

Dokumentation zum Fachaustausch

Für die Jüngsten: Teilhabe und ICF-CY in Brandenburg umsetzen?!

des AWO Landesverbandes Brandenburg e.V., des Caritasverbandes der Diözese Görlitz e.V. und des Caritasverbandes für das Erzbistum Berlin e.V.



Inhaltsübersicht

BTHG – Inklusion – Partizipation – Zwischen normativem Anspruch und aktueller Umsetzung.....	2
Wie machen es die anderen? – Prozessunterstützung und Instrumente in Nordrhein-Westfalen.....	5
Was haben wir (schon) in Brandenburg? – Aktueller Stand der Überlegungen / Verhandlungen	8
Was haben wir (schon) in Brandenburg? – Förder- und Behandlungspläne für die Frühförderung	11
Wie machen es die anderen? – Erfahrungen mit dem ICF-CY in Sächsischen Kitas	13

**Wir können den Wind nicht ändern,
aber die Segel anders setzen.**

Aristoteles | 384-322 v. Chr.
griechischer Philosoph

Termin

22. August 2019

Ort

Potsdam, Brandenburg

Ansprechpartner

Claudia Schiefelbein
0331 288 38 30-6
claudia.schiefelbein@
awo-brandenburg.de

Bettina Schwarz
0355 380 65-15
bettina.schwarz@
caritas-goerlitz.de

Hanna Steidle
0331 288 38 30-8
hanna.steidle@
awo-brandenburg.de

Sonja Zipper
030 666 33-1064
s.zipper@caritas-berlin.de

Teilnehmende

Leitungskräfte und
heilpädagogische Fachkräfte
aus Kindertagesstätten, Kita-
Praxisberaterinnen,
Leitungs- und Fachkräfte der
Frühförderstellen und SPZs,
Mitarbeiter_innen aus
Jugend- und Sozialämtern /
Ämtern für Eingliederungs-
hilfe, Fachreferent_innen
der Eingliederungs- und
Jugendhilfe aus Verbänden
sowie Vertreter_innen aus
Landes- und Kommunal-
verwaltung

BTHG – Inklusion – Partizipation

Zwischen normativem Anspruch und aktueller Umsetzung

Impulsbeitrag: Prof. Michael Komorek
Prorektor der Evangelischen Hochschule Berlin |
Professur für Inklusion

Zentrale Schwerpunkte / Ziele des Vortrages:

- Mit der ICF und dem bio-psycho-sozialen Modell gibt es die Chance, bei der Analyse des Hilfebedarfs eines Kindes einen **Perspektivwechsel** zu vollziehen von „behindert sein“ zu „behindert“ werden. „Behinderung ist relativ.“
- Mit der Umsetzung des BTHG geht eine notwendige **Partizipation**, Stärkung des Empowerments der Betroffenen und damit eine klarere Orientierung am Wunsch / Willen der Betroffenen einher.
- Um dies zu realisieren, gibt es eine Reihe von Empfehlungen auf allen Ebenen, die eine erfolgreiche und für die Kinder und Familien angemessene Unterstützung sicherstellen. Die Berücksichtigung der **Kontextfaktoren und ihre Wechselwirkungen** auf die Entwicklung des Kindes, seine Aktivitäten und die Teilhabe sind hierbei essentiell.

Die Vortragsfolien finden Sie [hier](#).

Im Austausch wurden u.a. folgende Aspekte deutlich:

- Diagnostik im medizinischen / psychologischen Bereich mittels ICF als gemeinsamer Sprache
 - ... ist relativ einfach bei funktionaler Gesundheit; wird allerdings schon schwieriger bei Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.
 - Kontextfaktoren¹ sind schwer zu diagnostizieren.
 - ▶ Die Diagnose von Verhaltensauffälligkeiten ist außerordentlich komplex und herausfordernd.
 - In Berliner Kitas durchgeführte Experimente zur Einschätzung / Bewertung von Verhaltensauffälligkeiten durch Fachkräfte belegen, dass Hilfebedarf bei Kindern wesentlich durch den Kontext zu beschreiben ist.
- Wie können Teilhabebarrrieren und -bedarfe richtig „gemessen“ und die richtigen Teilhabeleistungen abgeleitet werden?
 - Exkurs: Die Zahl der Kinder mit Förderbedarf in Förderschulen bleibt konstant, die Zahl der Kinder mit Förderbedarf / Lernschwierigkeiten in Regelschulen steigt².
 - ▶ Hinweis, dass keine Integration stattfindet, sondern Inklusion als Quelle für zusätzliche Ressourcenallokation für Kinder mit Lernschwierigkeiten / Förderbedarf genutzt wird?
- Welche Einrichtung ist nach Inklusionsmaßstäben wirklich inklusiv?
 - ▶ Klärung von Fragen wie z.B.
 - Organisationsstruktur: Was ist eine Inklusive Einrichtung? Was macht sie dazu? (individuelle und strukturelle Partizipation)
 - Willensperspektive / Wunsch des Klienten (0-6 Jahren, Kinder mit Beeinträchtigungen usw.): Wie sicherstellen, dass diese multiperspektivisch durch mehrere Akteure

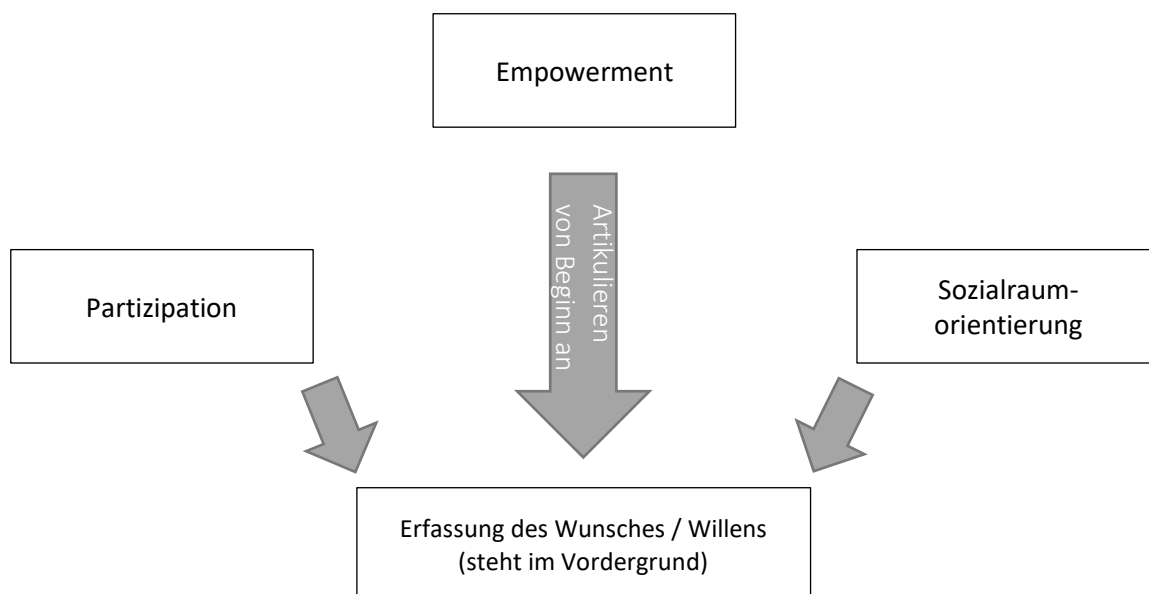
¹ Bei Kindern insbesondere auch die Sozialisationsfaktoren; vgl. u.a. Klemm, Klaus (2018): Unterwegs zur inklusiven Schule. Lagebericht 2018 aus bildungsstatistischer Perspektive. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). verfügbar unter bertelsmann-stiftung.de [letzter Zugriff am 16.09.2019].

² vgl. ebenda

geschieht? Wie definieren die Klienten ihren Sozialraum? Wie kann interdisziplinär Empowerment befördert werden?

- ▶ Die Sicherstellung aller relevanter Inklusionsmaßstäbe erfolgt nach Einschätzung von Prof. Komorek in Deutschland noch in keiner Einrichtung.
- **PartizipationsFÄHIGKEIT in Hilfeplangesprächen / Bedarfsermittlungsgesprächen:** Aufmerksamkeit der Kinder- und Jugendlichen in Hilfeplangesprächen liegt bei durchschnittlich 5 Minuten
 - ▶ Wir brauchen Formen und Wege, die Perspektive der Kinder und Jugendlichen stärker zu befördern und ihnen Raum & Zeit dafür zu geben (Umsetzung und Stärkung der Kinderrechte notwendig).
 - Studien zeigen: Je mehr Perspektiven einbezogen werden, umso größer ist die Chance, dass tatsächlich der Wille der Leistungsberechtigten erfasst wird (Steigerung der Partizipation) und umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass
 - die Perspektive dabei ist, die die richtige ist und
 - dass die „kumulierte Perspektive“, also das Ergebnis, stimmt und damit eine Objektivierung von Ergebnissen erreicht wird.
 - Ferner ist dabei auch die Frage der individuellen, klientenbezogenen Sozialraumorientierung zu klären (z.B. auf Grundlage soziometrischer Erhebungen).
 - Ergo: Es muss ein Konzept entwickelt werden, wie Empowerment bei Kindern und Erwachsenen gestärkt wird, damit sie partizipativ sein können.
 - ▶ Was lässt sich realisieren / „trainieren“?

Gedankenmodell
(eigene Darstellung)



- Was ist aus ICF-Perspektive zwingend notwendig und was fehlt aktuell bei der Anwendung?
 - ICF bedeutet Diagnostik und der Umgang damit (denn „Behinderung ist relativ“).
 - Der Blick auf das Kind ist dabei abhängig vom Betrachter und nicht immer stimmt die Sichtweise der Erziehungsberechtigten mit der der pädagogischen Fachkraft überein.
 - Es ist nicht von einer stringenten, sondern von einer heterogenen Entwicklungslogik und heterogenen Entwicklungsverläufen bei Kindern auszugehen
 - ▶ impliziert eine notwendige **Haltung**, die
 - unabdingbar im Struktur- und Paradigmenwechsel des ICF-CY ist,

- unabdingbar im Anerkennen der **Kontextfaktoren** (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen) ist und
- im Laufe der Zeit „erlernt“ werden kann (und muss).
- Der Hilfebedarf ist wesentlich durch den Kontext zu beschreiben. **Hilfeplanung für Kinder ohne gezielte Unterstützung der Familien / Leistungen der HzE (SGB VIII) wird nicht funktionieren!!!**
- ICF-Prozess sollte / muss multidimensional sein.
 - ▶ Man sollte sich ein Portfolio von Methoden anlegen (eine wird nicht ausreichen), um eine individuelle Hilfefrequenz zu ermöglichen.
- Derzeit fehlen noch konsequente und verbindliche inter-disziplinäre Kooperationsformen (hierzu gehören u.a. z.B. Runde Tische in Kommunen wie z.B. Bremen, Hamburg, NRW).
- Diese sind zu schaffen und zu erproben, wobei zwei zentrale Aspekte eine Rolle spielen müssen:
 - Koordinationsverantwortung ist festzulegen (Zuständigkeiten)
 - Qualität von Kooperation klären und ständig reflektieren und weiterentwickeln (hierbei ist nicht die Anzahl der Kooperationspartner als maßgebliches Qualitätskriterium zu bestimmen, sondern Häufigkeit und Intensität)

Wie machen es die anderen?

Prozessunterstützung und Instrumente in Nordrhein-Westfalen

Impulsbeitrag: Beate van Bentum
Projektkoordinatorin des Projektes Kooperation Kitas &
Frühförderstellen des Landes NRW |
Caritas für das Erzbistum Paderborn e.V.

Zentrale Schwerpunkte / Ziele des Vortrages:

Im Vortrag wurde über das Modellprojekt „Teilhabechancen für Kinder mit einer (drohenden) Behinderung verbessern –Kooperation von Frühförderstellen und Tageseinrichtungen für Kinder stärken“ berichtet, welches von 2016 bis 2019 in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde.

Ziele des Projekts:

- Fördersysteme Familie – Kita – Frühförderung vernetzen und deren Kommunikation verbessern, um für Kinder, deren Entwicklung verzögert und deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gefährdet ist, eine verlässliche, optimal aufeinander abgestimmte und verzahnte Unterstützung von Leistungen entsprechend ihren individuellen Bedarfen zu schaffen.
- Chancen und Risiken zu identifizieren, die sich bei der Projekt-Umsetzung zeigen.
- Instrumente zu entwickeln, um (neben dem Erlernen und der Anwendung der ICF-CY-„Sprache“)
 - Eltern stärker zu beteiligen,
 - Eltern und pädagogischen Fachkräfte als weitere wichtige Bezugspersonen „sprechfähig“ bei Auffälligkeiten und
 - Eltern sowie pädagogische Fachkräfte im Zuge der Teilhabeplanung zu unterstützen?

Die Vortragsfolien finden Sie [hier](#).

Den Leitfaden zur Vorbereitung auf ein Gespräch über die Teilhabe des Kindes finden Sie [hier](#). (Hinweis: Die dazugehörigen Gesprächsbögen (differenziert nach Kindesalter) können aus Urheberrechtsgründen nicht verfügbar gemacht werden.)

Die Checkliste ICF-CY finden Sie [hier](#).

Weitere Informationen zum Modellprojekt finden sich unter teilhabe-verbessern.de.

Im Austausch wurden u.a. folgende Aspekte deutlich:

- **Organisatorische Aspekte bei der Umsetzung des Modellprojektes:**
 - Es waren 8 Modellregionen mit insgesamt 20 Kindertagesstätten in unterschiedlicher Trägerschaft beteiligt.
 - Die Etablierung eines **Beirats** war wichtig für das Projekt und den Prozessverlauf. Nicht zuletzt waren die Beiratsmitglieder auch „Türöffner“ bei den unmittelbar und mittelbar beteiligten Organisationen.
 - Stolperstein bei der Auswahl der Einrichtungen: Kitas wurden z.T. nicht gefragt, ob sie eine Beteiligung wünschen. Die Entscheidung lag in diesen Fällen beim Träger, sodass im Projektverlauf viel Motivationsarbeit notwendig war und nicht in allen Fällen besondere Belastungssituationen (z.B. Personalknappheit) berücksichtigt wurden.
 - ▶ Freiwilligkeit sollte Voraussetzung sein und Beteiligung / Eigen-Motivation der Einrichtungen im Vorfeld geklärt / berücksichtigt werden.

- Eine sorgfältige und vorausschauende **Projektsteuerung** ist unabdingbar.
 - Geplant waren 40 Basisschulungen für ICF-CY (für 760 Teilnehmer_innen aus Kitas und Ämtern) sowie 20 Vertiefungsschulungen. Es gab aber kaum ICF-ausgebildete Referent_innen.
 - Es sollte viel Sorgfalt und Zeit für die Auswahl der Beteiligten / Akteure und Professionen verwendet werden, in Hinblick auf die
 - Freiwilligkeit!
 - Verknüpfung von Theorie und Praxisbezug.
 - Ressource Zeit.
 - Strategie: on top?!

Daraus könnten sich sonst große Hürden / schwer zu knackende Nüsse entwickeln.
- Im Zuge der Umsetzung standen statt der Kooperation letztlich ICF-CY-Schulungen³ als gemeinsame Sprache sowie Umsetzung im Vordergrund. U.a. weil sich zeigte:
 - **Grundlage des ICF-CY:** nichts ohne Eltern!
 - Ein Arbeiten auf Augenhöhe zwischen Kita und Frühförderung war damit möglich, jedoch eine Augenhöhe mit den Eltern gestaltete sich weiter schwierig. Stolperstein: konkurrierende Ziele / Teilziele von Eltern und Fachkräften.
 - **Kooperation** Frühförderung und Kita zentral
 - Kooperation setzt Ressource Zeit voraus.
 - ▶ Projektumsetzung darf nicht „on top“ erfolgen, sondern es müssen zusätzliche Ressourcen⁴ bereitgestellt werden.
 - Dies gilt für Kita, Frühförderung, Jugendhilfe, Ärzte (erwies sich schwierig, diese für eine regelmäßige und konsequente Beteiligung zu begeistern).
- Modellprojekt war trotz Hürden und Stolperfallen sinnvoll und wichtig, um Aufmerksamkeit zu schaffen.
- Die Entwicklung praktikabler **Elterngesprächsbögen**⁵ wurde als wichtige Unterstützung für die Kitas angesehen sowie als Instrument für Vorbereitung auf die Teilhabeplanung.
 - Beim Pretest waren Grenzsteine der Entwicklung hinterlegt; stellten sich im Verlauf allerdings nicht als hilfreich heraus (vgl. auch S. 14 / Beitrag Schiewack)
 - Die Bögen waren ursprünglich als Fragebogen konzipiert, dann zu Gesprächsleitfäden (mit hinterlegter ICF-CY-Kodierung) modifiziert, deren Originale bei den Eltern verbleiben. ICF-CY-Kodierung zeigte sich letztlich als „Verständigungsinstrument“.
 - Zu beachten sind die Bedürfnisse von Kindern UND Eltern (unter Umständen können dies zwei verschiedene Bedürfnisse sein).
 - Eltern sind zwar in **Teilhabeplanung** immer mit dabei, aber auch für diese ist es eine gute hilfreiche Reflektion vorab wichtig:
 - Beteiligung der Kinder an Teilhabeplanung war in der Modellprojektphase nicht immer möglich.
 - Im Fokus standen immer kleine Teilziele, keine hohen, perspektivischen Langfristziele.
 - Es zeigt sich aber auch, dass Teilhabeziele miteinander konkurrieren können.
 - ▶ Wie geht man damit um?
 - Wichtig ist,
 - alles aufzuschreiben und einzubeziehen.
 - immer auf SMART-Ziele gehen (nicht auf übergeordnete Ziele) - hierüber lässt sich Vieles auflösen.

³ ICF braucht einen langen Zeitraum bis man es anwenden kann; 2 Tage Basisschulung und 1 Vertiefungsschulung reichen nicht aus, sind aber ein wertvoller Anfang.

⁴ erfahrungsgemäß 12 – 17 Stunden pro Woche und Einrichtung zusätzlich notwendig

⁵ siehe ausführlich: Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (2019): Leitfaden zur Vorbereitung auf ein Gespräch über die Teilhabe des Kindes

- Einbindung der Perspektive von Familien (auch dann zentral, wenn Teilhabeziele konkurrieren).
 - Einbindung der Leistungserbringer (auch dann zentral, wenn Teilhabeziele konkurrieren).
 - Die **Partizipationsfähigkeit** der Eltern konnte mittels der Gesprächsbögen zur Kommunikation mit Kita und Frühförderung gestärkt werden.
 - ▶ **Empowerment** der Eltern.
 - Wichtig ist aber auch, von der Beschreibung „Das Kind kann nicht...“ umzusteigen auf die Wünsche der Eltern für das Kind / des Kindes, so, dass das Kind es (perspektivisch) kann.
- Ein Modellprojekt und Adaption der Elternfragebögen für pädagogische Fachkräfte erscheinen auch für die Umsetzung in Brandenburg ein äußerst hilfreicher Weg (unter Berücksichtigung der Erfahrungen in NRW; weitere Einschätzung siehe S. 12 / Beitrag Hüttmann)
- **Hindernisse**, die es zu beachten gilt (u.a.)⁶:
 - Zeitressourcen
 - Hintergründige, nicht kommunizierte Ziele
 - unfreiwillige Teilnahme der Einrichtungen
 - fehlende Einbindung der Kinder und Jugendlichen
 - fehlende Ansprechpartner, wie z.B. Fachberatung (da wo sie fehlten, sind Kitas im Prozess nicht so weit gekommen)
- **Gelingensfaktoren**⁷:
 - Kooperation Kita-Frühförderung auf Augenhöhe (zuerst die Kooperationsphase und dann die ICF-Schulungsphase)
 - Haltung im Team zu Inklusion ist aufgebrochen
 - Familienorientierung
 - Ressourcenorientierung
 - abgeschlossene Kooperationsverträge

⁶ siehe ausführlich: Microsoft PowerPoint

⁷ siehe ausführlich: Microsoft PowerPoint

Was haben wir (schon) in Brandenburg? Aktueller Stand der Überlegungen / Verhandlungen

Impulsbeitrag: Ulf Voigt
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen |
Referat Behindertenpolitik, Sozialhilfe

Zentrale Schwerpunkte / Ziele des Vortrages:

- Kontext: Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland
- Eine erfolgreiche Umsetzung wird nur durch **Bewusstseinsbildung** zu befördern sein. Darauf ist in den kommenden Monaten insbesondere der Fokus zu legen.
- **Die Teilhabe- und Bedarfsermittlung** wird in Brandenburg mit verschiedenen Instrumenten umgesetzt⁸:
 - Für Kinder von 0 Jahren bis zur Einschulung soll ein interdisziplinärer (ICF-CY-„fester“) Förder- und Behandlungsplan zur Anwendung kommen, der die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung ermöglicht und auch für den gesamten heilpädagogischen Bereich (I-Kitas, Regelkitas mit Einzelintegration, Tagespflege) genutzt werden kann.⁹
 - Für Kinder ab Grundschule erfolgt dann die Ermittlung über den ITP-Bogen für Kinder- und Jugendliche.¹⁰

Im Austausch wurden u.a. folgende Aspekte deutlich:

- § 118 SGB IX ist das „Einfallstor“ für Brandenburger Umsetzungsweg.
- **Instrumente und Methoden der Bedarfsermittlung** sollen u.a. „gemeinsame Sprache“ und multidimensionale Sichtweise berücksichtigen
 - ICF-CY feste Bedarfsermittlung ist zeitlich sehr aufwändig; es müssen die Perspektiven der Betroffenen und ihrer Familien einbezogen werden.
 - Worum geht es beim ITP? Es geht darum, die Bedarfe der Kinder so wie sie tatsächlich sind zu erfassen. Den Bogen formal korrekt anzuwenden, ist lediglich Mittel zum Zweck und nicht Hauptziel.
- Aktuelle Herausforderungen im Bereich **Fachkräfte**: Anerkennung von Fachkräften, Professionalisierung der Erzieher, multiprofessionelle Kooperation
- I-Kitas sind auch wieder in der Diskussion (Wie kann man diese stärken?)
 - ▶ **I-Kitas könnten als Kompetenzzentren entwickelt werden,**
- Thema **Rahmenleistungsvereinbarung** I-Kitas: Im Zuge einer Überarbeitung müssen auch indirekte Leistungen anerkannt und finanziert werden:
 - **Indirekte Leistungen** = Leistungen / Arbeit für das Kind, aber nicht unmittelbar Arbeit am Kind; hierzu gehören auch die Kooperation mit den Familien, die Kooperation mit dem Team und Kooperation mit Dritten.
 - **Handlungsfähigkeit von I-Kitas erhöhen u.a. mittels mehr verfügbarer Zeit / Ressourcen**
- Der Themenkomplex **Befähigung der Fachkräfte** (Anerkennung und Professionalisierung) in Kitas und Frühförderstellen ist in den Gremien auf Landesebene strukturell zu verankern. Dazu braucht es u.a.:

⁸ Verbändeanhörung zu entsprechenden Verordnungen sowie Instrumenten dazu sind für Ende August / Anfang September vorgesehen. Einiges wird dabei noch in der Arbeitsgruppe aufgenommen. Ziel ist es, die Rechtsverordnung zum 01. Januar 2020 wirksam werden zu lassen.

⁹ Man ist gerade dabei, diesen ICF festzumachen.

¹⁰ Befindet sich gerade in einer AG zur Abstimmung.

- **Curriculum der Ausbildung:** Wie / wo ist die Arbeit, sind Kinder (Familien) mit Beeinträchtigung / Inklusion darin zu finden? (Dabei nicht nur formal, sondern auch bessere Vermittlung der Inhalte!) Spezialisierungsmöglichkeiten schaffen? Wie vermittelt / lernt man Haltung?
- **Durchlässigkeit** zwischen Heilerziehungspfleger_innen¹¹, Heilpädagogen¹² und Erzieher_innenausbildung und –berufe (sowie Integrationskraft / Integrationshelfer¹³ / Inklusionserzieher_in¹⁴) gewährleisten.
 - ▶ Dies wertet beide Bereiche auf und beugt einem „Austrocknen“ des Heilerziehungspfleger_innen-Pools für die Eingliederungshilfe vor.
- **Berufsbegleitende Ausbildungseinheiten** befördern und Akademisierung stärken.
- Entwicklung aller Kitas zu **interdisziplinären Teams**, um heilpädagogische und heilerzieherische Leistungen überall vorhalten zu können (Barrieren abbauen)
- Heilpädagogische Fachkräfte müssen auch zu **Vermittlern von Fachwissen** gegenüber den Kita-Team-Kolleg_innen befähigt werden, um sich gegenseitig kompetent machen zu können (Befähigung im Sinne von Kompetenzen, Vermittlung von Haltung wie auch zeitlichen Ressourcen).
- **Handlungsfreiheit der Kitas muss wiederhergestellt werden.**
 - ▶ Dazu gehört die Klärung folgender Fragen:
 - Wo werden die indirekten Leistungen eingesetzt, investiert? Direkt am Kind oder in der Komplexität / im Kontext der Familie?
- **„Bundesländerhoheit“ in der Finanzierung und bei Entwicklung der Bedarfsermittlungsinstrumente** ist unbefriedigend gelöst und braucht Klarstellung hinsichtlich
 - Übernahme / Anerkennung ermittelter Bedarfe bei Zuzug aus anderen Bundesländern (derzeit wird Konflikt auf dem Rücken der Kinder / Familien ausgetragen).
 - Zuständigkeiten und Kostenübernahme bei Fällen wo sich Wohnort des Kindes und Kita in unterschiedlichen Bundesländern befinden.
- Die **Zusammenarbeit zwischen den Ministerien** ist zwingend notwendig (insbesondere MBJS und MASGF).
- Es sollte sichergestellt sein, dass die zentralen Ergebnisse interdisziplinärer fachlicher Austausch auf Landesebene in die entsprechenden Gremien (z.B. AG ITP, UA Kita LKJA, Verhandlungsgremien Landesrahmenvertrag und Komplexleistung Frühförderung) einfließen können.

¹¹ Heilerziehungspfleger_innen sind für die pädagogische, lebenspraktische und pflegerische Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Behinderung zuständig. Sie begleiten die zu Betreuenden stationär und ambulant bei der Bewältigung ihres Alltags. Mehr zum Berufsbild und Qualifizierung unter berufenet.arbeitsagentur.de [letzter Zugriff am 20.09.2019].

¹² Heilpädagog_innen erziehen, fördern und unterstützen Menschen jeden Alters, die unter erschwerten Bedingungen und mit Beeinträchtigungen leben, z.B. Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung, Sinnes- und Mehrfachbehinderung oder chronischen Erkrankungen sowie Kinder und Jugendliche mit emotionalen und mit Verhaltensstörungen. Durch den Einsatz entsprechender pädagogischer und therapeutischer Maßnahmen fördern sie vorhandene Fähigkeiten und beugen Behinderung und sozialer Ausgrenzung vor. Mehr zum Berufsbild und Qualifizierung unter berufenet.arbeitsagentur.de [letzter Zugriff am 20.09.2019].

¹³ Integrationskräfte arbeiten im Gegensatz zu den Erzieher_innen lediglich mit einem einzigen Kind. Das Ziel der Integration besteht darin, behinderte Kinder nicht auszugrenzen, sondern aktiv in den Kindergartenalltag miteinzubeziehen. Sie sind immer dann zur Stelle, wenn ein Eingreifen / eine individuelle Unterstützung notwendig ist. Bislang stellt der Beruf des Integrations- oder Inklusionshelfers kein anerkanntes Berufsbild dar. Dieser Missstand führt dazu, dass viele Integrationskräfte zwar über eine Berufsausbildung in einem ähnlichen Bereich verfügen, jedoch keine klaren Richtlinien vorgegeben sind.

¹⁴ Inklusionserzieher_innen sind Erzieher_innen mit staatlicher Anerkennung, die (berufsbegleitend) eine Zusatzqualifikation abgeschlossen haben, um für eine gemeinsame Betreuung von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege zum Einsatz zu kommen (ist z.B. in Berlin verpflichtend).

- Eine **Evaluation bzw. Begleitung des Prozesses** der Implementierung zur Fortentwicklung ist zwingend notwendig. Dabei sollten folgende Aspekte zwingend „mitgedacht“ werden:
 - Evaluation der Gestaltung und Formulierungen in den Bögen sind wichtig, aber noch wichtiger ist nachfolgende Erkenntnis, dass im Zuge der Bedarfsermittlung funktionierende Prozesse die zentrale Voraussetzung für deren Wirksamkeit sind.
 - Die Evaluation der Prozesse sollte zwingend genutzt werden, um mögliche „Anfangskrankheiten“ zu beheben bzw. die Bedarfsermittlung in Brandenburg weiter zu entwickeln.
 - Es braucht Zeit, die Evaluation vorzubereiten. Aber: Dies ist gut investierte Zeit!

Was haben wir (schon) in Brandenburg? Förder- und Behandlungspläne für die Frühförderung

Impulsbeitrag: Gitta Hüttmann
Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg

Zentrale Schwerpunkte / Ziele des Vortrages:

- Eine ICF-orientierte Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung im Kontext der Frühförderung sollte mittels eines interdisziplinären Förder- und Behandlungsplan erfolgen. Eine Trennung der interdisziplinären Diagnostik von der Bedarfsermittlung darf nicht beabsichtigt werden. Im Zuge der ICF-orientierten Weiterentwicklung gehören diese beiden Prozesse zusammen.
- Ein interdisziplinärer Förder- und Behandlungsplan muss alle relevanten Kontextfaktoren und deren Wechselwirkungen zu berücksichtigen. Daher ist der Einbezug aller Beteiligten notwendig.
- Eine Orientierung an einem Verfahrensablauf als integrierter Bestandteil eines Förder- und Behandlungsplanes unterstützt die Multiperspektive, die Kooperation aller Beteiligten sowie die Erschließung von Synergieeffekten.

Die Vortragsfolien finden Sie [hier](#).

Im Austausch wurden u.a. folgende Aspekte deutlich:

- **Kooperation und Austausch auf allen Ebenen** ist noch notwendig (von der Ebene des Sozialraums des Kindes, über regionale Ebenen bis hin zur Landesebene).
- Unter den Akteuren in den verschiedenen Gremien / Institutionen / Trägern besteht bereits ein guter und konstruktiver Austausch, auf dem sich aufbauen lässt.
- **Komplexleistung Frühförderung** schließt folgende Komponenten ein:
 - offenes, niedrigschwelliges Beratungsangebot / Erstgespräch Frühförderung
 - interdisziplinäre Diagnostik und Bedarfsermittlung (Förder- und Behandlungsplan)
 - heilpädagogische und medizinisch / therapeutische Leistungserbringung (interdisziplinäre Frühförderung)¹⁵
- Frage der Anwendbarkeit von SGB IX und VIII im frühkindlichen Bereich: Kann bei Kindern mit seelischer Behinderung § 35a SGB VIII angewendet werden oder ggf. auch die FrühVO lt. § 23 SGB IX?
- **Förder- und Behandlungsplan** ist zu empfehlen und deren Anwendung über die Frühförderung hinaus liegt in der fachlichen Verantwortung von Ärzten und Pädagogen in enger Kooperation mit dem letztlich bedarfsermittelnden örtlichen Träger der Eingliederungshilfe (i.S. einer gemeinsamen Bedarfsermittlung). ICF -CY dient zur Findung einer gemeinsamen Sprache. Den **Teilhabeplan** verantwortet der jeweils zuständige Reha-Träger.
- Es besteht ein großes Interesse an einem landesweit verbindlichen / einheitlichen **Verfahrensablauf**. Wenn es gelingen würde, den Verfahrensablauf Komplexleistung in Brandenburg verbindlich zu machen, dann hätten wir **für alle Kinder gleiche Zugangschancen** zu Förder- und Behandlungsleistungen.¹⁶ (Derzeit gelingt dies nur, wenn früher Einbezug der Landkreise, wie z.B. im Landkreis Ostprignitz-Ruppin, erfolgt.)
- ICF-CY sollte in den Umsetzungsplanungen mitgedacht werden.
 - D.h. auch: in anstehender Kita-Gesetzesnovelle sollten strukturelle Rahmenbedingungen (u.a. notwendige Zeit und Ressourcen) sowie notwendige prozessorientierte Kompetenzen berücksichtigt werden.

¹⁵ Heil- und Hilfsmittel sind nicht Bestandteil der Komplexleistung und sind i.d.R. bei Krankenkasse oder Sozialamt als Kostenträger zu beantragen.

¹⁶ Aktuell werden ca. 70% der Förderleistungen in Frühförderstellen und 30% in Kitas erbracht.

- **Interdisziplinärer Austausch Frühförderung – Kita:** Da zu den wichtigen Bezugspersonen der Kinder nicht nur Eltern, sondern auch die Kita-Fachkräfte zählen, ist deren guter Austausch zwingend notwendig.
 - ▶ **Unterstützung und „Hilfsinstrumente“** für Kooperation sowie **gemeinsame Bedarfsermittlung** erforderlich.
 - Für Inhalte der Erstberatung ist ggf. das Instrument (Leitfaden und Gesprächsbögen aus NRW) als Orientierungshilfe eine gute Unterstützung
 - Beim koordinierenden / interdisziplinären Fachgespräch sollten Kitas mit dazu kommen (Kriterien notwendig?)

Wie machen es die anderen? Erfahrungen mit dem ICF-CY in Sächsischen Kitas

Impulsbeitrag: Michael Schiewack
selbständiger Ergotherapeut und ICF-CY-Fortbildner im Freistaat
Sachsen

Zentrale Schwerpunkte / Ziele des Vortrages:

Bei der Reflektion des Prozesses in Sachsen (seit 2011 in einzelnen Regionen), der im Vordergrund des **Vortrags** stand, wurden folgende 2 zentrale Aspekte hervorgehoben:

- Diagnosen sind wichtig, um Krankheitsverläufe und Prognosen in medizinischer Hinsicht abschätzen zu können. Allerdings können sie nicht alle Bedürfnisse der Klienten / Kinder erfassen. Das kann jedoch die ICF-CY leisten. Beide können komplementär benutzt werden, allerdings nicht synonym oder sich gegenseitig ersetzend.
- Bei Kitas, Sozialämtern, Frühförderstellen, Grundschulen und Horten standen unter anderem und vorrangig folgende Fragen im Fokus:
- Wie passt der ICF-CY zu den Konzepten der Einrichtungen / Organisationen sowie zu den Perspektiven des Kindes und deren Eltern?
- Wie bekommt man alle Teammitglieder mit?
 - ▶ Entwicklung von gemeinsamer Haltung, Gesundheitsverständnis, Kennenlernen und Entwickeln eines Verständnisses für das ICF-Modell inklusive des zugrunde liegenden bio-psychisch-sozialen Modell und seiner Logik.

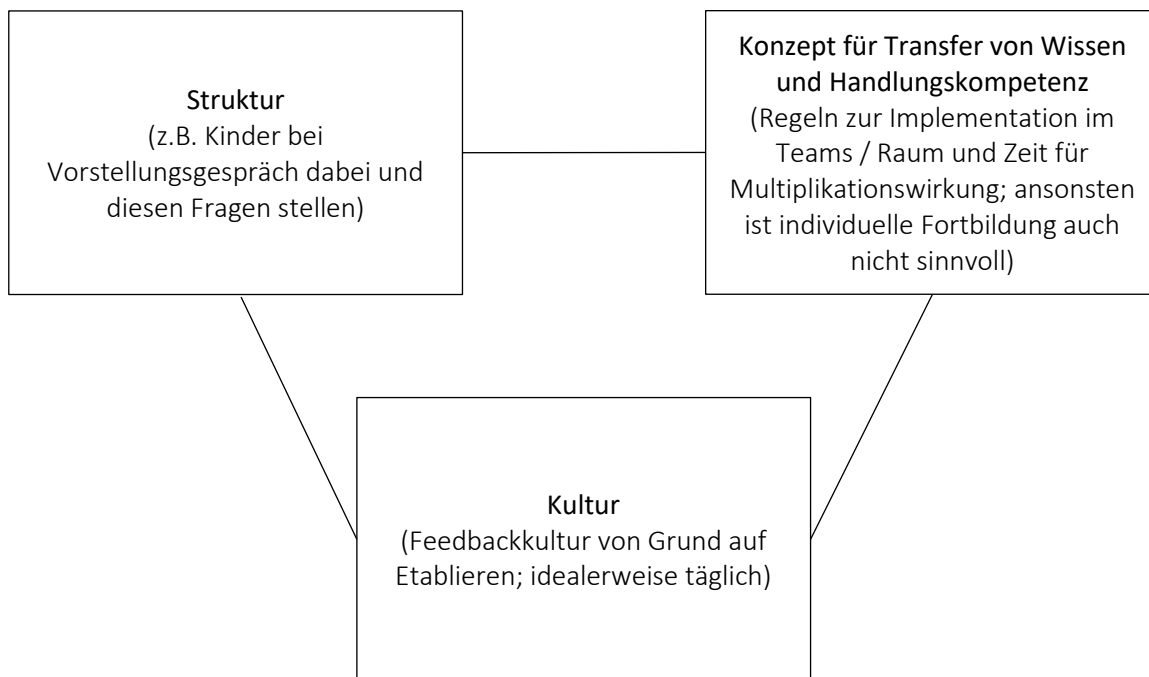
Die Vortragsfolien finden Sie [hier](#).

Im Austausch wurden u.a. folgende Aspekte und Erfahrungen deutlich:

- **Herausforderung für Brandenburg** besteht vor allem darin, das ICF-CY als Modell und Wert der gemeinsamen Sprache vermitteln.
 - Daher muss folgende Grundfrage in Unterstützungsprojekten / Fortbildungen fokussiert werden: Was ist die ICF-CY und wie passt diese zu den Einrichtungen und zu den Kindern?
 - Mit der „ICF-Brille“ auf das Kind zu schauen heißt: Alle Kinder haben Ressourcen. Und wenn eine Kita ICF-„konform“ arbeitet, heißt das, dass alle Kinder durch die „ICF-Brille“ betrachtet werden. Es erfolgt dann auch keine Unterscheidung nach Defiziten mehr; man denkt und entwickelt Maßnahmen und Aktivitäten mit einer entsprechenden Vision.
 - Erfolgt jedoch die ICF-Schulung nur für eine bestimmte Berufsgruppe, dann machen die weiter wie bisher und Konflikte sind vorherbestimmt.
 - Es reicht auf keinen Fall, Formblätter ohne Manual / Erklärung auszugeben.
- Wir laufen Gefahr, uns beim Ausfüllen des **ICF-Formulars** auf die richtige Ausfüllung zu konzentrieren und nicht darauf, was das Kind braucht, um die richtige Förderung und Unterstützung für seine eigene Entwicklung sowie für die Unterstützung der Kontextfaktoren (inklusive Familie) zu ermitteln.
- Hinweis auf App **Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen** von Muschalla B. et al: testzentrale.de (auch in englischer und italienischer Sprache verfügbar)
- Der diagnostische Blick auf Körperfunktionen / -struktur war zuerst für pädagogische Fachkräfte im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells nicht möglich zu betrachten / einzuschätzen; ist jetzt zwar etwas besser aber auch nur wenig.

- ▶ **Fokussierung der pädagogischen Fachkräfte auf alle anderen Faktordimensionen sinnvoll** (z.B. Kontext, Umwelt, Aktivität, Teilhabe), statt auf diagnostische Dimensionen
 - Erfahrungswerte: Grenzsteine der Entwicklung sind defizitorientiert und vermitteln eine Art Diagnostik; zudem belastet dies die Beziehung zu den Eltern
- Neben landesweiten Maßnahmen braucht es auch **Projektmanagement auf Landkreis-Ebene**; dabei muss die Frage im Vordergrund stehen: Wann will ich was umsetzen und was müssen die anderen dazu können?
- Für die Einrichtungen muss **Haltung im Sinne einer Trias der Organisationsentwicklung** im Fokus stehen:

Gedankenmodell
(eigene Darstellung)



- **Weitere Knackpunkte:**
 - **HPZ-Dilemma** (Heilpädagog. Zusatzqualifikation) beachten, d.h. entstehen möglicherweise Fallstricke, wenn man nur auf Körperstrukturen und -funktion schaut.
 - **Dynamische Prozessentwicklung** lässt sich nur sehr schwierig darstellen.
 - ▶ Ohne Projektmanagement für Kostenträger und Leistungserbringer kaum eine nachhaltige Umsetzung möglich.
 - Nicht nur Diagnose, sondern der Fokus muss auf die Kontextfaktoren gelegt werden und muss dann auch dortbleiben!
 - **Zeitfaktor!** Nicht außer Acht lassen, wieviel Zeit das Implementieren benötigt – nämlich Jahre! (vgl. Sachsen: dort arbeitet man seit 2011 an ICF-Orientierung und hat den Prozess noch nicht abgeschlossen).