

# Politik für Behinderte

## **Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg**

**Rahmenkonzeption 1998**



**Frühförderung behinderter  
und von Behinderung bedrohter Kinder  
in Baden-Württemberg  
Rahmenkonzeption 1998**

#### Hinweis

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von anderen Kandidaten oder Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen. Mißbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, daß dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber:

Sozialministerium Baden-Württemberg  
Schellingstraße 15  
70174 Stuttgart

Stuttgart, Juli 1998

## Vorwort

Die vorliegende "Rahmenkonzeption Frühförderung" schreibt - aufbauend auf der Rahmenkonzeption aus dem Jahr 1993 - den Stand der Entwicklung im Bereich der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg fort, zieht Bilanz zu Erreichtem und entwickelt weitergehende Perspektiven.

Sie wurde von der Arbeitsgruppe Frühförderung, der Vertreter/ innen des Sozialministeriums, des Kultusministeriums, der Landesarzt für Behinderte und Vertreter/innen aus der überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung sowie aus den verschiedenen Frühförderbereichen angehören, erarbeitet und von der Interministeriellen Kommission Frühförderung mit breitem Konsens beschlossen. Dieser Konsens ist eine gute Grundlage für eine sinnvolle und bedarfsgerechte Fortführung der Strukturen im Bereich der Frühförderung. Entscheidend für den Erfolg der Früherkennung und Frühförderung ist das enge Zusammenwirken der medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Dienste. Die zentralen Arbeitsgrundsätze für die Frühförderung - Ganzheitlichkeit, Interdisziplinarität und Familienorientierung - haben sich bewährt und sind auch tragende Prinzipien in der zukünftigen Arbeit.

Die Rahmenkonzeption beschreibt das baden-württembergische Frühfördersystem und stellt die Basis für die Weiterentwicklung der Frühförderung dar. Frühförderung ist ein unverzichtbares Element in der Kette der Rehabilitationsleistungen. Frühe Hilfen tragen wesentlich zur Vermeidung von Behinderungen und zur Prävention bei; sie liegen damit nicht nur im persönlichen Interesse betroffener Kinder und ihrer Familien, sondern haben gesamtgesellschaftliche Relevanz.

Die Weiterentwicklung der Frühförderung ist daher für die Landesregierung nach wie vor ein wichtiges sozial-, familien-, bildungs- und gesundheitspolitisches Anliegen.

Alle Personen und Stellen, Einrichtungen und Kostenträger, die in der Frühförderung-Verantwortung tragen, sind aufgerufen, in ihrem jeweiligen Bereich nach Kräften darauf hinzuwirken, daß die mit der Rahmenkonzeption verfolgten Zielsetzungen weiter Schritt für Schritt verwirklicht werden.



Dr. Erwin Vetter MdL  
Sozialminister des Landes  
Baden-Württemberg



Dr. Annette Schavan  
Kultusministerin des Landes  
Baden-Württemberg





# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Bedeutung der Frühförderung im Gesamtsystem der Rehabilitation</b> .....
<b>1.1</b>	<b>Einleitung</b> .....
<b>1.2</b>	<b>Begriffe im Bereich der Früherkennung und Frühförderung</b> .....
1.2.1	Risikokinder .....
1.2.2	Risikofaktoren.....
1.2.3	Entwicklungsverzögerungen.....
1.2.4	Behinderung .....
<b>1.3</b>	<b>Maßnahmen zur Einschränkung von Risiken und zur Verhütung von Behinderungen</b> .....
1.3.1	Medizinische Maßnahmen der Prävention.....
1.3.2	Sozialpädagogische Maßnahmen.....
<b>2.</b>	<b>Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen</b> .....
<b>2.1</b>	<b>Aufgaben und Ziele der Früherkennung</b> .....
<b>2.2</b>	<b>Gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen</b> .....
<b>2.3</b>	<b>Weiterführende Diagnostik</b> .....
2.3.1	Früherkennung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen.....
2.3.2	Früherkennung durch Kinderkliniken .....
2.3.3	Pädagogisch-psychologische Früherkennung.....
<b>2.4</b>	<b>Früherkennung von Hörbehinderungen</b> .....
<b>2.5</b>	<b>Früherkennung von Blindheit und Sehbehinderungen</b> .....
<b>3.</b>	<b>Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder</b> .....
<b>3.1</b>	<b>Aufgaben und Ziele der Frühförderung</b> .....
<b>3.2</b>	<b>Grundsätze der Frühförderung</b> .....
3.2.1	Ganzheitlichkeit .....
3.2.2	Familienorientierung .....
3.2.3	Interdisziplinarität.....
3.2.4	Regionalisierung .....
3.2.5	Kooperation und Koordination aller Hilfen .....

<b>4.</b>	<b>Frühfördersystem in Baden-Württemberg</b> .....
<b>4.1</b>	<b>Niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen, Therapeuten bzw. Therapeutinnen</b> .....
4.1.1	Aufgaben .....
4.1.2	Situations- und Bedarfsanalyse .....
4.1.3	Finanzierung .....
<b>4.2</b>	<b>Kinderkliniken und Sozialpädiatrische Zentren</b> .....
4.2.1	Aufgaben .....
4.2.2	Situations- und Bedarfsanalyse .....
4.2.3	Finanzierung .....
<b>4.3</b>	<b>Untere Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter)</b> .....
<b>4.4</b>	<b>Sonderpädagogische Beratungsstellen</b> .....
4.4.1	Aufgaben und Konzeption .....
4.4.2	Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten .....
4.4.3	Formen sonderpädagogischer Frühförderung .....
4.4.4	Diagnostische Grundlagen .....
4.4.5	Organisation .....
4.4.6	Situations- und Bedarfsanalyse .....
4.4.7	Finanzierung .....
4.4.8	Sonderpädagogische Beratungsstellen im Verbundsystem .....
4.4.9	Zusammenarbeit sonderpädagogischer Beratungsstellen mit anderen Einrichtungen und Diensten .....
<b>4.5</b>	<b>Interdisziplinäre Frühförderstellen</b> .....
4.5.1	Aufgaben und Konzeption .....
4.5.2	Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten .....
4.5.3	Formen der Frühförderung .....
4.5.4	Diagnostische Grundlagen .....
4.5.5	Organisation .....
4.5.6	Situations- und Bedarfsanalyse .....
4.5.7	Finanzierung .....
4.5.8	Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen .....
<b>4.6</b>	<b>Fachgremien/Kreisarbeitsgemeinschaften</b> .....
<b>4.7</b>	<b>Zusammenarbeit der Einrichtungen und Dienste (Vernetzung)</b> .....
4.7.1	Verbundsysteme in der Frühförderung .....
4.7.2	Kooperation der Frühfördereinrichtungen mit anderen Stellen und Einrichtungen .....
4.7.2.1	Die Zusammenarbeit zwischen Frühförderstellen und Kindertages- einrichtungen .....
4.7.2.2	Die Zusammenarbeit von Frühförderstellen mit den Familien- und Erziehungsberatungsstellen, den Familienentlastenden Diensten und Sozialstationen
4.7.2.3	Die Zusammenarbeit der Frühförderstellen mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe .....

<b>4.8</b>	<b>Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung</b> .....
4.8.1	Grundsätzliches .....
4.8.2	Aufgaben .....
4.8.3	Organisation und Institutionalisierung .....
<b>4.9</b>	<b>Interministerielle Kommission Frühförderung (IKF)</b> .....
<b>5.</b>	<b>Weiterentwicklung des baden-württembergischen Frühfördersystems</b> .....
<b>5.1</b>	<b>Perspektiven der Weiterentwicklung im medizinischen Bereich</b> .....
<b>5.2</b>	<b>Perspektiven der Weiterentwicklung in den Sonderpädagogischen Beratungsstellen und den Interdisziplinären Frühförderstellen</b> .....
5.2.1	Zur Familienorientierung .....
5.2.2	Zur Ganzheitlichkeit .....
5.2.3	Zur Interdisziplinären Zusammenarbeit/Vernetzung .....
5.2.4	Zur Regionalisierung .....
5.2.5	Zur Klärung des Arbeitsfeldes und Qualifizierung für dieses Feld .....
5.2.6	Entwicklungen und Planungen im Gesamtsystem der Frühförderung .....

## **Anlagen:**

- (1) Verzeichnis der Kinderkliniken und Sozialpädiatrischen Zentren**
- (2) Entschließung "Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) - Konzeption, Anforderungsprofil, Bedarf -"**
- (3) Verzeichnis der Sonderpädagogischen Beratungsstellen und der Interdisziplinären Frühförderstellen (jeweils nach Regierungsbezirken, Regionen und Kreisen gegliedert)**
- (4) Ergebnis der Umfrage bei den Kreisarbeitsgemeinschaften**
- (5) Modifizierte Grundsätze für die finanzielle Förderung nichtklinischer interdisziplinär besetzter Frühförderstellen sowie mobiler therapeutischer Dienste (Frühfördergrundsätze) vom 30. April 1993 in der Fassung vom 2. Mai 1995 (GABl. 1995 S. 337)**
- (6) Verwaltungsvorschrift zur Sonderpädagogischen Frühförderung vom 24. Dezember 1986 (Kultus und Unterricht 1996 S. 781)**
- (7) Auszüge aus dem Kindergartengesetz (§§ 2, 7, 8, GBl. 1996 S. 238 u. 239) und dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (§§ 16 - 21, GBl. 1996 S. 463)**
- (8) Bekanntmachung des Sozialministeriums über die Einrichtung der "Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg" vom 22. März 1994 (GABl. 1994 S. 287)**
- (9) Geschäftsordnung der Interministeriellen Kommission Frühförderung**
- (10) Entschließung "Behandlung durch nichtärztliche Therapeuten in Interdisziplinären Frühförderstellen freier und kommunaler Träger"**
- (11) Auszug aus dem Bundessozialhilfegesetz (§ 39 - 47, BGBl. I 1994 S. 654 u. 655)**
- (12) Gesamtvereinbarung über den Gesamtplan (BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)**

# 1. Bedeutung der Frühförderung im Gesamtsystem der Rehabilitation

## 1.1 Einleitung

Ziel und Inhalt aller Maßnahmen zur Rehabilitation (Eingliederung) behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen ist es, diesen entsprechend ihren persönlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten die Hilfen zu geben, die sie befähigen, am gesellschaftlichen und beruflichen Leben teilzuhaben. Dieses Ziel läßt sich nur dann erreichen, wenn zum einen ausreichend qualifizierte Hilfeangebote vorhanden sind und zum anderen die eingetretene oder drohende Behinderung rechtzeitig und richtig erkannt wird. Die Erfahrung zeigt - und in ganz besonderem Maße gilt dies für Kinder -, daß drohende Behinderungen oft vermieden und eingetretene Behinderungen und ihre Folgen gemildert oder möglicherweise sogar ganz beseitigt werden können, wenn die Risiken und Beeinträchtigungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt richtig erkannt werden und eine gezielte ganzheitliche Therapie und Förderung eingeleitet wird.

Eine entscheidende Weichenstellung erfolgt durch Maßnahmen vor, während und nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren; solche Maßnahmen sind unverzichtbare Elemente der Prävention und Entwicklungsförderung. Da viele körperliche, geistige und seelische Fähigkeiten des Kindes in der frühen Entwicklungsphase ausgebildet werden, sind die Aussichten für einen Erfolg der Therapie und Förderung am besten im Frühbereich. Versäumnisse im Neugeborenen-, Säuglings- und Kleinkindesalter können dagegen schwerwiegende Folgen haben. Mit dieser Altersgruppe befaßt sich die vorliegende Rahmenkonzeption. Maßnahmen zur Früherkennung und Frühförderung sind für die Lebensperspektive dieser Kinder von größter Bedeutung.

Hilfen der Frühförderung orientieren sich jedoch nicht nur am einzelnen Kind, sondern auch an seiner Familie und seinem Umfeld. Die Eltern/Bezugspersonen sollen angesichts der hohen Anforderungen, Verantwortung und Belastung bei der Erziehung eines behinderten Kindes, aber auch im Hinblick auf ihre veränderte Lebenssituation wirksam unterstützt werden.

Sie sollen Hilfe in Form von Informationen, Anregungen, Beratung, Begleitung und Ermutigung erhalten.

Leistungsfähige Strukturen der Früherkennung und Frühförderung sind ein dringendes sozial-, familien-, bildungs- und gesundheitspolitisches Anliegen. Eine erfolgreiche Frühförderung ist jedoch nicht nur unter vorrangig humanitären, sondern auch unter finanzpolitischen Gesichtspunkten - Vermeidung lebenslanger aufwendiger Therapie, Betreuung und Pflege, wo immer dies möglich ist - geboten. Den Ausgaben der öffentlichen Hand für Maßnahmen zur Früherkennung und Frühförderung stehen längerfristig in vielen Fällen vermeidbare finanzielle Lasten bei Früh- und Dauerinvalidität und hohe Betreuungskosten bei schweren bleibenden Behinderungen gegenüber.

Über 8 v.H. der Bevölkerung ist behindert i.S.d. Schwerbehindertengesetzes. Werden noch die unmittelbar mitbetroffenen Familienangehörigen in diese Betrachtungen miteinbezogen, so ist davon auszugehen, daß Maßnahmen zur Rehabilitation behinderter Menschen rd. ein Viertel der Bevölkerung erreichen. Der Frühförderung - als einem Teilbereich der Rehabilitation - bedürfen mindestens 6 % aller Kinder im Vorschulalter.

In Fortführung der Behindertendenkschrift des Jahres 1971 und der "Rahmenkonzeption zur Verhütung und Erkennung frühkindlicher Behinderungen sowie zur Frühförderung entwicklungsge­störter und behinderter Kinder" aus dem Jahr 1983 wurde im November 1993 die "Rahmenkonzeption zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg" veröffentlicht. Diese beinhaltet eine Reihe von Vorgaben für die Weiterentwicklung der Frühförderung in Baden-Württemberg. In der nunmehr vorliegenden Rahmenkonzeption wird aufbauend auf der Fassung von 1993 das vorhandene System der Früherkennung und Frühförderung in Baden-Württemberg dargestellt. Zudem wird einerseits Bilanz über das Erreichte gezogen und andererseits der noch bestehende Weiterentwicklungsbedarf im Bereich der Frühförderung in Baden-Württemberg aufgezeigt.

## **1.2 Begriffe im Bereich der Früherkennung und Frühförderung**

### **1.2.1 Risikokinder**

Kinder, die vor, während oder nach der Geburt besonderen Gefährdungen ausgesetzt waren, werden als Risikokinder bezeichnet. Sie bedürfen ärztlicher Überwachung. Diese ist solange erforderlich, bis eine Gesundheitsstörung bzw. Entwicklungsauffälligkeit entweder eindeutig auszuschließen ist oder aber eine behandlungsbedürftige Entwicklungsstörung erkennbar wird. Ein Risikokind braucht also noch keineswegs geschädigt, krank oder entwicklungs­gestört zu sein; die Bezeichnung "Risikokind" gibt lediglich Hinweise auf die Gefahr einer solchen Störung.

### **1.2.2 Risikofaktoren**

Die Notwendigkeit einer besonderen Überwachung wird aufgrund sog. Risikofaktoren festgestellt. Etwa 15 % aller Neugeborenen sind einem oder mehreren Risikofaktoren ausgesetzt. Zu den Risikofaktoren zählen insbesondere

Einwirkungen während der Schwangerschaft (pränatale Risiken) wie z.B.

- bestimmte Infektionskrankheiten der Mutter während der Schwangerschaft (z.B. Röteln, Toxoplasmose, Zytomegalie, Lues, Windpocken, Herpes)
- Einwirkung ionisierender Strahlen während der Frühschwangerschaft
- bestimmte andere Erkrankungen der Mutter (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Hochdruckleiden, Nierenerkrankungen)
- Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Mutter und Kind
- ungesunde Lebensweise der Mutter während der Schwangerschaft, insbesondere Mißbrauch von Alkohol, Nikotin, Drogen und Medikamenten.

Einwirkungen während der Geburt (perinatale Risiken) wie z.B.

- Frühgeburt, Mangelgeburt, Mehrlingsgeburt, regelwidrige Geburtslagen, langdauernder Geburtsverlauf, Sauerstoffmangel vor und während der Geburt
- perinatale Infektionen
- alle geburtshilftlichen Komplikationen, die Eingriffe erforderlich machen (Gefahr von Sauerstoffmangel, Verletzungen).



Risiken während der Neugeborenenperiode, im Säuglings- und Kindesalter (postnatale Risiken)  
wie z.B.

- Auswirkungen der Frühgeburt
- schwere Neugeborenenengelbsucht
- postnatale Infektionskrankheiten (z.B. Meningitis oder Encephalitis)
- andere schwere Erkrankungen mit der Gefahr von Dauerschäden
- Unfälle, Vergiftungen, Mißhandlungen.

Erbanlagen und angeborene Erkrankungen wie z.B.

- erbliche Erkrankungen der Sinnesorgane (Taubheit und Blindheit), der Nerven (z.B. Friedreich'sche Ataxie), der Muskeln (z.B. verschiedene Formen der Muskeldystrophie), des Stoffwechsels (z.B. Phenylketonurie), des Blutes (z.B. Hämophilie), der Haut, der hormonbildenden Organe (z.B. Hypothyreose, adrenogenitales Syndrom) sowie Störungen der Knochenbildung oder des Immunsystems
- chromosomale Anomalien wie Trisomie 21 (Down-Syndrom)
- andere angeborene Fehlbildungen oder Anfallskrankheit, die nicht ausschließlich erblich bedingt sind.

Psychosoziale Faktoren

- depriverende Lebensbedingungen (unzureichende Befriedigung der Grundbedürfnisse nach Nahrung, Bewegung, emotionaler Sicherheit und kommunikativer Anregung)
- psychische Störungen der Eltern oder eines Elternteils
- Alkoholismus / Drogenabhängigkeit der Eltern
- Häufung ökonomischer Probleme (beengte Wohnung, Verschuldung, Sozialhilfe)
- Überlastung bzw. Überforderung der Mutter
- eingeeengte Handlungs- und Erfahrungsmöglichkeiten.

Diese Risikofaktoren stellen Entwicklungsgefährdungen dar, die manifeste Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen zur Folge haben können, in vielen Fällen aber nicht haben müssen.

### **1.2.3 Entwicklungsverzögerungen**

Unter Entwicklungsverzögerungen sind Veränderungen körperlicher, geistiger oder seelischer (emotional-sozialer) Art zu verstehen, die noch nicht fixiert, sondern durch Therapie und Förderung zum Teil beeinflussbar sind. Entwicklungsverzögerte Kinder sind von Behinderung bedroht, d.h. die frühkindliche Entwicklungsverzögerung kann sich mit zunehmendem Alter des Kindes als Behinderung äußern.

### **1.2.4 Behinderung**

Eine Behinderung liegt vor, wenn die körperlichen, geistigen oder seelischen Fähigkeiten nicht nur vorübergehend so stark beeinträchtigt sind, daß die Eingliederung in Beruf und Gesellschaft in erheblichem Maße erschwert ist. Diese Definition entspricht dem Behindertenbegriff der Eingliederungshilfe-Verordnung zum Bundessozialhilfegesetz.



## **1.3 Maßnahmen zur Einschränkung von Risiken und zur Verhütung von Behinderungen**

### **1.3.1 Medizinische Maßnahmen der Prävention**

Maßnahmen der Prävention werden aus medizinischer Sicht üblicherweise in die Ebenen der primären, sekundären und tertiären Prävention gegliedert. Als Maßnahmen der primären Prävention werden solche verstanden, durch die der Eintritt einer folgenschweren Krankheit und Behinderung verhindert werden kann. Ein Beispiel dafür ist die Impfung gegen spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis). Mit Maßnahmen der sekundären Prävention hingegen sollen folgenschwere Krankheiten und drohende Behinderungen früh erkannt und durch früh einsetzende Behandlungs- und Fördermaßnahmen abgemildert bzw. der Eintritt einer bleibenden Behinderung vermieden werden. Sofern es dennoch zu einer bleibenden Behinderung kommt, sollen Maßnahmen der "tertiären Prävention" zu einer bestmöglichen Rehabilitation führen und die soziale Ausgrenzung des behinderten Menschen verhindern.

Gegenstand dieser Rahmenkonzeption sind vorrangig Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention/Rehabilitation. Im Hinblick auf die Prävention von Behinderungen bei Kindern soll aber auf einige primär präventive Möglichkeiten hingewiesen werden. Hierzu kann auch die humangenetische Beratung über erbliche Risiken gehören. Sie muß bei Familien, in denen bestimmte Fehlbildungen oder Erkrankungen gehäuft auftreten, nicht unbedingt zum Verzicht auf eine Schwangerschaft führen; die genetische Beratung eröffnet in vielen Fällen die Möglichkeit, trotz bestehender Risiken durch Maßnahmen während Schwangerschaft und Geburt sowie eine sofort nach der Geburt einsetzende Behandlung des Kindes bleibende Schäden zu verhüten.

## Es bestehen folgende Humangenetische Beratungsstellen:\*

### Nordwürttemberg:

Frau Dr. med. Gabriele du Bois  
Stadionstraße 6  
70771 Leinfelden-Echterdingen  
☎ (0711) 79 42 888

Abt. für Klinische Genetik an der  
Städtischen Frauenklinik Stuttgart-Berg  
Obere Straße 2  
70190 Stuttgart  
☎ (0711) 26 32-0

### Südwestwürttemberg:

Herr Dr. med. Ulrich Tettenborn  
Frauenarzt  
Hafenbad 31  
89073 Ulm  
☎ (0731) 60 10 91

Frau Dr. med. Ingeborg Hennig  
Frauenärztin  
Neue Str. 5  
72070 Tübingen  
☎ (07071) 2 38 16

Universitätsklinik Ulm  
Abt. Medizinische Genetik  
Albert-Einstein-Allee 11  
89081 Ulm  
☎ (0731) 502-3430/3431

Universitätsklinik Tübingen  
Institut für Anthropologie u. Humangenetik  
Wilhelmstr. 27  
72074 Tübingen  
☎ (07071) 297-2189

### Nordbaden:

Herr Dr. med. Dr. rer. nat.  
Juergen Greiner  
Mollstr. 49 A  
68165 Mannheim  
☎ (0621) 41 13 15

\*Auflistung der Kassenärztlichen Vereinigungen

Herr Dr. med. Jose Klapp  
Roemerstr. 1  
69115 Heidelberg  
☎ (06221) 61 01 90

Herr Dr. med. Dieter Orywall  
Klosterstr. 6  
76332 Bad Herrenalb  
☎ (07083) 80 53/54

Frau Dr. med. Marion Paul  
P 7, 4  
68161 Mannheim  
☎ (0621) 16000

Herr Dr. med. Hubert Schindler  
Lichtentaler Str. 13  
76530 Baden-Baden  
☎ (07221) 3 33 88

Frau Dr. Lily Schipperges  
Weberstr. 5  
69120 Heidelberg  
☎ (06221) 41 38 12

Herr Dr. med. Eberhard Vith  
Brunhildestr. 10  
68199 Mannheim  
☎ (0621) 81 29 20

Herr Dr. med. Guenter Voerg  
Hauptstr. 137  
69214 Eppelheim  
☎ (06221) 76 45 48

Universitätsklinik Heidelberg  
Institut für Humangenetik  
Im Neuenheimer Feld 328  
69120 Heidelberg  
☎ (06221) 565152

### Südbaden:

Universitätsklinik Freiburg  
Institut für Humangenetik u. Anthropologie  
Breisacherstr. 33  
79106 Freiburg  
☎ (0761) 2707051

Für die individuelle Entscheidung über einen etwaigen Schwangerschaftsabbruch und die damit verbundenen schwerwiegenden ethischen Fragen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften. Die heutigen Möglichkeiten einer pränatalen Diagnostik und Beratung dürfen Wertschätzung und Akzeptanz behinderten Lebens keinesfalls in Frage stellen.

Viele Risiken können durch ärztliche Beratung und Untersuchungen während der Schwangerschaft festgestellt und ggf. vermieden werden. Auf die Möglichkeit einer sonographischen Untersuchung und die Entnahme von Fruchtwasser zur pränatalen Diagnostik wird besonders hingewiesen.

Die Krankenkassen bieten Schwangerenvorsorgeuntersuchungen als Kassenleistung an. Sie sollten in etwa vierwöchentlichen Abständen von der Feststellung der Schwangerschaft bis zur Geburt regelmäßig wahrgenommen werden. Alle Befunde werden in einen Mutterpaß eingetragen, der bei allen mit Schwangerschaft und Geburt zusammenhängenden Untersuchungen vorzulegen ist.

Schließlich ist noch die Rötelschutzimpfung zu erwähnen, die von den Gesundheitsämtern kostenlos angeboten wird. Röteln sind zwar eine zumeist harmlos verlaufende Kinderkrankheit (Virusinfektion); wenn jedoch Frauen während der Schwangerschaft an Röteln erkranken, kann dies beim Kind zu schweren bleibenden Schädigungen führen.

### **1.3.2 Sozialpädagogische Maßnahmen**

Aufgabe aller Fachdienste, insbesondere der sozialen Dienste ist es, die Eltern über finanzielle und institutionelle Hilfen zur Unterstützung der Erziehung zu beraten und ungünstigen (deprivierenden) Lebensbedingungen entgegenzuwirken, die die Entwicklung des Kindes vor allem in den ersten Lebensmonaten und -jahren beeinträchtigen.

Für die emotionale, kognitive und sprachliche Entwicklung von Kindern sind Zuwendung, geeignete Erfahrungen und kommunikative Anregung gerade in den ersten Lebensmonaten und -jahren entscheidende Faktoren. Bei ungünstigen Entwicklungsbedingungen kann es zu Lernbehinderungen, Sprachbehinderungen und Verhaltensstörungen kommen.

Bei deprivierenden Umständen in den Familien ist es Aufgabe der sozialen Dienste, die Eltern darin zu unterstützen, daß Säuglinge und Kleinkinder regelmäßige und ausreichende Ernährung und Pflege erhalten, daß die Zuwendung und emotionale Nähe einer Person ihnen Schutz und Sicherheit sowie kommunikative Anregung bietet und daß ihnen altersgemäße Handlungs- und Erfahrungsmöglichkeiten eröffnet werden. Die Ausweitung des kindlichen Handlungs- und Erfahrungsraumes und seine Eigenaktivität im Spiel sollen auf der Grundlage eines realisierbaren Erziehungskonzeptes angeregt und unterstützt werden (s. auch 4.7.2.3).

## **2. Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen**

### **2.1 Aufgaben und Ziele der Früherkennung**

Das frühzeitige Erkennen von Entwicklungsgefährdungen und -verzögerungen sowie Behinderungen ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung und Förderung. Maßnahmen der Früherkennung sollen daher zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen und fachkundig durchgeführt werden. Diagnostische und therapeutische Leistungen sowie pädagogisch-psychologische Fördermaßnahmen sollen wohnortnah und nach Möglichkeit interdisziplinär angeboten werden.

Die Realisierung dieser Forderungen wird durch ein System ermöglicht, in dem Früherkennungsmaßnahmen teils durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, teils durch Einrichtungen verschiedener Leistungsträger mit speziellen Möglichkeiten zur Diagnose, Behandlung und Förderung flächendeckend angeboten werden.

### **2.2 Gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen**

Die Maßnahmen zur Früherkennung umfassen zunächst die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen U1 - U9, die bei allen Kindern von der Geburt bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres in festgelegten Abständen durchgeführt werden.

Seit 1971 gehören diese Untersuchungen zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Art und Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchungen werden durch die Kinderrichtlinien gesetzlich geregelt.

Das Programm umfaßt folgende Untersuchungstermine (U):

- U 1: unmittelbar nach der Geburt
- U 2: 3. - 10. Lebenstag
- U 3: 4. - 6. Lebenswoche
- U 4: 3. - 4. Lebensmonat
- U 5: 6. - 7. Lebensmonat
- U 6: 10. - 12. Lebensmonat
- U 7: 21. - 24. Lebensmonat (im 2. Lebensjahr)
- U 8: 43. - 48. Lebensmonat (im 4. Lebensjahr)
- U 9: 60. - 64. Lebensmonat (im 6. Lebensjahr).

Inhalt und Rahmen dieses Früherkennungsprogramms sind gesetzlich geregelt (§ 25 Abs. 3 SGB V):

1. Es muß sich um Krankheiten handeln, die wirksam behandelt werden können.
2. Das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten muß durch diagnostische Methoden erfaßbar sein.
3. Die Krankheitszeichen müssen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sein.
4. Es müssen genügend Ärzte und Ärztinnen sowie Einrichtungen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

Das Früherkennungsprogramm für Kinder soll diejenigen Störungen und Krankheiten umfassen, durch die eine altersgemäße körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährdet ist. Das Früherkennungsprogramm bei Kindern umfaßt deshalb neben den Störungen und Krankheiten der Neugeborenenperiode folgende Krankheitsgruppen:

- Stoffwechselkrankheiten
- endokrine Störungen
- Entwicklungs- und Verhaltensstörungen
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
- Fehlbildungen oder Krankheiten der Atmungs- oder Verdauungs- und Geschlechtsorgane sowie des Skeletts und der Muskulatur, der Haut und des Herzens.

In der Regel werden die ersten beiden Vorsorgeuntersuchungen (U 1 und U 2) noch von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen durchgeführt. Zusammen mit der körperlichen Untersuchung bei U 1 wird auch eine Laboruntersuchung auf Stoffwechselerkrankungen und Schilddrüsenunterfunktion durchgeführt. Angeborene Stoffwechselerkrankungen wie die Phenylketonurie und die Galaktosämie, aber auch die angeborene Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) beeinträchtigen die körperliche und geistige Entwicklung eines Kindes schwer. Nur eine frühzeitig einsetzende Behandlung mit spezieller Diät oder Verabreichung von Schilddrüsenhormonen kann solche schwerwiegenden Folgen verhindern. Darüber hinaus kann bei den Neugeborenen ein Suchtest auf Mukoviscidose vorgenommen werden. Diese erbliche Erkrankung führt zu schweren funktionellen Störungen der Atmungs- und Verdauungsorgane und zu zunehmender körperlicher Behinderung. Früh beginnende, gezielte und konsequente Behandlung kann den Verlauf und die Auswirkung dieser Erkrankung mildern und verzögern.

Später manifest werdende und erkennbare Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen sollen durch die weiteren Früherkennungsuntersuchungen U 3 bis U 9 aufgedeckt werden.

Die Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen betragen in Baden-Württemberg (Stand Ende 1996) : U1: 99%, U2:97,7%, U3:96,9%, U4: 96,5%: U5:95,8%, U6:95,4%, U7:93,8%, U8:90,4% und U9:71,3%.

Die möglichst frühzeitige Erfassung einer drohenden oder bereits eingetretenen Behinderung hängt jedoch nicht allein von der Zahl, sondern weitgehend auch von der Qualität der durchgeführten Untersuchungen ab. Damit haben die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen, insbesondere die niedergelassenen Kinderärzte und Kinderärztinnen, im System der Früherkennung eine wichtige Aufgabe und damit verbunden eine große Verantwortung. Durch die verstärkte medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung auf dem Gebiet der Früherkennung sind in den zurückliegenden Jahren sowohl die einschlägigen Kenntnisse als auch das Interesse der Ärzte und Ärztinnen an dieser Problematik erheblich gewachsen.

## **2.3 Weiterführende Diagnostik**

Die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für alle Kinder von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr stellen eine sog. Screening- oder Filteruntersuchung dar. Kinder, die bei diesen Screening-Untersuchungen Auffälligkeiten zeigen sowie Kinder, bei denen schon bei der Geburt ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsgefährdungen vorlag, sollen einer gezielten medi-



zinischen und pädagogisch-psychologischen Diagnostik zugeführt werden. Hierbei sollen Art und Schweregrad einer Entwicklungsverzögerung oder Behinderung abgeklärt und die erforderlichen Therapie- und Fördermaßnahmen in die Wege geleitet werden. Schließlich soll dabei ein möglichst umfassender Therapie- und Förderplan aufgestellt werden. Bei allen schwierigeren Fällen ist die weiterführende Diagnostik gekennzeichnet durch die Zusammenarbeit in einem kompetenten interdisziplinären Team, dem neben Ärzten und Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen auch Psychologen und Psychologinnen, Pädagogen und Pädagoginnen, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Logopäden und Logopädinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen oder andere Fachkräfte angehören sollen.

Im folgenden wird das Konzept eines dezentralen, abgestuften Systems der Früherkennung dargestellt.

### **2.3.1 Früherkennung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen**

Die überwiegende Zahl aller Früherkennungsuntersuchungen wird durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, insbesondere Kinderärzte und Kinderärztinnen durchgeführt. Werden bei einer Früherkennungsuntersuchung Auffälligkeiten bei einem Kind oder seinem Umfeld entdeckt, die den Verdacht auf eine Entwicklungsgefährdung nahelegen, gibt dies Anlaß zu weiteren gezielten Untersuchungen, die zunächst durch niedergelassene Spezialisten, insbesondere Kinderärzte und Kinderärztinnen mit neuropädiatrischen und entwicklungsneurologischen Erfahrungen, durchgeführt werden. Diese können aufgrund ihrer Ergebnisse entweder weitere fachärztliche Untersuchungen, etwa durch einen Orthopäden, eine Orthopädin, Hals-Nasen-Ohrenarzt, eine Hals-Nasen-Ohrenärztin oder einen Augenarzt, eine Augenärztin durchführen lassen oder weitere Untersuchungen in einer dafür geeigneten Institution veranlassen.

### **2.3.2 Früherkennung durch Kinderkliniken**

In den Kinderkliniken, neuropädiatrischen Abteilungen und Sozialpädiatrischen Zentren bietet eine spezialisierte apparative Ausstattung, z.B. im Bereich der Elektroencephalographie, Elektromyographie, Röntgen- und Nuklear diagnostik und die Verfügbarkeit verschiedener Fachkräfte die Möglichkeit einer gezielten Diagnostik in schwierigen Fällen. Auf der Grundlage der Diagnose läßt sich dann ein Therapieplan erstellen.

In bestimmten Situationen, wie z.B. bei extrem untergewichtigen Frühgeborenen, ist die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklungsgefährdung wesentlich höher als bei Kindern ohne solche Risikofaktoren. Für diese "Risikokinder" haben manche Kinderkliniken spezielle Sprechstunden eingerichtet, durch die eine engmaschige Beobachtung der Entwicklung erreicht werden soll.

### **2.3.3 Pädagogisch-psychologische Früherkennung**

Pädagogisch-psychologische und medizinische Diagnostik ergänzen einander. Die Ergebnisse der beiden Gebiete sollen unter den Fachleuten ausgetauscht werden und bilden die gemeinsame Grundlage für die Diagnosestellung. Dies bedeutet, daß für jedes entwicklungsverzögerte oder behinderte Kind, das in einer Frühförderstelle oder Sonderpädagogischen Beratungsstelle vorgestellt wird, Informationen über die medizinischen Befunde erbeten werden bzw. den Eltern empfohlen wird, einen (Fach-) Arzt oder eine (Fach-)Ärztin aufzusuchen. Dabei ist immer darauf zu achten, daß Eltern aufgrund des Datenschutzes allein darüber zu entscheiden haben, ob ein Austausch der Informationen zwischen den Fachleuten stattfinden darf.

In diesem diagnostischen Prozeß hat auch die Sozialarbeit ihren Platz, weil der sozialen Situation der Familie bei der pädagogisch-psychologischen, aber auch bei der medizinischen Diagnose unbedingt Beachtung geschenkt werden muß.

Bei der pädagogisch-psychologischen Diagnostik können die Wahl des richtigen Zeitpunkts, die Inhalte der Information über die Diagnose, die daraus abgeleiteten Empfehlungen und die Art der Gesprächsführung die Einstellung der Eltern zu ihrem Kind und die Entwicklung der Interaktion zwischen Eltern und Kind beeinflussen.

Es hat sich als günstig erwiesen, die Diagnose stufenweise als Verlaufsdiagnose aufzubauen: Bei jedem Kind, das vorgestellt wird, ist zunächst eine Erstdiagnose zu erstellen, bevor eine Maßnahme zur Frühförderung eingeleitet wird. Die dabei erfaßten Informationen sind Grundlagen für Hypothesen über Art und Ursachen der Störung über den derzeitigen Entwicklungsstand und über die zu erwartenden Kompetenzen des Kindes. Daraus wird der voraussichtliche Beratungs- und Förderbedarf abgeleitet. Durch jede weitere Diagnose, auch im Kontext der Förderung, wird die frühere Diagnose überprüft und erforderlichenfalls revidiert. Damit soll einerseits erreicht werden, daß der Grad der Gültigkeit der Aussagen erhöht wird; andererseits soll gewährleistet werden, daß das Kind in seiner Entwicklung nicht "festgelegt" wird - wie dies durch eine Statusdiagnose geschehen kann -, sondern daß jeweils seine aktuellen Entwicklungsmöglichkeiten erkannt werden, die für die individuelle Förderung maßgeblich sind.

Mit den Eltern wird gemeinsam ein ganzheitliches Bild von den Fähigkeiten und Schwierigkeiten ihres Kindes entworfen. Solche Beratungsgespräche haben große Bedeutung für die gesamte Familie des behinderten Kindes und für das Kind selbst. Die Chancen zur Veränderung des Verhaltens und der Einstellung gegenüber dem Kind sind oft in diesen Beratungsgesprächen angelegt. Gemeinsam soll auch beraten werden, welche Interventionen zur Förderung des Kindes erforderlich und, auch im Hinblick auf die konkrete Lebenssituation des Kindes, möglich sind. In diese Überlegungen werden die zuvor von anderen Beteiligten erhaltenen Informationen einbezogen.

Die Erstellung einer differenzierten Diagnose setzt spezielle fachliche Kompetenz voraus:

- Große Erfahrung im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern
- Sensibilität für die schwierige Situation der Eltern und der Familie
- Umfassende entwicklungspsychologische Kenntnisse, um die Beobachtung des kindlichen Verhaltens während der Untersuchung und später richtig einordnen zu können
- Kenntnis der einschlägigen Verfahren zur Erfassung der kognitiven, emotional-sozialen, kommunikativen und motorischen Entwicklung
- Kenntnis von Möglichkeiten und Wirkungen verschiedener pädagogisch-psychologischer Interventionen wie z.B. Elternberatung und -anleitung, pädagogische Einzel- und Gruppenfrühförderung mit und ohne Anwesenheit der Eltern

## **2.4 Früherkennung von Hörbehinderungen**

Angeborene, für die sprachliche und allgemeine Entwicklung des Kindes bedeutsame Hörschädigungen finden sich in einer Häufigkeit von etwa 1 zu 1000 Neugeborenen, vor allem nach Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, aber auch aufgrund genetischer Belastungen. Dazu kommen früherworbene Hörschädigungen nach bestimmten Infektionskrankheiten in etwa gleicher Zahl.

Wegen des engen Zusammenhangs von Gehör und Sprache und deren Bedeutung für die gesamte Entwicklung des Kindes ist eine frühzeitige Diagnose, die Einleitung medizinisch-therapeutischer und die meist langjährige Durchführung pädagogischer Maßnahmen außerordentlich wichtig. Bei dem heutigen Stand der Technik wird die Erkennung einer hochgradigen Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit im Säuglingsalter gefordert, damit spätestens bis zum Alter von 12 Monaten eine Hörgeräteversorgung und Beginn einer entsprechenden Therapie erfolgen kann. Je früher eine solche Diagnose gestellt wird, desto größer ist die Chance, durch gezielte Förderung (Hörerziehung) das jeweils verbliebene Hörvermögen zu entwickeln und für die spätere Lautsprachentwicklung zu nutzen. Wird die Hörschädigung zu spät (nach Ausreifung der Hörbahnen) entdeckt, verringern sich die Chancen des Kindes selbst bei guter Hörgeräteversorgung und intensiver pädagogischer Förderung.

Hinzu kommt, daß die Zahl der hörbehinderten Kinder, die operativ mit einem Cochlear-Implant-System (CI) versorgt werden können und damit ein besseres Hörvermögen erhalten, ständig zunimmt. Diese Operation ist inzwischen auch bei kleinen Kindern möglich. Die jetzigen Nachuntersuchungen zeigen, daß bei Durchführung im 2. - 4. Lebensjahr die besten Ergebnisse des Hörvermögens und der Lautsprachentwicklung erreicht werden. Auch dafür ist eine frühe Diagnostik der Hörstörungen unbedingt erforderlich.

Obwohl in den letzten Jahren Hörschädigungen in immer früherem Lebensalter erkannt werden, wird Gehörlosigkeit bei über der Hälfte aller betroffenen Kinder erst im 2. Lebensjahr, Schwerhörigkeit oft erst im 3. Lebensjahr diagnostiziert. In einer Expertenrunde werden daher Verbesserungsvorschläge zur früheren Erkennung von Hörstörungen erarbeitet. Bei einer landesweiten Umsetzung ist eine gezielte Befragung der Eltern, die bei der frühen Diagnostik eine entscheidende Rolle spielen, und eine genauere Hördiagnostik vorgesehen. Beides soll möglichst mit den Vorsorgeuntersuchungen verbunden werden.

Für eine differenzierte Diagnostik, zur Durchführung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und zur Hörgeräteanpassung stehen speziell ausgerichtete HNO-Kliniken (Pädaudiologie) zur Verfügung. Angesichts der immer noch zu späten Erkennung von Hörschädigungen und der sich daraus ergebenden Folgeschäden müßten vermehrt frei praktizierende HNO-Fachärzte und Fachärztinnen sowie Kinderärzte und Kinderärztinnen in die Früherkennung einbezogen und qualifiziert werden. Notwendig ist auch eine Sensibilisierung aller Bezugspersonen (Eltern, aber auch Fachpersonal) hinsichtlich des Hörverhaltens der von ihnen betreuten Kinder.

Frühförderung im Sinne von Basisförderung, Hörerziehung und Sprachanbahnung wird von Sonderpädagogischen Beratungsstellen an den Staatlichen und Privaten Schulen für Gehörlose und Schwerhörige, entsprechenden anderen Einrichtungen und mitunter auch von frei praktizierenden Logopäden/Logopädinnen durchgeführt.

## **2.5 Früherkennung von Blindheit und Sehbehinderungen**

Erhebliche Sehschädigungen (Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung) sind bei Kindern relativ selten; zunehmend treten sie in Verbindung mit weiteren Behinderungen auf. Angeborene Sehschädigungen können erblich bedingt sein. Daneben können aber auch Infektionen in der Schwangerschaft oder prä-, peri- und postnatale Einwirkungen zu Sehschädigungen führen. Ebenso wie eine erhebliche Schwerhörigkeit beeinträchtigen schwerwiegende Sehstörungen in besonderem Maße die allgemeine Entwicklung. Die Früherkennung wird von niedergelassenen Kinderärz-



ten und Kinderärztinnen, Augenärzten und Augenärztinnen und von Ärzten und Ärztinnen in Augenkliniken durchgeführt, die dann die weitere medizinische Behandlung vornehmen. Insbesondere bei Sehbehinderungen sind noch zu wenige geeignete Früherkennungsverfahren eingeführt, so daß die Beeinträchtigung häufig erst mit dem Schuleintritt erkannt wird. Um den betroffenen Kindern die Erfahrung ihrer Umwelt zu ermöglichen, sind neben medizinischen Maßnahmen besondere frühe Hilfen erforderlich. Die spezifische Förderung soll nach Möglichkeit im häuslichen Bereich bzw. im Umfeld des Kindes erfolgen. Sowohl bei der Früherkennung als auch bei der Förderung ist eine enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in der Frühförderung notwendig, da Sehschädigungen häufig mit anderen Behinderungen gekoppelt sind.

In Baden-Württemberg wurde schon frühzeitig eine sonderpädagogische Frühförderung sehgeschädigter Kinder eingeführt. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Sonderpädagogischen Beratungsstellen an Schulen für Blinde und Sehbehinderte bieten zum frühestmöglichen Zeitpunkt eine Förderung im Elternhaus an, beraten die Eltern über geeignete Fördermaßnahmen und betreuen sehgeschädigte Kinder auch in allgemeinen Kindergärten.

### **3. Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder**

#### **3.1 Aufgaben und Ziele der Frühförderung**

Die Frühförderung ist ein Hilfeangebot für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder vom Zeitpunkt der Geburt an bis zur Aufnahme in einen Schulkindergarten oder bis zum Schuleintritt. Da frühe Hilfen die wirksamsten Hilfen sind, will die Frühförderung bei diesem Personenkreis drohenden Behinderungen begegnen und Auswirkungen vorhandener Behinderungen mildern. In vielen Fällen geht es auch darum, die betroffenen Kinder und ihre Angehörigen dabei zu begleiten, mit einer Behinderung umzugehen und leben zu lernen. Insgesamt kann Frühförderung als ein Sammelbegriff für alle Maßnahmen und Angebote in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Beratung und pädagogische Förderung ("Früherziehung") verstanden werden. Diese unterschiedlichen Aufgabenstellungen greifen ineinander und stehen in einer Wechselbeziehung.

Die Angebote der Frühförderung richten sich an einen unterschiedlichen Personenkreis. Dazu gehören beispielsweise Kinder, deren Entwicklung verzögert ist, Risikokinder, d.h. Kinder, die vor, während oder nach der Geburt besonderen Gefährdungen ausgesetzt waren, Kinder mit geistigen Behinderungen und Mehrfachbehinderungen, Kinder mit Körperbehinderungen einschließlich der Seh- und Hörschädigungen, Kinder, deren Sprachentwicklung oder Sprachfähigkeit beeinträchtigt ist, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und sozial benachteiligte Kinder.

In jedem Fall orientieren sich die Hilfen sowohl am einzelnen Kind als auch an seiner Familie. Sie verfolgen in der jeweils individuell angemessenen Form das Ziel, dem betroffenen Kind bestmögliche Entwicklungschancen und eine optimale Entfaltung seiner Fähigkeiten zu bieten. Die Arbeit der Fachkräfte mit dem Kind bedarf zu ihrer Wirksamkeit der intensiven Kooperation mit den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten. Diese benötigen in der Regel Beratung, Begleitung und Ermutigung, um ihre eigenen Kompetenzen zu entdecken und um den Herausforderungen ihrer speziellen Lebenssituation gewachsen zu sein.

Fachleute in der Frühförderung müssen die Belastbarkeit der Eltern sensibel wahrnehmen und die eigenen fachlichen Grenzen beachten. So können als Folge unzureichender seelischer Verarbeitung der Behinderung bei den Eltern emotionale Störungen und Probleme in der Beziehung zu ihrem Kind auftreten, die die weitere Entwicklung des Kindes hemmen und gefährden können. In solchen Fällen kann psychologische, psychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung notwendig sein.

Frühe Hilfen verstehen sich als offenes Angebot, für das sich die Eltern selbst entscheiden.

## **3.2 Grundsätze der Frühförderung**

Das Gesamtsystem der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder soll den Grundsätzen der Ganzheitlichkeit, der Familienorientierung, der Interdisziplinarität, der Regionalisierung und der Koordinierung aller Maßnahmen entsprechen.

### **3.2.1 Ganzheitlichkeit**

Leitlinie der Frühförderung soll ein ganzheitliches Konzept sein, das sich am Kind als Gesamtpersönlichkeit in seiner sozialen Umwelt orientiert. Frühförderung versteht sich dabei als Entwicklungsförderung, die alle Aspekte der kindlichen Entwicklung berücksichtigt (psychomotorische, kognitive, soziale, kommunikative und emotionale). Sie baut auf dem auf, was das einzelne Kind kann und hilft ihm, seine eigenen Kompetenzen und sein Selbstvertrauen zu entwickeln und zu erweitern. Behinderungsspezifische Hilfen zum Aufbau bestimmter Funktionen oder Fertigkeiten sind in dieses ganzheitliche Förderkonzept zu integrieren.

### **3.2.2 Familienorientierung**

Angesichts der schwierigen Aufgaben und Anforderungen, die an die Familien mit einem möglicherweise behinderten Kind gestellt werden, muß die Zusammenarbeit mit den Eltern und deren Beratung ein integraler Bestandteil jeder Frühförderung sein. Das Prinzip der Familienorientierung in der Frühförderung betont die Notwendigkeit, bei allen Maßnahmen die gesamte Familie in Betracht zu ziehen und die Eltern im Zusammenleben mit ihrem behinderten Kind oder von Behinderung bedrohten Kind zu unterstützen, zu begleiten, in ihrer Kompetenz zu bestärken und ggf. zu entlasten.

Im Rahmen einer förderungsbegleitenden Zusammenarbeit nehmen die Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter eine eigene und gleichberechtigte Rolle neben den Fachleuten in der Frühförderung ein. Erstere entscheiden im Rahmen ihres Sorgerechts grundsätzlich eigenverantwortlich über alle Maßnahmen, die das Kind betreffen.

Eine wichtige praktische Konsequenz, die sich aus der Familienorientierung ergibt, ist die Möglichkeit der mobilen Frühförderung. Neben ambulanten Maßnahmen in den Frühfördereinrichtungen muß es im Rahmen von Hausfrühförderung auch möglich sein, das Kind in seiner Alltagssituation in der Familie oder im allgemeinen Kindergarten zu erreichen. Familienorientierung setzt außerdem eine leichte Zugänglichkeit der Frühförderstellen voraus; dies berührt das wohnortnahe Angebot und die räumliche Unterbringung der Einrichtung.

### 3.2.3 Interdisziplinarität

Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ist eine Aufgabe, die nur in fachübergreifender Arbeit angemessen erfüllt werden kann. Die verschiedenen Bedürfnisse und Ansprüche des in seiner Entwicklung gefährdeten Kindes und seiner Familie sowie die begrenzten Möglichkeiten einer einzelnen Fachdisziplin, all diesen Anforderungen in ganzheitlicher Weise gerecht werden zu können, erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem medizinischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Bereich. Im einzelnen können Fachkräfte der folgenden Berufsgruppen tätig sein:

- medizinischer Bereich: Arzt bzw. Ärztin (Kinderarzt bzw. Kinderärztin, aber auch anderer Facharzt bzw. andere Fachärztin), Physiotherapeut bzw. Physiotherapeutin (Krankengymnast bzw. Krankengymnastin), Logopäde bzw. Logopädin, Ergotherapeut bzw. Ergotherapeutin (Beschäftigungstherapeut bzw. Beschäftigungstherapeutin)
- pädagogischer Bereich: Diplompädagoge bzw. Diplompädagogin, Sonderpädagoge bzw. Sonderpädagogin, Heilpädagoge bzw. Heilpädagogin, Erzieher bzw. Erzieherin (mit Zusatzqualifikation)
- psychologischer Bereich: Diplompsychologe bzw. Diplompsychologin
- sozialer Bereich: Dipl. Sozialarbeiter (FH) bzw. Dipl. Sozialarbeiterin (FH), Dipl. Sozialpädagoge (FH) bzw. Dipl. Sozialpädagogin (FH).

Unter dem Grundsatz der Interdisziplinarität ist nicht die additive Zusammenführung verschiedener Fachdisziplinen zu verstehen, sondern die gegenseitige Abstimmung und Integration der Betrachtungsweisen der Einzeldisziplinen zu einem fachübergreifenden Förderkonzept.

Unverzichtbare Grundlage dieser Förderung ist eine umfassende interdisziplinäre Diagnostik, die auf dem aufbaut, was jedes einzelne Kind kann. Diese Diagnostik ist während der Durchführung von Fördermaßnahmen laufend fortzuschreiben (Verlaufsdagnostik).

### 3.2.4 Regionalisierung

Die Landesregierung sieht in der Erhaltung und Konsolidierung des vorhandenen flächendeckenden Systems von Frühfördereinrichtungen mit einem regional begrenzten Einzugsbereich die Voraussetzung dafür, jedes förderungsbedürftige Kind überall und regelmäßig erreichen zu können. Die Konzentration von Frühfördermaßnahmen auf wenige zentrale Einrichtungen hätte zur Folge, daß weite Teile der Betroffenen von einer Nutzung dieser Angebote ausgeschlossen würden oder daran zumindest nur mit unverhältnismäßig großem zeitlichem Aufwand teilhaben könnten.

Als Orientierungsgröße für ein flächendeckendes System werden deshalb die einzelnen Stadt- und Landkreise angesehen, in denen Frühfördereinrichtungen überschaubare Gebiete versorgen. Durch die Verwirklichung des Prinzips der Regionalisierung bzw. Dezentralisierung soll sichergestellt werden, daß für jedes Kind und seine Familie in etwa gleiche Chancen im Zugang zum System der Frühförderung bestehen.

### 3.2.5 Kooperation und Koordination aller Hilfen

In der Frühförderung ist die wechselseitige Abstimmung der einzelnen Fördermaßnahmen entscheidend. Jede Hilfe, gleich welcher fachlichen Disziplin, erhält ihren Wert als Entwicklungsförderung erst dadurch, daß sie mit den anderen bei einem Kind angewandten Hilfen koordiniert und



im Rahmen eines ganzheitlichen Angebots wirksam wird. Deshalb ist die Zusammenarbeit und gegenseitige Ergänzung aller an der Förderung eines Kindes beteiligten Fachleute und Einrichtungen unverzichtbar.

Frühförderstellen erbringen aus diesem Grund ihre Leistungen in enger fachlicher Kooperation mit

- niedergelassenen Ärzten bzw. Ärztinnen und Therapeuten bzw. Therapeutinnen
- anderen lokalen und regionalen Einrichtungen und Diensten des kinder- und jugendpsychiatrischen, psychologischen, sozialen und pädagogischen Bereichs
- zentralen spezialisierten Einrichtungen (Sozialpädiatrische Zentren, Kinderkliniken, neuropädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen von Kliniken sowie spezialisierte überregionale Frühförderstellen wie z.B. Einrichtungen für sinnesgeschädigte Kinder)
- Behörden (Sozialamt, Jugendamt, Gesundheitsamt),
- Krankenkassen.

Das Zusammenwirken verschiedenartiger Maßnahmen zu einer ganzheitlichen Förderung ist durch einen umfassenden Behandlungs- und Förderplan (Gesamtplan nach § 5 Abs. 3 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, § 46 BSHG) zu sichern. In allen geeigneten Fällen, insbesondere wenn die Frühförderung mehrere Maßnahmen umfaßt oder unterschiedliche Träger und Einrichtungen daran beteiligt sind, soll der Förderplan/Gesamtplan dazu dienen, daß die einzelnen Maßnahmen möglichst nahtlos und ineinander verzahnt ablaufen können. Deshalb soll der Förderplan/Gesamtplan kontinuierlich fortzuschreibende Angaben enthalten über

- diagnostische Aussagen zur Situation des Kindes und die Gründe für die Notwendigkeit der Frühförderung,
- das Ziel und die Art der vorgesehenen Maßnahmen und Leistungen sowie deren voraussichtliche Dauer,
- die beteiligten Träger und Stellen,
- die Ergebnisse bereits durchgeführter Maßnahmen.

Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) haben die gesetzlichen Rehabilitationsträger unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine "Gesamtvereinbarung über den Gesamtplan" geschlossen (s. Anlage 12).

#### **4. Frühfördersystem in Baden-Württemberg**

Die wichtigsten Elemente und Stützpfiler des baden-württembergischen Frühfördersystems sind

- die niedergelassenen Ärzte bzw. Ärztinnen sowie Therapeuten bzw. Therapeutinnen,
- die Kinderkliniken und Sozialpädiatrischen Zentren,
- der öffentliche Gesundheitsdienst,
- die Sonderpädagogischen Beratungsstellen,
- die Interdisziplinären Frühförderstellen und
- die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung.

## 4.1 Niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen, Therapeuten bzw. Therapeutinnen

### 4.1.1 Aufgaben

Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, insbesondere Kinderärzte und Kinderärztinnen, haben im Rahmen der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter die Aufgabe, Störungen der körperlichen, motorischen, geistigen, sozial-kommunikativen und emotionalen Entwicklung sowie Seh- und Hörstörungen so früh wie möglich zu erkennen und die betroffenen Kinder im Bedarfsfall einer geeigneten weiteren Einrichtung zur Diagnostik und ggf. Therapie/ Förderung zuzuführen. Häufig sind sie die ersten Ansprechpartner für die Eltern. Damit nehmen die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen im System der Frühförderung eine wichtige Stellung ein.

Die notwendige Diagnostik kann zum Teil von den primär betreuenden Ärzten und Ärztinnen selbst durchgeführt und danach die verordnete Therapie von wohnortnah niedergelassenen medizinischen Therapeuten und Therapeutinnen wie Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sowie Logopäden und Logopädinnen übernommen werden. Vielfach bieten Interdisziplinäre Frühförderstellen umfassende Therapie- und Fördermaßnahmen an, so daß diese bereits in diesem Stadium eingeschaltet werden können. Bei diagnostisch eindeutigen Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen sollte auf jeden Fall ein Hinweis auf Hilfen durch Sonderpädagogische Beratungsstellen und Interdisziplinäre Frühförderstellen erfolgen.

Bei allen komplexen, schwerwiegenden und diagnostisch schwierig zu klärenden Entwicklungsstörungen vermittelt der Arzt bzw. die Ärztin betroffene Kinder und deren Eltern zur weiteren und speziellen Abklärung und zur Aufstellung eines Therapie- und Förderplanes an eine Einrichtung, die über die medizinischen, psychologischen, pädagogischen und therapeutischen Mittel verfügt, mit denen eine rasche und umfassende diagnostische Klärung erreicht und geeignete Interventionen begonnen werden können. In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, daß die gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen U1 - U9 ein relativ grobes Raster darstellen, bei der manche Entwicklungsstörung nicht sicher oder rechtzeitig genug erkannt wird.

Eine laufende Zusammenarbeit zwischen Frühfördereinrichtungen und den niedergelassenen Ärzten bzw. Ärztinnen und den niedergelassenen Therapeuten bzw. Therapeutinnen, ist unverzichtbar. Auch nach dem Beginn der Therapie und Förderung in einer Frühfördereinrichtung begleitet der niedergelassene Arzt bzw. die niedergelassene Ärztin durch medizinische Beobachtung die weitere Entwicklung des Kindes.

### 4.1.2 Situations- und Bedarfsanalyse

Für Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter und zur primären Betreuung von Kindern mit Entwicklungsstörungen stehen in Baden-Württemberg derzeit insgesamt 739,5 in freier Praxis niedergelassene Kinderärzte und Kinderärztinnen zur Verfügung. Nach Angaben der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sind diese regional wie folgt verteilt (Stand: 31.12.1996):

Regierungsbezirk Stuttgart:	<b>265,5</b>
Regierungsbezirk Karlsruhe:	<b>194</b>
Regierungsbezirk Freiburg:	<b>147</b>
Regierungsbezirk Tübingen:	<b>133</b>
Baden-Württemberg insgesamt:	<b>739,5</b>

Damit ist in den einzelnen Regierungsbezirken eine rechnerisch bedarfsdeckende Dichte an Kinderärzten und Kinderärztinnen vorhanden. Allerdings ist die entsprechende Arztdichte in städtischen Ballungsgebieten oft deutlich besser als in ländlichen Regionen, so daß besonders in den letztgenannten Gebieten erfahrungsgemäß nicht wenige Kinder mit Entwicklungsstörungen durch niedergelassene Ärzte und niedergelassene Ärztinnen für Allgemeinmedizin betreut und durch sie auch Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern durchgeführt werden.

Bei den Maßnahmen zur Früherkennung und Frühförderung kann auch eine Kooperation mit Ärzten und Ärztinnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch anderen Fachärzten und Fachärztinnen wie z.B. Augenärzten und Augenärztinnen und HNO-Ärzten und -Ärztinnen in Betracht kommen. Diese Kooperation wird bisher vor allem im klinischen Bereich praktiziert; sie sollte auch im ambulanten Bereich noch verstärkt werden, etwa im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften auf örtlicher oder Kreisebene.

Nach Angaben der AOK Baden-Württemberg sind in Baden-Württemberg im niedergelassenen Bereich (Stand 31.12.96) 2845 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen mit Kassenzulassung beschäftigt. Davon haben etwa 21% eine zusätzliche Qualifikation zur Behandlung von motorischen Störungen in Form einer Bobath- oder Vojta-Ausbildung. Im gesamten Landesgebiet sind 294 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen und 405 Logopäden und Logopädinnen mit Kassenzulassung niedergelassen. Nicht alle sind jedoch auf die Behandlung kindlicher Entwicklungsstörungen spezialisiert.

Insgesamt ist in allen Tätigkeitsfeldern der nichtärztlichen Therapeuten und Therapeutinnen noch ein zusätzlicher Bedarf an Fachkräften festzustellen, wobei vor allem in ländlichen Regionen die größten Defizite bestehen.

### **4.1.3 Finanzierung**

Sowohl die Leistungen niedergelassener Ärzte und Ärztinnen als auch die der niedergelassenen Therapeuten und Therapeutinnen werden durch die gesetzliche und private Krankenversicherung nach den jeweils maßgeblichen Gebührenordnungen (BMÄ/GOÄ) und Preisvereinbarungen vergütet und sind beihilfefähig.

## **4.2 Kinderkliniken und Sozialpädiatrische Zentren**

### **4.2.1 Aufgaben**

Bei unklaren Diagnosen oder schwieriger Diagnostik überweist der niedergelassene Arzt und die niedergelassene Ärztin das Kind in aller Regel an eine Kinderklinik zur weiteren Abklärung. Auf weiterführende Diagnostik und die Empfehlung geeigneter Therapiemaßnahmen sind entwicklungsneurologische und neuropädiatrische Abteilungen von Kinderkliniken sowie Sozialpädiatrische Zentren besonders spezialisiert; sie werden entweder als eigenständige Kliniken oder im Rahmen von Kliniken und pädiatrischen Fachabteilungen geführt. Hinzu kommen Behandlungsangebote kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken. In den klinischen Einrichtungen übernimmt ein interdisziplinäres Team aus Fachärzten und Fachärztinnen, Psychologen und Psychologinnen, Therapeuten und Therapeutinnen sowie pädagogischen und sozialpädagogischen Fachkräften die Aufgaben der eingehenden Diagnostik, der Ausarbeitung eines Therapie- und Förderplans und, im Laufe einer kontinuierlichen Behandlung, auch der medizinischen Supervision. In den meisten



Kliniken werden auch den Eltern besonders gefährdeter Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter (z.B. Frühgeborene) sog. „Risikosprechstunden“ angeboten.

Die genannten Leistungen werden zum Teil stationär, ganz überwiegend jedoch ambulant (sozialpädiatrische Ambulanz) erbracht. Der qualitativen und quantitativen Verbesserung einer interdisziplinär ausgerichteten ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung dient der Auf- und Ausbau Sozialpädiatrischer Zentren, wie dies die Bestimmungen der §§ 119, 43a SGB V vorsehen. Danach können solche Zentren, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, vom Zulassungsausschuß (§ 96 SGB V) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Nach § 119 Abs. 2 Satz 2 SGBV sollen die Zentren mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

Die 31 Kinderkliniken und Pädiatrischen Fachabteilungen sowie fünf kinderklinischen Spezial-einrichtungen (vgl. Anlage 1) in Baden-Württemberg übernehmen fast durchweg Aufgaben im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung (Entwicklungsrehabilitation) behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Etwa drei Viertel der Behandlungen erfolgen ambulant.

#### **4.2.2 Situations- und Bedarfsanalyse**

Von den genannten insgesamt 36 Kliniken verfügen mindestens 16 über ein komplettes interdisziplinäres Team aus Fachärzten und Fachärztinnen, Psychologen und Psychologinnen, medizinisch-therapeutischen Berufen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) sowie Pädagogen und Pädagoginnen. Insbesondere in großen Krankenhäusern und Kliniken des Landes können zudem noch andere medizinische Fachabteilungen wie Orthopädie, Phoniatrie und Pädaudiologie sowie Augenheilkunde an der Diagnostik und Behandlung beteiligt werden.

Diese Funktionsbereiche und Abteilungen an Krankenhäusern und Kliniken entsprechen somit im wesentlichen den Anforderungen, die an ein Sozialpädiatrisches Zentrum zur ambulanten Diagnostik und Behandlung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder zu stellen sind (vgl. Ziff. 2.3.2).

Dieser sozialpädiatrische Bestandteil des Frühfördersystems in Baden-Württemberg, der sich aus gewachsenen Strukturen entwickelt hat, kann niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Sonderpädagogische Beratungsstellen sowie Frühförderstellen freier und kommunaler Träger unterstützen und ergänzen. Zu diesen Ermächtigungen zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern (gem. § 119 SGB V) hat die Interministerielle Kommission Frühförderung in ihrer Sitzung am ..... eine EntschlieÙung "Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) - Konzeption, Anforderungsprofil, Bedarf" - verabschiedet (Anlage 2).

#### **4.2.3 Finanzierung**

Leistungen von Institutionen, die durch die Zulassungsausschüsse zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ermächtigt sind, werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (§ 120 Abs. 2 SGB V). Die Vergütung dieser Leistungen kann pauschaliert werden.

Die Vergütung der sozialpädiatrischen Behandlung umfaßt sowohl ärztliche als auch nichtärztliche Leistungen, insbesondere auch psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen.

gen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen (§ 43 a SGB V). Nicht (mehr) einbezogen in diese Vergütungsregelung sind die von nichtmedizinischen Fachkräften erbrachten Leistungen im Bereich der (Früh)Förderung. Somit hat der Gesetzgeber seine ursprüngliche Absicht (§ 119 SGB V a.F.), den Krankenkassen alle Kosten der Leistungen des interdisziplinären Teams eines Sozialpädiatrischen Zentrums, also auch die Kosten sämtlicher Leistungen nichtmedizinischer Fachkräfte aufzuerlegen und damit langjährige Auseinandersetzungen um die Finanzierungszuständigkeit endlich zu beenden, noch nicht verwirklichen können.

### **4.3 Untere Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter)**

Die 38 unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter der Stadt- und Landkreise) informieren im Rahmen ihrer Dienstaufgaben behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder sowie deren Sorgeberechtigte über bestehende Hilfemöglichkeiten, Beratungs- Betreuungs- und Versorgungsangebote und beraten sie bei der Wahrnehmung dieser Angebote. Sie nutzen dabei ihren diesbezüglichen Überblick, z.B. über bestehende Selbsthilfegruppen im Kreis, und dienen als Kontaktstelle für Ratsuchende in Gesundheitsfragen.

Außerdem wirken die Gesundheitsämter darauf hin, daß andere Aufgabenträger die erforderlichen Angebote und Einrichtungen auf- oder ausbauen. Im Sinne der Subsidiarität können die Gesundheitsämter, soweit diese nicht vorhanden sind, selbst zielgruppenspezifische Beratungs- und Betreuungsleistungen entwickeln und anbieten.

Die Maßnahmen erfolgen durch Ärzte und Ärztinnen sowie Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen in Form von Einzelfallhilfe, von öffentlichen Sprechtagen oder einer aufsuchenden Betreuung im Sinne von Hausbesuchen. Die Intensität ist je nach personellen und fachlichen Ressourcen unterschiedlich ausgeprägt; so spielen einige Gesundheitsämter eine wesentliche Rolle im System der Frühförderung in ihrem Bezirk.

Zur Beratung von Fachfragen besteht in einigen Stadt- bzw. Landkreisen ein "koordinierendes Fachgremium" unter Federführung des Gesundheitsamtes. Zweck dieses Fachgremiums ist die Verbesserung der Kommunikation zwischen den einzelnen Diensten, die Koordinierung der Angebote und die Beratung von Kreisarbeitsgemeinschaften für Frühförderung. Durch die Eingliederung der Gesundheitsämter in die Stadt- bzw. Landkreise können außerdem Synergieeffekte in Bezug auf entsprechende bisher schon bestehende Strukturen auf kommunaler Ebene genutzt werden.

Neben den genannten Aufgaben nehmen die Gesundheitsämter ärztliche Begutachtungen für Kostenträger von Frühförderung, insbesondere nach dem BSHG, für örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger, Schulbehörden oder Beihilfestellen vor.

Die Gesundheitsämter des Landes können jeweils Unterstützung durch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und den dort angesiedelten Landesärzten/Landesärztinnen für Behinderte erhalten.



## 4.4 Sonderpädagogische Beratungsstellen (Anlage 3)

Die Frühförderung durch Sonderpädagogische Beratungsstellen an Sonderschulen ist in Baden-Württemberg ein wichtiger Bestandteil des Gesamtgefüges der frühen Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und ihre Erziehungsberechtigten. Der Aufbau des pädagogischen Frühfördersystems begann in Baden-Württemberg Anfang der siebziger Jahre mit der Einrichtung von Sonderpädagogischen Beratungsstellen als Teil der Sonderschulen des Landes; inzwischen ist ein flächendeckendes Netz solcher Einrichtungen geschaffen worden. Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen, die wesentlich zur inhaltlichen Entwicklung des Frühförderkonzepts beigetragen haben und bisher den Hauptanteil früher pädagogischer Hilfen erbringen, sind als Element der vorliegenden Konzeption für die Frühförderung in Baden-Württemberg im Rahmen der Maßnahmen zur sozialen und schulischen Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher auch weiterhin unentbehrlich.

### 4.4.1 Aufgaben und Konzeption

Sonderpädagogische Frühförderung soll in enger Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten sowie mit anderen Einrichtungen und Diensten direkte oder indirekte Auswirkungen einer vorliegenden Schädigung oder Behinderung auf die Entwicklung des Kindes verhindern, mildern oder ausgleichen und den durch entwicklungshemmende Umstände drohenden Behinderungen entgegenwirken. Durch Maßnahmen der sonderpädagogischen Frühförderung sollen auch Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß die betroffenen Kinder - soweit irgend möglich - später den allgemeinen Kindergarten und die allgemeinen Schulen besuchen können. Damit können auch hohe finanzielle Belastungen reduziert werden, die durch einen höheren Anteil von Sonderschulplätzen bzw. ein höheres Ausmaß an sonderpädagogischen Hilfen in allgemeinen Schulen entstehen.

Die langjährigen Erfahrungen in der Praxis sowie die Ergebnisse des Forschungsauftrages (Trost, "Frühförderung in Baden-Württemberg. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Weiterentwicklung", S. 58 ff) belegen, daß sonderpädagogische Frühförderung in der Lage ist, bei einer Vielzahl betroffener Kinder, insbesondere bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen, Entwicklungsbeeinträchtigungen und Behinderungen so weit abzubauen, daß der Besuch einer Sonderschule nicht mehr erforderlich ist. Bei Kindern mit schwereren Behinderungsformen bietet die sonderpädagogische Frühförderung die Möglichkeit, ihre Entwicklung zu fördern und schwerwiegende Auswirkungen auf die Bewältigung der Anforderungen des Alltags zu mildern.

Die Lehrer und Lehrerinnen mit sonderpädagogischer Qualifikation in den Beratungsstellen haben durch ihre Ausbildung und Erfahrung im Umgang mit behinderten Kindern fachliche und kooperative Kompetenzen erworben, die auch für die vorschulischen Aufgaben und für die Förderung von Kindern mit einem Entwicklungsalter unterhalb von 6 Jahren besonders geeignet sind.

Sonderpädagogische Frühförderung will eine an der Gesamtpersönlichkeit des Kindes orientierte Entwicklungsförderung leisten, die die unterschiedlichen behinderungsspezifischen Aspekte angemessen berücksichtigt und Beratung und Anleitung der Bezugspersonen des Kindes einschließt. Der ganzheitliche Ansatz trägt der Erkenntnis Rechnung, daß psychomotorische, kognitive, emotionale, soziale und kommunikative Bereiche der kindlichen Entwicklung in enger und gegenseitig abhängiger Beziehung stehen. Dabei ist Ganzheitlichkeit nicht im Sinne einer Addition der einzelnen Funktionsbereiche zu sehen. Es geht vielmehr darum, daß Kinder in sinnvollen Handlungszusammenhängen selbst aktiv werden. Aufgabe der Erzieher und Erzieherinnen ist es daher, diese Ei-

genaktivität der Kinder wahrzunehmen und die Handlungsfelder so zu gestalten, daß diese für das jeweilige Kind Aufforderungscharakter haben. In einer so verstandenen ganzheitlichen Entwicklungsförderung spielen insbesondere die Bewegungsförderung, die Orientierung in der Umwelt, der Aufbau der sensomotorischen Entwicklung, die Erweiterung der Wahrnehmungsfähigkeit, die Förderung der sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten, die Beziehung des Kindes zu anderen Menschen sowie sein emotionales Wohlbefinden eine wichtige Rolle. Ein isoliertes Trainieren einzelner Funktionen wird damit vermieden.

Ein Hauptaufgabenfeld der sonderpädagogischen Frühförderung besteht im Angebot von Spielsituationen, in ihrer Veränderung und Anpassung an die individuellen Möglichkeiten des Kindes. Das bedeutet, daß gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten und anderen Bezugspersonen des Kindes Spielsituationen erkundet und entwickelt werden, die für das Kind interessant sind und die für angestrebte Fortschritte, z.B. in der Bewegung, der akustischen Wahrnehmung, der räumlichen Orientierung, im sprachlichen Ausdruck und in der sozialen Eingliederung einen Beitrag leisten.

Bei einzelnen Behinderungen umfaßt die Förderung auch die Aufgabe, spezifische Kompetenzen aufzubauen und zu schulen (z.B. Hörschulung, Sprachaufbau, Mobilitätserziehung). Im Bereich der sonderpädagogischen Frühförderung wird diese Schulung jedoch soweit wie möglich in für das Kind sinnvolle und bedeutsame Handlungen eingebaut.

#### **4.4.2 Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten**

Von besonderer Bedeutung für die bestmögliche Entwicklung des Kindes ist, daß dieses sich in seiner gewohnten Umgebung (Elternhaus, Kindergarten) angenommen fühlt und daß es darin mit wachsender Selbständigkeit bestehen kann. Aus diesem Grunde muß sonderpädagogische Frühförderung geeignete Fördermöglichkeiten und Hilfen für das Kind gemeinsam mit den Eltern entwickeln. Eltern und Frühförderer bringen ihre jeweiligen Kompetenzen in die Förderung und die Gestaltung der Umgebung des Kindes ein. Das Fachwissen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frühförderung und das Wissen der Eltern über ihr Kind, seine Möglichkeiten und Probleme sowie ihre Erfahrungen aus dem täglichen Zusammenleben mit dem Kind ergänzen sich in der gemeinsamen Planung der Förderung und Hilfe für das Kind.

Zusammenarbeit mit den Eltern, Beratung, Begleitung und eine der Elternrolle angemessene Anleitung sind neben der Arbeit mit dem Kind wichtige Elemente der sonderpädagogischen Frühförderung. In diese Beratung und Anleitung können außer den Erziehungsberechtigten auch andere für die Erziehung verantwortliche Personen (z.B. der Erzieher und die Erzieherin des allgemeinen Kindergartens oder der Familienhelfer und die Familienhelferin) einbezogen werden.

Ausmaß und Form der Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten orientieren sich an den jeweiligen familiären Bedingungen und Wertvorstellungen sowie an den individuellen Bedürfnissen des Kindes und seiner Familie. Sie bezweckt, als Hilfe zur Selbsthilfe, die Erziehungsberechtigten in ihren erzieherischen Fähigkeiten und Kompetenzen zu unterstützen, ihr Selbstvertrauen in die zukünftige Bewältigung gegebener Anforderungen zu stärken und gemeinsam mit ihnen zu einer realistischen Einschätzung der Situation des Kindes und der Möglichkeiten seiner Förderung zu gelangen. In einzelnen Fällen kann sich die Zusammenarbeit mit einem psychologischen Dienst als notwendig erweisen, wenn die Verarbeitung der Behinderung ihres Kindes für Eltern eine besonders starke Belastung bedeutet.

Frühförderung ist auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Eltern angewiesen. Dies beinhaltet auch den Umgang mit Informationen aus der Frühförderung: Daten und Informationen dürfen ausschließlich zum Zwecke der Frühförderung verwendet werden. Eine Verwendung für andere Zwecke (z. B. Einschulung) oder eine Weitergabe an andere Einrichtungen oder Personen darf nur im Einverständnis mit den Eltern/Erziehungsberechtigten erfolgen.

#### **4.4.3 Formen der Frühförderung**

Bei der sonderpädagogischen Frühförderung haben sich vor allem folgende Formen bewährt:

- Förderung des Kindes im Elternhaus (Hausfrühförderung, mobile Förderung)
- Individuelle Begleitung, Beratung und Anleitung der Erziehungsberechtigten im häuslichen Bereich. Die Eltern sind gleichberechtigte Partner in der Gestaltung der Frühförderung.
- Förderung des Kindes in der Beratungsstelle; (sogenannte ambulante Förderung) in Form von Einzelförderung, Fördergruppen, Spielgruppen, Psychomotorikgruppen, Schwimmgruppen u.a.
- Individuelle Begleitung, Beratung und Anleitung der Erziehungsberechtigten in der Beratungsstelle
- Diagnostik und Förderung des Kindes in Kindertageseinrichtungen einschließlich Beratung und Anleitung der Eltern sowie der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtung
- Individuelle Beratung und Anleitung von Personen, die für die Erziehung des Kindes verantwortlich sind, in entsprechenden Einrichtungen
- Eltern-Kind-Gruppen
- Gesprächskreise und andere Kontaktveranstaltungen für Erziehungsberechtigte; Elternabende, Elterngruppen, Freizeitaktivitäten, Familienseminare
- Vermittlung weiterer Hilfen
- Information über Behinderung, Fördermöglichkeiten, etc. für Erziehungsberechtigte, Erzieher und Erzieherinnen sowie andere Bezugspersonen der Kinder in Form von Informationsveranstaltungen, Elternabenden etc.
- Kontaktherstellung und -pflege mit anderen Einrichtungen und Diensten für behinderte Menschen und soweit notwendig mit Einrichtungen für die vorschulische Erziehung.

#### **4.4.4 Diagnostische Grundlagen**

Die individuelle Förderung des Kindes und die Beratung und Anleitung seiner Erziehungsberechtigten sowie anderer Bezugspersonen erfolgt auf der Grundlage von

- Beobachtungen im alltäglichen Umfeld des Kindes
- Aussagen der Eltern und anderer Bezugspersonen
- medizinischen Befunden
- Beobachtungen und Befunden der beteiligten Fachkräfte
- eigenen systematischen Beobachtungen (in Einzel- und Gruppensituationen)
- ggf. Ergebnissen entwicklungsdiagnostischer Untersuchungen und
- ggf. Ergebnissen von pädagogisch-psychologischen Untersuchungen mit geeigneten Testverfahren

Dabei müssen die jeweils getroffenen Feststellungen im Sinne einer Verlaufsdagnostik ständig überprüft und aktualisiert werden. Die zwischen den einzelnen Entwicklungsbereichen (motorische Entwicklung, Entwicklung des Denkens, soziale Entwicklung, emotionale Entwicklung, Entwicklung der Sprache usw.) bestehenden Zusammenhänge liegen nicht immer offen auf der Hand und werden zum Teil nicht sofort erkannt. Das gleiche gilt für die Zusammenhänge zwischen somatischen und sozialen Bedingungen für die Entwicklung des Kindes. Die beteiligten Personen diskutie-



ren im Einverständnis mit den Eltern gemeinsam die Ergebnisse der Diagnostik und erarbeiten daraus ein Gesamtbild. Dieses ist Grundlage für die Förderplanung. Im Interesse der gebotenen Interdisziplinarität ist daher eine enge Zusammenarbeit mit den anderen sonderpädagogischen Beratungsstellen, den Frühförderstellen freier und kommunaler Träger, den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen, den klinischen Einrichtungen, den Gesundheitsämtern, den Jugend- und Sozialämtern, den allgemeinen Kindergärten und sonstigen mit dem jeweiligen Einzelfall betrauten Stellen unverzichtbar.

Durch möglichst früh einsetzende sonderpädagogische Förderung können die späteren Eingliederungschancen des Kindes in Kindergarten, Schule, Beruf und Gesellschaft deutlich verbessert werden. Nicht rechtzeitig erfolgte Förderung kann nicht nur nachteilige Auswirkungen auf das betroffene Kind selbst haben. Auch die Familien, ebenso die pädagogischen Einrichtungen (Kindergarten oder später Schule) können durch einen verspäteten Förderbeginn zusätzlich belastet werden.

#### **4.4.5 Organisation**

Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen werden von besonders qualifizierten und ausgewählten Sonderschullehrern und Sonderschullehrerinnen geleitet. Soweit erforderlich, werden weitere Sonderschullehrer und Sonderschullehrerinnen, sonderpädagogisch ausgebildete Erziehungskräfte, beratend auch Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen sowie Beschäftigungstherapeuten und Beschäftigungstherapeutinnen aus den Schulen für Körperbehinderte, eingesetzt.

Die sonderpädagogische Frühförderung wird vom frühestmöglichen Zeitpunkt an angeboten. Die Erziehungsberechtigten können dieses Angebot für ihr Kind bis zum Schuleintritt wahrnehmen, sofern die sonderpädagogische Förderung nicht bei Aufnahme in den Schulkindergarten für behinderte Kinder von dort übernommen wird. Die sonderpädagogische Frühförderung erfolgt nur mit Einverständnis der Eltern. Sie ist für die Erziehungsberechtigten kostenlos. Der Zugang zu den Sonderpädagogischen Beratungsstellen ist an keine Voraussetzung, wie z.B. eine ärztliche Verordnung oder eine nachgewiesene Behinderung, gebunden. Die Erziehungsberechtigten können unter den Sonderpädagogischen Beratungsstellen frei wählen. Diese haben jeweils Arbeitsschwerpunkte gebildet, die in engem Zusammenhang mit der unterschiedlichen sonderpädagogischen Fachkompetenz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen stehen. So betreuen die verschiedenen Beratungsstellen schwerpunktmäßig Kinder mit bestimmten Behinderungsarten (Körperbehinderte, Geistigbehinderte, Blinde, Sehbehinderte, Gehörlose, Schwerhörige, Sprachbehinderte, lernbehinderte Kinder, Kinder mit Verhaltensproblemen).

Die behinderungsspezifische Ausrichtung der Sonderpädagogischen Beratungsstellen wird in Form der fachrichtungsspezifischen Ausbildung des Personals grundsätzlich erhalten bleiben; von einer behinderungsspezifischen Kennzeichnung dieser Beratungsstellen nach außen soll aber weitgehend abgesehen werden und von einer genauen Beschreibung des Leistungsangebotes abgelöst werden. Wichtig ist allein die geeignete Förderung für das Kind und die adäquate Zusammenarbeit mit den Eltern.

Die Differenzierung der Sonderpädagogischen Beratungsstellen nach Behinderungsarten und die Zuordnung zu entsprechenden Sonderschulen hat zur Folge, daß einem Teil der Eltern der Zugang zur Beratungsstelle schwerfällt. Ein Teil der Beratungsstellen hat diesen Zugang inzwischen durch eine neutrale Benennung und Unterbringung in "neutralen" Räumen erleichtert. Zusammenschlüsse von Sonderpädagogischen Beratungsstellen (Beratungsstellenverbund) und die Mitarbeit von Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen mit Qualifikationen in unterschiedlichen sonder-

pädagogischen Fachrichtungen (multidisziplinäre Zusammenarbeit) innerhalb einer Beratungsstelle tragen dazu bei, die Kompetenzen und das Angebotsspektrum der einzelnen Beratungsstellen zu erweitern und dadurch zum Förderort für Eltern und Kinder mit unterschiedlicher Problemstellung zu werden.

Der Tübinger Forschungsbericht (Troost aa0 S.99 ff) hat aufgezeigt, daß die Sonderpädagogischen Beratungsstellen zwar behinderungsspezifisch eingerichtet sind, daß in den einzelnen Beratungsstellen aber gleichwohl Kinder mit ganz unterschiedlichen Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen gefördert werden. Auch dies ist als Hinweis und Bestätigung dafür zu betrachten, daß eine feste Zuordnung zu den verschiedenen Behinderungsarten im frühen Kindesalter problematisch ist.

Kann die angesprochene Frühförderstelle die notwendigen Hilfen und Förderangebote nicht anbieten, unterstützen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Sonderpädagogischen Beratungsstellen die Eltern bei der Suche nach einem geeigneten Angebot für ihr Kind und stellen ggf. den Kontakt zu anderen Einrichtungen der Frühförderung her.

Bei den Staatlichen Schulämtern des jeweiligen Kreises ist ein **Pädagogischer Berater bzw. Beraterin für Frühförderung** koordinierend tätig. Ihm/Ihr kommt bei der Entwicklung kooperativer Arbeitsmodelle eine wichtige Rolle zu. Er/Sie kann auch von Erziehungsberechtigten als Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin in Anspruch genommen werden, um Informationen über die Arbeit der verschiedenen Beratungsstellen zu erhalten.

Zusätzlich zu den Sonderpädagogischen Beratungsstellen gibt es in Baden-Württemberg das interdisziplinär besetzte **Sonderpädagogische Beratungszentrum Früherfassung und Frühbetreuung behinderter Kinder in Heidelberg**. Das Beratungszentrum ist zum Teil mit anderen Aufgaben als die Sonderpädagogischen Beratungsstellen beauftragt und hat eine landesweite Funktion. Das Beratungszentrum Heidelberg ist für besonders schwierige Gegebenheiten bei einzelnen Kindern bzw. deren Familien aus dem ganzen Land zuständig. Es erstellt in diesen schwierigen Zusammenhängen Entwicklungsdiagnosen und Diagnosen von schweren Störungen in der Interaktionsentwicklung zwischen Eltern und ihrem behinderten und von Behinderung bedrohten Kind. Anschließend erarbeitet es geeignete Interventionen für den genannten Personenkreis. Diese o. g. Störungen äußern sich z. B. in Schlaf- und Essstörungen, durch Einnässen und Einkoten, in Verweigerungen bei medizinischen Therapien und pädagogischen Förderangeboten. Es sind häufig die Eltern, die für sich selbst Rat in der Beziehung zu ihrem Kind und bei dessen Erziehung suchen. Die Erfüllung dieser Aufgaben setzt die Mitarbeit von Diplompsychologen und Diplompsychologinnen mit klinischer Zusatzausbildung voraus.

Die Psychologen und Psychologinnen des Beratungszentrums sind für die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Ansprechpartner bei psychologischen Fragestellungen und Konzeptentwicklungen. Sie wirken landesweit bei der Fortbildung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der Frühförderung mit, z. B. Leitung von Lehrgängen zum Thema "Gesprächsführung mit Eltern behinderter Kinder", Praxisbegleitung von Gruppen oder Einzelpersonen, Referate und Vorträge.

Die Leitung des Beratungszentrums ist derzeit benanntes Mitglied in der Interministeriellen Kommission Frühförderung zur Begleitung der Arbeitsstelle Frühförderung und zur Koordination des Fördergeschehens.

#### 4.4.6 Situations- und Bedarfsanalyse

Im Jahr 1993 gab es in Baden-Württemberg 275 Sonderpädagogische Beratungsstellen, davon 248 in öffentlicher und 27 in privater Trägerschaft. Durch Einrichtung neuer Beratungsstellen hat sich die Gesamtzahl im Jahr 1997 auf 313 erhöht. In fast jedem der 44 Stadt- und Landkreise existiert mindestens eine Beratungsstelle, die schwerpunktmäßig Kinder mit Sprachbehinderungen und eine, die schwerpunktmäßig Kinder mit geistigen Behinderungen fördert. Darüber hinaus sind an nahezu allen Schulen für Körperbehinderte, für Gehörlose und Schwerhörige, für Blinde und Sehbehinderte sowie an vielen Förderschulen und Schulen für Erziehungshilfe Beratungsstellen angegliedert. Zusätzlich steht in Heidelberg das Sonderpädagogische Beratungszentrum zur Verfügung.

Zum Stichtag 9. Oktober 1996 wurden in den Sonderpädagogischen Beratungsstellen etwa 12.400 Kinder gefördert. Im Zeitraum des vorausgegangenen gesamten Schuljahres 1995/96 waren es jedoch insgesamt ca. 31.700 Kinder; diese höhere Anzahl hängt damit zusammen, daß insbesondere sprachbehinderte Kinder und ihre Eltern die Beratungsstelle weniger als ein Jahr in Anspruch nehmen. Zusätzlich (d.h. nicht in der obigen Statistik enthalten) haben die Sonderpädagogischen Beratungsstellen im Schuljahr 1995/96 bei insgesamt rd. 19.000 Kindern eine Kurzberatung der Eltern geleistet: Ein Teil der Kinder wurde an andere Einrichtungen weitervermittelt, die den individuellen Förderbedarf besser abdecken konnten. Bei einem weiteren Teil der Kinder war eine Aufnahme in eine kontinuierliche Frühförderung nicht notwendig.

Unter den geförderten Kindern befinden sich ca. 8.100 Kinder, die neben der Förderung durch Sonderpädagogische Beratungsstellen einen allgemeinen Kindergarten besuchten. Die Zahl dieser Kinder ist seit 1993 um ca. 1.400 angestiegen. Im Vergleich dazu haben die öffentlichen und privaten Schulkindergärten für behinderte Kinder (ab dem vollendeten 3. Lebensjahr, bei Körperbehinderten ab dem vollendeten 2. Lebensjahr) im Schuljahr 1995/96 in 634 Gruppen lediglich 4.154 Kinder aufgenommen. Der zahlenmäßige Vergleich zeigt, welche Bedeutung den Sonderpädagogischen Beratungsstellen auch bei der gemeinsamen Förderung von behinderten und nichtbehinderten Kindern im allgemeinen Kindergarten zukommt. Eine Aufnahme von Kindern mit einer Behinderung in den allgemeinen Kindergarten bzw. der Verbleib eines entwicklungsverzögerten Kindes im Kindergarten wird häufig erst dadurch ermöglicht, daß parallel dazu eine Begleitung durch Maßnahmen der Frühförderung erfolgt. Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen stoßen jedoch hier an die Grenzen ihrer personellen Kapazitäten: Eine intensive, mehrmals wöchentlich notwendige Begleitung und Förderung behinderter und entwicklungsverzögerter Kinder ist nicht möglich; hier müssen andere Möglichkeiten der Unterstützung eingesetzt werden (siehe Kap. 4.7.2).

In den Sonderpädagogischen Beratungsstellen wurden im Schuljahr 1996/97 insgesamt 7.643 Lehrerwochenstunden (294 Deputate) eingesetzt, was einer durchschnittlichen Arbeitszeitkapazität von insgesamt ca. 13.265 Zeitstunden pro Woche entspricht. Davon entfielen auf die Beratungsstellen an öffentlichen Sonderschulen ca. 247 Deputate, das heißt durchschnittlich ca. 11.145 Zeitstunden pro Woche.

Vor allem in Landkreisen, in denen keine Interdisziplinäre Frühförderstelle eingerichtet ist, übersteigt die Nachfrage der Eltern betroffener Kinder nach sonderpädagogischen Hilfen durch die Beratungsstellen an Sonderschulen sowohl hinsichtlich der Anzahl der zu fördernden Kindern als auch im Hinblick auf den Umfang der notwendigen Hilfen die tatsächlichen Möglichkeiten und die zur Verfügung stehenden Personalkapazitäten. Wegen der begrenzten Personalkapazitäten sind die Beratungsstellen - insbesondere die Beratungsstellen für sprachbehinderte Kinder - gezwungen,



Wartelisten zu führen. Seit geraumer Zeit wurde deshalb gefordert, die Kapazitäten der Sonderpädagogischen Beratungsstellen zu erweitern und für die einzelnen Maßnahmen einen höheren Zeitanteil zur Verfügung zu stellen.

Eine Erweiterung des Bereichs der sonderpädagogischen Frühförderung zu Lasten des Unterrichtsbereichs der Sonderschule ist nicht vertretbar. Die Sicherung und Verbesserung der Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und ihre Eltern war also nur durch zusätzliche Ressourcen möglich.

Seit dem Schuljahr 1993/94 ist die Gesamtzahl der Lehrerwochenstunden (Personalkapazität) für Sonderpädagogische Frühförderung festgelegt und zweckgebunden zugewiesen. Eine Erweiterung der Personalkapazität um insgesamt 50 Lehrerstellen erfolgte in den Jahren 1993 und 1994. Diese Neustellen wurden anteilig unterversorgten Schulamtsbezirken und Beratungsstellen zugeordnet, um eine gleichmäßige Versorgung mit Frühförderangeboten bezogen auf den Bevölkerungsanteil von 0-6,5 Jahren sicherzustellen. Eine weitere Ausweitung der Personalkapazität für Sonderpädagogische Frühförderung ist nicht vorgesehen.

Durch die Festlegung der Ressourcen ist vor Ort der Rahmen und die Arbeitskapazität der Sonderpädagogischen Beratungsstellen geklärt. Damit ist Sonderpädagogische Frühförderung für die anderen Träger von Frühfördermaßnahmen berechenbar und Planungsgrundlage für die weitere Gestaltung eines Gesamtnetzes Frühförderung.

Überregional arbeitende Beratungsstellen an Schulen für Sehbehinderte, Blinde, Hörgeschädigte und Körperbehinderte erhalten eine direkte Zuweisung von Lehrerwochenstunden. Die Personalkapazität für die Beratungsstellen an Schulen für Geistigbehinderte, Sprachbehinderte, Erziehungshilfe, Kranke und an Förderschulen wird den zuständigen Staatlichen Schulämtern als Pool zugeordnet. Die Verteilung erfolgt vor Ort unter Mitwirkung der Beratungsstellen. Somit kann flexibel auf die regionale Versorgungssituation eingegangen werden.

Neue Beratungsstellen sollen nur noch dann eingerichtet werden, wenn sich dies nach Abstimmung mit der Sozialplanung der Landkreise bzw. nach Empfehlung der Kreisarbeitsgemeinschaft als notwendig erweist. Dabei sind auch die Versorgung durch Interdisziplinäre Frühförderstellen, Angebote freier und kommunaler Träger, sowie Überlegungen zum gezielteren Einsatz der sonderpädagogischen Ressourcen mit zu berücksichtigen. Eine Ausweitung der Personalkapazität ist mit der Einrichtung einer neuen Sonderpädagogischen Beratungsstelle jedoch nicht möglich. Angestrebt wird die Bündelung der zur Verfügung stehenden Ressourcen auf weniger Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie eine Kontinuität im Mitarbeiterstamm. Dies ermöglicht eine weitere Qualifizierung und Professionalisierung des Bereiches Frühförderung.

Ein großer Vorteil der Vielzahl Sonderpädagogischer Beratungsstellen besteht in ihrer flächendeckenden regionalen Verteilung und der damit verbundenen leichten Erreichbarkeit für die Eltern. Fast 90 % der Eltern können in 15 Minuten bis maximal einer halben Stunde zu einer Beratungsstelle kommen, in der ihr Kind gefördert werden kann.

Die wohnortnahe Verteilung kommt aber auch dem arbeitsökonomischen Personaleinsatz entgegen, weil die sonderpädagogische Frühförderung ja nicht nur in den Beratungsstellen, sondern vor allem auch in mobiler Form im Elternhaus und im Kindergarten am Ort angeboten und der Aufwand für Reisewege dadurch in Grenzen gehalten wird.

Größere Entfernungen müssen von Kindern und Eltern bei den überregional zuständigen Beratungsstellen für blinde/sehbehinderte und für gehörlose/schwerhörige Kinder in Kauf genommen werden. Durch mobile Frühförderung und enge Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen vor Ort lassen sich auch hier wohnortnahe Frühförderangebote realisieren.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß durch die Sonderpädagogischen Beratungsstellen das Prinzip der Regionalisierung als verwirklicht angesehen werden kann. Sie sind gleichzeitig derzeit das einzige System, das flächendeckend und unabhängig von der Bereitschaft anderer Initiatoren (Betreiber und Kostenträger) im Interesse der betroffenen Kinder und ihrer Erziehungsberechtigten arbeitet.

Insgesamt kann festgestellt werden, daß die Arbeit der Sonderpädagogischen Beratungsstellen bei den betroffenen Eltern eine hohe Akzeptanz erfährt; weitere Verbesserungen im inhaltlichen und organisatorischen Bereich sind jedoch notwendig.

#### **4.4.7 Finanzierung**

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Sonderpädagogischen Beratungsstellen öffentlicher Sonderschulen stehen im Dienst des Landes. Die Personalkosten werden daher voll vom Land finanziert.

Ist die Sonderpädagogische Beratungsstelle Teil einer Sonderschule in privater Trägerschaft, so stehen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in einem Arbeitsverhältnis zum jeweiligen Träger, zum Teil als beurlaubte Beamte des Landes. Das Land gewährt im Rahmen der Bezuschussung privater Sonderschulen auch Zuschüsse in voller Höhe für die Kosten des Personals dieser Beratungsstellen.

Darüber hinaus trägt das Land im Bereich der mobilen Frühförderung die für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen öffentlicher und privater Sonderschulen anfallenden Reisekosten.

Für die sächlichen Kosten ist der jeweilige Schulträger zuständig. Die Einrichtung einer Sonderpädagogischen Beratungsstelle setzt seine Zustimmung voraus. Im Rahmen des Schullastenausgleichs erhält der Schulträger einen pauschalierten Sachkostenbeitrag für den Betrieb der Schule. Der Sachkostenbeitrag ist je nach Sonderschultyp unterschiedlich hoch. Zuschüsse in Höhe des Sachkostenbeitrags werden im Rahmen der Privatschulfinanzierung auch den Trägern privater Sonderschulen gewährt.

Der Träger von Sach- und Personalkosten des Beratungszentrums Heidelberg ist das Land Baden-Württemberg. Die Quantifizierung der Personalstellen und der Sachkosten für das Sonderpädagogische Beratungszentrum sind in einer gesonderten Titelgruppe festgeschrieben.

Die Stellenkapazität für das Beratungszentrum ist festgelegt auf einen Fachschulrat bzw. eine Fachschulrätin als Leiter bzw. Leiterin (Oberpsychologierat bzw. Oberpsychologierätin), zwei Sonderschullehrer bzw. Sonderschullehrerinnen, zwei Diplom-Psychologen bzw. Psychologinnen, ein Fachlehrer bzw. eine Fachlehrerin, ein Erzieher bzw. eine Erzieherin, ein Verwaltungsangestellter bzw. eine Verwaltungsangestellte.



#### **4.4.8 Sonderpädagogische Beratungsstellen im Verbundsystem**

Die verschiedenen Sonderpädagogischen Beratungsstellen auf Kreisebene arbeiten inhaltlich und praktisch eng zusammen.

Die angestrebte räumliche Zusammenführung mehrerer Sonderpädagogischer Beratungsstellen an einem Ort ist bisher nur in wenigen Fällen gelungen. Die Ursachen dafür liegen meist in offenen Finanzierungsfragen, in den geographischen Verhältnissen einiger Landkreise und in der Unsicherheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frühförderung bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen zum Zusammenschluß.

Es bestehen inzwischen aber vielfältige und unterschiedliche Ansätze und Realisierungsformen zu einem kooperativen Verbund. Für den Beratungsstellenverbund kommen unterschiedliche Modelle in Betracht (siehe Kapitel 4.7.1).

Der spezifische Auftrag der Sonderpädagogischen Beratungsstellen für seh- und hörgeschädigte Kinder und ihre Eltern sowie des Sonderpädagogischen Beratungszentrums Heidelberg bleibt davon unberührt, weil sie als Ergänzung zum insgesamt flächendeckenden System eine eigenständige Rolle spielen. Angesichts der Zunahme von mehrfachbehinderten Kindern in den entsprechenden Einrichtungen sehen auch diese Beratungsstellen die Notwendigkeit, verstärkt Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Frühförderstellen vor Ort zu entwickeln.

#### **4.4.9 Zusammenarbeit der Sonderpädagogischen Beratungsstellen mit anderen Einrichtungen und Diensten**

In der Förderung der Kinder und in der Begleitung und Beratung von Eltern ergeben sich vielfältige Probleme und Fragestellungen, die von den Sonderpädagogischen Beratungsstellen alleine nicht gelöst werden können. Sie bedürfen daher der fachlichen Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten. Dies gilt in besonderem Maße für die Diagnostik und die Hilfe- und Förderplanung (siehe auch Kap. 4.7.2).

### **4.5 Interdisziplinäre Frühförderstellen (Anlage 3)**

Neben den bislang beschriebenen Sonderpädagogischen Beratungsstellen bestehen in Baden-Württemberg inzwischen 32 Interdisziplinäre Frühförderstellen, die vielfältige Leistungen anbieten. Diese Stellen gibt es teilweise schon längere Zeit, zahlreiche Frühförderstellen sind in den letzten Jahren neu entstanden und andere haben sich aus bestehenden Stellen in Interdisziplinäre Frühförderstellen umgewandelt. Ihre Entstehung, ihre Ausrichtung und ihre personelle und räumliche Ausstattung sind unterschiedlich, vielfach den örtlichen Erfordernissen entsprechend. Sie haben insgesamt ungefähr 150 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verschiedener Fachdisziplinen, davon werden 101 Stellen vom Land bezuschußt.

#### **4.5.1 Aufgaben und Konzeption**

Die Interdisziplinären Frühförderstellen bieten Eltern und ihren behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern Leistungen der Frühförderung vom Säuglingsalter bis zum Eintritt in die Schule oder in einen Schulkindergarten. Die Eltern oder Angehörigen können sich selbst an die

Frühförderstelle wenden und erhalten dort Beratung, kontinuierliche Förderung und Therapie. Diese Stellen sind für alle Entwicklungsstörungen und Behinderungen offen. Auch bei den Interdisziplinären Frühförderstellen soll die Förderung und Therapie in enger Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten sowie anderen Diensten und Einrichtungen direkte oder indirekte Auswirkungen einer vorliegenden Schädigung oder Behinderung auf die Entwicklung des Kindes verhindern, mildern oder ausgleichen und den durch entwicklungs-hemmende Umstände drohenden Behinderungen entgegenwirken. Durch die Frühförderung sollen auch die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß die betroffenen Kinder - soweit irgend möglich - später den allgemeinen Kindergarten und die allgemeinen Schulen besuchen können. Bei Kindern mit schwereren Behinderungsformen bietet die frühe Förderung und Therapie die Möglichkeit, ihre Entwicklung zu fördern und schwerwiegende Auswirkungen auf die Bewältigung der Anforderungen des Alltags zu mildern.

Die Interdisziplinären Frühförderstellen sind frei zugänglich und müssen in ausgewogenem Verhältnis interdisziplinär besetzt sein mit Fachkräften sowohl aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich, aus dem pädagogisch-psychologischen, als auch aus dem therapeutischen Bereich (s. S. 51). Sie bieten daher mit ihrem aus unterschiedlichen Fachdisziplinen besetzten Team eine umfassende, ganzheitliche und familienorientierte Förderung "unter einem Dach" (mögliche Berufsgruppen siehe Kapitel 3.2.3). Da sie überwiegend an einem neutralen Ort eingerichtet sind, fällt eine eventuell bestehende Hemmschwelle weg.

Die Frühförderung muß sich an der Gesamtpersönlichkeit des Kindes orientieren, wie bereits bei der Darstellung der Sonderpädagogischen Beratungsstellen unter 4.4.1 beschrieben. Dieser Grundsatz der Frühförderung gilt auch für die Interdisziplinären Frühförderstellen und kann hier in einem interdisziplinären Team umfassend umgesetzt werden.

Für ihre Arbeit haben die Interdisziplinären Frühförderstellen eine Konzeption entwickelt, die in der Praxis umgesetzt wird. Diese Konzeption schafft einen verbindlichen Rahmen, der die gesamte pädagogische und therapeutische Arbeit und die Organisation der Interdisziplinären Frühförderstelle festlegt. Sie arbeiten nach den Grundsätzen dieser Rahmenkonzeption - Ganzheitlichkeit, Familienorientierung, Interdisziplinarität - und zwar ambulant und mobil. Teambildung, intensive Teamarbeit und enge Kooperation mit allen an der Frühförderung beteiligten Stellen sind essentiell.

#### **4.5.2 Zusammenarbeit mit den Eltern/Erziehungsberechtigten**

Zusammenarbeit mit den Eltern/Erziehungsberechtigten beinhaltet die Einbeziehung der Eltern/Erziehungsberechtigten als gleichberechtigte Partner mit eigener spezieller Kompetenz in die Planung und Förderung sowie Auswahl der geeigneten Hilfen für das Kind von Anfang an und während der gesamten Dauer der Frühförderung. Hier besteht kein Unterschied zu der Beschreibung bei den Sonderpädagogischen Beratungsstellen unter 4.4.2.

Im Rahmen der Familienorientierung erfolgt in den Frühförderstellen Beratung und Förderung nicht nur des einzelnen Kindes, sondern auch der ganzen Familie in ihrem Lebensumfeld.

### 4.5.3 Formen der Frühförderung

Hierzu kann auf die Darstellung im Kapitel 4.4.3 verwiesen werden. Außerdem kommt bei den Interdisziplinären Frühförderstellen noch folgendes hinzu:

- ein fachlich abgestimmtes Gesamtangebot
- psychologische Beratung und Begleitung
- psychosoziale Hilfen
- teilweise sozialarbeiterische Angebote
- therapeutische Behandlungen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)

### 4.5.4 Diagnostische Grundlagen

Bei den Interdisziplinären Frühförderstellen besteht von Anfang an die Möglichkeit, die Diagnostik mehrdimensional durchzuführen und damit der angestrebten Ganzheitlichkeit gerecht zu werden und das Kind nicht nur aus Sicht einer Fachdisziplin zu beurteilen. Im Team können auch Befunde, die von einem Mitglied erhoben werden, gemeinsam diskutiert werden, so daß den Eltern und vor allem dem Kind damit nicht nur Wege, sondern z.T. auch mehrfache Vorstellungen und Abklärung bei verschiedenen Therapeuten und Therapeutinnen, Pädagogen und Pädagoginnen und anderen erspart bleiben.

Die Förderung erfolgt nach entsprechender Diagnostik durch ein oder, falls erforderlich, mehrere Mitglieder des Teams und der gemeinsamen Förderplanung im Team aufgrund der

- Aussagen der Eltern und anderer Bezugspersonen
- erhobenen Befunde der Teammitglieder
- Beobachtungen im alltäglichen Umfeld des Kindes
- medizinischen Befunde
- Befunde weiterer, schon beteiligter Fachkräfte (z.B. von Therapeuten und Therapeutinnen, Pädagogen und Pädagoginnen, Psychologen und Psychologinnen u.a.)
- veranlaßten entwicklungsdiagnostischen Untersuchungen
- veranlaßten pädagogisch-psychologischen Untersuchungen.

Diese "Förderplanung" muß laufend und zusammen mit den Eltern überprüft, geändert und ergänzt werden. Außerdem sollten alle weiteren beteiligten Fachleute, z.B. die Erzieher und Erzieherinnen der allgemeinen Kindergärten hinzugezogen werden.

### 4.5.5 Organisation

Für die Arbeit der Interdisziplinären Frühförderstellen ist erforderlich, daß sie räumlich abgegrenzt und als eigenständiger Bereich erkennbar sind, mit organisatorischer Trennung von anderen Einrichtungen und klarer Zuordnung des Personals. Sie arbeiten in der Regel als selbständige Einrichtungen (siehe auch Fördergrundsätze, Anlage 5) und sind das ganze Jahr über geöffnet.

Nach den Frühfördergrundsätzen müssen sie interdisziplinär in ausgewogenem Verhältnis besetzt sein und zwar mit Fachkräften sowohl aus dem medizinisch-therapeutischen, als auch aus dem pädagogisch-psychologischen Bereich. Damit besteht der große Vorteil der Interdisziplinären Frühförderstellen darin, daß die Familien nicht mehrere Stellen aufsuchen müssen, da sie hier ein fachlich abgestimmtes Gesamtangebot erhalten können, das medizinisch-therapeutische, pädagogische und teilweise auch psychologische und sozialarbeiterische Aspekte miteinander verbindet. In



der Regel besteht die Möglichkeit, die Angebote im Rahmen einer prozeßorientierten psychosozialen Beratung bzw. Begleitung durchzuführen.

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Interdisziplinären Frühförderstellen sind in der Regel hauptamtlich angestellt. Durch die tägliche Arbeit sowie spezifische Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen können sie sich besonders für den Personenkreis der entwicklungsauffälligen und behinderten Säuglinge und Kleinkinder qualifizieren. Dies erleichtert eine erfolgreiche Tätigkeit in diesem sensiblen Arbeitsfeld.

#### **4.5.6 Situations- und Bedarfsanalyse**

Es gibt Interdisziplinäre Frühförderstellen freier und kommunaler Träger, die ihre Arbeit aufgrund eines großen Bedarfs bereits aufgenommen hatten, bevor der Ausbau der Sonderpädagogischen Beratungsstellen begann (z.B. Konstanz, Offenburg, Pforzheim). Andere Stellen sind nach Prüfung der Bedarfslage durch Kreisarbeitsgemeinschaften entstanden. Einige wurden durch Elterninitiativen gegründet.

Insgesamt existieren am 1.2.1998 in Baden-Württemberg 32 Interdisziplinäre Frühförderstellen in freier und kommunaler Trägerschaft, die aus Landesmitteln (Sozialministerium) mit insgesamt 101 Personalstellen gefördert werden. Mehrere Interdisziplinäre Frühförderstellen beschäftigen mehr Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als vom Land bezuschußt werden, so daß deren Mitarbeiterzahl wie ausgeführt deutlich höher liegt. Inzwischen sind alle Interdisziplinären Frühförderstellen mit Fachkräften aus dem medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Bereich in unterschiedlicher Zusammensetzung ausgestattet. Die Interdisziplinären Frühförderstellen sind zusammen mit den Sonderpädagogischen Beratungsstellen die Säulen der praktischen Frühförderarbeit.

Beim weiteren Aus- und Aufbau von Interdisziplinären Frühförderstellen in freier oder kommunaler Trägerschaft ist die Bedarfsfrage entscheidend. Auch wenn im Landesdurchschnitt ein Zusatzbedarf weiter besteht, ist nicht auszuschließen, daß in dem einen oder anderen Stadt- oder Landkreis bereits durch enge Zusammenarbeit und Koordinierung der vorhandenen Einrichtungen und Dienste - Kinderklinik / Sozialpädiatrisches Zentrum, Gesundheitsamt, Sonderpädagogische Beratungsstellen, niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen - sowie mit sinnvollen Verbundlösungen eine Bedarfsdeckung erreicht werden kann. Da die vorgegebenen Strukturen der Frühförderung nach Qualität und Quantität des Angebots von Kreis zu Kreis sehr unterschiedlich sind, hat das Sozialministerium die Stadt- und Landkreise gebeten, im Benehmen mit den Gesundheitsämtern Kreisarbeitsgemeinschaften gemäß §§ 17 SGB I, 93, 95 BSHG ins Leben zu rufen. Diese sollen die vorhandenen Strukturen der Frühförderung analysieren und ggf. den konkreten Bedarf für weiterführende Maßnahmen ermitteln (vgl. auch Kap. 4.6).

Der flächendeckende Ausbau der Interdisziplinären Frühförderstellen ist bislang noch nicht abgeschlossen, daher ist auch in der Koalitionsvereinbarung der Landesregierung (vom Mai 1996) festgeschrieben, daß ein weiterer Ausbau erfolgen muß.

#### **4.5.7 Finanzierung**

Die Interdisziplinären Frühförderstellen müssen ihre Kosten über Refinanzierung durch verschiedene Kostenträger abdecken (Leistungsentgelte der Krankenkassen und der Kommunen, Zuschüsse vom Land Baden-Württemberg, von den Kommunen, Trägermitteln). Dies verursacht einen großen



Verwaltungsaufwand. Da sich die Interdisziplinären Frühförderstellen selbst tragen müssen, haben sie oft große Schwierigkeiten die erforderliche Anzahl von Fördereinheiten und Therapien zu erbringen, da gerade entwicklungsauffällige und behinderte Säuglinge und Kleinkinder oft plötzlich erkranken und für die entstehenden Ausfallzeiten nicht so rasch Ersatz zu finden ist. Dadurch befinden sie sich im Nachteil gegenüber anderen Einrichtungen und Beratungsstellen. Hinzu kommt, daß durch das meist erforderliche Formblatt A und die Heilmittelverordnungen ein zusätzlicher Aufwand notwendig ist und die Eltern sich selbst um diese und die Kostenübernahme kümmern müssen. Bei der Antragstellung werden sie von den Interdisziplinären Frühförderstellen unterstützt.

Die geltenden Sozialleistungsgesetze enthalten für Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung klare bundesrechtliche, individuelle Anspruchsnormen. Kostenträger für die Tätigkeit der in Einrichtungen der Frühförderung mitwirkenden Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sowie Logopäden und Logopädinnen (gesetzestechisch: "ärztlich verordnete Heilmittel") sind bei gesetzlich Krankenversicherten die gesetzlichen Krankenkassen. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf die im SGB V vorgesehenen Leistungen. Diese werden in der Regel durch zugelassene Leistungserbringer erbracht. Krankenkassen und Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Dies ist auch bei der Festsetzung der Vergütung zu beachten. Die Preise werden leistungsbezogen vereinbart. Das Selbstkostendeckungsprinzip findet keine Anwendung.

In der Interministeriellen Kommission wurde am 14.02.96 unter Mitwirkung der Krankenkassen eine EntschlieÙung verabschiedet (Anlage 10). Darin wird anerkannt, daß bei medizinisch-therapeutischen Maßnahmen in Interdisziplinären Frühförderstellen besondere Kriterien vorliegen und diese bei der Bemessung der Vergütung zu berücksichtigen sind.

Die Umsetzung der EntschlieÙung ist allerdings noch nicht verwirklicht. Hier besteht weiterer Handlungsbedarf.

Im übrigen besteht im gesetzlich vorgegebenen Rahmen ein Rechtsanspruch auf Leistungen der Frühförderung als Eingliederungshilfe gemäß § 40 BSHG Abs. 1 Nr. 2 a ("heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind"), ggf. auch § 40 BSHG, Abs. 1 Nr. 7 und 8 gegenüber den örtlichen Trägern der Sozialhilfe. Eingliederungshilfe erhalten Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind oder denen eine Behinderung droht (§ 39 Abs. 1 und 2 BSHG).

Die Grundsätze des Sozialministeriums für die finanzielle Förderung nichtklinischer interdisziplinär besetzter Frühförderstellen ("Frühfördergrundsätze") sehen als Freiwilligkeitsleistung Zuschüsse zu den Personalkosten freier oder kommunaler Träger solcher Frühförderstellen vor. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Leistungen der Frühförderstellen je nach den individuellen Bedürfnissen und den örtlichen Verhältnissen ambulant und/ oder mobil und in der Regel bis zum Eintritt des Kindes in einen Schulkindergarten für behinderte Kinder, längstens bis zum Schuleintritt erbracht werden. Gefördert werden in der Regel je Frühförderstelle die Personalkosten von drei vollzeitbeschäftigten Fachkräften mit je 35.000 DM. Zu weiteren Einzelheiten wird auf die Frühfördergrundsätze des Landes in ihrer jeweiligen Fassung verwiesen (Anlage 5).

Das Land will mit diesem freiwilligen Angebot die Leistungen der Krankenkassen und der Kommunen bzw. der örtlichen Sozialhilfeträger als den gesetzlich zuständigen Kostenträgern ergänzen.

Anzustreben ist, daß es für die Träger zu kostendeckenden Erstattungen kommt. Wichtige Bestandteile der Frühförderung, wie z.B. Teambesprechungen, Kooperation, Vorbereitung und Auswertung der eigentlichen Therapie und Förderung, Fortbildung, Supervision, Dokumentation, Elternberatung, Anfahrtswege, Leitung und Verwaltung dürfen nicht, wie dies häufig zu beobachten ist, ausgeklammert und zu privaten (d.h. nicht zu finanzierenden) Trägerinteressen erklärt werden.

#### **4.5.8 Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen**

Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ist nach den Frühfördergrundsätzen eine Vorgabe zum Erhalt von Landeszuschüssen. Diese Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Institutionen und Behörden wird bei den meisten Interdisziplinären Frühförderstellen immer mehr intensiviert und als wesentlicher Faktor der Arbeit angesehen, der zu Erleichterungen der eigenen Arbeit, aber vor allem auch für die Eltern führt und damit den Kindern zugute kommt. Außerdem kann auf die Zusammenstellung in Kapitel 4.4.9 verwiesen werden.

#### **4.6 Fachgremien/Kreisarbeitsgemeinschaften**

Zur Koordinierung und Weiterentwicklung der Frühförderung auf Kreisebene und der Begleitung der Arbeit der Frühförderstellen wird ein Fachgremium/Arbeitsgruppe Frühförderung und eine Kreisarbeitsgemeinschaft (KAG) für dringend notwendig gehalten.

Verantwortlich für die Einberufung der KAG sind die Stadt- und Landkreise.

Der Schwerpunkt der Arbeit des Fachgremiums/der Arbeitsgruppe Frühförderung liegt im fachlichen Austausch und in der Verbesserung der Koordinierung der Frühförderung vor Ort, während die KAG eine (sozial-) planerische Funktion hat.

Kreisarbeitsgemeinschaften gemäß §§ 17 SGB I, 93, 95 BSHG sollen die vorhandenen Strukturen der Frühförderung analysieren und ggf. den konkreten Bedarf für weiterführende Maßnahmen ermitteln.

In den Kreisarbeitsgemeinschaften wirken insbesondere die Sozialämter und Jugendämter des Landratsamtes bzw. der Stadtverwaltung ggf. Kreis und Stadt zusammen, das Gesundheitsamt, die Kinderklinik bzw. das Sozialpädiatrische Zentrum, die Krankenkassen, die Interdisziplinären Frühförderstellen, die Sonderpädagogischen Beratungsstellen und das Staatliche Schulamt sowie die (Kinder) -Ärzte und -Ärztinnen, frei praktizierende Therapeuten und Therapeutinnen sowie die örtlichen Organisationen der freien Wohlfahrtspflege einschließlich der Elternvereinigungen mit.

Gegenstand der Beratungen der Kreisarbeitsgemeinschaften sind insbesondere die Fragen, ob

- eine vorhandene Frühförderstelle eines freien Trägers personell und/oder räumlich ausgebaut oder umgestaltet werden sollte;
- eine solche, interdisziplinär besetzte Frühförderstelle in freier Trägerschaft erst noch geschaffen werden muß;
- eine interdisziplinär besetzte Frühförderstelle in kommunaler Trägerschaft (Stadt, Kreis) oder mit kommunaler Beteiligung eingerichtet werden sollte;
- ein Beratungsstellenverbund nicht nur funktional durch Kooperation, sondern auch räumlich unter Einbeziehung der Sonderpädagogischen Beratungsstellen entstehen sollte;

- die vorhandenen Strukturen völlig ausreichen, so daß es keiner oder nur geringer Veränderungen und keiner grundlegenden Weiterentwicklung bedarf.

Bei diesen Beratungen muß stets beachtet werden, daß die Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung den anerkannten Grundsätzen der Ganzheitlichkeit, der Interdisziplinarität, der Familienorientierung, der Regionalisierung und der Koordination entsprechen müssen.

Die Einrichtung einer Interdisziplinären Frühförderstelle ist nur mit Zustimmung der KAG oder der Kreissozialplanung möglich.

Nach Abschluß dieser Beratungen kann die KAG vorübergehend ruhen und bei neuem planerischen Bedarf wieder einberufen werden.

In vielen Stadt- und Landkreisen sind bereits Kreisarbeitsgemeinschaften gebildet worden, in anderen Kreisen ist Zurückhaltung zu spüren. Diese erklärt sich zum Teil aus der Befürchtung, das Beratungsergebnis der Kreisarbeitsgemeinschaften könnte zu weiteren Forderungen an die belasteten kommunalen Haushalte führen.

Die Umfrage nach dem Stand der Kreisarbeitsgemeinschaften (Juni 1996) zeigt folgende Ergebnisse: (Anlage 4)

Es wurden alle 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg angeschrieben und haben geantwortet, z.T. gemeinsam. Daher ergaben die Antworten von 37 Stadt- und Landkreisen (= 100%), daß eine Kreisarbeitsgemeinschaft in 23 Stadt- und Landkreisen (= 62%) gegründet wurde. In zwei Stadt- und Landkreisen bestehen entsprechende AG Frühförderung, sodaß insgesamt in 25 Stadt- und Landkreisen (= 68%) entsprechende Gremien gebildet wurden, von denen 23 regelmäßig zusammentreten.

In drei Kreisen werden die seit längerer Zeit bestehenden Koordinierungsausschüsse für Behinderte angegeben. Neun Stadt- und Landkreise (= 24 %) teilen mit, daß in ihrem Bereich keine Kreisarbeitsgemeinschaft oder ähnliche Struktur besteht.

Wie bereits in zahlreichen Kreisen vorhanden, sollen in den Fachgremien/ Arbeitsgruppen Frühförderung Vertreter der Frühfördereinrichtungen, der niedergelassenen Therapeuten und Therapeutinnen, Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen sowie Pädagogen und Pädagoginnen, der Gesundheitsämter, Erziehungs-/Familienberatungsstellen und möglichst auch der Sozial- und Jugendämter sowie der Elternvereinigungen vertreten sein. Dieses Team soll möglichst kontinuierlich zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit kann fallbezogen oder ein allgemeiner Erfahrungsaustausch sein und soll die vorhandenen Möglichkeiten koordinieren. Die Hauptaufgabe ist insgesamt eine Verbesserung der Frühförderung vor Ort zu erreichen. (s. auch 4.7.1). Zu empfehlen ist die Schaffung einer Geschäftsordnung. Bei Bedarf beantragen die Fachgremien/Arbeitskreise über die Landkreisverwaltung die Einberufung der Kreisarbeitsgemeinschaft.

#### **4.7 Zusammenarbeit der Einrichtungen und Dienste (Vernetzung)**

Teilweise haben ratsuchende Eltern behinderter und entwicklungsverzögerter Kinder Schwierigkeiten in der Vielfalt des gegliederten Systems der Frühförderung das richtige Angebot zu

finden. Daher muß jede Frühförderstelle sich als Ansprechpartner für die betroffenen Familien verstehen und sie ggf. dabei unterstützen, die notwendigen Hilfen zu finden.

Ein stark dezentral orientiertes, gegliedertes System der Frühförderung, wie es in Baden-Württemberg praktiziert wird, kann seine volle Effizienz nur dann entfalten, wenn es gelingt, die Tätigkeit der zahlreichen Einrichtungen und Dienste durch ausgeprägte Kooperation und Koordination zu vernetzen. Die ohnehin als selbstverständlich vorauszusetzende Bereitschaft zu gutnachbarschaftlicher Zusammenarbeit allein reicht nicht aus. Vielmehr muß die Zusammenarbeit der Frühfördereinrichtungen untereinander und mit anderen Stellen bewußt und gezielt in die tägliche Arbeit eingeplant werden. Hierbei bestehen vor allem vor Ort noch beträchtliche Entwicklungsaufgaben.

Die Einlösung dieser Forderung ist allerdings mit Zeitaufwand verbunden. Folgerichtig müssen sich auch Kostenträger und Zuwendungsgeber darüber klar sein, daß es sich bei dem Zeitaufwand für Kooperation um einen wesentlichen Bestandteil der Frühförderung handelt, der unabdingbar notwendig und daher auch bei der Kostenerstattung zu berücksichtigen ist.

Besonders bedeutsam wird hier die Frage des Datenschutzes: Informationen über das Kind und die Familie dürfen nur mit Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten weitergegeben werden. Erst dann sind gemeinsame Fallbesprechungen mit Fachleuten aus anderen Einrichtungen, gemeinsame Diagnostik und Förderplanung sowie die Vermittlung an andere Einrichtungen möglich. Hilfreich ist dabei, den Eltern die Struktur und Arbeitsweise des Beratungsstellenverbundes offenzulegen.

Für den Bereich der Sonderpädagogischen Beratungsstellen ist in der Verwaltungsvorschrift zur Sonderpädagogischen Frühförderung vom 4.11.1996 (Kultus und Unterricht 1996 S. 781; siehe Anhang) die Aufgaben der Kooperation und Koordination als wesentlichen Bestandteil der Arbeit in der Frühförderung beschrieben (Anlage 6).

Diese Forderungen sind unverändert aktuell und über den sonderpädagogischen Bereich hinaus als wichtige, für das gesamte System der Frühförderung geltende Grundsätze anzusehen. Nicht zu verkennen ist freilich, daß die Umsetzung dieser Grundsätze in die Praxis auf vielfältige Schwierigkeiten stößt. Auf der Grundlage der sich verändernden Strukturen der Frühförderung in Baden-Württemberg sind einzelne Einrichtungen erste Schritte auf dem Weg zu intensiverer Kooperation gegangen. Die aufgezeigten Beispiele zeigen mögliche Formen der Realisierung auf.

#### **4.7.1 Verbundsysteme in der Frühförderung (Beratungsstellenverbund)**

Seit Veröffentlichung der Rahmenkonzeption Frühförderung im November 1993 hat sich in vielen Regionen die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Frühförderung deutlich intensiviert. In der Praxis wurden bereits bestehende Kooperationsformen verbessert und ausgebaut, neue haben sich entwickelt.

Es hat sich gezeigt, daß die im Verbund institutionalisierte Form der Kooperation eine günstige Chance bietet zu einer längerfristigen, regelmäßigen und gegenseitigen Abstimmung und Information. Ein Beratungsstellenverbund ist im besonderen geeignet, um

- die erforderliche Interdisziplinarität herzustellen
- die Eigenständigkeit des Bereichs Frühförderung zu stärken
- eine zu große Zersplitterung der Angebote zu vermeiden



- die Angebote der Frühförderung für die Eltern übersichtlicher zu gestalten
- die Teamarbeit zu intensivieren
- die Funktion einer Anlauf- und Koordinierungsstelle zu erfüllen
- die fachlich eingegrenzte Orientierung der Sonderpädagogischen Beratungsstellen um wichtige Aspekte zu erweitern.

Wo die Hürden für einen institutionalisierten Beratungsstellenverbund bisher nicht überwunden werden konnten, haben an engerer Zusammenarbeit interessierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen alle anderen zur Verfügung stehenden Kooperationsformen genutzt und intensiviert.

Die Landschaft und das "Wegnetz" der Frühförderung befinden sich derzeit in einem ständigen Prozeß der Veränderung und Weiterentwicklung. Auf dem Weg zur zunehmenden Vernetzung in diesem komplexen und regional sehr unterschiedlich strukturierten System werden Wege geplant, gegangen, und je nach Erfahrungen erneut verändert. Die nachfolgenden Beschreibungen von in der Praxis entstandenen Verbundsystemen sollten deshalb als Momentaufnahmen und Teilschritte in diesem Entwicklungsprozeß mit dem Ziel des Zusammenschlusses zum Team verstanden werden.

Die einzelnen Formen des Verbundes werden von den beteiligten Personen und Einrichtungen in der Regel als Schritte auf dem Wege zu weiterer interdisziplinärer Zusammenarbeit begrüßt. Die Qualität der Zusammenarbeit, die längerfristige praktische Realisierbarkeit und die Effektivität der einzelnen Formen werden von deren Mitgliedern teilweise unterschiedlich beurteilt.

Die nachfolgenden Beispiele stellen verschiedene Beratungsverbünde dar, die von relativ loser Kooperation bis hin zu fest institutionalisiertem interdisziplinärem Arbeiten reichen.

### **Arbeitskreise**

In vielen Regionen des Landes haben sich Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu lokalen oder regionalen Arbeitskreisen zusammengeschlossen. Mitglieder sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Interdisziplinären und Sonderpädagogischen Frühförderstellen, der Kinderkliniken und der beteiligten Ämter und Behörden, Ärzte und Ärztinnen, frei praktizierende Therapeuten und Therapeutinnen, Mitglieder von Selbsthilfegruppen. Im Vordergrund steht in der Regel der Austausch über das gemeinsame Arbeitsfeld Frühförderung, über Formen der Zusammenarbeit und über gemeinsame Themen und Fragestellungen. In diesen regelmäßigen Treffen besteht - mit Einverständnis der Eltern - häufig auch die Gelegenheit zum Gespräch mit anderen an der Förderung eines Kindes beteiligten Fachkräften bzw. zur Weitervermittlung von Kindern. Innerhalb der Arbeitskreise findet auch gegenseitige Fortbildung sowie Fortbildung durch externe Referenten statt. In einzelnen Regionen wurden gemeinsame Informationsveranstaltungen und Informationsmaterialien über Angebote der Frühförderung (z. B. Faltblätter) erarbeitet. Diese Arbeitskreise werden in der Regel vor Ort vom Gesundheitsamt, von den Pädagogischen Beratern und Beraterinnen für Frühförderung oder von anderen Einrichtungen der Frühförderung organisiert und sind in nahezu jedem Landkreis bzw. Schulamtsbezirk eingerichtet. In großen Landkreisen treffen sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frühförderung in lokalen Arbeitskreisen. Solche Arbeitskreise haben sich z. B. in den Landkreisen Karlsruhe (Bretten, Bruchsal, Ettlingen, Hardt, Karlsruhe), Reutlingen (Münsingen) und Konstanz (Konstanz, Radolfzell, Singen, Stockach) gebildet. Arbeitskreise auf Landkreisebene gibt es beispielsweise im Rems-Murr-Kreis, im Schwarzwald-Baar-Kreis, in den Landkreisen Heidenheim, Lörrach und Tübingen.

## **Gemeinsame Fallbesprechungen**

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterschiedlicher Einrichtungen der Frühförderung führen regelmäßig gemeinsame Fallbesprechungen durch. Ziel ist es, den Rat der anderen Fachleute einzuholen und Eltern und Kindern durch die multidisziplinäre bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit Wege zu ersparen. Diese Fallbesprechungen finden entweder anonym statt oder am konkreten Fall, sofern das Einverständnis der Eltern vorliegt (z. B. in Böblingen, Esslingen, Nürtingen).

Sind mehrere Fachkräfte an der Frühförderung eines Kindes beteiligt, kann bei der Klärung und Planung der weiteren Förderung eine gemeinsame fallbezogene Besprechung notwendig werden. Die Organisation einer solchen "Helferrunde" wird dadurch erschwert, daß Therapeuten und Therapeutinnen in freier Praxis keine Möglichkeit haben, diese Arbeitszeit abzurechnen. Hilfreich ist dabei, das Gespräch z.B. in deren Praxis durchzuführen.

Fallbesprechungen sind auch Inhalt der interdisziplinären Praxisbegleitungs-/Supervisionsgruppen der Arbeitsstelle Frühförderung.

## **Gemeinsame Fortbildung und Supervision**

Neben der o. g. gemeinsamen Fortbildung im Rahmen der Arbeitskreise eröffnen sich weitere Möglichkeiten in der Öffnung fach- und einrichtungsinterner Fortbildung und Supervision für andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Frühförderung. So haben zahlreiche Staatliche Schulämter ihre Fortbildungsangebote zum Thema Frühförderung im Rahmen der regionalen Lehrerfortbildung auch einem nichtsonderpädagogischen Kreis zugänglich gemacht. Vergleichbares wird von Kliniken, Sozialpädiatrischen Zentren und Psychologischen Beratungsstellen (insbes. Supervision) praktiziert.

Die Interdisziplinären Praxisbegleitungs-/Supervisionsgruppen der Arbeitsstelle Frühförderung tragen dazu bei, den interdisziplinären Austausch und die Supervision vor Ort anzuregen und zu unterstützen.

## **Gemeinsame Diagnostik und Förderplan**

Diagnostische Klärungen bei Kindern werden in enger Absprache oder teilweise auch gemeinsam durchgeführt. Die Ergebnisse werden diskutiert und münden in eine gemeinsame Förderplanung. Diese Zusammenarbeit wird fallbezogen geplant. Partner sind vor allem Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Interdisziplinärer und Sonderpädagogischer Frühförderstellen, Kliniken, Ärzte und Ärztinnen, freipraktizierende Therapeuten und Therapeutinnen, überregional arbeitende Beratungsstellen für sinnesbehinderte Kinder und Psychologische Beratungsstellen. Bei gemeinsamer Diagnostik können die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frühförderung Kinder und Eltern in die beteiligte Einrichtung (Klinik, ärztliche Praxis, Therapieeinrichtung) begleiten. Eine gemeinsame Förderplanung mit den verschiedenen Berufsgruppen ist nur bei starkem persönlichem Engagement der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen möglich, da diese kaum Möglichkeiten haben, diese Arbeitsleistungen entsprechend abzurechnen. Für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Sonderpädagogischen Beratungsstellen ist es dagegen Teil ihres Arbeitsauftrages; die Interdisziplinären Frühförderstellen erhalten dafür u.a. die Zuschüsse des Landes.

## **Gemeinsame Angebote und gegenseitige Nutzung von Angeboten**

Diese Form der Zusammenarbeit beginnt sich innerhalb des sonderpädagogischen Bereiches und zwischen Interdisziplinären und Sonderpädagogischen Frühförderstellen zu entwickeln. Vor allem in Regionen, in denen neue Interdisziplinäre Frühförderstellen eingerichtet wurden (z. B. Esslingen, Stuttgart) vereinbaren die Frühförderstellen diese enge Form der Zusammenarbeit. Solche Vereinbarungen sind teilweise bereits Bestandteil der Konzeption der einzelnen Interdisziplinären Frühförderstellen. Durch die räumliche Anbindung der Sonderpädagogischen Beratungsstellen an Sonderschulen mit entsprechenden Räumlichkeiten wie Turnhalle, Schwimmhalle, Trampolinraum können diese zum Beispiel Schwimm- und Psychomotorikgruppen anbieten. Interdisziplinäre Frühförderstellen haben hier oft weniger Möglichkeiten, dafür haben sie in ihrem Team vielfältige Fachkompetenz zu Verfügung.

Gemeinsame Planungen und Absprachen über Schwerpunkte der Arbeit und im Förderangebot in der Region sind erste Schritte auf diesem Weg. Darauf aufbauend lassen sich gemeinsame Angebote durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verschiedener Einrichtungen, die wechselseitige Nutzung von Räumlichkeiten der Beratungsstellen sowie die Öffnung von Förderangeboten für Eltern und Kinder aus den anderen Einrichtungen meist relativ schnell und unkompliziert realisieren.

Einen solchen Schritt auf dem Weg zu mehr Interdisziplinarität haben die Sonderpädagogische Beratungsstelle und die Interdisziplinäre Frühförderstelle in Albstadt getan:

Die beiden Einrichtungen stellen ihre Arbeit in einem gemeinsamen Falblatt dar und bieten gemeinsam eine Spiel- und Psychomotorik- und eine Schwimmgruppe an, teilweise in den Räumen der Sonderpädagogischen Beratungsstelle bzw. der Schule. Beide Beratungsstellen bringen ihre Arbeitskapazität und jeweilige Fachkompetenz ein. Aus jeder Beratungsstelle können die betreuten Kinder an den Angeboten teilnehmen.

## **Mitarbeit von Sonderpädagogen aus anderen Beratungsstellen oder anderen Schulen**

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus anderen sonderpädagogischen Fachrichtungen bringen ihre Arbeitskapazität und Fachkompetenz in eine bestehende Sonderpädagogische Beratungsstelle ein. Dadurch erweitert sich die fachliche Kompetenz der Frühförderstelle wie auch der einzelnen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen; für Kinder und Eltern verkürzen sich Wege. Vor allem in Regionen, in denen Beratungsstellen nicht flächendeckend eingerichtet sind oder Anlaufstellen für einzelne behinderungsspezifische Fragestellungen fehlen bzw. schlecht erreichbar sind, eröffnen sich damit neue Möglichkeiten einer wohnortnahen, multidisziplinären und familienorientierten Frühförderung. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kleiner Frühförderstellen, die nur wenig Arbeitskapazität zur Verfügung haben und daher z. B. einen großen Teil ihrer Zeit für Öffentlichkeitsarbeit, Aufbau und Pflege von Kontakten aufwenden müssen, finden so ein Team und eine Struktur, in der sie effektiver arbeiten können.

## **Mitarbeit von Sonderpädagogen in Interdisziplinären Frühförderstellen**

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Sonderpädagogischen Beratungsstellen können ihre Arbeitskapazität in eine Interdisziplinäre Frühförderstelle einbringen und werden dort Mitglieder des Teams. Sie bleiben jedoch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ihrer Schule, verbringen aber ihre Arbeitszeit in der Frühförderung an dem anderen Ort. Bereits praktiziert wird dies in der Interdisziplinären Frühförderstelle im Landkreis Tuttlingen, in der Sonderpädagogen mitarbeiten. Ver-

gleichbare Absprachen sind z.B. für die Interdisziplinäre Frühförderstelle in Stuttgart getroffen worden.

Diese engste Form der Zusammenarbeit wurde vor allem an den Orten überlegt, an denen die Sonderpädagogischen Beratungsstellen an der Neueinrichtung der Interdisziplinären Frühförderstellen aktiv mitgewirkt haben.

### **Mitarbeit der Interdisziplinären Frühförderstelle im Sonderpädagogischen Beratungsstellenverbund**

Die interdisziplinäre Erweiterung z.B. eines Sonderpädagogischen Beratungsverbundes durch die Mitarbeit von Fachkräften der Interdisziplinären Frühförderstelle wird vereinzelt diskutiert. Es wird überlegt, durch stundenweise Mitarbeit von einzelnen Fachkräften der Interdisziplinären Frühförderstelle in einem Sonderpädagogischen Beratungsverbund dessen fachliche Kompetenz zu erweitern.

### **Zusammenschluß einzelner Beratungsstellen mit/ohne räumlichen Zusammenschluß**

Sonderpädagogische Beratungsstellen mit unterschiedlichem Schwerpunkt arbeiten in einem Verbund zusammen und bilden ein gemeinsames Team. Dieser Verbund wird auch nach außen deutlich gemacht. Die Kontaktaufnahme zum Frühförderverbund erfolgt direkt an die einzelnen beteiligten Beratungsstellen oder über eine gemeinsame Anlaufstelle. Im gemeinsamen Team wird geklärt, wer Kontakt zur Familie aufnimmt. Gemeinsame Planung und Durchführung von Diagnostik und Förderung schließen sich an. So haben sich z. B. die beiden Sonderpädagogischen Beratungsstellen in Leonberg und die Sonderpädagogische Beratungsstellen in Weil der Stadt zusammengeschlossen. Eltern können sich an jede Beratungsstelle wenden. Im Team wird geklärt, wer die Förderung übernimmt. In gemeinsamen Fallbesprechungen werden die unterschiedlichen Kompetenzen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eingebracht und sind dadurch für alle verfügbar. Eine vergleichbare Arbeitsform wird auch in Öhringen praktiziert.

In mehreren Regionen bemühen sich benachbarte Beratungsstellen auch um einen räumlichen Zusammenschluß unter einem Dach, um Eltern und Kindern den Zugang zur Frühförderung zu erleichtern und um die bisher praktizierten Formen der Zusammenarbeit (gemeinsame Diagnostik, Förderplanung und Förderung etc.) zu intensivieren. In der Regel wird gleichzeitig auch eine neutrale Unterbringung der Frühförderstelle außerhalb der Sonderschule angestrebt. Da hier finanzielle Mehrbelastungen auf die Schulträger zukommen, können diese Vorhaben häufig nur unter sehr erschwerten Bedingungen vorangebracht werden.

### **Zusammenschluß von Sonderpädagogischen Beratungsstellen mit Interdisziplinären Frühförderstellen**

Die Interdisziplinäre Frühförderstelle und eine oder mehrere Sonderpädagogische Beratungsstellen schließen sich zusammen. Die Einrichtungen bleiben formal und rechtlich als solche erhalten und selbständig, nützen aber alle Möglichkeiten der Kooperation und Zusammenarbeit wie sie bereits oben beschrieben wurden. Diese werden durch die gemeinsame räumliche Unterbringung deutlich erleichtert. So arbeiten ein Teil der Sonderpädagogischen Beratungsstelle und die Interdisziplinäre Frühförderstelle in Freudenstadt in enger Kooperation unter dem gleichen Dach zusammen. Die Partner nutzen alle Möglichkeiten der Zusammenarbeit von gemeinsamen Besprechungen, Fort-



bildungen bis zur Diagnostik- und Förderplanung. Diese enge Zusammenarbeit ist eingebettet in ein gestuftes System von Kooperationsbeziehungen zu anderen Einrichtungen im Landkreis. Bereits vor Einrichtung der Interdisziplinären Frühförderstelle arbeitete die Sonderpädagogische Beratungsstelle unter einem Dach eng zusammen mit der Psychologischen Beratungsstelle des Landkreises.

### **Unterbringung von Interdisziplinären Frühförderstellen oder Sonderpädagogischen Beratungsstellen mit anderen Einrichtungen unter einem Dach**

Partner sind z.B. Psychologische Beratungsstellen, Sozialpädiatrische Zentren bzw. entwicklungsneurologische Abteilungen von Kliniken oder auch freie Praxen. Auch hier bleibt jede Einrichtung selbständig, kann aber alle Möglichkeiten der Zusammenarbeit nutzen.

So benutzen in Ulm verschiedene Sonderpädagogische Beratungsstellen an unterschiedlichen Tagen der Woche gemeinsam einen Raum im Sozialpädiatrischen Zentrum Ulm. Dieser Raum dient als neutrale Anlaufstelle für Eltern und wird von einzelnen Beratungsstellen auch für Förderangebote genutzt. Die Beratungsstelle für hörgeschädigte Kinder in Schwäbisch Gmünd kann dadurch für Kinder und Eltern aus Ulm und dem Alb-Donau-Kreis eine wohnortnähere Anlaufstelle anbieten. In der Zusammenarbeit mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum ergeben sich durch die räumliche Nähe und zeitlich parallele Teambesprechungen vielfältige Möglichkeiten für gemeinsame Diagnostik, Förderplanung, Fallbesprechung und Weitervermittlung von Kindern. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Sozialpädiatrischen Zentrums können gezielt auf einzelne Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des sonderpädagogischen Bereichs zugehen. Für Eltern und Kinder verkürzen sich Wege; der Kontakt zur Frühförderung kann auf schon vertrautem und teilweise neutralem Boden angebahnt werden. Der Pädagogische Berater bzw. die Pädagogische Beraterin Frühförderung ist zu festen Sprechzeiten in dem Beratungsraum erreichbar und übernimmt die Vermittlung zu den außerhalb liegenden Sonderpädagogischen Beratungsstellen.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Die geschilderten Formen des Beratungsstellenverbundes unterscheiden sich hinsichtlich Intensität und Institutionalisierung. Relativ lose Formen der Kooperation können Wegbereiter sein für intensive Formen der Zusammenarbeit. Entscheidungen über Realisierungsformen des Beratungsstellenverbundes können nur vor Ort getroffen werden, weil nur so gewährleistet ist, daß auf örtlichen und gewachsenen Strukturen aufgebaut wird und die jeweiligen Besonderheiten und Vorbedingungen hinreichend berücksichtigt werden.

Zur weiteren Entwicklung von Vorstellungen über Realisierungsmöglichkeiten des Beratungsstellenverbundes sind vor allem die Sozialplaner und Sozialplanerinnen der Stadt- und Landkreise, die Pädagogischen Berater und Beraterinnen für Frühförderung beim jeweiligen Staatlichen Schulamt und die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung aufgerufen. Die Realisierung eines Beratungsstellenverbundes wird jedoch vor allem von gegenseitiger Akzeptanz, der Bereitschaft der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor Ort und bei bestimmten Formen von den finanziellen Möglichkeiten der Landkreise und Kommunen abhängen.

#### **4.7.2 Kooperation der Frühfördereinrichtungen mit anderen Stellen und Diensten**

Häufig kommen Erstkontakte aufgrund von Vermittlungen von Kinderkliniken und Sozialpädiatrischen Zentren, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen

zustande. Die Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen bedarf jedoch vielerorts noch der Verbesserung im Sinne eines längerfristigen und kontinuierlichen Kontakts.

Unverzichtbar und in der Praxis auch relativ stark ausgeprägt ist der Kontakt mit allgemeinen Kindergärten und Schulkindergärten sowie Sonderschulen. Auf den Einzelfall bezogen kommt auch eine Zusammenarbeit mit allgemeinen Schulen in Betracht.

#### **4.7.2.1 Die Zusammenarbeit zwischen Frühförderstellen und Kindertageseinrichtungen**

Frühförderung ist ein Angebot an Erziehungsberechtigte für Kinder, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, von der Geburt bis zum Schuleintritt oder zur Aufnahme in einen Schulkindergarten. Dies bedeutet, daß Kindern mit einer bestehenden oder drohenden Behinderung weiterhin Frühförderung angeboten werden kann, wenn sie eine Kindertageseinrichtung besuchen.

In folgenden Situationen werden Frühförderstellen tätig:

##### ***Ein behindertes oder entwicklungsverzögertes Kind wird in eine Kindertageseinrichtung aufgenommen.***

Frühförderstellen werden um Beratung gebeten bei der Aufnahme eines behinderten Kindes in eine Kindertageseinrichtung. Sind die Kinder bereits durch eine Einrichtung der Frühförderung betreut worden, wird dieser Wunsch häufig von den Eltern geäußert. Die Kindertageseinrichtung kann im Einvernehmen mit den Eltern ebenfalls um Hilfe bitten. Ohne dieses Einverständnis ist lediglich eine anonyme Beratung ohne Kenntnis des Kindes möglich.

Bei der Aufnahme eines behinderten Kindes in eine Kindertageseinrichtung entstehen Fragen bezüglich

- des Kindes:  
Fähigkeiten, Interessen und Einschränkungen des Kindes, Förderbedarf, und Hilfestellungen,
- der Eltern:  
Motivation für die Wahl des Kindergartens; Möglichkeiten der Eltern, Hilfen (z.B. nach dem BSHG oder KJHG) zu beantragen bzw. zu beschaffen; Bereitschaft, die Beratung durch Fachkräfte im Kindergarten zu erlauben und die Möglichkeit, notwendige Therapie für das Kind zu übernehmen;
- des Trägers und des Kindergartenteams:  
Bereitschaft zur Aufnahme des Kindes, Klärung der Rahmenbedingungen wie personelle, sächliche und räumliche Ausstattung sowie der Zeiten, in denen das Kind den Kindergarten besucht; Gestaltung der pädagogischen Arbeit etc.

Zur Klärung der Aufnahme eines der Frühförderung bekannten behinderten Kindes in eine Kindertageseinrichtung empfiehlt sich grundsätzlich ein gemeinsames Gespräch mit allen Beteiligten: Eltern/Erziehungsberechtigte, Kindertageseinrichtung (Leitung, Erzieher und Erzieherin), Träger der Einrichtung, Kindergartenfachberatung, Frühförderstelle sowie eventuelle Kostenträger für besondere Maßnahmen. Die Form der Beteiligung der Frühförderstelle sollte aber im Einzelfall zwischen den Beteiligten vereinbart werden. Die Frühförderung bringt im Einverständnis mit den Eltern/Erziehungsberechtigten ihre Kenntnisse über das Kind, seine Möglichkeiten, Grenzen und Förderbedürfnisse ein und liefert damit einen wichtigen Beitrag für den Entscheidungs- und Planungsprozeß.

## ***Ein Kind fällt in der Kindertageseinrichtung auf***

Die Frühförderstelle wird von den Eltern/Erziehungsberechtigten oder der Kindertageseinrichtung (mit Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten) um Beratung und Förderung gebeten. Nach einer diagnostischen Abklärung in Zusammenarbeit mit den Eltern/Erziehungsberechtigten und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Kindertageseinrichtung werden mögliche Maßnahmen gemeinsam besprochen und geklärt.

## ***Gestaltung von Frühfördermaßnahmen in Kindertageseinrichtungen***

In beiden Situationen ist die Zusammenarbeit mit der Kindertageseinrichtung und die Förderung des Kindes nur mit dem Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten möglich. Frühförderung ist primär ein Angebot für Kinder und deren Eltern/Erziehungsberechtigten. Gerade wenn Diagnostik und Förderung größtenteils in der Kindertageseinrichtung stattfinden, ist die Zusammenarbeit mit den Eltern/Erziehungsberechtigten besonders wichtig. Ihre Sicht der Probleme liefert wichtige Hinweise für die Diagnostik sowie die Gestaltung und Gewichtung der Förderangebote.

Mögliche Formen für die Zusammenarbeit mit den Eltern/Erziehungsberechtigten sind

- regelmäßige Elterngespräche
- Teilnahme der Eltern/Erziehungsberechtigten an Fördermaßnahmen
- Hausbesuche
- Wechsel zwischen Förderung in der Kindertageseinrichtung und zu Hause, um auch eine Übertragung in die häusliche Situation zu ermöglichen.

Frühförderung in Kindertageseinrichtungen hat vorrangig das Ziel, das Spiel- und Lernumfeld dort so zu gestalten, daß das Kind in der Gruppe Möglichkeiten zum Spielen und Lernen findet, die seinen Bedürfnissen entsprechen. Da diese Form von Frühförderung direkt in die Arbeit der Kindertageseinrichtung eingreift, kann sie nur in enger Zusammenarbeit mit den Erziehern und Erzieherinnen geschehen und muß sehr sensibel eingebracht werden. Die Verantwortung für alle Maßnahmen innerhalb der Kindertageseinrichtung liegt bei den zuständigen Erziehern und Erzieherinnen. Wertvolle Hilfestellung sowohl für die Erzieher und Erzieherinnen als auch die Frühförderung geben hier die Kindergartenfachberatungen und Heilpädagogischen Fachdienste.

Die Form, in der direkte und konkrete Fördermaßnahmen in den Kindergartenalltag integriert werden, muß mit den Erziehern und Erzieherinnen abgestimmt werden. Es muß sicher hier auch die Frage gestellt werden, ob Einzelförderung ihren Platz in der Kindertageseinrichtung hat oder ob nicht ein anderer Förderort (Zuhause, Beratungsstelle) sinnvoller wäre.

Es wird immer wieder die Frage nach dem Umfang von Förderung und Begleitung von behinderten und entwicklungsverzögerten Kindern gestellt. Frühförderstellen werden teilweise mit sehr hohen Erwartungen seitens der Kindertageseinrichtungen konfrontiert. Eine Förderung und Begleitung durch Sonderpädagogische Beratungsstellen ist im Rahmen der zur Verfügung stehenden Kapazitäten möglich. Interdisziplinäre Frühförderstellen können ebenfalls eine Förderung und Begleitung im Rahmen ihrer Möglichkeiten anbieten. Eine über mehrere Stunden pro Woche erforderliche Betreuung behinderter Kinder ist jedoch nicht leistbar. Hier bietet das Bundessozialhilfegesetz, das Kinder- und Jugendhilfegesetz sowie das neue Kindergartengesetz weitergehende Formen der Unterstützung.



## ***Das neue Kindergartengesetz***

Der Landtag hat im Dezember 1995 ein neues Kindergartengesetz verabschiedet, das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist.

Darin sind wesentliche Veränderungen im Artikel 1 enthalten, die auch Auswirkungen auf die Frühförderung behinderter Kinder haben:

Danach sollen - Kinder mit und ohne Behinderungen in gemeinsamen Gruppen erzogen werden können - (§ 2 des Kindergartengesetzes, s. Anlage 7).

### **§ 7 Pädagogisches Personal**

(1) Fachkräfte sind Angehörige im Gesetz benannter pädagogischer, therapeutischer und pflegerischer Berufsgruppen, wenn sie Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam in einer oder mehreren Gruppen betreuen.

### **§ 8 Zuschüsse zu den Personalkosten**

(1) Die nach § 75 des Achten Buches Sozialgesetzbuch anerkannten Träger der freien Jugendhilfe sowie Gemeinden, Landkreise und Zweckverbände erhalten auf Antrag Zuschüsse des Landes zu den Personalkosten. Die Zuschüsse betragen 30 vom Hundert der anrechnungsfähigen Personalkosten für die Fachkräfte im Sinne des § 7 Abs. 1 bis 6.

Mit diesem Zuschuß wird dem Träger die Einstellung von besonders qualifiziertem Personal (Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin, Heilpädagoge und Heilpädagogin, Physiotherapeut und Physiotherapeutin, Beschäftigungs-Arbeitstherapeut und Beschäftigungs-Arbeitstherapeutin, Logopäde und Logopädin, Kinderkrankenpfleger und Kinderkrankenschwester) erleichtert, wenn er ein behindertes Kind in einer Kindertageseinrichtung aufnimmt (s. Anlage 7).

Das Landesjugendamt hat gemeinsam mit den Kommunalen Spitzenverbänden Anwendungsempfehlungen für die oben genannten Punkte erarbeitet. Sie enthalten organisatorische und pädagogische Empfehlungen zur Aufnahme behinderter Kinder in Kindertageseinrichtungen sowie Hinweise auf Finanzierungsmöglichkeiten für eventuell notwendige Hilfen. Die vor Ort tätigen Kindergartenfachberatungen können darüber Auskunft geben.

## ***Kindergartenfachberatung und Heilpädagogischer Fachdienst***

In den meisten Regionen des Landes haben die Landkreise, Städte sowie die Evangelische und Katholische Kirche Kindergartenfachberatungen eingerichtet, die unter anderem für die Beratung und Fortbildung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Kindertageseinrichtungen sowie die Beratung der Träger zuständig sind. Die Erzieher und Erzieherinnen kennen in der Regel die für sie zuständige Kindergartenfachberatung. Auskünfte darüber kann auch das Kreisjugendamt geben.

In einzelnen Regionen arbeiten Heilpädagogische Fachdienste: Heilbronn, Tübingen, Waiblingen, Stuttgart, Heidenheim, Böblingen, Heidelberg, Göppingen und Geislingen. Diese Fachdienste beraten in der Regel Erzieher und Erzieherinnen im Umgang mit entwicklungsauffälligen und behinderten Kindern und bieten teilweise auch selbst Förderung an.

Die Kindergartenfachberatungen sind die vorrangigen Ansprechpartner und Berater der Erzieher und Erzieherinnen und können von diesen auch um Rat gefragt werden, wenn Eltern mit der Be-



teiligung einer Frühförderstelle nicht einverstanden sind. Die Fachberatungen können als Teil der Institution Kindertageseinrichtung direkt tätig werden. Vergleichbares gilt auch für die Heilpädagogischen Fachdienste, soweit sie bei den Kreisjugendämtern oder beim Träger angestellt sind.

In der Arbeit mit behinderten und entwicklungsauffälligen Kindern ergeben sich vielfach Überschneidungen. Eine enge Zusammenarbeit der Frühförderstellen mit den Kindergartenfachberatungen und den Heilpädagogischen Fachdiensten bei der Aufnahme behinderter Kinder in Kindertageseinrichtungen und in der Gestaltung der dortigen Frühförderung ist daher unumgänglich.

#### **4.7.2.2 Die Zusammenarbeit von Frühförderstellen mit den Familien- und Erziehungsberatungsstellen, den Familienentlastenden Diensten und Sozialstationen**

Zu den "Nachbareinrichtungen" der Frühförderstellen zählen auch **Familien- und Erziehungsberatungsstellen**, die Unterstützung und Beratung in Erziehungsfragen und in der Bewältigung von schwierigen Lebens- und Konfliktsituationen anbieten.

**Familienentlastende Dienste, Sozialstationen** und vergleichbare Einrichtungen halten für die Pflege und Betreuung von behinderten Kindern Unterstützungssysteme bereit und entlasten damit die Familien. Die Vermittlung solcher Hilfen gehört zu den wichtigen Aufgaben in der Begleitung und Beratung von Familien in der Frühförderung.

In der Regel wird die Frühförderstelle ebenfalls Kontakte zu Behörden wie Gesundheitsamt, Sozialamt, Jugendamt und zu Krankenkassen unterhalten, um den Familien den Zugang zu sozialen und rechtlichen Hilfen zu vermitteln.

Unterschiedlich ausgeprägt und häufig noch verbesserungsbedürftig ist die Kooperation mit Behindertenvereinen, insbesondere den Eltern- und Selbsthilfevereinigungen, zu deren Zielen die Verbesserung der Frühförderung gehört. Das große und verständliche Interesse der Eltern behinderter Kinder gerade an Fortschritten auf dem Gebiet der Frühförderung ist für die Frühförderstellen und Sonderpädagogischen Beratungsstellen wertvoll.

#### **4.7.2.3 Die Zusammenarbeit der Frühförderstellen mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe**

Im Rahmen der Frühförderung werden auch Kinder aus Familien betreut, in denen unterschiedliche und oft mehrere psychosoziale Belastungsfaktoren vorhanden sind. Ein Teil dieser Familien hat bei der Aufnahme in die Frühförderung bereits auch Kontakt zum Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD). Der größere Anteil dieser Kinder fällt jedoch häufig erst im Kindergarten durch eine nicht altersentsprechende Entwicklung bzw. durch Verhaltensprobleme auf und wird deswegen an Einrichtungen der Frühförderung vermittelt. Stellt sich nach eingehender Diagnostik heraus, daß das Kind durch ungünstige Lebensbedingungen in seiner Entwicklung bedroht ist, empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit dem ASD. Dieser ist zuständig für die Beratung der Familien u.a. im Hinblick auf Leistungen der Jugendhilfe auf der Grundlage des Kinder- und Jugendhilfegesetzes. Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sollen die Erziehung in der Familie unterstützen und ergänzen.

Für den Personenkreis der Familien in der Frühförderung sind insbesondere folgende Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) von Bedeutung:

- Förderung der Erziehung in der Familie (§§ 16 - 21 KJHG)  
Neben Leistungen der allgemeinen Erziehungsförderung wie Familienberatung, Angebote der Familienbildung und Familienfreizeiten sind dies vor allem Angebote für Familien in Not- und Problemsituationen sowie in Lebenssituationen, welche die Familien nicht mehr alleine bewältigen können. Dazu gehören unter anderem Angebote für Alleinerziehende sowie die Betreuung eines Kindes, wenn der betreuende Elternteil ausfällt.
- Hilfe zur Erziehung (4. Abschnitt, insbesondere die §§ 27, 28, 31 - 34 KJHG)  
Der Schwerpunkt liegt auf ambulanten und teilstationären Hilfen, die geeignet sind, die Lebensgemeinschaft der Familie aufrechtzuerhalten. Dies sind z.B. die Erziehungsberatung, die Sozialpädagogische Familienhilfe („Familienhelfer“) und die Erziehung in einer Tagesgruppe. Stationäre Hilfen sind Vollzeitpflege und Heimerziehung:
- Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a KJHG)  
Diese Hilfen können sowohl in ambulanter als auch teilstationärer (z.B. in Tageseinrichtungen) oder stationärer Form gewährt werden. Ambulante Maßnahmen für seelisch behinderte Kinder durch die Frühförderstellen werden in Baden-Württemberg im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) finanziert, während Maßnahmen zur Integration seelisch behinderter Kinder in Kindertageseinrichtungen weiterhin nach dem KJHG finanziert werden.

Vor der Gewährung dieser Hilfen sind die Erziehungsberechtigten ausführlich durch den ASD zu beraten. Welche Hilfen für die Familie notwendig sind, wird im Zusammenwirken aller beteiligten Fachleute und gemeinsam mit den Personensorgeberechtigten entschieden. Als Grundlage für die Ausgestaltung der jeweiligen erzieherischen Hilfe wird gemeinsam mit den Personensorgeberechtigten gem § 36 KJHG ein Hilfeplan erstellt. Er beinhaltet Feststellungen über den erzieherischen Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe und die notwendigen Leistungen sowie die voraussichtliche Dauer der Hilfe. Der Hilfeplan ist regelmäßig fortzuschreiben. Die Bestimmungen des Datenschutzes sind dabei zu beachten.

Wird ein Kind im Rahmen der Frühförderung betreut und die Familie gleichzeitig vom ASD z.B. im Hinblick auf erzieherische Hilfen beraten, ist hier eine enge Zusammenarbeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Kinder- und Jugendhilfe und Frühförderung notwendig. Sowohl Frühförderung als auch Kinder- und Jugendhilfe zielen darauf ab, die Familie in der Erziehung und Förderung ihres Kindes zu unterstützen, evtl. vorhandene Nachteile auszugleichen und für das Kind eine geeignete Lebenssituation zu schaffen. Dabei kommt es zu Überschneidungen. Dies macht klare und kontinuierliche Absprachen der Beteiligten notwendig, damit sich die jeweiligen Hilfen ergänzen und auch als unterstützend von der Familie in einer belasteten Situation erlebt werden können. Dies ist insbesondere dann unumgänglich, wenn die Fachleute direkt im häuslichen Umfeld des Kindes tätig sind (z.B. Frühförderung und Familienhilfe in einer Familie).

In der Praxis zeigt sich indes immer wieder, daß die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowohl der Frühförderung als auch der Kinder- und Jugendhilfe teilweise nur unklare Vorstellungen vom Aufgabengebiet und Arbeitsfeld des anderen Bereiches, dessen Möglichkeiten und Grenzen sowie über die Zugangswege zu den jeweiligen Hilfen haben. Hier besteht auf allen Ebenen noch Klärungs- und Informationsbedarf. Für die Arbeit vor Ort haben sich regelmäßige Kontakte und Informationsgespräche zwischen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Frühförderung und des Allgemeinen Sozialen Dienstes in der Region als sehr hilfreich erwiesen.

Aus der Sicht der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frühförderung ist die Kontaktaufnahme der Familien zu Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe bzw. zum ASD oftmals schwierig. Die Eltern müssen selbst diesen Kontakt aufnehmen und die Hilfen beantragen. Dieser Schritt fällt Eltern schwer, da sie ja um Unterstützung bei ihrer ureigensten Aufgabe bitten, nämlich Eltern zu sein und ihrem Kind ein angemessenes Lebensumfeld zu schaffen. Oft sind sie erst unter sehr großem Leidensdruck dazu bereit. In dieser Belastungssituation sind sie teilweise kaum oder nicht in der Lage, ihren Bedarf an Hilfe überhaupt zu formulieren. Hilfen werden dadurch häufig erst dann beantragt, wenn sie praktisch schon zur Verfügung stehen sollten. Eine Unterstützung durch bisherige Vertrauenspersonen (z.B. der Frühförderung) in Erstkontaktsituationen zum ASD kann für Eltern gegebenenfalls hilfreich sein. Diese Möglichkeit der Begleitung besteht, wenn die Eltern damit einverstanden sind. So kann Hilfe rechtzeitig in die Wege geleitet werden, d.h. auch präventiv wirken.

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frühförderung werden in einzelnen Fällen mit der Situation konfrontiert, daß sie das leibliche und seelische Wohl eines Kindes in seiner Familie extrem gefährdet sehen. Sie sind sich jedoch unsicher, ob und in welcher Form sie tätig werden können und müssen. Hier empfiehlt sich eine Kontaktaufnahme zum ASD, um mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen dort in einer anonymen Fallbesprechung die weitere Vorgehensweise zu klären. Als originäre Aufgabe der Jugendhilfe ist der ASD verpflichtet, Kinder in Obhut zu nehmen und sie bei geeigneten Personen, in Einrichtungen oder sonstigen betreuten Wohnformen unterzubringen, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist, d.h. Gefahr für Leib und Leben des Kindes besteht oder das Kind selbst um Inobhutnahme bittet (vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, §§ 42 - 43 KJHG).

Das Jugendamt ist auch zuständig für die Erziehung von Kindern in Kindergärten bzw. Kindertageseinrichtungen, wenn ein Kind in Tages- oder Vollzeitpflege in einer Pflegefamilie untergebracht ist (§§ 22-26, § 33, §§ 36-38, §§ 45 - 48 KJHG).

Kontakte zum Jugendamt bzw. zum ASD werden auch notwendig, wenn ein Kind in Tages- oder Vollzeitpflege in einer Pflegefamilie untergebracht ist (§ 23, § 33, §§ 36 - 38 KJHG).

Die Planung von Einrichtungen und Diensten nach dem KJHG (Jugendhilfeplanung) liegt in der Verantwortung der Träger der Öffentlichen Jugendhilfe, die bei dieser Aufgabe u.a. mit Einrichtungen der Frühförderung zusammenarbeiten.

Der ASD kann bei behinderten Kindern generell behilflich sein, eine adäquate Betreuung einzuleiten, z.B. die Aufnahme in einen geeigneten Kindergarten mit ergänzender heilpädagogischer oder pflegerischer Begleitung.

## **4.8 Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg**

### **4.8.1 Grundsätzliches**

Die Landesregierung hat, wie in der Rahmenkonzeption Frühförderung von 1993 vorgesehen, die "Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg" eingerichtet - nachfolgend "Arbeitsstelle Frühförderung" genannt - (GABl. 1994 S. 287). Diese besteht aus einem medizinischen und einem pädagogischen Bereich, die interdisziplinär eng zusammenarbeiten (Anlage 8).

## 4.8.2 Aufgaben

### **Konzeptionelle Weiterentwicklung des Frühfördersystems**

Die Arbeitsstelle Frühförderung leistet Beiträge zur konzeptionellen Weiterentwicklung des Frühfördersystems, indem sie die Diskussion fachlicher Fragen fördert, unterstützt und begleitet. Sie kann wissenschaftliche Untersuchungen zu aktuellen Fragestellungen aus dem Bereich Frühförderung sowie Fachtagungen anregen und sich an solchen beteiligen.

Die Arbeitsstelle Frühförderung führt selbst Fortbildungsveranstaltungen zu aktuellen Fragestellungen der Frühförderung durch (s. Fortbildung).

Sie organisiert interdisziplinär besetzte Gesprächsrunden zu wichtigen Themen, wie z.B. Früherkennung von Hörstörungen und die Förderung der mit dem Cochlear-Implant-System versorgten Kinder, Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Sehbehinderung.

Das Arbeitsgebiet umfaßt auch Tagungen für besondere Teil- oder Fachbereiche in der Frühförderung mit spezifischen Fragestellungen (Verbundsysteme in der Frühförderung, Fortbildung für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frühförderung hörgeschädigter oder sehgeschädigter Kinder, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Interdisziplinärer Frühförderstellen).

Schwerpunkte dieser Tagungen sind die Diskussion der Konzeption dieser Arbeitsbereiche sowie deren praktische und organisatorische Umsetzung.

Regelmäßig lädt die Arbeitsstelle zu Gesprächsrunden mit den anderen Anbietern von Fortbildungsveranstaltungen im Bereich Frühförderung zur Abstimmung und Koordinierung ein.

Außerdem beteiligt sich die Arbeitsstelle am Informationsaustausch mit den anderen bislang bestehenden Arbeitsstellen Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland.

### **Fortbildung**

Da die Bedeutung einer laufenden Fortbildung im Bereich der Frühförderung unbestritten ist, sollen berufsqualifizierende Maßnahmen verstärkt werden. Aufgabe der Arbeitsstelle ist die inhaltliche Planung und Organisation geeigneter Fortbildungsmaßnahmen und -programme für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verschiedener Fachdisziplinen aus Frühfördereinrichtungen und die Mitwirkung an Fortbildungsveranstaltungen. Hierzu gehört auch das Angebot externer Supervision, die bisher nur in wenigen Einrichtungen erfolgt.

Bis Dezember 1997 wurden folgende Fortbildungen durchgeführt (alle für einen interdisziplinär zusammengesetzten Teilnehmerkreis):

- Vier mehrtägige Einführungskurse für neu im Arbeitsfeld Frühförderung tätige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (jeder Kurs in 2 Teilen). Die Inhalte dieser Tagungen orientierten sich an den in der Rahmenkonzeption geforderten Grundsätzen und deren Umsetzung in die tägliche Arbeit der Frühförderstellen.
- Eintägige Fortbildungsveranstaltungen mit verschiedenen Themen, z.B. "Frühförderung in der Familie - Strukturen und Interaktionen", "Zusammenarbeit in der Frühförderung- Schwerpunkt Entwicklungsdiagnostik", "Medizinische Früherfassung, Frühbetreuung und Frühförde-



rung sehbehinderter Kinder", "Sprachstörungen - ein Leitsymptom im Bereich der Frühförderung", "Umschriebene Störungen der Entwicklung im Kleinkind- und Vorschulalter".

Außerdem konnten bislang 13 Supervisions-/Praxisbegleitungsgruppen in verschiedenen Regionen durchgeführt werden. Begleitend erfolgt im Rahmen eines Modellprojektes eine Evaluation, dabei liegt der Schwerpunkt der Fragestellung auf der Interdisziplinarität.

- Das Angebot der "Mobilen Fortbildungen" mit verschiedenen, wechselnden Themen, die im ganzen Land angefordert werden können, ist zunehmend mehr gefragt. Sie bieten den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen vor Ort gemeinsame Fortbildung sowie Gelegenheit zur Kontaktaufnahme und Austausch. In diesem Bereich werden auch Fortbildungen durch einen Expertenstab außerhalb der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung (vor allem Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Frühförderstellen) vermittelt. (Themen: Entwicklung und Förderung frühgeborener Kinder, Situation der ersten Beziehungsaufnahme, Umschriebene Entwicklungsstörungen, Angebote der Frühförderung im allgemeinen Kindergarten, Autismus, Anfallsleiden im frühen Kindesalter, Diagnostik, Einführung in die Motopädagogik/ Psychomotorik, Unterstützte Kommunikation, eine gemeinsame Fortbildung mit Eltern, Frühförderung von sozial und kulturell benachteiligten Kindern).

### **Koordinierung und Vernetzung der Maßnahmen**

Die Arbeitsstelle fungiert als überregionale Koordinierungsstelle. Sie unterstützt den interdisziplinären Austausch aller an der Frühförderung beteiligten Berufsgruppen. Sie ist Ansprechpartner für die Sonderpädagogischen Beratungsstellen, die Interdisziplinären Frühförderstellen, die Kinderkliniken und Sozialpädiatrischen Zentren, die Gesundheitsämter und alle sonstigen mit Frühförderung befaßten Stellen. Sie berät die zuständigen Ministerien. Zu ihren Aufgaben zählt ferner die Förderung der Zusammenarbeit mit den Eltern und die Kooperation mit Einrichtungen außerhalb Baden-Württembergs. In zeitlich eingeschränktem Umfang steht sie den Frühfördereinrichtungen auch bei der Klärung schwieriger individueller Fragen und Probleme zur Verfügung, betätigt sich jedoch nicht selbst als "Frühförderstelle" im Sinne dieser Rahmenkonzeption. Sie führt Vorortberatung zum Aufbau von Kooperations- und Verbundlösungen durch.

### **Mitwirkung bei den Förderprogrammen der Landesregierung**

Bei der finanziellen Förderung des Auf- und Ausbaues eines Netzes von Frühförderstellen wirkt die Arbeitsstelle mit und berät die zuständigen Ministerien. Bei Interdisziplinären Frühförderstellen prüft der Medizinische Bereich der Arbeitsstelle Frühförderung das Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen für eine Bezuschussung. Hierdurch soll nicht nur eine quantitative sondern auch qualitative Verbesserung des Frühfördersystems erreicht werden.

Schon bei der Planung neuer, interdisziplinär besetzter Frühförderstellen treten zahlreiche Fragen konzeptioneller und fachlicher Art auf, die häufig Gespräche vor Ort zur Klärung erforderlich machen.

Auch von den Kreisarbeitsgemeinschaften wurde wiederholt eine Beratung zur Umsetzung der Rahmenkonzeption und Verbesserung der Frühförderung vor Ort erbeten.

## **Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation**

Die Arbeitsstelle Frühförderung beteiligt sich beim Aufbau eines Informationssystems für die Frühförderung auf Landesebene. Sie wertet Literatur und Veröffentlichungen aus und betreibt selbst Öffentlichkeitsarbeit in Zusammenarbeit mit der Landesregierung, Hochschulen und Verbänden.

Inzwischen erscheinen halbjährlich die "Informationen der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg", ein Informationsdienst für die Frühförderung auf Landesebene, u.a. mit fachlichen Darstellungen, Dokumentationen, Weitergabe von Fortbildungsangeboten verschiedener Anbieter, Aufbereitung von Literatur zu einzelnen Themen.

### **4.8.3 Organisation und Institutionalisierung**

Zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigt die Arbeitsstelle Frühförderung die erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen. Die Anbindung an eine bestehende Einrichtung oder Behörde bietet sich an, da hierdurch die Kosten für die räumliche und sächliche Grundausstattung, die Verwaltung und den Schreibdienst gesenkt werden können.

Die fachlich überzeugendste Lösung wäre eine interdisziplinär arbeitende und besetzte Institution mit Planstellen für Ärzte und Ärztinnen sowie Pädagogen und Pädagoginnen möglichst noch verstärkt durch Vertreter und Vertreterinnen aus den Fachbereichen Psychologie, Sozialarbeit und/oder Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie. Wegen des damit verbundenen erheblichen zusätzlichen finanziellen Aufwands wurde ein pragmatischer Weg beschritten, bei dem durch Bündelung von vorhandenen Kompetenzen fachlich befriedigende Ergebnisse erzielt werden. Das Ziel der Schaffung einer einzigen, von vornherein interdisziplinär angelegten Arbeitsstelle soll dennoch nicht aus den Augen verloren werden.

Die Arbeitsstelle Frühförderung besteht aus einem medizinischen und einem pädagogischen Bereich, wobei beide Bereiche interdisziplinär eng zusammenarbeiten. Der medizinische Teil der Arbeitsstelle Frühförderung ist beim Landesgesundheitsamt angesiedelt und den dort tätigen Landesärzten/Landesärztinnen für Behinderte als Schwerpunktaufgabe zugewiesen. Für den pädagogischen Teil stellt das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport zwei halbe Planstellen für Sonderpädagogen/Sonderpädagoginnen und Räume im Oberschulamt Stuttgart zur Verfügung.

Die Einbeziehung weiterer Fachdisziplinen wie z.B. Psychologie und Sozialarbeit wird bis auf weiteres konsiliarisch und durch Nutzung aller Kooperationsmöglichkeiten erfolgen. Eine enge Kooperation bietet sich insbesondere mit dem Psychologischen Dienst des Sonderpädagogischen Beratungszentrums Heidelberg und dem Fachbereich Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg in Reutlingen an.

### **4.9 Interministerielle Kommission Frühförderung (IKF)**

Zur Begleitung der Arbeitsstelle Frühförderung und zur Koordinierung des Frühfördergeschehens insgesamt wurde vom Land ein interministerielles Gremium bestellt. Dieser "Interministeriellen Kommission Frühförderung" (IKF) gehören an

- zwei Vertreter/Vertreterinnen des Sozialministeriums
- ein Vertreter/ eine Vertreterin des Kultusministeriums
- ein Vertreter/ eine Vertreterin des Wissenschaftsministeriums
- der Landesarzt für Behinderte/ die Landesärztin für Behinderte (Landesgesundheitsamt) als Vertreter/Vertreterin des medizinischen Bereichs der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung
- ein Vertreter/ eine Vertreterin des pädagogischen Bereichs der überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung
- zwei Vertreter/ Vertreterinnen der gesetzlichen Krankenkassen
- ein Vertreter/ eine Vertreterin des Landkreistags Baden-Württemberg
- ein Vertreter/ eine Vertreterin des Städtetags Baden-Württemberg
- ein gemeinsamer Vertreter/ eine Vertreterin der Landesärztekammer und der kassenärztlichen Vereinigung
- zwei Vertreter/Vertreterinnen der Liga der freien Wohlfahrtspflege
- zwei vom Kultusministerium berufene Sachverständige aus dem pädagogisch-psychologischen Bereich der Frühförderungspraxis
- zwei vom Sozialministerium berufene Sachverständige aus dem medizinischen und sozialen Bereich der Frühförderungspraxis.

Für jedes Mitglied der Kommission wird ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin berufen. Die Kommission kann zu ihren Beratungen im Bedarfsfall weitere Sachverständige zuziehen. Die Kommission wählt ihren Vorsitzenden/ ihre Vorsitzende in der Regel aus dem Kreis der Vertreter und Vertreterinnen der Ministerien für jeweils drei Jahre; Wiederwahl ist möglich.

Die Kommission tritt mindestens einmal jährlich, im übrigen nach Bedarf zusammen. Sie hat sich zwischenzeitlich eine Geschäftsordnung gegeben (Anlage 9).

In den bisherigen sechs Sitzungen der Interministeriellen Kommission Frühförderung wurden u.a. folgende Themen erörtert:

Um nähere Angaben über den Stand der Bildung von Kreisarbeitsgemeinschaften und den Ergebnissen ihrer Planungen zu erhalten, wurde eine Umfrage vereinbart und vom Sozialministerium durchgeführt (s. Anlage 4).

Die IKF ist bestrebt, den Auf- und Ausbau der Interdisziplinären Frühförderstellen zu fördern und die Entwicklung der Sonderpädagogischen Beratungsstellen anzuregen. Hierbei wird vor allem Gewicht auf die Verbesserung der Kooperation aller an der Frühförderung beteiligter Stellen gelegt.

Diese Aufgabe wurde auch der Arbeitsstelle Frühförderung mit übertragen, deren Tätigkeiten regelmäßig von der IKF begleitet werden.

Ein zunehmend auch in der Öffentlichkeit diskutiertes Problem ist die zu späte Erkennung von Hörstörungen. Diese Problematik wurde ebenfalls in einer Sitzung besprochen und Anregungen zur Verbesserung der Früherkennung von Hörstörungen gegeben.

Mehrmals diskutiert wurden Fragen zu den Sozialpädiatrischen Zentren. Die umfangreiche Problematik führte zur Bildung einer Arbeitsgruppe. - Diese entwickelte in mehreren Sitzungen die Vorlage einer Entschließung "Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) - Konzeption, Anforderungsprofil, Bedarf -" (s. Anlage 2)



In einer weiteren von der IKF eingesetzten Arbeitsgruppe wurde eingehend die Problematik der erschwerten Behandlung der behinderten oder von Behinderung bedrohten Säuglinge und Kleinkinder in der Frühförderung erörtert und Vorschläge zur Verbesserung erarbeitet.

## **5. Weiterentwicklung des baden-württembergischen Frühfördersystems**

Auf der Grundlage der Rahmenkonzeption zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg aus dem Jahr 1993 ist in den letzten Jahren ein weiterer Ausbau der Frühförderung erfolgt. Inzwischen stehen 313 Sonderpädagogische Beratungsstellen und 32 Interdisziplinäre Frühförderstellen als Anlaufstellen zur Verfügung. Dennoch besteht weiterer Handlungsbedarf.

Nach wie vor muß alles getan werden, um Behinderungen möglichst frühzeitig zu erkennen und behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindern Förderung und Behandlung zu ermöglichen. Die Landesregierung hat daher beschlossen, sich für den weiteren Ausbau der Früherkennung und der interdisziplinären Frühförderung einzusetzen. Vorrangig gilt es, das Vorhandene auszubauen, die Vernetzung der Beratungsstellen aber auch mit anderen Diensten und Einrichtungen voranzutreiben und zusätzliche Qualifizierungen durchzuführen. Zudem ist der Informationsfluß über die Möglichkeiten der Frühförderung zu verbessern.

Die Grundsätze der Ganzheitlichkeit, der Interdisziplinarität und Familienorientierung sowie die Kriterien der Regionalisierung und der Koordination aller Maßnahmen haben auch beim Ausbau der Frühförderung weiterhin Gültigkeit.

### **5.1 Perspektiven der Weiterentwicklung im medizinischen Bereich**

#### **Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen**

Für den Bereich der niedergelassenen Kinderärzte und Kinderärztinnen in Baden-Württemberg gilt nach wie vor, daß derzeit eine Bedarfsdeckung vorliegt und daher keine quantitativen Verbesserungen anzustreben sind. Allerdings wäre in bestimmten ländlichen Regionen eine höhere kinderärztliche Präsenz den Belangen der Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsstörungen förderlich. Wie bereits in der Rahmenkonzeption von 1993 ausgeführt, sind methodische und qualitative Aspekte der Frühförderung und Behandlung kindlicher Entwicklungsstörungen verbesserungsbedürftig. Dieses Anliegen sollte von den zuständigen Institutionen weiterverfolgt werden, um eine Steigerung der Effektivität dieser Maßnahmen zu erreichen.

Die Dichte niedergelassener Therapeuten und Therapeutinnen (Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Logopäden und Logopädinnen), die in besonderem Maße zur Behandlung kindlicher Entwicklungsstörungen qualifiziert sind, ist insgesamt zu gering. Insbesondere im logopädischen Bereich sind die vorhandenen Behandlungskapazitäten nicht bedarfsdeckend. Zwar ist die Gesamtkapazität in den letzten Jahren gewachsen, jedoch bestehen vielfach in ländlichen Regionen noch Engpässe.



## **Kinderkliniken und Sozialpädiatrische Zentren**

Eine wesentliche Grundlage zur Weiterentwicklung der sozialpädiatrischen Diagnostik und Behandlung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ist die weiterführende Diagnostik in Krankenhäusern und Kliniken, vor allem in den Sozialpädiatrischen Zentren.

Die Umsetzung eines bedarfsentsprechenden Konzeptes erfordert außer der Bereitschaft und dem fachlichen Interesse der angesprochenen Institutionen auch die Bereitschaft der Zulassungsausschüsse, bedarfsgerechte Strukturen mitzuentwickeln und die Aussicht, mit den Kostenträgern kostendeckende Vergütungen vereinbaren zu können (Anlage 2).

In fachlicher Hinsicht wird ein problemorientiertes Zusammenwirken verschiedener Fach- und Berufsverbände hilfreich sein, um die interdisziplinäre Frühförderung zugunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder weiterzuentwickeln. Ein Arbeitskreis sozialpädiatrisch tätiger Ärzte und Ärztinnen vor allem jedoch die "Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung" wird durch Abstimmung fachlicher Inhalte und durch koordinierende Funktion diesen Prozeß der Weiterentwicklung unterstützen.

## **5.2 Perspektiven der Weiterentwicklung in den Sonderpädagogischen und Interdisziplinären Frühförderstellen**

Für die Sonderpädagogischen und Interdisziplinären Frühförderstellen behalten die Grundsätze der Frühförderung wie bisher ihre große Bedeutung im Sinne von Leitlinien für die Arbeit. Sie sind aus der praktischen Arbeit heraus konkret auszugestalten und weiterzuentwickeln.

Im konzeptionellen Bereich bedarf es einer kritischen Ausdifferenzierung und einer verstärkten Umsetzung eines ganzheitlichen und interdisziplinär orientierten Frühförderkonzeptes, das sich an das Kind als Gesamtpersonlichkeit in seiner familiären und sozialen Umwelt wendet und es darin unterstützt, seine eigenen Kompetenzen und sein Selbstvertrauen zu entwickeln und zu erweitern.

### **5.2.1 Zur Familienorientierung**

Frühförderung ist ein Angebot für Familien mit behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern. Die konkrete Ausgestaltung des Angebotes für ein Kind muß immer im Dialog von Eltern und Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Frühförderung geklärt werden. Eltern und Fachleute der Frühförderung schließen ein "Arbeitsbündnis", das sowohl die inhaltlichen als auch die organisatorischen Elemente der konkreten Frühförderung beinhaltet. Die Arbeit in diesem "Bündnis" muß zusammen mit den Eltern immer wieder reflektiert und fortgeschrieben werden. Die Entscheidung darüber, ob und welche Förderung ein Kind erhält, liegt bei dessen Eltern. Die Rolle der Fachleute in diesem Beziehungsgefüge und Interaktionsgeschehen bedarf der ständigen Reflexion und Klärung. Geeignete Möglichkeiten dafür finden die Fachleute der Frühförderung in regelmäßigen Teambesprechungen in der Beratungsstelle sowie in der Supervision. Ein Schwerpunkt der Fortbildung muß im Aufbau von Kompetenzen in der gemeinsamen Beratung mit den Eltern liegen.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frühförderstellen sind aufgerufen, bisher praktizierte Formen der Frühförderung kritisch daraufhin zu befragen, inwiefern diese den Bedürfnissen der Familien tatsächlich entsprechen, diese Formen gegebenenfalls weiterzuentwickeln und bei Bedarf neue Formen zu finden, die diesem Anspruch besser gerecht werden.

Dabei ist es wichtig,

- sich an den Fähigkeiten und Stärken der Familie zu orientieren,
- ein möglichst differenziertes Bild von der Familie und ihrem System der Helfer zu erhalten,
- Vorschläge und Interventionen jeweils vor dem Hintergrund der Möglichkeiten der Familie und ihrem Umfeld vorab zu prüfen,
- Aufgaben, Möglichkeiten und Kompetenzgrenzen der Frühförderung in Bezug auf die jeweilige Familie zu klären und zu beachten
- gemeinsam mit den Eltern aus dem zur Verfügung stehenden System konkreter Hilfen funktionale und individuell passende Versorgungsnetze zu entwickeln und zu nutzen,
- die Rolle als Mitarbeiter und Mitarbeiterin der Frühförderung im System Familie kritisch zu reflektieren,
- persönlichen Rückhalt bei anderen Fachkompetenzen und -leuten zu suchen,
- die eigene menschliche Betroffenheit wachzuhalten und den Handlungsgrundsatz, alles zu tun, um selbst überflüssig zu werden, zu beachten.

Familienorientierung setzt eine leichte Zugänglichkeit der Angebote der Frühförderung wie auch der Beratungsstellen voraus. Für die Eltern wird der Besuch einer Frühförderstelle erleichtert, wenn diese räumlich getrennt von Behinderteneinrichtungen oder Sonderschulen eingerichtet ist.

Im Bereich der Sonderpädagogischen Frühförderung ist dies bisher erst in wenigen Fällen erreicht. Hier sind insbesondere auch die Schulträger und Schulleitungen angesprochen, die Möglichkeiten für eine verbesserte Zugänglichkeit zu prüfen und bei Bedarf zu realisieren: Ein eigener Telefonanschluß, gesonderte Beschilderung, "neutrale" Benennung der Beratungsstelle und von der Sonderschule getrennte räumliche Unterbringung können für Eltern die manchmal bestehende Schwelle senken.

Eltern wird die Kontaktaufnahme zu Sonderpädagogischer Frühförderung erleichtert, wenn ihnen deren eigenständiger Status deutlich wird. Auch bei Aufnahme in den Sonderschulkindergarten sollten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frühförderung nicht gleichzeitig als Gutachter bei der Überprüfung wegen einer Aufnahme tätig werden. Die Verwendung von Daten aus der Frühförderung z.B. bei der Einschulung ist nur mit Einverständnis der Eltern möglich.

Eltern erhalten in jeder Sonderpädagogischen Beratungsstelle Hilfe und Beratung, unabhängig davon, in welcher Art ihr Kind behindert oder durch eine Behinderung bedroht ist. Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen wird angeraten, gemeinsam mit den Eltern zu klären, in welcher Frühförderreinrichtung sie und ihr Kind angemessene Hilfe und Förderung erhalten. Jede Sonderpädagogische Beratungsstelle erfüllt damit die Funktion einer "Anlaufstelle". Die Benennung der Beratungsstelle sollte daher möglichst neutral und nicht "behinderungsspezifisch" gehalten werden.

Die Interdisziplinären Frühförderstellen sind für alle Entwicklungsstörungen und Behinderungen offen. Die Eltern oder Angehörigen können sich selbst an die Frühförderstelle wenden und erhalten dort Beratung, kontinuierliche Förderung und Therapie. Die Wege für Eltern werden kürzer, da in den Interdisziplinären Frühförderstellen verschiedene Formen von Therapie und Förderung aufeinander abgestimmt unter einem Dach angeboten werden. Dafür ist die Arbeit im Team unumgänglich. Die Durchführung von Frühförderung als mobile Förderung/Hausfrühförderung ist ein wichtiger Bestandteil eines familienorientierten Angebotes. Dies muß auch den Kostenträgern gegenüber deutlich gemacht werden.

Durch die Mitarbeit von Psychologen und Psychologinnen in den Interdisziplinären Frühförderstellen finden Eltern hier besonders qualifizierte Hilfe und Begleitung z.B. im Prozeß der Auseinandersetzung mit der Behinderung ihres Kindes.

### **5.2.2 Zur Ganzheitlichkeit**

Frühförderung richtet sich immer an das Kind als Gesamtpersönlichkeit. Es wird aus dem Angebot, das ihm gemacht wird, die Elemente übernehmen, die es in sein Handeln und seine Lebenswelt integrieren kann. Aufgabe der Frühförderung ist daher, für jedes Kind mit seinen individuellen Bedürfnissen entsprechende Formen und Inhalte der Förderung zu finden, in die, wenn notwendig, auch der Aufbau von spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in einem ganzheitlichen Rahmen integriert werden kann. Besondere Anforderungen an die Fachleute stellen sich hier bei der Frühförderung hör- und sehgeschädigter Kinder.

Die Interdisziplinären Frühförderstellen haben ein Team aus Fachkräften sowohl aus dem medizinisch-therapeutischen, als auch aus dem pädagogisch-psychologischen Bereich. Daher besteht die Möglichkeit von Anfang an die Diagnostik mehrdimensional durchzuführen und damit der angestrebten Ganzheitlichkeit gerecht zu werden. Dies gilt genauso für die anschließende Therapie und Förderung des Kindes und die Beratung der Eltern.

### **5.2.3 Zur Interdisziplinären Zusammenarbeit/Vernetzung**

Der Grundsatz der Interdisziplinarität verlangt von allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Frühförderstellen weiterhin die Kooperation und Abstimmung mit den anderen Fachdisziplinen und Einrichtungen der Frühförderung. Voraussetzung dafür ist es, den Standort der Frühförderung sowie ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesamtsystem konkreter Hilfen für Familien mit behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern kritisch zu reflektieren und zu beschreiben. Der Auftrag der Frühförderung, die Möglichkeiten, Abhängigkeiten und Kompetenzgrenzen der Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen müssen geklärt und in der Zusammenarbeit mit Partnern deutlich gemacht und beachtet werden.

Ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung der Frühförderung liegt in der Intensivierung der Zusammenarbeit aller beteiligten Personen, Fachdisziplinen und Einrichtungen und der zunehmenden Vernetzung mit diesen. Die im Kapitel 4.7 beschriebenen Beispiele sind als Schritte in einem Prozeß der zunehmenden Vernetzung zu sehen. Diese gilt es je nach örtlichen Bedürfnissen zu gestalten und weiterzuentwickeln.

In vielen Regionen haben sich, abhängig von den regionalen Gegebenheiten, vielfältige Formen der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen und Berufsgruppen entwickelt: Gemeinsame Arbeitskreise, regelmäßige gemeinsame Team- und Fallbesprechungen, gemeinsame Beratungs- und Förderangebote, Mitarbeit von Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen in einer Interdisziplinären Frühförderstelle und der Zusammenschluß verschiedener Einrichtungen unter einem Dach sind Möglichkeiten für eine zunehmende Vernetzung der Frühförderung. Auch kleine Schritte der Annäherung wie die Öffnung einer Fortbildungsveranstaltung für Interessierte oder die Hospitation in einer anderen Einrichtung können zum Zündfunken für weitergehende Formen des Verbundes werden.

Die Gestaltung und Weiterentwicklung der Zusammenarbeit in der Region ist Aufgabe aller Beteiligten. Die Initiativen dazu liegen in der Verantwortung insbesondere der Sozialplaner der Stadt-



und Landkreise sowie der Pädagogischen Berater für Frühförderung bei den Staatlichen Schulämtern.

Die interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams ist Voraussetzung für die Interdisziplinären Frühförderstellen. In der Praxis zeigen sich zunehmend die Erfolge dieser Arbeitsweise. Hinzu kommt die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Institutionen und Behörden der Region, die ständig intensiviert wird.

Innerhalb des Sonderpädagogischen Bereiches eröffnen sich viele Möglichkeiten einer multidisziplinären Zusammenarbeit: Durch den Einsatz von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen verschiedener sonderpädagogischer Ausbildungsrichtungen in einer Beratungsstelle oder den Zusammenschluß von Beratungsstellen verschiedener Fachrichtungen zu einer Beratungsstelle können Kompetenzen gebündelt und den Eltern und Kindern an einem Ort zugänglich gemacht werden. Der Anspruch einer "Anlaufstelle" kann hier besonders gut eingelöst werden.

Die Zusammenarbeit im Team, der Aufbau spezifischer Kompetenzen für die Frühförderung und die Kooperation mit anderen Einrichtungen gelingen leichter, wenn die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Sonderpädagogischen Beratungsstellen überschaubar und über längere Zeit konstant ist. In den Interdisziplinären Frühförderstellen arbeiten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Regel mit dem überwiegenden Anteil ihrer Arbeitskapazität oder voll in dieser Stelle. Dies hat sich sehr bewährt.

Der Anspruch auf eine familienorientierte, ganzheitliche und interdisziplinäre Frühförderung sowie neue Fragestellungen (z.B. teilweise Zunahme von Mehrfachbehinderungen, neue Operationsmethoden wie CI) haben bei den Beratungsstellen für hör- und sehgeschädigte Kinder zu ersten Überlegungen hinsichtlich neuer Konzepte und Organisationsformen der Frühförderung geführt. In Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen und Sonderpädagogischen Beratungsstellen müssen neue Förderkonzepte erarbeitet werden, um den veränderten Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien gerecht zu werden. Die Beratungsstellen für seh- und hörgeschädigte Kinder haben die Aufgabe, verstärkt Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit vor Ort zu entwickeln. Ein wichtiges Arbeitsfeld eröffnet sich hier auch in der Information und Beratung von Fachleuten in der Region, um deren Kompetenz zu unterstützen und bezüglich seh- und hörbehinderter Kinder zu erweitern.

In der engen Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen sind die Regeln des Datenschutzes zu beachten: Eltern müssen schriftlich ihr Einverständnis geben, wenn z.B. Fallbesprechungen, Diagnostik und Förderplanung gemeinsam durchgeführt werden oder das Kind an eine andere Frühfördereinrichtung weitervermittelt wird. Dabei ist es hilfreich, den Eltern den Sinn des Beratungsstellenverbundes bzw. des Netzwerkes deutlich zu machen.

#### **5.2.4 Zur Regionalisierung**

Die meisten Kreise in Baden-Württemberg haben inzwischen, wie geplant, eine Interdisziplinäre Frühförderstelle eingerichtet. Der flächendeckende Ausbau ist jedoch weiterhin noch nicht abgeschlossen und die Einrichtung weiterer Frühförderstellen erforderlich, da in einigen Gebieten dringender Bedarf besteht. Daher wurde auch in der Koalitionsvereinbarung der Landesregierung vom Mai 1996 ein weiterer Ausbau festgeschrieben.

Die Regionalisierung ist im Bereich der Sonderpädagogischen Beratungsstellen weitestgehend abgeschlossen, da diese flächendeckend eingerichtet sind. Es ist jedoch noch zu überprüfen, ob alle



Fachkompetenzen auch regional und für Eltern gut nutzbar zur Verfügung stehen. Sind innerhalb des Landkreises einzelne Regionen ungleichmäßig mit Frühförderangeboten versorgt, bedarf es immer einer Klärung und Abstimmung bezüglich der Arbeitsbereiche und Ressourcen mit den anderen regional tätigen Einrichtungen der Frühförderung. Wenn dann eine Umstrukturierung der Sonderpädagogischen Frühförderung notwendig ist, sollte diese weniger durch die Einrichtung neuer Frühförderstellen gelöst werden, da die personellen Ressourcen für diesen Bereich festgelegt sind, als durch eine Änderung der Bestandsstruktur. Auf der Ebene der Staatlichen Schulämter muß daher regelmäßig gemeinsam mit den Beratungsstellen geprüft werden, ob die derzeitige regionale Verteilung der Frühförderdeputate noch sinnvoll ist und ob - ggf. welche - Neueinteilung notwendig ist. Die Erweiterung einer bestehenden Beratungsstelle um entsprechend qualifiziertes Personal aus anderen Beratungsstellen bzw. Schulen sowie die bereits oben beschriebenen Verbundformen ermöglichen neue Schwerpunktsetzungen der Beratungsstellen, die dadurch ein größeres Feld kompetent abdecken können.

### **5.2.5 Zur Klärung des Arbeitsfeldes und Qualifizierung für dieses Feld** (Kompetenzentwicklung)

Interdisziplinäre und Sonderpädagogische Frühförderstellen sind Anlaufstellen für Eltern mit Kindern, die behindert sind oder unterschiedliche Auffälligkeiten in ihrer Entwicklung haben. Sie sind Teil eines Netzwerkes zur Unterstützung dieser Familien. Aufgabe der Frühförderstellen ist es, die vorhandenen Kompetenzen und ihr Aufgabenfeld zu beschreiben, es abzugrenzen und "Brücken" zu anderen Einrichtungen mit besonderen Kompetenzen (z.B. Psychologischen Beratungsstellen) zu schaffen. Besonders bedeutsam wird die Klärung der Zuständigkeit z.B. bei der Begleitung von Familien mit großen psychosozialen Belastungen. (Zusammenarbeit mit bzw. Abgrenzung gegenüber Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe) oder bei der Begleitung von behinderten oder entwicklungsverzögerten Kindern im Regelkindergarten.

Die Arbeit mit kleinen Kindern und die Begleitung und Beratung von Familien in ihrer spezifischen Situation der Auseinandersetzung mit eventuell drohender Behinderung erfordern den Aufbau spezifischer Kompetenzen bei allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Frühförderung. Regelmäßige Fortbildungen auf regionaler und überregionaler Ebene leisten hierbei wichtige Beiträge. Von großer Bedeutung für die praktische Arbeit sind regelmäßige Teambesprechungen in den Beratungsstellen mit Fallbesprechungen, gemeinsamer Reflexion der Arbeit, gegenseitigem Austausch und kollegialer Fortbildung. Der Aufbau und die Entwicklung einer Teamstruktur in den Beratungsstellen ist eine notwendige Voraussetzung für die Kompetenzentwicklung der Frühförderung. Teamentwicklung gelingt besser, wenn die Anzahl der Teammitglieder überschaubar ist.

Diese Qualifizierung der Arbeit hat Konsequenzen für die Organisation der Sonderpädagogischen Frühförderung: Kompetenzen für die Frühförderung können sich dann entwickeln, wenn Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen über längere Zeit und konstant einen Schwerpunkt ihrer Arbeit in diesem Bereich haben und der Umfang ihres Einsatzes entsprechend ausgerichtet wird. Dies bedeutet, daß die zur Verfügung stehende Arbeitskapazität langfristig auf weniger Personen konzentriert wird.

Durch die Frühfördergrundsätze des Landes (s. Anlage 5), die auf der Grundlage der Rahmenkonzeption Frühförderung entwickelt wurden, bestehen zur qualitativen Verbesserung der Frühförderung Vorgaben zur Erlangung des Landeszuschusses. Dazu gehört neben der interdisziplinären Zusammensetzung des Teams auch, daß bei teilzeitbeschäftigten Fachkräften der Umfang einer halben Planstelle auf Dauer nicht unterschritten werden soll, um die erforderliche Teamarbeit nicht zu ge-

führen. Supervision und Praxisbegleitung unterstützen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Klärung ihres Arbeitsfeldes und ihrer Rolle in dem komplexen Interaktionsgeschehen.

### **5.2.6 Entwicklungen und Planungen im Gesamtsystem der Frühförderung**

Mit der Rahmenkonzeption Frühförderung hat das Land die Grundlage für die Weiterentwicklung des Gesamtsystems der Frühförderung in Baden-Württemberg geschaffen. Planungen und Entwicklungen erfolgen nur noch gemeinsam und nach Abstimmungen mit allen Beteiligten.

Für die Interdisziplinären Frühförderstellen ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Vereinfachung der Abrechnung mit den Krankenkassen und Sozialhilfeträgern unbedingt erforderlich.

Für viele Eltern ist es ein Problem, sich vor Beginn der Förderung in einer Interdisziplinären Frühförderstelle selbst um die Finanzierung kümmern und das Sozial- und Gesundheitsamt aufsuchen zu müssen. Auch hier wäre eine Vereinfachung und Beantragung direkt durch die Frühförderstelle hilfreich, wie dies bereits in einigen Regionen Baden-Württembergs und teilweise in anderen Bundesländern üblich ist.

Das Land hat das System der Sonderpädagogischen Frühförderung im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten konsolidiert, weiter ausgebaut und festgeschrieben. In diesem Bereich ist also auf absehbare Zeit kein weiterer Ausbau zu erwarten, so daß ein bedarfsdeckendes Angebot an Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in den einzelnen Landkreisen in der Regel nur dann erreicht werden kann, wenn gleichzeitig ergänzende Initiativen zur Einrichtung von Interdisziplinären Frühförderstellen ergriffen und umgesetzt werden bzw. durch effiziente Organisation das Angebot optimiert wird. Dies ist in einem Großteil der Landkreise inzwischen geschehen. Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen haben die Aufgabe, Möglichkeiten und Grenzen ihrer Arbeit darzustellen, den aus ihrer Sicht vorhandenen Bedarf aufzuzeigen und die Landkreise und die Kreisarbeitsgemeinschaft darüber zu informieren. Das Staatliche Schulamt und der Pädagogische Berater und die Pädagogische Beraterin für Frühförderung übernehmen dabei eine koordinierende Funktion.

Gemeinsame Aufgabe aller Einrichtungen der Frühförderung ist es, Struktur, Inhalt und Zusammensetzung ihrer Angebote immer wieder daraufhin zu überprüfen, ob sie noch den Bedürfnissen von Eltern und Kindern entsprechen und bei Bedarf Neuorientierungen einzuleiten.

## Verzeichnis der Kinderkliniken und sozialpädiatrischen Zentren

### Kinderkliniken/-abteilungen

Stand März 1997

		Neuropäd. Abt./Amb.	SPZ
<b>Aalen</b>	Kinderabteilung des Kreiskrankenhauses Im Kälblesrain 1 - 10 73428 Aalen ☎ 07361/55-0	+	
<b>Baden-Baden</b>	Stadtklinik Baden-Baden Kinderklinik Balgerstraße 50 76532 Baden-Baden ☎ 07221/91-0		
<b>Bad Mergentheim</b>	Kinderklinik des Caritas-Krankenhauses Umlandstraße 7 97980 Bad Mergentheim ☎ 07931/58-0	+	
<b>Böblingen</b>	Kinderklinik des Kreiskrankenhauses Bunsenstraße 120 71032 Böblingen ☎ 07031/668-0	+	
<b>Esslingen</b>	Kinderklinik der Städtischen Krankenanstalten Hirschlandstraße 97 73730 Esslingen ☎ 0711/3103-0	+	
<b>Filderstadt</b>	Kinderabteilung der Filderklinik Im Haberschlag 7 70794 Filderstadt-Bonlanden ☎ 0711/7703-0	+	
<b>Freiburg</b>	Universitäts-Kinderklinik Mathildenstraße 1 79106 Freiburg ☎ 0761/270-4305/06	+	+
<b>Freiburg</b>	St.-Hedwig-Kinderkrankenhaus Hermann-Herder-Straße 1 79104 Freiburg ☎ 0761/2711-1	+	

		Neuropäd. Abt./Amb.	SPZ
<b>Freudenstadt</b>	Kinderabteilung des Kreiskrankenhauses Karl-von-Hahn-Straße 120 72250 Freudenstadt ☎ 07441/540	+	
<b>Friedrichshafen</b>	Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses Röntgenstraße 2 88048 Friedrichshafen ☎ 07541/96-0	+	
<b>Göppingen</b>	Klinik am Eichert Kinderklinik Eichertstraße 3 73035 Göppingen ☎ 07161/64-272		+
<b>Heidelberg</b>	Universitäts-Kinderklinik Im Neuenheimer Feld 150 69120 Heidelberg ☎ 06221/56-2311	+	+
<b>Heidenheim</b>	Kinderabteilung des Kreiskrankenhauses Schlosshausstraße 100 89522 Heidenheim ☎ 07321/33-0		
<b>Heilbronn</b>	Kinderklinik der Kranken- anstalten Heilbronn Am Gesundbrunnen 20 - 24 74078 Heilbronn ☎ 07131/49-0	+	
<b>Karlsruhe</b>	Kinderklinik des Städtischen Klinikums Karl-Wilhelm-Straße 1 76131 Karlsruhe ☎ 0721/974-01	+	
<b>Konstanz</b>	Kinderklinik der Krankenanstalten Luisenstraße 7 78464 Konstanz ☎ 07531/801-0		+
<b>Lörrach</b>	Kinderklinik des Kreiskrankenhauses Lörrach Spitalstraße 25 79539 Lörrach ☎ 07621/416-0		+



		Neuropäd. Abt./Amb.	SPZ
<b>Ludwigsburg</b>	Krankenanstalten des Landkreises Ludwigsburg Abt. für Kinderheilkunde Erlachhofstraße 10 71631 Ludwigsburg ☎ 07141/999-0		+
<b>Mannheim</b>	Kinderklinik der Städtischen Anstalten und der Fakultät für klinische Medizin Theodor-Kutzer-Ufer 1 - 3 68167 Mannheim ☎ 0621/383-0	+	
<b>Offenburg</b>	Kinderabteilung des Kreiskrankenhauses Ebertsplatz 12 77654 Offenburg ☎ 0781/472-0		
<b>Pforzheim</b>	Städtisches Klinikum - Kinderklinik - Kanzlerstraße 2 - 6 75175 Pforzheim ☎ 07231/969-0		
<b>Ravensburg</b>	Kinderklinik St. Nikolaus Nikolausstraße 10 88212 Ravensburg ☎ 0751/870	+	
<b>Reutlingen</b>	Kinderabteilung des Kreiskrankenhauses Steinbergstraße 25 72764 Reutlingen ☎ 07121/200-0		
<b>Schwäbisch Gmünd</b>	Kinderklinik des Margaritenhospitals Weissensteinerstraße 33 73525 Schwäbisch Gmünd ☎ 07171/9123-0	+	
<b>Schwäbisch Hall</b>	Kinderabteilung des Diakoniekrankenhauses Diakoniestraße 10 74523 Schwäbisch Hall ☎ 0791/753-4570		+
<b>Singen</b>	Hegau-Klinikum GmbH Kinderklinik Virchowstraße 10 78221 Singen ☎ 07731/89-0	+	

		<b>Neuropäd. Abt./Amb.</b>	<b>SPZ</b>
<b>Stuttgart</b>	Olgahospital, Kinderklinik Bismarckstraße 8 70176 Stuttgart ☎ 0711/992-0	+	+
<b>Tübingen</b>	Kinderklinik der Universität Tübingen, Abt. Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie Fronsbachstraße 23 72070 Tübingen ☎ 07071/29-3781	+	
<b>Ulm</b>	Universitäts-Kinderklinik Schillerstraße 15 89077 Ulm ☎ 0731/502-01	+	+
<b>Villingen-Schwenningen</b>	Kinderklinik Villingen Vöhrenbacherstraße 23 - 25 78050 Villingen-Schwenningen ☎ 07721/93-0		+
<b>Waiblingen</b>	Kinderabteilung des Kreiskrankenhauses Winnenderstraße 45 71334 Waiblingen ☎ 07150/5006-0	+	

## Kinderklinische Spezialeinrichtungen

		Neuropäd. Abt./Amb.	SPZ
<b>Kehl-Kork</b>	Epilepsiezentrum Kork Neuropädiatrische Klinik Landstraße 1 77694 Kehl-Kork ☎ 07851/840	+	
<b>Liebenau</b>	St. Lukas-Klinik Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie 88074 Meckenbeuren-Liebenau ☎ 07542/100	+	
<b>Maulbronn</b>	Kinderzentrum Maulbronn e.V. Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Knittlinger Steige 21 75433 Maulbronn ☎ 07043/16-0		+
<b>Neckargemünd</b>	SRH-Gruppe - Fachkrankenhaus Neckargemünd gGmbH Im Spitzerfeld 25 69151 Neckargemünd ☎ 06223/89-0	+	
<b>Schömberg</b>	Körperbehinderten-Kinderklinik Schömberg Römerweg 7 72290 Schömberg ☎ 07084/928-0	+	

## Sozialpädiatrische Zentren

Stand Februar 1997

### Nord-Württemberg

SPZ am Diakonie-Krankenhaus  
Diakoniestraße 10  
74523 Schwäbisch Hall  
☎ 0791/753-4570

SPZ am Olgahospital Stuttgart  
Bismarckstraße 8  
70176 Stuttgart  
☎ 0711/992-2421 bzw. -2760

SPZ am Krankenhaus Ludwigsburg  
Erlachhofstraße 10  
71631 Ludwigsburg  
☎ 07141/99-7162

SPZ an der Klinik am Eichert  
Eichertstraße 3  
73033 Göppingen  
☎ 07161/64-272

### Süd-Württemberg

Kinderklinik der Universität Tübingen  
Abt. Neuropädiatrie, Entwicklungs-  
neurologie und Sozialpädiatrie  
Fronsbbergstraße 23  
72070 Tübingen  
☎ 07071/29-4734

Universitäts-Kinderklinik  
Schillerstraße 15  
89077 Ulm  
☎ 0731/502-1731

### Nord-Baden

Kinderklinik des Städtischen Klinikums  
Karl-Wilhelm-Straße 1  
76131 Karlsruhe  
☎ 07221/974-0

Universitäts-Kinderklinik  
Im Neuenheimer Feld 150  
69120 Heidelberg  
☎ 06221/56-2337 bzw. -2327

Frühförderzentrum Neckarelz  
Johannes-Anstalten Mosbach  
Heidelberger Straße 20  
74821 Mosbach-Neckarelz  
☎ 06261/9715-0

Kinderzentrum Maulbronn e.V.  
Knittlinger Steige 21  
75433 Maulbronn  
☎ 07043/16-0

### Süd-Baden

Universitäts-Kinderklinik  
Mathildenstraße 1  
79106 Freiburg  
☎ 0761/270-4301

Kinderklinik Villingen  
Vöhrenbacher Straße 23 - 25  
78050 Villingen-Schwenningen  
☎ 07721/93-0

Kinderklinik der Krankenanstalten  
Luisenstraße 7  
78464 Konstanz  
☎ 07621/416-34

Kinderklinik des Kreiskrankenhauses  
Lörrach  
Spitalstraße 25  
☎ 07531/801-1677 bzw. -1651



Die **Interministerielle Kommission Frühförderung** hat in ihrer Sitzung am 09. Dezember 1997 zu der Thematik

**SOZIALPÄDIATRISCHE ZENTREN (SPZ)**  
**- Konzeption, Anforderungsprofil, Bedarf -**

**ENTSCHLIESSUNG**

verabschiedet:

1. Definition und Zweckbestimmung

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) i.S.v. §§ 119, 43a SGB V sind kinderärztlich geleitete, interdisziplinär und ambulant arbeitende klinische Einrichtungen. Sie dienen hauptsächlich der besonders qualifizierten Diagnostik von Entwicklungsstörungen sowie der darauf basierenden Aufstellung eines Behandlungs- und Förderplans, in besonders schwierigen Fällen auch der sozialpädiatrischen Behandlung und Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, wenn diese wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit / Behinderung oder einer drohenden Krankheit / Behinderung nicht von anderen Institutionen, insbesondere "von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen" (§ 119 Abs. 2 Satz 1 SGB V) in angemessener Weise erbracht werden.

2. Ermächtigung

Für eine Ermächtigung zur sozialpädiatrischen Diagnostik und Behandlung gemäß § 119 Abs. 1 SGB V durch die Zulassungsausschüsse (§ 96 SGB V) kommen Kinderkliniken, Pädiatrische Fachabteilungen und kinderklinische Spezialeinrichtungen in Betracht. Eine vertragsärztliche Praxis kann nicht gleichzeitig als SPZ anerkannt werden. Die Ermächtigung ist die subsidiäre Teilnahmeform. Sie ermöglicht es, im Bedarfsfall außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung stehende ärztlich geleitete Einrichtungen zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende sozialpädiatrische Betreuung durch geeignete zugelassene Kinderärzte nicht sichergestellt wird (§ 119 Abs. 1 Satz 2 SGB V, Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.11.1994, Nr. 6 RKa 32/93).

3. Aufgabenspektrum

SPZ dienen hauptsächlich, jedoch nicht ausschließlich der interdisziplinären Früherkennung und Frühbehandlung ("Frühförderung" in dem Sinne, wie in der Rahmenkonzeption beschrieben) behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder; auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, daß sozialpädiatrische Leistungen nicht ausschließlich in SPZ erbracht werden.

Entsprechend ihrer Zweckbestimmung (oben Ziff. 1) umfaßt das Aufgabenspektrum der SPZ die eingehende Diagnostik einschließlich der Erstellung eines darauf fußenden Therapie- und Förderplans sowie - mit den in dieser Entschliessung genannten Einschränkungen - die Frühbehandlung/Frühförderung/Frühbetreuung. Hierbei arbeiten die SPZ nicht nur mit den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, sondern auch mit anderen Stellen, insbesondere den Frühförderstellen freier und kommunaler Träger, den Sonderpädagogischen Beratungsstellen, den Kindergärten, Schulen und den Gesundheitsämtern eng zusammen (§ 119 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Sie beraten diese Stellen bei den von ihnen durchzuführenden Maßnahmen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und pädagogische Förderung.

Prinzipiell muß das Aufgabenfeld der SPZ relativ offen sein, weil sie an den Schnittstellen verschiedener Leistungssysteme - z.B. Niedergelassene Ärzte und Therapeuten, öffentlicher Gesundheitsdienst, Schul- und Sonderschulwesen, interdisziplinäre Frühförderstellen - angesiedelt sind. Gerade aber weil diese Ausgangssituation den Keim einer uferlosen Ausdehnung des Aufgabenkatalogs in sich birgt, bedarf es auch inhaltlicher Festlegungen im Sinne einer Selbstbeschränkung des Aufgabenfelds, wie dies im System der sozialen Sicherung und im Gesundheitswesen als Grundlage einer anzustrebenden Vergleichbarkeit jedem Anbieter abverlangt wird. Eine "Gleichschaltung" aller SPZ ist damit nicht verbunden. Vielmehr können sich die einzelnen SPZ entsprechend den regionalen Bedürfnissen und Besonderheiten nach Aufgabenschnitt und inhaltlichen Schwerpunkten strukturell auch voneinander unterscheiden, wenn es hierfür nachvollziehbare Gründe gibt.

#### 4. Personenkreis

Gemäß § 119 Abs. 2 Satz 1 S. 3 V sind die Leistungen der SPZ auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit/Behinderung oder einer drohenden Krankheit/Behinderung nicht "von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können". Grundsätzlich ist also von einem dreigliedrigen System

- geeignete niedergelassene Ärzte
- Frühförderstellen/Sonderpädagogische Beratungsstellen
- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

auszugehen, in dem die SPZ zwar die höchste Versorgungsstufe darstellen, jedoch eine subsidiäre Funktion haben; dies bedeutet nicht, daß in allen Fällen jede Versorgungsstufe durchlaufen werden muß.

Daraus folgt, daß nicht bei jeder medizinischen oder pädagogisch-psychologischen Auffälligkeit eines Kindes ein SPZ eingeschaltet werden muß. Vielmehr müssen dessen Leistungen vornehmlich auf Kinder ausgerichtet sein, denen eine wesentliche und nicht nur vorübergehende Erkrankung oder Behinderung droht oder bei denen eine solche bereits vorliegt. Diese Voraussetzungen sind vor allem bei folgenden Krankheitsbildern gegeben:

- Neurodegenerative und neuromuskuläre Erkrankungen
- Neurologische Defektzustände (z.B. nach Hypoxisch-ischämischen Encephalopathien)
- Fehlbildungen, Dysplasie-Syndrome, Chromosomenanomalien
- Schwer behandelbare Epilepsien
- Nosologisch und ätiologisch ungeklärte Entwicklungsstörungen, insbesondere im motorischen kognitiven und sprachlichen Bereich.

Diese Aufzählung ist kein abschließender Katalog von Krankheitsbildern, bei deren Vorliegen die Einschaltung eines SPZ in der Regel angezeigt ist; umgekehrt läßt sich daraus auch keine automatische Zugangsbeschränkung zu den SPZ bei Vorliegen anderer als der aufgezählten Krankheiten/Behinderungen ableiten.

Bei Schulleistungsproblemen wie Legasthenie oder Rechenschwäche und anderen schulischen Schwierigkeiten ist eine Therapie in einem SPZ in der Regel nicht notwendig. Hierbei sind zuerst und vorrangig Pädagogen, gegebenenfalls sonderpädagogische Dienste, Bildungs- und Erziehungsberatungsstellen und andere schulische Dienste, in geeigneten Fällen auch niedergelassene Ärzte und Therapeuten gefordert, deren Möglichkeiten in vollem Umfang auszuschöpfen sind. Dies schließt nicht aus, daß ein niedergelassener Arzt auch in solchen Fällen bei Verdacht auf eine zusätzlich bestehende oder drohende Krankheit oder Behinderung mit entsprechender Begründung die Überweisung in ein Sozialpädiatrisches Zentrum veranlaßt, wenn dies aus seiner ärztlichen Verantwortung heraus angezeigt ist und eine andere gleichwertige Möglichkeit der Diagnostik und/oder interdisziplinären Therapie und Förderung nicht besteht.

## 5. Zugang, Weiterverweisung

Der Zugang zum SPZ erfolgt im Rahmen der Überweisungstätigkeit eines geeigneten Vertragsarztes, möglichst eines Kinderarztes. Rücküberweisungen, mit denen SPZ einen Teil der von ihnen zu erbringenden Leistungen wieder bei niedergelassenen Ärzten anfordern, sind nicht zulässig. Arztberichte an den zuweisenden bzw. weiterbehandelnden Arzt sind mit Einwilligung der Sorgeberechtigten dagegen geboten. Andererseits sind die SPZ gehalten, die Kinder in allen geeigneten Fällen zum frühest möglichen Zeitpunkt zur Frühförderung an die dafür örtlich zuständigen Institutionen, insbesondere Frühförderstellen und Sonderpädagogische Beratungsstellen, weiterzuverweisen; diese sind, soweit angezeigt und möglich, in den Informationsfluß einzubeziehen. Die SPZ sollen eine fortlaufende Behandlung nur in den bei Ziff. 1 beschriebenen Fällen selbst durchführen.

## 6. Bedarf

Fallzahlen als Maßstab für eine wirtschaftliche Betriebsführung dürfen nicht das alleinige Kriterium für die Bedarfsfrage sein, insbesondere nicht in großflächigen und dünn besiedelten Räumen. Vor allem muß vermieden werden, daß durch eine Konzentration der Tätigkeit eines SPZ auf den Bereich der Therapie über den in Ziff. 1 gezogenen Rahmen hinaus die Fallzahlen als vermutete Grundlage für die Erteilung oder Beibehaltung der Ermächtigung unverhältnismäßig ansteigen. Weitere Bedarfskriterien sind

- Geeigneter Standort unter Berücksichtigung des Einzugsgebiets und der Verkehrswege
- gewachsene Strukturen unter Einbeziehung des in den letzten Jahren ausgebauten Netzes interdisziplinärer Frühförderstellen und Sonderpädagogischer Beratungsstellen
- fachliche Eignung/Qualifikation und fachliches Interesse/Aufgeschlossenheit.

Das Sozialministerium hat im Jahre 1990, gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchungen einer interministeriellen Arbeitsgruppe, empfohlen, in jeder Region mindestens ein Sozialpädiatrisches Zentrum zu ermächtigen, in Ballungsräumen ggf. auch mehrere. Inzwischen sind 13 Kliniken gemäß § 119 SGB V zur sozialpädiatrischen Behandlung befristet ermächtigt worden; über einige Anträge ist noch nicht entschieden. Nach nochmaliger Prüfung und unter Berücksichtigung der seitherigen, nicht unumstrittenen Entwicklung hält die Interministerielle Kommission Frühförderung eine weitere Erhöhung dieser Zahl unter Bedarfs Gesichtspunkten nicht mehr für angezeigt. Vielmehr erscheint aus heutiger Sicht eher die Beschränkung auf eine Zahl von 10 bis 12 SPZ in Baden-Württemberg geboten, wenn dabei der Forderung Rechnung getragen wird, daß diese Einrichtungen zu hochqualifizierter Diagnostik und - in den dafür in Betracht kommenden Fällen (vgl. Ziff. 1) - Therapie befähigt sein müssen, sich darauf aber auch beschränken. Dies deckt sich mit dem Ergebnis der Berechnungen des Landesarztes für Behinderte beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg sowie den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, die derzeit für jeweils eine Million Einwohner ein SPZ als notwendig und angemessen ansieht. Dabei geht die Kommission davon aus, daß es im Zuge der Überprüfung befristet ausgesprochener Ermächtigungen innerhalb der bereits ermächtigten Zentren noch zu Verschiebungen kommen kann. Erbringt ein SPZ nur einen Teil der geforderten Leistungen oder überwiegen Leistungen, die nicht den unter Ziff. 1 genannten Aufgaben der SPZ entsprechen, so kann die Ermächtigung in Frage gestellt werden. Auf eine ausgewogene Raumordnung sollte geachtet werden.

## 7. Leitung

Der ärztliche Leiter eines SPZ muß ein hauptamtlich beschäftigter Kinderarzt mit fundierten neuro- und sozialpädiatrischen Kenntnissen sein. Während urlaubs- oder krankheitsbedingter Abwesenheit muß er von einem anderen Kinderarzt mit vergleichbarer Qualifikation vertreten werden, so daß eine ununterbrochene kinderärztliche Präsenz gewährleistet ist.



## 8. Interdisziplinarität

Die Aufgaben eines Sozialpädiatrischen Zentrums erfordern einen interdisziplinären Arbeitsansatz. Zum sozialpädiatrischen Team gehören - bei Wahrung der im Einzelfall gebotenen Flexibilität - in der Regel ein neuropädiatrisch und sozialpädiatrisch qualifizierter Kinderarzt, ein klinischer Psychologe, ein Krankengymnast mit neurophysiologischer Zusatzausbildung, ein Beschäftigungstherapeut, ein Logopäde/Sprachheillehrer, eine pädagogische bzw. behindertenpädagogische Fachkraft sowie ein Sozialarbeiter. Hierbei kann die Zahl einzelner Teammitglieder im Bedarfsfall verändert werden.

## 9. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung eines Sozialpädiatrischen Zentrums muß für Diagnostik und Therapie dem zeitgemäßen Standard entsprechen. Bei der Anwendung moderner Technologien können - auch aus Kostengründen - andere klinikinterne oder -externe Abteilungen, Institute oder Labors beteiligt sein. Schon aus diesen Gründen ist stets die Anbindung an eine Klinik geboten.

Qualitätssichernde Maßnahmen sind Aufgabe der Sozialpädiatrischen Zentren.

## 10. Vergütung der Leistungen des SPZ

In das Verfahren zur Vereinbarung angemessener Vergütungen der Leistungen eines SPZ zwischen Einrichtungsträger und Kostenträger kann und will die Interministerielle Kommission Frühförderung nicht eingreifen, weil der Weg zur Konfliktlösung gesetzlich festgelegt ist (Schiedsverfahren, Entscheidung der Sozialgerichte).

Die Vergütung der verbleibenden SPZ (vgl. Ziff. 6) muß diesen die Erbringung der von ihnen erwarteten hochqualifizierten Leistungen - eine wirtschaftliche Betriebsführung vorausgesetzt - ermöglichen. Entscheidend für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind nicht allein die Betriebskosten, sondern in gleichem Maße auch die Qualität der erbrachten Leistungen.



**Modifizierte Grundsätze für die finanzielle Förderung nichtklinischer interdisziplinär besetzter Frühförderstellen sowie mobiler therapeutischer Dienste (Frühfördergrundsätze) vom 30. April 1993 in der Fassung vom 2 Mai 1995**

Vom 17. Mai 1995 - Az.: 45-4973.4 -

1 **Frühförderstellen**

1.1 *Zuwendungszweck*

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Familien mit einem behinderten oder von Behinderung bedrohten Kind gehört zu den vorrangigen Zielen der Landesregierung.

Zum Auf- und Ausbau eines flächendeckenden Netzes nichtklinischer interdisziplinär besetzter Frühförderstellen im Sinne der "Rahmenkonzeption zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg" kann das Land Zuschüsse zu den Personalkosten freier oder kommunaler Träger gewähren. Die Leistungen der Frühförderstellen (*Förderung, Therapie und Beratung*) werden je nach den individuellen Bedürfnissen und den örtlichen Verhältnissen ambulant und mobil und in der Regel bis zum Eintritt des Kindes in einen Schulkindergarten für behinderte Kinder, im übrigen längstens bis zum Schuleintritt erbracht.

Seitens des Landes wird erwartet, daß die Frühförderstellen durch die Zuschüsse auch in die Lage versetzt werden, auf mittlere Sicht zusätzlich die Funktion einer *Anlauf-, Beratungs- und Begleitfunktion* (ABB) für die Eltern/Angehörigen behinderter Menschen zumindest bis zum Abschluß ihrer Schulzeit zu übernehmen. Diese ABB-Funktion kann

ggf. reduziert werden oder ganz entfallen, wenn eine Bündelung und Verzahnung verschiedener Beratungs- und anderer Dienstleistungen unter Einbeziehung der Frühförderung in einer räumlich-funktionalen Verbundlösung erreicht werden konnte (z.B. Beratungs- oder Dienstleistungszentrum für die Familie).

Die Zuschüsse werden auf Antrag nach diesen Förderungsgrundsätzen sowie nach §§ 23, 44 LHO und den Verwaltungsvorschriften hierzu sowie nach § 49a LVwVfG im Rahmen der nach dem Staatshaushaltsplan verfügbaren Mittel gewährt; auf sie besteht kein Rechtsanspruch.

1.2 *Förderfähige Einrichtungen*

1.2.1 Gefördert werden *interdisziplinär besetzte Frühförderstellen* anerkannter Träger der freien Wohlfahrtspflege oder Träger der Sozialhilfe, die aufgrund der Empfehlungen der Kreisarbeitsgemeinschaft nach der Planung des örtlichen Sozialhilfeträgers für seinen Bezirk oder mehrerer örtlicher Sozialhilfeträger gemeinsam für ihre Bezirke die Bevölkerung eines bestimmten Einzugsbereichs mit Leistungen der Frühförderung versorgen. Eine bloße Beratung erfüllt die Förderungsvoraussetzungen nicht.

1.2.2 Die Frühförderung setzt *fachlich* voraus, daß

- sie von den einzelnen Fachkräften ganzheitlich und familienbezogen erbracht wird,
- die Fachkräfte einer Frühförderstelle unterschiedlichen Berufsgruppen und davon mindestens eine einem pädagogisch-psychologischen Beruf und mindestens eine einem nichtärztlichen medizinischen Heilberuf angehören (interdisziplinäre Besetzung),

- grundlegende Entscheidungen wie die Aufstellung des Gesamtplans (Förderplan, Therapieplan) im interdisziplinären Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte oder Fachdienste getroffen werden,
  - eine Zusammenarbeit mit denjenigen Einrichtungen, Stellen, Organisationen und Selbsthilfvereinigungen, die sich auf örtlicher und Kreisebene mit der Förderung und Betreuung behinderter Kinder befassen, sowie mit anderen Trägern und Arbeitsgemeinschaften offener Hilfen erfolgt.
- 1.2.3 Als *Einzugsbereich* soll im Regelfall ein Gebiet mit etwa 250.000 Einwohnern angestrebt werden. Ausnahmen hiervon kann die Bewilligungsbehörde, insbesondere für dünn besiedelte Gebiete, zulassen.
- 1.2.4 Gefördert werden die Personalkosten von *Fachkräften*, die beim Träger fest angestellt sind und die diagnostische, therapeutische, pädagogisch-psychologische sowie beratende Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder und deren Angehörige erbringen. *Fachkräfte* sind vor allem Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger, Sozialpädagogen/Sozialarbeiter, Diplompädagogen, Sonderschullehrer, Diplompsychologen, Krankengymnasten, Logopäden und Beschäftigungstherapeuten, ferner sonstige Fachkräfte mit einer anderen geeigneten Ausbildung.
- 1.3 *Zuwendung*
- 1.3.1 Gefördert werden in der Regel je Frühförderstelle die Personalkosten von bis zu drei vollzeitbeschäftigten Fachkräften mit je 35 000 DM. Zur Vermeidung einer Überfinanzierung wird die Zuwendung entsprechend gekürzt, soweit sie den Teil der tatsächlichen Kosten übersteigt, der nach Abzug von Versicherungsleistungen und Leistungen anderer öffentlicher Träger (insbesondere von Kommunen) sowie etwaiger Leistungsentgelte ungedeckt bleibt; die Bewilligungsbehörde
- braucht dieser Frage vor Prüfung des Verwendungsnachweises jedoch nicht nachzugehen, wenn der Träger die schriftliche Erklärung abgibt, daß die Förderung aus öffentlichen Mitteln und aus etwaigen Leistungsentgelten insgesamt die tatsächlichen Kosten der Frühförderstelle voraussichtlich nicht übersteigen wird.
- 1.3.2 Träger von Frühförderstellen, die aus besonderen Gründen ausnahmsweise mit mehr als drei Fachkräften im Förderprogramm des Landes berücksichtigt werden, erhalten im Wege des Bestandsschutzes für die ersten Fachkräfte je 35.000 DM, für jede weitere Fachkraft 25 000 DM. Mehr als sechs Fachkräfte pro Frühförderstelle werden nicht bezuschußt. Dies gilt auch dann, wenn eine Frühförderstelle den Bedarf mehrerer Einzugsbereiche abdeckt. Zweigstellen eines Trägers können als eigenständige Frühförderstelle bewertet und bezuschußt werden, wenn sie
- über eigene Räume verfügt,
  - einen eigenen Wirtschaftsplan haben und
  - unter selbständiger Leitung stehen.
- 1.3.3 Teilzeitbeschäftigte oder nur zum Teil in der Frühförderung beschäftigte Fachkräfte werden anteilmäßig berücksichtigt. Dabei wird in der Summe auf ganze oder halbe Personalstellen auf- oder abgerundet. Nach Möglichkeit soll bei teilzeitbeschäftigten Fachkräften der Umfang einer halben Planstelle auf Dauer nicht unterschritten werden, um die erforderliche Teamarbeit nicht zu gefährden.
- Versorgt ein Träger mit seiner Frühförderstelle einen Einzugsbereich mit wesentlich mehr oder weniger als 250 000 Einwohnern, so kann die Bewilligungsbehörde die Höchstbeträge entsprechend erhöhen oder reduzieren, wobei bei einer mit mindestens zwei Fachkräften besetzten Frühförderstelle ein Förderbetrag von insgesamt 70 000 DM möglichst nicht unterschritten werden soll.

## 2 Mobile therapeutische Dienste

### 2.1 *Zuwendungszweck*

Förderfähig sind mobile und ambulante therapeutische Betreuungsdienste für behinderte oder von Behinderung bedrohte Minderjährige auch dann, wenn diese Dienste nicht die Voraussetzungen für eine Anerkennung als Frühförderstelle erfüllen. Eine Bezuschussung kann jedoch im Rahmen dieses Förderprogramms nur insoweit erfolgen, als nach Förderung der vorrangig zu berücksichtigenden Frühförderstellen noch Haushaltsmittel für die mobilen therapeutischen Dienste zur Verfügung stehen.

### 2.2 *Förderfähige Dienste*

Gefördert werden anerkannte Träger der freien Wohlfahrtspflege. Ziffer 1.2.1 gilt entsprechend.

### 2.3 *Zuwendung*

2.3.1 Gefördert werden in der Regel je Einrichtung die Personalkosten von bis zu drei Fachkräften mit maximal je 25 000 DM. Ziffern 1.2.4 Satz 2 und 1.3.1 Satz 2 gelten entsprechend. Je Einrichtung erfolgt eine Förderung insgesamt jedoch höchstens in der im Haushaltsjahr 1992 bewilligten Höhe: eine weitere Ausweitung dieses Teils des Förderprogramms ist nicht möglich.

2.3.2 Die Bewilligungsbehörden sollen mit Trägern mobiler therapeutischer Dienste im Bedarfsfall individuelle Übergangsregelungen vereinbaren. Bei allen Diensten ist die Möglichkeit der Umstrukturierung in eine anerkannte Frühförderstelle, soweit dies der Kreissozialplanung entspricht, zu prüfen.

## 3 Verfahren

3.1 Die Zuwendung wird auf Antrag zur Projektförderung im Wege der Festbetragsfinanzierung gewährt.

3.2 Bewilligungsbehörde ist das Regierungspräsidium, in dessen Bezirk die Frühförderstelle oder der mobile therapeutische Dienst liegt. Der Antrag ist jährlich bis 1. März beim Regierungspräsidium zu stellen. Bis auf weiteres können auch noch später eingehende Anträge berücksichtigt werden, wenn und soweit zu diesem Zeitpunkt noch Haushaltsmittel zur Verfügung stehen. Bei erstmaliger Antragsstellung ist nachzuweisen und vom Landesarzt für Behinderte beim Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg in dessen Funktion als "Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung" schriftlich zu bestätigen, daß die Einrichtung die fachlichen Voraussetzungen der Landeskonzeption erfüllt oder in Kürze erfüllen wird. In diesen Fällen bedarf es auch einer Bestätigung des Stadt- und Landkreises, daß die Einrichtung nach Aufgabenzuschnitt und Einzugsbereich den Vorgaben der Kreissozialplanung oder der Kreisarbeitsgemeinschaft entspricht oder in Kürze entsprechen wird.

3.3 Für einen Übergangszeitraum kann die Bewilligungsbehörde im Wege eines befristeten Bestandsschutzes Abweichungen von den Voraussetzungen der Ziffern 1.2 und 2.2 zulassen, wenn diese nicht kurzfristig erfüllt werden können.

3.4 Die Regierungspräsidien legen dem Sozialministerium jährlich bis zum 1. April eine Übersicht vor, aus der sich

- die Zahl der förderfähigen Fachkräfte, aufgegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umfang der jeweiligen Beschäftigung und
- der mögliche und vorgeschlagene Zuschuß, gegliedert nach Einrichtungen und der Art des Dienstes (Frühförderstelle oder mobiler therapeutischer Dienst)

im einzelnen ergibt. Anschließend weist das Sozialministerium mit Fördererlaß den Regierungspräsidien die Haushaltsmittel zu.



3.5 Die Zuwendung wird jährlich Mitte des Jahres in einem Betrag bewilligt und ausgezahlt. Insofern wird von Ziffer 1.4 der Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) - Anlage 2 zu den VV zu § 44 LHO (zu Nr. 5.1) - abgewichen. Den Regierungspräsidien wird jedoch freigestellt, auf Wunsch des Trägers gleichwohl Ziffer 1.4 ANBest-P anzuwenden.

3.6 Das gesamte Antrags- und Bewilligungsverfahren zielt auf größtmögliche Verwaltungsökonomie unter Verzicht auf jede nicht unbedingt erforderliche Festlegung ab. Auch der Verwendungsnachweis ist in einer von den Regierungspräsidien festzulegenden vereinfachten und verwaltungsökonomischen Form zu erbringen.

3.7 Diese Förderungsgrundsätze kommen in der am 2. Mai 1995 geänderten Fassung ab 1. Januar 1995 zur Anwendung

GABl.S.337

**Verwaltungsvorschrift des  
Sozialministeriums  
über die Barbeträge nach dem  
Bundessozialhilfegesetz und nach dem  
Sozialgesetzbuch VIII - Kinder- und  
Jugendhilfe**

Vom 23. Mai 1995 - Az.: 41-5011.2-22 -

**I. Barbeträge nach dem  
Bundessozialhilfegesetz  
und nach dem Sozialgesetzbuch VIII -  
Kinder- und Jugendhilfe**

**1 Barbetrag**

1.1 Der Barbetrag für Heimbewohner, die das 18. Lebensjahr vollendet haben (einschließlich der Empfänger von Hilfe für junge Volljährige nach SGB VIII), beträgt ab 1. Juli 1995 158 DM (vgl. Verordnung der Landesregie-

rung über die Festsetzung der Regelsätze in der Sozialhilfe vom 22. Mai 1995)

1.2 Für Hilfeempfänger, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG oder Leistungen zum Lebensunterhalt bei Hilfe zur Erziehung nach § 34 oder § 35 SGB VIII in einer Einrichtung erhalten, gelten folgende Barbeträge:

Für Personen vom Beginn bis zur  
Vollendung des 5. Lebensjahres 7 DM

für Personen vom Beginn bis zur  
Vollendung des 6. Lebensjahres 9 DM

für Personen vom Beginn des  
7. Lebensjahres bis zur Vollendung  
des 8. Lebensjahres 17 DM

für Personen vom Beginn des  
9. Lebensjahres bis zur Vollendung  
des 10. Lebensjahres 25 DM

für Personen vom Beginn des  
11. Lebensjahres bis zur Vollendung  
des 12. Lebensjahres 34 DM

für Personen vom Beginn des  
13. Lebensjahres bis zur Vollendung  
des 14. Lebensjahres 50 DM

für Personen vom Beginn des  
15. Lebensjahres bis zur Vollendung  
des 16. Lebensjahres 67 DM

für Personen vom Beginn des  
17. Lebensjahres bis zur Vollendung  
des 18. Lebensjahres 79 DM.

1.3 Der Barbetrag dient der Bestreitung der persönlichen Bedürfnisse der Heimbewohner, bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres auch der Bestreitung des hygienischen Sachaufwands für die übliche Gesundheitspflege (z.B. Körperreinigung, Rasieren und Haarpflege des Heimbewohners) und für die Pflege und Erhaltung von Bekleidung (ohne



Leibwäsche) und Schuhen in kleinerem Umfang. Er darf vom Heim nicht für Aufwendungen in Anspruch genommen werden, die mit den Pflegekosten abgegolten werden. Stellt das Heim die vorstehend genannten Bedürfnisse selbst sicher, ist es berechtigt, dem Heimbewohner entsprechende Nebenkosten zu berechnen, die er vom Barbetrag zu zahlen hat (§ 11 Abs. 2 der Übergangvereinbarung für die Pflegekosten in stationären und teilstationären Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege für die Jahre 1994 und 1995).

1.4 Der hygienische Sachaufwand für die übliche Gesundheitspflege ist mit den Pflegesätzen abgegolten, soweit es sich um Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres handelt. Dieser Personenkreis hat daher den hygienischen Sachaufwand nicht mit dem Barbetrag zu bestreiten.

1.5 Wenn ein Heim für einen erwachsenen Heimbewohner die chemische Reinigung, die Instandsetzung von Schuhwerk und die Änderung der Oberbekleidung gewährleistet, ist es berechtigt, dem Heimbewohner die Nebenkosten hierfür zu Lasten des Barbetrages bis zu einem monatlichen Höchstbetrag von 10 DM zu berechnen (§ 11 Abs. 3 der Übergangvereinbarung für die Pflegekosten in stationären und teilstationären Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege für die Jahre 1994 und 1995).

## 2 **Zusätzlicher Barbetrag, Freibeträge**

2.1 Trägt der Empfänger von Hilfe nach dem BSHG einen Teil der Kosten des Aufenthalts in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung selbst, erhält er einen zusätzlichen Barbetrag in Höhe von 5 vom Hundert seines Einkommens im Sinne der §§ 76 und 78 BSHG, höchstens jedoch in Höhe von 15 vom Hundert des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes (§ 21 Abs. 3 BSHG). Der Höchstbetrag des zusätzlichen Barbetrages beträgt daher für die Zeit ab 1. Juli 1995 79 DM.

2.2 Empfänger von Leistungen zum Lebensunterhalt bei Hilfen nach dem SGB VIII erhalten gegebenenfalls Freibeträge bzw. Zusatzbeträge nach den jeweiligen Richtlinien der Landesjugendämter.

## 3 **Auszahlung**

Die Auszahlung des Barbetrages erfolgt in der Regel über das Heim. Heimbewohner haben jedoch das Recht, vom Leistungsträger die unmittelbare Zahlung des Barbetrages auf ein von ihnen zu bestimmendes Konto zu verlangen.

## II.

Die Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums über die Regelsätze nach dem Bundessozialhilfegesetz sowie über die Barbeträge nach dem Bundessozialhilfegesetz und nach dem Sozialgesetzbuch VIII - Kinder- und Jugendhilfe vom 7. Juni 1994 (GABl. S. 581) wird mit Wirkung vom 1. Juli 1995 aufgehoben

GABl.S.339

**Sonderpädagogische Frühförderung  
behinderter und von Behinderung  
bedrohter Kinder**

**Verwaltungsvorschrift  
vom 4. November 1996**

Az.: IV/1-6504.40/364

Die Verwaltungsvorschrift des Kultusministeriums über die Sonderpädagogische Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder vom 24. Dezember 1986 (K.u.U. 1987 S. 21) tritt auf Grund der Bereinigungsanordnung vom 16. Dezember 1981 (GABl. 1982 S. 14) mit Ablauf des 31. Dezember 1996 außer Kraft.

Die Verwaltungsvorschrift wird hiermit in der in K.u.U. 1987 Seite 21 veröffentlichten Fassung - mit Ausnahme des letzten Satzes (Inkrafttreten) - als Verwaltungsvorschrift neu erlassen und als 4. Inkrafttreten mit Wirkung vom 1. Januar 1997 in Kraft gesetzt.

---

K.u.U. 1996 S. 781

**Sozialpädagogische Frühförderung  
behinderter und von Behinderung  
bedrohter Kinder**

**Verwaltungsvorschrift  
vom 24. Dezember 1986 6504.4/4**

**1. Auftrag der sonderpädagogischen Frühförderung**

Die sonderpädagogische Frühförderung ist Bestandteil des Gesamtgefüges der Maßnahmen zur Frühbetreuung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Sie soll in enger Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten sowie anderen Einrichtungen und Diensten der Frühbetreuung direkte oder indirekte Auswir-

kungen einer vorliegenden Schädigung oder Behinderung auf die Entwicklung des Kindes durch sonderpädagogische Maßnahmen verhindern, mildern oder ausgleichen und den durch entwicklungshemmende Umstände drohenden Behinderungen entgegenwirken.

**2. Organisation der sonderpädagogischen Frühförderung**

2.1 Die Frühförderung wird durch sonderpädagogische Beratungsstellen an Sonderschulen durchgeführt. Sie sind Bestandteil der Sonderschule. Die Einrichtung der Beratungsstellen und die Festlegung ihres Betreuungsbezirks erfolgt durch das Oberschulamt mit Zustimmung des Schulträgers.

2.2 Um den Erziehungsberechtigten den Besuch der sonderpädagogischen Beratungsstelle zu erleichtern, kann diese räumlich getrennt von der Sonderschule eingerichtet werden. Beratungsstellen verschiedener Fachrichtungen sind möglichst an einem zentralen Ort räumlich zusammenzuführen (Beratungsstellenverbund).

2.3 Das Oberschulamt betraut einen Sonderschullehrer mit der Leitung der Beratungsstelle. Er hat, unbeschadet der Verantwortung des Schulleiters, für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben der Beratungsstelle zu sorgen.

2.4 Soweit erforderlich, werden weitere Sonderschullehrer, Fachlehrer an Sonderschulen und Erziehungskräfte, auch von Sonderschulkindergärten, tätig. In Beratungsstellen für körperbehinderte Kinder können Krankengymnasten und Beschäftigungstherapeuten eingesetzt werden; diese können bei mehrfach behinderten Kindern auch zu Beratungsstellen an Schulen für Geistigbehinderte beigezogen werden.

2.5 Die Tätigkeit an den Beratungsstellen gehört zu den ordentlichen Dienstaufgaben.

2.6 Für schwierige Einzelfälle steht das Sonderpädagogische Beratungszentrum in 6900 Heidelberg (Friedrich-Ebert-Anlage 51 C) zur Verfügung, das in Zusammenarbeit mit Kliniken und niedergelassenen Ärzten auch die Aufgabe der Früherfassung behinderter Kinder hat.

### **3. Durchführung der sonderpädagogischen Frühförderung**

3.1 Die Frühförderung wird für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder vom frühestmöglichen Zeitpunkt an angeboten. Dabei übernimmt die Beratungsstelle auch die Beratung und Anleitung der Erziehungsberechtigten und anderer für die Erziehung des Kindes verantwortlichen Personen. Sie ist für die Erziehungsberechtigten kostenlos.

Sonderpädagogische Frühförderung durch die Beratungsstelle endet mit der Aufnahme in einen Sonderschulkindergarten oder eine Schule.

3.2 Die Beratungsstelle stimmt ihre Arbeit mit allen das einzelne Kind betreuenden Stellen des medizinischen, sozialen, psychologischen und pädagogischen Bereichs ab, insbesondere mit den behandelnden Ärzten, Kliniken, dem Gesundheitsamt, Jugend- und Sozialamt, der Erziehungsberatungsstelle sowie gegebenenfalls mit dem Kindergarten.

Eine besonders enge Zusammenarbeit ist geboten, wenn im gleichen Schulamtsbezirk eine Frühbetreuungstelle eines privaten schulischen oder nichtschulischen freien Trägers tätig ist. Soweit im gleichen Bezirk mehrere Einrichtungen und Dienste mit Aufgaben der Frühbetreuung befaßt sind, ist auf der Grundlage freiwilliger Vereinbarungen anzustreben, daß eine dieser Stellen die Funktion einer Anlauf- und Koordinierungsstelle übernimmt.

Auf die Möglichkeit der Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und von weiteren Ver-

schwiegenheitspflichten durch die Erziehungsberechtigten sowie das Erfordernis der Zustimmung der Erziehungsberechtigten für die Weitergabe von personenbezogenen Daten wird hingewiesen.

3.3 Die Frühförderung kann auch außerhalb der Beratungsstelle erfolgen. Der Leiter sorgt dafür, daß in seinem Betreuungsbezirk die erforderlichen Hausbesuche und andere außerhalb der Beratungsstelle durchzuführenden Maßnahmen stattfinden (mobile Beratung). Hierzu legt er der Schulaufsichtsbehörde einen Organisationsplan vor. Falls von der Schulaufsichtsbehörde gegen den Organisationsplan keine Einwendungen erhoben werden, sind die danach erforderlichen Dienstreisen und Dienstgänge allgemein genehmigt.

3.4 Die Beratungsstellen im Bezirk des Staatlichen Schulamts arbeiten eng zusammen. Eine solche Zusammenarbeit ist erforderlichenfalls auch zwischen Beratungsstellen benachbarten Schulamtsbezirke durchzuführen. Die Staatlichen Schulämter übernehmen die Koordination der Zusammenarbeit.

3.5 Die Erziehungsberechtigten können sich an jede Beratungsstelle wenden. Maßnahmen der Frühförderung, die außerhalb der Beratungsstelle durchgeführt werden, können jedoch nur durch die nach Nr. 2.1 zuständige Beratungsstelle erfolgen.

Die Staatlichen Schulämter geben über die Beratungsstellen und deren Betreuungsbezirk Auskunft.

### **4. Inkrafttreten**

Diese Verwaltungsvorschrift tritt mit sofortiger Wirkung in Kraft.

---

K.u.U. 1997, S. 21



**Bekanntmachung der Neufassung des  
Kindergartengesetzes für  
Baden-Württemberg (KGaG)  
Vom 15. Februar 1996**

Auf Grund von Artikel 3 des Gesetzes zur Änderung des Kindergartengesetzes und des Finanzausgleichsgesetzes vom 1. Januar 1996 (GBl. S.7) wird nachstehend der Wortlaut des Kindergartengesetzes in der sich aus

1. dem Gesetz zur Änderung des Landesjugendwohlfahrtsgesetzes und des Kindergartengesetzes vom 13. Dezember 1982 (GBl. S.526),
  2. Artikel 22 der Verordnung des Innenministeriums zur Anpassung des Landesrechts an die geänderten Geschäftsbereiche und Bezeichnungen der Ministerien vom 19. März 1985 (GBl. S. 71 ),
  3. Artikel 2 des Gesetzes zur Ausführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes vom 4.Juni 1991 (GBl. S.299),
  4. Artikel 16 der Vierten Verordnung des Innenministeriums zur Anpassung des Landesrechts an die geänderten Geschäftsbereiche und Bezeichnungen der Ministerien vom 23. Juli 1993 (GBl. S.533) und
  5. Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des Kindergartengesetzes und des Finanzausgleichsgesetzes vom 1. Januar 1996 (GBl. S.7)
- ergebenden Fassung bekanntgemacht.

STUTTGART, den 15. Februar 1996

*Ministerium für Familie, Frauen,  
Weiterbildung und Kunst*

UNGER-SOYKA

**Kindergartengesetz (KGaG)  
in der Fassung vom 15. Februar 1996**

§1

*Geltungsbereich und Begriffsbestimmungen*

(1) Dieses Gesetz gilt für Kindergärten und Tageseinrichtungen mit altersgemischten Gruppen.

(2) Kindergärten im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen von Trägern der Jugendhilfe, Gemeinden und Zweckverbänden zur Förderung der Entwicklung von Kindern vom vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten, soweit es sich nicht um schulische Einrichtungen handelt.

(3) Tageseinrichtungen mit altersgemischten Gruppen im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen von Trägern der Jugendhilfe, Gemeinden und Zweckverbänden zur Förderung der Entwicklung von Kindern im Alter unter drei Jahren, vom vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt und im schulpflichtigen Alter zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten in gemeinsamen Gruppen, soweit es sich nicht um schulische Einrichtungen handelt.

(4) Gruppen im Sinne dieses Gesetzes sind in den Einrichtungen gebildete, durch Fachkräfte nach § 7 geleitete Organisationsformen, in denen Kinder pädagogisch gefördert werden.

§2

*Aufgaben der Einrichtungen*

(1) Die Erziehung in Kindergärten und Tageseinrichtungen mit altersgemischten Gruppen ergänzt und unterstützt die Erziehung des Kindes in der Familie. Sie soll die gesamte Entwicklung des Kindes fördern.

(2) Kinder mit und ohne Behinderung sollen in gemeinsamen Gruppen erzogen werden können.



### §3

#### *Mitwirkung der Gemeinden*

Die Gemeinden haben unbeschadet der Verpflichtung des örtlichen Trägers der öffentlichen Jugendhilfe darauf hinzuwirken, daß für alle Kinder vom vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt ein Kindergartenplatz oder ein Platz in einer Tageseinrichtung mit altersgemischten Gruppen zur Verfügung steht. § 4 des Achten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

### §4

#### *Ärztliche Untersuchung*

Jedes Kind soll vor der Aufnahme in eine Einrichtung ärztlich untersucht werden.

### §5

#### *Elternbeirat*

(1) Bei den Einrichtungen werden Elternbeiräte gebildet. Sie unterstützen die Erziehungsarbeit und stellen den Kontakt zum Elternhaus her.

(2) Elternbeiräte können sich örtlich und überörtlich sowie landesweit zu Gesamtelternbeiräten zusammenschließen.

### §6

#### *Bemessung der Elternbeiträge*

Die Träger der Einrichtungen können Elternbeiträge so bemessen, daß der wirtschaftlichen Belastung durch den Besuch der Einrichtung sowie der Zahl der Kinder in der Familie angemessen Rechnung getragen wird.

### §7

#### *Pädagogisches Personal*

(1) Fachkräfte in den Einrichtungen sind  
1. staatlich anerkannte oder graduierte Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen sowie Diplom-

sozialpädagogen und Diplomsozialpädagoginnen mit Fachhochschulabschluß;

2. staatlich anerkannte Erzieher und Erzieherinnen sowie staatlich anerkannte Erzieher und Erzieherinnen der Fachrichtung Jugend- und Heimerziehung;
3. staatlich anerkannte Kinderpfleger und Kinderpflegerinnen;
4. staatlich anerkannte Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerinnen;
5. staatlich anerkannte Heilpädagogen und Heilpädagoginnen;
6. Physiotherapeuten, Physiotherapeutinnen, Krankengymnasten, Krankengymnastinnen, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen, Logopäden, Logopädinnen sowie Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger mit abgeschlossener Ausbildung, wenn sie Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam in einer oder mehreren Gruppen betreuen.

(2) Das Ministerium für Familien, Frauen, Weiterbildung und Kunst kann auf Antrag im Einzelfall andere Personen als Fachkräfte zulassen, wenn sie nach Vorbildung und Erfahrung geeignet sind.

(3) Zur Leitung einer Einrichtung oder einer Gruppe sind befugt (Leitungskräfte):

1. Fachkräfte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 und 2;
2. im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit Fachkräfte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 3, denen vor dem 1. August 1978 die Leitung eines Kindergartens oder einer Kindergartenengruppe mit Zustimmung des Landesjugendamtes übertragen worden ist und die eine solche Aufgabe vom 1. August 1977 bis zum 1. August 1978 ununterbrochen ausgeübt haben. Gleiches gilt für eine vor dem 1. August 1978 während insgesamt eines Jahres wahrgenommene solche Aufgabe, wenn sie wegen der Erziehung eigener (leiblicher, adoptierter oder in Pflege genommener) minderjähriger Kinder nicht oder nicht ununterbrochen vom 1. August 1977 bis zum 1. August 1978 ausgeübt werden konnte;
3. im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit Ordensschwestern und von den Diakonissenmutterhäusern ausgebildete Kinderschwester, soweit sie spätestens seit dem 1. April 1967 einen Kinder-

garten oder eine Kindergartengruppe leiten. Das Ministerium für Familie, Frauen, Weiterbildung und Kunst kann in besonderen Härtefällen Ausnahmen zulassen;

4. andere Fachkräfte im Sinne der Absätze 1 und 2, die sich nach Feststellung des Ministeriums für Familie, Frauen, Weiterbildung und Kunst
  - a) auf Grund einer mindestens einjährigen Beschäftigung als Zweitkraft in einer Einrichtung oder Gruppe bewährt, :
  - b) durch Fortbildung auf die Leitungsaufgaben vorbereitet und
  - c) in einem Fachgespräch für diese Aufgaben als geeignet erwiesen haben.

(4) Andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, denen spätestens seit dem 1. April 1967 die Leitung eines Kindergartens oder einer Kindergartengruppe mit Zustimmung des Landesjugendamtes übertragen worden ist, können diese Tätigkeit auf Dauer wahrnehmen. Das Ministerium für Familie, Frauen, Weiterbildung und Kunst kann in besonderen Härtefällen Ausnahmen zulassen.

- (5) Die Leitungskräfte haben die Aufgabe,
1. zusätzlich zur Erziehung im Elternhaus die Gesamtentwicklung des Kindes zu fördern;
  2. mit den Eltern zusammenzuarbeiten;
  3. andere, bei der Erfüllung der Aufgaben nach den Nummern 1 und 2 mitwirkende Kräfte in der Einrichtung anzuleiten.

(6) Zweitkräfte unterstützen die Leitungskräfte bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Gruppe. Als Zweitkräfte können Fachkräfte im Sinne der Absätze 1 und 2, insbesondere staatlich anerkannte Kinderpfleger und Kinderpflegerinnen, tätig sein.

## §8

### *Zuschüsse zu den Personalkosten*

(1) Die nach § 75 des Achten Buches Sozialgesetzbuch anerkannten Träger der freien Jugendhilfe sowie Gemeinden, Landkreise und Zweckverbände erhalten auf Antrag Zuschüsse des Landes zu den Personalkosten. Die Zuschüsse betragen 30 vom Hundert der anrechnungsfähigen Personalkosten für die Fachkräfte im Sinne des § 7 Abs.1 bis 6 sowie

für Sozialpädagogen, Sozialpädagoginnen, Erzieher, Erzieherinnen, Erzieher und Erzieherinnen der Fachrichtung Jugend- und Heimerziehung, Kinderpfleger und Kinderpflegerinnen während des Berufspraktikums. Die Zuschüsse können nach Pauschalsätzen gewährt werden.

(2) Zuschüsse nach Absatz 1 werden nur gewährt, wenn Gemeinde; Landkreis oder Zweckverband sich allein oder gemeinsam an der Finanzierung mit mindestens 30 vom Hundert der anrechnungsfähigen:Personalkosten beteiligen.

- (3) Absatz 2 gilt nicht für Einrichtungen; die
1. besondere pädagogische Prägungen mit überörtlichem Einzugsbereich aufweisen;
  2. von einem Betrieb geführt oder ihm angegliedert sind;
  3. von Zusammenschlüssen der Eltern oder Betriebe geführt sind:

(4) Nähere Vorschriften über die Anrechnungsfähigkeit der Kosten, die Pauschalierung, das Antragsverfahren, die Bewilligung und die Auszahlung der Zuschüsse kann das Ministerium für Familie, Frauen, Weiterbildung und Kunst im Einvernehmen mit dem Finanzministerium und dem Innenministerium durch Rechtsverordnung erlassen.

(5) Zuschüsse des Landes können ferner nur Einrichtungen gewährt werden, deren Belegung wegen der Bevölkerungs- oder Siedlungsstruktur des Einzugsbereichs unter dem Landesdurchschnitt liegt.

(6) Die Bewilligung und Auszahlung der Zuschüsse wird den Land- und Stadtkreisen als Pflichtaufgabe nach Weisung übertragen. Das Weisungsrecht ist unbeschränkt.

## §9

### *Verwaltungsvorschriften*

(1) Das Ministerium für Familie, Frauen, Weiterbildung und Kunst erläßt im Einvernehmen mit dem jeweils berührten Ministerium Richtlinien über

1. die ärztliche Untersuchung nach § 4,
2. die Bildung und Aufgaben der Elternbeiräte nach § 5 sowie

3. die räumliche Ausstattung, die personelle Besetzung und den Betrieb der Kindergärten.

(2) Das Kultusministerium entwickelt im Benehmen mit dem jeweils berührten Ministerium die Lernziele und besonderen Curricula für die Elementarerziehung und erläßt die dafür erforderlichen Vorschriften.

#### § 10

##### *Übergangsregelung zum Anspruch auf den Besuch eines Kindergartens*

(1) Ein Kind, das bis zum 31. Juli 1996 das dritte Lebensjahr vollendet hat, hat vom 1. August 1996 bis zum Schuleintritt Anspruch auf den Besuch eines Kindergartens. Für Kinder, die nach dem 31. Juli 1996 das dritte Lebensjahr vollenden, gilt § 24 Satz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch vorbehaltlich der Regelungen in Absatz 2.

(2) Örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe, die den Anspruch nach § 24 Satz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch noch nicht erfüllen können, können auf Antrag durch ab 1. August 1996 gültige Satzung bestimmen, daß dieser Anspruch für die Zeit ab dem 1. August 1996 bis zum 31. Dezember 1997 in Zeitpunkten entstehen wird, die höchstens sechs Monate auseinanderliegen und bis zu denen jeweils ein Kind das dritte Lebensjahr vollendet hat. Entsprechendes kann für das Jahr 1998 mit der Maßga-

be bestimmt werden, daß die Zeitpunkte höchstens vier Monate auseinanderliegen.

(3) Im Antrag nach Absatz 2 ist der im Rahmen der nach § 80 des Achten Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen Planung festgestellte Bestand und Bedarf an Einrichtungen im Sinne von § 24 Satz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch jeweils für die Zeit ab dem 1. August 1996 bis zum 31. Dezember 1997 und für das Jahr 1998 nachzuweisen. Die Planung nach Satz 1 muß die erforderlichen Ausbaustufen der Bedarfsdeckung so festlegen, daß spätestens zum 31. Dezember 1998 für jedes Kind vom vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt ein Platz im Kindergarten oder in einer Einrichtung nach § 1 Abs. 3 zur Verfügung steht.

(4) Der Anspruch gemäß § 24 Satz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch kann nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 auch durch ein anderes geeignetes Förderangebot erfüllt werden.

(5) Über den Antrag nach Absatz 2 entscheidet das Ministerium für Familie, Frauen, Weiterbildung und Kunst.

#### § 11

##### *Inkrafttreten*

§§ 1 bis 9 treten in der Neufassung mit Wirkung vom 1. August 1995 in Kraft. § 10 tritt am 1. Januar 1996 in Kraft und am 1. Januar 1999 außer Kraft.

**Bekanntmachung des Sozialministeriums  
über die Einrichtung der  
"Überregionalen Arbeitsstelle  
Frühförderung Baden-Württemberg"**

Vom 22. März 1994 - Az.: 45-4973.4 -

Das Land Baden-Württemberg hat im Dezember 1993 die "Rahmenkonzeption zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg" veröffentlicht. Sie kann beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Postfach 103443, 70029 Stuttgart angefordert werden.

Die Rahmenkonzeption enthält inhaltliche Vorgaben für die Weiterentwicklung der Früherkennung und Frühförderung in Baden-Württemberg. Sie zielen auf ein eng kooperierendes System früher Hilfen mit den Grundsätzen der

- Ganzheitlichkeit
- Familienorientierung
- Interdisziplinarität
- Regionalisierung

und der Koordinierung aller Maßnahmen.

Die Landesregierung hat in diesem Zusammenhang die "Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg" eingerichtet.

**Aufgaben und Ziele**

Die Arbeitsstelle Frühförderung ist fachlicher Ansprechpartner für

- die sonderpädagogischen Beratungsstellen
- Frühförderstellen freier und kommunaler Träger
- Kinderkliniken und Sozialpädiatrischen Zentren
- Gesundheitsämter
- Behindertenverbände und Elternvereine
- sowie alle sonstigen in der Frühförderung Tätigen und damit befaßten Stellen.

Sie hat das Ziel

- die konzeptionelle Weiterentwicklung des Frühfördersystems in Baden-Württemberg zu fördern und zu begleiten
- den interdisziplinären Austausch und die Koordinierung zwischen allen an der Frühförderung beteiligten Stellen zu unterstützen
- Hilfestellung für die Umsetzung der Interdisziplinarität und Vernetzung vor Ort zu geben.

Die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung berät die zuständigen Ministerien.

Der Medizinische Bereich der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung prüft die fachlichen Voraussetzungen für eine Bezuschussung bei den interdisziplinär besetzten Frühförderstellen freier und kommunaler Träger.

**Angebote der Überregionalen Arbeitsstelle  
Frühförderung Baden-Württemberg**

- Initiierung und Begleitung des Austausches zwischen den Frühen Hilfen auf regionaler und überregionaler Ebene
- Diskussion von Fragestellungen im Arbeitsfeld Frühförderung
- Planung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für alle im Bereich Frühförderung Tätigen
- "Mobile" Fortbildungen zu ausgewählten Themenstellungen, die von interessierten Stellen abgerufen werden können
- Beteiligung an Fachtagungen und Fortbildungen
- Aufbau von Angeboten zur externen Supervision/ Praxisberatung auf regionaler Ebene
- Informationsdienst für die Frühförderung auf Landesebene
- Öffentlichkeitsarbeit für "Fachöffentlichkeit"
- Hilfen für die Arbeit in der Frühfördereinrichtungen und für die regionale Fortbildung.



## Zur Organisation

Die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung ist zuständig für das Land Baden-Württemberg.

Sie besteht aus einem medizinischen und einem pädagogischen Bereich, die interdisziplinär eng zusammenarbeiten.

Die Einbeziehung weiterer Fachdisziplinen soll zunächst konsiliarisch und durch Kooperation mit anderen Stellen und Institutionen erfolgen.

Die Anschrift für den medizinischen Bereich lautet:

Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung  
Baden-Württemberg  
beim Landesgesundheitsamt  
Hoppenlaustraße 7  
70174 Stuttgart

oder

Postfach 10 29 42  
70025 Stuttgart  
Tel.: (0711) 2023-397 (oder 398)  
Telefax: (0711) 2023-399.

Die Anschrift für den pädagogischen Bereich lautet:

Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung  
Baden-Württemberg  
beim Oberschulamt Stuttgart  
Breitscheidstraße 42  
70176 Stuttgart

oder

Postfach 10 36 42  
70031 Stuttgart  
Tel.: (0711) 943-2067  
Telefax: (0711) 613214.

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Sozialordnung  
Baden-Württemberg  
Nr. 45-4973.4

Stand: 25. August 1994

## Geschäftsordnung

der Interministeriellen Kommission Frühförderung (IKF), im folgenden "Kommission" genannt

### 1. Aufgaben der Kommission

- 1.1 Die Kommission soll auf der Grundlage der "Rahmenkonzeption zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg" im Bereich der frühen Hilfen
- auf eine Koordinierung und Vernetzung der einzelnen Maßnahmen und Programme hinwirken,
  - Grundsatzfragen der Frühförderung beraten und hierzu im Bedarfsfall Empfehlungen beschließen,
  - die Tätigkeit der "Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung" lenkend und unterstützend begleiten,
  - über ihre Tätigkeit und den Stand der Weiterentwicklung der Frühförderung in Baden-Württemberg berichten.
- 1.2 Soweit Festlegungen, Empfehlungen und Beschlüsse der Kommission nicht einstimmig zustande kommen, ist dies im Protokoll mit Angabe der Gegenstimmen und deren Voten festzuhalten.

### 2. Mitglieder der Kommission

- 2.1 Der Kommission gehören mit jeweils 1 Sitz und Stimme Vertreterinnen und Vertreter (V.) folgenden Stellen an:
- zwei V. des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung (Abteilungen Soziales und Gesundheitswesen)
  - ein V. des Ministeriums für Kultus und Sport
  - ein V. des Ministeriums für Wissenschaft und Forschung
  - ein V. des Ministeriums für Familie, Frauen, Weiterbildung und Kunst
  - ein V. des Landesarztes für Behinderte (Landesgesundheitsamt) für den medizinischen Bereich der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung
  - ein V. des pädagogischen Bereichs der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung
  - zwei V. der gesetzlichen Krankenkassen
  - ein V. des Landkreistags Baden-Württemberg
  - ein V. des Städtetags Baden-Württemberg

- ein gemeinsamer V. der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigungen
  - zwei V. der Liga der freien Wohlfahrtspflege
  - zwei vom Ministerium für Kultus und Sport berufene Sachverständige aus dem pädagogisch-psychologischen Bereich der Frühförderungspraxis
  - zwei vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung berufene Sachverständige aus dem medizinischen und sozialen Bereich der Frühförderungspraxis.
- 2.2 Vorsitz und Geschäftsführung obliegen dem federführenden Referat des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung. Im Falle der Verhinderung des/der vom Sozialministerium benannten Vorsitzenden übernimmt der/die Vertreter/in des Ministeriums für Kultus und Sport den Vorsitz. Ist auch diese(r) verhindert, einigt sich die Kommission zu Beginn einer Sitzung auf eine(n) kommissarische(n) Vorsitzende(n).
- 2.3 Die Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von der vertretenden Stelle dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung benannt. Soweit ein Mitglied mehrere Institutionen vertritt, erfolgt die Bestimmung des Mitglieds durch interne Abstimmung der vertretenen Institutionen.
- 2.4 Bei Verhinderung eines Mitglieds soll sich dieses nur durch die zum ständigen Stellvertreter berufene Person vertreten lassen. Ist auch diese verhindert, ist eine anderweitige Vertretung mit Zustimmung des Vorsitzenden möglich.
- 2.5 Zu den Sitzungen der Kommission können vom Vorsitzenden von Fall zu Fall auch Vertreter/innen anderer Stellen sowie sonstige sachkundige Persönlichkeiten eingeladen werden. Diese haben jedoch kein Stimmrecht.
3. Arbeitsweise der Kommission
- 3.1 Die Sitzungen werden vom Ministerium, das den Vorsitz führt, mindestens einmal jährlich, im übrigen nach Bedarf anberaumt. Im Bedarfsfall sollen Arbeitsgruppen gebildet werden. Die Einladung soll den Mitgliedern mindestens drei Wochen vor dem Sitzungstermin zugehen.
- 3.2 Der schriftlichen Einladung sollen eine Tagesordnung und Unterlagen zu den einzelnen Beratungspunkten beigelegt werden.
- 3.3 Die Sitzungen der Kommission sind nichtöffentlich.
- 3.4 Über die Sitzungen der Kommission sind Ergebnisprotokolle zu fertigen und allen Mitgliedern der Kommission sowie deren Stellvertretern möglichst rasch, spätestens mit der Einladung zur nächsten Sitzung zuzuleiten. Die Protokolle sind vom Vorsitzenden und vom Protokollführer zu unterzeichnen.

Die **Interministerielle Kommission Frühförderung** (IKF) hat in ihrer Sitzung am 14.02.1996 zur Thematik "Behandlung durch nichtärztliche Therapeuten in Interdisziplinären Frühförderstellen freier und kommunaler Träger" folgende

### **EntschlieÙung**

verabschiedet:

- 1) Zulassungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Therapeuten in Frühförderstellen:**  
Die **Institution** (Frühförderstelle) kann die Zulassung entsprechend § 124 SGB V für die einzelnen medizinischen Therapien (KG, BT, Logopädie) erhalten und auf vertragsärztliche Verordnung durchführen.
- 2) Anpassung der Grundausrüstung an die Bedürfnisse der Frühförderung:**  
Im Hinblick auf die besondere Struktur und die Teamarbeit sind bei der Grundausrüstung spezielle Regelungen möglich.  
Rechtsgrundlage hierfür ist der § 124 SGB V.
- 3) Dauer der Einzelbehandlung:**  
In der Praxis zeigt sich, daß auch bei medizinischen Therapien (KG, BT und Logopädie) in der Frühförderung überwiegend ein Zeitaufwand von 60 Minuten unbedingt erforderlich ist.  
**Die Therapiedauer im Bereich Frühförderung beträgt daher nach entsprechender vertragsärztlicher Verordnung 60 Minuten.**
- 4) Einheitliche Vergütungssätze:**  
Landesweit sollen einheitliche Vergütungssätze (Einzelleistungsvergütung der vertragsärztlich verordneten Leistungen) für alle Krankenkassenarten festgelegt werden.
- 5) Therapieinhalte und deren Auswirkung auf die Vergütungsstruktur:**  
Bei den Therapien in den Frühförderstellen handelt es sich um Behandlungen behinderter oder von Behinderung bedrohter Säuglinge, Kleinkinder und Vorschulkinder, bei denen
  - eine besonders ausführliche Anleitung der Mutter/Betreuungsperson unter Einbeziehung der Alltagssituationen erforderlich ist
  - eine Anpassung an die Verfassung/Stimmungslage des Kindes und häufige Motivation notwendig ist
  - genaue Absprachen mit allen anderen Therapeuten, Pädagogen... (im Team) erfolgen müssen, um eine möglichst effektive Therapie + Förderung zu erreichen und Überlastungen des Kindes, der Mutter... sowie unnötige Kosten zu vermeiden
  - ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch der bei der Behandlung/Förderung beteiligten verschiedenen Fachbereiche erforderlich ist. Für diese regelmäßig erforderlichen Besprechungen muß Zeit eingerechnet werden
  - immer wieder eine differenzierte Verlaufsdagnostik durchgeführt werden muß, um den Stand des Erreichten zu dokumentieren und die weiterzuführende Therapie den veränderten Gegebenheiten anzupassen. Auch für diese immer wieder durchzuführende Verlaufs- und Entwicklungsdiagnostik muß anteilsmäßig ein gewisser Zeitaufwand berücksichtigt werden.

**Diese Kriterien sind bei der Bemessung der Vergütung zu berücksichtigen.**



**Auszug aus dem BSHG:**

Unterabschnitt 6  
Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen

§ 38

(1) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen ist Hilfe zu gewähren.

(2) Die Hilfe umfaßt

1. ärztliche Betreuung und Hilfe sowie Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. (weggefallen)
4. Pflege in einer Anstalt oder einem Heim sowie häusliche Wartung und Pflege nach den Bestimmungen des § 69 Abs. 2,
5. Entbindungsgeld.

Die Leistungen sollen in der Regel den Leistungen entsprechen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt werden. Satz 1 Nr. 5 und § 23 Abs. 1 Nr. 3 sind nebeneinander anzuwenden.

Unterabschnitt 7  
Eingliederungshilfe für Behinderte

§ 39

**Personenkreis und Aufgabe**

(1) Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind, ist Eingliederungshilfe zu gewähren. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung kann sie gewährt werden.

(2) Den Behinderten stehen die von einer Behinderung Bedrohten gleich. Dies gilt bei Personen, bei denen Maßnahmen der in den §§ 36 und 37 genannten Art erforderlich sind, nur, wenn auch bei

Durchführung dieser Maßnahmen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren -Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihr soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(4) Eingliederungshilfe wird gewährt, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, vor allem nach Art und Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, daß die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

§ 40

**Maßnahmen der Hilfe**

(1) Maßnahmen der Eingliederungshilfe sind vor allem

1. ambulante oder stationäre Behandlung oder sonstige ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung,

2. Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,

2a. heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind,

3. Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und durch Hilfe zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,

4. Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
5. Hilfe zur Fortbildung im früheren oder einem diesem verwandten Beruf oder zur Umschulung für einen angemessenen Beruf oder eine sonstige angemessene Tätigkeit; Hilfe kann auch zum Aufstieg im Berufsleben gewährt werden, wenn die Besonderheit des Einzelfalles dies rechtfertigt,
6. Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,
- 6a. Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Behinderten entspricht,
7. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Eingliederung des Behinderten in das Arbeitsleben,
8. Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft.

(2) Behinderten, bei denen wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen nach Absatz 1 mit dem Ziel der Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in Betracht kommen, soll nach Möglichkeit Gelegenheit zur Ausübung einer der Behinderung entsprechenden Beschäftigung, insbesondere in einer Werkstatt für Behinderte, gegeben werden.

(3) Der Begriff der Werkstatt für Behinderte und ihre fachlichen Anforderungen richten sich nach den Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes.

(4) Soweit es im Einzelfall gerechtfertigt ist, können Beihilfen an den Behinderten oder seine Angehörigen zum Besuch während der Durchführung der Maßnahmen der Eingliederungshilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung gewährt werden.

§§ 41 und 42  
(weggefallen)

## § 43 Erweiterte Hilfe

(1) Erfordert die Behinderung Gewährung der Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung, einer Tageseinrichtung für Behinderte oder ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen, ist die Hilfe hierfür auch dann in vollem Umfang zu gewähren, wenn den in § 28 genannten Personen die Aufbringung der Mittel zu einem Teil zuzumuten ist. In Höhe dieses Teils haben sie zu den Kosten der Hilfe beizutragen; mehrere Verpflichtete haften als Gesamtschuldner.

(2) Hat der Behinderte das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist den in § 28 genannten Personen die Aufbringung der Mittel nur für die Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten.

1. bei heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind (§ 40 Abs. 1 Nr. 2a),
2. bei der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu (§ 40 Abs. 1 Nr. 3),
3. bei der Hilfe, die dem Behinderten die für ihn erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen soll, wenn die Behinderung eine Schulbildung voraussichtlich nicht zulassen wird oder nicht zuläßt,
4. bei der Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder für eine sonstige angemessene Tätigkeit (§ 40 Abs. 1 Nr. 4), wenn die hierzu erforderlichen Maßnahmen in besonderen Einrichtungen für Behinderte durchgeführt werden.

Die Kosten des in einer Einrichtung gewährten Lebensunterhalts sind nur in Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen abzusetzen; dies gilt nicht für den Zeitraum, in dem gleichzeitig mit den Maßnahmen nach Satz 1 in der Einrichtung durchgeführte andere Maßnahmen überwiegen. Die zuständigen Landesbehörden können Näheres über die Bemessung der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen bestimmen. Die Sätze 1 bis 3 sollen auch dann Anwendung finden, wenn die Maßnahmen erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres des Behinderten

abgeschlossen werden können; in anderen Fällen können sie Anwendung finden, wenn dies aus besonderen Gründen des Einzelfalles gerechtfertigt ist.

(3) Hat ein anderer, als ein nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtiger nach sonstigen Vorschriften Leistungen für denselben Zweck zu gewähren, dem die in Absatz 2 genannten Maßnahmen dienen, wird seine Verpflichtung durch Absatz 2 nicht berührt. Soweit er solche Leistungen gewährt, kann abweichend von Absatz 2 von den in § 28 genannten Personen die Aufbringung der Mittel verlangt werden.

#### § 44

### Vorläufige Hilfeleistung

Steht spätestens 4 Wochen nach Bekanntwerden des Bedarfs beim Träger der Sozialhilfe nicht fest, ob ein anderer als der Träger der Sozialhilfe oder welcher andere zur Hilfe verpflichtet ist, hat der Träger der Sozialhilfe die notwendigen Maßnahmen unverzüglich durchzuführen, wenn zu befürchten ist, daß sie sonst nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden.

#### § 45

(weggefallen)

#### § 46

### Gesamtplan

(1) Der Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen auf.

(2) Bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Maßnahmen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem Behinderten und den sonst im Einzelfalle Beteiligten, vor allem mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesamt (§ 126a), dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit, zusammen.

#### § 47

### Bestimmungen über die Durchführung der Hilfe

Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen über die Abgrenzung des Personenkreises der Behinderten, über Art und Umfang der Maßnahmen der Eingliederungshilfe sowie über das Zusammenwirken mit anderen Stellen, die der Eingliederungshilfe entsprechende Maßnahmen durchführen, erlassen.

#### Unterabschnitt 8

(weggefallen)

#### Unterabschnitt 9

Blindenhilfe

#### § 67

(1) Blinden ist zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen Blindenhilfe zu gewähren, soweit sie keine gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.

(2) Die Blindenhilfe wird Blinden nach Vollendung des 18. Lebensjahres in Höhe eines Betrages von 750\* Deutsche Mark, Blinden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in Höhe eines Betrages von 375\* Deutsche Mark gewährt.

(3) Befindet sich der Blinde in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung und werden die Kosten des Aufenthalts ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger getragen, so verringert sich die Blindenhilfe nach Absatz 2 um die aus diesen Mitteln getragenen Kosten, höchstens jedoch um 50 vom Hundert der Beträge nach Absatz 2; dies gilt von dem ersten Tage des zweiten Monats an, der auf den Eintritt in die Einrichtung folgt, für jeden vollen Kalendermonat des Aufenthalts in der Einrichtung. Für jeden vollen Tag vorübergehender Abwesenheit von der Einrichtung wird die Blindenhilfe in Höhe von je einem

\* Auf Grund der in § 67 Abs. 6 getroffenen Regelung beträgt mit Wirkung vom 1. Juli 1993 an die Blindenhilfe 997 Deutsche Mark bei Blinden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 496 Deutsche Mark.

Dreißigstel des Betrages nach Absatz 2 gewährt, wenn die vorübergehende Abwesenheit länger als 6 volle zusammenhängende Tage dauert; der Betrag nach Satz 1 wird im gleichen Verhältnis gekürzt.

(4) Ein Blinder, der sich weigert, eine ihm zumutbare Arbeit zu leisten oder sich zu einem angemessenen Beruf oder zu einer sonstigen angemessenen Tätigkeit ausbilden, fortbilden oder umschulen zu lassen, hat keinen Anspruch auf Blindenhilfe. Die Blindenhilfe kann versagt werden, soweit ihre bestimmungsmäßige Verwendung durch oder für den Blinden nicht möglich ist.

(5) Neben der Blindenhilfe werden Hilfe zur Pflege wegen Blindheit (§§ 68 und 69) außerhalb von Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen sowie ein Barbetrag (§ 21 Abs. 3) nicht gewährt. Neben Absatz 1 ist § 23 Abs.1 Nr. 2 nur anzuwenden, wenn der Blinde nicht allein wegen Blindheit erwerbsunfähig ist. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Blinde, die nicht Blindenhilfe, sondern gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.





