

Die ICF-CY als Checkliste und Dokumentationsraster in der Praxis der Frühförderung

OLAF KRAUS DE CAMARGO

Zusammenfassung: Für den Kinder- und Jugendbereich wird eine eigene Version der ICF im Herbst dieses Jahres verabschiedet. Im letzten Jahr wurde auf der Grundlage einer Vorläuferversion eine Checkliste für den Alters- und Problembereich von Kindern in der Frühförderung konzipiert und an zwei interdisziplinär arbeitenden Frühförderstellen erprobt. Die Entwicklung dieser Checkliste und die Anwendungsmöglichkeiten in der Frühförderung werden in dem vorliegenden Beitrag dargestellt. Für das einzelne Kind und seine Familie kann ein interdisziplinäres Team durch den systematischen Einsatz der Checkliste zum einen den interdisziplinären diagnostischen Bedarf darstellen und zum anderen aus der Erfassung sowohl der krankheits-/behinderungsspezifischen Zustände wie der relevanten Förderfaktoren und Barrieren eine patienten- und familienzentrierte Förderung konzipieren. Die Erprobung der Checkliste an zwei interdisziplinär arbeitenden Frühförderstellen zeigte bei diesen Einrichtungen einen großen Bedarf an weiterer medizinisch-psychologischer Diagnostik und die Förderziele für die Kinder orientierten sich schwerpunktmäßig auf funktionelle Aspekte, insbesondere der mentalen Entwicklung. Um den Einsatz der ICF im Kinderbereich in den verschiedenen Segmenten der Versorgung von Kindern mit Behinderungen zu unterstützen und auch in der Praxis handhabbare Anwendungsformen der ICF zu entwickeln, hat sich die „Deutsche Arbeitsgruppe für die Adaptation der ICF für Kinder und Jugendliche“ gebildet, die derzeit ein bundesweites Folgeprojekt vorbereitet.

Schlüsselwörter: ICF, kleine Kinder, interdisziplinäre Frühförderung, Checkliste

The Classification System ICF-CY as a Checklist and Documentation Form in Early Intervention Institutions

Summary: The ICF version for children and youth (ICF-CY) is to be launched until the end of this year. Using a pre-version we developed a checklist for the use in Early Intervention Centers and applied it in two of them. Using the ICF-Checklist systematically allows to reveal the interdisciplinary diagnostic demand for a single child and her family. On deciding about the interventional goals or the main focus of intervention the list can be helpful in showing developmentally significant factors of the environment besides the organic and functional difficulties. In the two centers we analyzed, there was a high demand for more medical and psychological diagnostic measures and the main focus of the intervention programs was on functional aspects, especially the mental functions and activities. On an institutional scale the systematic use of the list can be used to analyze which professional needs exist in a given center. A national follow-up project to adapt the ICF-CY for children with disabilities for everyday use in Germany is in preparation.

Keywords: ICF, young children, early intervention, checklist

Einleitung

Die ICF-CY ist eine für Kinder und Jugendliche angepasste Form der im Jahr 2001 von der WHO verabschiedeten Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO 2005). Die offizielle Verabschiedung der internationalen Version ist für den Herbst 2007 geplant. Zeitnah soll im Anschluss eine offizielle deutsche Übersetzung folgen.

Der bisherige Einsatz der ICF im Kinderbereich basiert daher auf Vorläuferversionen der ICF-CY; eine solche Vor-Version war 2006 bereits im Internet zugänglich (www3.who.int/icf); verschiedene Arbeitsgruppen entwickelten auch eigene Adaptationen. Im Folgenden soll auf eine Kurzform der ICF für Kinder eingegangen werden, die in Zusammenarbeit mit der ViFF-Nord und zwei interdisziplinär arbeitenden Frühförderstellen in Lübeck und im Raum Hamburg entwickelt

wurde. Es wird auf die Besonderheiten der Liste für den Altersbereich in der Frühförderung eingegangen sowie auf den Nutzen für die Praxis, sowohl für einzelne Fälle wie auch auf der Ebene der Einrichtungsevaluation bis hin zur Möglichkeit der Evaluation von Gesundheits- und Sozialpolitik. Am Ende wird auf wünschenswerte Entwicklungen in der Zukunft eingegangen.

1. Entwicklung der Liste

Die vorliegende Liste (Auszug s. Abb. 1) entstand auf der Grundlage einer Checkliste für Kinder und Jugendliche in der neurologischen Frührehabilitation (Deppe, Spranger et al. 2006). Dies erfolgte zunächst durch eine kleine Arbeitsgruppe bestehend aus den Leiterinnen zweier Frühförderstellen (Marijke Kaffka-Backmann und Liane Simon), Prof. Dr. med. Jürgen Kühl und dem Autor. Die so modifizierte Checkliste wurde in einer internen Schulung den Mitarbeiterinnen einer der Frühförderstellen erläutert und daraufhin an einzelnen Patienten erprobt und weiter verändert.

Bei der Adaption der ICF-basierten Checkliste von Deppe, Spranger et al. (2006) stießen wir immer wieder auf grundsätzlichere Probleme, wie sie auch im Beitrag von Hollenweger in diesem Heft thematisiert werden. Vor allem die Codes der Umweltfaktoren („e“-Codierung) erwiesen sich immer wieder als sehr pauschal und für die Anliegen der Frühförderung wenig differenziert. Wir hielten trotzdem an dem pragmatischen Ziel fest, zu einer ICF-basierten Checkliste für die Frühförderung zu kommen und ihre praktische Anwendung einmal auszuprobieren, was auch beinhaltete, gewisse Engstellen in der Konstruktion dieser Klassifikation zu akzeptieren.

Für den praktischen Gebrauch ist die Vollversion der ICF wenig handhabbar. Die Vielzahl an zur Verfügung stehenden Items zu allen denkbaren Aspekten der körperlichen Funktionen und Strukturen, der Aktivitäten,

der Teilhabe und des Kontexts ermöglicht zwar eine sehr detaillierte Darstellung, führt aber dazu, dass die Übersichtlichkeit leidet. Für einen Außenstehenden fällt es schwer, sich aufgrund einer langen Liste von Items ein Bild von der Problematik eines Kindes und seiner Familie zu machen. Außerdem wird dadurch die Vergleichbarkeit erschwert, da auch ähnliche Problemlagen durch unterschiedliche Codes dargestellt werden können. In der Vollversion ist außerdem vorgesehen, dass Items entsprechend des Grades der Beeinträchtigung oder des Ausmaßes der Barriere in 5 Stufen kodiert wird. Für die große Mehrheit der zur Verfügung stehenden Items gibt es jedoch keine anerkannten und etablierten Verfahren, diese Abstufungen festzustellen, insbesondere, was die Kontextfaktoren betrifft. Eine Abstufung ist damit in den meisten Fällen eine subjektive, auf klinischer Erfahrung basierende Einschätzung.

Die Entwicklung der Checkliste hatte daher folgende Ziele:

1. Auswahl von für die Praxis der Frühförderung relevanten Items
2. Eine Form der Darstellung, die den Prozess der Förderplanung widerspiegelt, d. h. sowohl Aspekte der Diagnostikphase wie auch die Bestimmung von Förderzielen unterstützt
3. Ein Format, welches auch als elektronische Version leicht angewendet werden kann, um so auch Auswertungen größerer Datenmengen zu vereinfachen. Dieser Aspekt ist sowohl für die interne wie auch die externe Qualitätssicherung von Bedeutung

Bei der Auswahl relevanter Items versuchten wir zum einen so vorzugehen, dass wir zunächst die Items ausschlossen, die wegen des Alters der Kinder in der Frühförderung nicht infrage kamen. Als weiteres Kriterium galt die Häufigkeit, mit der wir als Fachleute bestimmte Items in unserer beruflichen Praxis bei Kindern bisher beobachtet bzw. bei der Förderplanung in Betracht gezogen hatten.

ICF-Checkliste für interdisziplinäre Frühförderung					
<i>Körperfunktionen</i>					
B 1 Mentale Funktionen	<input type="checkbox"/>				
B 110 Bewusstsein	<input type="checkbox"/>				
B 114 Orientierungsfunktionen	<input type="checkbox"/>				
B 117 Intelligenz	<input type="checkbox"/>				
B 120 Basale kognitive Grundfunktionen	<input type="checkbox"/>				
B 122 Globale psychosoziale Funktionen	<input type="checkbox"/>				
B 126 Funktionen von Temperament Persönlichkeit	<input type="checkbox"/>				
B 130 Psychische Energie Antrieb	<input type="checkbox"/>				
B 134 Schlaffunktionen Einschlafen Durchschlafen	<input type="checkbox"/>				
B 140 Aufmerksamkeitsfunktionen	<input type="checkbox"/>				
B 144 Gedächtnisfunktionen	<input type="checkbox"/>				
B 147 Psychomotorische Funktionen	<input type="checkbox"/>				
B 152 Emotionale Funktionen	<input type="checkbox"/>				
B 156 Wahrnehmungsfunktionen	<input type="checkbox"/>				
B 160 Denkfunktionen	<input type="checkbox"/>				
B 164 Höhere kognitive Leistungen Exekutivfunktionen	<input type="checkbox"/>				
B 167 Kognitiv sprachliche Funktionen	<input type="checkbox"/>				
B 172 Rechnen betreffende Funktionen	<input type="checkbox"/>				
B 176 Ment. Funktionen kompl. Bewegungshandlungen	<input type="checkbox"/>				
B 180 Selbstwahrnehmung Zeitwahrnehmung	<input type="checkbox"/>				
B 2 Sensorische Funktionen Schmerzempfinden	<input type="checkbox"/>				
B 210 Sehvermögen	<input type="checkbox"/>				
B 215 Funktionen von Strukturen des Auges	<input type="checkbox"/>				
B 230 Hörvermögen	<input type="checkbox"/>				
B 235 Vestibuläre Funktionen	<input type="checkbox"/>				
B 240 Tinnitus Fallneigung Schwindel	<input type="checkbox"/>				
B 250 Funktionen des Schmeckens	<input type="checkbox"/>				
B 260 Propriozeptive Funktionen	<input type="checkbox"/>				
B 265 Tastsinn	<input type="checkbox"/>				
B 270 Temperatur Druck Vibrationsempfinden	<input type="checkbox"/>				
B 280 Schmerz	<input type="checkbox"/>				
E 3 Unterstützung u. Beziehungen	<input type="checkbox"/>				
E 310 Unterstützung durch Familie u. Angehörige	<input type="checkbox"/>				
E 325 Unterst. durch Gleichaltrige Freunde Nachbarn	<input type="checkbox"/>				
E 330 Fachleute der pädagogischen Berufe	<input type="checkbox"/>				
E 340 Zusätzliche Hilfs u. Pflegepersonen	<input type="checkbox"/>				
E 350 Haustiere	<input type="checkbox"/>				
E 355 Fachleute der Gesundheitsberufe	<input type="checkbox"/>				
E 365 Andere Fachleute	<input type="checkbox"/>				
E 4 Einstellungen	<input type="checkbox"/>				
E 410 Einstellungen der Eltern	<input type="checkbox"/>				
E 411 Einstellungen der Geschwister	<input type="checkbox"/>				
E 415 Einstellungen der Freunde u. Bekannte	<input type="checkbox"/>				
E 425 Einstellungen von Gleichaltrigen u. Nachbarn	<input type="checkbox"/>				
E 430 Einstellungen von Fachleuten päd. Berufe	<input type="checkbox"/>				
E 450 Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe	<input type="checkbox"/>				
E 455 Einstellungen anderer Fachleute	<input type="checkbox"/>				
E 5 Dienste Systeme u. Handlungsansätze	<input type="checkbox"/>				
E 570 Versicherung (GKV, MDK, Sozialhilfeträger etc.)	<input type="checkbox"/>				
E 575 Andere soziale Unterstützung	<input type="checkbox"/>				
E 580 Gesundheitswesen Pflegeeinrichtungen Heime	<input type="checkbox"/>				

Bewertung: Vollständig Unvollständig Positivbeispiel Negativbeispiel Sonstiges ...

Erläuterung:
 Die Felder 1 – 5 haben folgende Bedeutung in Bezug auf das Alter des Kindes:
 1 = ungeschädigt, nicht verzögert oder ausreichende Unterstützung; 2 = geschädigt, verzögert oder keine ausreichende Unterstützung
 3 = weitere Recherche oder Diagnostik erforderlich; 4 = Zielbereich der Förderung; 5 = nicht anwendbar
 Die Ziffer 4 sollte erst nach der interdisziplinären Fallbesprechung gewählt werden.
 Die Überschriften können optional verwendet werden, um einen raschen Überblick zu erhalten, oder für eine zusammenfassende Bewertung.

Abbildung 1: Beispiel-Items aus der „ICF-Checkliste für Interdisziplinäre Frühförderung“

In der Form der Darstellung übernahmen wir das Konzept der Checkliste der neurologischen Frührehabilitation von Deppe, Spranger et al. (2006) und verzichteten auf eine abgestufte Darstellungsweise. Eine Abstufung würde bedeuten, dass man für jedes einzelne Item auf einer Skala von 0–4 das Ausmaß der Beeinträchtigungen und Schädigungen (0–4 bzw. 0–4 %, 5–24 %, 25–49 %, 50–95 %, 96–100 %) feststellen muss. Um eine solche Aussage valide zu treffen, ist es notwendig, die Items mit speziellen Assessment-Instrumenten zu überprüfen, die eine solche Information dann zur Verfügung stellen (z. B. Intelligenz mittels IQ-Tests). Da dies aber bei vielen der Items nicht möglich ist, wurde die Checkliste so konzipiert, dass zunächst eine dichotome Entscheidung im Sinne von geschädigt (Spalte 2) x ungeschädigt (Spalte 1) bzw. fördernde (Spalte 1) x behindernde Faktoren (Spalte 2) getroffen wird. Dies ist an der konkreten Arbeitsweise in der interdisziplinären Frühförderung orientiert, bei der es zunächst darum geht, Daten über das Kind in seinen verschiedenen Facetten und über sein Umfeld zu sammeln und zu sichten (Guralnick 2000). Der nächste Schritt, nämlich die Frage, in welchen Items noch zusätzliche Informationen bzw. Untersuchungen notwendig sind, wird dann in der Spalte 3 der Checkliste dokumentiert und stellt sozusagen den weiteren Diagnostik- und Recherchebedarf dar. Die Spalte 4 dient dazu, die Items zu kennzeichnen, die für den Förderprozess als Förderziel definiert worden sind. Dabei wird empfohlen, sich zunächst einen Überblick über alle Komponenten der ICF zu verschaffen und dann in der interdisziplinären Fallkonferenz die gemeinsamen Förderziele festzulegen. Die Spalte 5 dient dazu, die Items zu kennzeichnen, die für das jeweilige Kind oder die jeweilige Situation nicht infrage kommen.

Als Anpassung für die elektronische Datenverarbeitung wurden die Items als Liste mit Kästchen zum Ankreuzen bzw. Anklicken gegliedert. Eine entsprechende elektronische Version der Liste wurde in FileMaker© erstellt.

2. Spezielle Veränderungen der Items für die Frühförderung

Im Folgenden werden die einzelnen Veränderungen an den Hauptkomponenten der ICF und ihren Kapiteln dargestellt:

Körperfunktionen („b“-Codes):

Im Kapitel B4 „Funktionen des kardiovaskulären, des hämatologischen, des immunologischen und des Atmungssystems“ wurde auf die unterschiedlichen Aussagen zum kardiovaskulären, hämatologischen, immunologischen und des Atmungssystems verzichtet. Einzig der Aspekt der kardiorespiratorischen Belastbarkeit erschien uns für den Alltag der Frühförderung relevant und wurde somit beibehalten (b455). Die Überschrift des Kapitels B4 wurde zur Verbesserung der Verständlichkeit (nachdem verschiedene Items weggefallen waren) in „Innere Systeme“ umbenannt.

Im Kapitel B5 „Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsels und des endokrinen Systems“ entfielen die Items b530 – „Aufrechterhaltung des Körpergewichts“ und b555 – „Funktion der endokrinen Drüsen“. Das Item b540 – „Kohlehydrat-, Fett-, Eiweißstoffwechsel“ wurde in „Ernährungszustand“ umbenannt. Die Überschrift von B5 wurde entsprechend angepasst in „Funktion des Verdauungstrakts/Stoffwechsel“.

Im Kapitel B6 „Urogenitale und sexuelle Funktionen“ fiel das Item b640 – „sexuelle Funktionen“ weg, wie auch in der Überschrift.

Im Kapitel B7 wurde auf die Items b755 – „Unwillkürliche Bewegungsreaktionen (Stellreaktionen mit Bewegungen)“, b770 – „Bewegungsmuster beim Gehen“ und b780 – „Empfindungen im Zusammenhang mit Muskelbewegung (Muskelsteifigkeit, Muskelempfindungen)“ verzichtet.

Das gesamte Kapitel B8 „Funktionen der Haut und Hautanhangsgebilde“ wurde weggelassen.

Körperstrukturen („s“-Codes)

Die Komponente Körperstrukturen (S1–S8) wurde mit allen Kapiteln unverändert übernommen.

Aktivität und Partizipation („d“-Codes)

In der Komponente Aktivität und Partizipation wurden im Kapitel D1 „Lernen und Wissensanwendung“ die Items d145 – „Schreiben lernen“ und d150 – „Rechnen lernen“ weggelassen. Die Überschrift wurde vereinfacht in „Lernen“ umbenannt.

Im Kapitel D2 „Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen“ wurde das Item d235 „sich benehmen können“ der ursprünglichen englischen Form angepasst in „Kontinuität im Verhalten“, da „Benehmen“ ein doch sehr subjektives

Konzept ist. Das Item d240 – „mit Stress umgehen können (Verantwortung tragen, Krisen bewältigen)“ wurde gestrichen.

Im Kapitel D3 „Kommunikation“ wurde das Item d340 – „Mitteilungen schreiben können“ weggelassen.

Im Kapitel D4 „Mobilität“ wurde das Item d450 – „Gehen“ in der Benennung erweitert in „Gehen bzw. Altersentsprechende Fortbewegung“. Die Items d470 – „Fortbewegung als Fahrgast (Bus, Zug)“ und d475 – „Fortbewegung als Fahrer“ wurden gestrichen.

Das Kapitel D5 blieb unverändert.

Im Kapitel D6 „Haushalt“ wurde das Item d640 – „Hausarbeiten erledigen“ dem Alter entsprechend umbenannt in „Im Haushalt helfen“. Weitere drei Items wurden weggelassen.

Im Kapitel D7 „Interpersonale Interaktionen“ wurde das Item d770 – „intime Beziehungen, Freundschaften“ weggelassen. Das Item d740 – „Beziehungen zu Autoritätspersonen“ wurde umbenannt in „Beziehungen zu Betreuern“.

Bei den Hauptlebensbereichen (D8) wurde eine Vielzahl von Items, die eher für das Jugend- und Erwachsenenalter zutreffen, weggelassen.

Im Kapitel D9 „Gemeinschaft, Soziales, Staat“ wurde auf die Items d911 – „Schulleben und begleitende Aktivitäten“, d930 – „Religion und Spiritualität“ sowie d950 – „Politisches und staatsbürgerliches Leben“ verzichtet.

Umweltfaktoren („e“-Codes):

In der Komponente des Kontexts und der Umweltfaktoren kam es zu den folgenden Veränderungen:

Im Kapitel E1 „Produkte und Technologien“ wurde das Item e127 – „Spielsachen und kindgerechte Produkte“ hinzugefügt. Das Item e140 – „Produkte und Technologien für Kultur, Freizeit und Sport“ wurde weggelassen. Das Item e155 – „Behindertengerechtes Wohnen“ wurde umbenannt in „Barrierefreies familien- und kindgerechtes Wohnen“.

Das Kapitel E2 „Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt“ wurde erweitert um die Items e215 – „Bevölkerungsstruktur, Minderheit“ und e260 – „Luftqualität“.

Das Kapitel E3 „Unterstützung und Beziehungen“ wurde erweitert um e325 – „Unterstützung durch Gleichaltrige, Freunde und Nachbarn“, dafür wurde auf das Item e320 – „Unterstützung durch Freunde und Bekannte“ verzichtet. Das Item e330 – „Lehrer, Arbeitgeber, Vorgesetzte“ wurde umbenannt in „Fachleute der pädagogischen Berufe“.

Im Kapitel E4 „Einstellungen“ wurde das Item e411 – „Einstellungen der Geschwister“ hinzugefügt. Analog zu D4 und E3 wurde das Item e430 –

„Einstellungen von Autoritätspersonen“ in „Einstellungen von Fachleuten pädagogischer Berufe“ umbenannt.

Im Kapitel E5 „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze“ wurde auf die Items e585 – „Bildungs- und Ausbildungswesen“ und e590 – „Arbeits- und Beschäftigungswesen“ verzichtet.

3. Anwendung in der Praxis

Die wie oben dargestellte Checkliste für die Interdisziplinäre Frühförderung („ICF-Checkliste IFF“) wurde an 2 interdisziplinären Frühförderstellen (Lübeck und Norderstedt) bei allen in der Frühförderung befindlichen Kindern appliziert und die Ergebnisse elektronisch ausgewertet. Zur Anwendbarkeit sei an dieser Stelle auch auf den Beitrag von Kaffka-Backmann, Simon und Grunwaldt in diesem Heft verwiesen. Zusätzlich zur Kodierung der entsprechenden ICF-Items erfolgte eine Erhebung der Sozial- und Gesundheitsdaten.

3.1 Einführung der Checkliste

Bevor Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer Frühförderstelle mit der ICF praktisch arbeiten können, ist es notwendig, ein Verständnis über das zugrunde liegende bio-psycho-soziale Konzept von Gesundheit zu haben. Dies bedingt auch ein verändertes professionelles Rollenverständnis. Während traditionell eine multiprofessionelle Arbeit vor allem auf der Addition von klar voneinander abgegrenzten Fachkompetenzen beruht, lebt das interdisziplinäre Konzept der Frühförderung vom gegenseitigen Ergänzen und Vervollständigen komplementärer Kompetenzen.

Für die Fachleute aus den pädagogischen Berufsrichtungen bedeutet dies, dass sie sich aktiv mit medizinisch-therapeutischen Inhalten auseinandersetzen müssen, umgekehrt gilt dies für die Fachleute aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich. Für alle gilt, dass sie sich in diesem Konzept verstärkt mit

den Kontextfaktoren, sowohl als Förderfaktoren wie auch als Barrieren, beschäftigen müssen.

Bei der Einführung der ICF in den beiden genannten Einrichtungen konnten wir beobachten, dass z. B. das pädagogische Personal besonders bei der Beurteilung der Körperfunktionen und -strukturen häufig zögerte, ob diese Bereiche denn auch in ihren „Kompetenzbereich“ fallen würden. Einige Begriffe aus dem biologischen Bereich wurden eher psychologisch oder auch sozial verstanden. So wurde die Körperfunktion „Bewusstsein“ oft als „Störungsbewusstsein“ oder „Selbstbewusstsein“ aber nicht im Sinne von „Wachheit oder Vigilanz“ verstanden. Im Bereich der Sinnesfunktionen wurden die „vestibulären Funktionen“ häufig im Sinne der sensorischen Integration (Stichwort: vestibuläre Überempfindlichkeit) verstanden, wenn auch die neurologischen Kriterien für eine vestibuläre Störung nicht vorlagen.

Ein weiteres häufig genanntes Problem waren die mangelnden Hinweise in der ICF, wie die einzelnen Items in Bezug auf die Entwicklung der Kinder zu interpretieren sind. Gelten objektive allgemeine Entwicklungsmaßstäbe oder soll man sich an den besonderen individuellen Entwicklungspotenzialen der Kinder orientieren? Darauf gibt auch die ICF bisher keine eindeutige Antwort. Zum einen steht im biopsychosozialen Konzept die individuell „erlebte“ Teilhabe stark im Mittelpunkt, zum anderen würde eine allein auf subjektive Aspekte des Patienten orientierte Dokumentation ein verfälschtes Bild des tatsächlichen Förderbedarfs ergeben. Gerade in diesen Fragen ist es besonders hilfreich, sich im Rahmen einer interdisziplinären Fallkonferenz über die endgültige Kodierung einig zu werden.

Vor der Einführung der ICF ist dazu jedoch auch eine Schulung sowohl hinsichtlich der theoretischen Konzepte wie der praktischen Anwendung notwendig, um möglichst verlässliche und vor allem auch vergleichbare Informationen zu erhalten.

3.2 Gesamtauswertung der Checklisten

Die Gesamtauswertung vermittelt einen Eindruck davon, wie in den beiden Frühförderstellen die Defizite bei den betreuten Kindern in der Beurteilung der FrühförderInnen verteilt waren und welche Förderfaktoren bzw. Barrieren vorlagen. Außerdem bekommt man anhand der Auswertung des diagnostischen Bedarfs (Spalte 3 der Checkliste) Informationen darüber, welche Bereiche bei den zugewiesenen Kindern noch nicht ausreichend abgedeckt sind. Diagnostischer Bedarf kann dabei sowohl bedeuten, dass bestimmte Untersuchungen noch nicht erfolgt sind oder auch, dass das Team der Frühförderstelle diese Ergebnisse nicht kennt bzw. mitgeteilt bekommen hat. Interessant ist auch die Betrachtung der gewählten Förderziele, da dies einen Hinweis darauf gibt, wie schwerpunktmäßig gearbeitet wird.

Insgesamt wurden Daten von 240 Kindern erhoben, davon 150 Jungen und 90 Mädchen. Das mittlere Alter betrug 4,4 Jahre (0,6–6,9 Jahre). Etwa $\frac{1}{4}$ der Kinder lebten mit zwei erwachsenen Bezugspersonen (leibliche Eltern/Stiefeltern). 25 % der Kinder waren Einzelkinder.

Die Erhebung der Gesundheitsdaten war nur bei einem Drittel aller Kinder vollständig ausgefüllt. Überraschenderweise befanden sich unter diesen 80 Kindern lediglich fünf ehemals Frühgeborene (Geburtsgewicht unter 1.500 g). Acht von diesen Kindern hatten bei der Geburt Apgar-Werte unter 7 in der ersten Lebensminute.

Bei der Analyse der ICF-Checkliste weist die Komponente der Körperfunktionen die meisten dokumentierten Defizite auf, wobei diese überwiegend im mentalen Bereich liegen. Die Komponente Körperstrukturen wird hingegen weitgehend als uneinträchtigt eingeschätzt. Dabei sind die Fallzahlen deutlich geringer als bei den Körperfunktionen. Es wurden also bei weit weniger Kindern überhaupt Einschätzungen zum Zustand der Körperstrukturen abgegeben.

Der diagnostische Bedarf in der Komponente der Körperfunktionen verteilte sich nach Einschätzung der FrühförderInnen folgendermaßen: 46 % im Kapitel der mentalen Funktionen, 44 % im Kapitel der sensorischen Funktionen (davon 32 Kinder mit unklarem Sehvermögen und 21 Kinder mit unklarem Hörvermögen). Bei etwa 13 % der

Kinder wurde eine weitere Diagnostik im motorischen Kapitel als notwendig angesehen.

Im Gegensatz dazu weist die Komponente der Körperstrukturen einen nur sehr geringen diagnostischen Bedarf auf, bis auf die Strukturen Augen und Ohren (knapp 10 %).

In der Komponente Aktivitäten und Partizipation werden die meisten Defizite ebenfalls im mentalen Bereich gesehen (Lernen). Diagnostischer Bedarf zeichnet sich ebenfalls überwiegend im Kapitel Lernen ab. Am geringsten besteht er im Kapitel Häusliches Leben und dem Verrichten Allgemeiner Aufgaben und Anforderungen.

Die Komponenten Kontext und Umwelt wurden überwiegend als fördernd eingeschätzt. Vor allem die Unterstützung durch andere Menschen war ein Förderfaktor (Ressource) für fast die Hälfte der Kinder. Bei einem erheblichen Teil (ca. 25 %) wurden in diesem Bereich aber auch Barrieren und weiterer diagnostischer Bedarf gesehen.

Bei der Dokumentation der gewählten Förderziele zeigt sich sowohl in der Komponente Körperfunktionen wie auch in der Komponente Aktivitäten & Partizipation eine Konzentration auf die mentalen Funktionen bzw. Lernen. In der Komponente Körperstrukturen wurden erwartungsgemäß praktisch keine Ziele definiert. Auch die Komponente Kontext & Umwelt spielte bei nur maximal 14 % der Kinder eine Rolle (selbst wenn Schwierigkeiten in diesen Bereichen dokumentiert worden waren). Häufigstes Ziel war dabei das Zur-Verfügung-Stellen altersadäquaten Spielzeugs.

Die Daten des beschriebenen hohen diagnostischen Bedarfs (vor allem mentale Funktionen und Sinnesfunktionen) legen nahe, dass ein Mangel an Austausch von Informationen mit dem medizinisch-psychologischen Bereich besteht. Dabei scheint dies nach Rückfragen in den Einrichtungen vor allem Fachleute außerhalb der Frühförderstellen zu betreffen.

Was die Auswahl der Förderziele angeht, fällt auf, dass diese überwiegend in den Komponenten der Körperfunktionen und Aktivitäten & Partizipation gewählt wurden. Da es sich bei beiden Frühförderstellen um Einrichtungen handelt, die schwerpunktmäßig mobil arbeiten, fällt auf, dass gerade Aktivitäten des häuslichen Lebens und der Aspekt der Unterstützung im Vergleich zur Funktionsverbesserung einzelner Bereiche weniger stark in den Fokus der Förderung genommen wurden. Freilich ist es auch möglich, daß gerade dieser Bereich in der Systematik der ICF-CY unzureichend abgebildet wird.

Als Empfehlung kann man aus den erhobenen Daten für die Arbeit in den befragten Frühförderstellen ableiten, die interdisziplinäre Arbeit mit dem medizinisch-psychologischen Bereich besonders im Rahmen der Diagnostik zu intensivieren.

Zur Bestimmung der Förderziele scheint es bei den Falldiskussionen angebracht zu sein, stärker das Umfeld einzubeziehen. Oft kann die Teilhabe, welche das oberste Ziel der Intervention sein sollte, durch den Abbau von Barrieren bzw. die gezielte Nutzung von Ressourcen erheblich verbessert werden.

4. Schlussfolgerungen

Die Verwendung der „ICF-Checkliste IFF“ erlaubt es z. B. auf der Ebene der Einrichtungsanalyse Engpässe in bestimmten Schritten der Datenerhebung und die Schwerpunkte der Förderarbeit darzustellen.

Bei der Förderplanung für das einzelne Kind besteht mit der Verwendung der Liste die Möglichkeit für das Team, einen Überblick über verschiedene Determinanten einer eingeschränkten Teilhabe zu erhalten und somit aus dieser Gesamtsicht das Förderprogramm zusammenzustellen. Dies kann in der Praxis dazu führen, dass vermehrt Interventionen auch im Umfeld der Kinder favorisiert werden, statt dass die Förderung sich ausschließlich auf die Verbesserung einzelner Funktionen konzentriert.

Für die Sozial- und Gesundheitspolitik könnte eine flächendeckende Nutzung der ICF, wie es im Gesundheitswesen mit der ICD-10 erfolgt, wertvolle Hinweise für die bestehenden Barrieren in der Gesellschaft liefern. So wäre es möglich bei bestimmten Krankheits- und Behinderungsbildern oder aber auch in bestimmten Regionen gezielte Präventionskonzepte und Möglichkeiten der sozialen Unterstützung zu implementieren, die besser auf die Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien abgestimmt sind (Leonardi, Bickenbach et al. 2006).

5. Ausblick

Das hier aufgeführte Beispiel der Verwendung der ICF im Bereich Kinder und Jugendliche ist nur eine von verschiedenen Modellen, die in den letzten Jahren sowohl im deutschen

Sprachraum wie auch international initiiert worden sind.

Bei allen Bemühungen der Implementierung der ICF in die tägliche Arbeit stellt die Handhabbarkeit eine große Hürde dar. Es wird daher stets versucht, aus der gesamten Menge der ICF-Items bestimmte Items herauszusuchen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Praxis auch zum Einsatz kommen. Ogonowski und Mitarbeiterinnen wählten in ihrer Untersuchung zur Übereinstimmung zwischen verschiedenen Fragebögen zur funktionalen Gesundheit und der ICF lediglich 40 Items aus dem Bereich Aktivitäten und Partizipation aus (Ogonowski, Kronk et al. 2004). Auch von Garnier und Mitarbeiter weisen auf die Schwierigkeit hin, die über 1400 Items umfassende Vollversion der ICF im Berufsalltag einzusetzen (von Garnier, Stamm et al. 2006). Um die Handhabbarkeit zu verbessern, schlagen sie den Einsatz einer Zusammenfassung der für den Patienten und den Rehabilitationsprozess relevanten Items auf einem sogenannten ICF-Modellblatt nach Steiner und Mitarbeitern vor (Steiner, Rysser et al. 2002) und bedienen sich je nach Krankheitsbild unterschiedlicher Core-sets. Diese bestehen aus einer Auswahl von ICF-Items und sind auf der Annahme konzipiert, dass bestimmte Erkrankungen mit typischen Funktionsstörungen assoziiert sind. So gibt es z. B. für den Schlaganfall, die rheumatoide Arthritis und andere Krankheitsbilder spezifische Core-sets, die die wichtigsten ICF-Kategorien für die tägliche Praxis enthalten.

Bei Kindern ergibt sich das zusätzliche Problem, dass selbst bei dem gleichen Krankheitsbild je nach Alter des Kindes unterschiedliche Items an Relevanz gewinnen oder verlieren. Diesem Problem versucht man mit der Entwicklung altersbezogener Core-sets zu begegnen (Lollar and Simeonsson 2006).

In Deutschland hat sich 2007 die „Deutsche Arbeitsgruppe zur Adaptation der ICF für Kinder und Jugendliche“ gebildet. In dieser Arbeitsgruppe sind verschiedene Fachgesellschaften und Verbände vertreten¹. Ziel der

Arbeitsgruppe ist es eine handhabbare Version der ICF für das Kinder- und Jugendalter zu erstellen, die sowohl für verschiedene Altersgruppen wie auch die unterschiedlichen Behinderungsformen im Kinder- und Jugendalter eingesetzt werden kann. Eine wissenschaftliche Begleitung des Projekts erfolgt über die Fachhochschule Nordhausen. Durch die breite Vertretung unterschiedlicher fachlicher Gruppen und Verbände soll erreicht werden, dass auch die Akzeptanz und damit die Implementierung eines ICF-basierten Vorgehens bei der Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in den unterschiedlichen Versorgungssegmenten gleich hoch ist. Dazu wird es auch nötig sein, die bisher verwendeten ICF-Items neu auszuwählen und die ausgewählten Items entsprechend gut und verständlich zu beschreiben und definieren.

Möglicherweise ergeben sich aus dieser Arbeit auch spezielle Core-sets für den Kinder- und Jugendbereich. Von manchen Seiten wird dabei auch die Bildung neuer Items, die bisher nicht in der ICF vorhanden sind, gefordert. So gut dies meist auch nachzuvollziehen ist, sind Veränderungen dieser Art nur im Rahmen der kontinuierlichen Überarbeitung der ICF durch die WHO durchzuführen, die alle 10 Jahre vorgesehen sind. Bis dahin sollte man jedoch ebenfalls versuchen, festgestellte Mängel und Verbesserungsvorschläge für die ICF systematisch zu erfassen. Auch dies kann durch ein koordiniertes Vorgehen, wie es das Projekt der Arbeitsgruppe vorsieht, erreicht werden. Letztendlich ist zu hoffen, dass mit der strukturierten Auswertung ICF-

¹ ViFF (Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e.V.), DGSPJ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.), FARE (Fachgesellschaft für pädiatrische Rehabilitation e.V.), BKMB (Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.) angefragt: Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie e.V., Gesellschaft für Sozialmedizinische Nachsorge e.V., Bundesverband der Lebenshilfe e.V.

basierter Daten aus den Versorgungsbereichen der betreuten Kinder gezielte Förderfaktoren ausgebaut und unterstützt und gleichzeitig bestehende Barrieren weiter abgebaut werden.

Literatur

- Deppe, W., Spranger, M. et al. (2006): Assessments in der neurologischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – Wissenschaftliches Projekt mit Unterstützung des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Verein zur Förderung der Qualitätssicherung in der neurologischen Frührehabilitation von Kindern und Jugendlichen e.V. (www.friedehorst.de/nrz/Assessment-Handbuch_-_korrigiert_2.pdf)
- Guralnick, M.J. (2000): Interdisciplinary Clinical Assessment of Young Children with Developmental Disabilities. Baltimore, Maryland, Paul H. Brookes Publishing Co
- Leonardi, M., Bickenbach, J. et al. (2006): The definition of disability: what is in a name? *The Lancet* 368: 1219–1220
- Lollar, D., and Simeonsson, R.J. (2006): ICF Children and Youth Workshop. 12th Annual North American Collaborating Center Conference on ICF. Vancouver, British Columbia, Canadian Institute for Health Information. <http://www.icfconference.com/program.html>
- Ogonowski, J. A., Kronk, R. A. et al. (2004): Inter-rater reliability in assigning ICF codes to children with disabilities. *Disability and Rehabilitation* 26(6): 353–361
- Steiner, W. A., Rysser, L. et al. (2002): Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy* 82: 1098–1107
- von Garnier, K., Stamm, T. A. et al. (2006): Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Ergotherapie – Ein Fallbeispiel. *ergoscience*(1): 7–13
- WHO (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, deutschsprachige Fassung, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

Prof. Dr. med. Olaf Kraus de Camargo

Luskroog 17

D-23730 Neustadt in Holstein

E-Mail: k-d-c@web.de