



Manfred Pretis (Hg.)

ICF-basierte Gutachten erstellen

Entwicklung im interdisziplinären Team

Manfred Pretis (Hg.)

ICF-basierte Gutachten erstellen

Entwicklung im interdisziplinären Team

Mit 8 Abbildungen und 72 Tabellen

Beiträge von

Meike Hörnke, Andrea Jagusch-Espei, Silvia Kopp-Sixt, Manfred Pretis

Unter Mitwirkung von Holger Grötzbach und Claudia Pott

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. *Manfred Pretis*, Heilpädagoge und klinischer Psychologe, lehrt transdisziplinäre Frühförderung an der Medical School Hamburg, EU-Projekt Koordinator zur Implementierung der ICF in Schulen (www.icf-inclusion.net), UNICEF Berater.

Im Ernst Reinhardt Verlag ebenfalls erschienen:

Pretis, M: Teilhabeziele planen, formulieren und überprüfen. ICF leicht gemacht (1. Aufl. 2020; ISBN 978-3-497-02976-1)

Pretis, M: Frühförderung und Frühe Hilfen. Einführung in Theorie und Praxis (1. Aufl. 2020; ISBN 978-3-497-02945-7)

Pretis, M.: ICF-basiertes Arbeiten in der Frühförderung (3. Aufl. 2020; ISBN 978-3-497-02999-0)

Brandau, H., Pretis, M., Kaschnitz, W.: ADHS bei Klein- und Vorschulkindern (4. Aufl. 2020; ISBN 978-3-497-02931-0)

Pretis, M., Dimova, A.: Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern (4. Aufl. 2019; ISBN 978-3-497-02866-5)

Pretis, M., Kopp-Sixt, S., Mechtel, R.: ICF-basiertes Arbeiten in der inklusiven Schule (1. Aufl. 2019; ISBN 978-3-497-02805-4)

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über [<http://dnb.d-nb.de>](http://dnb.d-nb.de) abrufbar.

ISBN 978-3-497-03099-6 (Print)

ISBN 978-3-497-61591-9 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-61592-6 (EPUB)

© 2022 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i.S.v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Printed in EU

Cover unter Verwendung eines Fotos von [iStock.com/Jacob Ammentorp Lund](https://www.istock.com/Jacob-Ammentorp-Lund) (Agenturfoto. Mit Models gestellt)

Satz: Katharina Ehle

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

1	Mit der ICF begutachten	9
1.1	In den Kategorien der ICF denken und handeln	12
1.2	Professionelle Scheinwerfersysteme in der Begutachtung berücksichtigen	22
1.3	Begutachtung aus der Sicht einer Betroffenen	25
1.4	Indikationsbereiche für die ICF	30
1.5	Die WHO-Beurteilungsmerkmale verwenden	32
1.5.1	Notwendige Transfer- und Kalibrierungsprozesse	35
1.5.2	Berufsspezifische Messinstrumente und die ICF	43
1.6	Gemeinsam im Team befunden	44
1.7	Ethische Überlegungen zum Einsatz der ICF in Gutachten	47
2	Die ICF in Befundungen verwenden	50
2.1	Notwendige Basisdaten in Teamgutachten	50
2.2	Gemeinsame Befundung im Team: „Shared Documentation“-Prozesse	52
2.3	Startpunkte im ICF-basierten Gutachten	54
2.4	Personbezogene Aspekte	55
2.4.1	Überblick	55
2.4.2	„Personbezogene Faktoren“ befunden	59
2.4.3	Abgrenzungen	59
2.4.4	Spezifische Aspekte der Anamnese	61
2.5	„Umweltfaktoren“ befunden	62
2.5.1	Definition Umwelt	63
2.5.2	„Umweltfaktoren“ befunden	72
2.5.3	Spezifische Herausforderungen: „Einstellungen“ befunden	75
2.6	„Körperstrukturen“ befunden	79
2.6.1	Überblick	80
2.6.2	„Körperstrukturelle Aspekte“ befunden	80
2.6.3	Spezifische Herausforderungen	82
2.7	„Körperfunktionen“ befunden	84
2.7.1	Mentale Funktionen	86
2.7.2	Sinnesfunktionen und Schmerz	91

6 Inhalt

2.7.3	Stimm- und Sprechfunktionen	95
2.7.4	Funktionen des kardiovaskulären, respiratorischen und immunologischen Systems	100
2.7.5	Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems	102
2.7.6	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	105
2.7.7	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	108
3	„Aktivitäten/Teilhabe“ mittels ICF befunden	116
3.1	Teilhabe am Lernen	120
3.1.1	Überblick	120
3.1.2	„Teilhabe am Lernen“ befunden (am Beispiel Schule)	122
3.1.3	Spezifische Herausforderungen	124
3.2	Teilhabe an Aufgaben und Anforderungen	125
3.2.1	Überblick	125
3.2.2	„Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“ befunden	126
3.2.3	Herausforderungen	127
3.3	Teilhabe an Kommunikation	128
3.3.1	Überblick	128
3.3.2	„Teilhabe an Kommunikation“ befunden	132
3.3.3	Gutachterliche Herausforderungen	133
3.4	Teilhabe an Mobilität	135
3.4.1	Überblick	135
3.4.2	„Teilhabe an Mobilität“ befunden	137
3.4.3	Spezifische Herausforderungen	139
3.5	Teilhabe an Selbstversorgung	141
3.5.1	Überblick	141
3.5.2	„Teilhabe an Selbstversorgung“ befunden	142
3.5.3	Herausforderungen	143
3.6	Teilhabe an häuslichem Leben	143
3.6.1	Überblick	143
3.6.2	„Teilhabe am häuslichen Leben“ befunden	144
3.6.3	Herausforderungen	145
3.7	Teilhabe an interpersonellen Interaktionen und Beziehungen	146
3.7.1	Überblick	146
3.7.2	„Teilhabe an interpersonellen Interaktionen und Beziehungen“ befunden	147
3.7.3	Spezifische Herausforderungen	148

3.8	Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen	150
3.8.1	Überblick	150
3.8.2	„Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen“ befunden	151
3.8.3	Spezifische Herausforderungen	152
3.9	Teilhabe an sozialem und Gemeinschaftsleben	154
3.9.1	Überblick	154
3.9.2	„Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ befunden	155
3.9.3	Spezifische Herausforderungen	156
4	Die ICF-basierte Gutachtenerstellung	157
4.1	Das Verhältnis „Befund und Gutachten“	157
4.2	Teilhabebeeinträchtigungen als Schlüsselkonzept	159
4.3	Bewertungen unter der Berücksichtigung der Umwelt	167
4.4	Gutachterliche Empfehlungen auf der Basis der ICF	169
4.5	Maßnahmen aus ICF-basierten Gutachten ableiten	171
4.6	Gutachterliche Frage(n) als „Shared Document“ beantworten	172
5	ICF-basierte Praxisbeispiele	173
5.1	ICF-basiertes Gutachten aus dem Bereich Neurorehabilitation	174
5.2	ICF-basiertes aus dem frühkindlichen Bereich	178
5.3	ICF im sonderpädagogischen Gutachten	184
6	Schlusswort aus der Sicht einer Betroffenen	197
7	Literatur	200
	Sachregister	205

1 Mit der ICF begutachten

Manfred Pretis

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (kurz ICF, Weltgesundheitsorganisation WHO 2001, deutsch 2005) stellt ein Rahmensystem einer gemeinsamen internationalen Sprache dar. Diese ermöglicht es, die Gesundheitssituation eines Menschen mittels eines einheitlichen Kategoriensystems zu erfassen. Metasprache bedeutet, dass ein solches System von allen Fachkräften, die in der Behandlung, Begleitung, Förderung, Assistenz bzw. dem Zusammenleben mit einem Menschen mit einem Gesundheitsproblem involviert sind, als gemeinsame Verständnisbasis verwendet werden kann, sodass einzelne hochspezifische „Berufssprachen“ zu einer gemeinsamen Sprache zusammengeführt werden, ohne die jeweiligen Berufssprachengruppen (der ÄrztInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen, PädagogInnen, des Pflegepersonals, aus dem Bereich der Sozialarbeit etc.) ersetzen zu wollen. Damit kann jeder Annäherungsprozess an die komplexe Wirklichkeit eines Menschen mit einem Gesundheitsproblem wenigstens sprachlich unter ein für alle verständliches „Dach“ wohldefinierter Begriffe und Kategorien gebracht werden, wie es die ICF als System bietet.

Ein solcher Kategorisierungsprozess ist dabei in der Lage, die individuelle Wirklichkeit eines Menschen über alle relevanten biopsychosozialen Aspekte zu erfassen. So eignet sich die ICF als Metasprache in hohem Maße dazu, ein ganzheitliches Bild eines Menschen zu erstellen.



Die ICF ist in der Lage, durch die gemeinschaftliche Basis einer Metasprache den Austausch mit einem Menschen mit einem Gesundheitsproblem bzw. zwischen Fachkräften, die involviert sind, zu erleichtern, da für alle Beteiligten (im Regelfall) verständliche und wohldefinierte Kategorien und Begriffe verwendet werden. Bislang notwendige „Übersetzungsleistungen“ von einer Fachsprache in eine andere bzw. in die individuelle Sprache der Betroffenen können damit reduziert werden. Allerdings muss diese ICF-Sprache von den beteiligten Berufssprachengruppen zuvor auch erworben werden.

Gerade bei komplexen Gesundheitsproblemen, in denen verschiedenste Fachkräfte, im optimalen Fall transdisziplinär koordiniert und auf Augenhöhe zusammenarbeiten, stellt die ICF somit ein Instrument dar, mit dem das gemeinsame Verständnis erhöht bzw. Behandlungsoptionen reflektiert werden können (Adolfsson et al. 2010, Kohler et al. 2013, Tempest/McIntyre 2006). Die dabei verwendeten Begrifflichkeiten, Gesundheitsprobleme betreffend, werden in Tab.4 erläutert. Hervorzuheben ist, dass auch die Betroffenen selbst ein Teil eines solchen Teams sind (Pretis 2020a).

In einem zweiten methodischen Schritt ist die ICF durch wiederum übergeordnete einheitliche Beurteilungsmerkmale imstande, Bewertungen über die Gesundheitssituation und damit zusammenhängende Aspekte abzugeben. Dies erfolgt über ein definiertes System sogenannter Beurteilungsmerkmale, das den Fachsprachen der einzelnen Berufsgruppen übergeordnet ist. Vorausgesetzt wird, dass sich die WHO- Beurteilungen mit berufsspezifischen Bewertungsstandards verknüpfen lassen. Damit ist die ICF als internationaler Standard und als übergeordnetes Rahmenkonzept in der Lage, sowohl in Befunden als auch in gutachterlichen Schlussfolgerungen über wohldefinierte Begriffe (wie z.B. Gesundheitskomponenten) vergleichbare Beschreibungen und Beurteilungen abzugeben. Vorausgesetzt wird dabei, dass es sich beim Gutachtenverständnis im Regelfall um eine Integration allgemeingültiger (nomothetisch-hypothesen-gesteuerter) Gesetzmäßigkeiten mit höchst individuellen (d.h. idiografischen) Aussagen handelt. Dies bedeutet, dass ein Sachverhalt in der Regel höchst individuell und gleichzeitig vor dem Hintergrund allgemeingültiger Gesetzmäßigkeiten der Medizin, Psychologie, Therapiewissenschaften etc. befundet und beurteilt wird. In der ICF spiegeln sich diese allgemeinen Gesetzmäßigkeiten vor allem in der Möglichkeit zu statistischen Bewertungen mittels WHO-Beurteilungsmerkmalen wider, die die Grundlage für gutachterliche Schlussfolgerungen sein können,

- ob z.B. eine Behinderung (vor dem Hintergrund jeweiliger gesetzlicher Regelwerke) vorliegt
- ob ein Mensch Anspruch auf jeweilige Habilitations- (d.h. Behandlungs- oder Fördermaßnahmen) oder Rehabilitationsleistungen hat
- ob ein Anspruch auf Hilfsmittelversorgung vorliegt
- in welchem Ausmaß ein Pflegebedarf besteht oder
- ob die Voraussetzungen für die Zuerkennung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs vorliegen
- wie Prognosen einzuschätzen sind.

Das höchst individuelle Bild der „Funktionsfähigkeit“ eines Menschen erfasst dabei die jeweilige höchst idiosynkratische Situation einer Person. Der daraus

resultierende Fokus auf die Teilhabe stellt einen Menschen dabei in hohem Maße mit seinen sinnhaften Kontexten in Beziehung, mehr als dies z.B. die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ermöglicht (ICD-10-GM, DIMDI 2020). Letztere fokussiert vornehmlich auf intersubjektiv nachvollziehbare Symptome (meist dergestalt beschrieben, was ein Mensch „nicht“ tun kann). Der Begriff „Funktionsfähigkeit“ der ICF bezieht sich vereinfacht darauf, inwiefern ein Mensch mit einem Gesundheitsproblem in relevanten Kontexten all das tun kann, was andere Menschen alterstypisch in der Lage sind zu tun (Pretis 2020a).

Die Doppelfunktion der ICF (Abb. 1) als übergeordnetes idiosynkratisches Kategorisierungs- und Beschreibungssystem im Rahmen einer Befunderhebung, als auch als Bewertungssystem im gutachterlichen Kalkül lässt diese gemeinsame Sprache zu einem hochsensitiven und gleichzeitig intersubjektiv nachvollziehbaren Instrument in Gutachten werden.

---ZUSAMMENFASSUNG

Die höchst individuelle Beschreibung durch die Gesundheitskomponenten der ICF und die damit assoziierten Items als auch die intersubjektiv nachvollziehbare Anwendung der Beurteilungsmerkmale entsprechen in hohem Maße den Anforderungen an biopsychosoziale Gutachten, sowohl die individuelle Situation eines Menschen im Befund zu erfassen, als auch eine wissenschaftlich-schlussfolgernde Aussage über diese Situation (in Bezug auf die jeweiligen gutachterlichen Fragen) zu machen.

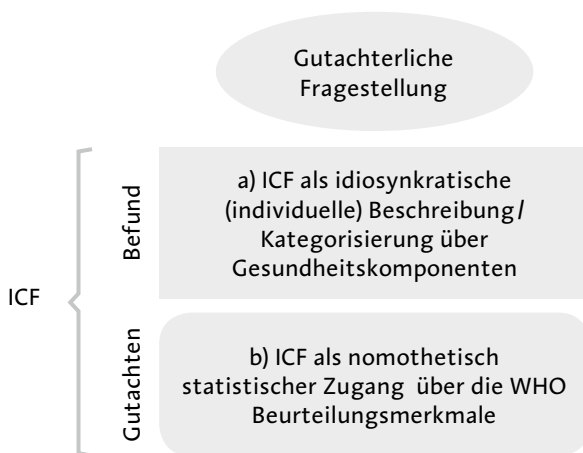


Abb. 1: Doppelfunktion der ICF in biopsychosozialen Gutachten

1.1 In den Kategorien der ICF denken und handeln

Manfred Pretis

In Kategorien der ICF im Rahmen von Gutachten zu denken und zu handeln, stellt auch bereits sehr erfahrene Fachkräfte aus unterschiedlichen Wissensgebieten in der Regel vor einige Herausforderungen. Vorausgeschickt werden muss, dass dieses Buch Grundkenntnisse der Philosophie, der Struktur und der Anwendungsbereiche voraussetzt.

- a ICF zu denken und zu handeln, bedeutet, wenn auch in der ICF eher implizit so beschrieben, **destigmatisierend** und **fähigkeitsorientiert** vorzugehen. Das bedeutet, in einem Befund das zu beschreiben, was beobachtet werden kann und gemäß der Logik der Gesundheitskomponenten zu kategorisieren. Dieser lapidar klingende Satz ist bisweilen schwierig in die Praxis umzusetzen, da (ausgehend von einem Gesundheitsproblem) häufig im Befund darauf fokussiert wird, was PatientInnen, Betroffene u. a. **nicht** können (um hier eine möglichst hohe inhaltliche Übereinstimmung zwischen der Diagnose und dem Befund herzustellen). Dies ist zwar aus Gutachtersicht verständlich (da aus Nicht-Fähigkeiten häufig gesetzliche Ansprüche entstehen), führt jedoch im Regelfall dazu, dass diagnostische Kriterien abgearbeitet werden, wie dies z. B. auch tendenziell bei sogenannten ICF-Symptomlisten, Checklisten oder Core-Sets der Fall ist. Die ICF favorisiert hingegen einen fähigkeitsorientierten Ansatz, in dem es darum geht, vernetzte Zusammenhänge einer Erkrankung mit allen anderen Gesundheitskomponenten so zu erfassen, dass Beobachtungen im Vordergrund stehen.
- b Die ICF selbst lässt in hohem Maße offen, wie sie in die Praxis umgesetzt werden soll. Somit ist auch nicht verwunderlich, dass es allein für den deutschsprachigen Raum unzählige Ansätze gibt, die ICF in praktikable Instrumente zu übersetzen. Auch dieses Buch stellt einen in der Praxis bereits mehrfach erprobten Weg dar, sich der ICF in einem konkreten Umsetzungssetting, nämlich der Gutachtenerstellung, zu nähern. Exemplarisch wird dies auch in den praktischen Beispielen in Kap. 5 ersichtlich. Pragmatisch darf jedoch bereits hier darauf hingewiesen werden, dass dazu auch Kompromisse notwendig sein könnten: Das mag die Kodierungskonventionen für die Komponente der Umweltfaktoren, aber auch die formale Darstellung mannigfaltiger Interaktionen zwischen den Gesundheitskomponenten betreffen. „Reine“ ICF-Lehre benötigt in der Umsetzung somit auch pragmatisch-ökonomische Anpassungen, um Gutachten als Texte

verständlich und im jeweiligen gesetzlichen Kontext praktikabel zu machen.

- c Die ICF weist auf ein inhärentes Paradoxon hin, das gerade bei der Erstellung von Gutachten in Zukunft eine wichtige Rolle spielen könnte, denn gemäß ICF könnte eine „Behinderung“ faktisch kaum als Eigenschaft eines Menschen (d.h. statuarisch „ad personam“) festgestellt werden: Im gutachterlichen Prozess sollen einerseits einem zu begutachtenden Menschen gewisse Eigenschaften (Vorliegen einer Behinderung, von Teilhabebeeinträchtigungen...) zugeschrieben werden (auch wenn eingeräumt werden muss, dass es sich dabei häufig nur um Momentaufnahmen handelt). Andererseits verweist gerade die Philosophie der ICF auf die relevante Interdependenz zwischen menschlicher Funktionsfähigkeit und der jeweiligen Umwelt, sodass eine solche Statuszuordnung z.B. als „behindert oder von Behinderung bedroht“ kaum möglich ist, da eine Behinderung konzeptionell immer als eine Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt verstanden wird. Theoretisch dürften die meisten gutachterlichen Schlussfolgerungen (Kap. 1.3) nur als dynamische Modulation zwischen Person und Umwelt bewertet werden und kaum als statuarische Zuordnung (im Detail dazu Kap. 4.3)
- d Die ICF repräsentiert in erster Linie ein vernetztes Denkmodell, das gerade in kausal-logisch-aufgebauten Gutachtenstrukturen an die Grenzen der Darstellbarkeit führen könnte. ICF zu denken bedeutet vorerst, Interaktio-

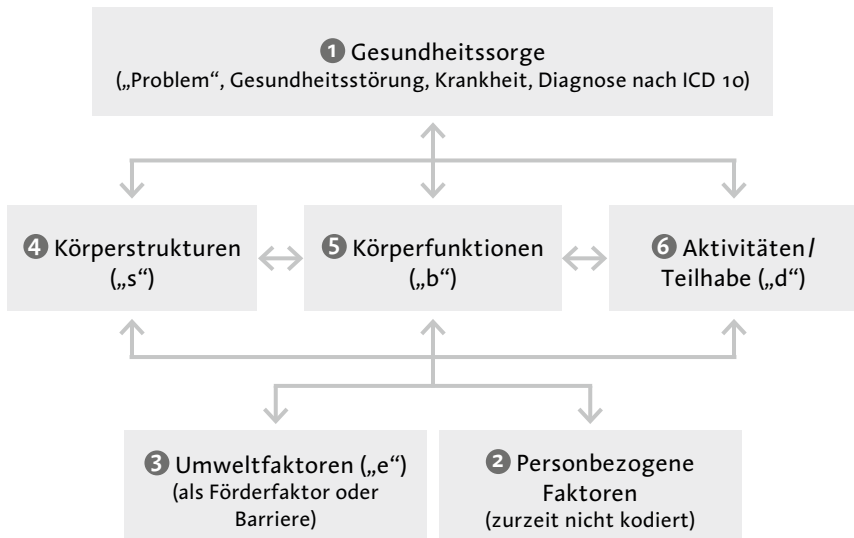


Abb. 2: „BIG SIX“ – die „GROSSEN SECHS“: Gesundheitsproblem und fünf Gesundheitskomponenten der ICF

nen zwischen den unterschiedlichen fünf Gesundheitskomponenten und dem sechsten Aspekt, dem Gesundheitsproblem, der Diagnose oder der Gesundheitssorge zu erkennen und zu benennen. Die in Abb.2 dargestellte Grafik stellt dabei nur den modellhaften Ausgangspunkt einer solchen vernetzten Auseinandersetzung dar. Die konkrete Praxis (Abb.3) lässt die Komplexität interagierender Komponenten erahnen.

Abb.3 versucht diese konzeptionellen Interdependenzen am Beispiel Fabians inhaltlich und grafisch mittels Pfeilverbindungen zu veranschaulichen:

BEISPIEL -

Die Eltern von Fabian (5 Jahre, Diagnose F83 „kombinierte Entwicklungsstörung“) beantragen beim zuständigen Kreisamt heilpädagogische Frühförderung, um ihrem Sohn einen entsprechenden Start ins Schulleben zu ermöglichen. Welche Daten bzw. Beobachtungen der Logik der ICF folgend beschrieben werden können, ist Abb.3 zu entnehmen.

Würde nun Fabian auf der Basis der Wechselwirkungen zwischen den Komponenten aus gutachterlicher Sicht eine heilpädagogische Leistung benötigen? Wenn nur die Frage seiner Funktionstüchtigkeit (Teilhabe im Bereich „Lernen“, „Kommunikation“, „Mobilität“ bzw. „Interaktionen“) im Zentrum stehen würde, könnte diese Frage wahrscheinlich bejaht werden. Werden jedoch dynamische Interdependenzen zwischen seinen Umweltaspekten (die mit Ausnahme der Einstellungen der Peers als hochgradig förderlich zu erachten sind) sowie den personbezogenen Aspekten (z.B. den Interessen Fabians) in einem Gutachten herangezogen, wäre diese Frage möglicherweise nicht mehr eindeutig zu beantworten. Noch dazu stellt sich die Frage, ob nicht eine „Umweltintervention“ (in Bezug auf die „Mobbing-Einstellungen“ der Peers) angebracht wäre als eine häufig personbezogene (Frühförder-) Leistung am Kind.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit macht der Einsatz der ICF die Arbeit von GutachterInnen aufgrund der vernetzten Interdependenzen somit nicht einfacher. Im Regelfall ist auch kaum eine Fachkraft alleine in der Lage, alle relevanten Gesundheitskomponenten zu erfassen oder diese gutachterlich zu bewerten, da dazu auch spezifisches Erhebungswissen notwendig sein könnte. Gerade in komplexen Indikationsbereichen (Kap.1.3) besteht somit die Notwendigkeit, interagierende Wirklichkeitsaspekte eines Menschen mit einem Gesundheitsproblem **transdisziplinär** zu erfassen. Im Titel dieses Buches wird auf interdisziplinäre Teams verwiesen, da Transdisziplinarität in der Praxis des Gesundheits-



Abb. 3: Inhaltliche Interdependenzen zwischen den Gesundheitskomponenten

Sozial- und Bildungswesens noch ein hoher Anspruch sein könnte. Tab.1 verdeutlicht einige Unterschiede zwischen den beiden Konzepten, auch wenn diese sich vornehmlich in der akademischen Auseinandersetzung widerspiegeln (Pretis 2020a). Dazu kommt, dass die Begriffe in der Neurologie mit anderen Konnotationen (Interdisziplinarität als patientenzentrierte Teilhabeorientierung) in Zusammenhang gebracht werden (Collicut McGrath/Kischka 2010).

Tab. 1: Unterschiede inter- und transdisziplinärer Vorgehensweise

Kriterium	Interdisziplinäres Vorgehen	Transdisziplinäres Vorgehen
Koordinierung	Im Planungsbereich	Im Umsetzungsbereich
Geltungsbereich	Fachkräfte sind das Team (Regelfall)	PatientInnen sind gleichwertige Partner im Team
Berufsidentitäten	Bleiben strikt gewahrt „(Schuster bleib bei deinen Leisten“)	Bleiben gewahrt, Wissen über Methoden werden im Team geteilt
Kommunikation	Auf der Basis von beruflichen „Sondersprachen“	Gleichwertig z.B. mittels der gemeinsamen Sprache ICF
Dokumentation	Häufig Einzelbefunde	„Shared“ documentation
Zielformulierung	Häufig sektorenspezifisch	Sektorenübergreifend
Interventionsverständnis	Berufsgruppenspezifisch	Interventionen werden „geteilt“ und berufsgruppenübergreifend umgesetzt

- e Ein weiteres gutachterliches Spannungsfeld liegt im Umstand begründet, dass die ICF kein Diagnoseinstrument darstellt, häufig jedoch ICF-Items als diagnostische Indikatoren eingesetzt werden.

|| Liegt bei Patientin Z eine psychische Behinderung im Rahmen einer Depression vor, die ihre Teilhabe erheblich beeinträchtigt und somit ein Anspruch auf Leistungen z.B. nach dem Gesetzeswerk X besteht?

Dies wäre eine typische Frage an GutachterInnen oder ein Gutachterteam, die sinnvollerweise, da der Fokus auch auf möglichen assoziierten Teilhabebeeinträchtigungen liegt, mittels ICF beschrieben und bewertet werden könnte. Worin könnten nun Aspekte der Vermischung zwischen diagnostischen Fragen und der Beschreibung der Funktionsfähigkeit mittels ICF im Rahmen dieser Gesundheitsstörung (Diagnose) liegen?

Tab. 2: Das Spannungsfeld zwischen Diagnosenfindung und ICF am Beispiel „Depression“ (F32)

Verdachtsdiagnose	Operationalisierbar durch	Assoziierte relevante ICF- Aspekte: Fragen nach
Depression (F32)	Selbst- und Fremdanamnese Status psychicus Psychodiagnostische Verfahren wie z. B. Depressionskalen Anwendung anerkannter diagnostischer Manuale (ICD 10, DSM V)	Life-Events (= Personbezogen) Einstellungen relevanter Anderer, Verfügbarkeit von Fachkräften (= Umwelt) Raumfordernden Prozessen (= Körperstrukturen) Schlaf, Aufmerksamkeit, Denken, Emotionalität, Nahrungsaufnahme, sexuelle Funktionen (= Körperfunktionen) Aufmerksamkeit fokussieren, Denken, Aufgaben übernehmen bzw. mit Stress umgehen, Mobilität, Selbstversorgung das häusliche Leben, Interaktionen, die beruflich-finanzielle Situation oder das Gemeinschaftsleben betreffend (= Teilhabe)

Einige diagnostische Indikatoren (nach ICD 10 wie z.B. Schuldgefühle, Suizidge-danken) würden gleichzeitig auch auf den ICF-Bereich der mentalen Funktionen Bezug nehmen (z. B. das Denken betreffend), möglicherweise auch auf Teilhabeaspekte (Aufmerksamkeit fokussieren), aber auch z. B. auf Interaktionen in einer Partnerschaft (siehe diagnostisches Kriterium des Libidoverlustes). Ähnliches betrifft die Verminderung von Antrieb und Aktivität. Auch diese Diagnoseindikatoren würden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit in beinahe allen anderen Gesundheitskomponenten widerspiegeln: der Mobilität (sich z. B. im Freien bewegen), dem Lernen (etwas Neues lernen), der Kommunikation etc. Die Herausforderung für GutachterInnen liegt somit darin, klar zwischen diagnostischen Abklärungen zu unterscheiden, ob ein Mensch an einer Gesundheitsstörung (in diesem Fall einer Depression, F32) leidet und wie dieses Gesundheitsproblem funktional (mittels ICF) mit der Lebenswirklichkeit in Zusammenhang steht. Gleichzeitig müssen sich GutachterInnen auch bewusst sein, dass es rein sprachlich eine hohe Schnittmenge zwischen diagnostischen Kriterien und den Kategorien der Funktionsfähigkeit gibt. Der Glücksfall für GutachterInnen besteht darin, dass eine Diagnose bereits vorliegt. In diesem Fall kann die ICF als Zusatzinstrumentarium angewandt werden, um die Funktionsfähigkeit zu beschreiben. Wenn sowohl Gesundheitsprobleme als auch mögliche Teilhabebeeinträchtigungen als gutachterliche Fragen im Raum stehen und die ICF als Beschreibungsinstrument verwendet wird, sollte deutlich darauf hingewiesen werden, dass manche Informationen in doppelter Weise genutzt werden könnten:

- einerseits als Korrelat (bzw. Beobachtung) zu diagnostischen Hinweisen.
- andererseits als Beschreibung der Funktionsfähigkeit

Tab. 3: Die doppelte Zuordnung von Beobachtungen

Beobachtung	Diagnostisches Kriterium (ICD 10 GM)	ICF
Die Patientin schildert Ein- und Durchschlafstörungen	Der Schlaf ist meist gestört.	b134 Funktionen des Schlafes
Die Patientin schildert häufiges Grübeln.	Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor.	b160 Funktionen des Denkens
Die Patientin vermutet eine Depression.	Hamilton Skala (z.B. 21 Rohwertpunkte), was als mittelschwere Depression angesehen wird*	

*Diese Information betrifft nur die Diagnose.

Wichtig ist diese Unterscheidung deshalb, weil die ICF nicht als diagnostisches Instrument anzusehen ist, jedoch häufig dahingehend (missbräuchlich) verwendet wird. Dass in der Praxis diagnostische Aspekte mit Funktionsaspekten assoziiert werden, liegt an den jeweiligen (häufig verbundenen) Fragestellungen und an der Gutachtenökonomie: Es wäre dahingehend wenig sinnvoll, erhobene Daten zweimal zu beschreiben: einerseits im diagnostischen Kontext, andererseits im Rahmen der Funktionsfähigkeit eines Menschen.

---ZUSAMMENFASSUNG

Die ICF stellt kein diagnostisches Instrument dar, sondern ein Denk- und Handlungsmodell, die komplexe Wirklichkeit eines Menschen (mit einem Gesundheitsproblem) zu beschreiben. Den GutachterInnen sollte bewusst sein, dass Beobachtungen zwar zweifach verwendet werden können (als Diagnosekriterium und das Indikator für die Funktionsfähigkeit), dass dies jedoch deutlich zu kennzeichnen ist.

- f Wie bereits in Abb.1 angedeutet, wird in diesem Buch vorgeschlagen, ICF-Denken und -Handeln in gutachterlichen Prozessen primär auf der Rahmenbegrifflichkeit der ICF aufzubauen. Dies kann bedeuten, dass der

Befundteil eines Gutachtens der Logik der Gesundheitskomponenten folgt. Wie an anderer Stelle (Pretis 2020a) beschrieben, erscheint es zwar aus der interaktiven Logik der ICF wenig relevant, mit welcher der fünf Gesundheitskomponenten begonnen wird (Abb. 2), da alle konzeptionell als gleichwertig anzusehen sind und jeweils einen spezifischen Blickpunkt (der Betroffenen oder der involvierten Fachkräfte) darstellen. Ob nun die ärztliche Diagnose oder das Teilhabeziel der Ausgangspunkt ist, stellt eher eine Frage der Menschenbildannahmen dar. In der Neurologie werden z.B. Top-Down-Verfahren (Frommelt/Grötzbach 2007) favorisiert, die die jeweiligen Teilhabeziele von PatientInnen an den Ausgangspunkt stellen (Frommelt/Grötzbach 2010). Gutachten sind jedoch in der Regel keine Behandlungspläne oder Therapievereinbarungen mit PatientInnen.

Pretis (2020) schlägt somit in gutachterlichen Kontexten eine Strukturierung vor (Abb. 4), die häufig

- 1 mit dem **Setting** (oder Gutachtenauftrag) startet,
- 2 gefolgt vom **Gesundheitsproblem**, da im Regelfall im Gesundheits- oder Sozialwesen letzteres den Ausgangspunkt einer gutachterlichen Fragestellung darstellt. Dabei finden sich im vorliegenden Werk unterschiedliche Termini zu diesem „Ausgangspunkt“, je nach Setting: Im Gespräch mit Eltern, in der Schule, im klinischen Setting finden sich dabei andere Begriffe mit unterschiedlichen Konnotationen. Dies kann auch die Frage umfassen, was ein Mensch mit Blickrichtung „Teilhabewunsch“ (wieder) **tun will** (Todorova et al. 2021). Tab.4 versucht, diese Begrifflichkeiten (jeweils mit ihren „negativen und positiven Aspekten) ohne Anspruch auf Vollständigkeit gegenüberzustellen, wobei auch in der ICF das Wording nicht durchwegs homogen verwendet wird.
- 3 Analog zu medizinisch-psychologischen traditionellen Herangehensweisen (in diesen Kontexten als Anamnese oder Vorgeschichte) bezeichnet, wird des Weiteren vorgeschlagen, mit dem jeweils höchst **individuellen Aspekt** eines Menschen zu beginnen: Das betrifft nach ICF somit personbezogene Aspekte inklusive der jeweiligen **Anamnese**. Konzeptionell entspricht dies einer personenzentrierten Vorgehensweise, die die Individualität einer zu begutachtenden Person bzw. deren einzigartige Geschichte hervorhebt.
- 4 Da die ICF Behinderung als Interaktion zwischen einer Person und ihrer Umwelt ansieht, erscheint somit die jeweilige individuelle Umwelt ein logischer nächster Schritt, da diese den Rahmen bildet, in dem sich ein Mensch (in seiner Körperlichkeit, seinen Funktionen und der assoziierten Teilhabe) bewegt.

Tab. 4: Verwendete terminologische Varianten je nach kommunikativem Kontext

WHO-Terminologie		Andere Termini (je nach Kommunikationskontext bzw. Setting)	
Negativer Aspekt	Positiver Aspekt	Negativer Aspekt	Positiver Aspekt
Gesundheitsproblem Gesundheitsstörung Verletzung Krankheit Gesundheitszustand	Gesundheit, gesund	Gesundheitssorge Problem Diagnose Entwicklungsschwierigkeiten (bei Kindern)	Gesundheit, gesund
(Umwelt)Barrieren, Hindernisse	Positiv wirkende (Umwelt)Faktoren, Förderfaktoren	Hemmende Umweltaspekte, hinderlich	„(externe) Ressourcen“, förderlich
Schädigung von Körperstrukturen und Körperfunktionen Veränderung von Körperstrukturen und -funktionen	Funktionale und strukturelle Integrität	Abweichend, verändert, fehlend ...	alterstypisch, erwartungsgemäß statistischen Erwartungswerten entsprechend ... ohne Befund
Beeinträchtigungen der Aktivität, Schwierigkeiten, eine Aktivität durchzuführen	Funktionsfähig/ funktionstüchtig	Einschränkungen der Leistungsfähigkeit Schwierigkeiten	Alterstypisch
Beeinträchtigung der Partizipation/ Teilhabe*	Funktionsfähig/ funktionstüchtig	Teilhabebeeinträchtigungen Probleme	Alterstypische Teilhabe

* im Text wird durchgehend der deutsche Begriff der „Teilhabe“ verwendet, da er in relevanten deutschsprachigen Gesetzen, Verordnungen und Erlässen relevant ist.

Das Strukturmodell kann aber je nach Gutachtenauftrag dynamisch angepasst werden und stellt einen modularen Vorschlag dar. Die einzelnen Befundteile (Abb. 4) können in ihrer Reihenfolge modifiziert werden.

Da in komplexen Gutachten häufig die Frage der Teilhabe bzw. möglicher Teilhabebeeinträchtigungen (als Sinnperspektive der Betroffenen) steht, schlägt Abb. 4 auch vor, den Teilhabeaspekt an den Anknüpfungspunkt zwischen Befund und Gutachten zu stellen. Körperstrukturelle bzw. – funktionale Aspekte werden somit vor die Teilhabe gereiht, auch wenn die Interdependenzen häufig

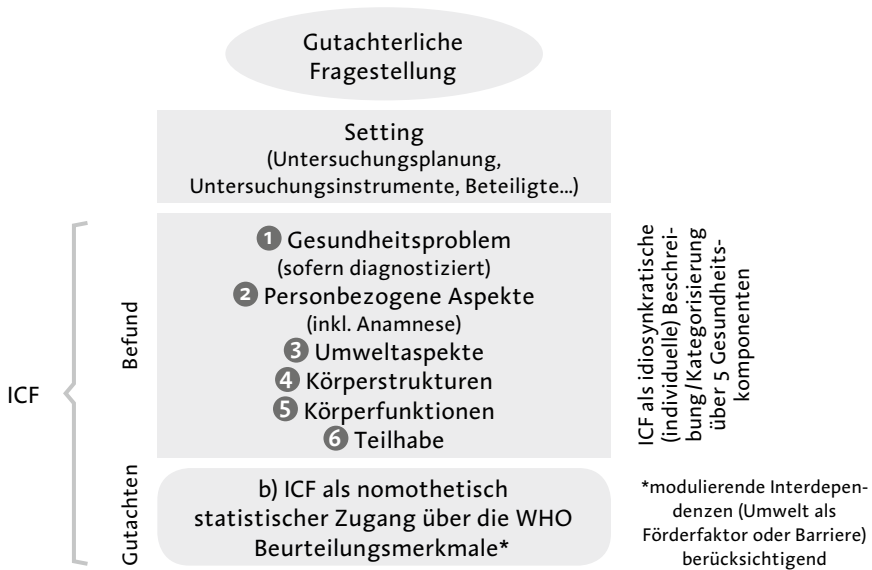


Abb. 4: ICF als Strukturmittel eines Gutachtens

gleichzeitig auftreten. Im Gegensatz zur Gutachtenerstellung könnte in Fragen der individuellen Behandlungsplanung nach Wieser et al (2008) verstärkt auch primär die Frage nach (sinnvollen) persönlichen Teilhabezielen eines Menschen stehen. In einem solchen Behandlungsparadigma liegt der Fokus in der Regel auf der Veränderung eines Zustandes und nicht auf einer gutachterlichen Zuschreibung. Je nach gutachterlicher Fragestellung kann die jeweilige Gewichtung der Komponenten unterschiedlich sein. Deutlich in dieser Organisationsdiskussion wird auch, dass die ICF selbst keine Darstellungsstruktur vorgibt und jeder Aspekt der Ausgangspunkt einer vernetzten Auseinandersetzung sein kann. Die narrative Struktur eines Gutachtens kann hier auch an die Grenzen der vernetzten Darstellbarkeit stoßen. Eine modulare Priorisierung oder Umstellung in der Reihenfolge kann auch aus gutachterlichen Fragestellungen resultieren: Die Frage nach Heilmittelversorgung mag einen stärkeren Umweltaspekt umfassen, die Einschätzung einer Kostenübernahme für eine Behandlungsmaßnahme eher auf körperstrukturelle oder – funktionale Aspekte abzielen. Oft spielen jedoch auch die jeweiligen professionellen Blickwinkel bzw. Scheinwerfer (Abb. 5) eine entscheidende Rolle dabei, welche Informationen in welchem Ausmaß erhoben werden und wie sich dies in einem Befund widerspiegelt. Darüber hinaus sorgt die ICF mit ihrem Gesamtblick auf gesundheitliche Probleme einerseits und Teilhabe bzw. Teilhabewünsche andererseits dafür, eine erkrankte Person als