



Marianne Hirschberg

Die Erfassung gesellschaftlicher Barrieren und Unterstützungsfaktoren – Vorschläge zur Weiterentwicklung der ICF

20

| Teilhabe 1/2012, Jg. 51, S. 20 – 24

| KURZFASSUNG *Wie kann die Partizipation behinderter Menschen in der Gesellschaft erhöht werden? Hierzu sollte das Verhältnis zwischen dem einzelnen Menschen und seiner Umwelt, also zwischen Individuum und Gesellschaft, in den Blick genommen werden. Wie kann die gesellschaftliche Umwelt so verändert werden, dass behinderte Menschen vollständig an der Gesellschaft partizipieren können? Zieht man die Internationale Behinderungsklassifikation (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) heran, so muss erst einmal die Umwelt und damit die gesellschaftlichen Barrieren und Unterstützungsfaktoren klassifiziert werden. Dieser Beitrag macht Vorschläge, wie die Konzeption der Umweltfaktoren in der ICF differenzierter ausgearbeitet werden kann. Mit einer Weiterentwicklung der Umweltfaktoren könnte die ICF besser dazu genutzt werden, gesellschaftliche Barrieren zu erfassen und einen Beitrag zur Erhöhung gesellschaftlicher Inklusion zu leisten.*

| ABSTRACT *Identifying Social Barriers and Facilitators – Proposals for the Further Development of the ICF. How can the social participation of persons with disabilities be raised? In the following article the relation between individual and environment is focused. It is important to change the environment with the aim of persons with disabilities attaining full participation in society. Referring to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) by the World Health Organization (WHO) environmental factors and therefore barriers and facilitators have to be classified. This article suggests to improve the conceptualisation of environmental factors and to differentiate the qualifiers with the aim of determining barriers in society. Thereby social inclusion of persons with disabilities can be strengthened.*

Vor dem Hintergrund der von den Vereinten Nationen entwickelten und von der Bundesrepublik Deutschland 2008 ratifizierten Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) ist es entscheidend, die Partizipation behinderter Menschen vorrangig zu behandeln (vgl. HIRSCHBERG 2010). Die UN-BRK ist seit dem 26. März 2009 deutsches Recht. Sie versteht Behinderung als Ergebnis der Interaktion zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und den Einstellungs- und physischen Barrieren von Umwelt und Gesellschaft. Ihr Behinderungsbegriff gründet sich auf das Verständnis von Behinderung, das in der ICF ausgeführt ist (vgl. HIRSCHBERG 2011). Legt man den durch die UN-BRK fundierten Maßstab von Partizipa-

tion an die Weiterentwicklung der ICF an, so erhalten die Umweltfaktoren große Bedeutung, weil sie entweder unterstützend oder behindernd für behinderte Menschen sein können (zur Erforschung der Lebenssituation behinderter Menschen in der Gesellschaft vgl. WANSING 2005). Die Umweltfaktoren stellen folglich eine entscheidende Komponente zur Begutachtung einer Behinderung dar. Dementsprechend sollte mit dieser Komponente der ICF die gesellschaftliche Umwelt exakt kategorisiert werden, um die Klassifikation hinsichtlich ihrer praktischen Anwendung, z. B. in der Rehabilitation, zu verbessern.

Im Mai 2001 verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation ihre zwei-

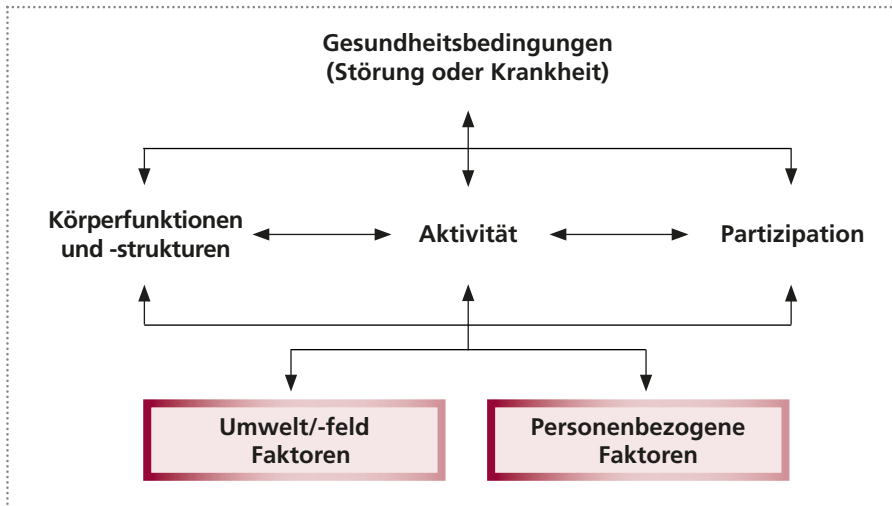
te Klassifikation von Behinderung, die „Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF). Inzwischen ist diese Klassifikation zehn Jahre in Kraft – Zeit, um ihre Konstruktion zu reflektieren. Im Folgenden wird die ICF in groben Zügen vorgestellt, ihr Aufbau, ihre Ausrichtung und ihre Einsatzmöglichkeiten ausgeführt.

Unterscheidung zwischen Krankheit und Behinderung

Seit ihrer Gründung 1946 verantwortet die WHO die Klassifikation von Krankheiten. Mit ihr können Ausmaß und Häufigkeit von Krankheiten weltweit erfasst und für unterschiedliche Belange genutzt werden, z. B. um Daten für den (inter-)nationalen Vergleich zu erheben oder Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu entwickeln. Nachdem Wissenschaftler(innen) und die erstarkende internationale Behindertenbewegung in den späten 1960er und den 1970er Jahren die Gleichsetzung von Behinderung mit Krankheit kritisiert hatten, entwickelte die WHO 1980 die „Internationale Klassifikation von Schädigungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen“ („International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“, ICIDH). Mit ihr wurden Behinderung und Krankheit erstmals klar unterschieden. Schon der Entwicklungsprozess dieser ersten behinderungsspezifischen Klassifikation zeigt, dass es von Seiten mehrerer Akteure beabsichtigt und sogar gefordert war, sich in der Bestimmung einer Behinderung nicht nur auf die körperliche Dimension zu beschränken. Vielmehr sollten auch Auswirkungen auf den betreffenden Menschen sowie auf dessen gesellschaftliche Situation einbezogen werden.

Aufgrund verschiedener Kritikpunkte wie z. B. der als linear kritisierten Folge von Behinderung aus Krankheiten leitete die WHO Anfang der 1990er Jahre einen Revisionsprozess ein, an dessen Ende 2001 die Verabschiedung der zweiten internationalen Klassifikation von Behinderung stand, der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). Sie adressiert im Gegensatz zur ersten WHO-Behinderungsklassifikation alle Menschen, auch wenn nur Behinderungen und nicht zugleich besondere Fähigkeiten eines Menschen klassifiziert werden (vgl. WHO 2001, 7; HIRSCHBERG 2009, 207 ff.). Primär relevant ist sie aber nach wie vor für behinderte Menschen, da deren Beeinträchtigung unter Beachtung ihrer gesellschaftlichen Umwelt beurteilt wird. Die ICF

Abb. 1: Interaktionen zwischen den Komponenten von Behinderung



stellt die Basis für rehabilitationsbezogene Maßnahmen dar. So dient sie z. B. in den Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als Orientierungsgrundlage für Entscheidungen dafür, welche Hilfsmittel als Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden (vgl. GBA 2008).

Behinderung: nicht mehr Krankheitsfolge, sondern Interaktionsergebnis zwischen Individuum und Gesellschaft

In der ICF wird erstmals das gesellschaftliche Umfeld, die Umwelt des Individuums in den Blick genommen. Behinderung ist nicht mehr – wie noch in der ICIDH – kausale Folge einer Krankheit oder Schädigung, sondern das Ergebnis einer Interaktion verschiedener Einflussfaktoren (vgl. Abb. 1; WHO 2001, 18). Behinderung wird als Ergebnis des Zusammenwirkens folgender Komponenten konstruiert: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation, Umweltfaktoren und Personenbezogene Faktoren eines Menschen.

Es werden also nicht nur körperliche, individuelle und gesellschaftliche Komponenten von Behinderung, sondern auch das private Umfeld und persönliche Lebenserfahrungen sowie die für einen Menschen spezifischen Barrieren bzw. Unterstützungsfaktoren einbezogen.

Diese konzeptionellen Veränderungen des Begriffs der Beeinträchtigung gehen auf die Forderung der Behindertenbewegung zurück, Barrieren und gesellschaftliche Hindernisse (wie auch negative Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung) zu entfernen und Behinderung als gesellschaftlich

produziert zu begreifen, statt sie – wie im medizinischen Modell – ausschließlich als individuelles Problem zu konstruieren. Die WHO (2011, 20) will mit der ICF diese unterschiedlichen Konzepte in ihrem biopsychosozialen Ansatz vereinen.

Konzeption der Komponenten: stark körperbezogene Konstruktion von Behinderung

Die Diskussion der ICF weist darauf hin, dass die bestehende Ausarbeitung der ICF Grenzen hat und weiterentwickelt werden sollte (vgl. KOSTANJSEK 2011; SALVADOR-CARULLA & GARCIA-GUTTIEREZ 2011; HIRSCHBERG 2009). Daher sollte die ICF im zehnten Jahr seit ihrer Verabschiedung differenziert und verbessert werden.

Untersucht man Konzeption und Ausarbeitung der Komponenten in der ICF selbst, so bestimmen verschiedene Charakteristika, wie Behinderung in der ICF konstruiert ist: Der Schwerpunkt liegt auf der körperlichen Dimension, da die Körperfunktionen und -strukturen sowie besonders die Schädigung am ausführlichsten ausgearbeitet sind (vgl. HIRSCHBERG 2009, 165 und 234). Diese Dominanz der körperlichen Ebene hebt zumindest implizit Schädigungen hervor und fokussiert damit den einzelnen Menschen aus medizinischer Sicht. Da in der Rehabilitation das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft leitend ist, ist es entscheidend, nicht nur die Körperfunktionen und -strukturen, sondern auch die anderen Komponenten differenzierter zu konzipieren und zu kategorisieren, um eine genaue Erfassung der Teilhabe eines Menschen zu ermöglichen.

Überdies wird die Schädigung als einzige Behinderungskomponente im

Klassifikationsteil der ICF explizit aufgeführt, allerdings nur hinsichtlich der Körperfunktionen, nicht der Körperstrukturen. Dies unterscheidet auch die Konzeption von Körperfunktionen und Körperstrukturen. Die Körperfunktionen sind am häufigsten im Kategorienkatalog für ideale und minimale Gesundheitsinformationssysteme der ICF vertreten, wohingegen Kategorien der Körperstrukturen und Umweltfaktoren nicht und diejenigen von Aktivität und Partizipation nur in geringem Umfang (ca. ein Drittel im Verhältnis zu zwei Dritteln Körperfunktionen) aufgeführt sind (vgl. WHO 2001, 253).

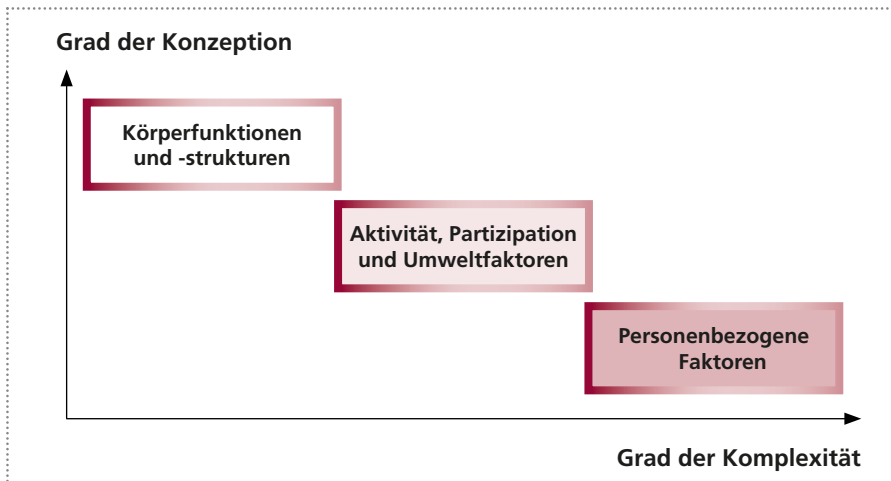
Die Körperstrukturen sind allerdings sehr differenziert ausgearbeitet. Dies zeigt sich an ihren ausführlichen Kodierungs- und Klassifizierungsmöglichkeiten mit drei Beurteilungsskalen (vgl. WHO 2001, 228). Zudem unterscheiden sich die Körperfunktionen und -strukturen von den anderen Komponenten dadurch, dass die Schädigung die einzige Komponente ist, die über konkrete Kriterien begründet ist.

Die genannten Charakteristika belegen die hierarchisch höchste Stellung der Körperfunktionen (und nachrangig der Körperstrukturen) in der ICF. Die besonders starke Ausarbeitung der körperlichen Komponenten (Körperfunktionen und Körperstrukturen) erscheint vor dem Hintergrund von gesellschaftlicher Partizipation und Inklusion nicht zeitgemäß, weil dem sozialen Einfluss und somit den Umweltfaktoren eine größere Relevanz beigemessen wird.

Die Umweltfaktoren weisen uneinheitliche Empfehlungen zu den Kodierungsmöglichkeiten von Barrieren und Unterstützungsfaktoren auf (vgl. HIRSCHBERG 2009, 180 f.). Das besondere Profil der individuellen und der gesellschaftlichen Dimension von Behinderung wird aufgrund der gemeinsamen Kategorienliste von Aktivität und Partizipation nicht deutlich. Deshalb wäre es wünschenswert, wenn eigenständige Kategorienlisten entwickelt und die Beurteilungsmerkmale differenziert zugewiesen würden. Ihre Zusammenfassung wird auch in der Rezeption der ICF als ein gravierendes Manko kritisiert (vgl. SALVADOR-CARULLA & GARCIA-GUTIERREZ 2011; HIRSCHBERG 2009).

Zur Erlangung gleichberechtigter Partizipation behinderter Menschen ist es entscheidend, den Einfluss der Umwelt zu erfassen. Daher ist es erforderlich, die Umweltfaktoren, ihre Kategorienliste sowie die Kodierungs- und Klassifizierungsmöglichkeiten von Bar-

Abb. 2: Ausarbeitung und Komplexität der Komponenten



rieren und Unterstützungsfaktoren differenzierter auszuarbeiten. Dies ist ein wichtiger Schritt, um die gesellschaftliche Partizipation behinderter Menschen voranzubringen.

Grafisch lässt sich der Grad der Konzeption aller ICF-Komponenten als abnehmend, ihre Komplexität jedoch als zunehmend veranschaulichen (vgl. Abb. 2): Während die vertikale Achse angibt, wie differenziert die Komponenten in der ICF konzipiert sind, bildet die waagerechte Achse den Komplexitätsgrad der Komponenten ab. Da Körperfunktionen und -strukturen den körperlichen Zustand beschreiben, handelt es sich bei ihnen um eine vergleichsweise eindimensionale Komponente. Hingegen sind Aktivität und Partizipation ebenso wie die Umweltfaktoren komplexer, da der Aktivitätsbegriff Tätigkeiten oder Fähigkeiten bezeichnet, der Partizipationsbegriff die gesellschaftliche Teilhabe und somit die umfassende Lebenssituation eines Menschen. Die Umweltfaktoren sind bereits durch ihr umfangreiches Kategorienspektrum komplex; mit dieser Komponente wird die gesamte „externe“ Welt bzw. die Lebensumstände eines Menschen erfasst.

Der unterschiedliche Komplexitätsgrad von Umweltfaktoren lässt sich am Beispiel des Mobilitätsstocks für sehbeeinträchtigte Menschen veranschaulichen: Dieser dient als einfacher Teleskop-Taststock zur Orientierung, kann zusätzlich mit Laser oder Ultraschall oder sogar mit einem Sensor ausgestattet sein, über den Informationen zum jeweiligen Ort in Verbindung mit einem Mobiltelefon abgerufen werden können, sofern die Umgebung mit Transpondern ausgestattet ist.

Reflektiert man die Ausarbeitung aller Komponenten hinsichtlich des

Behinderungsverständnisses in der ICF, so wird Behinderung primär körper- und somit schädigungsbezogen konstruiert. Jedoch wird diese Ausrichtung durch die Konzeption von Aktivität und Partizipation sowie besonders durch die Ausarbeitung der Umweltfaktoren (Barrieren und Unterstützungsfaktoren) erweitert. Die Konzeption der Personenbezogenen Faktoren lässt zwar Spielraum für vielfältige Ausrichtungen der ICF, ist jedoch nicht vollendet und daher grafisch nur angedeutet (vgl. Abb. 2).

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Komponenten

Aktivität und Partizipation: Differenzierung von Kategorienlisten und Kodierung

Aufgrund der geringen Ausführung sollen exemplarisch einige Vorschläge zur Differenzierung der Komponenten gemacht werden. Um die Teilhabe eines Menschen exakt erfassen und Behinderung genau beurteilen zu können, ist es hilfreich, wenn nicht nur Schädigungen, sondern auch andere Behinderungskomponenten in den Klassifikationslisten benannt und durch konkrete Kriterien bestimmt würden. So fehlt in der Klassifikationsliste von Aktivität und Partizipation z. B. das Phänomen *Dyskalkulie*, das als Aktivitätsbeeinträchtigung der Kategorie *Learning to calculate (d 150)* kodiert werden könnte (ICF 126). Mit dieser neuen ICF-Kategorie könnte die Diagnose F81.2 *Dyskalkulie* der Krankheitsklassifikation („International Classification of Diseases and Other Health Problems“, ICD) zum einen ergänzt, zum anderen sogar ausführlicher dargestellt werden, da es sich um eine individuelle Aktivität bzw. eine Lernschwäche des Kalkulierens handelt (vgl. WHO 1999, 409). Die ICF eignet sich daher besser zur Beurteilung einer Rechenschwäche als die

ICD, weil sie die Relationen der die Behinderung bestimmenden Komponenten abbildet. Ebenso wie anhand dieser Aktivitätsbeeinträchtigung expliziert, könnten auch andere Aktivitätsbeeinträchtigungen und Partizipationseinschränkungen in der ICF ausgewiesen und konkretisiert werden. Ihre ganzheitliche Ausrichtung wird auch am Beispiel von Rückenschmerzen in der Lebenssituation eines Menschen verdeutlicht (vgl. DEVENTER & EWERT 2009), die Bedeutung des Person-Umwelt-Verhältnis in einer groß angelegten italienischen Studie herausgestellt (vgl. FRANCESCUTTI et al. 2011).

Die Umweltfaktoren – Möglichkeiten einer detaillierteren Beurteilung

Ebenso könnte die Klassifizierung der Umweltfaktoren ergänzt werden. Auch wenn in den Ausführungen zu den Umweltfaktoren bereits Kriterien genannt worden sind, lassen sie sich gemäß des aktuellen Entwicklungsstandes der ICF nicht anwenden, da sie nicht operationalisiert sind (vgl. HIRSCHBERG 2009, 177 ff.; WHO 2001, 233). Es sind die Kriterien: Ausmaß/Größe, Häufigkeit und Vermeidbarkeit einer Barriere sowie Ausmaß, Zuverlässigkeit und Qualität von Unterstützungsfaktoren (s. u.). Um diese konkret nutzen zu können, schlage ich vor, diese Kriterien als eigenständige Beurteilungsmerkmale zu entwickeln und konkret auf die Kategorien der Umweltfaktoren zu beziehen. Ähnlich wie bei den Körperstrukturen wären hierbei das zweite und dritte Beurteilungsmerkmal dem ersten nachgeordnet und könnten je nach Bedarf eingesetzt werden (vgl. Tab. 1 und 2; auch HIRSCHBERG 2009, 238 f.).

Die Beurteilungsmerkmale lassen sich auf alle Kategorien der Umweltfaktoren anwenden, bis auf *Air quality (e 260)* sowie *Light (e 240)* und *Sound (e 250)*, die bereits das Merkmal der Qualität als Unterkategorie enthalten (*Light quality, e 2401*, und *Sound quality, e 2501*). Insofern ist es nicht notwendig, das vorgeschlagene dritte Beurteilungsmerkmal auf diese Kategorien der Unterstützungsfaktoren anzuwenden. Hingegen könnte es – je nach Bedarf – hilfreich sein, die Unterkategorie *Sound intensity (e 2500)* mit allen drei Beurteilungsmerkmalen zu klassifizieren, da eine leise Lautstärke eine schlechtere Qualität haben kann als eine laute oder gemäßigte Lautstärke.

Mit zunehmender Höhe der Faktoren steigen Ausmaß, Häufigkeit und Unvermeidbarkeit von Barrieren sowie Ausmaß und Unzuverlässigkeit des Un-

Tab. 1: Vorschlag einer differenzierten Beurteilung von Barrieren

1. Beurteilungsmerkmal: Ausmaß/Größe einer Barriere	2. Beurteilungsmerkmal: Häufigkeit einer Barriere	3. Beurteilungsmerkmal: Un-/Vermeidbarkeit einer Barriere
0 Keine Barriere	0 Nicht vorhanden	0 Vermeidbar
1 Leichte Barriere	1 Selten vorhanden	1 Häufig vermeidbar
2 Gemäßigte Barriere	2 Manchmal vorhanden	2 Manchmal vermeidbar
3 Erhebliche Barriere	3 Häufig vorhanden	3 Selten vermeidbar
4 Vollständige Barriere	4 Immer vorhanden	4 Nie vermeidbar
8 Nicht spezifiziert	8 Nicht spezifiziert	8 Nicht spezifiziert
9 Nicht anwendbar	9 Nicht anwendbar	9 Nicht anwendbar

Tab. 2: Vorschlag einer differenzierten Beurteilung von Unterstützungsfaktoren

1. Beurteilungsmerkmal: Ausmaß/Zugänglichkeit von Unterstützungsfaktoren	2. Beurteilungsmerkmal: Zuverlässigkeit eines Unterstützungsfaktoren	3. Beurteilungsmerkmal: Qualität eines Unterstützungsfaktoren
0 Keine Unterstützung	0 Immer zuverlässig	0 Sehr gute Qualität
1 Leichte Unterstützung	1 Häufig zuverlässig	1 Hohe Qualität
2 Gemäßigte Unterstützung	2 Manchmal zuverlässig	2 Mittelmäßige Qualität
3 Erhebliche Unterstützung	3 Selten zuverlässig	3 Geringe Qualität
4 Vollständige Unterstützung	4 Unzuverlässig	4 Keine Qualität
8 Nicht spezifiziert	8 Nicht spezifiziert	8 Nicht spezifiziert
9 Nicht anwendbar	9 Nicht anwendbar	9 Nicht anwendbar

terstützungsbedarfs an bzw. die Qualität des Unterstützungsbedarfs sinkt. In meiner Studie schlage ich vor, die in der Kodierungsanleitung der ICF genannten Charakteristika aufzunehmen und als zusätzliche Beurteilungsmerkmale zu nutzen, die je nach inhaltlichem Bereich der jeweiligen Unterkategorie der Umweltfaktoren angewendet werden können (vgl. Tab. 1 und 2; HIRSCHBERG 2009, 238 f.).

Die Konzeption der Umweltfaktoren würde durch die vorgeschlagenen Beurteilungsskalen präzisiert, da die in den Kodierungsrichtlinien erwähnten Charakteristika bisher noch nicht als Beurteilungsmerkmale entwickelt sind. Dies lässt sich z. B. an einer Rampe veranschaulichen, die als Umweltfaktor eine unterstützende Funktion hat. Bisher noch nicht separat klassifiziert und kodierbar, wird sie im Rahmen der Kategorie *Produkte und Technologie der Flächenentwicklung von Stadtgebieten* (e 1602) aufgezählt (vgl. HIRSCHBERG 2009, 181): „Products and technology in urban land areas as they affect an individual’s outdoor environment through the implementation of urban land use policies, design, planning and development of space, such as

kerb cuts, ramps, signposting and street lighting“ (WHO 2001, 180).

In der derzeitigen Version der ICF lässt sich jedoch weder eine Rampe eigenständig kodieren, noch ihre Eigenschaften beurteilen. Um also die Beschaffenheit einer Rampe beurteilen zu können, ist erstens ihre Erfassung als neu zu entwickelnde Unterkategorie notwendig. Zweitens ließen sich mittels der vorgeschlagenen Beurteilungsmerkmale spezifische Merkmale einer Rampe wie Steigungsgrad, Beschaffenheit oder Oberflächenstruktur besser beschreiben. So könnte eine Rampe als *erhebliche Unterstützung* kodiert werden, wenn ihre Steigung angenehm, jedoch noch nicht ideal ist.

Ebenso könnte ein Hindernis wie ein fehlendes akustisches Signal an einer Ampel, das blinden oder sehbehinderten Menschen anzeigt, ob sie die Straße überqueren können, hinsichtlich des *Ausmaßes*, der *Häufigkeit* im eigenen Stadtviertel und auch bezüglich der *Vermeidbarkeit* beurteilt werden.

Die dargestellten Beispiele zeigen die Notwendigkeit an, die Umwelt stärker zu gewichten und differenzierter zu er-

heben. Hiermit würde sich auch in der Anwendung der ICF der Schwerpunkt verschieben: von einer Fokussierung des behinderten Menschen hin zu einer Bewertung der Gesamtsituation im gesellschaftlichen Umfeld des Menschen.

Partizipation verbessern – Barrierefreiheit anstreben

Mit Bezugnahme auf die UN-BRK ist es sinnvoll, die externen Faktoren einer Behinderung (die Bedeutung von Barrieren und Unterstützungsfaktoren) sowie Aktivität und Partizipation differenzierter zu erfassen. Hierzu muss ihre Konzeption detaillierter ausgearbeitet werden. Die exemplarischen Möglichkeiten für Aktivität und Partizipation sowie die ergänzenden Beurteilungsmerkmale für Barrieren und Unterstützungsfaktoren sollten in der Diskussion zur Weiterentwicklung der ICF genutzt werden. Die Vorschläge dienen dazu, die ICF als Klassifikation mit dem Ziel der Verbesserung der Lebenssituation behinderter Menschen zu nutzen und weiterzuentwickeln. Hierbei sollte der Fokus von Barrierefreiheit und gesellschaftlicher Partizipation leitend sein. Auf diese Weise erhielte die gesellschaftliche Dimension von Behinderung – besonders aufgrund der Beachtung der Lebensverhältnisse behinderter Menschen – in der ICF größeres Gewicht.

Würden die Umweltfaktoren der ICF hingegen nicht weiterentwickelt, bestünde weiterhin eine starke Ausrichtung auf das Individuum, auf die körperlichen Beeinträchtigungen der Person, ohne die gesellschaftlichen Hindernisse in ausreichendem Maß zu berücksichtigen. Die Entwicklung von differenzierten Kategorien und weiteren Beurteilungsmerkmalen für Barrieren und Unterstützungsfaktoren ist ein wichtiger Schritt, die ICF als Instrument mit dem Ziel zu verwenden, gleichberechtigte Partizipation aller Menschen – mit jeglichen Formen von Behinderungen – zu erlangen.

LITERATUR

DEVENTER, Angela; EWERT, Thomas (2011): Mehr als eine neue Klassifikation. ICF in der ärztlichen Arbeit. In: Deutsches Ärzteblatt 106 (38), A 1832–1835.
FRANCESCUTTI, Carlo et al. (2011): Description of the person-environment interaction: methodological issues and empirical results of an Italian large-scale disability assessment study using an ICF-based protocol. In: Public Health (11/Suppl. 4), S11, 1–11.

GBA – Gemeinsamer Bundesausschuss

(2008): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, in Kraft getreten am 20.3.2008.

<http://www.g-ba.de/downloads/62-492-249/RL-Reha-2007-12-20.pdf> (abgerufen am 17.10.11).

HIRSCHBERG, Marianne (2009):

Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation. Frankfurt a. M.: Campus.

HIRSCHBERG, Marianne (2010):

Partizipation – ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention.

POSITIONEN der Monitoring-Stelle zur UN-

Behindertenrechtskonvention (3). Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

HIRSCHBERG, Marianne (2011):

Behinderung: Neues Verständnis nach der Behindertenrechtskonvention. POSI-

TIONEN der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention (4). Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

KOSTANJSEK, Nenad (2011): Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems.

In: *Public Health* (11/Suppl. 4), 53, 1–6.

SALVADOR-CARULLA, Luis; GARCIA-GUTIERREZ, Carlos (2011):

The WHO construct of health-related functioning (HrF) and its implications for health policy.

In: *Public Health* (11/Suppl. 4), 59, 1–10.

WANSING, Gudrun (2005):

Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

WHO – World Health Organization

(1980): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Genf: WHO.

WHO – World Health Organization

(2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf: WHO.

i Die Autorin:**Dr. Marianne Hirschberg**

Sozialwissenschaftlerin am Deutschen Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention

@ m_hirschberg@gmx.de