



**Heike Philippi  
Rolf Mayer**  
(Hrsg.)

# **ICF-Praxislehrbuch – Neue Standards in der Versorgung chronisch kranker Kinder**

Chronisch krank und gefühlt gesund



# **ICF-Praxislehrbuch – Neue Standards in der Versorgung chronisch kranker Kinder**

# **ICF-Praxislehrbuch – Neue Standards in der Versorgung chronisch kranker Kinder**

Heike Philippi, Rolf Mayer (Hrsg.)

Programmbereich Medizin

**Heike Philippi**  
**Rolf Mayer**  
(Hrsg.)

# **ICF-Praxislehrbuch – Neue Standards in der Versorgung chronisch kranker Kinder**

Chronisch krank und gefühlt gesund

Unter Mitarbeit von Barbara Guthy



**PD Dr. med. Heike Philippi**  
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)  
Theobald-Christ-Straße 16  
60316 Frankfurt  
E-Mail: Heike.Philippi@vae-ev.de

**Rolf Mayer**  
Frankfurter Landstraße 5a  
61352 Bad Homburg  
E-Mail: rolf.d.mayer@web.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Authorized translation from the English language edition, entitled INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT, 9th edition by Roy L. Alson and Kye H., Han, John E. Campbell published by Pearson Education, Inc. publishing as Prentice Hall, Copyright © 2020 Pearson Education, Inc. All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or by any storage retrieval system, without permission from Pearson Education Inc.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Medizin  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Susanne Ristea  
Redaktionelle Bearbeitung: Elisabeth Dominik, Allendorf  
Grafik: Angelika Kramer, Stuttgart  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2024  
© 2024 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96168-2)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-76168-8)  
ISBN 978-3-456-86168-5  
<https://doi.org/10.1024/86168-000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Geleitwort</b> . . . . .	11
<i>Heidrun M. Thaiss</i>	
<b>2. Geleitwort</b> . . . . .	13
<i>Kai Bosch</i>	
<b>1 Einleitung</b> . . . . .	15
1.1 Warum dieses Buch? . . . . .	15
1.1.1 Intention . . . . .	15
1.1.2 Hürden bei der Anwendung der ICF . . . . .	16
1.2 Wie funktioniert dieses Buch? . . . . .	20
1.2.1 Rezepte für die ICF-Praxis . . . . .	20
1.2.2 Das Buch als Navigationshilfe . . . . .	20
1.3 Für wen funktioniert dieses Buch? . . . . .	22
<hr/>	
<b>Teil I: Grundsätzliche Konzepte</b> . . . . .	23
<b>2 Grundlegende Konzepte</b> . . . . .	25
2.1 Überblick . . . . .	25
2.2 Qualitätsmanagement . . . . .	29
2.2.1 Einleitung . . . . .	29
2.2.2 Alltagsroutinen und Qualitätssicherung . . . . .	29
2.2.3 ICF zur Qualitätssicherung . . . . .	29
2.2.4 Standards für QM-Systeme . . . . .	29
2.2.5 QM – muss das wirklich sein? . . . . .	30
2.2.6 Verantwortung und QM . . . . .	30
2.2.7 Qualitätsmerkmale . . . . .	34
2.3 Berufsethische Leitlinien . . . . .	39
2.4 Teilhabekonzept . . . . .	41
2.5 ICF-Konzept . . . . .	43
2.5.1 Einleitung . . . . .	43
2.5.2 Das Klassifikationssystem ICF . . . . .	43
2.5.3 Funktionale Gesundheit . . . . .	50
2.5.4 Anwendungsbereiche der ICF . . . . .	51

2.6	Motivation und Gesprächsführung . . . . .	52
	<i>Barbara Guthy</i>	

---

<b>Teil II: Anwendung des teilhabeorientierten Arbeitens nach ICF</b> . . . . .	<b>59</b>
---	-----------

<b>3</b>	<b>Best Practice Modell (BPM): Voraussetzungen</b> . . . . .	<b>63</b>
3.1	Erste Voraussetzung (1 im BPM) Schritt 1: Teilhabe verstehen, Rollen- und Perspektivwechsel nachvollziehen . . . . .	66
3.1.1	Dimensionen von Teilhabe . . . . .	66
3.1.2	Persönliche Verortung zur teilhabeorientierten Versorgung . . . . .	68
3.1.3	Persönliche Verortung zum Rollenverständnis . . . . .	70
3.1.4	Persönliche Verortung zum Thema Perspektivenvielfalt . . . . .	74
3.2	Zweite Voraussetzung (2 im BPM) Schritt 2: Teilhabebedarfsermittlung verstehen . . . . .	75
3.2.1	Wichtige Begriffe . . . . .	75
3.2.2	Teilhabebedarf ermitteln . . . . .	78
3.2.3	Teilhabeerhebung . . . . .	85
3.2.4	Die 9 Lebensbereiche der ICF . . . . .	86
3.3	Dritte Voraussetzung (3 im BPM) Schritt 3: Interdisziplinarität gestalten . . . . .	97
3.3.1	Interdisziplinarität – eine Notwendigkeit . . . . .	97
3.3.2	Verschiedene Disziplinen – verschiedene „Sprachen“ . . . . .	97
3.3.3	Status quo der Teilhabeorientierung . . . . .	99
3.3.4	ICF als gemeinsame Sprache . . . . .	102
3.3.5	Gesellschaftliche Rahmenbedingungen . . . . .	106
3.4	Vierte Voraussetzung (4 im BPM) Schritt 4: Das ICF-Konzept verstehen . . . . .	110
3.4.1	Warum hat die WHO die ICF erfunden? . . . . .	110
3.4.2	Wann gilt ein Mensch als behindert? . . . . .	113
3.4.3	Funktionale Gesundheit . . . . .	115
3.4.4	Grammatik der ICF . . . . .	117
3.4.5	Vokabular der ICF . . . . .	128
<b>4</b>	<b>Best Practice Modell (BPM): Anwendungspraxis</b> . . . . .	<b>131</b>
4.1	Anwendung Schritt 1 + 2 im BPM: Anliegen/Themen klären und Alltagssituation nach ICF beschreiben . . . . .	134
4.1.1	Beschreibung . . . . .	134
4.1.2	Anforderungen und Qualitätsmerkmale . . . . .	135
4.1.3	Formale Umsetzung . . . . .	136
4.1.4	Konkretes Vorgehen . . . . .	137
4.1.5	Gesprächsführung: Grundhaltung und Fragetypen . . . . .	142
	<i>Barbara Guthy</i>	
4.1.6	Stolpersteine . . . . .	144
4.1.7	Abgleich Qualitätsmerkmale und Praxis . . . . .	152
4.1.8	Beispiele . . . . .	153
4.1.9	Anwendungsmaterialien und Dokumente . . . . .	156
4.1.10	Übungsaufgaben . . . . .	156

4.2	Anwendung Schritt 3 im BPM: Teilhabebedarf/Aktivitätskompetenzen erfassen	158
4.2.1	Beschreibung	158
4.2.2	Anforderungen und Qualitätsmerkmale	158
4.2.3	Formale Umsetzung	159
4.2.4	Konkretes Vorgehen	161
4.2.5	Gesprächsführung: Guiding <i>Barbara Guthy</i>	164
4.2.6	Stolpersteine	166
4.2.7	Abgleich Qualitätsmerkmale und Praxis	166
4.2.8	Beispiele	168
4.2.9	Anwendungsmaterialien und Dokumente	169
4.2.10	Übungsaufgaben	169
4.3	Anwendung Schritt 4 im BPM: ICF-Profil erstellen und Ressourcen ermitteln	171
4.3.1	Beschreibung	171
4.3.2	Anforderungen und Qualitätsmerkmale	172
4.3.3	Formale Umsetzung	172
4.3.4	Konkretes Vorgehen	175
4.3.5	Gesprächsführung: World Cafés <i>Barbara Guthy</i>	177
4.3.6	Stolpersteine	178
4.3.7	Abgleich Qualitätsmerkmale und Praxis	179
4.3.8	Beispiele	180
4.3.9	Anwendungsmaterialien und Dokumente	182
4.3.10	Übungsaufgaben	183
4.4	Anwendung Schritt 5 im BPM: Teilhabeziele formulieren	184
4.4.1	Beschreibung	184
4.4.2	Anforderungen und Qualitätsmerkmale	185
4.4.3	Formale Umsetzung	187
4.4.4	Konkretes Vorgehen	187
4.4.5	Gesprächsführung: Geschmeidiger Umgang mit Widerstand <i>Barbara Guthy</i>	193
4.4.6	Stolpersteine	197
4.4.7	Abgleich Qualitätsmerkmale und Praxis	200
4.4.8	Beispiele	201
4.4.9	Anwendungsmaterialien und Dokumente	202
4.4.10	Übungsaufgaben	203
4.5	Anwendung Schritt 6, 7 und 8 im BPM: Maßnahmen verabreden, Handlungsplan erstellen und Umsetzung begleiten	205
4.5.1	Beschreibung	205
4.5.2	Anforderungen und Qualitätsmerkmale	206
4.5.3	Formale Umsetzung	207
4.5.4	Konkretes Vorgehen	209
4.5.5	Gesprächsführung: Change Talk und Confidence Talk <i>Barbara Guthy</i>	213

4.5.6	Stolpersteine . . . . .	217
4.5.7	Abgleich Qualitätsmerkmale und Praxis . . . . .	220
4.5.8	Beispiele . . . . .	222
4.5.9	Anwendungsmaterialien und Dokumente . . . . .	224
4.5.10	Übungsaufgaben . . . . .	224
<hr/>		
<b>Teil III: Querschnittskompetenzen . . . . .</b>		<b>227</b>
<b>5</b>	<b>Codieren und dokumentieren . . . . .</b>	<b>229</b>
5.1	Notwendigkeit oder freudvolles Gestalten? . . . . .	229
5.2	Wozu codieren und dokumentieren? . . . . .	231
5.3	Für wen codieren und dokumentieren? . . . . .	233
5.4	Was codieren und dokumentieren? . . . . .	236
5.5	Wie codieren und dokumentieren? . . . . .	237
5.6	Praktische Tools . . . . .	237
5.6.1	Protokollierungsschema TAZ WI HaPla-Schema . . . . .	237
5.6.2	ICF-CY-Web-App . . . . .	238
5.6.3	ICF-Textbausteine . . . . .	238
5.6.4	Karteikarteneintrag . . . . .	242
5.6.5	Flipchart oder Magnettafel . . . . .	244
5.6.6	Dokumentationsvorlagen . . . . .	244
5.7	Kommentierte Beispiele aus dem SPZ . . . . .	249
<b>6</b>	<b>Gesprächsführung . . . . .</b>	<b>254</b>
	<i>Barbara Guthy</i>	
6.1	Auswahl des Gesprächsführungskonzeptes . . . . .	254
6.2	Motivational Interviewing . . . . .	256
6.2.1	Definition . . . . .	256
6.2.2	Stadien der Veränderung . . . . .	257
6.2.3	Konzept für anspruchsvolle Gespräche . . . . .	259
6.2.4	Haltung und Menschenbild bei MI . . . . .	260
6.2.5	Unsere Rolle reflektieren . . . . .	261
6.2.6	Motivation und Ambivalenz . . . . .	261
6.2.7	Prozessphasen im „MI“-Gespräch . . . . .	262
6.2.8	Methoden bei MI . . . . .	265
6.2.9	Kurzintervention . . . . .	271
6.2.10	Gesprächsführung bei Mehr-Augen-Gesprächen . . . . .	273

<b>Teil IV: Lernen &amp; Implementieren</b> . . . . .	277
<b>7 Lernen &amp; Implementieren für Anwendende</b> . . . . .	279
7.1 Erwerb von Wissen und Fähigkeiten planen . . . . .	279
7.2 Wissen allein reicht nicht . . . . .	282
7.3 PART-CHILD-Studie . . . . .	284
7.3.1 Intention der PART-CHILD-Studie . . . . .	284
7.3.2 Best Practice Modell der PART-CHILD-Studie . . . . .	286
7.3.3 Konzept zukünftiger Schulungen . . . . .	287
7.3.4 „Kochrezepte“ für Einsteiger . . . . .	288
<b>8 Lernen &amp; Implementieren in der Organisationsstruktur</b> . . . . .	289
8.1 Leitungsebene . . . . .	289
8.2 Geschäftsführungsebene . . . . .	291
8.3 Finanzierende und politisch Verantwortliche . . . . .	293
8.3.1 Eingliederungshilfe . . . . .	293
8.3.2 Gesetzliche Krankenversicherung . . . . .	293
8.3.3 Politik . . . . .	295
<b>9 Lernen für Eltern und Kinder</b> . . . . .	297
<hr/>	
<b>Teil V: Anhang</b> . . . . .	299
<b>Literatur</b> . . . . .	301
<b>Weiterführende Literatur</b> . . . . .	304
<b>Glossar</b> . . . . .	305
<b>Über die Autoren</b> . . . . .	312
<b>Danksagung</b> . . . . .	313
<b>Danksagung an wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des PART-CHILD-Projekts und ICF-Praxisteams</b> . . . . .	315
<b>Sachwortverzeichnis</b> . . . . .	319
<b>Hinweise zu Zusatzmaterialien</b> . . . . .	333



# 1. Geleitwort

Als die Bitte zur Erstellung eines Geleitworts zu diesem Band während der DGSPJ-Klausurtagung in Erfurt Ende Januar 2023 erstmals an mich herangetragen wurde, war ich zunächst erheblich irritiert. „Weshalb braucht es einen Leitfadens zur Anwendung der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, von der WHO 2001 verabschiedet)?“ Denn ich erinnerte mich sehr gut, bereits 13 Jahre vorher beim Kongress des BVÖGD (Berufsverband des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) in Berlin mit meiner Kollegin Dr. Susanne Stronski-Huwiler, damals schon langjährige Leiterin des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich und ausgewiesene Public Health-Expertin, in lebhaftem Austausch über Vorteile, aber auch Hürden in der Anwendung der ICF-CY in Ergänzung zu der damaligen ICD-10 (nicht nur als Kodierungsmodell) gewesen zu sein. Beide hatten wir praktische Erfahrung bei der Erstellung von Gutachten der Eingliederungshilfe, der Frühförderung und der Sonderpädagogik im KJGD (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter). So ging ich selbstverständlich davon aus, dass sich in den Jahren meiner dann folgenden eher theoretischen Tätigkeiten im Sozialministerium in Schleswig-Holstein wie auch als Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die ICF längst in der praktischen Anwendung vollumfänglich etabliert hätte.

Die spannende Lektüre des nun vorliegenden Leitfadens belehrte mich eines Besseren. Obwohl von zukunftsweisendem Vorteil und ebenfalls längst von allgemeiner Gültigkeit, stellt das Arbeiten in interdisziplinären Teams

bei der Diagnostik und der Erstellung von Therapieplänen für Kinder und Jugendliche mit chronischer Krankheit oder Behinderung gerade bei der Anwendung der ICF offensichtlich nicht selten eine Hürde dar. Wir wissen zu genau, dass oftmals die Kommunikation der Systeme von Medizin, Psychologie, Sozial- und Heilpädagogik, Jugend- und Sozialhilfe erschwert ist, da neben der jeweils unterschiedlichen systemischen „Kultur“ auch nicht immer eine gemeinsame Sprache gesprochen wird, obwohl das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten und deren Familien sowie des sozialen und Bildungsumfelds und deren unterstützende Ressourcen für alle Professionen im biopsychosozialen Modell im Mittelpunkt stehen (sollten). Und dies war wohl nicht die einzige Hürde für eine rasche Implementierung.

Oberstes Ziel jeglichen (inter)professionellen Arbeitens in der Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher sind Teilhabe, aber mehr und mehr auch Qualitätssicherung, und das nicht nur für die partizipative Arbeit mit dem Patienten/der Patientin und dessen/deren Umfeld, sondern auch der Einrichtung. Das Instrument der ICF kann auf dem Weg dahin für alle Beteiligten ein unumgängliches Schlüsseltool sein, oder wie das Autorenduo schreibt, „die Navigationshilfe“.

Neben einer theoretischen Einführung in die zugrunde liegenden Konzepte (von ICF, Teilhabe, Qualitätsmanagement, Berufsethos) werden die Klassifikationssysteme genauso ausführlich dargestellt wie in Form eines „Kochbuchs“ die Schritt-für-Schritt-Anwendung in der theoriegeleiteten Praxis. Dabei wird sehr detailliert un-

terschieden zwischen den jeweiligen Voraussetzungen und der Anwendungspraxis unter Aufzeigen der jeweiligen Hürden. Dem Codieren und Dokumentieren wird ein eigenes Kapitel gewidmet genauso wie dem Gesprächsführungskonzept des Motivational Interviewing- wichtige Voraussetzung für die gelingende zielgruppenspezifische Kommunikation.

Dabei bleibt die Vermittlung dieser Kompetenzen trotz aller Fundiertheit und Seriosität nicht staubig-trocken, sondern wird gewürzt (ganz im Sinne der „Kochprofis“) mit Originaltönen aus Interviews der PART CHILD-Studie, was die „Speisen noch deutlich schmackhafter macht“.

Im Blick bleibt dabei aber immer der Nutzen für die Anwenderinnen und Anwender, unabhängig von Herkunft, Profession oder Einrichtung. Dass dem Autorenduo dabei die ange-

strebte Partizipation und Teilhabe der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern nicht aus dem Blickfeld gerät, ist in jedem Kapitel deutlich zu spüren.

So bleibt mir neben der Empfehlung dieses „multi-professionellen Kochbuchs“ zum Schluss der Wunsch, dass die „Köchinnen und Köche“ bei der Anwendung der ICF- Zutaten mehr und mehr Erfahrung gewinnen, aber auch Spaß haben mögen, sodass die Produkte im Ergebnis nicht nur den „Köchinnen und Köchen“ selbst, sondern vor allem den „Empfängern“ munden und zu ihrem Wohlbefinden beitragen mögen!

*Prof. Dr. med. Heidrun M. Thaiss*

Präsidentin der Dt. Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin DGSPJ

## 2. Geleitwort

**„Ich möchte nicht teilnehmen, ich möchte teilhaben.“**

Meinen ersten Diskobesuch werde ich nie vergessen:

Engelsgleich schwebte eine junge hübsche Frau auf der Tanzfläche auf mich zu und fragte: „Brauchst du Hilfe? Hast du Epilepsie? Soll ich einen Krankenwagen rufen?“ Ich stotterte: „Nein. Ich t-t-tanze immer s-so!“ „Ach toll, dass die Behindertenwerkstätten einen Ausflug in die Disco unternehmen.“

Die meisten Menschen machen sich ein Bild von mir, obwohl sie nichts von mir wissen. Sie wissen nicht, wer ich bin, wo ich herkomme, was ich denke, was mich antreibt. Bevor sie das erste Mal etwas über meine Einstellungen, meine Motive und mich erfahren haben, haben sie mich gesehen. Und der optische Sinn ist stark.

Auch bei Ärzt:innen und Therapeut:innen ist das oft so. Leider. Mich hat es als Heranwachsender gestört, dass die behandelnden Personen aufgrund meiner Tetraspastik nur mit meinen Eltern sprachen, so, als wäre ich nicht im Raum. Mich hat es gestört, wenn sie über mich gesprochen haben und nicht mit mir. Mich hat es gestört, dass sie mich nicht ernst genommen haben und mir das Gespräch scheinbar nicht zugehört haben.

Auch heute noch nehmen mich viele Gesprächspartner\*innen erstmal nicht ernst. Erst, wenn ich fallen lasse, dass ich ein Studium, inklusive Abschluss absolviert habe, entwickelt sich ein Gespräch auf Augenhöhe. Als ob der Grad der Bildung der einzige Indikator für Eloquenz wäre – Geschweige denn von dem Recht auf ein faires Gespräch. Keineswegs möchte ich Mitleid, oder eine Bevorzugung. Worauf ich hingegen bestehe, ist eine faire Chance. Ich möchte als Mensch mit tausenden Merkmalen

wahrgenommen werden, von denen die Behinderung lediglich eines ist. Dieses wird aber häufig in den Vordergrund gerückt: In den Vordergrund von Betrachtungen meiner Person, in den Vordergrund von Gesprächen, in den Vordergrund von Leistungen.

„Nichts über uns ohne uns“ ist eine zentrale Forderung auf dem Gebiet der Teilhabe. Er lässt sich auch hervorragend auf persönliche Gespräche und Beratungen anwenden, finde ich.

Ich liebe Sprache, ich habe Spaß am Formulieren, ich schreibe gerne, ich lese gerne, ich habe in jeder freien Minute Musik auf den Ohren. Vielleicht kommt nun der Gedanke auf: Wie kann einer, der nicht richtig sprechen kann, Sprache lieben? Aber ich lege noch einen drauf: ich stehe auf Bühnen. Freiwillig. Mal als Comedian, mal als Speaker. Als Inklusionsbotschafter setze ich mich für den Abbau gesellschaftlicher Vorurteile und einen respektvollen Umgang ein.

Viele Menschen denken, um am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, wäre ich abhängig von anderen. Ja, ich bin abhängig, denn ich hänge oft ab. Am liebsten mit anderen.

Aber ich möchte nicht nur am Leben teilnehmen, sondern teilhaben. Denn: wenn ich bereits habe, muss ich nicht mehr nehmen.

Viel Freude an den Inhalten dieses wichtigen Buchs. Bitte beherzigen sie diese, sodass möglichst alle Kinder teilhaben können.

*Kai Bosch*

Comedian, Autor, Inklusionsbotschafter

<https://www.kaibosch.de/>

<https://www.youtube.com/watch?v=XzPor2FV84U&t=1s>





# 1 Einleitung

## 1.1 Warum dieses Buch?

### 1.1.1 Intention

Die Idee zu diesem Buch ist vor einigen Jahren nach einer Vielzahl von ICF-Schulungen, die uns für die Vermittlung der ICF (siehe Glossar im Anhang) als wertvolles Instrument für die Teilhabeförderung wichtig waren, entstanden. Trotz unserer gut aufbereiteten Materialien, Übungen und Vorträge und durchweg positiven Rückmeldungen der Teilnehmer:innen, insbesondere während des Versorgungsforschungsprojekts PART-CHILD (Kap. 7.3), fiel uns auf, dass sich doch alle letztlich immer noch schwer taten, die geschulten Inhalte in die berufliche Praxis zu überführen.

Ein eindrückliches Beispiel hierfür war eine zweitägige Schulung eines hoch motivierten interdisziplinären SPZ-Teams (Sozialpädiatrisches Zentrum) in einer süddeutschen Universitätsstadt, dessen Mitglieder die Schulungsinhalte intensiv und mit Schwung bearbeiteten, sie in guter, kollegialer und sehr wertschätzender Atmosphäre angeregt diskutierten, aber in der morgendlichen Feedbackrunde des zweiten Tages vor allem über die Kopfschmerzen nach dem Ende des ersten Tages berichteten. Diese Rückmeldung der kollektiven Kopfschmerzen hat alle erleichtert, da bis dahin jedes Team-Mitglied dachte, nur ihm sei es so ergangen, trotz großer Anstrengung das Gefühl zu haben, mit dem Verstehen der ICF nicht wirklich weitergekommen zu sein.

Auch uns, den Dozent:innen der ICF-Schulungen, hatte der Umgang der ICF in der be-

ruflischen Praxis und in der Entwicklung von Schulungsveranstaltungen immer wieder Kopfzerbrechen bereitet. Deshalb hatten wir das Konzept der ICF und ihrer Anwendung in eine Vielzahl ansprechender grafischer Darstellungen, ICF-Schlüsselwortlisten und Praxisbeispiele übersetzt, die die Grundlage der praxisorientierten Seminare bildeten. Wir wussten aus eigener Erfahrung, dass mit der Schulung der WHO-Materialien für die Praxis kein Blumentopf zu gewinnen war. Auch fanden wir in der ICF-Literatur keine Publikationen, die die Komplexität der ICF und ihrer Praxisanwendung umfassend, anschaulich und leicht zugänglich darstellen. Um beim Verständnis der ICF und ihrer Anwendung im Rahmen einer guten Teilhabeförderung weiterzukommen, haben wir – die Autor:innen des vorliegenden Buches – uns deshalb entschieden, ein solch fehlendes Praxisbuch selber zu verfassen.

Die ICF ist auf dem Weg, sich aufgrund ihrer wertvollen Eigenschaften als internationale Klassifikation für das Erfassen der Körper- und Lebenswelt von Menschen als Standardinstrument der Bedarfserstellung in der Teilhabeförderung zu etablieren.

Die ICF ist allgegenwärtig und wird nicht selten als ein eingeständiges Subjekt wahrgenommen. In häufig anzutreffenden Formulierungen (wie z. B. „Die ICF beschreibt, was Kinder können“ [17]) wird die ICF nicht als Instrument, das von Nutzer:innen angewendet werden kann, aufgefasst. Es scheint so, als würde die ICF das Wissen selbst beinhalten und die Beschreibung der gesundheitlichen Situation einer Person nicht von Anwender:innen mit der Hilfe der ICF

erarbeitet und dargestellt. Eine solche Wahrnehmung des Instruments ICF ist nachvollziehbar, weil die ICF im Sozial- und Gesundheitswesen als zentraler Bezugspunkt der Teilhabeförderung akzeptiert ist, diese Akzeptanz meist unhinterfragt geschieht und an allen Ecken und Enden an ihrer Implementierung gearbeitet wird.

Und das ist auch gut so, weil die Bereitschaft und Notwendigkeit, die ICF als Klassifikation einzusetzen, unmittelbar mit einer grundsätzlich stärkeren Hinwendung zu den Bedürfnissen und Bedarfen von Menschen mit Behinderungen sowie der Förderung ihrer Teilhabe verbunden ist. Aber es entsteht allein durch den Vorgang der Vergabe von ICF-Codes noch keine Teilhabe für Kinder. Es handelt sich um eine zusätzliche, administrative Arbeit, für die wir im Versorgungsalltag anders als in Forschungsprojekten keine „Studynurse“ haben. Diese administrative Zusatzarbeit löst deshalb verständlicherweise bei den Expert:innen der Alltagsversorgung Verdross und Abwehr aus.

Die nachstehenden Zitate von ICF-Schulungsteilnehmer:innen verdeutlichen die Hürden beim Verständnis und der Anwendung der ICF.

*„Ja, guck mal, ICF-CY, das müssen wir, glaube ich, irgendwann machen, da kommen wir nicht dran vorbei.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

*„Und das war, wie soll ich sagen, wie so ein Damoklesschwert.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

Das vorliegende Buch befasst sich somit anhand der ICF-CY ausführlich mit allen Themen rund um die ICF, aber auch mit den Hürden, die mit der ICF und ihrer Anwendung in der Alltagspraxis verbunden sind. Es führt systematisch und konkret in die mit der ICF verbundenen Aufgabenstellungen ein. Wo immer möglich zeigen wir Wege auf, wie die Hürden überwunden werden können.

**PART-CHILD-Projekt:** Das Versorgungsforschungsprojekt PART-CHILD (Kap. 7.3) war für uns der praktische Prüfstein, ob und wie unse-

### Worum geht's?

Es bedarf zunächst einer Analyse des von der WHO verfassten ICF-Konzepts bezüglich dessen, wie dessen Teile und Aspekte für die Versorgung chronisch kranker Kinder den Praktiker:innen nützlich und hilfreich sein könnten. Erst durch diese Übersetzung des ICF-Konzepts auf die Situation der Anwendung im Versorgungsalltag können wir es guten Gewissens als Standard für die Praxisanwendung empfehlen.

Wir, die Autor:innen, verfügen über eine mehrjährige Nutzenanalyse und Erprobung des ICF-Konzepts im Praxisalltag und haben in diesem Buch die Ergebnisse für alle Anwender:innen zusammengestellt.

re bis zum Start des Projekts im Jahr 2018 erarbeiteten ICF-Kenntnisse in bundesweit 18 (3 davon in der Pilotphase) SPZ (Sozialpädiatrische Zentren) gewirkt haben: einerseits hinsichtlich der erfolgreichen Vermittlung der ICF-Inhalte in Teamschulungen sowie andererseits hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität von Kindern und ihren Familien, die durch diese geschulten Teams unterstützt wurden. Es hat uns in der grundsätzlichen Befassung mit der ICF und ihrer alltäglichen Anwendung bestärkt. Die seit Herbst 2022 dokumentierten und für unser Thema relevanten Ergebnisse von PART-CHILD konnten wir vollständig in das Praxislehrbuch einarbeiten.

## 1.1.2 Hürden bei der Anwendung der ICF

### 1. Hürde

#### Das akademische Konzept der ICF

Eine erste Hürde bei der Anwendung der ICF ist ihr akademisches Konzept als solches. Wer sich die im Internet verfügbaren Unterlagen für die ICF angeschaut oder sich die entsprechenden Publikationen besorgt hat, stellt schnell

fest: so einfach wie am Anfang der Lektüre das Konzept der ICF erscheint, so schwer und anspruchsvoll ist seine Durchdringung und seine Übersetzung in den beruflichen Alltag. An dieser ersten Hürde geben schon viele Interessierte auf, weil ihnen dieser Aneignungsprozess zu aufwendig erscheint.

*„Dann habe ich mir eine ICF-CY bestellt erstmal, als sie neu rauskamen damals, und habe gedacht: oh Gott.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

*„... ein ganz neuer Bereich, den wir alle schon irgendwie mittun wollten, aber noch nicht wussten, wie es geht. Aber für uns war das immer ein Monstrum. Und wir haben da mal reingeschnuppert, haben das gleich wieder zugeklappt sozusagen. Dieser Atlas, oder dieses Riesenwerk.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

Die gute Nachricht für das Praxislehrbuch ist, dass wir nicht als erstes dieses akademische Konzept vorstellen und zu erläutern versuchen, sondern den Fokus auf die Bedeutung und den Einsatz in der Praxis der Teilhabeförderung richten. Uns leitet dabei die systemische Einsicht, dass der Kontext (die Teilhabeförderung in der beruflichen Praxis) wichtiger ist als der Text (das akademische Konzept der ICF).

## 2. Hürde

### Der Expertenstatus der Fachkräfte

Eine zweite Hürde bilden tradierte Sichtweisen und Rollenverständnisse der Akteure im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen. Gut ausgebildete Fachexpert:innen verfügen über viele Fachkenntnisse und Erfahrungen, sodass sie davon ausgehen, mit diesem Fachwissen auch den Bedarfen von Kindern mit chronischen Erkrankungen und ihrer Familien gerecht zu werden. Einen ICF-basierten Rundumblick auf die Lebenssituation und die Interessen und Wünsche der Kinder und ihrer Familien sehen sie nicht als ihre Aufgabe.

*„Naja gut, ich denke, also hier im Haus ist es so, dass wir alle schon sehr lange im Beruf sind und wie gesagt, diese alten Muster kommen halt wieder hoch, weil man es ganz anders gelernt hat. Man hat das Pferd halt früher ganz anders aufgesattelt.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

*„Ich glaube, es hat nichts damit zu tun, dass sie ICF nicht haben wollen, sondern sie möchten nichts, was nicht auf ihrem eigenen Mist gewachsen ist, sie sind der Meinung, dass sie sowieso schon alles optimal machen.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

*„Das ist meine Meinung zu diesem Thema, dass alte Muster einfach unfassbar stark sind. Wenn diese alten Muster, wie überall, immer wieder wachsen und wenn man sie versucht, auszureißen, immer noch irgendetwas das, wieder durchwuchert und eben sich an diesen Stellen doch wieder durchsetzt und man geneigt ist, das man ebenso zu machen, wie man es schon immer gemacht hat. Das neu überlegen und das neu zu tun, erfordert doch sehr viel kognitive Willens- und Zeitressource.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

Da die Teilhabeförderung in der Regel angesichts komplexer Lebenssituationen und vielfältiger Bedarfe interdisziplinär erfolgt, erleichtert ein gemeinsamer begrifflicher Standard, diese Sachverhalte zu erfassen und zu dokumentieren, die entsprechende Kommunikation mit den verschiedenen Beteiligten sehr. Die ICF ist ein solcher Standard. Erfolgt der Austausch zur Teilhabeförderung mit nur einer geringen Anzahl von Beteiligten oder geht es um vergleichsweise unkomplizierte Sachverhalte, kann die Teilhabeförderung auch ohne Anwendung der ICF gelingen.

## 3. Hürde

### Diskrepanz zwischen dem postulierten hohen Stellenwert der ICF und der geringen erfolgreichen Praxisanwendung

Eine dritte Hürde besteht in der bislang nur punktuell stattfindenden praktischen Anwendung der ICF. Viele Fachkräfte kennen das Kon-

zept und die Bedeutung der ICF vom Hörensagen und von Ankündigungen, aber sie erleben ihre Anwendung nicht im Alltag – falls doch, dann in der Regel als bürokratische Dokumentationsaufgabe. Die spärliche ICF-Praxis kontrastiert derzeit noch stark mit der Allgegenwärtigkeit des Themas. Dieses Phänomen hat damit zu tun, dass die Aneignung der ICF, ihre Anwendung im beruflichen Alltag und ihre Verankerung in den Organisationen eine anspruchsvolle Aufgabe ist. Aus diesem Grund basieren auch die meisten Publikationen zum Thema ICF nicht auf einer eigenen, langjährig fundierten und systematischen ICF-Anwendungspraxis der Autor:innen. In diesen Publikationen werden vorrangig das Konzept der ICF als solches dargestellt und aus der Fachsicht der Autor:innen bewertet und höchstens anhand von Codierungsbeispielen veranschaulicht. Eine konkrete Gebrauchsanleitung des ICF-Konzepts für die Praxisanwendung im Kontext der Teilhabeförderung fehlt.

*„Wir kennen ja auch schon einzeln Therapieberichte, beispielsweise aus Frühförderstellen oder von Reha-Einrichtung, die als auch ICF-verpflichtet sind und wo man dann auf zwei oder drei DIN-A4-Seiten lauter ICF-Codes liest. Keiner weiß, was ist eigentlich mit dem Kind?“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

*„Dass man eher betont, dass es eine andere Denkweise oder eine andere Herangehensweise ist und nicht darum geht, jetzt endlich mal wieder das 25. neue Verschlüsselungssystem zu haben. Also ich habe auch schon vorher Schulungen zu dem Thema besucht, und bevor ich begriffen habe, warum es eigentlich geht, habe ich mir bestimmt 20-mal die 25 Untergruppen von ICF schlag mich tot und dann noch eine Liste und noch ein Video, noch ein Bild, was erklärt, Organigramm, was wozu gehört, und das macht schnell müde, und ist dann, glaube ich, auch schade, weil es am Inhalt, also Lebensinhalt vorbeigeht.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

#### 4. Hürde

##### Teilhabeförderung mit ICF als Gemeinschaftsaufgabe

Die vierte Hürde besteht in den vielfältigen Herausforderungen der Teilhabeförderung von Kindern, da viele Akteure in vielfältigen Handlungsfeldern einbezogen werden müssen und es eine durchaus anspruchsvolle Aufgabe ist, gemeinsam an einem Strang abgestimmt in die gleiche Richtung zu ziehen. Diese Herausforderungen gehen weit über die Aneignung der ICF als Instrument der Teilhabeförderung hinaus und betreffen die gesamte Art und Weise, wie Kinder unterstützt werden müssen.

*„Wobei man eigentlich eine Krankheit hat, die sehr dominierend ist, auf die Selbstbestimmung, dass man da auch versucht Lösungen zu finden, wie man vielmehr mit den Betroffenen arbeitet an der Therapie. Und vor allen Dingen auch mit dem Umfeld. Weil, letztendlich ist Krankheit nie etwas Persönliches, sondern immer etwas, was im Umfeld und Zuhause, in der Schule, und mit anderen sozialen Begleitern stattfindet. (...) Auch die Erkrankung und die Belastung ins Umfeld zu kommunizieren und eben auch dafür zu sorgen, dass es wirklich möglich ist, sozusagen nicht krank zu sein mit einer Erkrankung, sondern einen gesunden Umgang mit einer Erkrankung zu erreichen.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

*„Und dann gibt es noch ein großes Ärger-Thema für mich, das ist wirklich die Geschichte mit den Versorgungsämtern. Das ist eigentlich ein ganz schlimmes Problem, was momentan – also sicher zwei Drittel meiner behinderten Patienten liegen vor dem Sozialgericht mit einem Klageverfahren, weil das Versorgungsamt dieses ressourcenorientierte Arbeiten so grandios missversteht und dann aus einzelnen Sätzen – oder vielen in meinen Briefen – den Leuten die Schwerbehinderung reduziert. Sodass das, was wir eigentlich wollen, das ressourcenorientierte Arbeiten und auch das ressourcenorientierte Beschreiben von Zielen und Erreichen,*

*gerade bei den Patienten, wo das –, also bei den Behinderten, auch sehr viele von den Schwerbehinderten, ginge das natürlich am besten. Wo ich dann doch wieder defizitorientierte Berichte schreiben muss, damit bloß nicht wieder der GdB (Grad der Behinderung) abgesenkt wird.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

## 1.2 Wie funktioniert dieses Buch?

Dieses Buch dient als **Navigationshilfe** bei der Anwendung der ICF im Praxisalltag bei der teilhabeorientierten Versorgung von chronisch kranken Kindern und in der Handhabung wie ein **Kochbuch**.

Wir haben dieses Buch aus der Praxis der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) mit seinen intensiven und umfassenden Unterstützungsprozessen für chronisch kranke Kinder entwickelt, weil dort alle relevanten Themen und Aspekte der Teilhabeförderung vertreten sind. Andere Akteure im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen haben es häufig nur mit Teilprozessen oder Einzelaspekten dieser Unterstützung zu tun. Sie können aus den Modellprozessen die für Sie relevanten Schritte und Themen wählen.

### 1.2.1 Rezepte für die ICF-Praxis

Angesichts der vielfältigen Themenbereiche, die mit der ICF verbunden sind, stellt sich die Frage, wie die ICF im Alltag angewendet wird. So, wie das Konzept einer gesunden und schmackhaften Ernährung in der täglichen Essenzubereitung verwirklicht wird und es für diesen Zweck Kochbücher gibt, die als Anregung und fundierte Anleitung die Zubereitung unterstützen und uns durch die Vielfalt der Speisen, ihrer Zutaten und Zubereitungen navigieren, so möchten wir auch mit dem vorliegenden Praxishandbuch die Anwendung der ICF anregen und anleiten.

Dies bedeutet, dass Sie, die Leser:innen, das Buch nicht linear von vorne nach hinten durcharbeiten müssen, sondern das Buch wie ein Kochbuch durchblättern können, um dann in den für Sie interessanteren Kapiteln in das Thema einzusteigen.

Für diejenigen unter Ihnen, die sich erstmal in das Thema einlesen möchten, sei die Lektüre des Grundlagenkapitels empfohlen.

Wer sich anregen lassen will, wie die Kochkunst zu Teilhabe mit ICF am besten je nach eigenem Wissensstand und beruflicher Position erlernt wird, dem seien die Kapitel im Buchteil IV „Lernen & Implementieren“ empfohlen.

Wer gleich ein Rezept ausprobieren möchte, kann im Kapitel Anwendung (Kap. 4) direkt mit dem Kochen beginnen. In diesem Kapitel sind die einzelnen Anwendungsschritte wie bei einem ausführlichen Rezept mit den Zutaten, den benötigten Utensilien sowie dem Ablauf der Zubereitung jeweils detailliert beschrieben. Wie auch beim Kochen entwickelt jede Köch:in im Laufe der Zeit eigene Rezepturen, auch wenn sie sich dabei an den erlernten Standards orientiert.

**Von dieser Kreativität lebt auch die Anwendung der ICF im Alltag und wir sind auf Ihre zukünftigen neuen Rezepturen gespannt.**

### 1.2.2 Das Buch als Navigationshilfe

Wir gehen von dem Arbeitsprozess aus, in dem die Teilhabeförderung organisiert wird. Das sind die einzelnen Prozessschritte, die Sie und wir im Alltag gehen, wenn wir uns mit der Diagnostik und Förderung von Kindern mit chronischen Erkrankungen befassen. Wir zeigen Ihnen auf der Grundlage einer mittlerweile mehr als zehnjährigen Anwendungspraxis detailliert, wie die Anwendung der ICF zur Teilhabeförderung im Alltag funktioniert.

Wir zeigen Ihnen auch im Detail den Lernprozess, den es benötigt, um sich die ICF für den beruflichen Alltag anzueignen. Unsere langjährigen Erfahrungen in einer Vielzahl von ICF-Schulungen sowie unsere eigenen Lernerfahrungen bilden die Grundlage hierfür.

Damit die ICF vollumfänglich genutzt wird, ist es zwingend erforderlich, dass in den Organisationen die Voraussetzungen dazu im Alltag der Fachkräfte geschaffen werden. Wir beschreiben deshalb auch den Implementierungsprozess der ICF in Organisationen (Kap. 8), da

ohne entsprechende Unterstützung von Geschäftsführungen, Leitungskräften und sonstigen Verantwortlichen die Anstrengungen der Fachkräfte, sich die ICF anzueignen und anzuwenden, Stückwerk bleiben.

Auch wenn wir als Expert:innen über das Knowhow zur Anwendung, zum Erlernen und zur Implementierung der ICF verfügen, haben wir erst einmal den Anwender:innen, ihren Bedürfnissen und Bedarfen, ihren Sichtweisen und Erfahrungen zugehört. Dabei konnten wir außer auf unsere vielfältigen persönlichen Kontakte, Gespräche und Diskussionen auch auf die wissenschaftlich dokumentierten ausführlichen Rückmeldungen innerhalb der PART-CHILD-Studie von über 40 Anwender:innen zurückgreifen, die sich in offen geführten Interviews zu allen relevanten Aspekten der ICF-Anwendung geäußert haben. Diese auf vielen hundert Seiten dokumentierten Gespräche bilden wichtige Bezugspunkte unserer Navigationshilfe.

Bei unserer Navigationshilfe haben wir auch im Blick, dass unsere Leser:innen über sehr unterschiedliche Kenntnisse zu diesem Thema verfügen. Wir haben deshalb großen Wert darauf gelegt, dass Sie sich entsprechend ihres Wissensstands orientieren können. Wenn Sie ganz am Anfang Ihrer Befassung mit der ICF stehen, sollen Sie einen guten Überblick und Einblick erhalten, worauf es grundlegend ankommt. Wenn Sie schon sich länger mit dem Thema befasst haben, werden Sie sich vermutlich in vielem, was Sie bereits praktizieren, bestätigt sehen, sicherlich aber auch Aspekte entdecken, die neu und anregend sind – genauso wie die vielen hundert Fachkräfte in unseren Schulungen.

Wir stellen Ihnen auch die Konzepte und Grundlagen dar, die aus unserer Sicht für das Verständnis der ICF von großer Bedeutung

sind. Dies sind das Konzept der ICF selbst, die Konzepte von Teilhabe, von Qualitätsmanagement und von Gesprächsführung. Eingebettet sind diese Konzepte in unsere Menschenbilder, in unsere beruflichen Ethiken sowie in die gesellschaftlichen Forderungen und Diskurse zu gesellschaftlicher Teilhabe, zu Diskriminierungs- und Barrierefreiheit.

Wir begreifen unsere ICF-Navigationshilfe auch als grundlegenden Beitrag für einen noch zu vereinbarenden ICF-Expertenstandard. Ein solcher Expertenstandard zeichnet sich durch transparente Verfahren aus, die einerseits auf allgemein anerkannten methodischen Grundlagen wissenschaftlich fundiert und unabhängig erstellt und andererseits in planmäßiger Schrittfolge sowie in fachlicher Abstimmung mit den beteiligten Akteuren in der Praxis und in Modellen erprobt wurden.

Mit unserem Verständnis der ICF als einem kreativ zu nutzenden Instrument für die Teilhabeförderung unterscheiden wir uns nicht zuletzt von den Ansätzen, die die ICF als eine umfangliche Checkliste im bürokratischen Sinne verstehen.

Unser Buch ist eine Einladung, in der Teilhabeförderung voneinander zu lernen, zur Diskussion von Erfahrungen und Erkenntnissen. Es ist ein *work in progress*, mit dem wir die wichtigen Sachverhalte und Zusammenhänge im Dialog erfassen, einordnen und bewerten möchten. Dass dies nicht abschließend möglich ist, liegt in der Natur der Sache, so wie auch die Anwendung der ICF nicht zu festgefügten Ergebnissen führt. Und aus diesem Grund organisieren wir über dieses Buch hinaus bundesweit ICF-Netzwerke zum fachlichen Austausch und zum voneinander Lernen. Und sicherlich werden aufbauend auf das vorliegende Praxislehrbuch weitere Publikationen folgen, die sich mit der ICF-Praxis befassen werden.

### 1.3 Für wen funktioniert dieses Buch?

**... für die Kinder und Jugendlichen**, in allererster Linie – so hoffen wir.

Wir haben uns bemüht, alle Herangehensweisen, Methoden und Leitbilder aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen zu denken. Insofern müssten alle Fachkräfte, die an der Versorgung, Förderung, Unterstützung, Begleitung und Bildung von Kindern und Jugendlichen direkt oder indirekt beteiligt sind, von der Lektüre dieses Buches bei der Organisation von Teilhabe profitieren. Also funktioniert dieses Buch ...

**... für alle Fachkräfte**, in zweiter Linie – so hoffen wir.

Dabei denken wir, wie im Buchteil IV Lernen & Implementieren aufgefächert, sowohl an die Fachkräfte in der direkten Klienten- und Patientenversorgung wie Ärzt:innen, Erzieher:innen, Kinderpfleger:innen, Lehrer:innen, (Sozial-, Heil- und Sonder-) Pädagog:innen, Psycholog:innen, Therapeut:innen als auch an Leitende und übergeordnet Verantwortliche, wie Geschäftsführer:innen und Verantwortliche der Kostenträger und Ministerien sowie Politiker:innen.

Je weiter weg eine Fachkraft von der Kinderversorgung ist, desto mehr geht es darum, ein Grundverständnis für die Organisation von Teilhabe zu entwickeln, um passende Entscheidungen für einen qualitätssichernden Rahmen zur Durchführung einer teilhabeorientierten Versorgung mit ICF zu schaffen. Für dieses Grundverständnis sind folgende Inhalte von besonderem Interesse: die grundlegenden Konzepte in Kap. 2, die jeweiligen Be-

schreibungen der Anwendungsschritte und der Abgleich der Qualitätsmerkmale mit der Praxis in Kap. 4 sowie die Ausführungen zum Lernen & Implementieren der ICF in Kap. 7. Die indirekt Mitwirkenden werden sich – im Bild des Kochbuchs gesprochen – mit den Prinzipien des Kochens, den geeigneten Zutaten und der Küchenausstattung befassen.

Je näher eine Fachkraft an der Kinderversorgung arbeitet, desto mehr wird sie sich konkret mit einzelnen Anwendungsrezepten befassen und sich in der Zubereitung einzelner schmackhafter „Speisen“ ausprobieren, um im Bild des Kochbuchs zu bleiben.

Insofern möchten wir die mancherorts geführte separierende Diskussion über die scheinbare Notwendigkeit einer jeweils andersartigen Anwendung der ICF für Erzieher:innen, für Ärzt:innen oder für Pädagog:innen gerne zusammenführen. Wenn alle Beteiligten die ICF vom Kind und den Eltern aus zu denken, wird deutlich, dass eine solche Auffächerung keinen Sinn ergibt. Denn, die Logik der ICF beinhaltet naturgemäß die diversen Perspektiven, die dann im gemeinsamen Diskurs zugunsten der Kinder ausgeschöpft werden.

Trotz unserem großen Bemühen, die Anwendung der ICF aus Sicht des Kindes und zudem aus dem Blickwinkel der einzelnen Fachdisziplinen zu beleuchten, wird unsere eigene fachliche Herkunft sehr wahrscheinlich durch die Verwendung spezieller und gebräuchlicher Begriffe spürbar bleiben. Wir würden uns freuen, wenn uns Leser:innen aus anderen Fachgebieten ihre Rückmeldungen über für sie missverständlich benutzte Begrifflichkeiten zukommen lassen könnten.

# Teil I

## Grundsätzliche Konzepte





## 2 Grundlegende Konzepte

### 2.1 Überblick

Förderung der Teilhabe und Anwendung der ICF sind die zentralen Themen dieses Buches. Um die Anwendung der ICF gut zu verstehen, sie zu lernen und in der Arbeitsorganisation zu verankern, ist es hilfreich, einige Konzepte und Grundlagen, die für die ICF-Praxis relevant sind, zu kennen, einzuordnen und zu bewerten.

So wie die ICF die gesundheitliche Situation aus den verschiedenen Blickwinkeln von Körperfunktionen, Körperstrukturen, personenbezogenen Faktoren, Aktivitäten, Teilhabe und Umwelt regelhaft erfassbar macht, so blicken auch wir aus unterschiedlichen konzeptionellen Perspektiven auf die ICF. Wichtige Sichtweisen auf die ICF ergeben sich insbesondere aus den Konzepten der Teilhabeförderung, der berufsethischen Leitlinien, der Gesprächsführung und des Qualitätsmanagements.

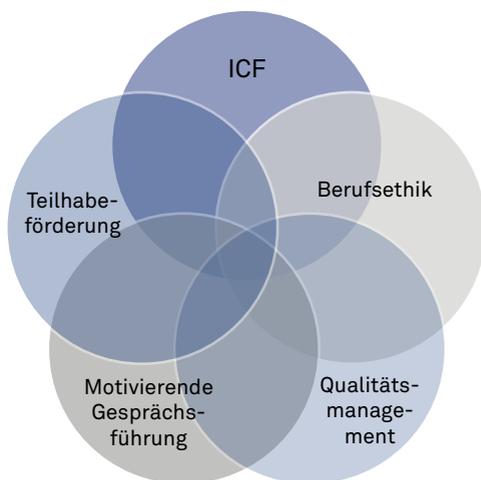
In diesem Kapitel möchten wir uns deshalb explizit mit diesen Konzepten und Grundlagen befassen, da vieles, was die Anwendung der ICF betrifft, eng mit diesen Grundlagen zusammenhängt und in einer Wechselbeziehung mit ihnen steht. Die ICF-Anwendung wird beispielsweise ohne durchdachtes Qualitätsmanagementsystem nicht zufriedenstellend funktionieren, ebenso wenig wird ein Qualitätsmanagementsystem im Sozial- und Gesundheitswesen ohne eine durchdachte ICF-Anwendung auskommen können.

Diese grundlegenden und ineinandergreifenden Konzepte (Abbildung 2-1) bilden das Gerüst für ein umfassendes Verständnis der ICF-Praxis und der Teilhabeförderung und sind

unentbehrlich für eine strukturierte und kreative Teilhabeförderung. Es lohnt also, sich einen orientierenden Einblick in die Konzepte und ihre Verbindungslinien zu verschaffen und dadurch ein ICF-praktisches Verständnis dieses konzeptionellen Gerüsts zu gewinnen.

Uns geht es bei dieser Skizzierung der Konzepte nicht um eine dogmatische Richtigkeit und Vollständigkeit, sondern um Anregungen für ein vertieftes Verständnis der ICF und ihrer Anwendung. Skizzen können umfassende Konzeptdarstellungen nicht ersetzen, sie sind aber zur Orientierung durchaus nützlich. Auch sind sie immer eine Einladung zur Diskussion und zum voneinander Lernen in diesen Diskussionen.

Im Folgenden skizzieren wir wesentliche Verbindungslinien zwischen den fünf genannten



**Abbildung 2-1:** Konzepte als Basis für Teilhabeförderung.

ten Themenkomplexen: ICF, Teilhabe, Berufsethos, motivierende Gesprächsführung und Qualitätsmanagement.

**1. ICF – Gesprächsführung:** Die ICF ist keine stur abzuarbeitende Checkliste für die Beschreibung der gesundheitlichen und sozialen Situation einer Person, sondern sie ist eingebettet in den partizipativen Dialog zwischen Kindern, Familien und Fachkräften. Um diesen Dialog erfolgreich führen zu können, bedarf es einer kompetenten motivierenden Gesprächsführung.

*„Ja, also es ist ganz klar so, dass wir seitdem versuchen, noch mal mehr schon von Anfang an Eltern und Kinder einzubeziehen in die Therapieplanung. Ob uns das immer gelingt, das werden Ihnen die Fragebögen sagen. Aber schon das mal mehr in den Fokus zu nehmen, wirklich genau abzufragen, wer will was. Und auch die Kinder mehr zu fragen: Was wollt ihr eigentlich erreichen? Wo hakt es? Und wo wollt ihr hin? Das hat sich schon verändert, weil einfach diese Idee (MI) noch mal mehr in den Köpfen ist. (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

**2. ICF – Qualitätsmanagement:** Die Struktur der ICF als internationale Klassifikation weist viele Merkmale auf, die auch der internationalen Norm für Qualitätsmanagementsysteme (ISO 9001:2015) entsprechen. Hierzu gehören als explizite gemeinsame Merkmale beispielsweise die Aufforderung zur klar strukturierten Erfassung von Kontextinformationen, die Anforderungen einer konsequenten Personen-/Kundenorientierung und die regelgeleitete Erhebung von Informationen.

Für uns sind ICF und Qualitätsmanagement nicht voneinander zu trennen. Die Anwendung der ICF, ihr Erlernen sowie ihre Implementierung in der Arbeitsorganisation benötigen gut funktionierende übergreifende Qualitätsmanagementsysteme, um die damit verbundenen Anforderungen realistisch einzuschätzen und angemessen zu erfüllen. Umgekehrt benötigt ein übergreifendes Qualitätsmanagementsystem

im Sozial- und Gesundheitswesen u. a. als Instrument für die Diagnostik und Teilhabeförderung eine gut implementierte Anwendung der ICF.

**3. ICF – Berufsethik:** Eine berufsübergreifende berufsethische Leitlinie ist der Respekt vor der Autonomie der Einzelnen, der Unterstützung ihrer Selbstbestimmung durch bestmögliche Information und Aufklärung. Wichtige Bezugspunkte der professionsspezifischen berufsethischen Leitlinien sind insbesondere auch die aktuellen fachlichen Standards des jeweiligen Aufgabenbereichs. Zu diesen Standards gehört auch die ICF. Die Beachtung berufsethischer Leitlinien ist somit mit einer guten Anwendung der ICF unmittelbar verknüpft. Wer berufsethische Leitlinien ernst nimmt (und nur dafür sind sie da), muss sich schon allein aus dieser Verpflichtung heraus eingehend mit der Anwendung der ICF befassen.

**4. ICF – Teilhabeförderung:** Die innere konzeptionelle Logik der ICF ist unmittelbar mit der Förderung von Teilhabe verbunden. Die Begründung der WHO für die Entwicklung der ICF als Instrument der Bedarfsermittlung basiert u. a. auf der UNO-Kinderrechtskonvention und deren Verpflichtung, die Würde des Kindes zu wahren, seine Selbstständigkeit zu fördern und seine aktive Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern [1]. Umgekehrt ist die im BTHG rechtlich normierte Förderung der Teilhabe mit der Verpflichtung verbunden, die dafür erforderliche Bedarfsermittlung ICF-orientiert zu gestalten.

*„Ich denke, dass die Medizin, die wir früher gemacht haben, nicht mehr der Zeit gemäß ist. Dass Medizin eigentlich bedeutet, dass man sehr viel mehr auf auch Teilhabe guckt. Das ist vor allen Dingen für mich (...) wichtig. Wobei man eigentlich eine Krankheit hat, die sehr dominierend ist, auf diese -, oder die Selbstbestimmung, dass man da auch versucht Lösungen zu finden, wie man vielmehr mit den Betroffenen arbeitet an der Therapie. Und vor allen*

*Dingen auch mit dem Umfeld. Weil, letztendlich ist Krankheit nie etwas Persönliches, sondern immer etwas, was im Umfeld und zuhause, in der Schule, und mit anderen sozialen Begleitern stattfindet. Und ich glaube, dass da noch ganz viel Luft nach oben ist, auch aus Sicht von Ärzten. Da können wir auch noch ganz anders denken und gerade hier ist mein Schwerpunkt (...). Also nochmal einen ganz anderen Ansatz zu haben in der Behandlung (...). Viel genauer auch (...) auf die komorbide Störung zu achten. Auch die Erkrankung und die Belastung ins Umfeld zu kommunizieren und eben auch dafür zu sorgen, dass es wirklich möglich ist sozusagen nicht krank zu sein mit einer Erkrankung, sondern einen gesunden Umgang mit einer Erkrankung zu erreichen.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

**5. Qualitätsmanagement – Berufsethik:** Für ein normgerechtes Qualitätsmanagement steht die Ermittlung der Kontextfaktoren der jeweiligen Organisation im Zentrum der Bemühungen. Kontextfaktoren sind die externen und internen Themen, die für den Zweck und die strategische Ausrichtung relevant sind und die sich auf Fähigkeit der Organisation auswirken, die beabsichtigten Ergebnisse ihres Qualitätsmanagementsystems zu erreichen. Hierzu gehören externe Themen, die sich aus dem gesetzlichen, technischen, wettbewerblichen, marktbezogenen, kulturellen, sozialen oder wirtschaftlichen Umfeld ergeben, ob international, national, regional oder lokal. Interne Kontextfaktoren sind die Werte, die Kultur, das Wissen und die Leistung der Organisation. Zu den externen und internen Kontextfaktoren zählen auch die berufsethischen Leitlinien der in der Organisation beschäftigten Fachkräfte. Diese Leitlinien müssen bei der Berücksichtigung der Ausgestaltung des Qualitätsmanagements berücksichtigt werden. Umgekehrt können solche berufsethischen Leitlinien umfassend und regelgerecht nur durch ein gut funktionierendes Qualitätsmanagementsystem umgesetzt werden.

**6. Qualitätsmanagement – Teilhabeförderung:** Die Förderung der Teilhabe von chro-

nisch kranken Kindern ist eine vielschichtige Aufgabe mit einer Vielzahl von Beteiligten, die ohne gut durchdachte und transparente Arbeitsorganisation nicht erfolgreich bewältigt werden kann. Eine solche Arbeitsorganisation zu schaffen und aufrechtzuerhalten, wird durch ein normgerechtes Qualitätsmanagement, dessen Augenmerk systematisch auf allen wesentlichen Themen und Zusammenhänge liegt, sehr erleichtert. Umgekehrt ist ein Qualitätsmanagement im Sozial- und Gesundheitswesen ohne Fokussierung auf die Teilhabeförderung der Menschen als zentraler Zwecksetzung der Kundenorientierung nicht denkbar.

*„Wir haben das in geringen Ansätzen schon immer gemacht. Aber nicht in dem Umfang und nicht mit der Klarheit und auch nicht mit den angeglichenen Worten. Es hat jeder bisschen vor sich hingekruscht, so wie ich vorhin gesagt habe, seine eigene Suppe. Aber es ist standardisiert jetzt und jeder weiß dann vom anderen, wovon er spricht. Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie benutzen ja häufig die gleichen Wörter, aber jeder meint etwas anderes. Und das in diesem Bereich ICF, haben wir zu über 90 Prozent das Gefühl, wenn der eine von dem erzählt, dann versteht der andere das auch.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

**7. Qualitätsmanagement – motivierende Gesprächsführung:** Ein normgerechtes Qualitätsmanagementsystem erfordert auch die Festlegung der für die erfolgreiche Leistungserbringung notwendigen Kompetenzen der Mitarbeiter:innen. Hierzu gehört unabdingbar die Fähigkeit, auch schwierige kommunikative Situationen gut zu bewältigen, um die angestrebten Ziele zu erreichen. Sich gut verständlich zu machen und die Aussagen, Gedanken und Gefühle des Gegenübers angemessen zu erfassen, ist in Verbindung mit adressatengerechter Sprache ein Schlüsselfaktor für wirksame Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen.

Umgekehrt entfaltet die motivierende Gesprächsführung ihre Wirkung in einer klar und transparent strukturierten Arbeitsorganisation.

**8. Berufsethik – Teilhabeförderung:** siehe oben unter Punkt 3.

**9. Berufsethik – motivierende Gesprächsführung:** Die grundlegenden Haltungen in berufsethischen Leitlinien zu Selbstachtung, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung erfordern eine dazu passende Kommunikation der Fachkräfte mit den Patient:innen und Klient:innen.

Motivierende Gesprächsführung ist ein Konzept, das durch seine Prinzipien einer partnerschaftlichen, nicht bevormundenden Zusammenarbeit, eine akzeptierende Grundhaltung fördert, die am Leben und Erleben der Patient:innen und Klient:innen teilnimmt und bei diesen die Motivation zu Änderungen wachruft und stärkt. Motivierende Gesprächsführung ist dadurch in besonderer Weise geeignet, berufsethische Grundsätze in Alltagshandeln umzusetzen.

**10. Motivierende Gesprächsführung – Teilhabeförderung:** Motivierende Gesprächsführung ist als Konzept und Methode auf die Bewältigung komplexer und auch durch Ambivalenzen belastete Gesprächssituationen ausgerichtet, wie sie im Sozial- und Gesundheitswesen alltäglich erfahren werden. Damit gehört die Motivierende Gesprächsführung zu den Schlüsselqualifikationen in der Teilhabeförderung.

*„Wie gesagt, ich denke, wichtig ist, selber dieses System oder auch diesen Grundsatz der Teilhabe zu haben und auch die verschiedenen Bereiche, um die einfach genauer abzufragen und auch dieses Bild zu haben, wie hängt alles zusammen. Und ich glaube, dadurch erklärt man Sachen anders oder geht auch anders auf die Patienten zu und sagt, das und das brauchen wir jetzt noch viel mehr als das andere, wir müssen doch da und da jetzt erst –. Also wir müssen zum Beispiel jetzt erst im Kindergarten zusehen, dass er nicht sprechen kann, aber dass er kommunizieren kann, dass er jetzt auf das Klo muss oder so. Wie machen wir das? Wie kann er sich da mitteilen? Wie kriegen wir das mit allen zusammen hin? So. Und dann*

*verstehen die –, also haben die ja nicht unbedingt dieses Modell von dem ICF vorliegen, was auch viel zu kompliziert wäre für die in dem Moment, aber sie haben verstanden, ah, ich muss irgendwie hinkriegen, dass mein Kind auch sagen, also zeigen kann, dass es irgendwo hin muss. Das ist das ja eigentlich auch. Und ich denke, das ist, wie gesagt, durch diese Schulung einfach nochmal sehr viel bewusster geworden, sehr viel klarer geworden, sehr viel geordneter geworden und somit auch besser anpassungsfähig für die speziellen Leute, die wir dann immer wieder haben.“ (PART-CHILD-Studie, Interviews)*

Da aus unserer Sicht ein normgerechtes Qualitätsmanagement nach DIN 9001:2015 das umfassendste Grundlagenkonzept für die ICF-Praxis darstellt, steht es am Beginn der nachfolgenden Ausführungen, gefolgt von den Konzepten der berufsethischen Leitlinien, der Teilhabe, der ICF und der Motivierenden Gesprächsführung.

### Zusammenfassung

Fassen wir bezüglich des **Nutzens einer teilhabeorientierten Versorgung mit ICF** aus unseren Schulung- und Anwendungserfahrungen zusammen, so kommen wir zu folgender Essenz:

- Zufriedene Kinder und Eltern, weil sie einen Nutzen und Sinn der Maßnahmen für ihr Zurechtkommen im Alltag erkennen und erleben.
- Entlastung von Familien, weil anliegenfokussiert familiäre und systemische Ressourcen geschont werden.
- Reduktion auf das Praktikable, Notwendige und Passende im Alltag, was die Versorgung einfacher und schneller macht. Dazu ein Zitat von Kristin Blawert (ICF-Referentin): „Es wird basaler, aber nicht banaler.“
- Für alle Beteiligte ein transparenteres und nachvollziehbareres Vorgehen, was die interdisziplinäre Zusammenarbeit nachhaltig fördert.