

Martin Vetter und Karoline Sammann

## Diagnostik: Core-Sets in der Psychomotorik?

### Ein Vorschlag für die Nutzung der ICF-Strukturen in pädagogisch-therapeutischen Berufen

#### Zusammenfassung

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung, kurz ICF, hat in den pädagogischen Alltag Eingang gefunden. So z. B. bei den verbindlichen Schulischen Standortgesprächen (kurz: SSG) im Kanton Zürich, welche die ICF als Grundlage ihrer Systematik bei der Herangehensweise an schulische Probleme anführen. In diesem Artikel wird der Frage nachgegangen, ob es auch für die Psychomotoriktherapie sinnvoll sein kann, mit Core-Sets zu arbeiten. Core-Sets (aus dem engl., Core = Kern) sind symptom- oder krankheitsspezifische Zusammenfassungen von ICF-Items auf einem Formular, gedacht für die praktische Anwendung. Nach einem Vergleich von Spezifitäten medizinischer Hilfsberufe und pädagogisch-therapeutischen Hilfen werden im Artikel Core-Set-ähnliche Formulare in Entwurfsform für die Psychomotoriktherapie zur Diskussion gestellt.

#### Résumé

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) a fait son entrée dans la pratique pédagogique. Le canton de Zurich, p. ex., y a recours pour l'approche systématique des problèmes scolaires dans le cadre des entretiens d'évaluation (SSG, soit Schulische Standortgespräche). Le présent article s'attache à la question de savoir si la démarche par «core sets» peut également être pertinente dans la thérapie en psychomotricité. Les «core sets» (de l'anglais «core», noyau) sont des items CIF relatifs aux symptômes et maladies synthétisés en un formulaire conçus pour l'application pratique. Après un aperçu comparatif des professions médicales auxiliaires et des aides pédagogico-thérapeutiques, l'article présente des ébauches de formulaires calqués sur le modèle Core Set qui permettront de discuter de l'utilité de ce dernier dans la thérapie en psychomotricité.

#### ICF im Gesundheitssystem:

##### Entwicklung von Core-Sets

Im Bereich des Gesundheitssystems ist man derzeit daran, so genannte Core-Sets zu entwickeln, um die ICF für die klinische Praxis anwendbar zu machen. Aus einem Spektrum der Klassifikation soll somit für eine bestimmte Patientengruppe nur eine limitierte Anzahl relevanter Kategorien herausgefiltert werden. Eine definierte, relativ kleine Zahl von Kategorien genüge, so der Standpunkt, um beispielsweise eine Patientenpopulation für klinische Studien inter-

pretierbar und vergleichbar zu beschreiben (vgl. Mueller et al., 2007; ICF Research Branch, 2008a). Die ICF Core Sets wurden dabei weltweit aufwändig getestet und validiert (vgl. dazu z. B. ICF-Research Branch, 2008b). Somit wurden in den Gesundheitssystemen bereits eindeutige Schritte unternommen, um die Komplexität der ICF in eine anwendbare Form in den Gesundheitsberufen zu transferieren. Beispielsweise ist auch die Ergotherapie in der Schweiz, die in Teilbereichen der Praxis eine gewisse Nähe zur Psychomotoriktherapie aufweist, hier

involviert (vgl. Miesen, Christopher & Menstrup, 2004).

**ICF im Bildungssystem der Schweiz:  
Phänomenologische Beschreibungen statt  
Diagnosen im Schulischen Standortgespräch**

Der Interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Sonderpädagogischen Bereich (EDK, 2007a; 2007d) ist anzumerken, dass neben dem aktuellen pädagogischen Wissensstand zur Integration und Inklusion das bio-psycho-soziale Modell der ICF (vgl. Hollenweger & Lienhard, 2008) bei der Ausgestaltung eine entscheidende Einflussgrösse war. Folglich verändern sich auch die Beratungs- und Entscheidungsprozesse in der Suche nach Lösungen und, in der weiterführenden Konsequenz, allenfalls die Zuweisung zu, die Form und der Inhalt von Interventionen. Dies betrifft nicht zuletzt Therapieformen und Therapieinhalte der pädagogisch-therapeutischen Berufe. Somit müssen sich nahezu alle Elemente im Prozess, genannt seien die Erfassung, die Abklärung, die Beratung, die Therapie und Förderung, die Therapieziele, die Evaluation und der Interventionserfolg, einer kritischen Revision im Hinblick auf ihre Kompatibilität mit dem neu formulierten Anspruch stellen. Ziel aller Massnahmen muss es sein, die Teilhabe des Individuums im Bildungssystem bestmöglich zu gewährleisten oder zu verbessern (vgl. Vetter, 2007).

Seit dem Schuljahr 2008/09 wird im Kanton Zürich ein verbindliches Vorgehen bei der Durchführung von Schulischen Standortgesprächen (SSG) eingeführt. Die diesbezüglichen Formulare rekurren explizit auf die Dimensionen Aktivitäten und Partizipation der ICF. Konkret bezieht man sich sowohl bei der individuellen Vorbereitung auf das gemeinsame Gespräch aller notwendigen

Beteiligten (z. B. Eltern, Lehrperson, Therapeuten) und auf die aus der ICF abgeleiteten Kapitel und formuliert sie, passend für ihren Einsatzzweck im Bereich der Bildung, entsprechend um (vgl. Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2008). Dabei interessieren, so sind die Formulare angelegt, sowohl die Stärken und Ressourcen als auch die Probleme einer Schülerin bzw. eines Schülers. Verlangt wird, und das ist hier von Bedeutung, eine Beschreibung von Ressourcen und Problemen auf *phänomenologischer* Ebene. Die bedeutet, dass Lehrpersonen, Therapeuten oder Eltern Probleme nicht diagnostizieren, sondern sie beschreiben. Im gemeinsamen SSG fällt folglich die Entscheidung für eine allfällige sonderpädagogische Unterstützung in den meisten Fällen nicht aufgrund einer Diagnose, sondern anhand von hilfreichen Umschreibungen und Eingrenzungen des auf den Schulalltag oder die schulische Leistung bezogenen Verhaltens.

Erfolgt dann beispielsweise eine psychomotorische Unterstützung im Sinne einer sonderpädagogischen Massnahme (vgl. EDK, 2007a), hat die Psychomotoriktherapeutin diese phänomenologischen Angaben des SSG vermutlich zur Verfügung, um ihre psychomotorikspezifische Abklärung zu gestalten. In den seltensten Fällen wird ihr daher in Zukunft eine eher funktionale Diagnose geliefert werden, aufgrund welcher sie ihre Abklärung durchführen und die Intervention planen kann.

**Medizinische Hilfsberufe:  
Diagnose und Weisung des Arztes als  
Grundlage von Interventionen**

Im Bereich der medizinischen Hilfsberufe, wie Ergotherapie oder Physiotherapie, verhält es sich dagegen anders: Schon die – auch kritisierte aber letztlich akzeptierte

(vgl. Marquardt, 2004) Bezeichnung als medizinischer Hilfsberuf zeigt auf, dass die Entscheidungsprozesse bezüglich einer Behandlung in der Regel anders ablaufen als zukünftig im Bildungssystem: Patienten kommen häufig mit einem Krankheitsbild, einem Symptom oder einer Diagnose vom Arzt zur Therapie, die sogar oft durch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) klassifiziert ist. Damit verbunden ist oft ein vom Arzt formulierter Behandlungsauftrag. Daher gilt es in Ergotherapie und Physiotherapie in der berufsspezifischen Abklärung eher darum, die Funktionsfähigkeit, Partizipation und Teilhabe sowie die Umweltfaktoren innerhalb der umschriebenen Diagnose für die Erfüllung dieses Auftrages zu eruieren. Somit macht es hier Sinn, mit Core-Sets zu arbeiten, in denen die möglichen Items aus der ICF für eben diese Diagnose herausgefiltert wurden, um das sehr umfangreiche Instrument für die Praxis handhabbar zu machen.

Die bisher existierenden Core-Sets (vgl. [www.mt-dok.de](http://www.mt-dok.de)) sind in der Regel so gestaltet, dass keine phänomenologischen Beschreibungen möglich sind, sondern lediglich Kodierungen, wie die ICF sie vorsieht (vgl. ICF, S. 151ff., Kodierung von xxx.o für «Problem nicht vorhanden» bis xxx.4 für «Problem voll ausgeprägt». xxx steht hier für das jeweilige Item).

### **Bildungssystem: Andere Strukturen erfordern andere Instrumente**

Im Bildungssystem und seinen pädagogisch-therapeutischen Berufen hingegen machen diese Core-Sets vermutlich keinen Sinn: Ein Beispiel dazu: Wenn beschrieben wird, dass ein Schüler während des Unterrichts häufig vom Stuhl fällt, so ist es hier auf Seiten der Lehrperson wichtig, dem Therapeuten die-

ses Verhalten an sich genau mitzuteilen und es nicht vorab zu «filtern» oder diagnostisch zu klassifizieren, in dem man es in eine entsprechende ICF-Kategorie der beeinträchtigten Funktion einordnet (z. B. b 235.3, Vestibuläre Funktionen, die 3 hinter dem Punkt steht für «Problem erheblich ausgeprägt»). Auch der wenig erfahrene Pädagoge bzw. Pädagogin bemerkt sofort, dass hier eine mehrperspektivische Betrachtung des Phänomens vonnöten ist. Die vorschnelle Klassifikation würde einer differenzierten, individualisierten Intervention zur besseren Teilhabemöglichkeit an Bildung den Blick verstellen. Sie liefert zu wenig hilfreiche Informationen über die Ursachen, die das Kind zur erwähnten Verhaltensweise bewegen könnten. Nicht zu vergessen auch die Tatsache, dass die Lehrerin oder der Lehrer bei einer Kodierung in arge Nöte kommen würde, was sein Fachwissen in diesen Bereichen angeht.

Wenn wir also feststellen, dass die nicht-beschreibende, sondern klassifizierende Codierung mit den ICF-Codes für die pädagogische Arbeit weniger geeignet ist, wie wird es möglich, sich mit wichtigen Partnern ausserhalb des Bildungssystems, die die ICF anwenden, eindeutig zu verständigen? Genannt seien hier beispielsweise Kinderärzte, welche, so der Eindruck, derzeit im Verfahren «Schulische Standortgespräche» nur wenig mitgedacht werden. Sie sind aber diejenigen, die auf funktioneller und struktureller Seite unbestritten das vertiefte Fachwissen haben und, je nach Fall, zwingend eingebunden sein müssen.

Es entspräche den Inhalten der Psychomotoriktherapie, deren Ausbildung ungefähr zur Hälfte aus pädagogischem Wissen und zur anderen Hälfte aus Wissen aus Bezugsdisziplinen wie Medizin, Psychologie, Soziologie

oder Biologie besteht, hier eine Mittlerfunktion zu übernehmen. Weitergehend als die auf Aktivitäten und Partizipation beschränkten Aussagen der Lehrpersonen sind Psychomotoriktherapeutinnen in der Lage, Aussagen zu den ICF-Dimensionen der Körperfunktionen und -Strukturen zu treffen.

Sinnvoll ist es daher, die Kategorisierungen und Beschreibungen der ICF in der Psychomotoriktherapie zu benutzen. Nicht aber, um sie gemäss der ICF zu codieren, sondern um relevante Aussagen für oder aus der Therapie in eine von allen verstandene, akzeptierte Struktur zu übertragen. Dabei ist der Ausdifferenzierungsgrad der ICF in der Psychomotoriktherapie höher als jener in der Anwendung durch Lehrpersonen. Zusätzliche Aussagen und Abklärungen im Bereich der Körperfunktion und -strukturen sind hier die Erweiterungen, welche in beschreibender Art einen Link zu diagnostizierenden Pädiatern herstellen können, um ihnen Informationen aus dem derzeit relativ geschlossen wirkenden «System Schule» zu übermitteln. Dass dieser Link auch von den Kinderärzten gewünscht wird, kann als gesichert gelten (vgl. Vella, 2009).

Ob diese Struktur nun in die Form eines klassischen, ausformulierten Berichts (vgl. Häusler, 2009) oder in eine formularähnliche Struktur übernommen wird, ist, je nach Einbindung, je nach Zielgruppe der Informationen oder vielleicht auch je nach persönlichen Vorlieben zu entscheiden.

### **Psychomotoriktherapie:**

#### **Drei aufeinander aufbauende Vorschläge für die Nutzung der ICF**

Wie kann nun die erforderliche – oben beschriebene – Struktur für ein Formular mit Core-Set-Charakter in der Psychomotorik-

therapie konkret aussehen? Hier unterbreiten wir drei Vorschläge, die Formularstruktur besitzen. Ähnlich wie bei den Formularen des Schulischen Standortgespräches werden die ICF-Items in eine Sprache übersetzt, welche im pädagogisch-therapeutischen Kontext verständlich ist. Der bisherige Ausdifferenzierungsgrad der Entwürfe ist unterschiedlich: Während der erste Vorschlag in Gestalt eines Formulars schon erste Evaluierungen erfahren hat, befinden sich das zweite Formular und dritte Entwurf noch in der Entwicklungsphase. Auch die Aussagen unterscheiden sich. Im ersten Formular geht es in erster Linie um das Festhalten von Informationen nach einem Erstkontakt. Das zweite Formular eignet sich für eine psychomotorische Abklärung. Der dritte Entwurf ist gedacht als Instrument, welches die Körperfunktionen und -strukturen thematisiert.

#### **Erste Variante:**

##### **Psychomotorisches Screeningformular**

Der erste Formularvorschlag (siehe Abbildung 1) dient dem Festhalten von Informationen im Rahmen eines psychomotorischen Erstkontaktes, hier Screening genannt. Vorstellbar ist hier, dass die Psychomotoriktherapeutin ihn als psychomotorik-spezifisches Vorbereitungsformular im Schulischen Standortgespräch benutzt, für welches sie ein solches Screening mit der betreffenden Schülerin, dem betreffenden Schüler bereits durchführen konnte. Daher besitzt das Formular auch völlige Kompatibilität zu den Formularen des SSG, wie sie in der Stadt Zürich verwendet werden (vgl. Vetter und Sammann, 2009). Im Unterschied zu diesen wird aber im hier vorgestellten Formular die psychomotorikspezifische Quelle der Einschätzungen, in der Regel Tests oder Verfahren, benannt. Es wird also davon ausgegangen, dass die Psychomotoriktherapeutin das

## Screening zur Einschätzung eines psychomotorischen Abklärungsbedarfs

©Martin Vetter & Karoline Sammann, 2009

Dieses Formular wurde in Anlehnung an das Protokoll Schulisches Standortgespräch SSG<sup>3</sup> und die ICF<sup>4</sup> konzipiert. Es kann als persönliche Vorbereitung zum SSG, aber auch unabhängig davon eingesetzt werden. Grundsätzlich gehört das Formular zur psychomotorischen Vorabklärung, bestehend aus Vorgespräch, Screening und Abschlussgespräch (siehe Vetter & Sammann, 2009).

Datum:  
Schüler/in:  
Geburtsdatum:  
Schule:  
Klasse:  
Psychomotorik Therapeutin:

Wichtige Informationen bezüglich der Einschätzung der aktuellen Situation sowie der Befindlichkeit der Schülerin/ des Schülers:

<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Allgemeines Lernen (Quelle: <input type="checkbox"/> Eindruck aus sämtlichen Testaufgaben; <input type="checkbox"/> andere)</b> Das Kind kann zuhören, zuschauen, hinspüren; aufmerksam sein; sich Verse, Melodien, Bewegungen merken und wiedergeben; Formen benennen, beschreiben und darstellen; durch Spielen Dinge und Beziehungen erkunden; Lösungen finden und umsetzen; Strategien anwenden; planen; üben	
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Spracherwerb &amp; Begriffsbildung (Quelle: <input type="checkbox"/> Eindruck aus sämtlichen Testaufgaben; <input type="checkbox"/> andere)</b> Das Kind kann lautgetreu nachsprechen; den Sinn von Wörtern und Symbolen verstehen; korrekte Sätze bilden; einen alters entsprechenden Wortschatz aufbauen; Sprache dem Sinn entsprechend modulieren (Erst- und Zweitsprache)	
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Lesen und Schreiben (Quelle: <input type="checkbox"/> Eindruck aus sämtlichen Testaufgaben; <input type="checkbox"/> andere)</b> Das Kind kann Buchstaben von anderen Symbolen unterscheiden; Laute erkennen, unterscheiden und benennen; Buchstaben in Formvarianten erkennen, benennen und ihnen Laute zuordnen; Wörter selbständig schreiben und erlesen; Gedanken bildlich oder schriftlich darstellen; verstehen was es liest	
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Mathematisches Lernen (Quelle: <input type="checkbox"/> Eindruck aus sämtlichen Testaufgaben; <input type="checkbox"/> andere)</b> Das Kind kann zählen; sich in räumlichen Zusammenhängen orientieren (hinten/vorne, oben/unten); Grössen und Mengen erfassen sowie nach eigenen oder vorgegebenen Kriterien sortieren; sich im Zahlenraum orientieren; Gesetzmässigkeiten erkennen; mathematische Operationen verstehen und anwenden	
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Umgang mit Anforderungen</b> <b>Aufmerksamkeit</b> Quelle: <input type="checkbox"/> Bp-Test/ <input type="checkbox"/> KKA <input type="checkbox"/> andere Quelle: <input type="checkbox"/> Eindruck aus sämtlichen Testaufgaben	Das Kind kann allein oder in der Gruppe eine Aufgabe ausführen; Verantwortung übernehmen; den Tagesablauf einhalten; sich in eine Aufgabe vertiefen; das eigene Verhalten steuern
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Kommunikation (Quelle: <input type="checkbox"/> Eindruck aus sämtlichen Testaufgaben; <input type="checkbox"/> andere)</b> das Kind kann verstehen, was andere sagen und ausdrücken (nonverbal und verbal); seine Gedanken so ausdrücken, dass andere diese verstehen (nonverbal und verbal); Schritt als Kommunikationsmittel einsetzen; Gespräche und Diskussionen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen führen	
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Bewegung und Mobilität</b> <b>Grobmotorik</b> Quelle: <input type="checkbox"/> M-ABC2 <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Harter Skalen <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> andere <b>Grafomotorik</b> Quelle: <input type="checkbox"/> GMT <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> GMK <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Schrittprobe <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> andere <b>Feinmotorik</b> Quelle: <input type="checkbox"/> M-ABC2 <input type="checkbox"/> andere	Das Kind kann grob-, fein- und grafomotorische Bewegungsabläufe planen, koordinieren und nachahmen
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Für sich selbst sorgen (Quelle: <input type="checkbox"/> Eindruck aus sämtlichen Testaufgaben; <input type="checkbox"/> andere)</b> Das Kind kann Kleider und Schuhe an- und ausziehen; auf die Körperpflege, die Gesundheit und Ernährung achten; sich vor gefährlichen Situationen schützen	
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Umgang mit Menschen</b> <b>Sozialkompetenz</b> Quelle: <input type="checkbox"/> Harter Skalen <input type="checkbox"/> BSSK <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> andere <b>Peerakzeptanz</b> Quelle: <input type="checkbox"/> Harter Skalen <input type="checkbox"/> BSSK <input type="checkbox"/> andere	Das Kind kann mit anderen Menschen Kontakt aufnehmen; Achtung, Wärme, Toleranz entgegenbringen u. annehmen; Nähe & Distanz regeln; mit Kritik umgehen; Freunde finden
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>↑ Stärke</b>	<b>Freizeit, Erholung und Gemeinschaft (Quelle: <input type="checkbox"/> Eindruck aus sämtlichen Testaufgaben; <input type="checkbox"/> andere)</b> Das Kind kann am gemeinschaftlichen Leben in Schule, Familie und Nachbarschaft teilnehmen; in Spiele und andere Freizeitaktivitäten einbezogen sein eigene Lieblingsaktivitäten und Hobbys pflegen	
<input type="checkbox"/>	<b>↓ Problem</b>		

<sup>3</sup> Bildungsdirektion Kanton Zürich, Schulisches Standortgespräch Primar- und Sekundarstufe

<sup>4</sup> ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (2005). DIMDI.

<sup>5</sup> Movement Assessment Battery for Children (MABC2, Petermann, Bös, Kastner, 2008)

<sup>6</sup> Self-Perception Profile for children (SPPC, Harter, 1985 & Arsendorf, 1993)

<sup>7</sup> Grafomotorische Testbatterie (GMT, Rudolf, 1986)

<sup>8</sup> Grafomotorisches Komplexbild (GMK, Wendler, 2001; Seiffert, E. & Wendler, M. 1995)

<sup>9</sup> qualitative Schrittprobe (Häusler, 2003 nach Schilling 1998)

<sup>10</sup> Bildertest zum sozialen Selbstkonzept (Langfeldt et. al., 2004)

Abb. 1: Screening zur Einschätzung des psychomotorischen Abklärungsbedarfs

Kind lediglich aus diesem Screening kennt und somit ihre Beobachtungen, anders als die Lehrperson, welche das Kind aus dem Unterricht beschreiben kann, auf nachvollziehbare, auch testgestützte Informationen stellen möchte. Nach wie vor, dies ist hier wichtig, sollen die Informationen aber vorwiegend phänomenologisch genutzt werden. Es geht also weniger um die Zuschreibung von Testergebnissen, als um die Umschreibung von Problemen und Ressourcen auf strukturierter Grundlage. Die Möglichkeit, hier eine Einordnung in ein Vergleichskollektiv der Teststichproben herzustellen und so eine abgesicherte Nuance einzubringen, ist aber durchaus intendiert. Jedem aus dem SSG entnommenen Bereich sind daher optional zu benutzende Test- oder Diagnoseverfahren und die Ergänzung: **Quelle:**  **Eindruck aus sämtlichen Testaufgaben;**  **andere** angefügt. Ziel ist es hier, allgemeine in der psychomotorischen Situation oder aus Verfahren gewonnene Beobachtungen (Stärken und/oder Probleme des Kindes) zu ergänzen. Die im Dokument angegebenen Verfahren zu den psychomotorischen Bereichen Grobmotorik, Grafomotorik, Selbstkonzept und Aufmerksamkeit sind im Rahmen des unten genannten Projektes für diesen Bereich evaluiert worden (vgl. Vetter und Sammann, 2009). Durchaus ist aber vorstellbar, dass auch bisher gebräuchlichere Verfahren der Psychomotoriktherapie verwertbare Informationen liefern. Das Screening-Formular existiert bereits in einer ersten, benutzbaren Fassung (siehe Abbildung 1).

### **Zweite Variante:**

#### **Psychomotorisches Vertiefungsformular**

Der zweite Vorschlag (Abb. 2), an dessen Ausgestaltung wir derzeit arbeiten, differenziert die Kategorien der «Aktivitäten und Partizipation» des SSG weiter aus: Hier erfolgt eine Fokussierung auf die für die Psychomotorik besonders bedeutsamen Bereiche Bewegung und Mobilität, Umgang mit Menschen und Umgang mit Anforderungen des SSG, die auf die entsprechenden Kategorien der ICF rekurren. Es würde dann als Vertiefung dieser Kategorien des ersten Formulars fungieren, welches dann, wenn man so will, als Deckblatt dienen kann. Das vertiefende Formular könnte in seiner Endform im Rahmen psychomotorischer Abklärungen eingesetzt werden. Diese fachspezifischen Abklärungen finden in der Regel dann statt, wenn bereits eine individuelle Ressourcenzuteilung zugunsten der Psychomotoriktherapie stattgefunden hat. Auch in diesem Formular werden Informationen u. a. mit Hilfe von etablierten Test- und Diagnoseverfahren erhoben, um sie in die ICF-Struktur übertragen zu können. Zusätzlich werden in den Unterkategorien Bewegungsaufgaben zur Beobachtung vorgeschlagen, um nach wie vor auch beschreibende Aussagen aus Sicht der Psychomotoriktherapie zu ermöglichen.

In Abbildung 2 findet sich eine Zusammenstellung derjenigen Unterkategorien im Bereich Aktivitäten und Partizipation aus der ICF, in welchen die Psychomotoriktherapie nach unserem Dafürhalten Beobachtungen und Einschätzungen vornehmen kann. Darauf hingewiesen sei, dass es sich um eine Entwurfsfassung handelt, die noch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Orientiert haben wir uns am umschriebenen Aufgabenbereich der Psychomotoriktherapie, wie er im Kanton Zürich definiert wird:

**Psychomotorisch bedeutsame, ausdifferenzierende Beobachtungskategorien im Bereich Aktivitäten und Partizipation, Klassifikationen der 2. Ebene SSG-Kategorie Allgemeines Lernen (ICF: Kap 1.: Lernen und Wissensanwendung / Kap. 2 Allg. Aufgaben und Anforderungen): Bedeutsame Unterkategorien aus Sicht der PMT**

d110-129 Bewusste sinnliche Wahrnehmungen

d130-159 Elementares Lernen

d145 Schreiben lernen

d155 Sich Fertigkeiten aneignen

d210-220 Einzel- bzw. Mehrfachaufgaben übernehmen

d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen

d250 Das eigene Verhalten steuern

**SSG-Kategorie Bewegung und Mobilität (ICF Kap. 4 Bewegung und Mobilität):**

**Bedeutsame Unterkategorien aus Sicht der PMT**

d410-429 Die Körperposition ändern und aufrechterhalten

d430-435 Gegenstände tragen, bewegen und handhaben

d440 Feinmotorischer Handgebrauch

d445 Hand- und Armgebrauch

d450 Gehen

d455 sich auf andere Weise fortbewegen

**SSG-Kategorie Umgang mit Menschen (ICF: Kap. 7.: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen): Bedeutsame Unterkategorien aus Sicht der PMT**

d 710-729 Allgemeine interpersonelle Interaktionen

d730-760 Besondere interpersonelle Beziehungen

Abb.2: Psychomotorisch bedeutsame, ausdifferenzierende Beobachtungskategorien im Bereich Aktivitäten und Partizipation, Klassifikationen der 2. Ebene

**Dritte Variante: Psychomotorische Einschätzung der Körperfunktionen und -strukturen und der Umweltfaktoren**

Der dritte, sich bisher noch in der Projektphase befindliche Vorschlag ist zu verstehen als Erweiterung im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen. Die Kategorien und Items dieses Formulars bieten die Grundlage für Diskussionen innerhalb der Core-Set-Thematik. Vor allem dieses Formular ist es jedoch, welches den «Link» zur Pädiatrie herstellen kann, indem es in Teilen die Funktionen beschreibt, in welchen es einen Überschneidungsbereich zwischen Pädagogik und Medizin gibt. Der Einsatzbereich kann also z. B. in einem Gespräch zwischen Lehrpersonen, Eltern und Pädiatern liegen. Die

Psychomotoriktherapie nimmt unter den Beteiligten eines solchen erwähnten Gespräches eine Art Brückenfunktion ein. Gerade hier bietet ein Formular dergestalt die Möglichkeit, noch besser zu einer gemeinsamen Sprache und Verständigungsebene zu finden. Nicht dadurch, dass im Sinne der ICF codiert wird, sondern vielmehr dadurch, dass eine verstandene und akzeptierte Struktur genutzt werden kann. Phänomenologische Beschreibungen sind zwar auch hier noch vorhanden, aber sie werden durch Ergebnisse von Tests ergänzt, die relativ eindeutige Hinweise auf mögliche funktionelle oder strukturelle Probleme und Ressourcen geben können.

Diskussionsthemen im dritten Vorschlag ergeben sich dadurch, dass man zwar aus psychomotorischer Sicht glaubt, zu vielen der genannten Bereiche (siehe Formular) Aussagen machen zu können. Im Rahmen der Anfertigung erster Versionen dieses Formulars war jedoch festzustellen, dass für einige der Items nicht wirklich geeignete Instrumente vorhanden sind. So werden viele Therapeutinnen und Therapeuten zustimmen, dass aus Sicht der Psychomotoriktherapie Aussagen zu Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (b126) und zu Funktionen

der psychischen Energie und des Antriebs (b130) möglich sind. Allerdings bleiben diese eher auf phänomenologischer Ebene, da für die Beurteilung der funktionellen und strukturellen Grundlagen bisher keine Verfahren eingesetzt wurden. Möchte man aber den Zwischenraum zwischen Pädagogik und Medizin verantwortlich füllen, so muss man die phänomenologischen Beschreibungen durch Verfahren ergänzen, die anderen Fachleuten, die in diesem Bereich differenzierte Abklärungen vornehmen können, zusätzliche Hinweise geben.

**Aus Sicht der Psychomotoriktherapie bedeutsame Kategorien im Bereich der Körperfunktionen und –Strukturen**  
**Allgemeine und spezifische mentale Funktionen (ICF: b110-172)**

- b110 Funktionen des Bewusstseins
- b114 Funktionen der Orientierung
- b122 Globale psychosoziale Funktionen
- b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
- b130 psychischen Energie und des Antriebs
- b140 Funktionen der Funktionen der Aufmerksamkeit
- b144 Funktionen des Gedächtnisses
- b152 Emotionale Funktionen
- b156 Funktionen der Wahrnehmung
- b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen
- b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen

**Sinnesfunktionen und Schmerz (ICF: b210-280)**

- b210 Funktionen des Sehens
- b230 Funktionen des Hörens
- b235 Vestibuläre Funktionen
- b240 Mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen
- b250 Funktionen des Schmeckens
- b255 Funktionen des Riechens
- b260 Die Propriozeption betreffende Funktionen
- b265 Funktionen des Tastens
- b270 Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize
- b280 Schmerz

**Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen (ICF: b710-789)**

- b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit
- b720 Funktionen der Beweglichkeit der Knochen
- b730 Funktionen der Muskelkraft
- b735 Funktionen des Muskeltonus
- b740 Funktionen der Muskelausdauer
- b750 Funktionen der motorischen Reflexe
- b755 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen
- b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
- b765 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen
- b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen
- b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen

*Abb.3: Bedeutende Kategorien im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen aus Sicht der Psychomotoriktherapie*

Somit steckt für uns in dem Vorhaben, ICF-Elemente für die Psychomotoriktherapie zu nutzen, auch noch etwas anderes als die Anfertigung von strukturierten Formularen: Das Vorhaben zeigt uns auf, ob und in welchen Teilbereichen der erklärten Zuständigkeit sich gegebenenfalls Wissenslücken zeigen, die geschlossen werden müssen. Denn erst wenn man die notwendigen Instrumente besitzt, kann man sich für Bereiche in Therapie und Pädagogik auch kompetent und zuständig erklären. Im Bereich der Bewegung sind hier bereits genügend und gute Instrumente vorhanden, im Bereich des Selbstkonzepts beispielsweise, auch ein erklärter Arbeitsbereich der Psychomotorik, sind nur wenige Erfassungsinstrumente für Schülerinnen und Schüler im Primarschulalter vorhanden. Somit kann das Vorhaben unabhängig von seinem Nutzen für die praktische Arbeit auch dazu beitragen, den Beruf Psychomotoriktherapie weiter zu professionalisieren.

Abschliessend sei noch einmal erwähnt, dass phänomenologische Beschreibungen des Verhaltens von Kindern eine Stärke der Psychomotoriktherapie sind. Die hier unter-

breiteten Vorschläge zur Einbindung von Verfahren und Tests sind auch nicht dergestalt misszuverstehen, dass diese Stärke aufgegeben werden sollte, im Gegenteil: Erst die Untermuerung der hilfreichen Beobachtungen der Psychomotoriktherapeutin durch anerkannte Verfahren gibt diesen Beschreibungen das nötige Gewicht und setzt sie auf Augenhöhe mit anderen Therapieformen.

*Prof. Dr. Martin Vetter*  
*martin.vetter@hfh.ch*

*karoline.sammann@hfh.ch*  
*Dipl. Päd. Karoline Sammann*

*Studiengang Psychomotorik*  
*Departement päd.-therap. Berufe*  
*HfH Hochschule für Heilpädagogik Zürich*  
*Postfach 5850*  
*Schaffhauserstrasse 239*  
*8050 Zürich*

#### **Literatur**

Die Literatur kann bei den Autoren direkt bezogen werden.