden kann" (ebd., 10).

3 ICF und Rehabilitationspädagogik

Die Begriffe der *Partizipation,* im Sinne der Teilhabe, und *Behinderung* spielen nicht nur innerhalb der ICF eine bedeutende Rolle, sondern sind auch für die Rehabilitationspädagogik wesentliche Konstrukte. Das Vorliegen einer Behinderung ist für die Leistungen des BTHG, zu denen auch rehabilitationspädagogische Dienste und Angebote zählen, Voraussetzung. Dabei wurde der Behinderungsbegriff im Rahmen der Erarbeitung des Gesetzes wesentlich überarbeitet. Nach §2 Absatz 1 SGB IX sind

> Menschen mit Behinderungen [...] Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

Einstellungs- und umweltbedingte Barrieren spiegeln die Kontextfaktoren im Sinne der ICF wider, welche auf die Teilhabefähigkeit von Menschen wirken. Die Einschränkung der Teilhabe ist für die Definition der Behinderung nach deutschem Rechtsbegriff zentral. Dahingegen ist Behinderung laut ICF ein Oberbegriff für jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit (DIMDI 2005). Er fasst somit weiter als der Behinderungsbegriff des BTHG. Beide Begriffe sind dennoch eng miteinander verknüpft.
Der Begriff der Teilhabe ist nicht nur für die Definition von Behinderung nach deutschem Recht zentral. Auch stellt die Förderung der Teilhabe eine wesentliche Zielgröße der Leistungen nach SGB IX dar, zu denen auch die Dienste und Leistungen der Rehabilitationspädagogik zählen. Teilhabe wird dabei

innerhalb des BTHG nicht explizit definiert. Auch für die ICF stellt die Teilhabe einen der zentralen Begriffe dar. Innerhalb dieser wird Teilhabe definiert als das „Einbezogen sein in eine Lebenssituation" (DIMDI 2005, 159). Es geht darum, aktiv seine Umwelt gestalten zu können. Das Kapitel der Aktivitäten und Partizipation nennt dabei die neun wichtigen Lebensbereiche, in denen Menschen teilhaben können. So liefert sie explizite Beispiele für Bereiche der Teilhabe und soll nach §118 SGB IX von den Leistungserbringern zur Bedarfsermittlung einbezogen werden. In die Planung der Leistung sollen die Leistungsempfänger:innen nach §118 Abs. 1 SGB IX eingebunden werden, was ebenfalls einen Grundsatz der ICF darstellt (DIMDI 2005). Nach Satz 2 §118 SGB IX sind die Landesregierungen ermächtigt, durch „Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen". Ein bundesweit einheitliches Instrument steht dabei nicht zur Verfügung (Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz, o.J.b), sodass sich dies sehr unterschiedlich gestaltet. Doch nicht nur für die Bedarfsplanung findet die ICF Anwendung.

4 Mögliche Nutzung der ICF

Die laut ICF-Manual möglichen Anwendungsbereiche sind vielfältig. Demnach wird sie angewendet:

- als statistisches Instrument - für die Erhebung und Dokumentation von Daten (z. B. in Bevölkerungsstudien und Erhebungen oder in Managementinformationssystemen);
- als Forschungsinstrument - für die Messung von Ergebnissen, Lebensqualität oder Umweltfaktoren;
- als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung - für die Beurteilung des Bedarfs, die Anpassung von Behandlungen an spezifische Bedingungen, die berufsbezogene Beurteilung, die Rehabilitation und die Ergebnisevaluation;
- als sozialpolitisches Instrument - für die Planung der sozialen Sicherheit, für Entschädigungssysteme sowie für die Politikgestaltung und -umsetzung;
- als pädagogisches Instrument - für die Curriculumentwicklung, die Schaffung von Problembewusstsein und als Anstoß für soziales Handeln.

(DIMDI 2005, 11)

Innerhalb des vorliegenden Abschnittes soll ein Augenmerk auf die Möglichkeiten der ICF als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung gelegt werden. Hier bieten sich verschiedene Möglichkeiten zur Nutzung der ICF. Nach Pretis (2016, 93) kann sie vor allem zur

doi.org/10.35468/6186-07

> Strukturierung von (patienten-)relevanten Informationen; zur interdisziplinären Beschreibung und gemeinsamen Reflexion und Planung von Förderprozessen; in der Hilfsmittelversorgung zum Abgleich zwischen Bedarf und Hilfsmittel; [sowie] zur Planung und Evaluation von Förderprozessen

dienen. Zur Strukturierung können anamnestische Daten abstrahiert dargestellt werden, indem in Aufnahmebögen die erhobenen Daten mit ICF-Kodes versehen werden. Dies kann einen ersten, einfach umzusetzenden Schritt darstellen, sich mit der ICF auseinanderzusetzen (Pretis 2016). Innerhalb von Teambesprechungen kann die ICF genutzt werden, um Förder- und Behandlungsprozesse auf Basis einer gemeinsamen Sprache und eines gemeinsamen Verständnisses zu reflektieren (ebd.), indem die ICF-Komponenten zur Fallstrukturierung genutzt werden. Hilfreich hierzu kann auch die Verwendung von Zusammenfassungen der ICF sein. Diese reduzieren die Anzahl der betrachteten ICF-Kodes (ebd.). Die jeweiligen Kodes wurden dazu meist mithilfe von Delphi-Befragungen herausgearbeitet und stehen für verschiedene Altersgruppen, Syndrome, Berufsgruppen oder Arbeitsfelder zur Verfügung (ebd.). Innerhalb von Teambesprechungen kann mithilfe der Listen ein gemeinsames Fallverständnis gefördert werden, indem die Teammitglieder in einen strukturierten Austausch über die:den Rehabilitand:in kommen können (ebd.). Darüber hinaus bietet die ICF die Möglichkeit der Planung und Evaluation von Förderprozessen in den verschiedenen Bereichen der Rehabilitationspädagogik. Dafür stehen inzwischen häufig sehr konkrete Ideen und Möglichkeiten zur Verfügung, die sich je nach spezifischer fachlicher Ausrichtung gestalten und auch einrichtungsbezogen variieren können. Eine Internet-Suche sowie der Blick in Fachliteratur das jeweilige spezifische rehabilitationspädagogische Arbeitsfeld betreffend wird Möglichkeiten der Nutzung der ICF im Arbeitsalltag liefern. An dieser Stelle wird eine Idee der BAR vorgestellt, nach welcher die ICF zur Teilhabezielplanung genutzt werden kann bzw. soll. Dieses Vorgehen ist adaptierbar auf die verschiedenen Bereiche und Arbeitsfelder der Rehabilitationspädagogik, da Teilhabe das zentrale Ziel der Leistungen für Menschen mit Behinderung darstellt (§1 SGB IX) und somit für alle Dienste der Rehabilitationspädagogik gilt. Als Vorgehen zur Zielformulierung wird vorgeschlagen, zunächst die Anamnese (als Eigenanamnese und Soziale Anamnese), den aktuellen Befund, sowie die bestehende(n) Diagnose(n) festzuhalten, um im Anschluss den Fall für die Planung der Rehabilitationsmaßnahmen nach ICF-Komponenten zu strukturieren und abschließend Teilhabeziele zu formulieren (BAR 2016). Die Strukturierung nach ICF-Komponenten könnte dabei zum Beispiel graphisch erfolgen, indem die relevanten Bereiche in die Matrix des bio-psycho-sozialen Modells eingefügt werden. Doch auch eine rein schriftliche Strukturierung ist möglich. Anschließend können Teilhabeziele formuliert

werden. An dieser Stelle sollen drei beispielhaft formulierte teilhabeorientierte Förderziele wie sie im System der frühen Förderung (z. B. Interdisziplinäre Frühförderung) Verwendung finden könnten aufgezeigt werden, wobei eine Kodierung mit Hilfe der ICF-CY ebenfalls eingefügt wurde.

Ziel 1: Laura nutzt Fahrzeuge, um den Weg zur Kita zu bewältigen (d475).

Ziel 2: Laura nimmt selbstständig und aktiv am Morgenkreis in der Kita teil (d815).

Ziel 3: Laura nutzt zur Kommunikation mit ihren Eltern Gesten und Gebärden (d335).

Weitere relevante Ziele zur Erreichung der übergeordneten Teilhabeziele können dann auf anderen Ebenen der ICF formuliert werden, sie können also auch z. B. Funktionsziele darstellen (BAR 2016). Die übergeordneten Teilhabeziele stellen somit Grobziele dar, welche zunächst eine allgemeine Ausrichtung auf etwas beschreiben, was erreicht werden soll, und dadurch bspw. den Abgleich mit Zielen aus anderen Disziplinen oder Lebensbereichen ermöglichen. Die Teilhabeziele können bei Bedarf während des gesamten Rehabilitationsprozesses angepasst werden, müssen „jedoch immer im Zentrum [...] stehen" (ebd., 20). Für Ziel 1 aus dem obigen Beispiel könnten sich die weiteren Ziele wie in Tabelle 1 festgehalten darstellen.

Tab. 1: Zielformulierung mit der ICF

Ziel 1: Nutzung von Fahrzeugen für den Weg zur Kita (d475)

Ziel	Relevantes Ziel (ICF-Code)	Maßnahmen
1.1	Die Familie schafft sich ein für Laura geeignetes Fahrzeug an (ggf. mit entsprechender Anpassung) (e120).	• Beratung bzgl. geeigneter Maßnahmen (-> durch wen?) • Ggf. Beantragung als Hilfsmittel über Rehaträger
1.2	Laura kann ihr Gleichgewicht gut halten (b235).	• Physiotherapie • Ergotherapie
1.3	Laura kann ihre Aufmerksamkeit lenken und fokussieren (b140, d160, d161).	• Ergotherapie • Heilpädagogik

Dieses Vorgehen wäre für die weiteren übergeordneten Teilhabeziele ebenso durchzuführen. Dabei besteht die Möglichkeit, die hier tabellarisch aufgeführten Ziele narrativ noch weiter zu erläutern und zu begründen. Auch besteht die Möglichkeit, konkrete Maßnahmen festzuhalten, anstatt wie im Beispiel nur die zuständigen Disziplinen zu nennen. Eine weitere Möglichkeit der Zielformulierung stellt die Nutzung der SMART-Regeln dar (BAR 2016; vgl. Pretis

doi.org/10.35468/6186-07

2016). Weitere Richtlinien, Hilfen und Beispiele zur Teilhabezielformulierung finden sich zum Beispiel im ICF-Praxisleitfaden 2 der BAR (2016, 32-46).

5 Diskussion & Fazit

Die ICF ist mit ihrer Konzeption und Philosophie stark verbunden mit Grundsätzen der rehabilitationspädagogischen Arbeit. Das Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells stellt dabei den Grundstein für die Arbeit mit der ICF dar. Das Modell ermöglicht die ganzheitliche Beschreibung von Menschen und ihrer gesamten Lebenswirklichkeit, insbesondere auch die konkrete Beschreibung von Teilhabemöglichkeiten. So spielt die ICF für die Rehabilitationspädagogik zum Beispiel auch eine Rolle bei der Bewertung über das Vorliegen einer Behinderung oder bei der Planung der rehabilitationspädagogischen Maßnahmen. Darüber hinaus bietet sie verschiedene Möglichkeiten innerhalb des Förderprozesses. Die Verwendung der ICF kann beispielsweise der Förderung der Ressourcenorientierung innerhalb rehabilitationspädagogischer Dienste dienen. Im Berufsalltag findet häufig eine Gleichzeitigkeit von Bewertung und Beschreibung statt, im Sinne eines Beschreibens, wo Probleme bestehen (Pretis 2016). Durch die Verwendung der ICF kann es gelingen, diese zwei Schritte stärker voneinander zu trennen. Mit Hilfe der Kodierung erfolgt zunächst eine Beschreibung, welche in einem weiteren Schritt bewertet werden kann (ebd.). Dies stellt eine große Möglichkeit der ICF hin zu einer auch in Berichten stärker gelebten Ressourcenorientierung dar. Die komplexe Lebenswirklichkeit kann dabei jedoch nicht allein durch Kodes dargestellt werden, sodass die ICF eine individuelle narrative Darstellung der Lebenswirklichkeit eines Menschen in Fördersystemen nicht ersetzen kann (ebd.). Die Beurteilungsmerkmale zur Bewertung einer Beobachtung stellen außerdem einen der wesentlichen Kritikpunkte bezüglich der ICF dar. Die von der WHO zur Verfügung gestellten Prozentzahlen zur Einschätzung (s. Abbildung 3) werden insgesamt als wenig aussagekräftig angesehen (ebd.). Es fehlen klar definierte Kriterien zur Übersetzung des Beobachteten in dieses Zahlenmodell (ebd.). Zwar bestehen Versuche, die Prozentzahlen über spezifische Angaben zur Zeitdauer oder zum Hilfebedarf zu operationalisieren, jedoch werden diese dann schnell als Zauberworte gesehen und herangezogen (ebd.). Aufgrund der Schwierigkeit des Einsatzes der WHO-Beurteilungsmerkmale entwickelten einige Arbeitsgruppen und Autor:innen in Deutschland, eigene Beurteilungsmerkmale, bei denen nicht mehr bezüglich des Schweregrads der Schädigung unterschieden wird, sondern nur, ob ein Problem vorliegt oder nicht (Pretis 2016). Dies stellt zwar eine Vereinfachung für Fachkräfte dar und schwächt die bei der Verwendung der WHO-Qualifier auftretende Subjektivität der Einschätzung, nimmt jedoch auch die Möglichkeit kleine Verbesserungen (im

Sinne einer Änderung von .4 zu .3) sichtbar zu machen und die (rehabilitationspädagogische) Arbeit zu evaluieren (ebd.). Vereinfachungen für Fachkräfte scheinen häufig mit einer Schwächung der ICF einherzugehen. So auch bezüglich der Reduktion der Anzahl von Items durch Alterslisten, Checklisten usw. Zwar kann dies zu einem Gefühl der besseren Handhabbarkeit führen, denn insbesondere die Sperrigkeit der ICF aufgrund der Anzahl der zur Verfügung stehenden Kodes stellt Fachkräfte vor Herausforderungen (Pretis 2016). Jedoch widerspricht dieses Vorgehen der Philosophie der ganzheitlichen Betrachtungsweise (ebd.). Weiter sei laut ICF-Manual selbst eine Verwendung der Kodes ohne Beurteilungsmerkmale nicht sinnvoll (DIMDI 2005), es finden sich jedoch viele Beispiele aus der Praxis, die Kodes ohne Hinzuziehen von Beurteilungsmerkmalen verwenden (BAR 2016; Ziegler 2015). Für die Praxis scheint es wichtig, sich nicht im Kleinen zu verlieren, z. B. auch bezüglich der Unterscheidung Aktivität versus Partizipation oder Leistung versus Leistungsfähigkeit. Der Mehrwert der ICF im Vergleich zum Mehraufwand kann ansonsten leicht angezweifelt werden (Pretis 2016). Fachliteratur und Internet zeigen bereits viele Möglichkeiten der Verwendung der ICF, welche für die jeweilige individuelle Praxis genutzt und adaptiert werden können. Vorstellbar ist auch ein auftretendes Gefühl der Überforderung aufgrund der Vielzahl der verfügbaren Möglichkeiten. Insgesamt bedarf die Verwendung der ICF Training und Übung, um sie erfolgreich anzuwenden (ebd.). Zur Einführung kann es hilfreich sein, zunächst nur die Kurzversion zu nutzen (ebd.). Auch kann die reine Zuordnung zu den einzelnen ICF-Komponenten ein erstes Auseinandersetzen und Arbeiten mit der ICF darstellen und das Verständnis des ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modells fördern. Die Verwendung von Kodes kann auch ohne Hinzuziehen der Beurteilungsmerkmale ein gemeinsames Fallverständnis fördern, da eine gemeinsame Sprache genutzt wird, und das Team in einen strukturierten Austausch kommen kann. Dabei geht es nicht darum, wer beim Wählen eines Kodes Recht hat, und es gibt in dem Sinne auch keine richtigen oder falschen Kodes, solange beschrieben und begründet werden kann, warum ein bestimmter Kode gewählt wurde (ebd.). Dies verweist auf eine weitere Möglichkeit der ICF innerhalb der Rehabilitationspädagogik: die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Als gemeinsame Metasprache geht sie über subjektive Beschreibungen und berufsspezifische Fachsprachen hinaus (ebd.) und erhöht so das Verständnis „für die Aufgaben und Möglichkeiten der jeweils anderen Berufsgruppen" (BAR 2016, 70). Die gemeinsame Sprache fördert jedoch nicht nur die interdisziplinäre Zusammenarbeit, sondern hat auch Auswirkungen auf die Einbindung von Rehabilitand:innen und ihren Angehörigen (ebd.). Darüber hinaus verbessert sie die Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer:innen, durch Reduktion von Missverständnissen und Ungenauigkeiten im Ausdruck (ebd.). „Die Akteure sparen damit letztlich

doi.org/10.35468/6186-07

Zeit, welche die von einem Gesundheitsproblem Betroffenen in der Form einer intensiveren Zuwendung gewinnen können. Den Betroffenen kann so besser Hilfe wie aus einer Hand zuteilwerden, an der sie auch aktiv mitgestalten können" (ebd., 72). Insgesamt bietet die ICF viele Möglichkeiten zur Einbindung in den rehabilitationspädagogischen Förderprozess. Die schrittweise Einführung, Nutzung vorhandener Erfahrungen anderer Einrichtungen, sowie die Nutzung bereits vorhandener Prozesse, kann den Beginn der Arbeit mit der ICF erleichtern. Die Formulierung von Teilhabezielen stellt eine konkrete Möglichkeit der Anwendung der ICF dar, welche auf die verschiedenen Bereiche und Dienste der Rehabilitationspädagogik anwendbar ist, denn die Förderung der Teilhabe ist stets oberstes Ziel.

doi.org/10.35468/6186-07

Literatur

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.). (2018). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn: Hausdruckerei BMAS.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (2016): ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (2., überarbeitete Aufl.). Frankfurt am Main. o.V.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023a): ILCD bis ICD-10. Online unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/Historie/ilcd-bis-icd-10.html?nn=932842. (Abrufdatum: 14.07.2024).

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023b): ICD-10-WHO. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO. Online unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/_node.html. (Abrufdatum: 14.07.2024).

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023c): ICF Historie. Online unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/historie.html?nn=721746. (Abrufdatum: 14.07.2024).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Online unter https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icf/icfbp2005_zip.html?nn=841246&cms_dlConfirm=true&cms_calledFromDoc=841246. (Abrufdatum: 14.07.2024).

Ewert, T. (2012): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Klassifikationshilfe der langfristigen Krankheitsfolgen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 4 (55), 459-467.

Pretis, M. (2016): ICF-basiertes Arbeiten in der Frühförderung. München: Reinhardt. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), in der Fassung vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 412).

Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz (o.J.a): BTHG-Kompass. Bedarfsermittlung und ICF-Orientierung. Bedarfsermittlung bei Kindern und ICF. Online unter https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-bedarfsermittlung-icf/icf/fd1-1004/.(Abrufdatum: 14.07.2024)

Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz (o.J.b): BTHG-Kompass. Bedarfsermittlung und ICF-Orientierung. Bedarfsermittlung. Online unter https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-bedarfsermittlung-icf/bedarfsermittlung/. (Abrufdatum: 14.07.2024).

Ziegler, M. (2015): Teilhabeplanung auf Grundlage der ICF - Praktische Anwendung und Umsetzung. In: Lernen fördern 2 (35), 21-22.

Autor:innen

Twent, Sophia (M.A. Rehabilitationspädagogik)
seit 2018 selbstständige Tätigkeit als ICF-CY-Trainerin, insbesondere für Frühförderstellen und Kindertageseinrichtungen
E-Mail: sophia.twent@googlemail.com

doi.org/10.35468/6186-07