



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und
Integration

Leitfaden
zur Begutachtung für die Eingliederungshilfe
in der Kita nach § 26 KibeG
(Kita-Begutachtungsfaden)

Überarbeitete Version

(gültig ab dem 01.09.2024)

zur Zuordnung eines Kindes zum Personenkreis des § 99 SGB IX

und

zur Einstufung des Eingliederungshilfebedarfs

1. Vorwort

Nach § 99 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erhalten Personen, die durch eine Behinderung „wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind“ Leistungen der Eingliederungshilfe.

Nach dem Hamburger Kinderbetreuungsgesetz (KibeG) findet die Förderung von Kindern mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Kinder, die mindestens drei 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 Fachanweisung „Kindertagesbetreuung“ eine gutachterliche Stellungnahme, mit der eine (drohende) Behinderung festgestellt wird und aus der der Eingliederungshilfebedarf hervorgeht.

Dieser Leitfaden legt einheitliche Kriterien für diese Begutachtung fest und ermöglicht eine Zuordnung zur Gruppe von Menschen mit wesentlicher Behinderung oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen im Sinne von § 99 Abs.1 Satz 1 SGB IX. Weiterhin ermöglicht der Leitfaden die Einschätzung des individuellen Hilfe- bzw. Förderbedarfs des Kindes *in einer Kindertageseinrichtung*. Dieser Hilfebedarf setzt sich aus einzelnen Komponenten zusammen, welche seit dem 01.08.2006 die Grundlage für die Bewilligung eines Kita-Gutscheins durch die für Kindertagesbetreuung zuständigen Abteilungen in den Bezirksämtern darstellen. Ziel ist es, den Kindern einen Leistungsumfang zu bewilligen, der ihrem individuellen Förder- und Betreuungsaufwand in einer Kindertageseinrichtung entspricht, und der Kita Empfehlungen und Hinweise für die Förderung des Kindes zu geben.

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.

2. Zuordnung eines Kindes zum Personenkreis des § 99 SGB IX

2.1. Diagnose

Grundlage jeder Begutachtung ist eine *Diagnose nach ICD 10¹* („International Classification of Diseases“ der WHO) und Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung. Das Ergebnis einer interdisziplinär – z.B. in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, Interdisziplinären Frühförderstelle 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 diesbezüglich noch Unklarheiten bestehen, sollte den Eltern oder anderen Sorgeberechtigten eine weitere diagnostische Abklärung nahegelegt werden. Über die gestellte Diagnose und die damit verbundenen Fördermöglichkeiten müssen die Eltern angemessen durch die Gutachterinnen und Gutachter aufgeklärt werden.

¹ Nach Einführung der ICD 11 in die Alltagsroutine im ambulanten und stationären Bereich (ärztliche Praxen und Kliniken) ist diese Klassifikation entsprechend zu verwenden.

2.2. Grundlage für die Begutachtung

Die Begriffe „Behinderung“ und „von Behinderung bedroht“ sind keine medizinischen Diagnosen. Nicht jede organische Schädigung muss in der Konzeption der Eingliederungshilfe des SGB IX eine „Behinderung“ sein. Eine Begutachtung nach § 99 SGB IX 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 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 nach ICD 10¹ 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 Kommunikations- und Beziehungsstörungen wie Autismus-Spektrum-Störungen* unter den Begriff der Behinderung.

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 sowie *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*
- *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 getroffen 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 „Validierten Grenzsteine der Entwicklung“ (Michaelis) herangezogen werden. Um bei Bedarf einen Entwicklungsrückstand zu objektivieren, sind standardisierte Entwicklungstests mit aktueller Normierung (z.B. ET-6-6-R, SON-R) 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 im Alter von ca. 3 Jahren *mindestens 6 Monate* in Relation zum (korrigierten) Alter, mit zunehmendem 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 Hauptbezugsperson 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, welche ungünstige Einflüsse relativieren.

Instabile bis ungesicherte Bindungssituation des Kindes

Hauptkriterien:

- eindeutige Hinweise auf eine Vernachlässigung, beobachtbares fehlendes Fürsorgeverhalten der Hauptbezugsperson
- Hauptbezugsperson psychisch krank, alkohol- oder drogenabhängig
- Regelmäßig auftretende Gewaltanwendung in der Familie bekannt

Nebenkriterien

(als „Risikofaktoren“ nur in der Kombination/Kumulation von i.d.R. mindestens 3 Faktoren)

Insbesondere

- Niedriges Bildungsniveau der Hauptbezugsperson
- Kind nach unerwünschter Schwangerschaft geboren
- sehr frühe Elternschaft
- fehlende soziale Integration bzw. Unterstützung
- instabile familiäre Situation wie eindeutig disharmonische, auch wechselnde Partnerschaften der Hauptbezugsperson
- dauerhafte außerfamiliäre Unterbringung eines Geschwisterkindes
- Armut/niedriger sozioökonomischer Status
- Kriegs- bzw. Fluchterfahrung ².

Von einer psychosozialen Belastung in der Familie ist auszugehen, wenn eines der Hauptkriterien erfüllt ist oder i.d.R. drei der Nebenkriterien zusammenkommen, wobei in der Gesamtbetrachtung die Auswirkung des jeweiligen Kriteriums zu beachten ist. Die psychosoziale Situation der Familie gilt als ein Kriterium für die Feststellung einer drohenden Behinderung und muss von schwerwiegenden Abweichungen im Verhalten des Kindes oder einer globalen oder umschriebenen Entwicklungsstörung begleitet werden (s. Zusammenwirken der Bereiche 1. bis 3.).

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,

² Auch weitere ähnlich bedeutende „assozierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände“ entsprechend Achse 5 des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters

d.h. die Art und Weise wie es kommuniziert, kooperiert und spielt. Dazu ist in der Regel eine entsprechende ICD 10¹ Diagnose erforderlich.

Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes, die den Erwartungen an sein chronologisches Alter *wesentlich* widersprechen und seine Teilhabe an der Kindergemeinschaft gefährden, sind – sofern sie nach den nachfolgend genannten Kriterien der Zusammenwirkung nicht als „von Behinderung bedroht“ bezeichnet werden können - als Frühzeichen einer abweichenden Entwicklung zu werten und erfordern ggfs. eine Nachbegutachtung.

Zusammenwirken der Bereiche 1. bis 3.

Eine Bedrohung der Entwicklung besteht, wenn ein Entwicklungsrückstand im Sinne von Punkt 1. die Teilhabe des Kindes am Kita-Alltag deutlich einschränkt und/oder 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) erfolgt für ein Kind, welches in einer Kindertageseinrichtung gefördert werden soll, bei Vorliegen der o.g. Kriterien die Zuordnung zu dem Personenkreis des § 99 SGB IX bzw. den Kategorien „*Behinderung*“ oder „*von Behinderung bedroht*“.

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

Auf dem Deckblatt werden des Weiteren Empfehlungen zur Bewilligung des Kita-Gutscheins mit Eingliederungshilfe festgehalten:

Es wird davon ausgegangen, dass eine täglich 6 Stunden umfassende Förderung in einer Kindertageseinrichtung vom Zeitumfang her grundsätzlich für die erforderliche 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 aus gutachterlicher Sicht notwendig ist, kann diese auf dem Deckblatt begründet und empfohlen werden. Etwaige familiäre Bedarfe für eine täglich längere Betreuungszeit z.B. aufgrund von Berufstätigkeit sind hierbei seitens der Gutachterinnen und Gutachter nicht zu berücksichtigen, dies erfolgt durch die bezirklichen Abteilungen Kindertagesbetreuung.

Auf dem Deckblatt ist festzuhalten, ob und wann eine Neubegutachtung erfolgen soll (Monat/Jahr). Ist anzunehmen, dass sich aufgrund der eingeleiteten Fördermaßnahmen oder des erwarteten Entwicklungsverlaufs der Förderbedarf in der

Tageseinrichtung erheblich (mit Auswirkung auf die gutachterlich festgestellten Bedarfsstufen) verändern wird, soll die Empfehlung einer Neubegutachtung als Voraussetzung für eine Anschlussbewilligung gegeben und der Zeitpunkt dafür vorgegeben werden. Ist also von einer nennenswerten Änderung des Bedarfs auszugehen soll eine Neubegutachtung festgelegt werden. Sie darf auch in anderen Fällen bei Bedarf festgelegt werden.

Grundsätzlich wird ein Kita-Gutschein für die Dauer eines Jahres bewilligt. Wird die Neubegutachtung innerhalb der Bewilligungsdauer festgelegt, endet die Laufzeit des Kita-Gutscheins 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.

3. Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen

3.1. Allgemeine Beschreibung der Hilfebedarfskategorien

Bei der Einordnung des Eingliederungshilfebedarfs eines Kindes wird hier ein Weg beschritten, der sich nicht ausschließlich an Defiziten orientiert, sondern *Kompetenzen* und *Aktivitäten* des Kindes in das Blickfeld rückt. Dabei handelt es sich um Bereiche, die nach heutiger Auffassung zusammen mit der Analyse des Umfeldes zentral wichtig für eine angemessene interdisziplinäre Hilfebedarfsplanung sind. Die folgenden Zuordnungen sind aus der *Perspektive der Kindertageseinrichtung* entwickelt worden, weil sich aus den entsprechenden Teilhabebeeinträchtigungen (entsprechend den Kriterien der ICF) - und nicht allein aus der Diagnose nach ICD 10¹ oder dem Schweregrad der Schädigung - der zusätzliche Bedarf an heilpädagogischer/therapeutischer Unterstützung ableitet, für die wiederum durch das Leistungsentgelt des Kita-Gutscheins entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Der Förderbedarf eines Kindes über die allgemeine pädagogische Förderung hinaus 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.

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

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

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 des Förderbedarfs eines Kindes orientieren sich dementsprechend am relativen Aufwand, den das Kind in einer Kindertageseinrichtung erfordert.

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 nachvollziehbar sein. Sie erfassen, unabhängig von der Diagnose, die Beeinträchtigung, aber auch das Kompetenzniveau und die Aktivität des jeweiligen Kindes. Damit hat die interdisziplinäre Verständigung inhaltlich eine gemeinsame Grundlage, falls Differenzen erkennbar und Neueinstufungen erforderlich werden.
- Bei der Feststellung des Hilfebedarfs müssen der personelle Aufwand in der Gruppenarbeit und die Entwicklung eines individualisierten Förder- und Behandlungsplanes in den Tageseinrichtungen mit bedacht werden. Auch hier geht es um eine für alle an der Förderung des Kindes Beteiligten nachvollziehbare Verständigungsebene - jenseits der Vielfalt möglicher Diagnosen. Bezüglich einer Diagnose können somit individuell unterschiedliche 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. Zeitaufwand für den Transfer von Elementen aus der Arbeit der heilpädagogischen und therapeutischen Fachkräfte untereinander und in den pädagogischen Bereich hinein (Interprofessionelle Zusammenarbeit). (von häufiger 1 : 1 Unterstützung bis zu gleitendem Übergang dieser Elemente in den pädagogischen Alltag)

Diese drei Ebenen sind in sich wiederum in Entwicklungsniveaus 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) ist eine Bewertung von 1 bis 3 Punkten in Abhängigkeit des Aufwands vorgesehen. Die Summe der einzelnen Punktwerte ergibt eine Zahl, aus der sich die Stufe des heilpädagogischen Bedarfs von I bis III erschließt (siehe Bogen 1 C – unterer Teil).

Einige der dem Personenkreis des § 99 Abs.1 SBG IX zugehörigen 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 trotzdem dem 1. Niveau zuzuordnen (1 Punkt).

Ein Gesamtwert von bis zu 9 Punkten ergibt Stufe I des heilpädagogischen Bedarfs. Für eine Zuordnung zur Stufe II sind 10 bis 16 Punkte erforderlich. Wird eine Punktzahl über 16 festgestellt, liegt die höchste Bedarfsstufe 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 Bestandteil eines Förder- und Behandlungsplanes.

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. Für Kinder mit einer „isolierten Störung“ kommt die Eingliederungshilfe in der Kita gem. § 26 KibeG nur dann in Betracht, wenn die jeweilige Störung so schwerwiegend ist, dass die Teilhabe deutlich beeinträchtigt ist und zusätzliche heilpädagogische Maßnahmen nötig sind.

Da die Durchführung von mehr als 2 Therapieformen ein Kind i.d.R. überfordern würde, sollen nicht mehr als 2 Therapieformen angekreuzt werden. Sollten mehr als 2 Therapieformen erforderlich sein, ist dieses entsprechend zu begründen.

Die Therapieempfehlungen sollen möglichst konkrete Ziele benennen und sich an der fachlichen Einschätzung des *aktuellen* Bedarfs des Kindes orientieren. Falls eine ambulante therapeutische Versorgung bekannt ist, muss dies vermerkt werden. Falls es dringende Gründe für eine parallele Versorgung gibt, sollte eine entsprechende Abstimmung zwischen den an der Förderung Beteiligten stattfinden, um eine Überforderung des Kindes zu vermeiden.

Das Gutachten ist i.d.R. über einen längeren Zeitraum die Grundlage für die Bewilligung von Leistungen. Deswegen sollte auf dem Bogen auch auf voraussichtliche Änderungen im therapeutischen Bereich hingewiesen werden, damit die Kita diese bei ihrer Förderplanung berücksichtigen kann. Sofern sich im Verlauf des Bewilligungszeitraums eindeutige Hinweise auf notwendige Änderungen zeigen und ein Änderungsantrag bei KTB durch die Sorgeberechtigten gestellt wird, erfolgt eine Prüfung des Förderbedarfs.

Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in einer Kindertageseinrichtung haben gegenüber ihrer Anwendung in einer Praxis im Rahmen des SGB V insbesondere die Aufgabe, die *Partizipation des Kindes in der Kindergruppe* zu ermöglichen und diese zugleich als Alltagshandlung für die therapeutische Arbeit zu erschließen. *Es werden daher vorrangig Therapieverfahren eingesetzt, die die eigenen Fähigkeiten des Kindes verbessern und dieses befähigen können, am Kita-Alltag ohne Unterstützung teilhaben zu können.*

3.3.1. Physiotherapeutischer Bedarf

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 Ergotherapeutischer Bedarf

Bei der Erfassung geht es vorwiegend um Kinder mit Einschränkungen bei der Bewältigung alltagsrelevanter Betätigungsprobleme u.a. durch fein- und graphomotorische Schwierigkeiten.

3.3.3. Logopädischer Bedarf

Ein logopädischer Bedarf besteht bei Kindern, die durch Sprachentwicklungsstörungen in der Teilhabe eingeschränkt sind und bei denen eine logopädische Therapie die Teilhabe verbessern kann. Kinder, die auf Grund einer Mehrsprachigkeit Probleme in der deutschen Sprache haben, in der Muttersprache aber keine Sprachentwicklungsstörung besteht, fallen nicht unter diesen Bedarf. Für die logopädische Übungstherapie besteht die S3-Leitlinie „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“, die die auf das Störungsbild abgestimmte Verfahren, je nach Notwendigkeit auch als Einzeltherapie, beinhaltet. Ziel der Förderung ist es, dass das Kind durch die Förderung seine Sprachstörung soweit wie möglich überwinden kann, so dass eine eigenständige Teilhabe gewährleistet ist. Die Eltern und die Bezugserzieherinnen und -erzieher werden in die Förderung mit einbezogen, sowohl in Form von Beratung als auch mit Anleitungen zu regelmäßigen spielerischen Sprachübungen zuhause (s. auch Bogen Blatt 4).

Kinder mit schweren expressiven Sprachentwicklungsstörungen:

In den Fällen, in denen das Kind aufgrund einer schweren expressiven Sprachstörung, das heißt einer schweren Aussprachestörung, schwerer Wortschatz- oder Satzbildungsdefizite in der Teilhabe erheblich eingeschränkt ist und ein Störungsbewusstsein beim Kind vorliegt, ist dies bei der Festlegung des Förderbedarfs entsprechend zu berücksichtigen. In solchen Fällen ist der festgestellte therapeutische Förderbedarf zudem mit standardisierter Diagnostik zu begründen: Sowohl die allgemeine Entwicklung (z.B. MFED, SON-R, ET-6-6 R), als auch die Sprachentwicklung (z.B. SETK, SET, PLAKSS II) im Bereich expressive Sprache und rezeptive Sprache sind zu testen. Falls die Diagnostik bei der Erstbegutachtung nicht vollständig zu erheben ist, sollen die Gutachterinnen und Gutachter darauf hinwirken, dass diese im Laufe der nächsten 12 Monate z.B. über die fördernde logopädische Fachkraft in der Kita oder über spezialisierte Einrichtungen (z.B. UKE-Abteilung HSS, BZ-Abteilung Sprache, WOI- Abteilung Phoniatrie) erfolgt oder diese bei einer Nachbegutachtung vornehmen. Weisen die Ergebnisse der Diagnostik eine deutliche Diskrepanz zwischen schwerer expressiver Sprachproblematik und geringen Auffälligkeiten in der übrigen Entwicklung inklusive der rezeptiven Sprachfähigkeiten (Sprachverstehen) auf, sollte vor dem Hintergrund des im Gutachten festgestellten Förderbedarfs mit der Kita und den Sorgeberechtigten ein individuelles Förder- und Therapiekonzept abgestimmt werden.

3.4. Spezifische Förderbedarfe bei einer Beeinträchtigung der Seh- und/oder Hörfähigkeit

Kinder mit einer Beeinträchtigung der Seh- und/oder Hörfähigkeit benötigen dann in der Kita eine zusätzliche Förderung, wenn die Störung so ausgeprägt ist, dass sie zu einer Teilhabeeinschränkung u.a. am Kita-Alltag führt. Auch bei Kindern mit einem komplexen Förder- und Therapiebedarf, z.B. im Rahmen einer allgemeinen

Entwicklungsstörung, einer syndromalen Erkrankung und/oder einer zentralen Schädigung, kann dieser zusätzliche spezifische Förderbedarf bestehen.

In der Folge kann sich die Notwendigkeit einer zusätzlichen sinnesspezifischen Beratung der heilpädagogischen bzw. therapeutischen und pädagogischen Fachkräfte der Einrichtung ergeben. Unter Umständen kann mittel- bis langfristig stundenweise eine Begleitung des Kindes durch externe spezialisierte Fachkräfte erforderlich sein.

Bzgl. der Hörbeeinträchtigung betrifft dieses z.B. Kinder, die behinderungsbedingt für die Kommunikation ausschließlich oder ergänzend auf Unterstützte Kommunikation (UK) wie z.B. Deutsche Gebärdensprache (DGS) angewiesen sind.

Um die Teilhabe dieser Kinder zu gewährleisten, wird den Kitas empfohlen, ggf. stundenweise Leistungen externer Anbieter mit UK-Kompetenz (z.B. DGS-Kompetenz) einzukaufen. Diese externen spezialisierten Fachkräfte begleiten zeitweise das jeweilige Kind in der UK und/oder im Gruppenzusammenhang, unterstützen beim Erwerb und beim Ausbau der Kompetenzen in UK und beraten auch das Kita-Team.

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.

Dabei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Fallkonstellationen:

- Medizinisch-pflegerische Unterstützung sowie Begleitung und Assistenz bei schwersten Schädigungen (i.d.R. schwerste Mehrfachbehinderungen).
- Fachlich-psychologische Unterstützung des Kita-Teams bzw. auch der heilpädagogischen Fachkraft. Diese kann unter Punkt 2.) des Bogens 3A ermöglicht werden. Nicht gemeint ist damit eine psychotherapeutische Begleitung oder Behandlung des einzelnen Kindes, sondern ausschließlich eine Unterstützung der betreuenden Personen im Umgang mit dem Kind, beispielsweise bei Vorliegen einer progredienten oder lebensbegrenzenden Erkrankung, bei autistischen Verhaltensweisen oder Problemen mit gravierender Eigen- und Fremdgefährdung (gegenüber anderen Kindern oder auch Personal der Kita). Diese Unterstützung schließt die Beobachtung des Kindes in der Kita-Umgebung ein.
- 1:1-Betreuung bei Weglauftendenzen, Selbst- / Fremdgefährdung.

Bei der Feststellung dieser speziellen und seltenen Bedarfe ist zu berücksichtigen, dass für diese Kinder durch Zuordnung zur heilpädagogischen Stufe III durch die damit bewilligten Personalressourcen bereits längere Phasen einer 1:1-Betreuung ermöglicht werden, dies gilt umso mehr, wenn zusätzlich therapeutische Bedarfe festgestellt wurden.

Es geht also nicht darum, ergänzend zu der heilpädagogischen und therapeutischen Versorgung die heilpädagogische Förderung eines Kindes durch zusätzliche Personalressourcen zu optimieren. Mit dieser Option soll sichergestellt werden, dass die vorgehaltenen personellen Ressourcen insgesamt (Erzieherteam, therapeutische Fach- und ggfs. zusätzliche Kräfte) ausreichen, um eine 1:1 – Betreuung des Kindes über den gesamten Tagesablauf zu gewährleisten.

Die speziellen Bedarfe der Stufen II bis IV sind daher nur zu empfehlen, wenn ohne längere Phasen *permanent* 1:1-Betreuung die Förderung des Kindes in einer Kita nicht möglich ist. Diese 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.

Einige Beispiele zur Einstufung der speziellen Bedarfe sind im Anhang aufgeführt.

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 und auch an die Eltern festzuhalten, die für die weitere Förderung des Kindes wichtig sein könnten.

Ein Hinweis auf z.B. spezialisierte Tageseinrichtungen sollte nach Möglichkeit gegeben werden, um die Eltern bei der Platzsuche bzw. die Abteilungen Kindertagesbetreuung (KTB) 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 KTB 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.

4. Prozess

Das zu erstellende Gutachten ist die Voraussetzung für die Bewilligung eines EGH-Kita-Gutscheins. Dieser soll vor Betreuungsbeginn vorliegen. Dies sollte bei der zeitlichen Planung der Begutachtungen beachtet werden und die für die Bewilligung der Kita-Gutscheine zuständigen Abteilungen für Kindertagesbetreuung über mögliche Verzögerungen in Kenntnis gesetzt werden. Auch kann in besonders gelagerten Fällen zur Sicherstellung der Kindertagesbetreuung die Begutachtung im Rahmen der Amtshilfe durch einen JPD in einem anderen Bezirksamt oder das Beratungszentrum sehen hören bewegen sprechen erfolgen.

Beispiele Einstufung spezielle Bedarfe

Stufe I:

- a) Kind mit Blasenentleerungsstörung, welches 1x während der Kita-Zeit katheterisiert werden muss.
- b) Kind mit Verhaltensstörung, welches die Gruppenabläufe stört und bei dem zu erwarten ist, dass das Erzieherteam punktuell Unterstützung benötigen wird, um adäquat auf das Verhalten des Kindes reagieren zu können. In einem solchen Fall wäre eine psychologische Unterstützung 1x/ Woche für das gesamte Team angezeigt. (Bei stärkerer Ausprägung der Verhaltensstörung auch evtl. Stufe 2 oder höher)

Stufe II:

- a) Kind mit zerebralen Anfällen, die mehrfach tgl. auftreten können und ggfs. Medikation zur Anfallsunterbrechung erfordern.
- b) Z.B. Autistisches Syndrom mit schwierigen Verhaltensweisen. Hierunter sind Kinder zu verstehen, die aufgrund ihrer autistischen Störung in das Gruppengeschehen so gut wie nicht integriert werden können. Bei diesen Kindern zeigt sich häufig eine Unfähigkeit, adäquat im Spielgeschehen auf andere Kinder zu reagieren und in Form von Abwehrbewegungen, aggressivem Handeln, sich zurückziehen etc..

Hier wäre neben der kontinuierlichen Begleitung des Kindes (personelle Ressourcen über die heilpädagogische Stufe, ggfs. ergo- oder logopädische Behandlung) eine psychologische Begleitung des Teams indiziert. Diese muss nicht täglich erfolgen, evtl. 2x 3 Stunden/Woche.

Stufe III oder IV:

- a) Kind mit Tracheostoma, das immer wieder in kurzen Abständen abgesaugt werden muss, da eine gefährliche Verschleimung der Atemwege eintreten kann. Hier ist eine 1:1-Betreuung im Sinne einer pflegerischen Betreuung des Kindes angezeigt, um die Atemsituation zu überwachen und die Absaugmanöver zeitnah und kompetent durchführen zu können.
- b) Kind mit Entwicklungsrückschritten, z.B. Rett-Syndrom, bei dem es neben den Rückschritten es zu Stereotypien, zerebralen Krampfanfällen und zunehmender Bewegungsstörung kommt. Hier wäre eine Fachkraft bis zu 2/3 Anwesenheit des Kindes erforderlich. Mit solchen Verläufen sind Unsicherheiten und psychische Belastungssituationen des Teams und schwierigen Gesprächssituationen mit den Eltern zu erwarten. Daher kann eine qualifizierte psychologische Beratung erforderlich sein, die in Stufe III oder IV eingeschlossen ist.