



**Eine gemeinsame Sprache im Team um das Kind
Dokumentationsmöglichkeiten ICF/ Ziele**

**E5 Multiplierevent im Rahmen des
Erasmus+ Projektes
„A common Language in School“
8.3.2019 Stendal**

Medical School Hamburg

Eu-projects@medicalschoo-hamburg.de

ICF Trainingsmaterialien (O1)

Modul 4: Konkrete Umsetzungsbeispiel der ICF

Manfred Pretis

Aleksandra Dimova

office@sinn-evaluation.at

Mit Unterstützung der Konsortiumspartner

Open Licence: Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>

Kofinanziert durch das
Programm Erasmus+
der Europäischen Union



Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

Die TeilnehmerInnen

- Verstehen die Grundpfeiler einer ICF-basierten Dokumentation
- Formulieren inklusive/partizipative Förderziele
- Kennen konkrete Beispiele ICF-basierter Planung und Dokumentation in Europa
- Sind im Sinne weiterer Kompetenzen in der Lage, mit Eltern oder im Team über förderdiagnostische Prozesse zu kommunizieren.

Ziel

Gemeinsam mit allen Beteiligten im TEAM um die Familie“ Förder- und Behandlungsprozesse ICF-orientiert zu planen und zu dokumentieren, d.h.

- 1. partizipativ
- 2. transparent
- 3. modern-effizient
- 4. Icf-basiert
- 5. zielorientiert-logisch-strukturiert

Die Herausforderungen

- Unterschiedliche beteiligte Menschen mit unterschiedlichen Sozialisationshintergründen, Codes, Werthaltungen..
- Unterschiedliche sprachliche Kompetenzen (z.B. Familien betreffend)
- Unterschiedliche Erwartungen/Prognosen
- (mögliche) verborgene Machtstrukturen (wer hat recht?)
- Limitierte Zeitressourcen

Über die verschiedensten Codes ...

Ärztliche Diagnose: F90;

AZ: o.B. (Allgemeinzustand ohne Befund)

Psychologische Beschreibung:

hyperaktiv, Impulskontrollreduziert, IQ=97;

Aufmerksamkeit: T=35 (Normwert 40-60)

Physiotherapeutische Beschreibung:

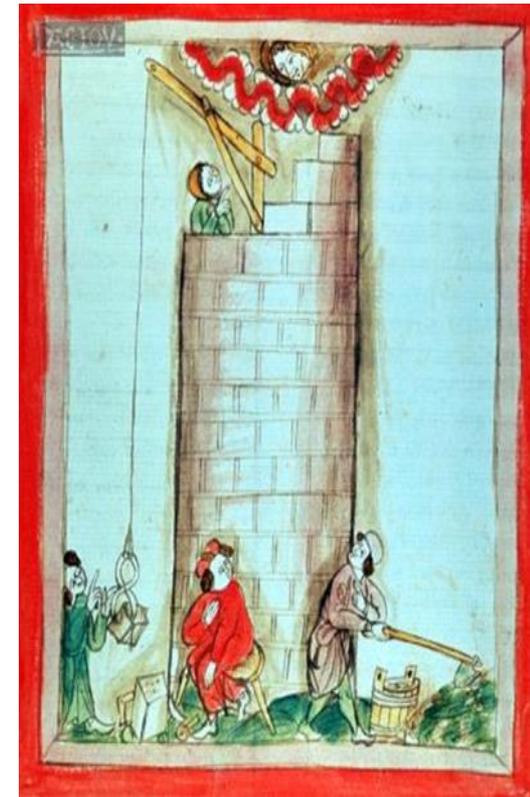
Verdacht auf Graphospasmus rechts

Sozialarbeiterische Beschreibung

Verdacht auf Überforderung der Eltern

Elterliche Beschreibung:

Quirliger Junge mit wenig „Sitzfleisch“



Turmbau zu Babel (Weltchronik, Österreich 1397/1398)

1. Was bedeutet größtmögliche Partizipation/Teilhabe in Planung und Dokumentation?

1. Größtmögliche Teilnahme/größtmögliches Engagement und Verständnis der Beteiligten (Erziehungsberechtigte, PatientInnen, KundInnen)
2. Fokus auf Teilhabeziele (was ein Kind/eine Familie/ein Mensch mit einem Gesundheitsproblem in sinnhaften Kontexten an (altersgemäßer) Teilhabe erreichen kann.

2. Was bedeutet Transparenz?

- Mitbestimmungsmöglichkeit in allen Prozessschritten (keine „versteckte“ Agenda der Fachkräfte oder „doppelte“ Buchführung in der Dokumentation)
- (Ausnahme: Situationen einer möglichen Kindeswohlgefährdung)
- Einsichtnahme in alle personenbezogenen Dokumente für Eltern/berechtigte Bezugspersonen

3) Was bedeutet modern-effizient?

1. Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie, wo immer dies gemäß DSGVO möglich ist (Vermeiden von handschriftlichen Aufzeichnungen, Nutzen von VPN-Technologie....)
2. Informationsaufbereitung so übersichtlich wie möglich (Es sind ungefähr empirisch 10 min Nachbereitung/Doku bei effizient strukturierter Durchführung zu erwarten).

4) *ICF-basiert*

- Verwendung der ICF als Rahmen- und Verständniskonzept
- Keine unbedingte Notwendigkeit der Verwendung von Codes
- Klare Trennung zwischen Beobachtung und Bewertung
- Indikatorenbasierte Verwendung von Beurteilungsmerkmalen
- Teilhabeorientierte Ziele

5. Logisch-strukturiert

- Die ICF versteht Behinderung als eine bedeutsame Interaktion zwischen einer Person und Ihrer Umwelt (inkl. Einstellungen dieser Umwelt).
- Person (das Hoch-Individuelle eines Menschen) und die Umwelt stellen somit den Rahmen jeglicher Beschreibung eines Menschen mit einem Gesundheitsproblem dar.
- Achten Sie auf zusammenhängende LOGIKEN



Das klassische Paradigma der Kooperation, Planung und Dokumentation

**Medizinisches
System**

**Heilpädagogisches
System**

**Soziales
System**

Definiert und ko-konstruiert

berufsgruppen
spezifische
Wahrnehmungsprozesse

berufsgruppen
spezifische
Wahrnehmungsprozesse

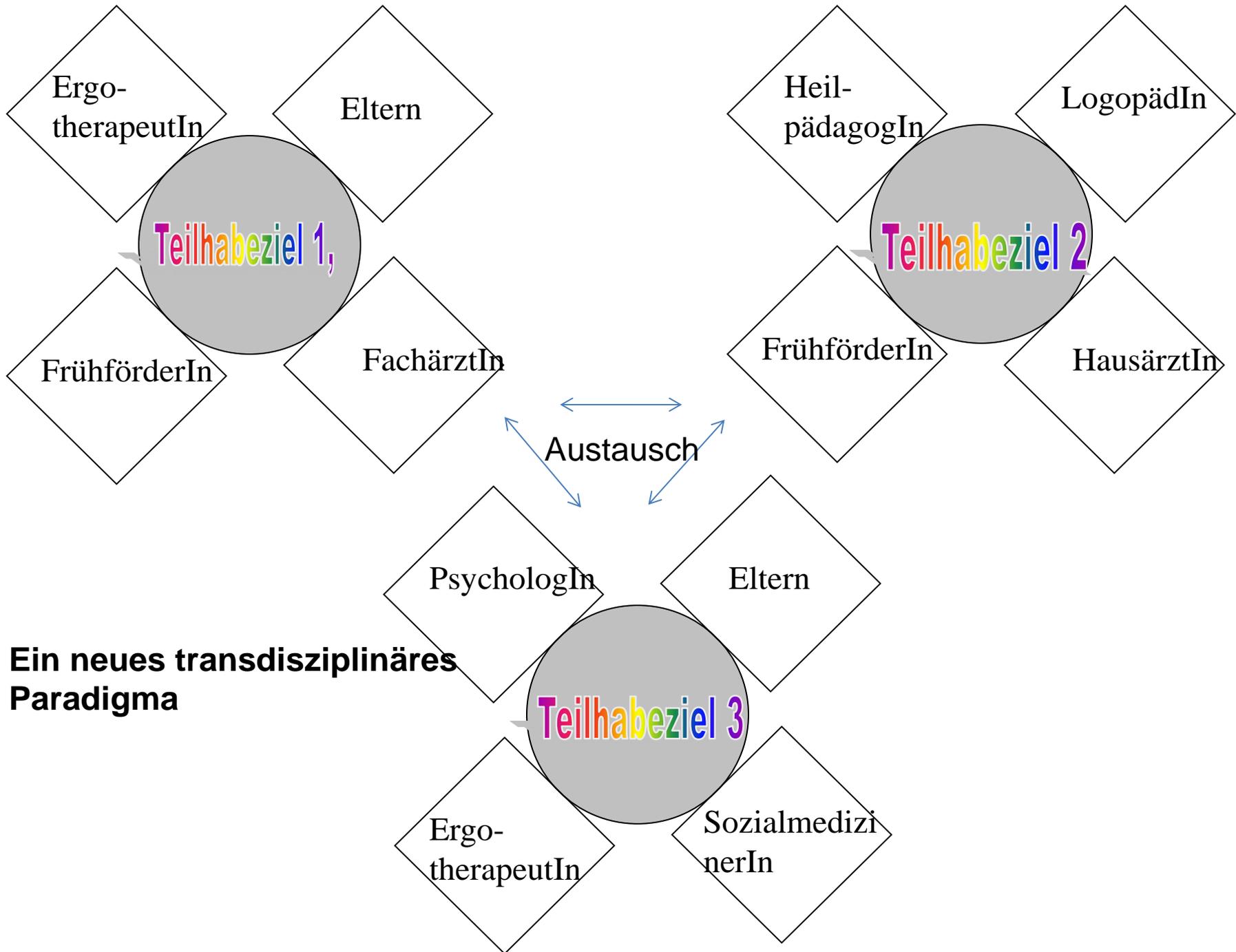
berufsgruppen
spezifische
Wahrnehmungsprozesse

Definiert und ko-konstruiert

Spezifische
Interventionen

Spezifische
Interventionen

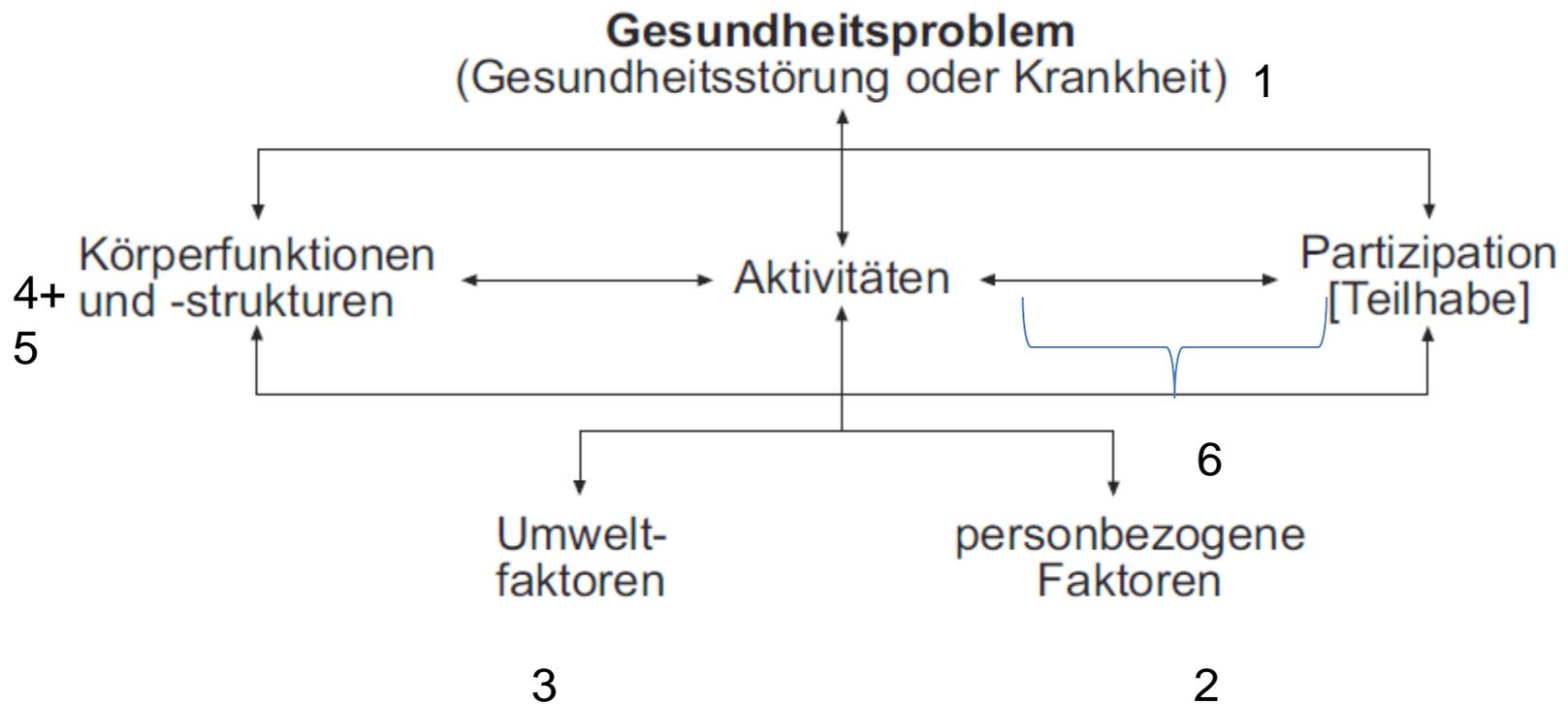
Spezifische
Interventionen



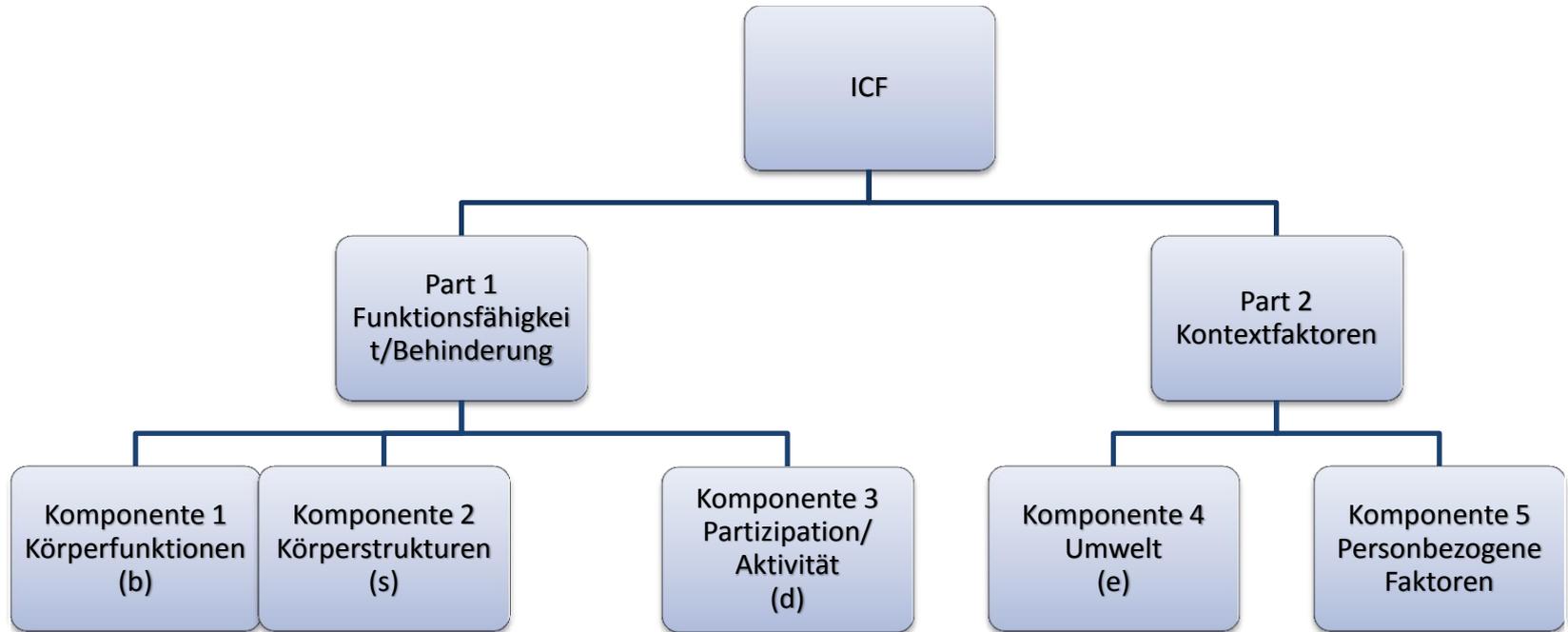
Auswirkungen eines neuen transdisziplinären ICF-basierten Paradigmas

- **EIN** (sich anpassendes) Dokument für eine Familie.
- Datenstruktur **UM die FAMILIE/um die PERSON** (nicht um Fachkräfte)
- Austausch- und Weitergabe von Daten unter **Zustimmung** der Erziehungsberechtigten
- So **barrierefrei** wie möglich (Verständlichkeit und Austausch)
- Datenaustausch zur **Lösung** von Problemen, nicht weil Fachkräfte dies brauchen.

Spezifische Herausforderung ICF: „Denken in Gesundheitskomponenten“

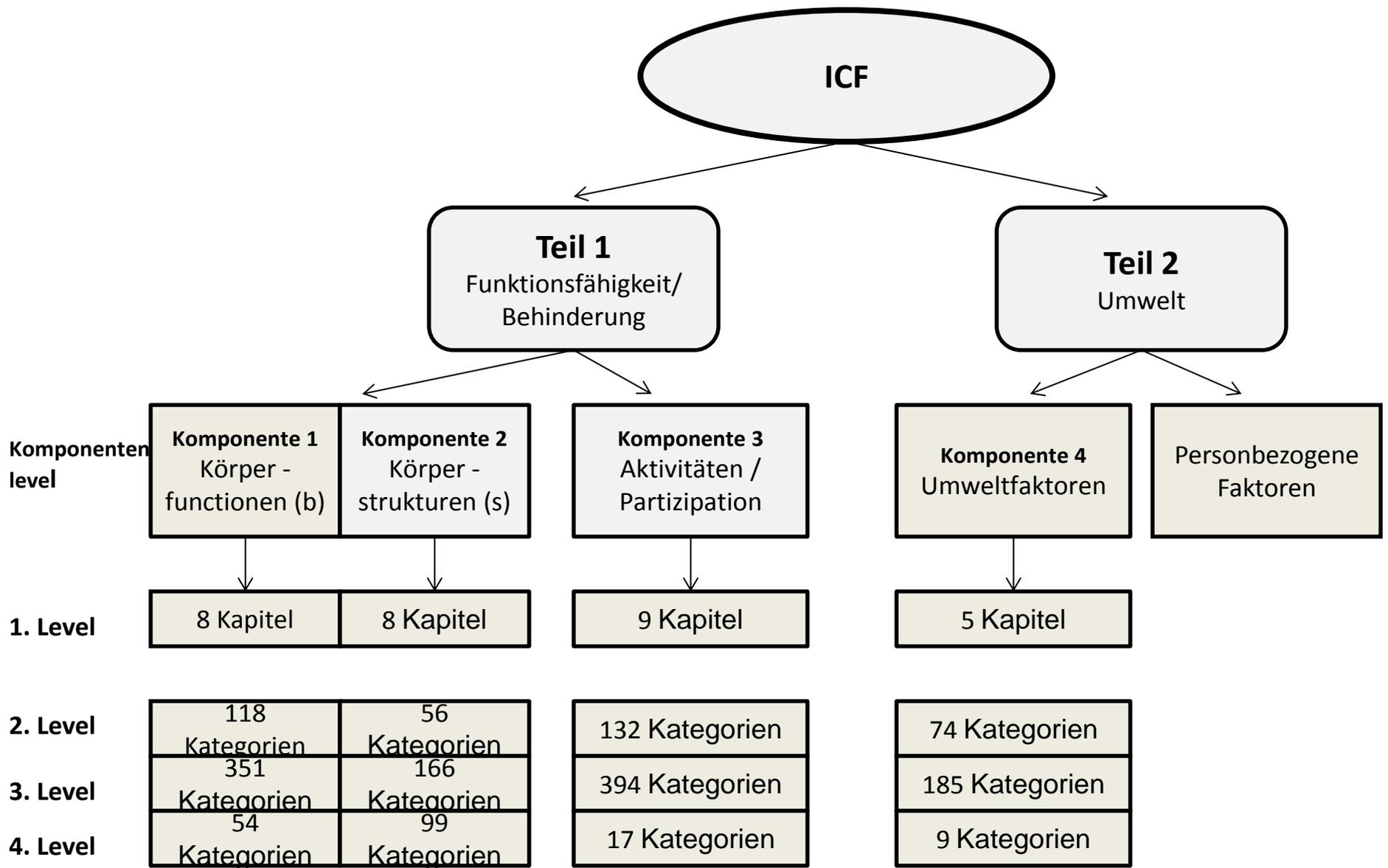


Die Struktur der ICF



Komponente
n Level

1400 Kodes



Praxisvorschlag, falls Codes verwendet werden: Bleiben Sie auf dem 2. LEVEL
d330 (Sprechen), d310 (nachahmen), d450 (Gehen), d710 (elementare interpersonelle
Aktivitäten..)

*Denken in den Komponenten der ICF
z.B in Abgrenzung zum Denken in
Entwicklungsdomainien*

1. Gesundheitssorge/Problem/Diagnose
2. Persönliche Aspekte (kein Aronym)
3. (e) = Umwelt (englisch: environment)
4. (s) = Körperstrukturen
5. (b) = Körperfunktionen
6. (d) = Aktivititäten/Partizipation

Generelle Ideen zur Verwendung der ICF in Planung und Dokumentation

- Soweit wie möglich in der Struktur der Gesundheitskomponenten zu handeln -> logische Struktur der Planung und Doku: ICF
- So wenig wie möglich etikettieren/stigmatisieren (auf Beobachtungsebene bleiben)
- So wenig wie möglich kodieren (auf narrativer Ebene bleiben)
- So weit wie möglich teilhabeorientiert handeln

ICF und praktische Implementierung

Die ICF selbst schlägt kaum konkrete Hinweise zur Implementierung vor.

Daraus resultiert zurzeit in Deutschland ein bunter Reigen individueller Ansätze.

3 große theoretische Modelle

Sind unterscheidbar

- Induktive
- Deduktive
- gemischte



Induktive Modelle (vom Einzelnen in das Allgemeine)

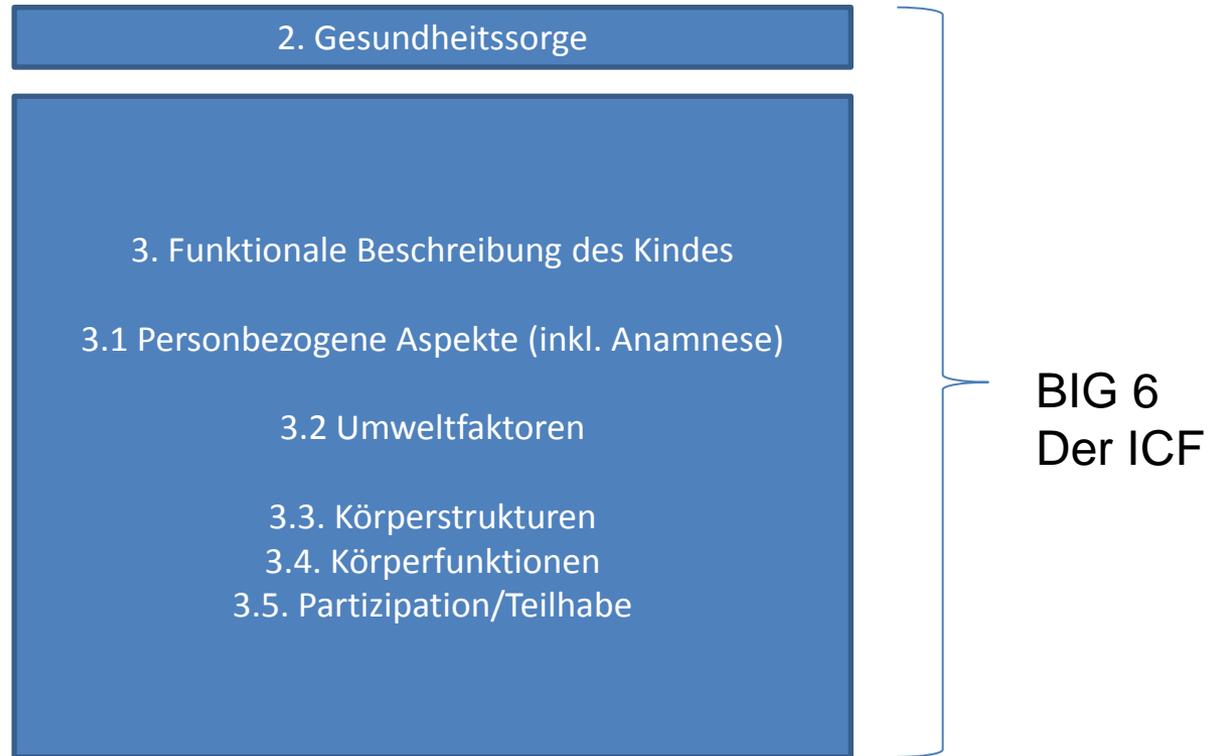
Induktive Ansätze zeichnen sich dadurch aus, dass mit dem individuellen Narrativ eines Kindes (durch Frühförderin..) begonnen wird. In weiterer Folge werden diese individuellen Beobachtungen mit den großen 6 der ICF in Verbindung gebracht (-> in ein ICF Bild übersetzt)

Goran (8 Jahre alt, F83) schreibt im Unterricht einzelne Wörter-> d145 „schreiben lernen“.

In einem späteren Schritt können diese Beobachtungen dann z.B. mittels WHO Beurteilungsmerkmalen bewertet werden:

Basierend auf seiner Diagnose und seinem Alter bewertet der Lehrer dies als mäßiges Problem (.2)

III. Strukturmerkmale einer ICF basierten Förderplanung (Pretis 2019)



Beispiel: 2.

Diagnose/Gesundheitssorge/Entwicklungsproblem

Von Seiten der Univ Klinik Buxtehude wurde bei Julia (geb , 4;8a Jahre) der Verdacht auf frühkindlichen Autismus (F84) geäußert.

Lt. Bescheid des Kreisamtes (vom 2.3.2017) erscheint Julia von Behinderung bedroht.

Die Eltern wünschen sich eine bestmögliche Förderung von Julia und hoffen, dass die Verdachtsdiagnose nicht zutrifft.

3.1 Personbezogene Aspekte

Julia ist 4;8 Jahre alt, sie wohnt in Buxtehude. Sie wohnt mit ihren Eltern (beide berufstätig) in einem Einfamilienhaus. Ihr Vater kommt aus Deutschland, die Mutter wuchs in Spanien auf. Beide Eltern sprechen Deutsch mit Julia.

Die Eltern beschreiben Julia als temperamentvolles (Einzel)kind. Laut Eltern lache Julia häufig und spiele am liebsten mit sich bewegenden Objekten.

Anamnestic Informationen: Die Eltern berichten, dass Julia bereits als Kleinkind wenig Interesse an anderen Personen gehabt habe. Die Meilensteine der Entwicklung (freies Laufen) habe sie jedoch bis zum 2. Geburtstag zeitgerecht erreicht. Dann sei den Eltern der geringe aktive Wortschatz aufgefallen. Julia erhielt Frühförderung.

3.2 (Aktuelle) Umweltaspekte

Die Eltern schildern sich als Hauptbezugspersonen, eine Oma väterlicherseits sieht manchmal nach Julia. Die Eltern schildern eine entsprechende Wohnversorgung, ausreichend finanzielle Mittel und genügend Spielzeug. Die KITA Buxtehude betreut Julia zurzeit im 1. Jahr. Eine Erzieherin ist für sie zuständig und stundenweise eine Heilerziehungspflegerin.

Die Erzieherin berichtet, dass sie bereits spezielle Fortbildungen zur Förderung von Kindern mit ASD absolviert habe.

Laut KITA-Erzieherin trägt Julia im Regelfall saubere Kleidung und wird morgens meist von der Mutter oder ungefähr 2mal im Monat vom Vater in die KITA gebracht. Die Eltern bringen Julia regelmäßig und fragen die Erzieherin, wie es Julia erging.

Laut Eltern suchen sie im Stadtteil häufig einen Spielplatz auf, schildern jedoch, dass wenig gleichaltrige Kinder vorhanden seien. Laut Vater könne seine Mutter mit der Diagnose Autismus wenig anfangen.

Die Eltern organisieren sich Informationen im Internet und suchen (nach eigenen Angaben) Logopädie für Julia auf. Sie äußern sich jedoch noch unsicher in Bezug auf die Verdachtsdiagnose und hoffen, dass diese nicht zutrifft.

Laut Mutter verbringe sie den späteren Nachmittag die Mutter meist mit Julia und versucht mit ihr gemeinsam Regelspiele zu spielen. Das klappe bisweilen.

3.3 Körperstrukturen

Nach Angaben der Eltern liegen keine körperlichen Schwierigkeiten vor. Laut Kinderarzt ist der Allgemeinzustand von Julia als problemlos anzusehen.

AZ oB. (Allgemeinzustand ohne Befund)

GZ o.B. (Gesundheitszustand ohne Befund)

3.4. Körperfunktionen

Im durchgeführten Entwicklungstest (CPM, Raven 1957) der die nicht-sprachliche Intelligenz misst, erreicht Julia einen Rohwert von 15 Punkten.

Im SBE-3 zeigt sich ein aktiver Wortschatz von Julia 8 Wörter). Julia reagiert mit Unmutsäußerungen (sich durchstrecken, schreien), wenn sie nicht auf dem gleichen Platz im Sesselkreis sitzen.

In der Freispielzeit beschäftigt sie sich im Regelfall nur mit ihrem Kreisel, das sie betätigt.

Julia sucht vermehrt körperlichen Kontakt zu einem anderen Mädchen (vor allem in der Freispielzeit).

3.5 Partizipation

Im Kindergarten ist zu beobachten, dass sie beinahe die gesamte Freispielzeit mit einem Spielzeug (Kreisel) verbringt. Bisweilen zeigt sie Interesse an anderen Kindern, vor allem dann, wenn die Kinder sich Julia zuwenden.

Während der Freispielzeit und im Bewegungsraum sucht sie beinahe jedesmal die Nähe zu einem anderen Mädchen.

Sprachlich richtet sich Julia an andere Kinder mit Zweiwortsätzen, dies bezieht sich vor allem auf ihr Kreisel („Kreisel haben“). oder wenn die Erzieherin versucht, ihr Kreisel durch andere Fördermaterialien zu ersetzen. Julia beobachtet, was andere Kinder tun.

Blickkontakt gelingt manchmal. Julia versteht viele Anweisungen.

Die Bring- und Abholsituation zum/vom Kindergarten stellt kein Problem dar, wenn nicht ein allzu großer „Rummel“ herrscht.

Was fällt bislang auf?

- Informationen werden auf der BEOBACHTUNGSEBENE dargestellt (möglichst OHNE BEWERTUNGEN und INTERPRETATIONEN)
- -> Fähigkeitsorientierter Ansatz: es wird beschrieben, was ein Kind/eine Familie/ein Mensch mit einem Gesundheitsproblem KANN bzw. TUT.

Achtung Verwechslung!!!

Was ist häufig in Förder- und Behandlungsplänen zu beobachten:

Es wird das beschreiben, was wir NICHT oder noch NICHT beobachten können:

Julia kann noch nicht frei laufen: Dies ist eine Bewertung vor dem Hintergrund eines normativen Entwicklungsverständnisses. Achtung: Das bedeutet nicht, dass wir nicht aufgefordert sind, Dinge zu interpretieren oder zu bewerten, sondern dass wir strikt zwischen Beobachtung und Bewertung unterscheiden.

Resultat

Das Resultat einer funktionalen Beschreibung ist eine Bewertung, vor dem Hintergrund alterstypischer Teilhabeleistungen – unter Berücksichtigung der jeweiligen Umwelt (als Förderfaktor oder Barriere) sowie individueller Stärken.

Die Bewertung führt wiederum zur Bedarfseinschätzung, in welchen Lebenssituationen die Teilhabe altersentsprechend ist bzw. eingeschränkt und somit Hilfebedarf entsteht (unter Berücksichtigung der Umwelt).

4. Bewertung

Von Seiten der Klinik wurde ein Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung gestellt (F84). Die Voraussetzungen zum Erhalt von Leistungen nach dem Bundesteilhabegesetz liegen vor.

Förderfaktoren/Stärken: Julia erreicht im CPM einen Rohwert von 15 Punkten, was einem PR von 52 entspricht und somit als altersentsprechend angesehen werden darf. Die Eltern zeigen sich (im Sinne eines Förderfaktors) sehr bemüht einfühlsam, auch das Personal des Kindergartens stellt einen Förderfaktor dar, da es Julia bestmöglich fördern möchte und Vorerfahrung mit Kindern mit ASD hat.

Problembereiche: Ihre Ergebnisse im Sprachentwicklungstest spiegeln in Bezug auf Altersnormen (T=18 bei einem MW von 50) eine massive Verzögerung der expressiven Sprache wider, sodass **dringend Förderbedarf** besteht.

Der ausgeprägte Wunsch, sich nur mit einem Fördermaterial zu beschäftigen schränkt Julias **Möglichkeiten der Kommunikation, aber auch ihres Lernens** ein.

Im Sozialkontakt ist eine massive **Abweichung zu ihrer Altersgruppe** (z.B. gemeinsam spielen) zu beobachten.

Bei den Eltern herrscht als leichte Barriere noch Ungewissheit über die Diagnose vor. Eine ASD-spezifische Diagnostik wurde zwar noch nicht durchgeführt, die Verhaltensbeobachtung verweist jedoch auf mögliche autistische Verhaltensweisen.

Resultierende Unterstützungsbedarfe aufgrund einer Teilhabebeeinträchtigung in den Bereichen

- Lernen
- Kommunikation
- Interaktionen

5. Teilhabebeeinträchtigung/ Hilfebedarf

Unter Berücksichtigung der Förderfaktoren (Einfühlsamkeit, Bemühen der Eltern und Verfügbarkeit einer KITA) ist im Zusammenhang mit der Verdachtsdiagnose F84 (Autismus) die Teilhabe Julias in den Bereichen Kommunikation, Beziehungen und Lernen **ERHEBLICH** beeinträchtigt.

Hilfebedarf von Julia:

Julia benötigt zur bestmöglichen Teilhabe

- Hilfe und Unterstützung beim sprachlichen Ausdrücken ihrer Bedürfnisse (d330)
- Sowie Hilfe und Unterstützung, mit anderen Kindern zu spielen (d8800)
- Weitere Hilfe ist im Bereich Lernen (d131) zu erwarten, dies stellt jedoch zurzeit keine Priorität der Eltern dar

Umwelt: Die Eltern benötigen Unterstützung in Richtung Gewissheit über die Diagnose. Diese Ungewissheit stellt für die Eltern eine leichte Barriere dar.

ACHTUNG KODES SIND NICHT ZWINGEND NOTWENDIG

Was wäre sonst noch sinnvoll in einem solchen ICF-basierten Förder- und Behandlungsplan?

0 Basisdaten

1. Beschreibung des Settings (warum, wo, mit wem, wann, womit)

2. Gesundheitsvorsorge inkl. Anamnese

3. Status Quo: ICF-basierte funktionale Beschreibung dessen, was beobachtet werden kann
Inkl. Ergebnisse objektiver Verfahren

4. Interpretation des Beobachteten vor dem Hintergrund alterstypischer Entwicklung bzw. Sozialisationsnormen inkl. Ressourcen und Stärken

5. Teilhabebeeinträchtigung und Hilfebedarf ICF)

6. Teilhabeziele (ICF-CY orientiert und die elterlichen Sorgen berücksichtigend)
+ relevante Körperstrukturen und Funktionen

7. Arbeitshypothesen

8. Smarte Zielformulierung

9. Empfohlene Dienste und notwendige Ressourcen

10. Konsens und volle Partizipation

11. Sonstiges

BIG 6
Der ICF

Deduktive Vorgangsweisen

Deduktive Herangehensweisen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie häufig von (vordefinierten) Itemauswahlen geprägt sind und mit individueller Information post hoc („gefüllt“) werden

In einigen Ländern kommen dabei Core-Sets oder Symptom-Listen zum Einsatz.

Beides (Coresets, Symptomlisten..) laufen dabei Gefahr, ein Kind potentiell auf seine „Diagnose“ zu reduzieren. Das ist nicht die ursprüngliche Idee der ICF.

Fachkräfte, die diese Vereinfachungen verwenden, sollten sich dieses Risikos bewusst sein.

Beispiel einer (gemischt) deduktiven Strategie (Hollenweger & Lienhard 2015
(vereinfacht))

Lebensbereich	.0	.1	.2	.3	.4	.8	Anmerkungen
d1 Lernen (zuschauen, zuhören..)							
d2 Allgemeine Aufgaben							
d3 Kommunikation							
d4 Mobilität							
d5 Selbstversorgung							
d6 Häusliches Leben							
d7 Interaktionen							
d8 Bedeutende Lebensbereiche							
d9 Gemeinschaftsleben							

Planungs- und Unterstützungsprozesse stellen im Regelfall ein „sinnvolles“ Narrativ gemeinsam mit den Eltern dar.

Förderziele sollen aus der Ist-Situation logisch ableitbar sein. Wenn etwas als Förderziel definiert wird, muss es vorher als Problem identifiziert werden.

D.h. jeder Aspekt eines Förder/Behandlungszieles sollte vorher im Narrativ (in der Ist-Situation) beschrieben sein.

Eltern/Personen mit einem Gesundheitsproblem wollen KEINE ICF CODE-LISTEN SEIN!

6) Teilhabeziele in Zusammenhang mit den Anliegen/Sorgen der Eltern bzw. der Gesundheitssorge

Die Eltern wünschen sich eine bestmögliche Förderung von Julia. Julia soll mit anderen Kindern spielen und sich sprachlich besser ausdrücken. Die Eltern hoffen, dass die Verdachtsdiagnose nicht zutrifft.

Teilhabeziele (in Übereinstimmung mit den Eltern)

- 1) Julia spielt in der KITA mit anderen Kindern (d8803)
- 2) Julia drückt sich in der KITA mittels Dreiwortsätzen aus und verwendet „ICH“ (d330)
- 3) Die Eltern wünschen sich Gewissheit über das Vorliegen der Verdachtsdiagnose (e5802) (=Umweltziel!!)

6a Achtung: Auch wenn wir TEILHABEZIELE formulieren, bedeutet das auch, dass wir KÖRPERSTRUKTUREN, FUNKTIONEN und eine UMWELT brauchen.

Mit den Teilhabezielen in Zusammenhang stehende Körperstrukturen und Funktionen

b11421: Orientierung zum eigenen Selbst

b1264: Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen

b167: Kognitiv sprachliche Funktionen

7. Arbeitshypothese(n): Beispiel

Zu beobachtende Stärke bzw Förderfaktor (e)	Strategien/Maßnahmen/Interventionen/Methoden, die als notwendig erachtet werden	Zu erwerbende Kompetenzen	Priorität (gemeinsam mit Eltern eingeschätzt)
Julia geht gerne in die KITA und beobachtet Kinder. Es gibt eine Kita	Wenn Julia Aktivitäten in einer überschaubaren Kleingruppe angeboten werden	Ist zu erwarten, dass es Julia gelingt, mit einzelnen Kindern in ein gemeinsames Spiel zu kommen.	1
Julia verwendet Zweiwortsätze, vor allem wenn es um ihr Lieblingsspielzeug geht	Wenn Julia für jede sprachliche Äußerung vom Team verstärkt wird,	Ist zu erwarten, dass sie sich ihr Wortschatz erhöht und auch das „ICH“ verwendet wird. (Teilhabeziel 2)	2
Die Eltern zeigen sich sehr interessiert und bemüht.	Wenn im Laufe des KITA Jahres verstärkt von Seiten des Teams auf die Frage des Vorliegens der Verdachtsdiagnose gelenkt wird und ASD spezifische Diagnostik durchgeführt wird	Ist zu erwarten, dass sich mehr Klarheit in Bezug auf die Diagnose ergibt. (Teilhabeziel 3 = Umweltziel)	3

Achtung Verwechslungsmöglichkeit!

Weder Teilhabeziele noch smarte Ziele sagen etwas darüber aus, WIE Sie diese (d.h. mittels welcher Methoden, Maßnahmen/Interventionen) erreichen.

Dieser Aspekt beruht ausschließlich auf Ihrer eigenen Fachlichkeit

- Als FrühförderIn, Ergotherapeutin,

Ziel ist es, dass z.B. in einem Team unterschiedliche Fachkräfte mittels ihrer spezifischen Methodiken an den gemeinsam formulierten Teilhabezielen arbeiten.

D.h. Es gibt keine spezifischen ergotherapeutischen, logopädischen, physiotherapeutischen oder Frühförderförderziele, sondern **ICF-basierte Teilhabeziele**, an denen Ergos, Physios, Logos und FrühförderInnen mit ihren jeweiligen (evidenzorientierten) Methodiken arbeiten.

Was heißt das konkret?

- 1) Teilhabeziel(e) (im besten Fall gemeinsam mit den Eltern/dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem) festlegen
- 2) Teilhabeziele sind das, was ein KIND am Ende des Förder/Behandlungsprozess an Teilhabeleistung erreicht (siehe Teil „d“ der ICF“)
- 3) Teilhabe und smarte Ziele werden somit im Regelfall aus der Sicht des Kindes formuliert
Teilhabeziele sollten (im Sinne der im Gesetz beschriebenen Teilhabebeeinträchtigung) als Partizipationsziel definiert sein
- 4) Teilhabeziele basieren auf jenen Kompetenzen/Fähigkeiten, die ein Kind/ein Mensch hat und jenen Förderfaktoren /Stärken/Ressourcen/Resilienzprozessen auf denen die gemeinsame Arbeit in Richtung zu erwerbender Kompetenzen aufgebaut werden kann.

Formulieren Sie Ziele partizipations- bzw. teilhabebezogen (siehe Bundesteilhabegesetz 2017). Im Gesetz geht es es um TEILHABEBEEINTRÄCHTIGUNGEN. Diese zeigen sich in den 9 Lebensbereichen der ICF!!

z.B. Mögliches Teilhabeziel: „Max richtet sich zuhause in den Armstütz auf.

Möglicher Zusatz, warum das wichtig ist für Max)

.....um damit seine Umwelt besser beobachten zu können und Gegenstände zu ergreifen“

Bedenken Sie, dass sowohl Ihre als auch die Gedächtnisleistung von Eltern in Bezug auf die Anzahl von Teilhabezielen BEGRENZT ist (nicht mehr als maximal 7, im Regelfall sind 3 bis 4 Teilhabeziele sinnvoll (Pretis 2019)

3.) Arbeitshypothesen im Rahmen des Förder- und Behandlungsplanes

Der Förder- und Behandlungsplan beruht auf Arbeitshypothesen, d.h. auf Annahmen.

Ich habe „evidenzbasiert“ (im besten Fall auf der Basis von wissenschaftlichen Studien, theoretischen Modellannahmen oder wenigstens auf der Basis von ExpertInnenmeinungen) eine IDEE/Vorstellung, WAS ich WIE (d.h. Mit welcher Methode/Maßnahme..) erreichen möchte.

Dies beruht im Rahmen empirisch-analytischen Wissenschaftsverständnisses im besten Fall auf einer WENN-DANN-Hypothese

Welchen Vorteil hat das?

Ich kann mich als Fachkraft auf wissenschaftlich anerkannte MODELLE berufen (d.h. das ist nicht WILLKÜRLICH)

Eine Hypothese ist eine ANNAHME über die Wirklichkeit, wenn notwendige RAHMENBEDINGUNGEN nicht zutreffen, mag die Hypothese auch VERWORFEN werden.

Hypothesen können in der REGEL EMPIRISCH belegt werden (falsifiziert oder verifiziert)

HYPOTHESEN sind ZIELORIENTIERT (das entspricht dem Arbeitsaufträge präventiver Services)

8) SMARTE Förderziele (Beispiele)

Teilhabeziele	SMARTES ZIEL 1	SMARTES ZIEL 2	SMARTES ZIEL 3
1 Spielen gemeinsam mit anderen Kindern	Bis Monat 3/Bis Dezember beobachtet Julia das Spiel anderer Kinder über 4 Minuten.	Bis Monat 6 beschäftigt sich Julia neben ihrer Freundin auch mit einem anderen Fördermaterial	Bis Monat 9 tauscht Julia in einem täglichen Spiel mit einem anderen Kind Materialien oder Information aus.
2 Sich verständigen durch Sprache	Bis Monat 3 verwendet Julia mindestens 3x am Tag in der KITA Zweiwortsätze, wenn sie etwas anderes will	Bis Monat 6 steigt der Wortschatz Julias auf 12 Wörter	Bis Monat 9 verwendet Julia täglich mindestens einen 3 Wort Satz in der KITA
3 Gewissheit über Diagnose erhalten)	Bis Monat 3 wird Julia in verschiedenen Situationen gefilmt und die Aufnahmen mindestens 1x im Team besprochen	Bis Monat 6 wird ein 2. diagnostisches Verfahren in Richtung ASD durchgeführt	Bis Monat 9 erfolgen mindestens 6 gemeinsame Gespräche mit den Eltern

4.) SMARTE Zielformulierung?

S = SPEZIFISCH (im Gegensatz zu „global“) oder auch Selbstbestimmt

M = MESSBAR (im Gegensatz zu nicht-quantifizierbar) im Sinne von Etappenzielen

A = AKZEPTABEL; ATTRAKTIV, Aktivierend (=persönlich bedeutsam)

R = Realistisch

T = Terminisierbar

Warum SMARTE ZIELE?

Unser pädagogisch-therapeutisches TUN sollte im Regelfall nicht zufallsbestimmt sein, sondern absichtsvoll und zielorientiert.

Als Fachkräfte wird von uns (im Regelfall) erwartet, dass wir über Modelle und Wissen verfügen, wie wir diese absichtsvollen Ziele erreichen

Von uns als Fachkräften wird (im Regelfall) erwartet, dass wir vorhersagen können, ob bzw. wie wir diese Ziele erreichen

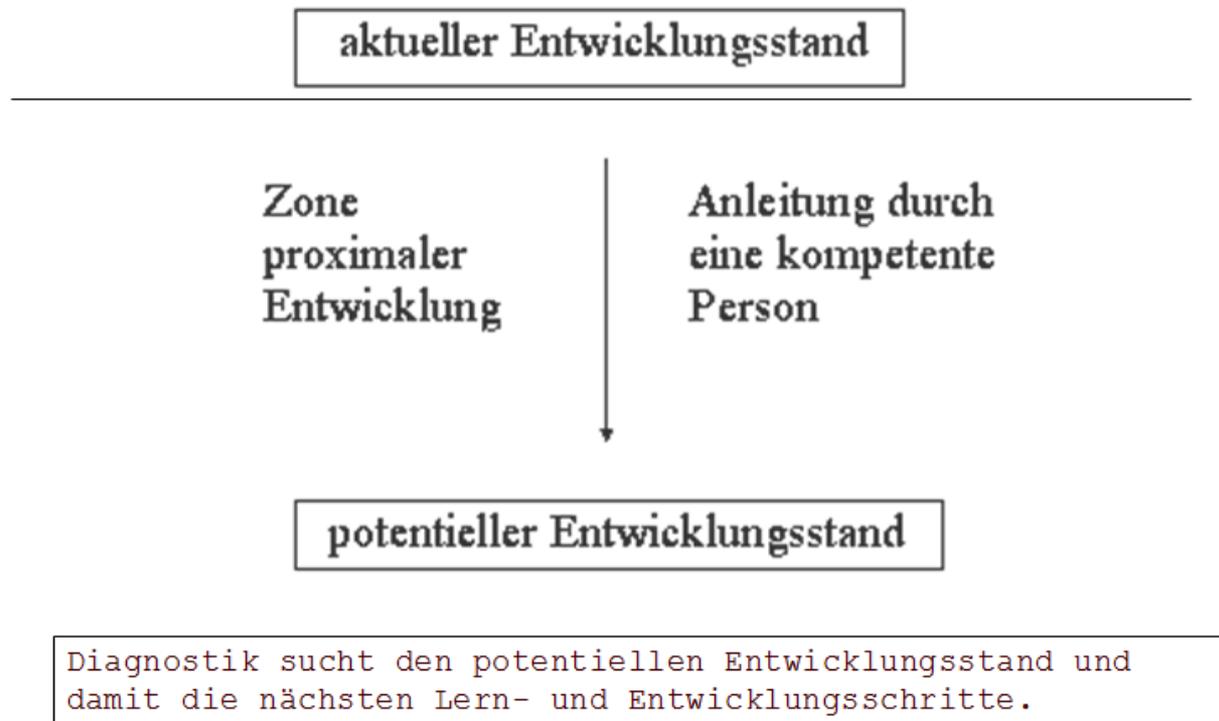
Aufgrund gesetzlicher Aufträge (Prävention von Behinderung, Steigerung der Teilhabe..) wird von uns Fachkräften im Regelfall erwartet, DASS wir diese Ziele auch erreichen, da wir im Regelfall dafür REMUNERIERT (d.h. Dafür) bezahlt werden.

Was irritiert uns dabei?

Das Beschreiben SMARTER Förderziele allein sagt uns nichts darüber aus, WIE wir diese Ziele erreichen

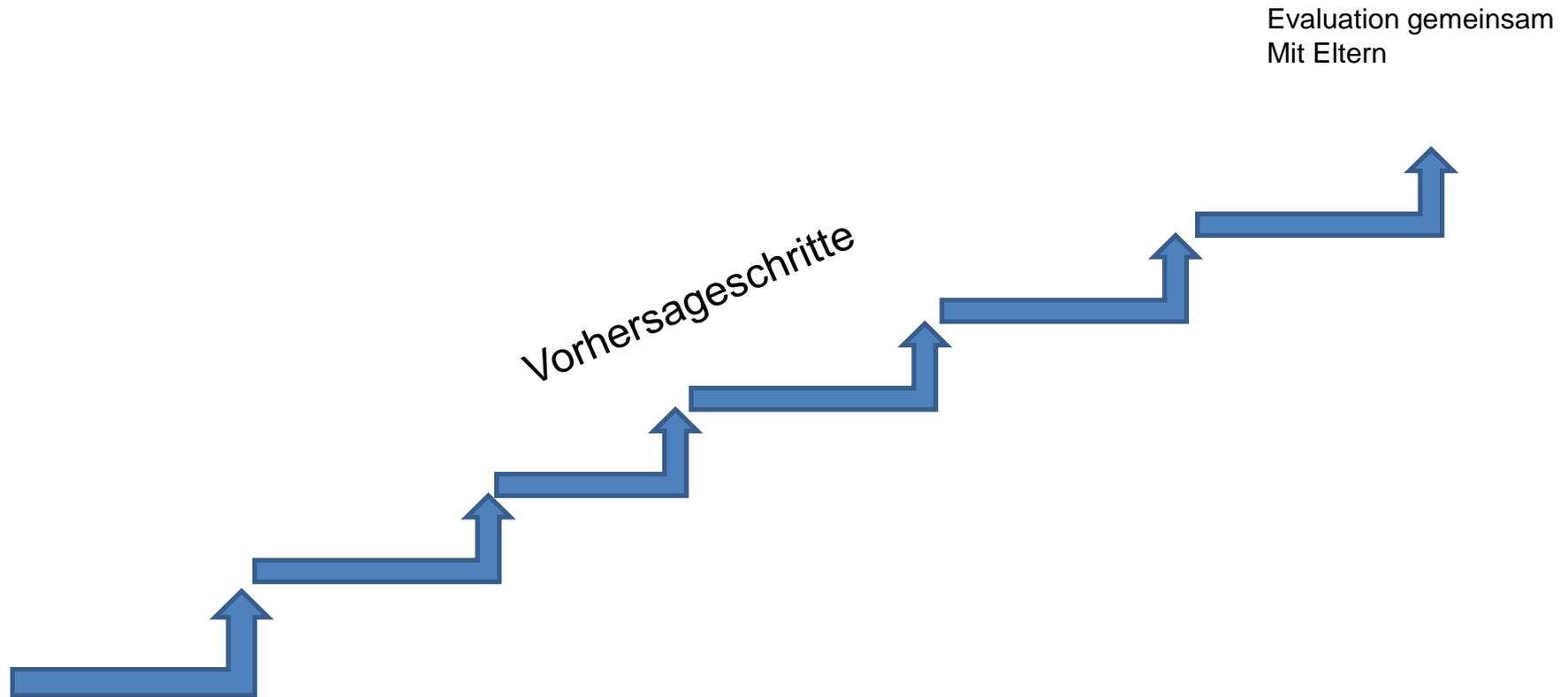
Dazu benötigen wir unserer fachlichen Arbeitshypothesen und die daraus ableitbaren (meist) berufsspezifische) Maßnahmen /Strategien/Methoden

Was braucht es, um smarte Ziele zu formulieren?
Z.B. Modelldarstellung der „Zone der nächsten Entwicklung“
(Nach Vygotski)



Was braucht es dazu?

Ein zeitliches Vorhersagemodell der Entwicklung des Kindes bzw. von Familiendynamik



Baseline in der Förderdiagnostik

9) Empfohlene Leistung(en) und notwendige Ressourcen am Beispiel Julias

Leistung: Komplexleistung Frühförderung

Personelle Ressourcen

- 1x wöchentliche „Einheit“ der Frühförderin in der KITA, inklusiv in der Kleingruppe gemeinsam mit anderen typisch entwickelten Kindern
- 14 tägige Betreuung durch Logopädin der Frühförderstelle, inklusiv in einer Kleingruppe in der KITA
- 1x/Monat psychologische Begleitung der Eltern. Als Voraussetzung gilt das Erscheinen der Eltern zu vereinbarten Terminen

Materielle Ressourcen

- Vorhandensein einer Videokamera (inklusive Einverständniserklärung der Eltern bzw. gegebenenfalls anderer Eltern!)
- Vorhandensein des entsprechenden Diagnostikmaterials (ADOS-Test)
- Vorhandensein sprachförderlichen Fördermaterials
- Vorhandensein eines Raumes zur Durchführung der inklusiven Förderung

Beitrag der Eltern: Erscheinen bei Elterngesprächen, fragen nach...

10) Unterschrift/Konsens

Die Eltern sind Teil des „Teams um die Familie“

„Nichts mit mir (mit meinem Kind) ohne mich (ohne meine Zustimmung bzw. ohne dass ich es als Elternteil verstehe)“

(Aussage eines Elternvertreters, Brüssel, Agency Meeting, 14.11.2006)

Gewährleistung der vollen Teilhabe der Eltern
-> Unterschrift der Eltern und der Fachkräfte

11) Weitere Vereinbarungen

- Wann und wo beginnt die Förderung?
- Wer soll über die Förderung (im Einverständnis der Eltern informiert werden): Hausarzt, Kinderarzt...
-

Dokumentationsaktivitäten umfassen im Regelfall

- Eigene Vorbereitungsaktivitäten (sollten auch dokumentiert werden als Qualitätsnachweis)
- Nachbereitung der durchgeführten Einheiten
- Wieviel Zeit hier vom Leistungserbringer/träger zur Verfügung gestellt wird, ist sehr unterschiedlich. Generell ist jedoch (vergleichbar mit anderen Berufsgruppen) davon auszugehen, dass
- Nachbereitsarbeiten sehr rasch erfolgen (Zweitrahmen 10-15 Min)
- Vorbereitungsarbeiten stark von der Berufserfahrung abhängen.

Dokumentationsaktivitäten sollten KAUSAL mit den Teilhabezielen zusammenhängen.

D.h. Die Dokumentation sollten den ICF-basierten Teilhabezielen folgen:

Dokumentation nach einzelnen Teilhabezielen

Karl X

Teilhabeziel-1.....

¶

Fördereinheiten

Werra	Vorbereitung	Durchführung						Nachbereitung
		wann	Smartes Ziel in dieser Periode	Konkrete Aktivität(en)	Strategie/Maßnahme/Intervention	Evaluation	Sonstiges	

¶

¶

¶

O Smartes Ziel: erreicht.....

Option: Datum oder Goal-Attainment Scale

¶

O Partizipationsziel erreicht

Dokumentation über verschiedene Teilhabeziele hinweg

¶
Karl: X¶

¶
Fördereinheiten¶

□	Vorbereitung□	Durchführung¶							Nachbereitung□
Werra□	□	wann□	Partizipationsziel□	Smartes Ziel in dieser Periode□	Konkrete Aktivität(en)□	Strategie/Maßnahme/Intervention□	Evaluation□	Sonstiges□	□
□	□	3.9.¶	1□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	2□	□	□	□	□	□	□
□	□		2□	□	□	□	□	□	□
□	□	4.9□	3□	□	□	□	□	□	□
□	□	5.9.□	1□	□	□	□	□	□	□
□	□	6.9.□	3□	□	□	□	□	□	□
□	□		2□	□	□	□	□	□	□

¶
¶
¶
Smartes Ziel: erreicht: betrifft: Partizipationsziel¶

Option: Datum oder Goal-Attainment Scale¶

¶
¶
Partizipationsziel: erreicht¶

¶

Zusammenfassung – Take Home Message

Die ICF kann eine Rahmenstruktur der Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes darstellen, in den alle Berufsgruppen ihre Beobachtungen den jeweiligen Gesundheitskomponenten zuordnen.

Es entsteht ein gemeinsames transdisziplinäres Dokument

Dieses Dokument unterscheidet zwischen Beobachtung, Bewertung und Definition des Hilfebedarfs (dieser ist KEIN SERVICEBEDARF)

Aus dem Hilfebedarf lassen sich Teilhabeziele ableiten

Diese können in SMARTER ZIELE übersetzt werden

Daraus ergibt sich – unter Berücksichtigung der Umwelt – ein Dienstleistungsbedarf

Die Dokumentation der Förderinheiten erfolgt auf der Logik der Teilhabeziele.

Besuchen Sie auch unser Erasmus+ Projekt

www.icf-school.eu

Ziel ist es, die ICF als Beschreibungsinstrument und Metasprache für alle an Schulprozessen Beteiligte (Kinder mit einem Gesundheitsproblem, Eltern, Fachkräfte, SchulpsychologInnen...) zugänglich zu machen.

Dies erfolgt durch

- a) Für die Schule passgenaue Fortbildungsmaterialien
- b) Eine für Eltern zugängliche familienfreundliche Version der ICF
- c) ICF basierte Selbsteinschätzungstools für Schulkinder selbst
- d) Linkage Tools für PsychologInnen in der Schule, um Testergebnisse mit ICF Codes und WHO-Beurteilungsmerkmalen zu verbinden.

Literatur

Bühler, S., Frommelt, P (2005). ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. Verband deutscher Rentenversicherer (Hrsg)., Internetausgabe des Tagungsbandes zum 14. rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 90. Frankfurt

Kolip, P. (2011). Leitfaden Zielerreichungsskalen. Universität Bremen.
(https://www.lzg.gc.nrw.de/media/pdf/evaluationstools/leitfaden_gas_endversion.pdf)

Richiger-Näf, B. (2008) Der Zyklus sonderpädagogischer Förderprozesse. In: B. Richiger-Näf (Hrsg.), Das Mögliche ermöglichen, 11-31. Bern: Haupt

Pretis, M. (2014). ICF-basiertes Arbeiten in der Frühförderung. München: Reinhardt

Pretis, M.; Sixt-Kopp, S., Mechtl, R. (2019). ICF in der Schule. München: Reinhardt

Vygotskij, L. S. (1932-34/2005). Das Problem der Altersstufen. In: Ausgewählte Schriften (S. 53-90). Band 2. Herausgegeben von J. Lompscher. Berlin: Lehmann

Internetseite: www.icf-school.eu

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

