



Die Kindervertreter

Inklusion

Universelles Neugeborenen-Hörscreening (UNHS)

Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)



**Ungestörter Schlaf
trotz Bettnässen:**

UnderJams™

Saugfähige Unterwäsche für die Nacht von Pampers



- Sitzen diskret unter dem Pyjama/Schlafanzug.
- Besonders bequem und atmungsaktiv.
- Verschiedene Varianten für Jungen und Mädchen.

Für Kinder im Alter von 4-12 Jahren



Pampers UnderJams sind u. a. erhältlich bei real-, Müller, Amazon, Kaufland, Schlecker, Globus und Toom

Mehr Infos unter www.UnderJams.de



Für den Verbraucher:

Dieser Coupon kann als Rabatt für das entsprechend genannte Produkt eingelöst werden. Nur jeweils ein Coupon kann für ein Produkt eingelöst werden. Der Coupon kann nicht für ein anderes Produkt eingelöst werden. Der Coupon kann nur für die jeweils verfügbare Ware bei den unten aufgelisteten Handelsunternehmen eingelöst werden. Keine Barauszahlung.

Für den Händler:

Procter & Gamble wird diesen Coupon gegen das entsprechende Produkt und nur gegen das entsprechend ausgewiesene Produkt auf dem Coupon einlösen. Procter & Gamble behält sich vor, keine Zahlungen für fälschlich eingelöste Coupons zu machen.

Dieser Coupon kann eingelöst werden bei:



* Nur in teilnehmenden Märkten.

**Sparen
Sie jetzt**

4€



Einfach Coupon abtrennen und beim Einkauf in einem der aufgelisteten Märkte an der Kasse abgeben. Nur gültig bei Kauf einer Packung UnderJams (verschiedene Sorten) und nur innerhalb Deutschlands.

Einlösbar bis 31.12.2011

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

auch in dieser Publikation informiert Sie die Deutsche Kinderhilfe über kinderrelevante Themen und aktuelle Entwicklungen in Politik und Gesellschaft. Schwerpunkte dieses Heftes sind die Themen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), Universelles Neugeborenen-Hörscreening und Inklusion.

Dass der Kinderschutz in der deutschen Politik nicht den Stellenwert hat, den Umwelt-, Klima- oder Tierschutz haben, zeigen die Entwicklungen des Bundeskinderschutzgesetzes. Zum 01.01.2012 wird nach vier Jahren, einem ersten gescheiterten Gesetzentwurf in 2009 und vielen Arbeitsgruppensitzungen, an denen auch die Deutsche Kinderhilfe beteiligt war, ein „Bundeskinderschutzgesetz“ in Kraft treten. Wer wie die Deutsche Kinderhilfe auf eine Reform der Jugendhilfe in Deutschland gehofft hat, wird von dem Gesetz enttäuscht. Es enthält kleine Schritte zur Verbesserung, es fehlt aber an mutigen und dringend notwendigen Reformen für einen besseren Kinderschutz in Deutschland. Zum Scheitern hat auch die Politik selbst wesentlich beigetragen: Eine Zusammenarbeit von Gesundheits- und Familienressort im Gesetzgebungsverfahren erfolgte nicht – mit der fatalen Konsequenz, dass eine Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfesystem nicht geschaffen wurde und weiterhin jedes System „für sich“ und unkoordiniert arbeiten wird. Eine ausführliche Stellungnahme dazu finden Sie unter der Rubrik Aktuelles.

Die Deutsche Kinderhilfe sieht die Verabschiedung des Gesetzes mit großer Sorge, da die Verantwortlichen sich nun zurücklehnen und mit Verabschiedung des Kinderschutzgesetzes ihre Aufgabe als erfüllt ansehen werden. Die Leidtragenden sind Kinder in schwierigen Lebenslagen, deren Überlebenschancen nach wie vor davon abhängen werden, in welcher Kommune Deutschlands sie zur Welt kommen. Es gibt in Deutschland keinen unabhängigen Kinderbeauftragten, wie es bereits in anderen Ländern der Fall ist. Es gibt zwar ein Umweltministerium, einen Wehrbeauftragten und 17 Datenschutzbeauftragte – für Kinder ist jedoch auf Bundesebene lediglich ein Unterausschuss geschaffen worden.

Auch die Beteiligung von Kindern ist in Deutschland mangelhaft. Kinder werden in Deutschland viel zu selten altersgemäß an kinderpolitischen Entscheidungen beteiligt, obwohl das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) dies ausdrücklich vorschreibt. Es gibt zwar Kinder- und Jugendparlamente und Kinderhilfsorganisationen haben Kinderbotschafter. Entscheidungen treffen und über für sie wichtige Themen abstimmen können Kinder und Jugendliche in der Regel aber nicht. Doch Kinder wissen am besten, in welchen Bereichen ihre Interessen gestärkt werden müssen. Aus diesem Grund beteiligt die Deutsche Kinderhilfe ihre Kindervertreter und Juniorkindervertreter (ab 14 Jahre) aktiv an Entscheidungsprozessen und gibt ihnen die Möglichkeit, Angebote, Themen und Kampagnen über Online-Partizipationsformen transparent und verständlich mitzugestalten.

Die politischen und sozialen Entwicklungen im Jahr 2011 zeigen, dass Kinder in Deutschland noch immer keine unabhängige Lobby haben. Unterstützen Sie daher die Deutsche Kinderhilfe als Kindervertreter und registrieren Sie sich direkt auf unserer Homepage oder senden uns die in diesem Heft beiliegende Antragskarte zu. Nur wenn wir wie die Umweltverbände oder der ADAC im Namen Vieler sprechen können, wird die Politik sich derartige Scheingesetze nicht mehr leisten können. Machen Sie mit, tragen wir gemeinsam zu mehr Kinderschutz und Kinderfreundlichkeit in Deutschland bei.

Ihr Vorstand der Deutschen Kinderhilfe


Georg Ehrmann


Andreas Stute


Ariane Friedrich


Heinrich Hölzl


Rainer Becker

INHALT

DEUTSCHE KINDERHILFE

Seite 3 Editorial

Seite 4 Inhalt

Seite 5 Inklusion

Seite 5 Inklusion von Anfang an – mehr Teilhabe- und Chancengerechtigkeit von Kindern mit Behinderungen

Seite 6 Onlinehandbuch Inklusion-als-Menschenrecht.de

Seite 10 Deutschland macht sich auf den Weg in eine inklusive Gesellschaft
Therapeutisches Reiten kann dazu einen großartigen Beitrag leisten

Seite 12 Auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft
für Kinder und Jugendliche mit Hörschädigung

Seite 14 Universelles Neugeborenen-Hörscreening

Seite 14 Universelles Neugeborenen-Hörscreening als
notwendige Präventivmaßnahme

Seite 17 Zur Finanzierung von UNHS und Tracking

Seite 18 Frühversorgung von im Neugeborenen-Hörscreening
auffälligen Kindern: Vorstellung einer interaktiven Karte
„www.neugeborenen-hoerscreening.de“

Seite 20 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

Seite 20 ADHS – eine psychische Erkrankung –
Wie kann geholfen werden und was ist zu tun?

Seite 22 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
Wissen – Nichtwissen – Handeln

Seite 24 Notwendigkeit einer ganzheitlichen Therapie bei ADHS

Seite 26 Aktuelles

Seite 26 Kinder unter drei Jahren gesund betreut

Seite 27 „Inklusion und Diversität als Herausforderung an Erziehung, Schule und
LehrerInnenbildung“ – ein Bericht aus dem Panel „Be-Hinderung“

Seite 30 Das Bundeskinderschutzgesetz –
Die Reform der Kinder- und Jugendhilfe ist gescheitert

Seite 34 Impressum / Bildnachweis



INKLUSION

DEUTSCHE KINDERHILFE

INKLUSION VON ANFANG AN – MEHR TEILHABE- UND CHANCENGERECHTIGKEIT VON KINDERN MIT BEHINDERUNGEN

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention gibt es seit 2009 in Deutschland neue Rechte für Menschen mit Behinderungen, die unsere Gesellschaft und besonders unsere Bildungssysteme verändern werden.

So lautet es in Artikel 1:

Zweck

Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.

Während bislang die Integration im Vordergrund stand, also das Bemühen, Behinderte so zu qualifizieren, dass sie im Regelsystem mithalten können, verfolgt der Inklusionsgedanke den Ansatz, dass alle Behinderten und Nichtbehinderten gleichermaßen mit unterschiedlichen individuellen Anforderungen im System gefördert werden.

Der Umbau zu einem System, in dem behinderte Kinder gleiche Chancen haben, wird mehr Geld kosten und einen Mentalitätswandel erfordern. In Deutschland werden 18% aller Kinder mit Behinderung in Regelschulen unterrichtet, in den europäischen Nachbarländern sind es hingegen durchschnittlich 85%. (Quelle: Bertelsmann Studie Gemeinsam lernen – Inklusion leben). Eine echte Wahlfreiheit der Kinder und Eltern gibt es bisher kaum. Dazu erforderlich ist eine Verbesserung der Ausstattung der Einrichtungen, der Qualifikation des Personals und der Weiterbildung sowie deren Finanzierung.

Bislang sind die zuständigen Systeme Gesundheit, Jugendhilfe und Sozialhilfe getrennt. Hinzu kommt das föderale Schulsystem. Immer wieder werden Kosten in das jeweils andere System geschoben – zu Lasten des



Kindes und der Familien. Notwendig ist die sog. „Große Lösung“, d.h. ganzheitliche Hilfen aus einer Hand, die das Kind in den Vordergrund stellen und die Möglichkeiten des „Persönlichen Budgets“, geregelt in § 17 SGB IX, offensiv nutzen.

Einrichtungen werden zunehmend verpflichtet, Kinder mit Förderbedarf und Behinderungen aufzunehmen. Allerdings sind die Bedingungen für die Förderung behinderter Kinder sehr unterschiedlich und in den Regleinrichtungen bisher kaum verbessert worden. Die Frühförderung darf daher nicht länger von freiwilligen Leistungen abhängen, sondern funktioniert nur als Regelangebot.

Eltern sollen eine echte Wahlfreiheit für eine optimale Förderung ihrer Kinder haben. Das setzt neben einer gleichwertigen Ausstattung von Sonder- und Regleinrichtungen ein gleichermaßen qualifiziertes Personal voraus. Für die Einstellung qualifizierter Kräfte gibt es aber kaum zusätzliche Mittel. Hinzu kommt, dass der Arbeitsmarkt in diesen Berufen regelrecht „leer gefegt“ ist und die bisherigen Ausbildungsgänge die integrative Förderung nicht vorsehen. Auch wegen des

Ausbaus der Angebote für unter Dreijährige ist daher eine konzentrierte Qualifizierungsoffensive überfällig.

Das Instrument des „Persönlichen Budgets“ im SGB IX wird in den Kommunen zu wenig genutzt. Aus Eigeninteressen beraten Träger die Menschen dahingehend, in Einrichtungen zu gehen, anstatt mittels des persönlichen Budgets eigenverantwortlich und selbstbestimmt leben zu können. Ob eine Förderung mit optimalen Mitteln durch qualifiziertes Personal für das Kind in einer Einrichtung erfolgt, wird kaum überprüft. Grundsätzlich sollte es bei der Suche des Förderortes für ein Kind mit Behinderung darum gehen, welche Einrichtung das passende Angebot in der jeweiligen Lebens- und Familiensituation hat.

Unabdingbar für eine optimale Förderung der Kinder ist das professionelle Funktionieren der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungsträgern und den Professionen, die therapeutisch oder pädagogisch mit den Kindern arbeiten. Wo Familienzentren entstanden sind, funktionieren die Integration und Förderung behinderter Kinder deutlich besser. Gleiches gilt für Sozialpädiatrische Zentren (SPZs) und Frühförderangebote, die flächendeckend eingerichtet werden sollten.

Der Übergang von der Kita zur Schule sollte besser begleitet werden. Im Elementarbereich ist der Inklusionsgedanke bereits weiter verbreitet als in den Schulen. Beim Eintritt in die Grundschule kommt es oftmals wieder zu einer „Ausortierung“ behinderter Kinder. Durch das starre Leistungsprinzip der Schulen werden Fort-

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK), Artikel 24: Recht auf Bildung

Schule

Alle Kinder sollen in die gleichen Schulen gehen. Behinderte Kinder und nicht behinderte Kinder sollen gemeinsam lernen.
Es soll keine Sonder-Schulen geben.
Die Lehrer und Lehrerinnen müssen für alle Kinder da sein.
Sie müssen für jedes Kind die richtige Hilfe kennen. Dafür brauchen auch die Lehrer und Lehrerinnen eine gute Ausbildung.
Manche Kinder brauchen viel Unterstützung. Das geht auch in der Schule für alle.
Die Unterstützungs-Person kommt dann mit in die Klasse. Auch nach der Schule geht das weiter.
Auch in der Ausbildung lernen alle zusammen. Und an der Universität.

Auszug aus der UN-Behindertenrechtskonvention in leichter Sprache

Schritte im Elementarbereich oftmals wieder zunichte gemacht. Eine Begleitung bis ins erste Schuljahr durch eine Fachkraft ist sinnvoll. Auch die Schulen sollten deshalb auf Inklusion ausgerichtet werden. Die Impulse und Rechtsgrundlagen dazu sollten von der Politik jetzt kommen. ■

DER AUTOR:

Rolf Stöckel

Vorstandssprecher der Deutschen Kinderhilfe, Berlin

DR. MEIKE GÜNTHER

ONLINEHANDBUCH INKLUSION-ALS-MENSCHENRECHT.DE

Jeder Mensch hat ein Recht auf „Inklusion“, also darauf, ein gleichberechtigter Teil der Gesellschaft zu sein. Das in der Behindertenrechtskonvention der Ver-

einten Nationen verankerte menschenrechts-basierte Verständnis von Behinderung hat sich auch dank einer starken politischen Behindertenselbsthilfe-Bewegung durchsetzen können. Mit der UN-Behindertenrechtskonvention ist es erstmals in einem universellen Menschenrechtsvertrag festgeschrieben.



Doch von der rechtlichen zur tatsächlichen Gleichstellung behinderter Menschen ist es noch ein weiter Weg. Noch sind sehr viele Strukturen, Kulturen und Praxen alles andere als inklusiv. Noch werden insbesondere Kinder mit Behinderungen nach wie vor häufig ausgeschlossen, sie haben es schwerer oder es ist für sie nach wie vor unmöglich, die gleichen Dinge zu tun, die gleichen Erlebnisse zu machen, wie die Kinder ohne Behinderung oder Krankheit. Manchmal hindern die Behinderung und die Krankheit selbst Kinder, diese Erfahrungen zu machen. Meistens jedoch, und so definiert es die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, entsteht Behinderung in der Wechselwirkung zwischen individuellen Gegeben-

heiten und den sozialen Bedingungen, der Umwelt, den Menschen und Strukturen um sie herum, die nicht unterstützend, sondern behindernd wirken. Um diese Ausschlüsse zu verhindern, braucht es noch vieles. Es sind jedoch nicht nur große strukturelle Gegebenheiten, die Kindern mit Behinderungen und ihren Eltern die gleichberechtigte Teilhabe am Gemeinschaftsleben erschweren. Auch viele kleine Veränderungen, die neue Denkweisen und Handlungsweisen ermöglichen, sind nötig, um umfassende Teilhabe aller Menschen an allen Angeboten, die sie wahrnehmen wollen, zu verwirklichen.

Um solche Prozesse des Umdenkens zu unterstützen bietet das Onlinehandbuch Inklusion-als-Menschenrecht.de zahlreiche Texte, Spiele, Materialien und Hintergrundinformationen. Es zeigt auf, dass alle Menschen mithelfen können, die Barrieren in den Köpfen abzubauen, indem Sie Menschenrechte, Behinderung und Inklusion in ihrem Umfeld zum Thema machen und genauer hinschauen.

Dabei ergeben sich viele Fragen: Welche Rechte und Möglichkeiten haben Menschen mit Behinderungen heute? Wie lebten sie in der Antike, im Mittelalter oder in der Zeit des Nationalsozialismus? Welche Bedingungen erleichterten ihnen das Leben, welche erschweren es? Mit welchen Methoden kann ich die Themen Menschenrechte und Behinderung im Schulunterricht behandeln? Wie kann ich Inklusion schon im Kindergarten fördern? Wie entstehen neue Menschenrechtsverträge? Was haben sie mit unserem Alltag zu tun?

Um diese Themen herum stellt das Online-Handbuch vielfältige Materialien zur Verfügung, die individuell nach Gruppengröße, Lernkontexten und Bedürfnissen der Lernenden ausgewählt werden können. Das Handbuch enthält informative Texte, Rollen- und Planspiele sowie viele andere für die Arbeit in Gruppen ausgearbeitete und erprobte Formate. Hintergrundtexte bieten die Möglichkeit, sich mit einzelnen Aspekten vertieft zu beschäftigen. Insgesamt wurde das Online-Handbuch in möglichst leicht verständlicher Sprache geschrieben. Der Einfachheit halber verwenden viele Texte und Übungsaufgaben die persönliche Ansprache mit „du“. Über eine Zeitleiste, die gleichzeitig der Navigation durch das Onlinehandbuch dient, finden sich unter anderem Informationen zu den verschiedenen Epochen, dazugehörige Biografien und Gesetze. Zusammen bieten sie Einblicke in die Lebenssituation und die rechtliche Stellung von Menschen mit Behinderungen und zeigen die Sichtweise ausgewählter Zeitgenossinnen und Zeitgenossen, von der Antike bis heute.

Wie stark sich die Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen, ihre Lebenssituation und auch ihre Berücksichtigung in Rechtstexten im Laufe der Zeit allein im deutschsprachigen Raum verändert haben, lässt sich durch die hier angebotenen Materialien, Informationen und Spiele als historischer Prozess in Veränderung verstehen. Unser heutiges menschenrechtliches Verständnis von Behinderung hat sich in gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen entwickelt bzw. wurde erkämpft. Es ist geprägt durch historische Etappen wie das Mittelalter mit seiner Teufelsfurcht,

Anzeige

ALEXANDER SCHEER NOAH KRAUS MERCEDES JADEA DIAZ JESSICA SCHWARZ FRITZ KARL VOLKER LECHTENBRINK

NACH DER WUNDERBAREN GESCHICHTE VON CORNELIA FUNKE

Als der Weihnachtsmann vom Himmel fiel

EIN FILM VON OLIVER DIECKMANN

AB 24.11. IM KINO

BAVARIA WEGA FILM WA KIDDINX WEIHNACHTSMANN-FILM.DE ZDF

➡ www.inklusion-als-menschenrecht.de

➡ **was:** Website mit Informationen, Spielen, Übungen und Methoden zu den Themen Inklusion, Behinderung und Menschenrechte; die Materialien können individuell nach Gruppengröße, Lernkontext und Bedürfnissen der Lernenden ausgewählt werden

➡ **wo einsetzbar:** in der schulischen und außerschulischen Bildungsarbeit, in Hochschulen, Gedenkstätten und Orten der politisch-historischen Bildungsarbeit, in Kinder- und Jugendgruppen, in Selbsthilfegruppen, Heilerziehungspflegeschulen, Erzieherinnenfachschulen und auch Altenpflegeschulen

„gesund“ bewerten, und gesellschaftliche Machtverhältnisse, die geprägt sind von Recht und Unrecht, von Diskriminierung, aber auch vom Ringen der Menschen um Recht und Gleichberechtigung.

Das Online-Handbuch kann von Menschen genutzt werden, die sich für die Themen Inklusion, Behinderung und Menschenrechte interessieren. Es richtet sich vor allem an Pädagoginnen und Pädagogen in der Schule, Jugendliche und Erwachsene in Selbsthilfegruppen, im Jugendzentrum oder in der Jugendgruppe, an Erzieher und Erzieherinnen in Kindertagesstätten, Ausbilderinnen und Ausbilder in Heilerziehungspflegeschulen, Erzieherinnenfachschulen und Altenpflegeschulen. Auch Pädagogen und Pädagoginnen in der außerschulischen Bildungsarbeit und an Hochschulen können das Online-Handbuch verwenden.

Ab 2012 bietet das Deutsche Institut für Menschenrechte Seminar, Vorträge und Schulungen zu dem Thema und dem Onlinehandbuch an. Bei Interesse wenden sie sich an guenther@institut-fuer-menschenrechte.de. ■

durch wirtschaftliche Entwicklungen wie die Industrialisierung, durch die rassistisch motivierte Gewalt, durch die Zwangssterilisierung und den Mord an Menschen in Krankenhäusern, die nicht der arischen Norm entsprachen während des Nationalsozialismus, durch kulturelle Traditionen, die bestimmte Körper als „schön“ und

DIE AUTORIN:

Dr. Meike Günther
Abteilung Menschenrechtsbildung,
Deutsches Institut für Menschenrechte

Unabhängige Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention im Deutschen Institut für Menschenrechte

Die UN-Behindertenrechtskonvention ist seit März 2009 für Deutschland verbindlich. Infolgedessen verpflichtet sich der Staat, die Konvention einzuhalten und aktiv umzusetzen. Ziel ist, die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in Deutschland voll zu verwirklichen. Das Institut für Menschenrechte wurde mit der Begleitung der Umsetzung als Monitoring-Stelle beauftragt. Darüber hinaus soll die Stelle die in der Konvention verankerten Rechte fördern und schützen (siehe auch Artikel 33 Absatz 2 der UN-Behindertenrechtskonvention).

Das Deutsche Institut für Menschenrechte ist eine nationale Menschenrechtsinstitution gemäß den „Pariser Prinzipien“ der Vereinten Nationen. Es fördert neben der Menschenrechtsbildung vor allem die Umsetzung internationaler und europäischer Normen und Mechanismen des Menschenrechtsschutzes in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein ist das Institut politisch unabhängig und handelt aus eigener Initiative. Geleitet wird es vom Vorstand Prof. Dr. Beate Rudolf, Direktorin, und Michael Windfuhr, Stellvertretender Direktor.

Die Aufgaben des Deutschen Instituts für Menschenrechte sind insbesondere:

- Information und Dokumentation,
- Forschung zur Qualifizierung der Menschenrechtsarbeit,
- Beratung von Politik und Gesellschaft,
- Menschenrechtsbezogene Bildungsarbeit in Deutschland, Weiterbildung von Fachkräften wie Polizei, Sozialarbeit oder Pflege,
- Bereitstellung einer wissenschaftlichen Spezialbibliothek zu Menschenrechten,
- Internationale Zusammenarbeit mit anderen nationalen Menschenrechtsinstitutionen, Menschenrechtsgremien der Vereinten Nationen und des europäischen Menschenrechtsschutzsystems sowie Nichtregierungsorganisationen,
- Förderung des Dialogs über Menschenrechtsfragen in Deutschland.

Darüber hinaus werden auch Unterrichtsmaterialien für Lehrende in der schulischen und außerschulischen Jugendbildung, wie das Onlinehandbuch [Inklusion-als-Menschenrecht.de](http://www.inklusion-als-menschenrecht.de) erstellt und deren Nutzung durch Multiplikatorenseminare gefördert. Zu den thematischen Schwerpunkten des Deutschen Instituts für Menschenrechte zählen unter anderem Menschenrechte im gesellschaftlichen Lernprozess, der Ausbau von Menschenrechts-Schutzmechanismen oder der Schutz vor Diskriminierung.

A photograph of a woman in a white shirt and grey skirt lifting a young girl in a blue patterned dress into the air. The girl is upside down with her hands on the ground, smiling. They are in a grassy field with trees in the background.

verlässlich

Ein gutes Gefühl, immer bestens aufgehoben zu sein.

Meine Bank ist meine Bank, weil ich mich immer auf sie verlassen kann.

UNTERM STRICH ZÄHL ICH.

- www.postbank.de
- 01803 2881 (9 Cent/Min.)*
- Postbank Finanzcenter
- Postbank Finanzberatung, gerne auch bei Ihnen zu Hause

 **Postbank**

* 9 Cent/Minute aus dem dt. Festnetz; Mobilfunktarif max. 42 Cent/Minute.

DEUTSCHLAND MACHT SICH AUF DEN WEG IN EINE INKLUSIVE GESELLSCHAFT THERAPEUTISCHES REITEN KANN DAZU EINEN GROSSARTIGEN BEITRAG LEISTEN

Das internationale Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen ist Ausgangspunkt einer bevorstehenden Entwicklung, die unser gesamtgesellschaftliches Verständnis und Miteinander umwandelt. Die UN-Behindertenrechtskonvention nimmt inzwischen mit Bezug auf die Anzahl der beigetretenen Staaten den zweiten Rang der UN-Menschenrechtskonventionen gleich nach der Kinderrechtskonvention ein. Ca. 680 Millionen Menschen mit Behinderungen gibt es weltweit, in Deutschland leben 12% der Bevölkerung mit einem Handicap.

Die Bundesrepublik ratifizierte 2009 die eingangs erwähnte UN-Behindertenrechtskonvention; sie wurde damit zur Grundlage deutscher Behindertenpolitik. Zur nationalen Umsetzung der Konvention verabschiedete die Bundesregierung am 15. Juni 2011 den Nationalen Aktionsplan, kurz NAP, genannt. Es handelt sich dabei nicht um ein Gesetzespaket; der Nationale Aktionsplan dokumentiert lediglich 200 Maßnahmen für den Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der NAP ist insoweit eine „Roadmap“ für unsere gesamtgesellschaftliche Entwicklung mit zunächst zehnjähriger Erstlaufzeit.

Staatliche Anlaufstelle für den NAP ist das Ministerium für Arbeit und Soziales unter der Führung von Bundesministerin Dr. Ursula von der Leyen.

Hauptgedanke des NAP ist die Inklusion und damit die Schaffung einer Gesellschaft, in der Behinderung mit großer Selbstverständlichkeit als Teil des Verständnisses von Verschiedenartigkeit einer Gesellschaft begriffen wird und danach auch tatsächlich gelebt wird. In einem solchen Gesellschaftsmodell gibt es keine Zuschauer, alle sind Akteure. Es geht dabei nicht darum, etwas für Menschen mit Behinderungen zu tun, wie im Falle der Integration, sondern etwas mit ihnen zu tun. Menschen mit Behinderung sollen teilhaben an allen Lebensbereichen einer Gesellschaft.

Zu den wichtigsten Elementen des Nationalen Aktionsplans gehören Erziehung und Bildung sowie die Gewährleistung der Barrierefreiheit. Letztere ermöglicht Mobilität und damit Freiheit und Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen.

Hinsichtlich der Erziehung und Bildung ist die Erkenntnis, je früher Kinder mit Behinderungen Förderprogramme erfahren, desto besser fallen ihre Prognosen aus und andersherum, je früher Kinder ohne Förderbedarf mit Kindern mit Förderbedarf zusammenkommen, desto selbstverständlicher wird ein Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderungen. Für die Regelschulen bedeutet das, dass sie in Zukunft einen Anteil an Schülern mit besonderem Förderbedarf aufnehmen



men werden, zum Teil geschieht das bereits. Um hierbei zum Wohle der Entwicklung der Kinder auch das Richtige zu tun, wird es sehr darauf ankommen, dass die Regelschullehrer Unterstützung durch Fachkräfte erhalten, ferner, dass Angebote vorhanden sind, welche dem Förderbedarf für beide Seiten, Kinder mit und ohne Behinderungen, auch gleichzeitig gerecht werden können; der Sache wäre nicht gedient, wenn eine Seite zu kurz käme, damit würde die Akzeptanz des Modells der Inklusion in Frage gestellt.

Seit über 40 Jahren widmet sich das Deutsche Kuratorium für Therapeutisches Reiten als gemeinnütziger Verein den Themen des Therapeutischen Reitens. Therapeutisches Reiten ist dabei, allgemein ausgedrückt, eine spezialisierte Maßnahme, die ihren Ursprung in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen hat, insbesondere zunächst mit körperlicher Behinderung, als medizinisch physiotherapeutische Maßnahme auf dem Pferd; zeitlich später kam die pädagogische und psychologische Maßnahme gerade in der Arbeit mit Kindern hinzu. Seit einigen Jahren zeigt sich jedoch, dass sich Therapeutisches Reiten immer mehr und mit wachsender Begeisterung als Förderprogramm an Regelkindergärten und Regelschulen etabliert hat. Allein in der Region Münster in NRW führen etwas über 50 Schulen bereits Therapeutisches Reiten auf ihrem Unterrichtsplan. Therapeutisches Reiten ist insoweit ein beeindruckendes Beispiel dafür, wie sich eine Maßnahme aus einem eigentlichen Randbereich, der Arbeit mit Behinderten, in die Mitte der Gesellschaft be-



DEUTSCHES KURATORIUM FÜR THERAPEUTISCHES REITEN E.V.

Das Deutsche Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.

Das Deutsche Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V. (DKThR) mit Sitz in Warendorf fördert Therapeutisches Reiten durch qualifizierte Fortbildungsangebote im Therapeutischen Reiten, es ist zudem Studienträger zahlreicher wissenschaftlicher Studien und initiiert Projekte, um den Zugang insbesondere für Eltern und ihre Kinder zum Therapeutischen Reiten zu erleichtern.

„Kinder mit Pferden stark machen, Therapeutisches Reiten an Kindergärten und Schulen“, ist die jüngste Initiative des Kuratoriums. Kindergärten und Schulen können Anschubfinanzierung erhalten, um Therapeutisches Reiten als Förderunterricht anbieten zu können.

Weitere Informationen unter: www.dkthr.de

weg hat. Sie bleibt dabei eine Maßnahme, die ihren Schwerpunkt in der Arbeit mit behinderten Menschen, insbesondere dabei mit Kindern hat, gleichzeitig aber auch den erstrebten Förderbedarf für Kinder ohne Behinderung erfüllt. In der Heilpädagogischen Förderung mit dem Pferd, welche ein Hauptgebiet des Therapeutischen Reitens zur Förderung von Kindern ist, steht das Pferd im Mittelpunkt der pädagogischen und motorischen Förderung von Kindern. Das Pferd unterscheidet nicht zwischen Kindern mit Behinderung und ohne Behinderung; es steht allen gleich gegenüber. Es nimmt allerdings sehr genau Verhaltensformen und Emotionen wahr und zeigt als Herden- und Fluchttier unmittelbar eine Reaktion, so dass Kinder auf ihr gezeigtes Verhalten prompt eine Antwort erhalten und das von einem Tier, welches größer ist und stärker als sie selbst; das ist für viele Kinder ein beeindruckendes Erlebnis. Auf dem Rücken eines Pferdes fühlen sich viele Kinder erhaben, sie gewinnen von oben eine größere Perspektive, die dazu führt, dass sie sich verstärkt mitteilen möchten. Die rein motorische Förderung durch das Reiten und Voltigieren als solches, läuft dabei fast

nebenher als ergänzende Maßnahme. Fachlich gut ausgebildete Therapeuten mit pädagogischer oder psychologischer Grundausbildung verstehen genau, wie sie diese geschilderten Gegebenheiten miteinander wertvoll verknüpfen können. Auf dieser Grundlage entsteht eine Vielzahl von pädagogischen Übungsvariationen zur wertvollen aber spielerischen ganzheitlichen Förderung von Kindern. Therapeutisches Reiten findet nicht vor großer Kulisse, wie etwa der Pferde- und Turniersport statt, dem großen Verwandten des Therapeutischen Reitens, es findet eher ruhig und leise in Reithallen und Reitplätzen abseits der großen Öffentlichkeit statt, leistet aber einen unschätzbaren Beitrag zur Entwicklung unserer Kinder und ist in den Augen vieler Kinder aber auch Erwachsener die wohl schönste Unterstützungsmaßnahme der Welt. ■

DIE AUTORIN:

Dipl. Jur. Ina El Kobbia

Geschäftsführerin des Deutschen Kuratoriums für Therapeutisches Reiten e.V.

Anzeige

Guck mal, Mama – so lerne ich schneller sicher laufen!

Fördert die
motorischen Fähigkeiten

Trainiert gezielt
die Sinne



Deutschlands meistgekaufter
Spiel- und Laufwagen!*

Ab 12 Monaten

Lädt zum Entdecken
und Erforschen ein

Unterstützt die
Sprachentwicklung

VTech Baby Spiel- und Laufwagen mit abnehmbarem multifunktionalem Spielboard mit Musiktasten, Telefon, Gedächtnis- und Sensorik-Spielen.

Laufen, lernen, begreifen – mit dem richtigen Lernspielzeug fördern Sie Ihr Kind ganz gezielt auf spielerische Weise. Für einen sicheren Start in ein Leben voller Möglichkeiten.

* Eurotoys Handelspanel 2010, 70% Marktabdeckung (Basis: Wert in €).



vtech
Baby

www.vtechbaby.de

MIT ALLEN SINNEN LERNEN

MARIA WISNET

AUF DEM WEG ZU EINER INKLUSIVEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT HÖRSCHÄDIGUNG

Im Jahr 2006 wurde die UN-Konvention der Rechte für Menschen mit Behinderung verabschiedet. Deutschland unterzeichnete diese zu einem sehr frühen Zeitpunkt und verpflichtete sich damit, dass alle Menschen mit Behinderung das Recht haben, gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Diese Verpflichtung beinhaltet das Erstellen eines nationalen Aktionsplanes und in unserem föderalen System bedeutet dies zusätzliche Aktionspläne in den jeweiligen Bundesländern. Ein solcher nationaler Aktionsplan wurde bis Juni 2011 erstellt; die Länderpläne werden bis zum Jahresende diskutiert, dann – hoffentlich – in konkrete Aktionen umgesetzt.

In der Vergangenheit wurde der Terminus „Integration“ verwendet und meinte, dass die Kinder mit Behinderung und deren Familien sich an ihr Umfeld anpassen mussten. Diese Zugangsweise entsprach eher einer Einbahnstraße. Durch die UN-Konvention wurde der Begriff „Inklusion“ in das inhaltliche Zentrum gestellt. Somit geht man heute von der Teilhabe an und der Einbeziehung in die Gesellschaft aus. Menschen mit Hörschädigung oder anderen Behinderungen haben das Recht, aktiv das Leben in der Gesellschaft mitzugestalten. Die Gesellschaft ihrerseits ist verpflichtet, Kindern und Jugendlichen mit Behinderung alle optimalen Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, um die Auswirkungen der Behinderung zu minimieren. Diese Maßnahmen sind in der UN-Konvention aufgelistet. Hierzu gehören:

- Forschung und Entwicklung neuer Technologien, deren Verfügbarkeit und Nutzung,
- regelmäßige Schulungen von Fachkräften und Personen, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten,
- Anerkennung des Rechtes auf Bildung,
- Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit,
- unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung,
- Früherkennung und -intervention zur Minimierung des Ausmaßes der Behinderung.

DIE AUTORIN:

Maria Wisnet

Bundvorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen



Für Kinder und Jugendliche mit Hörschädigung bedeutet dies:

- das pflichtgemäße Durchführen des Neugeborenenhörscreenings durch Personal, das regelmäßig geschult wird,
- die Existenz von Trackingzentralen in allen Bundesländern, um Eltern durch die Begleitung bis zur Diagnose in den ersten 3 Lebensmonaten Hilfestellung zu geben,
- die Erstellung einer frühzeitigen fachärztlichen Diagnose und deren Überprüfung,
- die unmittelbare Rehabilitation durch optimale Hörtechnik und die intensive Begleitung des Hörlernprozesses,
- die sofortige Einleitung von wöchentlichen, hörgeschädigtenspezifischen Frühfördermaßnahmen.

Durch dieses interdisziplinäre Angebot der spezifischen frühen Förderung werden Eltern stark gemacht, mit der Behinderung ihres Kindes umzugehen; Kindern und Eltern müssen fachkompetente Begleiter für diesen frühen Lebensabschnitt zur Verfügung stehen. Das jeweilige Umfeld wird somit in die Entwicklung des Kindes einbezogen bzw. vorbereitet, z. B. beim Kindergartenbesuch. So ist gewährleistet, dass sich die Fähigkeiten des Kindes mit Hörschädigung entfalten können und das Kind sich ganzheitlich entwickeln und eine Identität als Mensch mit Hörschädigung aufbauen kann.

Eine wichtige Diskussion in Familien mit Kindern mit Hörschädigung ist die Thematik „Schule“. Hier muss Eltern und Kindern die absolute Wahlfreiheit ohne den Ressourcenvorbehalt hinsichtlich personeller, sächlicher und räumlicher Bedingungen eingeräumt werden. Ob Kinder lieber in kleinen Gruppen mit anderen Kindern mit Hörschädigung lernen möchten oder in größeren Klassenverbänden, muss in der Familie entschieden werden und nicht in einer Behörde. Entscheidend ist, dass das Kind mit Hörschädigung:

- zahlreiche soziale Erfahrungen machen kann,
- individuelle Lernfortschritte erfährt und
- ein ausgewogenes Angebot an Fördern und Fordern erfährt und
- zusammen mit seiner Familie glücklich ist. ■



**GLOBAL DENKEN. LOKAL HANDELN.
GENIAL EINKAUFEN. ÜBER 2.100 MAL.**

**RUND 280.000 MITARBEITER,
MEHR ALS 2.100 STANDORTE,
33 LÄNDER, EIN UNTERNEHMEN.**

Die METRO GROUP ist das internationalste Handelsunternehmen der Welt. Wir bieten privaten wie gewerblichen Kunden ein breites Leistungsspektrum mit starken Marken. Beste Voraussetzungen also, um weiter zu wachsen. Und mit uns zu wachsen. www.metrogroup.de

METRO GROUP
ZUM HANDELN GESCHAFFEN.

UNIVERSELLES NEUGEBORENEN-HÖRSCHREENING ALS NOTWENDIGE PRÄVENTIVMASSNAHME

Eine Hörstörung ist die häufigste angeborene Sinnesbehinderung. Mit einem einfachen und schmerzfreien Test – dem Universellen Neugeborenen-Hörscreening (UNHS) – ist es jedoch möglich, Hinweise auf eine schwere Hörstörung bereits in den ersten Lebenstagen nach der Geburt zu erkennen.

Von 1000 Kindern kommen 2-3 mit einer behandlungsbedürftigen Hörstörung zur Welt. Wird eine Hörstörung monatelang oder gar jahrelang nicht entdeckt, wirkt sich dies auf die gesamte Entwicklung negativ aus. Nur wenn ein Kind hören kann, lernt es, normal zu sprechen. Von der Qualität seiner Hör-Sprachentwicklung hängen auch seine psychosozialen und emotionalen Möglichkeiten und seine berufliche Perspektive ab.

Vor allem die ersten Lebensmonate sind für das Hören von entscheidender Bedeutung, da beim schwerhörigen Kind bereits mehrere Monate normaler Hörentwicklung aus der Zeit vor der Geburt fehlen. Die Strukturen des Hörsystems differenzieren sich schwerpunktmäßig bis Ende des 6. Lebensmonats. In dieser Zeit werden auch wesentliche Erfahrungen für die Sprachentwicklung über das Gehör gesammelt – Grundlagen für die spätere Qualität von Lautsprache und Grammatik, aber auch Lesen und Schreiben.

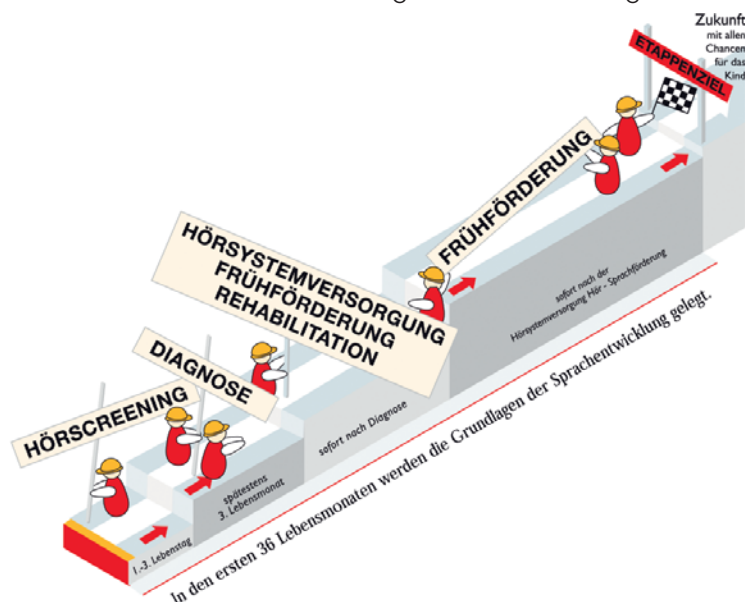
Je länger der Hörverlust unentdeckt bleibt, desto schwieriger wird es für das Kind, den Rückstand – vor allem in der Sprachentwicklung – aufzuholen. Abgeschlossen ist der Prozess der Hör-Sprachentwicklung etwa mit dem vierten Lebensjahr. Erkennt man die Hörstörung durch das Neugeborenen-Hörscreening sehr früh, so kann man dem Kind heute durch moderne Hörgeräte-Technologie und frühe Förderung den Start ins Leben wesentlich erleichtern. Entscheidend ist daher der Zeitpunkt der Diagnose.

Aus diesem Grund hat sich die Deutsche Kinderhilfe gemeinsam mit der Aktion Frühkindliches Hören über

mehrere Jahre dafür eingesetzt, dass dieser notwendige und einfache Test auch in Deutschland zu den Pflichtuntersuchungen direkt nach der Geburt zählt. Mit Erfolg: Am 20. Juni 2008 gab der Gemeinsame Bundesausschuss bekannt, dass das Universelle Neugeborenen-Hörscreening (UNHS) ab dem 1. Januar 2009 zu den verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland zählt. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist das Ergebnis ständiger Bemühungen, die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und die Öffentlichkeit über diese unnötige und einfach zu schließende Lücke zu informieren. Seit dem 1. Oktober 2010 kann das Hörscreening bei Neugeborenen direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Probleme bei der Umsetzung des Universellen Neugeborenen-Hörscreenings

Das Neugeborenen-Hörscreening bildet als Früherkennungsmaßnahme eine wichtige Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung der Hör-, Sprech-, Sprach- und Sozialkompetenz eines jeden Kindes. Doch die Qualität des UNHS hängt maßgeblich davon ab, dass Diagnostik, Therapie und Einleitung der Frühförderung in einem zeitlichen Rahmen von maximal 180 Tagen nach der Geburt ablaufen. Ein beim Hörscreening auftretender Verdacht auf eine angeborene Hörstörung



allein reicht jedoch für eine sichere Diagnose nicht aus. Das Ergebnis der Screening-Untersuchung muss an eine Hörscreeningzentrale weitergegeben werden. Die Zentrale stellt dann sicher, dass die notwendigen Folgemaßnahmen zur Bestätigung der Diagnose und Beginn der Versorgung zeitnah erfolgen. Sie steht dazu im Kontakt mit Eltern, Kinderärzten und Frühförderstellen und dokumentiert die Untersuchungsergebnisse und sichert so die Qualität des Screening-Programms.

Ohne diese Art der Nachverfolgung, das sogenannte Tracking, bleiben 50% der Kinder mit einer Hörstörung ohne rechtzeitige Behandlung. „Ohne diese Nachsorge bleiben die Verhältnisse fast ebenso desolat, als wenn wir ganz auf den Hörtest verzichten“, so Prof. Antoinette am Zehnhoff-Dinnesen, Direktorin der Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie der Uni Münster und Präsidentin der Union der europäischen Phoniater.

Ursache für diese Probleme

Experten kritisieren, dass die Umsetzung der Nachverfolgung, die Zuständigkeiten sowie die Finanzierung der Hörscreeningzentralen im G-BA-Beschluss nicht dezidiert geregelt sind. Durch die Initiative der kleinen Berufsgruppe der Phoniater und Pädaudiologen und engagierter HNO-Ärzte mit Unterstützung von Epidemiologen sind in vielen Bundesländern Kontrollstellen

zur Erfassung der Ergebnisse des primären Hörscreenings in den Geburtskliniken gegründet worden, die Hörscreening-Zentralen. Weil diese Gründungen dezentral erfolgten, ist die Struktur der Hörscreening-Zentralen jedoch nicht einheitlich.

Die schwammigen Formulierungen im Beschluss des G-BA gefährden die erfolgreiche Etablierung des UNHS als Gesamtmaßnahmenpaket. So heißt es: „Der Erfolg des Neugeborenen-Hörscreenings ist abhängig von der zeitnahen Durchführung einer umfassenden audiologischen Nachfolgediagnostik bei auffälligen Befunden und der Therapieeinleitung. Um zu gewährleisten, dass das Neugeborenen-Hörscreening allen Neugeborenen zur Verfügung steht und alle im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auffällig getesteten Neugeborenen die Konfirmationsdiagnostik in Anspruch nehmen, sollen Krankenhäuser bzw. Hebammen und niedergelassene Ärzte, die die Früherkennungsuntersuchung durchführen, auch die über die in § 9 geregelten Dokumentationen hinausgehenden länderspezifischen Regelungen berücksichtigen (z.B. Dokumentation durch Screeningkarten des erweiterten Neugeborenen-Screenings).“ Kinderrichtlinie, Anlage 6 – Früherkennungsuntersuchungen von Hörstörungen bei Neugeborenen (Neugeborenen-Hörscreening), § 8 (4).

Anzeige



Man sagt:
Das Gehör kommt zuerst und geht zuletzt.

Wie weiss man, ob es wirklich da ist?

HÖREN IST HIGH TECH
www.ear-fidelity.de / babyohr

Gutes Hören ist für Kinder eine Grundvoraussetzung, um sprechen zu lernen und sich geistig wie sozial altersgerecht zu entwickeln. Eltern sollten das Gehör des Kindes untersuchen lassen, spätestens wenn es ab der sechsten Lebenswoche noch **keine Schreckreaktion** auf ein plötzliches lautes Geräusch in seiner Umgebung zeigt. Der gleiche Rat gilt, wenn sich ab dem sechsten Monat der Blick nicht auf Klangquellen richtet oder keine Reaktion auf unmittelbare **Ansprache** erfolgt. Auch **verzögerter Spracherwerb** deutet auf eine eingeschränkte Hörfähigkeit hin.

Der Bundesverband der Hörgeräte-Industrie unterstützt das Neugeborenen-Hörscreening. Dieses gehört zum Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung und testet die Hörfähigkeit von Neugeborenen bereits wenige Tage nach der Geburt. Informieren Sie sich umfassend unter **www.neugeborenen-hoerscreening.de** und **www.ear-fidelity.de/babyohr** über diese wichtige Vorsorgemaßnahme für unsere Kinder.

Die konkreten Maßnahmen aufgrund von „länderspezifischen Regelungen“ weichen in der jetzigen Praxis sehr stark voneinander ab und sind größtenteils nicht miteinander abgestimmt. Zahlreiche Hörscreeingzentralen sind bundesweit in ihrer Existenz bedroht, weil weder eine klare Struktur vorgegeben ist, noch die Errichtung der nötigen Institutionen in irgendeiner Form finanziell unterstützt wird. Allein der Enthusiasmus und die Sorge der betreuenden Pädaudiologen und HNO-Ärzte um ihre Patienten in der täglichen Praxis sind keine tragfähige Basis für übergeordnete Kontrollstellen dieser Art.

„Länderspezifische Regelungen“ und ihre Konsequenzen

Da die einzelnen Bundesländer die Nachverfolgung unterschiedlich oder gar nicht geregelt haben, hängt in Deutschland die Chance eines schwerhörigen Kindes auf adäquate Versorgung davon ab, wo und in welcher Klinik es zur Welt kommt.

Aktuell werden die genannten Maßnahmen zum Teil erst ein bis zwei Jahre nach der Geburt ergriffen, wenn bereits unwiderrufliche Schäden bei der Entwicklung des Gehörs sowie Sprachentwicklungsverzögerungen eingetreten sind. So kann eine fast normale Sprachentwicklung nicht mehr gewährleistet werden, wie sie mit dem Beginn einer Frühversorgung ab dem Ende des sechsten Lebensmonats möglich gewesen wäre.

Der Erfolg des UNHS hängt maßgeblich von einer fachübergreifenden Kooperation der beteiligten Disziplinen ab, denn nur so ist eine kontinuierliche Verbesserung möglich. Auf finanzieller Ebene geht es nicht um die Aufwendung neuer finanzieller Mittel, sondern um eine Umverteilung der bereits vorhandenen Mittel. So hat Prof. Dr. Nawka, Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Audiologie und Phoniatrie, erfolgreich das sogenannte „3 € Modell“ in Mecklenburg-Vorpommern etabliert. Nach diesem Modell leitet die Klinik pro Geburt drei Euro von der Geburtspauschale an die zuständige Hörscreeingzentrale weiter, sofern es eine gibt. Eine Implementierung dieses Modells könnte langfristig die Existenz der Hörscreeingzentralen bundesweit sicherstellen.

Evaluation des Neugeborenen-Hörscreenings

Der G-BA wird nach einer fünfjährigen Erprobungsphase die Wirksamkeit des UNHS evaluieren und entscheiden, ob das Hörscreeing als dauerhafte GKV-Leistung gesichert wird.

Die deutsche Krankenhaus-Gesellschaft teilte dazu am 27.10.11 mit, „dass der G-BA spätestens 5 Jahre nach In-Kraft-Treten der Richtlinienänderung, also 2014, das Neugeborenen-Hörscreeing prüfen und erforderliche Änderungen beschließen soll. Daraus ist zu folgern, dass die in § 10 vorgesehene Evaluation

des Screenings durch den G-BA in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Eine wesentliche Grundlage für die Evaluation des Screenings werden die in § 9 der Anlage 6 der Kinderrichtlinien verbindlich vorgesehenen Sammelstatistiken darstellen, die alle Leistungserbringer einmal im Kalenderjahr erstellen müssen. In diesen Sammelstatistiken sind u.a. folgende Parameter festzuhalten: Gesamtzahl der Neugeborenen; Anzahl der Neugeborenen, die ein Screening erhalten haben (Erfassungsrate); Differenzierung nach Art der Erstuntersuchung (TEOAE/AABR); Anzahl der Neugeborenen mit auffälligem Screening-Befund.“

Diese Information wurde bereits bei der Gründung der Hörscreeing-Zentralen und ihrer Vorläufer seit der Einführung des UNHS den Geburtskliniken bewusst gemacht. Einige der Geburtskliniken haben die Gelegenheit erfasst und die Kooperation mit einer zentralen Stelle gesucht, um von der Erhebung der Sammelstatistik entlastet zu werden.

Schlussfolgerung

Es ist wichtig, dass das Tracking als Präventivmaßnahme wahrgenommen wird, die in den Zuständigkeitsbereich des öffentlichen Gesundheitswesens fällt. Es ist Aufgabe der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, die Qualität beim Neugeborenen-Hörscreeing sicherzustellen und auf die Beteiligten der Selbstverwaltung einzuwirken. In Bayern und Hessen wird die Nachverfolgung bereits vom Staat finanziert und ist somit langfristig sichergestellt. Auch wenn es keinen direkten Auftrag an die Bundesländer gibt, ist es für die regelkonforme Umsetzung des UNHS unumgänglich, dass die Länderbehörden den Prozess der Organisation und Finanzierung der Hörscreeingzentralen legislativ begleiten.

Sollte sich die Situation des UNHS nicht nachhaltig verändern und gelingt es den Beteiligten im Gesundheitswesen nicht, Hörtest und Tracking wirksam und flächendeckend in den deutschen Ländern dauerhaft einzuführen und zu finanzieren, besteht die Gefahr der Absetzung dieser so wichtigen Früherkennungsmaßnahme. Daher ist es nun die Aufgabe der Aktion Frühkindliches Hören in Kooperation mit der Deutschen Kinderhilfe, weiterhin mit Entscheidern aus der Politik, dem Gesundheitswesen, den Zuständigen auf Länderebene und den beteiligten Disziplinen im Dialog zu bleiben und das UNHS langfristig zu sichern. ■

DIE AUTOREN:

Prof. Dr. Tadeus Nawka

Charité Universitätsmedizin Berlin,
Klinik für Audiologie und Phoniatrie

Julia Roeder

Deutsche Kinderhilfe, Berlin



Neugeborenen Hörscreening an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Erstscreening in der Geburtsklinik

Bis heute wird das UNHS in den Geburtskliniken von den Krankenversicherungen nicht bezahlt. Denkbar ist eine Anhebung der Geburts-DRG (Fallpauschale) über das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), ein Antrag wurde gestellt. Die Einpreisung des UNHS wird allerdings wahrscheinlich real nicht zu einer höheren Bezahlung führen. Nach Meinung einiger Politiker und Kostenträger fällt der relativ geringe Betrag für das Neugeborenen-Hörscreening innerhalb der Geburtspauschale von ca. 900,- Euro kaum ins Gewicht, zumal die Krankenhäuser über das Krankenhausreformgesetz in 2008 finanzielle Zuwendungen erhalten hatten. Daher wird das UNHS nicht zusätzlich vergütet.

Erst- und Kontrollscreening bei niedergelassenen Ärzten (Phoniatrie/Pädaudiologie, HNO, Kinderheilkunde)

Mit Wirkung zum 01.10.2010 hat der Bewertungsausschuss am 01.07.2010 die Aufnahme folgender Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen:

- 01704 für die Beratung im Rahmen des UNHS (nicht neben 01705 und 01706 berechnungsfähig) (nur für Kinderärzte)
- 01705 für das Erstscreening mit TEOAE-Messung (Testverfahren Otoakustische Emissionen) oder AABR-Messung (Hirnstammaudiometrie) (nicht neben 01706 berechnungsfähig)
- 01706 für die Kontroll-AABR (nicht neben 01705 berechnungsfähig).

Die Bewertungen (80 Punkte/2,30€ für 01704, 445 Punkte/13,35€ für 01705 und 705 Punkte/21,15€ für 01706) sowie die Ausschlussklauseln bleiben zu diskutieren (Punktwert 0,03€). Eine extrabudgetäre Vergütung ist von den niedergelassenen Ärzten gewünscht. Als Argument gegen eine Fachbegrenzung von 01704 auf Kinderärzte könnte § 2 der Änderung der Kinder-Richtlinien vom 19.06.2008 herangezogen werden: „Die Richtlinie gilt auf Grundlage von § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen von Hörstörungen bei Neugeborenen, unabhängig davon, welcher Leistungserbringer sie durchführt.“

Einige Landes-Krankenversicherungen teilten den Ärzten mit, die Ziffer 01705 sei nur bis zum 3. Lebenstag abrechenbar. In einem gemeinsamen Schreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes vom 14.02.2011 werden die Verbände der Krankenkassen und die Krankenversicherungen darüber informiert, dass Ausnahmen von dieser zeitlichen Begrenzung bei Abrechnungsprüfungen berücksichtigt werden müssen, da „nicht sämtliche mögliche Ausnahmefälle in der Legendierung der Leistung Berücksichtigung finden“ konnten.

Bestätigungsdiagnostik

Die Bestätigungsdiagnostik erfolgt durch Phoniater bzw. Pädaudiologen und pädaudiologisch versierte HNO-Ärzte. Adressen können aus einer interaktiven

Landkarte auf der Homepage www.neugeborenen-hoerscreening.de der Aktion Frühkindliches Hören ersehen werden. Die niedergelassenen Kollegen wünschen auch für die Bestätigungsdiagnostik eine extra-budgetäre Vergütung.

Finanzierung der Hörscreeningzentralen

Ohne Nachverfolgung werden nur 50% der im Neugeborenen-Hörscreening auffälligen Kinder zeitnah einer Bestätigungsdiagnostik und Hörgeräteversorgung und/oder einer Einleitung hörgeschädigtenspezifischer Maßnahmen zugeführt. Gesetzlich sind bzgl. der Finanzierung der Trackingzentralen laut Beschluss des G-BA länderspezifische Lösungen zu suchen. Hier werden Möglichkeiten über einen Zuschlag für Qualitätssicherung der Landes-Krankenhausgesellschaften (§ 17 b, Abs. 1, S. 5 BKHG) gesehen. Weiterhin baut der Gemeinsame Bundesausschuss Strukturen für Sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf, die evtl. genutzt werden können. Die Länder haben z. T. eine Verpflichtung über Kinderschutz-Regelungen im Bereich der Prävention. In den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und in Westfalen-Lippe sowie Nordrhein (Teilfinanzierung aus dem Etat der Universitätsklinik) gibt es Verträge zwischen den Hörscreeningzentralen und den Geburtskliniken bzgl. der sog. 3,-€-Lösung. Die Geburtskliniken zahlen den Hörscreeningzentralen 3,-€ pro Neugeborenes für das Nachverfolgen der auffälligen Kinder, Schulungen und Nachschulungen der

Screeener, die Qualitätssicherung des Screenings und das Führen der Statistiken, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gefordert werden. In Sachsen und Hessen erfolgt die Finanzierung über das Sozialministerium, in Schleswig-Holstein über Spenden und aus dem Etat der Universitätsklinik, in Hamburg und in einigen Teilen Niedersachsens über Klinikenverbände, in Berlin über den Senat, in Brandenburg über das Gesundheitsministerium, in Bayern über das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, in Thüringen über das Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz, in Rheinland-Pfalz als Projekt des Lenkungsausschusses „Externe Qualitätssicherung im stationären Sektor“ nach § 137 SGB V, angesiedelt an der SQMed gGmbH (Gesellschafter: Krankenhausgesellschaft RLP, Landesärztekammer RLP und VDEK RLP). Zur politischen Vertretung der Hörscreeningzentralen wurde der Verband Deutscher Hörscreeningzentralen e. V. gegründet (Sitz: Frankfurt am Main). Die vom G-BA geplante Evaluation des Hörscreenings wird auf die Daten der Hörscreeningzentralen zurückgreifen. ■

DIE AUTORIN:

Prof. Dr. Antoinette am Zehnhoff-Dinnesen
Westfälische Wilhelms-Universität Münster,
Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie

PETER MATULAT

FRÜHVERSORGUNG VON IM NEUGEBORENEN-HÖRSCREENING AUFFÄLLIGEN KINDERN: VORSTELLUNG EINER INTERAKTIVEN KARTE „WWW.NEUGEBORENEN-HOERSCREENING.DE“



Die Deutsche Kinderhilfe begleitet seit Jahren gemeinsam mit der Aktion Frühkindliches Hören (AFH) das Projekt „BabyHörfest“ durch u. a. Informationsveranstaltungen, Aufklärungsarbeit, Gespräche mit Abgeordneten, Pressearbeit und gelegentlicher Unterstützung durch Personen des öffentlichen Lebens.

Mitglieder der AFH sind Vertreter der involvierten Berufsgruppen, wie Phoniater und Pädaudiologen, Hörgeräteakustiker und Hörgeschädigtenpädagogen. Die AFH veröffentlicht Informationsmaterialien wie z. B.

einen Elternleitfaden, den man auf der Homepage www.neugeborenen-hoerscreening.de einsehen kann.

„www.neugeborenen-hoerscreening.de“ gibt Eltern von Säuglingen, die im Neugeborenen-Hörscreening auffällig waren, Informationen über Nachuntersuchungsstellen von Pädaudiologen und pädaudiologisch qualifizierten HNO-Ärzten in ihrer Nähe auf einer interaktiven Karte. Die Homepage umfasst weiterhin Links zu Geburtskliniken und die Adressen von bisher 13 Hörscreeningzentralen.

Deren Aufgaben bestehen in der Nachverfolgung (Tracking) der im Hörscreening auffälligen Kinder bis zur Diagnosestellung und Einleitung therapeutischer Maßnahmen. Über die Hörscreeningzentralen erfolgen auch Schulungen und Nachschulungen der Hebammen und Kinderkrankenschwestern bzgl. der Durchführung des Hörscreenings, die Qualitätssicherung durch Überprüfung der Messdaten und die Erstellung der von den Geburtskliniken vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) geforderten jährlichen Statistiken. Die gesetzlichen Vorgaben zum Neugeborenen-Hör-

Adressen auf der Karte

Auf der unten dargestellten Karte finden Sie die Adressen qualifizierter Nachuntersuchungsstellen sowie von Hörscreening-Zentralen in Ihrer Nähe. Die Zuordnung zu den Kategorien Nachuntersuchungsstellen der Stufe 1 oder Nachuntersuchungsstelle der Stufen 1+2 beruht auf einer Selbstauskunft der Ärzte*. Diese Karte wird spätestens alle drei Monate aktualisiert.



Karte (© Google Maps) mit Adressen qualifizierter Nachuntersuchungsstellen sowie von Hörscreening-Zentralen in Deutschland

screening sind ebenfalls auf der Homepage aufgeführt. Der GBA fordert, in Anlehnung an die Positionen der Fachverbände, eine Diagnosestellung im Alter von 3 Monaten, eine Hörsystemversorgung und die Einleitung der frühen Hör-/Sprachtherapie bzw. der hörgeschädigtenspezifischen Frühförderung innerhalb der ersten 6 Lebensmonate. Zur Realisierung dieser Vorgaben sind regionale Netzwerke aus Phoniaterinnen und Pädaudiologen, Neonatologen, Pädiatern, HNO-Ärzten, Hörgeräteakustikern und Hörgeschädigtenpädagogen und Gynäkologen/Geburtshelfern notwendig.

Die Abbildung zeigt derzeit beispielhaft die Geo-Referenzierung der Kontaktdaten der Pädaudiologen, der pädaudiologisch qualifizierten HNO-Ärzte und der Hörscreeningzentralen.

Diese Darstellung ließe sich zukünftig auch um die in Deutschland bestehenden hörgeschädigtenspezifischen Frühförderstellen erweitern. ■

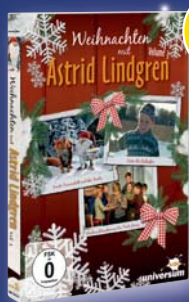
DER AUTOR:

Peter Matulat

Ltd. Diplom-Psychologe, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie

Anzeige

Die schönsten Neuveröffentlichungen und **starke Klassiker** für Weihnachten 2011



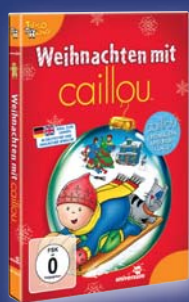
NEU
VÖ

Weihnachten mit
Astrid Lindgren 3

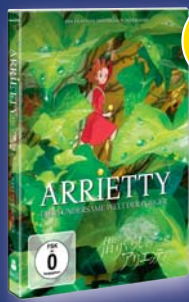


NEU
VÖ

Weihnachtsmann
Junior - Der Film

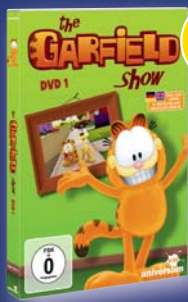


Weihnachten mit
Caillou



NEU
VÖ

Arrietty - Die wundersame
Welt der Borger (DVD)



NEU
VÖ

The Garfield Show
(DVD 1)



Niko - Ein Rentier
hebt ab



universum film

www.universumfilm.de



KIDS
universum

ADHS

HEINRICH HÖZL

ADHS – EINE PSYCHISCHE ERKRANKUNG – WIE KANN GEHOLFEN WERDEN UND WAS IST ZU TUN?

Vorbemerkung

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts hat der bekannte Psychiater Dr. Heinrich Hoffmann das Verhalten des Zappelphilipps präzise und ausführlich beschrieben. Hyperaktive Kinder sind nicht nur lebhaft und nervös, sondern sind dauernd in Bewegung, impulsiv, ablenkbar, erregbar und ungebremst. Sie reagieren nicht auf Ermahnungen und sind fast „unerziehbar“.

Zur damaligen Zeit gab es in der Gesellschaft ganz klare erzieherische Normen und Erziehungsvorstellungen, was sich in unserer heutigen Zeit sehr verändert hat. Eltern sind in ihrer Erziehungsaufgabe verunsichert und haben es schwer, die notwendige konsequente und trotzdem liebevoll zugewandte Erziehungsarbeit umzusetzen. Obwohl es ein breites Angebot erzieherischer und therapeutischer Hilfen gibt, lassen Eltern sich durch oft ideologisch geprägte Medienberichte beeinflussen und die Möglichkeiten der erforschten Behandlungsmethoden werden nicht angenommen. Daher hat sich die Situation dieser Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern trotz neuer Erkenntnisse in Ursachenforschung, Diagnostik und Behandlung nicht gravierend verändert. Isolation des Kindes im Umfeld und der Familie ist oft die bittere Folge.

Diskussion und Dissens

ADHS/ADS als psychische Störung des Kindesalters ist seit vielen Jahren in Deutschland, in Talkshows, Schulen, Kindergärten, Tagesstätten und betroffenen Familien in aller Munde. Die Diskussion wird oft sehr ideologisch und hoch emotional geführt. Trotz hohem erworbenen Erkenntniswissen, intensiver Informationsarbeit durch Wissenschaft, Forschung, Praxis der Bildungsinstitute und engagierter Elternverbände besteht nach wie vor Unkenntnis bei diversen Fachgruppen und betroffenen Eltern, sowie Fehlinformation durch Funk-, Fernseh-, und Fachpresse.

Das Krankheitsbild der ADHS Störung, verbunden mit der Störung des Sozialverhaltens zählt zu den häufigsten psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Kernsymptome liegen in einer besonderen Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Ablenkbarkeit, der Impulskontrolle (Impulsivität) und der besonderen Aktivität (Hyperaktivität). Diese Symptome oder Auffälligkeiten treten bereits vor dem Einschulungsalter auf, verstärkt in Schule und in den Familien (vgl. Barkley RA (1998), *Attention – deficit hyperactivity disorder. a handbook for diagnosis and treatment*, 2nd edn. Guilford Press: New York u. Döpfner M. et al. (2000), *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie*, Bd 1. Hogrefe: Göttingen).

Experten schätzen die Häufigkeit in Deutschland auf 3-5% aller Kinder und Jugendlichen. Trotz vieler qualifizierter Feld- und Langzeitstudien über Ursachen, Diagnostik und Wirkung unterschiedlicher Behandlungsmethoden – multimodal oder medikamentös –, gibt es nach wie vor emotional einseitig ideologisch geführte Diskussionen, die der Unterstützung betroffener Eltern und ihrer Kinder wenig hilfreich ist. Ein großes Misstrauen behindert oft die gemeinsame Arbeit und Weiterentwicklung in Forschung und Praxis.

Notwendige Versorgungsnetzwerke

Bei allen Divergenzen in der Betrachtung von Ursachen, Diagnosen und Behandlungsmethoden sollte im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen ein gemeinsames Verständnis über das Störungsbild und die Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom vermittelt werden (ADHS).

Ein weiterer Punkt ist die Verankerung von verbindlichen Standards in Diagnose und Behandlung. Fachdisziplinen und Fachgruppen sollten im Interesse der

zu versorgenden Kinder und Jugendlichen die Sicherstellung einer qualitätsgesicherten und bedarfsge- rechten Versorgung in Kindergärten, Schulen, Einrich- tungen der Erziehungshilfe und Familien einfordern.

Für die Praxis bedeutet dies, dass die Fachkompetenz der jeweiligen nichtärztlichen und ärztlichen Berufs- gruppen über den Aufbau eines fachübergreifenden modularen Fortbildungsangebotes zur ADHS sicherge- stellt wird. Was eine verantwortliche und korrekte Dia- gnosenstellung der ADHS betrifft, ist eine umfassende Differenzialdiagnose anhand anerkannter Klassifikati- onsschemata (ICD10 oder DSM IV) unerlässlich. Dieser Anspruch erfordert eine hohe Fachkompetenz der dafür qualifizierten Fachgruppen.

Häufiger Kontakt zu Klientel und Patientengruppe der ADHS erhöht die Qualität einer notwendigen Differen- zialdiagnostik.

Baustein zur Diagnosesicherung wie bereits erwähnt, bildet eine mehrdimensionale Diagnostik der multimo- dalen Behandlung. Leider scheitert eine umfassende Diagnostik oft in einigen Regionen Deutschlands an der mangelnden Versorgungssituation. Um diese Versorgungsstruktur zu verbessern, bedarf es der Un- terstützung durch Politik, Sozial-, und Gesundheitsver- waltungen. Die spezielle Festlegung der Indikation zur medikamentösen Behandlung mit Stimulantien (Phar- makotherapie) ist im Einzelfall ebenso wie die Ent- scheidung über Zeitpunkt, Dauer und Dosis sorgfältig und nach dem aktuellen wissenschaftlichen Standard zu treffen. Nach Döpfner liegen die positiven Effekte mit der Pharmakotherapie bei ADHS bei rund 70%- 80% (Döpfner et al. (2011), *Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie*, Band 1 (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe). Eine Kombination der beiden Therapiefor- men – Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie – verspricht eine erfolgreiche Behandlung. Jede me- dikamentöse Behandlung mit Stimulantien bedarf als Mindeststandard einer intensiven fachärztlichen – Kin- der und -Jugendpsychiatrischen Versorgung. Die Zu- sammenarbeit der Ärzte und Fachleute untereinander (Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsych- iater, Allgemeinmediziner, Psychologen, Psychothera- peuten, Pädagogen und vieler unterschiedlicher sozi- aler Dienste und der Erziehungshilfe) muss intensiviert werden. Denn nur wenn es gelingt, die unterschied- lichen an der Diagnosestellung und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS beteiligten Berufsgruppen in das Behandlungsnetzwerk miteinzu- beziehen ist eine erfolgreiche Entwicklung des Patien- ten möglich.

Bei aller Notwendigkeit für eine enge Kooperation der jeweiligen Fachgruppen ist die vertrauensvolle Einbindung der Eltern – wenn möglich des Umfeldes

wie Kindergarten und Schule – durch Aufklärung und Beratung, Elterntaining (Mutter – Kind, Vater – Kind), und spezifische heilpädagogische und verhaltensthe- rapeutische Interventionen (Tagesplan, Übungspro- gramme) zwingend notwendig. Auch sind Interven- tionen in Kindergarten und Schule unausweichlich. Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement hel- fen Kindern und Jugendlichen den Alltag und die Ent- wicklungsaufgaben immer besser zu bewältigen. Nur durch das oben beschriebene Zusammenwirken aller Fachleute und Eltern ist es möglich, den Teufelskreis – *das Versagen in der Schule, das Abgelehntwerden in der Familie und von Freunden, das Ausbrechen aus der inneren und äußeren Isolation* – zu durchbrechen. Das behandelte Kind bekommt eine Chance unter besseren Bedingungen zu leben und sein Selbstwert- gefühl zu steigern. Es kann zeigen, dass es liebenswert und kreativ ist. Wer mit einem Kind mit ADHS lebt, ob in Familie, Kindergarten oder Schule braucht viel Sen- sibilität, Zuversicht und Kraft, um den gemeinsamen, oft schwierigen und langwierigen Entwicklungsweg gehen zu können.

Fazit

Die Komplexität von ADHS in Ursachenforschung, Diagnosenstellung und Behandlung ist sehr hoch, manchmal unüberschaubar. Deshalb bedarf es auch in Zukunft aller Anstrengungen durch Wissenschaft, Forschung, Praxis und Politik die Akzeptanz dieser Kin- der und Jugendlichen und ihrer Behandlungsmög- lichkeiten weiterhin zu verbessern. Dies würde die vor- handenen Risikofaktoren reduzieren und die Entwick- lungschancen in Familie, Kindergarten, Schule und beruflicher Ausbildung sowie der sozialen Integration erhöhen.

Es ist unser aller Auftrag, anwaltschaftlich für diese in hohem Maße beeinträchtigten Kinder und Jugendli- chen und ihrer Eltern in welcher Form auch immer tä- tig zu werden. ■

DER AUTOR:

Heinrich Hözl

Vorstandsmitglied der Deutschen Kinderhilfe, Berlin
40 Jahre lang Geschäftsführer und Direktor der
Stiftung Die Gute Hand



Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sind gekennzeichnet durch das gleichzeitige Auftreten von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität sowie Impulsivität. Hyperaktivität äußert sich dabei nicht nur motorisch, sondern auch in sonstiger ungebremster Aktivität. Diese Symptome dürfen nicht nur phasenweise, sondern müssen kontinuierlich und unabhängig vom jeweiligen Kontext auftreten, wobei es Situationen geben kann, in denen sie verstärkt zu erkennen sind, etwa im Schulunterricht oder in der Hausaufgabensituation, aber auch im Umgang mit anderen. Sie sind in der Regel bereits im Kindergartenalter erkennbar und betreffen Jungen häufiger als Mädchen. Vier Prozent aller Kinder dürften nach seriösen Studien betroffen sein. Die Störung wird in unterschiedlichen kulturellen Kontexten beobachtet. An ihr entzünden sich vielfältige Kontroversen, die dadurch bedingt sind, dass gesicherte Forschungsergebnisse nicht akzeptiert oder nicht berücksichtigt werden, aber auch dadurch, dass viele Detailfragen zu diesem Störungsbild, das für Einzelne von erheblicher biografischer Bedeutung sein kann, ungelöst sind. Dabei gehört die Störung zu den am intensivsten untersuchten psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Wie überall muss sich ärztliches, psychologisches und pädagogisches Handeln an dem orientieren, was bekannt ist, und ist nicht dagegen gesichert, dass das Bekannte durch neue Erkenntnisse überholt wird. Der Blick auf das, was wir wissen, ist deswegen ebenso wichtig, wie der auf das, was wir nicht wissen, und auf den mit beidem gegebenen Handlungsrahmen.

Was wir wissen

Nicht alles Bekannte kann hier aufgeführt werden, aber der Hinweis auf manches, das in der aktuellen Diskussion wenig berücksichtigt wird, dürfte hilfreich sein: Wir

kennen die Häufigkeit der Störung und ihre Verteilung über die Geschlechter. Wir wissen um unterschiedliche Ausprägungsgrade und um Folgen, die über die geschilderte Kernsymptomatik hinaus das gesamte Alltagsleben betreffen. Leider ist die Diagnose umso unsicherer, je früher sie gestellt wird. Bekannt ist, dass ein Teil der Betroffenen die Symptomatik im Übergang zum Jugendalter verliert und ein kleinerer Teil sie bis ins Erwachsenenalter behält. Dabei geht die Hyperaktivität eher zurück, während die Unaufmerksamkeit bestehen bleibt. Wirksame verhaltenstherapeutische und pharmakotherapeutische Behandlungen sind bekannt.

Die Kombination mit oppositionellem Verhalten und kontinuierlichen Verstößen gegen die sozialen Regeln des Zusammenlebens besteht häufig primär oder entwickelt sich aus den Folgen der Störung, die Kinder oft an den Rand der Gruppe der Gleichaltrigen drängen. Mit vielen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen ist Affektlabilität verbunden. Ticstörungen kommen bei den Betroffenen häufiger vor als sonst, umgekehrt finden sich in der Vorgeschichte von Kindern mit Ticstörungen häufiger Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Betroffenen haben ein höheres Risiko, Nikotin-, Alkohol- oder Drogenmissbrauch zu entwickeln.

Der Umfang bestimmter Hirnareale ist bei der Störung geringer als üblich, die Hirnreifung verzögert, das Aufholen dieser Reifungsverzögerung aber möglich. Die intellektuellen Fähigkeiten der von der Störung Betroffenen zeigen nicht selten geringe Einschränkungen. Neuropsychologische Vorgänge und neuronale Schaltkreise weichen von denen Nichtbetroffener ab. Hemmungsvorgänge gelingen schlechter, das Lernen aus gemachten Erfahrungen ist erschwert. Unter-

schiedliche genetische Dispositionen für die Störung sind gesichert, können aber durch Umwelteinflüsse erst zur Manifestation gebracht oder modifiziert werden.

Was wir (noch) nicht wissen

Wissenschaftlicher Fortschritt richtet sich häufig nach den verfügbaren Forschungsmethoden, so auch hier. Fortschritte in der Molekulargenetik und Möglichkeiten der bildlichen Darstellung von Abläufen im Gehirn haben viele Einblicke ermöglicht, die zuvor nicht denkbar waren, und die frühere Vorstellung bestätigt oder widerlegt haben. Aber die Schwierigkeiten beginnen bereits bei der Diagnose: Biologische Marker für die Störung fehlen bislang. Sie muss anhand von Verhaltensbeobachtungen erkannt werden. Sicher gibt es verschiedene Untergruppen, aber wir können sie heute nur mittels ihrer Symptommuster, nicht aber bezüglich unterschiedlicher Entstehungswege beschreiben. Das erschwert die vom Kliniker dringend benötigte Voraussage des individuellen Störungsverlaufs. Unklar ist, ob es wirklich Spätmanifestationen der Störung gibt, oder ob es sich dabei nur um spät diagnostizierte, aber schon längere Verläufe handelt. Bestehen tatsächlich unterschiedliche Symptombilder bei Jungen und Mädchen? Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen kommen altersabhängig bei vielen psychisch Gesunden vor. Wie können wir verbindlich festlegen, wer wirklich therapeutische Hilfe benötigt und ab welchem Ausprägungsgrad Kostenträger einspringen müssen?

Welche genetischen Abweichungen in welcher Kombination können die offensichtliche Häufung des Syndroms unter Verwandten erklären? Wir kennen diverse Genvarianten, die bei der Störung gehäuft auftreten. Deren Beitrag zur Entstehungserklärung ist aber bislang gering. Was sind die Mechanismen, mittels denen die genetischen Besonderheiten die Symptomatik herbeiführen, auf welchem Wege verändern sie die Prozesse im Gehirn? Unsere diesbezüglichen Suchstrategien sind von bekannten Medikamentenwirkungen wesentlich bestimmt. Wie können wir sie erweitern? Wie können wir Interventionen spezifischer gestalten, um sie auf das individuelle Verursachungsmuster genauer zuzuschneiden? Wie erklärt sich die hohe Affektlabilität vieler Betroffenen? Welche Schaltkreise im Gehirn sind entscheidend beteiligt und bieten die besten Ansätze für die Behandlung?

Die Reaktionen behandelter Kinder und Jugendlichen auf therapeutische Strategien sind unterschiedlich. Wie kann vorausgesagt werden, wer auf welche Behandlung wie anspricht? Gibt es Kinder, die von vornherein schlechter auf Psychotherapie ansprechen? Welche Kombinationen von Psycho- und Pharmakotherapie sind angezeigt? Wie ist das Nichtansprechen auf Pharmakotherapie zu verstehen? Wie lange ist Zuwarten auf Psychotherapieeffekte vor der zusätzlichen Gabe von Psychopharmaka vertretbar? Lassen sich

etwa mittels Neurofeedback neue therapeutische Zugänge erschließen? Welche der betroffenen Kinder und Jugendlichen bedürfen keiner Behandlung?

Handeln

Vor diesem teilweise unscharfen Hintergrund müssen Ärzte, Psychologen, Eltern und Lehrer ihre Entscheidungen treffen, die für die Betroffenen weitreichende Folgen haben können. Sie müssen abwägen, wann eine Diagnose mitgeteilt wird, und dabei berücksichtigen, was diese Mitteilung bei Eltern, Erziehern oder Lehrern auslöst. Vermieden werden muss, dass angesichts der diagnostischen Einordnung bestimmter Verhaltensweisen pädagogische Bemühungen eingestellt, dass Kinder vorschnell Sondereinrichtungen zugeführt oder schulische Bildungswege gekappt werden. Aufklärung aller Beteiligten, einschließlich der Kinder selbst, ist unerlässlich. Der Aufklärung muss die Kooperation folgen. Nicht alle Beteiligten sind darauf ausreichend vorbereitet, können unterschiedliches Vorwissen und unterschiedliche Einstellungen haben. Wer die Eltern auf dem schwierigen Parcours zwischen den Behandlungsmöglichkeiten führen soll, muss Kompromisse zwischen ihren Überzeugungen, seinem Wissen, den besten Interessen des Kindes und der Belastbarkeit seiner Familie zustande bringen. Leicht ausgeprägte Störungen führen zu hohen Erwartungen an die Kompensationsleistungen von Kindern, können aber auch den vorschnellen Ruf nach Pharmakotherapie zur Folge haben. Die Statistiken lassen vermuten, dass es falsch diagnostizierte und unnötig behandelte Kinder gibt, aber auch noch immer einen Prozentsatz nicht erkannter, die also auf Behandlung verzichten müssen.

Bei kritischen Situationen, etwa wenn das Scheitern in der Schule die Zuweisung zu einer Förderschule oder die Entwicklung dissozialen Verhaltens droht, sind Therapieentscheidungen leicht, und nicht selten wird Hilfe erst in einem solchen Stadium in Anspruch genommen. Dann gilt es zu fragen, welche zusätzliche Unterstützung die Familie bei der Erziehung ihres Kindes womöglich braucht. Unerwünschte Wirkung von Psycho- und Pharmakotherapie sind bekannt. Wenig schwierig sind Empfehlungen, solange Psychotherapie ausreichende Effekte zeigt. Bei intellektuell gut begabten Kindern, die ihre Störung manchmal lange kompensieren können, stehen schwierigere Fragen an: Darf man ihnen den Weg ins Gymnasium verwehren, ihnen also eine Schullaufbahn mit allen Folgen zumuten, die ihren kognitiven Fähigkeiten nicht angemessen ist, nur um womöglich Pharmakotherapie zu vermeiden. Die Verantwortlichen müssen nicht nur abwägen, ob das beim individuellen Schüler ethisch vertretbar ist, sondern die Gesellschaft muss einen Konsens zu der Frage finden, ob wir es uns ökonomisch leisten können, auf die optimale Ausbildung Begabter mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen zu verzichten.

Welcher Stellenwert soll dem Wunsch Jugendlicher zukommen, die ihre Behandlung beenden wollen? Gerade in dieser Entwicklungsphase muss für die Fortsetzung der Therapie oft geworben werden, denn das Scheitern in der weiterführenden Schule oder in einer Ausbildung kann hier nicht von Jugendlichen allein verantwortet werden. Beim Wunsch, die Behandlung zu beenden, spielt auch die Verträglichkeit einer Medikation mit Alkohol- oder Drogenkonsum eine Rolle. Glücklicherweise sind bei den Kostenträgern die Zulassungsfragen für Behandlungen im Jugendalter und darüber hinaus weitgehend gelöst. Kooperationsmodelle für Psycho- und Pharmakotherapie sind gefunden. Die psychotherapeutische Versorgung ist aber nicht in allen Regionen so ausreichend, dass man der Regel, Psychotherapie müsste vor Pharmakotherapie erprobt bzw. erschöpft sein, folgen könnte. Elternver-

bände haben nicht nur viel für die Aufklärung über Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen getan, sondern auch stützende Netzwerke geschaffen, in denen pädagogische und therapeutische Erfahrung unter Betroffenen ausgetauscht werden können. Sie zu unterstützen ist Aufgabe derer, die neue wissenschaftliche Erkenntnisse weitertragen sollen. ■

DER AUTOR:

Prof. Dr. Dr. Martin H. Schmidt

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Medizinische Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mitglied des Sachverständigenrates
der Deutschen Kinderhilfe

DEUTSCHE KINDERHILFE

NOTWENDIGKEIT EINER GANZHEITLICHEN THERAPIE BEI ADHS

Nach einer Studie des Robert-Koch-Institutes aus dem Jahre 2006 waren 4,8 % aller Kinder und Jugendlichen betroffen, 6,4 % der Kinder aus sozial benachteiligten Familien, Jungen mit 7,9 % stärker als Mädchen mit 1,8 % und sogar 11,3 % der 11-13-jährigen Jungen im Pubertätsalter (Quelle: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys). Bei bis zu 20 % der Vorschulkinder werden entsprechende Symptome beobachtet.

Die Diagnose ADHS zu stellen und zu sichern, ist schwierig. Denn seine Symptome stellen letztlich auch „klassische“ Charakteristika des kindlichen Wesens dar. ADHS ist dennoch heute eine gut definierbare psychische Störung, die in ihrem Schweregrad variiert und sich von unauffälligem Verhalten bis hin zu einer schweren Störung erstreckt. Daraus ergeben sich für die Jugendhilfe und Schulen diagnostische Aufgaben von der Kita bis zur stationären Hilfe.

ADHS beruht auf einem Mangel am Botenstoff Dopamin im Gehirn, der die Informationsverarbeitung beeinträchtigt. Methylphenidat (Medikamente Ritalin® und Medikinet®) kompensiert diesen Mangel. Die medikamentöse Behandlung mit diesem Wirkstoff hat das Leben der Kinder und Jugendlichen, die an ADHS leiden, und ihrer Angehörigen wesentlich erleichtert. Er kann allerdings abhängig machen und fällt unter das Betäubungsmittelgesetz. Deshalb drängt sich die Frage der Nutzen- und Schadenbewertung auf.

Ein großer Teil der Methylphenidat-Verordnungen wurde bisher nicht von Kinderärzten oder Kinderpsychiatern vorgenommen, sondern von Haus-, Labor-, HNO- und Frauenärzten sowie Radiologen und sogar Zahnärzten. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss kürzlich gestoppt und die Verschreibung nur

durch Fachärzte beschlossen. Die Steigerungen der Verordnungen lagen bereits in den 90er Jahren jährlich bei 30% und haben sich seit dem Jahr 2000 mit 13 Millionen Tagesdosen bis 2009 auf 55 Millionen Tagesdosen vervierfacht.

Es spricht einiges dafür, dass nicht alle der mit Methylphenidat behandelten Kinder und Jugendlichen an der Stoffwechselkrankheit ADHS leiden, sondern vor allem mit familiären Problemen sowie Leistungs- und Anpassungsdruck in der Schule zu kämpfen haben. Ihnen fehlen oftmals verlässliche Strukturen, an denen sie sich ausrichten und selbst organisieren können sowie einfühlsame und geduldige Zuwendung. Übermäßiger Medienkonsum und mangelnde Bewegung können ihr Übriges tun. Diese Kinder und Jugendlichen werden zwar medikamentös ruhig gestellt, die wahren Gründe ihrer Auffälligkeit werden aber verdeckt. Die unbegründete Diagnose ADHS enthebt Eltern und Umwelt ihrer Verantwortung für Erziehungsdefizite. Sie stigmatisiert unangepasstes Verhalten mit individueller und gesellschaftlicher Langzeitwirkung.

Nationale und internationale Fachkreise sind sich einig, dass eine ausschließlich medikamentöse Behandlung von ADHS ungenügend ist.

Notwendig ist vielmehr eine ganzheitliche Therapie, die sowohl die medikamentöse Behandlung als auch psychotherapeutische Maßnahmen und entsprechende Rahmenbedingungen in den Regeleinrichtungen der Betreuung, Bildung und Ausbildung umfasst. Die Deutsche Kinderhilfe setzt sich daher für einen multimodalen Therapieansatz ein, der in Deutschland bislang leider eher die Ausnahme darstellt. Dies sollte sich rasch ändern. ■



Die Kindervertreter



www.kindergesundheit.de

Symposium ADHS

Am 7. Dezember 2011 hat die Deutsche Kinderhilfe e.V. in Kooperation mit der Stiftung Kinder Gesundheit im Hörsaal der Dr. von Haunerschen Kinderklinik der LMU München ein Symposium zum Thema „**ADHS in unserer Gesellschaft – wie wir damit umgehen können**“ veranstaltet.

Unter der Schirmherrschaft der **Staatssekretärin Melanie Huml, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit**, wurde mit ausgewiesenen Experten über psychologische und medizinische Hintergründe, aktuelle klinische Aspekte und über das multimodale Vorgehen gesicherter Therapieansätze diskutiert. Auch betroffene Eltern berichteten von ihren Erfahrungen.

Ziel des Symposiums war es, mit Experten aus Wissenschaft und Praxis den interdisziplinären Diskurs über den Stand der Forschung und die fachlichen wie gesellschaftlichen Bedürfnisse voran zu bringen und konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Kooperationsstrukturen und der Situation der Betroffenen zu erarbeiten. Über die Ergebnisse des Symposiums können Sie sich auf unserer Internetseite unter <https://www.kinderhilfe.de/informieren/adhs> informieren.

Anzeige

Zukunft für die Natur, durch ein Vermächtnis an den BUND.



...für Ihre Unterstützung!

Erbschaftsunterlagen erhalten Sie unter www.meine-erben.de oder direkt bei Almuth Wenta Tel. 030/275 86-474

Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland



FREUNDE DER ERDE

AKTUELLES

STIFTUNG KINDERGESUNDHEIT

KINDER UNTER DREI JAHREN GESUND BETREUT

München. Die Stiftung Kindergesundheit erarbeitet einheitliche Standards für die Tagesbetreuung kleiner Kinder in Kindertagesstätten und in der Tagespflege. Hierfür erhielt die Stiftung Kindergesundheit 2010 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ einen Forschungsauftrag zur Gesundheitsförderung von Kindern unter drei Jahren in der Kindertagesbetreuung. Einheitliche, bundesweit gültige Standards und Leitlinien in Gesundheitsbereichen wie Infektiologie, Erste Hilfe, Hygiene, Ernährung und Bewegung sollen entwickelt werden. Die Leitlinien und Empfehlungen werden in der Aus- und Fortbildung von Erzieher/innen und Tagesmüttern erprobt und evaluiert, um dann auf der Grundlage der Ergebnisse entsprechende Lehrmodule zu erstellen und diese deutschlandweit in die Ausbildungspläne einfließen zu lassen.

Bedingt durch das neue Kinderförderungsgesetz, das vorsieht bis 2013 bundesweit für ca. 35 Prozent der unter Dreijährigen einen Betreuungsplatz zu schaffen, ist es notwendig, neue, einheitliche und allgemein anerkannte Qualitätsstandards für die Aus- und Weiterbildung der Erzieher/innen und Tagesmütter zu implementieren.

Eine gute Betreuung und frühe Förderung in den ersten Lebensjahren kann die Gesundheit und Entwicklung eines Kindes langfristig entscheidend beeinflussen. Die Jahre vor der Schule prägen die Entwicklung eines Menschen besonders intensiv. Daher ist eine intensive Förderung und frühe Bildung ungeheuer wertvoll, denn was ein Kind in diesen Jahren lernt, wird seine Persönlichkeit noch im Erwachsenenalter prägen.

Erzieher/innen und Tagesmütter/-väter haben neben Bildung und Erziehung eine weitere, zentrale Aufgabe, nämlich die optimale gesundheitliche Betreuung der ihnen anvertrauten Kinder. Auch im Bereich der Prävention sind Kenntnisse und Handlungskompetenzen für die Erzieher/innen und Tagespflegepersonen von großer Bedeutung.

Sie benötigen dazu ein umfangreiches Wissen u. a. über:

- die richtige Vorgehensweisen im Notfall,
- die notwendigen Hygienemaßnahmen zum Schutz vor Infektionen,

- den angemessenen Umgang mit aufgetretenen Erkrankungen, Allergien und Behinderungen,
- eine altersgerechte, gesunde Ernährung und einen gesundheitsfördernden Lebensstil mit regelmäßiger Bewegung,
- einen gesunden Säuglingsschlaf.

In der praktischen Arbeit der Kindertagesstätten und Tagespflegeeinrichtungen sollten einheitliche Vorgehensweisen in der vorbeugenden Gesundheitsförderung und im Umgang mit Gesundheitsstörungen bestehen. Während es in Deutschland einzelne, länderspezifische und gruppenbezogene Rahmenbedingungen zu rechtlichen und fachlichen Fragen, z.B. zur Hygiene oder der Verabreichung von Medikamenten gibt, ist deren flächendeckende Umsetzung bisher nicht gesichert.

Die Stiftung Kindergesundheit wird hier einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Situation auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Evidenz und bewährter Praxis leisten.

Einheitliche Empfehlungen für alle Tagesstätten

Als besonders wichtige Lernziele für diesen Personenkreis formuliert die Stiftung Kindergesundheit folgende Maßnahmen:

- Einheitliche, evidenzbasierte Hygienestandards und praxisnahe Anleitungen für deren Umsetzung im Alltag von Kitas und Tagespflege.

- Klare Anleitungen für den Umgang mit Lebensmitteln, einschließlich abgepumpter Muttermilch und Säuglingsnahrungen.
- Auf aktuellem Wissensstand beruhende Empfehlungen für den Umgang mit akuten, fieberhaften Erkrankungen.
- Regelungen zur Abgabe von Medikamenten an Kinder in Kinderkrippen, mit Vorschlägen für die notwendigen Vereinbarungen zwischen Eltern und Pflegepersonen.
- Praxisnahe Konzepte für eine schon im frühen Kindesalter einsetzbare Gesundheitsförderung, z. B. zu den Themen Impfungen, Ernährung, Bewegung und Zahngesundheit.
- Klare Hinweise zu gesundheitsrelevanten Aspekten, die für die Erteilung einer Betriebserlaubnis wesentlich sind.

Beim Erstellen der Aus- und Weiterbildungsmodule arbeitet die Stiftung Kindergesundheit eng mit der Universität München, dem Bayerischen Staatsinstitut für Frühpädagogik in München, der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit in Dresden, dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in München und weiteren Partnern zusammen.

Um Bundesländer, Kommunen, Fachgruppen und beteiligte Akteure einzubeziehen, werden in mehre-

ren Workshops Qualitätsstandards diskutiert und abgestimmt. Entsprechend dieser Ergebnisse werden in enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern Leitlinien und Empfehlungen festgelegt und praktikable Unterrichtsmodule entwickelt.

Unter der Leitung von Univ.-Professor Dr. med. Berthold Koletzko, Vorsitzender der Stiftung Kindergesundheit, wird das Projekt von Dipl. oec.-troph. Hildegard Debertin, Generalsekretärin der Stiftung Kindergesundheit, und Dr. med. Astrid Rauh-Pfeiffer, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, MPH, koordiniert. Die Laufzeit des Projektes erstreckt sich über zwei Jahre (Oktober 2010 bis Dezember 2012). ■

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Berthold Koletzko
Vorsitzender der Stiftung Kindergesundheit
Leiter der Abteilung für Stoffwechsel- und Ernährungsmedizin
Dr. von Haunersches Kinderspital
Lindwurmstraße 4
80337 München
Tel.: 089-5160-2826
E-Mail: info@kindergesundheit.de
www.kindergesundheit.de
www.kinder-gesund-betreut.de

RAPHAELA FINK

„INKLUSION UND DIVERSITÄT ALS HERAUSFORDERUNG AN ERZIEHUNG, SCHULE UND LEHRERINNENBILDUNG“ – EIN BERICHT AUS DEM PANEL „BE-HINDERUNG“

Am 11. und 12. Oktober fand an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln die Tagung „Inklusion und Diversität als Herausforderung an Erziehung, Schule und LehrerInnenbildung“ statt. Vom Zeitpunkt her an den Beginn einer neuen LehrerInnenausbildung, zu deren Kernbestandteilen die Entwicklung hin zum wertschätzenden Umgang mit Diversität zählt, geknüpft, war es ein Ziel der Tagung, „die bereits vorhandenen innovativen Potentiale an der Humanwissenschaftlichen Fakultät und an einer der größten LehrerInnen ausbildenden Hochschulen in Europa aufzuzeigen und zusammenzuführen“. Des Weiteren bezweckte man, „eine engere Verbindung zu parallelen Bemühungen der Kölner Stadtgesellschaft und zur Praxis im Bereich der Inklusion“ herzustellen.

Neben einführenden Arbeitsgruppen und einer Vorstellung des *Toronto Equity Foundation Statements* (www.tdsb.on.ca), arbeiteten die TeilnehmerInnen der Tagung vor allem in den sechs Panels „Ethnizitäten & Sprachen“, „Religion“, „Sexualität & Geschlecht“, „Armut & Bildung“, „Alter“ und „Be-Hinderung“; die

Auswahl der Panels folgte den derzeit am häufigsten erforschten Differenzlinien im Umgang mit Vielfalt und Heterogenität. Die bewusste, künstliche Aufspaltung auch der Tagung anhand der genannten Differenzlinien ist fraglich, soll an dieser Stelle aber – vor allem unter Wertschätzung der Idee, alle Panels zum Abschluss der Tagung während eines gemeinsamen, interaktiven Abschlusspanels wieder zusammenzuführen – nicht weiter diskutiert werden.

Ein besonderer Fokus soll stattdessen nun auf das Panel „Be-Hinderung“ gerichtet werden, das vom Lehrstuhl für Pädagogik und Didaktik bei Menschen mit geistiger Behinderung, an welchem auch das von der Deutschen Kinderhilfe e.V. unterstützte Projekt InKö Integration / Inklusion Köln (www.inkoe.de) angesiedelt ist, vorbereitet und durchgeführt wurde. Trotz bedauerlicher Weise eher mäßiger Beteiligung an der Gesamttagung, wurde die Anmeldung zum Panel „Be-Hinderung“ aufgrund hoher Anmeldezahlen bereits einige Wochen vor Beginn der Tagung geschlossen – es zeigte sich schon an dieser Stelle,

dass es sich beim Themenfeld „Be-Hinderung“ um die derzeit meist diskutierte Differenzlinie im Bezug auf die (schulische) Inklusion handelt. Dies spiegelte sich überdies hinaus deutlich in den vielfältigen Wortmeldungen und im Beratungsbedarf der TeilnehmerInnen während der einzelnen Vorträge und Workshops wider. Die soweit wie möglich multidimensional angelegten Veranstaltungen im Panel „Be-Hinderung“ waren grob in die Themenfelder „Herausforderungen für Inklusion“, „Perspektiven auf die schulische Praxis der Inklusion“ und „LehrerInnenbildung“ unterteilt. Alle ReferentInnen, zu denen namhafte WissenschaftlerInnen, wie Prof. Dr. em. Georg Feuser, Prof. Dr. Andre Zimpel und Prof'in Dr. Kerstin Ziemer selbst, als auch zahlreiche Expertinnen und Experten aus Praxis und Verwaltung, sowie Eltern zählten, reichten im Vorfeld der Tagung Thesen zu ihren Vorträgen und Workshops ein, welche wichtige Rahmenbedingungen für und Anforderungen an eine „Schule für Alle“ abbildeten. Diese Thesen wurden vor der Tagung vom Lehrstuhl-Team aufgearbeitet und auf Stellwänden visualisiert. Während der gesamten Tagung hatten die TeilnehmerInnen dauerhaft die Möglichkeit, Zustimmung, Kritik und Anmerkungen auf den Stellwänden selbst zu äußern, wodurch die Veranstalter wichtige Impulse für die weitere Arbeit erhielten und die TeilnehmerInnen aktiv einen Beitrag für die inklusive Schulentwicklung leisten konnten. Alle Thesen wurden noch während der Tagung den verschiedenen Rückmeldungen entsprechend modifiziert und im Abschlusspanel den TeilnehmerInnen und OrganisatorInnen der anderen Panels präsentiert. Überdies hinaus werden die Thesen an das Dezernat IV/2 der Stadt Köln, welches für die Erstellung eines „Inklusionsplan(es) an Kölner Schulen“ zuständig ist, zur weiteren Verwendung und Bearbeitung weitergegeben. Um mit den so entstandenen Arbeitsergebnissen möglichst präzise und adressatengerecht umgehen zu können, fand schon vor der Vorstellung der Thesen im Plenum eine am Toronto School Board orientierte Kategorisierung statt, so wurden neben grundsätzlichen Überlegungen ebenso Anforderungen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene, auf Ebene der Kommunen und Verwaltungen, auf Ebene der Schulen und auf der Ebene der Leh-

rerInnenbildung formuliert. Sehr umfassend wurde im Plenum festgehalten, dass:

„Inkludierende Lern- und Lebensbedingungen nicht allein auf die Unterstützung der Individuen abzielen, sondern vielmehr auf das Erkennen und Beseitigen institutioneller, bildungspolitischer, sozialer, wirtschaftlicher und baulicher Be-Hinderungen – Barrieren, die eine uneingeschränkte Teilhabe unmöglich machen. Voraussetzungen dafür sind Analysen, bildungspolitischer, sozialer und institutioneller Art, um ausschließende, exkludierende Bedingungen zu erkennen und in der Folge abbauen zu können.“

Man einigte sich überdies hinaus auch in Bezug auf andere Differenzlinien darauf, dass binäre Differenzlinien aufgehoben und dichotome Zuschreibungen von Differenzkategorien überwunden werden müssen, ohne diese zu marginalisieren.

Sowohl die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, als auch die OrganisatorInnen des Panels waren trotz des erneut überdeutlich erkennbaren Handlungsbedarfes hochzufrieden mit der intensiven und konstruktiven gemeinsamen Arbeit während der gesamten Tagung. Auch konnten wertvolle und umfängliche Ergebnisse gewonnen werden, welche in die kommunalen Entwicklungsprozesse eingebracht und dort eindringlich vertreten werden. Im Februar 2012 soll überdies hinaus eine eigene Tagung veranstaltet werden, in welcher in einem kleineren Kreis insbesondere Fragen einer inklusiven Fachdidaktik bearbeitet werden sollen. ■

Korrespondenzadresse:

Universität zu Köln

Department für Heilpädagogik und Rehabilitation
Lehrstuhl für Pädagogik und Didaktik bei Menschen mit geistiger Behinderung
Projekt InKö Integration / Inklusion Köln
(www.inkoe.de)

Leitung: **Prof'in Dr. Kerstin Ziemer**

Koordination: **Raphaela Fink**

Klosterstraße 79b, 50931 Köln

Email: **projekt-inkoe@uni-koeln.de**



Das Informationsportal InKö

Die Deutsche Kinderhilfe unterstützt das Informationsportal InKö, das am Department Heilpädagogik und Rehabilitation der Universität zu Köln angesiedelt ist. Das Projekt hat eine überregionale Informations-Plattform zum Themenschwerpunkt integrative/inklusive Bildung im schulischen Bereich erstellt. Das Informationsportal bietet Eltern sowie pädagogischen Fachkräften Literatur- und Volltextdatenbanken, didaktische Vorschläge für die Gestaltung eines integrativen/inklusive Unterrichts sowie weiterführende Informationen zu diesem Thema. Die Deutsche Kinderhilfe fördert das Projekt InKö, da es neben den Fragen der praktischen Umsetzung auch die Öffentlichkeit für die Wahrnehmung des Themas sensibilisiert.

Kinder AN der MAcht

Juniorvertreter werden und mitentscheiden.

Du hast Lust die Zukunft der Kinder in Deutschland aktiv mitzugestalten? Dann werde Juniorvertreter der Kinderhilfe.

Als einzige Kindervertretung in Deutschland öffnen wir auch unserer Vorstandsgremium für Kinder. Aus der Reihe der Juniorvertreter wird ein Jugendlicher in den Vorstand der Kinderhilfe gewählt. Über die starke Basisarbeit aller Juniorvertreter hinaus bekommt so die Stimme der Kinder ein besonderes Gewicht in der Kinderhilfe.

Mach mit, engagier Dich aktiv für die Belange der Kinder! Als Juniorvorstandsmitglied wird Deine Stimme auch auf höchster politischer Ebene gehört.

Jetzt Juniormitglied werden
auf www.kinderhilfe.de



www.facebook.de/deutsche.kinderhilfe



www.twitter.de/DE_Kinderhilfe

Anzeige

orgoo® – kreativ und einzigartig

Ausreichende Bewegung ist sehr wichtig für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Doch auch im Sitzen sollte es sich wohlfühlen. orgoo legt großen Wert auf die Unterstützung einer gesunden körperlichen Entwicklung. Nur eine orthopädisch-physiologisch richtige Sitzhaltung am passenden Tisch bietet gute Voraussetzungen für konzentriertes Lernen und unbeschwertes Spielen. Daher ist die individuelle Verstellbarkeit

orgoo®

von orgoo *basis* in Verbindung mit dem dynamischen Sitzen auf orgoo *fit* nicht nur wichtig für eine angenehme Sitzhaltung, sondern auch für die Konzentration des Kindes. orgoo ist zudem für die Beschäftigung mit einem Computer optimiert. Damit schafft orgoo perfekte Trainingsbedingungen – um unbeschwert zu lernen und zu spielen, die Persönlichkeit zu entwickeln und Spaß zu haben. Die beliebig kombinierbaren Elemente schaffen ein kreatives Lernumfeld, das ganz nach dem persönlichen Geschmack arrangiert werden kann. orgoo ermöglicht einen ökonomischen Einstieg und ist stufenweise erweiterbar. Bunt und nahezu unbegrenzt kombinierbar ist das mitwachsende Schreibtisch-System vom ersten Schultag an bis in das Erwachsenenalter ein idealer Begleiter. orgoo gibt es nur bei ausgewählten Fachhändlern sowie im orgoo Webshop. ■

Mehr Infos unter www.orgoo.de



DAS BUNDESKINDERSCHUTZGESETZ – DIE REFORM DER KINDER- UND JUGENDHILFE IST GESCHEITERT



Nun ist es soweit: Der Kinderschutz in Deutschland soll ein eigenes Bundesgesetz bekommen. Der Entwurf dieses Gesetzes enthält zwar längst überfällige Verbesserungen und Korrekturen, ist jedoch nicht geeignet, die erheblichen Defizite im deutschen Kinder- und Jugendhilfesystem zu beheben. Es fehlt an grundlegenden Reformen.

Der Verfasser dieses Artikels hat in den Arbeitsgruppen zu dem Gesetz mitgewirkt und die Widerstände erlebt, die generell gegen ein Bundesgesetz, insbesondere aus dem Jugendhilfesystem heraus, artikuliert wurden. Das mehr als 1 ½ Jahre andauernde Verfahren wurde seitens der Systemprotagonisten erfolgreich genutzt, um den Status Quo im Wesentlichen zu erhalten und so zu blockieren bzw. so weich zu spülen, dass wegen mangelnder Verbindlichkeit ein „Weiter so“ gewährleistet ist. Dazu korrespondiert die Anhörung im Familienausschuss vom 26.09.2011, in der die geladenen Experten, im Wesentlichen die „Systemspieler“ aus der Arbeitsgruppe, das Gesetz lobten und dessen Verabschiedung forderten (BT DS 17/6256 – Angeforderte Stellungnahmen für die öffentliche Anhörung Kinderschutzgesetz).

Immer noch ist das Kernproblem des deutschen Jugendhilfesystems, dass rund 600 Jugendämter und die zahlreichen freien Träger nicht nach einheitlichen

Standards arbeiten und Evaluation nur partiell und nicht einheitlich erfolgt. Weder bei der Qualifizierung des Fachpersonals und der Diagnostik, noch bei der Wahl der Hilfen, Begrifflichkeiten oder Maßnahmen sowie deren Evaluation und Qualitätssicherung gibt es bundeseinheitliche Standards.

Beim Thema Standards gab es im Referentenentwurf einen ersten vorsichtigen positiven Paradigmenwechsel. § 79a sprach unter der Überschrift „Fachliche Standards in der Kinder- und Jugendhilfe“ erstmalig von Standards. Dem folgte die Pflicht der Träger, fachliche Handlungsleitlinien und Qualitätskriterien zu entwickeln, anzuwenden und zu überprüfen. Auch wenn es sich nur um regionale Regelungen gehandelt hätte, wären diese ein erster wichtiger Schritt gewesen. Nicht nur das Gesundheitswesen, sondern gerade auch der Bereich der Jugendhilfe wird von Lobbyisten geprägt, die neben ideologischen auch rein wirtschaftliche Interessen vertreten. So erreichten diese eine entscheidende Abänderung: Der nun auf den Weg gebrachte § 79a spricht nur noch von „Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe“ und aus der Pflicht „Standards“ zu entwickeln, anzuwenden und zu überprüfen wurde nun „Grundsätze und Maßstäbe für die Bewertung der Qualität“. Dies ist die entscheidende Schwachstelle des Gesetzes und führt dazu, dass sich im Wesentlichen nichts ändern wird.

Dem entspricht, dass auch im Übrigen aus dem Referentenentwurf all das herausgestrichen wurde, was nur ansatzweise den Charakter von Standards gehabt hätte:

Nicht einmal zu einem Minimalstandard – einer Verpflichtung zur Durchführung eines Hausbesuches –, der unbestritten das entscheidende Instrument bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung ist, konnte sich der Gesetzgeber durchringen. Der neue § 8a sieht im Gegensatz zum ersten Entwurf eines Kinderschutzgesetzes im Jahr 2009 keine generelle Hausbesuchspflicht vor: Es bleibt im Ermessen des Jugendamtes, ob die Umgebung des Kindes in Augenschein genommen wird. Die Formulierung „sofern dies nach fachlicher Einschätzung notwendig ist“ eröffnet wieder den von den Ämtern und Trägern geforderten „Handlungsspielraum“. Dahinter steckt die Sorge vor Haftungsrisiken. Wäre es eine generelle Pflicht, könnten bei einem Verstoß Ämter bzw. von diesen beauftragte freie Träger zur Rechenschaft gezogen werden. Ferner wurde ein „Dammbruch“ befürchtet, denn die Hausbesuchspflicht würde einen bundeseinheitlichen Qualitätsstandard darstellen. Dieser wird aus finanziellen, ideologischen und Haftungsgründen unisono abgelehnt. Nicht nur die Fälle Kevin und Lea-Sophie, auch der tragische Tod der verhungerten Lara-Mia in Hamburg im Jahr 2009 haben belegt, dass auch noch in jüngster Vergangenheit Jugendämter trotz klarer Hinweise keine Hausbesuche durchführten, obwohl dies unabdingbar für eine Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gewesen wäre.

Eine ganz entscheidende Vorschrift, die noch im Referentenentwurf stand, fiel den „Systemschützern“ ebenfalls zum Opfer. Durch eine Änderung des Behindertenrechts im SGB IX wäre ein kleiner Beitrag zur Durchlässigkeit der „Versäulung“ in den Sozialgesetzbüchern geschaffen und eine entscheidende Lücke beim Schutz behinderter Kinder und Jugendlicher geschlossen worden. Es sollte eine neue Regelung im § 20a SGB IX „Schutzauftrag bei einer Kindeswohlgefährdung“ mit einer Meldepflicht für alle Heim- und Rehabilitationsträger geschaffen werden. Durch eine an § 8a SGB VIII angelehnte Regelung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in Einrichtungen und Diensten von Rehabilitationsträgern sollte die Pflicht der Träger, mit den Jugendämtern analog § 8a Qualitätsvereinbarungen zur Gewährleistung des Kinderschutzes zu schließen, verankert werden. Dar- aus wurde auf Druck der Sozialverbände nichts. Der § 20a wurde gestrichen. Stattdessen sind die Träger nun berechtigt „...das Angebot, Beratung durch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung in Anspruch zu nehmen“. Die Diskriminierung behinderter Kinder und Jugendlicher wird dadurch verstärkt. Sie sind, was den Schutz vor Misshandlung und sexueller

Wie weckt man Dornröschen?

Antworten:

- kräftig schütteln
- kitzeln
- durch den Kuss eines Prinzen
- Joker:** Ich will lieber noch mal Yoyo und Doc Croc fragen.

Yoyo

Doc Croc

Dornröschen

Simsala Grimm™
Die Abenteuer von Yoyo und Doc Croc

© 2011, Greenlight Media GmbH / Licensed by Greenlight Media GmbH

Jetzt LIVE
Das Märchen-Musical!

Tourdaten
gibt es hier ...

www.simsalagrimm.de

... außerdem eine große **Produktwelt**,
Online-Games, Bastelvorlagen
und jede Menge Spaß!

NEU!

EUROPA

Gewalt anbelangt – im Übrigen ein großes Tabu in Deutschland –, „Klienten“ zweiter Klasse.

Aufgrund bekannt gewordener Fälle von Missbrauch bei Jugendfreizeiten sollte ursprünglich für Einrichtungen bzw. Anbieter von „Ferienaufenthalten“ die Pflicht eingeführt werden, diese Ferienaufenthalte beim Jugendamt zu melden („anzuzeigen“; § 43a SGB VIII). Mitreisende Betreuerinnen und Betreuer sollten eine fachliche Mindestqualifikation vorweisen können. Diese Regelung des Referentenentwurfes ist ersatzlos gestrichen worden.

Sollte zunächst das erweiterte Führungszeugnis für ehrenamtliche Betreuer Pflicht werden, so ist dies in § 72b nun in das Ermessen der Träger gestellt; stattdessen wird die bereits bestehende Rechtslage, dass in der Jugendhilfe tätige Hauptamtliche ein solches abzugeben haben, erneut in das Gesetz geschrieben und als Reform verkauft.

Das Gesetz wurde in der Anhörung am 26.09.2011 von einem Experten scherzhaft als „Familienhebammenfinanzierungsgesetz“ bezeichnet; denn der Bundesgesetzgeber stellt 120 Millionen Euro für Familienhebammen als Familienhelfer für die nächsten 4 Jahre zur Verfügung. Es fehlt aber auch hier an klaren Regelungen: Wie sind Familienhebammen, die neben ihrer klassisch dem Gesundheitswesen zuzuordnenden Hebammentätigkeit nun auch als Familienhelfer tätig sein sollen, einzuordnen? Inwiefern sollen die als Geburtshelferinnen ausgebildeten Hebammen nun jugendhelferisch tätig sein? Wie ist das Verhältnis zum Jugendamt, wie die Einbindung in Fallkonferenzen, wie die Qualifikation? Auch setzt die Politik in zu starkem Maße nur auf Hebammen. Für einen flächendeckenden Einsatz fehlt es jedoch in Deutschland an einer ausreichenden Anzahl von diesen. Ferner könnten Kinderkrankenschwestern die vorgesehene Aufgabe der Hebammen übernehmen, so wie es in Schweden und England speziell qualifizierte „family nurses“ gibt. Ebenso ungeklärt ist die nachhaltige Finanzierung ihrer Leistungen. Gleiches gilt bereits für die psychosoziale Betreuung von Müttern auf den Geburtsstationen. Der Grundsatz echter „Früher Hilfen“ kann in Geburtskliniken nur mit einer entsprechenden Regelung im SGB V (recht des Gesundheitssystems) wirksam erfolgen.

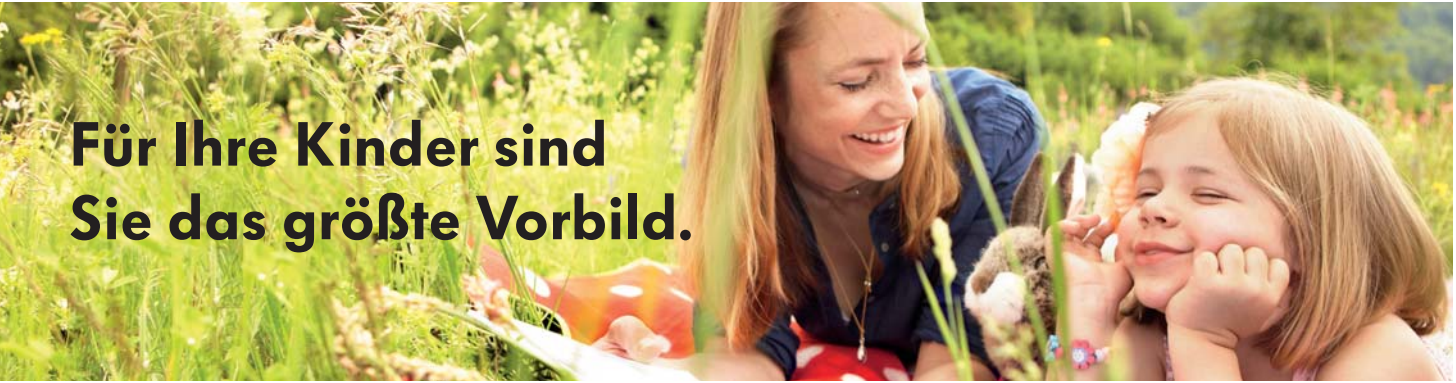
Es fehlt weiterhin eine Regelung zum interkollegialen Austausch von Geheimnisträgern. Ärzte und Geheimnisträger sollten bereits vor einem Eingriff des Jugendamtes die Möglichkeiten haben, sich über Patienten auszutauschen. Noch mehr als das „Jugendamthopping“ bildet das „Ärztchopping“ eine gezielte Strategie von misshandelnden Eltern. Ein Austausch von Ärzten über einen Diagnoseverdacht ist ein unabdingbarer Baustein eines funktionierenden Kinderschutzes vor Ort.

Der Kinderschutz hat es derzeit schwer in Deutschland. Zum einen ist die öffentliche Aufmerksamkeit zurückgegangen: Wenn über Kinder und Jugendhilfe diskutiert wird, dann unter dem Fokus der Kinderarmut oder der Betreuungsdebatte. Auch die Fachverbände der Jugendhilfe diskutieren derzeit lieber über Betreuungsgeld, eine Kindergrundsicherung, die Einführung von Kinderrechten in die Verfassung oder Sinn und Unsinn der Einführung des Gutscheinsystems. Meistens setzen sie stark auf eine Erhöhung der Regelsätze, also eine Steigerung des Gießkannenprinzips, der Baralimentation, ab. Diese Debatte lenkt nur von den echten Strukturproblemen der Jugendhilfe, von den unerträglich hohen Zahlen verletzter und toter Kinder in Deutschland, von Lösungsansätzen für die systematisch benachteiligten Kinder in Deutschland, die in der Unterschicht leben müssen, von der systematischen Diskriminierung von behinderten Kindern und Jugendlichen im Kinderschutz, vom konsequenten Leugnen spezieller Probleme bei Kindern mit Migrationshintergrund, von der Notwendigkeit, die Systeme durchlässiger werden zu lassen, ab. Die Reform eines Sozialsystems ist aus dem System heraus nicht möglich. Dies zeigen auch die Erfahrungen der Hartz-Reformen. Da es auch im Jugendhilfebereich um knallharte wirtschaftliche Interessen der Verbände und zudem auch noch um Ideologien und jahrzehntelang eingeprägte Muster sowie um Gelder der Länder und Kommunen geht, hätte es eines starken politischen Willens bedurft, um hier Veränderungen durchzuführen. Diesen Willen und Mut hat der Gesetzgeber nicht aufgebracht. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Kinderhilfe mit Erfolg die Ministerpräsidenten der Länder aufgefordert, das Gesetz im Bundesrat abzulehnen, mit dem Ziel, grundlegende Verbesserungen zu erreichen. Zum Redaktionsschluss stand noch nicht fest, ob sich der Vermittlungsausschuss mit dem Gesetz befasst oder ob das Gesetz gescheitert ist. ■

DER AUTOR:

Georg Ehrmann

Vorstandsvorsitzender der Deutschen Kinderhilfe, Berlin
Mitglied des Bundesjugendkuratoriums



**Für Ihre Kinder sind
Sie das größte Vorbild.**



**Seien Sie es auch
für den Rest der Welt.**

Sparsamster seiner Klasse: der neue Multivan BlueMotion mit durchschnittlich 6,4 l auf 100 km und nur 169 g/km CO₂.*

Vorbilder müssen an alles denken. Auch an die Umwelt: Der Multivan BlueMotion ist ausgestattet mit einem umfassenden Technologiepaket, das auf jedem Meter sparen hilft. Allen voran der neue, noch effizientere 2,0-l-TDI-Motor mit 84 kW*, das Start-Stopp-System und die rollwiderstandsoptimierten Reifen. Auch die auf Wunsch erhältliche exklusive Lackierung „Glacier Blue Metallic“ macht Eindruck. Lernen Sie ihn oder den sparsamen Multivan Comfortline mit BlueMotion Technology** selbst kennen – bei einer Probefahrt. Ihr Volkswagen Partner informiert Sie gern.

BLUEMOTION



Das Auto.

*Multivan BlueMotion 2,0-l-TDI-Motor mit 84 kW, Kraftstoffverbrauch (l/100 km): innerorts 7,6/außerorts 5,7/kombiniert 6,4. CO₂-Emissionen (g/km): kombiniert 169. **Multivan Comfortline mit BlueMotion Technology 2,0-l-TDI-Motor mit 84 kW, Kraftstoffverbrauch (l/100 km): innerorts 8,6/außerorts 6,1/kombiniert 7,0. CO₂-Emissionen (g/km): kombiniert 184. Abbildung zeigt Sonderausstattung gegen Mehrpreis.

IMPRESSUM / BILDNACHWEIS

Deutsche Kinderhilfe e.V.

Haus der Bundespressekonferenz
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

Telefon 030 – 24 34 294-0
Fax 030 – 24 34 294-9
Email info@kinderhilfe.de

Geschäftsführender Vorstandsvorsitzender:
Georg Ehrmann



Vereinsregister des AG Charlottenburg VR-Nr. 19957 Nz
Anerkannt als gemeinnützig im Sinne der AO
Finanzamt Berlin St.-Nr. 663/55753

Anzeigenverwaltung

Verlag Herrmann & Stenger
Taunusstrasse 20
60329 Frankfurt

Telefon 069 – 60 60 5888-0
www.sozialesmarketing.de

Bildnachweis

Titel	©Marzanna Syncerz / Fotolia.com
Seite	5 ©Stefanie Timmermann / iStockPhoto
Seite	6 ©Ka Schmitz / Deutsches Institut für Menschenrechte
Seite	10 ©Thomas Hellmann / Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten
Seite	12 ©somenski / Fotolia.com
Seite	14 ©Aktion Frühkindliches Hören / Deutsche Kinderhilfe
Seite	17 ©Peter Himself / Deutsche Kinderhilfe
Seite	19 ©Google Maps
Seite	22 ©Ryan Christensen / iStockPhoto
Seite	30 ©Steve Debenport / iStockPhoto

Für die freundliche Unterstützung danken wir:



Mit freundlicher Unterstützung der Janssen-Cilag GmbH





NACHHALTIGE LÖSUNGEN. UNSER VERSPRECHEN AN SIE, FÜR DIE WELT UND DIE ZUKUNFT.

• • • • •

Entscheiden Sie sich heute für eine Partnerschaft, die Ihnen hilft, die Herausforderungen von morgen zu bewältigen.

In einer immer komplexeren Welt tragen unsere zukunftsfähigen und flexiblen Logistiklösungen nachhaltig zu Ihrem Erfolg bei. Gleichzeitig liefern wir mit unserem GoGreen-Klimaschutzprogramm ebenso gute Perspektiven für unsere Umwelt.

www.dhl.de/nachhaltigkeit

EXCELLENCE. SIMPLY DELIVERED. **DHL**



FALKE