

Praxishandbuch
2., aktualisierte Auflage

Holger Grötzbach / Judith Hollenweger Haskell /
Claudia Iven (Herausgeber)

ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie

Umsetzung und Anwendung
in der logopädischen Praxis



International
Classification of
Functioning,
Disability
and Health (ICF)



Das Gesundheitsforum

Schulz-
Kirchner
Verlag

Holger Grötzbach / Judith Hollenweger Haskell / Claudia Iven (Hrsg.)

ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie
Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis

Holger Grötzbach / Judith Hollenweger Haskell / Claudia Iven
(Hrsg.)

ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie

Umsetzung und Anwendung
in der logopädischen Praxis



Das Gesundheitsforum

Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Informationen in diesem Werk sind von dem Herausgeber, der Herausgeberin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Herausgebers, der Herausgeberin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Die Erstauflage dieses Werkes erschien 2009 unter dem Titel „ICF in der Sprachtherapie – Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis“ (ISBN 978-3-8248-0632-4) und wurde für diese Ausgabe überarbeitet und aktualisiert.

2., aktualisierte und überarb. Auflage 2014

ISBN 978-3-8248-1014-7

eISBN 978-3-8248-0949-3

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2014

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Fachlektorat: Dr. Claudia Iven

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck

Titelbild: © pico – Fotolia.com

Druck und Bindung:

GRAFICA VENETA SPA, Via Malcanton 2, 35010 Trebaseleghe

Printed in Italy

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort der Herausgeber zur aktualisierten Neuauflage	7
	Vorwort der Herausgeber zur ersten Auflage	9
1	Holger Grötzbach / Judith Hollenweger Haskell / Claudia Iven: Einführung in die ICF	11
2	Judith Hollenweger Haskell: ICF-CY: Die Anwendung der ICF in der frühen Kindheit	27
3	Kerstin Schauß-Golecki: ICF-CY in der Diagnostik und Therapie von kindlichen Aussprachestörungen unklarer Genese	43
4	Maike Gumpert / Susanne Vogt: Störungen im Grammatikerwerb und ICF-CY	57
5	Meja Kölliker Funk: ICF bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen	71
6	Carla Wegener: Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Spalten im Licht der ICF	93
7	Simon Friede / Berthold Gröne: ICF-CY bei Kindern und Jugendlichen mit Aphasie	103
8	Petra Korntheuer: Möglichkeiten und Grenzen der ICF bei Lese- und Rechtschreibstörungen von Kindern und Jugendlichen	117
9	Holger Grötzbach / Claudia Iven: Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag	131
10	Matthias Moriz / Maria Geißler / Tanja Grewe: ICF in der stationären Aphasiotherapie	149
11	Peter O. Bucher / Irene Boyer: ICF in der Aphasiotherapie: Ambulante Neurorehabilitation	171

12	Berthold Gröne: ICF und Dysarthrie	191
13	Barbara Giel: ICF in der ambulanten Dysarthrietherapie	203
14	Andrea Hofmayer / Agathe Wasilesku / Sönke Stanschus: ICF in der Dysphagietherapie	219
15	Bernd Hansen / Claudia Iven / Martina Rapp: ICF in der Therapie von Redefluss-Störungen	235
16	Sabine S. Hammer: ICF in der Stimmtherapie	249
17	Mechthild Glunz / Eugen Schmitz / Hanne Stappert: ICF in der logopädischen Rehabilitation nach Laryngektomie	263
18	Kerstin Nonn / Daniela Päßler-van Rey: ICF in der Unterstützten Kommunikation	275
19	Holger Grötzbach / Judith Hollenweger Haskell / Claudia Iven: Mit der ICF auf dem Weg: Fazit und Ausblick	287
20	Glossar: Die wichtigsten Begriffe der ICF	295
 Anhang		
	Die Autorinnen und Autoren	297
	Sachwortregister	303

Der besseren Lesbarkeit wegen wird in allen Beiträgen auf umständliche Bezeichnungen wie „Patientinnen und Patienten“ verzichtet. Im Text wechseln männliche und weibliche Bezeichnungen für Personengruppen ab, wobei Personen des anderen Geschlechts immer mit gemeint sind.

Vorwort der Herausgeber zur aktualisierten Neuauflage

Seit der ersten Auflage des Praxishandbuchs „ICF in der Sprachtherapie“ hat sich Vieles im Umfeld der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) getan. Dazu gehört, dass seit 2011 die ICF-Version für Kinder und Jugendliche (ICF-CY) nun auch in deutscher Übersetzung vorliegt. Die Besonderheiten der Kindheit müssen jedoch nicht nur im Inhalt, sondern auch in der Anwendung der ICF berücksichtigt werden (Grötzbach/Iven, Hollenweger Haskell). Die ICF-CY führt auch zu einer Neustrukturierung der zweiten Auflage des Praxishandbuchs, das sich jetzt im ersten Teil mit Fragen zum Kindes- und Jugendalter beschäftigt und im zweiten Teil auf die ganze Lebensspanne und das Erwachsenenalter ausgerichtet ist. Daraus ergeben sich vielfältige Einblicke in ähnliche Problemlagen, wie zum Beispiel zur „Aphasie“ (Friede/Gröne, Moriz/Geißler/Grewe, Bucher/Boyer) und zu störungsübergreifenden Fragestellungen wie Anamnese, Befunderstellung, Zielfestlegung sowie Therapieplanung und -evaluation in stationären und ambulanten Kontexten.

Die in der zweiten Auflage gesammelten und aktualisierten Beiträge spiegeln die große Vielfalt an Überlegungen, Problemstellungen und Verwendungsmöglichkeiten wider, die im Zusammenhang mit der ICF und der ICF-CY in der Sprachtherapie auftreten. Damit ist das Buch für eine breite Leserschaft von Interesse. Beeinträchtigungen der Sprache, Kommunikation und Sprachentwicklung sind so zentral für das Menschsein, dass sie eigentlich für alle Fachpersonen und Betroffenen von Bedeutung sind. Die Vielfalt entspricht auch der heutigen Diversität der Zugänge, Denktraditionen und Orientierungen und leistet einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Theorie und Praxis rund um die ICF und ICF-CY. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereitet gegenwärtig ein Manual (ICF Practical Manual) vor, das Orientierung bietet und Beispiele für die praktische Anwendung der ICF in den unterschiedlichsten Anwendungsbereichen enthält.

Mit der Veröffentlichung von ICF-Core-Sets hat eine den ICF-Diskurs stark prägende Entwicklung einen vorläufigen Abschluss gefunden (Bickenbach et al., 2012). ICF-Core-Sets sind Kurzlisten mit denjenigen ICF-Items, die eine Krankheit funktionell umschreiben oder von der Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit beeinträchtigt werden. Die Vor- und Nachteile (Grötzbach/Iven, Hollenweger Haskell) sowie die Bedeutung von Core-Sets für die Erfassung und Dokumentation von Funktionsfähigkeit und Behinderung werden in verschiedenen Beiträgen aufgegriffen (Wegener, Hansen/Iven/Rapp); einzelne Autoren machen zudem konkrete Vorschläge zu Kurzlisten zu ausgewählten Syndromen (Korntheuer, Nonn/Päßler). Unbestritten ist die Tatsache, dass Core-Set-Inhalte individuell und situationsadäquat ausgewählt werden müssen. Fast alle Beiträge stellen hierzu Überlegungen an, die es in den kommenden Jahren weiterzuverfolgen gilt. Bereits heute wird jedoch deutlich, dass krankheitsorientierte Core-Sets bei komplexen und diffusen Störungsbildern wenig zielführend sind. Listen

helfen auch wenig bei der Entwicklung eines systemischen Verständnisses. Insofern ist die (u.a. im Beitrag von Hammer) gestellte Frage zur Bedeutung beeinträchtigter Körperfunktionen respektive Aktivitäten für die soziale Teilhabe wichtig.

Ebenso wie in der ersten Auflage gibt es auch in der zweiten eine Einführung in die Denk- und Arbeitsweise der ICF. Die bio-psycho-soziale Ausrichtung der ICF und ICF-CY wird im Beitrag von Hansen/Iven/Rapp aufgegriffen und auch Hofmayer/Wasilesku/Stanschus stellen Überlegungen zur Adäquatheit von biomedizinischen und sozialen Modellen an. Sie und auch Giel zeigen zudem, dass die ICF auch ohne die Verwendung von einzelnen Codes möglich ist. Die ICF stellt die Funktionsfähigkeit ins Zentrum und nicht die Krankheit, auch wenn Glunz/Schmitz/Stappert in der Praxis weiterhin eine zu starke Defizitorientierung ausmachen.

Dass die ICF alle Krankheiten und Störungen auf den gleichen Dimensionen der Funktionsfähigkeit abbildet, wird vor allem bei unklarer Genese (Schauß-Golecki) als Vorteil empfunden, regt aber auch zum Nachdenken an: Sind Sprech- und Stimmstörungen Teil von umfassenderen Einschränkungen (Friede/Gröne)? Sind sie nur ein Faktor unter vielen, die beim Verstehen der kindlichen Entwicklung beachtet werden müssten (Giel)? Wie kann bei gleichen Symptomen eine Sprachentwicklungsstörung von einer Aphasie abgegrenzt werden (Friede/Gröne)? Soll „Stottern“ eng als eine Beeinträchtigung der Stimm- und Sprechfunktionen definiert werden, obwohl Stottern stark kontext- und personenabhängig ist (Hansen/Iven/Rapp)? Wann ist es sinnvoller, situationsorientiert zu denken (Behinderung als erlebte Situation), wann ist es besser, sich an der Entwicklung des Kindes zu orientieren (Behinderung als Entwicklungsverzögerung)? Wann ist eine personenzentrierte Sicht adäquater (behinderter Mensch), wann eine systemzentrierte (behinderndes System)?

Die ICF und die ICF-CY bieten eine gemeinsame Sprache, um diese Fragestellungen interdisziplinär zu diskutieren und gemeinsame Vorgehensweisen zu entwickeln. Sie lösen aber nicht die theoretischen und praktischen Probleme, die sich aus dem komplexen Verhältnis zwischen Sprache, Sprechenden und Angesprochenen in einer konkreten Lebenssituation ergeben. Alle Beiträge stellen sich dieser Herausforderung und bieten mit den vielfältigen Fallbeispielen zahlreiche Anregungen zur Reflexion und zur Übertragung der Überlegungen in die eigene Praxis. Wenn dies gelingt, ist das wichtigste Anliegen des Herausgeberteams erreicht!

Holger Grötzbach
Judith Hollenweger Haskell
Claudia Iven

Schauffling, Zürich, Bergheim

Vorwort der Herausgeber zur ersten Auflage

Die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) wurde 2001 als international verbindliche Klassifikation von Krankheitsfolgen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet. Sie beschreibt Erkrankungen nicht mehr länger als bloße Störungen der Biologie, sondern als ein Zusammenspiel bio-psycho-sozialer Faktoren. Die Auswirkungen einer Erkrankung werden danach durch medizinisch-therapeutische Faktoren bestimmt, zu denen Art und Ausmaß der Erkrankung, Kompensations- und Reparaturmechanismen sowie Therapie und Rehabilitation gehören. Sie werden zusätzlich durch die Persönlichkeit eines Patienten (personbezogene Faktoren) sowie durch seine sozialen und materiellen Lebensumstände (Kontextfaktoren) beeinflusst. Die komplexen Wechselwirkungen zwischen den Faktoren können mit dem ICF-Modell dargestellt und mit über 1400 Kategorien erfasst werden.

Die ICF hat in Deutschland bereits kurz nach ihrer Übersetzung zu einer Reihe von Konsequenzen geführt. Sie

- ist als Konzept in das Sozialgesetzbuch IX eingegangen,
- stellt die Basis für die sozialmedizinische Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) dar,
- liegt den Anträgen auf Rehabilitationsleistungen zugrunde, die von der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde,
- bildet die Grundlage für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.

Trotz ihrer Bedeutung fehlt bislang ein umfassender Überblick über die Anwendung der ICF in der Sprachtherapie. Diese Lücke soll durch das vorliegende Buch geschlossen werden. Wir haben eine Reihe von namhaften Autorinnen und Autoren gebeten, die Möglichkeiten und Grenzen der ICF in der Rehabilitation von Kindern und Erwachsenen mit einer Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- oder Kommunikationsstörung zu beschreiben. Diesen Beiträgen geht eine Einführung voran, in der das Modell, die Terminologie und die Codierung der ICF erläutert werden. Dadurch möchten wir zum einen die ICF als handlungsleitenden Referenzrahmen vorstellen und zum anderen dem Missverständnis vorbeugen, die ICF für ein neues, kompliziertes Diagnoseverfahren zu halten. Sie setzt vielmehr neue Impulse und Strukturen für die Rehabilitation und damit auch für die Sprachtherapie.

Das ICF-Modell und die verwendete Terminologie sind zwar sperrig und nicht immer scharf definiert, sie führen jedoch zu einer Neubewertung des Therapieerfolgs. Nach der ICF geht es nicht mehr länger darum, ein Symptom oder ein Bündel von Symp-

tomen zu reduzieren, sondern es geht ganz konsequent darum, die Lebensqualität eines Patienten zu steigern. Damit ist beispielsweise eine Aphasitherapie nur dann effektiv, wenn ein Betroffener (wieder) an den sozialen Rollen teilnehmen kann, die für ihn wichtig sind. Dazu reicht der Nachweis rein funktioneller Verbesserungen, z.B. eine Reduktion phonematischer oder semantischer Paraphasien, nicht aus.

Die veränderte Therapieevaluation bedeutet, dass neue sprachtherapeutische Messinstrumente und neue Methoden zur Definition von Therapiezielen zu entwickeln sind. Dies zeigen die Diagnose- und Therapiebeispiele, die in jedem Kapitel die Anwendung der ICF exemplarisch illustrieren. Im zweiten Kapitel wird außerdem ein Algorithmus vorgestellt, mit dem die Lebensbereiche erfragt werden können, die für einen Patienten relevant sind.

Nach dem Willen des Gesetzgebers gibt es zur ICF-basierten Rehabilitation keine Alternative. Damit müssen sich alle, insbesondere jedoch diejenigen, die in der stationären Sprachtherapie arbeiten, mit der ICF (kritisch) auseinandersetzen. Dazu soll unser Buch ebenfalls einen Beitrag leisten.

Am Ende eines Vorworts wird traditionell denjenigen gedankt, die zum Gelingen eines Buchs beigetragen haben. Wir möchten diese Tradition fortsetzen, indem wir an erster Stelle den Autorinnen und Autoren danken, die sehr engagiert an dem Buch mitgewirkt und unsere Änderungswünsche bereitwillig umgesetzt haben. Unser Dank geht auch an die Mitarbeiterinnen des Schulz-Kirchner Verlags, die unsere Vorstellungen nicht nur problemlos, sondern auch sehr viel schneller als gedacht realisiert haben. Es war uns eine große Freude, mit allen Beteiligten zusammenzuarbeiten.

Claudia Iven
Holger Grötzbach

Idstein und Schauffling, April 2009

1 Einführung in die ICF

Zusammenfassung

Die Einführung gibt einen Überblick über die Entwicklung, Strukturen und Ziele der ICF. Auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells werden die Grundbegriffe der ICF erläutert, die ein Beschreibungssystem für die funktionale Gesundheit, Behinderung und soziale Beeinträchtigung von Menschen liefern. Der Aufbau der ICF-Kapitel und der Codierung wird erklärt. Die ICF stellt eine patientenorientierte Klassifikation dar, die sich auch in der Sprachtherapie positiv auf die Diagnostik, Therapieplanung und Dokumentation auswirkt. Die Weiterentwicklung der ICF für Kinder und Jugendliche, die ICF-CY, wird im Kapitel 2 vorgestellt.

Einleitung

Die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“, zu Deutsch „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“, wurde im Jahr 2001 von der Weltgesundheitsorganisation WHO verabschiedet. Sie stellt eine Weiterentwicklung der „International Classification of Impairments, Disability and Handicaps (ICIDH) dar, die von der WHO 1980 publiziert worden ist. Die deutsche Übersetzung der ICF liegt seit 2004 vor und wurde vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, 2005) veröffentlicht.

Die ICIDH konzentrierte sich vor allem darauf, Funktions- und Teilhabe-Störungen, die als Folge einer Erkrankung oder Behinderung auftreten, möglichst genau zu erfassen. Die ICF erweitert diesen defizit-orientierten Ansatz um den Blick auf die Ressourcen einer betroffenen Person. Es geht insbesondere um die Beschreibung der Möglichkeiten von Erkrankten, (wieder) an gewünschten Lebensbereichen teilzunehmen. Dabei interessieren die Wechselwirkungen, die zwischen dem Gesundheitsproblem und den Umgebungsbedingungen eines Patienten vorliegen. Während sich die ICIDH um eine detaillierte Klassifikation der Störungen bemüht, ist es das Ziel der ICF, eine fachgruppen- und länderübergreifende gemeinsame Sprache zur Beschreibung individueller Gesundheitsaspekte und deren Auswirkungen auf den Alltag der Patienten zur Verfügung zu stellen. Die ICF ist damit ein ressourcen-orientiertes, individuums- und alltagsbezogenes Klassifikationssystem, das sich auf alle Aspekte der funktionalen Gesundheit konzentriert.

Die konzeptionelle Abwendung von der defizit-orientierten Sichtweise gesundheitlicher Störungen hin zu einem Konzept der funktionalen Gesundheit bedeutet vor allem, dass kranke oder behinderte Menschen nicht mehr anhand ihrer gesundheitlichen oder mentalen Einschränkungen definiert werden. Vielmehr stehen ihre individuellen Fähigkeiten im Vordergrund. Dabei werden durchaus **auch** eingeschränkte

körperliche oder mentale Funktionen betrachtet, jedoch beschränkt sich die ICF in ihrer Beschreibung nicht auf die bloße Erfassung von Defiziten.

Ein Mensch gilt als funktional gesund, wenn

- seine körperlichen und psychischen Funktionen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Ebene der Funktion und Struktur)
- er im Alltag wie ein Mensch ohne Gesundheitsprobleme handeln kann (Ebene der Aktivität)
- er sich in allen ihm wichtigen sozialen Lebensbereichen so entfalten kann, wie es einem Menschen ohne Gesundheitsproblem möglich wäre (Ebene der Partizipation)

(vgl. DIMDI, 2005, S. 4).

Daraus ergibt sich ein Behinderungsbegriff, der in der ICF als Oberbegriff von Einschränkungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf die Umgebungsbedingungen zu verstehen ist. Der Lebenshintergrund der Erkrankten ist damit genauso bedeutsam wie die Funktionsstörungen.

Die Ziele der ICF lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- wissenschaftliche Grundlage für das Verständnis von gesundheitsbezogenen individuellen Zuständen und Bedingungen
- konsensueller Sprachgebrauch zur Erleichterung der Kommunikation zwischen Gesundheitsberuflern, aber auch Sozial-/Gesundheitspolitikern, Forschern, Öffentlichkeit, Betroffenen
- Ermöglichung von Datenabgleich und -austausch

Die ICF ist als Beschreibungssystem in allen WHO-Mitgliedsstaaten verpflichtend anzuwenden und hat sich in Deutschland z.B. in der Sozialgesetzgebung, den Rehabilitationsrichtlinien, der Leitlinienentwicklung und der Gesundheitsversorgung etabliert (Nüchtern, 2005). Seit 2011 ist die ICF-Nomenklatur auch in die Heilmittelrichtlinie zur ambulanten therapeutischen Versorgung aufgenommen worden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011). Ihre Praxisrelevanz besteht insbesondere darin, dass sie diagnostische und therapeutische Prozesse systematisch auf die Verbesserung der sozialen Teilhabe ausdehnt sowie die Umgebungsbedingungen so modifiziert, dass sie die Aktivität und Partizipation einer Person unterstützen.

TIPP

Der deutsche Volltext der ICF steht auf der DIMDI-Homepage kostenlos als PDF-Download zur Verfügung unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm> Auf der Homepage des DIMDI erhalten Sie zusätzliche Informationen zur Umsetzung in die Sozialgesetzgebung (z.B. SGB IX, Heil- und Hilfsmittel-Verordnungen) und zu aktuellen Projekten zur Weiterentwicklung der ICF.

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit

Die ICF grenzt sich von rein medizinischen oder sozialpsychologischen Betrachtungen von Gesundheit, Krankheit oder Behinderung ab. Sie basiert stattdessen auf einem bio-psycho-sozialen Modell, in dem die vielfältigen Wechselwirkungen im Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit deutlich werden.

ICF-Modell der bio-psycho-sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit (DIMDI, 2005)

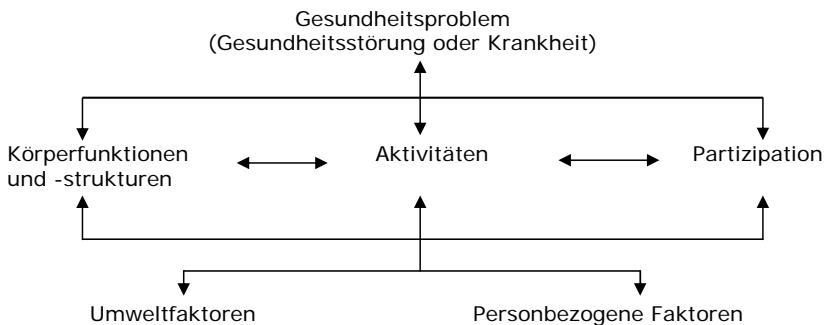


Abb. 1: ICF-Modell der bio-psycho-sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit (DIMDI, 2005, S. 23)

Ein Gesundheitsproblem steht nach diesem Modell im Zusammenhang mit Körperfunktionen und -strukturen. Es kann sich auch auf die Aktivität und Partizipation einer Person auswirken und wird dabei von den sogenannten Kontextfaktoren beeinflusst. Die Beschreibung eines Gesundheitsproblems hat sich folglich auf alle diese Komponenten zu beziehen, wobei sowohl hindernde, gestörte Aspekte (z.B. Aphasie nach Apoplex) als auch förderliche Aspekte (z.B. unterstützendes soziales Umfeld) aufgegriffen werden sollten.

Ein gesundheitsbezogenes Problem muss sich jedoch nicht immer auf alle Komponenten des Modells beziehen: Es sind Störungen denkbar, die sich nicht auf die Aktivität und Partizipation auswirken, z.B. durch Kontaktlinsen korrigierte Kurzsichtigkeit. Es können aber auch Beeinträchtigungen der Aktivität und Partizipation vorliegen, obwohl überhaupt keine Beeinträchtigungen der Körperstruktur oder -funktion vorliegen, z.B. bei einer sozialen Ausgrenzung von ehemals psychisch kranken Menschen. Im Einzelfall müssen also nicht alle Komponenten für die betroffene Person zutreffen, sie sollten aber in ihrer individuellen Bedeutung in der Befunderhebung abgeklärt werden.

a) Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung			
Komponente	erfasste Inhalte	Beispiele	Störung
Körperfunktion	physiologische und psychologische Funktionen des Körpersystems	Denken Stimme, Sprechen Schmerz Muskelkraft	Funktionsschädigung, Erschweris oder Unmöglichkeit einer Körperfunktion
Körperstruktur	anatomische Teile des Körpers	ZNS Kehlkopf Nerven Muskeln	Strukturschädigung, Abweichung oder Verlust der Organstruktur
Aktivität	Durchführung einer Aufgabe oder Handlung, der Mensch als selbstständig handelndes Subjekt	gehen Treppen steigen sich unterhalten Zeitung lesen Auto fahren	Aktivitäts- oder Leistungsstörung, Unmöglichkeit oder Schwierigkeit, Handlungen auszuführen
Partizipation	Einbezogensein in soziale Lebenssituationen; der Mensch als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt	Rolle als Familienvater Ausübung eines Ehrenamtes Ausübung von Hobbys	Beeinträchtigung der Partizipation, Probleme, die ein Mensch im Hinblick auf sein Einbezogensein erlebt
b) Komponenten der Kontextfaktoren			
Komponente	erfasste Inhalte	Beispiele	Bewertungsebenen
Umweltfaktoren	physikalische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt mit hindernden und unterstützenden Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit	ambulante Pflegedienste Familienangehörige technische Hilfsmittel Bedingungen am Arbeitsplatz/in der Schule	Barrieren (hindernde Bedingungen) Förderfaktoren (unterstützende Bedingungen)
personbezogene Faktoren	persönliche Attribute oder Eigenschaften, die nicht Teil des Gesundheitsproblems oder des funktionalen Zustandes sind	Alter Geschlecht Gewohnheiten Bildungshintergrund Bewältigungsstile Charakter	werden als Daten erfasst, aber nicht klassifiziert

Tab. 1: ICF-Beschreibungsebenen (nach BAR, 2008; Grötzbach, 2006)

Die Komponenten der Aktivität und Partizipation werden zusätzlich noch in die Kategorien Leistung und Leistungsfähigkeit unterschieden:

- Leistung beschreibt, was eine Person in ihrer aktuellen, realen Umgebung mit allen vorhandenen fördernden oder hemmenden Einflüssen macht (Performanz).
- Leistungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit einer Person, eine Aufgabe oder eine Aktion in einer standardisierten Umgebung (Test) auszuführen (Kompetenz).

Es ist eine häufige klinische Beobachtung, dass Leistung und Leistungsfähigkeit nicht übereinstimmen müssen. So können Patienten in der Therapiesituation z.B. gute sprachliche Leistungen zeigen (Leistungsfähigkeit), die im Alltag jedoch nicht zu beobachten sind (Leistung). Dieser Unterschied kann mithilfe der beiden Begriffe „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“ in der ICF abgebildet werden.

Aufbau der ICF

Der Aufbau der ICF folgt den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells, die in Tabelle 1 aufgeführt sind. Den ICF-Komponenten sind jeweils Domänen zugeordnet, unter denen eine sinnvolle Gruppierung gesundheitsbezogener Themen verstanden wird. Am folgenden Beispiel (s. Tabelle 2) wird diese Struktur deutlich:

Komponente	Domänen	Kategorien
Körper-funktionen	1: Mentale Funktionen	b1...
	2: Sinnesfunktionen und Schmerz	b2...
	3: Stimm- und Sprechfunktionen	b310 Funktionen der Stimme b320 Artikulationsfunktionen b330 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus b340 Alternative stimmliche Äußerungen b398 Stimm- und Sprechfunktionen, anders bezeichnet b399 Stimm- und Sprechfunktionen, nicht näher bezeichnet
	4: Kardiovaskuläre Funktionen	b4...
	5: Stoffwechselfunktionen	b5...
	6: Funkt. des Urogenitalsystems	b6...
	7: Bewegungsfunktionen	b7...
	8: Funktionen der Haut	b8...

Tab. 2: ICF-Struktur Domäne/Kategorie

In den einzelnen Kategorien erfolgt eine weitere Untergliederung in spezifische Funktionsbereiche, die diese Kategorie kennzeichnen. So unterteilt sich z.B. die Kategorie *b330 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus* in folgende Items:

- b3300 Sprechflüssigkeit
- b3301 Sprechrhythmus
- b3302 Sprechtempo
- b3303 Melodik des Sprechens
- b3308 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus, anders bezeichnet
- b3309 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus, nicht näher bezeichnet

Die Komponenten der Aktivitäten und Partizipation werden gemeinsam klassifiziert, da sie sich beide auf zentrale Lebensbereiche beziehen, die sich im Alltag oft überschneiden und nur schwer voneinander trennbar sind. Die folgende Tabelle gibt einige Beispiele dafür.

Kapitel	Beispiele
d3: Kommunikation	d325: Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen
	d3600: Telekommunikationsgeräte benutzen
d7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	d7400: Mit Autoritätspersonen umgehen
	d7504: Informelle Beziehungen zu Seinesgleichen (Peers)

Tab. 3: Beispiele für die Codierung der Komponenten Aktivität und Partizipation

Aufbau und Gebrauch der ICF-Codierung

Aus der Komponenten-, Domänen-, Kategorien- und Item-Einteilung ergibt sich für die ICF ein alphanumerisches Codierungssystem mit folgenden Elementen:

- 1. Stelle:** ein Buchstabe, und zwar
b (für Körperfunktion),
s (für Körperstruktur),
d (für Aktivität und Partizipation) und
e (für Umweltfaktoren)

Das **d** kann auch durch **a** (für Aktivität) oder **p** (für Partizipation) ersetzt werden, wenn einer der Bereiche besonders betont werden soll.

- 2. bis 6. Stelle:** numerischer Code mit folgenden Elementen:
 Domänen-Nummer, d.h. das entsprechende Kapitel der jeweiligen Komponente (2. Stelle)
 Kategorie der zweiten Ebene (3. und 4. Stelle)
 Items der dritten Ebene (5. und 6. Stelle)

Beispiel	b1	<i>Körperfunktion, Domäne 1: Mentale Funktionen</i>
	b167	<i>Kategorie: Kognitiv-sprachliche Funktionen</i>
	b16701	<i>Das Verständnis geschriebener Sprache betreffende Funktionen</i>


Neben der Codierung bietet die ICF auch ein Bewertungssystem, mit dessen Hilfe der gesundheitsbezogene Zustand oder der Schweregrad einer Beeinträchtigung näher bezeichnet werden kann. Dieser Bewertungs-Code wird mit einem Punkt hinter der Codierung angeschlossen sowie mit einer Ziffer für folgende Beurteilungen:

Beispiel	<i>xxx.0</i>	<i>Problem nicht vorhanden</i>	<i>0-4%</i>
	<i>xxx.1</i>	<i>Problem leicht ausgeprägt</i>	<i>5-24%</i>
	<i>xxx.2</i>	<i>Problem mäßig ausgeprägt</i>	<i>25-49%</i>
	<i>xxx.3</i>	<i>Problem erheblich ausgeprägt</i>	<i>50-95%</i>
	<i>xxx.4</i>	<i>Problem voll ausgeprägt</i>	<i>96-100%</i>
	<i>xxx.8</i>	<i>nicht spezifiziert</i>	
	<i>xxx.9</i>	<i>nicht anwendbar</i>	

(vgl. DIMDI, 2005, 95)

Die Codierung **b16701.3** würde demnach einem erheblich ausgeprägten Problem des Verständnisses geschriebener Sprache entsprechen. Da aber im Bereich der Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen nur in Ausnahmefällen die Schweregrade operationalisiert sind und mit standardisierten Verfahren erfasst werden können, ist diese Beurteilungs-Codierung in unserem Tätigkeitsfeld

wenig hilfreich: Es ist in vielen Fällen unklar, was genau die subjektive Einschätzung „mäßig ausgeprägte Störung“ von einer Bewertung „erheblich ausgeprägte Störung“ unterscheidet, solange objektive Kriterien fehlen.



Eine objektive Bewertung mithilfe der Beurteilungs-Codes ist derzeit in der Sprachtherapie oft nicht möglich.

Außer der Codierung und Bewertung von Funktionsfähigkeit und Behinderung bietet die ICF auch die Möglichkeit, bei den Kontextfaktoren anzugeben, ob es sich um hinderliche oder förderliche Bedingungen handelt und in welchem Ausmaß sie die Person in ihrer Funktionsfähigkeit, Aktivität und Partizipation hindern oder unterstützen. Diese Bewertungen werden in Barrieren und Förderfaktoren unterteilt und folgendermaßen hinter der Codierung angeschlossen:

Beispiel	Barrieren	
	xxx.0	nicht vorhanden
	xxx.1	leicht ausgeprägt
	xxx.2	mäßig ausgeprägt
	xxx.3	erheblich ausgeprägt
	xxx.4	voll ausgeprägt
	xxx.8	nicht spezifiziert
	xxx.9	nicht anwendbar
	Förderfaktoren	
	xxx+0	nicht vorhanden 0-4%
	xxx+1	leicht ausgeprägt 5-24%
	xxx+2	mäßig ausgeprägt 25-49%
	xxx+3	erheblich ausgeprägt 50-95%
	xxx+4	voll ausgeprägt 96-100%
xxx+8	nicht spezifiziert	
xxx+9	nicht anwendbar	

(vgl. DIMDI, 2005, S. 123-124)

So wäre beispielsweise mit der Codierung *e310+4* ausgesagt, dass eine Person sehr viel Unterstützung im engsten Familienkreis bekommt, oder mit der Codierung *e1251.3*, dass im Bereich der Versorgung mit technischen Hilfsmitteln der Kommunikation eine erhebliche Barriere besteht, die Versorgung also nicht optimal ist.

ICF-Core-Sets

Mithilfe der ICF-Codierung sind mittlerweile für mehrere Störungsbilder sogenannte „Core-Sets“ entstanden oder in der Entwicklung. Core-Sets sind Auflistungen von mit einem Störungsbild assoziierten Codierungen auf der Ebene der Körperstruktur, -funktion, der Aktivität, Partizipation und der Kontextfaktoren. Die Core-Sets haben den Vorteil, dass sie dem ICF-Nutzer eine sinnvolle Vorstrukturierung bieten und ihn vom langwierigen Suchen in der gesamten ICF entlasten, die aus insgesamt 1454 Items besteht. Da die Core-Sets aber immer nur einen Teil der ICF-Informationen enthalten, müssen diese nicht für jeden Patienten tatsächlich relevant sein. Als begrenzte Auflistung bergen sie also immer die Gefahr, dass für den Patienten wichtige Aspekte nicht erfasst werden, die außerhalb der Liste liegen. Trotz der Arbeitserleichterung, die Core-Sets schaffen können, sind die Diagnostiker also gefordert, die gesamte ICF im Blick zu behalten und über den Core-Set-Tellerrand hinauszuschauen. Auf die Bedeutung der Core-Sets, ihre Einsatzmöglichkeiten und ihre Begrenzungen wird im Kapitel 9 ausführlich eingegangen.

Bedeutung der ICF für Diagnose und Therapie

Der besondere Wert der ICF besteht nicht in der Bereitstellung eines neuen, differenzierten Zahlensystems zur Codierung von Störungsbereichen. Die in ihr verwendete Sprache ist auch zu neu und zu komplex, als dass sie sich kurzfristig, z.B. als Grundlage für die Dokumentation und das Berichtswesen im Gesundheitswesen, durchsetzen könnte. Der besondere Wert besteht stattdessen in ihrem **grundlegend anderen Blick auf Störungen und Behinderungen**. Diese werden nicht länger als ein in der Person selbst liegendes Problem betrachtet, sondern als ein Wechselspiel aus Struktur- und Funktionseinschränkungen mit den Aspekten der Aktivität, Teilhabe und Kontextfaktoren. Die ICF ermöglicht es somit, den individuellen Patientenbedürfnissen im Rahmen der Diagnostik und Therapie einen breiten Raum zu geben, eine idiographische Sichtweise (Motsch, 1992) zu verfolgen, mit Patienten und Angehörigen ressourcen- und lösungsorientiert zu kooperieren (Hansen/Iven, 2006) und die Therapieplanung konsequent auf teilhabe-orientierte Ziele hin auszurichten.



Die ICF dient nicht der Klassifikation von Störungen oder Personen, sondern versteht sich als ein Beschreibungssystem von individuellen, alltagsrelevanten, teilhabebezogenen Gesundheitsbedingungen.

Mit den Prämissen, wie sie die ICF setzt, ändert sich auch im Alltag von Sprachtherapeuten der Blick auf das „Wesen“ von Störungen und die Art ihrer Behandlung. Eine Therapie nach bio-medizinischem Modell würde in der Diagnostik eine Störung feststellen und in der Therapie auf die Behebung dieser Störung hinarbeiten. Diese defizit-orientierte Sichtweise von Störungen oder Behinderungen hat sich allerdings

als ein hypothetisches Konstrukt erwiesen: In der Realität ist keine Aphasie wie die andere, keine Schluckstörung hat bei allen davon Betroffenen die gleichen Auswirkungen, nicht alle Parkinsonpatienten haben das Bedürfnis, sprachtherapeutisch versorgt zu werden, nicht alle Angehörigen sind bereit oder in der Lage, therapeutische Prozesse wirkungsvoll zu unterstützen. Da das vermeintlich gleiche (und auf der Strukturebene evtl. tatsächlich gleiche) Gesundheitsproblem also bei unterschiedlichen Menschen sehr unterschiedliche Alltagsbedeutung entfaltet und die Reaktionen der Menschen auf das Problem nicht standardisiert werden können, stößt das biomedizinische Modell rasch an seine Grenzen: Dadurch, dass wir wissen, welche Art von Sprachstörung ein Patient hat, wissen wir noch nicht, wie es ihm damit geht und welche Art der Therapie er braucht.

Die ICF wendet sich ab von dem Denken, dass auf eine Standard-Diagnose eine Standard-Therapie zu erfolgen hat. Beim sprachtherapeutischen Arbeiten mit und nach der ICF sind von Anfang an andere Fragen zu stellen, die über die reine Funktions-/Störungsebene hinausweisen: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF orientiert sich „weg von einer nur diagnose- und defizit-orientierten Sichtweise hin zu einer Betrachtung des kranken Menschen in seinen biographischen und sozialen Bezügen [...] Die Aspekte der individuellen Kompensationsfähigkeit, persönlicher Einstellungen und Ressourcen müssen ebenso betrachtet werden wie Barrieren oder hemmende Einstellungen“ (BAR, 2008, S. 45).

In der Praxis bedeutet das, dass sich Diagnoseverfahren, aber auch die gesamten Routinen der Befunderhebung verändern werden (vgl. Junde et al., 2007). Es reicht nicht aus, sich auf die Anwendung standardisierter Verfahren zur Feststellung von Art und Ausmaß einer Störung zu verlassen. Die Befunderhebung muss um informelle Verfahren und patientenbedürfnis-orientierte Erhebungsinstrumente erweitert werden. Denn es geht immer auch um die Zusammenhänge der Einschränkungen mit den persönlichen Lebensbereichen:

- Wie wirkt sich das Sprach-, Sprech-, Schluck-, Stimm- oder Kommunikationsproblem konkret auf die alltäglichen Bedingungen aus?
- Wie subjektiv gestört fühlt sich die Person von der objektiv feststellbaren Störung?
- Welche Barrieren, aber auch welche Unterstützung erfährt die Person?
- Welche Ziele für die Therapie hat der Patient, haben die Angehörigen?
- Wie kann und will der Patient an der Lösung seines Problems mitwirken?

Die erweiterten Fragestellungen, die dadurch Einzug in unser diagnostisch-therapeutisches Handeln halten, und die Auswirkungen auf die Therapie werden in diesem Band eindrucksvoll und praxisrelevant deutlich.

Diese teilhabe-orientierte, patientenbezogene Sichtweise hat ebenfalls Auswirkungen auf die Planung von Therapiezielen und die Erfassung des Therapieerfolgs: Ziele werden nicht vom Therapeuten **für** den Patienten festgelegt, sondern **mit** ihm (s. Kapitel 9); Teilhabe-Ziele leiten die Überlegungen dazu, welche Aktivitäts- und Funktionsziele erreicht werden sollen; die Patienten definieren mit, ob die Therapie erfolgreich war oder nicht; sie und wir tun dies anhand der verbesserten Teilhabe, nicht ausschließlich anhand verbesserter Funktionen.

Partizipative Ziele werden von den Patienten und Fachkräften gemeinsam festgelegt. Dadurch ergibt sich eine hohe Identifikation aller Beteiligten mit den jeweils angestrebten Therapiezielen (vgl. Grötzbach, 2010, S. 120). Die teilhabe-orientierte Zielplanung beginnt mit den konkreten Vorstellungen davon, in welchen Lebensbereichen sich durch die Therapie Veränderungen ergeben sollen (z.B. wieder in den Beruf zurückzukehren, ein Hobby auszuüben). Gemeinsam mit den Patienten werden diese Ziele dann danach geordnet, wie bedeutsam oder dringlich sie sind. Es schließt sich die Frage an, welche Aktivitätsstörungen einen Patienten daran hindern, an einem gewünschten Lebensbereich teilzunehmen. Schließlich ist von den Fachkräften zu bestimmen, welche Funktionsbeeinträchtigungen einer Aktivitätsstörung unterliegen. Die prinzipiell voneinander unterscheidbaren Partizipations-, Aktivitäts- und Funktionsziele bedingen sich also oftmals gegenseitig:

Beispiel	Partizipationsziel Herr X.: <i>„Ich möchte wieder als Kassierer in meinem Verein tätig sein können.“</i>
	daraus abgeleitetes Aktivitätsziel: <i>„Herr X. möchte einen Stift in der rechten Hand halten können, damit das Notieren von Zahlen wieder möglich ist.“</i>
	daraus abgeleitetes Funktionsziel: <i>„Herr X. möchte vierstellige Zahlen fehlerfrei lesen und schreiben können.“</i>

(aus Grötzbach, 2010, S. 121)

Die Partizipations-, Aktivitäts- und Funktionsziele werden vor dem Hintergrund der Kontextziele definiert, in denen sich diejenigen Umstände widerspiegeln, die für einen Patienten auf dem Weg zur Teilhabe eine Barriere oder einen Förderfaktor darstellen. So mag es sein, dass Herr X. nach seinem Schlaganfall auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen ist, mit denen er sein Vereinsheim jedoch nicht erreichen kann (Barriere). Eine Lösung dieses Problems mag sein, dass sich der Nachbar von Herrn X bereit erklärt, ihn zum Vereinsheim mitzunehmen (Förderfaktor).

Therapieziele lassen sich somit einerseits nach den ICF-Komponenten und andererseits nach den Zeiträumen klassifizieren, in denen sie erreicht werden sollen. Mithilfe dieser beiden Merkmale können Therapieziele in eine sinnvolle Ordnung gebracht werden, die auch für die Erhebung des Therapieerfolgs genutzt werden kann.

Zielkomponente	Bedeutung	Beispiel	Zeitachse
Partizipationsziele	beziehen sich auf die Teilhabe an Lebenssituationen oder Lebensbereichen	Patient möchte seinen Beruf als Kraftfahrer ausüben können	langfristig
Aktivitätsziele	beziehen sich auf die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen	Patientin möchte wieder die Zeitung lesen können	mittelfristig
Funktionsziele	beziehen sich auf physiologische oder psychosoziale Funktionen	Patientin möchte Sätze verstehen können	kurzfristig
Kontextziele	beziehen sich auf den Lebenshintergrund oder die Umwelt	Patient benötigt eine Safehip-Hose zur Sturzprophylaxe	mittelfristig

Tab. 4: Konzeptuelle Hierarchie von Therapiezielen auf der Basis der ICF (Grötzbach, 2010, S. 121)

In einer teilhabe-orientierten Vorgehensweise werden die Patienten auch in die Erfolgsbewertung einbezogen: Sie formulieren, woran sie eine Zielerreichung festmachen, und sie werden am Ende der Therapie nach ihrer subjektiven Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis befragt. Die Patientenzufriedenheit für die Einschätzung des Therapieerfolgs ist mittlerweile gut nachgewiesen (vgl. Bühler et al., 2005; Dehn-Hindenberg, 2008; Härter et al., 2006). Sie wird beispielsweise durch das goal attainment scaling GAS (Bovend'Eerd et al., 2009; Hurn et al., 2006; Turner-Stokes, 2009) und die ICF nachhaltig unterstützt.

Abschließende Bemerkungen

Aus etlichen Fortbildungen, Vorträgen und Seminaren wissen wir, dass die ICF oft missverstanden wird. Häufig stehen bei der Betrachtung der ICF die Codierungsmöglichkeiten und die schon entstandenen Core-Sets im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Dies wird durch die ICF aber gar nicht angestrebt. Deshalb sei abschließend noch einmal Folgendes betont:



Die ICF ist nicht einfach nur ein neues Klassifikationsraster, mit dem bereits vorhandene ersetzt werden sollen, und die abgeleiteten Core-Sets sind keine Diagnoseverfahren oder Messinstrumente – sie ersetzen diese auch nicht, sondern fordern neue ein. Die ICF stellt Erklärungsmodelle und Betrachtungsweisen zur Verfügung, mit denen eine patientenzentrierte Arbeit begründet werden kann. Die ICF erleichtert die interdisziplinäre Zusammenarbeit ebenso wie die Kooperation mit Patienten und Angehörigen.

Literatur

- BAR (2008): ICF-Praxisleitfaden 2. Frankfurt, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Bovend'Eerd, T.J.H./Botell, R.E./Wade, D.T. (2009): Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 352-361
- Bühler, S./Grötzbach, H./Frommelt, P. (2005): ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation*, 11, 204-211
- Dehn-Hindenber, A. (2008): Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein, Schulz-Kirchner
- DIMDI (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Download von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>, August 2008
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011): Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) in der Fassung vom 01. Juli 2011. Download unter www.g-ba.de; Januar 2013
- Grötzbach, H. (2006): Die Bedeutung der ICF für die Aphasietherapie in der Rehabilitation. *Forum Logopädie*, 20, 26-31
- Grötzbach, H. (2010): Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? *LOGOS interdisziplinär* 18, 119-126
- Hansen, B./Iven, C. (2006): Beratung und Supervision. Emotionale und kognitive Unterstützung für Therapie und Unterricht. In: Bahr, R./Iven, C. (Hrsg.): *Sprache – Emotion – Bewusstheit*. Idstein, Schulz-Kirchner, 68-76
- Härter, M./Loh, A./Spieß, C. (Hrsg.) (2006): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. Köln, Deutscher Ärzte Verlag
- Häußler, M. (2007): Die Rolle der ICF-CY in Sozialpädiatrischen Zentren. *Frühförderung interdisziplinär*, 26, 173-180
- Hurn, J./Kneebone, I./Cropley, M. (2006): Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20, 756-772
- Junde, I./Schwer, B./Voigt-Radloff, S. (2007): Das Logopädische Assessment: Struktur, ICF-Orientierung und Bedeutung für das Qualitätsmanagement. *Forum Logopädie*, 21, 14-19
- Motsch, H.J. (1992): Die idiographische betrachtungsweise – Metatheorie des Stotterns. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie Bd. 5: Störungen der Redefähigkeit*. Berlin, Edition Marhold, 21-42
- Neumann, S./Romonath, R. (2008): Kinder mit LKGS-Fehlbildung im Spiegel der ICF-CY: Entwicklung eines sprachtherapeutischen Core Sets. *Die Sprachheilarbeit*, 53, 264-273
- Nüchtern, E. (2005): Die ICF in der vertragsärztlichen Versorgung. *Neurologie & Rehabilitation*, 11, 189-195
- Rentsch, H.-P./Bucher, P. (Hrsg.) (2005): *ICF in der Rehabilitation*. Idstein, Schulz-Kirchner
- Turner-Stokes, L. (2009): Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 362-370
- WHO (1993): *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. 2. Auflage. Geneva

WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Geneva.

WHO (2007): International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version, Download von <http://www.who.int/bookorders/> Dezember 2008

2 ICF-CY: Die Anwendung der ICF in der frühen Kindheit

Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden die Besonderheiten der frühen Kindheit und ihre Relevanz für die Anwendung der ICF dargestellt. Seit 2011 steht nun auch in deutscher Sprache die ICF-CY (Version für Kinder und Jugendliche) zur Verfügung. Neben den neu aufgenommenen Inhalten und vorgenommenen Anpassungen werden auch die Überlegungen dargelegt, welche bei der Anwendung der ICF-CY in der frühen Kindheit beachtet werden müssen. Im Vordergrund stehen dabei das Verständnis des besonderen Lebenskontextes von jungen Kindern und ihrer Familien und der Umstand, dass sich die Funktionsfähigkeit im Kindesalter schnell verändert. Es wird aufgezeigt, wie mit der ICF-CY relevante Informationen erhoben, geordnet und aufeinander bezogen werden können. Besonders in der Frühförderung, wo interdisziplinäre Absprachen und die Zusammenarbeit mit den Eltern von großer Bedeutung sind, ist die Anwendung der ICF-CY sinnvoll. Es wird auf verschiedene ICF-basierte Instrumente hingewiesen und ein erprobter Ablauf für Gespräche am „Runden Tisch“ vorgestellt.

ICF zwischen Situations- und Entwicklungsorientierung

Zwischen Geburt und Einschulung durchlaufen Kinder Entwicklungsprozesse, die ihre bio-psycho-soziale Funktionsfähigkeit grundlegend verändern. Die Fähigkeit zu „Sprechen“ (die ICF-Kategorie d330) beginnt mit den ersten präverbalen Äußerungen und entwickelt sich weiter, sodass zwischen dem Sprechen eines zweijährigen und eines sechsjährigen Kindes große Unterschiede festgestellt werden können. Ob im Vergleich zu Erwachsenen beobachtete oder gemessene Differenzen der Funktionsfähigkeit tatsächlich als solche zu beurteilen sind, hängt deshalb von den Erwartungen an eine altersgemäße Funktionsfähigkeit ab. Spräche das sechsjährige Kind immer noch so wie ein zweijähriges, würde dies als ein erhebliches Problem erachtet. Die Feststellung von Problemen der Funktionsfähigkeit wird somit immer auf den Entwicklungsstand des Kindes bezogen.

Aber nicht nur die Funktionsfähigkeit ändert sich dramatisch, auch die Lebenswelten eines Säuglings und eines fünfjährigen Kindergartenkindes unterscheiden sich erheblich voneinander. In den ersten Lebensmonaten schaffen die engsten Bezugspersonen eine adaptive, auf die Bedürfnisse des Kindes angepasste Umwelt. Kommunikation ist eng mit Nahrung, Schutz und Trost verbunden und das Sprachangebot dient nicht nur dem Spracherwerb, sondern ist zentral für die gesamte Entwicklung des Kindes. Demgegenüber kommuniziert ein Kind im Vorschulalter bereits in ver-

schiedenen Settings, sei dies auf dem Spielplatz, im Kindergarten oder in der Schule und zu Hause. Entsprechend haben Eltern, Gleichaltrige und fremde Personen für Kinder im Alter von zwei und sechs Jahren eine unterschiedliche Bedeutung. Dies gilt auch für andere Umweltfaktoren, welche Partizipation in den verschiedenen Altersgruppen unterstützen oder behindern können. Die Auswahl, Erfassung und Beurteilung von Umweltfaktoren und ihre Bedeutung für die Funktionsfähigkeit müssen somit ebenfalls auf das Alter des Kindes abgestimmt werden.

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben bringt den Entwicklungsstand des Kindes und die in spezifischen Lebenssituationen zu bewältigenden Anforderungen zusammen. Es bietet somit eine Brücke zwischen einer Entwicklungsorientierung und einer Situationsorientierung. Die ICF ist primär auf die Situation einer Person und nicht auf Entwicklungsverläufe ausgerichtet. Man sucht also erfolglos nach einem Kapitel, in dem alle für die Sprachentwicklung relevanten Inhalte nach den verschiedenen Altersgruppen geordnet zu finden wären. Die ICF bildet nicht spezifisches Fachwissen zur Sprachentwicklung oder zu Sprachstörungen ab, sondern bietet eine gemeinsame Sprache, in welcher dieses Wissen repräsentiert werden kann. Entwicklungsverläufe erschließen sich erst durch Erfassen, Dokumentieren und Vergleichen der relevanten Aspekte der Funktionsfähigkeit zu verschiedenen Zeitpunkten. Sprachentwicklung ist nicht als isoliertes Phänomen dargestellt, sondern muss in den verschiedenen Altersgruppen über die jeweils relevanten ICF-Kategorien erschlossen werden.



Das Konzept der Entwicklungsaufgaben hilft, in der ICF die altersgemäßen Inhalte zur Beschreibung der Funktionsfähigkeit und der Umweltfaktoren auszuwählen.

Je jünger das Kind, desto sinnvoller ist es, wenn „Sprechen“ im Kontext der Gesamtentwicklung interpretiert und beurteilt wird. Sprachentwicklung beginnt bereits vor der Geburt, zeigt sich aber erst später in „isolierbaren“ und somit mit der ICF erfassbaren einzelnen Bereichen der Funktionsfähigkeit. In den ersten Lebensmonaten sprechen Kinder nicht, aber sie kommunizieren, verfügen über eine Stimme und trainieren beim Saugen oder Lecken die für das Sprechen wichtige Muskulatur. Saugen ist aber auch für orales Explorieren, für die Nahrungsaufnahme, die Beziehungsfähigkeit und sensorische Entwicklung zentral. Die Organisation der ICF erlaubt es, je nach Fragestellung und Situation diese unterschiedlichen Bezüge herzustellen. Weitere, im Einzelfall relevante Funktionen können ebenfalls mitberücksichtigt werden, wie etwa die Funktionen des Hörens, neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen oder Strukturen des Mundes oder Kehlkopfes.

Zum Verständnis der Funktionsfähigkeit muss also „das ganze Kind in seinem gegenwärtigen Lebenskontext“ erfasst werden. Das Zusammenspiel der verschiedenen Bereiche hat dabei ein größeres Gewicht als die Feststellung von spezifischen Proble-

men in einzelnen Kapiteln oder die Beurteilung einzelner ICF-Kategorien. Besonders wichtig für die Einschätzung der Funktionsfähigkeit in der frühen Kindheit sind zudem die Kontextfaktoren. Anders als bei Erwachsenen greifen bei jungen Kindern die Umweltfaktoren und die personbezogenen Faktoren ineinander. So bildet die Familie, in der das Kind lebt, gleichzeitig seine Umwelt und seinen sozialen Hintergrund. Und viele Erfahrungen, welche für Erwachsene zu deren Lebenshintergrund gehören, wie etwa die Ausbildung, liegen für das Kind noch in der Zukunft. Der Lebenskontext junger Kinder kann besser erfasst werden, wenn Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren als Kontinuum verstanden werden (zu konzeptionellen Fragen vgl. Badley, 2008 und Threats, 2006).



Bronfenbrenner (1981) hat mit seinem Buch „Die Ökologie der menschlichen Entwicklung“ einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Lebenskontexte von Kleinkindern geleistet.

Bei der Erfassung und Beschreibung der Funktionsfähigkeit in der frühen Kindheit hat man es also sozusagen mit „sich bewegenden Zielen“ zu tun. Das enge Zusammenspiel zwischen Funktionsfähigkeit, Umweltfaktoren und der Entwicklung des Kindes bietet einige Herausforderungen bei der Anwendung der ICF für Kinder und Jugendliche. Die ICF erfordert ein ökologisches Verständnis von Entwicklung (z.B. Bronfenbrenner, 1981), das Funktionsfähigkeit eng mit den Lebenskontexten des Kindes zusammendenkt. Sie bietet dabei eine gemeinsame Sprache, die über die verschiedenen Lebensbereiche und Lebensalter hinweg verwendet werden kann. Um den besonderen Anforderungen der frühen Kindheit besser gerecht zu werden, wurde eine Version für Kinder und Jugendliche entwickelt (ICF-CY).

ICF-CY: Entwickelt für Kinder und Jugendliche

Grundsätzlich ist die ICF so aufgebaut, dass sie von Geburt bis ins hohe Alter zur Erfassung und Dokumentation von Funktionsfähigkeit und Behinderung verwendet werden kann. Allerdings war es bis zur Publikation der ersten Fassung der ICF (WHO, 2005) nicht möglich, alle Besonderheiten und Anliegen aufzunehmen, die sich aus der Anwendung bei Kindern ergeben (Simeonsson et al., 2003). Dies führte dazu, dass eine aus der ICF abgeleitete Version für Kinder und Jugendliche erarbeitet wurde (WHO, 2007), die seit 2011 nun auch in deutscher Sprache zur Verfügung steht (WHO, 2011). Im Folgenden soll ausgeführt werden, was bei der Anwendung der ICF in der frühen Kindheit bedacht werden muss und was die ICF für Kinder und Jugendliche (ICF-CY) dabei bietet.

Um die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen zu erleichtern, wurden in verschiedenen ICF-Kategorien die Definitionen angepasst. So wurde etwa unter „d2100 Eine einfache Aufgabe übernehmen“ die Aufzählung mit kindgerechten Tätigkeiten

(einen Turm bauen, einen Schuh anziehen) ergänzt, um Anwenderinnen und Anwender auf die Relevanz des Items für junge Kinder hinzuweisen. Zudem wurden fehlende Inhalte an den passenden Stellen eingefügt. Dies konnte einerseits durch das Einfügen neuer Kategorien erreicht werden, andererseits durch das Erweitern bereits vorhandener Kategorien. Neu eingefügt wurden etwa „d133 Sprache erwerben“, „d137 Konzepte aneignen“, „d331 Präverbale Äußerungen“, „d332 Singen“ oder „d446 Feinmotorischer Gebrauch der Füße“. Eine Ausweitung vorhandener Kategorien wurde vorgenommen einerseits durch das Einfügen neuer Unterkategorien (z.B. bei „d140 Lesen lernen“, „d145 Schreiben lernen“, „d150 Rechnen lernen“ oder „d163 Denken“) sowie durch das Ergänzen bereits vorhandener Unterkategorien, z.B. bei „b147 Psychomotorische Funktionen“ (ergänzt mit „b1472 Organisation der psychomotorischen Funktionen“, „b1473 Manuelle Dominanz“ und „b1474 Laterale Dominanz“). Insgesamt dienen alle diese Anpassungen einer besseren Erfassung der Funktionsfähigkeit bei Kindern im Rahmen der in der ICF angelegten Strukturen. Alle Aspekte der Funktionsfähigkeit, so wie sie in der ICF zu finden sind, sind das Ergebnis von gelungenen, frühen Entwicklungsprozessen. Viele bei der Geburt vorhandene adaptive Verhaltensweisen werden später durch erworbene Fähigkeiten überlagert oder ersetzt. So entwickeln sich aus frühen adaptiven Reaktionen (Reflexe, physiologische Regulierung) und Verhaltensweisen (z.B. Schreien) dank der co-regulierenden Unterstützung durch die Bezugspersonen aktiv gestaltete Aktivitäten. Sehr junge Kinder zeigen bestimmte Funktionsfähigkeiten, die bei Erwachsenen nicht zu beobachten sind oder für „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ wenig Bedeutung haben. Insbesondere einige Vorläuferfunktionen oder Vorläuferfähigkeiten, die bei der Bewältigung frühester Entwicklungsaufgaben von großer Bedeutung sind, aber im späteren Leben kaum mehr auftreten, fehlten deshalb in der ICF. Dazu gehört „Orales Explorieren“, das mangels anderer Möglichkeiten nun zusammen mit „Berühren“, „Riechen“ und „Schmecken“ unter „d120 Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen“ untergebracht werden musste, obwohl es vor „d110 Zuschauen“ und „d115 Zuhören“ aufgeführt werden sollte. Ebenfalls neu eingefügt wurde „b761 Spontanbewegungen“, eine für die früheste Kindheit wichtige Körperfunktion, die später durch Aktivitäten der Mobilität überlagert wird.

Die Tatsache, dass der Teilhabe an bestimmten Aktivitäten in der Kindheit eine andere Bedeutung zukommt als im Erwachsenenalter, erforderte weitere Veränderungen an der ICF. In der ICF findet sich unter der Kategorie „d920 Erholung und Freizeit“ eine Unterkategorie „d9200 Spiel“. Für Erwachsene und ältere Kinder mag Spiel tatsächlich eine Freizeitbeschäftigung sein, für junge Kinder hingegen ist Spiel ein bedeutender Lebensbereich. In der ICF-CY wurde deshalb im 8. Kapitel der Aktivitäten und Partizipation (Bedeutende Lebensbereiche) der Bereich „d880 Sich mit Spielen beschäftigen“ eingefügt. In den Unterkategorien wird auf die verschiedenen Spielformen hingewiesen, welche für die kindliche Entwicklung von großer Bedeutung sind (Solitärspiel, Beobachtungsspiel, Parallelspiel, Gemeinsames Kooperationspiel).