

Personbezogene Faktoren der ICF

Beispiele zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

Personal Factors of the ICF

Examples for the Draft of the Working Group “ICF” of Faculty II of the German Society for Social Medicine and Prevention (DGSMP)

Autoren

S. Grotkamp¹, W. Cibis², E. Nüchtern³, A. Baldus⁴, J. Behrens⁵, P. O. Bucher⁶, I. Dommen Nyffeler⁷, H. P. Gmünder⁸, C. Gutenbrunner⁹, T. Hagen¹⁰, K. Keller¹¹, D. Pöthig¹², S. Queri¹³, H. P. Rentsch¹⁴, M. Rink¹⁵, H. Schian¹⁶, M. Schian¹⁷, M. Schwarze¹⁸, G. von Mittelstaedt¹⁹, W. Seger²⁰

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Schlüsselwörter

- internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit, ICF
- Kontextfaktoren
- personbezogene Faktoren
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention DGSMP

Key words

- international classification of functioning disability and health, ICF
- contextual factors
- personal factors
- German Society for Social Medicine and prevention DGSMP

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1314823>
 Gesundheitswesen 2012; 74: 449–458
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sabine Grotkamp
 Leiterin der SEG 1 der MDK-Gemeinschaft
 beim MDK Niedersachsen
 Hildesheimer Straße 202
 30519 Hannover
 sabine.grotkamp@mdkn.de

Zusammenfassung



Ziel: Die Arbeitsgruppe ICF des Fachbereichs II „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention entwarf 2010 eine Liste personbezogener Faktoren der ICF für den deutschen Sprachraum. Deren mögliche Wirkungsweisen und ihr Nutzen sollen nun durch Beispiele veranschaulicht werden.

Methodik: In einer multiprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe wurden mittels einer qualitativen Herangehensweise Beispiele für mögliche gegensätzliche Wirkweisen von personbezogenen Faktoren formuliert.

Ergebnisse: Der bereits in 2010 publizierte Vorschlag zur Ausgestaltung der Komponente von personbezogenen Kontextfaktoren wurde für jeden dort aufgeführten personbezogenen Faktor um 2 Beispiele ergänzt. Diese Beispiele sollen dem Nutzer die mögliche positive wie negative Wirkweise der Kontextfaktoren im Sinne eines Förderfaktors oder einer Barriere verdeutlichen.

Schlussfolgerung: Die Beispiele sollen die Sinnhaftigkeit der ausgewählten Items und die Breite der möglichen Anwendungszusammenhänge verdeutlichen.

Ausblick: Der vorgelegte Entwurf als konsenterte Anregung einer deutsch-schweizerischen Arbeitsgruppe der DGSMP zu einer möglichen Ausgestaltung der Komponente der personbezogenen Faktoren der ICF soll zunehmend der Öffentlichkeit und insbesondere den Betroffenen selbst den Zugang zu diesem Ansatz und den Einstieg in die Diskussion erleichtern. Eine enge wissenschaftliche Begleitung und die Diskussion auch über die Landesgrenzen hinaus wird sich nun anschließen müssen, um die noch offenen Fragen, insbesondere zu den Abgrenzungsproblemen, ggf. auch international zu klären.

Abstract



Purpose: The presentation aims at illustrating the draft proposal of personal factors of the ICF for German-speaking regions which has been published in 2010 by the working group ICF of Faculty II “Social Medicine and Rehabilitation” of the German Society for Social Medicine and Prevention, DGSMP. For this reason, each personal factor is illustrated by two examples. Thus, the benefit is intended to be convincing.

Methods: Applying a qualitative approach, the working group ICF consisting of members of various professions and institutions including a patients’ representative selected for each item one example the factor serving as a facilitator and a second the factor serving as a barrier.

Results: The components of the personal factors, as proposed, are presented, each factor is accompanied by two examples.

Conclusion: The presentation demonstrates the various possibilities of applying personal factors and intends to prove that the selection of items chosen makes sense. The process of a comprehensive discussion about the possible format of the component of personal factors in the ICF should lead to a further optimization of the proposal and the preparation of a discussion at an international level.

Einleitung



Die Nutzung der ICF in der Rehabilitation

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [1], kurz ICF genannt [2], bietet ein Konzept und eine Klassifikation für eine sehr umfassende Sichtweise auf ein Gesundheitsproblem, seine individuellen Auswirkungen sowie deren Einflussfaktoren. Nicht zufällig ging die Nutzung der ICF vom Bereich der Leistungen zur Rehabilitation aus. Auch wenn pointiert behauptet werden kann, dass jedes Gesundheitsproblem mit seinen vielfältigen möglichen Auswirkungen aus der Perspektive der ICF betrachtet werden kann, ist die Bezugnahme auf die ICF umso nützlicher, je komplexer der Sachverhalt ist. Vor allem in unübersichtlichen Zusammenhängen wird ein Ordnungssystem benötigt, wie es eine Klassifikation darstellt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Rehabilitation bei der Nutzung der ICF eine Pionierrolle übernahm [3].

Kontextfaktoren in der ICF

Die Einbeziehung der Umwelt- und personbezogenen Faktoren war ein wesentlicher Fortschritt der ICF gegenüber ihren Vorläuferklassifikationen [4]. Umwelt- und personbezogene Faktoren modellieren und modifizieren die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung oder Krankheit. Die WHO hat angesichts der großen kulturellen Unterschiede weltweit noch keine Klassifikation der personbezogenen Faktoren vorgenommen. Daher können Anwender der ICF sich bei den personbezogenen Faktoren bisher nicht auf eine international konsentrierte ICF-Komponente beziehen. Die Arbeitsgruppe ICF der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention erarbeitete deshalb 2010 einen Entwurf für eine Liste personbezogener Faktoren der ICF [5]. Der Vorschlag sollte zur Diskussion um die Entwicklung der Komponente der personbezogenen Faktoren anregen und diejenigen unterstützen, die im deutschsprachigen Raum bei ihrer Arbeit personbezogene Faktoren berücksichtigen. Er basiert auf Vorarbeiten aus dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) [6, 7].

Die in Tabelle 1 befindliche Zusammenstellung von Items ist in ihrer Gesamtheit ein Vorschlag zur möglichen inhaltlichen Erweiterung bzw. Ausfüllung der ICF-Komponente der personbezogenen Faktoren. Es handelt sich dabei weder um ein Core Set, noch um eine im jeweiligen Einzelfall vollständig abzufragende Checkliste. Die umfassende Zusammenstellung kann allerdings anlassbezogen die Grundlage für die Entwicklung neuer oder die Erweiterung bereits bestehender Core Sets darstellen. Der Anwender kann sich so einen Überblick verschaffen, was personbezogene Faktoren überhaupt sein können, und im Einzelfall ggf. leichter erkennen, welche personbezogenen Faktoren von Relevanz sein können, bzw. diese auch standardisiert bezeichnen.

Definition für personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Person beziehen. Dazu gehören auch der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen. Sie umfassen ebenfalls Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder – zustands sind [1]. Diese werden als Merkmale eines Menschen verstanden, die die individuellen Auswirkungen eines Gesundheitsproblems positiv oder negativ modellieren können.

Beispiele als Nutzenbeleg

Der 2010 publizierte Ansatz führte zu Diskussionen [8,9]. Eine zentrale Frage war die nach dem Nutzen einer Klassifizierung von personbezogenen Faktoren. Um diesen nicht theoretisch abzuleiten, sondern praktisch zu illustrieren, ergänzten die Autoren den Entwurf um Beispiele für eine mögliche positive oder negative Einflussnahme des jeweiligen Faktors auf Funktionsfähigkeit und Behinderung in einer exemplarischen Konstellation.

Methodik



Um die personbezogenen Faktoren zu beschreiben, wurde bisher eine rein qualitative Herangehensweise gewählt, da mehrere Postulate der qualitativen Forschung zutreffen [10]. Genannt seien hier vor allem die ganzheitliche Betrachtungsweise, bei der das Gesundheitsproblem in seiner Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren gesehen wird, das Zulassen von Introspektion, also eigener subjektiver Erfahrung der Experten/Praktiker als legitimes Erkenntnismittel, sowie das induktive Verfahren, also die schrittweise Verallgemeinerung aus einzelnen Beobachtungen.

Im Rahmen einer diskutiven Expertenbefragung [11] wurden einvernehmlich Kategorien zur Beschreibung von personbezogenen Faktoren gebildet, die im Zusammenhang mit einem Gesundheitsproblem als Förderfaktor oder Barriere relevant sein können (deduktives theoretisches Selektionskriterium). Mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse [10] konnte das sprachliche Grundmaterial auf überschaubare 6 Kapitel mit zugeordneten Unterkategorien reduziert und systematisiert werden. Nach dieser Zusammenfassung erfolgte in der nun vorliegenden Arbeit die beispielhafte Ausformulierung, um zu verdeutlichen, wie die einzelnen personbezogenen Faktoren als Förderfaktoren bzw. Barrieren auf die Funktionsfähigkeit wirken können.

Auf dieser methodischen Grundlage wurden auch in der vorliegenden Publikation die Beispiele formuliert. In der nunmehr erweiterten multiprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe unter Beteiligung auch einer Betroffenenvertreterin wurde für jeden personbezogenen Faktor sowohl eine positive („Förderfaktor“) als auch eine negative Einflussmöglichkeit („Barriere“) auf die Funktionsfähigkeit in Form eines Beispiels dargestellt. Ziel war es hierbei, Beispiele aus unterschiedlichen Bereichen zu benennen. Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass alle Beispiele immer nur im Zusammenhang mit einem Gesundheitsproblem zu sehen sind.

Multiprofessionalität der Arbeitsgruppe

In der Arbeitsgruppe waren die folgenden Berufsgruppen vertreten: Ärzte, insbesondere Sozialmediziner aus sozialmedizinischen Diensten und aus Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Psychologen, Physiotherapeuten, darunter Hochschullehrer und Vorstandsmitglieder von Fachgesellschaften. Auch ist besonders die Teilnahme einer Patientenvertreterin zu erwähnen, die die Belange von behinderten Menschen in unterschiedlichsten Gremien vertritt.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe stammen aus verschiedenen Institutionen, wie z. B. der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, der BAG SELBSTHILFE, dem Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie, der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, der Europäischen Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern, der Gesundheitsberatung GbR, der Hochschule Weingarten, dem Luzerner Kantonsspital, der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, dem MDK Baden-Württemberg, dem MDK in Bayern, dem MDK Niedersachsen,

der Medizinischen Hochschule Hannover, der Rehabilitationsklinik Herzogsägmühle und dem Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil.

Ergebnisse

Zur Erläuterung der Struktur der entworfenen Liste personbezogener Faktoren wird auf die Erstveröffentlichung 2010 verwiesen. Die einzelnen Items sind im Folgenden mit je 2 Beispielen illustriert. Das erste Beispiel veranschaulicht die Möglichkeit, wie der personbezogene Faktor als Förderfaktor (F) wirken kann. Im jeweils zweitgenannten Beispiel kann derselbe personbezogene Faktor in gleicher oder anderer Ausprägung oder aber auch in einem anderen Kontext als Barriere (B) für die Teilhabe wirken.

Ergebnisstand des „Work in progress“ (März 2012)

Kapitel 1

Allgemeine Merkmale einer Person

Dieses Kapitel befasst sich mit vorgegebenen allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit, die auf die Auswirkungen einer Krankheit oder Gesundheitsstörung von Einfluss sein können.

Das Kapitel umfasst nicht Merkmale, die einer Gesundheitsstörung oder Krankheit entsprechen.

i 110	Alter	
i 1100	Kalendarisches Alter	Das Alter einer Person, das sich aus ihrem Geburtsdatum zum aktuellen Zeitpunkt ergibt. F: Das kalendarische Alter kann bei Erreichen des gesetzlichen Rentenalters die finanzielle Versorgung einer Person sichern. B: Das kalendarische Alter wenige Jahre vor Eintritt des Rentenalters kann einen erschwerten bis verschlossenen Zugang zu länger dauernden Umschulungsmaßnahmen darstellen.
i 1101	Psychosoziales Alter	Das Alter einer Person, das ihrer psychischen und sozialen Entwicklung entspricht. F: Die altersgerechte psychosoziale Entwicklung eines Kindes kann nach längerer Krankheit die Fortführung des Schulbesuchs ermöglichen. B: Die verzögerte psychosoziale Entwicklung eines Kindes kann die Teilnahme an Asthmaschulungsprogrammen erschweren.
i 1102	Biologisches Alter	Das Alter einer Person, bezogen auf biologisch-funktionale Altersmerkmale. Es kann vom kalendarischen Alter abweichen (z. B. Spät- oder Voralterung). F: Eine im Vergleich zum Altersdurchschnitt bessere muskuloskeletale Funktion kann die Wiedererlangung der Gehfähigkeit nach einem Schlaganfall erleichtern. B: Ein vorgealterter Mensch kann Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags oder dem Umgang mit einer Erkrankung haben.
i 1108	Alter, anders bezeichnet	
i 1109	Alter, nicht näher bezeichnet	

i 120 Geschlecht

Die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht (männlich/weiblich/intersexuell) in Bezug auf das biologische Geschlecht sowie die Geschlechtsrolle (erlebtes und gelebtes geschlechtliches Selbst)

i 1200 Biologisches Geschlecht

F: Ein für die Rehabilitation erforderliches Muskelwachstum kann bei Männern schneller erreicht werden.

B: Bei Frauen kann die medikamentöse Therapie mit Tetracyclin in der Schwangerschaft ein Problem darstellen.

i 1201 Geschlechtsrolle

F: Die Identifizierung mit der weiblichen Geschlechtsrolle kann im Rahmen von Umschulungsmaßnahmen den Zugang zu frauenspezifischen Berufen erleichtern.

B: Die Geschlechtsrolle kann im Zusammenhang mit dem Verlust einer Brust oder der Hoden die Krankheitsbewältigung erschweren.

i 1208 Geschlecht, anders bezeichnet

i 1209 Geschlecht, nicht näher bezeichnet

i 130 Genetische Faktoren

Die erblichen Merkmale eines Menschen, die geeignet sind, Krankheiten und deren Auswirkungen zu beeinflussen

Exkl.: Biologisches Geschlecht (i1200)

i 1300 Genetische Faktoren

F: Heterozygote Träger des Sichelzellgens haben einen Schutz vor schweren Verläufen der Malariaerkrankung.

B: Genetische Faktoren können eine langsamere Medikamentenverstoffwechslung mit der Gefahr unerwünschter Arzneimittelwirkungen bedingen.

i 1308 Genetische Faktoren, anders bezeichnet

i 1309 Genetische Faktoren, nicht näher bezeichnet

Kapitel 2

Physische Faktoren

Dieses Kapitel befasst sich mit den Faktoren des Körperbaus und anderen physischen Faktoren, insofern sie die Funktionsfähigkeit und ihr Veränderungspotenzial beeinflussen. Sie beziehen sich auf die angeborene oder erworbene Konstitution sowie vorhandene Funktionskapazitäten. Beeinträchtigungen des aktuellen Funktionszustandes durch Gesundheitsprobleme oder Krankheiten werden im Kapitel Körperstrukturen und -funktionen klassifiziert. Exkl. Mentale Faktoren (Kapitel 3).

i 210 Faktoren des Körperbaus

i 2100 Körpermaße

F: In der Norm liegende Körpermaße können den Zugang zu bestimmten Berufen erleichtern.

B: Ungewöhnliche Körpermaße können die Hilfsmittelversorgung erschweren.

i 2101 Körperform

F: Schlanke Menschen können bei der Anlage und Versorgung mit einem künstlichen Darmausgang im Vorteil sein.

B: Ein erhöhter Taillenumfang kann eine schlechtere Prognose für die Rehabilitation nach Herzinfarkt bedeuten.

- i 2102 Körperzusammensetzung (Anteile und Aufbau)**
 F: Eine gut ausgeprägte Muskulatur kann unfallbedingte instabile Kniegelenksverhältnisse kompensieren.
 B: Eine Fettschürze kann Komplikationen nach Bauchoperationen hervorrufen oder die Wundheilung beeinträchtigen.
- i 2108 Faktoren des Körperbaus, anders bezeichnet**
- i 2109 Faktoren des Körperbaus, nicht näher bezeichnet**

i 220 Andere physische Faktoren

- i 2200 Bewegungsbezogene Faktoren (u.a. Muskelkraft, Ausdauer, Geschicklichkeit, Händigkeit)**
 F: Eine Linkshändigkeit kann bei eingeschränkter Funktion des rechten Arms nach Schlaganfall die Selbstversorgung erleichtern.
 B: Eine geringe Muskelkraft der Arme kann die Verwendung von Gehhilfen erschweren.
- i 2201 Faktoren der Funktion von Herz, Kreislauf und Atmung**
 F: Gut trainierte Herz-/Kreislaufverhältnisse können die Mobilisierung nach einer Operation beschleunigen.
 B: Untrainierte Herz-/Kreislaufverhältnisse können die Aufnahme bewegungsbezogener Freizeitangeboten nach längerer Erkrankung erschweren.
- i 2202 Faktoren des Stoffwechsels**
 F: Ein hoher Grundumsatz kann eine medizinisch erforderliche Gewichtsreduktion erleichtern.
 B: Langsame Entgiftungsfunktionen der Leber können die Nebenwirkungen von Medikamenten erhöhen.
- i 2203 Faktoren der Sinnesorgane**
 F: Ein gutes Hörvermögen kann im Falle einer akuten Erblindung die Orientierung im Raum erleichtern.
 B: Ein schlecht ausgebildeter Tastsinn kann das Erlernen der Blindenschrift erschweren.
- i 2208 Faktoren der Körperfunktion, anders bezeichnet**
- i 2209 Faktoren der Körperfunktion, nicht näher bezeichnet**

Kapitel 3 Mentale Faktoren

Dieses Kapitel befasst sich mit überdauernden mentalen Faktoren einer Person. Diese Merkmale stehen im Gegensatz zu den mentalen Funktionen (b1) nicht ursächlich mit dem Gesundheitsproblem im Zusammenhang, können aber als Förderfaktoren und Barrieren Einfluss auf die Funktionsfähigkeit haben. Die mentalen Faktoren umfassen Faktoren der Persönlichkeit und kognitive inkl. mnestischer Faktoren.

Faktoren der Persönlichkeit (i 310–i 349)

Allgemeine mentale Faktoren, die das anlagebedingte Naturell einer Person betreffen, individuell auf Situationen zu reagieren, einschließlich der psychischen Charakteristika, die eine Person von einer anderen unterscheiden. Erreichen die Faktoren der Persönlichkeit Krankheitswert, werden sie nicht bei den person-bezogenen Faktoren klassifiziert, sondern bei den mentalen Körperfunktionen.

(Die Faktoren der Persönlichkeit stellen jeweils ein Kontinuum zwischen 2 Ausprägungen dar. Deshalb kann neben dem Ausprägungsgrad auch der überwiegende Teil der Ausprägung angegeben werden).

i 310 Extraversion

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf die Skala von Extraversion (Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und (emotionale) Ausdrucksfähigkeit) und Introversion (Zurückhaltung im Kontakt, Unabhängigkeit und Alleinsein) beziehen.
 F: Ausgeprägte Kontaktfreudigkeit kann bei Umschulungsmaßnahmen in Berufe mit hohem Kommunikationsaufkommen (z. B. Verkäufer) ein Förderfaktor sein.
 B: Ausgeprägte Introversion kann dazu führen, dass eine Person erforderliche Hilfen, wie die Verordnung eines Rollators, nicht einfordert.

i 315 Faktoren der Emotionalität

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Ruhe und Gefasstheit, auf dem anderen Pol durch Anspannung, Besorgnis und Verlegenheit auszeichnen
Inkl.: psychische Stabilität und Emotionslage
 F: Gefasstheit im Zusammenhang mit einer Behinderung kann die Hilfsbereitschaft des sozialen Umfeldes erhöhen.
 B: Ausgeprägte Besorgnis im Zusammenhang mit einer Behinderung kann zu Konzentrationsstörungen am Arbeitsplatz führen.

i 320 Zuverlässigkeit

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Verlässlichkeit, Sorgfalt, Prinzipientreue und Fleiß, auf dem anderen Pol als Unachtsamkeit, Unzuverlässigkeit, Ungenauigkeit und Verantwortungslosigkeit auszeichnen.
Inkl.: Gewissenhaftigkeit
 F: Hohe Zuverlässigkeit im Zusammenhang mit Einnahmever-schriften von Medikamenten kann das Therapieergebnis verbessern.
 B: Unzuverlässigkeit kann die Bewilligung von Umschulungsmaßnahmen gefährden.

i 325 Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Neugier, Vorstellungsvermögen, Suche nach Erfahrungen und Experimentierfreudigkeit, auf dem anderen Pol als starkes Vertrauen auf Bewährtes, konventionelles Verhalten und konservative Werte auszeichnen.
Inkl.: Begeisterungsfähigkeit, Neugierde, Interessiertheit, Änderungsbereitschaft
 F: Hohe Aufgeschlossenheit für Neues kann die Nutzung von Tagespflege erleichtern.
 B: Mangelnde Veränderungsbereitschaft kann die Nutzung eines Hörgerätes erschweren.

i 330 Umgänglichkeit

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Altruismus (Kooperationsbereitschaft, Freundschaftlichkeit und Zuvorkommenheit) und auf dem anderen Pol durch Egozentrismus (Misstrauen gegenüber anderen Meinungen, kompetitive (wettstreitende) Grundhaltung) auszeichnen.
 F: Umgänglichkeit kann die Einbindung in Selbsthilfegruppen erleichtern.
 B: Grundsätzliches Misstrauen gegenüber Therapeuten kann den Rehabilitationserfolg gefährden.

i 335 Selbstvertrauen

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Selbstsicherheit, Mut und Durchsetzungsvermögen, auf dem anderen Pol durch Zaghaftheit, Unsicherheit und Zurückhaltung auszeichnen.
Inkl.: Unverdrossenheit, Selbstwirksamkeitsüberzeugung

- F: Ausreichendes Durchsetzungsvermögen kann den Erhalt von medizinischen Leistungen erleichtern.
- B: Mangelndes Selbstvertrauen, das Essverhalten anhaltend ändern zu können, kann verhindern, dass Maßnahmen zur Gewichtsreduktion begonnen werden.

i 340 Optimismus

Überdauernde mentale Faktoren, die sich auf einem Pol durch Heiterkeit, Lebhaftigkeit und Zuversichtlichkeit, auf dem anderen Pol durch Niedergeschlagenheit, Trübsinn und Verzweiflung auszeichnen.

- F: Eine zuversichtliche Grundhaltung kann den Umgang mit einer Behinderung erleichtern.
- B: Eine resignative Grundhaltung kann eine stufenweise Wiedereingliederung erschweren.

i 349 Persönlichkeitsfaktoren, anders oder nicht näher bezeichnet

Kognitive und mnestiche Faktoren (i 350–i 369)

Spezifische mentale Faktoren, die überdauernd vorhanden sind und einen Förderfaktor oder eine Barriere für die Funktionsfähigkeit darstellen können. Erreichen die kognitiven und mnestiche Faktoren Krankheitswert, werden sie nicht bei den personbezogenen Faktoren klassifiziert, sondern bei den Körperfunktionen. Wegen der wissenschaftlich zum Teil uneinheitlichen Zuordnung wurde bei der nachfolgenden Aufteilung auf die Praktikabilität in Bezug auf die fördernden oder hemmenden Effekte Wert gelegt.

i 350 Faktoren der Intelligenz

Multimodaler Faktor, der sich zusammensetzt aus Elementen des Verstehens, der Problemlösung und der Situationsbewältigung. (Anmerkung: Es gibt kein einheitliches Konstrukt. Intelligenz wird gleichsam „von rückwärts“ definiert. Man benutzt ersatzweise globale und sehr verschiedene Testverfahren, die eher quantitative als qualitative Bestimmungen vornehmen (z.B.: Hamburg Wechsler Intelligenztest). Es ist auch heute völlig umstritten, in wieweit Teilbereiche der Intelligenz beschrieben und ausgetestet werden können. Dennoch bestehen oft keine Hemmungen, ohne allgemein anerkannte, standardisierte Möglichkeit der Operationalisierung eine detaillierte Graduierung von Intelligenz vorzunehmen mit oft weitreichenden Konsequenzen für die Person (z.B. Feststellungen von überdurchschnittlicher Intelligenz bis Imbezillität).

- F: Eine hohe Intelligenz kann eine erforderliche Umschulung zu Tätigkeiten im IT-Bereich erleichtern.
- B: Mangelnde Intelligenz kann notwendigen Anpassungsprozesse erschweren.

i 355 Kognitive Faktoren

Spezifische mentale Faktoren, die die bewusste Informationsverarbeitung betreffen, inkl. Auffassung (Wahrgenommenes in seiner Bedeutung begreifen und sinnvoll miteinander verbinden), Sprache, Aufmerksamkeit (zielgerichtete Ausrichtung und Fokussierung auf einen Punkt ohne deren Verschiebung bei gleichzeitiger Registrierung von Umgebungsereignissen unter Beanspruchung geistiger und seelischer Wachheit) und Konzentration (gezielte Ausrichtung auf alle Vorgänge, Signale und Personen zur Erfassung einer Situation).

Exkl. Mnestiche Faktoren (i 360), Sprachkompetenz (i 440), sprachliche Verständigung (i 545)

- F: Eine erhöhte Aufmerksamkeit kann bei Einäugigkeit die Teilnahme am Straßenverkehr erleichtern.
- B: Mangelnde Konzentrationsfähigkeit kann die Bewältigung komplexer Aufgaben erschweren.

i 360 Mnestiche Faktoren

Spezifische mentale Faktoren, die die Speicherung (Merkfähigkeit), Sortierung und Verarbeitung, deren Verfügbarkeit und Abrufbarkeit betreffen

- F: Ein gutes Namensgedächtnis kann die Umsetzung an einen Arbeitsplatz mit zahlreichen Kundenkontakten erleichtern.
- B: Mangelnde Merkfähigkeit kann die schulische Ausbildung erschweren.

i 369 (Überdauernde) kognitive und mnestiche Faktoren, anders oder nicht näher bezeichnet

**Kapitel 4
Einstellungen, Grundkompetenzen und
Verhaltensgewohnheiten**

Dieses Kapitel befasst sich mit individuellen Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten einer Person, die für die Bewältigung der Auswirkungen von Krankheiten und Gesundheitsproblemen relevant sein können. Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten sind Elemente, die den Lebensstil einer Person unterschiedlich beeinflussen können. Sie können als Förderfaktoren (z.B. Schutzfaktoren, salutogenetisch) oder als Barrieren (z.B. Risikofaktoren) wirken. Die Motivation einer Person zu Interventionen und Verhaltensänderungen hängt mit ihren Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten zusammen. Grundkompetenzen können z.B. die Entwicklung von Copingstrategien zur Bewältigung von Krankheitsauswirkungen fördern, bestimmte Verhaltensgewohnheiten können sie erschweren.

Das Kapitel befasst sich nicht mit Aktivitäten, die infolge einer Krankheit oder Gesundheitsstörung beeinträchtigt sind; diese werden als Kategorien der Komponente der Aktivitäten und der Partizipation klassifiziert.

Einstellungen (i 410–i 429)

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweise, die das eigene Handeln und Leben in bestimmten Bereichen betreffen.

i 410 Weltanschauung

Die Gesamtheit persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen, die die Deutung der Welt, die Rolle des Einzelnen und die Sicht auf die Gesellschaft insgesamt betreffen. Zur Weltanschauung gehören religiöse, philosophische, moralische und politische Werte, Überzeugungen und Sichtweisen.

- F: Bestimmte religiöse Überzeugungen können bei schwerer Depression vor Suizid schützen.
- B: Die moralische Einstellung, der Gesellschaft nicht zur Last fallen zu wollen, kann die Beantragung von Hilfen zur Teilhabe am Leben verhindern.

i 413 Lebenszufriedenheit

Die längerfristige Einschätzung der eigenen Lebenslage insgesamt durch eine Person. Dazu gehören subjektive Empfindungen, rationale Bilanzierung und Bewertung der vielfältigen Lebensdimensionen im Sinne der erlebten Lebensqualität, aber auch die Bewertung der eigenen Lebensleistungen.

Inkl.: Arbeitszufriedenheit

- F: Eine hohe Lebenszufriedenheit kann die Krankheitsbewältigung erleichtern.
- B: Mangelnde Arbeitszufriedenheit kann die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach längerer Arbeitsunfähigkeit erschweren.

i 416 Einstellung zu Gesundheit und Krankheit

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit. Zu diesen gehören beispielsweise auch das generelle Verständnis von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, Überzeugungen bezüglich der Sinnhaftigkeit gesundheitsförderlichen Verhaltens, Umgang mit gesundheitlichen Risiken („Gesundheit genießen“ vs. „Gesundheit verbrauchen“) oder die Bewertung der Bedeutung von Gesundheit als Basis von Leistungs- und Genussfähigkeit.

Exkl.: Einstellung zu Interventionen

F: Die Einstellung zu Gesundheit und Krankheit kann im Falle einer Krankheit die Chance eröffnen, sich mit alternativen gesunden Lebensweisen auseinanderzusetzen.

B: Die negative Einstellung zur eigenen Erkrankung kann die Teilhabe am sozialen Leben behindern (Selbststigmatisierung).

i 419 Einstellung zu Interventionen und technischen Hilfen

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit dem Annehmen von Behandlung (wie z. B. chirurgische Eingriffe, prothetische Versorgung, Medikation, Psychotherapie, Rehabilitation).

F: Eine positive Einstellung zu Interventionen kann die Inanspruchnahme von Therapie unterstützen, auch wenn eine kritische Einstellung zur Krankheit vorliegt.

B: Eine negative Einstellung zur Benutzung eines Rollators kann zur sozialen Isolation führen.

i 422 Einstellung zur Arbeit

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit der eigenen Arbeit und der Arbeit anderer Menschen,

- der Arbeit für Entgelt, z. B. Erwerbsarbeit,
- der Arbeit ohne Entgelt, z. B. ehrenamtliche Tätigkeit, Kindererziehung, Hausarbeit, Hobbies wie Gartenarbeit, Arbeit für eigene Überzeugungen (politisch, religiös, gesellschaftlich).

Arbeit kann beispielsweise betrachtet werden als Verpflichtung, als Bereicherung oder auch als Last.

F: Eine positive Einstellung zur Arbeit kann bei stark eingeschränkter Leistungsfähigkeit zu einer zufriedenstellenden Teilhabe in Form ehrenamtlicher Tätigkeiten führen.

B: Wenn Arbeit grundsätzlich als Last empfunden wird, kann der Erfolg einer Rehabilitationsleistung beeinträchtigt sein.

i 425 Einstellung zu sozialem Leben/zur Gesellschaft

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit Interaktionen mit anderen Personen des unmittelbaren wie des weiteren sozialen Umfelds und der Gesellschaft. Eine Person kann beispielsweise davon überzeugt sein, zu einem adäquaten eigenen Beitrag in der Gesellschaft verpflichtet zu sein. Eine andere Person sieht eher die Verpflichtung der Gesellschaft zu ihrer Unterstützung.

F: Die Einstellung, für die Gemeinschaft etwas leisten zu wollen, kann trotz Depression Sozialkontakte erleichtern.

B: Die grundsätzliche Einstellung, in erster Linie sei die Gesellschaft verpflichtet, Behinderungen auszugleichen, kann das erforderliche Selbstmanagement und die Eigenverantwortlichkeit behindern.

i 428 Einstellung zu Hilfen

Die Gesamtheit meist überdauernder persönlicher Werte, Überzeugungen und Sichtweisen im Zusammenhang mit dem Annehmen von Hilfen anderer Personen und Einrichtungen sowie dem Geben von Hilfen an andere Personen oder Einrichtungen.

Exkl.: Einstellung zu Interventionen

F: Die Einstellung zu Hilfen kann die Annahme einer erforderlichen Haushaltshilfe unterstützen.

B: Die ablehnende Einstellung zu Hilfen durch andere Personen kann für Rollstuhlfahrer zu einem eingeschränkten Bewegungsradius bei hohen Bordsteinkanten führen.

i 429 Weltanschauung, Lebenszufriedenheit und Einstellungen, anders oder nicht näher bezeichnet.**Grundkompetenzen (i 430–i 449)**

Allgemeine Kompetenzen, die die Bereiche Sozialkompetenz, Methodenkompetenz, Selbstkompetenz, Handlungskompetenz und Medienkompetenz umfassen, und die die Basis bilden für die Adaption und den Transfer spezifischer Kompetenzen. Zu Grundkompetenzen gehören allgemeine Lebens-Kenntnisse sowie die Fähigkeiten und Fertigkeiten, diese angemessen anzuwenden. Grundkompetenzen werden auch als Kern-, Schlüsselkompetenzen oder Schlüsselqualifikationen bezeichnet. Motivation ist ein multimodaler Faktor bestehend aus Elementen von z. B. Einstellungen, Leistungs- und Handlungsbereitschaft. Aus diesem Grund wird der Begriff der Motivation nicht gesondert aufgeführt.

i 430 Sozialkompetenz

Die Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für soziale Interaktionen notwendig und nützlich sind, insbesondere die Kompetenz, Einstellungen und Werte anderer wahrzunehmen, eigene Handlungsziele mit denjenigen anderer zu verknüpfen und auf das Verhalten anderer Einfluss zu nehmen. Zur Sozialkompetenz gehören beispielsweise Kommunikationskompetenz (z. B. Sprachkompetenz), Kooperations- und Teamkompetenz, Konfliktkompetenz.

Exkl.: Faktoren der Intelligenz (i 350), sprachliche Verständigung (i 545)

F: Sozialkompetenz kann als Förderfaktor für die berufliche Teilhabe wirken, wenn das Leistungsvermögen beeinträchtigt ist.

B: Mangelnde Sprachkompetenz kann die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erschweren.

i 433 Methodenkompetenz

Die allgemeine Kompetenz, Arbeitstechniken, Verfahrensweisen und Lernstrategien sachgerecht, situationsbezogen und zielgerichtet gebrauchen zu können. Zur Methodenkompetenz gehört beispielweise Problemlösekompetenz.

Inkl.: Analysefähigkeit, logisches Denken und Handeln, Problemlösekompetenz, Kreativität, Lernbereitschaft, Bewältigungsstrategien

F: Kreativität kann den Kreis unterschiedlicher Lösungsstrategien erweitern und einem eingeschränkten Leistungsvermögen entgegenwirken.

B: Mangelnde Bewältigungsstrategien können die erforderliche Anpassung an einen Arbeitsplatz erschweren.

i 436 Selbstkompetenz

Die allgemeine Kompetenz, mit der eigenen Person angemessen umzugehen, insbesondere die eigenen Stärken und Schwächen wahrzunehmen, selbstverantwortlich und selbstbestimmt auf der Grundlage der eigenen Bedürfnisse, Ansprüche, Stärken und Grenzen persönliche Ziele zu vertreten, Strategien zu ihrer Erreichung zu entwickeln und die eigenen Fähigkeiten kritisch zu reflektieren. Zur Selbstkompetenz gehören beispielsweise Selbstsicherheit, Selbstmanagement, Selbstreflexion.

Inkl.: Leistungsbereitschaft, Engagement, Selbstmotivierung, Flexibilität, Ausdauer, Selbstständigkeit, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit

F: Selbstkompetenz kann die Umsetzung und Beibehaltung einer gesundheitsfördernden Lebensweise befördern.
 B: Mangelnde Selbstkompetenz kann das Erreichen der eigenen Teilhabeziele verhindern.

i 439 Handlungskompetenz

Die Kompetenz, Handlungsmotive zu entwickeln, Handlungen zu planen und zielgerichtet auszuführen. Zur Handlungskompetenz gehören Handlungsbereitschaft, kurz-/mittel-/langfristige Handlungsmotive, die Reflexion der eigenen Handlungsmotive, zielgerichtetes Handeln sowie die Reflexion der Folgen des Handelns für sich und andere.

F: Handlungskompetenz kann das Selbstmanagement bei Diabetes mellitus verbessern.

B: Mangelnde Handlungskompetenz kann die Heimdialyse gefährden.

i 442 Medienkompetenz

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Medien und ihre Inhalte den eigenen Zielen und Bedürfnissen entsprechend zu nutzen, sowie die eigene Kritikfähigkeit hinsichtlich der Medienangebote und der eigenen Bewusstseinsbildung herauszubilden und zu schärfen. Dazu gehören Medienkunde, Mediennutzung, Mediengestaltung und Medienkritik.

F: Medienkompetenz kann den Umgang mit neuen Kommunikationsmitteln bei Umschulungsmaßnahmen erleichtern.

B: Mangelnde Computerkenntnisse können bei Sprachverlust die Kommunikation beeinträchtigen und zur sozialen Isolation beitragen.

i 449 Grundkompetenz, anders oder nicht näher bezeichnet

Verhaltensgewohnheiten (i 450–i 479)

Überdauernde, durch Wiederholung selbstverständlich gewordene Verhaltensweisen. Davon abzugrenzen ist einmaliges, gezieltes oder situativ bedingtes Verhalten

i 450 Ernährungsgewohnheiten

Ernährungsbezogene Gewohnheiten wie die Auswahl der Nahrung, ihre Zusammenstellung, das Einkaufen, die Lagerung, die Art und Weise der Nahrungszubereitung und der Einnahme der Nahrung; der Umfang zugeführter Kalorien, die Einnahme von Diätetika. Zu Ernährungsgewohnheiten gehören auch krankheitsbezogene Diäten und bestimmte Ernährungspräferenzen

Exkl.: *Gebrauch von Genussmitteln*

F: Die Gewohnheit, sich ausgewogen und abwechslungsreich zu ernähren, kann die Behandlung des Altersdiabetes erleichtern.

B: Die Gewohnheit, grundsätzlich nicht zu frühstücken, kann die Medikamentenwahl einschränken, wenn Medikamente nicht nüchtern eingenommen werden dürfen.

i 453 Gebrauch von Genussmitteln

Die Gewohnheit, z.B. alkoholische Getränke, Kaffee, Tee oder Tabak zu konsumieren.

Exkl.: *krankhafter Gebrauch von Suchtmitteln*

F: Die Gewohnheit des Kaffee- und Tee-Genusses kann bei erhöhter Tagesmüdigkeit im Zusammenhang mit einer Schizophrenie zu einer verbesserten Wachheit führen.

B: Gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Medikamenten kann die Verkehrstauglichkeit einschränken und zu einer Beeinträchtigung der Mobilität führen.

i 456 Bewegungsgewohnheiten

Die Art und Weise, wie Bewegung im Lebensalltag (z.B. Beruf, Familie und Freizeit) üblicherweise integriert ist, beispielsweise in Form eher bewegungssuchender oder eher bewegungsvermeidender Verhaltensgewohnheiten, sowie die sportliche Betätigung in der Freizeit.

Inkl.: *Betreiben von Risikosportarten, Mobilitätsgewohnheiten*

F: Die Nutzung des Fahrrades für den Arbeitsweg kann beim Diabetes mellitus den Insulinbedarf senken.

B: Bewegungsvermeidende Verhaltensgewohnheiten können eine notwendige Gewichtsreduktion bei Übergewicht erschweren.

i 459 Regenerationsgewohnheiten

Die Art und Weise der üblichen Tagesstrukturierung, der Pausen- und Schlafgewohnheiten einer Person, der Wechsel zwischen Belastung und Entspannung, den eine Person üblicherweise pflegt, sowie Freizeitgewohnheiten.

Exkl.: *Bewegungsgewohnheiten*

F: Die Gewohnheit, regelmäßig Entspannungstechniken anzuwenden, kann die Leistungsfähigkeit erhöhen und Krankheitsauswirkungen vermindern.

B: Die Gewohnheit, auf Pausen während eines langen Arbeitstages zu verzichten, kann das Leistungsvermögen zusätzlich reduzieren.

i 462 Sexualgewohnheiten

Die Verhaltensgewohnheiten in Bezug auf sexuelle Beziehungen und Praktiken.

F: Ein breit gefächertes Spektrum an Sexualpraktiken kann bei krankheitsbedingter Einschränkung der Libido die Weiterführung einer harmonischen Beziehung begünstigen.

B: Die Gewohnheit eines aktiven Sexuallebens kann die Akzeptanz für Medikamente reduzieren, die auf die Erektion negativ wirken.

i 465 Kommunikationsgewohnheiten

Art und Umfang der üblichen Kommunikation einer Person als Sender und Empfänger mittels Sprache, Schrift, Zeichen und Symbolen einschließlich des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und -techniken.

F: Regelmäßige Telekommunikation kann bei Bettlägrigkeit die Teilhabe am sozialen Leben fördern.

B: Ein ausschweifender Kommunikationsstil kann zum Rückzug des pflegenden Angehörigen führen und damit zu sozialer Isolation.

i 468 Hygienegewohnheiten

Art und Umfang von Maßnahmen der individuellen Hygiene. Zu den Hygienegewohnheiten gehören z.B. Körper-, Mund-, Anahygiene, Hygiene des Lebensraumes sowie Hygiene beim Umgang mit Nahrungsmitteln.

F: Sorgfältige Hygiene kann bei Menschen mit einem geschwächten Immunsystem das soziale Zusammenleben erhalten.

B: Mangelnde Hygiene kann bei Harninkontinenz zur Beeinträchtigung sozialer Kontakte führen.

i 471 Gewohnheiten im Umgang mit Geld und materiellen Gütern Art und Weise, mit Geld und materiellen Gütern umzugehen, z.B. eher ausgabefreudig oder eher sparsam.

F: Ein sparsamer Umgang mit Geld kann im nicht abgesicherten Krankheitsfall die weitere Teilnahme an Freizeitaktivitäten erleichtern.

B: Für einen konsumorientierten Menschen kann der krankheitsbedingte Einkommensverlust die Lebenszufriedenheit weiter einschränken.

i 479 Verhaltensgewohnheiten, anders oder nicht näher bezeichnet

Kapitel 5 Lebenslage und sozioökonomische/-kulturelle Faktoren

Dieses Kapitel befasst sich mit Merkmalen der unmittelbaren, persönlichen Lebenssituation, unabhängig davon, ob die Person sie mitgestaltet oder nicht. Korrespondenzpaare ergeben sich in die-

sem Kapitel insbesondere zu den Umweltfaktoren, die den Einfluss der Umwelt auf die Person beschreiben.

Unmittelbare Lebenslage (i 510–i 529)

i 510 Einbindung in das direkte familiäre und soziale Umfeld

Bezieht sich auf das von einer Person gestaltete oder erlebte unmittelbare familiäre Umfeld.

Inkl.: *In Familie lebend, alleinstehend, mit Lebenspartner*

F: Die positiv erlebte Einbindung in das Familienleben kann sich günstig auf den Umgang mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen auswirken.

B: Die erlebte enge Einbindung in die Betreuung pflegebedürftiger Eltern kann einen zusätzlichen Belastungsfaktor für die eigene Gesundheit darstellen.

i 515 Wohnsituation

Bezieht sich auf den unmittelbaren Lebensmittelpunkt einer Person.

Inkl.: *Städtisch, ländlich, in Eigentum, im Mietverhältnis, wohnungslos*

F: Die bevorzugte und verwirklichte Wohnsituation im Hinblick auf eine gute Verkehrsanbindung kann die Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen verbessern.

B: Selbstgewählte Wohnungslosigkeit kann die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlungspflege erschweren.

i 520 Beschäftigungssituation

Bezieht sich auf Art und Umfang einer Ausbildungs-, Erwerbs- oder ehrenamtlichen Tätigkeit.

Inkl.: *Schüler- und Studenten, Hausfrauen, beschäftigungslose Menschen*

F: Eine Beschäftigung im Öffentlichen Dienst kann die Inanspruchnahme notwendiger Interventionen begünstigen.

B: Arbeitslosigkeit kann sich negativ auf die Tagesstrukturierung auswirken und Gesundheitsprobleme verstärken.

i 525 Finanzielle Situation

Bezieht sich auf Art und Umfang finanzieller Mittel, über die eine Person verfügt.

Inkl.: *Eigenes Vermögen, Erwerbseinkommen, Arbeitslosengeld, Rente*

F: Eigenes Vermögen kann im Krankheitsfall die Finanzierung fremder Hilfe ermöglichen, wenn Leistungen der Solidargemeinschaft nicht ausreichen oder nicht vorgesehen sind.

B: Unzureichende finanzielle Mittel können die Anschaffung individuell gewünschter Hilfsmittel erschweren.

i 529 Lebenssituation, anders oder nicht näher bezeichnet

Sozioökonomischer/soziokultureller Status (i 530–i 559)

Bündel von Merkmalen menschlicher Lebensumstände. Dazu gehören beispielsweise formale Bildung und Schulabschluss, Ausbildung und Studium, Beruf und Einkommen, Besitz von Kulturgütern, kulturelle Praxis, Wohnort und Eigentumsverhältnisse, Liquidität und Kreditwürdigkeit.

i 530 Sozioökonomischer Status

Bezeichnet die sozioökonomische Position innerhalb einer sozialen Struktur oder die Zuordnung dieser Position zu einem System sozialer Rangordnung. Der Status drückt den Rangplatz aus, das Prestige, die soziale Wertschätzung, die Autorität und Macht, die eine Person in der Gesellschaft innehat.

Inkl.: *Schichtzugehörigkeit*

Exkl.: *Beruf, Bildung (i550)*

F: Eine Führungskraft, die es gewohnt ist, Dienstleistungen anderer zu veranlassen, kann im Falle eigener Behinderung leichter die Hilfen organisieren, die sie braucht, als jemand, der dies nicht gewohnt ist.

B: Ein niedriger sozioökonomischen Status kann für einen Menschen mit Schizophrenie eine größere Hürde darstellen, vorhandene Hilfsangebote wahrzunehmen.

i 535 Kultureller Status

Der kulturelle Status einer Person kann durch deren nationale Herkunft und die Dauer im Aufenthaltsland beeinflusst werden, sowie durch die Sprache, die im Familienalltag gesprochen wird. Ebenso fließen deren Schulbildung und Berufsausbildung ein. Weiterhin spielt in diesem Zusammenhang die kulturelle Praxis eine Rolle, die die Teilnahme an gesellschaftlichen Kulturaktivitäten wie zum Beispiel Volksfeste, Theater- oder Museumsbesuche sowie den Besitz von Kulturgütern wie z.B. Büchern oder Bild- und Tonträgern beinhalten kann.

F: Die kulturelle Praxis des sonntäglichen Kirchganges kann die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft trotz zunehmender körperlicher Beeinträchtigungen positiv beeinflussen.

B: Der kulturelle Hintergrund muslimischer Frauen kann die Teilnahme an Wassergymnastik verhindern.

i 540 Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Gruppen

Beinhaltet die Zugehörigkeit z.B. zu religiösen, weltanschaulichen, politischen Gruppen, Volksgruppen.

Exkl.: *Schichtzugehörigkeit (i 530)*

F: Religiös begründete Alkoholabstinenz kann eine gesunde, rehabilitativ zweckmäßige Lebensweise unterstützen.

B: Zugehörigkeit zu speziellen weltanschaulichen Gruppen kann eine erforderliche Bluttransfusion verhindern.

i 545 Sprachliche Verständigung

bezogen auf das individuelle Umfeld einer Person z.B. in der Familie, am Wohnort, Arbeitsplatz, Behörde.

F: Eine ausreichende sprachliche Verständigungsmöglichkeit kann den Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtern.

B: Sprachlicher Defizite können rehabilitative Maßnahmen erschweren.

i 550 Bildungsstand

Umfasst die speziellen Merkmale einer Person in Form ihres Bildungsstands als Ergebnis eines Erziehungs- und Bildungsprozesses, die auf die Auswirkungen einer Krankheit oder Gesundheitsstörung von Einfluss sein können. Der erreichte Bildungsstand kann die Bewältigung der Krankheitsauswirkungen erleichtern oder erschweren.

Inkl.: *Informelle Bildung, Vorschulische Bildung, Schulbildung, Berufliche Ausbildung, Berufliche Weiterbildung, Berufliche Erfahrung/Kompetenz, Gesundheitsbezogene Bildung*

F: Ein hoher Bildungsstand kann den Umgang mit Maßnahmen zur Blutgerinnungsselbstkontrolle erleichtern.

B: Ein niedriger Bildungsstand kann die Einsicht in die Notwendigkeit von diätetischen Maßnahmen bei Nierenkrankheiten erschweren.

i 559 Sozioökonomischer/kultureller Status, anders oder nicht näher bezeichnet

Kapitel 6 Andere Gesundheitsfaktoren

Die ICF weist darauf hin, dass personbezogene Faktoren auch „... andere Gesundheitszustände“...“ umfassen, die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind, aber geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen. Diese Gesundheitsfaktoren können in ihrer Gesamtheit oder einzeln bei der Beschreibung der Funk-

tionsfähigkeit und Behinderung auf jeder Ebene eine Rolle spielen (Beispiel: Schwangerschaft). Abzugrenzen hiervon sind die Komorbiditäten, da sie dem Gesundheitsproblem zuzuordnen sind.

i 610 Zurückliegende Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata

i 615 Zurückliegende Interventionen

i 619 Gesundheitsfaktoren, anders oder nicht benannt

Diskussion



Mit dem Vorschlag der Arbeitsgruppe ICF des Fachbereichs „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ der DGSMF für eine strukturierte Liste personbezogener Faktoren wurde Neuland betreten. Weltweit liegen bisher nur wenige Vorschläge für eine Strukturierung und Ausfüllung dieser Komponente vor, während andererseits im Alltag tatsächlich eine Fülle von personbezogenen Faktoren berücksichtigt wird [10], in Diagnostik und Therapie, in Sozialmedizin und Rehabilitation, in der Forschung oder auch beispielsweise in der Politik.

In der Diskussion des Entwurfs wurde dessen möglicher Nutzen kritisch hinterfragt. Die vorliegende Arbeit ist eine Antwort darauf. Der Nutzen einer strukturierten Zusammenstellung personbezogener Faktoren ergibt sich am überzeugendsten im Zusammenhang ihrer Verwendung. Deshalb werden Beispiele angeführt, die einen positiven oder negativen Einfluss des jeweiligen Merkmals in einem bestimmten Zusammenhang exemplarisch aufzeigen. Da eine Bezugnahme auf die ICF bei ganz unterschiedlichen Fragestellungen erfolgen kann, wurden Beispiele aus möglichst verschiedenen Anwendungsbereichen ausgewählt.

Neben diesem Weg, die ausgewählten Einzelitems gewissermaßen narrativ (in erzählender Form) zu begründen, sind auch andere denkbar. Ausgehend von bestimmten Sozialleistungen und Interventionen könnte die Notwendigkeit dargestellt werden, personbezogene Faktoren zielführend zu berücksichtigen, um dem jeweiligen Menschen, seinem Gesundheitsproblem und der Frage notwendiger Interventionen besser gerecht zu werden. Eine andere Möglichkeit wäre es, von den Ergebnissen der Literaturrecherche von Geyh et al. [12] auszugehen und die in der Literatur gefundenen, in unterschiedlichen Forschungszusammenhängen berücksichtigten personbezogenen Faktoren mit der vorgeschlagenen Liste zu vergleichen.

Die vorgestellten Beispiele sollen das Verständnis der personbezogenen Perspektive erleichtern und die Sinnhaftigkeit der ausgewählten Items sowie die Breite der möglichen Anwendungszusammenhänge deutlich werden lassen.

Datenschutzrechtliche Aspekte

Nach den (sozial)datenschutzrechtlichen Regelungen des SGB X ist die Erhebung oder Übermittlung von Sozialdaten in Deutschland grundsätzlich nur dann zulässig, wenn der Betroffene einwilligt hat oder wenn sie zur Erfüllung einer im SGB vorgesehenen Aufgabe erforderlich ist.

D.h., dass in aller Regel überhaupt erst dann, wenn Daten konkret erhoben oder übermittelt werden, datenschutzrechtliche Vorgaben zu berücksichtigen sind. Die Frage, in welchem Umfang die Erhebung oder Übermittlung von Daten zur Erfüllung einer Aufgabe erforderlich ist, ist in Orientierung am Einzelfall zu entscheiden.

Die reine Ausgestaltung einer Klassifikation beinhaltet weder eine Datenerhebung noch eine Datenübermittlung. Eine von Fachexperten erstellte Klassifikation bzw. Teile davon, wie der obenstehende Vorschlag, kann zwar eventuell für den Anwender Hinweise darauf enthalten, welche Informationen im konkreten Einzelfall ggf. für die Erfüllung der jeweiligen Aufgabe erforderlich sein können. Eine Klassifikation ist jedoch aus sich selbst heraus nicht mit dem Anspruch verbunden, dass sämtliche aufgeführten Merkmale/Inhalte in der Praxis regelhaft und undifferenziert zu prüfen bzw. abzufragen sind. Sie greift somit auch einer konkreten, den Maßstäben des Datenschutzrechts unterworfenen Erhebung bzw. Übermittlung von Sozialdaten auch nicht vor. Insgesamt ist daher die reine Ausgestaltung einer Klassifikation nach hier vertretener Auffassung datenschutzrechtlich noch nicht von Bedeutung.

Ausblick



Mit der Bereitstellung einer Systematik von personbezogenen Faktoren kann es zukünftig besser gelingen, die auch schon jetzt zu berücksichtigen Aspekte – nicht nur in der Sozialmedizin und Rehabilitation – mit konsentierten Begrifflichkeiten fachgruppenunabhängig zu beschreiben und den individuellen Bedarfen der Betroffenen gerecht zu werden. Die umfassende Betrachtung im Sinne des biopsychosozialen Modells kann ohne Berücksichtigung der personbezogenen Faktoren nicht wirklich realisiert werden.

Mit der gewählten qualitativen Herangehensweise wurde nun die Voraussetzung für klassische quantitative Forschungsdesigns geschaffen. Dabei wird der Fokus besonders auf den Nachweis von Interaktions- bzw. Moderatoreffekten [13] zwischen einem Gesundheitsproblem und den personbezogenen Faktoren gelegt. Neben rein additiven Effekten sind auch sog. Mediatoreffekte von personbezogenen Faktoren denkbar. Insbesondere gilt es, praxisnah diese Systematik zu nutzen, und im respektvollen Umgang mit diesen sehr privaten Daten im gemeinsamen Interesse der Beteiligten zielführende Wege zur Partizipation zu finden.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Institute

¹ MDK Niedersachsen, Leiterin des FB II und der AG „ICF“ der DGSMF, Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“ der MDK Gemeinschaft, Hannover

² Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), stellvertretender Leiter der AG „ICF“ der DGSMF, Frankfurt

³ MDK Baden-Württemberg, Leiterin Fachbereich Allgemeine Sozialmedizin, Lahr/Schwarzwald

⁴ Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., Geschäftsführerin, Hürth – Efferen

⁵ Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät, Halle (Saale)

⁶ Luzerner Kantonsspital, Leiter der Neuropsychologie Rehabilitation, Luzern-CH

⁷ Luzerner Kantonsspital, Leiterin Therapien Rehabilitation, Luzern-CH

⁸ Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Direktor SPZ, Nottwil-CH

⁹ Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Chefarzt der Klinik für Rehabilitationsmedizin, Hannover

¹⁰ MDK Bayern, Fachteam Rehabilitation, Bad Kissingen

¹¹ Rehabilitationsklinik Herzogsägmühle, Leiter Bereich Rehabilitation, Peiting-Herzogsägmühle

¹² Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern (eVAA) e.V., Vorsitzende des Vorstandes, Leipzig

- ¹³ Hochschule für Angewandte Wissenschaften Ravensburg-Weingarten, Studiendekanin Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege; Weingarten
- ¹⁴ Luzerner Kantonsspital, Chefarzt Rehabilitation, Luzern-CH
- ¹⁵ BAG SELBSTHILFE e.V., Mitglied im Vorstand, Düsseldorf und DVfR, 2. stellv. Vorsitzende, Heidelberg
- ¹⁶ Gesundheitsberatung GbR, Geschäftsführer, Wilnsdorf
- ¹⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Projektkoordinator, Frankfurt
- ¹⁸ Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung an der Klinik für Rehabilitationsmedizin, Hannover
- ¹⁹ Präsident der DGSM, Mannheim
- ²⁰ MDK Niedersachsen, Ärztlicher Leiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen, Hannover

Literatur

- 1 *Weltgesundheitsorganisation*. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2001
- 2 *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)*, Hrsg. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2004
- 3 *Rentsch HP, Bucher OP*. ICF in der Rehabilitation, Hrsg: Tesak J, Schulz-Kirchner: Idstein; 2005
- 4 *Matthesius RG, Jochheim KA, Barolin GS*. ICIDH, Hrsg: Heinz C. Hans Huber: Göttingen; 1995
- 5 *Grotkamp S, Cibis W, Behrens JP et al*. Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). *Gesundheitswesen* 2010; 72: 908–916
- 6 *Viol M, Grotkamp S, van Treeck B et al*. Personbezogene Kontextfaktoren, Teil I. Ein erster Versuch zur systematischen, kommentierten Auflistung von geordneten Anhaltspunkten für die sozialmedizinische Begutachtung im deutschen Sprachraum. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 747–759
- 7 *Viol M, Grotkamp S, Seger W*. Personbezogene Kontextfaktoren (Kurzversion), Teil II. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 34–37
- 8 *Rohwetter M*. Leserbrief zu „Personbezogene Kontextfaktoren der ICF – Stellungnahme mit Anmerkungen zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) im Gesundheitswesen 2010; 72: 908-916. *Gesundheitswesen* 2011; 73: 389–391
- 9 *Grotkamp S, Cibis W, Nüchtern E et al*. Stellungnahme der Autoren zum Leserbrief zu „Personbezogene Kontextfaktoren der ICF – Stellungnahme mit Anmerkungen zum Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) im Gesundheitswesen 2010; 72: 908-916. *Gesundheitswesen* 2011; 73: 391–395
- 10 *Mayring P*. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz Psychologie Verlags Union; Weinheim: 1996
- 11 *Gläser J, Laudel G*. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden: 2006
- 12 *Geyh S, Peter C, Müller R et al*. The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature – a systematic review and content analysis. *Disability and Rehabilitation* 2011; 33: 1089–1102
- 13 *Ziegler M, Bühner M*. Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Pearson Studium; München: 2009