



Session 26a, Impuls zum Thema

Personbezogene Faktoren in der ICF

Ein Auszug aus Grundlagen, Impulsen und Perspektiven sowie zusammenfassende Ergebnispräsentation aktueller Forschung zur Fragestellung:

„(Wie) sollte eine Dokumentation und / oder Kodierung von personbezogenen Faktoren (in/mit der ICF und ICF-CY) erfolgen?“

Konferenzbeitrag von
Viktoria Jäger
*Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeutin i.A.,
Sozialpädagogik u. Management*



21.11.2024





Gliederung

- I. Eingangsimpuls
- II. Präsentation ausgewählter Inhalte aus dem theoretischen Bezugsrahmen
- III. Modell der ICF, Definition der PBF
- IV. Exkurs aus den allgemeinen Kodierungsregeln
- V. Entwurf für eine Liste Personbezogener Faktoren
- VI. Positionen - Risiken - Wirkungen
- VII. Präsentation ausgewählter Forschungsergebnisse
- VIII. Vorstellung weiterer Forschungsergebnisse
- IX. Handlungsleitendes Fazit und Abschlussimpuls

Konferenzbeitrag von
Viktoria Jäger
*Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeutin i.A.,
Sozialpädagogik u. Management*



21.11.2024



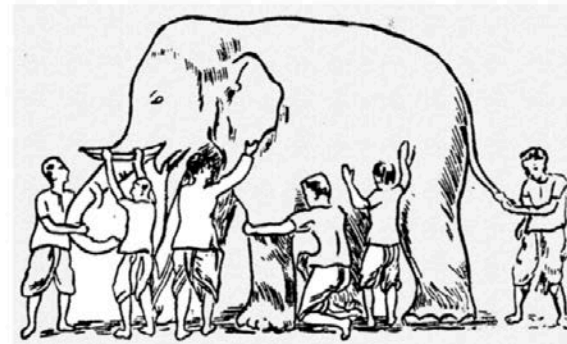
ICF-Anwender*innenkonferenz 2024 online - 22. und 23.11.2024
für Kinder, Jugendliche und Erwachsene





Die blinden Männer und der Elefant

„*Es waren einmal* fünf weise Gelehrte. Sie alle waren blind. Diese Gelehrten wurden von ihrem König auf eine Reise geschickt und sollten herausfinden, was ein Elefant ist. Und so machten sich die Blinden auf die Reise nach Indien. Dort wurden sie von Helfern zu einem Elefanten geführt. Die fünf Gelehrten standen nun um das Tier herum und versuchten, sich durch ertasten ein Bild von dem Elefanten zu machen. Als sie zurück zu ihrem König kamen, sollten sie ihm nun über den Elefanten berichten.



Der erste Weise hatte am Kopf des Tieres gestanden und den Rüssel betastet. Er sprach: "Ein Elefant ist wie ein langer Arm." *Der zweite Gelehrte* hatte das Ohr des Elefanten ertastet und sprach: "Nein, ein Elefant ist vielmehr wie ein großer Fächer." *Der dritte Gelehrte* sprach: "Aber nein, ein Elefant ist wie eine dicke Säule." Er hatte ein Bein des Elefanten berührt. *Der vierte Weise* sagte: "Also ich finde, ein Elefant ist wie eine kleine Strippe mit ein paar Haaren am Ende", denn er hatte nur den Schwanz des Elefanten ertastet. Und *der fünfte Weise* berichtete seinem König: "Also ich sage, ein Elefant ist wie eine riesige Masse, mit Rundungen und ein paar Borsten darauf." Dieser Gelehrte hatte den Rumpf des Tieres berührt.

Nach diesen widersprüchlichen Äußerungen fürchteten die Gelehrten den Zorn des Königs, konnten sie sich doch nicht darauf einigen, was ein Elefant wirklich ist. Doch der König lächelte weise: "Ich danke Euch, denn ich weiß nun, was ein Elefant ist: Ein Elefant ist ein Tier mit einem Rüssel, der wie ein langer Arm ist, mit Ohren, die wie Fächer sind, mit Beinen, die wie starke Säulen sind, mit einem Schwanz, der einer kleinen Strippe mit ein paar Haaren daran gleicht und mit einem Rumpf, der wie eine große Masse mit Rundungen und ein paar Borsten ist."

Abbildung: Die blinden Männer und der Elefant

Eigene Darstellung in Anlehnung Zimmermann 2013



Präsentation ausgewählter Inhalte aus dem theoretischen Bezugsrahmen

Konferenzbeitrag von
Viktoria Jäger
*Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeutin i.A.,
Sozialpädagogik u. Management*



21.11.2024



ICF-Anwender*innenkonferenz 2024 online - 22. und 23.11.2024
für Kinder, Jugendliche und Erwachsene



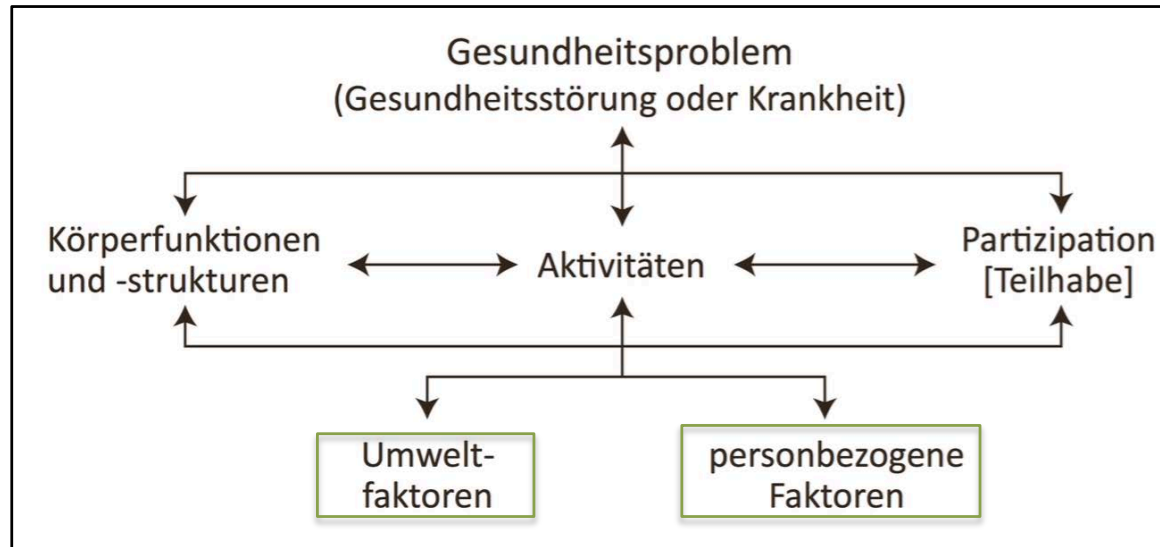


Abbildung: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten
entnommen aus: World Health Organization, 2005, S. 23

Die Kontextfaktoren

- „stehen in Wechselwirkung mit dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und bestimmen das Ausmaß der Funktionsfähigkeit dieses Menschen.“
- „stellen den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar. Sie umfassen zwei Komponenten: **Umweltfaktoren** und **personbezogene Faktoren**. Diese können einen Einfluss auf den Menschen mit einem Gesundheitsproblem, auf dessen Gesundheits- und gesundheitsbezogenen Zustand haben.“

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, S. 21)

	ICIDH	ICF
Konzept:	kein übergreifendes Konzept	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
Grundmodell:	Krankheitsfolgenmodell	bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit
Orientierung:	Defizitorientiert: Es werden Behinderungen klassifiziert.	Ressourcen- und defizitorientiert: Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.
Behinderung:	formaler Oberbegriff zu Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen; keine explizite Bezugnahme auf Kontextfaktoren	formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren
grundlegende Aspekte:	<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung • Fähigkeitsstörung • (soziale) Beeinträchtigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperfunktionen und -strukturen Störungsbegriff: Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden) • Aktivitäten Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität • Partizipation [Teilhabe] Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]
soziale Beeinträchtigung:	Attribut einer Person	Partizipation [Teilhabe] und deren Beeinträchtigung definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren:	bleiben unberücksichtigt	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzept und werden klassifiziert
personbezogene (persönliche) Faktoren:	werden höchstens implizit berücksichtigt	werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert
Anwendungsbereich:		nur im gesundheitlichen Kontext

Abbildung: Unterschiede zwischen der ICIDH und der ICF

entnommen aus: World Health Organization, 2005, S. 5*

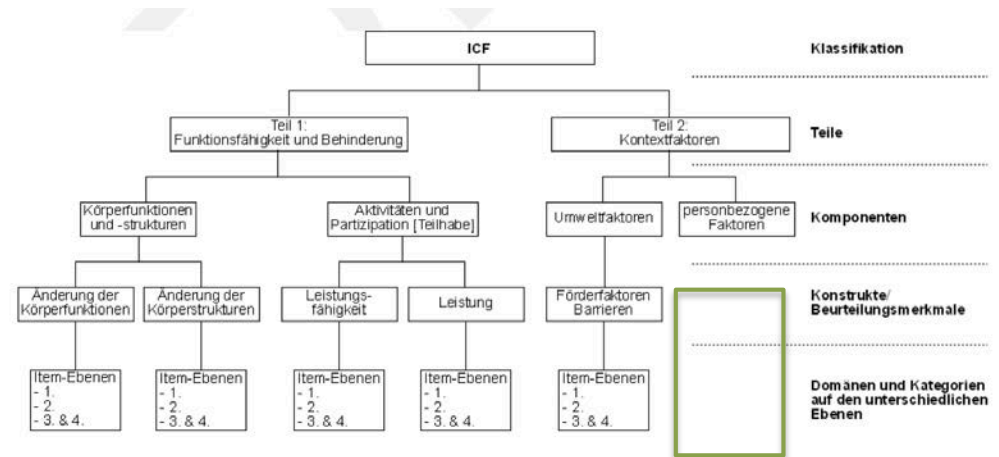


Abbildung: Struktur der ICF
entnommen aus: World Health Organization, 2005, S. 147*

Komponenten	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	Umweltfaktoren	personbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation [Teilhabe]	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar

Abbildung: Überblick über die ICF

entnommen aus: World Health Organization, 2005, S. 17*

*Anmerkung: Eigene Erweiterung der Abbildungen durch grüne Markierung



Personbezogene Faktoren (*nicht: person***en**bezogene Faktoren)

„sind der spezielle **Hintergrund des Lebens und der Lebensführung** eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die **nicht Teil** ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind.

Diese Faktoren können **Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen** (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), **allgemeine Verhaltensmuster** und **Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen** und andere Merkmale umfassen, die in ihrer Gesamtheit oder einzeln bei Behinderung auf jeder Ebene eine Rolle spielen können.

Personbezogene Faktoren sind **nicht in der ICF klassifiziert**. Sie sind jedoch in Abbildung 1 (*siehe Folie 5*) mit aufgenommen, um ihren Beitrag zu zeigen, der einen Einfluss auf die Ergebnisse der verschiedenen Interventionen haben kann. (...) Falls notwendig, ist ihre Beurteilung dem Anwender überlassen.“

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, S. 22F.)



Abbildung: ICF und die Personbezogenen Faktoren: Büchse der Pandora? Black Box?
entnommen aus: Cibis, 2005, S. 4

„Diese Komponente der ICF wird sogar mit der **„Büchse der Pandora“** verglichen, die man besser nicht öffnen sollte.“

(CIBIS 2015, S.4 NACH SIMEONSSON, 2014)



Exkurs: Auszug aus den allgemeinen Kodierungsregeln

- **Auswahl einer Menge von Kodes, um das Profil eines Individuums abzubilden:** Für ihre Zwecke wichtigsten Kodes zur Beschreibung der gesundheitlichen Sachverhalte auswählen.
- **Kodierung der relevanten Informationen:** Es sollten nur solche Aspekte der Funktionsfähigkeit einer Person kodiert werden, die für einen zuvor definierten Zeitrahmen relevant sind.
- **Kodierung expliziter Informationen:** Der Anwender muss getrennt über explizite Informationen zu Körperfunktionen und -strukturen sowie zur Leistungsfähigkeit und Leistung verfügen.
- **Kodierung spezifischer Informationen:** Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängende Zustände sollten so spezifisch wie möglich angegeben werden, indem die am besten geeignete ICF-Kategorie zugeordnet wird.

„Anwendern wird dringend empfohlen, vor dem Studium der Kodierungsregeln und -leitlinien die Einführung in die ICF zu lesen. Darüber hinaus wird dringend geraten, dass sich Anwender im Gebrauch der Klassifikation durch die WHO und ihre Collaborating Centres schulen lassen.“)

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, S. 151FF.)



Entwurf für eine Liste personbezogener Faktoren in der ICF

„Bereits **2010** hat die DGSMP auf Vorarbeiten aus der MDK-Gemeinschaft einen breit angelegten **Entwurf** für diese Komponente der ICF für den deutschen Sprachraum vorgelegt sowie **2012** mit **Beispielen** konkretisiert und veröffentlicht. Seither wird die von der DGSMP vorgeschlagene Systematik in Publikationen rezipiert und im Rehabilitationswesen genutzt. Wertvolle Hinweise sowohl der Fachebene als auch von Menschen mit bestehenden oder drohenden Teilhabebeeinträchtigungen haben **2017** einen **Überarbeitungsprozess** angestoßen. Für die Befassung mit den Personbezogenen Faktoren im Rahmen der seit 2018 gesetzlich geforderten umfassenden Bedarfsermittlung stellt die DGSMP (...) die **Langfassung ihrer 2019 überarbeiteten Systematik zur Verfügung**. (...) Die Systematik zu den Personbezogenen Faktoren wurde im Jahr 2020 überarbeitet. Die Publikation ist in der australischen Zeitschrift für Rehabilitationsberatung erschienen.“

(DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALMEDIZIN UND PRÄVENTION E.V, ABGERUFEN AM 10. OKTOBER 2024).

Mitwirkende

[Sabine Grotkamp](#), [Wolfgang Cibis](#),
[Silke Brüggemann](#), [Michaela Coenen](#),
[Hans Peter Gmünder](#),
[Klaus Keller](#), [Elisabeth Nüchtern](#),
[Urban Schwegler](#), [Wolfgang Seger](#),
[Stefan Staubli](#), [Bia von Raison](#),
[Regina Weißmann](#),
[Andreas Bahemann](#),
[Harry Fuchs](#), [Marion Rink](#),
[Marcus Schian](#) [Klaus Schmitt](#)

Abstract

In 2010, we proposed a personal factor classification which was published in this journal. Since then, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) of the World Health Organization (WHO) and the biopsychosocial model were increasingly incorporated into the German Social Law Code for participation and rehabilitation, implying that personal factors are indispensable for individual assessments. For the present study, we aimed to come up with an updated version of the personal factors classification based on current research. To achieve this goal, we employed a qualitative approach to re-examine the basic structure, consistency, and selection of categories in the classification from our 2010 study, to amend and supplement the categories to reflect best practice personal factor classifications. Our findings indicate that the basic structure remained largely unchanged, with relatively minor changes, including the deletion of 5 categories from our 2010 classification, 10 categories revised in format or content, and 13 new categories. We believe our revised classification to be useful for supporting users in systematically, comprehensively, and transparently reporting influences on specific aspects of individuals' life and living background on their functioning and participation, thus facilitating an equitable allocation of disability benefits.

Abbildung: Abstract Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO), The Australian Journal of Rehabilitation Counselling (2020), page 1 of 19



Entwurf für eine Liste personbezogener Faktoren in der ICF: **Abbildungsauszüge aus: Abstract Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO), The Australian Journal of Rehabilitation Counselling (2020), page 7-13.**

Table 3. Structure of the DGSMP classification of 2019

Chapter	Number of categories referring to the chapters			
	Overall	Second level	Third level	Fourth level
i1 General personal characteristics	5	5		
i2 Physical factors	5	5		
i3 Mental factors	10	10		
i4 Attitudes, action-related skills, and behavior patterns	25	25		
i5 Life situation and socioeconomic/cultural factors	10	10		
Overall	55	55		

Note: The level reflects the hierarchical position of a category in the classification, with the first level representing the chapter level and the second level the only more specific category level available.

3.1 Part 1

3.1.1 Classification of personal factors

The structure of the DGSMP classification of 2019 is shown in Table 3.

The contents of the DGSMP classification of 2019 is presented as follows:

Chapter 1

General individual characteristics

This chapter addresses an individual's inherent general characteristics such as age and sex, which may influence a person's functioning and health either as a facilitator or a barrier.

Age (i 110-119)

A person's level/status of development including chronological, psychological, and biological aspects.

- i 110 **Chronological age**
A person's age as calculated from his/her date of birth to the present day.
- i 112 **Psychosocial age**
A person's age as defined by his/her emotional and social development.
- i 114 **Biological age**
A person's age in terms of biological aging factors; this can deviate from the person's chronological age (e.g. premature or delayed aging).
- i 118 **Age, other specified**
- i 119 **Age, unspecified**

Note: The codes in column 1 are DGSMP codes.

Sex (i 120-129)

A person's affiliation with sex as defined by biological terms (male/female/diverse) and the gender role (how the sexual self is experienced and lived).

- i 120 **Biological sex**
A person's sex as defined by chromosomal, hormonal, or phenotypical features.
- i 122 **Social sex (gender)**
A person's sexual identity and gender expression.
- i 128 **Sex, other specified**
- i 129 **Sex, unspecified**

i 198 **General personal characteristics, other specified**

i 199 **General personal characteristics, unspecified**

Note: The codes in column 1 are DGSMP codes.

Chapter 2

Physical factors

This chapter addresses the factors of the physical and other bodily criteria to whatever extent they affect the person's ability to function and the body's potential to change. The term refers to a person's congenital or acquired constitution and their existing functional capacities including bodily potentials/ talents which are realized by the respective factors.

Health conditions or diseases that impair the current functional status are classified among body structures and functions. Mental factors (Chapter 3) are not covered in this section.

- i 210 **Body measurements, shape, and composition**
(e.g. body height, body weight, body mass index, waist-to-hip ratio, portions, and structure).
- i 220 **Factors related to mobility**
(e.g. muscular strength, stamina, dexterity, and handedness).
- i 221 **Factors of cardiovascular and respiratory function**
- i 222 **Metabolic factors**
- i 223 **Factors of sensory organs**
- i 298 **Physical factors, other specified**
- i 299 **Physical factors, unspecified**

Note: The codes in column 1 are DGSMP codes.

Chapter 3

Mental factors

This chapter addresses a person's inherent mental factors. Mental factors include personality factors as well as cognitive factors (including mnemonic factors). The term also refers to intelligence and congenital mental talents which are realized by the respective factors. Mental factors may serve as facilitators and barriers that affect functioning. Health conditions or diseases that impair the current functional status are classified as mental functions (b1) among body functions.

Personality factors (i 310-349)

General mental factors that influence a person's constitutional nature in terms of their individual responses to a situation; these include the emotional characteristics which distinguish one person from another. If these personality factors become pathological, they are not classified among personal factors but among the mental aspects of body functions.¹ (Personality factors fall along a continuum between two extremes. As a result, both the extent of the trait and the predominant pole can be mentioned).

- i 310 **Extroversion**
Inherent mental factors which range along the scale from extroversion (gregariousness, sociability, and the (emotional) ability to express oneself) to introversion (restraint in interactions with others, independence, and solitude).
- i 315 **Factors of emotionality**
Inherent mental factors which range along the scale from equilibrium, contentedness, calm, and tranquility to tension, concern, and embarrassment.
Incl. Psychological stability and emotional status.
- i 320 **Conscientiousness**
Inherent mental factors which range along the scale from dependability, meticulousness, integrity, and industriousness to carelessness, unreliability, imprecision, and irresponsibility.
Incl. Conscientiousness.

¹The person is not classified but the influence of personality factors on the functioning of a person.



Entwurf für eine Liste personbezogener Faktoren in der ICF: **Abbildungsauszüge aus: Abstract Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO), The Australian Journal of Rehabilitation Counselling (2020), page 7-13.**

i 325	Openness to new experiences Inherent mental factors which range along the scale from curiosity, imaginative ability, willingness to experiment, and the desire for new experiences to great faith in the tried-and-true, conventional behavior and conservative values. <i>Incl. Enthusiasm, curiosity, interest, and willingness to change.</i>
i 330	Affability Inherent mental factors which range along the scale from altruism (willingness to cooperate, friendliness, and obligingness) to egocentricity (distrust of other opinions, a competitive [contentious] basic attitude).
i 335	Self-confidence Inherent mental factors which range along the scale from self-assuredness, courage, and the ability to assert oneself to timidity, insecurity, and restraint. <i>Incl. Perseverance, self-efficacy.</i>
i 340	Optimism Inherent mental factors which range along the scale from cheerfulness, vivacity, and assuredness to despondency, pessimism, and despair.
i 348	Personality factors, other specified
i 349	Personality factors, non-specified

Note: The codes in column 1 are DGSMP codes.

Cognitive and mnestic factors (i 350–369)

Specific mental factors like intelligence, cognition, and information processing which are inherent and serve as a facilitator or barrier to functioning. If these cognitive and memory factors reach a pathological state, they are not classified among personal factors but grouped with body (mental) functions.

i 350	Intelligence-related factors Multimodal factor that consists of the elements of comprehension, deductive reasoning, problem-solving abilities, and coping ability. It is often distinguished between fluid (congenital) and crystalline (acquired) intelligence. <i>Excl. cognitive factors (i 355).</i>
i 355	Cognitive factors Mental factors which affect the deliberate processing of information, including interpretation (understanding the relevance of what is perceived and placing it into an intelligent context), language, attention (deliberate orientation toward and focus on a fixed point attending to other events in the environment with exhibiting intellectual and emotional awareness), and concentration (comprehending a situation by means of deliberate focus on all aspects, signals, and people involved). <i>Excl. intelligence factors (i 350), mnestic factors (i 360), and speech competence (i 431).</i>
i 360	Mnestic factors Mental factors which involve memory, storing information, processing, recall, and retrieval.
i 368	Cognitive and mnestic factors, other specified
i 369	Cognitive and mnestic factors, non-specified
i 398	Mental factors, other specified
i 399	Mental factors, non-specified

Note: The codes in column 1 are DGSMP codes.

Chapter 4

Attitudes, action-related skills, and behavior patterns

This chapter deals with a person's attitudes, action-related skills, and behavior patterns that may serve as facilitators or barriers. They can be relevant in coping with the effects of disease and health conditions. Attitudes, skills, and behavior patterns are elements that can have a varying influence on a person's lifestyle and functioning. They may also have an influence on motivation when it comes to interventions and changes in behavior. The chapter does not include activity limitations as the result of a disease or health problem; these are classified with the component of activities and participation.

Attitudes (i 410–429)

Attitudes consist of emotional, cognitive, and motivational components to a varying degree. They affect a person's action and life in specific areas and refer to convictions, views, and moral concepts. Emotional components apply to feelings and emotional judgments of particular events and circumstances. Cognitive components comprise opinions, expectations, explanatory and attributional approaches, and rational assessments. Motivational elements imply factors such as interests and preferences.

Attitudes may relate to the view of the world and its interpretation, the general attribution of causes to events, individual roles, and personal interpretation of the society.

i 410	World view World view includes religious, philosophical, moral and political values, convictions, and opinions.
i 411	Attitude toward one's own self Value concepts, beliefs, and view with regard to one's own self, expressing one's own identity. <i>Incl. Self-efficacy belief.</i> <i>Excl. Self-confidence (i 355).</i>
i 413	Satisfaction with life An individual's (usually inherent) self-assessment of their own lives in general. This includes subjective feelings, rational judgment, and evaluation of various aspects of their lives in terms of the quality of life they experience as well as their own view of their achievements.
i 416	Attitude toward health, disease, and disability The cumulative sum of (usually inherent) personal values, convictions, and opinions in conjunction with disease and health. These can include the person's general understanding of disease and health conditions, convictions about the purpose of health-promoting behavior, dealing with health risks ("enjoying one's health" vs. "wasting one's health"), and the person's views on the relevance of health as the foundation of being able to enjoy life and achieve things. <i>Excl. Attitude toward interventions and technical assistance (i 419).</i>
i 418	Attitude toward assistance by other persons The cumulative sum of (usually inherent) personal values, convictions, and opinions in conjunction with accepting help from other people as well as giving help to other people. <i>Excl. Attitude toward interventions and technical assistance (i 419).</i> <i>Attitude toward social environment and society (i 425).</i>
i 419	Attitude toward interventions and technical assistance The cumulative sum of personal values, convictions and opinions in conjunction with treatment compliance (such as surgical procedures, use of technical assistive devices, medication, psychotherapy, rehabilitation).
i 420	Attitude toward financial insurance and healthcare benefits The cumulative sum of personal values, convictions, and opinions in conjunction with the utilization of the solidarity system or private insurances. <i>Excl. Attitude toward interventions and technical assistance (i 419).</i> <i>Attitude toward assistance by other persons (i 418).</i>



Entwurf für eine Liste personbezogener Faktoren in der ICF: **Abbildungsauszüge aus: Abstract Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO), The Australian Journal of Rehabilitation Counselling (2020), page 7-13.**

- i 421 **Attitude toward education**
The cumulative sum of personal values, convictions, and opinions in conjunction with the person's own and general education.
Incl. Informal education, preschool education, school education, vocational training, professional training, further training, and continuing education.
Excl. Attitude toward work (i 422).
- i 422 **Attitude toward work**
The cumulative sum of (usually inherent) personal values, convictions, and opinions in conjunction with the person's work and the work of other people. Paid and unpaid work can be regarded as something obligatory, edifying, or burdensome. In addition, activities such as voluntary work, parenting and child education, domestic work, or gardening are regarded.
Incl. Work satisfaction, professional interests, and preferences.
Excl. Attitude toward education (i 421).
- i 425 **Attitude toward social environment/society**
The cumulative sum of (usually inherent) personal values, convictions, and opinions in conjunction with the person's interactions vis-à-vis others in both their immediate and broader social environment and society. For example, someone can be convinced that they are obligated to make a certain contribution to society, while another individual might see society as owing them support.
- i 428 **Attitudes, other specified**
- i 429 **Attitudes, unspecified**

Note: The codes in column 1 are DGSMP codes.

Action-related skills (i 430–449)

This chapter deals with the presence and significance of a person's inherent relevant skills to cope with the implications of diseases and health problems. These skills comprise knowledge, aptitude, and abilities to develop strategies of actions, design, and perform them in a targeted manner. These include a readiness to act and a capability to question one's own doing. In this subchapter, factors are subsumed, which form a basis for an appropriate action, but do not represent the action itself. Social skills, linguistic skills, methodical skills, empowerment, professional skills, and media skills form the core basis for action-related skills.

- i 430 **Social skills**
The cumulative sum of knowledge, aptitude, and abilities that are necessary for social interactions as well as being useful, in particular when it comes to (a) perceiving the skills, attitudes, and values of others; (b) linking the goals of an individual's actions to those of others; and (c) influencing the behavior of others. Social skills include communication skills, cooperation and team skills, conflict-management skills, and others.
Excl. Intelligence factors (i 350), linguistic skills (i 431).
- i 431 **Linguistic skills**
The cumulative sum of knowledge, aptitude, and abilities to use language orally and in written form as a means of expression and communication in different vocational and private contexts. This may apply to the native language, foreign languages, the use of dialects, multilingualism, special technical languages, the use of language in particular contexts, and knowledge of sign language.
- i 433 **Methodical skills**
The cumulative sum of knowledge, aptitude, and abilities to using work techniques, approaches, and learning strategies in a manner that is appropriate and expedient in a given situation. Methodical skills include problem-solving capabilities, for example.
Incl. Analytical abilities, logical thought and actions, problem-solving skills, creativity, willingness to learn, and coping strategies.
Excl. Media skills (i 442).

- i 436 **Empowerment**
The skill of being able to deal with one's own self appropriately, especially with reference to (a) perceiving inherent strengths and weaknesses; (b) standing up for one's personal goals in a manner that is responsible and autonomous based on one's own needs, standards, strengths, and boundaries; (c) developing strategies for achieving these goals and reflecting critically on one's own abilities. Empowerment includes factors such as self-confidence, self-management, and self-reflection.
Incl. Willingness to work, involvement, self-motivation, flexibility, endurance, independence, adaptability, and resilience.
- i 438 **Professional skills**
Knowledge, ability, and aptitude in a special field.
- i 442 **Media skills**
The knowledge, ability, and aptitude needed to use media and their contents in a manner that reflects the person's own goals and needs, as well as the ability to form and refine critical thinking regarding the media available and the person's own awareness. This includes the awareness, use, selection, and criticism of media.
- i 448 **Action-related skills, other specified**
- i 449 **Action-related skills, unspecified**

Note: The codes in column 1 are DGSMP codes.

Behavior patterns (i 450–479)

Long-term behavior that has become routine due to repetition. This category does not include one-time, deliberate, or situationally dependent behavior.

- i 450 **Eating habits**
Dietary habits such as the selection of food, its composition, shopping, storage, the way it is prepared and consumed; the amount and kind of calories consumed, the use of any diet products. Eating habits also include disease-related diets and certain food preferences.
Excl. Use of stimulants.
- i 453 **Habitual use of stimulants**
The use of products because of their effect to bring pleasure, stimulate, or inebriate.
Excl. Abuse of addictive drugs.
- i 456 **Exercise habits**
The manner in which physical activity is commonly integrated into everyday life (work, family, recreation, etc.).
Incl. Mobility habits.
- i 459 **Habits in a day-to-day routine**
The manner in which the person's days are typically planned and structured, their sleeping patterns and breaks, the person's general relationship between stress and relaxation, and their habits to integrate them into a daily routine.
Excl. Mobility habits.
- i 460 **Leisure habits**
Practicing hobbies like sports, games, reading, and attending cultural events.
- i 462 **Sexual habits**
Behavior in terms of sexual relationships and practices.
- i 465 **Communication habits**
The manner and extent to which a person generally communicates as a sender and recipient of language, writing, signals, and symbols, including the use of communication tools and techniques with or without a human counterpart.
- i 468 **Hygiene habits**
The manner and extent to which a person pursues hygiene measures. This includes body care, oral care, toilet hygiene, the hygiene of the person's surroundings, and hygiene in dealing with food.



Entwurf für eine Liste personbezogener Faktoren in der ICF: **Abbildungsauszüge aus:** Abstract Personal factors classification revisited: A proposal in the light of the biopsychosocial model of the World Health Organization (WHO), The Australian Journal of Rehabilitation Counselling (2020), page 7-13.

i 471	Habits in dealing with money and material goods The manner in which the person deals with money and material goods, e.g. more inclined toward generosity or thriftiness.
i 478	Behavior patterns, other specified
i 479	Behavior patterns, unspecified
i 498	Attitudes, action-related skills, and behavior patterns, other specified
i 499	Attitudes, action-related skills, and behavior patterns, unspecified

Note: The codes in column 1 are DGSMP codes.

Chapter 5

Life situation
This chapter focuses on the factors of someone's status and personal life situation in direct and wider surroundings. This can have an influence on the functioning and its potential for change.

Immediate life situation (i 510-529)

i 510	Family status Refers to the position a person holds within the family (being married, divorced, and widowed) and being a mother, father, or child.
i 513	Status in a direct and wider social context Refers to the position closely related to persons within the family and outside, such as kinship, circle of friends, or social network. <i>Excl. Family status (i 510).</i>
i 515	Residential status Refers to the accommodation arrangements in which a person lives. <i>Incl. Living urban, rural, owns property, rents, alone, with a partner or in a flat-sharing community or without a steady address</i>
i 520	Employment status Refers to the nature and extent of training, paid, or volunteer work. <i>Incl. School and university students, housewives, caring relatives, unemployed, and retired persons.</i>
i 525	Financial status Refers to the nature and extent of financial means at a person's disposal. <i>Incl. Property holdings, gainful employment, unemployment benefits, pension, and entitlements.</i>
i 527	Legal status Refers to the status of a person within a legal system with rights and obligations. <i>Incl. Resident status, legal capacity, insurance status, support and supervision status, and right to vote.</i>
i 530	Societal status Describes the position within a social structure or this position relative to the system of social hierarchy. The status expresses the rank, prestige, social value, authority, and power a person has in the society. <i>Incl. Class identification.</i> <i>Excl. Profession, education (i550), and family status (i510.)</i>
i 535	Cultural status Describes, e.g. the affiliation to religious, ideological, political groups, clubs, associations, and social networks (Internet).
i 540	Ethnic affiliation Refers to the subjective and objective affiliation to one or several groups of people with a collectively or mutually experienced origin, culture, language, religion, and/or history. <i>Excl. Societal status (i 530).</i>
i 550	Educational status Includes the personal characteristics of an individual in terms of their educational status as the outcome of a process of training and education, which has led to a formal qualification.
i 598	Life situation, other specified
i 599	Life situation, unspecified

Note: The codes in column 1 are DGSMP codes.



Positionen – Risiken – Wirkungen (VGL. CRAUS DE CAMARGO, 2006)

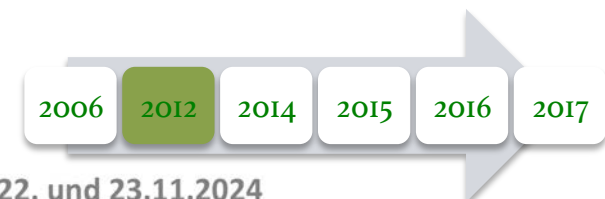
- Die Erhebung und Übermittlung PBF zur Entscheidung über Leistungsansprüche berge **Risiken** auf der Ebene der **Systematik der ICF** sowie auf der **zwischenmenschlichen Ebene**.
- Die systematische Erfassung von PBF sei **kein Garant für Transparenz und Nachvollziehbarkeit**. Im Rahmen von Datenerfassung berge die Erfassung von personbezogenen Daten das zusätzliche **Risiko der Diskriminierung**, ohne einen Gewinn für die Gesundheitsplanung darzustellen.
- Die Erfassung und Dokumentation von PBF solle dem **persönlichen Austausch** zwischen den beteiligten Personen vorbehalten bleiben.





Positionen – Risiken – Wirkungen (VGL. NÜCHTERN, 2012, S. 19)

- Die einheitliche Erhebung PBF werde von der ICF bisher **nicht ausreichend unterstützt**. Die Kenntnis der im Einzelfall als Förderfaktor oder Barriere relevanten PBF sei aber beispielsweise im Rehabilitationsprozess oder bei der Allokation von bedarfsgerechten Leistungen von großer Bedeutung.
- Ein einheitliches Ordnungssystem werde benötigt. Angesichts der Verankerung der ICF-Nutzung zur umfassenden Bedarfsfeststellung im Sozialrecht sei die Erstellung eines solchen Ordnungssystems auch **rechtlich zulässig und naheliegend**.
- Bei seiner Anwendung würden die auch sonst bei der Bedarfsfeststellung zu berücksichtigenden rechtlichen und ethischen Normen gelten. Die unsystematische, intransparente und nicht vergleichbare Berücksichtigung personbezogener Faktoren berge deutlich größere Risiken mit sich als die Nutzung der vorgestellten Systematik.
- Die vorgeschlagene Liste PBF **könne und solle daher in der Praxis erprobt und diese Erprobung von der Wissenschaft begleitet werden**.





Positionen – Risiken – Wirkungen (VGL. BRÜGGEMANN, NEBE, OSTHOLT-CORSTEN, WEINBRENNER, 2014)

Es zeige sich eine Vielzahl von Gründen, die gegen die Klassifikation der PBF sprechen würden:

- **Methodisch-formale Aspekte:** Items würden bereits vielfach in anderen ICF-Komponenten erscheinen. Dies widerspreche einerseits den taxonomischen Prinzipien der WHO, andererseits führe ein nationaler Alleingang dazu, dass die ICF international nicht mehr einheitlich sei. Ungeklärt bleibe, ob für die verwendeten Begrifflichkeiten ein einheitliches Verständnis gelte und inwieweit sie operationalisierbar und messbar seien. Darüber hinaus sei formale Vorgehen im Erstellungsprozess der Systematik zu kritisieren. Es seien keine empirischen Erhebungen durchgeführt worden, eine wissenschaftliche Begleitung fehle und Betroffene seien nicht mit einbezogen worden.
- **Ethisch-moralische Aspekte:** Durch eine Klassifizierung PBF könne es – nicht nur durch nicht-sachgerechte Nutzung – zu Stigmatisierung und Diskriminierung der begutachten Menschen kommen. Der Gültigkeitsanspruch resultierender Aussagen sei nicht geklärt. Hinzu komme eine schwierige Diskussion um den Begriff der Normalität.





Positionen – Risiken – Wirkungen (Vgl. CIBIS, 2015)

- PBF würden für die Rehabilitation **eine wichtige Rolle spielen** und sie würden die Festlegung der Inhalte von Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsmotivation und Rehabilitationserfolgsprognose beeinflussen.
- Die von der DGSMP-Arbeitsgruppe vorgeschlagene Systematik und die Begrifflichkeiten biete eine Chance, „**Licht in das Dunkel**“ der Personbezogenen Faktoren zu bringen.
- Fehlende Systematik und Begrifflichkeit könnten zu Sprachlosigkeit, Tabuisierung und Missverständnissen führen, die dem Betroffenen schaden und eher der unberechtigten Stärkung der Position der Entscheidungsträger dienen.
- Das „Paradies der Unwissenheit und Intransparenz“ sei verlassen. Ein systematischer Denkansatz fördere **Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Plausibilität** für alle Beteiligten.
- Die Verpflichtung der Beschränkung dabei auf das Notwendige, Erforderliche und Ausreichende und **nur mit Einverständnis des Betroffenen**.





Positionen – Risiken – Wirkungen (VGL. SCHMIDT-OHLEMANN, 2016)

- **Fehlende Kodifizierung durch die WHO**

Die PBF seien von der WHO zunächst bewusst nicht kodifiziert worden, da darin eine Gefahr für die Menschen mit Behinderungen gesehen werde, ihre Behinderung zu personalisieren, zu unzutreffenden Beschreibungen im Sinne von „Merkmalszuweisungen“ zu Personen zu kommen oder zu stark in die Persönlichkeitsrechte einzugreifen, auch im Hinblick auf den Schutz persönlicher Daten.

- **Erhebung PBF in der Praxis**

In der Praxis würden sich jedoch PBF oft als wichtig erweisen, wenn es um Wünsche, Teilhabeoptionen und Konkretisierung von Zielen gehe. In der medizinischen und pädagogischen Praxis (insbesondere im Kontext von Instrumenten zur Gesamt- bzw. Teilhabeplanung) würden solche PBF ohnehin bereits in den sogenannten Basisdaten bzw. Anamnesedaten erhoben und verwendet werden, wenngleich nicht systematisch und oft auch nicht explizit. Darin liege ein mögliches Risiko, indem diese Faktoren unausgesprochen und damit nicht überprüfbar Entscheidungen zugrunde gelegt werden.





Positionen – Risiken – Wirkungen (VGL. KÖPPE 2017, S. 16)

- Die ganzheitliche Betrachtung des Individuums erlaube deutlich weitergehende Rückschlüsse über medizinische Interventionsmöglichkeiten und deren Notwendigkeit.
- Die kategoriale Abgrenzung der Domänen und Kontexte sei insofern plausibel, weil hierdurch eine Indexierung und Operationalisierung möglich werde.
- Dennoch finde sich trotz Verknüpfung medizinischer und sozialer Handlungsmodelle ein deutlicher Paternalismus durch die Medizin selbst. Das Normativ liege jedoch beim Individuum und seinem Gesundheitsproblem. **Eine Klassifikation personenbezogener Faktoren würde damit überflüssig werden.**





„Es dürfte unstrittig sein, dass die Personbezogenen Faktoren in der Sozialmedizin und in der Rehabilitation eine wichtige Rolle spielen. **Gestritten wird aber, ob diese Personbezogenen Faktoren klassifiziert werden sollten.**“

(NÜCHTERN, 2011)



Präsentation ausgewählter Forschungsergebnisse



Konferenzbeitrag von
Viktoria Jäger
Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeutin i.A.,
Sozialpädagogik u. Management



21.11.2024



ICF-Anwender*innenkonferenz 2024 online - 22. und 23.11.2024
für Kinder, Jugendliche und Erwachsene





Studienfrage und –ziel

„(Wie) sollte eine Dokumentation und / oder Kodierung von personbezogenen Faktoren (in/mit der ICF und der ICF-CY) erfolgen?“

- Die linguistische Struktur der Frage (mehrere Teilfragen aus verschiedenen Fragetypen) beinhaltet eine komplexe semantische Repräsentation mit genuin normativen Charaktereigenschaften
- Erkenntnisgewinn über Prioritäten der Verwendung von Personbezogenen Faktoren in der ICF im ExpertInnendiskurs und Zusammenführung zentraler Sichtweisen im deutschsprachigen Kontext
- Qualitativer Charakter, Sozial- und Rehabilitationsforschung, Gegenstandsangemessenheit, Nicht-Standardisiert, abduktiv-interpretierende Hypothesengenerierung, Literaturrecherche, Schlüsselpersoninterview, Fokusgruppendifkussion, ExpertInneninterviews, wissenschaftliche inhaltliche Diskursanalyse mit Typenbildung
- Zeitraum: 2020-2021



Name	Datum	Kommunikation	Dauer	Anzahl Worte
Fokusgruppendifkussion	10.01.2020	Persönlich	43 Min. 46 Sek.	5.629
ExpertInneninterview1	03.09.2020	Online	36 Min. 12 Sek.	5.042
ExpertInneninterview2	11.09.2020	Telefon	24 Min. 42 Sek.	4.001
ExpertInneninterview3	16.09.2020	Online	33 Min. 15 Sek.	4.955
ExpertInneninterview4	22.01.2021	Online	1 Std. 23 Min. 53 Sek.	10.050
ExpertInneninterview5	25.02.2021	Online	1 Std. 11 Min. 13 Sek.	8.393
ExpertInneninterview6	04.08.2021	Online	1 Std. 07 Min. 54 Sek.	10.002
INSGESAMT			6 Std. 0 Min. 55 Sek.	48.072
















Themenmatrix der Fokusgruppendifkussion (FGD)					
Theoriebezogene Ausarbeitung nach Disney-Methode (Dilts, 1994)		Adaption auf Forschungsinteresse		Bildung der Codierleitlinien (nach Mayring, 1980)	
Rolle	Eigenschaften bzw. Denkweise und Zielhorizont	FF	Konkrete Fragestellung in FGD	Bildung der Hauptkategorie	Definition der Hauptkategorie n. Auswertung der Subkategorien
„the dreamer“ (Träumer)	Zustand des Phantasten, Motor der Vision, Zuständig für Ideen, Imagination von Zukunftsbildern, Versetzung in wünschenswerte, positive Situationen	(Wie) sollte eine Dokumentation und / oder Kodierung von personbezogenen Faktoren (in/mit der ICF) erfolgen?	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist das allerbeste Ergebnis? • Was fällt Ihnen Verrücktes ein? • Wofür ist es gut? • Was hat eine Auszeichnung verdient? 	Subjektiv-enthusiastischer Standpunkt	Der subjektiv-enthusiastische Standpunkt umfasst den Wunsch nach mehr Individualität, einer Steigerung der Hilfs- und Leistungsangebote und schafft einen Rahmen der internationalen Vergleichbarkeit. Durch einen offenen Umgang und Etablierung von Erfahrungswerten können negative Haltungen abgeschwächt werden. Im Verlauf kann durch mehr Freiraum und Flexibilität Empowerment und Selbsthilfe erhöht werden.
„the spoiler“ (Kritiker)	Aufzeigen von Schwachstellen und Identifikation von Fehlerquellen, Hinterfragen des Nutzens, Bedacht auf Scheitern, Arbeit mit Erfahrungen aus der Vergangenheit		<ul style="list-style-type: none"> • Welche kritischen Meinungen gibt es? • Wo liegen die Schwächen? • Was sind die Risiken? • Wie vereinbar ist es mit den ethischen Leitlinien 	Hinterfragend-ablehnender Standpunkt	Der hinterfragend-ablehnende Standpunkt befürchtet eine Erhöhung des sog. „Schubladendenkens“ sowie eine fälschliche Verwendung durch Unehrllichkeit in der Beantwortung zur Statuserhöhung. Durch starre Strukturen und die Reduktion bzw. starke Vereinfachung auf Zahlen und Nummern wird ein Informations- und Persönlichkeitsverlust impliziert, der mit mangelnder Nachvollziehbarkeit und Wertschätzung einhergeht. Es ergibt sich ein Spannungsfeld mit dem Grundgedanken und den ethischen Leitlinien der ICF. Zudem werden Wirtschaftlichkeit, undurchsichtige Kosten-Nutzen-Relation, erhöhte Datenmengen mit intransparenter Verwendung sowie ein schädigender Umgang nicht demokratischer Staaten mit PBF befürchtet.
„the realist“ (Realist)	Systematische Denkweise, Zuständigkeit für Umsetzung, Entwicklung von Plänen und Zielen, Aufgabenverteilung und Voraussetzungen, Aufzeigen von Alternativen und Erörterung von Ressourcen		<ul style="list-style-type: none"> • Was wird für die Umsetzung benötigt? • Was könnten Sie gut gebrauchen? • Was wäre hilfreich? 	Pragmatisch-praktischer Standpunkt	Der pragmatisch-praktische Standpunkt strebt eine Kompromissfindung an und differenziert hierbei zwischen den Nutzungsbedingungen und –präferenzen unterschiedlicher Berufsgruppen, an deren hauptsächlichster Beteiligung die Soziale Arbeit, Medizin und Wirtschaft gesehen wird. Aufgrund der hohen Komplexität des Spektrums werden Schulungen in Kompetenzen und Gesprächsführung sowie Inventarentwicklung empfohlen. Er legt den Fokus auf die Weiterentwicklung der ICF als Gesamtkonstrukt.

LF	Problemzentrierung auf die Bereiche:	FF	Konkrete Fragestellung in pIEI	Bildung der Hauptkategorie
1.	„Definition“	(Wie) sollte eine Dokumentation und / oder Kodierung von personbezogenen Faktoren (in/mit der ICF) erfolgen?	Was verstehen Sie persönlich unter PBF? Schließen Sie sich der Definition an, würden Sie Aspekte ergänzen oder weglassen?	Standpunkte zur WHO-Definition
2.	„Aktueller Entwicklungsstand“		Wie würden Sie den derzeitigen Entwicklungsstand rund um die PBF beschreiben?	Standpunkte zum aktuellen Entwicklungsstand
3.	„Praktische Arbeit und Verwendung“		Welchen Stellenwert haben PBF in Ihrer eigenen praktischen Arbeit? Wie nehmen Sie die aktuelle Verwendung der PBF generell/allgemein in der Praxis wahr?	Standpunkte im Rahmen praktischer Arbeit und Verwendung
4.	„Umsetzung/ Dokumentation“		Wie sollte aus Ihrer Sicht eine Dokumentation von PBF erfolgen?	Standpunkte zur Umsetzung und Dokumentation
5.	„Zusammenhang mit ICF, Ethischen Leitlinien und BTGH“		Wie kann man sowohl die ethischen Leitlinien der ICF als auch die Bestimmungen des BTGH in der Anwendung der PBF angemessen berücksichtigen?	Standpunkte zum Zusammenhang mit der ICF, den ethischen Leitlinien und dem BTGH
6.	„Zukünftige Entwicklungen“		Welches Format wünschen sie sich, um PBF weiterhin zu thematisieren? Wie kann ein solches Format gestaltet sein, um zu Erkenntnissen zu gelangen? Gab es bisher Interventionen, die besonders gewinnbringend waren?	Standpunkte zu den zukünftigen Entwicklungen

*DOKUMENTATION UND / ODER KODIERUNG VON (IN/MIT DER ICF UND DER ICF-CY) ERFOLGEN?“
BEITRAG VON VIKTORIA JÄGER*



	 Sprecherposition	 Definition	 Derzeitiger Entwicklungsstand	 Praxis und Verwendung	 Dokumentation	 ICF, Ethische Leitlinien, BTHG	 Zukünftige Entwicklungen
 Expertin1	„Und in die Richtung - und das spricht eben dafür, dass es eben nicht hilfreich wäre.“	„Da kommt es mir auf andere Dinge an.“	„(...) es haben ja jetzt- alle Bundesländer haben ja verschiedene Instrumente entwickelt , die aber nicht evaluiert sind (...) Wo es natürlich sehr spannend sein wird tatsächlich, die- na ja, also auch herauszufinden, also wie werden sie angewandt .“	„Und auch das würde- müsste nochmal deutlicher gemacht werden, dass es nicht darum geht, Menschen in Schubladen zu stecken, sondern eigentlich ja Vergleiche zwischen allen anzustellen.“	„Man kann es nicht erfassen, wenn man es nicht kategorisiert. Und bei den personenbezogenen Faktoren ist es vielleicht die Frage, muss ich ja nicht viel allgemeiner herangehen .“	„Die ICF soll zwar nicht messen, dient der Kategorisierung, wird aber teilweise so verstanden. (...) Da kann sie nichts dafür , (...) aber teilweise wird das eben dann auch so verwendet, oder kann es so verwendet werden.“	„Vielleicht müsste man, also bei der Weiterentwicklung nochmal gucken, (...) wie man es schafft, dann auch gemeinsam mit Menschen mit Behinderung , weil die waren eben ja nicht, also auch bei der Entstehung nicht beteiligt.“
 Expertin2	„Und ich sage ganz ehrlich, dass ich dazu noch keine ganz abschließende Meinung habe.“	„Eine wüste Mischung . Kein Wunder, dass damit lange Zeit niemand irgendetwas hat anfangen können.“	„Das ist also nicht ein Prozess, der so ganz einfach gewesen wäre. (...) Aber (...) das Ganze hat eine gewisse Dynamik bekommen.“	„Wir haben schon immer damit gearbeitet. Aber wir haben sie teilweise nicht berücksichtigt. Und wir werden jetzt neu lernen müssen, was sind eigentlich Personen.“	„Ich finde, dass die personenbezogenen Faktoren dort nicht anders behandelt werden müssen oder können als alle anderen Komponenten der ICF auch. Und dann muss man sich entscheiden was man will.“	„Die ICF ist NICHT defizitorientiert. Sie ist es NICHT. Sie versteckt es nur gut . (...) Und man muss ganz klar sagen: Jeder von uns kann Betroffener oder Betroffene werden.“	Da denke ich, müssen wir ran. (...) Da ist ganz viel Schulungs- und ganz viel Aufklärungsbedarf da.“
 Expertin3	„Ich muss es eigentlich das Komplexmodell erfassen, sonst bin ich im Wald.“	„Man weiß nicht wirklich was die Faktoren sind.(...)“	„Es immer eine Fortentwicklung .“	„Wenn ich das sinnvoll verwenden will, immer nur konstruktbezogen verwenden und dann als Qualifier für eine Aktivität und Teilhabe und dann bin ich richtig drin.“	„Für mich ist (...) die Lösung des Ganzen, dass ich personenbezogene Faktoren, (...) nie isoliert sehen kann. (...)da muss ich (...) den Kontext dazuschreiben . (...) Ein Persönlichkeitsinterview (...) ist (...) nicht hilfreich.“	„Ich halte einen Teil des Bundesteilhabegesetzes für fehlinterpretiert oder für fehlangelegt .“	„Und die Leute müssen merken, dass die Perspektive eine andere ist. Also nicht das rote Buch nehmen und nachschlagen.“
 Expertin4	„Ich denke, das ist nicht falsch . Sondern im Gegenteil. Wenn ich mich der Person in ihrem so Sein öffnen möchte, dann brauche ich diese personenbezogenen Faktoren.“	„Ich würde ungern eben über die personenbezogenen Faktoren isoliert reden. Weil ich glaube, die sind nur in einem Zusammenhang eigentlich zu betrachten.“	„Die zentrale Frage ist damals nicht beantwortet worden . Nämlich: Das Ganze in einen Handlungskontext zu stellen. Was ist vorher? Was ist nachher? Was passiert denn damit?“	„Mein Gefühl ist, dass das unterentwickelt ist. Und dass das eben schwer zu standardisieren ist. Weil jede Einrichtung macht das auch ein bisschen selber.“	„Ein kategoriales System , was verschiedene Lebensbereiche und Funktionen umfasst, das kann sehr hilfreich sein (...) Im Verhältnis zu einem freien Text , der dann natürlich auch gut formuliert sein muss.“	„Wenn man nicht das ganze in einen ethischen Kontext stellt, dann gibt es dafür letztendlich keine breite Akzeptanz .“	„Der Unterschied ist sozusagen Entwicklung und Durchdringung und so. Als gemeinsames Arbeitskonzept zu entwickeln. Statt dass ich mir vom Kohlhammer Verlag ein Büchlein kaufe, wo die Checklisten drinnen sind.“
 Expertin5	„Also Sie sehen, wenn Sie meine Haltung sehen, ich bin zerrissen innerlich .“	„Nein, es gibt diese Zustände nicht , die sind nicht denkbar vom Gesundheitszustand losgelöst zu sein.“	„ Hauptsache, es geht jetzt in diesem Thema einmal weiter .“	„Und jeder fängt jetzt an, an diesen verschiedenen Stellen an, personenbezogene Faktoren neu zu erheben. Ist ja gruselig . Damit haben wir sozusagen die Idee der ICF so ein bisschen ad absurdum geführt.“	„Wenn wir uns tatsächlich dafür entscheiden sollten, die personenbezogenen Faktoren tatsächlich einmal standardisiert zu erheben, dann müssen wir auch darauf achten, dass sie dann auch wirklich standardisiert .“	„Sie müssen natürlich die ethischen Grundlagen vor Augen haben. Aber sie müssen auch einer Bedarfssituation Leistungen folgen lassen . (...)“	„Und wenn man sich entscheidet irgendwann einmal, aber da möchte ich ehrlich gesagt- Weiß ich nicht, ob ich mich gern in diese Diskussion bewegen möchte .“
 Expertin6	„Das Wichtigste (...) im Moment ist (...) die Umsetzung , wie können wir das eben wirklich operationalisieren, (...) dass nicht jemand versucht, sich da rauszuwinden.“	„Wir müssen immer von der gleichen Begrifflichkeit ausgehen und das ist ganz schwierig.“	„Steter Tropfen höhlt den Stein (...) Man braucht einen langen Atem. Aber es ist jetzt angekommen dieses Verständnis.“	„Da stellte sich dann raus, dass wir alle von unterschiedlichen Begrifflichkeiten oder Definitionen ausgehen. Ja. Und das ist die ganz große Gefahr .“	„(...) du musst so dokumentieren, dass ich die Persönlichkeit der einzelnen Person nicht verletze. Und das tue ich, indem ich neutral, nicht wertend , was den Faktor selber angeht, also das Item selber nicht bewerte, sondern ganz neutral aufschreibe.“	„Total neutral ausgedrückt: Damit verletze ich keine Persönlichkeit. Das ist ethisch absolut in Ordnung .“	„Und wir sollten lieber das in die Hand nehmen und nicht warten “



Themenmatrix der problemzentrierten, leitfadengestützten ExpertInneninterviews (pEI)					
Theoriebezogene Ausarbeitung		Adaption auf Forschungsinteresse		Bildung der Codierleitlinien (nach Mayring, 1980)	
LF*	Problemzentrierung auf die Bereiche:	FF	Konkrete Fragestellung in pEI	Bildung der Hauptkategorie	Definition der Hauptkategorie n. Auswertung der Subkategorien
1.	„Definition“	(Wie) sollte eine Dokumentation und / oder Kodierung von personenbezogenen Faktoren (in/mit der ICF) erfolgen?	Was verstehen Sie persönlich unter PBF? Schließen Sie sich der Definition an, würden Sie Aspekte ergänzen oder weglassen?	Standpunkte zur WHO-Definition	Die weit auseinandergehenden Standpunkte zur WHO-Definition bewegen sich zwischen der Forderung nach keiner allgemeingültiger Definition sowie der Forderung nach den aktuell vorgegebenen Aufgangsbegriffen als <i>state of the art</i> . Die Schlagworte umfassen: Undeutlichkeit durch Layout, Begriffsdiffusionen durch Semantik, Syntax, Interkulturalität und Sozialkonstruktivismus, Überschneidungen zwischen PBF und Körperfunktion/Körperstruktur bzw. Person und Krankheit, variable Einzelfälle, fehlender unmittelbarer Zusammenhang mit dem Gesundheitsproblem, Umgangs- und Perspektivwechsel.
2.	„Aktueller Entwicklungsstand“		Wie würden Sie den derzeitigen Entwicklungsstand um die PBF beschreiben?	Standpunkte zum aktuellen Entwicklungsstand	Die weitgehend übereinstimmenden Standpunkte zum aktuellen Entwicklungsstand beschreiben einen neuen Qualitätsstand durch Entwicklungsschübe von Sozialmedizin, Eingliederungshilfe und BTHG, jedoch berechtigte Kritik durch wenig Diskussion, Reflektion und Evaluation von Genesis, Geltung und bundesland- und professionsspezifischer föderalistischer Erhebungsinstrumente und Versorgungsketten, wenig bekannte Ansätze und Fokussierung auf praktisches Verwendungsinteresse.
3.	„Praktische Arbeit und Verwendung“		Welchen Stellenwert haben PBF in Ihrer eigenen praktischen Arbeit? Wie nehmen Sie die aktuelle Verwendung der PBF generell/allgemein in der Praxis wahr?	Standpunkte im Rahmen praktischer Arbeit und Verwendung	Die unterschiedlichen Standpunkte im Rahmen der eigenen praktischen Arbeit und generellen Verwendung in der Praxis formulieren frühe Arbeitsbeginne und Einbezug PBF in Planungen noch vor Einführung der ICF, gleichermaßen Sorge um Wildwuchs, unverbindliche und uneinheitliche Einsätze der Qualifier, Etikettierung, Abgrenzung Praxis und Forschung und Lagerkämpfe. Zudem wurden Akzeptanz und Nutzungshäufigkeit kritisch betrachtet.
4.	„Umsetzung/ Dokumentation“		Wie sollte aus Ihrer Sicht eine Dokumentation von PBF erfolgen?	Standpunkte zur Umsetzung und Dokumentation	Die Standpunkte zur Umsetzung und Dokumentation empfehlen weitestgehend übereinstimmend die pragmatisch-akademische Haltung einer fokussierte Betrachtungsweise im zu Üben den hermeneutischen Prozess im mehrdimensionalen Raum unter Stärkung und Deutungshoheit der Klienten und einer kontextbezogenen, nie isolierten doppelten Dokumentation standardisierter Einschätzungsmerkmale und neutraler komprimierter sprachlich-textlicher Informationen als Abbild einer relevanten, kontextbezogenen Momentaufnahme.
5.	„Zusammenhang mit ICF, Ethischen Leitlinien und BTGH“		Wie kann man sowohl die ethischen Leitlinien der ICF als auch die Bestimmungen des BTHG in der Anwendung der PBF angemessen berücksichtigen?	Standpunkte zum Zusammenhang mit der ICF, den ethischen Leitlinien und dem BTGH	Im Zusammenhang mit der ICF, den ethischen Leitlinien und dem BTGH wird grundsätzlich ein mögliches Spannungsverhältnis zwischen gesetzlich fundiertem Auftrag umfassender Bedarfsermittlung und Teilhabe, mechanisierter Vorgehensweisen und Bürokratisierung, dem Schutz persönlicher Daten („gläserner Patient“) und wenig politischer Aktivität postuliert. Die resultierenden weit auseinandergehenden Standpunkte reichen von der Einschätzung als wirklich problematisch bis nicht bedenklich.
6.	„Zukünftige Entwicklungen“		Welches Format wünschen sie sich, um PBF weiterhin zu thematisieren? Wie kann ein solches Format gestaltet sein, um zu Erkenntnissen zu gelangen? Gab es bisher Interventionen, die besonders gewinnbringend waren?	Standpunkte zu den zukünftigen Entwicklungen	Die überwiegend übereinstimmenden Standpunkte zu den zukünftigen Entwicklungen formulieren einerseits die Sorge um Relevanzverlust und die praktische Handhabbarkeit durch Verfachsprachlichung, empfohlen werden andererseits: Kontextbezogenheit mit Gesamtkonstrukt der ICF, auf Verständnis und biopsychosoziales Modell ausgerichtete Haltung, Verantwortungsträger, Einbezug multiprofessioneller Blickwinkel und Perspektiven, Bildung von Untergruppen im Zuge einer größerer Veranstaltung mit Einbezug von Selbstvertretungsorganisationen, Evaluationen und Pilotprojekte, Schulungen und Materialaufbereitung (u.a. gemeinsames konzentriertes Skillsets, Entwicklung von Lehrbüchern in einfacher Form und Bildersprache)

*LF=Leitfaden



Zusammenfassung der Ergebnisse im Fließtext

Im Zusammenhang mit der aktuellen Definition der ICF von Personbezogenen Faktoren wird ein Perspektivwechsel im Umgang mit Blick auf Menschenrechte angestrebt anstatt einer Definitionsänderung bei einem insgesamt nachvollziehbaren Konzept. Im Hinblick auf den derzeitigen Entwicklungsstand von Personbezogenen Faktoren stellt die Evaluation bisher entwickelter Instrumentarien im Hinblick auf Anwendung, Erfahrungen und Relevanz für AdressatInnen einen nächsten notwendigen Schritt dar. Im Resümee über den Stellenwert von Personbezogenen Faktoren in der eigenen praktischen Arbeit sowie über die aktuelle Verwendung von Personbezogenen Faktoren generell in der Praxis wird an eine respektvolle Anwendung der ethischen Leitlinien zur Bewusstseinschaffung appelliert. Angesichts der Frage nach einer Dokumentation von Personbezogenen Faktoren wird die Abwendung von einer zu feingliedrigen Aufteilung hin zu einer Selbstreflektion in der Anwendung sowie in der Beurteilung vorgeschlagen. Der Fokus auf Schulungen, eine gewisse Prozesssicht sowie die Stärkung von AdressatInnen gelten als Hinweise auf die Haltung gegenüber den Personbezogenen Faktoren in Zusammenhang mit dem Gesamtkonstrukt der ICF, der Berücksichtigung der ethischen Leitlinien sowie den Bestimmungen des Bundesteilhabegesetzes. In der abschließenden Betrachtung wird der Miteinbezug von Selbstvertretungsorganisationen, die Rückbesinnung auf Gesamtkonstrukt der ICF sowie die Thematisierung von Personbezogenen Faktoren nur in Untergruppen auf z.B. Konferenzen gewünscht.

„UND IN DIE RICHTUNG - UND DAS SPRICHT EBEN DAFÜR, DASS ES EBEN NICHT HILFREICH WÄRE.“

„UND ICH SAGE GANZ EHRlich, DASS ICH DAZU NOCH KEINE GANZ ABSCHLIEßENDE MEINUNG HABE.“

„ICH MUSS ES EIGENTLICH DAS KOMPLEXMODELL ERFASSEN, SONST BIN ICH IM WALD.“

„WENN ICH MICH DER PERSON IN IHREM SO SEIN ÖFFNEN MÖCHTE, DANN BRAUCHE ICH DIESE PERSONENBEZOGENEN FAKTOREN.“

„ALSO SIE SEHEN, WENN SIE MEINE HALTUNG SEHEN, ICH BIN ZERRISSEN INNERLICH.“



Vorstellung weiterer subjektiv ausgewählter Forschungsergebnisse aus der Praxis

- Nach einer ICF-basierten Untersuchung von **NICK 2010** ($N=557$) weisen die PBF „**Selbstwirksamkeit und Selbstwert bei Menschen nach einer Rückenmarksschädigung**“ einen starken Zusammenhang zur Partizipation auf und können somit im umfassenden Rahmen der ICF zu einem tiefgreifenden Verständnis der Funktionsfähigkeit und Behinderung beitragen, was wiederum die Weiterentwicklung gezielter Interventionen zur Unterstützung der betroffenen Personen erleichtern könne (S. 90f.).
- Die Untersuchung von **TUECHLE ET AL 2016** ($N=245$) zum „**Alter und Geschlecht als PBF innerhalb des ICF Core Sets für chronische Rückenschmerzen**“ zeigte, dass Alter und Geschlecht eine wichtige Rolle bei der Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigung durch Rückenschmerzen spielen.
- Im Zuge einer Delphi-Befragung von **BÖKEL ET AL 2023** im Rahmen der „**Erwerbsminderungsrente bei muskuloskeletalen Erkrankungen**“ unter ExpertInnen ($N=76$) aus dem Feld der sozialmedizinischen Begutachtung wurden 86 Faktoren der person- und umweltbezogenen im Konsens, d. h. mit einer Übereinstimmung von $> 80\%$ der Teilnehmenden, als relevant bzw. sehr relevant für die sozialmedizinische Begutachtung bewertet.
- **GARTMANN ET AL 2024** stellten aus einer retrospektiven Untersuchung von 215 (=N) „**sozialmedizinischen Gutachten mit muskuloskelettalen Diagnosen**“ aus dem Jahr 2017 fest, dass ein gezieltes Erfassen person- und umweltbezogener Faktoren sowie ein strukturierter, individualisierter *Decision-making-Prozess* eine ressourcenorientierte Zuweisung hinsichtlich individualisierter sozialmedizinischer orthopädischer Maßnahmenplanung ermöglichen können



Auszug aus dem Forschungsfazit

„Zukünftig wird der Gesundheitssektor der Wachstumsmarkt Nummer eins sein. Die Sozialmedizin tut sich also gut daran, sich rechtzeitig für die Aufgaben der Zukunft zu wappnen.“

(SCHRÖDER & HACKHAUSEN, 2001, S. 26)

- **Interdisziplinäres, ergebnisorientiertes Forschen:**

Mindestens zwei Personen aus divergierenden Wissensgebieten können in der Lage dazu sein, gemeinsam etwas Neuartiges, z. B. eine Problemlösung oder **ein tieferes Verständnis einer Fragestellung zu erzeugen, zu dem sie jeweils allein nicht im Stande gewesen wären.**

- Es gilt – im Sinne erforderlicher Problemlösungen – **eine Einheit zu finden, ohne die vorhandene Vielfalt zu zerstören.**
- Vor dem Hintergrund differenter Perspektiven mit unterschiedlichen Erkenntnisinteressen und Zielen mit ebenso unterschiedlichen Ansätzen, Fachtraditionen, thematischen Schwerpunkten und Methoden können **sich Menschen miteinander vertraut machen und in konstruktiver Auseinandersetzung** damit eigene interdisziplinäre Kompetenzen erarbeiten.

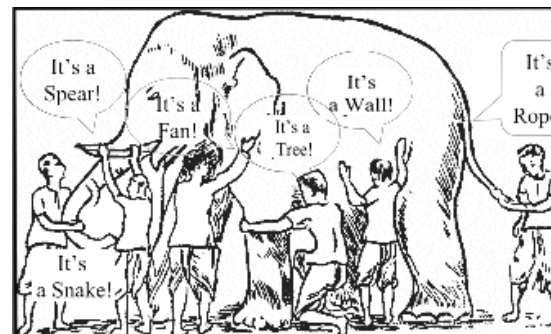
(VGL. ZIMMERMANN 2024)



Auszug aus dem handlungsleitenden Fazit mit inkludiertem Abschlussimpuls

Es gilt, bei allem Bewusstsein der Aktualität und Wirkmächtigkeit der Thematik, den hier dargestellten aktuellen Status der Debatte als ressourcenorientiertes Handwerkszeug zu verstehen, aus der Passivität auszusteigen, sich eine eigene Meinung zu bilden und gestaltungsfreudig dafür einzustehen.

Das zu Anfang vorgestellte „Gleichnis der blinden Männer und dem Elefanten“ verdeutlicht das bedeutsamste Phänomen der eigenen menschlichen Erkenntnisfähigkeit: die Komplementarität. Die Ausgestaltung der Kodierung der PBF fällt nicht zwischen zwei scheinbar widersprüchlichen, unvereinbaren und sich gegenseitig ausschließenden Optionen, das Ziel ist nicht eine perfekte Lösung zur Vermeidung von Fehlern. Mit aller Sensibilität für die eigenen blinden Flecken und bleibt zum aktuellen Zeitpunkt im Sinne einer „Win-Win-Integration“ vor allem zu sagen: Das zu bewahrende Herzstück der ICF ist und bleibt das **Bio-Psycho-Soziale Modell selbst**, die Ausgestaltung ist so individuell wie der Mensch selbst, an dem es sich orientiert.



„DIE GELEHRTEN SENKTEN BESCHÄMT IHREN KOPF, NACHDEM SIE ERKANNTEN, DAß JEDER VON IHNEN NUR EINEN TEIL DES ELEFANTEN ERTASTET HATTE UND SIE SICH ZU SCHNELL DAMIT ZUFRIEDENGEGEBEN HATTE.“



Auszug aus dem handlungsleitenden Fazit

**„Jede Zeit hat ihre Aufgabe und durch die Lösung derselben
rückt die Menschheit weiter.“**

HEINRICH HEINE

Die Personbezogenen Faktoren bewegen sich im Spannungsverhältnis zwischen Schutzraum und dringender Notwendigkeit der Klärung mit Auswirkungen auf das aktuelle Mindset von (Nicht-) AnwenderInnen auch hinsichtlich Selbstbestimmungs- und Professionalisierungswegen.

Sich als Fachkraft in den Prozess der Weiterentwicklung mit einzubringen, um in einem jungen Fachgebiet Bewertungsprofilen im Grunddiskurs eine dringliche und notwendige Austauschfläche bereit zu stellen und gesprächsbereit am Meinungs austausch interessiert bleiben, bleibt nur zu empfehlen. Auch die Resultate aus laufenden Forschungs- und Pilotprojekten, u.a. zu passgenauen Schulungsmaterialien für Fachkräfte, u.a. auch webbasierte Ansätze, familienfreundliche Versionen und Selbsteinschätzungsinstrumente sowie praxisorientierte elektronische – und Linkage-Tools sollten hinsichtlich Personbezogener Faktoren ausgewertet werden.



Auszug aus der Beantwortung der Studienfrage

„(Wie) sollte eine Dokumentation und / oder Kodierung von personbezogenen Faktoren (in/mit der ICF und der ICF-CY) erfolgen?“

Aus meiner eigenen Sicht, m.E. formuliert in der doch ungewöhnlichen Art der „Ich-Perspektive“, wachsend aus der eigenen persönlichen Merkmalen und Wertvorstellungen, dem beruflichen Hintergrund und Fachansichten sowie den Erkenntnissen des Forschungsprozesses sollte aus meiner aktuellen Sicht **sowohl eine** Klassifikation und Kodierung in Anlehnung der „Systematik zu den Personbezogenen Faktoren“ **als auch eine begleitende** Dokumentation im wertschätzenden, positiv formulierten Fließtext erfolgen, da die ICF als Beschreibungs- und nicht als Beurteilungsinstrument verstanden wird. Standardisierung und Individualisierung schließen sich unter Berücksichtigung der ethischen – und Kodierungsleitlinien nicht aus, sondern ergänzen sich, somit kann sich der Fülle der individuellen Persönlichkeitsschätze geöffnet werden, die eigne Kompetenz durch Übung erweitert werden, gelingende individuelle Prozesse gemeinsam mit den AdressatInnen entwickelt werden und optimistische Handlungsoptionen für die Zukunft geschaffen werden. Die ICF ist ein Instrument, was Vollkommenheit ermöglichen kann und insbesondere durch die Zuhilfenahme des praktischen Systemstools der „**Kommunikationsdoppelpyramide**“ kann eine Dokumentation mit Kodierung von personbezogenen Faktoren sowohl in der ICF als auch in der ICF-CY zugleich bedeuten, im raschen Zeitgeist das individuelle Miteinander zu erhalten.



Literaturverzeichnis

BAR (2019): Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt/M. Online: <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produkt-details/produkt/91.html>

BAR (2016): Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt/M. Online: <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produkt-details/produkt/125.html>.

BAR (2016): ICF-Praxis-Leitfaden 1-4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt/M. Online: www.bar-frankfurt.de/publikationen/icf-praxisleitfaeden/.

BfDI (2020): Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) – Bundesdatenschutzgesetz (BDSG): Texte und Erläuterungen. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Information freiheit: Bonn. Online: www.bfdi.bund.de.

Bökel, Andrea; Gartmann, Judith; Sturm, Christian; Egen, Christoph (2023): Personbezogene und Umweltfaktoren in sozialmedizinischen orthopädischen Gutachten; Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Brüggemann, Silke; Neue, A.; Ostholt-Corsten, Margarete; Weinbrenner, Susanne (2014): Warum die personbezogenen Kontextfaktoren der ICF nicht klassifiziert werden sollten, München: Das Gesundheitswesen/ Thieme Verlag.

Cibis, Wolfgang (2015): Klassifikation der Personbezogenen Faktoren der ICF: Die Vertreibung aus dem „Paradies der Unwissenheit und Intransparenz“? Frankfurt/Main: BAR. DVfR (2018): Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG): „Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX“. Beschlossen vom Hauptvorstand der DVfR am 16.10.2018.

DVfR (2017): ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsermittlung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Stellungnahme des Ad-hoc- Ausschusses „Umsetzung des BTHG“ der DVfR.

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Verlag MMI Medizinische Medien Informations GmbH - Wissen für Gesundheit: Neu-Isenburg.

Fuchs, Harry (2018): Intention des Gesetzgebers zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX und Begriffsbestimmung. Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht: www.reha-recht.de der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR).

Grotkamp, Sabine et al. (2020): Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Das Gesundheitswesen, 82: 107–116, <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1011-3161.pdf>

Hochschule Nordhausen (2024): Einladung zur 5. ICF Anwender*innenkonferenz online der D-A-CH Länder, Internetquelle abgerufen von: https://www.hs-nordhausen.de/veranstaltungen/icf-anwenderinnenkonferenz-2024-online/?fbclid=PAZKh0BgNhZWOCMEAAaZQzguEugQUHYoX_6PHXZe34egnvvofXGtj6R-VLXpw8RijyScQNSvBnmC_e_aem_Xo2R4Pc_oIN3K_LXwcWfWA, am 20. November 2024.

Janssen, Christina (2018): Umwelt- und personenbezogene Faktoren der ICF - Vom hemmenden zum fördernden Kontext. *ergopraxis*, 11/9: 16–19.

Kleineke, V., Menzel-Begemann, A., Wild, B. & Meyer, T. (2017). Umweltfaktoren in der medizinischen Rehabilitation: Ihre Bedeutung für die Förderung von Teilhabe. Jacobs-Verlag: Lage.

Köppe, Rainer (2017): Personenbezogene Faktoren in der Psychosomatik und deren pädagogische Konsequenzen, Hannover: Fachhochschule des Mittelstandes (FHM).

Kraus de Camargo, Olaf (2016): Personbezogene Faktoren und Teilhabe, Berlin: Bundesgesundheitsblatt, Springer Verlag.

Nick, Eva (2010): Selbstwirksamkeit und Selbstwert als Personenbezogene Faktoren im Kontext von Funktionsfähigkeit und Behinderung bei Rückenmarkschädigung - eine ICF-basierte Studie, Zürich: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie.

Nüchtern, Elisabeth (2019): Die Berücksichtigung von Kontextfaktoren in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Der medizinische Sachverständige*, 115/3: 86-93.

Nüchtern, Elisabeth (2014): Bedeutung der Nutzung personbezogener Faktoren der ICF in der praktischen Sozialmedizin und Rehabilitation, Beitrag zur 12. ICF-Anwenderkonferenz in Karlsruhe am 12. März 2014: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg.

Seger, W. (2018): Kritische Überlegungen zur Nutzung der ICF in der Versorgungsmedizin. *RP Reha - Zeitschrift für Rehabilitations-, Teilhabe- und Schwerbehindertenrecht*, 3/18: 20–28.

Schmidt-Ohleemann, Matthias (2016): Risiken und Wirkungen einer systematischen Erfassung personbezogener Faktoren der ICF aus rehabilitationsmedizinischer Sicht, Halle(Saale) Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften.

Schröder, Harry, Hackhausen, Winfried (2001): Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation, Kumbach: ego Fachverlage.

Tuechler, K, Fehrmann E., Kotulla, S., Mair, P., Zemkova, E., Ebenbichler, G., Kienbach, T. (2016): Alter und Geschlecht als personbezogene Faktoren innerhalb des ICF Core Sets für chronische Rückenschmerzen, Kongressbeitrag in: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2016; 26 - A49 DOI: 10.1055/s-0036-1593944.

Widers, T. (2019): Operationalisierung der Erhebung und Dokumentation von Kontextfaktoren im Rahmen der Ermittlung und Feststellung von Teilhabebedarfen. *Das Gesundheitswesen*, 81: 696.

World Health Organization (2017): International Classification of Functioning, Disability and Health, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, Bern: Hogrefe Verlag.

World Health Organization (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, übersetzt und herausgegeben von Judith Hollenweger und Olaf Kraus de Camargo unter Mitarbeit vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, Bern: Hogrefe Verlag.

Zimmermann, Anette (2020): Die Blinden Männer und der Elefant, Internetquelle heruntergeladen von: <https://www.reli-ordner.de/andere-religionen-und-weltanschauungen/die-blinden-männer-und-der-elfant/> am 20. November 2024.

Zimmermann, Monika (2024): Interdisziplinäres Coaching, Heidelberg, Internetquelle heruntergeladen von <https://coaching-zentrum-zimmermann.de> am 20. November 2024.



Vielen herzlichen Dank für Ihr Interesse am Thema

Personbezogene Faktoren in der ICF

Ich wünsche Ihnen bei aller Komplexität des Modells innerhalb zukünftiger Selbstbestimmungs- und Professionalisierungsmaßnahmen eine agile Handlungsfähigkeit, um zukunftsorientiert optimistisch sowohl theoretisch als auch praktisch praktizieren zu können.

„BEHANDLE DEN MENSCHEN SO, ALS WÄREN SIE, WAS SIE SEIN SOLLTEN UND DU HILFST IHNEN ZU WERDEN, WAS SIE SEIN KÖNNTEN.“

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

Kontaktdaten

Viktoria Jäger

Viktoria.andersson@dockers-online.de

Tel. 0175 46 42 015



21.11.2024

