

Die Chancen und Grenzen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zur interdisziplinären und integrativen Zusammenarbeit

Martin Schröder und Christina K. Göttgens

Zusammenfassung: Die Chancen und Grenzen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zur interdisziplinären und integrativen Zusammenarbeit

Mit der zunehmenden Kumulation gesellschaftspolitischer Problemlagen werden Kooperationsleistungen zwischen den Fachkräften aus den unterschiedlichen Nachbardisziplinen und –professionen in der Psychotherapie, psychosozialen Beratung und Supervision notwendig, was ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Instrumentarium zur Koordinierung erfordert. In diesem Artikel wird die ICF als ein mögliches Instrument in seiner Struktur und Zielstellung vorgestellt und kurz anhand eines Fallbeispiels ausgeführt, um darauf basierend die Chancen und Grenzen der ICF herauszuarbeiten und den Wert dieses Klassifikationssystems für die interdisziplinäre Zusammenarbeit resümierend darzustellen.

Schlüsselwörter: ICF, Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Soziale Arbeit, Diagnoseinstrument, Klassifikation

Abstract: Opportunities and limits of the International Classification of Functioning, Disability and Health for interdisciplinary and integrative collaborations

Indeed of the increasing accumulation of social problems cooperation services between professionals from different disciplines and professions in psychotherapy, psycho-social counseling and supervision are necessary, which requires an interdisciplinary and multi-professional instrument of collaboration. In this paper the ICF will be presented in its structure and goals as a possible instrument and briefly performed based on a case study. In order to that the opportunities and limitations of the ICF work out to discuss the value of this classification system for interdisciplinary collaboration.

Keywords: ICF, interdisciplinary collaboration, social work, instrument for diagnostics, classification

Einleitung

Durch die Kumulation gesellschaftspolitischer Probleme in einer sich beschleunigenden fluiden Individual- und Weltrisikogesellschaft mit Auflösungserscheinungen von Wert- und Traditionssystemen sowie den daraus resultierenden An- und Überforderungen bis auf die Mikroebene werden Kooperationsleistungen zwischen den Fachkräften aus den unterschiedlichen Nachbardisziplinen und –professionen in der Psychotherapie, psychosozialen Beratung und Supervision notwendig (siehe Bauman, 2003; Beck, 2007; Keupp, 2012; Weinhold & Nestmann, 2012). Eine Möglichkeit der Förderung von interdisziplinärer Zusammenarbeit in diesen psychosozialen Handlungsfeldern zur Betreuung von Menschen in sozialen Problemlagen stellt die Verwendung eines integrativen Klassifikationsmodells wie das der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2005) dar.

Die ICF und Ihre Zielsetzungen

National wie international sind aktuell sowohl die International Classification of Disability (ICD-10) als auch das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) die anerkanntesten Klassifikationssysteme in den vielfältigen psychosozialen Handlungsfeldern. Beide Instrumente bieten die Möglichkeit, anhand einer einheitlich standardisierten Sprache vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Denkmodells Beschreibungen über Störungsbilder abzugeben, welche die Kommunikation zwischen einzelnen Professionen und Institutionen fördern kann.

Jedoch sind diese Heuristiken immer dort begrenzt, wo es nicht ausschließlich um die Beschreibung von Störungen selbst, sondern vielmehr um die damit verbundenen funktionalen Probleme unter Einbezug komplexer Lebensbedingungen geht. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist der bisher aktuellste Umsetzungsversuch eines derart ausgestalteten Klassifikationssystems. Als Nachfolgerin der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) aus dem Jahr 1980 wurde die ICF, welche in Abgrenzung zum Vorgängermodell ICIDH, (zumindest teilweise) ressourcenorientiert ausgerichtet ist, im Mai 2001 von der WHO verabschiedet. Eine deutschsprachige Fassung der ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - liegt in ihrer Endversion seit 2005 vor.

Die ICF basiert auf der Grundannahme, dass Gesundheitsprobleme erst adäquat beschrieben werden können, wenn eine Sensibilisierung für die konkrete Beachtung von Wechselwirkungen einer Vielzahl von Komponenten besteht, die ihren Ursprung sowohl bio-medizinisch als auch

psycho-sozial haben können. Somit versteht sich die ICF als Ergänzung zur ICD-10 und greift den Schwerpunkt der psycho-sozialen Auswirkungen einer Behinderung durch eine entsprechende Konzeptionierung auf:

Gesundheitsprobleme ... werden innerhalb der Internationalen Klassifikationen der WHO hauptsächlich in der ICD-10 ... klassifiziert, die einen ätiologischen Rahmen liefert. Funktionsfähigkeit und Behinderung, verbunden mit einem Gesundheitsproblem, sind in der ICF klassifiziert. Deshalb ergänzen die ICD-10 und die ICF einander, und Anwender sind aufgerufen, beide Klassifikationen ... gemeinsam zu verwenden. Die ICD-10 stellt eine ‚Diagnose‘ von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder anderen Gesundheitszuständen zur Verfügung, und diese Information wird mit zusätzlichen Informationen zur Funktionsfähigkeit, welche die ICF liefert, erweitert. Informationen über Diagnosen (ICD-10) in Verbindung mit Informationen über die Funktionsfähigkeit (ICF) liefern ein breiteres und angemesseneres Bild über die Gesundheit von Menschen. (DIMDI, 2005, S. 9-10)

Wenngleich für die Hilfen für Menschen mit Behinderung nach wie vor die medizinischen Diagnosen anhand der ICD-10 führend sind, findet hier kontinuierlich das komplexe Zusammenspiel sozialer, interpersoneller, kultureller, politischer und ökonomischer Wirkungszusammenhänge statt. Durch die Beschreibung des bio-psycho-sozialen Modells (siehe Engel, 1977; Uexküll & Wesiack, 1996; Gahleitner & Pauls, 2013) sind diese Interdependenzen in ihrer Relevanz mittlerweile sehr gut beschrieben. So sind auch die sozialen Folgen einer Störung zu eruieren, denn de facto wirkt sich die gleiche Störung gemäß des Konzeptes der Multifinalität in der Regel sehr unterschiedlich bzw. verschieden stark auf Individuen aus. Umgekehrt können nach der Äquifinalität die Folgen unterschiedlich verursachter gesundheitlicher Zustände sehr ähnlich sein.

Hier setzt die ICF mit dem Konzept der Funktionsfähigkeit des Menschen in Verbindung mit der Wechselwirkung zwischen der Person und ihrer Umwelt, wie im Konzept des „person-in-environment“ (Dorfman, 1996) aufgehoben, an, um somit Auswirkungen auf Aktivitäten und Partizipationspotenziale feststellen zu können. Die gesundheitlichen Probleme und die daraus resultierenden Teilhabebeeinträchtigungen einer betroffenen Person sowie die Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren und der sozialen wie materiellen Umwelt finden somit ihre notwendige Beachtung.



Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI, 2005, S. 23)

Deutlich erkennbar ist dieser Paradigmenwechsel auch an dieser Stelle: „Jedem Menschen soll es möglich sein, resp. ermöglicht werden, möglichst gesund und möglichst kompetent, an möglichst normalisierten Lebenssituationen teilhaben zu können“ (Oberholzer, 2013, S. 107). Gleichwohl begibt sich die ICF damit in die sozialphilosophische Auseinandersetzung und diskutiert, was als ein normales und gutes Leben zu definieren ist. Diese Herausforderung sollte fruchtbar aufgegriffen und folglich detailliert durchdekliniert werden. Hierdurch könnte das Paradigma der Rechtfertigung in die Begründung einer Hilfeleistung transformiert werden (siehe Oberholzer, 2013). Dabei benennt die ICF klar ihren eigenen ethischen Anspruch:

Die WHO erkennt die Bedeutung der vollen Partizipation von Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen für die Überarbeitung einer Klassifikation von Funktionsfähigkeit und Behinderung an. Als Klassifikation wird die ICF wichtige Grundlage für Beurteilung und Messung von Behinderung in zahlreichen wissenschaftlichen, klinischen, administrativen und sozialpolitischen Kontexten sein. Es ist deshalb wichtig, Sorge zu tragen, dass die ICF nicht missbraucht wird für Zwecke, die den Interessen von Menschen mit Behinderungen zuwiderlaufen. (DIMDI, 2005, S. 171)

Weiterführend reflektiert die WHO in Bezug auf die individuelle Ebene:

An dieser Stelle ist es wichtig noch einmal zu betonen, dass die ICF keine Klassifikation von Menschen ist. Sie ist eine Klassifikation der Gesundheitscharakteristiken von Menschen im Kontext ihrer individuellen Lebenssituation und den Einflüssen der Umwelt. Die Interaktion zwischen Gesundheitscharakteristiken und Kontextfaktoren resultiert in Behinderungen. Deshalb dürfen Personen nicht auf ihre Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität oder Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] reduziert oder nur mittels dieser beschrieben werden. (DIMDI, 2005, S. 171)

Die Komplexität des Klassifikationsinstruments ICF

Das Ordnungssystem gliedert sich in den Teil 1 Funktionstüchtigkeit und Behinderung und Teil 2 Kontextfaktoren.

Ein Mensch gilt demnach als funktional gesund, wenn

- seine Körperfunktionen (physiologische und psychologische Funktionen) sowie seine Körperstrukturen (anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile) den allgemein anerkannten Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen)
- dieser Mensch nach Art und Umfang all das tun kann oder zumindest tun könnte, wie es ein Mensch ohne Gesundheitsproblem tun kann (Konzept der Aktivitäten)
- alles, was ihm wichtig ist, in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen und ohne Aktivitätseinschränkung erwartet werden kann (Konzept der Partizipation [Teilhabe]) (siehe DIMDI, 2005, S. 4).

Der Begriff Funktionsfähigkeit beschreibt dabei im Sinne der ICF alle Körperfunktionen und -strukturen sowie die Aktivitäten und die Partizipation eines Menschen. Außerdem beinhaltet die Funktionsfähigkeit alle positiven Aspekte der Interaktion zwischen dem Menschen und seinen Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren).

Die Begrifflichkeit Behinderung beschreibt alle Arten der Schädigung (z. B. Funktionsstörungen) sowie der Beeinträchtigungen eines Menschen im Bereich seiner Aktivität und Partizipation und bezeichnet somit die negativen Aspekte der Interaktion zwischen dem Menschen und seinen Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) (siehe DIMDI, 2005, S. 145-147). Das folgende Schaubild visualisiert den konzeptionellen Aufbau des Klassifikationssystems ICF:

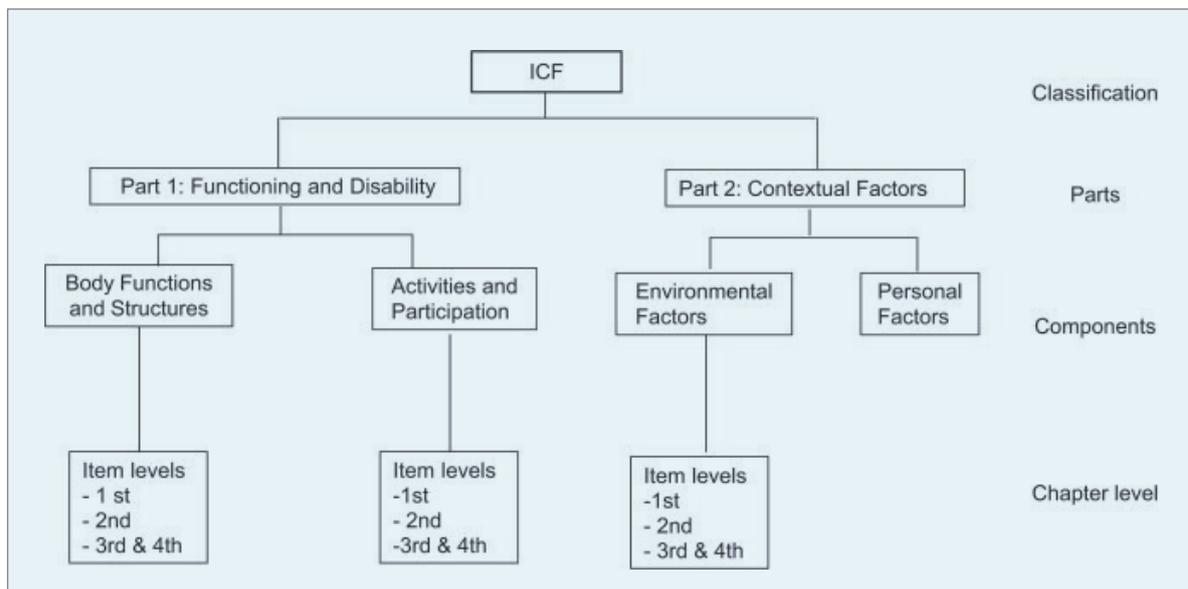


Abbildung 2: Struktur der ICF (Boonen, Rasker & Stucki, 2007, S. 1805)

Wenngleich eingangs die ICF als zweiteilig bezeichnet wurde, so zeichnet sich in der praktischen Anwendung eine gleichrangige Vierteilung (eigentlich sogar eine Fünfteilung, da Körperfunktionen und -strukturen jeweils getrennt zu betrachten sind, in der Abbildung 2 jedoch zusammengefasst) ab. Dies ist an den jeweiligen Kodierlisten inklusive Items und Kodenummern zu erkennen:

Körperfunktionen b= body functions (S. 35-39)

Körperstrukturen s= body structures (S. 40-41)

Aktivität und Partizipation [Teilhabe] d=domains (S. 42-46)

Umweltfaktoren e=environment (S. 47-49)

Personenbezogene Faktoren = personal factors (derzeit noch nicht kodierbar).

Darüber hinaus wurde erstmals mit der ICF die Möglichkeit geschaffen, sowohl positive als auch negative Aspekte der Funktionsfähigkeit klassifizieren zu können. Da nun die maßgebliche Zielsetzung die Beschreibung der Komplexität der Funktionsbeeinträchtigung ist, müssen an dieser Stelle Kontextfaktoren beachtet werden. Unter Kontextfaktoren sind zu verstehen:

Umweltfaktoren, welche die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt des Betroffenen abbilden und explizit in der ICF klassifiziert werden können sowie die personenbezogenen Faktoren, die alle Eigenschaften und Attribute des Betroffenen beschreiben und im ICF zwar erwähnt werden, jedoch (derzeit) nicht klassifizierbar sind (DIMDI, 2005, S. 146).

Gerade aus integrativer Sicht ist die Fokussierung des Zusammenhangs zwischen den oben genannten Kontextfaktoren und der funktionalen Gesundheit notwendig. So sind beispielsweise Eigenschaften wie Handlungswille, Mut, aber auch Erfahrungen, Lebensstil, sozialer Hintergrund, Bildung und Copingstrategien zweifelsohne wesentliche Indikatoren, die neben den medizinischen Diagnosen wichtige Anhaltspunkte für zielgerichtete und passgenaue Hilfen liefern können.

Zur Abbildung all dieser Aspekte bietet die ICF neben einer schier endlosen Liste von ICF-Kodierungen in den oben genannten vier Bereichen die Möglichkeit, hinter dem jeweiligen ICF-Code die Ausprägung (Score) anzugeben. Nur so entsteht letztlich eine vollständige und sinnvolle Beurteilung. Demnach sollte jeder ICF-Code mindestens mit einem Beurteilungsmerkmal nach dem Punkt ergänzt werden. Die Darstellung dieser detailgenauen Abbildungsmöglichkeiten bedarf jedoch einiger Übung. So können im Bereich Körperstrukturen durch eine dreistellige Angabe nach dem eigentlichen ICF-Code das Ausmaß, die Art und die Lokalisierung der Schädigung abgebildet werden. Im Bereich Aktivitäten und Partizipation können zur Beurteilung der Leistung und Leistungsfähigkeit anhand einer Skala von 0 - 9 die Einschätzung dieser Kriterien mit und ohne Assistenz oder gar der zusätzlichen Beurteilungsmerkmale wie Einbezogenheit oder subjektive Zufriedenheit vorgenommen werden.

Mit Hilfe der Umweltfaktoren kann konkret dargestellt werden, inwieweit sich das Vorhandensein von externen Förderfaktoren positiv oder eben das Fehlen negativ auf die funktionale Gesundheit des Betroffenen auswirkt. Ebenso hat das Fehlen von Barrieren positive bzw. das Vorhandensein negative Auswirkungen auf die funktionale Gesundheit des Betroffenen. Bei den personenbezogenen Faktoren verkehrt sich diese Betrachtung: Das Vorhandensein von internen Förderfaktoren sowie das Fehlen von internen Barrieren wirkt sich positiv auf die funktionale Gesundheit des Betroffenen aus. Hingegen zeigen das Fehlen interner Förderfaktoren und das Vorhandensein interner Barrieren negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Betroffenen (siehe Schuntermann, 2009).

Insgesamt ließen diese komplexen Wirkzusammenhänge die ICF auf mittlerweile insgesamt 1497 Einzel-Items heranwachsen. Damit ergibt sich ein Kategorisierungssystem, welches in seiner Gesamtheit der Praxis eine fast unüberschaubare Auswahl an Beurteilungskriterien bereitstellt. Aufgrund dieser Komplexität empfiehlt es sich, wie bereits in Teilbereichen geschehen (z. B. ICF-Core Set der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen) Applikationen für einzelne Klientengruppen zu entwickeln.

Fallbeispiel

Eine Frau, Anfang 50, wird im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen begleitet. Die Klientin ist seit 30 Jahren Cannabiskonsumentin, leidet an einer schizo-

affektiven Störung und unter unwillkürlichen Bewegungsabläufen insbesondere des rechten Armes sowie im Gesichtsbereich als irreversible medikamentöse Nebenwirkung der langjährigen Neuroleptikagabe. Als medizinische Diagnosen nach ICD-10 liegen demnach vor: F12.1 Cannabisabusus, F 25.2 gemischte schizo-affektive Störung und G 24.0 arzneimittelinduzierte Dystonie.

Bisher lehnte die Klientin jegliche professionelle Hilfe ab. Nach einem akuten psychotischen Schub mit stationärem psychiatrischen Aufenthalt hat die Klientin nun Hilfe im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens ersucht. Hierbei zeichnet sich nach einer ersten psychosozialen Diagnostik folgendes Bild: Insgesamt ist die Klientin psychisch instabil, psychotische Episoden und manische sowie depressive Phasen sind wiederkehrende Symptome der oben genannten Diagnose einhergehend mit Konzentrationsstörungen. Für die Umsetzung kleinerer, ihr gestellten Aufgaben im Haushalt braucht sie motivierende und zum Teil anleitende Begleitung. Insgesamt gelingt der Klientin die Planung und Einhaltung einer eigenen Tagesstrukturierung nicht. Außer den Kontakten zu professionellen Helfern hat die Klientin lediglich einen alten Bekannten, der sie einmal im Monat besucht.

Demnach könnten exemplarisch folgende Kodierungen der ICF in der Hilfeplanbegründung Anwendung finden:

Körperfunktionen:

- b1102.2 Drogeninduzierte Bewusstseinsveränderung (mäßig ausgeprägt)
- b1400.3 Daueraufmerksamkeitsstörung (erheblich ausgeprägt)
- b7650.381 Unwillkürliche Muskelkontraktionen (erheblich ausgeprägt); (3) nicht spezifiziert (8), rechter Arm (1)

Aktivitäten und Partizipation:

- d230 Die tägliche Routine durchführen
- d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
- d175 Probleme lösen
- d177 Entscheidungen treffen
- d2100 Eine einfache Aufgabe übernehmen (Betten machen, Buch lesen)

Exemplarisch sei anhand von d230 die Kodierung samt Ausprägung kurz erläutert:

1. Erste Stelle hinter dem Punkt = Beurteilung der Leistung (IST-Zustand)
2. Zweite Stelle hinter dem Punkt = Beurteilung der Leistungsfähigkeit ohne Assistenz
3. Dritte Stelle hinter dem Punkt = Beurteilung der Leistungsfähigkeit mit Assistenz

d230.321 Die tägliche Routine durchführen

Der Klientin gelingt es ohne Unterstützung nicht, ihren Alltag zu strukturieren und sich den alltäglichen Anforderungen und Pflichten zu stellen. Die derzeitige Ausprägung dieser Problematik (d230.3__) bewertet das Problem als erheblich ausgeprägt (Beurteilung der IST-Leistung). Trotz der oben genannten gesundheitlichen Probleme der Klientin kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungsfähigkeit dieser Problematik ohne Assistenz mäßig ausgeprägt sein könnte (d230._2_), sofern es u. a. gelingt, die Suchtproblematik zu bearbeiten. Mit Unterstützung des Ambulant Betreuten Wohnens und anderer Helfersysteme kann bei der Klientin eine annähernde Aufhebung des Problems (d230.321) erreicht werden, sodass es der Klientin mit Assistenz gelingen kann, die Anforderungen der alltäglichen Prozeduren und Pflichten zu planen, zu handhaben und zu bewältigen.

Umweltfaktoren:

-e320+2 Freund

-e355+4 Fachleute der Gesundheitsberufe

Sowohl der Bekannte der Klientin (e320) als auch die Bezugsbetreuerin des Ambulant Betreuten Wohnens stellen für die Klientin eine wichtige Unterstützung im Alltag neben den vier Fachpersonen dar.

Personenbezogene Faktoren:

Diese Faktoren könnten beispielsweise das Alter, der Lebensstil, Bewältigungsstile, aber auch Bildungsstand und Beruf sein. Weiterhin sind etwa Charaktermerkmale, vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen und allgemeine Verhaltensmuster relevante Einflussfaktoren. Hierzu weist die ICF derzeit noch keine Kodiermöglichkeit aus.

Auf der Basis dieser vier Ebenen kann eine transparente Hilfeplanung mit den KlientInnen sowie eine fallumfassende Deskription zur psychosozialen Hilfeplanung zwischen unterschiedlichen Fachpersonen gefördert werden.

Die Chancen und Grenzen der ICF

Ausgehend von der Hypothese, dass die ICF ein adäquates Instrument zur Förderung der interdisziplinären und integrativen Zusammenarbeit sein kann, sind neben einigen positiven Aspekten derzeit vor allem auch kritische Einwände zu erheben.

Einerseits schafft die ICF hiermit erstmals die Grundlage, sowohl Barrieren als auch Fördermöglichkeiten bei den KlientInnen zu kategorisieren. Andererseits spielen diese Positivkriterien jedoch für eingliederungsrelevante Entscheidungen und Mittelbewilligungen keine Rolle. Nach

wie vor wird sozialrechtlich immer noch defizitorientiert entschieden, oftmals ausschließlich in Anlehnung an medizinische Diagnosen (ICD-10). Die politisch korrekte Ressourcenorientierung der ICF erhöht gleichzeitig deren Komplexität und ist bei eingliederungsrelevanten Fragen hinsichtlich Mittelbewilligung derzeit zudem noch eher kontraproduktiv, was jedoch nicht dem Instrument, sondern vielmehr der Systematik der Hilfestellung anzulasten ist; mit dem Instrument wird dieser blinde Fleck nunmehr offensichtlich.

Des Weiteren ist die ICF bisher weder vollständig ausdifferenziert, noch in ihrer Komplexität im Alltag ökonomisch praktikabel, weshalb „besonders strittig [ist], ob sich die ICF für die Soziale Diagnostik, die Prozessgestaltung oder die Hilfebedarfsmessung eignet“ (Oberholzer, 2013, S. 107). Demzufolge sollten ob dieser Komplexität der ICF Teilaspekte des Gesamtwertes auf die entsprechenden Klientengruppen adaptiert werden (ICF-Core Set). Nur so kann der Praxis ein handhabbares Instrument zur Verfügung gestellt werden.

Wenngleich die Semantik der Political Correctness in Form von Vermeidung abwertender Begriffe und der Einsatz positiver Sprachformulierungen in die ICF Eingang gefunden hat, um stigmatisierenden Kategorisierungen entgegenzuwirken (DIMDI, 2005, S. 171), so bleibt doch der Eindruck von der *Hygienisierung der Begriffe*. Mit dieser Semantik können Impulse gesetzt werden, dennoch werden hierdurch tatsächlich vorhandene Ist-Zustände nicht aufgehoben und gesellschaftliche Vorbehalte auch nicht in positive Attribuierungen transferiert; dazu bedarf es der kontinuierlichen gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Jedoch stellt sich gerade hier die Frage, inwieweit die mit dem Paradigmenwechsel vollzogenen Perspektiverweiterungen überhaupt messbaren Kategorien unterworfen werden können. In der aktuell vorliegenden Version bleibt die ICF hinter ihren Erwartungen zurück bzw. leistet den Dienst, welcher aktuell möglich ist.

Dieser liegt, um in der Metapher von Winkler (1988) zu sprechen, in dem Entwurf einer allgemein verständlichen Landkarte für die Komplexität des Feldes. Damit ist ein Instrument für die interdisziplinären Teams entwickelt, um sich gemeinsam zu orientieren und eventuell eine Zielstellung zu erarbeiten. Um jedoch hieraus einen konkreten Weg abzuleiten, würde die Aussagefähigkeit der theoretischen Konstruktion der ICF überfordern (siehe Oberholzer, 2013). Vielmehr bietet die ICF ein kleines gemeinsames Nadelöhr für die Betrachtung und Kommunikation der vorliegenden Phänomene für ein gemeinsames Fallverständnis, um darauf basierend berufsspezifische Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln (siehe Wartenpfehl, 2010).

Generell kann gesagt werden, dass die ICF interdisziplinär ausgerichtet ist, d. h. die Konstruktion von Behinderung wird nicht aus Sicht einer spezifischen Disziplin (nach dem ICD-10 etwa die der Medizin), sondern aus der Perspektive vieler Fachrichtungen, wie der Sozialen Arbeit, der Soziologie, Psychologie, Rechts- und Kulturwissenschaften usw. hinterfragt und neu

ausbuchstabiert. So wurde mit der ICF ein elaboriertes Klassifikationssystem konzipiert, welches einen normativ gesellschaftspolitischen Schwerpunkt auf die Teilhabe von Menschen setzt und zugleich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bis in die Mitte der Gesellschaft hinein evoziert.

Die ICF dient damit neben der systematisierten Abfrage von Teilaspekten der sozialen Komplexität als *Schlüssel zur interdisziplinären Zusammenarbeit*. Darüber hinaus erfahren all jene Wissenschaftsdisziplinen eine Aufwertung, die jenseits der Medizin bisher eher unterrepräsentiert waren, wenn es um diagnostische und somit gleichzeitig oftmals eingliederungsrelevante Entscheidungen geht.

Im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit kann sehr wohl festgehalten werden, dass eine gemeinsame Sprache erleichternd wirken würde. Ein Positivbeispiel hierfür liefert zweifelsohne die ICD-10. Gleichwohl ist die ICF in ihrer Zielsetzung, alle Komplexitäten menschlichen Daseins zu erfassen, ein wagemutiges Unterfangen. So stellt sich generell die Frage, ob es überhaupt ein Klassifikationsinstrument geben kann, welches zuverlässig die individuell sehr unterschiedlichen personenbezogenen Faktoren zu erfassen vermag. Diese Zweifel scheinen angemessen, da zurzeit noch keinerlei Veröffentlichungen zur Ergänzung dieser fehlenden Kodierung vorliegen. In Anlehnung an die faktischen Ungenauigkeiten auch bei der Erstellung medizinischer Diagnosen unter Verwendung der ICD-10 würde einen Paradigmenwechsel vorantreiben, wenn auch bei der Anwendung der ICF auf den „Zwang der Allumfänglichkeit“ verzichtet würde.

Fazit und Ausblick

ICD und ICF könnten dialogisch und komplementär - und eben auch völlig gleichberechtigt in ihrer Wertigkeit - zum Wohle der PatientInnen/KlientInnen die komplexen Bedingungen versuchen zu erfassen - beide Klassifikationssysteme jeweils ihrerseits mit ihren Stärken und Schwächen.

Dazu bedarf es jedoch auch eines gegenseitigen Anerkennens im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Vielleicht muss jedoch erst der Schritt zu eben solcher Zusammenarbeit der Professionen auf Augenhöhe getan werden. Hierzu werten wir die ICF als einen *Schlüssel für eine gelingendere interdisziplinäre Zusammenarbeit*, denn bei konsequenter Umsetzung bietet das Klassifikationssystem:

- eine gemeinsame Sprache für die unterschiedlichen (am Hilfeprozess beteiligten) Professionen wie etwa der Psychologie, Pädagogik, Medizin und dient dem Abbau von Hierarchien innerhalb multiprofessioneller Teams;

- die Erweiterung des Blicks auf die Lebenswirklichkeit der Betroffenen, indem neben den rein medizinisch diagnostizierten Faktoren die Umweltfaktoren und die gesellschaftlichen Teilhabeaktivitäten gleichwertig im Beurteilungsprozess berücksichtigt werden;
- die Basis für eine adäquate Verständigung über Ziele zwischen KlientInnen und Fachkräften, welche die notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar macht und eine tatsächliche Partizipation einlöst;
- ein breites Anwendungsspektrum. So kann es beispielsweise als Evaluationsinstrument zur Untersuchung von psychosozialen Arbeitsfeldern, bei der Formulierung von Richtlinien und Empfehlungen oder etwa zur Erhebung von Bevölkerungsdaten auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene dienen.

Insgesamt kann es für die Stärkung einer interdisziplinären und integrativen Zusammenarbeit in der Praxis somit von erheblicher Bedeutung sein, mit der ICF ein Klassifikationsinstrument zu verwenden, welches sowohl „weiche Faktoren“ (personenbezogene und umweltbezogene Faktoren) klassifizieren und dabei sowohl Barrieren als auch Förderfaktoren dimensional erfassen kann. Aufgrund der Komplexität erfordert diese Umgestaltung eine multi- und interdisziplinäre Zusammenarbeit in den psychosozialen Handlungsfeldern der Psychotherapie, psychosozialen Beratung und Supervision. Dafür müssen jedoch weiterhin disziplin- und professionspolitische Partikularinteressen überwunden werden. Es gilt also, das Konkurrenzverhältnis zugunsten eines Ergänzungsverhältnisses aufzulösen (siehe Dörr, 2010; Sommerfeld, 2011), um einen Kompetenztransfer zwischen den verschiedenen Systemen zum Wohl der KlientInnen zu ermöglichen, was wiederum eine Ressourcenorientierung und Abwendung von defizitär basierten Entscheidungen auf Sozialgesetzgebungsebene evozieren kann.

Literatur

- Bauman, Z. (2003). *Flüchtige Moderne*. (Deutsche Erstausgabe zum 40jährigen Bestehen der edition suhrkamp). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, U. (2007). *Weltrisikogesellschaft: Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Boonen, A., Rasker, J.J. & Stucki, G. (2007). The international classification for functioning, disability and health. A challenge and a need for rheumatology. In A. Boonen, J.J. Rasker & G. Stucki (Eds.), *Clinical Rheumatology (1803-1808)*, Volume 26, ISSN: 0770-3198 (print version), ISSN: 1434-9949 (electronic version).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: World Health Organization.
- Dorfman, R.A. (1996). *Clinical social work. Definition, practice and vision*. New York: Brunner / Mazel.
- Dörr, M. (2010). Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. In L. Behringer (Hrsg.), *Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe*. (Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht). (S. 925-986). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. Zugriff am 20.10.2014. Verfügbar unter http://public-health.medunigraz.at/archiv/artikel/Artikel%201977/1977_Engel_Biopsychosocial%20model.pdf
- Gahleitner, S.B. & Pauls, H. (2013). Psychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In S.B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 5, S. 61-77). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Keupp, H. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In S.B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 4, S. 34-51). Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Oberholzer, D. (2013). Möglichkeiten und Grenzen der ICF für die Soziale Diagnostik. In S.B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5*. (S. 107-120). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Schuntermann, M.F. (2009). *Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen*. (3. überarbeitete Auflage). Heidelberg: ecomed-Medizin.
- Sommerfeld, P. (2011). Sozialpädagogische Forschung. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (S. 1462-1475). München: Ernst Reinhardt.

Uexküll, T.v. & Wesiack, W. (1996). Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In T.v. Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (S. 13-52). München: Urban & Schwarzenberg.

Weinhold, K. & Nestmann, F. (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In S.B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 52-67). (Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 4.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Winkler, M. (1988). *Eine Theorie der Sozialpädagogik*. Stuttgart: Klett-Cotta.

World Health Organisation. (Hrsg.). (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Genf: World Health Organisation.

Angaben zu dem Autor und der Autorin

Martin Schröder, M.A. Educational Sciences, Jg. 1983; Martin Schröder promoviert als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsabteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie der UPK Basel. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Evaluation, Qualitätsmanagement, Wirkungsorientierung sowie Resilienzforschung an der Schnittstelle der stationären Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Berücksichtigung der Aspekte Bindung, Trauma und Teilhabebeeinträchtigung.

Kontakt: Martin.Schroeder@upkbs.ch

Diplom-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin (FH) Christina K. Göttgens ist Doktorandin am Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp) der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Aachen und promoviert dort in Kooperation mit der Universität Duisburg-Essen, Fachbereich Bildungswissenschaften zum Thema „Evaluation von präventiven Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern: Grundpositionen, Diskurse und Konzepte. Eine sozialpädagogische Analyse.“ Des Weiteren arbeitet sie im Ambulant Betreuten Wohnen für psychisch erkrankte Menschen und führt rechtliche Betreuungen beim Betreuungsverein der Diakonie Aachen e. V. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die gemeindepsychiatrische Versorgung und Inklusion von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung von Teilhabebeeinträchtigungen sowie systemischer Aspekte. Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte sind die Evaluation und das Qualitätsmanagement für psychosoziale Hilfen insbesondere für die Kinder psychisch erkrankter Eltern.

Kontakt: Christina.Goettgens@t-online.de

Zitationsempfehlung

Schröder, M. & Göttgens, C.K. (2014). Die Chancen und Grenzen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zur interdisziplinären und integrativen Zusammenarbeit. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2), 178-191. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>