



Freie und Hansestadt Hamburg  
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und  
Verbraucherschutz

# Leitfaden

**Überarbeitete Version**

**(gültig ab dem 01. Mai 2010)**

zur Zuordnung eines Kindes zum Personenkreis des § 53 SGB XII

und

zur Einstufung eines behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes in Hilfebedarfsgruppen

## 1. Vorwort

Nach dem Hamburger Kinderbetreuungsgesetz (KibeG) findet die Förderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder, die mindestens 3 Jahre alt und noch nicht eingeschult sind, im Rahmen der allgemeinen Förderung in Kindertageseinrichtungen statt (§ 26 KibeG „Frühförderung“). Voraussetzung für die Bewilligung eines mit zusätzlichen Ressourcen ausgestatteten Kita-Gutscheins ist gemäß der Globalrichtlinie „Kindertagesbetreuung“ (GR BSG/2006, Punkt 8.2) eine gutachterliche Stellungnahme, aus der hervorgeht, dass das Kind behindert oder von einer Behinderung bedroht ist und durch welche das Kind bestimmten Hilfebedarfsgruppen zugeordnet wird.

Nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII erhalten Personen, die durch eine Behinderung „wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind“ Leistungen der Eingliederungshilfe.

Dieser Leitfaden dient dazu, Kinder der o.g. Altersgruppe nach einheitlichen Kriterien im Sinne § 53 Abs.1 Satz 1 SGB XII den Kategorien „behindert“ oder „von Behinderung bedroht“ zuzuordnen und ihren individuellen Hilfe- bzw. Förderbedarf *in einer Kindertageseinrichtung* einzuschätzen. Dieser Hilfebedarf setzt sich aus einzelnen Komponenten zusammen, welche ab dem 01.08.2006 die Grundlage für die Bewilligung eines Kita-Gutscheins durch das Jugendamt darstellen. Ziel ist es, den Kindern einen Leistungsumfang zu bewilligen, der in etwa ihrem individuellen Förder- und Betreuungsaufwand in einer Kindertageseinrichtung entspricht, und der Kita Empfehlungen und Hinweise für die Förderung des Kindes zu geben.

Dieser Leitfaden und das anliegende Formular (Anlage 1) einer standardisierten gutachterlichen Stellungnahme wurden ausschließlich zu den vorgenannten Zwecken von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus ärztlich-psychologischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendpsychiatrischen Dienste (JPD), des Beratungszentrums Sehen/Hören/Bewegen/Sprechen, einer Kinderärztin der Vereinigung Hamburger Kindertagesstätten gGmbH und der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz erarbeitet. Die Arbeiten wurden von Prof. Dr. Jürgen Kühl aus Bremen wissenschaftlich begleitet. Der Begutachtungsleitfaden orientiert sich inhaltlich an einem von Prof. Kühl im Jahre 2000 im Auftrage der Freien und Hansestadt Hamburg erstellten Gutachten.

Im ersten Teil des Leitfadens wird auf die Kriterien der gutachterlichen Zuordnung zu den Kategorien „Behinderung“ und „von Behinderung bedroht“ eingegangen. Im zweiten Teil werden die Kategorien beschrieben, die zur Bestimmung des Hilfebedarfs herangezogen werden sollen.

Zu Beginn des Jahres 2010 hat die o.g. Arbeitsgruppe unter wissenschaftlicher Begleitung durch Herrn Prof. Dr. Kühl Anpassungen bei der Zuordnung zum Personenkreis „von Behinderung bedroht“ sowie im Formular vorgenommen. Ziel war es, die Trennschärfe zwischen „nicht behindert“ und „von Behinderung bedroht“ zu präzisieren sowie im Formular mehr Übersichtlichkeit zu erreichen.

## 2. Zuordnung eines Kindes zum Personenkreis des § 53 SGB XII

### 2.1. Diagnose

Grundlage jeder Begutachtung ist eine *Diagnose nach ICD 10* („International Classification of Diseases“ der WHO). Das Ergebnis einer interdisziplinär – z.B. in einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder in einer Klinik – erstellten Diagnose kann als Basis für das weitere Begutachtungsverfahren dienen. Das Stellen einer Diagnose ist bei sehr kleinen Kindern nicht immer präzise möglich, so dass gelegentlich auch von Verdachtsdiagnosen ausgegangen werden muss. Wird festgestellt, dass diagnostisch noch Unklarheiten bestehen, sollte den Eltern oder anderen Sorgeberechtigten vor einer weiteren Begutachtung die Abklärung der Diagnose nahe gelegt werden. Über die gestellte Diagnose müssen die Eltern angemessen aufgeklärt werden.

### 2.2. Grundlage für die Begutachtung

Die Begriffe „Behinderung“ und „von Behinderung bedroht“ sind keine medizinischen Diagnosen. Nicht jede organische Schädigung, die unter anderen Begutachtungsgesichtspunkten (z.B. nach dem Schwerbehindertengesetz) als Behinderung angesehen werden könnte, muss in der Konzeption der Eingliederungshilfe des SGB IX und des SGB XII eine „Behinderung“ sein. Eine Begutachtung nach § 53 SGB XII Abs. 1 Satz 1 hat folgende – gesetzlich definierte – Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die für die Entscheidung von vorrangiger Bedeutung sind:

- Die Behinderung muss die Fähigkeit, an der Gemeinschaft teilzuhaben („Partizipation“ im Sinne der ICF – „International Classification of Functioning, Disability and Health“), wesentlich einschränken – hier konkret die Teilnahme an den Gruppenaktivitäten einer Regelgruppe in einer Kindertageseinrichtung – und damit entwicklungsrelevant sein.
- Die Behinderung muss mindestens von 6-monatiger Dauer sein.
- Eine drohende Behinderung muss erwarten lassen, dass die Fähigkeit, an der Gemeinschaft teilzuhaben, ohne heilpädagogische Förderung für eine mehr als 6-monatige Dauer wesentlich eingeschränkt werden würde.

Die medizinische Diagnose untermauert die Erfüllung dieser Kriterien.

### 2.3. „Behinderung“

Legt man die Kriterien der „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ und die mögliche „Entwicklungsrelevanz“ zugrunde, können *alle medizinisch objektivierbaren Diagnosen, bei denen bekannt ist, dass die ihnen zugrunde liegenden organischen Schädigungen zu wesentlichen Entwicklungsbeeinträchtigungen führen*, eine „Behinderung“ im gesetzlichen Sinne begründen.

Darunter fallen auch *wesentliche Störungen der Sprache* und Befunde, in denen ein *erheblicher globaler Entwicklungsrückstand* (d.h. in diesem frühen Alter von *mehr als einem Jahr*) und/oder eine eindeutig *verlangsamte Entwicklung (Chronizität)* diagnostiziert wird, ohne dass eine sichere organische Schädigungsdiagnose gestellt werden kann.

Schließlich fallen noch *schwerwiegende und anhaltende Beziehungsstörungen* unter den Begriff der Behinderung.

Entsprechendes gilt für Kinder mit stark *abweichenden Verhaltensweisen*, die im Rahmen einer Beziehungsstörung beobachtet werden und die die Eingliederung in eine Kindergartengruppe von vornherein als hochproblematisch erscheinen lassen.

Bei einigen Kindern mit *chronischen Erkrankungen* kann die „Teilhabe“ am Gruppenprozess in einer Kindertageseinrichtung in Frage stehen, wenn die jeweilige Krankheit die *körperliche Leistungsfähigkeit* deutlich einschränkt, *Alltagshandlungen beeinträchtigt* sind, so dass zeitweise oder auch kontinuierlich eine entsprechende Betreuung oder Beaufsichtigung erforderlich ist (z.B. Begleitung, Pflege, Diät, Spritzen, Medikamente). Solche Krankheiten *können* sein:

- *Diabetes*
- *schwer zu beherrschende Epilepsien*
- *angeborene Herzfehler*
- *HIV-Infektion mit entsprechender Symptomatik*
- *Lungenerkrankungen wie Mucoviszidose und schweres Asthma*
- *schwere Neurodermitis*
- *Niereninsuffizienz*
- *kindlicher Rheumatismus*
- *andere seltene Erkrankungen mit höherem Betreuungsaufwand*

#### **2.4. „Drohende Behinderung“**

Legt man die Kriterien der *„Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“* und die mögliche *„Entwicklungsrelevanz“* zugrunde, müssen hinsichtlich des Begriffes *„von Behinderung bedroht“* auf der Grundlage unterschiedlicher und ätiologisch nicht immer eindeutiger Kriterien prognostische Aussagen gemacht werden. Zu berücksichtigen ist die ICF, die Behinderung als Ausdruck *„eingeschränkter Partizipation“* definiert.

Für die Feststellung einer drohenden Behinderung sind folgende 3 Bereiche entscheidend:

1. *Globale oder umschriebene Entwicklungsstörungen*
2. *Psychosoziale Belastungen in der Familie*
3. *Schwerwiegende Abweichungen im Verhalten des Kindes mit Krankheitswert*

##### **Zu 1.: Globale oder umschriebene Entwicklungsstörungen**

Hierbei handelt es sich um *globale* Einschränkungen der Entwicklung oder um eine *gravierende umschriebene* Entwicklungsverzögerung.

Die Diagnose kann sich u.a. auf so genannte „Feinzeichen“ bei der somatischen, entwicklungsneurologischen, neuropsychiatrischen oder apparativen Untersuchung beziehen. Es kann das Konzept der „Essentiellen Grenzsteine“ der Entwicklung (Michaelis) herangezogen werden (validiert für den 36. Lebensmonat). Um einen Entwicklungsrückstand zu objektivieren, sind standardisierte Entwicklungstests erforderlich. Diese Diagnostik erfordert in der Regel eine interdisziplinäre Kooperation.

Der *globale* Entwicklungsrückstand ist umso bedeutsamer, je jünger das Kind ist. Er muss bei Kindern von ca. 3 Jahren *mindestens 6 Monate* in Relation zum (korrigier-

ten) Alter, mit zunehmenden Alter *eindeutig über 6 Monate mit Tendenz zu 1 Jahr* betragen (ggf. in entsprechenden Standardabweichungen).

Eine *gravierende umschriebene* Entwicklungsverzögerung muss mehr als ein Jahr betragen.

## **Zu 2.:** Psychosoziale Belastungen in der Familie

Hierbei handelt es sich um die *psychosozialen* (damit oft verbunden die soziokulturellen und sozioökonomischen) *Bedingungen* des familiären Hintergrunds. Als entwicklungsentscheidend gelten die „*Bindung*“ eines Kindes an seine Haupt Bezugsperson bzw. die „*Qualität der Interaktion*“. Das Vorhandensein von „*Risikofaktoren*“ allein lässt keinen direkten Schluss auf eine Entwicklungsbedrohung zu. Es ist gleichermaßen zu berücksichtigen, dass Familien oft auch „*Schutzfaktoren*“ (sogenannte protektive Faktoren) aktivieren können, die ungünstige Einflüsse relativieren.

### Instabile bis ungesicherte Bindungssituation des Kindes

#### Hauptkriterien:

- eindeutige Hinweise auf eine Vernachlässigung, beobachtbares fehlendes Fürsorgeverhalten der Haupt Bezugsperson
- Haupt Bezugsperson psychisch krank, Alkohol- oder Drogen-abhängig
- Regelmäßig auftretende Gewaltanwendung in der Familie bekannt

#### Nebenkriterien

(als „*Risikofaktoren*“ nur in der Kombination/Kumulation von mindestens 3 Faktoren)

- Niedriges Bildungsniveau der Haupt Bezugsperson
- Kind nach unerwünschter Schwangerschaft geboren
- sehr frühe Elternschaft
- fehlende soziale Integration bzw. Unterstützung
- instabile familiäre Situation wie eindeutig disharmonische, auch wechselnde Partnerschaften der Haupt Bezugsperson
- dauerhafte außerfamiliäre Unterbringung eines Geschwisterkindes
- Armut/niedriger sozioökonomischer Status

Die psychosoziale Situation der Familie gilt als ein Kriterium für die Feststellung einer drohenden Behinderung (vgl. Zusammenwirken der Bereiche 1. bis 3.). Von einer psychosozialen Belastung in der Familie ist auszugehen, wenn eines der Hauptkriterien erfüllt ist oder mindestens drei der Nebenkriterien zusammenkommen.

## **Zu 3.:** Schwerwiegende Abweichungen im Verhalten des Kindes mit Krankheitswert

Hierbei handelt es sich um schwerwiegendes abweichendes *Verhalten mit Krankheitswert* – wie z.B. *Dissozialität, Regression oder extremer Rückzug* des Kindes, d.h. die Art und Weise wie es kommuniziert, kooperiert und spielt. *Dazu ist eine entsprechende ICD 10 Diagnose erforderlich.* Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes, die den Erwartungen an sein chronologisches Alter *wesentlich* widersprechen und seine Teilhabe am Leben an der Kindergemeinschaft gefährden, sind als Frühzeichen einer abweichenden Entwicklung zu werten.

### Zusammenwirken der Bereiche 1. bis 3.

Eine Bedrohung der Entwicklung besteht, wenn ein Entwicklungsrückstand im Sinne von Punkt 1 und zusätzliche psychosoziale Risikobedingungen bzw. wesentliche Auffälligkeiten in mindestens einem der beiden anderen Bereiche (2. und 3.) vorliegen.

Wenn keine wesentliche Entwicklungsverzögerung festgestellt wird, müssen in beiden anderen Bereichen (2. und 3.) *schwerwiegende Risikobedingungen* bzw. *schwerwiegende Abweichungen im Verhalten des Kindes mit Krankheitswert* vorliegen, welche die Feststellung einer „drohenden Behinderung“ rechtfertigen.

Es ist *immer eine Kombination von Einzelfaktoren*, die zu der Einschätzung führt, dass eine Behinderung nach allgemeiner ärztlicher oder sonstiger fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

### 2.5. Gutachterliche Stellungnahme

Auf dem Deckblatt der standardisierten „gutachterlichen Stellungnahme“ (siehe Anlage 1: Deckblatt) wird ein Kind, welches die o.g. Kriterien erfüllt (und in einer Kindertageseinrichtung gefördert werden soll), dem Personenkreis des § 53 SGB XII bzw. den Kategorien „behindert“ oder „von Behinderung bedroht“ zugeordnet.

Es wird die Diagnose vermerkt. Falls auf Bogen 2 ein therapeutischer Bedarf angegeben wurde, ist die dazu führende Diagnose hier anzugeben. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der Begutachtung zusammengefasst.

Auf dem Deckblatt werden des Weiteren Empfehlungen zur Bewilligung festgehalten.

Es wird davon ausgegangen, dass eine täglich 6 Stunden umfassende Förderung in einer Kindertageseinrichtung vom Zeitumfang her grundsätzlich für eine effiziente Förderung ausreichend ist. Falls aufgrund der Art der Behinderung oder aufgrund einer besonders problematischen Familiensituation in Ausnahmefällen eine mehr als täglich 6 Stunden umfassende Förderung notwendig ist, kann diese auf dem Deckblatt begründet und empfohlen werden.

Die Empfehlung, ein *behindert*es Kind als Voraussetzung für eine Anschlussbewilligung neu einzustufen, sollte immer dann gegeben werden, wenn anzunehmen ist, dass sich aufgrund der eingeleiteten Fördermaßnahmen oder des erwarteten Entwicklungsverlaufs der Förderbedarf in der Tageseinrichtung *erheblich* verändern wird. *Von Behinderung bedrohte* Kinder benötigen als Voraussetzung für eine Anschlussbewilligung grundsätzlich ein neues Gutachten.

Auf dem Deckblatt ist festzuhalten, ob und wann eine Neubegutachtung erfolgen soll (Monat/Jahr). Die Laufzeit des Kita-Gutscheins endet in diesen Fällen am Ende des Monats, welcher dem Monat folgt, in dem die Neubegutachtung lt. Gutachten stattfinden soll.

Die Empfehlung für eine Beförderung des Kindes durch Fahrdienste kann ausgesprochen werden, wenn diese aufgrund der Art und Schwere der Behinderung zwingend erforderlich ist.

## Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen

### 3.1. Allgemeine Beschreibung der Hilfebedarfskategorien

Bei der Einordnung des Hilfebedarfs eines Kindes wird hier ein Weg beschritten, der sich nicht ausschließlich an Defiziten orientiert, sondern *Kompetenzen* und *Aktivitäten* eines Kindes in das Blickfeld rückt. Bereiche, die nach heutiger Auffassung zusammen mit der Analyse des Umfeldes zentral wichtig für eine angemessene interprofessionelle Hilfebedarfsplanung sind. Die folgenden Zuordnungen sind aus der *Perspektive der Kindertageseinrichtung* entwickelt worden, weil sich aus ihnen - und nicht allein aus der Diagnose nach ICD 10 oder dem Schweregrad der Schädigung - der zusätzliche Bedarf an heilpädagogischer oder therapeutischer Unterstützung ableitet.

Der Förderbedarf eines Kindes, welcher zur Erweiterung der Regelpädagogik in einer Kindertageseinrichtung notwendig ist, um seinen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Förderung zu entsprechen, wird in 3 Kategorien erfasst:

1. heilpädagogischer Bedarf, differenziert in 3 Stufen;
2. aktueller therapeutischer Bedarf (je nach Indikation), differenziert nach  
 physiotherapeutischer Bedarf (2 Stufen),  
 ergotherapeutischer Bedarf,  
 logopädischer Bedarf,

---

- spezifischer Bedarf bei einer Sehschädigung,  
 spezifischer Bedarf bei einer Hörschädigung;
3. spezielle Bedarfe, insbesondere bei schweren Schädigungen, differenziert in 4 Stufen.

Die 3 Kategorien werden für die Einstufung unabhängig voneinander gesehen, potenziell – d.h. in sehr ungewöhnlichen Ausnahmefällen – können für ein Kind in allen Kategorien Bedarfe festgestellt werden.

### Schaubild: Erfassung des Förderbedarfs von Kindern mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen

<u>Basaler Bedarf</u>	<u>Erweiterter Bedarf</u>	
<b>Heilpädagogischer Bedarf:</b> Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3	<b>Therapeutische Bedarfe:</b> Physiotherapie (2 Stufen) Ergotherapie Logopädie <hr/> Spezifischer Bedarf bei Sehschädigung Spezifischer Bedarf bei Hörschädigung	<b>Spezielle Bedarfe:</b> Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3 Stufe 4

Entscheidend für die direkte Arbeit mit dem Kind und die Planung seiner Teilhabe an den Aktivitäten der Kindergruppe ist der Aufwand einer fachlich begründeten Förderung. Die Kategorien zur differenzierten Einstufung eines Kindes orientieren sich dementsprechend am relativen Aufwand, den ein Kind in einer Kindertageseinrichtung erfordert. Auf Alterszuordnungen, die prognostisch natürlich einen anderen Stellenwert haben als der Aufwand an unmittelbarer heilpädagogischer, therapeutischer oder pädagogischer Arbeit, wurde daher weitgehend verzichtet.

### 3.2. Heilpädagogischer Bedarf (Anlage 1: Bögen 1 A bis 1 C)

Den 3 Hilfebedarfsstufen für den heilpädagogischen Bedarf liegen folgende Leitgedanken zugrunde:

- Die beschriebenen Ebenen, Niveaus und Hilfebedarfsstufen müssen sowohl für Gutachterinnen und Gutachter als auch für unterschiedliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Kindertageseinrichtungen einsichtig sein. Sie erfassen, unabhängig von der Diagnose, die Beeinträchtigung, aber auch das Kompetenzniveau und die Aktivität des jeweiligen Kindes. Damit hat die interprofessionelle Verständigung inhaltlich eine gemeinsame Grundlage, falls Differenzen erkennbar und Neueinstufungen erforderlich werden.
- Der Hilfebedarf muss sich an Prinzipien orientieren, die zum personellen Aufwand in der Gruppenarbeit und zur Entwicklung eines individualisierten Förder- und Behandlungsplanes in den Tageseinrichtungen in Beziehung stehen. Auch hier geht es um eine für beide Seiten nachvollziehbare Verständigungsebene - jenseits der Vielfalt möglicher Diagnosen. Auf eine Diagnose bezogen, können individuelle Empfehlungen angezeigt sein.

Für die Einstufung des heilpädagogischen Aufwandes in den Kindertageseinrichtungen wurden 3 Ebenen herausgearbeitet.

- *Ebene der Selbständigkeit*, d.h. die Unterschiede von selbsttätigem Handeln nur in unterstützten Situationen bis zu beginnender Selbständigkeit in einigen basal wichtigen Alltagssituationen,
- *Ebene der Aktivität/Passivität*, d.h. die Unterschiede zwischen extremer Aktivität bzw. extremer Passivität bis zur Fähigkeit der situativen sozialen Eingliederung in die Gruppe,
- *Ebene des Kompetenztransfers*, d.h. Aufwand für den wechselseitigen Transfer von Elementen aus der Arbeit unterschiedlichen Professionen (Heilpädagoginnen und -pädagogen, Therapeutinnen und -therapeuten) und des Transfers dieser Elemente in den allgemeinen pädagogischen Bereich hinein, von häufiger 1 : 1 Unterstützung bis zu gleitendem Übergang dieser Elemente in den pädagogischen Alltag.

Diese drei Ebenen sind in sich gegliedert. In der Ebene der *Selbständigkeit* (Bogen 1 A) und der Ebene der *Aktivität/Passivität* (Bogen 1 B) werden die *Spielfähigkeit*, die *Kommunikationsfähigkeit* und die *Kooperationsfähigkeit* in je 3 Entwicklungsniveaus eingeschätzt. Auf den entsprechenden Bögen für diese beiden Ebenen sind jeweils, den 3 Entwicklungsniveaus entsprechend, mehrere unterschiedliche Gesichtspunkte (Kompetenzen) ersichtlich, die für die Einstufung herangezogen werden. Jedes Niveau für Spielfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit und Kooperationsfähigkeit ist mit einem Punktwert von 1 bis 3 belegt. Es kann sinnvoll sein, bei der Einstufung in Kompetenzniveaus die Einschätzung der Eltern einzubeziehen. In der dritten Ebene



des *Kompetenztransfers* (Bogen 1 C) sind nur einmal die Bewertungen von 1 bis 3 vorgesehen. Die Summe der einzelnen Punktwerte ergibt eine Zahl, aus der sich die Stufe des Hilfebedarfs von I bis III erschließt (siehe Bogen 1 C – unterer Teil).

Einige der als behindert oder von Behinderung bedroht begutachteten Kinder – insbesondere solche mit einer chronischen Erkrankung – werden in ihren Kompetenzen oder Aktivitäten über den angegebenen Kriterien für das 1. Niveau liegen. Diese sind dem 1. Niveau zuzuordnen (1 Punkt).

Bei einem Gesamtwert von bis zu 9 Punkten ist wird das Kind der Stufe 1 des heilpädagogischen Hilfebedarf zugeordnet. Für eine Zuordnung zur Stufe II sind 10 bis 16 Punkte erforderlich. Wird bei der Einstufung eine Punktzahl über 16 festgestellt, liegt die höchste Hilfebedarfsstufe III vor.

Es handelt sich bei der Benennung des Niveaus jeweils um relativ grobe Zuordnungen, mit dem Ziel, eine Stufeneinteilung ohne erheblichen zusätzlichen Aufwand möglich zu machen. Die einzelnen Angaben sind keine Items, die einem Test oder Entwicklungstabellen entsprechen. Sie haben ihre Berechtigung nur im vorgesehenen Zusammenhang, für den sie entwickelt wurden, d.h. für die Förderung von Kindern mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen in Kindertageseinrichtungen im Alter zwischen 3 Jahren und ihrer Einschulung. Entwicklungsfortschritte können mit diesem Instrumentarium nicht objektiv beurteilt werden.

Auf dem Bogen 1 C besteht abschließend die Möglichkeit, Empfehlungen zu den Schwerpunkten einer heilpädagogischen Förderung abzugeben.

### **3.3. Therapeutischer Förderbedarf (Anlage 1: Bogen 2)**

Therapeutische Arbeit in einer Kindertageseinrichtung hat folgende drei

Aufgaben:

1. Förderung des einzelnen Kindes
2. Unterstützung der Partizipation des Kindes in der Gruppe
3. Beratung der Eltern

Therapeutische Arbeit in einer Kindertageseinrichtung setzt die berufsübergreifende Kooperation mit den heilpädagogischen und pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Einrichtung sowie mit den Eltern voraus. Sofern ein therapeutischer Bedarf besteht, ist die therapeutische Arbeit unabdingbarer Bestandteil eines Förder- und Behandlungsplanes.

Mit Ausnahme der Physiotherapie wird auf eine Differenzierung der therapeutischen Bedarfe nach unterschiedlichen Stufen verzichtet. Die Indikation eines therapeutischen Förderbedarfs ist grundsätzlich abhängig von *eindeutigen pathologischen Befunden*. Der Befund muss vom allgemeinen Entwicklungsstand (auch der deutlich retardierten Entwicklung) *diagnostisch unterscheidbar* abweichen. Die entsprechende Diagnose muss bei der Zusammenfassung der Begutachtungsergebnisse (auf dem Deckblatt) angegeben werden.

Da die Durchführung von mehr als 2 Therapien ein Kind überfordern würde, sollen nicht mehr als 2 Therapien angekreuzt werden.

Die Therapieempfehlungen orientieren sich an der fachlichen Einschätzung des *aktuellen* Bedarfs des Kindes, nicht daran, ob ein Kind bereits ambulant behandelt wird.

Das Gutachten ist i.d.R. über einen längeren Zeitraum die Grundlage für die Bewilligung von Leistungen. Deswegen sollte auf diesem Bogen auch auf voraussichtliche Änderungen im therapeutischen Bereich hingewiesen werden, damit die Kita diese bei ihrer Förderplanung berücksichtigen kann.

### 3.3.1. Physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Bedarf

Physiotherapie und Ergotherapie in einer Kindertageseinrichtung haben gegenüber ihrer Anwendung in einer Praxis zusätzlich die Aufgabe, die *Partizipation des Kindes in der Kindergruppe* zu ermöglichen und diese zugleich als Alltagshandlung für die therapeutische Arbeit zu erschließen. Bei der Erfassung geht es vorwiegend um Kinder mit organisch bedingten Einschränkungen ihrer Motorik, nicht um solche mit einem allgemeinen harmonischen Entwicklungsrückstand.

Bei Kindern mit *gravierenden motorischen Einschränkungen* kann zur Ermöglichung der Partizipation ein deutlich erhöhter physiotherapeutischer Bedarf bestehen. Für diese seltenen Fälle ist eine gesonderte Ankreuzmöglichkeit vorgesehen.

### 3.3.2. Logopädischer Bedarf

Bei der Erfassung geht es nicht nur um Kinder, deren Beeinträchtigung der Sprache, des Sprechens und der Sprachentwicklung als „*isolierte Störung*“ diagnostiziert ist, sondern auch um solche, bei denen die Probleme in der Sprachentwicklung im Rahmen einer komplexen Beeinträchtigung *besonders schwerwiegende Einschränkungen der Sprachentwicklung und der Kommunikation* festgestellt werden. Dabei kann die Entwicklungsproblematik schwerpunktmäßig im Bereich der Motorik oder im Bereich der Wahrnehmung und Kognition liegen. Durch neu erworbene Kommunikationsfähigkeiten des Kindes werden die Möglichkeiten seiner Teilhabe an den Gruppenaktivitäten erweitert.

### 3.3.3. Spezifische Förderbedarfe bei einer Hör- oder Sehschädigung

Bei der Erfassung geht es nicht nur um Kinder, deren Beeinträchtigung der Seh- und Hörfähigkeit als „*isolierte Störung*“ diagnostiziert ist, sondern auch um Kinder mit einem komplexen Förder- und Therapiebedarf, insbesondere im Rahmen einer schweren zentralen Schädigung.

Wenn eine Hörschädigung und/oder Sehschädigung vorliegt, besteht die Notwendigkeit einer sinnesspezifischen Beratung der heilpädagogischen bzw. therapeutischen und pädagogischen Fachkräfte der Einrichtung. Unter Umständen ist eine mittel- bis längerfristige Begleitung des Kindes durch externe Fachkräfte erforderlich.

### **3.4. Spezielle Bedarfe, insbesondere bei schweren Schädigungen (Anlage 1: Bögen 3 A und 3 B)**

Diese seltenen Bedarfe sind sehr heterogen. Es sollen zusätzliche und sehr spezifische Unterstützungsmaßnahmen erfasst werden, die *unerlässlich* sind, um grundsätzlich *jedem* Kind eine Förderung in einer Kindertageseinrichtung zu ermöglichen.

Bei der Feststellung dieser speziellen und seltenen Bedarfe ist zu berücksichtigen, dass die heilpädagogische Begleitung, insbesondere bei der Stufe III, schon längere Phasen der 1:1-Betreuung ermöglicht, dies gilt umso mehr, wenn zusätzlich therapeutische Bedarfe festgestellt wurden. Es ist nicht das Ziel dieser speziellen Bedarfe, die heilpädagogische Förderung eines Kindes durch zusätzliche Personalressourcen zu optimieren. Die speziellen Bedarfe der Stufen II bis IV sind daher nur zu empfehlen, wenn ohne längere Phasen *permanenter* 1:1-Betreuung die Förderung des Kindes in einer Kita nicht möglich ist. Die speziellen Bedarfe sind in den 3 Indikationsgruppen des ersten Erhebungsbogens (3 A) aufgeführt. In einem zweiten Bogen (3 B) sind 4 Stufen ersichtlich, denen diese unterschiedlichen Bedarfe quantitativ und qualitativ ggf. zuzuordnen sind.

Die Notwendigkeit dieser zusätzlichen Ausstattung ist auf dem Bogen 3 B zu erläutern. Eine nachvollziehbare Erläuterung ist die unabdingbare Voraussetzung für die Ausstellung eines entsprechenden Kita-Gutscheins.

### **3.5. Weitere Empfehlungen / Hinweise (Anlage 1: Bogen 4)**

Auf diesem Bogen können über die auf den einzelnen Bögen gemachten Empfehlungen hinaus abschließende Empfehlungen für die Erstellung eines interdisziplinären Förder- und Behandlungsplanes gegeben werden. Es besteht Gelegenheit, Hinweise der Eltern festzuhalten, die für die weitere Förderung des Kindes wichtig sein könnten.

Eine Empfehlung für eine oder mehrere geeignete Tageseinrichtungen sollte nach Möglichkeit immer gegeben werden, um die Eltern bei der Platzsuche bzw. das Jugendamt bei der Beratung der Eltern zu unterstützen. Die Vorabklärung mit einer Tageseinrichtung, ob und zu welchem Zeitpunkt die Aufnahme des Kindes erfolgen kann, hilft sowohl den Eltern als auch dem Jugendamt bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung. Bestehende Kontakte zwischen Tageseinrichtungen und ärztlichen Dienststellen sollten hierfür genutzt werden. Die Vorabklärung ist jedoch *keine* Voraussetzung für die Ausfertigung einer gutachterlichen Stellungnahme.