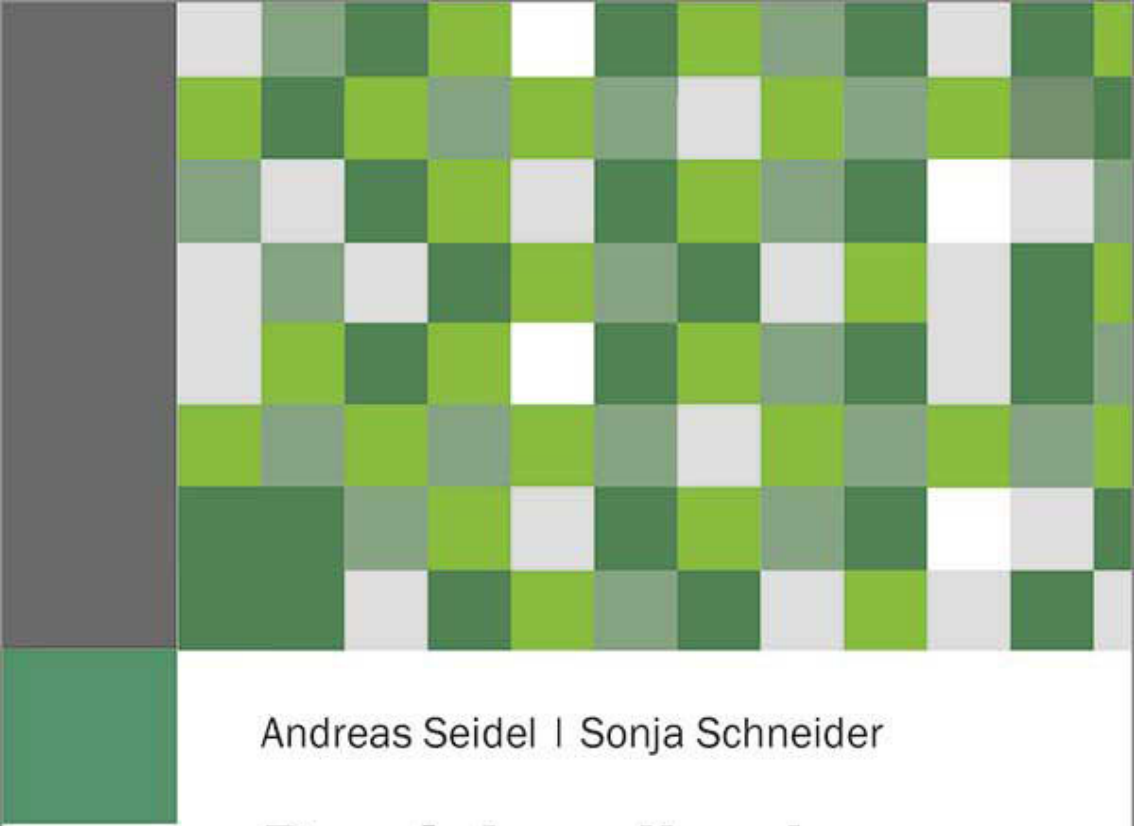




Andreas Seidel | Sonja Schneider

Praxishandbuch

ICF-orientierte Bedarfsermittlung

Beratung, Diagnostik und
Hilfeplanung in sozialen Berufen

2. Auflage



E-Book inside

BELTZ JUVENTA

Andreas Seidel | Sonja Schneider
Praxishandbuch ICF-orientiertes Arbeiten

Andreas Seidel | Sonja Schneider

Praxishandbuch ICF-orientiertes Arbeiten

Beratung, Bedarfsermittlung und
Unterstützungsplanung in sozialen Berufen

2., aktualisierte und überarbeitete Auflage

BELTZ JUVENTA

Die Autor_innen

Prof. Dr. med. Andreas Seidel lehrt an der Hochschule Nordhausen in den Studiengängen der Sozialen Arbeit (B.A. und M.A.), Heilpädagogik (B.A.) sowie Transdisziplinäre Frühförderung (M.A.).

Sonja Schneider (M.A. Therapeutische Soziale Arbeit) arbeitet als Sozialarbeiterin im Bereich der Psychiatrie sowie freie Dozentin und Lehrbeauftragte an der Hochschule Nordhausen.

Fallerstellung und -bearbeitung unter Mitarbeit von Fachkräften aus den Bereichen: Frühförderung, Frühpädagogik, Gesundheitswissenschaften, Jugendhilfe, Medizin, Musiktherapie, Neuropädiatrie, Pädagogik, Rehabilitation, Selbsthilfe, Sonderpädagogik, Soziale Arbeit, Sozialmanagement, Sozialmedizin, Sozialpädagogik, Sozialpädiatrie, Therapie.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Alle Angaben in diesem Buch sind sorgfältig recherchiert und geprüft. Durch mögliche Neuerungen in der Gesetzgebung, Rechtsprechung sowie den Zeitablauf kann es zu Änderungen kommen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aus diesen Gründen für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts keine Haftung übernehmen.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-7799-6624-1 Print
ISBN 978-3-7799-6625-8 E-Book (PDF)

2., aktualisierte und überarbeitete Auflage 2021

© 2021 Beltz Juventa
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung und Satz: Ulrike Poppel
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

I Allgemeines	7
1 Die ICF und das bio-psycho-soziale Modell: Von der Diagnose zum Gesundheitszustand	8
2 Die neun Lebensbereiche der Komponente der Aktivitäten und Partizipation	22
3 Kodieren und Dokumentieren mit der ICF	31
4 Die ICF als gemeinsame Sprache – eine Chance für die interdisziplinäre Zusammenarbeit	42
5 Personenzentrierung und Partizipation: Selbst- und Mitbestimmen und Teilhaben	47
6 Von der UN-Behindertenrechtskonvention zum Bundesteilhabegesetz	53
II Spezielles	57
7 Von der ICF zur Bedarfsermittlung	58
8 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)	66
9 Partizipationsorientierung und „smarte“ Zielformulierung	68
10 Von der ICF-orientierten Bedarfsermittlung zu Hilfe-, Förder- und Therapieplänen	75
11 Von der ICF-orientierten Bedarfsermittlung zur Gesamt- und Teilhabeplanung	81
12 Herausforderungen und Chancen beim Arbeiten mit der ICF	88
III Praxisbeispiele	91
Lutz: 17 Monate	92
Anna: 5 Jahre	100
Peter: 9 Jahre	108
Stefan: 12 Jahre	116
Karmen: 14 Jahre	124
Frau Müller: 19 Jahre	132
Herr Grube: 25 Jahre	140
Frau Zalander: 33 Jahre	148
Frau Kleinert: 43 Jahre	156
Herr Baum: 58 Jahre	164
Frau Kurmina: 63 Jahre	172
Herr Schmidt: 78 Jahre	180
Quellen- und Literaturverzeichnis	189

I Allgemeines

1 Die ICF und das bio-psycho-soziale Modell: Von der Diagnose zum Gesundheitszustand

Die Abkürzung ICF steht für *International Classification of Functioning, Disability and Health* oder auf Deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Entwickelt und herausgegeben wurde und wird diese Klassifikation von der Weltgesundheitsorganisation, der WHO; die ICF wird weltweit benutzt (WHO 2001). Aktuell gibt es eine Version für Erwachsene (ICF) und eine Version für Kinder und Jugendliche (ICF-CY; C steht dabei für children/Kinder und y für youth/Jugendliche) (WHO 2007). Die deutsche Version der ICF-CY wurde erstmals 2011 veröffentlicht (WHO 2017). Da die WHO entschieden hat, beide Versionen der ICF (also die Version für Erwachsene und die Version für Kinder und Jugendliche) zusammenzuführen, wird im weiteren Text und in diesem Buch immer der Begriff ICF für beide Versionen benutzt. Auch in Deutschland wird in den nächsten Jahren also nur noch „eine ICF-Version“ genutzt werden, für alle Menschen.

Mit der ICF soll der individuelle Gesundheitszustand (als aktueller Gesundheitsstatus) einer Person näher beschrieben werden, damit besser ausgedrückt werden kann, wie es einem Menschen mit einer Gesundheitsstörung im Alltag geht (Ist-Zustand). Die Beschreibung einer Diagnose ist dafür nicht ausreichend, da eine Diagnose alleine nicht deutlich machen kann, ob und welche Hilfen eine Person aktuell im Alltag benötigt. Für die Beschreibung des (aktuellen) Gesundheitsstatus eines Menschen werden alle Lebensbereiche dieser Person angeschaut, unter besonderer Berücksichtigung der Kontextfaktoren (also die materielle Umwelt, andere Menschen im Umfeld, Einstellungen anderer Menschen/der Gesellschaft etc.). Die ICF basiert damit auf einem bio-psycho-sozialen Modell, das heißt, dass biologisch-medizinische Aspekte ebenso und gleichberechtigt betrachtet werden wie psycho-soziale Faktoren, die für den jeweiligen Menschen von Bedeutung sind. Das Besondere ist dabei, dass die ICF eine einfach zu lernende gemeinsame Sprache zur Verfügung stellt, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern (Menschen mit Beeinträchtigungen und Fachleuten) zu verbessern. Die WHO weist darauf hin, dass die ICF auf alle Menschen bezogen werden kann, und

eben nicht nur auf Menschen mit Behinderungen. Mit anderen Worten, die ICF ist universell anwendbar (WHO 2001, WHO 2007, Mukaino et al. 2020).

Die ICF wurde in einem mehrjährigen Prozess unter Mitwirkung von unterschiedlichen Fachleuten (GesundheitswissenschaftlerInnen, MedizinerInnen, PädagogInnen, PhilosophInnen, PolitikerInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen etc. einschließlich der Selbsthilfe) in verschiedenen Arbeitsgruppen auf der ganzen Welt unter der Leitung der WHO ausgearbeitet und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Die ICF ist somit ein „interdisziplinärer Kompromiss“ für die Beschreibung von Gesundheitszuständen, den Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (von allen Kontinenten der Erde) „ausgehandelt“ haben. Das heißt auch, dass die ICF keine „wirkliche“ wissenschaftlich-theoretische Grundlage hat.

2001 wurde die ICF von den Mitgliedsstaaten der WHO unterschrieben; die deutsche Übersetzung erfolgte 2005. Seitdem wird die ICF in Deutschland bereits genutzt, am Anfang insbesondere in der Sozialmedizin, Rehabilitation und Frühförderung. Die ICF-CY als Version für Kinder (children) und Jugendliche (youth) wurde 2007 von der WHO verabschiedet und liegt in der deutschen Übersetzung seit 2011 vor (Seidel 2015).

Bekannter als die ICF der WHO ist bislang die ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, mit der Diagnosen (also zum Beispiel Asthma, Diabetes, Epilepsie, Autismus, Schlaganfall, Cerebralparese etc.) beschrieben werden. Die ICD-Klassifikation ist in der deutschen Gesundheitsversorgung *die* wesentliche Grundlage für die Abrechnungen und Kostenerstattungen im ambulanten (ärztliche, (psycho-)therapeutische Praxen) und stationären (Krankenhaus-) Sektor (WHO 2011). Aktuell ist in Deutschland die 10. Version der ICD gültig, die ICD-10 GM; GM steht dabei für „German Modification“. Die 11. Version der ICD wurde gerade verabschiedet und wird, nach Vorliegen der deutschen Übersetzung, im Jahr 2022 (mit einer flexiblen Übergangsfrist von 5 Jahren) in Kraft treten und die ICD-10 GM ersetzen. Diagnosen, die mit der ICD ausgedrückt werden, beschreiben typische Befunde und Symptome von Krankheiten oder Störungen und haben für die klinische Arbeit sowie die Forschung und Entwicklung von Behandlungsmethoden eine große Bedeutung. Diagnosen alleine sagen aber nichts darüber aus, ob und inwiefern ein Mensch im Alltag relevante Beeinträchtigungen erlebt oder nicht. Wie gut es einem Menschen (mit einer Diagnose) im Alltag geht, also wie gut der Mensch im Alltag „funktioniert“ (Beschreibung der sogenannten Funktionsfähigkeit mit der ICF) und ob ein Mensch im Alltag „behindert ist“ (mit Beeinträchtigung-

gen von Aktivitäten und Teilhabe), soll mit der ICF ergänzend beschrieben werden. Diese beiden Klassifikationen, ICD und ICF, sind also komplementär und sollten gemeinsam genutzt werden, wenn über Gesundheitsstörungen gesprochen wird (WHO 2001, WHO 2011). Die ICF soll – nach dem Willen der WHO – eine gemeinsame und disziplinübergreifende Sprache für die Beschreibung von Gesundheitszuständen zur Verfügung stellen, um die Kommunikation zwischen verschiedenen BenutzerInnen, wie Fachleuten aus dem Gesundheitswesen, aus der Pädagogik, aus der Jugend- und Sozialhilfe, Forschung, Politik und der Öffentlichkeit, einschließlich Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Beeinträchtigungen und deren Angehörigen, zu verbessern (WHO 2001). Dabei wird der Fokus bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes eines Menschen auf dessen mögliche oder beeinträchtigte Aktivität sowie die Teilhabe (Partizipation) am Leben in der Gemeinschaft und auf mögliche Einschränkungen bzw. Ressourcen im Bereich der Kontextfaktoren gelegt. Die praktische Bedeutung einer Nutzung der ICF wird auch dadurch deutlich, dass die Begriffe aus der ICF in der deutschen Sozialgesetzgebung (insbesondere durch das Bundesteilhabegesetz, BTHG) oder im Teilhabebericht benutzt werden (Seidel 2015, BTHG 2016). Für die Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe ist in § 118 SGB IX ein ICF-orientiertes Verfahren gesetzlich vorgeschrieben. Das zeigt, dass ein Grundwissen zur ICF nicht nur nützlich, sondern für alle, die sich in Deutschland mit Gesundheit und Behinderung befassen (Selbsthilfe, Fachleute unterschiedlicher Professionen), notwendig geworden ist.

Ethische Leitlinien der ICF

Eine Klassifikation und wissenschaftliches Werkzeug kann falsch gebraucht oder missbraucht werden. Die WHO hat deshalb ethische Leitlinien für die Anwendung der ICF in der Praxis formuliert. Dazu gehören das Respektieren der Autonomie des Menschen, Vertraulichkeit sowie die Einwilligung, Einbeziehung und Kooperation der Person, deren Gesundheitszustand oder Funktionsfähigkeit mit der ICF beschrieben und klassifiziert werden soll. Die ICF und alle aus ihrer Verwendung abgeleiteten Informationen sollen nach dem Willen der WHO nicht dazu benutzt werden, vorhandene Rechte oder anderweitige rechtmäßige Ansprüche zum Nutzen anderer Individuen oder Gruppen einzuschränken (WHO 2001).

Wesentliche Inhalte und Begriffe der ICF

Die Begründungen und Ziele für die Entwicklung der ICF beruhen auf praktischen, philosophischen, und gesundheitswissenschaftlichen Überlegungen, und eben nicht nur auf medizinischen. Folgende Ziele werden von der WHO benannt:

- Die ICF liefert eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium von Gesundheitszuständen;
- Die ICF stellt eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung von Gesundheitszuständen zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern zu verbessern;
- Die ICF ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf;
- Die ICF stellt ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit.

Die ICF ist, wie oben bereits beschrieben, universell anwendbar. Sie klassifiziert nicht Personen, sondern sie dient für eine Beschreibung von Gesundheitszuständen (Funktionsfähigkeit und ihrer Beeinträchtigungen bei Menschen) und dient als Organisationsrahmen dieser Informationen. Die ICF umfasst alle Aspekte der menschlichen Gesundheit und beschreibt diese in Form von Gesundheitsdomänen und mit Gesundheit zusammenhängenden Domänen. Beispiele für Gesundheitsdomänen sind Sehen, Hören, Gehen, Lernen und Sich-Erinnern; solche für mit Gesundheit zusammenhängende Domänen sind Transport, Bildung/Ausbildung oder soziale Interaktionen (WHO 2001, WHO 2007).

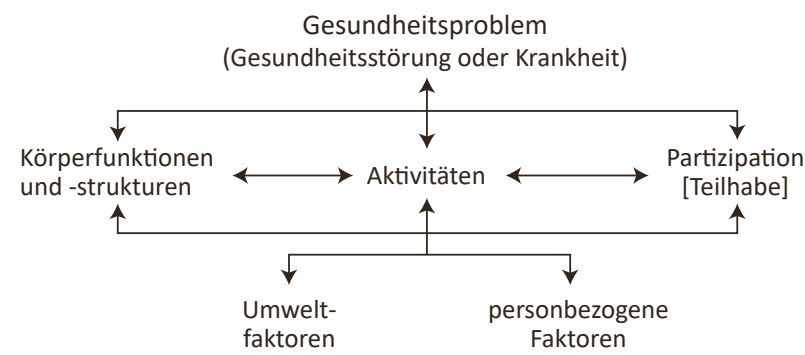


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell der ICF (WHO 2001); die Wechselwirkungen zwischen den Komponenten werden im bio-psycho-sozialen Modell durch die Doppelpfeile dargestellt

Komponente	Definition	Frage nach dem Inhalt
Körperfunktionen (body function)	... sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich der psychologischen Funktionen)	Funktioniert alles (das jeweilige Organsystem) wie erwartet?
Körperstrukturen (body structure)	... sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile	Sieht alles (außen und im Körper) so aus wie erwartet?
Aktivität (life domain)	... ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen	Kann der Mensch alleine das tun, was er möchte?
Partizipation/Teilhabe (life domain)	... ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation	Kann der Mensch mit anderen das tun, was er möchte?
Umweltfaktoren (environmental factors)	... bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten	Was oder wer hilft dem Menschen (Förderfaktor), was oder wer behindert den Menschen (Barriere)?
Personbezogene Faktoren	... beschreiben die Attribute und Eigenschaften einer Person, die nicht ein relevanter Teil des Gesundheitszustands sind	Wie kann der Mensch näher beschrieben werden?

Tabelle 1: Definitionen der Komponenten in der ICF und wie nach den Inhalten gefragt werden kann

Die Abbildung 1 zeigt das bio-psycho-soziale Modell der ICF; die wichtigsten Begriffe („Vokabeln“) der ICF sind in Tabelle 1 beschrieben; diese Definitionen sind notwendig, um die „Sprache ICF“ zu verstehen und zu sprechen. In der dritten Spalte der Tabelle ist eine Frage formuliert, die hilft, nach den Inhalten der Komponente praxisorientiert zu fragen.

Die Komponenten der ICF

In der ICF werden Informationen in zwei Teile gegliedert (Tabelle 2). Der eine Teil befasst sich mit Funktionsfähigkeit und Behinderung. Der andere Teil umfasst die Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) (WHO 2001, WHO 2007).

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und Körperstrukturen	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 (Kapazität) Leistung (Performanz)	Fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen einer Person
Positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation (Teilhabe)	Förderfaktoren (positiv wirkende Faktoren)	Nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
Negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe)	Barrieren (negativ wirkende Faktoren)	Nicht anwendbar
	Behinderung			

Tabelle 2: Überblick über die ICF (WHO 2001, WHO 2007)

Funktionsfähigkeit und Behinderung

Zur Funktionsfähigkeit und Behinderung (Teil 1 der ICF) gehören die Komponenten Körperfunktionen, Körperstrukturen sowie die Aktivitäten und Partizipation (synonym für Partizipation wird in der deutschen Übersetzung der ICF der Begriff *Teilhabe* benutzt) (WHO 2001, WHO 2007).

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen. Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, und werden, ebenso wie die Körper-

funktionen, in acht Kapiteln differenziert (Tabelle 3). Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion (z. B. mentale Funktion oder Lungenfunktion) oder -struktur, wie z. B. eine wesentliche (anatomische) Abweichung oder ein Verlust (zum Beispiel eines Unterschenkels nach einem Motorradunfall).

Komponente ‚Körperfunktionen‘ (body functions)	Kapitel	Komponente ‚Körperstrukturen‘ (body structures)
Mentale Funktionen	1	Strukturen des Nervensystems
Sinnesfunktionen und Schmerz	2	Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
Stimm- und Sprechfunktionen	3	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	4	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	5	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7	Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	8	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Tabelle 3: Kapitelübersicht der Komponenten Körperfunktionen und Körperstrukturen

Es gibt keine wissenschaftliche Erklärung, warum jeweils acht Kapitel entstanden sind, es ist das Ergebnis eines interdisziplinären Diskussionsprozesses. Aus Tabelle 3 wird deutlich, dass die WHO versucht hat, die jeweils acht Kapitel der Körperfunktionen und -strukturen „thematisch anzupassen“.

Als Aktivität wird die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen, also „was ein Mensch alleine macht“, bezeichnet. Als Beispiel wäre hier das Lernen von Vokabeln, der Umgang mit Stress, der Toilettengang oder die Körperhygiene zu nennen. Partizipation (Teilhabe) beschreibt das Einbezogensein in eine Lebenssituation, also „was ein Mensch mit einem oder mehreren Menschen gemeinsam tut“. Ein Beispiel hierfür wäre das Teilnehmen an der Klassenfahrt oder der Konzertbesuch mit Freunden. Die Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) erfolgt gemeinsam in neun Kapiteln (Tabelle 4). Das sind dieselben Kapitel und Inhalte, die im § 118 SGB IX benannt sind.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann (also zum Beispiel beim Lernen oder der eigenen Körperhygiene). Beeinträchtigungen der Partizipation (resp. der Teilhabe) sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt (also zum Beispiel bei der Kommunikation oder dass ein Konzertbesuch wegen nicht barrierefreier Zugangsmöglichkeiten unmöglich ist). Die verschiedenen Lebensbereiche (Domänen) der Komponente Aktivitäten und Partizipation sind in einer einzigen Liste enthalten, die alle (neun) Lebensbereiche umfasst. Aktivitäten werden in der ICF näher bestimmt durch die Beurteilungsmerkmale für Leistung (Performanz oder „performance“) und für Leistungsfähigkeit (Kapazität oder „capacity“). Das Beurteilungsmerkmal für Leistung beschreibt, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut (Beobachtungsebene im Alltag: Was ist aktuell möglich?). Diese Leistung ist somit durch den sozialen Kontext und andere Umweltfaktoren mitbestimmt. Das Beurteilungsmerkmal der Leistungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder eine Handlung „in einer standardisierten Umwelt“ durchzuführen, um dabei das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit zu beschreiben (standardisierte Konstruktebene: Was könnte erreicht werden?). Die Beurteilungsmerkmale der Leistungsfähigkeit und Leistung können sowohl unter Berücksichtigung von Hilfsmitteln oder personeller Assistenz als auch ohne deren Berücksichtigung verwendet werden. Für eine diagnostische Betrachtung und Hilfeplanung müssen Fachkräfte immer beide Konzepte (also die aktuelle Leistung und die Leistungsfähigkeit) bedenken unter Einbeziehung der anderen Komponenten der ICF (Schuntermann 2009, Seidel 2015).

Kapitel	Komponente ‚Aktivität und Teilhabe/Partizipation‘ als Lebensbereiche (life domains)
1	Lernen und Wissensanwendung
2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
3	Kommunikation
4	Mobilität
5	Selbstversorgung
6	Häusliches Leben
7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
8	Bedeutende Lebensbereiche
9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Tabelle 4: Die neun Kapitel (Lebensbereiche) der Komponente Aktivität und Teilhabe (Partizipation)

Die neun Lebensbereiche sind für die Beschreibung einer Behinderung von großer Bedeutung. Der Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX setzt dabei zwingend eine Teilhabebeeinträchtigung am gleichberechtigten Leben in der Gesellschaft voraus. Da der Behinderungsbegriff auf der ICF fußt, bestimmt sich auch das Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung nach der ICF (als Beeinträchtigung in den neun Lebensbereichen). Zur Bestimmung der Teilhabebeeinträchtigung müssen daher die Wechselwirkungen zwischen der Person, dem auf der Grundlage der ICD-10 diagnostizierten Gesundheitsstatus und den individuellen Bedürfnissen des Menschen zu seiner Umwelt analysiert werden. Ausschlaggebend für die Beurteilung, ob eine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, sind also die neun Lebensbereiche der ICF (Schaumberg & Seidel 2017 (1) und (2)).

Kontextfaktoren

Zu den Kontextfaktoren zählen die Umweltfaktoren sowie die personbezogenen Faktoren. Die Umweltfaktoren beschreiben die „äußeren Einflüsse“ auf den Menschen, personbezogene Faktoren bilden hingegen die „inneren Einflüsse von Merkmalen und Attributen einer Person“ ab. Mit dieser Beschreibung lassen sich die beiden Kontextfaktoren praktisch gut unterscheiden.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Beispiele für die materielle Umwelt wären ein Aufzug, ein Pflegebett, Medikamente oder die Wohnung. Zur sozialen Umwelt gehören andere Menschen (Familie, Freunde, Nachbarn, Fachleute, Arbeitskollegen, Haustiere etc.). Die einstellungsbezogene Umwelt beschreibt die Haltungen und Einstellungen anderer Menschen (zum Beispiel zum Thema „behinderte Menschen“ oder „Inklusion“ in der Gesellschaft). Diese Umweltfaktoren werden in 5 Kapiteln in der ICF dargestellt (Tabelle 5). Unterschieden werden bei den Umweltfaktoren Förderfaktoren und Barrieren. Als Förderfaktor sollen positiv wirkende Faktoren (auf den Gesundheitszustand der Person) beschrieben (Beispiel: barrierefreier Zugang zu allen Stockwerken durch einen Aufzug), negativ wirkende Faktoren als Barrieren bezeichnet werden (Beispiel: kein Aufzug in einem mehrstöckigen öffentlichen Gebäude oder Theater).

Kapitel	Umweltfaktoren (environmental factors)
1	Produkte und Technologien
2	Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
3	Unterstützung und Beziehungen
4	Einstellungen
5	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Tabelle 5: Kapitelübersicht der Komponente Umweltfaktoren

Personbezogene Faktoren beschreiben Einflüsse von Merkmalen der Person (z. B. SchülerIn, KlientIn) und werden, anders als die anderen Komponenten der ICF, nicht kodiert. Gründe für das Nichtkodieren sind die große Vielfalt der persönlichen Eigenschaften von Menschen (auch vor dem Hintergrund kultureller Unterschiede), die für eine standardisierte und bewertende Beschreibung nicht geeignet sind. Hinzu kommt, dass eine Kodierung von personbezogenen Faktoren von vielen Fachleuten und Wissenschaftlern aus ethischen Gründen (siehe auch ethische Leitlinien der ICF) abgelehnt werden. Der Begriff *personbezogene* (*nicht: personenbezogene*) Faktoren in der ICF bringt also zum Ausdruck, dass es sich um Eigenschaften und Attribute der Person handelt (WHO 2001, WHO 2007).

In den Kapiteln werden die jeweiligen Themen immer wieder an einem Fallbeispiel (*Herr Baum*, ausführlich als Fallbeispiel in Teil III des Buches auf S. 164) veranschaulicht. Diese Erläuterungen am Fallbeispiel sind mit einem Rahmen versehen. Beispiele für die Komponenten:

- Körperfunktion (b): Eingeschränkte Herzfunktion
- Körperstruktur (s): Narbe im Gehirn rechte Seite
- Aktivität (d): Treppensteigen erschwert
- Partizipation/Teilhabe (d): Sozialer Rückzug
- Umweltfaktor (e): Sein Freund (aus Heidelberg)
- Personbezogener Faktor: 58 Jahre alt, männlich

Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung

Die ICF liefert mit dem bio-psycho-sozialen Modell also einen mehrperspektivischen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung im Sinne eines interaktiven und sich entwickelnden Prozesses. Um diese Interaktion zwischen den verschiedenen Komponenten leichter erfassbar zu machen, können

deren komplexe und dynamische Wechselwirkungen im bio-psycho-sozialen Modell der ICF betrachtet werden (Abbildung 1).

Wechselwirkungen beschreiben die gegenseitige Auswirkung von Inhalten in den unterschiedlichen Komponenten. Damit unterscheiden sich Wechselwirkungen deutlich von „kausalen“ Ursache-Wirkung-Beziehungen. Das bio-psycho-soziale Modell beinhaltet ein zirkuläres Denken, welches durch die Wechselwirkungen (doppelseitige Pfeile) dargestellt wird.

Beispiel für kausale Beziehung: Durch die Muskelspastik ist das freie Gehen beeinträchtigt und daraus resultiert eine Behinderung.

Beispiel für Wechselwirkung: Die Mobilität (hier: freies Gehen) steht in Wechselwirkung mit den bewegungsbezogenen Funktionen. Die Bewegungsstörung (z. B. Spastik) beeinflusst das Gehen. Das (eingeschränkte) Gehen beeinflusst wiederum die bewegungsbezogenen Funktionen und die Muskeltonusstörung. Die Mobilität kann ebenso in Wechselwirkung zu den Umweltfaktoren gesetzt werden (Hilfsmittel). Ob also ein Hilfsmittel vorhanden ist, hat ebenfalls Auswirkungen auf die Mobilität. Umgekehrt nimmt die individuelle Mobilitätseinschränkung Einfluss auf das jeweilige individuelle Hilfsmittel (Anpassung des Hilfsmittels).

→ An diesem Beispiel wird deutlich, dass das reine Denken in kausalen Wirkungszusammenhängen dem modernen Verständnis von Behinderung nicht mehr gerecht wird. Das Denken in Wechselwirkungen wiederum ermöglicht es, die verschiedenen Komponenten der ICF (Körperfunktionen und -strukturen, Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren, Lebensbereiche) miteinander in Beziehung zu setzen und die Kontextfaktoren (Wo lebt ein Mensch? Ist die Wohnung barrierefrei? Wie sieht die wirtschaftliche Situation aus?) miteinzubeziehen. Jede Komponente kann mit den anderen Komponenten in Beziehung gesetzt werden. So ist es möglich, die Wechselwirkungen zwischen allen Bereichen anzusehen.

Beispielsweise stellt es einen Unterschied dar, ob ein 77-jähriger Mensch einen Fersenbeinbruch erleidet oder ein 21-jähriger Mensch (Wechselwirkung zwischen personbezogenen Faktoren und Gesundheitsproblem).

→ Im Praxisteil finden Sie weitere 12 Fallbeispiele zum Thema Wechselwirkungen.

Damit werden die eingeschränkten Sichtweisen eines biomedizinischen (das nur auf biologische Belange schaut) oder sozialen Konzeptes oder Modells (das nur soziale Aspekte berücksichtigt) von Krankheit und Behinderung überwunden. Die Begriffe Funktionsfähigkeit und Behinderung sind die für das Verständnis der ICF wichtigsten und komplexesten Begriffe. Der Begriff

der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit (WHO 2001, WHO 2007).

Eine Person ist nach den Ausführungen in der ICF dann funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren – ...

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
 - sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten in den neun Lebensbereichen),
 - sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation/ Teilhabe in den neun Lebensbereichen)
- (WHO 2001, WHO 2007).

Behinderung ist nach der Definition der ICF das Ergebnis der negativen Wechselbeziehung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (Diagnose nach der ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit. Behinderung kann damit nicht mehr allein in einem kausalen Zusammenhang mit der Diagnose oder den Diagnosen (nach ICD) eines Menschen gesehen werden. Der Behinderungsbegriff der ICF ist der Oberbegriff für jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte in Deutschland nur der Behinderungsbegriff des SGB IX (§ 2 Abs. 1) verwendet werden (Seidel 2015).

Im bio-psycho-sozialen Modell der ICF wird die Rolle der Kontextfaktoren besonders deutlich (Abbildung 1). Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung zu dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und bestimmen das Ausmaß der Funktionsfähigkeit dieses Menschen mit. Umweltfaktoren liegen außerhalb des Individuums (z. B. die Einstellungen der Gesellschaft, Charakteristika der Architektur, das Rechtssystem) und sind in der Klassifikation der Umweltfaktoren aufgelistet (Tabelle 5). Personbezogene Faktoren hingegen sind (bislang) in der ICF nicht klassifiziert (und nicht kodiert), sie werden „narrativ beschrieben“ (z. B. 23 Jahre alter Mann, zurückhaltend, lebensbejahend). Zu ihnen gehören Geschlecht, ethnische Herkunft, Alter, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Bewältigungsstile und andere derartige Faktoren. Es gibt Arbeitsgruppen, die in der Sozialmedizin und Rehabilita-