

# **„International Classification of Function, Disability and Health“ (ICF) - Ansprüche, Potentiale und Grenzen**

Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universität Bielefeld

## Gliederung

1. Was Sie von mir erwarten können
2. Was das ICF leisten soll (im Unterschied zur ICDH)
3. Wie das ICF aufgebaut ist
  - die „Domänen“
  - Zusammenhänge zwischen den Domänen
  - Was damit klassifiziert werden kann
4. Kritik des ICF
  - aus pathogener und
  - salutogener Perspektive
5. Konsequenzen für den Umgang mit Patienten am Beispiel des „Bielefelder Rückenmodells“

## Was Sie von **mir** erwarten können



- Ich bin Soziologe (Psychologe, Politologe) und **Gesundheitswissenschaftler** und habe von daher einen anderen Blick nicht nur auf das, was als Gesundheit und Krankheit genannt und erforscht wird als **andere**, z. B. die Krankheits-Wissenschaften.
- Aus diesem Blickwinkel werde ich tun, wozu ich aufgefordert worden bin, nämlich einen **Kommentar** zum **ICF** (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001) abzugeben.
- Beim ICF handelt es sich um ein überwiegend von Ärzten im Auftrag der WHO für den Umgang mit **Krankheit** entwickeltes und von Medizinern (20) und auch ein paar Nicht-Medizinern (7) im Auftrag des „Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information“ als **Ergänzung** und **Verbesserung** des **ICIDH** (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) aus dem Jahre 1980 gedachtes Kategoriensystem für den Einsatz in der **ärztlichen Praxis**.
- Es mit anderen Augen zu betrachten – so meinten die Organisatoren dieser Veranstaltung, kann im schlimmsten Fall zu etwas Unerwartetem und zu einer Abstoßungsreaktion, im besten Fall zu so etwas wie einer **Anwendungshilfe** führen.



Mit **Krankheiten** befassen sich die Gesundheitswissenschaften als epidemiologisch und die Qualität der Versorgung Beforschende natürlich auch, aber nur insoweit, als die Bewältigung von Krankheiten **eine unter anderen** Konstruktionsgrößen für die Herstellung bzw. Aufrechterhaltung von Gesundheit darstellt.

Hauptsächlich befassen sich die Gesundheitswissenschaften mit der Herstellung und Aufrechterhaltung von **Gesundheit**, was nicht nur **mehr**, sondern z. T. auch **anderes** ist als die Minimierung von Erkrankungsfolgen (Kuration) und/oder die Verhinderung von Krankheiten (Prävention).

Was das heißt, wird deutlich, wenn laut einer verbreiteten Definition

„Gesundheit ... nur möglich (ist), wenn eine Person konstruktive **Sozialbeziehungen** aufbauen kann, sozial **integriert** ist, die eigne **Lebensgestaltung** an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes **anpassen** ..., dabei individuelle **Selbstbestimmung** sichern und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen **Möglichkeiten** herstellen kann“

(Hurrelmann 1998, 17).



Gesundheit wird überall auf der Welt – das wusste auch die WHO 1946 – mehrheitlich **positiv bewertet** (eines der höchsten Güter), aber **negativ definiert**, nämlich als die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.

Infolge dessen wird der **Gesundheitszustand** von Menschen und ganzen Bevölkerungen ebenfalls weltweit überwiegend an Hand von **Krankheitsindikatoren** auf der biophysiologischen und psychischen Ebene und seltsamer Weise sehr viel weniger – um nicht zu sagen, so gut wie gar nicht – an Hand von **Gesundheitsindikatoren** bestimmt.

Für die Krankheitswissenschaften ist Gesundheit die **Norm** (das Normale und Normierte), während Krankheit als **Abweichung** von der Norm und als dauerhafte oder vorübergehende Unfähigkeit des Menschen begriffen wird, seinen normalen, d. h. normaler Weise erwartbaren **Funktionen** im Privat- und Arbeitsleben nachzukommen.

Für Gesundheitswissenschaftler dagegen, die sich damit an ihrem Klassiker und Grundagentheoretiker **Antonovsky** orientieren, ist Sie eine immerwährende und nicht selbstverständliche **Leistung**, die gegen mehr oder weniger widrige Bedingungen in den **Individuen** und in deren **Lebensumwelt** erkämpft werden muss.

## Was **ist** die ICF ?

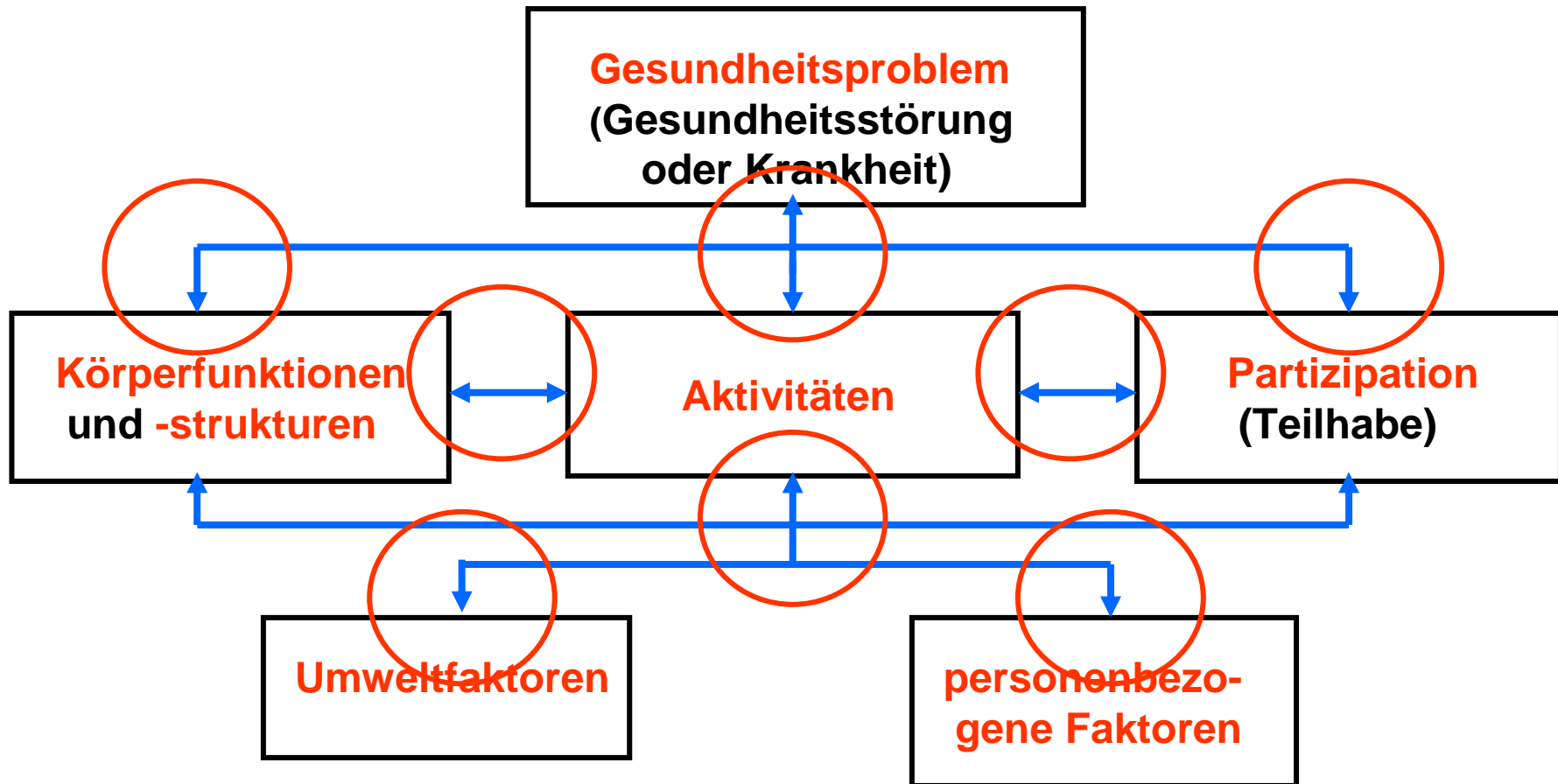
Die ICF ist ein **Kategorienschema**, mit dessen Hilfe es seinen Anwendern gelingen soll, die gesundheitlichen, in der Regel durch ein je eigenes Wechselwirkungsverhältnis von **Graden** des individuellen Funktionierens und Nicht-Funktionierens gekennzeichneten **Zustände** möglichst genau zu **bestimmen**.

Um diese zu erreichen, versucht ICF neben den bislang üblichen, überwiegend auf das Erkennen und Zuordnen bio-physiologischer und psychischer **Anomalien** und **Symptomatiken** zielenden Indikatoren (> ICDH) Aspekte in das Bestimmungs- und Behandlungsgeschehen in Therapie und Diagnose mit einzu- beziehen. Dazu gehören Aspekte

- des körperlichen und organischen **Funktionierens**,
- der gesellschaftlichen Funktionserfüllung und **Teilhabe** und
- einige auf Krankheit und Gesundheit einwirkenden **Umwelt-** und **Persönlichkeitsvariablen**.

Es wird zu fragen sein, **ob** und **in wieweit** dieses den Konstrukteuren des ICF-Schemas wirklich gelang ?

## Zur Grundstruktur der ICF



Quelle: WHO 2004, 23

**Aufgaben**, die die ICF nach Meinung seiner Konstrukteure erfüllen können soll

- Die ICF soll als Nachfolgerin der ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) weltweit **Standardisierungshilfe** im Umgang mit Krankheit und Gesundheit leisten.
- Sie soll - was im ICIDH vorgedacht, aber nicht realisiert wurde – das Wissen um die bio-psycho-soziale Beschaffenheit von Krankheits- und Gesundheitsphänomenen in **diagnostisches** und **therapeutisches** Handeln umsetzen.
- Sie soll unter Hinzuziehung neuer, inzwischen durch Krankheits- und Gesundheitsforschung belegter Einflussfaktoren aus der Lern-, Lebens- und Arbeitsgeschehen der Menschen dazu beitragen, das Versorgungsgeschehen **realistischer** (sachangemessener, bedürfnisorientierter) und damit in seinen Wirkungen **nachhaltiger** zu gestalten.
- All dieses soll erreicht werden, indem nicht nur Defizit-Tatbestände (Verletzungen, Behinderungen, Anomalien) konstatiert, sondern **Grade** von **Gesundheit** (> Antonovsky) als Wechselverhältnis von Funktionsfähigkeit und Funktionsbeeinträchtigungen eingeschätzt und zugeschrieben werden können.

**körperl. Funktionieren (Schädigung 0 – 100%)**

mentale (Intelligenz, psychosozial, psychomotorisch, emotional, Selbstwahrnehmung, Schlaf)

Sinnesfunktionen und Schmerz

Stimm- und Sprechfunktionen

Kreislauf, Immunabwehr, Blut, Atmung

Verdauung, Stoffwechsel

urogenitale und Reproduktionsfunktionen

Neuromuskuloskeletale, Muskelkraft, Bewegung

Haut, -anhangsgebilde

**körperliche Strukturen (Schädigung 0 – 100%)**

Strukturen des Gehirns und des Nervensystems

Augen, Ohren und abhängige Strukturen

Strukturen zur Stimm- und Sprachbildung

Strukturen des Herzkreislauf-, Immun- und Atmungssystems

Magen, Darm, endokrine

Urogenital und Reproduktion

Knochen, Muskeln, Sehnen

Haut, -anhangsgebilde

**Aktivitäten und soziale Teilhabe (Leistungsfähigkeit 0 – 100 %)**

Lernen und Wissensanwendung

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Kommunikation

Mobilität und Motorik

Selbstversorgung, auf Gesundheit achten

häusliches Leben

Interpersonelle Interaktion und Beziehungen

Erziehung, Bildung, Arbeit, wirtschaftliche Situation

gemeinschaftl., soziales, politisches, religiöses, kulturelles Leben

**Umweltfaktoren (selbst empfundene Barrieren in %)**

Nutzung von Produkten u. Technologien

soziale Unterstützung durch Familie, Freunde, Fachleute

Beeinflussung durch gesellschaftlichen Werten, Normen

Zugang zu Dienstleistungen

**Persönliche Faktoren**

Alter, Geschlecht  
Ethn. Zugehörigkeit  
Sozialer Hintergrund  
Bildung, Beruf  
Biographie, Erfahrung  
Lebensstil, Coping  
Motivation, Mut, Wille

Im Namen („Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“) sind zwar Funktionsfähigkeit und Gesundheit von einander **getrennt** und der Behinderung quasi entgegengestellt, so als wollten die ICF-Konstrukteure damit **Verschiedenes** zum Ausdruck bringen.

Tatsächlich wird bei der Lektüre des Begründungsteils aber deutlich, dass der **Funktionsbegriff** nur eingeführt wird, um zu verdeutlichen, was von den Nutzern der ICF unter **Gesundheit** verstanden werden soll.

### **Gesundheit => Funktionsfähigkeit**

- was **Funktionsfähigkeit** ist, orientiert sich daran, was man bei einem Menschen normaler Weise an Leistungen erwarten kann
- diese **Leistungen** sind das, was ein Mensch, der keine Gesundheitsprobleme hat, normaler Weise tun kann und
- **keine** Gesundheits**probleme** hat in der Regel, wer sich in allen Lebensbereichen entfalten kann, die subjektiv wichtig für ihn sind und dies in einer Weise zu tun vermag, wie sie von Menschen ohne Beeinträchtigung erwartet wird.

**Ziele** die mit der ICF nach Meinung ihrer Konstrukteure erreicht werden sollen



- die wissenschaftlichen Grundlagen für das **Verstehen** von Gesundheitszuständen zu legen
- den diagnostischen und therapeutischen **Umgang** mit Krankheit und Gesundheit zu verbessern
- als weltweite **Kommunikationshilfe** eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung dessen zu finden, was Gesundheit ist
- einen **Datenvergleich** zwischen Ländern im Hinblick auf den Gesundheitszustand der in ihnen lebenden Bevölkerungen zu ermöglichen

**Bereiche** in denen die ICF nach Meinung seiner Konstrukteure zur **Anwendung** kommen soll



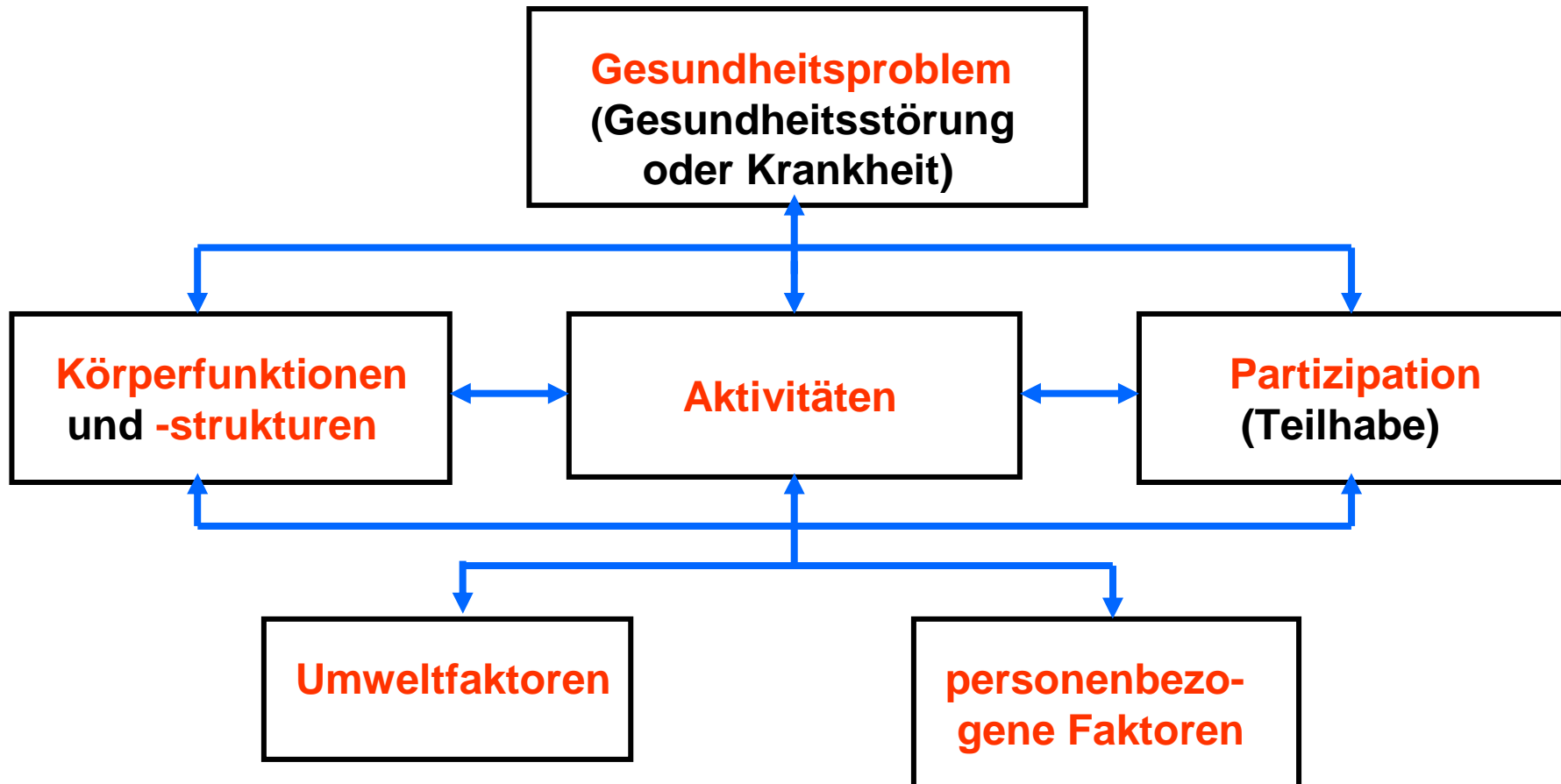
- Gesundheits-**Epidemiologie** und Statistik
- **Erforschung** von Krankheit und Gesundheit
- Feststellung von **Versorgungsbedarfen**
- Erkennen von Feldern kompensatorischer **Sozialpolitikgestaltung**
- Identifikation und **pädagogische Beseitigung** von Problembewusstseins-, Verhaltens- und Handlungsdefiziten
- Instrument für die Organisation und Evaluation „**Managed Care**“- und „Disease Management“- Konzepten

## Eine **Bewertung** aus gesundheitswissenschaftlicher/ salutogenetischer Perspektive ( I )



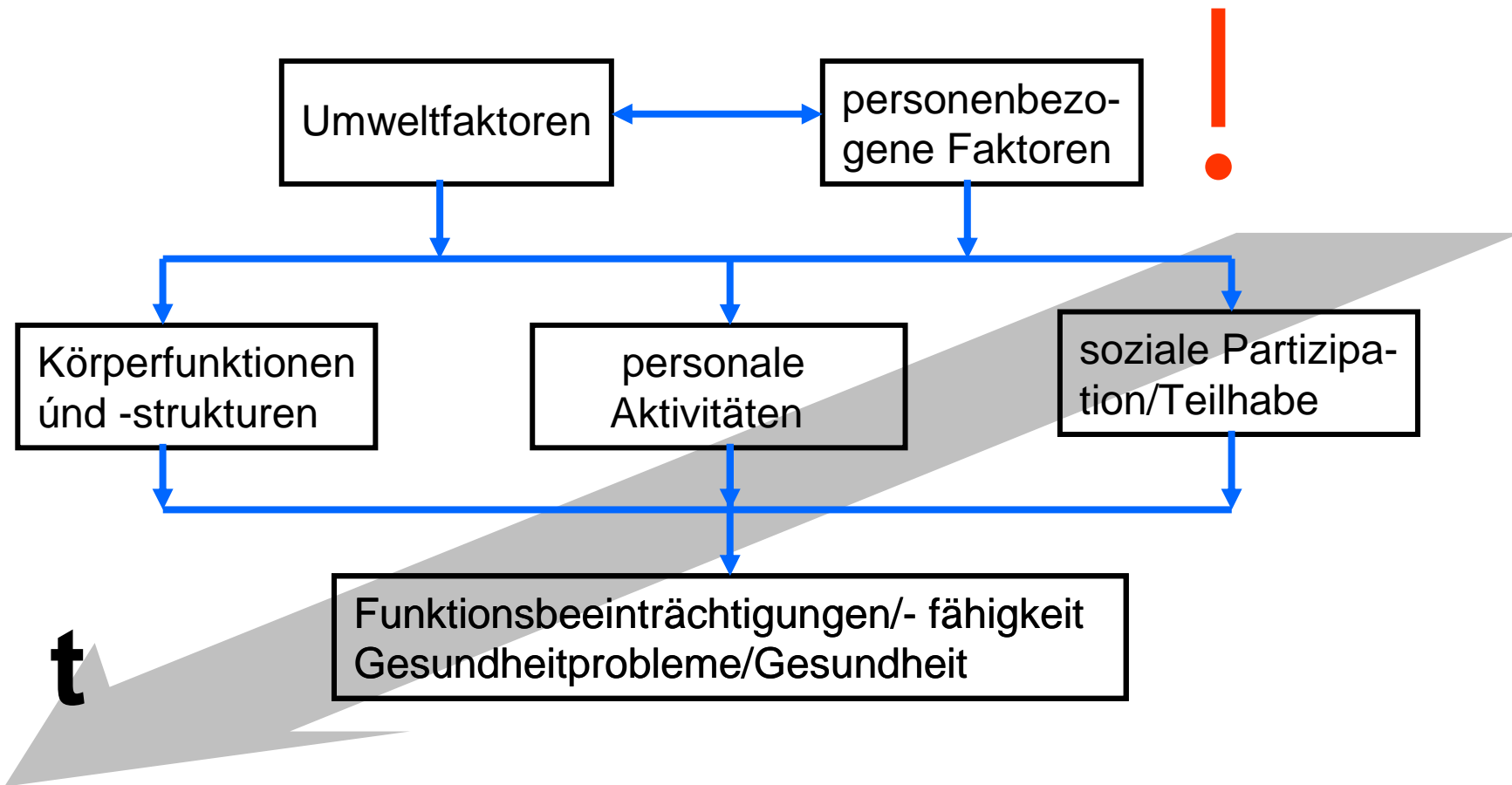
- ICF ist aus einer vornehmlichen Logik der **Kuration** (Diagnostik/Therapie) und der **Verwaltung** von Krankheitsdaten heraus entwickelt worden.
- Es handelt sich deshalb **nicht** – wie von den Konstrukteuren angedeutet – um etwas Neues. Es fügt dem ICHD lediglich Gesichtspunkt des mehr oder weniger guten Funktionierens mit den Faktoren Aktivität/Partizipation und soziale Umwelt weitere Parameter zur differenzierteren Beschreibung von **Krankheit** hinzu.
- Obwohl in den Begründungsteilen vielfach von Gesundheit und von dem Anspruch die Rede ist, Gesundheit im Interesse einer realistischeren und bedarfsgerechteren Versorgung zu verstehen, gibt es **kein** wissenschaftlich reflektierten **Gesundheitsverständnis**. Gesundheit wird aufgefasst im Sinne eines nach eigenem Vermögen realisierten, aber von Anderen definierten **Funktionierens**.
- Bei den unter den **Domänen** körperliche Funktionsfähigkeit, funktionieren Körperstrukturen, Aktivitäten/Partizipation und Umweltfaktoren handelt es sich um eine gleichwertige Auflistung von bio-physio-psycho-sozialen **Krankheitsindikatoren**. Das ist ein insofern ein **Fortschritt**, als psycho-soziale Indikatoren als diagnostisch und therapeutisch Relevante und **Konkretisierbare** anerkannt werden. Zum besseren Verstehen von Krankheit und Gesundheit tragen sie aber nicht bei, weil sie nur in einem **additives**, nicht in einem patho- bzw. salutogenetischegenetisches Verhältnis zueinander gestellt werden.

Zur **Erinnerung** die Grundstruktur der ICF



Quelle: WHO 2004, 23

# ICF-“Domänen“ in **patho/-salutogenetischer** Perspektive



# Einschätzung der **Potentiale** und **Grenzen** der ICF( I )



<b>Aufgabenerfüllung</b>	++	+	-	--
Standardisierungshilfe bei der Einschätzung von Gesundheit		X		
Bio-psycho-soziales Wissen in Behandlung umsetzen			X	
Versorgung realistischer gestalten		X		
Das Verhältnis von Gesundheit u. Krankheit besser durchschauen				X

<b>Ziele</b>	++	+	-	--
das, was Gesundheit ist, besser zu verstehen				X
die Arzt-Patient-Kommunikation verbessern		X		
die Behandlungserfolge verbessern			X	
den nationalen und internationalen Datenvergleich ermöglichen	X			

# Einschätzung der **Potentiale** und **Grenzen** des ICF(II)



<b>Anwendungsbereiche</b>	<b>++</b>	<b>+</b>	<b>-</b>	<b>--</b>
Gesundheits-Epidemiologie		<b>X</b>		
Gesundheits-, Krankheitsforschung		<b>X</b>		
Versorgungsbedarf-Ermittlung			<b>X</b>	
Kompensatorische Sozialpolitik-Beratung				<b>X</b>
Gesundheitsbildungs-Planung		<b>X</b>		
Unterstützung von managed care (?)		<b>X</b>		

Patient mit Rückenschmerzen beim **Hausarzt** oder **Facharzt**  
**Zeitliche Schmerzklassifikation** (akut, subakut, subchronisch, chronisch), **klinische Differenzierung** (spezifisch/kompliziert, unspezifisch/unkompliziert)

**Gefährliche Verläufe bei „Red Flags“ oder radikulärem Kreuzschmerz**

**Zeitnahe Vorstellung beim Facharzt**

**ggf. krankheitsbezogene weiterführende Diagnostik**

**Einleitung gezielter ambulanter therapeutischer Maßnahmen**

nach stationärer Behandlg.

**Chronischer oder subchronischer Kreuzschmerz (seit/vor 2001)**



**subakuter Kreuzschmerz mit undifferenziertem Befund**

**akuter unspezifischer Kreuzschmerz**

Standardtherapie max. 1 Woche

Standardtherapie max. 1 – 3 Wochen

nicht beschwerdefrei

nicht beschwerdefrei

„Liste“ und Aufnahmegespräch zur Teilnahme am Modell

„Liste“ und Aufnahmegespräch zur Teilnahme am Modell

1. Hinweis auf psychische Faktoren ?, ggf. interdisziplinäre weitere Diagnostik  
 2. Hinweis auf psycho-soziale Risikofaktoren?, ggf. interdisziplinäre weitere Diagn.  
 3. Hinweis auf somatisch/funktionelle Veränderungen?  
 4. Hinweis auf somat./degenerativ Veränderungen beim „zweiten“ Blick  
 5. Hinweis auf Dekonditionierung: Abklärung

gezielte auch multidisziplinäre Rehabilitation

**Multimodaler Grundkurs Rücken**

Spezielle invasive u. medikamentöse Schmerztherapie

Kontrollierte Übungstherapie, kognitive Verhaltenstherapie

Physiotherapie

Psychotherapeutische Intervention

Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz, im soz. Umfeld

Nicht beschwerdefrei: Erneute Diagnostik wie Verlaufsstufe 2 (nach stationärer Behandlung)

beschwerdefrei

keine Besserung  
stationäre interdisziplinäre Behandlung

**Gesundheitsförderliches Verhalten** in Eigenregie unter Nutzung **eigener Ressourcen** und der **örtlichen Angebote**

- Die ICF ist im Hinblick auf die **Verwaltung** (Klassifizierung, Kommunikation, Abrechnung) dem ICHD wegen der Hinzunahme psycho-sozialer Faktoren vorzuziehen und sollte in einer deutlich **reduzierten** Form eingesetzt werden, so lange es nichts besseres gibt.
- Für die Organisation des „Multimodalen Grundkurses“ und die Steuerung des interdisziplinären Behandlungsangebotes – dem Herzstück des Bielefelder Rückenmodells, ist es nur **bedingt** geeignet, weil es als reines Klassifikationssystem kein hinreichendes Bild von der **Genese** des Rückenschmerzes und der individuellen **Krankenkariere** vermittelt; - dieses übrigens auch gar nicht will.
- Ein solches die **pathogene** und **salutogene** Elemente in die ursächlich und zeitlich richtigen Wechselbeziehung zueinander setzendes **Modell** ist nicht nur erforderlich, um während der multimodalen **Behandlungsphase** die richtigen interdisziplinären Schwerpunkte zu setzen, sondern auch, um **primär-** und **tertiärpräventiv** erfolgreich wirken zu können

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit**