

## ICF - die Sprache der Inklusion? Anwendungsmöglichkeiten + Praxisbeispiele + Schlussfolgerungen

Ergebnisse des 7. Expertengesprächs  
am 27. September 2018 in Berlin

# Inhalt

	Seite
Vorwort	3
<b>Input-Vorträge</b>	
Die „Grundphilosophie“ der ICF. Kann sie die „Sprache der Inklusion werden und gibt es schon Beispiele dazu? Eva Klein	4
ICF-CY: Relevanz für die Kinder- und Jugendmedizin Dr. Peter Keller	19
Kriterien für Regelungen zur Hilfeplanung in einem inklusiven SGB VIII: Bedarfsklärung und mögliche Anwendung der ICF-CY Stefan Pietsch	37
<b>Plenumsdiskussion</b>	
Zum „Stand der Dinge“ in der Praxis: Basisverständigung zur ICF Zusammenfassung der Diskussion über Wissen + Anwendungsgebiete + Erfahrungen + Positionen in der kommunalen Praxis der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe	49
<b>Input-Vorträge zu den Arbeitsgruppen</b>	
Eltern als Umweltfaktor oder e310. Erfordernisse bei der Suche nach Teilhabezielen für sehr junge Kinder Wilhelmine Meier	53
Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendmedizin zu Teilhabe, Teilhabepräferenz und Erstellen von Ziel- und Handlungsplänen Dr. Peter Keller	57
Sind die Jugendämter „fit“ für § 13 SGB IX? B.E.Ni. - ein selbst entwickeltes ICF-basiertes Bedarfsermittlungsinstrument der Eingliederungshilfe in Niedersachsen Friederike Eilers	61
<b>Diskussion</b>	
ICF - „die Sprache der Inklusion“? Was können verschiedene - am Hilfeprozess beteiligte - Berufsgruppen gemeinsam für Kinder, Jugendliche und Familien tun? Ergebnissicherung aus den Arbeitsgruppen und Abschlussdiskussion	77
Teilnehmerinnen und Teilnehmer	83

# Vorwort

In vorangegangenen Diskussionen zur Reform des SGB VIII und insbesondere auch um die zukünftige Ausgestaltung der Hilfeplanung in einem „inkluisiven SGB VIII“ war die mögliche Einbindung der ICF-CY (Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) von Beginn an ein umstrittenes Konstrukt.

Die Anwendung der ICF-CY hat aber durch das Bundesteilhabegesetz seit dem 01.01.2018 auch für die Kinder- und Jugendhilfe an praktischer Bedeutung gewonnen. Vorgesehen ist, den individuellen Hilfebedarf künftig mit Hilfe eines an den neun ICF-Lebensbereichen orientierten Instruments zu ermitteln. Bislang fehlen hierfür aber noch Umsetzungserfahrungen, wie sich dies konkret in der Teilhabeplanung wiederfinden wird.

Für das Kompetenzprofil pädagogischer Arbeit sind zukünftig die Kenntnis und der Umgang mit der ICF wichtig für die Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung von Kindern und Jugendlichen. Neue Anforderungen richten sich in diesem Kontext aber nicht nur an die Fachkräfte, sondern auch an die Inklusionsfähigkeit von Einrichtungen und Diensten.

Ziel des 7. Expertengesprächs des Dialogforums „Bund trifft kommunale Praxis“ war es, die Funktionalität der ICF sowie deren Anwendungsmöglichkeiten in der Hilfeplanung aus Sicht aller beteiligten Professionen zu diskutieren, immer mit dem Blick darauf, was verschiedene - am Hilfeprozess beteiligte - Berufsgruppen gemeinsam für Kinder, Jugendliche und ihre Familien tun können. Ausgehend vom bio-psycho-sozialen Modell der ICF wurden konkrete Anwendungsbeispiele aus der Praxis vorgestellt und diskutiert. Die Diskussionsergebnisse wurden für die Dokumentation zusammengefasst.

## Die „Grundphilosophie“ der ICF. Kann sie zur „Sprache der Inklusion“ werden und gibt es schon Beispiele dazu?

EVA KLEIN

Zu meinem Hintergrund: Die Arbeitsstelle Frühförderung Hessen ist eine landesweite Fach- und Service-stelle. Da Frühförderung per se interdisziplinär aufgestellt ist, liegt ein Schwerpunkt in der Vernetzung der beteiligten Fachbereiche sowie mit anderen Tätigkeitsfeldern in der frühen Kindheit (Frühe Hilfen, frühkindliche Bildung). Meine Ausführungen zur ICF sind von den Erfahrungen im Bereich der Frühförde-rung geprägt mit dem Fokus auf sehr junge Kinder und ihre Familien. Gleichwohl denke ich, dass sie auf Ihre Handlungsfelder übertragbar sind.

### Kann die ICF *die* Sprache der Inklusion sein?

Auf das umfassende Thema der Inklusion kann im Rahmen des Vortrages nur kurz eingegangen werden. Ihre Umsetzung stellt uns vor vielfältige Herausforderungen. Ihr Kern schließt direkt an die Grundlagen der Internationalen Klassifikation zur Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) an: Die Frage nach umfassender Teilhabe!

Mein Fazit zur Eingangsfrage möchte ich an dieser Stelle vorweg nehmen und daran anschließend näher erläutern: Das mehrdimensionale Modell der ICF bietet eine gute Grundlage, die vielfältigen Aspekte, die zur Teilhabe einer Person führen oder diese behindern in den Blick zu nehmen, unterschiedliche Sichtweisen zu verdeutlichen und zusammenzuführen (Ausleuchten blinder Flecken/Erweitern des eigenen Horizonts). Das Modell kann dazu beitragen, die Blickwinkel von Fachkräften aus verschiedenen Bereichen zu bündeln und auf die Teilhabeziele der im Mittelpunkt stehenden Person zu fokussieren. Ausrichtung dabei sind die Wünsche des/der Anfragenden.

Gleichzeitig reicht der Blick auf funktionale Gesundheit und die durch die ICF bereitgestellten Items alleine (Kategorien der ICF) aus meiner Sicht nicht aus für eine ganzheitliche und systemische Betrachtung einer Person und der komplexen Beziehungen in ihrem und zu ihrem Umfeld. Dies gilt insbesondere mit Blick auf junge Kinder und die Bedeutung von Familie für ihre Entwicklung. Um im Bild zu bleiben heißt das, es braucht mehr als eine Sprache, um Inklusion lebendig zu gestalten. Was die ICF dazu beitragen kann möchte ich im Folgenden aufzeigen.

### Die Philosophie der ICF: das bio-psycho-soziale Modell

Die WHO als Urheber der ICF betrachtet Gesundheit als einen multidimensionalen und multiperspektivisch zu bestimmenden Gegenstand. Aus Forschungsergebnissen zur Verschränkung biologischer, psychischer und sozialer Prozesse und Strukturen leitete sie folgende Forderung ab: der Blick auf Gesundheit benötigt eine arbeitsteilige und interdisziplinäre Praxis der Behandlung.<sup>1</sup> Auf dieser Grundlage entstand das bio-psycho-soziale Modell, auf dem die ICF basiert. Sie ist also zunächst ein Gesundheitsmodell, gleichzeitig ein Klassifizierungssystem, das die Möglichkeit der Kodierung bietet.

---

<sup>1</sup> Bericht der WHO: „Mental Health – New Understanding, New Hope“ (2001). Berger 2017: ICF - orientierte Bedarfsermittlung in der Interdisziplinären Frühförderung - BTHG -Fachtag VIFF e.V., Landesvereinigung Bayern am 13. Oktober 2017. Vortrag: Einführung in die Philosophie der ICF. Dr. Renate Berger, Medizinische Abteilung, Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Berger 2017

# Input-Vorträge

Überschrift für das mehrdimensionale Modell der ICF ist die Funktionale Gesundheit eines Menschen. Sie wird folgendermaßen definiert: Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie nach Art und Umfang das tut oder tun kann, wie es von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Schädigungen der Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitätseinschränkungen erwartet wird (Konzept der Teilhabe).<sup>2</sup>

Ein erster Blick zeigt, dass die meisten Items des Klassifizierungssystems sich unter dem biologischen/medizinischen Bereich finden (Körperfunktionen und Körperstrukturen), der psychologische Bereich ist größtenteils unter „mentale Funktionen“ dort zugeordnet, teils findet er sich in den Aktivitäten. Der soziale Bereich beschreibt Aktivitäten und Teilhabe der Person in neun Lebensbereichen sowie deren Umweltfaktoren.

Bei der Definition wird deutlich, dass die ICF sich an Normen orientiert (gesellschaftliche und medizinische), um Aussagen zu den Bedarfen von Menschen zu treffen. Es geht dabei sowohl um gesellschaftliche Erwartungen als auch um Bereiche, die der Person selbst wichtig sind.

Nochmal leichter formuliert geht es bei der Funktionsfähigkeit darum, das Handeln/Tun/Funktionieren eines Menschen im Zusammenhang mit seiner relevanten Umwelt zu betrachten. In welchem Maße ist ein Mensch mit einem Gesundheitsproblem in der Lage, all das zu TUN, was andere in seinem Alter/seiner Bezugsgruppe üblicherweise tun.<sup>3</sup>

Wie bereits gesagt, sind für diese Betrachtung verschiedene Aspekte erforderlich, die alle Einfluss auf die Teilhabe eines Menschen haben können und in Wechselwirkung zueinander stehen. Durch die Berücksichtigung sowohl körperlicher Faktoren als auch Aktivitäten als auch Umweltfaktoren versucht die ICF verschiedene Sichtweisen zusammenzubringen bzw. Brücken dazu zu bauen. Damit ist sie ein Konzept/Modell zum Verständnis und zur Erklärung von Funktionsfähigkeit und Behinderung in der Dialektik von „medizinischem“ und „sozialem“ Modell.

Das **medizinische Modell** im klassischen Sinne betrachtet Behinderung als ein Problem einer Person, welches unmittelbar von einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem verursacht wird und bei dem die Kontextfaktoren weitgehend außer Acht bleiben. Das **soziale Modell** hingegen, das vor allem durch die Diskussion um Inklusion stark befördert wurde, betrachtet Behinderung hauptsächlich als ein gesellschaftlich verursachtes Problem und im Wesentlichen als eine Frage der vollen Integration Betroffener in die Gesellschaft.<sup>4</sup> Mitunter klaffen die beiden Modelle in der Diskussion so weit auseinander, dass es keine Brücke zu geben scheint, sondern nur ein „entweder – oder“.

Das **bio-psycho-soziale Modell der ICF** basiert aber gerade auf einer Integration dieser beiden gegensätzlichen Modelle bei der Betrachtung von Behinderung, Gesundheit und Krankheit.<sup>5</sup> Das ist aus meiner Sicht der wesentliche Gewinn der ICF. Man stellt sich nicht nur auf den einen Pol oder den ande-

---

<sup>2</sup> Seidel 2014, Vorwort zur deutschsprachigen Fassung der ICF

<sup>3</sup> Pretis, 2017; Die ICF-CY: Ein Versuch einer Annäherung in Richtung praktischer Umsetzung. Vortrag, Schwerte 7.2.2017

<sup>4</sup> Hollenweger, J.; Kraus de Camargo, K. (Hrsg.): ICF-CY.; Berger (2017)

<sup>5</sup> ebenda

# Input-Vorträge

ren, beharrt dort und wirft dem Anderen z. B. Defizitorientierung vor, sondern jeder, der sich mit der betroffenen Person beschäftigt ist über seine eigene Fachlichkeit und gewöhnliche Herangehensweise herausgefordert weitere, vielleicht bisher ungewohnte Perspektiven miteinzubeziehen und alle zu einer Person dazugehörenden Faktoren in den Blick zu nehmen: ein „sowohl als auch“. In der Frühförderung, und natürlich nicht nur dort, finden sich zahlreiche Beispiele dafür, wie wichtig dies ist, um ein umfassendes Gesamtbild eines Kindes und seiner Situation erstellen zu können.

Deshalb findet sich das bio-psycho-soziale Modell, auch im Behinderungsbegriff der UN- Behindertenrechtskonvention (Art. 1 UN-BRK 2008): (...) Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Diese Definition des Behinderungsbegriffs fand mit dem BTHG nun auch Eingang in unsere Gesetzgebung. Bis 31.12.2017 lautete der § 2 Abs. 1 SGB IX:

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Seit 1.1.2018 gilt eine neue Formulierung des § 2 Abs. 1 SGB IX:

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

Das vorher bestehende Bild der Behinderung findet sich in der Definition von Beeinträchtigung wieder und ist und bleibt Teil der Betrachtung von Behinderung, die insgesamt als solche weiter gefasst worden ist.

In der ICF selbst befindet sich eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Thema. Dort heißt es im Anhang: „Es bleibt die schwierige Frage, wie man Menschen am besten bezeichnen kann, welche ein gewisses Maß an funktionalen Einschränkungen oder Begrenzung erfahren. ... Um der gerechtfertigten Befürchtung einer systematischen Etikettierung von Menschen entgegenzuwirken, sind die Kategorien der ICF neutral gefasst, um Herabsetzungen, Stigmatisierungen und unangemessene Konnotationen zu vermeiden. ... Die negative Attributierung der eigenen Gesundheit und die Reaktionen anderer existieren jedoch unabhängig von den Umschreibungen, die zur Definition eines Zustandes verwendet werden. Wie immer auch „Behinderung“ genannt wird, sie existiert unabhängig von dieser Bezeichnung. Es handelt sich hier nicht ausschließlich um ein sprachliches Problem, sondern vielmehr um ein Problem der Einstellung der Einzelnen und der Gesellschaft gegenüber Behinderung.“<sup>6</sup>

Wenn hier auf Einstellungen abgezielt wird, betrifft das aus meiner Sicht nicht nur die Frage der „Haltung“ oder gar das ausschließliche Diskutieren von Begrifflichkeiten, sondern vor allem auch das tatsächlich bereitgestellte Angebot und dessen erlebbare Niedrigschwelligkeit für die betroffenen Menschen.

---

<sup>6</sup> Hollenweger/Kraus de Camargo 2017: ICF-CY, 283-284

# Input-Vorträge

## Gestaltungsfelder von Inklusion

„Die menschliche Unterschiedlichkeit ist keine zweitrangige Verkomplizierung (die man ignorieren oder auf die man „später eingehen“ kann); sie ist vielmehr ein grundsätzlicher Gesichtspunkt unseres Interesses an Gleichheit.“<sup>7</sup>

Dieses Zitat von Amartya Sen, der Ihnen sicher in Bezug auf seinen Befähigungs-Ansatz bekannt ist, verdeutlicht aus meiner Sicht gut, wo wir ansetzen müssen. Sie alle kennen den schönen Spruch: „Es ist normal, verschieden zu sein ...“ Gleichwohl haben verschiedene Aspekte von Heterogenität sehr unterschiedliche Auswirkungen, insbesondere auf die kindliche Entwicklung – sowohl förderliche als auch einschränkende/ behindernde. Wenn ich diesen Spruch ernst nehme, muss ich die Gesellschaft auf allen Ebenen auch so gestalten, dass es tatsächlich normal sein kann, verschieden zu sein, d. h. sowohl veränderte Einstellungen ermöglichen und fordern als auch für entsprechende Rahmenbedingungen sorgen. Es reicht nicht aus, Bestehendes lediglich mit kleinen „Pluspunkten“ zu versehen, und dann die Beteiligten sich selbst zu überlassen. Wenn z. B. in Regeleinrichtungen Kinder mit besonderen Bedarfen zwar über eine Integrationsmaßnahme betreut werden können, aber bei ggf. stark herausforderndem Verhalten die Rahmenbedingungen der Einrichtung und Ressourcen der Fachkräfte (Gruppengröße, Fachkraft-Kind-Relation, Vorhandensein von sowohl ausreichend als auch entsprechend qualifiziertem Personal) nicht mehr ausreichen, um erforderliche Maßnahmen umsetzen zu können und dann schlimmstenfalls ein Ausschluss aus der Kita droht oder sogar folgt. Hier wird deutlich: Wenn wir nicht aufpassen, führt eine Inklusion, die überwiegend als „schöne Idee“ existiert, aber nicht ausreichend durch gute Strukturen gestärkt und gestützt wird, wieder zu Separation.

Bei den Gestaltungsfeldern von Inklusion haben wir es häufig mit der **Gestaltung von Spannungsfeldern** zu tun, allein deshalb, weil Inklusion ein Programm ist, das sich in gesellschaftlichen Widersprüchen bewegt. Wir leben in einer **Gesellschaft, die an Normen ausgerichtet ist**, die häufig mit einer **Hierarchisierung** einhergeht, die die Gefahr einer Bewertung in sich birgt. Dem setzt Prengel das **Konzept der „egalitären Differenz“** entgegen<sup>8</sup>. D. h. nicht Unterschiede zu negieren, aber darauf zu achten, dass wir diesen Unterschieden mit Anerkennung begegnen und sie nicht sofort hierarchisieren und somit bewerten.

Ein weiteres Spannungsfeld im Rahmen der Arbeit mit Kindern und Familien ist das der **Autonomie und Fürsorge**. Die Zuschreibung von Abhängigkeit/primärer Hilfe- und Schutzbedürftigkeit allein aufgrund von Behinderung ist zu Recht in die Kritik geraten und hat eine große Erweiterung durch den Blick auf Barrierefreiheit erfahren. Geht man dabei nur vom sozialen Modell aus, besteht auf der anderen Seite die Gefahr der Ausblendung von grundsätzlichen Abhängigkeiten aller Menschen. Martha Nussbaum bspw. spricht in ihrem **Capability-Ansatz** von der **„relativen Unabhängigkeit“ aller Menschen**, die je nach Lebensalter und Lebenslage eben auch von Abhängigkeiten geprägt ist. Dieser Rahmen gilt für alle Menschen, dabei nimmt sie explizit auch Bezug auf Menschen mit Beeinträchtigungen, ebenso wie auf die Menschen, die Pflege leisten. Insbesondere für junge Kinder gilt beides: das Bestreben nach Autonomie und das Angewiesensein auf Fürsorge im Sinne von Unterstützung in der eigenen Entwicklung (wem dieser Begriff problematisch erscheint, der kann sich des englischen Begriffs „Care“ bedienen). Es gilt umso mehr, wenn Kinder z. B. eine körperliche Beeinträchtigung haben oder in benachteiligten Verhältnissen aufwachsen. Prof. Datler aus Wien spricht von der Notwendigkeit von „stimulierender Feinfühligkeit“<sup>9</sup>, die es Kindern z. B. mit körperlichen Beeinträchtigungen ermöglicht, sich ihre Welt dennoch anzu-

---

<sup>7</sup> Sen 1992

<sup>8</sup> Prengel 2010

<sup>9</sup> Datler, 2004

# Input-Vorträge

eignen und nicht durch zu viele frustrierende Erfahrungen frühzeitig zurückzuziehen. Dies gilt ebenso für Kinder, die auf ihre Bemühungen zur Kontaktaufnahme wenig oder keine Resonanz erfahren, wenn sie z. B. in einem deprivierenden Umfeld aufwachsen.

Zum Thema Ressourcen- und Defizitorientierung gehört das **Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma**, in dem wir uns befinden, denn zum Erlangen von Hilfen ist a) die Beschreibung einer Diagnose („defizit“orientiert?) und b) die Benennung eines Hilfebedarfs erforderlich. Gleichzeitig haben wir die „Einsicht, dass es unmöglich ist, einen Menschen definitiv zu diagnostizieren oder einer Kategorie zuzuordnen...“ Benötigt wird deshalb ein „beidäugiges Sehen“<sup>10</sup>, das hilft, die Spannungsfelder zwischen Fähigkeiten/Kompetenzen/Ressourcen auf der einen und Begrenzungen/Schwierigkeiten/Bedürfnissen auf der anderen Seite wahrzunehmen und zu gestalten und nicht die Pole einseitig aufzulösen. Hier bietet aus meiner Sicht die ICF mit ihrer Ausrichtung auf Teilhabe Chancen.

Wie gleichberechtigte Teilhabe trotz unterschiedlicher Ausgangslagen gelingen kann und was es dafür in der Kinder- und Jugendhilfe braucht, damit beschäftigt sich Lydia Schönecker in ihrem Aufsatz „Inklusive Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe“ unter der Überschrift „Wieviel Gleichheit braucht es eigentlich? – Oder die Konstruktion von gleichberechtigter Teilhabe über bewusste Differenzierung“. Bezüglich der Forderung nach einem einheitlichen Leistungstatbestand und der Überwindung von Kategorisierungen durch ein System für alle kommt sie zu dem Schluss: „Doch ich fürchte, der Grundgedanke von Inklusion würde grundlegend missverstanden, würde man ihn damit verbinden, dass sich auch nach dieser Eingangstür einfach alle ein freies Zimmer suchen könnten, da ohnehin überall das Gleiche zu bekommen ist. ... Für die Herstellung gleichberechtigter Teilhabe ist dementsprechend gerade eine differenzierte Wahrnehmung und Analyse der je eigenen Bedarfslagen sowohl in Voraussetzungen als auch benötigter Hilfe erforderlich. Differenzierung ist insofern nicht diskriminierend, sondern Grundvoraussetzung, wenn der Anspruch auf Herstellung gleicher Teilhabe-Möglichkeiten ernst gemeint ist.“<sup>11</sup> In diesem Zusammenhang noch ein paar Anmerkungen zur ICF in Bezug auf den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe, bzw. dem leistungsberechtigten Personenkreis nach dem Bundesteilhabegesetz (§ 99 SGB IX). Dieser erfährt eine Neudefinition (ab dem 01.01.2023 durch die Änderungen im SGB IX 2. – Teil SGB IX – Eingliederungshilferecht). Hier soll auf die in der ICF genannten neun Lebensbereiche/ Aktivitäten Bezug genommen werden unter der Zielsetzung, keine Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises vorzunehmen.

**Der Zwischenbericht zu den rechtlichen Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25a § 99 des BTHG (ab 2023) auf den leistungsberechtigten Personenkreis trifft dazu folgende Aussagen:**

Die ICF „wird überwiegend als sehr hilfreich angesehen, um „Behinderung“ im Sinne eines Zusammenwirkens von gesundheitlichen Störungen mit erschwerenden oder erleichternden Umweltfaktoren zu beschreiben. ... Die ICF als Klassifikation ist nicht darauf angelegt, als **Entscheidungsgrundlage für strittige Fragen der Leistungsgewährung** zu dienen. ... Die ICF ist im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells vielmehr als **heuristisches Instrument** zu verstehen, das eine **sachgerechte Beschreibung von Beeinträchtigungen und Teilhabebarrrieren** ermöglicht, um Verbesserungen der Teilhabe zu erreichen.“<sup>12</sup> Es besteht zudem die „ethische Selbstverpflichtung der Autoren der ICF, diese nicht als Instrument zur Regulierung des Leistungszugangs einsetzen zu wollen.“<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Purtscher, 2011

<sup>11</sup> Schönecker, 2017, in: Das Jugendamt, S. 472

<sup>12</sup> Dt. Bundestag, Drucksache 19/3242, S. 46

<sup>13</sup> Ebenda, S. 49



# Input-Vorträge

## Die Philosophie der ICF: Hintergrund und Nutzung

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ist Teil der WHO-Familie von Kategoriensystemen zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Aspekte. Sie ist ein weltweit gültiges Instrument, weshalb einzelne Items auf uns zunächst als wenig relevant wirken mögen. Andernorts können diese aber von grundlegender Bedeutung sein (bspw. der Zugang zu sauberem Wasser). Die Gremien der WHO sind interdisziplinär aufgestellt ist, gleichwohl erkennt man auch in der ICF einen medizinischen Schwerpunkt.

Bereits 1929 erschien mit der ICD (International Statistic Classification of Diseases and related Health Problems) – ein erstes Klassifizierungssysteme der WHO zur Klassifikation von Krankheiten und Gesundheitsproblemen (1992: ICD 10). Mit der ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) wurde 1980 erstmals ein Klassifizierungssystem entwickelt, das zwar immer noch als lineares Modell die betroffene Person fokussiert, aber mit einem erweiterten Blick auf die Aspekte: Schädigung – Beeinträchtigung – Benachteiligung. 2001 folgte die ICF als Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit womit der Wechsel zu einem bio-psycho-sozialen Modell zur Betrachtung von Gesundheit (Abb. 1) vollzogen wurde. Dort heißt es: „Behinderung ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen Individuen leben, andererseits.“ (WHO 2004)

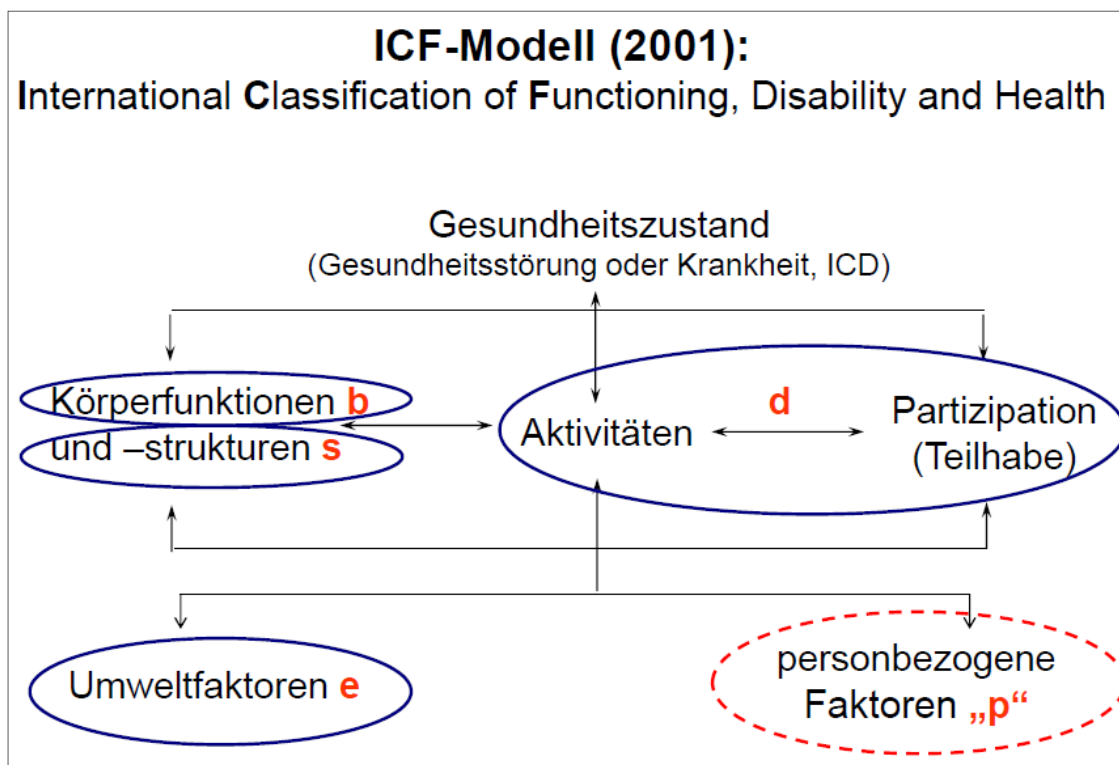


Abb. 1

Die ICF ist

- ein Gesundheitsmodell,
- ein Klassifikationssystem,
- ein Kodierungssystem.

# Input-Vorträge

Wichtig für die weiteren Entwicklungen im Zuge der Umsetzung des BTHG ist aber auch, was die ICF NICHT ist:

- Sie ist kein Diagnoseinstrument,
- Sie ist kein Assessmentinstrument, d. h.: „die jeweiligen disziplinspezifischen Informationsgewinnungsverfahren werden dadurch nicht ersetzt.“<sup>14</sup>

## ICF in Bezug auf Kinder und Jugendliche

Um den Besonderheiten sich entwickelnder Kinder und den Einfluss der Umwelt auf ihre Entwicklung besser gerecht zu werden wurde 2007, abgeleitet von der ICF die ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth) entwickelt.

Ergänzt um spezifische Items

- bietet sie gleichermaßen wie die ICF eine gemeinsame universelle Sprache für Anwendungen in klinischen Settings, im öffentlichen Gesundheitswesen und in der Forschung zur Dokumentation und Evaluation von Gesundheit und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen,
- beruht sie auf dem Rahmenkonzept der ICF und nutzt eine standardisierte Sprache und Terminologie, um Probleme mit den Körperfunktionen und -strukturen, Einschränkungen der Aktivitäten und Partizipation, wie sie sich im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter manifestieren, sowie die relevanten Umweltfaktoren zu erfassen, darzustellen und zu dokumentieren.<sup>15</sup>

Die ICF kann als ein integratives Werkzeug angesehen werden, das als Organisationshilfe und Kommunikationshilfe dient<sup>16</sup>. Durch die Abbildung relevanter Dimensionen bietet sie ein Informationssammelbecken, das eine zusammenfassende Darstellung vorliegender Befunde ermöglicht, zur Klärung diagnostischer Informationen beiträgt und somit als Grundlage für Zielformulierungen und geplante Interventionen dienen kann.<sup>17</sup> Betrachtet wird die funktionale Gesundheit. Bei den zur Verfügung stehenden Items muss man aus meiner Sicht immer wieder fragen, ob diese ausreichend sind, um die Situation der Kinder und Familien mit denen wir arbeiten umfassend abbilden zu können.

Nachdem alle Informationen gesammelt worden sind und bevor es zu Zielformulierungen und Handlungsplänen kommt ist der wesentliche nächste Schritt die **Betrachtung und Interpretation von Wechselwirkungen in einem gemeinsamen Prozess**. Hier geht es darum, Stärken und Förderfaktoren sowie Beeinträchtigungen und Barrieren und deren Zusammenwirken zu erkennen. Die von der betroffenen Person gewünschten Teilhabeziele können darauf basierend durch abgestimmte Angebote unterstützt werden.

Um den Gesundheitszustand eines Menschen zu beschreiben, gehören zur Klassifikation der ICF verschiedene Teile und Komponenten (Abb. 2). Insgesamt stehen über 1.400 Items zur Verfügung, die kodiert werden können, wie die Abbildung zeigt.

---

<sup>14</sup> Kraus de Camargo/ Simon 2015, 34

<sup>15</sup> Hollweger, de Camargo/ WHO 2011 – Einführung in die ICF-CY

<sup>16</sup> Philippi 2007

<sup>17</sup> Hollweger/ de Camargo 2011, 18

# Input-Vorträge

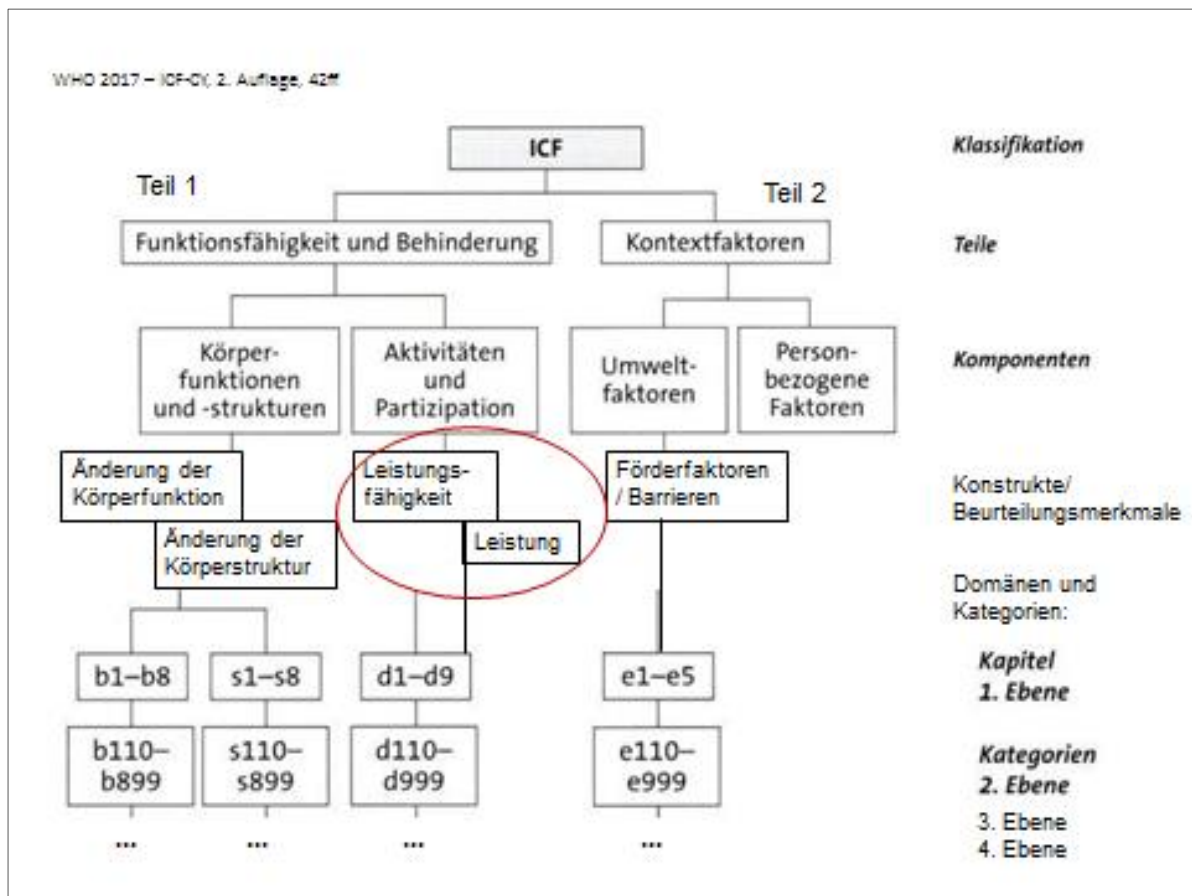


Abb. 2

Wichtig ist, dass die Einheit der Klassifikation in der ICF keine Diagnose des Menschen vornimmt, sondern ein Profil seiner Funktionsfähigkeit darstellt, in Form eines aktuellen „Schnappschuss der Situation“. Ein Zweck der ICF ist es, Art und Ausmaß der Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit eines Menschen zu beschreiben und die Umweltfaktoren zu identifizieren, die diese Funktionsfähigkeit beeinflussen. Hierbei ist **Funktionsfähigkeit** ein Oberbegriff, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Partizipation [Teilhabe] umfasst. **Behinderung** hingegen dient als Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe].<sup>18</sup>

Will man die ICF als Kodierungssystem benutzen gehört zu einem ICF-Code zusätzlich ein Beurteilungsmerkmal, das den Schweregrad bzw. das Ausmaß eines Problems angibt:

- 0 Problem nicht vorhanden
- 1 Problem leicht ausgeprägt
- 2 Problem mäßig ausgeprägt
- 3 Problem erheblich ausgeprägt
- 4 Problem voll ausgeprägt ...
- 8 nicht spezifizierbar
- 9 nicht anwendbar.

<sup>18</sup> Hollweger/ de Camargo, WHO 2011, 19+29

# Input-Vorträge

Diese Art der Beurteilung bietet nur eine ungenaue Angabe, weshalb sie vielfach kritisch gesehen wird. Aus meiner Sicht möchte hier insbesondere die „Bewertung“ von Umweltfaktoren nennen, wenn es sich dabei um Personen handelt. Eine grundsätzliche Frage hierzu ist, ob die Kodierung samt Beurteilung überhaupt gesetzlich gefordert ist? Und dann für wen und an welcher Stelle im Prozess sie tatsächlich hilfreich sein kann? Auch wenn z. B. die Messbarkeit vereinbarter Ziele eine immer größere Bedeutung erhält so muss – gerade wenn es sich um Beziehungsaspekte eines Menschen handelt – sichergestellt werden, dass es auch der Komplexität des Geschehens angemessene Instrumente dafür gibt.

## Umsetzung der ICF-CY und Herausforderungen

Im Zentrum und als Ziel der Umsetzung der ICF stehen **Aktivität und Teilhabe**, und zwar betätigungsorientiert und alltagsrelevant. Diese beziehen sich jeweils auf **Lebensbereiche** einer Person.

Als **Aktivität** wird die Ausführung einer Aufgabe oder Handlung in einem Lebensbereich durch eine Person beschrieben, während **Teilhabe** (Partizipation) das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation bzw. einen Lebensbereich umfasst.

In der ICF werden neun Lebensbereiche beschrieben, die im Zuge der Klassifikation dann weiter unterteilt werden:

1. Lernen und Wissensanwendung
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
3. Kommunikation
4. Mobilität
5. Selbstversorgung
6. Häusliches Leben
7. Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
8. Bedeutende Lebensbereiche
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

An dieser Stelle ein **Beispiel**, das die **Teilhabeausrichtung** verdeutlichen soll:

Auf einem Sozialpädiatriekongress stellten ein Kinderarzt und Heilpädagoge moderne Therapien der Hemiparese vor und berichteten von einem achtjährigen Patienten. Gefragt nach seinen Zielen, äußerte der Junge, er möchte gerne ein besserer Torwart werden und mit den anderen mitkommen können.

Der Wunsch des Jungen bildet das **Teilhabeziel**. Bei der nun folgenden Betrachtung unter Einbezug der ICF wurde folgendes herausgearbeitet: Als **Aktivitäten** erforderlich sind ganz konkret „Fangen eines Balles auf der schwächeren Körperseite mit beiden Händen“. Als weitere unterstützende Aktivitäten wurden „Krafttraining“ und „Kletterwand“ benannt. Beim Blick auf die **körperlichen Strukturen und Funktionen**, die dafür gebraucht werden, wurden Schulterbeweglichkeit, Supination, Handgelenksfestigkeit und Orientierung im Raum identifiziert. Als Hilfsmittel zur Unterstützung der körperlichen Strukturen wurde eine Silikonhandorthese angepasst. Als förderliche **Umweltfaktoren** wurden eine stabilisierende Familie, tragfähige Beziehungen zu Freunden sowie die bereits bestehende Einbindung in den Fußballverein identifiziert. **Persönliche Faktoren**, wie die hohe Motivation des Jungen, sein guter Intellekt und seine Anstrengungsbereitschaft, begünstigten ebenfalls die Chance auf das Gelingen der Maßnahmen. Abschließend wurde überlegt, welche Fachkräfte welche Aufgaben übernehmen können (z. B. das Krafttraining durch die Physiotherapie).

Dieses Beispiel ist aus meiner Sicht sehr anschaulich für eine Nutzung der ICF. Gleichzeitig ergeben sich

# Input-Vorträge

aber auch Fragen für Bereiche mit denen man in der Kinder- und Jugendhilfe – und nicht nur dort – ebenfalls häufig konfrontiert ist: wie sieht es aus, wenn das Kind selbst wenig motiviert ist, wenn es z. B. kaum Selbstvertrauen hat? Und vor allem: was ist wenn die Eltern die Wünsche bzw. Bedarfe nicht unterstützen wollen oder können? Was ist wenn der Sozialraum dies nicht zulässt? Wie sieht dann eine Darstellung gemäß der ICF aus und können mit ihr auch komplexere Sachverhalte abgebildet werden?

Für unsere Arbeit ist der Blick auf die **Umweltfaktoren** äußerst wichtig. Damit sind nicht nur äußerliche Faktoren wie eine Rampe o. ä. gemeint. Neben wichtigen materiellen Rahmenbedingungen stehen für uns Fragen zu für Entwicklung förderlichen Beziehungen sowie Erziehungskompetenzen im Vordergrund<sup>19</sup>. In der ICF beziehen sich Umweltfaktoren auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. Sie umfassen

e1 Produkte und Technologien (z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte)

e2 Natürliche und von Menschen veränderte Umwelt (z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität)

e3 Unterstützung und Beziehungen (z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde)

e4 Einstellungen (z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen)

e5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Rechtspflege, Politik).

Der Einbezug des engsten Familienkreises als Einflussfaktor kann in der ICF-CY durch zwei Items dargestellt werden: e310 engster Familienkreis und e410 Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises. Diese kann man jeweils wieder in ihrer Qualität mit den vorher genannten Codes beurteilen. Dies dürfte in der direkten Zusammenarbeit mit den Eltern nicht besonders hilfreich sein. Die Autoren der ICF selbst weisen auf die besondere Bedeutung des Umfeldes für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hin und benennen:

- Das Wachstum und die Entwicklung von Kindern sind die zentralen Leitthemen, um die Inhalte und notwendige Anpassung an die ICF-CY zu identifizieren.
- Die Fähigkeit, sich sozial zu beteiligen und zu interagieren, entwickelt sich in den engen Beziehungen des jungen Kindes mit Eltern, Geschwistern und Gleichaltrigen in seinem unmittelbaren Umfeld.
- Aufgrund der Abhängigkeit des sich entwickelnden Kindes haben die materiellen und sozialen Elemente der Umwelt einen bedeutenden Einfluss auf seine Funktionsfähigkeit.<sup>20</sup>

Deshalb gilt es hier gemeinsam Antworten für eine hilfreiche Umsetzung zu finden.

---

<sup>19</sup> vgl. Lydia Schönecker: Erzieherischer Bedarf als Prüfpunkt bei Teilhabeleistungen, Dialog Erziehungshilfe 4-2018

<sup>20</sup> Kraus de Camargo/Hollenweger 2011, 15-17

# Input-Vorträge

Aber zunächst noch zu den **personenbezogenen Faktoren**: Diese werden aus ethischen Gründen (z. B. mit ihnen einhergehende große sozio-kulturelle Unterschiede) **nicht kodiert**. Sie umfassen den speziellen Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen, wie

- allgemeine Merkmale einer Person (z. B. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit),
- physische Faktoren (z. B. Fitness),
- mentale Faktoren (z. B. Persönlichkeit, Intelligenz, Bewältigungsstile, Motivation, Handlungswille),
- Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten,
- Lebenslage und sozioökonomische/-kulturelle Faktoren.<sup>21</sup>

Die Diskussion, inwieweit die persönlichen Faktoren doch einer Kodierung zugänglich zu machen sind, um nicht „hinten runter zu fallen“ wird aktuell intensiv geführt. Gerade im Bereich der Rehabilitation spielt es natürlich eine große Rolle, welche Motivation ein Patient hat, um wieder „auf die Beine zu kommen“. Eine Überschneidung besteht hier aus meiner Sicht ohnehin schon, wenn man den Bereich der mentalen Faktoren betrachtet. Bei den Körperfunktionen finden sich in Kapitel 5.1 „Mentale Funktionen“ unter der Überschrift b126: Funktionen von Temperament und Persönlichkeit. Darunter befinden sich als Unterpunkte: b1260 Extraversion, b1261 Umgänglichkeit, b1262 Gewissenhaftigkeit, b1263 Psychische Stabilität, b1264 Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, b1265 Optimismus, b1266 Selbstvertrauen, b1267 Zuverlässigkeit. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die Zuordnungen in diesem Bereich evtl. zu schnell den Weg einer rein psychiatrischen Betrachtung öffnen, die ggf. sehr stark das Kind alleine fokussiert, noch bevor aus pädagogischer Sicht das Verhalten des Kindes nach seiner Sinnhaftigkeit in Bezug auf die bestehenden Umweltfaktoren in den Blick genommen wurde.

Zeigt bspw. ein Kind im Kindergarten auffälliges Verhalten, ist unruhig und zappelig, steht oft schnell die Diagnose ADHS im Raum und Therapien und ggf. Medikation werden darauf abgestellt. Vielleicht ist dies für das Kind genau das Richtige. Aber nur, wenn man vorher auch die Umweltfaktoren genau in den Blick genommen hat und ihre möglichen Einflüsse auf das kindliche Verhalten. Denn vielleicht liegt die Unruhe des Kindes auch daran, dass die Eltern gerade in Trennung leben oder die Rahmenbedingungen in der Kita sich verändert haben, weil z. B. die Bezugserzieherin ausgefallen ist.

Deshalb möchte ich gerade in Bezug auf Verhalten an dieser Stelle ein **weiteres bio-psycho-soziales Modell** als Ergänzung vorstellen. In diesem stellt Prof. Klaus Fröhlich-Gildhoff „ein anerkanntes Modell zur Erklärung von Verhalten dar, das die biologischen Ausgangsbedingungen mit sozialen Faktoren und der psychischen Struktur, dem ‚Selbst‘ eines Menschen verknüpft.“<sup>22</sup> (s. Abb. 3).

Betrachtet werden hier **Biologische (Ausgangs-)bedingungen, Soziale Situationen/Erfahrungen und Innerseelische (psychische) Struktur (Selbst)**. Im Bereich der sozialen Situation und der Erfahrungen werden biografische Erfahrungen, wie elterlicher Erziehungsstil, Bindungssicherheit und soziale Unterstützung genannt, die in unserer Arbeit wichtige Elemente darstellen. Die innerseelische Struktur/ Psyche bildet hier einen eigenen Bereich. Dadurch wird der Blick auf mögliche Wechselwirkungen erleichtert. Deshalb kann dieses Modell aus meiner Sicht eine wichtige Ergänzung zur Informationssammlung mit der ICF sein.

---

<sup>21</sup> BAR 2016

<sup>22</sup> Fröhlich-Gildhoff, 2018 in kindergarten heute, 5/2018

# Input-Vorträge

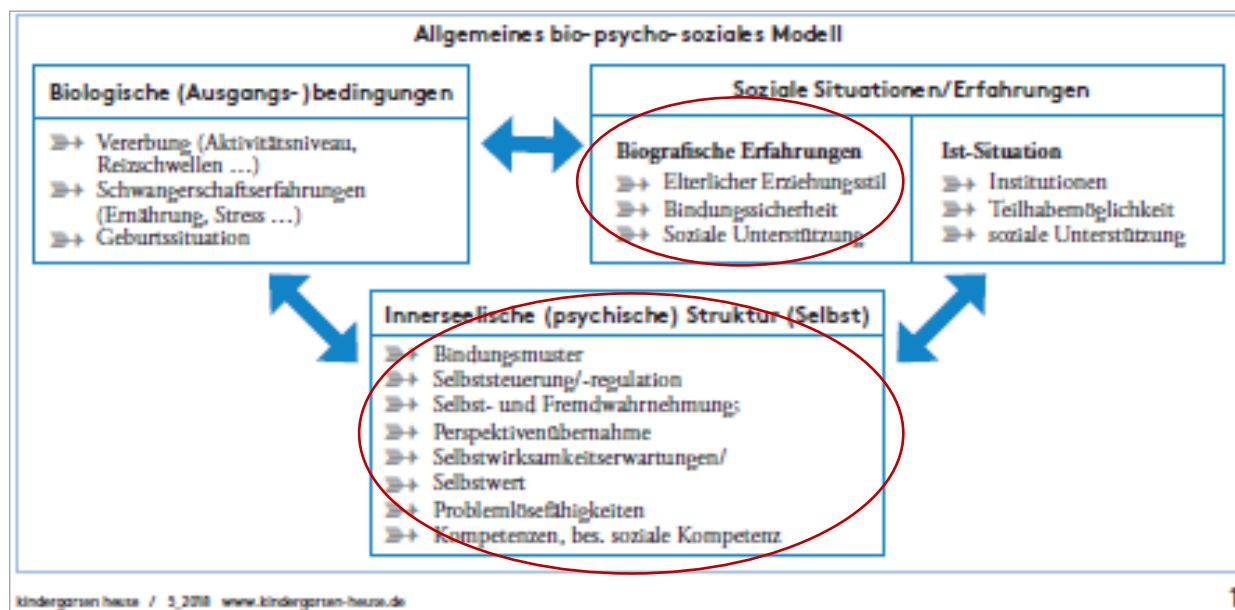


Abb. 3

Lydia Schönecker merkt in einem Text zur inklusiven Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe an: „Das für Kinder und Jugendliche besonders wichtige systemische Hilfeplanverständnis, wie es der Kinder- und Jugendhilfe zugrunde liegt, fehlt jedoch auch mit dem BTHG.“<sup>23</sup>

Wird Familie als Kontextfaktor noch genügend sichtbar? Oder müsste man dann für jedes Familienmitglied eine ICF- Erhebung durchführen? Um für die betroffenen Menschen eine Nutzung der ICF sinnvoll zu gestalten bleibt auf jeden Fall, quasi als „Masteraufgabe“, nicht nur die Sammlung von Informationen, sondern daran anschließend das in Bezug setzen und die Interpretation. Hierzu Schönecker: „Es wird deutlich, dass (...) hier die ‚Analyse von Situationen‘ und (familiärer) ‚Umwelt‘ stärker in den Blick genommen werden muss und es perspektivisch darauf ankommen wird, auch hier gezielt die Frage nach der Integration hilfreicher Verstehenselemente und -prozesse in den Blick zu nehmen.“ Dies ist ein elementarer Bestandteil der sozialpädagogischen Diagnostik.<sup>24</sup>

## Die ICF in der gesetzlichen Verankerung

Im ersten Teil des SGB IX (neu) wird im § 13 „Instrumente“ zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs die ICF nicht explizit benannt. Dort heißt es:

Die Rehabilitationsträger verwenden

- systematische Arbeitsprozesse +
- standardisierte Instrumente, die eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung sichern.

Die Instrumente erfassen,

- ob eine Behinderung vorliegt oder droht,
- welche Auswirkungen auf die Teilhabe sie hat,
- welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen,
- welche Leistungen voraussichtlich erfolgreich sind (Prognose).

<sup>23</sup> Schönecker 2017, S. 474

<sup>24</sup> vgl. Schrappner 2006



# Input-Vorträge

Im zweiten Teil unter § 118 SGB IX Instrumente der Bedarfsermittlung erfolgt eine explizite Bezugnahme: (1) Der Träger der Eingliederungshilfe hat die Leistungen nach den Kapiteln 3-6 unter Berücksichtigung der Wünsche der Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfs muss durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:

1. Lernen und Wissensanwendung
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
3. Kommunikation
4. Mobilität
5. Selbstversorgung
6. Häusliches Leben
7. Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
8. Bedeutende Lebensbereiche und
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Die genannten Lebensbereiche entsprechen den ICF-Aktivitäten. Genannt ist eine „Orientierung“ an der ICF, was aus meiner Sicht Spielräume für die Ausgestaltung lässt.

Eine große Herausforderung, der sich alle Kostenträger gegenübersehen, ist die Abstimmung der geforderten Pläne (s. Abb. 4)

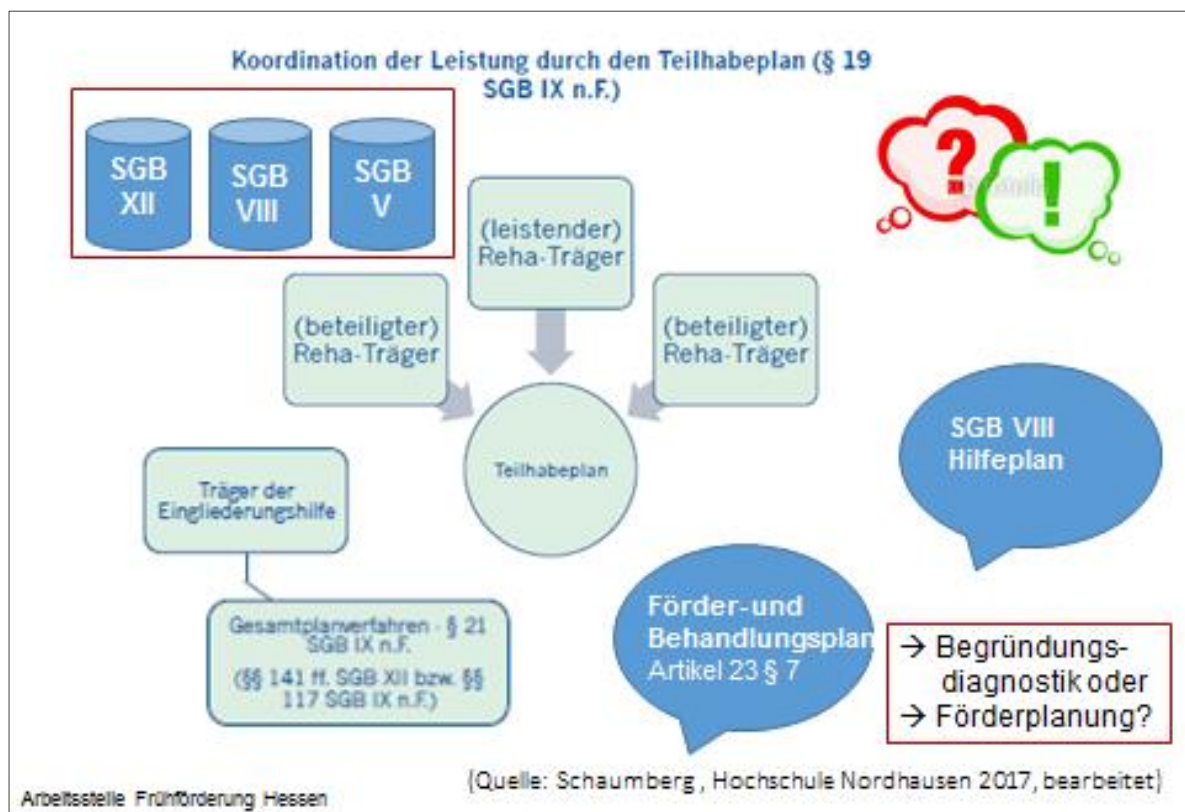


Abb. 4

Mit dem SGB IX als Leistungsrecht kommt der Auftrag hinzu, Leistungen durch einen Teilhabeplan zu koordinieren. Daneben besteht für die Eingliederungshilfe der Gesamtplan, in der Kinder- und Jugend-



# Input-Vorträge

hilfe der Hilfeplan und für die Komplexleistung Frühförderung ist ein Förder- und Behandlungsplan zu erstellen. Es besteht noch einiges an Klärungsbedarf, wie dies alles koordiniert werden kann, ohne dass die Hälfte der Familie dabei auf der Strecke bleibt.

Einen Ansatzpunkt hierzu liefert die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation in ihrer Stellungnahme zur ICF-Nutzung. Dort heißt es: „Der im Gesetz verwendete Begriff des ‚Instruments‘, das auf der Grundlage der ICF Bedarfe identifiziert, ist deshalb dahingehend zu verstehen, dass dieses einen **strukturierten, nachvollziehbaren und in seinen Abläufen standardisierten Kommunikationsprozess** – z. B. in Form eines Leitfadens – darstellt, der die Berücksichtigung aller Komponenten des der ICF zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modells der WHO und deren Wechselwirkungen gewährleisten.“<sup>25</sup>

Frau Dr. Berger, eine Kollegin der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, formulierte als Ergänzung dazu: „Arbeiten nach der ICF-CY bedeutet – unserer Ansicht nach – aber eben nicht, in erster Linie zu kodieren. Vielmehr geht es zunächst darum, die inhaltliche Botschaft der WHO systematisch umzusetzen und dann darauf zu achten, diese durch das Kodieren nicht zu verdecken oder gar zu verlieren.“<sup>26</sup>

Mit der letzten Folie möchte ich den Blick auf diejenigen lenken, um die es schließlich bei diesem komplexen Thema geht – die Kinder und Jugendlichen. Um deren Perspektive immer wieder an erste Stelle setzen zu können wurde am Can Child Research Center der McMaster Universität in Kanada das

„F-Words Agreement“ für Kinder von Diane Kay entwickelt. (s. Abb. 5). Als Ausgangs- und Zielpunkt heißt es dort:

The image shows a poster titled "F-WORDS AGREEMENT" by Diane Kay. It is designed as a template for children to fill in their name and age. The poster lists seven key concepts: FUNCTION, FAMILY, FITNESS, FUN, FRIENDS, and FUTURE, each with a simple definition. At the bottom, there are logos for CanChild and McMaster University, and the text "Thank you".

Ausgangs- und Zielpunkt

## F-WORDS AGREEMENT

By \_\_\_\_\_ age \_\_\_\_

☺ Please consider these things when we work together ☺

**FUNCTION** – I want to **do** stuff! It may not matter if I don't do it like everyone else! .....


**FAMILY** – They know me best and I **trust** them to do what's best for me. **Listen** to them. **Talk** to them. **Hear** them. **Respect** them.....

**FITNESS** – **Everyone** needs to stay fit and healthy and I am no different. I might need to use different ways of getting fit and staying fit and need help to do this.....

**FUN** – **Whatever floats my boat!!.....**

**FRIENDS** – to have **fun** with, to **learn** with, to **grow** old with.....

**FUTURE** – The Future Is **Now** – Tomorrow is what I make of **today**. I don't want **opportunities** to pass me by. Help me **achieve** what I can today.

 **CanChild**  
Centre for Childhood Disability Research

Thank you


 **McMaster University**

Abb. 7

<sup>25</sup> DVfR 2017, 7

<sup>26</sup> Berger, Wolf, Allwang 2016

# Input-Vorträge

„Bitte beachte die folgenden Punkte, wenn wir zusammen arbeiten:

Funktion – Ich möchte machen! Es ist oft nicht wirklich wichtig, dass ich die Dinge nicht genauso mache wie alle anderen....

Familie – Die kennen mich am besten und ich vertraue, dass sie wissen, was das Beste für mich ist. Hör ihnen zu. Sprich mit ihnen. Nimm an, was sie sagen. Respektiere sie...

Fitness – Jeder muss sich fit und gesund halten und das ist mit mir nicht anders. Ich benötige vielleicht andere Wege, um mich fit zu halten und vielleicht auch etwas Hilfe dabei....

Freude – Alles was Spaß macht!

Freunde – um mit ihnen Spaß zu haben, mit ihnen gemeinsam zu lernen, aufzuwachsen und alt zu werden....

Zukunft – Die Zukunft ist jetzt – Morgen ist was ich aus dem Heute machen kann. Ich möchte keine Gelegenheit auslassen. Hilf mir zu schaffen, was ich heute kann.“

Dies als abschließender Ausblick und Motivation für unser weiteres Arbeiten. Vielen Dank.

## ICF-CY: Relevanz für die Kinder- und Jugendmedizin

DR. PETER KELLER

In der Betreuung von behinderten und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in einem SPZ führen wir eine gründliche, saubere Diagnostik durch und diese wurde verpflichtend nach ICD 10 verschlüsselt. Während der weiteren Betreuung dieser Kinder und Jugendlichen schrieb man immer wieder die gleiche Diagnose, denn die Krankheiten bzw. Behinderungen ändern sich nicht. Trotzdem ändert sich etwas, was man aber nicht vergleichbar dokumentieren kann. Um dies zu erreichen, kam ich auf die ICF und gründete mit meinem Kollegen Dr. Hollmann die deutsche Arbeitsgruppe zur Implementierung der ICF, die dann von Prof. Dr. Kraus de Camargo geleitet wurde. Unsere Aufgabe bestand einerseits in der Übersetzung, gemeinsam mit Österreichischen und Schweizer Kollegen, andererseits in der Bekanntmachung und Implementierung der ICF in der Praxis. Dazu entwickelten wir Konzepte, die wir in der ganzen Bundesrepublik vorstellten. Alle hielten die ICF für ein gutes Instrument, aber die Umsetzung wurde gleichzeitig aus Zeitgründen als undurchführbar eingeschätzt, sowohl von Ärzten in der Sozialpädiatrie, in der Frühförderung als auch in den Schulen und Kindertagesstätten. Die Gesellschaft für Sozialpädiatrie initiierte einen Qualitätszirkel ICF und daraufhin wurde unter Federführung von Frau Dr. Philippi die ICF-Arbeitsgruppe der DGSPJ in Frankfurt gegründet. Wir stellten jedoch schnell fest, dass wir keinen Qualitätszirkel brauchen, da die Qualität bereits ausreichend definiert war. Vielmehr müssten die Aspekte und Bestandteile der ICF identifiziert werden, die für uns wichtig sind. Inzwischen setzt sich diese Arbeitsgruppe aus vielen Teilnehmern aus etlichen Fachbereichen zusammen, die gemeinsam Schulungsprogramme entwickelten. Das aktuelle Schulungsprogramm wurde im Rahmen des Part-Child-Projekts erarbeitet. Die Schulungen sind recht umfangreich und nehmen vier Tage in Anspruch.

Das Schulungsprogramm basiert auf den langjährigen Erfahrungen von Fachkräften, die sich zum Ziel gesetzt haben, ihr Erfahrungswissen aus den unterschiedlichen SPZ-Fachbereichen weiterzugeben und gemeinsam an der Stärkung der Chancengleichheit, der Selbstbestimmung und Nicht-Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen mitzuwirken.

Die Entwicklung eines solchen Programms war uns wichtig, weil Kinder und Eltern selbstbestimmt und gleichberechtigt einbezogen werden sollen, und zwar ungeachtet dessen, ob die Kinder eine gesundheitsbezogene Beeinträchtigung haben oder nicht. Das sind die Bedürfnisse von Kindern und Eltern und diese sind in den Menschenrechten und dem deutschen Grundgesetz rechtlich verankert. Die Berücksichtigung von „selbstbestimmt, gleichberechtigt und einbezogen“ für Kinder mit Behinderungen wurde in der **UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) 2006** dezidiert gefordert und bezogen auf die Sicherung der sozialen Teilhabe in den Lebenswelten der Kinder ausformuliert (Artikel 3 der BRK). Die UN-Behindertenrechtskonvention von 2016 geht konkret auf folgende Bereiche ein:

### Artikel 3 – Allgemeine Grundsätze

Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:

- a. die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der **Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen**, sowie seiner Unabhängigkeit;
  - b. die Nichtdiskriminierung;
  - c. die volle und wirksame **Teilhabe an der Gesellschaft** und Einbeziehung in die Gesellschaft;
  - d. die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
  - e. die Chancengleichheit;
  - f. die Zugänglichkeit;
- (...)

# Input-Vorträge

Die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, wird als sehr wichtig angesehen, ebenso die Teilhabe an der Gesellschaft.

Es hat lange gedauert, bis das SGB IX Anfang dieses Jahres angepasst wurde. Behinderung wurde hier folgendermaßen definiert: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“.

Seit dem 1.1.2018 fordert das **Bundesteilhabegesetz (BTHG)** nun alle Träger und Leistungserbringer von Eingliederungshilfe und Rehabilitation explizit auf, in ihren Hilfe- und Teilhabe- bzw. Förder- und Behandlungsplänen die Bedarfe der Kinder bezogen auf ihre Teilhabe am Entscheidungsprozess und in ihrer Lebenswelt innerhalb der Strukturen der „International Classification of Functioning, Disability and Health in Childhood and Youth – ICF-CY“ und geordnet nach den neun Ebenen der Lebensbereiche abzubilden (§ 118 SGB IX). Das historisch gewachsene Fürsorgesystem wird damit in ein modernes Teilhaberecht überführt.

In § 118 SGB IX findet sich die ICF unter Instrumente der Bedarfsermittlung:

(1) 1. Der Träger ... hat die Leistungen ... unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten festzustellen.

2. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes ...muss durch ein Instrument erfolgen, das sich an der **Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit** orientiert.

3. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden **Lebensbereichen** vorzusehen:

1. **Lernen und Wissensanwendung,**
2. **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,**
3. **Kommunikation,**
4. **Mobilität,**
5. **Selbstversorgung,**
6. **Häusliches Leben,**
7. **Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,**
8. **Bedeutende Lebensbereiche und**
9. **Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.**

Das Bundesteilhabegesetz sieht neben der Ermittlung des individuellen Bedarfs unter Punkt 3 die Teilhabe in den Lebensbereichen vor. „Lebensbereiche“ hört sich erst einmal verwirrend an, weil wir sie so in der ICF nicht finden. Wir stellen sie daher in Bezug auf den Teilhabestatus eines Kindes noch etwas anders dar:

**Teilhabestatus - Was macht das Kind im Alltag?**

Dies teilt sich in Aktivitäten (a = activities) und Teilhabe (p = participation) auf, die in neun Lebensbereichen (d = life domains) stattfinden:

1. **Lernen + Wissensanwendung**
2. **Allgemeine Anforderungen + Aufgaben**
3. **Kommunikation**
4. **Mobilität**
5. **Selbstversorgung**
6. **Häusliches Leben**

# Input-Vorträge

7. Interpersonelle Interaktion + Beziehungen
8. **Bedeutende Lebensbereiche**
9. **Gesellschaft**

Diese Bereiche kann man sich gut über das Schlagwort „LAKMoSHIBeG“ merken, weil es zur Gewohnheit werden sollte, in einem Eingangsgespräch diese Bereiche vollständig abzufragen.

Mit der ICF-CY steht uns ein von der WHO entwickeltes, international verbindliches Gerüst für die Navigation zur Verfügung, um in professioneller Weise Bedarf und Teilhabeziele gemeinsam mit den Kindern und ihren Familien in häufig nicht leicht zu überschauenden Lebensverhältnissen und Handlungsfeldern zu ermitteln und passende Maßnahmen und Wege zur Umsetzung der Ziele zu vereinbaren.

Es ist nun wichtig, den Akteuren die Nutzung des ICF-CY-Navigationssystems näher zu bringen, damit sie einfacher und strukturierter ihr bisheriges fachmedizinisches und interdisziplinäres Handeln und Wissen noch professioneller an dem Kontext der Lebenswelten von Kindern und Eltern ausrichten. Sie vermitteln Eltern und Kindern ein größeres Verständnis für die Zusammenhänge zwischen den gesundheitlichen Aspekten und den Lebenswelten der Kinder. Sie ermöglichen Eltern und Kindern eine stärker zielorientierte Beteiligung an Entscheidungen, bezogen auf das, was getan wird, damit Kinder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alltag teilhaben.

## Was ist Teilhabe?

Teilhabe „am Prozess“ und als „Ziel“ unseres Handelns. Teilhabe ist einerseits ein Prozess, bei dem es am Ende um Lebensqualität geht und der sich in verschiedenen Bereichen des Lebens abbildet (Abb. 1).

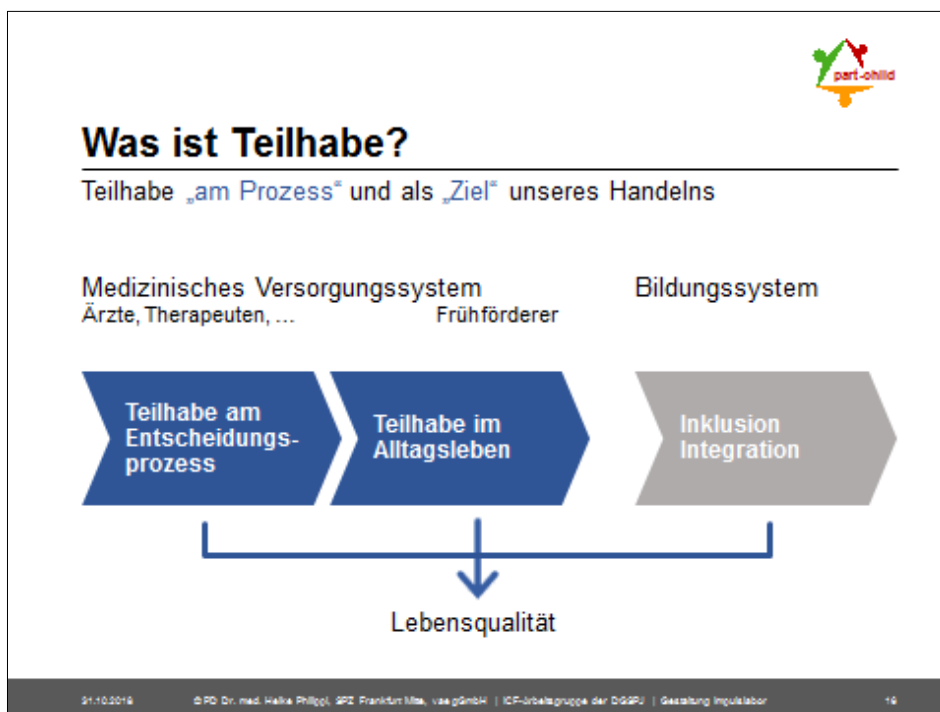


Abb. 1

Therapeuten und Ärzte sind im medizinischen Prozess verankert, aber die Frühförderung ist bereits im Alltagsleben beteiligt. Im Bildungssystem geht es um Inklusion und Integration. Dies bildet insgesamt die Brücke zur Teilhabe. In der Teilhabe im Alltag spiegelt sich der Teilhabestatus wider, d. h.: Was macht

# Input-Vorträge

das Kind im Alltag und welche Einschränkungen liegen eventuell vor? Es wird untersucht, wie das Kind mit seinem Problem im Alltag, in seinem Umfeld zurechtkommt und welche Hilfen es braucht. Bei den Entscheidungen ist die **Teilhabepräferenz** nicht außer Acht zu lassen. Unabhängig von der Erkrankung/der Behinderung wird danach gefragt: Wo, wann und wie möchte das Kind im Alltag teilnehmen? Was möchten die Eltern?

## ICF-CY nach WHO 2007

Zur ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), übersetzt: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, wurde durch die WHO im Jahr 2007 die Version für Kinder und Jugendliche entwickelt: **International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth** (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen). Man hatte festgestellt, dass sich im Erwachsenenbereich nicht alles abbilden lässt, was für Kinder und Jugendliche relevant ist. Daher wurden die fehlenden Bereiche für Kinder und Jugendliche nachträglich eingefügt.

„**Allgemeines Ziel** der ICF-Klassifikation ist, in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. Sie definiert Komponenten von Gesundheit und einige mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden (wie Erziehung/Bildung und Arbeit).“<sup>1</sup> Damit ist es insgesamt ein Instrument zur Kommunikation von verschiedenen Gesundheitsbereichen und Lebensumständen.

## Familie der Klassifikationen in der WHO

Begonnen hat die Geschichte der Klassifikation im Jahr 1929 mit der ICD (Abb. 2):

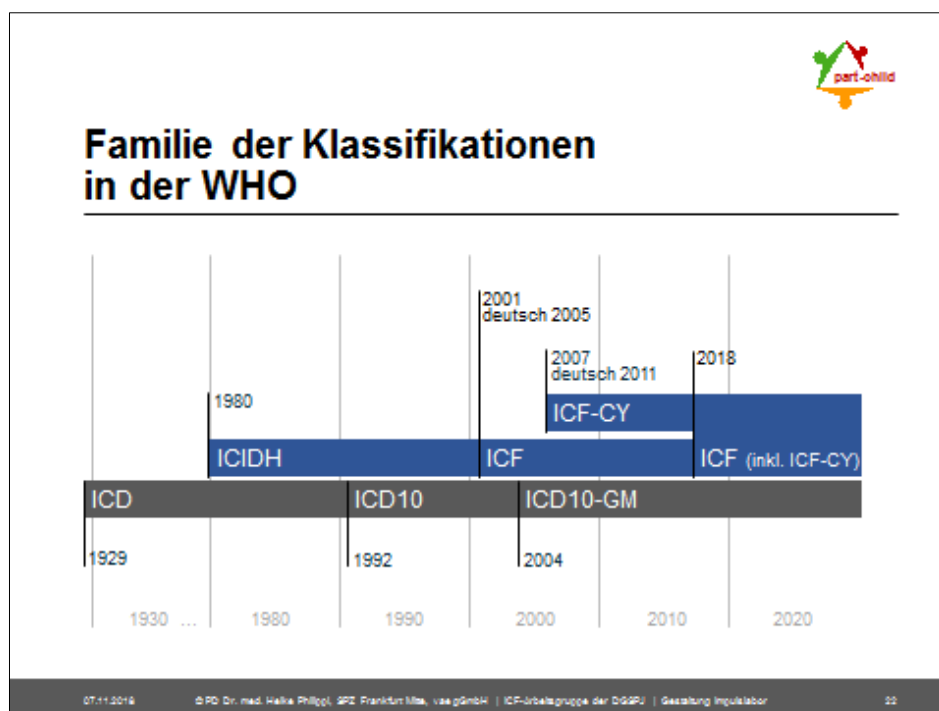


Abb. 2

<sup>1</sup> Hollenweger und Kraus de Camargo: ICF-CY, S. 29

# Input-Vorträge

Die erste ICD war zunächst eine Todesursachen-Statistik, in der die verschiedenen Todesursachen gesammelt wurden. Mit der Gründung der WHO im Jahr 1948 wurde dann daraus eine Krankheitsfolge-Statistik. Die ICD 10 wurde mehr oder weniger zwangsweise bei uns eingeführt, die Einführung der Version ICD 11 steht unmittelbar bevor. Parallel zur ICD wurde im Jahr 1980 die ICIDH entwickelt. Daraus entstand im Jahr 2001 die ICF, deren deutsche Version im Jahr 2005. Im Jahr 2011 wurde die deutsche Version der ICF-CY veröffentlicht. Die WHO stellte unserer Arbeitsgruppe sehr strenge Auflagen zur Erarbeitung der deutschsprachigen ICF-CY. Es sollte sichergestellt werden, dass die deutsche Übersetzung tatsächlich dem Originaltext entspricht. 95 % des Textes sind problemlos zu übersetzen. Aber für 5 % gibt es keine deutschen Begriffe. Deshalb berieten wir in zwei großen Konferenzen darüber. Schließlich musste alles zurück ins Englische übersetzt werden, damit die WHO wirklich sicher war, dass es sich um den Original-Text handelt. Ein weiteres, ärgerliches Problem war, dass im Gegensatz zur Erwachsenen-Version, die bei DIMDI erschienen ist und jederzeit als Download zur Verfügung steht, die Version ICF-CY lediglich käuflich zu erwerben ist. Für das Jahr 2018 ist wieder eine gemeinsame Version der ICF und ICF-CY vorgesehen.

## Das biomedizinische Krankheitsbild nach ICD

Jede Erkrankung besitzt eine spezifische Ursache, zeichnet sich durch eine bestimmte Grundschädigung aus, hat typische äußere Zeichen (Symptome) und hat beschreibbare und vorhersehbare Verläufe. Auf Behinderungen existieren verschiedene Sichtweisen (Abb. 3):

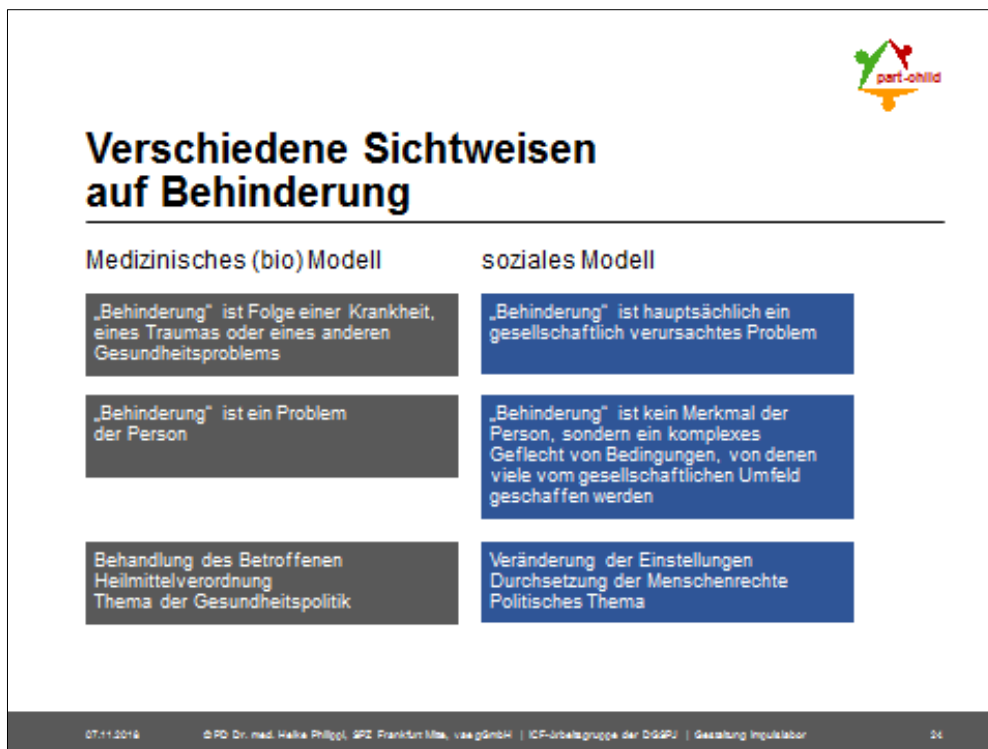


Abb. 3

Im medizinischen Modell ist Behinderung die Folge einer Krankheit, eines Traumas oder eines anderen Gesundheitsproblems, während das soziale Modell hauptsächlich von einem gesellschaftlich verursachten Problem ausgeht. Das medizinische Modell sieht in der Behinderung ein Problem der Person selbst. Das soziale Modell hingegen sieht darin kein Merkmal der Person, sondern ein Geflecht von Bedingungen, die hauptsächlich im Umfeld zu suchen sind. Die Behandlung von Betroffenen vollzieht sich im me-



# Input-Vorträge

dizinischen Modell über die Heilmittelverordnung nach klaren Richtlinien und ist allein ein Thema der Gesundheitspolitik. Das soziale Modell will auf die Veränderung der Einstellungen und auf Durchsetzung der Menschenrechte hinwirken, da es sich um ein politisches Thema handelt.

Daraus folgt die **Konsequenz**: Das medizinische Modell allein kann Auswirkungen von Gesundheitsproblemen entsprechend der Diagnose nach ICD 10 als Einschränkung der Teilhabe nicht ausreichend beschreiben. Dies ist erst **im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modells** möglich, wie es in der ICF konzipiert ist. Aus diesem Grund brauchen wir eine sogenannte **Arbeitsehe zwischen dem medizinischen (bio) Modell und dem bio-psycho-sozialen Modell bzw. zwischen ICD und ICF**. Es gibt durchaus Überschneidungen zwischen beiden Klassifikationen. Wir brauchen aber Funktionen aus beiden Bereichen.

Die **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)** wurde von Philip Wood auf der Grundlage des **Krankheitsfolgemodells** entwickelt. Danach führt eine Krankheit/Störung zu einer Schädigung (impairment), die zu einer Fähigkeitsstörung (disability) und diese wiederum zu einer sozialen Beeinträchtigung (handicap) führen kann, das, was wir als „Behinderung“ bezeichnen. Die Weiterentwicklung zur ICF zeichnet sich durch folgende Merkmale aus: Die ICIDH beinhaltet kein übergreifendes Konzept – in der ICF ist das Konzept der funktionalen Gesundheit federführend. Das Grundmodell der ICIDH ist das Krankheitsfolgemodell – das der ICF hingegen das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten von Gesundheit. Die ICIDH ist wie die ICD klar defizitorientiert. Es werden Behinderungen klassifiziert. Die ICF hingegen ist überwiegend ressourcen-, aber auch defizitorientiert. Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.

Ganz entscheidend und bahnbrechend für die ICF ist die **Definition der funktionalen Gesundheit**: Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (**Konzept der Kontextfaktoren**) – ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (**Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen**), sie nach Art und Umfang das tut oder tun kann, wie es von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (**Konzept der Aktivitäten**), sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Schädigungen der Körperfunktionen/-strukturen und Aktivitätseinschränkungen erwartet wird (**Konzept der Teilhabe**).

Zuvor waren wir nur in der Lage „gesund“ als „nicht krank“ zu definieren. Erst mit der ICF können wir „Gesundheit“ definieren. **Kontextfaktoren** (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren) können sich auf die funktionale Gesundheit positiv (Förderfaktoren), aber auch negativ auf die Gesundheit auswirken (Barrieren). Daher sind bei der Beurteilung der funktionalen Gesundheit einer Person stets ihre Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Das führt uns zum **bio-psycho-sozialen Modell der ICF** (Abb. 4). Dieses Modell ist insofern interessant, dass nicht nur das Gesundheitsproblem und die Wechselbeziehung zu Körperfunktionen und -strukturen in den Blick genommen werden, sondern nun auch die Wechselbeziehung zu Aktivitäten, zur Teilhabe, zu Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren. Mit der ICF können wir Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Bereichen aufstellen, die vorher für uns nur relativ einseitig zwischen Funktionen, Strukturen und Krankheit existierten.



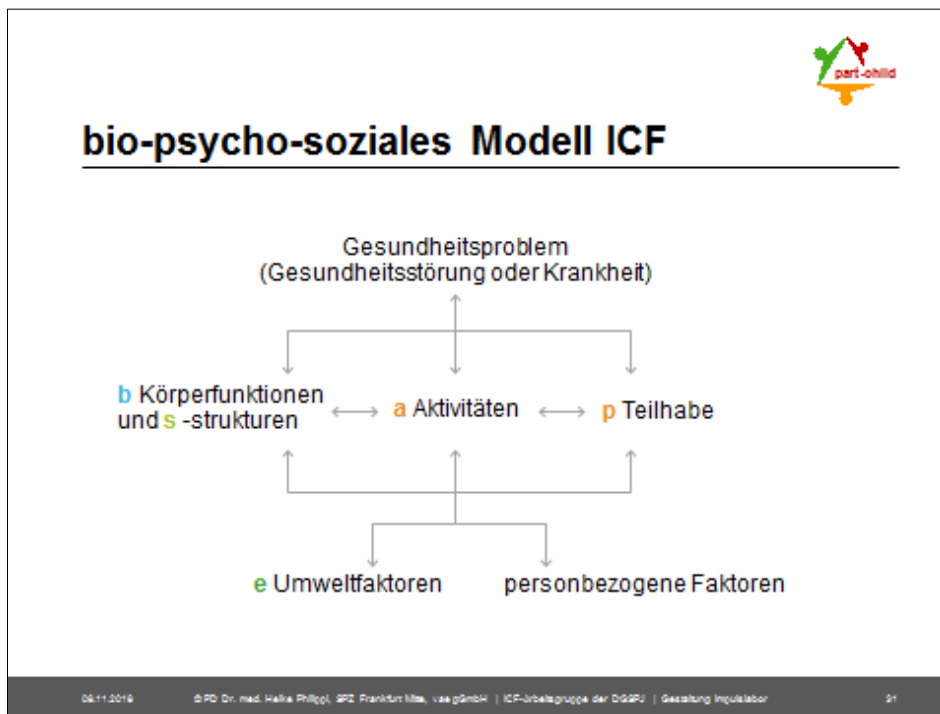


Abb. 4

## Die „Arbeitsehe“ zwischen ICD und ICF

Die verschiedenen Betrachtungsweisen, Maßnahmen und Ziele der ICD und ICF sind in Abb.5 dargestellt:

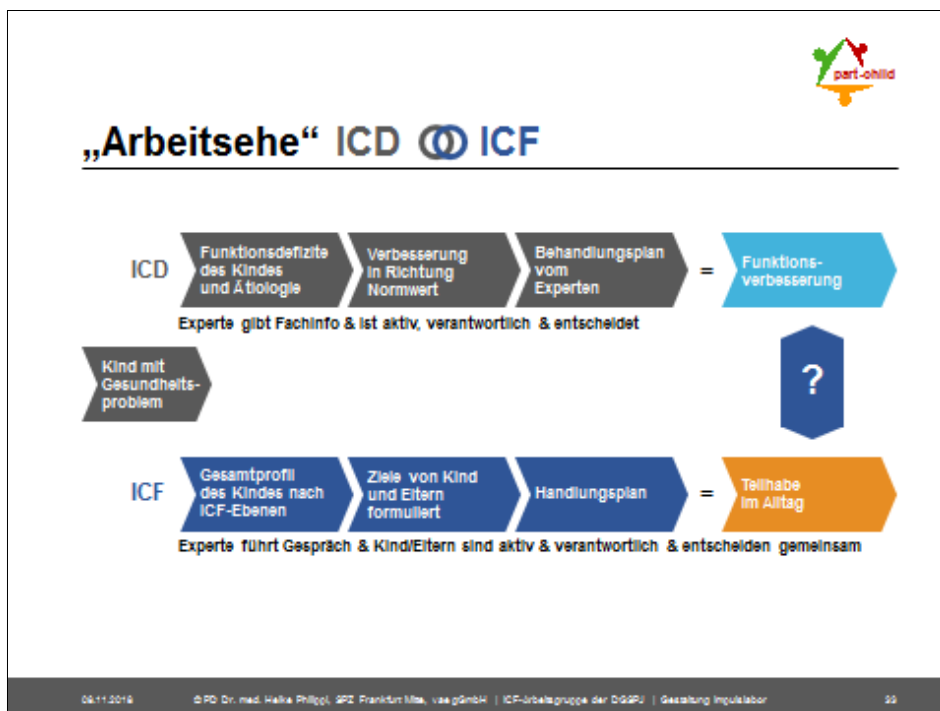


Abb. 5

# Input-Vorträge

Die ICD fokussiert auf Funktionsdefizite sowie auf die Ätiologie und die Verbesserung in Richtung Normwert. Durch die Maßnahmen, die im Behandlungsplan des Experten festgehalten werden, soll eine Funktionsverbesserung erreicht werden. Die ICF betrachtet das Gesamtprofil des Kindes auf den verschiedenen ICF-Ebenen. Die Ziele werden hier vom Kind und von den Eltern formuliert. Daraus wird der Handlungsplan entwickelt, der zur Teilhabe im Alltag führt.

Einige medizinisch klar definierte Erkrankungen können gut und manchmal auch ausschließlich über die ICD dargestellt werden. Bricht sich z. B. jemand ein Bein, wird dies adäquat behandelt und ausgeheilt, wird damit eine Funktionsverbesserung bzw. meist eine Heilung erreicht. Anders ist es oft bei einem Kind mit einer Sprachentwicklungsstörung. Hier führen oft viele Logopädie-Stunden nicht zu einer Funktionsverbesserung. Hier müssen die verschiedenen Faktoren sowie die Ziele des Kindes und der Eltern einbezogen werden, um daraus einen Handlungsplan zu erstellen und gemeinsam eine Teilhabe im Alltag zu erreichen, natürlich auch mit einer Behandlung zur Funktionsverbesserung. Das heißt, wir brauchen beide Schienen.

Die ICF bringt einen Perspektivwechsel mit sich. Von Bedeutung für die interdisziplinäre Arbeit ist der Wechsel der (Be)Handlungsstrategien: Der **Arzt/Psychologe/Therapeut** stand bisher in einer dominierenden, bestimmenden Position als Experte. Der Experte wird nun zum Berater, Begleiter, Teammitglied. Der **Patient/die Eltern** waren bisher passiv und erdulend und werden nun in die Lage versetzt, aktiv und eigenverantwortlich zu sein. Sie werden zum Partner des Experten. Die **Strategie** wechselt von ursächlich, kurativ zu bio-psycho-sozial.

In Notsituationen ist natürlich schnelles Handeln von Experten erforderlich, lange Gespräche mit den Eltern und dem Kind sind nicht möglich. Der Schwerpunkt wird allerdings generell auf dem Perspektivwechsel liegen.

## ICF-CY Organisation und Struktur

### Die Komponenten mit Präfixen

Im bio-psycho-sozialen Modell (s. Abb. 4) waren bereits die Kodierungen der einzelnen Komponenten angezeigt. Diese sind jeweils aus den englischen Begriffen abgeleitet:

Körperfunktionen	<b>b</b> für <b>body functions</b>
Körperstrukturen	<b>s</b> für <b>body structures</b>
Lebensbereiche	<b>d</b> für <b>life domains</b>
Aktivitäten	<b>a</b> für <b>activities</b>
Partizipation/Teilhabe	<b>p</b> für <b>participation</b>
Kontextfaktoren	
Umweltfaktoren	<b>e</b> für <b>environmental factors</b>
personenbezogene Faktoren	

In unserer Arbeitsgruppe stellten wir diese Komponenten etwas anders dar (Abb. 6 und 7), um zu einem besseren Verständnis der ICF beizutragen:

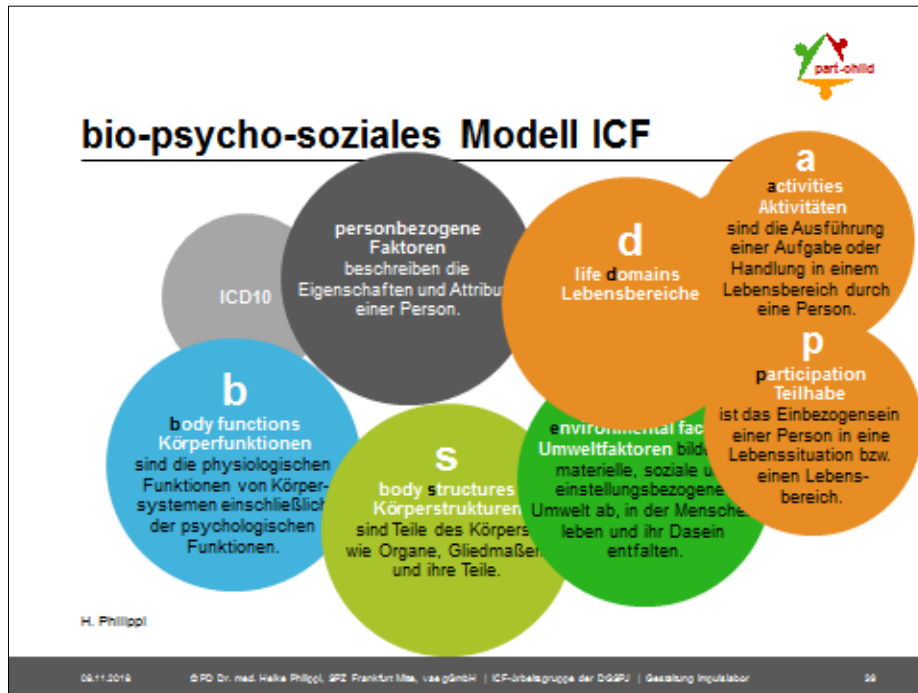


Abb. 6

Personenbezogene Faktoren beschreiben die Eigenschaften und Attribute einer Person. Die Aktivitäten sind die Ausführung einer Aufgabe. Das Einbezogen Sein einer Person in einen Lebensbereich ist die Teilhabe. Die Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen des Körpers und die Strukturen sind die Teile des Körpers. Die Umweltfaktoren bilden die einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen leben, und ihr Dasein ab. Die WHO sieht vor, dass man in diesen Bereichen Untergruppen anlegt, die dann weiter aufgliedert werden (Abb. 7).

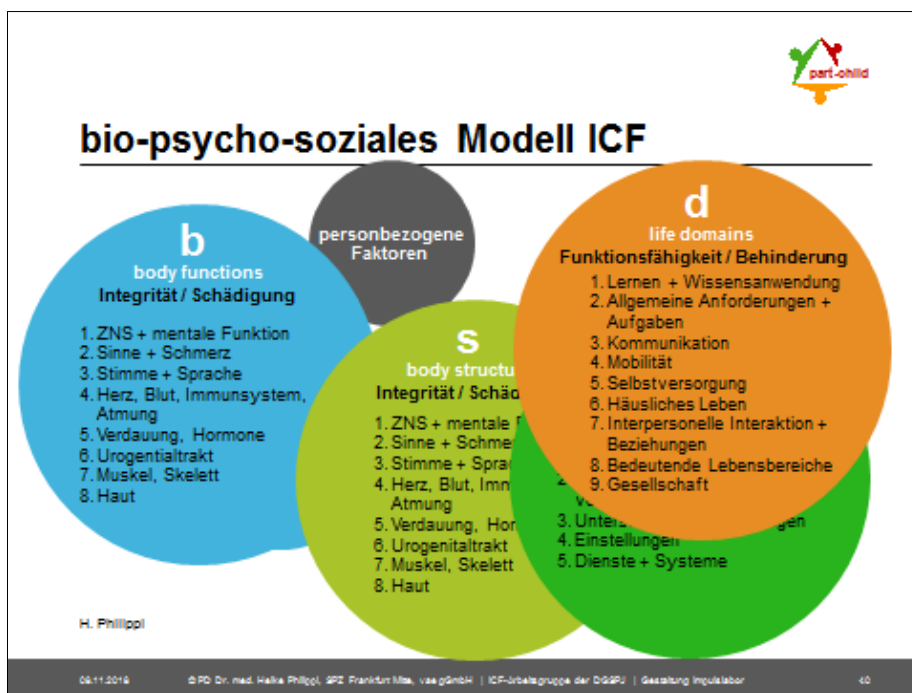


Abb. 7

# Input-Vorträge

Die Umweltfaktoren teilen sich in

1. Produkte + Technologien
2. Natürliche vom Menschen veränderte Umwelt
3. Unterstützung + Beziehungen
4. Einstellungen
5. Dienste + Systeme.

Die einzelnen Komponenten können in der Anwendung kodiert werden, wobei jedoch **kein Zwang zum Kodieren** vorliegt. Wesentlich wichtiger ist es, ICF zu verstehen und Bereiche dort anzuwenden, wo man sie braucht, um Teilhabe abzubilden. Dazu ist eine Kodierung nicht notwendig. Sie ist jedoch manchmal hilfreich, um Dinge wiederzufinden. Die Qualifier – wie „leicht“, „mittelschwer“ usw. – entbehren jeder wissenschaftlichen Grundlage, denn sie sind sehr subjektiv.

Als Beispiel dafür, wie man mit der ICF arbeiten kann, sei an dieser Stelle aus dem Bereich Stimme/Sprache das Symptom „Stottern“ genannt. Die Untersuchungskomponenten setzen sich aus Stimme, Sprache, Artikulation und Redefluss zusammen. So kommt man zu den Codes, wie in den Abbildungen 8 bis 11 gezeigt. Die Symptome können in Ausmaß, Art und Veränderung aufgeführt und kodiert werden.

Die Lokalisation bei den life domains wird nach Leistung und Leistungsfähigkeit neben der Ausprägung kodiert.

**bio-psycho-soziales Modell ICF**

**b 330 ( ) . \_**  
Ausmaß ↑  
**Stottern**

0 nicht vorhanden	0-4%
1 leicht ausgeprägt	5-25%
2 mäßig ausgeprägt	25-49%
3 erheblich ausgeprägt	50-95%
4 voll ausgeprägt	95-100%

8 nicht spezifiziert  
9 nicht anwendbar


H. Philipp

**b**  
body functions  
Körperfunktionen

1. ZNS + mentale Funktion
2. Sinne + Schmerz
3. Stimme + Sprache
4. Herz, Blut, Immunsystem, Atmung
5. Verdauung, Hormone
6. Urogenitaltrakt
7. Muskel, Skelett
8. Haut

12.11.2016 | © PD Dr. med. Heike Philipp, GZ Frankfurt/M., vae gGmbH | ICF-Workshop der DGSP | Gestaltung InquLabor | 42

Abb. 8



## bio-psycho-soziales Modell ICF

**b 3\_\_ ( ) . \_**  
Ausmaß ↑  
Stimme und Sprache

0 nicht vorhanden	0-4%
1 leicht ausgeprägt	5-25%
2 mäßig ausgeprägt	25-49%
3 erheblich ausgeprägt	50-95%
4 voll ausgeprägt	96-100%

8 nicht spezifiziert  
9 nicht anwendbar

H. Philipp


b

body functions  
Körperfunktionen

1. ZNS + mentale Funktion
2. Sinne + Schmerz
3. Stimme + Sprache
4. Herz, Blut, Immunsystem, Atmung
5. Verdauung, Hormone
6. Urogenitaltrakt
7. Muskel, Skelett
8. Haut

12.11.2016 | © PD Dr. med. Heike Philipp, ICF-Frankfurt/M., vae gGmbH | ICF-Workshop der DGSP | Gestaltung Injuclabor 43

Abb. 9



## bio-psycho-soziales Modell ICF

**b 33\_ ( ) . \_**  
Ausmaß ↑  
Artikulation

0 nicht vorhanden	0-4%
1 leicht ausgeprägt	5-25%
2 mäßig ausgeprägt	25-49%
3 erheblich ausgeprägt	50-95%
4 voll ausgeprägt	96-100%

8 nicht spezifiziert  
9 nicht anwendbar

H. Philipp

b

body functions  
Körperfunktionen

1. ZNS + mentale Funktion
2. Sinne + Schmerz
3. Stimme + Sprache
4. Herz, Blut, Immunsystem, Atmung
5. Verdauung, Hormone
6. Urogenitaltrakt
7. Muskel, Skelett
8. Haut

12.11.2016 | © PD Dr. med. Heike Philipp, ICF-Frankfurt/M., vae gGmbH | ICF-Workshop der DGSP | Gestaltung Injuclabor 44

Abb. 10

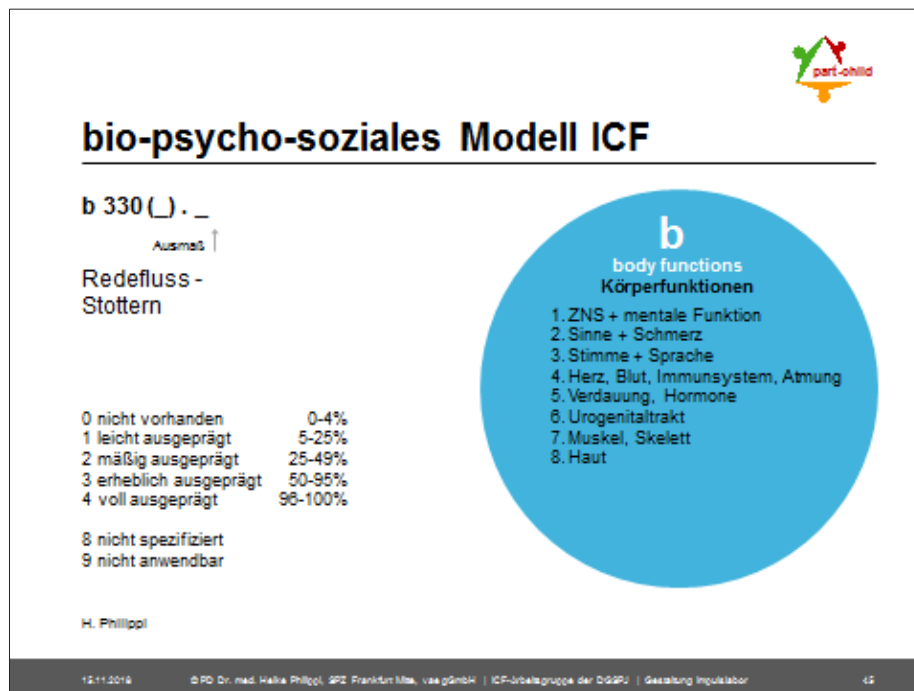


Abb. 11

Aktivität oder Teilhabe? Mitunter ist nicht genau zu definieren, ob man sich bei der Beobachtung von Kindern im Bereich „Aktivitäten“ oder „Teilhabe“ befindet. Spielt ein Kind, handelt es sich ganz klar um eine Aktivität. Spielt es nicht allein, sondern mit anderen Kindern, ist es ebenfalls eine Aktivität – oder ist das Teilhabe? Darin steckt das Dilemma. Womit befassen wir uns tatsächlich? Daher sind wir gut beraten, die jeweils anderen Bereiche mit zu betrachten.

Die Umweltfaktoren werden ebenfalls entsprechend dargestellt (Abb. 12).

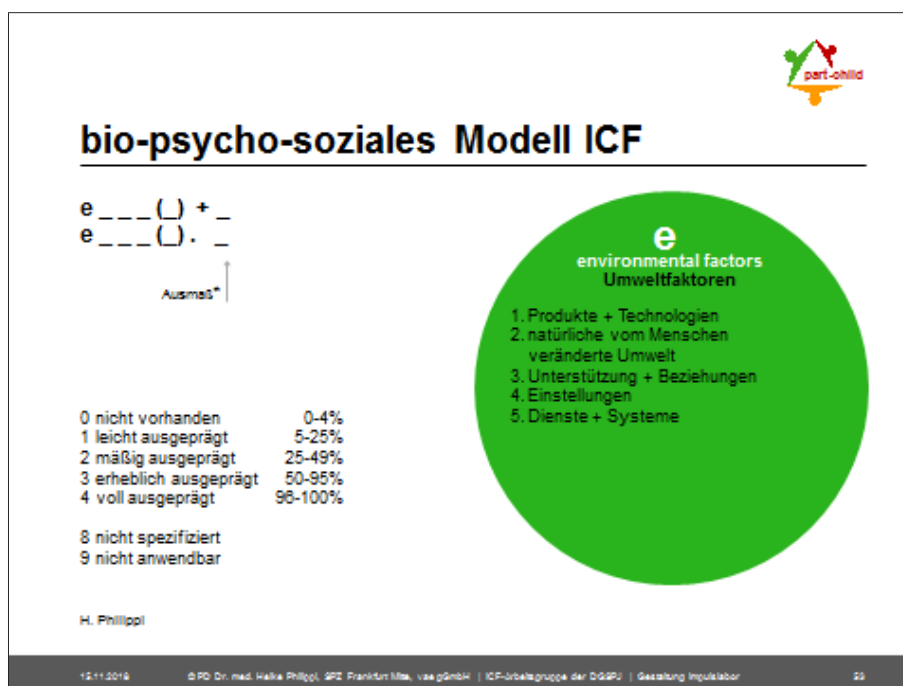


Abb. 12

# Input-Vorträge

Zusammengefasst lässt sich die ICF in zwei Teile gliedern: Teil 1 umfasst Funktionsfähigkeit und Behinderung, wie Körperfunktionen, -strukturen und Lebensbereiche (Aktivität und Partizipation), Teil 2 bezeichnet die Kontextfaktoren, d. h. die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren (Abb. 13).

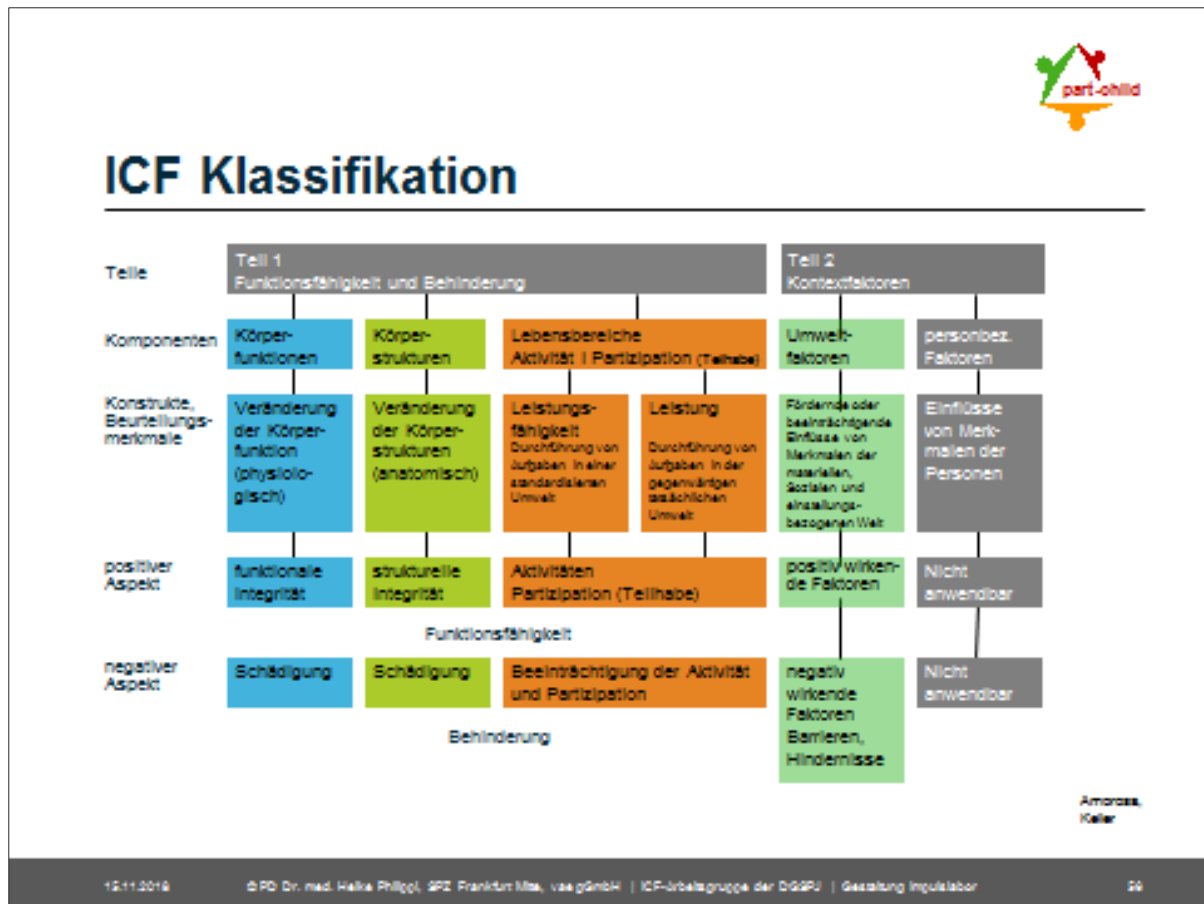


Abb. 13

Die Konstrukte/Beurteilungsmerkmale ergeben sich aus Veränderungen in den Körperfunktionen und -strukturen, der Leistungsfähigkeit, der Leistung, fördernden oder beeinträchtigenden Einflüssen der Umwelt sowie der Einflüsse von Personenmerkmalen. Die Einflüsse der personenbezogenen Faktoren werden nicht kodiert. Auf der Seite der positiven Aspekte betrachten wir die funktionale Integrität, strukturelle Integrität, Aktivitäten, Partizipation (Teilhabe) und positiv wirkende Faktoren in den verschiedenen Bereichen. Auf der Seite der negativen Aspekte untersuchen wir die Schädigung/Behinderung, Beeinträchtigung der Aktivität und Partizipation sowie negativ wirkende Faktoren, Barrieren und Hindernisse.


## Umsetzung der ICF in Deutschland

Beispiele zur Verbesserung der Praktikabilität der ICF sind die Entwicklung von Kurzformen und Check Lists sowie die Entwicklung von Core-Sets für bestimmte Krankheitsbilder. Core-Sets sind eine spezielle Auswahl von Items aus der ICF, die für ein bestimmtes Krankheitsbild oder eine Altersgruppe relevant sind, wie z. B. Diabetes, Tumorerkrankungen, Epilepsien, Neurologische Erkrankungen, CP, ADHS, Autismus usw. Das kommt jedoch nur in speziellen Einrichtungen in Frage, nicht jedoch im allgemeinen Alltag in der Kinder- und Jugendmedizin.

# Input-Vorträge

Mit den sogenannten Checklisten ist es gelungen, aus den 1.600 Einzelkategorien eine Kurzform zu erstellen, die unter [www.dgspj.de](http://www.dgspj.de) zu finden ist. In einer Tabelle habe ich die verschiedenen Funktionen nur noch in vierstelligen alphanumerischen Codes aufgelistet (Abb. 14). Die Kommentare mussten allerdings aus rechtlichen Gründen die Originalkommentare sein.

## Checkliste



Deutsche interdisziplinäre Arbeitsgruppe zur ICF-Adaptation für den Kinder- und Jugendbereich  
1

**ICF-CY**  
Checkliste mit 4-stelligen (alpha-numerischen) Kategorien für Kinder im Alter von 0 - 18 Jahren

### Klassifikation der Körperfunktionen:

		1	2	I	F	N
<b>Mentale Funktionen</b>						
<b>Globale mentale Funktionen</b>						
b110	Funktionen des Bewusstseins					
b114	Funktionen der Orientierung					
b117	Funktionen der Intelligenz					
b122	Globale psychosoziale Funktionen					
b125	Dispositionen und intrapersonelle Funktionen					
b126	Funktionen von Temperament und Persönlichkeit					
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs					
b134	Funktionen des Schlafs					
<b>Spezifische mentale Funktionen</b>						
b140	Funktionen der Aufmerksamkeit					
b144	Funktionen des Gedächtnisses					
b147	Psychomotorische Funktionen					
b152	Emotionale Funktionen					
b156	Funktionen der Wahrnehmung					
b159	Funktionen des Denkens					

P. Keller  
[www.dgspj.de](http://www.dgspj.de)

18.11.2016    © PD Dr. med. Heike Philippi, SPZ Frankfurt/M., vaa gGmbH | ICF-Arbeitsgruppe der DGSPJ | Gestaltung Inputlabor    60

Abb. 14

Daher haben wir in der Arbeitsgruppe IF-CY – Frankfurt Schlüsselwort-Listen bzw. Code-Listen entwickelt, die über eine Schlagwortsuche auch besser handhabbar sind. (Abb. 15).



## Schlüsselwort – Code – Listen



### Klassifikation der Körperfunktionen

**Mentale Funktionen**

g110 Globale mentale Funktionen  
Bewusstsein

### Klassifikation der Körperstrukturen

**Strukturen des Nervensystems**

g100 Gehirn  
g120 Rückenmark, peripheres Nervengewebe

**Strukturen von Auge und Ohr**

g170 Augenlider  
g180 Innenohr

### Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

**Lernen und Wissensanwendung**

**Bewusste sinnliche Wahrnehmungen**

g110 wahrnehmen  
g118 fühlen  
g120 sinnliche Wahrnehmung  
g130 erhaschen, erschmecken, erschmeilen

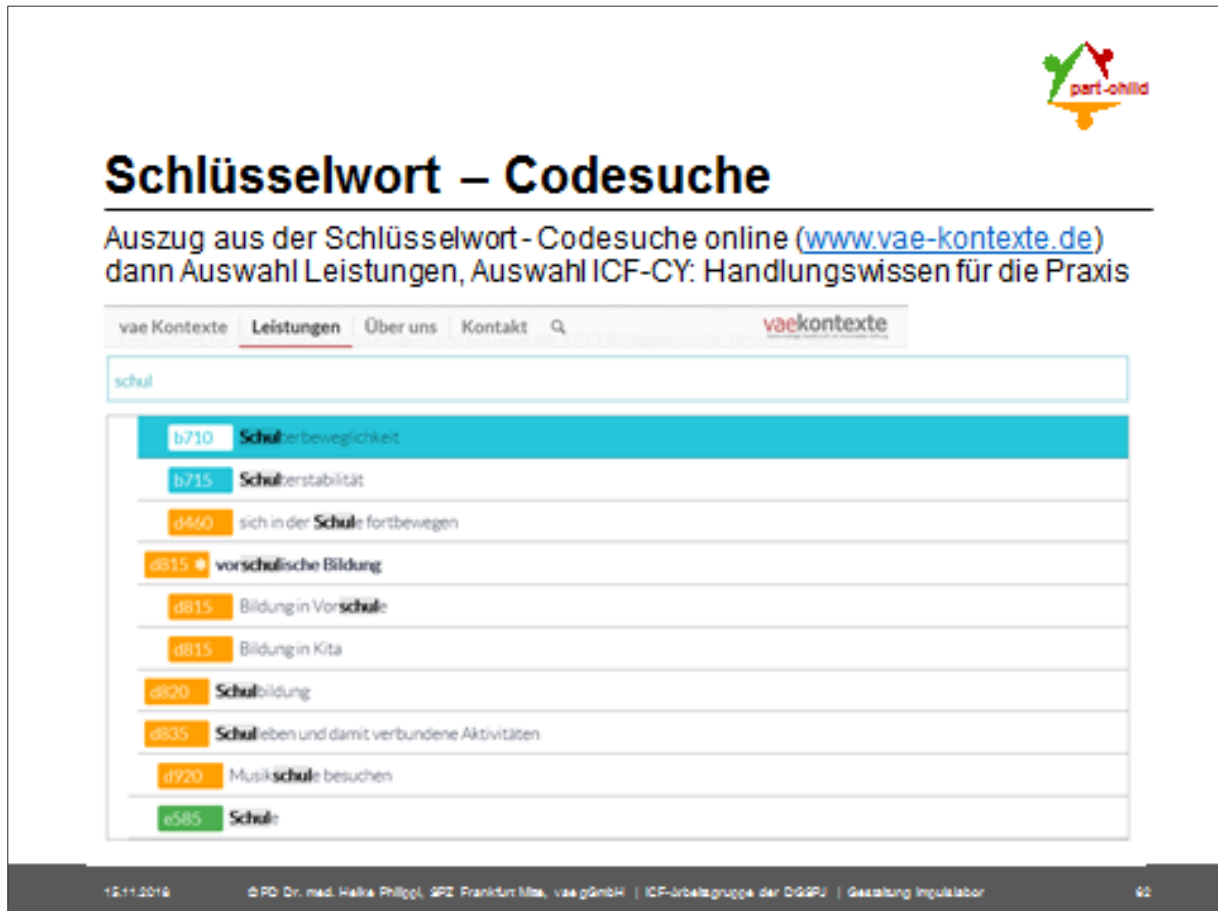
**Elementares Lernen**

### Klassifikation der Umweltfaktoren

19.11.2019 © PD Dr. med. Helke Philippi, gPZ Frankfurt/Main, vae gGmbH | ICF-Übersetzungsgruppe der DGSP | Gestaltung Inputlabor 41

Abb. 15

Unter [www.vae-kontexte.de](http://www.vae-kontexte.de) können Online-Schlüsselworte kostenlos aufgerufen werden und dabei finden sich die entsprechenden Codes (Abb. 16).



The screenshot shows the website 'vae Kontexte' with a search bar containing 'schul'. Below the search bar, a list of search results is displayed, each with a colored box containing a code and a corresponding description. The results are:

- b710 Schul:erbeuglichkeit
- b715 Schul:erstabilität
- d460 sich in der Schule fortbewegen
- d815 vorschulische Bildung
- d815 Bildung in Vorschule
- d815 Bildung in Kita
- d820 Schulbildung
- d835 Schul:leben und damit verbundene Aktivitäten
- d920 Musikschule besuchen
- e585 Schul:

The footer of the page contains the text: '12.11.2019 | BPD Dr. med. Halka Philipp, SPZ Frankfurt/M., vaeGmbH | ICF-Übersichtsgruppe der DGSPJ | Gestaltung Inquidator 62'.

Abb. 16

Im Laufe unserer Arbeit sammeln wir Begriffe und führen sie der Tabelle zu, die letztlich auch als Suchfunktion dienen kann.

## Arbeiten nach ICF – Was bedeutet das?

1. Wir beteiligen Eltern und Kind am Entscheidungsprozess und richten unser Tun am Ziel der Teilhabe der Kinder im Alltagsleben aus.
2. Wir ordnen die wichtigsten Aspekte gemeinsam den Komponenten der ICF zu.
3. Um die Teilhabe im Alltagsleben zu erfassen, erheben wir in unterschiedlichen Berufsgruppen den Teilhabestatus und die Teilhabepreferenz.
4. Wir formulieren mit den Kindern und Eltern individuelle Ziele und gestalten gemeinsam einen Handlungsplan.

## Welches Wissen brauchen wir?

- ICF - Philosophie und Klassifikation,
- ICF Komponenten und die jeweiligen Hauptüberschriften – s b d(a/p) e Domänen – Unterpunkte,
- Gesamter Wortschatz der Schlüsselwort–Code–Suche,
- Wie Ziele und Handlungspläne formuliert werden,
- Wie wir Kinder/Eltern durch Gesprächsführung beteiligen (z. B. durch Moderationstechniken),
- Wissen darüber, dass und wie wir unsere Rollenerweiterung vollziehen.

## ICF als integratives Werkzeug im SPZ

In der ICF verfügen wir über Basissäulen, auf die wir nach wie vor nicht verzichten dürfen: die medizinische Diagnostik, die Funktionsdiagnostik, die Entwicklungsdiagnostik (das Entwicklungsprofil) sowie Fragebögen/Interviews. Daraus besteht unser Handwerkzeug. Auf diese Säulen legen wir die Platte mit den zu untersuchenden Komponenten (Abb. 17).

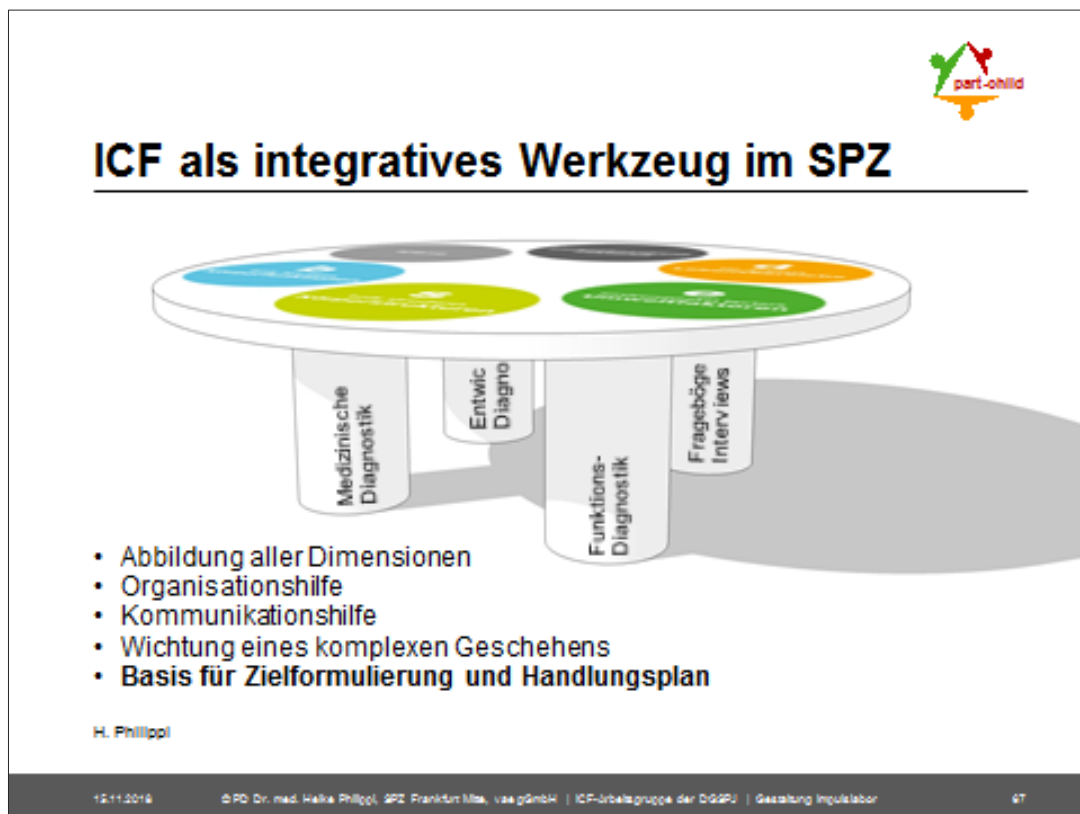


Abb. 17

Damit verfügen wir über eine Kombination, mit der alle Dimensionen abgebildet werden können, die uns eine gute Organisationshilfe bietet, in dieser Fülle von Informationen das zu finden, was für den Fall relevant und wichtig ist. Sie bietet außerdem eine Kommunikationshilfe, mit der sich alle Akteure am Tisch verstehen, inkl. der Eltern. Wir können das komplexe Geschehen, das wir häufig vorfinden, gewichten. Somit verfügen wir über eine **Basis für die Zielformulierung und den Handlungsplan**.

Um Eltern und Kinder besser einzubeziehen, entwarfen wir eine Doppelpyramide als Hilfsmittel, mit der man sehr schnell einstellen kann, was im Augenblick wichtig und zu besprechen ist. Sie gibt uns die Möglichkeit, die Beziehungen zwischen den einzelnen Bereichen (Strukturen, Lebensumstände, Funktionen, Personenfaktoren, Umweltfaktoren) im Gespräch mit Eltern und Kindern darzustellen (Abb. 18).

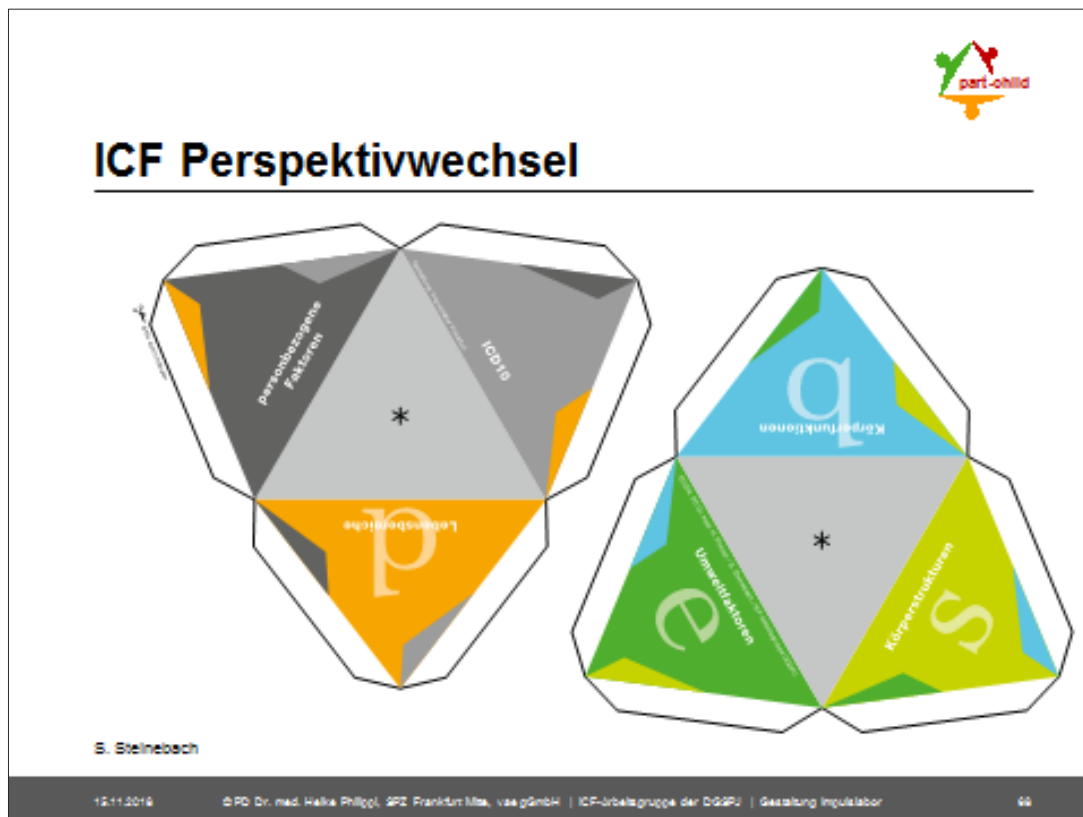


Abb. 18

## Was haben Kinder von der ICF?

Als Experte sage ich zu dem Kind: „Nach der OP sitzt dein Hüftkopf wieder in der Pfanne.“ oder „Nach der Übung bilden deine Nervenzellen im Gehirn neue Verbindungen.“ Was soll das Kind mit solchen Aussagen anfangen? Sind das die Ziele des Kindes? „Nach der Op kannst du wieder besser laufen.“ oder „Nach der Übung behältst du Dinge besser im Gedächtnis.“ Das kommt bei den Kindern schon eher an. Am besten können Kinder Aussagen annehmen wie: „Nach der OP tobst du wieder auf dem Schulhof mit den anderen Kindern!“ bzw. „Nach der Übung weißt du in Deutsch die Antwort auf die Frage des Lehrers!“ Wenn wir dann noch dem Kind sagen, bis wann das passieren wird, und das Kind selbst bestimmen lassen, wird es sich auf die Zukunft freuen.

## Anmerkung

Moderator: Im Hinblick auf den davor gehörten Vortrag aus Sicht der Frühförderung können wir feststellen, dass wir uns sehr wohl ergänzen und eine gleiche Plattform bilden, auch wenn vielleicht andere Worte und Bilder gewählt werden. Wenn man von 1.400 Einzelkategorien hört, erschreckt das zunächst die Mitarbeiter/innen an der Basis, die mit der ICF arbeiten sollen. Die angesprochene „Verkleinerung“ sowie weitere Instrumente zur technischen Umsetzung sind dabei sehr hilfreich. Wir müssen eine Kommunikationsebene finden, um ein Überborden des Themas zu vermeiden. Wir haben nun Anregungen bekommen, wie wir mit dem Instrument im Sinne der Ziele von Betroffenen arbeiten können und die Augen für diese Herangehensweise öffnen.

## Kriterien für Regelungen zur Hilfeplanung in einem inklusiven SGB VIII: Bedarfsklärung und mögliche Anwendung der ICF-CY

STEFAN PIETSCH

Ich stehe hier in drei verschiedenen Rollen vor Ihnen: als Leiter eines Sozialen Dienstes (ASD), als Mitglied des erweiterten Vorstands der Bundesarbeitsgemeinschaft ASD/KSD und als Mitglied einer Arbeitsgruppe zur Hilfeplanung in einem inklusiven SGB VIII. Die BAG ASD/KSD ist eine Interessensvertretung für alle Belange der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Sozialen Diensten. Mitglieder können Personen sein, aber auch Körperschaften, wie z. B. die Stadt Düsseldorf oder der Landschaftsverband Rheinland.

Das Thema Hilfeplanung ist ein zentrales Steuerungsthema im SGB VIII und damit auch des ASDs, denn dieser ist die zentrale Instanz, der Basissozialdienst jeder Kommune (Abb. 1).

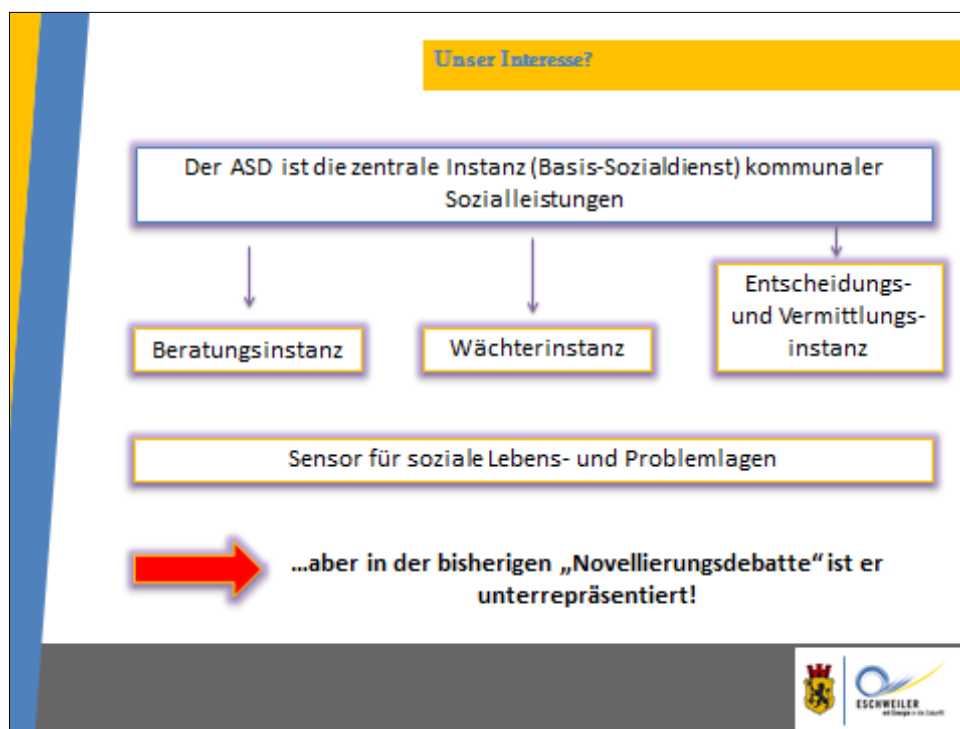


Abb. 1

Der ASD agiert dabei im Rahmen eines doppelten Mandats – auf der einen Seite als Beratungsinstanz und auf der anderen Seite als Wächterinstanz. Der ASD ist zudem als Entscheidungs- und Vermittlungsinstanz tätig, beispielsweise innerhalb der Leistungsnormen der §§ 27 ff. SGB VIII – Hilfen zur Erziehung – und in der Eingliederungshilfe.

Häufig gerät dabei aus dem Blick, dass der ASD auch immer politisch als Sensor für die sozialen Problemlagen fungiert und diese in die Verwaltung/die Kommune und auch in die Politik transportieren sollte.

# Input-Vorträge

In den Debatten um die Novellierung des SGB VIII war das „operative Geschäft in den Jugendämtern“ jedoch aus meiner Sicht eher unterrepräsentiert. In den Verbändeanhörungen stellt man oft fest, dass z.B. die freien Träger dort gut vernetzt und präsent sind. Der ASD als Funktionsbereich bzw. seine Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind dagegen nur vereinzelt aktiv und eingebunden.

Dies war unter anderem auch ein Grund für die BAG ASD/KSD, sich stärker in diese Prozesse mit „einzumischen“ und insbesondere das Thema einer inklusiven Hilfeplanung im Rahmen einer fachübergreifenden Arbeitsgruppe zu bearbeiten. Dabei stützte sich die Arbeitsgruppe auf die inhaltlichen Vorarbeiten der Fachverbände für Menschen mit Behinderung bzw. auf deren Diskussionspapier vom 05.05.2017 (Abb. 2):

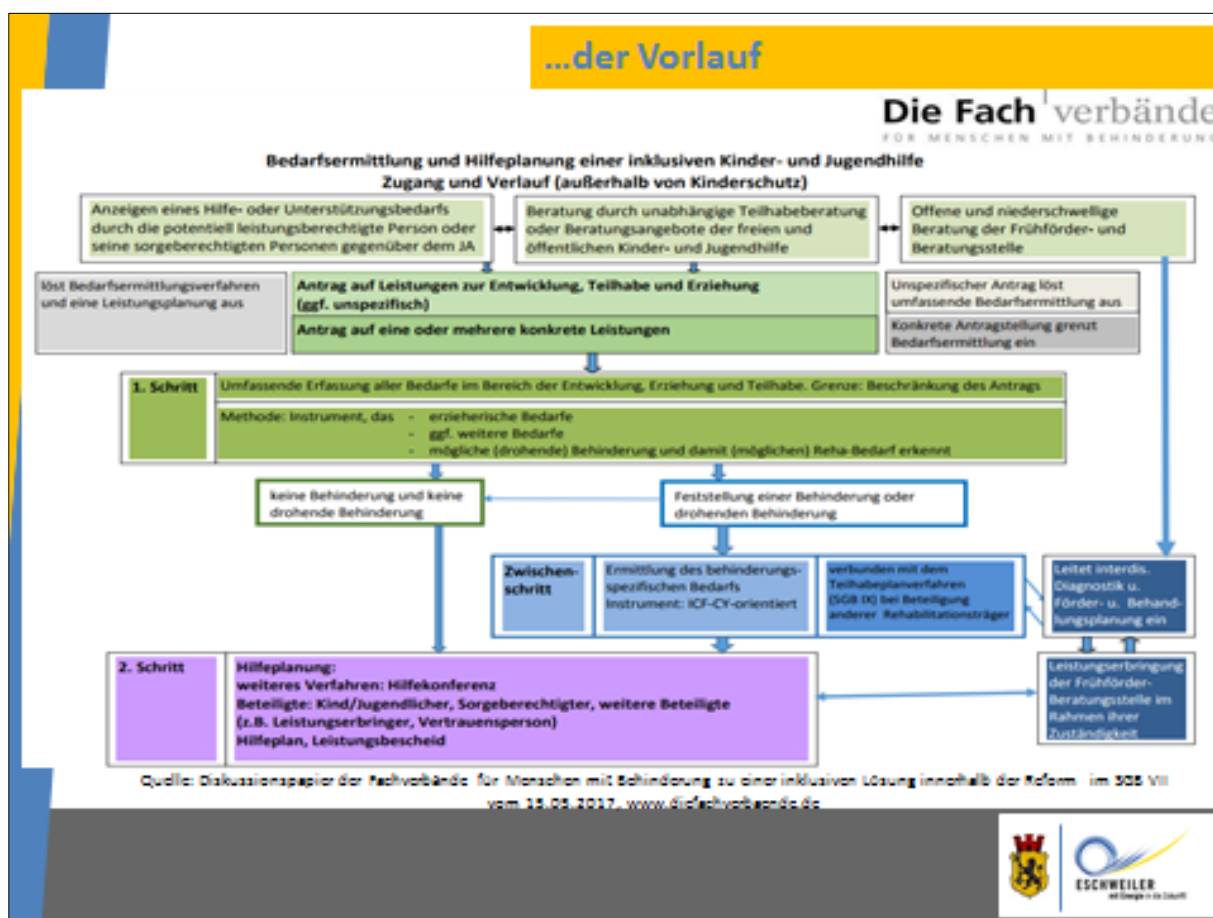


Abb. 2

Dieses Papier ist von folgenden Grundannahmen getragen:

- Die Behindertenfachverbände gehen davon aus, dass ein einheitlicher Leistungstatbestand benötigt wird. Ein einheitlicher Leistungstatbestand impliziert dann aber natürlich auch ein einheitliches Verfahren.
- Leistungseinschränkungen müssen verhindert werden. Eingliederungshilfe und Hilfen zur Erziehung dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.
- Die Große Lösung ist inhaltlich in der Jugendhilfe und in der Behindertenhilfe deutlich favorisiert. Man ist sich weitgehend darin einig, dass man sich unter dem „Dach des SGB VIII“ sammelt und somit ein Leistungsrecht allen Kindern und Jugendlichen zur Verfügung gestellt werden soll.

# Input-Vorträge

Wie bereits erwähnt, war dieses Diskussionspapier letztlich das Initial für die BAG ASD/KSD, eine Expertenrunde aus bekannten Persönlichkeiten der Jugendhilfe (z.B. Dr. Thomas Meysen, Henriette Katzenstein, Prof. Joachim Merchel, Karl Materla) und aus der Behindertenhilfe (z.B. Britta Discher, Tina Capelmann, Prof. Hans-Jürgen Schimke und Norbert Müller-Fehling) einzurichten. Die Personen in der Gruppe waren dabei jeweils in einem verbandlichen Hintergrund eingebunden, agierten jedoch insbesondere als Expert/innen für die Jugend- bzw. Behindertenhilfe. Die Arbeitsgruppe „Regelungen zur Hilfeplanung in einem inklusiven SGB VIII“ traf sich von Januar bis Mai 2018 und erarbeitete dabei folgende konkrete Vorstellungen zu einem inklusiven Hilfeplanungskonzept.

Zunächst einigten wir uns auf **Grundorientierungen**, wie der § 36 SGB VIII künftig ausgestaltet werden könnte. Wir verständigten uns darauf, dass wir eine **integrierte Hilfeplanung** und einen **einheitlichen Verfahrensrahmen** benötigen und dabei das Thema „**Selbstbestimmung**“ präferieren wollen. **Integrierte Hilfeplanung** bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sozialpädagogische Verständigungsprozesse und teilhabeorientierte Bedarfsermittlung in einem einheitlichen Verfahrensrahmen stattfinden. Die Grundprinzipien der Hilfeplanung – Fachlichkeit, Prozesshaftigkeit, systemischer Blickwinkel – sollen allen Kindern und Jugendlichen zur Verfügung gestellt werden. Die Entstehung von Parallelsystemen soll zudem dabei vermieden werden. Da seit dem 01.01.2018 aber auch maßgebliche Teile des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) für die Jugendhilfe als Rehabilitationsträger gelten, sind neben einem einheitlichen Rahmen auch Verfahrensdifferenzierungen notwendig.

Dabei sollten keine Regelungen „bis ins letzte Detail“ entwickelt werden. Vielmehr sollte ein einheitlicher Verfahrensrahmen beschrieben werden, der wiederum auf die Praxisebene in den kommunalen Strukturen wirkt. Keinesfalls war vorgesehen, dass Überregulierungen die helfende Interaktion und personenbezogenen Beziehungen verstellen. Diese sind eher hinderlich, auch in Bezug auf die Qualitätsentwicklung und entmündigen letztlich die Mitarbeiter/innen in den Sozialen Diensten in ihrer Fachlichkeit. Es war ein Anliegen, einen fachlichen Rahmen zu spannen, der einer dezentralen Gestaltungsautonomie genügend Raum lässt.

## Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten

Selbstbestimmung ist eines der zentralen Themen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und damit auch von zentraler Bedeutung für die Vertreter/innen der Behindertenverbände. Was bedeutet aber Selbstbestimmung?

*„Selbstbestimmung ist das, worum es im Leben überhaupt geht. Ohne sie kannst du am Leben sein, aber du würdest nicht leben, du würdest nur existieren.“ (Michael Kennedy/Lorin Lewin)*

Selbstbestimmung in diesem Sinne verstanden, bedeutet Kontrolle über das eigene Leben zu besitzen, basierend auf Wahlmöglichkeiten zwischen akzeptablen Alternativen. In einem inklusiven Hilfeplanverfahren müssen dabei an jeder Verfahrensstelle Beteiligungs- und Beratungspflichten prozesshaft verankert sein. In dieser Kombination und in dieser Fokussierung kann die Zielsetzung „Selbstbestimmung“ erst operationalisiert werden.

## Die fünf Prozessphasen

Das Ergebnis der Überlegungen in unserer Arbeitsgruppe ist ein Konstrukt von fünf Phasen eines inklusiven § 36 SGB VIII (Abb. 3)

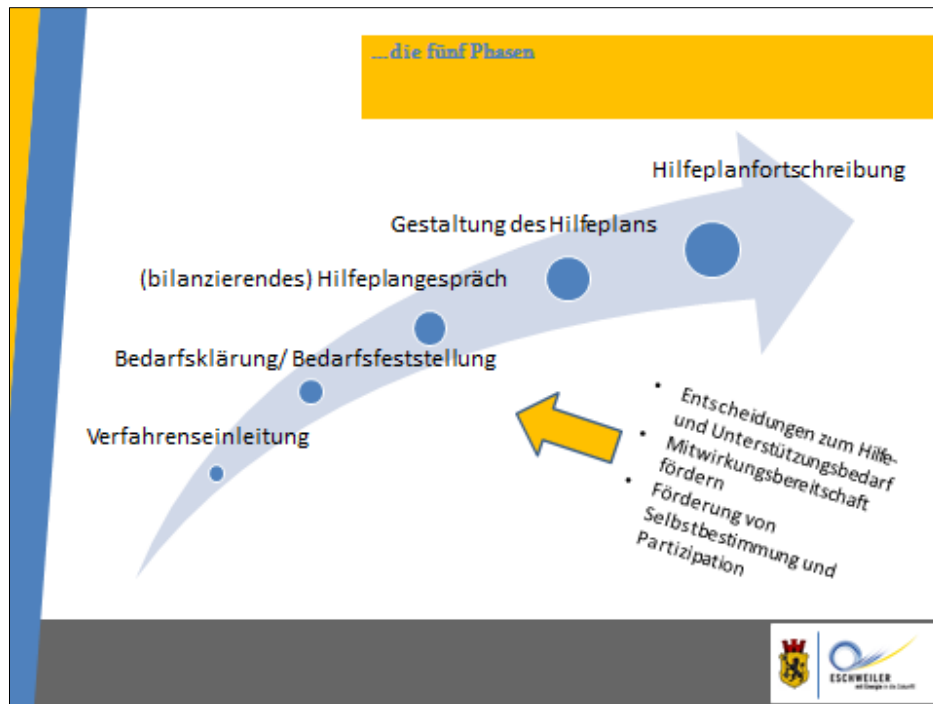


Abb. 3

Diese – Ihnen sicher bekannten – Phasen sind als Verfahrensschritte noch einmal akzentuiert worden. Dabei wirken die beschriebenen Grundorientierungen als „inhaltliche Klammer“ und Orientierungspunkte. Für das gesamte Verfahren ist insofern maßgeblich, dass Entscheidungen zum Hilfe- und Unterstützungsbedarf getroffen werden müssen und dass die Förderung der Mitwirkungsbereitschaft sowie der Selbstbestimmung und Partizipation im Vordergrund steht.

### Phase 1 - Verfahrenseinleitung

Bei der Verfahrenseinleitung (Abb. 4) orientierten wir uns „am Geist des § 12 SGB IX“ – Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung. Das ist das regelmäßige Geschäft im ASD. Der ASD als Basis-Sozialdienst agiert in den Lebenswelten, im Sozialraum. Dort ist es unsere Aufgabe, Signale und Bedarfe wahrzunehmen und diese in die Hilfeplanung überzuleiten.



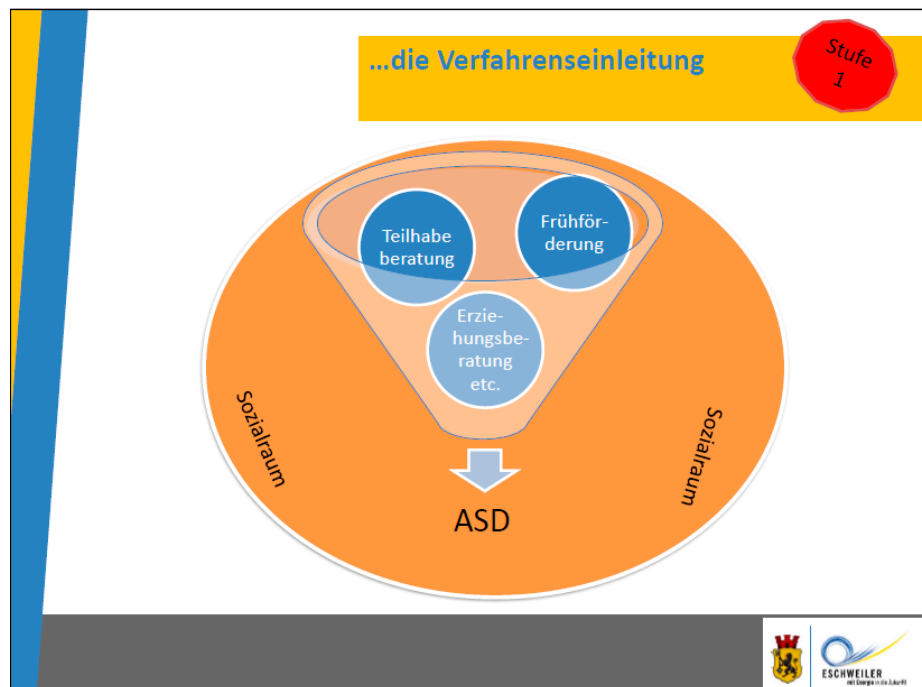


Abb. 4

Die Erweiterung, hin zu einer inklusiven Perspektive, ist dabei mit neuen Herausforderungen verbunden. So orientiert sich die Behindertenhilfe zum Teil an anderen Logiken bedingt aus unterschiedlichen Haltungen und Traditionen. Die Arbeitsgruppe hat aber auch gezeigt, dass diese Unterschiede überbrückbar sind und ein gemeinsamer Austausch lehr- und hilfreich ist.

Grundsätzlich kann dieses auch nur ein Etappenziel sein. Wir müssen eine inklusive Weiterentwicklung der Jugendhilfe insgesamt voranbringen. Das betrifft nicht nur die Hilfen zur Erziehung und die Kindertagesstätten, sondern alle Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe. Die Regelsysteme müssen derart „ertüchtigt“ werden, dass an allen diesen Stellen tatsächlich eine inklusive Haltung Einzug hält.

## Phase 2 - Bedarfsklärung/Bedarfsfeststellung

Die Feststellung des Bedarfs kann nur im Rahmen einer durchgehenden und dialogischen Beteiligung im gesamten Verfahren erfolgen. Beteiligung muss dabei immer differenziert mit dem Blick auf das Kind, den Jugendlichen und die Eltern erfolgen.

Beteiligung kann man dabei auch nicht immer voraussetzen. Ängste gegenüber dem Jugendamt, Machtasymmetrien oder „Beteiligungsuntauglichkeiten“ müssen erkannt und beachtet werden. Wir haben mitunter mit Kindern und Jugendlichen zu tun, die sich nicht beteiligen wollen und z.B. im Kontext der stationären Jugendhilfe im Extremfall mit Entweichungen reagieren. Im Bereich Behindertenhilfe werden wir in Bezug auf die Bedarfsermittlung zudem mit ganz neuen, behinderungsspezifischen Herausforderungen in der Umsetzung von Beteiligung konfrontiert.

Mit dem Blick auf die Wirksamkeit von Hilfen ist Beteiligung aber natürlich der Schlüssel zum Erfolg. Der koproduktive Prozess der Hilfeplanung funktioniert nur gemeinsam.

Im Rahmen der Vorgaben des § 13 SGB IX werden zudem von den Rehabilitationsträgern systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) verlangt. Der § 118 SGB IX gibt vor, dass sich diese Instrumente an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und

# Input-Vorträge

Gesundheit (ICF) zu orientieren haben. Die Kritik der Jugendhilfe richtet sich gegen die damit verbundene vorrangige Orientierung am funktionalen Gesundheitsbegriff, an dem Störungsbild bzw. der Behinderung und die damit „mutmaßlich“ in den Hintergrund geratene Wechselwirkung zwischen dem Kontext umwelt- und personenbezogener Faktoren.

Die sozialpädagogische Diagnostik versucht dagegen bzw. ergänzend, durch ein angeleitetes Fallverstehen „den Sinn im Unsinn“ zu sehen und Selbst- und Fremdbilder von Kindern, Jugendlichen und Eltern in den Blick zu nehmen.

Das methodische Vorgehen ist bei den Jugendämtern nicht einheitlich. In dieser Hinsicht besteht hier in der Jugendhilfe sicherlich Entwicklungsbedarf, diese Prozesse einheitlicher konzeptionell und methodisch auszugestalten. Insofern wurde auch in der Arbeitsgruppe die Forderung erhoben bzw. der Verfahrensrahmen entsprechend formuliert, dass für die Bedarfsklärung bzw. Bedarfsermittlung grundsätzlich ein methodisches Verfahren zur Anwendung kommen müssen. Sollte sich in diesem Verfahren dann Anzeichen für einen Eingliederungshilfebedarf bzw. behinderungsspezifischen Bedarf ergeben, erfolgt dann im Rahmen der Verfahrensdifferenzierung eine Überleitung in die Prozesse gem. § 13 SGB IX (Abb. 5). Grundsätzlich ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass in geeigneten Fällen Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe eine Orientierung an der ICF in die methodische Entwicklung ihrer Hilfeplanung mit einbeziehen.

Die Gespräche und Diskussionen, wie z.B. auf dieser Veranstaltung, aber auch in unserer Arbeitsgruppe, können uns dabei helfen, die immer noch verschiedenen Logiken zu verstehen und uns weiter aufeinander zuzubewegen. Die Pluralität der Jugendämter in Verbindung mit den unterschiedlichen Verfahren muss dabei genauso Beachtung finden, wie die Bedürfnisse von behinderten Kindern und Jugendlichen.

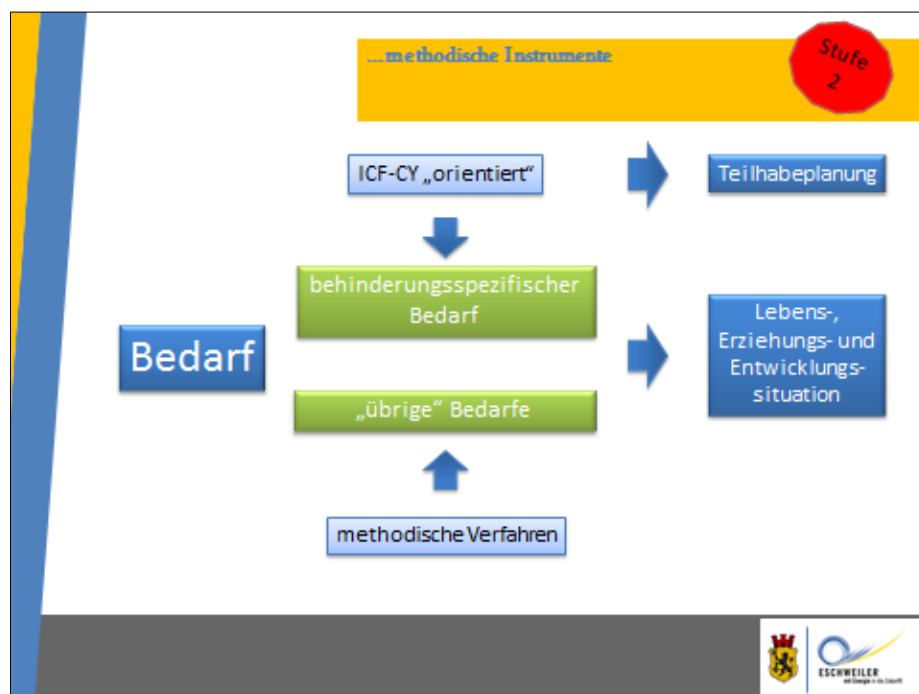


Abb. 5

Gruppenorientierte Entscheidungsverfahren im Rahmen der Bedarfsermittlung benötigen dabei Verfahrensregelungen, um die Informationen gemeinsam mit mehreren Fachkräften auszuwerten (Abb. 6). Die Komplexität aus persönlichen Wertpräferenzen, Anforderungen der Adressaten, fachlichen Interpretationsmöglichkeiten sowie die begrenzt verfügbaren Ressourcen wirken ansonsten schnell überfordernd.

# Input-Vorträge

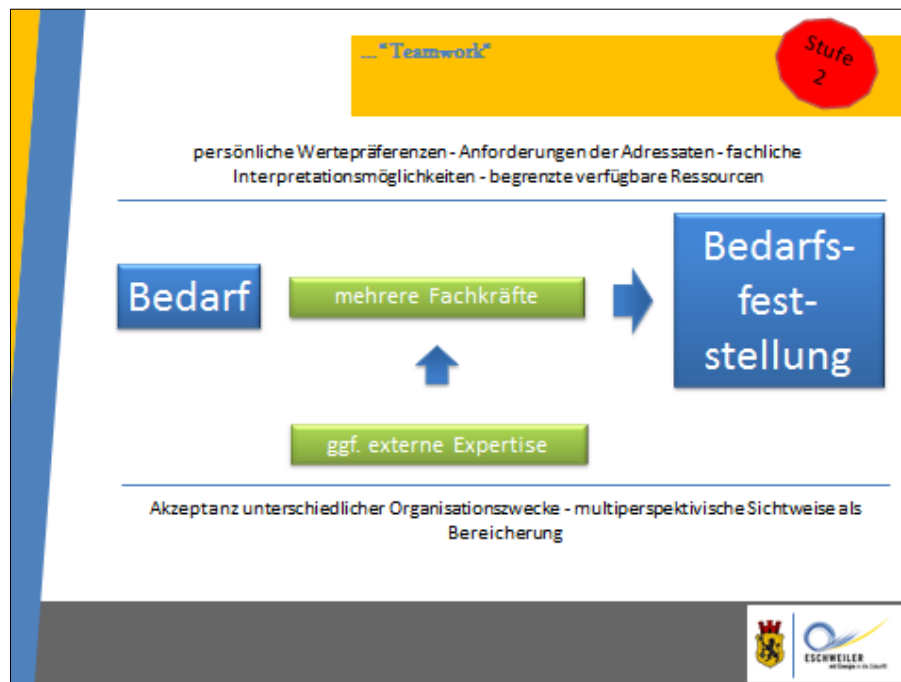


Abb. 6

Dabei brauchen wir nicht nur mehrere Fachkräfte, sondern auch ein methodisch ausgestaltetes, organisatorisch abgesichertes Verfahren sowie eine Leitung, die dies moderiert.

Die ASD benötigen für die Zukunft zudem heterogenere Teams. Multiperspektivische Sichtweisen sind dabei als Bereicherung zu erleben und auch Irritationen müssen zugelassen werden. Auch müssen bei dieser multiperspektivischen Sichtweise unterschiedliche Organisationszwecke Akzeptanz finden.

Die „externe Expertise“ sollte dabei auch im Einzelfall mit „am Tisch sitzen“. Warum sollte man nicht einen Vertreter/eine Vertreterin des Sozialpädagogischen Zentrums zur Fall- bzw. Erziehungskonferenzen hinzuziehen? Damit verbundene Datenschutz- und Finanzierungsfragen müssen natürlich in diesem Zusammenhang geklärt werden.

## Phase 3 - (bilanzierendes) Hilfeplangespräch

In dieser Phase wird gemeinsam mit den Personensorgeberechtigten, dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen ein Fazit gezogen und der tastende Charakter der einzelfallbezogenen Hypothesen mit den Adressat/innen rückgekoppelt und überprüft (Abb. 7).

Auch hier ist die Grundorientierung: Beteiligung, Beratung und Selbstbestimmung. Das hört sich einfach an, gestaltet sich aber im Kontext der Jugendhilfe, insbesondere im ASD, häufig schwierig. Wie sind die strukturellen Voraussetzungen? Hat der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin ein eigenes Büro, hat er/sie überhaupt Zeit für ausführliche Gespräche oder sitzen bereits andere Familien wartend vor der Tür? Stehen die erforderlichen personellen Ressourcen zur Verfügung, um die Kommunikation zu gewährleisten, wenn die Adressaten unsere Sprache nicht verstehen oder bspw. die Mutter oder das Kind gehörlos sind? Das heißt, Beteiligung ist nicht nur eine Haltungsfrage, sondern auch eine Ressourcenfrage. In einer inklusiven Lösung wird sich diese Frage umso dringender stellen.

# Input-Vorträge

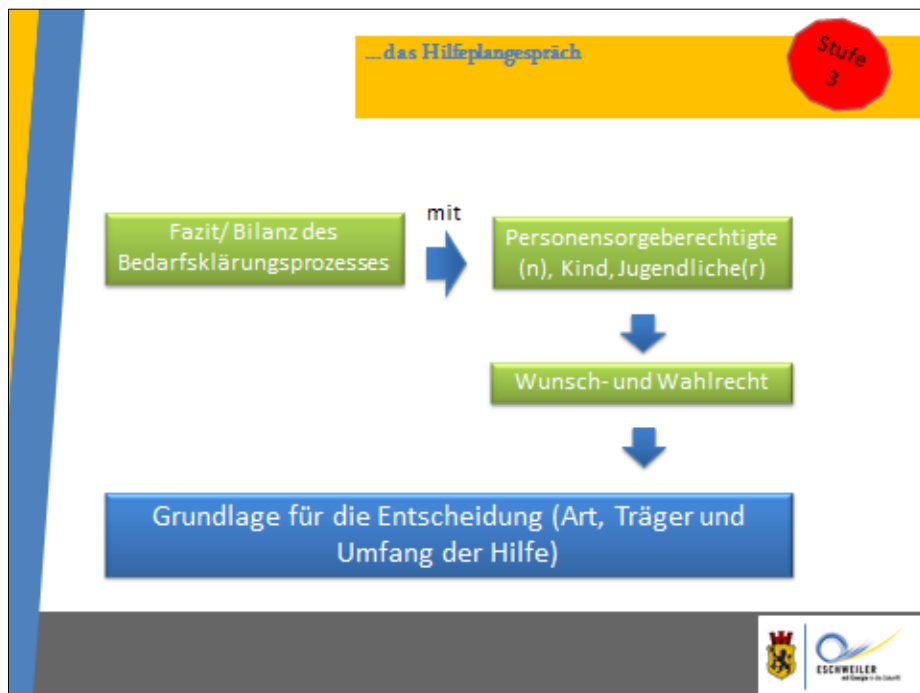


Abb. 7

## Phase 4 - Gestaltung des Hilfeplans

Auch in diesem Bereich beschränkten wir uns auf die Formulierung eines Verfahrensrahmens, der mindestens die Situation der Kinder und Jugendlichen beschreibt, die Wünsche der leistungsberechtigten Personen nach Ziel, Art und Form der Hilfe dokumentiert, den individuellen Bedarf feststellt und die Auswahl der geeigneten und notwendigen Hilfen erläutert. Ergänzend kann hieran auch ein mögliches Teilhabepflanverfahren anschließen.

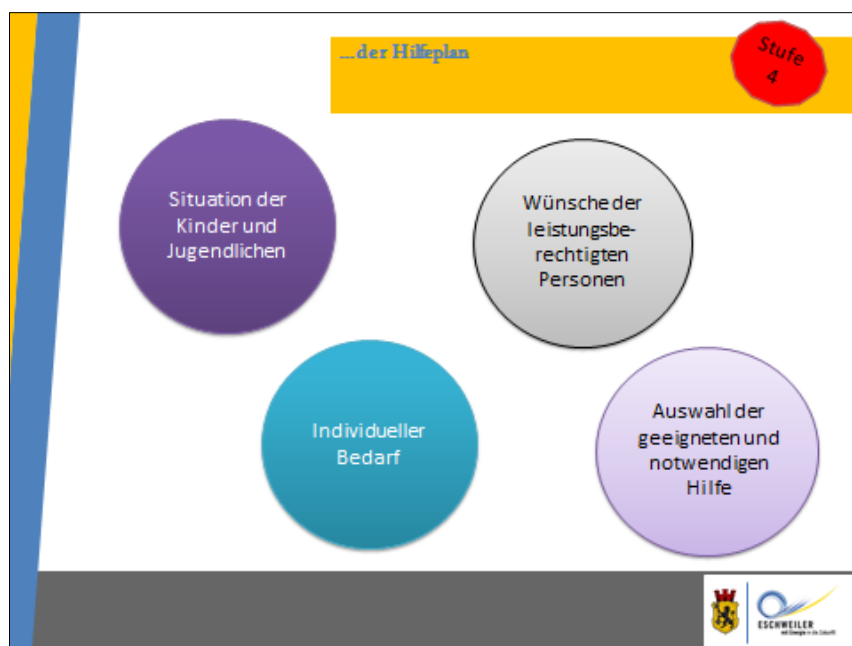


Abb. 8

## Phase 5 - Hilfeplanfortschreibung

Der kontinuierliche Prozesscharakter des Verfahrens wird im Rahmen der Hilfeplanfortschreibung deutlich. Auch hier müssen die beschriebenen Grundorientierungen durchgängig abgesichert werden. Dazu gehört z.B., dass der Leistungsempfänger ein eigenes Veränderungsrecht im Verfahren hat oder, dass die an der Hilfe beteiligten Dienste und Einrichtungen auch in die Fortschreibung weiterhin miteinzubeziehen sind (Abb. 9).

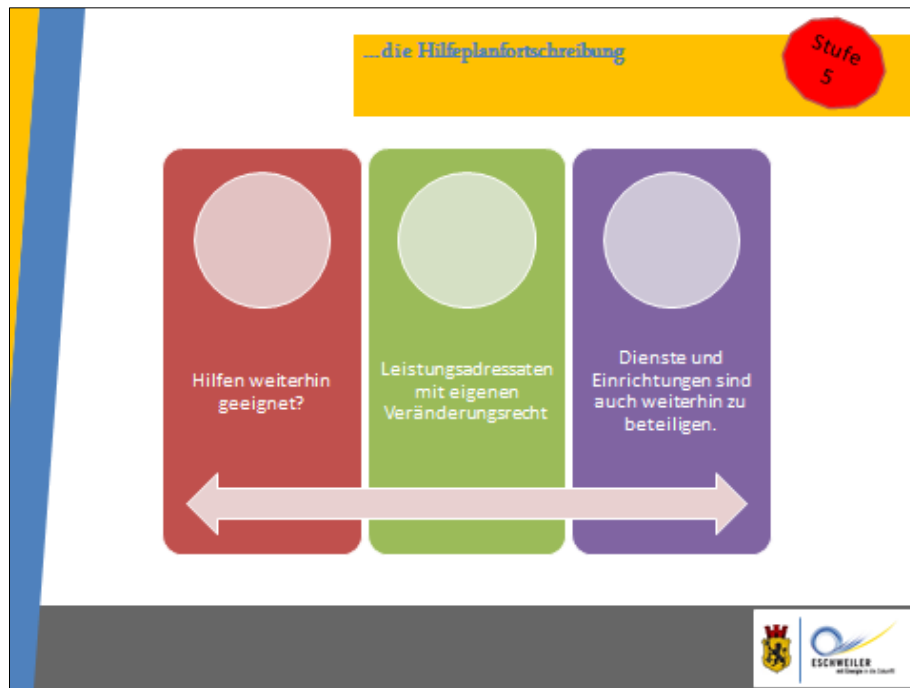


Abb. 9

## Ein neuer § 36 SGB VIII?

Wie könnten sich die Überlegungen der Arbeitsgruppe in einem neuen § 36 SGB VIII niederschlagen? Britta Discher und Prof. Hans-Jürgen Schimke haben einen ersten Entwurf dazu erarbeitet, der in der Arbeitsgruppe diskutiert und mit Anregungen angereichert wurde.

Darin findet sich die eben vorgestellte Struktur der einzelnen Verfahrensschritte wieder:

- § 36: Grundsätze
- § 36a: Die Einleitung des Verfahrens
- § 36b: Die Bedarfsklärung
- § 36c: Das Hilfeplangespräch
- § 36d: Der Hilfeplan
- § 36e: Der Leistungsbescheid
- § 36f: Fortschreibung des Hilfeplans

# Input-Vorträge

... ein Beispiel: Das Thema Selbstbestimmung und Beratung im Gesetzestext

§ 36 Abs. 2:

In allen Phasen des Verfahrens wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten Kinder und Jugendlichen zur Gestaltung des Verfahrens entsprochen, ihnen möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände gegeben und ihre Selbstbestimmung gefördert (s. § 8 SGB IX).

§ 36 Abs. 3:

Die Leistungsberechtigten Kinder/Jugendlichen und ihre Personensorgeberechtigten haben in allen Phasen des Verfahrens ein Recht auf Beratung in einer für sie wahrnehmbaren Form und Zugang zu barrierefreien Informationsangeboten.

§ 36 Abs. 3:

Das Recht auf Beteiligung der Leistungsberechtigten und der Kinder und Jugendlichen wird in allen Phasen des Verfahrens so ausgestaltet, dass die Beteiligung für die Betroffenen in einer wahrnehmbaren Form erfolgt.

Hier wird deutlich, wie die beschriebene Grundorientierung verfahrensrechtlich abgesichert wird. Selbstbestimmung als zentraler Aspekt inklusiver Jugendhilfe wird dabei akzentuiert, präferiert und „der Bogen zum BTHG“ gespannt. Noch ein Beispiel:

... die Verfahrenseinleitung und Bedarfsklärung

§ 36a: Die Einleitung des Verfahrens

Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe stellt durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Hilfebedarf frühzeitig erkannt und falls erforderlich auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Die Leistungsberechtigten und die betroffenen jungen Menschen haben zum frühestmöglichen Zeitpunkt das Recht auf Beratung und Information über Ziele und Inhalte der Leistungen nach dem SGB VIII.

§ 36b: Die Bedarfsklärung

(1) Der öffentliche Träger der Jugendhilfe klärt den Bedarf umfassend im Hinblick auf die Lebens-, Erziehungs- und Entwicklungssituation des Kindes/Jugendlichen und auf Hilfen, die aus der Perspektive des Kindes/Jugendlichen die Entwicklung des Kindes zu unterstützen und zu fördern vermögen.

(2) Dabei sind die Prozesse, die zur Bedarfsklärung führen, methodisch anzulegen. Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die betroffenen Kinder/Jugendlichen behindert oder von Behinderung bedroht sind, so sind die behinderungsbedingten Bedarfe mit einem Instrument zu ermitteln, das sich an der ICF-CY orientiert und, soweit erforderlich, mit dem Teilhabeplanverfahren nach SGB IX zu verbinden.

... oder die Fortschreibung des Hilfeplans

§ 36 f Abs. 1:

Der Hilfeplan soll regelmäßig, mindestens jährlich, überprüft und fortgeschrieben werden.

§ 36 f Abs. 2:

Dabei soll regelmäßig geprüft werden, ob die gewählte Hilfeart im Hinblick auf die im Hilfeplan formulierten Ziele weiterhin geeignet und notwendig ist.

# Input-Vorträge

§ 36 f Abs. 3:

Eine Abweichung von den im Hilfeplan getroffenen Feststellungen ist nur bei einer Änderung des individuellen Bedarfs des Kindes oder Jugendlichen und entsprechender Änderung des Hilfeplans zulässig.

§ 36 f Abs.4:

Die bei der Durchführung der Leistung beteiligten Personen, Dienste, Einrichtungen und deren Mitarbeiter sollen bei der Fortschreibung des Hilfeplans beteiligt werden. Die Leistungsberechtigten und die Kinder/Jugendlichen sind berechtigt, eine Fortschreibung des Hilfeplans zu veranlassen, wenn ihnen Art und Umfang der Hilfe nicht mehr angemessen erscheint.

## ... und was bedeutet das für den ASD?

Wir brauchen im ASD:

- ganzheitliche Berufsvollzüge und eine methodisch personale Präsenz in der Interaktion der Hilfeprozesse, d. h., der ASD soll das Einfallstor für alle Kinder und Jugendlichen sein.
- Den Abbau struktureller Defizite in den Rahmenbedingungen bzw. in der Personalsituation.

*Die Personalsituation in den ASD ist dabei differenziert zu sehen. Während in einigen Kommunen auskömmliche Personalausstattungen bestehen, sind andere Kommunen in diesem Bereich personell unterbesetzt. Zu dieser Thematik hat sich u. a. die BAG ASD/KSD klar positioniert.*

*Eine substantielle Orientierung der Hilfeplanung an den beschriebenen Grundorientierungen wird dabei sicherlich auch erhöhte personelle Ressourcen implizieren. Auch muss der Qualifizierungs- und Fortbildungsbedarf in den Blick genommen und finanziell bundesweit abgesichert sein.*

- Mehrdimensionale „Öffnungen“ und „Übergänge“ für den ASD.
- Eine „inklusive Kultur“ und die Offenheit aller Beteiligten.
- Eine Auseinandersetzung mit den „ICF orientierten“ Diagnoseinstrumenten und ggf. Nutzbarmachung für die sozialpädagogische Diagnostik.
- Vor allem einen mutigen Gesetzgeber, der das SGB VIII „inklusive“ weiterentwickelt!

Mehr Infos unter [www.bag-asd-ksd.de](http://www.bag-asd-ksd.de)

## Anmerkung:

Moderator: Letztlich bedeutet das, dass wir das SGB VIII und das SGB IX (BTHG) als Einheit begreifen müssen. Dabei müssen wir uns den Anforderungen des BTHG stellen und diese „jugendhilfekompatibel“ übersetzen.

Da die Aufgabenvielfalt und die Komplexität der Hilfeausgestaltung zudem zunehmen werden, sind die Hilfepläne interdisziplinärer auszugestalten. Wir müssen mehr Inklusionskenntnisse in den ASD bringen. Das heißt, hier ist Fort- und Weiterbildung dringend erforderlich.

# Input-Vorträge

Ein Gesetz ist nicht neu zu schaffen, ohne die Rahmenbedingungen anzupassen. Das betrifft auch Datenschutzfragen und Finanzierungsfragen. Daher geht unser Appell an den Gesetzgeber: **Bitte nichts aufkrotieren, was man mit den bestehenden Rahmenbedingungen nicht umsetzen kann.**

An die Arbeitsgruppe zur Hilfeplanung kann man nur Dank und die Bitte aussprechen, in dieser Richtung weiterzuarbeiten und die Ergebnisse der hier geführten Diskussionen mitzunehmen.



## Zum „Stand der Dinge“ in der Praxis: Basisverständigung zur ICF

Zusammenfassung der Diskussion über Wissen + Anwendungsgebiete + Erfahrungen + Positionen in der kommunalen Praxis der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe

Die **Sammlung der Informationen anhand der ICF Kriterien kann immer nur ein Schritt im Prozess sein**. Als weiterer Schritt **muss der Blick auf die Wechselwirkungen der Bereiche und die Interpretation** erfolgen. Die grundsätzliche Verankerung von Verhaltensaspekten in den mentalen Funktionen und damit im medizinischen Bereich könnte es erschweren, dies für pädagogische und psychologische Faktoren zugänglich zu machen. Es besteht die **Gefahr, dass Umweltfaktoren und damit das Herstellen von Ursachen und Wirkung nicht entsprechend berücksichtigt werden**. Diese Wechselwirkungen ergeben sich durch die ICF nicht von selbst, sie erfordern den **interdisziplinären Austausch von Fachkräften**. Gerade im frühkindlichen Bereich haben die Umweltfaktoren, zu denen auch die Familie gehört, einen wesentlichen Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Das kann in den Hintergrund geraten, wenn die psychologischen Aspekte ausschließlich im medizinischen Bereich verankert sind. Dies bedeutet, in die medizinische Abhandlung zusätzliche Kompensationsfragen und Interpretationen aus der sozialen Ebene einzubinden.

Es wurde festgestellt, dass das Bemühen und der Ansatz sehr positiv zu werten ist, **über die Disziplinen hinweg eine gemeinsame Sprache zu finden**. Dabei ist das Thema „Datenschutz“ nicht außer Acht zu lassen. Wenn Fachkonferenzen stattfinden sollen, in denen diverse Disziplinen an einem Tisch sitzen und eine Gesamtbetrachtung vornehmen, besteht die Gefahr, dass der Hilfeempfänger bzw. der Leistungsberechtigte zum Objekt wird, was Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe nicht befürworten. Aus diesem Grund wurde die letzte Folie von **Frau Klein** als sehr wichtig erachtet. Zudem besteht die **Gefahr einer Überkomplexität** und damit verbunden auch die Frage nach der Ressourcenausstattung hierfür.

Konsens besteht darüber, ein einheitliches Verständnis von Bedarfsermittlungsinstrumenten zu erreichen. Die sog. Umweltfaktoren dürfen auf keinen Fall aus dem Blick geraten, denn diese betreffen die Familien, mit denen in der Kinder- und Jugendhilfe gearbeitet wird. Deshalb muss darüber diskutiert werden, wie es uns gelingt, in das Modell zur Bedarfsfeststellung die Kinder, die Eltern, die Familien und auch die verschiedenen Sichtweisen von Kindern und Eltern einzubringen. Ohne dies wirken Hilfen nicht oder kaum.

Dabei ist es insbesondere wichtig, **die entsprechenden Therapeuten in die Hilfeplanung einzubeziehen, wie es der § 35a SGB VIII bereits vorsieht. Es gibt allerdings hierfür keine Finanzierungsgrundlage**. Hier besteht Klärungsbedarf, damit im Hilfeplangespräch der Therapeut oder der Kinder- und Jugendpsychiater mitwirken können, bisher hierfür aber nicht bezahlt werden. Eine offene Frage im Plenum war deshalb, ob es zur Klärung dieser Frage **eine interdisziplinäre Zusammenarbeit des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit dem Bundesministerium für Gesundheit gibt**. Herstellbar sind hier **Analogien aus dem Bereich der Frühförderung**, die mit finanziellen Ressourcen hinterlegt werden müssen. In der Frühförderungsverordnung (SGB IX neu – Artikel 23, § 6a, Satz 3) ist festgelegt, dass das interdisziplinäre Arbeiten der beteiligten Fachkräfte – explizit auch der medizinisch-therapeutischen Fachkräfte – Teil des Auftrages ist

# Plenumsdiskussion

und damit auch mit einer Finanzierung hinterlegt werden muss. **Diesen Ansatz könnte man für andere Bereiche übertragen.**

Dieses Thema wurde bereits in einigen Expertengesprächen aufgegriffen. Einige Jugendämter führen diese Zusammenarbeit als freiwillige Leistung durch, um komplexer in die Hilfeplanung einsteigen zu können. An einigen Standorten wurden Vereinbarungen mit der jeweils ansässigen örtlichen AOK über einen festgelegten Betrag für die Mitwirkung medizinisch-therapeutischer Fachkräfte an den Hilfeplangesprächen in den Jugendämtern geschlossen. Aber das ist noch keine grundsätzliche, flächendeckende Möglichkeit. **Dr. Peter Keller** stellte in seinem Vortrag das Modell des Runden Tisches von Frau Dr. Philippi mit der Botschaft vor, dass **an diesen Runden Tisch neben den Fachpersonen vor allem die Klient/innen gehören**. Damit löst sich auch das Problem „Datenschutz“. Die Menschen, um die es geht, sind einbezogen. Zu häufig wird noch ohne die Klienten entschieden. Auch aus Sicht einer Teilnehmerin der Behindertenhilfe ist die ICF kein Bedarfsermittlungsinstrument, sondern eine Informationssammlung. Wenn man auf der Basis der Informationssammlung zu einer Bedarfsfeststellung kommen möchte, müssen sich die Menschen, die den Bedarf haben, dazu äußern, was aus diesem Sammelbecken tatsächlich ihrem Bedarf entspricht.

In der weiteren Diskussion wird darauf verwiesen, dass es unterschiedliche Diagnoseinstrumente gibt, nicht nur die ICF. Um Informationen zur weiteren Bedarfsermittlung zu erhalten, stehen u. a. sozialpädagogische Diagnoseinstrumente zur Verfügung. Das kennzeichnet recht gut die unterschiedlichen Wege in die Hilfesysteme.

**Wenn es um gesundheitliche Beeinträchtigungen geht, ist der Weg über die ICF mit der Beschreibung über Funktionseinschränkungen naheliegend, weil sich daraus ein Rechtsanspruch auf Leistungen und auf Teilhabe im Bereich der Behindertenhilfe ableiten lässt, den ich als Betroffener einfordern kann. Wenn der Zugangsweg hingegen aus dem pädagogischen Bereich erfolgt, geht es eher darum, den Gesamtbedarf der Familie zu ermitteln und Möglichkeiten zu finden, dass die Familie Hilfe annimmt und akzeptiert, dass ein Hilfebedarf besteht. Das ist eine der größten Herausforderungen im Bereich der erzieherischen Hilfen und über die ICF nicht abzubilden. Beide Instrumente sind daher gleichberechtigt als unterschiedliche Zugangswege zu verstehen. Für die Bedarfsermittlung ist zu analysieren und zusammenzuführen, was sich aus der sozialpädagogischen Diagnose und den Informationen aus der ICF-Anwendung herausfinden lässt. Beide Zugangswege zum Hilfesystem müssen gleichwertig erhalten bleiben.**

Die verschiedenen Instrumente ergänzen sich zu einem sinnvollen Ganzen. Darin besteht eine große Herausforderung, über die wir hier diskutieren müssen. Daher muss diese Thematik fachspezifisch betrachtet werden, auch im Hinblick darauf, was das für die Familien bedeutet, die mitunter schon Schwierigkeiten haben, auf reguläre Hilfepläne zuzugehen.

Ein weiterer Aspekt, den **Eva Klein** anspricht, bezieht sich darauf, dass die Kodierung durch die ICF grundsätzlich dahingehend geprüft werden sollte, ob sie durch die Gesetzestexte tatsächlich gefordert und inwieweit sie tatsächlich hilfreich ist. Bei der Bedarfsermittlung ist die Einbeziehung der Betroffenen und im Falle von Kindern ja immer auch von deren Eltern grundlegend, um wirkungsvoll Handeln zu können. Dies sieht die ICF explizit so vor und fordert damit alle Beteiligten heraus, ihr bisheriges Vorgehen zu überprüfen. **Dr. Peter Keller** ergänzt, dass in der WHO vorgesehen ist, grundsätzlich die Klienten zu beteiligen. D. h., alle erhobenen Items werden in Gegenwart der Klienten und mit ihnen zusammen erhoben. Hinterher werden sie noch einmal gefragt, ob sie einverstanden sind.

Das in Kraft getretene Bundesteilhabgesetz (BTHG) bringt mit sich, dass ein Hilfebedarfserfassungsinstrument sich an der ICF orientiert. Das ist ein Quantensprung, denn für Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es bisher noch gar kein Instrument. Wie man hier aber auf bestimmte Bedarfe und

# Plenumsdiskussion

Leistungen kommt, ist leider nicht klar. Mit Blick auf das psycho-soziale Modell wird festgestellt, dass sich der Aspekt der Psyche nur an wenigen Stellen wieder findet.

**Die Frage, ob ICF als die Sprache der Inklusion zu sehen ist, wird verneint**, da das einer Reduktion des Menschen auf Funktionen und seiner Funktionsfähigkeit gleichkäme. Wenn pädagogische Fachkräfte im praktischen Alltag durch ihre qualifizierte Moderation der Bildungsprozesse eine besondere Bedarfslage eines Kindes feststellen, wird ICF nicht deren Sprache sein. Sie arbeiten vielmehr mit Entwicklungsberichten und anderen Termini. Diese Entwicklungsberichte in leistungsbezogene Sprache zu übersetzen, bietet die ICF nicht. Darum muss es Brücken und Übersetzungsmodelle und entsprechendes Handwerkszeug auf der operativen Ebene geben.

Inklusion setzt voraus, dass es eine Wahlfreiheit der Menschen gibt, dass alle entscheiden können, ob sie teilhaben wollen oder nicht. ICF ist ein Instrument, das an persönlichen Merkmalen festmacht. Die Behindertenrechtskonvention sagt im § 24, dass die Vertragsstaaten auf allen Ebenen der Bildung Möglichkeiten inklusiver Bildung vorhalten sollen. Die ICF ist ein Teil, **es ist jedoch eine fundierte inklusive Haltung erforderlich**, außerdem weitere Ressourcen, die politisch entschieden und in die Länder gegeben werden müssen.

Die ICF bildet als Klassifikation eine hervorragende Grundlage, um Bedarfe zu beschreiben, so wie sie neutral und grundsätzlich angelegt ist. Die Herausforderung für die Jugendhilfeträger besteht darin, die ICF mit der eigenen Bedarfsermittlung zu verbinden und daraus Leistungen zu beschreiben und diese am Ende auch mit einem Preis zu versehen. Die ICF allein ist kein Instrument, um eine stationäre Hilfe einzuleiten, sondern bildet nur die Grundlage, um Menschen oder Situationen zu beschreiben. Es stellt sehr hohe Anforderungen an die Fachkräfte vor Ort, sich erst einmal in diese Klassifikation hineinzudenken und sie dann anzuwenden. Das bedeutet eine außerordentliche Herausforderung für die personellen, fachlichen und strukturellen Ressourcen.

Für das Teilhabeplanverfahren ist die Einbeziehung von Ärzten erforderlich, was sich häufig als schwierig erweist. Ebenso, wenn die Krankenkassen oder die Agentur für Arbeit einbezogen werden sollen, wenn es um berufliche Orientierung im Rahmen einer Schullassistentenleistung geht, damit die Hilfen nahtlos weitergeführt oder nebeneinander geleistet werden können. Genau das fordert das Bundesteilhabegesetz im Teilhabeplanverfahren von den Fachkräften. Diese Grundhaltung sollte mit dem BTHG einhergehen. Gebraucht wird eine neue Kultur und Denkweise. Diese zu etablieren, hilft die ICF, die sich in Bezug auf die Systematik über das gesamte BTHG erstreckt. Viele Begriffe finden sich immer wieder. Verwiesen wird auf den ersten Halbsatz des § 2 des BTHG, der seit 2018 neu formuliert ist: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen ...“ Dort spiegelt sich die UN-Behindertenrechtskonvention wider. Grundsätzlich geht es darum, die Intention der UN-Konvention tatsächlich umzusetzen. Das ist die große Herausforderung für alle beteiligten Akteure, um letztlich die Kinder und Jugendlichen mit den Eltern, die stets als Förderfaktor (oder aber auch als Barriere) dazugehören, gut zu begleiten.

Es wird reflektiert, dass das Bundesteilhabegesetz in der Praxis eine veränderte Haltung der Rehabilitationsträger untereinander mit sich gebracht hat. Wurde „vorher“ im Wesentlichen miteinander kommuniziert, um sich gegenseitig Fälle abzugeben, ist nun bei den Rehabilitationsträgern die Einsicht gewachsen, dass dies nicht im Sinne des BTHG ist.

Wenn wir formulieren „**ICF - die Sprache der Inklusion?**“, haben wir dann schon mit dieser Formulierung ein „Entweder-Oder“ im Hinterkopf? **Sollte es nicht heißen „...eine Sprache der Inklusion“**, um deutlich zu machen, dass es möglicherweise auch noch andere Sprachen gibt? Das würde auf das **Übersetzungsproblem** hinweisen. Diese „Entweder-Oder-Systematik“ bestimmt von vornherein, dass es sich um einen Fall für die Eingliederungshilfe handelt und die Jugendhilfe ausgenommen wird

# Plenumsdiskussion

(oder umgekehrt), obwohl vielleicht in beiden Bereichen Entwicklungsbedarf beim Kind/Jugendlichen besteht. Daher sollten wir diese Zuordnung in Frage stellen.

Rückmeldungen von Klienten der Eingliederungshilfe, bspw. von Kindern mit Behinderungen in ambulanter Betreuung besagen, dass diese besser verstehen, wie und warum Entscheidungen getroffen werden bzw. warum eine bestimmte Hilfe nicht zustande kommt, wenn sie an der Planung beteiligt werden und die Hilfepläne für die Kinder sprachlich übersetzt werden. Es ist mitunter für Fachkräfte schon schwierig, verschiedene Sachverhalte zu verstehen und in Bescheide zu übersetzen, warum was wie klassifiziert wurde. Das ist für die Familie weitaus schwieriger, insbesondere, wenn auch die Eltern eine geistige Behinderung oder kognitive Einschränkung aufweisen. Daher ist es sehr wichtig aufzuzeigen, warum welcher Bedarf gesehen und warum welche Entscheidung getroffen wird. Dabei kann die ICF bei richtiger Anwendung hilfreich sein.

Der **Aspekt der Beteiligung muss strukturell unterfüttert werden**. Wenn man Menschen beteiligen will, muss ihnen das Handwerkszeug gegeben werden, um sich in den Systemen bewegen zu können. Dafür werden Strukturen gebraucht, es muss in der Ausstattung, in Kommunikationsprozessen, in allen Leitfäden, die zu entwickeln sind, integriert sein, dass Menschen dazu befähigt werden müssen. Gerade wenn es um Menschen mit geistiger Beeinträchtigung geht, muss relativ viel unternommen werden, damit sie tatsächlich in der Lage sind, mitzuwirken und beteiligt zu sein. Sonst bleibt es eine Pseudobeteiligung.

**Dr. Peter Keller** merkt hierzu an, dass kein Paradigmenwechsel herbeizuführen ist, wenn man ihn nicht umsetzen kann. Wichtig in diesem Kontext sei z. B. eine Moderationsschulung stattfindet, die u. a. den Umgang mit Klienten beinhaltet, die eine Hilfe ablehnen bzw. eine andere Hilfe fordern, die aus Sicht der Fachkräfte nicht zielführend ist. Beteiligung setzt eine professionelle Schulung der Betroffenen voraus! **Eva Klein** unterstützt diese Forderung. Zur Fachlichkeit der Sozialarbeit gehöre **Gesprächsführung mit Blick auf den Klienten**. In der Frühförderung, die per se ein interdisziplinäres Arbeitsfeld ist, gebe es im medizinischen Bereich eine Weiterentwicklung in dieser Richtung.

Das Thema der **Ressourcenbereitstellung für interdisziplinäres Fallmanagement** ist mit aufgreifen. Ein Beispiel aus der Praxis der Kooperationsstelle „Inklusives Aufwachsen“ ist eine niedrigschwellige Anlauf- und Beratungsstelle für Menschen mit und ohne Behinderung in Fragen der Erziehung mit einer Koordinatorin. Dieses Projekt wird vom Land sowie vom Landkreis finanziert und wurde inzwischen gut evaluiert. Die Lotsenfunktion wird gut angenommen. Im zweiten Jahr des Modellprojektes wird ein interdisziplinäres Fallmanagement aufgebaut. Hier erweist es sich als schwierig, alle Kooperationspartner davon zu überzeugen, dass ein interdisziplinäres Fallmanagement auch Entlastung bringen kann.

Das Hilfsmittel dazu ist eine **integrierte Planung**. Es gibt integrierte Jugendhilfe-, Schul-, Entwicklungsplanung, einschließlich Gesundheitsplanung inkl. Eingliederungshilfe. Wenn das zusammengeführt wird, wird auch anders geplant und Übergänge werden klarer gestaltet, von der Kita in die Grundschule, von der Grundschule in die weiterführende Schule usw. Alle müssen kontinuierlich mitwirken. Innerhalb von einem Jahr oder zwei Jahren werden keine großen Veränderungen möglich sein, auch nicht vor dem Hintergrund des BTHG. Diese Diskussionen müssen praxisorientiert geführt werden, damit Probleme nicht zu Lasten der Klient/innen bestehen bleiben. Es gibt Vorbereitungsdefizite in mehreren Professionen, die gemeinsam bewältigt werden müssen. Das Gesetz hat zwar viele mitgenommen, aber nicht alle. Daher gibt es – auch im Sinne von Qualitätsentwicklung – viel zubewegen.

## Arbeitsgruppe „Eltern als Umweltfaktor oder e310. Erfordernisse bei der Suche nach Teilhabezielen für sehr junge Kinder“

WILHELMINE MEIER

Die interdisziplinären Frühförderstellen in Hessen werden derzeit zu einem großen Teil von den Kommunen, zu einem etwas kleineren Teil vom Land Hessen und einem geringen Teil von den Krankenkassen finanziert. Die Finanzierung ermöglicht uns gute Rahmenbedingungen für unsere Supervision und die wöchentlichen Fallbesprechungen. Aus diesem Grund hatten wir die große Chance, uns seit Jahren mit der ICF zu beschäftigen und sie uns anzueignen. Was wir entwickelten, ist bereits fünf Jahre alt, aber erst jetzt kommen wir dazu, es umzusetzen. Es gehört tatsächlich Mut dazu, einfach zu beginnen. In die Selbstverständlichkeit der Fachkompetenzen die ICF-Kategorien einzuflechten, darin besteht die große Herausforderung. Die ICF bietet ein Gerüst zur Abfrage, um eine Teilhabe gut zu formulieren. Die Entwicklungsbeschreibungen gehören unbedingt dazu.

Für die Verfahren gibt es keine bundeseinheitliche Richtlinie. Daher verfährt jedes Bundesland und jede Kommune anders. Ein gemeinsames, ICF-basiertes Vorgehen, bei dem ein Kind in den Mittelpunkt gestellt wird, ist auch BTHG-tauglich. Auch die Reha- und Sozialhilfeträger und Krankenkassen müssen sich dann mit der Beschreibung der Teilhabe und Teilhabebeeinschränkung befassen. Wir stehen noch in der Entwicklung, aber wir haben begonnen. Aus der Vorgehensweise ergibt sich eine Vereinfachung für die Fachkräfte, die eng mit den Familien arbeiten. Man sollte sich von der Vorstellung bzw. der Sorge verabschieden, mit der ICF würde jetzt alles neu gemacht werden müssen. Vielmehr sollte man seine eigene Fachlichkeit zugrunde legen und dann dazu einen Anknüpfungspunkt und eine Überschrift in der ICF finden. Man muss nicht 1.400 Items im Kopf haben, sondern nutzt sein vorhandenes Fachwissen. Man erkennt ganz klar, was man in der ICF nicht findet und anders formulieren muss. Ggf. findet man aber auch in der ICF Dinge, die bisher nicht unterlegt wurden und die ergänzt werden müssten, um eine genauere Beschreibung liefern zu können. Die ICF verschafft uns dazu einen anderen Blick, der hilfreich sein kann und der uns dazu veranlasst, mit Fachkräften aus anderen Bereichen in den Austausch zu treten, wie z. B. aus der Logopädie. Der Sinn und Zweck der Nutzung von ICF liegt meiner Meinung auch genau darin, mit dem eigenen Fachwissen zu beginnen.

Meine 36 Mitarbeiter/innen in der Frühförderung setzen sich je zur Hälfte aus jungen und erfahrenen Fachkräften zusammen. Sie sagen, sie hätten jahrelang darauf hingearbeitet, sich professionell auszudrücken. Jetzt sollen sie in einfacher Sprache Bedarfe und Ziele benennen und fürchten daher um ihren Ruf als Fachkräfte, sie meinen, nun als „Spieltante“ angesehen zu werden. Selbstverständlich dürfen sie ihr professionelles Wissen nicht vergessen. Es geht darum, dass es auch die Familie versteht und an den Gesprächen teilnehmen kann. Darin liegt eine große Herausforderung für alle.

In der Frühförderstelle gehen wir in die Erstanamnese/die erste Interaktionsbeobachtung stets mit dem Vier-Augen-Prinzip, d. h. mit je einer Fachkraft aus dem medizinisch-therapeutischen und dem pädagogisch-psychologischen Bereich. Den Hintergrund bildet dabei die ICD 10. Unsere Kooperation mit den Kinderärzten, Neurologen usw. ist jahrelang gewachsen. Ein Vermerk in ihren Anschreiben: „V. a.“ = „Verdacht auf...“ oder auch: Ein Kind hätte bei der U-Untersuchung nicht mitgemacht, genügt, um in die aktuelle Bedarfsplanung einzusteigen und im Gespräch herauszufinden, was das Kind braucht. Eine Diagnose nach ICD 10 ist die Voraussetzung für eine Frühförderung. Das wird auch im BTHG beschrieben

# Input-Vorträge

und betrifft auch Kinder mit psychischen Störungen (nach ICD 10: Emotionale Beeinträchtigung). In der frühen Phase, im Alter von 0 bis 6, wird zumindest in Frankfurt am Main nicht zwischen Behinderung, Entwicklungsverzögerung und seelischer Behinderung unterschieden. Diese Unterscheidung wird erst ab dem Schulalter getroffen. Mit der Diagnose haben wir die Chance, mit den Reha-Trägern ins Gespräch zu kommen und das Kind so zu beschreiben, wie wir seine Teilhabebeeinträchtigung sehen. Unser Bestreben ist es, die Kinder nicht von Anfang an in die psychiatrische Diagnosemaschinerie zu schicken, ehe sie zu einer Frühförderung oder einer ähnlichen Leistung kommen. Allerdings können Eltern mit ihren Kindern zunächst zur offenen Anlaufstelle der Frühförderung kommen, ohne gleich eine Diagnose vom Kinderarzt zur Hand zu haben. Hier wird dann festgestellt, ob es einen Bedarf gibt, und die notwendigen Schritte zur Abklärung werden eingeleitet. In das darauffolgende Verfahren geht es mit einer Diagnose nach ICD 10. Der Kontakt zum Kinderarzt, zur Kita und der Hausbesuch bei der Familie ergeben das Gesamtpaket. An dieser Stelle müssen wir defizitorientiert denken, daran wird sich auch mit der Anwendung der ICF nichts ändern.

Die Fachkräfte in der Frühförderung sammeln zu Beginn in der Interaktionsbeschreibung, was sie beim Kind sehen und hören. Um später differenzierte Ziele zu formulieren, wird selbstverständlich mehr Zeit benötigt. In dem ersten Verfahren jedoch wird der Bedarf eruiert, die Eltern und andere Beteiligte werden befragt, um dann eine Stellungnahme aus professioneller, interdisziplinärer Sicht abzugeben und darin den Wunsch der Familie und die Teilhabe widerzuspiegeln. Dies wird der Ausgangspunkt zum gemeinsamen Handeln.

Aus Sicht der Frühförderung müssen wir lernen, nicht sofort alles zu äußern, was wir sehen, trotzdem unsere Fachkompetenz behalten, die wir in die Fallbesprechungen bringen, die ohne die Eltern stattfinden. Dort überprüfen wir, ob wir die richtige Stelle für eine Hilfe sind, was wir anbieten können und welche Akteure wir außerdem brauchen.

## Fallbeispiel

In unserem Beispiel geht es um die vierjährige Naomi, die mit ihrer Mutter auf Anraten des Kinderarztes und der (Regel-)Kita zu uns in die Frühförderung kommt. Wir sehen ein körperlich gut entwickeltes Kind. Dieses Kind trägt eine Windel. Die Sprache ist bilingual deutsch – tigrinya. Wir hören nur ein paar Worte, mal deutsch, mal tigrinya. Das heißt, Naomi verfügt über einen geringen Wortschatz. Sie ist emotional erregt, läuft im Raum herum, kriecht unter den Tisch. Am wohlsten fühlt sie sich am Boden liegend. Als wir den Raum wechseln, ist sie völlig außer sich und irritiert, sie schreit und jammert. Naomi ist feinmotorisch geschickt, sie kann eine Eisenbahn aus den vorhandenen Materialien zusammenbauen und spielt damit. Die Mutter hat Essen und Trinken dabei. Das Jammern und Schreien ist das Hauptthema. Die Mutter versucht sofort zu regulieren, damit das Kind ruhig wird. Mehr wissen wir am Anfang nicht.

Die Mutter wünscht sich, dass Naomi altersgerecht spricht und besser auf sie hört. Sie klagt, dass sie alles allein macht, fordert aber keine Unterstützung durch ihren Mann, der in zwei Schichten arbeitet. Sie hat außer Naomi noch zwei Töchter, die gute Schülerinnen sind. Die Älteste wird demnächst ein Gymnasium besuchen. Mit der Mutter selbst können wir uns gut in deutscher Sprache verständigen.

Im Fall von Naomi geht es aus unserer Sicht um die Stärkung der elterlichen Kompetenz. In der Interaktion mit dem Kind ist die Mutter freundlich und lächelt. Sie schämt sich offensichtlich, wenn das Kind laut ist, und will unbedingt dafür sorgen, dass es ruhig ist. Die Familie hat eine hohe Anpassungsleistung vollzogen, sie ist in der Nachbarschaft gut integriert. Das Thema „Regeln und Grenzen“ müssen wir aus unserer fachlichen Sicht mit der Familie bearbeiten. Die Familie braucht aber auch Strategien und Rituale, um zu erreichen, dass die Selbstregulation des Kindes besser gelingt.



# Input-Vorträge

Mit den von uns festgestellten Teilhabebedarfen begeben wir uns zurück auf die Ebene der Ideen der Familie selbst. Die Teilhabe aus Sicht der Familie erfragen wir nach ICF und beziehen uns dabei auf Alltagssituationen. Wir sehen, wo das Kind sich wohlfühlt. Das ist eine Ausgangsbasis. Das können wir beschreiben und den Eltern mitgeben, wenn wir in eine erste Zielvereinbarung mit den Eltern gehen.

Das Kind schläft nur mit der Mutter zusammen im Bett ein. Die familientherapeutischen Fachkräfte sehen darin die Autonomie des Kindes gefährdet, während es für die Mutter kein Problem darstellt. Wir wissen aus anderen Kulturen, dass Kinder oft noch mit acht Jahren im elterlichen Bett schlafen. Das heißt, unsere interne Wertung stellen wir zurück, es sei denn, es stellt sich eine Kindeswohlgefährdung heraus.

Das Kind wird teilweise noch gefüttert. Das sahen wir zunächst nur, später erfuhren wir, dass das Mädchen anfangs sehr dünn war und ständig die Sorge herrschte, es würde nicht genügend Nahrung bekommen. Wenn Eltern die Gefahr sehen, ihr Kind nicht sattmachen zu können, wird dieses Thema über längere Zeit nicht zu bearbeiten sein. Darum lassen wir es in diesem Fall zu, dass dieses Mädchen zeitweise noch gefüttert wird, da es für die Eltern und das Kind kein Problem ist. Es ist eine Entscheidung der Familie. Das Kind kann später trotzdem seine Autonomie erreichen. Die kulturellen Hintergründe müssen berücksichtigt werden, um nicht vorschnell eine Beurteilung vorzunehmen.

Es wurden **von der Mutter drei Ziele** geäußert, an denen wir ansetzen können: Das Kind braucht keine Windel mehr, es soll auf die Kindesmutter besser reagieren und es soll sprechen lernen.

Es ist eine fürsorgliche Familie und Naomi ist ein besonderes Kind. Die Eltern sehen es aber als ein normales Kind an und haben nie daran gedacht, dass sie oder das Kind Unterstützung brauchen. Bei Naomis beiden älteren Schwestern verlief die Entwicklung völlig normal. Im Laufe des Prozesses lernten wir auch die Schwestern kennen und schafften es, dass die teilweise parentifizierte Mädchen etwas entlastet wurden. Es ist stets zu fragen, wer aus der Familie einbezogen wird, Geschwister gehören häufig dazu, um das gesamte Umfeld einzubeziehen, das einen Einfluss auf die Teilhabe eines Kindes ausübt.

Zu den Teilhabezielen der Mutter kommen **Teilhabeziele aus Sicht der anderen Beteiligten**. Naomi ging selbstverständlich in den Kindergarten, den auch ihre Schwestern bereits besucht hatten. In der Kita wurde aber bemerkt, dass Naomi dort den Alltag nicht ohne weiteres bewältigen und mit den vorhandenen Angeboten nicht lernen konnte, sondern andere Angebote braucht, entweder Frühförderung, ein besonderes pädagogisches Setting oder einen Integrationsplatz, damit ein nächster Teilhabeschritt erreicht werden kann. Die Fachkräfte in der Kita drängen darauf, dass etwas passieren müsse, sie wissen aber nicht, wie sie es der Familie erklären sollen. Im SPZ wurde bereits vorher eine diagnostische Einschätzung durch die Logopädin vorgenommen und eine Sprachförderung angeregt. Die Gesamtdiagnostik war jedoch noch nicht abgeschlossen und die Familie hat es auch nicht verstanden. Hier wurden wir vermittelnd tätig, ohne das Kind gleich in eine umfangreiche Diagnostikmaschinerie zu führen. Dass das Kind eine Sprachförderung braucht, ist völlig logisch. Unser Part ist es jetzt zu erklären, wie wir Naomi sehen: Das Kind hält sich gern am Boden auf, braucht die Sicherheit der gesamten Fläche. Sobald sich etwas im Raum verändert oder die Tür geöffnet wird, versteckt sie sich oder schreit. Wir bieten eine Sprachförderung an, aber keine klassische Logopädie. Wir stellen zunächst keine Anforderung an das Kind, sondern bauen die Beziehung und eine Sprachanbahnung als Vorläufer der Sprachentwicklung auf. Wir erklären der Mutter unsere Methoden, zum Beispiel UK (Unterstützte Kommunikation).

Wir setzen in diesem ersten Prozess an den Teilhabebedarfen der Mutter an. Die Probleme der Kita treten dann hinzu. Leider werden in den Kitas häufig die Meilensteine der Entwicklungsschritte etwas weit gesteckt. Die konnten von Naomi aber nicht erreicht werden, wie zum Beispiel Sauberkeit. Das ist jedoch kein Grund, ein Kind nicht mit in den nächsten Teilhabeschritt mitzunehmen. Zunächst bekommt Naomi,

# Input-Vorträge

dem Wunsch der Mutter entsprechend, Höschenwindeln für die Kita – als erster, ganz individueller Teilhabeschritt in Richtung des Zieles, dass Naomi keine Windeln mehr braucht.

Es ist ganz wichtig, individuelle Maßnahmen zu finden. Es gibt keine Maßnahme, die für alle Kinder gilt. Eltern, SPZ, Frühförderung und Kita setzen sich gemeinsam zusammen, um anhand der unterschiedlichen Wünsche die Ziele festzulegen. Die Kooperationspartner sollen auch in Zukunft mit uns gemeinsam die Bedarfe und Wünsche erfragen und Maßnahmen entwickeln. Alle drei Parteien müssen sich einig sein. Nur so erreichen wir auch die Eltern, motivieren sie zur Mitarbeit und schaffen eine Zufriedenheit. Dabei lassen wir es zu, dass wir nicht alles gleichzeitig regeln können. Seit wir nach der ICF arbeiten, gehen wir bei verschiedenen Punkten in jeder Fallbesprechung darauf ein, was die Eltern oder das Kind dazu sagen würden. Wir nehmen damit unser „Besserwissen“ ein wenig zurück und nehmen die Elternverantwortung ernst.

**Grundlegende Wünsche** hören wir in jedem Fall von jeder Familie und von jedem Kind: **Dazugehören, Gesundheit und Sicherheit**, zum Beispiel Sicherheit des Wohnens. Das heißt, die Familien brauchen auch andere Sicherheiten, als wir sie geben können. Braucht ein Kind aus unserer Sicht mehr Platz, als in der Wohnung zur Verfügung steht, schaffen wir z. B. in der Ambulanz der Frühförderung ein- bis zweimal in der Woche einen Raum oder gehen in den Wald oder auf den Spielplatz, wo die Eltern erfahren, wie man explorieren kann.

In Frankfurt hat sich in den letzten Jahren eine Zusammenarbeit zwischen uns in der Frühförderung und der Eingliederungshilfe und auch der Jugendhilfe entwickelt, die aber nicht immer gleich gut funktioniert. Nachdem wir die Familie ein Jahr betreut hatten, erfuhren wir, dass es einmal eine Kinderschutzmeldung gab. Die Nachbarn hatten das Jugendamt informiert, weil das Kind so laut geschrien hatte. Wir haben nicht gehört, was daraus geworden ist. Wir dürfen nach wie vor in solchen Fällen keine Rücksprache halten. Wenn wir es in Zukunft schaffen, die Teilhabe sowohl in der Jugendhilfe als auch in der Eingliederungshilfe zu verankern, haben wir die Chance auf einen gemeinsamen Prozess. Die Mutter spielte den Fall herunter und wies darauf hin, dass es nur einmal vorgekommen sei. Es bestand kein Jugendhilfebedarf. Trotzdem konnten wir Naomi noch einmal besser verstehen. Naomi wird ruhig gehalten. Das heißt, durch das System wird unterbunden, dass mit dem Kind gelernt wird, auf einer anderen Ebene in eine Sprache zu kommen, auch einmal laut zu werden. Viele Dinge stellen sich häufig erst im Laufe des Prozesses heraus. Wenn wir normale mit abweichender Entwicklung vergleichen, besteht unser Auftrag immer darin, Entwicklungsdiagnostiken auch zwischendurch zu erstellen und darüber mit den Eltern zu sprechen, um daraus die nächsten Teilhabeschritte und Ziele zu entwickeln. Das heißt, ICD 10 und Entwicklungsdiagnostik laufen parallel zum gesamten Prozess.

Die Einbeziehung der Jugendhilfe war aufgrund der Belastung der Mutter in Bezug auf die Erziehung von Naomi notwendig. Je mehr wir uns mit dem Alltag des Kindes befassten, desto besser verstanden wir die Belastungen. Es wurde nach zwei Jahren eine Familienhilfe installiert, die gezielt an den Punkten arbeitet, was gemeinsam mit der Familie besprochen wurde. Ohne die Jugendhilfe wäre es sehr schwierig gewesen, die Ziele zu erreichen. Wenn wir ganz früh die Kommunikation unter den Diensten und Beratungsstellen schaffen, besteht die Chance, Teilhabeziele schneller zu erreichen. Dazu dient die ICF als eine gemeinsame Sprache. Sie hilft außerdem, dass die Familien die Ziele und Maßnahmen mit ihrem Bezug zum Alltag verstehen.

Allerdings sind wir uns in der Frühförderung darin einig, dass die **ICF für die Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren nicht ausreicht**. Man findet vielleicht eine Überschrift, die man gemeinsam füllen muss, daher besteht die **wichtigste Aufgabe zunächst in der Beziehungsarbeit**.



## Arbeitsgruppe „Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendmedizin zu Teilhabe, Teilhabepräferenz und Erstellen von Ziel- und Handlungsplänen“<sup>1</sup>

DR. PETER KELLER

In unserem Fallbeispiel geht es um Julietta, einem Mädchen im Kita-Alter mit folgenden Diagnosen:

Unilaterale spastische Cerebralparese rechts GMFCS Level II, MACS Level III, CFCS-Level I	(G80.2)
Zustand nach pränatalem ischämischen Insult (Defektzustand im Stromgebiet der A. cerebri media links)	(I67.88)
expressive Sprachentwicklungsstörung mit Artikulationsschwierigkeiten	(F80.1)
Ausschluss von Hörstörung und rezeptiver SES	(H90/F80.82A)

Während der Fallkonferenz am Runden Tisch wurden die folgenden wichtigen Informationen besprochen:

- 1: Die Mutter wünscht den Beginn von Logopädie. Juliettas Sprachverständnis sei gut, die Aussprache jedoch teils unverständlich, der Wortschatz betrage maximal 30 Wörter. Es erfolgten bereits eine pädaudiologische Untersuchung sowie eine BERA, die jeweils unauffällige Befunde erbrachten. Julietta besuche mittlerweile den Kindergarten. Sie nehme häufig eine Beobachterposition ein, spiele jedoch teils auch mit anderen Kindern. Immer wieder komme es zu Trotzverhalten, weil sie sich nicht verständlich mitteilen könne. Der Therapiefokus lag in der Vergangenheit vor allem auf der Fein- und Grobmotorik.
- 2: Der Mutter fällt konsequentes Erziehungsverhalten schwer, sei hebt gesetzte Grenzen bei Protest rasch wieder auf.
- 3: Julietta malt und bastelt gerne. Die rechte Hand wird überwiegend gefaustet gehalten, kann aber auf Aufforderung geöffnet werden. Sie greift beim Spielen im Pinzettengriff links, die rechte Hand wird nur wenig als Hilfshand eingesetzt, es fällt ihr schwer, Gegenstände aufzunehmen, Gegenstände anheben und tragen. Mit der rechten Hand ist kein Pinzettengriff möglich (Hand- und Armgebrauch).
- 4: Im Kindergarten angekommen benötigt Julietta viel Zeit beim Ausziehen ihrer Schuhe, meistens benötigt sie dazu die Hilfe der Erzieherin.
- 5: Bei Ausflügen und Stadtgängen der Kindergartengruppe kann Julietta das Gehtempo nicht mithalten und ermüdet schnell, so dass ihre Teilnahme der Wegstrecken über 1 km oft nicht möglich ist.

---

<sup>1</sup> Dieser AG-Input gibt die in der Arbeitsgruppe verwendeten Folien wieder, zu Beginn der AG wurde als Diskussionsgrundlage ein Videobeitrag mit Szenen von Juliettas Aktivitäten gezeigt.

# Input-Vorträge

Folgende Themen/Anliegen/Ziele wurden gemeinsam formuliert:

Mutter:

1. Ziel: Julietta verständigt sich verbal im Kindergarten beim Spielen mit anderen Kindern, in sechs Monaten.
2. Ziel: Julietta akzeptiert die von der Mutter gesetzten Grenzen und protestiert nur kurz, z .B. in drei Monaten.

Julietta:

3. Ziel: Julietta setzt in Situation X die rechte Hand als Haltehand ein indem sie z. B. beim Ausschneiden einer Schnitvorlage das Blatt festhält und dreht.
4. Ziel: Julietta zieht ihre Schuhe und Stiefel zu Hause und in der Kita selbst aus in 3 Monaten.
5. Ziel: Julietta nimmt an Ausflügen der Kita durch Therapieradfahren teil und fährt mit dem Rad im Außengelände der Kita schneller, d. h. sie benötigt von A nach B nur noch 3 min., und ausdauernder, d. h. J. fährt 10 min. am Stück.


Aus den Informationen und den Zielen wurden Handlungspläne erarbeitet:



WICHTIGE INFORMATIONEN	
Zu 1:	Die Mutter wünscht den Beginn von Logopädie. Juliettas Sprachverständnis sei gut, die Aussprache jedoch teils unverständlich, der Wortschatz betrage maximal 30 Wörter. Es erfolgten bereits eine pädaudiologische Untersuchung sowie eine BERA, die jeweils unauffällige Befunde erbrachten. Julietta besuche mittlerweile den Kindergarten. Sie nehme häufig eine Beobachterposition ein, spiele jedoch teils auch mit anderen Kindern. Immer wieder komme es zu Trotzverhalten, weil sie sich nicht verständlich mitteilen könne. Der Therapiefokus lag in der Vergangenheit vor allem auf der Fein- und Grobmotorik
Zu 2:	Der Mutter fällt konsequentes Erziehungsverhalten schwer, sei hebt gesetzte Grenzen bei Protest rasch wieder auf.
Zu 3:	Julietta malt und bastelt gerne. Die rechte Hand wird überwiegend gefastet gehalten, kann aber auf Aufforderung geöffnet werden. Sie greift beim Spielen im Pinzettengriff links, die rechte Hand wird nur wenig als Hilfshand eingesetzt, es fällt ihr schwer Gegenstände aufzunehmen <b>d430</b> Gegenstände anheben und tragen. Mit der rechten Hand ist kein Pinzettengriff möglich <b>d445</b> Hand- und Armgebrauch
Zu 4:	Im Kindergarten angekommen benötigt Julietta viel Zeit beim Ausziehen ihrer Schuhe, meistens benötigt sie dazu die Hilfe der Erzieherin <b>e330</b> Unterstützung von Erziehern
Zu 5:	Bei Ausflügen und Stadtgängen der Kindergartengruppe kann Julietta das Gehtempo nicht mithalten <b>d450</b> gehen und ermüdet schnell, so dass ihre Teilnahme der Wegstrecken über 1 km oft nicht möglich ist.

HANDLUNGSPLAN	
Zu 1:	Julietta beginnt zeitnah mit Logopädie
Zu 2:	Die Mutter handelt konsequenz im Umgang mit Juliette indem sie...
Zu 3:	Julietta erprobt <b>e120</b> Hilfsmittel und <b>e115</b> alltägliche Gebrauchsgegenstände wie Schreibhilfen und Therapiescheren

# Input-Vorträge

 M. JULIETTA | RUNDER TISCH | 27.01.2017

Themen/Anliegen - Ziele    Wichtige Informationen    Handlungsplan     Drucken 

### THEMEN/ANLIEGEN - ZIELE

1. Mutter: **d133** Sprache erwerben **d330** sprechen **d350** Konversation führen  
Ziel: Julietta verständigt sich verbal im Kindergarten beim Spielen mit anderen Kindern in 6 Monaten
2. Mutter: Julietta trotz sehr stark und kann schlecht mit ihrer **b152** Wut umgehen  
Ziel: Julietta akzeptiert die von der Mutter gesetzten Grenzen und protestiert nur kurz z.B. .... in 3 Monaten
3. **d440** Feinmotorischer Handgebrauch  
Ziel: Julietta setzt in Situation X die rechte Hand als Haltehand ein indem sie ..... z.B. beim Ausschneiden einer Schnittvorlage das Blatt festhält und dreht
4. **d540** sich kleiden  
Ziel: Julia zieht ihre Schuhe und Stiefel zu Hause und in der Kita selbst aus in 3 Monaten
5. **d460** sich in der Kita fortbewegen  
Ziel: Julietta nimmt an Ausflügen der Kita durch **d465** Therapieradfahren teil und fährt mit dem Rad im Außengelände der Kita schneller, d.h. sie benötigt von A nach B nur noch 3 min und ausdauernder, d.h. fährt 10 min am Stück

### HANDLUNGSPLAN

Zu 1: Julietta beginnt zeitnah mit Logopädie **e355** Unterstützung von Logopädie, das Therapieangebot wird im Kindergarten wahrgenommen, damit Julietta in konkreten Spielsituationen Unterstützung erhält, bzw. Lösungsstrategien angeboten werden können **d815** Bildung in Kita

Zu 2: Unterstützung durch Psychologin **e355** Unterstützung von Psychologin : entwirft ein Token-System mit Julietta und Mutter, die dies zu Hause erproben **d760** familiäre Beziehungen gestalten  
Im 2. Schritt erhält die Mutter Unterstützung durch "Triple P", Beratung und Kurs **e360** Unterstützung durch Fachpersonen

Zu 3: Constant induced Movement Therapy ("CIMT") wird im Rahmen einer stationären RehaMaßnahme begonnen **e580** Krankenhaus, die Mutter wird dort angeleitet, so dass der dort angepasste maßgeschneiderte Neoprenhandschuh zu Hause genutzt wird **e120** Hilfsmittel, Ergotherapie **e355** Unterstützung von Ergotherapeut : hand-arm bimanual therapy (HABIT)

Zu 4: zusätzlich zu 3) werden Hilfsmittel erprobt (Ausziehhilfe) **e120** Hilfsmittel **e355** Unterstützung von Ergotherapeut

Zu 5: Physiotherapeutin erprobt mit Julietta Therapieräder im Kindergarten **e355** Unterstützung von Physiotherapeut  
Julietta trainiert gezieltes Fahren mit dem Therapierad **d460** sich in der Kita fortbewegen **d465** Therapieradfahren **b176** Planung komplexer motorischer Handlungen

Zu 6:

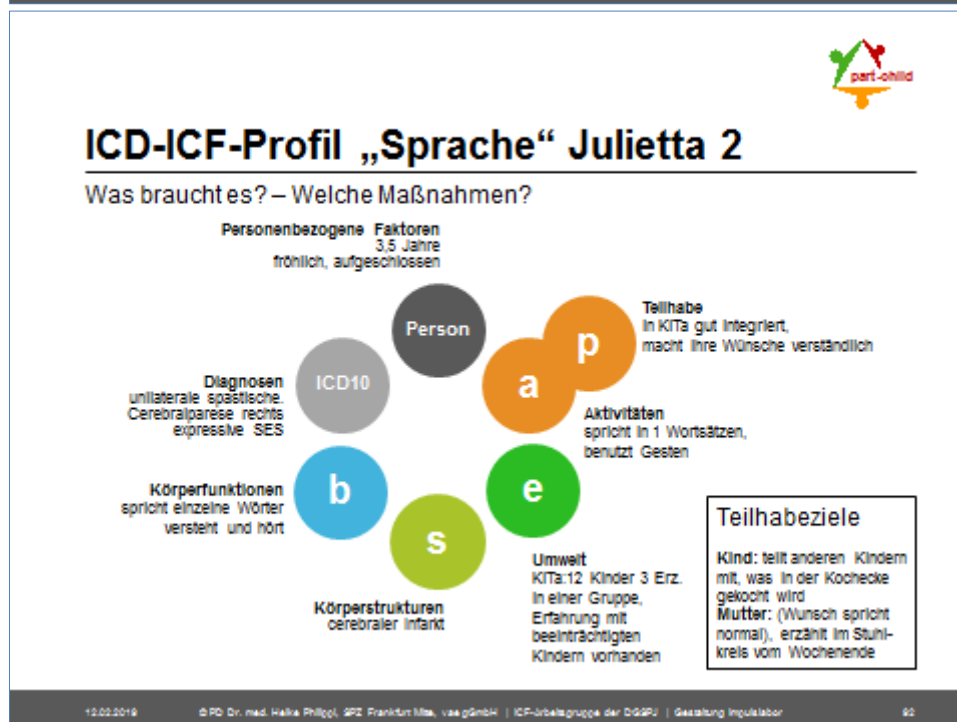
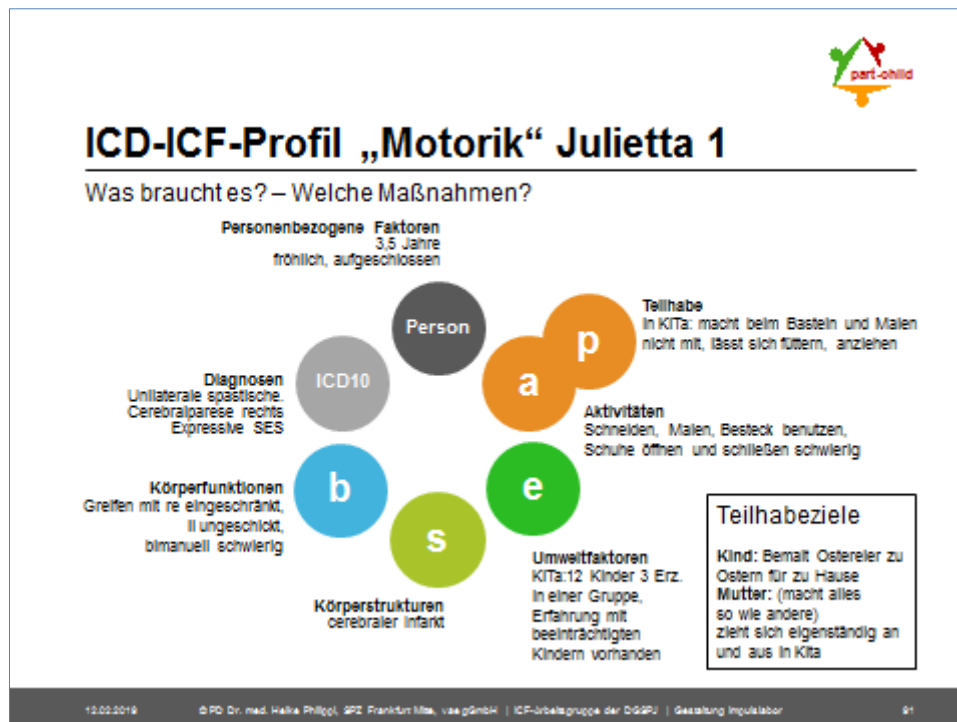
## Beispiele für Ziel- und Handlungsplan

Mutter: Julietta trotz sehr stark und kann schlecht mit ihrer Wut (b152) umgehen.

Ziel: Julietta akzeptiert die von der Mutter gesetzten Grenzen und protestiert nur kurz, z. B. in drei Monaten.

Handlungsplan: Die Mutter handelt konsequent im Umgang mit Julietta, indem sie Unterstützung durch Psychologen (e355) erhält, familiäre Beziehungen zu gestalten (d760).

Beispiel ICD-ICF-Profil für Julietta:



## Arbeitsgruppe „Sind die Jugendämter ‚fit‘ für § 13 SGB IX?“

### B.E.Ni. – ein selbst entwickeltes ICF-basiertes Bedarfsermittlungsinstrument der Eingliederungshilfe nach SGB XII in Niedersachsen

FRIEDERIKE EILERS

Im Jahr 2017 entwickelte das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in einem spannenden, intensiven Projektgruppenprozess für Niedersachsen ein ICF-orientiertes Bedarfsermittlungsinstrument, das den neuen gesetzlichen Regelungen der 2. Reformstufe des BTHG Rechnung trägt. Niedersachsen ist ein Flächenbundesland. Bis Ende 2017 wurden in den 52 nds. Kommunen unterschiedliche Bedarfsermittlungsinstrumente verwendet. Wir nutzten das Bundesteilhabegesetz, um ein landeseinheitliches Instrument zu verabschieden. Seit Januar 2018 stehen wir in der flächendeckenden Implementierung, sowohl im Bereich des überörtlichen Sozialhilfeträgers als auch durch eine Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände bei den örtlichen Trägern. Als Geschäftsstelle B.E.Ni. erhalte ich seit Monaten auch zahlreiche Anfragen aus der Jugendhilfe in Bezug darauf, was sie als Jugendhilfe leisten müssten, damit sie ebenfalls ein Bedarfsermittlungsinstrument haben, um den neuen gesetzlichen Anforderungen zu entsprechen.

#### Rechtliche Rahmenbedingungen

Der Gesetzgeber hat nicht nur mit der ICF für den SGB-XII-Bereich, sondern auch mit den Zuständigkeitsregelungen der §§ 14,15 SB IX eine gesetzliche Neuordnung geschaffen. Letztere gibt es zwar schon seit 2001 im SGB IX, sie wurden aber noch einmal nachdrücklicher konkretisiert.

Unabhängig von den Begriffen ‚Teilhabeplan‘ oder ‚Hilfeplan‘ ist wichtig: Am Ende eines jeden Falles haben Sie (immer) einen ‚Plan‘!

Warum ist nun die Jugendhilfe zuständig für den Teilhabeplan?

Dazu § 7 SGB IX Vorbehalt abweichender Regelungen:

Abs. 2: ...die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 (gehen) den für die jeweiligen Rehabilitationsträger (auch die Jugendhilfeträger sind Rehabilitationsträger, siehe § 6 SGB IX) geltenden Leistungsgesetzen vor. (§ 9 – 24 SGB IX). Das heißt, dies geht dem SGB VIII vor und die Jugendhilfeträger haben somit das Teilhabeplanverfahren durchzuführen.

Nach § 21 SGB IX:

Ist der leistende Reha-Träger:

...die Jugendhilfe, gelten die Vorschriften des Hilfeplans ergänzend. Der Hilfeplan bleibt als Instrument bestehen!

...die Eingliederungshilfe, gelten die Vorschriften für die Gesamtplanung ergänzend... dabei ist das Gesamtplanverfahren ein Gegenstand des Teilhabeplanverfahrens.

Die Bedarfsermittlung nach § 142 SGB XII bzw. ab 2020 gemäß § 118 SGB IX, fällt nicht in die Zuständigkeit der Jugendhilfe. Diese Regelungen beziehen sich ausschließlich auf die Träger der Eingliederungshilfe.

# Input-Vorträge

rungshilfe. Dort ist das Bedarfsermittlungsinstrument an der ICF zu orientieren. Wenn die Eingliederungshilfe im Jahr 2020 in ein eigenes Leistungsgesetz übergeht, gilt als Grundlage der § 118 SGB IX entsprechend.

Wenn es in der Jugendhilfe nur um eine Leistung geht, ein Kind oder ein Jugendlicher ausschließlich eine Schullasistenz als ambulante Hilfe bekommt oder ausschließlich Leistungen in einem Wohnheim erhält, hat die Jugendhilfe nur das Hilfeplanverfahren durchzuführen. Sobald weitere Reha-Leistungen hinzukommen, d. h. mindestens zwei Leistungen aus den Leistungsgruppen nach § 5 SGB I anstehen oder zwei Reha-Träger beteiligt sind, muss ein Teilhabeplanverfahren eingeleitet werden (Abb. 1), beispielsweise wenn eine Schullasistenz geleistet wird und es gleichzeitig um eine berufliche Orientierung geht. In einem solchen Fall wäre die Agentur für Arbeit hinzuzuziehen und somit befindet man sich im Teilhabeplanverfahren. Das gilt auch für eine Sozialpädagogische Familienhilfe, bei der ein therapeutischer Bedarf des Kindes gesehen wird, der zu einer anderen Leistungsgruppe gehört und die Einbeziehung des SGB V Trägers erforderlich macht.

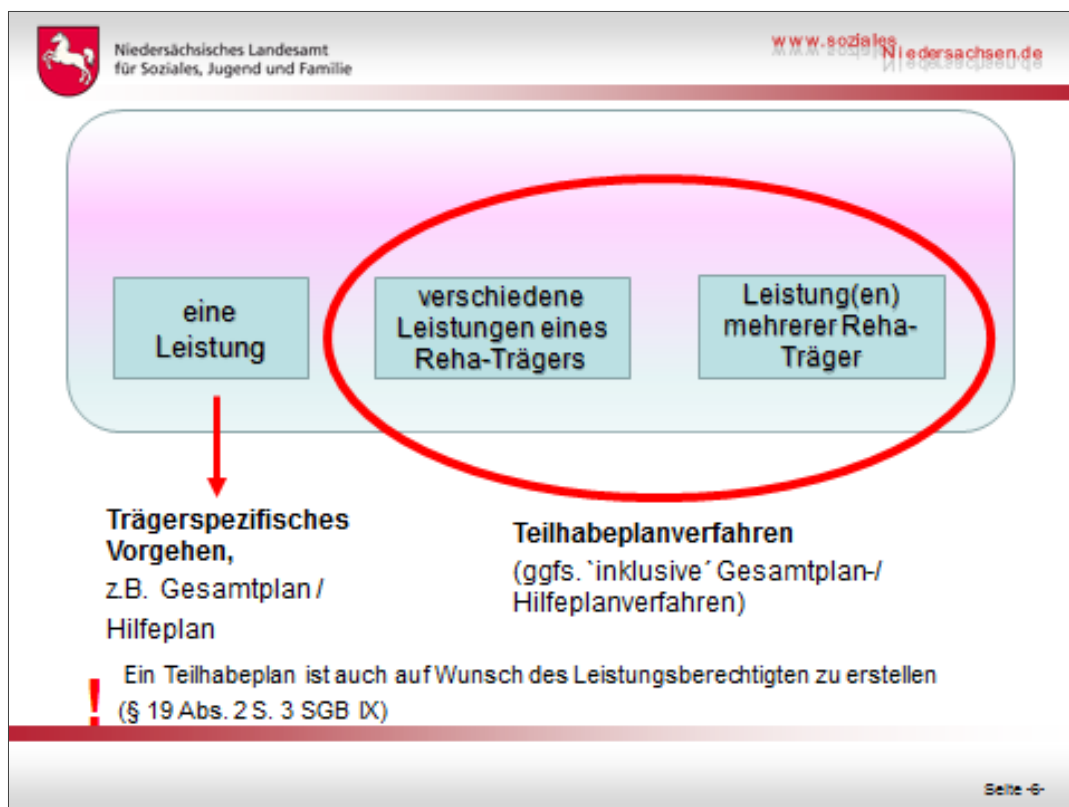


Abb. 1

Ich kann Ihnen nur dringend empfehlen, sich über die rechtlichen Rahmenbedingungen gut zu informieren. Es ist wichtig, über die neuen Strukturen der Reha-Träger, der Leistungsgruppen und Zuständigkeiten Bescheid zu wissen. Es ist elementar wichtig, im Zuge der Bedarfsermittlung herauszufinden, welches Planverfahren durchzuführen ist. Für die Bedarfsermittlung und für die Zuständigkeitsklärung (Vorrang – Nachrang) ist es wichtig zu wissen, welche Träger beteiligt sind und welche evtl. noch mit an den Tisch zu holen sind. Die Bedarfsermittlung ist dabei nur ein Teil der Planverfahren, allerdings eine sehr elementare Grundlage. Daher sind die Struktur und die Qualität eines Bedarfsermittlungsinstruments von entscheidender Bedeutung.

# Input-Vorträge

Die Regelungen zum Teilhabeplanverfahren beginnen im §§ 19 ff. SGB IX – Teilhabeplanverfahren:

§ 19 Abs. 1 SGB IX neu:

„Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, ... (Abs. 2) ... einen Teilhabeplan zu erstellen ...“

Dieser dokumentiert u. a. (§ 19 Abs. 2): Die Feststellungen über den individuellen Reha-Bedarf auf Grundlage der Bedarfsermittlung gem. § 13 SGB IX ...

§ 14: Der leistende Reha-Träger stellt den Reha-Bedarf anhand der Instrumente nach § 13 umfassend und unverzüglich fest ...

Die Klassifikation der ICF stellt vom Aufbau und der Struktur eine sehr gute Grundlage dar, den Bedarf umfassend – allumfänglich und unter verschiedenen Blickwinkeln – zu erfassen. „Unverzüglich“ meint: ohne schuldhaftes Verzögern.

Zum Verständnis sind in einer Übersicht die verschiedenen Reha-Träger aufgeführt (Abb. 2):

		Reha-Träger § 6 SGB IX						
Leistungsgruppen (§ 6 SGB IX)	Agentur für Arbeit	Krankenversicherung	Unfallversicherung	Rentenversicherung	Kriegsopferversorgung (mit Anhang-gesetzen, z.B. OEG, Impfsch.)	Kriegsopferfürsorge	Jugendhilfe	SGB XII-Träger (zukünftig EGH-Träger)
Medizinische Rehabilitation		X	X	X	X	X	X	X
Berufliche Rehabilitation	X		X	X	X	X	X	X
Unterhalts-sichernde u. ergänzende Leistungen	X	X	X	X	X	X		
Leistungen zur Teilhabe an Bildung			X			X	X	X
Leistungen zur sozialen Teilhabe			X		X	X	X	X

Abb. 2

Diese Reha-Träger sollte man kennen und im Blick haben.

## Verfahrensweg des Rehabilitationsprozesses

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Frankfurt hat am 12.01.2018 als Arbeitsentwurf eine gemeinsame Empfehlung herausgegeben. Diese gilt für die Jugendhilfeträger und auch für die (Noch-) Sozialhilfeträger nicht verbindlich, jedoch wird darin deutlich, was die anderen Reha-Träger unter Reha-

# Input-Vorträge

bilitationsprozessen verstehen. Sie stellt eine gute Grundlage und Orientierung der neuen gesetzlichen Bestimmungen dar. Der Verfahrensweg (Abb. 3) entspricht nicht 100-prozentig den Empfehlungen, entstand aber in Anlehnung daran. Auch Jugendhilfe muss immer mehr ein Bewusstsein als Reha-Träger entwickeln und muss sich mit diesem Begriff auch identifizieren. Dementsprechend unterliegt auch die Jugendhilfe verschiedenen Phasen des Reha-Prozesses. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter ist (nach meinem Kenntnisstand) in den Prozess eingestiegen und prüft, ob sie sich den Empfehlungen anschließt.

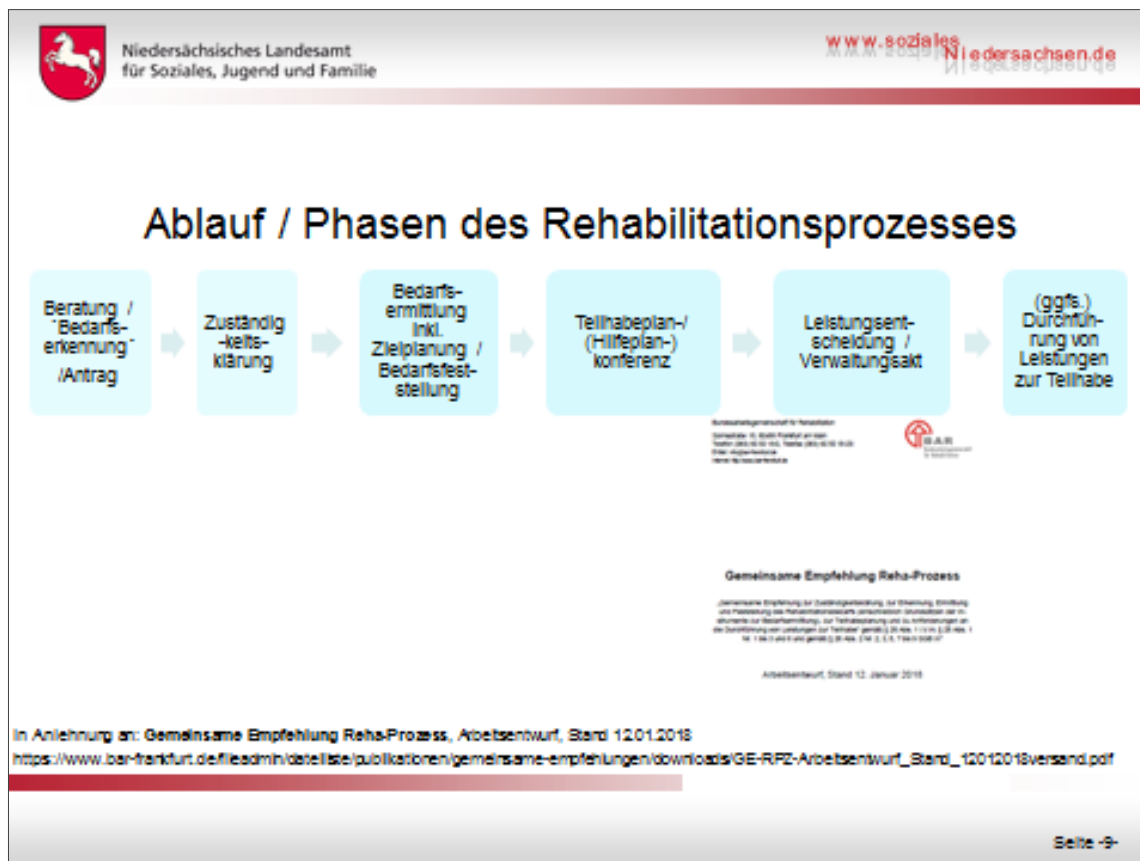


Abb. 3

Im Prinzip handelt es sich um verschiedene Phasen, mit den Menschen in Kontakt zu kommen. Der Ablauf beginnt mit der Beratung, der Bedarfserkennung und dem Antrag. Die Zuständigkeitsklärung muss sofort erfolgen, d. h. die Klärung der Frage, wer der leistende Reha-Träger ist. Darauf erfolgt sogleich die Bedarfsermittlung/Bedarfserstellung. Das ist einer der ersten Schritte, weil es elementar für das weitere Vorgehen ist zu wissen, wo die Probleme liegen, welche Ursachen dafür vorliegen, was gebraucht wird, welche Partner hinzugezogen werden müssen, was genau die Sachlage ist, ob evtl. eine Kindeswohlgefährdung vorliegt usw.

In der ersten Phase geht es um die (frühzeitige) Bedarfserkennung, § 12 SGB IX, d. h.:

- Frühzeitiges Erkennen von (möglichem) Bedarf,
- Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten durch geeignete Maßnahmen, das betrifft sowohl den Zugang als auch die „leichte“ Sprache und ernsthafte Beteiligung,
- Hinwirken auf Antragstellung,
- Hinweis auf ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstellen.



# Input-Vorträge

Die Bedarfserkennung ist die Voraussetzung für den Beginn des Rehabilitationsverfahrens. Die Erkennung und die Hinwirkung betreffen den Bedarf in seiner Gesamtheit und sind nicht nur begrenzt auf die jeweiligen Leistungsgesetze (Gesetzesbegründung, BDRs. S. 235). Das heißt, jede beratende Fachkraft muss zumindest in groben Zügen über die anderen Leistungsgesetze Bescheid wissen. Darin liegt eine sehr große Herausforderung.

Für die Zuständigkeitsklärung gibt es neue Zuständigkeitsregelungen (§§ 14, 15 SGB IX). Es geht um die sofortige Klärung des leistungsverantwortlichen Reha-Trägers. Zudem ist eine Neuschaffung bzw. Schärfung der Regelungen erfolgt zu:

- Zuständigkeitsklärung (§ 14),
- Beteiligung weiterer Reha-Träger durch Feststellungen (§ 15),
- Erstattungsverfahren der Reha-Träger untereinander (§ 16).

## Anforderungen an die Bedarfsermittlungsinstrumente

Es stellt sich zunächst die Frage für die Jugendämter vor Ort, ob das dort bisher verwendete Formular zur Bedarfsermittlung noch den aktuellen Anforderungen genügt, die das Bundesteilhabegesetz mit sich bringt. Der § 13 SGB IX ist dabei die vorrangige Regelung vor dem SGB VIII. Ziel dieser Regelung ist es, den Reha-Bedarf einheitlich und überprüfbar zu ermitteln.

Dazu sind (Instrumente) zu verwenden:

- **Systematische Arbeitsprozesse** (z. B. Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Ergebniskontrollen) und
- **standardisierte Arbeitsmittel** (z. B. Hilfeplan der Jugendhilfe, funktionelle Prüfungen wie Sehtest, Checklisten, Fragebögen, Assessments- oder Diagnoseinstrumente).

Der § 13 SGB IX schreibt weiterhin vor, dass eine **individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung** gewährleistet sein muss. „Funktionsbezogen“ bedeutet grundsätzlich „nach dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO“ (Gesetzesbegründung, BMAS, S. 245). In der öffentlichen Diskussion ist es ratsam, dass sich die Jugendhilfe und die anderen Reha-Träger mit der Frage der ICF in der Bedarfsermittlung befassen, denn der Gesetzgeber gibt dies ausdrücklich in der Gesetzesbegründung vor. Im Gesetzestext eindeutig sind aktuell die Eingliederungshilfeträger nach § 142 SGB XII mit der ICF-orientierten Bedarfsermittlung ‚verhaftet‘ worden.

Die Dokumentation und die Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung müssen gesichert sein. Wird (insbesondere) erfasst, ob:

- eine **Behinderung** vorliegt oder einzutreten droht,
- welche **Auswirkungen** die Behinderung **auf die Teilhabe** hat,
- welche **Ziele zur Teilhabe** erreicht werden sollen,
- welche **Leistungen** im Rahmen einer Prognose zur **Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich** sind?

Schließt sich die BAGLJÄ der „Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR an? (§ 26)

# Input-Vorträge

Ein Sprung in die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen:

Für den Eingliederungshilfe-Träger gilt: dieser muss den individuellen Bedarf durch ein Instrument ermitteln, das sich an der ICF orientiert! (§ 142 SGB XII, ab 2020 § 118 SGB IX)

## § 142 SGB XII Instrumente der Bedarfsermittlung

(1) ...Die Ermittlung des individuellen Bedarfes erfolgt durch ein Instrument, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. häusliches Leben,
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
8. bedeutende Lebensbereiche und
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Die neun Lebensbereiche aus der ICF sind 1:1 in das Gesetz eingeflossen. Der Unterschied z. B. zu den Vorgaben nach dem Pflegestärkungsgesetz besteht darin, dass es kein Ranking, keine Gewichtung gibt. Alle Lebensbereiche stehen gleichrangig nebeneinander. Die Kritik an der Neufassung des § 99 SGB IX hatte sich dahingehend entzündet, dass die Lebensbereiche aus der ICF nicht ausschlaggebend für den Zugang der Betroffenen in das System sein können. Die Personenkreisbeschreibung mit der „5-aus-9-Regelung“ ist kurz vor der Verabschiedung des BTHG herausgenommen worden. Eine Untersuchung zum leistungsberechtigten Personenkreis wurde daraufhin eingeleitet. Der „Abschlussbericht zu den rechtlichen Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25a § 99 des Bundesteilhabegesetzes (ab 2023) auf den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe“ liegt mittlerweile vor<sup>1</sup>. Es bleibt abzuwarten, wie der Gesetzgeber dies im § 99 des BTHG künftig formulieren wird.

Die ICF mit den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sind eine wunderbare Möglichkeit, Fälle und Fallverläufe darzustellen (Abb. 4).

---

<sup>1</sup> <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/service/aktuelles/abschlussbericht-leistungsberechtigter-personenkreis/>

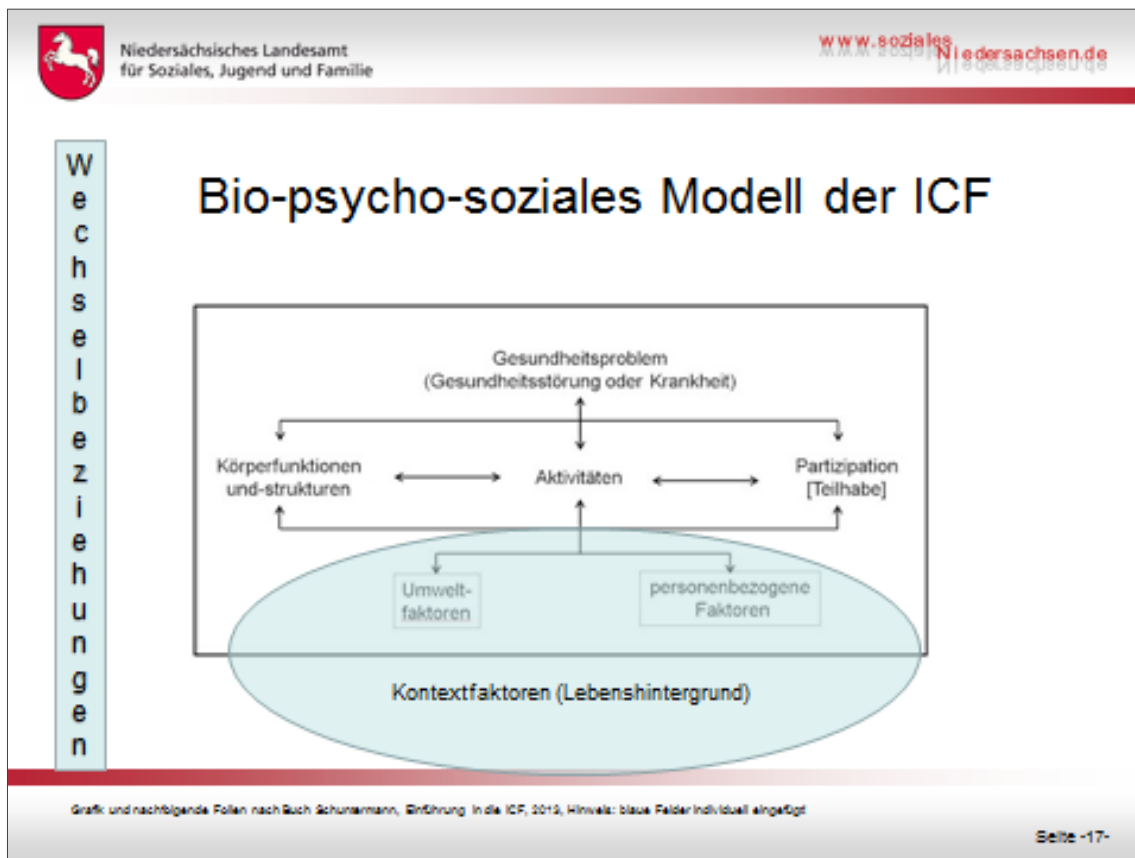


Abb. 4

Man kann mit Hilfe dieses Modells darstellen, wie sich Bedarfe verändern. Wenn ein Kind mit einer Sprachbehinderung einen erheblichen Bedarf hat, z. B. dass es sich im Kindergarten oder in der Schule mit den anderen Kindern verständigen möchte, außerdem eine Störung in den Körperfunktionen aufweist und deswegen mit den anderen nicht mitspielen darf, weil es ohnehin niemand versteht und es sich aus diesem Grund auch störend verhält, stellt sich die Frage nach der Veränderung der Sprachfähigkeit. Dazu kann die Erheblichkeit der ICF genutzt werden, um genau darzustellen, wie sich nach einer bestimmten Zeit im Sprachheilkindergarten und/oder intensiver Sprachförderung die Sprachfähigkeit verbessert hat. Wenn eine Mutter ihr Kind mit einer körperlichen Behinderung täglich zur Schule fährt (aus welchen Gründen auch immer) hat das Kind vielleicht keinen Bedarf, da die Mutter dieses kompensiert. Fällt die Mutter aber wegen einer Krankheit aus, fällt der Umweltfaktor/Förderfaktor „Mutter“ weg und das Kind braucht während dieser Zeit unter Umständen einen Fahrdienst zur Schule. Das heißt, anhand des bio-psycho-sozialen Modells können Bedarfe sehr gut beschrieben werden. Und so völlig neu ist das für die sozialpädagogischen Fachkräfte nicht, denn sie fragen schon immer nach Ressourcen und nach der Familie und danach, was förderlich und was hinderlich ist. Aber die Herausforderung liegt darin, dass die Vielzahl an pädagogischen Fachkräften in der Praxis der Jugend- und Eingliederungshilfe der Kolleg/innen zwar schon einmal etwas über die ICF gehört haben, aber die tatsächliche Anwendung in der Praxis nur sehr minimal stattfindet. Die Klassifikation der ICF ist nur bei sehr wenigen bereits im Methodenköffer integriert. Darin lag auch die Herausforderung für die Projektgruppe im letzten Jahr, wie diese Klassifikation, die im Prinzip nur neutral einen Zustand beschreiben hilft, verwendet werden kann, um damit eine Bedarfsermittlung durchzuführen. Und bei der Umsetzung der neuen Rechtslage stellt es für die Fachpraxis eine große Herausforderung dar, sich Wissen der ICF anzueignen, und in die alltägliche Arbeit sowie in die Gespräche mit den Menschen zu integrieren.

# Input-Vorträge

Ein Bedarf ist stets ein aktueller Zustand: Wie geht es dem Kind oder dem Jugendlichen jetzt? Wie ist die jetzige Situation? Dann erst werden über die Bedarfe die Ziele beschrieben. Ein Ziel ist ein Zustand in der Zukunft. Der Weg dorthin ist in der Regel die Leistung, die wir erbringen. So können die Fälle, wie sie bisher betrachtet wurden, eben in einer anderen Systematik betrachtet werden und dabei kann die ICF als Grundlage, aber auch als Gesprächsleitfaden nützlich sein, damit alles systematisch abgebildet und nichts vergessen wird. Bei den Aktivitäten beispielsweise geht es um Leistung und Leistungsfähigkeit. Dies ist noch einmal zu differenzieren. Ausschlaggebend ist in jedem Fall der Handlungswille des Betroffenen, was er/sie selbst will. Zwillinge mit derselben Beeinträchtigung können durchaus unterschiedliche Ziele haben und aus diesen und dem Handlungswillen ergeben sich unterschiedliche Bedarfe. Die Herausforderung für die Praxis ist die ‚Übersetzung‘ der ICF in ein Bedarfsermittlungsinstrument und die gelingende Darstellung über ein Gesamtbild des Menschen in allen Facetten. Am Ende muss die Bedarfsermittlung zu einer sach- und fachgerechten Entscheidung über die erforderlichen und angemessenen Leistungen führen. Dabei sind vorrangige und/oder anderweitige Unterstützungen im Sozialraum, andere Leistungen und Träger zu berücksichtigen.

**Wir sind bereit...**

## **Bedarfs Ermittlung Niedersachsen**

B.E.Ni. entstand in einer Projektgruppenphase im Jahr 2017. Die Projektgruppe setzte sich aus Vertreter/innen aus Land (Landesamt, Sozialministerium) und kommunalen Praktikern (13 Städte und Landkreise) zusammen. Die Gruppe war multiprofessionell aus Verwaltung, Sozialpädagogik und Medizin besetzt. Zunächst wurde ein Kriterienkatalog für das Bedarfsermittlungsinstrument erarbeitet und es fand eine Markterkundung und Auseinandersetzung mit bestehenden Instrumenten bundesweit und innerhalb Niedersachsens statt, d. h. eine intensive Prüfung von

- der Übertragung bestehender Instrumente auf Niedersachsen,
- der Durchführung eines Vergabeverfahrens anhand des entwickelten Kriterienkatalogs oder
- der Selbstentwicklung eines Instruments.

Letztlich entschieden wir uns dafür, selbst etwas zu entwickeln, da wir über viel Fachkompetenz im eigenen Bundesland verfügen und in einem selbst entwickelten Instrument viele Vorteile sahen. Das Instrument:

- lässt sich flexibel auf die (jeweils) gültige Rechtslage anpassen,
- erfährt eine höhere Akzeptanz bei Anwendern durch Einbeziehung von kommunalen Praktikern,
- wird der Vielfalt und unterschiedlichen Fachlichkeit und Organisationsformen der 52 Kommunen in Niedersachsen gerecht (Heranziehung),
- kann individuell (weiter)entwickelt und angepasst werden,
- Schulungen sind bedarfsgerecht planbar (Steuerungspotenzial!),
- das Berichtswesen kann auf das Instrument abgestimmt werden.

Seit 02/2018 gibt es eine gemeinsame AG von Betroffenen, Leistungsträgern und Leistungserbringern zur Weiterentwicklung von B.E.Ni. Am 20.07.2018 wurde bereits eine Folgeversion 2.0 veröffentlicht. Im Jahr 2019 wollen wir es auf die nächste Reformstufe 2020 anpassen, denn auf die Eingliederungshilfe kommt damit einiges zu.

In der Geschäftsstelle B.E.Ni im LS werden sehr viele Fragen aus der Praxis bearbeitet. Zum B.E.Ni. wurde ein Handbuch erstellt. Zurzeit erarbeiten wir ein Schulungskonzept und wenden uns auch an Hochschulen, um die zukünftigen Fachkräfte fit zu machen. Es ist wünschenswert, wenn auch an den Verwaltungsakademien die ICF gelehrt würde, denn auch im Kostenbescheid muss die Systematik der ICF Ein-

# Input-Vorträge

gang finden. Zudem wurde ein Einführungskonzept entwickelt. Wir stehen im Austausch mit Software-Anbietern, um B.E.Ni optimal/digital vor Ort nutzen zu können.

## Der Formularsatz im Detail...

Der Formularsatz weist folgende Struktur auf (Abb. 5):

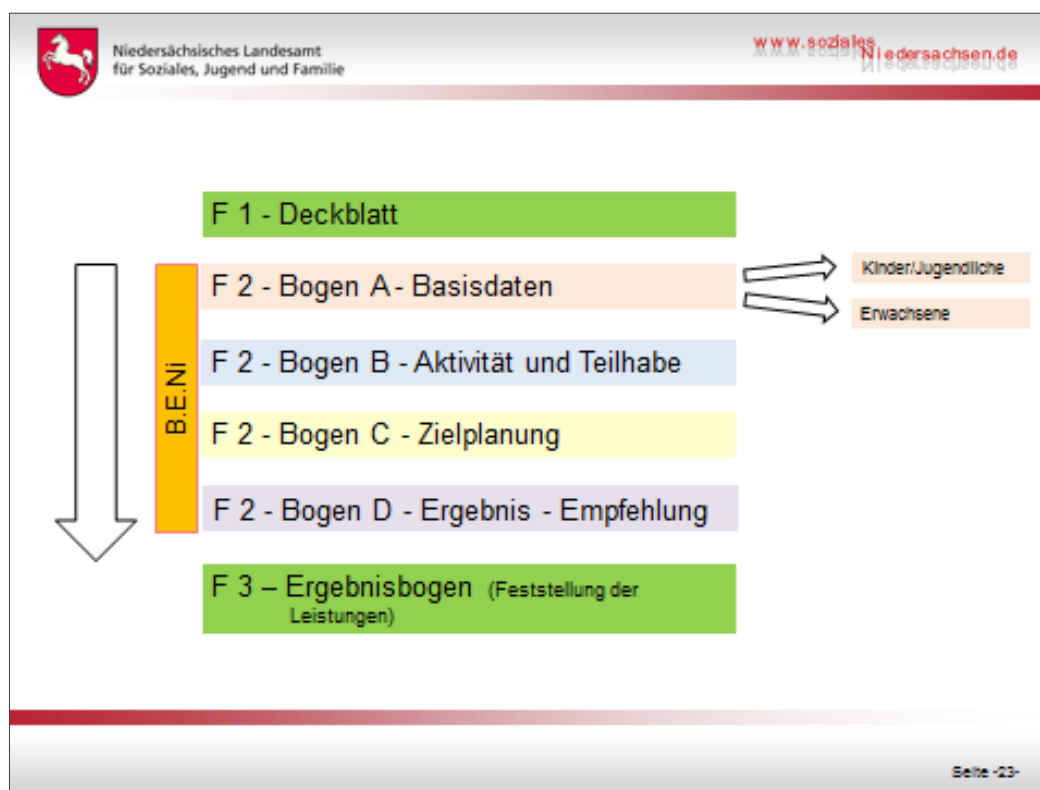


Abb. 5

In Niedersachsen wurden neben B.E.Ni als Instrument der Bedarfsermittlung Formulare für ein landesweit einheitliches Gesamtplan- und Teilhabeplanverfahren entwickelt. Dazu gibt es das Deckblatt und den Ergebnisbogen und die Bedarfsermittlung wird anhand von vier verschiedenen Formularen, d. h. in den Bögen F 2 A bis D, durchgeführt und dokumentiert. Wir haben darauf verzichtet, für Kinder und Jugendliche alle Bögen zu variieren, lediglich der **Bogen A** mit den Basisdaten wurde auf die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen angepasst. In diesem Bogen finden sich (vorrangig) auch die Umweltfaktoren. Alle anderen Belange für Kinder und Jugendliche werden in den Bögen B-D ebenfalls umfassend erfasst. B.E.Ni werden wir perspektivisch für 2020 weiterentwickeln, da es u.a. einen neuen SGB-IX-Grundantrag geben muss. Wir haben uns bewusst dafür entschieden, manche Dinge nicht zu kodieren. Dazu gehören die Umweltfaktoren oder die Körperfunktionen und -strukturen, weil wir der Auffassung waren, dies ist für die praktische Arbeit und auch für das Verständnis für die Menschen mit Behinderung(en) nicht zielführend. Die Menschen haben ja Anspruch auf Einsicht bzw. Aushändigung des Teilhabe-/Gesamtplans.

Außerdem arbeiten auch die Mediziner/die Gesundheitsämter oft noch nicht mit der ICF, sodass sie uns noch keine Kodierungen liefern könnten. Es gab eine sehr kontroverse Diskussion darüber, ob wir Items haben wollen oder nicht. Wir entschieden uns in der Gesamtheit dafür, weil eine Kodierung auch einige Vorteile mit sich bringt. Im Bogen A werden die Grunddaten wie Geburtsdatum u. a. allgemeine Daten zur Vorgeschichte und zur Lebenssituation erfasst.

Der Ablauf stellt sich folgendermaßen dar (Abb. 6):

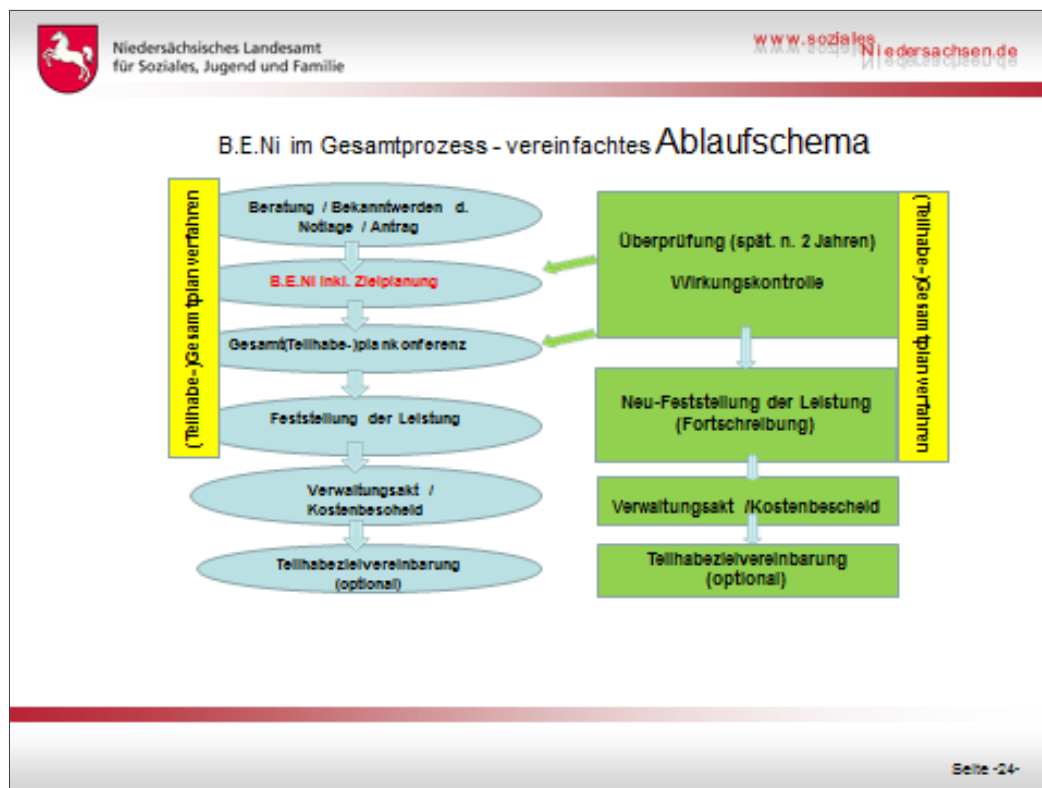



Abb. 6

Nachdem im Bogen B die Bedarfe erfasst werden, werden diese Bedarfe in Ziele überschrieben. Es wird eine Leistung festgelegt und durchgeführt. Wird die Leistung für den festgelegten Zeitraum beendet, läuft der Gesamtprozess erneut ab. Am Beginn steht die Beratung und gleich darauf startet die Bedarfsermittlung unter Verwendung des Vordrucksatzes inkl. der Zielplanung. An der Stelle würde sich in der Regel bereits entscheiden, ob man sich im Teilhaberplanverfahren oder im Gesamtplanverfahren bzw. im Hilfeplan- oder Teilhaberplanverfahren befindet. Danach entscheidet sich, ob alle relevanten Informationen vorhanden sind oder ob noch eine Konferenz mit anderen Leistungsträgern erforderlich ist. Ist dies der Fall, wird die Teilhaberplan- oder Gesamtplankonferenz einberufen, auf der die Leistung festgestellt wird. Es folgt der Verwaltungsakt mit dem Kostenbescheid und die Hilfe kann beginnen. In diesem Ablauf sind Ähnlichkeiten zwischen Eingliederungshilfe nach SGB XII und Jugendhilfe zu erkennen. Jeder Schritt ist selbstverständlich mit Zustimmung des Leistungsberechtigten durchzuführen.

Im Gesamtplanverfahren müssen wir spätestens nach zwei Jahren wirkungsorientiert prüfen, was die Hilfe bewirkt hat und ob die Ziele erreicht worden sind. Je nach Ergebnis wird in einem neuen Prozess die Leistung neu festgestellt.

Im **Bogen B** geht es um die **konkreten Bedarfe** (Abb. 7 bis 10). Er teilt sich in zwei Teile. Im Teil 1 wird die gesundheitliche Situation/die Diagnose mit dem ICD-Schlüssel kodiert. Auch § 35a SGB VIII gibt vor, dass die ärztliche Diagnose nach ICD notwendig ist, um die seelische Behinderung feststellen zu können. Es sind aber auch ergänzende Stellungnahmen möglich. Außerdem werden in diesem Bogen Hinweise zu Körperstrukturen und -funktionen aufgeführt, die in der Regel nicht kodiert werden. Wenn die Ärzte bereits mit der ICF arbeiten, können sie eine entsprechende Kodierung vornehmen. Ansonsten werden die Hinweise konkret als Text beschrieben.

 Niedersächsisches Landesamt  
für Soziales, Jugend und Familie

[www.soziales.niedersachsen.de](http://www.soziales.niedersachsen.de)

## Bogen B (Auszüge)

Teil I - Beeinträchtigungen			
1. Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel)			
Bezeichnung / Beschreibung	ICD-Code	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u. a. von	am
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Hinweise zu Körperstrukturen und -funktionen		
Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen vor?	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u. a. von	am
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aktuelle Medikation:

Seite -25-

Abb. 7

Der Teil 2 wird in der Praxis vornehmlich durch pädagogische Fachkräfte bearbeitet:

**Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie** www.soziales.niedersachsen.de

### Teil II - Aktivität und Teilhabe

Hier werden die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe des Menschen mit Behinderung und die damit verbundenen umwelt- oder personenbezogenen Förderfaktoren und Barrieren berücksichtigt.

Die Beschreibung erfolgt differenziert in den nachfolgenden 9 Lebensbereichen, gegliedert z.B. anhand der Fragestellungen:

A) Was wünschen Sie sich? Was soll so bleiben wie bisher? Was soll sich verändern?  
 B) Was gelingt Ihnen gut oder ohne große Probleme? Was gelingt Ihnen nicht so gut oder gar nicht? Was könnte Ihnen gelingen?  
 C) Wer oder was hilft Ihnen jetzt schon, den Lebensbereich so zu gestalten wie Sie wollen? Wer oder was hindert Sie daran? Wer oder was könnte Sie unterstützen?  
 D) Was ist weiter wichtig, um Sie und Ihre Situation zu verstehen?

In welcher Wechselbeziehung stehen die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF?

Abweichende Sichtweisen der Beteiligten zur aktuellen Situation sind zu dokumentieren, sofern kein Konsens erzielt werden konnte

**Ausmaß der Aktivität und / oder Teilhabebeeinträchtigung**  
 Das Problem ist  
 0 - nicht vorhanden  
 1 - leicht ausgeprägt  
 2 - mäßig ausgeprägt  
 3 - erheblich ausgeprägt  
 4 - voll ausgeprägt  
 8 - nicht spezifiziert  
 9 - nicht anwendbar

---

B) Was gelingt Ihnen gut oder ohne große Probleme? Was gelingt Ihnen nicht so gut oder gar nicht? Was könnte Ihnen gelingen?  
 C) Wer oder was hilft Ihnen jetzt schon, den Lebensbereich so zu gestalten wie Sie wollen? Wer oder was hindert Sie daran? Wer oder was könnte Sie unterstützen?  
 D) Was ist weiter wichtig, um Sie und Ihre Situation zu verstehen?

In welcher Wechselbeziehung stehen die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF?

Abweichende Sichtweisen der Beteiligten zur aktuellen Situation sind zu dokumentieren, sofern kein Konsens erzielt werden konnte


**Ausmaß der Aktivität und / oder Teilhabebeeinträchtigung**  
 Das Problem ist  
 0 - nicht vorhanden  
 1 - leicht ausgeprägt  
 2 - mäßig ausgeprägt  
 3 - erheblich ausgeprägt  
 4 - voll ausgeprägt  
 8 - nicht spezifiziert  
 9 - nicht anwendbar

Seite -26-

Abb. 8

Dieser Teil wird ebenfalls durch die ICF bestimmt. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen und der Benennung der neun Lebensbereiche (§142 SGB XII, ab 2020 § 118 SGB IX) hat sich die Projektgruppe dazu entschieden, im Instrument (hier: Bogen B) auch die neun Lebensbereiche explizit aufzuführen. Im Bogen B werden die Ressourcen und die nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe aufgeführt und alle neun Lebensbereiche für Menschen mit Behinderung einbezogen, auch die damit verbundenen Umweltfaktoren und personenbezogenen Förderfaktoren und Barrieren. Auf diesem Bogen ist es möglich, das Ausmaß der Erheblichkeit vorzunehmen. Insgesamt muss man bei der Gesamtbetrachtung die Bedarfe („Defizite“) erkennen können, wenn am Ende Leistungen zu gewähren sind. Die Fragestellungen (A-D) stellen eine Orientierung für den Gesprächsverlauf dar. Hier fragen wir z. B. nach den Wünschen der Betroffenen. Wir als Leistungsträger führen die Beratungsgespräche mit den Menschen selbst durch, mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Wir fragen ganz konkret: Was wünschen Sie sich? aber auch: „Was soll so bleiben wie bisher?“ Manchmal lässt sich das Ausmaß der Behinderung(en) bzw. Teilhabebeeinträchtigungen nicht verändern, dann geht es bei den Leistungen mitunter darum, den Status Quo zu erhalten und/oder Verschlimmerungen zu verhindern. Manchmal benötigen Menschen mit Behinderung(en) lebenslange Assistenz.





Niedersächsisches Landesamt  
für Soziales, Jugend und Familie

www.soziales.niedersachsen.de

B) Was gelingt Ihnen gut oder ohne große Probleme? Was gelingt Ihnen nicht so gut oder gar nicht? Was könnte Ihnen gelingen?

C) Wer oder was hilft Ihnen jetzt schon, den Lebensbereich so zu gestalten wie Sie wollen? Wer oder was hindert Sie daran? Wer oder was könnte Sie unterstützen?

D) Was ist weiter wichtig, um Sie und Ihre Situation zu verstehen?

**In welcher Wechselbeziehung stehen die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF?**

**Abweichende Sichtweisen der Beteiligten zur aktuellen Situation sind zu dokumentieren, sofern kein Konsens erzielt werden konnte**

**Ausmaß der Aktivität und / oder Teilhabebeeinträchtigung**

Das Problem ist

- 0 - nicht vorhanden
- 1 - leicht ausgeprägt
- 2 - mäßig ausgeprägt
- 3 - erheblich ausgeprägt
- 4 - voll ausgeprägt
- 8 - nicht spezifiziert
- 9 - nicht anwendbar

**Erstes Beurteilungsmerkmal (Ausmaß oder Größe des Problems)**

xxx.0	Problem nicht vorhanden	(ohne, kein, unerheblich ...)	0-4%
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt	(schwach, gering ...)	5-24%
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich ...)	25-49%
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst ...)	50-95%
xxx.4	Problem voll ausgeprägt	(komplett, total ...)	96-100%
xxx.8	nicht spezifiziert		
xxx.9	nicht anwendbar		

Seite -27-

Abb. 9

Die Frage danach, was gut/ohne große Probleme gelingt, zielt auch auf die Umweltfaktoren, die unterstützend wirken. Wir versuchen, den Bearbeiter anhand von verschiedenen Fragen durch den Prozess zu begleiten, damit nichts vergessen wird. Hinter diesen Fragen stehen die einzelnen Komponenten der ICF. Eltern können wunderbare Förderfaktoren sein, aber auch durchaus Barrieren für die Lebensgestaltung von Jugendlichen. Ergänzend wird als „Sonstiges“ die Frage danach gestellt, was weiter wichtig ist, um den Menschen und seine Situation zu verstehen.

Wesentlich sind zudem die Wechselbeziehungen zwischen den Ressourcen und den nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF, die zu beschreiben sind.

In Bezug auf die Beurteilung der Erheblichkeit lösen wir uns ein wenig von der reinen ICF-Lehre, indem wir die Erheblichkeit nicht für jedes Item auswählen, sondern sie insgesamt auf einen Lebensbereich beziehen. Z. B. kann man insgesamt für den Lebensbereich „Lernen und Wissensanwendung“ und „allgemeine Anforderungen“ eine Beeinträchtigung beschreiben, wenn es um eine mögliche Schullassistentz geht. Auch diese Entscheidung hat die Projektgruppe aus Gründen der Praktikabilität für die Fachpraxis getroffen. Die ICF staffelt in der Erheblichkeit nach Prozenten, sie gibt eine gute Möglichkeit zu beschreiben, wie das Kind sich zum Beispiel in seiner Sprachentwicklung verbessert hat – von .4 auf .3 oder .2.

# Input-Vorträge

Der Bogen B ist in die neun Lebensbereiche unterteilt. Für einen einzelnen Lebensbereich (Beispiel Lebensbereich 6: „Häusliches Leben“) sieht der Bogen folgendermaßen aus:

**Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie** www.soziales.niedersachsen.de

---

**6 HÄUSLICHES LEBEN**

Dieser Bereich umfasst die Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere (d610-d699).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:**

Item aus LB 6  
Item aus LB 6  
Item aus LB 6

A) Wunsch/Veränderung  
[ ]

B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen  
[ ]

C) Förderfaktoren ↔ Barrieren  
[ ]

D) Weitere wichtige Hinweise  
[ ]

**Wechselbeziehungen**  
[ ]

Abweichende Sichtweisen  
[ ]

Häusliches Leben

Item aus LB 6

Wählen Sie ein Element aus:

- > Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten
- Wohnraum beschaffen - d610
- Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen - d620
- Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, anders oder nicht näher bezeichnet
- > Haushaltsaufgaben
- Mahlzeiten vorbereiten - d630
- Haushaltsarbeiten erledigen - d640
- Haushaltsaufgaben, anders oder nicht näher bezeichnet - d649
- > Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen
- Haushaltsgegenstände pflegen - d650
- Anderen helfen - d660
- Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen, anders oder nicht näher bezeichnet
- > Häusliches Leben, anders bezeichnet
- Häusliches Leben, anders bezeichnet - d698
- Häusliches Leben, nicht näher bezeichnet - d699

Abb. 10

In den Lebensbereichen können die einzelnen Faktoren beschrieben werden. Darin befinden sich die Abkürzungen der Fragen (s. Abb. 8). Dazu werden die Items ausgewählt. Viele Kolleg/innen sind noch nicht mit der ICF vertraut, daher können Items ausgewählt werden, müssen aber nicht zwingend. Einige Items, die ausschließlich die Kinder/Jugendliche betreffen, sind mit einem „CY“ gekennzeichnet.

Im Bogen C wird benannt, welche Lebensbereiche betroffen sind und welches Ziel zu welchem Lebensbereich gehört (Abb. 11). Hier wird der konkrete Bezug vom Bedarf zum Ziel hergestellt. Nach spätestens zwei Jahren wird neu ermittelt, wie sich die Bedarfe verändert haben, und demzufolge werden neue Ziele festgeschrieben bzw. die bestehenden Ziele entsprechend modifiziert. Es wird zwischen Entwicklungs- und Veränderungsziel sowie Erhaltungsziel unterschieden.

# Input-Vorträge



Niedersächsisches Landesamt  
für Soziales, Jugend und Familie

www.soziales.niedersachsen.de

## Bogen C - Ziele

### Zielplanung

---

Name, Vorname   Geburtsdatum:  Az.

Erste Zielplanung     Fortschreibung  
zusammengefasst am:  von

Lebensbereich das Ziel betrifft folgende(n) Lebensbereich(e) (Ziffer(n) angeben):	Rahmen- / Ergebnisziel(e) (S.M.A.R.T formulieren)	Wie wichtig ist das Ziel? Bedeutungsgrad wenig → sehr wichtig	Anmerkungen
LB Ziffer(n) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
LB Ziffer(n) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Seite -28-

Abb. 11

In der neuen Version wurde der Bogen D als Ergebnisbogen eingebracht (Abb. 12).

**Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie** www.soziales.niedersachsen.de

## Bogen D Ergebnis - Empfehlung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Az: \_\_\_\_\_

Im Rahmen der Bedarfsermittlung vom \_\_\_\_\_ wird Folgendes im Ergebnis empfohlen:

Kein Leistungsanspruch aufgrund der Bedarfsermittlung

Antrag wurde zurückgenommen am \_\_\_\_\_

Es besteht ein Hilfebedarf der den folgenden Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX zugeordnet werden kann:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchsgrundlagen)	Leistungsform	LBGr oder bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation der Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Ill. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	_____	bitte auswählen	_____	<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere ( r ) Träger, und zwar _____
<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	_____			
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	_____			
<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7	_____			
<input type="checkbox"/> 9		_____			

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchsgrundlagen)	Leistungsform	LBGr oder bei ambulanten Leistungen FLS ggf.	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – Ill. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	_____	_____	_____	_____

Seite -29-

Abb. 12

Im Bogen D erfolgt am Ende der Bedarfsermittlung die ‚Übersetzung‘ in die Gesetzessystematik der Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX. Nach den ermittelten Bedarfen und den festgelegten Zielen wird hier dargestellt, welche Leistungen erforderlich sind. Hier wird auch festgehalten, welche möglichen anderen Leistungsträger, wie z. B. die Kranken- oder Pflegeversicherung einzubeziehen sind. Außerdem wird mit diesem Bogen festgelegt, ob eine Konferenz erforderlich ist. Der Bogen D führt dann weiter im Verwaltungsverfahren (siehe Abb. 6).

Alle Formulare sind auf der Homepage [www.beni.niedersachsen.de](http://www.beni.niedersachsen.de) zu finden.

Mailpostfach: [beni@ls.niedersachsen.de](mailto:beni@ls.niedersachsen.de)

## ICF - „die Sprache der Inklusion“?

Was können verschiedene - am Hilfeprozess beteiligte - Berufsgruppen gemeinsam für Kinder, Jugendliche und ihre Familien tun?

### 1. Zusammenfassung der Diskussionen in den Arbeitsgruppen

#### 1.1 AG „Eltern als Umweltfaktor oder e310. Erfordernisse bei der Suche nach Teilhabezielen für sehr junge Kinder

Im vorgestellten Fallbeispiel ging es um **Kooperation zwischen Frühförderung und Kinder- und Jugendhilfe sowie Kita**. Die AG diskutierte darüber, wie wir Bedarfe erkennen und zu einem gemeinsamen Arbeitsauftrag kommen und wie die ICF an dieser Stelle hilfreich sein kann.

(1) Eine erste wesentliche Aussage dazu war, dass die Überschriften der ICF **hilfreich** sein können, **um mit Eltern strukturiert deren Alltag zu erfragen und dies am Begriff der Teilhabe auszurichten** („Was passiert in Ihrem Alltag?“). Es wurde festgestellt, dass es grundsätzlich, vor allem bei sehr jungen Kindern, um die Fragen geht: Was will das Kind und kann es das schon selbst äußern? Wenn es das nicht kann, wer kann das wie antizipieren? Was äußern Eltern ganz konkret? Wie bringen Fachkräfte ihr Fachwissen ein? Dieses Spannungsfeld gilt es zu gestalten. Dabei kann die Teilhabe als Ausrichtung helfen, uns als Experten zurückzunehmen und trotzdem mit den Eltern über ihr Kind ins Gespräch zu kommen.

(2) Wenn Fachkräfte sich **an den Wünschen und Zielen der Eltern und – soweit gemäß Alter möglich – der Kinder orientieren**, sind die Zufriedenheit und das Vertrauen von Eltern weitaus größer. Auch wenn Fachkräfte entsprechend ihres Fachwissens vielleicht andere Ziele formulieren würden, bietet dies die Grundlage für eine Zusammenarbeit, in deren Verlauf die fachliche Beurteilung auch in die Zielformulierung einfließen kann. Eltern sind dort abzuholen, wo sie mit ihren Wünschen stehen. Dazu gehören Gesundheit und Teilhabe. Teilhabe bedeutet auch, dass die Fachkraft den Eltern zutraut, ihre (Teilhabe-)Wünsche formulieren zu können, und dass die Elternverantwortung als hohes Gut betrachtet wird.

(3) Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Diskussion war das **Erkunden von Ambivalenzen und der Umgang damit**. Diese sollten nicht von der Fachkraft bewertet werden. Die Eltern von Anfang an wertzuschätzen, ihre Wünsche auszuloten und Widersprüche auszuhalten, ist Teil der Aufgabe der Fachkräfte. Der Unterschied zwischen dem systemischen Blick der Jugendhilfe und dem personenzentrierten Blick der Eingliederungshilfe wird zwischen Jugend- und Behindertenhilfe immer wieder thematisiert. Beide Perspektiven sollten sich derart ergänzen, dass die Personenzentrierung als Ausgangspunkt genommen wird und dann in die systemische Betrachtung und den Einbezug des Umfeldes führt. Auch dazu können die Überschriften der ICF als Unterstützung dienen.

(4) **Einigkeit bestand darüber, die ICF nicht als Diagnoseinstrument und auch nicht als Leistungserbringungsgrundlage zu gebrauchen. Insofern war es zielführender, nicht mit den einzelnen über 1.400 Items, sondern nur mit den Überschriften zu arbeiten**. Die vorhandenen Checklisten verringern zwar die Items, reduzieren jedoch auch den Blick, denn vielleicht ist eines der passenden Items gerade nicht enthalten. Die Verwendung der Überschriften hingegen bietet die Freiheit zu schauen, ob das Passende dabei ist. Gleichzeitig besteht nicht die Notwendigkeit, ins Detail zu gehen, ähnlich einer Rasterfahndung, die dann vielleicht wieder in die isolierte Teilbetrachtung von Menschen führt.

# Plenumsdiskussion

(5) Für die Arbeit der Fachkräfte ist es außerdem sehr wichtig, Hypothesen zu formulieren, die im Laufe eines Prozesses veränderbar sind:

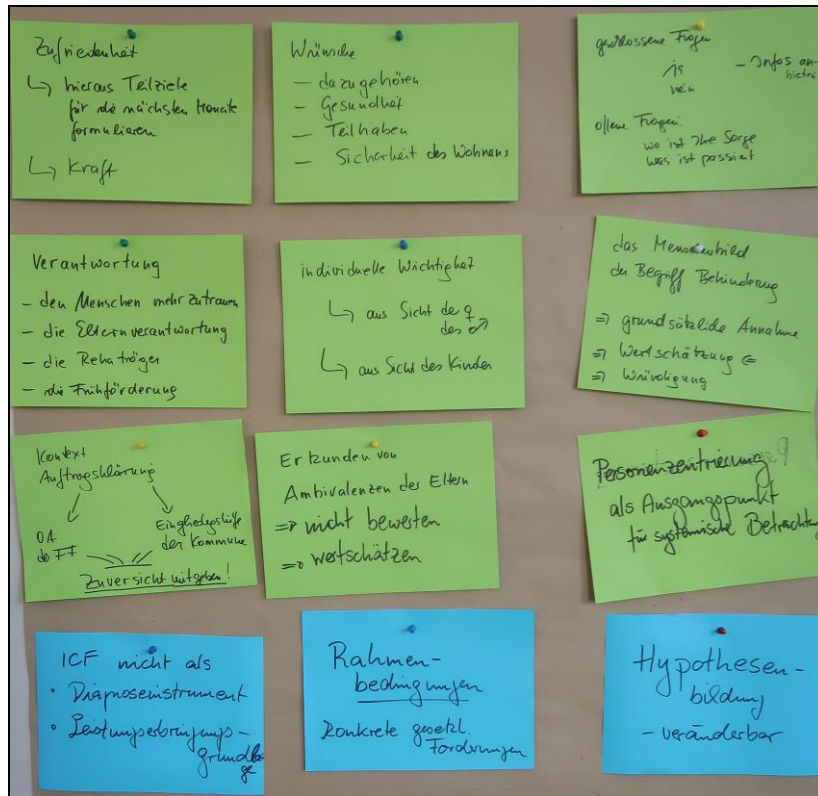


Abb. 1

Voraussetzung ist und bleibt das eigene Fachwissen, das durch die Anwendung der ICF in der praktischen Arbeit nicht ad acta zu legen ist. So besteht eine Möglichkeit darin, anhand der bisherigen Fallberichtsformulierungen nach Analogien im Raster der ICF zu suchen und diese ggf. einzubauen. Dieser Ansatz erscheint praktikabler, als es umgekehrt zu versuchen. Die Fachexpertise bleibt erhalten und es besteht die Chance, in zwei Richtungen zu schauen, zum einen: Was fehlt, was bildet die ICF im Bericht nicht ab, was muss ergänzt werden? Zum anderen kann überprüft werden, ob die Aspekte der ICF berücksichtigt wurden und ob man dazu ggf. noch eine andere Expertise braucht. Einen guten Überblick zur Annäherung an die ICF und ihre Kategorien bietet neben dem umfangreichen Buch die ICF-Mind-Map von der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich, die gut handhabbar ist.

**Fazit:** Es wurde sehr deutlich, wie der Weg im Umgang mit der ICF aussehen kann, nämlich die **eigene Expertise der Fachkräfte zu ergänzen und nicht durch eine andere ersetzen**. **Gebraucht werden hierfür bessere Rahmenbedingungen und gesetzliche Formulierungen, die eine konkrete Ausgestaltung dieser Rahmenbedingungen, auch mit dem Ziel von Qualitätsentwicklung, ermöglichen.**



# Plenumsdiskussion

## 1.2 AG „Diskussion eines Fallbeispiels aus der Kinder- und Jugendmedizin zu Teilhabe, Teilhabepreferenz und Erstellen von Ziel- und Handlungsplänen“

Die Arbeitsgruppe befasste sich mit der Frage: **Was brauchen wir von der ICF – insbesondere im Hinblick auf Ziel- und Handlungspläne?** Dazu wurde ein Fall vorgestellt. Die fachliche Kompetenz ist hier als Voraussetzung gegeben, die Untersuchungen waren soweit abgeschlossen, die Befunde lagen vor. Daraus sollte der Ziel- und Handlungsplan erstellt werden. Im Gespräch am Runden Tisch bekamen wir zusätzliche Informationen einer betroffenen, alleinerziehenden Mutter und ihres von Hemiparese sowie einer erheblichen Sprachentwicklungsstörung betroffenen Kindes, das in einer Kita betreut wird. Die Mutter hat erhebliche Probleme mit der Erziehung ihres Kindes. Diese Informationen waren aus den Untersuchungsbefunden zunächst nicht herauszulesen. Aus dem Gespräch (s. Abb. 17 im Vortrag, S. 35) und anhand der bekannten Befunde wurde überlegt, welche Ziele so zu formulieren sind, dass es in einem absehbaren, überschaubaren und damit kontrollierbaren Zeitraum einen Handlungsplan gibt, anhand dessen kontrolliert werden kann, was erreicht worden ist und was nicht. In der AG wurden zunächst Ziele aus Sicht der Mutter und des Mädchens zusammengetragen (Abb. 2):

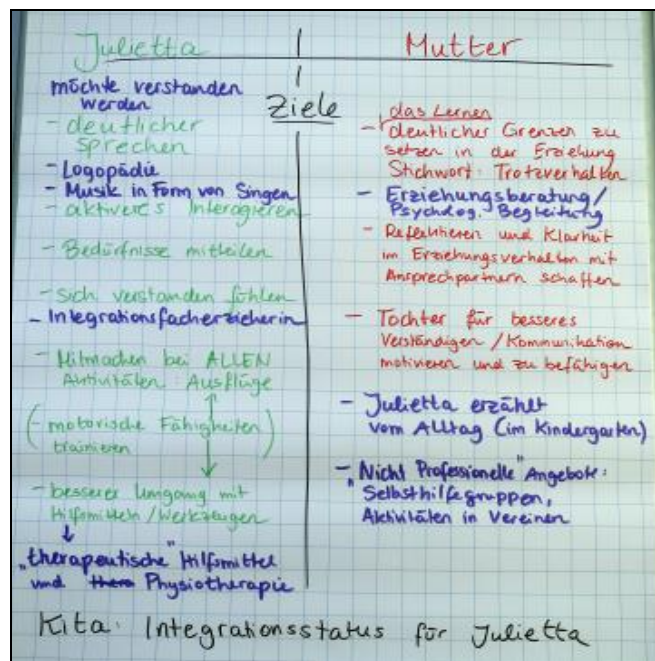


Abb. 2

Das Mädchen hat aufgrund seiner Behinderung Schwierigkeiten, an Ausflügen des Kindergartens teilzunehmen. Daher wurde im Handlungsplan formuliert, dass innerhalb der nächsten zwei Monate im Kindergarten ein Bollerwagen und ein Therapedreirad angeschafft werden. Das Mädchen kann in der Gruppe mithalten, zu längeren Ausflügen mitkommen, ohne zu ermüden. Zudem kommt gelegentlich eine Physiotherapeutin in die Kita und überlegt gemeinsam mit den Erzieherinnen weitere Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität des Kindes. Das war ein klares Resultat. Für die Mutter, die Probleme mit Sprache und Erziehung hatte, wurden ebenfalls gute Ideen gesammelt und der Mutter konkrete Beratung und Hilfe gegeben. In der Diskussion wurde deutlich, dass alle Ziele und Handlungen aus dem Bereich „Teilhabe“ kamen und dass es bei der Bedarfsermittlung relativ bequem ist, sich dazu die Codes aus der Schlagwortliste herauszusuchen. Man hat einen schnellen Überblick über die Ziele, die entsprechenden Codes und die Informationen im Handlungsplan.

# Plenumsdiskussion

Das eröffnet die Chance, auch in einem viertel oder halben Jahr ohne viel Aufwand über die notwendigen Informationen zu verfügen, um eine Überprüfung der Zielerreichung vorzunehmen. Anfangs dauert es eine gewisse Zeit, bis dieses Vorgehen gut beherrscht wird, aber der Vorteil besteht darin, dass es später schneller geht als auf dem bisherigen Weg und der Bericht praktisch schon fertig vorliegt.

**Fazit:** Mit Blick auf die Eingangsfrage: „Was brauchen wir von der ICF – insbesondere im Hinblick auf Ziel- und Handlungspläne?“ wurde **deutlich, dass bereits alle in der AG „irgendwie“ nach ICF arbeiten**. Dieses Bewusstsein bedeutet, es bedarf zuerst der Klarheit über das System, ohne dass das gesamte Buch durchgearbeitet werden muss. Eine **gute, professionelle Schulung ist äußerst wichtig und die entsprechenden Angebote müssen gut erreichbar sein**. Es ist wünschenswert, dass Fachkräfte eine adäquate Schulung zur ICF erhalten. Nur so ist die Anwendung der ICF schnell im Alltag umzusetzen. **Wenn eine Konzentration auf die Bereiche erfolgt, die wirklich hilfreich sind, und die eigene Fachlichkeit die Basis bildet, ist ICF eine sinnvolle, lohnende und für den Alltag sehr hilfreiche Ergänzung. ICF ist jedoch kein Abrechnungsinstrument und kein Instrument, aus dem man Diagnosen stellen kann. ICF ist ein Instrument, mit dem man leicht herausfindet, was erreicht werden kann, was auch bei schwer behinderten Kindern an erreichbaren Zielen möglich ist und wie diese so zu motivieren sind, dass sie mitmachen**. Das betrifft auch Jugendliche, die „keinen Bock“ haben. Man muss herausfinden, was diese selbst für Ziele und Wünsche haben. Dabei hilft ICF.

## 1.3 AG „Sind die Jugendämter ‚fit‘ für § 13 SGB IX? B.E.Ni. – ein selbst entwickeltes ICF-basiertes Bedarfsermittlungsinstrument der Eingliederungshilfe in Niedersachsen

In Niedersachsen haben sich 52 **Kommunen** auf den Weg gemacht, **ein gemeinsames Verfahren** zu entwickeln, zunächst in einem sogenannten Inhouse-Geschäft mit den beteiligten Kommunen. Anschließend wurden die **Leistungsträger als weitere Ebene** eingezogen. Mit den **Betroffenen** soll hinsichtlich einer einfach verständlichen Sprache daran gearbeitet werden. Das Instrument befindet sich in einem Weiterentwicklungsprozess, ist jedoch bereits implementiert – allein deshalb, da der § 13 SGB IX (funktionsbezogene Bedarfsermittlung) die gesetzliche Voraussetzung bildet. Das lässt sich indirekt in das bio-psycho-soziale Modell überleiten und damit ist ICF in diesem Verfahren implementiert.

In diesem Verfahren werden die einzelnen Fragen nicht punktuell mit den Klient/innen abgearbeitet, sondern im Rahmen eines Gespräches wird eine Beratung durchgeführt. Die Erkenntnisse aus diesem Gespräch werden in das System übertragen. Für das Verfahren sind unbedingt die notwendigen Zeitressourcen zur Verfügung zu stellen. In der Arbeitsgruppe wurde eine Spannbreite von zwei bis sechs Stunden pro Fall genannt. Zudem muss die Jugendhilfe stets überprüfen, ob es sich noch um einen Fall nach § 35a SGB VIII handelt, der sich aus einer Hilfe nach § 34 SGB VIII ergab, woran dies festgemacht wird und wo in dieser Form Teilhabeaspekte berücksichtigt werden müssen. Wenn der Fall schon zu Beginn falsch eingeordnet wird, wird im Laufe der Prozesse vielleicht gar nicht mehr Teilhabe mitgedacht. Das lässt sich jedoch professionalisieren. Wichtig ist es, überhaupt erst einmal anzufangen und den Mehrwert zu erkennen. Beim Ausfüllen der Formulare kann z. B. deutlich werden, dass in Bezug auf Teilhabe noch weitere (Reha-)Träger mitwirken können. Im Zuge einer Bundesgesetzgebung wird eine gewisse Einheitlichkeit erhofft. Auch die einzelnen Bundesländer werden in nächster Zeit ihre Richtung festlegen. Hannover hat bereits einen guten Weg gewählt, indem das System passgenau auf die Niedersächsischen Kommunen abgestellt wurde.

**Fazit:** **Die Diskussionen aus den Arbeitsgruppen können im Sinne einer Ermutigung zusammengefasst werden, keine Angst vor dem System zu haben, einfach zu beginnen und ICF ergänzend zur bereits vorhandenen Fachlichkeit zu nutzen und Teilhabe bei den Hilfen mitzudenken.**



# Plenumsdiskussion

## 2. Ergebnisse des Expertengesprächs – Abschlussdiskussion

Folgende Erkenntnisse möchten die Teilnehmenden dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zurückmelden: Es besteht **Schulungsbedarf, es wird eine deutlichere Formulierung von Implementierungsfragen im Gesetz gewünscht und die Ressourcenfrage muss thematisiert werden**. Außerdem ist es wichtig, die **Netzwerke vor Ort so zu sensibilisieren, dass sie miteinander kommunizieren**. Die Kommunikation kann nicht einseitig erfolgen. **Hilfe- und Teilhabepläne müssen als Ganzes** betrachtet werden. Ein wesentlicher Punkt ist, dass **ICF nicht als ursächliches Instrument, nicht als Grundlage für Leistungsbeschreibungen und nicht als ausschließliche Grundlage einer Hilfeentscheidung genommen wird, sondern lediglich als Tool**.

---

Exkurs: Gesamtkonzept: Modell einer neutralen Stelle als niedrighschwelliger Zugang

In der Diskussion wurde ein **einfaches Gesamtkonzept entwickelt**. Kinder und Jugendliche mit Behinderung und deren Familien sollten zunächst in eine unabhängige Beratungsstelle gehen. Die Beratungsstelle sollte im zugewandten, ausführlichen Gespräch ermitteln, welche Reha-Träger in dem vorliegenden Fall an einen Tisch gehören, um die Familie vernünftig zu unterstützen. Das Jugendamt kann so erkennen, wer außerdem beteiligt ist. Es wird ein Konferenztermin vereinbart, zu dem die Familie eingeladen wird. Dabei sollte sie von der Beratungsstelle soweit unterstützt werden, dass sie ihr Anliegen selbst vorbringen kann. Aus dem Kreis der Reha-Träger sollte ein Ansprechpartner bestimmt werden. Dann sollte es eine Phase geben, in der die Fachkräfte untereinander – in ihrer fachspezifischen Sprache – beraten. Die Familie sollte aber vom Ansprechpartner auf dem aktuellen Stand gehalten werden. Haben sich die Fachkräfte auf einen nach ihrer Auffassung guten Ansatz verständigt, wie die Hilfe ausgestaltet werden könnte und durch welche(n) Träger, wird die Familie erneut eingeladen und das Ergebnis wird vorgestellt, wobei die Familie Rückmeldung gibt, ob sie sich damit richtig verstanden fühlt und ob die Hilfe für sie in Frage käme. Mehrere **wichtige Faktoren** spielen in diesem Vorgehen eine Rolle: **Der Familie wird aufmerksam zugehört, sie wird mit einer verständlichen Sprache einbezogen, haben einen Ansprechpartner und alle Reha-Träger verständigen sich untereinander im Rahmen ihrer Fachlichkeit**.

---

Es wird festgestellt, dass die Praktiker/innen mit dem Bundesteilhabegesetz und mit seinen Auswirkungen sehr gefordert sind. Gewünscht werden daher, dass die **Verfahren und Ansätze praktikabel sind!** So sollte z. B. der erste Zugang entscheidend sein. Danach muss geprüft werden, inwieweit diese erste Institution zuständig ist und welche weiteren Bereiche zuständig werden könnten, die dann beteiligt werden müssen. Als besonders wichtig wird dabei auch die **Frage** erachtet, **wie die Reha-Träger miteinander kooperieren**, erachtet. Was passiert in der Praxis, wenn das Jugendamt zuständig ist, aber die Krankenkasse ebenfalls? Im Jugendamt wird dann eine umfassende Bedarfsermittlung durchgeführt. Beginnt die Krankenkasse dann noch einmal von vorn? Oder umgekehrt: Die Krankenkasse führt eine Bedarfsermittlung durch und stellt fest, dass auch ein Jugendhilfebedarf (Eingliederungshilfe im Jugendamt) vorliegt. Muss dann das Jugendamt von vorn anfangen? Ist das sinnvoll? Diese Frage bleibt zunächst offen, da der leistungserbringende Reha-Träger alles Erforderliche nach dem eigenen Fachwissen selbst eruieren muss, weil dieser den Bescheid erteilt, gegen den ggf. verwaltungstechnisch vorgegangen werden kann. D. h. es muss selbst geprüft und kann nicht „nur“ übernommen werden. Als hilfreich wird hier eine Kooperation auch auf ministerielle Ebene angesehen. Ohne die Einbindung der

# Plenumsdiskussion

Schnittstelle zum SGB V können die Anforderungen des SGB IX und SGB VIII nicht zufriedenstellend geregelt werden.

## (Weitere) Lösungsansätze:

Wenn Eltern in das Jugendamt kommen und festgestellt wird, dass es sich um einen Bedarf in der Zuständigkeit der Krankenkasse oder eines anderen Reha-Trägers handelt, ist es nach dem BTHG berechtigt, sie dorthin zu schicken, damit der Bedarf dort geprüft wird.

Eine andere Lösung ist die Einberufung einer gemeinsamen Hilfekonferenz mit diesen anderen Trägern. Die Pflegekassen kann man einladen, aber diese sind nicht zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die anderen müssen zumindest reagieren, entweder an der Konferenz teilnehmen oder sich schriftlich äußern.

Um das Verfahren für die Klient/innen effizienter zu gestalten, soll es die bereits erwähnte niedrighschwellige **Anlaufstelle** geben. Diese ermittelt mit Hilfe der entsprechenden Instrumente und gemeinsam mit der Familie den Bedarf und die dazugehörigen Träger, die zu einer gemeinsamen Beratung eingeladen werden, wo die bestmögliche Hilfe aus Sicht der beteiligten Akteure entschieden wird, die danach wiederum mit der Familie diskutiert wird. Die dahinter stehende Idee ist, dass die Leistungsberechtigten im ersten Gespräch ihr Anliegen formulieren. Dies bildet den Auftrag für die interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die aus den verschiedenen Fachkräften besteht. Sollte der Prozess länger andauern, stellt der beauftragte Ansprechpartner die Kommunikation mit der Familie sicher. Zum Schluss goutiert der Leistungsempfänger, ob er mit dem Ergebnis einverstanden ist und ob er sich verstanden fühlt. Dies ist einerseits ein sehr partizipatives Verfahren und andererseits ein partnerschaftliches Konzept zwischen freien und öffentlichen Trägern. Der Zugang erfolgt über den freien Träger und der öffentliche Träger als Kostenträger bleibt in der Steuerung.

Diese **pragmatische Vorgehensweise**, bei dem Familien in einem ersten Clearingprozess erst einmal ankommen, wird für zielführend gehalten. Es sollte weiter daran gearbeitet und deren Umsetzungsmöglichkeiten geprüft werden! Unabhängige Teilhabeberatungsstellen könnten als Peer-to-Peer-Beratungen so eine Stelle werden, müssten dann aber anders ausgestattet werden. Allerdings wurde die Frage nach den Wechselwirkungen bisher noch nicht thematisiert.

Ein freier Träger der Behindertenhilfe gibt zu bedenken, dass dieser auch als Träger von ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung (EUTB) es mit Blick auf die gegenwärtige Ausgestaltung für nicht realisierbar hält, solche Clearingstellen einzurichten, angesichts der Personengruppe, die dort beschäftigt werden soll. Diese sollen die Betroffenen dahingehend beraten, ob Teilhabeansprüche vorliegen und wie die Prozesse im jeweiligen Bundesland ablaufen, dürfen allerdings keine Rechtsberatung durchführen. Zu einem qualifizierten Clearing fehle den Beratern **bisher** (?) die fachliche Qualifizierung.

Wichtig bleibt aber, die **Frage weiterzudenken, wie Prozesse vereinfacht werden können**. Hierzu ist die skizzierte Idee durchaus sehr hilfreich. Auch die Frage, wie **ein Gesetz einfacher und klientenzentrierter gestalten** werden kann, gehört dazu. Mit Blick auf die Reform des SGB VIII und auf das BTHG stellt sich die Frage, in welcher Form Handlungsakzente enthalten sein werden, die nicht nur eine Übernahme des BTHG bedeuten, sondern u. U. eine Erweiterung vorsehen.

# Teilnehmende

Als Referent/innen und Moderator/innen wirkten mit:

Friederike Eilers, Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Hildesheim  
Johannes Horn, Landeshauptstadt Düsseldorf, Jugendamt  
Dr. Peter Keller, ICF-Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie u. Jugendmedizin e. V., Berlin  
Eva Klein, Arbeitsstelle Frühförderung Hessen, Offenbach  
Wilhelmine Meier, Interdisziplinäre Frühförderstellen vae, Frankfurt am Main  
Kerstin Landua, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin  
Dr. Berit Morris-Take, BMFSFJ, Abt. Kinder und Jugend, Rechtsfragen der Kinder- und Jugendhilfe  
Stefan Pietsch, Jugendamt Eschweiler; BAG ASD/KSD

**Außerdem waren Teilnehmende aus folgenden Organisationen/Institutionen beteiligt:**

Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, Jugendamt  
Bezirksamt Mitte von Berlin, Gesundheitsamt  
Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst  
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (bvkm), Düsseldorf  
Burgenlandkreis, Jugendamt  
con\_sens - Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH, GB Jugend und Soziales, Hamburg  
Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk - EJF, Pastor-Braune-Haus, Berlin  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Berlin  
GK Quest Akademie GmbH  
Internationaler Bund (IB), Abt. Familie/besondere Lebenslagen, Frankfurt am Main  
kobra.net gGmbH, Kooperationsstelle Inklusives Aufwachsen, Potsdam  
LAFIM a. V., Dienste für junge Menschen und Familien, Brandenburg  
Landeshauptstadt Magdeburg, Jugendamt  
Landkreis Böblingen, Amt für Jugend und Bildung, Sindelfingen  
Landkreis Meißen, Kreisjugendamt  
Lebenshilfe gGmbH, Fachbereich Kindheit, Jugend, Familie, Berlin  
Lebenshilfe - Landesverband Bayern e. V., Schulen und Tagesstätten, Erlangen  
MenschenKind - Fachstelle für die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Kinder, HVD  
Berlin-Brandenburg, Berlin  
PFAD Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e. V., Berlin  
Psychosozialer Trägerverein Sachsen e. V., Dresden  
Stadt Bielefeld, Amt für Jugend und Familie  
Stadt Fulda, Amt für Jugend, Familie und Senioren  
Stadt Göttingen, Interdisziplinäre Frühförderstelle  
Stadt Mannheim, FB Tageseinrichtungen für Kinder  
Stadt Pulheim, Jugendamt

Herausgeber:

Dialogforum „Bund trifft kommunale Praxis“  
Inklusive Kinder- und Jugendhilfe aktiv miteinander gestalten  
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH  
Zimmerstr. 13-15 - 10969 Berlin

Tel.: +49 30 3 90 01-1 36  
Fax: +49 30 3 90 01-1 46  
mailto: [dialogforum@difu.de](mailto:dialogforum@difu.de)  
<http://www.jugendhilfe-inklusiv.de>

Zusammengestellt und bearbeitet:  
Kerstin Landua,  
Leiterin des Dialogforums „Bund trifft kommunale Praxis“  
Dörte Jessen  
Öffentlichkeitsarbeit

Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH  
Zimmerstraße 13-15  
D-10969 Berlin

Telefon: +49 30 39 001-0 (Zentrale)  
Telefax: +49 30 39 001-100  
E-Mail: [difu@difu.de](mailto:difu@difu.de)  
Geschäftsführer: Prof. Dr. Carsten Kühl, Dr. Busso Grabow

Gefördert vom



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

