



HESSISCHER LANDTAG

05. 02. 2020

Antwort

Landesregierung

Große Anfrage

**Dr. Daniela Sommer (SPD), Ulrike Alex (SPD), Frank-Tilo Becher (SPD),
Wolfgang Decker (SPD), Lisa Gnadl (SPD), Turgut Yüksel (SPD) und Fraktion**

Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels bezüglich der Gesundheit rund um die Geburt in Hessen

Drucksache 20/1109

Vorbemerkung Fragesteller:

Für das „Nationale Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt“ werden vom Kooperationsverbund unter Beteiligung von Bund, Ländern und Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens Maßnahmen zur Zielerreichung entwickelt.

Es ist wichtig, die besten Voraussetzungen zu schaffen, damit es Neugeborenen gut geht. Gesundheitsförderlichen Lebenswelten und Rahmenbedingungen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Auch Hessen soll für Eltern und ihren Nachwuchs gute Rahmenbedingungen vorhalten.

Vorbemerkung Landesregierung:

Schwangerschaft, Geburt und auch die Zeit nach der Geburt sind eine aufregende und spannende Zeit, die für Familien aber häufig auch mit vielen Fragen und Unsicherheiten behaftet ist. Deswegen ist es so wichtig, die Familien in dieser Phase zu unterstützen. In Hessen steht für diese Begleitung ein flächendeckendes System von Schwangerschaftsberatungsstellen, Frauenärztinnen und -ärzten, Hebammen, Geburtskliniken sowie frühe Hilfen zur Verfügung. Ergänzt werden diese durch diverse Angebote auf der kommunalen Ebene und durch die Familienzentren.

Informationen

Informationsmaterialien zu den Fragen der Schwangeren und ihren Familien halten diese Berufsgruppen und Stellen, aber auch viele Krankenkassen sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bereit. Umfassende Informationen zu allen wesentlichen Belangen können unter https://www.kindergesundheit-info.de/no_cache/infomaterial-service/infomaterial/broschueren-infomaterial/der_BZgA_kostenlos_abgerufen_werden kostenlos abgerufen werden. Viele dieser Broschüren und Informationen liegen in mehreren Sprachen vor.

Frühe Hilfen

Durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH) wurden von 2012 bis 2017 Bundesländer, Städte, Gemeinden und Landkreise in ihrem Engagement für Frühe Hilfen unterstützt. Nach Abschluss der Bundesinitiative ist zum 1. Oktober 2017 die „Bundesstiftung Frühe Hilfen“ (BSFH) in Kraft getreten, die an die Bundesinitiative anschließt und die Netzwerke und Angebote der Frühen Hilfen dauerhaft mit 51 Millionen Euro jährlich fördert. Die Fach- und Fördergrundsätze zur Umsetzung der Bundesstiftung Frühe Hilfen in Hessen wurden am 7. Mai 2018 veröffentlicht und gelten bis zum 31. Dezember 2028.

Hessen erhält aktuell eine jährliche Summe von rund 3,2 Millionen Euro aus Bundesmitteln, die nach einem bestimmten Schlüssel an die Jugendamtsbezirke verteilt wird. Ergänzend existiert in Hessen seit 2013 das Landesprogramm „Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz“, aus dem ergänzende Leistungen und Förderungen (unter anderem Qualitätsentwicklung, Fortbildungen für soziale Fachkräfte, Qualifizierung für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen und Projekte freier und öffentlicher Träger) in den Frühen Hilfen, der Prävention und dem Kinderschutz finanziert werden (2,1 Millionen Euro Fördervolumen in 2019).

In Hessen existieren flächendeckend in allen 33 Jugendamtsbezirken Netzwerkkoordinierungsstellen (NWK) der Frühen Hilfen mit einer Personalausstattung von mindestens 50 %, deren Aufgabe es ist, Vernetzungsstrukturen, insbesondere auch zwischen verschiedenen Leistungssystemen wie

der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen aufzubauen mit dem Ziel, die Versorgung für werdende und junge Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren zu verbessern. Die NWK Frühe Hilfen sind in der Regel bei den Jugendämtern angestellt und binden aufgrund der Priorisierung und Begrenztheit der Förderung den überwiegenden Teil der Mittel aus der BSFH. Die weiteren, der Netzwerkkoordination nachgeordneten Förderbereiche der BSFH sind: „Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung von Familien durch spezifische Angebote Früher Hilfen“ (hierunter fallen die „Gesundheitsorientierte Familienbegleitung“ (GFB) durch Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sowie die Angebote mit Ehrenamtlichen), „Angebote und Dienste an den Schnittstellen der unterschiedlichen Sozialleistungssysteme“ sowie „Zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen“. In Hessen, wie auch in den anderen Bundesländern, stellen die NWK und die GFB die schwerpunktmäßigen Förderbereiche der BSFH dar. Einzelne Kommunen setzen Angebote mit Ehrenamtlichen und Schnittstellenangebote aus BSFH-Mitteln um. Weitere Maßnahmen der Frühen Hilfen (sowohl auf Vernetzungs- als auch auf Angebotsebene) werden in Hessen durch das o. g. Landesprogramm sowie in erheblichem Umfang auch aus Eigenmitteln der Kommunen und Träger realisiert.

Familienzentren, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäuser, Familienbildungsstätten

Familienzentren werden in Hessen seit 2011 aus Landesmitteln gefördert. Grundlage sind die Fach- und Fördergrundsätze zur Etablierung von Familienzentren in Hessen (StAnz. 15/2017, S. 431). Aktuell erhalten 162 Einrichtungen eine Förderung als Familienzentrum.

Familienzentren unterstützen Familien frühzeitig, ganzheitlich, niedrigschwellig und wohnortnah in ihrem jeweiligen Lebenszusammenhang bei der Gestaltung des Familienalltags. Dabei wird es Familien ermöglicht, ihre Selbsthilfepotenziale zu entfalten und Erziehungskompetenzen auch durch Familienbildungsangebote zu stärken. Familienzentren sind offen für Menschen aller Generationen, Kulturen und erleichtern die Integration von Migrantinnen und Migranten.

Je nach Ausrichtung und Angebotspalette des Familienzentrums stehen Angebote für werdende Mütter und Väter zur Verfügung und gehen nach der Geburt des Kindes in vielfältige weitere Angebote über. Diese Angebote unterstützen grundsätzlich eine gesunde Schwangerschaft sowie die frühe Phase bzw. das erste Jahr nach der Geburt.

Auch für Mütterzentren, Mehrgenerationenhäuser und Familienbildungsstätten gelten vergleichbare Aussagen.

Vorbemerkung der Ministerin für Wissenschaft und Kunst:

Die Hochschulen des Landes Hessen wurden zu den das HMWK betreffenden Fragen um Stellungnahme gebeten. Seitens der Technischen Universität Darmstadt, der Universität Kassel, der Hochschule Darmstadt, der Technischen Hochschule Mittelhessen, der Hochschule RheinMain, der Hochschule Geisenheim wurde Fehlanzeige gemeldet. Informationen wurden seitens der Goethe-Universität Frankfurt, der Justus-Liebig-Universität Gießen, der Philipps-Universität Marburg, der Frankfurt University of Applied Sciences und der Hochschule Fulda übermittelt, die in die Antwort eingeflossen sind.

Diese Vorbemerkungen vorangestellt, beantworte ich die Große Anfrage im Einvernehmen mit der Hessischen Ministerin für Wissenschaft und Kunst, der Hessischen Ministerin für Umwelt, Klimaschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie dem Hessischen Kultusminister im Namen der Landesregierung wie folgt:

I. Gesunde Schwangerschaft fördern – Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden stärken

- Frage 1. Wie werden die gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden von Schwangeren in Hessen gestärkt?
- Frage 2. Welche nutzerorientierten, frühzeitigen Zugänge gibt es in Hessen zur Stärkung von Familien während der Schwangerschaft?
- Frage 3. Welche Maßnahmen zur Förderung von Empowerment von werdenden Müttern und Eltern gibt es in Hessen?
- Frage 4. Welche Informationen, Beratungsmöglichkeiten und psychosozialen Unterstützungen werden werdenden Müttern und Eltern in Hessen zur Verfügung gestellt?

Die Fragen 1 bis 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In Hessen steht ein flächendeckendes Netz an Schwangerenberatungsstellen nach § 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in freier und kommunaler Trägerschaft zur Verfügung, die vom Land Hessen entsprechend § 4 SchKG gefördert werden. Die Beratungsgegenstände sind in § 2 SchKG definiert und breit gefächert. So umfasst die Beratung u.a. Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft sowie Informationen über soziale und finanzielle Hilfen jeder Art. Die Beratung umfasst auch Informationen über bestehende familienfördernde Leistungen und Hilfen für

Kinder und Familien, einschließlich der besonderen Rechte im Arbeitsleben (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 SchKG). Die Beratung kann auf Wunsch anonym erfolgen und ist kostenlos.

Durch die Inanspruchnahme der kostenlosen und auf Wunsch anonymen Beratung – auch noch nach der Geburt des Kindes (§ 2 Abs. 3 SchKG) – können Autonomie und Selbstbestimmung der Schwangeren und Eltern gestärkt werden.

Im Rahmen der Frühen Hilfen können (werdende) Eltern bereits frühzeitig in der Schwangerschaft erreicht werden, beispielsweise durch Netzwerkpartner wie die Schwangerenberatungsstellen, die GFB sowie weitere Angebote der Beratung, Information und Kontaktvermittlung in den kommunalen Netzwerken. Das Gesundheitswesen stellt hierbei ebenfalls einen zentralen Partner dar. Die Qualität der Zusammenarbeit in den Netzwerken gelingt aufgrund fehlender Regelungen im SGB V und der hierdurch z.B. für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hohen strukturellen Hürden für die Netzwerkarbeit unterschiedlich gut. Ziel der Netzwerke Frühe Hilfen ist es, die Vernetzung der Fachakteure, auch über unterschiedliche Berufsgruppen hinweg, im Interesse der Familien zu verbessern. Hierzu sollen die Familien möglichst bereits in der Schwangerschaft erreicht und über Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden.

Zum Bereich Empowerment wird auf Einzelprojekte der Kommunen verwiesen.

Durch Familienzentren, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäuser und Familienbildungsstätten haben werdende Eltern in Hessen ein breites und vielfältiges Angebot zu unterschiedlichen Kursen, Maßnahmen, Informationen und zum Austausch bereits vor der Geburt. Diese Maßnahmen unterstützen und informieren werdende Eltern in unterschiedlicher Art und Weise. Dadurch werden werdende Eltern in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt.

Frage 5. Inwiefern wurde in Hessen das Empowerment bzw. der Advocacy-Ansatz als zentrale Ausbildungsinhalte für alle in der Schwangerenberatung Tätigen in Hessen etabliert?
Wenn ja, wie?
Wenn nein, inwiefern ist geplant, die o.g. Ansätze in die Ausbildungsinhalte zu etablieren?

Um Ausbildungsinhalte etablieren zu können, bedarf es einer gesetzlichen Grundlage und Kompetenzzuweisung. Für den Bereich der Schwangerenberatung nach § 3 SchKG ist (im Gegensatz zur Schwangerschaftskonfliktberatung) gesetzlich kein Anerkennungsverfahren vorgesehen, in dessen Rahmen besondere Vorgaben gemacht werden könnten. Den gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsgegenständen ist aber immanent, dass Informationen und Beratungen zu den genannten Themen die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung steigern.

Frage 6. Wie werden theoriegeleitete und adressatengerechte Konzepte für Geburtsvorbereitungsangebote entwickelt und empirisch geprüft?

In der Regel ist davon auszugehen, dass diese Kurse von Hebammen durchgeführt werden. Bei dieser Berufsgruppe ist von einem qualifizierten Angebot auszugehen.

Frage 7. Inwiefern wird eine familienorientierte Versorgung in Hessen anvisiert? Welche Maßnahmen wurden bereits etabliert? Gibt es weitere Planungen, wie eine familienorientierte Versorgung in Hessen verbessert werden soll?

Siehe hierzu auch die Vorbemerkung „Frühe Hilfen“.

Die vulnerablen Zielgruppen, wie z.B. alleinerziehende Mütter und Familien mit Migrationshintergrund, werden dabei unterstützt, Zugang zu Versorgungsstrukturen zu erhalten. Hierfür gibt es in ganz Hessen unterschiedliche Ansätze auf der kommunalen Ebene.

Frage 8. Inwiefern werden werdenden Müttern und Eltern in Hessen im Rahmen der Versorgung Gesundheitskompetenzen im Bereich Ernährung, Bewegung und Mundgesundheit vermittelt?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 1 bis 4 sowie die Vorbemerkung verwiesen.

Frage 9. Gibt es in Hessen eine Förderung von gezielten, evidenzbasierten Programmen zu Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft?

In Hessen gibt es eine Vielzahl an Angeboten zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung in der Schwangerschaft von unterschiedlichsten Einrichtungen und Institutionen. Insbesondere über die durch das Land geförderten Frühen Hilfen werden Netzwerke auf- und ausgebaut und entsprechende Angebote bereitgehalten. Eine gezielte Förderung der Entwicklung von spezifischen Programmen im Bereich Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft erfolgt hier aktuell nicht.

Frage 10. Wie und durch wen werden Hebammen, Ärztinnen und Ärzte in Fragen der Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Schwangerschaft qualifiziert?

Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung des Fachgebietes Frauenheilkunde und Geburtshilfe erwerben Kompetenzen gemäß der Weiterbildungsordnung 2005, Stand Juli 2019 in der Gesundheitsberatung von Schwangeren insbesondere in der Ernährungsmedizin.

Die Hebammen und Entbindungspfleger werden im Rahmen ihrer Ausbildung in diesem Bereich qualifiziert.

Frage 11. Inwiefern werden werdende Mütter und Eltern in Hessen über IGeL-Leistungen aufgeklärt? Werden Fachärzte hierzu regelmäßig über Neuerungen informiert, damit sie als Multiplikatoren die Informationen zu den Leistungen kompetent weitergeben können? Wenn nein, warum nicht und wer informiert stattdessen?

„Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) sind Diagnose- und Behandlungsmethoden, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Nach Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dienen sie nachweislich nicht zu den im SGB V benannten präventiven, kurativen oder rehabilitativen Zwecken oder sie wurden noch nicht durch den G-BA bewertet. Die Krankenkassen beraten ihre Versicherten auf Nachfrage zu den IGeL-Leistungen. Der GKV-Spitzenverband hält zudem den regelmäßig aktualisierten www.igel-monitor.de vor.

Ärztinnen bzw. Ärzte können sich bezüglich dieses Themas an ihre Landesärztekammer oder Kassenärztliche Vereinigung wenden.

Frage 12. Inwiefern werden werdende Mütter und Eltern in Hessen über Pränataldiagnostik aufgeklärt? Inwiefern werden Fachärzte hierzu regelmäßig über Neuerungen informiert, damit sie als Multiplikatoren die Informationen zu den Leistungen kompetent weitergeben können?

In Hessen steht ein flächendeckendes Netz an Schwangerenberatungsstellen nach § 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in freier und kommunaler Trägerschaft zur Verfügung, die vom Land Hessen entsprechend § 4 SchKG gefördert werden. Dort ist eine kostenlose und auf Wunsch anonyme Beratung auch zur Pränataldiagnostik möglich. Im Anschluss an pränataldiagnostische Maßnahmen mit auffälligem Befund ist eine Beratung gesetzlich vorgeschrieben: „Wenn nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, zu beraten. Die Beratung erfolgt in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen. Sie umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 SchKG und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln“ (§ 2a Abs. 1 SchKG).

Frage 13. Wie und von wem werden werdende Mütter und Eltern in Hessen frühzeitig auf die positiven Effekte von Bindungs- und Stillförderung unter Einbeziehung der Väter beraten?

Familien, die durch die Frühen Hilfen erreicht werden, erhalten durch die GFB und/oder durch vereinzelte durch das Landesprogramm geförderte Beratungsangebote bspw. in Geburtskliniken, selbstverständlich auch Unterstützung und Hinweise zur Bindungs- und Stillförderung.

Auch durch Familienzentren und ähnliche Einrichtungen werden Informationen zur Bindungs- und Stillförderung im Rahmen der Angebote rund um die Geburt vermittelt.

Frage 14. Inwiefern ist die Einrichtung eines transparentem und nutzerfreundlichem Datenportals zu allen Geburtsorten (Kliniken, außerklinische Geburtsorte) angedacht?

Die Landesregierung plant ein solches Portal derzeit nicht. Es liegt auch kein Antrag auf eine Förderung zur Einrichtung eines transparenten und nutzerfreundlichen Datenportals zu allen Geburtsorten vor.

Seitens der AOK Hessen wird beispielsweise auf den AOK-Krankenhausnavigator verwiesen, der den Versicherten ein nach Meinung der AOK Hessen umfassendes qualitätsgesichertes Such- und Informationsportal mit allen regionalen Geburtshilfe- und Entbindungsangeboten der unterschiedlichen Versorgungsebenen bietet.

Der GKV-Spitzenverband pflegt – für alle Versicherten zugänglich – eine Internet-basierte (Vertrags-)Hebammenplattform mit allen notwendigen Kontaktinformationen einschließlich Geburtshäuser.

Frage 15. Inwiefern sollen internetbasierte Beratungsinstrumente für die Bereitstellung einer regionalen Aufstellung der Versorgungsangebote für werdende Eltern ausgebaut werden?

Derzeit plant das Land keinen Ausbau der internetbasierten Beratungsinstrumente für die Bereitstellung einer regionalen Aufstellung der Versorgungsangebote für werdende Eltern. Hier ist zunächst erforderlich, dass die Akteure vor Ort den regionalen Bedarf ermitteln, um geeignete Beratungsinstrumente auszuwählen, die dann gegebenenfalls an das Medium Internet anzupassen sind.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

II. Gesunde Schwangerschaft fördern – Evidenzbasierte Grundlagen zu Information, Beratung und Versorgung entwickeln und einheitlich in der Praxis einsetzen

Frage 16. Inwiefern werden adressatenspezifische, evidenzbasierte Informationen erarbeitet und verbreitet? Wenn ja, von welchen Berufsgruppen?

Zum Themenkomplex „Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft“ gibt es zahlreiche, teils sehr umfangreiche und gut aufgearbeitete und fundierte Informationen der einschlägigen Fachgesellschaften, Behörden und diverser Institutionen. Dazu zählen im Besonderen die BZgA, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., das Referat der Kommunalen Frauenbeauftragten der Landeshauptstadt Wiesbaden, die Bundesstiftung Mutter und Kind, das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, der Berufsverband der Frauenärzte, der Deutsche Hebammenbund, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Krankenkassen. Beteiligte dabei sind u.a. Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, Politikerinnen und Politiker, Medienfachleute und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Die Broschüren sind im Allgemeinen kostenlos und/oder als Download erhältlich und stehen häufig auch in einfacher Sprache und diversen Fremdsprachen zur Verfügung.

Frage 17. Identifiziert das Hessische Ministerium für Soziales und Integration Ansätze guter Praxis zur Förderung gesunder Schwangerschaften zum Erkenntnistransfer? Wie werden diese Ansätze und Informationen genutzt?

Es werden Modellprojekte durchgeführt, um Bedarfe zu ermitteln und Informationen zum Erkenntnistransfer zu nutzen. Beispielhaft ist hier das Projekt „Happy baby, no alcohol“ zu nennen. Dieses Projekt unterstützt Herr Minister Klose im Rahmen einer Schirmherrschaft. Das genannte Projekt soll für das wichtige Thema „Fetales Alkoholsyndrom“ auf verschiedenen medialen Kanälen sensibilisieren und hierdurch die Aufklärungs- und Präventionsarbeit in Hessen unterstützen. Erreicht werden soll dies schwerpunktmäßig über Online-Aufklärung, insbesondere über die Kampagnen-Website (www.happy-baby-no-alcohol.de), welche als Anlaufstelle für Betroffene und ihre Familien, Angehörige sowie medizinisches und soziales Fachpersonal dienen soll. Daneben erscheinen auf dem Instagram Account „happy_baby, no_alcohol“ regelmäßig Berichte, Interviews und Beiträge der Kampagnen-Botschafterinnen und -Botschafter.

Frage 18. Wie und von wem werden Kommunikations- und Beratungskompetenzen (inkl. Berücksichtigung der Interkulturalität) aller beteiligten Professionen und Einrichtungen durch Weiterbildungsangebote in Hessen gestärkt?

Kommunikations- und Beratungskompetenzen im Hinblick auf interkulturelle Einflüsse werden in unterschiedlichen Bereichen geschult.

So werden diese Kompetenzen mit Umsetzung der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer ab 2020 in die Hessische Weiterbildungsordnung insbesondere zum festen Bestandteil des Kompetenzerwerbes von Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Aber auch die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf bietet regelmäßig für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes Fortbildungen in diesem Bereich an.

III. Gesunde Schwangerschaft fördern – Belastungen und Risiken identifizieren und verringern

Frage 19. Inwiefern und von wem werden Ursachen für Belastungen zur Identifikation von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf in Hessen erforscht und Kriterien entwickelt?

Im Rahmen der kommunalen Jugendhilfeplanung wird in der Regel jährlich eine Bedarfsplanung erstellt. Dabei ist davon auszugehen, dass die lokalen Kenntnisse und Bedarfe einbezogen werden. Auf Bundesebene führte und führt u.a. das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) Forschungen zur Belastung von Familien mit psychosozialen Bedarfen durch. Weitere Informationen hierzu unter: www.fruehelfen.de

Frage 20. Inwiefern und von wem werden Frauenärztinnen und Frauenärzte zur Unterstützung ihrer Lotsenfunktion über regionale qualitätsgesicherte Hilfsangebote in Hessen informiert?

Im Rahmen der Frühen Hilfen haben Gynäkologinnen und Gynäkologen ebenso wie andere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, sich an der Netzwerkarbeit aktiv zu beteiligen. Dies muss nicht zwingend über persönliche Präsenz bei Veranstaltungen (wie z.B. Netzwerktreffen) erfolgen, obwohl hierbei der Vorteil des Austauschs zwischen den Akteurinnen und Akteuren und des persönlichen Kennenlernens von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern und Hilfsangeboten gegeben wäre. Aufgrund der unter den Fragen 1 bis 4 beschriebenen strukturellen Hürden erfolgt in vielen Kommunen zusätzlich eine gezielte Ansprache von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten,

z.B. im Rahmen von regelhaften Kooperationstreffen, Besuch der NWK in ärztlichen Qualitätszirkeln oder Weitergabe von Informationsmaterialien. Alle Frauenärztinnen und Frauenärzte, die von sich aus kooperieren, erhalten i.d.R. Informationen durch die Netzwerke Frühe Hilfen.

Frage 21. Inwiefern und von wem werden werdende Eltern in Hessen mit Beratungs- und Unterstützungsbedarf in Bezug auf Stressbewältigung, Bewegung und Ernährung und Mundgesundheit durch alle beteiligten Professionen aufgeklärt und wiederholt niedrigschwellig angesprochen? Liegen unabhängige und evidenzbasierte Informationen für Eltern zu Ernährungsstandards und zu Bewegung vor? Inwieweit werden diese verbreitet und zugänglich gemacht?

Für werdende Eltern ist, neben anderen beteiligten Professionen, insbesondere die Hebamme zentrale Ansprechpartnerin während der Schwangerschaft, der Geburt sowie nach der Entbindung. Sie ist in dieser Zeit nicht nur Ansprechpartnerin für hebammenhilfliche Fragen, sondern steht den werdenden Eltern niedrigschwellig bei sämtlichen Anliegen rund um die Themen Geburt und Mutterschaft zur Seite, auch zu Fragen der Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung und Mundgesundheit.

Unabhängige und evidenzbasierte Informationen für Eltern gibt es u.a. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen Initiative für Gesunde Ernährung und mehr Bewegung sowie von Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Ernährung oder dem Netzwerk Gesund ins Leben. Die Informationen werden durch die verschiedenen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und Professionen den Schwangeren im persönlichen Kontakt zur Verfügung gestellt, sofern Sie nicht über das Internet bzw. als App angeboten werden.

Frage 22. Inwieweit werden in Hessen evidenzbasierte Standards zur Ernährung in der Säuglingszeit in der KiTa und Kindertagespflege umgesetzt?

In Hessen haben Tageseinrichtungen für Kinder einen eigenständigen Bildungs- und Erziehungsauftrag (Trägerhoheit), für dessen Ausgestaltung und Umsetzung die öffentlichen und freien Träger unter Mitwirkung der Erziehungsberechtigten verantwortlich sind. Hierzu gehören auch die körperliche Entwicklung des Kindes und somit das Thema Ernährung sowie Themen, die die Umsetzung der ganzheitlichen Gesundheitsförderung beinhalten.

Die Förderung von Kindern in Tagespflege obliegt nach den Vorschriften des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) und des Hessischen Kinder- und Jugendhilfegesetzbuches (HKJGB) den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe, die diese Aufgabe im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung wahrnehmen. Sie sind für die Vermittlung von Plätzen in Kindertagespflege, für die Beratung, Praxisbegleitung, Gewährung einer Vergütung an die Kindertagespflegeperson und deren Qualifizierung zuständig. Für die Ausgestaltung und Umsetzung des Bildungs- und Erziehungsauftrags im Bereich der Kindertagespflege ist die Tagespflegeperson unter Mitwirkung der Personensorgeberechtigten verantwortlich (§ 29 Abs. 2 HKJGB).

Ob und inwieweit die Jugendhilfeträger evidenzbasierte Standards zur Ernährung in der Kindertagesstätte und der Kindertagespflege umsetzen, ist daher nicht bekannt.

Frage 23. Inwiefern und von wem wird ein engmaschiges, aufeinander abgestimmtes Unterstützungsangebot in Hessen bereitgestellt? Inwiefern sind hier Bedarfserhebungen und weitere Verbesserungen angestrebt?

Zum ersten Teil der Frage wird auf die vorangegangenen Ausführungen zu den Frühen Hilfen verwiesen. Fördervoraussetzung für die BSFH ist eine abgestimmte kommunale Planung gemeinsam mit der Jugendhilfeplanung, sowie die fortlaufende Qualitätsentwicklung der Netzwerke, um die Netzwerke und die Angebote stetig zu verbessern und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Neben dieser verpflichtend zu leistenden Qualitätsentwicklung nehmen drei hessische Kommunen seit diesem Jahr an einem bundesweiten Projekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) zur Qualitätsentwicklung in den Netzwerken Frühe Hilfen teil („Kommunale Qualitätsdialoge“). Die im Rahmen des Projektes generierten Ergebnisse und Instrumente sollen bundesweit allen Kommunen für die Weiterentwicklung der Frühen Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Die Frühen Hilfen können jedoch bei allem Engagement aufgrund der überschaubaren Finanzausstattung nur punktuell Unterstützung leisten. Ein abgestimmtes engmaschiges Unterstützungsangebot erfordert das zusätzliche Engagement des Gesundheitsbereiches (SGB V) und der Kommunen vor Ort.

Frage 24. Inwiefern und von wem werden evidenzbasierte Informationen zur Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft und zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz in Hessen bereitgestellt?

Amtlich geprüfte Informationen zur Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft und der Stillzeit finden sich in der Packungsbeilage und der Fachinformation. Zudem bietet das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin unabhängige Informationen zur Verträglichkeit der wichtigsten Arzneimittel und zur Therapie häufiger Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit an. Schnelle Informationen erhalten Suchende auf dessen Homepage und neuerdings über eine kostenlose App.

IV. Gesunde Schwangerschaft fördern – Anteil der Frauen erhöhen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit auf schädliche Substanzen wie Alkohol und Tabak verzichten. Folgeschäden reduzieren.

Frage 25. Inwiefern werden alkoholfreie Lebensräume in der Lebensumgebung schwangerer Frauen in Hessen gefördert? Welche Projekte gibt es in Hessen? Inwiefern unterstützt die Landesregierung einzelne Projekte sowie flächendeckende Maßnahmen?

Alkoholfreie Lebensräume für schwangere Frauen und junge Mütter gibt es z.B. in Betrieben bzw. am Arbeitsplatz. Entsprechende Regelungen können über Betriebsvereinbarungen getroffen werden. In den von der Landesregierung unterstützen und mitfinanzierten Familienzentren oder Müttertreffs gibt es diesbezüglich keine expliziten Regelungen, die Praxis zeigt aber, dass dies alkoholfreie Umfelder sind.

Schwangere Frauen und junge Mütter mit einer Suchtproblematik finden alkoholfreie Lebensräume z.B. in Therapieeinrichtungen oder im Rahmen des betreuten Wohnens.

Frage 26. Inwiefern werden schwangere Frauen in Hessen vor Alkoholkonsum in der gesamten Schwangerschaft und während des Stillens in eindeutiger Weise gewarnt?

Die Krankenkassen stellen ihren Versicherten Informationen rund um das Thema Schwangerschaft zur Verfügung. Zudem ist davon auszugehen, dass die Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen die schwangeren Frauen zu den Auswirkungen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft beraten.

Schwangere Frauen sind keine spezielle Klientel der Einrichtungen der Suchthilfe in Hessen. Das Thema Alkohol und Schwangerschaft wird aber z.B. im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention oder an beruflichen Schulen thematisiert.

Für schwangere Frauen mit einer Alkohol- bzw. Suchtproblematik bietet z.B. das Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis in Kürze ein Elternseminar an, in dem die Folgen des Suchtmittelkonsums für (ungeborene) Kinder mit den Eltern ausführlich thematisiert werden. Das Projekt „SHIFT +- Suchthilfe-Familien-Training“ ist eine Kooperation mit der Katholischen Hochschule Köln.

In zahlreichen Kommunen bestehen Kooperationen zwischen den Netzwerken „Frühe Hilfen“ und Einrichtungen der Suchthilfe sowie den Fachstellen für Suchtprävention. Das Netzwerk informiert und bietet gezielte Unterstützung u.a. zu physischen, psychischen und sozial belasteten Lebenslagen.

Frage 27. Inwiefern will die Landesregierung sich dafür einsetzen, dass Warnhinweise auf alkoholischen Getränken und Tabakwaren zu finden sind?

Warnhinweise auf Tabakwaren:

Das Anbringen von Warnhinweisen auf Tabakwaren ist europaweit durch die Richtlinie 2014/40/EU geregelt. Das BMEL ist federführend für die Umsetzung der Tabakprodukt-Richtlinie (RL 2014/40/EU) zuständig. Die Richtlinie 2014/40/EU schreibt u.a. vor, dass Zigarettenverpackungen und andere Verpackungen von Tabakprodukten mit einem Warnhinweis, der 65 % der gesamten Packung einnimmt, gekennzeichnet werden müssen.

Auf den Verpackungen von Tabakwaren sind Fotos von möglichen Gesundheitsschäden bzw. Folgen des Rauchens durch das Rauchen zu sehen, jeweils in Kombination mit einem textlichen Hinweis (Text-Bild-Warnhinweise). Von 14 möglichen Text-Bild-Warnhinweisen weisen insbesondere drei Warnhinweise auf Gesundheitsrisiken durch das Rauchen auf Kinder hin:

- Rauchen kann Ihr ungeborenes Kind töten.
- Wenn Sie rauchen, schaden Sie Ihren Kindern, Ihrer Familie, Ihren Freunden.
- Kinder von Rauchern werden oft selbst zu Rauchern.

Warnhinweise auf alkoholischen Getränken

In Deutschland existieren bisher keine Rechtsvorschriften und Strategien für Warnhinweise auf alkoholischen Getränken, ähnlich wie bei Tabakwaren. Aus Sicht der Landesregierung wäre dies jedoch sinnvoll.

Frage 28. Inwiefern wird in Hessen über Risiken für alkoholbedingte Krankheiten wie FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) für das ungeborene Leben informiert?

Hessenweit gibt es mannigfaltige Aktivitäten zu den Themen alkoholbedingte Krankheiten sowie FASD:

Herr Staatsminister Klose ist Schirmherr der Kampagne „Happy Baby – No alcohol“ (<http://www.happy-baby-no-alcohol.de/>).

Landesweit informieren Einrichtungen der Suchthilfe bzw. die hessischen Fachstellen für Suchtprävention bei Informationsveranstaltungen, Öffentlichkeitsveranstaltungen und Fachtagen über alkoholbedingte Krankheiten wie FASD:

2019 wurden durch Initiative der hessischen Fachstellen für Suchtprävention in verschiedenen Landkreisen die Ausstellung ZERO (vom FASD-Netzwerk Nordbayern e.V.) gezeigt. Die Ausstellung richtet sich an Schulklassen und informiert erlebnisorientiert über Schwangerschaft, Alkohol und FASD. Die Ausstellung wird in der Regel mit einem Fachtag zum Thema FASD verknüpft. Kooperationspartner sind z.B. Landkreise bzw. kreisfreien Städte.

Im Rahmen des kommunalen Alkohol-Präventionsprogrammes „HaLT – Hart am LimiT“ wird im Setting Schule und im Setting Kommune über die Gefahren und Risiken des riskanten Alkoholkonsums aufgeklärt. HaLT ist ein bundesweites Präventionsprogramm und wird in 18 hessischen kommunalen Gebietskörperschaften mit Unterstützung des Landes und der Krankenkassen umgesetzt. Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) koordiniert das Programm hessenweit. Derzeit wird das Programm weiterentwickelt. Teil der Weiterentwicklung ist u.a. ein neues Modul, das das Thema FASD intensiv behandelt und in 2020 implementiert werden soll.

„JugendFilmTage Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ ist ein öffentlichkeitswirksames Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das sich an Schulen richtet. Schulen sind ein wichtiger Ort für die Suchtprävention, da hier alle Schülerinnen und Schüler erreicht werden, unabhängig von Herkunft und Bildungsstandard, um sich mit diesen wichtigen Alltagsthemen auseinanderzusetzen. In Hessen wird das Projekt seit 2018 von interessierten Schulen und Kommunen durchgeführt. Koordiniert wird das Projekt der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen und den jeweiligen Fachstellen für Suchtprävention.

Prev@WORK ist ein ganzheitliches Programm zur Suchtprävention in der Berufsorientierung, -vorbereitung und -ausbildung für Auszubildende sowie Schülerinnen und Schüler. Der verantwortungsvolle Umgang mit Suchtmitteln ist hier ein zentrales Thema.

Frage 29. Wer berät und unterstützt Schwangere und ihre Partnerinnen bzw. Partner und ihr soziales Umfeld in Hessen zu den Gesundheitsgefahren durch Fehlernährung, Alkoholkonsum sowie Passivrauchen? Wer erstellt und sorgt für die Verteilung von Informationsmaterialien, die Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung hinsichtlich des erhöhten Frühgeburtsrisikos durch den Konsum von Alkohol und Tabak?

Seitens der Krankenkassen werden den Versicherten entsprechende Informationsmaterialien bzw. Informationsangebote zur Verfügung gestellt; als Beispiele wird auf die Broschüre der TK „Rundum Schwanger“ oder die Präventionsaktivitäten der AOK Hessen mit dem Schwerpunkt „Junge Familie“ verwiesen.

Für Schwangere und ihre Partnerinnen und Partner ist insbesondere die Hebamme zentrale Ansprechpartnerin während der Schwangerschaft. Sie berät und unterstützt nicht nur bei hebammenhilflichen Fragen, sondern steht niedrigschwellig bei sämtlichen Anliegen auch zu den genannten Gesundheitsgefahren zur Seite.

Über die bundesweite Aktionswoche Alkohol, die alle zwei Jahre veranstaltet wird, wird auf die Gefahren und die Risiken des Alkoholkonsums, auch für Schwangere und das ungeborene Kind, aufmerksam gemacht. Die hessischen Einrichtungen der Suchthilfe und die Fachstellen für Suchtprävention beteiligen sich regelmäßig an der Aktionswoche Alkohol, in der durch gezielte Maßnahmen die Öffentlichkeit zum Alkoholkonsum informiert und sensibilisiert wird. Zusätzlich ist es auch immer wieder Thema der regulären Arbeit der Fachstellen. Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte klären ebenfalls schwangere Frauen zum Umgang mit Alkohol während der Schwangerschaft auf.

Das Universitätsklinikum Tübingen hat in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein neues kostenloses Online-Beratungsprogramm (<https://www.iris-plattform.de>) für werdende Mütter entwickelt. Damit können Schwangere, denen der Verzicht auf Alkohol und Tabak schwerfällt, persönlich unterstützt werden, während ihrer Schwangerschaft alkohol- und rauchfrei zu bleiben. Weiteres Schriftmaterial zur Thematik erhalten Interessierte sowohl von den Fachstellen für Suchtprävention als auch von der HLS.

Frage 30. Inwiefern setzt sich die Landesregierung dafür ein, dass die Themen „Rauchverhalten“ und „Alkoholkonsum“ in die Schwangerschaftsvorsorge und die kinder-/jugendärztliche Anamnese sowie in die Anamnese im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in Hessen integriert werden?

Frage 31. Inwiefern setzt sich die Landesregierung dafür ein, dass in den Geburtsvorbereitungskursen, in der Schwangerschaftsvorsorge und gezielt junge Eltern über die Gesundheitsrisiken des Passivrauchens und wirksame Möglichkeiten zum Schutz der Kinder vor Passivrauchen informiert werden?

Aufgrund des thematischen Zusammenhangs, werden die Fragen 30 und 31 zusammen beantwortet.

Klientinnen und Klienten der Einrichtungen der Suchthilfe werden umfangreich über die Folgen des Alkohol- und Nikotinkonsums (auch Passivrauchen) informiert und mit ausführlichen Informationsmaterialien versorgt. Des Weiteren werden Sie, falls möglich (abhängig von der Einrichtung), während der gesamten Schwangerschaft und auch nach der Geburt begleitet. Es werden Nicht-raucher-Kurse angeboten, in denen auch speziell auf den Aspekt Konsum in der Schwangerschaft eingegangen wird.

In dem in Kürze startenden Elternseminar „SHIFT + -Suchthilfe-Familien-Training“ werden die Folgen des Suchtmittelkonsums für (ungeborene) Kinder mit den Eltern ausführlich thematisiert.

Frage 32. Inwiefern setzt sich die Landesregierung dafür ein, dass die Tabakentwöhnung für Schwangere und junge Eltern in die ärztliche Betreuung integriert wird?

Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. Für die gesetzlich Versicherten ist dies in den sogenannten Mutterschafts-Richtlinien deutschlandweit verbindlich geregelt, eine Tabakentwöhnung ist darin bislang nicht enthalten.

Ärztinnen und Ärzte bieten selten Tabakentwöhnungsprogramme an und verfügen i.d.R. nicht über eine entsprechende Zusatzqualifikation, so zeigt eine Befragung des Deutschen Krebsforschungszentrums aus 2007. Sie können jedoch als Schnittstelle dienen, um aufhörwillige Schwangere bzw. junge Eltern auf entsprechende Tabakentwöhnungsangebote hinzuweisen und/oder in entsprechende Angebote z.B. der Beratungsstellen der Suchthilfe vermitteln.

Nach einer bundesweiten Befragung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) zu Tabakentwöhnungsangeboten in Deutschland aus 2007 zeigten die Ergebnisse, dass Ärztinnen und Ärzte selten Tabakentwöhnungsprogramme anbieten und i.d.R. nicht über eine Zusatzqualifikation zur Tabakentwöhnung verfügen. Eine Ärztin oder ein Arzt (z.B. der Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Kinder- und Jugendheilkunde) kann jedoch als Schnittstelle dienen, um aufhörwillige Schwangere bzw. junge Eltern auf entsprechende Tabakentwöhnungsangebote hinzuweisen und/oder in entsprechende Angebote vermitteln, wie z.B. in die Beratungsstellen der Suchthilfe, die Tabakentwöhnung anbieten.

Frage 33. Inwiefern setzt sich die Landesregierung dafür ein, dass Tabakprävention und Entwöhnungsberatung in die Aus-, Fort-, Weiterbildung von Sozial- und Gesundheitsberufen aufgenommen wird?

Es liegt aktuell keine Übersicht darüber vor, ob und wenn ja, in welchem Umfang der Bereich Tabakprävention bereits in den Lehrplänen der Ausbildung in Sozial- und Gesundheitsberufen in Hessen integriert ist.

Bekannt ist, dass z.B. die Hochschule Fulda, regelmäßig mit Studierenden des Gesundheitsmanagements und der Gesundheitsförderung an den Deutschen Konferenzen für Tabakkontrolle des WHO-CC für Tabakkontrolle teilnimmt. Tabakprävention ist ein Schwerpunkt der Konferenzen.

Bundesweit existieren Fort- und Weiterbildungsangebote zur Zusatzqualifikation zur Tabakentwöhnung, z.B. beim Institut für Therapieforschung (IFT) in München zum Kursleiter des Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei in 10 Schritten“.

V. Gesunde Schwangerschaft fördern – Frühgeburtenrate senken

Frage 34. Inwiefern werden in Hessen internationale Erfahrungen ausgewertet, um Hinweise zur Förderung gesunder Schwangerschaften zu erhalten?
Gibt es in Hessen Forschungs- und Modellprojekte im Sinne der WHO-Initiative „Born too soon“?

Goethe-Universität Frankfurt:

Alle Kliniken Hessens, so auch der Funktionsbereich Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Fachbereichs Medizin, haben sich seit Jahren an europäischen Studien zur Perinatalversorgung in Europa beteiligt. Diese Studien waren MOSAIC (Models of Organising Access to Intensive Care for Very Preterm Births) oder EPICE (Effective Perinatal Intensive Care in Europe). Der Koordinator dieser Studien ist Prof. Dr. Rolf Maier aus Marburg. Mitarbeiter des Funktionsbereichs Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sind Teil und Experten der WHO in diesem Forschungsprojekt.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Die Ergebnisse internationaler Studien fließen in die Leitlinien ein, die von den Fachgesellschaften (u.a. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) verfasst werden. Die aktuelle Leitlinie „Prävention und Therapie der Frühgeburt“ wurde im Februar 2019 herausgegeben.

Die Perinatalzentren Level I des Landes Hessen haben stellvertretend für die Bundesrepublik an den europäischen EPICE und MOSAIC Studien teilgenommen. Diese Studien haben sowohl die Inzidenzen der Frühgeburtlichkeit untersucht und erörtert, wie man die Versorgung von Frühgeborenen verbessern kann.

Die Ergebnisse internationaler Studien sowie die internationale Erfahrung sind in den Mutterchaftsrichtlinien verankert.

Das WHO-Programm „Born too soon“ ist eher für Entwicklungsländer vorgesehen, in denen die Frühgeburtlichkeitsrate über 12 % liegt. Im Vergleich dazu liegt Deutschland wie die anderen Industrienationen mit 8,6 % deutlich niedriger. Die noch niedrigere Rate in bestimmten Ländern (z.B. Schweden) ist Gegenstand aktueller Recherche und Diskussion.

Philipps-Universität Marburg:

Hessen ist seit 2002 als deutsche Region an europäischen Forschungsprojekten zur Optimierung der Versorgung von Schwangeren mit drohender Frühgeburt und von sehr unreifen Frühgeborenen beteiligt. Involviert waren dabei alle hessischen Geburtskliniken und Kinderkliniken unter Federführung von Prof. Dr. Rolf Maier an der Philipps-Universität Marburg.

Die Auswertungen aktueller Studienergebnisse werden lokal umgesetzt und in interdisziplinären und interprofessionellen Fortbildung diskutiert und in Standards überführt. Marburg hat hierfür ein interdisziplinäres und interprofessionelles Perinatal-board mit Beteiligung aller Disziplinen und Berufsgruppen, die im Thema Frühgeburtlichkeit involviert sind.

Zusätzlich erfolgt die Beteiligung der „Frühen Hilfen“ bei der Umsetzung der Erkenntnisse in die Regelversorgung von Schwangeren vorgeburtlich und in der Betreuung nach der Geburt.

Hochschule Fulda:

Standard wissenschaftlicher Lehre ist es, systematisch internationale Erfahrungen auszuwerten und in die Lehre einfließen zu lassen. Beide Hebammenprofessorinnen der Hochschule Fulda verfügen zudem persönlich über internationale Erfahrungen in der Geburtshilfe. Spezielle Forschungs- und Modellprojekte im Sinne der WHO-Initiative „Born to soon“ existieren an der Hochschule Fulda allerdings nicht.

Frage 35. Inwiefern beteiligt sich die Landesregierung sowie andere hessische Akteure am Ausbau der bereits bestehenden Leitlinienkommission zum Thema Frühgeburt zur Erhöhung des Bewusstseins, der Sensibilität und Aktivitäten zur Prävention von Frühgeburtlichkeit?

Goethe-Universität Frankfurt:

Mitarbeitende des Funktionsbereichs Geburtshilfe und Pränatalmedizin des Fachbereichs Medizin sind Leitlinienkoordinatoren der Fachgesellschaft, die für die Leitlinie Frühgeburt verantwortlich zeichnet und als Stiftungsvorsitzende auch Financier der Leitlinie ist.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Die Leitlinien werden von den Fachgesellschaften im nationalen Rahmen erarbeitet bzw. im Rahmen des Deutschsprachigen Raums. Mitglied der Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ist Prof. Dr. Louwen (Frankfurt). Als Autoren der S2k-Leitlinie „Frühgeburt“ haben aus Hessen Prof. Dr. Bahlmann und Dr. Bedei (beide Frankfurt) fungiert.

Philipps-Universität Marburg:

Die Erfahrungen aus diesen europäischen Forschungsprojekten (siehe Frage 34) sollen in internationale Leitlinien zur Versorgung und Betreuung von sehr unreifen Frühgeborenen münden. Die Kommissionen werden durch die Fachgesellschaften besetzt – Marburg hat hier die Koordinierungsrolle bei der S3-Leitlinie Kaiserschnitt.

Hochschule Fulda:

Federführende Fachgesellschaft der existierenden Leitlinie zur Prävention und Therapie der Frühgeburt ist die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). Beteiligt ist u.a. die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V., in der die Hochschule Fulda aktiv ist.

Die AOK Hessen bietet ihren schwangeren Versicherten bis zur 20. Schwangerschaftswoche das Programm „AOK-Priomed zur Prävention von Frühgeburten“ (§ 140 a SGB V) an. Inhalt: zusätzliches ärztliches Beratungsgespräch, Aufklärung Risikofaktoren und prophylaktische Maßnahmen, Frühultraschall, TSH-Wert-Bestimmung, Messung Eisenmangel, Untersuchung vaginale Infektion, Ultraschallscreening Muttermundschwäche.

Frage 36. Inwiefern und von wem werden in Hessen geeignete Maßnahmen/Strategien zur Senkung der Frühgeburtlichkeitsrate erforscht und in die Praxis transferiert?

Goethe-Universität Frankfurt:

Der Funktionsbereich Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Fachbereichs Medizin forscht zur Thematik im Rahmen von klinischen und experimentellen Studien. Der Transfer erfolgt durch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mit

dem Berufsverband der Frauenärzte Hessen. Darüber hinaus besteht am Funktionsbereich Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ein bundesweit einzigartiges klinisch-wissenschaftliches Langzeitprojekt zur Psychologie in der Geburtshilfe, insbesondere bei Frühgeburt.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Es erfolgt eine zentrale Erfassung aller geburtshilflichen und neonatologischen Qualitätsindikatoren der Frühgeburtlichkeit und von Parametern aller Perinatalzentren Hessens. Die Gesellschaft für Qualitätssicherung Hessen (GQH) wertet die Daten aus und stellt sie zur Verfügung. Es erfolgt die Analyse sowie der Vergleich, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Die besonderen Maßnahmen zur Senkung der Frühgeburtlichkeit (intravaginale Progesteronapplikation, Einlage eines Arabin-Pessars, pH-Selbst-Messung zur Früherkennung von vaginalen Infektionen) werden entsprechend der Leitlinienempfehlungen angewendet. Die Arabin-Pessare sind von der in Marburg wirkenden Frauenärztin Prof. Dr. Arabin entwickelt und benannt.

Philipps-Universität Marburg:

Auf die Antwort zu Frage 34 wird verwiesen. Ferner gibt es hierzu lokale Forschungsprojekte der Frauenkliniken. Der Erkenntnistransfer erfolgt über Perinatalboard, Frühe Hilfen und die Organe des Berufsverbandes der Frauenärzte in regelmäßigen Fortbildungen und Qualitätszirkeln.

Frage 37. Gibt es in Hessen eine psychosomatische Weiterbildung für alle beteiligten Berufsgruppen zur Begleitung von Frauen mit drohender Frühgeburt? Wenn ja, wer führt diese durch? Wenn nein, inwiefern plant die Landesregierung eine solche Weiterbildung zu initiieren?

In der aktuellen Weiterbildungsordnung für zukünftige Frauenärztinnen und -ärzte ist eine Kursweiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung sowie inhaltlich die Erkennung und Behandlung von Risikoschwangerschaften enthalten. Diese werden von zertifizierten Kursleiterinnen und Kursleitern sowie den Weiterbildungsbeauftragten der Landesärztekammer durchgeführt.

Goethe-Universität Frankfurt:

Die ärztliche Weiterbildung beinhaltet das Erlernen ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten nach abgeschlossener ärztlicher Ausbildung und Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Hier liegt damit die Zuständigkeit bei der Ärztekammer und nicht bei den Universitäten. Im Rahmen der Weiterbildung sind am Funktionsbereich Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe die Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal kontinuierlich in die psychologische klinische Studie und die Auswertungen eingebunden.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Ein spezielles Programm zur psychosomatischen Weiterbildung für alle beteiligten Berufsgruppen existiert in Hessen nicht. Ganz allgemein ist die Akademie der Landesärztekammer mit Themen der Weiterbildung betraut, die u.a. ein Curriculum Psychosomatische Grundversorgung als Weiterbildung anbietet.

Philipps-Universität Marburg:

Die Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung ist Bestandteil der Facharztweiterbildung; diese muss jede Frauenärztin und jeder Frauenarzt durchlaufen haben. Verantwortlich ist die Landesärztekammer.

Frage 38. Inwiefern werden Vergleiche der Ergebnisqualität der Einrichtungen rund um Schwangerschaft und Geburt in Hessen aufbereitet und zur Verfügung gestellt?

Alle Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung sind verpflichtet, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) regelt dabei die Grundanforderungen an die Qualitätssicherung. Es enthält unter anderem die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements und zur Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden externen Qualitätssicherung (§ 135a SGB V).

Zum 1. Juni 1995 trat der Vertrag über die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung in Hessen in Kraft. Dieser zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen in Hessen vereinbarte Vertrag dient der Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß §137 i. V.m. § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V. Auf dieser Grundlage wurde im November 1995 die GQH eingerichtet.

Im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt werden folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt:

- Perinatalerhebung,
- Neonatalerhebung.

Die Veröffentlichung der Daten aus den Erhebungen erfolgt im jährlichen „Bericht zur externen Qualitätssicherung“.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist Auftraggeber der Webseite perinatalzentren.org. Das Projekt wird von den gesetzlichen Krankenkassen über den Gemeinsamen Bundesausschuss finanziert und dient als Informationsportal für alle, die sich über die Versorgungsqualität von sehr kleinen Frühgeborenen informieren möchten. Es richtet sich insbesondere an werdende Eltern, die ein sehr kleines Frühgeborenes erwarten. Sehr kleine Frühgeborene sind Kinder, die mit einem Gewicht von weniger als 1.500 g geboren werden. Sie sollen in spezialisierten Krankenhäusern geboren und versorgt werden; diese sind auf die besonderen Bedürfnisse der Kinder eingerichtet. Auf der Website wird die Qualität der Versorgung von Krankenhäusern, die sehr kleine Frühgeborene versorgen, vergleichend dargestellt.

VI. Gesunde Schwangerschaft fördern – Besondere Unterstützungsbedarfe identifizieren und spezifische Angebote entwickeln und vermitteln

Frage 39. Inwiefern werden in Hessen ressourcen-orientierten Assessmentverfahren zur Unterstützung eines adressatengerechten frühzeitigen Erkennens und Beeinflussens von gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren entwickelt und eingesetzt?

Hierzu liegen der Landesregierung keine Informationen vor.

Frage 40. Inwiefern besteht in Hessen eine interkulturelle Öffnung der Schwangerenbetreuung und der Ausbau einer communityspezifischen Selbsthilfe?

Hierzu liegen keine Informationen vor.

Frage 41. Inwiefern setzt sich die Landesregierung für die Stärkung der Kooperation von Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe und ÖGD, insbesondere mit Perspektive auf die Entwicklung familienorientierter, aufsuchender Angebote für Schwangere/Familien in besonders belasteten Lebenssituationen, ein?

Das Land fördert Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz in Hessen:

Die Fach- und Fördergrundsätze zur Landesförderung Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz in Hessen vom 23. April 2018 sind rückwirkend zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten und wurden im Staatsanzeiger für das Land Hessen Nr. 19 vom 7. Mai 2018, Seite 612 ff. veröffentlicht.

Die Fach- und Fördergrundsätze sind in die Bereiche A, B, C und zusätzlich neu in den Bereich D gegliedert: Im neu hinzugekommenen Teil D werden Projekte zur Kooperation und Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitswesen gefördert.

Antragsberechtigt sind die 33 in der Bundesstiftung Frühe Hilfen antragsberechtigten Kreise, kreisfreien Städte und Sonderstatusstädte in Hessen.

Die Anträge sind unter Hinzuziehung der Anlage Teil D beim Regierungspräsidium Kassel einzureichen. Eine Fristsetzung gibt es nicht.

Das Land Hessen bietet in der Regel jährlich eine Qualifizierung zur Familienhebamme/Familiengesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in an, die dann als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Frühen Hilfen tätig sein können.

Der Ausbau der Kooperation zwischen den o.g. und weiteren Kooperationspartnern ist zentraler Gegenstand und Förderziel der Netzwerke Frühe Hilfen, die sowohl aus der BSFH als auch aus dem Landesprogramm „Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz“ gefördert werden. In der BSFH gibt es einen Förderschwerpunkt „Schnittstellenangebote“, der in Hessen aufgrund nicht ausreichender Mittel jedoch nur nachrangige Bedeutung hat. Im Landesprogramm ist insbesondere der 2018 neu geschaffene Förderschwerpunkt „Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ zu nennen, in dem diesbezügliche Projekte oder kommunale Steuerungsprozesse (Entwicklung einer kommunalen Konzeption) gefördert werden können.

Durch Familienzentren, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäuser und Familienbildungsstätten erhalten werdende Eltern vielfältige Informationen, Beratung und Unterstützung im Sozialraum. Hier begegnen sie Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich (wie z.B. Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte, Frauenärztinnen und -ärzte) und aus dem Sozialwesen. Dies eröffnet eine multiprofessionelle Begleitung für werdende Eltern und eine umfassende und ganzheitliche Beratung.

Frage 42. Inwiefern will sich die hessische Landesregierung für die Integration von Kompetenzentwicklung/Qualifizierung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung etwa von Lehrkräften und Ausbildern (Train the Trainers) hinsichtlich des Umgangs mit Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf einsetzen?

Lehrkräfte an Schulen leisten neben ihrem Unterricht auch umfängliche Beratungen für Schülerinnen und Schüler sowie ihre Eltern oder Erziehungsberechtigten. Dies ist eine Form des Umgangs mit Familien, der an Schulen geleistet wird. Hierbei wird auf das Lernen, gemeint als die

Entwicklung fachlicher und überfachlicher Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler, fokussiert. Nicht selten betrifft die originäre Lernberatung u. a. familiäre Umstände, die Auswirkungen auf die Entwicklung und das Lernen der Schülerinnen und Schüler haben. Es gehört zur Professionalität von Lehrkräften, die fließende Abgrenzung von Beratung im schulischen Kontext zu erkennen und hierauf aufmerksam zu machen. Für diese Fälle wird regelmäßig auf alternative Beratungsangebote hingewiesen. Die Förderung der professionsspezifischen Beratungskompetenz von Lehrkräften in diesem umfänglichen Verständnis gehört zu den Aufgaben der Lehrerbildung. Insbesondere in einzelnen bildungswissenschaftlichen Veranstaltungen der universitären Ausbildung sowie im Vorbereitungsdienst im Rahmen des für alle Lehrämter verpflichtenden Ausbildungsmoduls „Erziehen, Beraten, Betreuen“ wird diese Kompetenz grundgelegt. Es existieren ebenso Fortbildungsangebote, die zum Ziel haben, die Beratungskompetenzen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu stärken.

Die Schulleiterinnen und Schulleiter werden als wesentliche Führungskräfte des Kultusressorts in Hessen auf der Grundlage des Anforderungs- und Kompetenzprofils (AKP) weitergebildet. In diesem AKP spielen sowohl die persönlichen als auch die sozialen und kommunikativen Kompetenzen eine entscheidende Rolle. Beide Kompetenzfelder sind entscheidend im Kontext der Beratung und Unterstützung von Familien, die an dieser Stelle einen besonderen Bedarf haben.

Die Sensibilisierung weiterer Berufsgruppen hat die Landesregierung im Blick und wird bei Änderungen von Fach- oder Weiterbildungsprogrammen eine entsprechende Aufnahme prüfen.

Frage 43. Inwiefern ist in Hessen für eine bedarfsgerechte Vermittlung von Unterstützungsangeboten angedacht, eine frühzeitige Beratung sowie Case-Management/Lotsenfunktion durch professionelle Fachkräfte zu etablieren?

Die bedarfsgerechte Vermittlung von Unterstützungsangeboten, auch über unterschiedliche Leistungssysteme hinweg ist ein Kernthema und zentrales Ziel der Frühen Hilfen. Die frühzeitige Identifikation und Beantwortung von familiären Unterstützungsbedarfen soll durch die gesetzlich vorgeschriebene strukturelle Vernetzung im Rahmen der kommunalen Netzwerke Frühe Hilfen vorangetrieben und nachhaltig gesichert werden. Insofern verstehen sich alle in den Netzwerken beteiligten Fachkräfte als Lotsen im Sinne der Familien. Weitere konkrete Maßnahmen in diesem Bereich sind Projekte wie Lotsendienste an Geburtskliniken und in Arztpraxen, sowie in den Kommunen angesiedelte Lotsendienste, die bereits punktuell in Hessen umgesetzt werden. Diese Einzelmaßnahmen werden sowohl aus Landesmitteln als auch aus Eigenmitteln der Kommunen finanziert.

VII. Gesunde Schwangerschaft fördern – Die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine kontinuierliche Betreuung

Frage 44. Inwiefern trägt die Landesregierung Sorge mit Hilfe welcher Akteure für eine Stärkung multi-professioneller Schwangerenvorsorge/Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung? Inwiefern setzt sich die Landesregierung für den Ausbau der Kooperation zwischen Schwangerschaftskonfliktberatung, Gesundheitswesen, Familien- und Sozialämtern sowie Jobcentern ein?

Die Betreuung von Frauen hat in den hessischen Jobcentern einen hohen Stellenwert. Die Beratung erfolgt einzelfallorientiert und auf die Belange des Einzelfalls abgestellt. Insoweit geht die Landesregierung davon aus, dass die Jobcenter die Belange von Schwangeren bei der Integration in den Arbeitsmarkt berücksichtigen, entsprechend beraten und auf die vom Fragesteller beschriebenen Netzwerke verweisen.

Grundsätzlich ist die Verknüpfung des Leistungsangebots der Jobcenter mit den Leistungsangeboten anderer Träger immer Gegenstand der regelmäßig mit allen kommunalen Jobcentern (KJC) stattfindenden Zielsteuerungsdialogen.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 41 verwiesen.

Frage 45. Inwiefern gibt es oder ist geplant in Hessen Kooperationsmodelle für die Zusammenarbeit zwischen Frauenärztinnen/Frauenärzten und Hebammen unter Beachtung der berufsrechtlichen Bedingungen?

In den Praxen von vertragsärztlich tätigen Frauenärztinnen und -ärzten arbeiten zunehmend auch Hebammen zur Betreuung von Schwangeren und Müttern in Wochenbett und Stillzeit.

Frage 46. Inwiefern werden durch partizipative Forschung in Hessen spezifische Bedarfe werdender Eltern ermittelt?

Goethe-Universität Frankfurt:

An der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Fachbereichs Medizin gab es bis 2018 eine gemeinsame Forschungsgruppe aus Mitgliedern des FB Gesellschaftswissenschaften (Qualitative

Soziologie) und FB Medizin (Schwerpunkt Neonatologie), die sich mit der Familienbildung unter dem Aspekt einer pränatal erkannten Fehlbildung des Kindes beschäftigte. Teile der Ergebnisse wurden im Heft 02/18 der Reihe „Forschung Frankfurt“ veröffentlicht.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Entsprechende Projekte sind nicht bekannt. Die Elterninteressensvertretungen wie der Bundesverband „Das Frühgeborene Kind e.V.“ mit Sitz in Frankfurt werden zunehmend in die Gestaltung und Durchführung von derartigen klinischen Forschungsansätzen unterstützend und gestaltend einbezogen und die Versorgungsstrukturen aktiv mitgestaltet.

Philipps-Universität Marburg:

Elternvertreter/-innen waren und sind an den genannten europäischen Forschungsprojekten beteiligt. Außerdem wurden Eltern, vor allem Mütter, von Frühgeborenen gezielt nach ihren Erfahrungen und ihren Wünschen bei der Versorgung ihrer Kinder befragt.

Die Philipps-Universität hat dazu weitere eigene Forschungsprojekte, die gemeinsam von der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie durchgeführt werden. Dazu werden Eltern im Rahmen von Studien zu den Erwartungseffekten im Rahmen der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett untersucht und begleitet. Durch Befragung während der Schwangerschaft und innerhalb von 6 Monaten nach der Geburt wird eine Auswertung zu den Erwartungen und real eingetretenen Situationen möglich.

Frankfurt University of Applied Sciences:

Ein Projekt der Frankfurt UAS beschäftigte sich unter dem Titel „The Future of Labour – Arbeitswelten rund um die Geburt zukunftsfähig gestalten“ (Beteiligung: Dr. Rhea Seehaus) mit dem Wandel der „Arbeit“ (Labour) rund um die Geburt. Dabei kommen partizipative Methoden zum Einsatz (Erzählcafés). Darüber hinaus gab es ein Projekt (im Jahr 2010) und Vorträge der Frankfurt UAS (Leitung: Prof. Dr. Lotte Rose) zum Thema „Geburtshilfereformen in der Risikogesellschaft“ (Projekt), „Die ‚natürliche und sanfte Geburt‘. Paradoxien der modernen Entbindungsreformen“ (Vortrag) und „Mütter und Väter in der Geburtsvorbereitung. Ergebnisse einer Ethnografie“ (Vortrag).

Hochschule Fulda:

In Fulda werden in Kürze drei neuen Promotionsstellen an der Schnittstelle zwischen Public Health und Hebammenwissenschaft, die Forschung zu Themen rund um Schwangerschaft und Geburt, ausgebaut. Eine der Promotionsstellen wird sich beispielsweise mit der Sicht von werdenden Eltern auf Hebammenzentralen befassen, eine zweite mit den Erfahrungen und Bedürfnissen von Frauen, die die Geburt als traumatisches Erlebnis erfahren haben, das sie als Gewalterfahrung beschreiben.

Frage 47. Inwiefern gibt es in Hessen einheitliche, evidenzbasierte, differenz-sensible Informationsstandards zur Information werdender Eltern über alle Berufsgruppen und Beratungseinrichtungen hinweg? Inwiefern will sich die Landesregierung für die Verbesserung und Etablierung einheitlicher, evidenzbasierter, differenz-sensibler Informationsstandards zur Information werdender Eltern über alle Berufsgruppen und Beratungseinrichtungen?

Eine Schlüsselrolle haben hier die Frauenärztinnen und Frauenärzte sowie die Hebammen inne. Darüber hinaus stehen den werdenden Eltern über die bereits genannten Quellen Informationen zur Verfügung.

Derzeit sind keine weiteren Informationsstandards geplant.

VIII. Eine physiologische Geburt ermöglichen und fördern – Interventionsarme Geburten fördern. Gesundheitliche Ressourcen stärken

Frage 48. Inwiefern wird in Hessen das Konzept der frauenzentrierten Betreuung und Ausweitung bei den der Betreuung beteiligten Berufsgruppen von schwangeren Frauen angewendet? Inwiefern will sich die Landesregierung für die Anwendung, Etablierung und Weiterentwicklung des Konzeptes einsetzen – auch unter Berücksichtigung der Integration des Konzepts der frauenzentrierten Betreuung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen?

Frage 49. Inwiefern werden bereits heute evidenzbasierte und verständliche Informationen zu geburtshilflichen Interventionen in Hessen bereitgestellt?

Die Fragen 48 und 49 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Vorrangige Komponenten des frauenzentrierten Konzeptes sind, dass die Frauen bei der Geburtsvorbereitung und dem Geburtsprozess Wahlmöglichkeiten haben und eine informierte Entscheidung treffen können, dass sie die persönliche Kontrolle behalten und mit- und selbstbestimmen können.

Informationen rund um die Schwangerschaft, die Geburtsvorbereitung, die Geburt sowie die Zeit danach erhalten die Schwangeren durch die betreuenden Hebammen, Frauenärztinnen und Frauenärzte sowie die Geburtskliniken. Informationen stellen auch viele Krankenkassen sowie die BZgA zur Verfügung.

Frage 50. Wie wird in Hessen gewährleistet, dass geburtsdurchführende Personen (Hebammen, Ärzte) sowie Geburtshäuser/Kliniken den zeitlich ausreichenden Erstkontakt zwischen Mutter und Kind (Bonding) gewährleisten? Inwiefern sind Maßnahmen geplant, um das Bonding zu verbessern?

Es wird davon ausgegangen, dass die anbietende Einrichtung die Mutter motiviert und ermutigt. Maßnahmen seitens der Landesregierung sind hierzu derzeit nicht geplant.

IX. Eine physiologische Geburt ermöglichen und fördern – Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe identifizieren und spezifische Angebote entwickeln und vermitteln

Frage 51. Ist die an die Risikoeinstufung angepasste Betreuung in der jeweiligen geburtshilflichen Versorgungsstufe in Hessen sichergestellt? Wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht und inwiefern soll dies zukünftig sichergestellt werden?

Frage 52. Ist in Hessen eine Bedarfsdifferenzierung entsprechend der identifizierten Belastungen (Frauen nach Gewalterfahrung, mit Behinderung, psychischer Erkrankung etc.) und Berücksichtigung bei der Planung und Gestaltung der Geburt sowie Bereitstellung notwendiger Angebote (z.B. Anwesenheit einer Psychologin, eines Psychologen bzw. einer Psychotherapeutin, eines Psychotherapeuten) gegeben? Wenn ja, wie? Wenn nein, inwiefern ist geplant eine solche Bedarfsdifferenzierung einzuführen und entsprechende Vorhaltungen umzusetzen?

Die Fragen 51 und 52 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet:

Hierzu liegen keine Informationen vor.

Frage 53. Inwiefern werden in Hessen alle beteiligten Berufsgruppen im Bereich Kommunikation in Problem-situationen und der Kommunikation mit Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf geschult?

Hier wird auf die Antwort zu Frage 18 verwiesen.

Frage 54. Inwiefern ist die Integration von Aspekten zur kultursensiblen Versorgung und Betreuung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen sichergestellt? Inwiefern ist hierbei auch die Sprachmittlung (verbale sowie durch Materialien) berücksichtigt?

Im Kurs "Psychosomatische Grundversorgung" (Zielgruppe u. a. Frauenärztinnen und -ärzte) werden die Themen innerhalb der Punkte "Trauma" und "Patientengespräch" behandelt. Ein Teil der Veranstaltung widmet sich dem Themenblock "Psychosomatische Aspekte in der Gynäkologie und Geburtshilfe". Hierbei gehen die Referentinnen und Referenten bei Bedarf der Teilnehmerschaft auf das genannte Thema ein. Auch in der Veranstaltung "Psychosomatische Grundversorgung für die Kursweiterbildung Allgemeinmedizin" werden entsprechend kultursensible Themen aufgegriffen. Die Veranstaltung "Muslimische Patienten in der Psychotherapie" beinhaltet das Thema "Kultursensibilität" für die genannte Zielgruppe.

X. Eine physiologische Geburt ermöglichen und fördern – Konstruktive und partnerschaftliche Zusammenarbeit der an der Geburt beteiligten Berufsgruppen. Sie gewährleisten eine möglichst kontinuierliche Betreuung

Frage 55. Inwiefern ist ein umfassender Kommunikationsfluss bei der Übergabe von Informationen an verschiedenen Versorgungsschnittstellen in Hessen gewährleistet?

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 24c bis § 24f SGB V bzw. § 8 Absatz 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§§ 2 Absatz 1, 12 Absatz 1, 28 Absatz 1, 70 Absatz 1 und 73 Absatz 2 SGB V). In dieser Richtlinie sind auch Regelungen über durchzuführende Eintragungen in den Mutterpass geregelt.

Jede werdende Mutter erhält ab offizieller Feststellung der Schwangerschaft einen Mutterpass. In diesen werden Gesundheitsdaten und medizinische Untersuchungen während der Schwangerschaft, zum Teil auch in den ersten Lebensjahren des Kindes, eingetragen.

Er beinhaltet sowohl Daten zum Gesundheitszustand der Mutter als auch zur Entwicklung des Babys und dient als das zentrale Instrument der Informationsübermittlung im gesamten Verlauf

der Schwangerschaft und der Nachsorge. Den Mutterpass sollten Schwangere immer bei sich haben, damit Sie im Notfall gleich richtig behandelt werden können.

Im „Gelben Kinderuntersuchungsheft“ werden von den Ärztinnen und Ärzten sowie teilweise Hebammen und Entbindungspflegern das genaue Datum und die Ergebnisse aller U-Untersuchungen, die seit 1. Januar 2008 in Hessen verpflichtend sind, festgehalten. Informationen hierzu erhalten die Eltern bereits zur Geburt in den Krankenhäusern. Die Eltern unterstützt das Gelbe Heft bei der Vorbereitung auf die jeweilige Früherkennungsuntersuchung mit Informationen über die altersentsprechenden Untersuchungsinhalte. Das Gelbe Heft wird den Eltern des Kindes in der Regel in ihrer Geburtsklinik übergeben, bei Hausgeburt von ihrer Hebamme bzw. ihrem Entbindungspfleger.

Frage 56. Inwiefern werden seitens des Landes Hessen Leitlinien und Standards in der Geburtshilfe unter Beteiligung der Berufsgruppen interprofessionell erarbeitet? Inwiefern wird der „Runde Tisch Hebammen“ daran beteiligt?

Goethe-Universität Frankfurt:

Der Funktionsbereich Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Fachbereichs Medizin ist an der Leitlinienerstellung der nationalen Fachgesellschaft DGGG und der WHO direkt beteiligt. Aktuell wurde gemäß der Verfahren der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) die S3-Leitlinie „Die Sectio caesarea“ unter Koordination des Leiters des Funktionsbereichs (Prof. Louwen) interprofessionell fertiggestellt. Er ist gleichzeitig Experte für den Bereich bei der WHO und Mitglied beim „Runder Tisch Hebammen“. Außerdem laufende evidenzbasierte Leitlinien-Verfahren unter seiner Leitung sind „Schwangerschaftsabbruch“ und „Beckenendlagegeburt“.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Leitlinien werden von den Fachgesellschaften erarbeitet und herausgegeben, sind nicht für ein Bundesland spezifisch, sondern national. Die für ein Zentrum geltenden Standards werden zentrumsintern anhand der Leitlinien und der speziellen Umgebungssituation erarbeitet. Daran nehmen idealerweise auch die Hebammen der jeweiligen Einrichtung teil. Die Standards werden unter den Abteilungen auch ausgetauscht und transparent gemacht. Sie gleichen sich in den Perinatalzentren weitgehend, da sie sich an den Leitlinien orientieren.

Philipps-Universität Marburg:

Leitlinien sind in der Hoheit der Fachgesellschaften und werden unter Beteiligung (S3 Niveau) aller Berufsgruppen erarbeitet und verabschiedet – regional dient zur Umsetzung das Perinatalboard mit wöchentlichen Fallkonferenzen jeder Patientin mit drohender Frühgeburtlichkeit. In Marburg existiert darüber hinaus eine Initiative des Kreises mit Aufbau des Netzwerks Geburt, in dem alle Berufsgruppen und regionalen Geburtskliniken vertreten sind und zusammenarbeiten.

Hochschule Fulda:

Momentan wird die bundesweite Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin von der AWMF überarbeitet und soll im März 2020 veröffentlicht werden. Diese Leitlinie gilt bundesweit und wird interdisziplinär erstellt unter Beteiligung der DGGG (deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) und DGHWI (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften) sowie Berufsverbände und Patientenvertreterinnen. Maßgeblich ist aus Hessen beispielsweise Prof. Dr. h.c. Louwen aus Frankfurt beteiligt.

Frage 57. Welche Aufgaben hat der „Runde Tisch Hebammen“?

Frage 58. Wie werden Erkenntnisse des „Runden Tisches Hebammen“ in die Handlungen transformiert?

Frage 59. Inwiefern gibt es bzw. wird es eine Etablierung gemeinsamer Fortbildungen und Fallbesprechungen der beteiligten Berufsgruppen auf den verschiedenen Versorgungsebenen (niedergelassen, klinisch sowie außerklinisch Tätige; insbesondere auf lokaler und regionaler Ebene) bezogen auf gemeinsame Leitlinien und Standards in der Geburtshilfe geben?

Die Fragen 57 bis 59 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam wie folgt beantwortet:

Der „Runde Tisch Zukunftsprogramm Geburts- und Hebammenhilfe in Hessen“ hat sich zum zweiten Mal am 17. Dezember 2019 im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) zusammengefunden. Auf Einladung von Staatsminister Kai Klose diskutiert das Gremium erste Ergebnisse eines 2018 vom HMSI beauftragten Gutachtens zur Hebammenversorgung in Hessen, das vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) und der Hochschule für Gesundheit Bochum (hsg) erstellt wurde. Das Gutachten stellt die jüngere Entwicklung, aktuelle Situation und Prognosen zur Hebammenversorgung dar und beruht auf Analysen und Befragungen. Auf der Grundlage der Befragungsergebnisse können nun zum einen die Maßnahmen im Bereich der Geburts- und Hebammenhilfe identifiziert werden, die bereits zur Verbesserung der Versorgungs- und Vergütungssituation beitragen. Zum anderen dienen die Ergebnisse als Ausgangspunkt für Handlungsempfehlungen, die insbesondere auf eine verbesserte Hebammenversorgung und Sicherung der geburtshilflichen Versorgung gerichtet sind. Diese Empfehlungen entwickelt in einem nächsten Schritt der Fachbeirat für das Hebamme Gutachten und legt sie dem Runden Tisch im

kommenden Jahr zur Diskussion und Abstimmung vor. Der Runde Tisch setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern von Hebammen, Geburtskliniken und -häusern, Eltern, Hebammenschulen, Geburtshelfern, Frauen-, Kinder- und Jugendärzten, Krankenkassen und Kommunalen Spitzenverbänden zusammen und hat sich im Mai 2019 auf Initiative des HMSI konstituiert.

Frage 60. Inwiefern will das Hessischen Ministerium für Soziales und Integration mit den beteiligten Akteuren auf Landesebene eine Schnittstellenoptimierung im perinatalen Audit zwischen Geburtshilfe und Neonatologie durchführen? Wenn ja, gibt es derzeit schon konkrete Planungen? Wenn nein, warum nicht?

Der G-BA hat den gesetzlichen Auftrag, Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser zu beschließen. In diesem Zusammenhang entwickelt der G-BA unter anderem Konzepte, in denen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen spezieller diagnostischer und therapeutischer Leistungen festgelegt werden. Ziel der Strukturqualitätskonzepte ist es, qualitativ hochwertige strukturelle Voraussetzungen für die medizinische Versorgung zu schaffen.

Die „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL“ definiert ein Stufenkonzept der perinatalen Versorgung in Krankenhäusern. Sie regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen und Zuweisungskriterien von Schwangeren nach dem Risikoprofil der Schwangeren oder des Kindes.

Bei der Versorgung von Frühgeborenen sowie Reifgeborenen mit besonderen Risiken werden in der QFR-RL des G-BA vier Versorgungsstufen unterschieden: Perinatalzentren Level 1 und 2, Perinataler Schwerpunkt und Geburtsklinik.

Zur Optimierung der perinatalen Versorgung haben Zuweisungen von Schwangeren in die Einrichtung nach dem Risikoprofil der Schwangeren oder des Kindes zu erfolgen.

Qualitätssicherung in Hessen:

Die Fachausschüsse an der GQH sind mit der konkreten Umsetzung, Statistikerstellung und Qualitätsbewertung der einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen in Hessen betraut. Der Fachausschuss Perinatalogie an der GQH besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Bereiche Geburtshilfe, Neonatologie, MDK, Hebammen und Krankenpflege, wodurch der multidisziplinäre, schnittstellenübergreifende Ansatz der Arbeit dieses Gremiums deutlich wird.

Aufgaben der Fachausschüsse:

- Beurteilung der Ergebnisse der Landesauswertung
- Festlegungen für den strukturierten Dialog (wer wird um Stellungnahme gebeten?)
- Definieren von landesspezifischen Indikatoren
- Definition von landesspezifischen Referenzbereichen, falls der Bundeswert die Landesverhältnisse nicht angemessen abbildet
- Einleitung des strukturierten Dialogs und Durchführung von kollegialen Gesprächen/Klinikbegehungen
- Empfehlungen zur Fortschreibung der Dokumentation
- Vorschläge zur Definition landesweiter Qualitätsziele
- Identifizierung qualitätsrelevanter Probleme und Fragestellungen
- Zeitnahe Berichterstattung an den Lenkungsausschuss über die Ergebnisse der ausgewerteten Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung

XI. Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft anerkennen und stärken – vorhandene Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden der Eltern zur Bildung einer Familie stärken

Frage 61. Inwiefern werden von wem evidenzbasierte, adressatengerechte Informationen (in verschiedenen Sprachen) zu allen wichtigen Aspekten des Wochenbetts zur Verfügung gestellt und auf geeignete Weise bekannt gemacht?

Informationen werden von verschiedenen Akteuren zur Verfügung gestellt, unter anderem von der AOK Hessen auf Ihrer Internetseite.

Frage 62. Inwiefern und von wem werden zur Förderung gesundheitlicher Elternkompetenz entsprechende Entwicklungen, Erprobungen und breite Angebote von Programmen entwickelt?

Im Rahmen der Qualifizierung und des Einsatzes der GFB ist die Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz (z.B. in Bezug auf Bindung, Ernährung, Schlaf, Versorgung des Säuglings) ein Schwerpunkt in der Begleitung der Familien.

Im Rahmen der Angebote von Familienzentren etc. werden gesundheitliche Aspekte der Elternkompetenz mit einbezogen.

Frage 63. Inwieweit wird das Angebot und die Förderung von 24-Stunden-Rooming-in in allen Kliniken etabliert? In welchen Kliniken sind diese Angebote bereits in welcher Anzahl vorhanden, welche Kliniken haben ein solches Angebot nicht?

Diese Angebote liegen in der Entscheidung der Klinik. Zahlen hierzu liegen nicht zusammengefasst vor.

Frage 64. Inwiefern werden und von wem werden schwangere Frauen in Hessen zu postpartum Hautkontakt und frühem Anlegen informiert und unterstützt?

Schwangere erhalten diese Informationen von ihren behandelnden Frauenärztinnen und Frauenärzten, Hebammen, Geburtsvorbereitungskursen, Geburtskliniken sowie den bereits benannten Informationsquellen.

Frage 65. Inwiefern werden Kliniken in Hessen dazu angehalten oder unterstützt, das Angebot an Familienzimmern auszubauen?

Diese Angebote liegen in der Entscheidung der Klinik.

Frage 66. Inwiefern werden durch welche Institutionen Informationen zu gesetzlichen Leistungsansprüchen in Hessen für Gebärende und ihre Angehörigen bereitgestellt?

In Hessen steht ein flächendeckendes Netz an Schwangerenberatungsstellen nach § 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in freier und kommunaler Trägerschaft zur Verfügung, die vom Land Hessen entsprechend § 4 SchKG gefördert werden. Die Beratungsgegenstände sind in § 2 SchKG definiert und breit gefächert. So umfasst die kostenlose und auf Wunsch auch anonyme Beratung u.a. Informationen über soziale und finanzielle Hilfen jeder Art.

XII. Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft anerkennen und stärken – Anteil stillender Mütter und Stilldauer erhöhen

Frage 67. Inwiefern (wo und durch wen) gibt es in Hessen das Angebot von Stillberatung und Unterstützung bei der Stillentscheidung?

Frage 68. Inwiefern werden vor allem Angebote für sozial benachteiligte Frauen zu Stillberatung und Aufklärung zum Thema Stillen (auch zu Themen wie physiologische Gewichtsschwankungen des Säuglings oder Auswirkungen von Zufüttern) entwickelt?

Die Fragen 67 und 68 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 13. und 67. verwiesen.

In Familienzentren und ähnlichen Einrichtungen werden Informationen zur Stillförderung im Rahmen der Angebote rund um die Geburt vermittelt. Gerade in Einrichtungen wie Familienzentren werden alle Menschen des Sozialraums angesprochen und es wird auf besondere Niedrigschwelligkeit geachtet.

Frage 69. Inwiefern werden zu o.g. Punkten auch verstärkt wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse berücksichtigt?

Die maßgeblichen Fachpersonen in den Kursen, Informationsveranstaltungen, Beratungen etc. sind fachlich kompetent und es wird davon ausgegangen, dass sie neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen.

Frage 70. Inwiefern wird Stillen in der Aus- und Weiterbildung von Health Professionals aller Gesundheitsbereiche thematisiert?

Während die Weiterbildungsordnung 2005, Stand 2019, das Stillen nur unter Wochenbettbetreuung erfasst, soll in Umsetzung der Muster-Weiterbildungsordnung ab 2020 die Stillberatung zum expliziten Bestandteil frauenärztlicher Kompetenz werden.

Frage 71. Inwiefern werden bei den Maßnahmen zur Stillförderung auch die Väter bzw. Partner, Partnerin berücksichtigt?

Bei den entsprechenden Angeboten in Familienzentren etc. erhalten auch Väter bzw. Partner, Partnerinnen die notwendige Berücksichtigung.

Frage 72. Inwiefern ist eine Einführung verbindlicher Stillrichtlinien in allen Kliniken und außerklinischen Settings in Hessen geplant? Wenn nicht, warum nicht?

Eine Einführung liegt in der Entscheidung der jeweiligen Klinik. Es wird keine Notwendigkeit einer verbindlichen Etablierung der Richtlinie gesehen, da davon ausgegangen wird, dass die

Mütter (und Väter) von den Hebammen und dem Personal in den Kliniken sowie den im Wochenbett betreuenden Hebammen entsprechend beraten und ermutigt werden.

Frage 73. Inwiefern wird Stillen in den Mutterschafts-Richtlinien thematisiert?

Das Stillen wird in den Mutterschaftsrichtlinien nicht explizit thematisiert. Das Vergütungsverzeichnis für Hebammen sieht allerdings Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes als hebammenhilfliche Leistung vor und ist sicherlich auch bereits Gegenstand der vorgeburtlichen ärztlichen Betreuung.

Frage 74. Inwiefern ist eine Aufnahme der Beratung zum Thema Stillen in den Mutterpass bzw. eine Weitergabe von Informationen zum Thema Stillen in Hessen angedacht?

Zum Thema „Stillen“ bietet z.B. die AOK Hessen ausführliche Beratung auf ihrer Homepage mit einer Verlinkung zu Hebammen- und Stillen-Organisationen (Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen, Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen, Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands, Deutscher Hebammenverband e.V., La Leche Liga Deutschland) an. Individuelle Beratung erfolgt u.a. in AOK-Expertenforen wie „Eltern&Kind“ oder „Ernährung“ oder der Arzneimittelberatung für Stillende.

Die Mutterschaftsrichtlinien des G-BA (Buchstabe F Nr. 2) sehen unter dem Punkt „Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin“ eine Beratung der Mutter vor. Dies schließt wohl die Beratung zum Thema Stillen mit ein.

Der Mutterpass ist als Anlage 3 Teil der Mutterschafts-Richtlinien (Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung) des G-BA. Die Länder sind bei der Weiterentwicklung dieser Richtlinien zu keinem Zeitpunkt mit eingebunden und sie haben hier auch kein Antragsrecht.

Frage 75. Inwiefern werden wo mit welchen Projekten, Projektpartnern in Hessen insgesamt stillfreundliche Rahmenbedingungen gefördert?

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration fördert derzeit keine entsprechenden Projekte.

Frage 76. Inwiefern sind solche Rahmenbedingungen bereits an Arbeitsplätzen des Landes Hessen etabliert? Wie will die Landesregierung andere Arbeitgeber ermutigen, stillfreundliche Rahmenbedingungen zu etablieren?

Nach § 7 Mutterschutzgesetz haben alle Mütter, die stillen wollen, gegenüber dem Arbeitgeber einen Anspruch, während der ersten zwölf Monate nach der Entbindung für die zum Stillen erforderliche Zeit freigestellt zu werden, mindestens aber zweimal täglich für eine halbe Stunde oder einmal täglich für eine Stunde. Bei einer zusammenhängenden Arbeitszeit von mehr als acht Stunden soll auf Verlangen der Frau zweimal eine Stillzeit von mindestens 45 Minuten oder, wenn in der Nähe der Arbeitsstätte keine Stillgelegenheit vorhanden ist, einmal eine Stillzeit von mindestens 90 Minuten gewährt werden. Die Arbeitszeit gilt als zusammenhängend, wenn sie nicht durch eine Ruhepause von mehr als zwei Stunden unterbrochen wird.

Dies gilt sowohl an den Arbeitsplätzen des Landes Hessen als auch für sonstige hessische Arbeitgeber. Im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gibt es ein Eltern-Kind-Zimmer, das neben einer Spiel- auch eine Stillmöglichkeit vorsieht. So befindet sich in dem Büro ein bequemer Sessel, eine Wickelmöglichkeit sowie entsprechende Fensterjalousien als Sonnen- und Sichtschutz. Für die Privatsphäre kann die Bürotür von innen verschlossen werden. Bei Bedarf kann die Milchflasche in der angrenzenden Teeküche erwärmt werden (Mikrowelle).

XIII. Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft anerkennen und stärken – Komplikationen und Belastungen im Wochenbett frühzeitig erkennen

Frage 77. Inwieweit werden Eltern bei ihrer Transition der Familiengründung in Hessen beraten und unterstützt?

In Hessen steht ein flächendeckendes Netz an Schwangerenberatungsstellen nach § 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in freier und kommunaler Trägerschaft zur Verfügung, die vom Land Hessen entsprechend § 4 SchKG gefördert werden. Die Beratungsgegenstände sind in § 2 SchKG definiert, breit gefächert und umfassen auch Fragen werdender Eltern zur Transition als Familie vor wie nach der Geburt.

Die Angebote der Frühen Hilfen richten sich explizit an (werdende) Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren. Sie sind also darauf ausgerichtet, Unterstützungsbedarfe und Belastungen, die bereits in der Schwangerschaft und in der frühen Elternphase identifiziert werden, wenn möglich in bedarfsgerechte Hilfen zu vermitteln. Hierbei sollen unter Einbezug beider Elternteile die Erzie-

hungs- und Bindungskompetenzen gefördert und gestärkt werden. Weiterhin nehmen die Fachkräfte der Frühen Hilfen eine Lotsenfunktion wahr, die Eltern dabei unterstützt, einen leichten Zugang in passende Angebote für unterschiedliche Hilfebedarfe zu finden.

Im Rahmen von Angeboten in Familienzentren etc. werden Eltern rund um die Geburt auch zum Thema Familiengründung informiert und unterstützt. Zu diesem Themenbereich existieren viele und breite Angebote und auch Möglichkeiten zum gegenseitigen Austausch der Eltern im Rahmen der Selbsthilfe.

Frage 78. Inwieweit ist oder wird in Hessen eine Durchführung von Feedback-Gesprächen mit Müttern zum Geburtsverlauf zur Routine etabliert?

Dieses Thema wird im Rahmen des „Runden Tisches Hebammen“ aufgegriffen werden.

Frage 79. Inwiefern sind niedrigschwellige Informationen (in verschiedenen Sprachen) über regional verfügbare Unterstützungsangebote für alle Wöchnerinnen in Hessen verfügbar?

Im Bereich der Frühen Hilfen werden durch die kommunalen Netzwerke Frühe Hilfen Informationen über Unterstützungsangebote für (werdende) Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren vermittelt. Die Informationsvermittlung erfolgt beispielsweise über Print- und Onlinemedien wie Flyer, kommunale Wegweiser für Schwangere und/oder Familien und die Internetauftritte der kommunalen Netzwerke Frühe Hilfen. Die genannten Materialien liegen zum Teil in verschiedenen Sprachen vor.

In Familienzentren etc. können Wöchnerinnen Informationen zu möglichen Unterstützungsangeboten erhalten bzw. werden über Vernetzungsangebote informiert.

Frage 80. Sind derzeit spezifische Behandlungsangebote für psychisch erkrankte Mütter nach der Geburt zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung in Hessen vorhanden? Wenn nein, ist ein solcher Auf- und Ausbau geplant?

Frage 81. Inwieweit ist das Fachpersonal hierbei entsprechend sensibilisiert?

Die Fragen 80 und 81 werden wegen ihres sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Über spezifische Behandlungsangebote bestehen keine Kenntnisse.

Zum Aufgabenspektrum einer Familienhebamme gehört die verstärkte Hilfestellung in besonderen Belastungssituationen. Hierzu gehört auch die Unterstützung durch Angebote an Teenagermütter, Familien mit Migrationshintergrund, Frauen/Partner mit psychischen Belastungen oder Suchtproblematik, an chronisch kranke Frauen und an Frauen mit Gewalterfahrungen. Familienhebammen sind Hebammen mit einer Zusatzqualifikation.

Frage 82. Sind spezifische Behandlungsangebote für die postpartale Depression in Hessen vorhanden und ausreichend bekannt? Inwiefern sollen diese ausgeweitet werden?

Spezifische Behandlungsangebote für psychisch erkrankte Mütter nach der Geburt mit dem Angebot einer Behandlung im Fall einer postpartalen Depression gibt es in verschiedenen psychiatrischen Krankenhaushäusern und psychiatrischen Fachabteilungen in Krankenhäusern.

Dies sind ausweislich ihrer Angaben im Internet folgende Kliniken:

- Ludwig-Noll-Krankenhaus, Klinikum Kassel
- Vitos Klinikum Kurhessen
- Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Haina
- Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Eichberg
- Vitos Klinik Weil-Lahn – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Standorte Hadamar und Weilmünster
- Vitos Klinikum Heppenheim
- Vitos Philipphospital Riedstadt

Im Übrigen sind alle psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Fachabteilungen auf das Krankheitsbild „Depression“ in seinen verschiedenen Ausprägungen ausgerichtet und können dieses kompetent behandeln.

Ob ein weiterer Ausbau geplant ist, ist der Landesregierung nicht bekannt.

Frage 83. Gibt es in Hessen ein Angebot von paar- und einzelbezogener Hilfe sowie Vermittlung an Unterstützungsangebote bei postpartaler Depression? Wenn nein, inwiefern plant die Landesregierung, ein solches Angebot für Betroffene in Hessen zu initiieren?

Hierzu wird auf Frage 80 und 82 verwiesen. Weitere konkrete Kenntnisse bestehen nicht.

XIV. Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft anerkennen und stärken – Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung frühzeitig erkennen und mithilfe spezifischer Maßnahmen auffangen

Frage 84. Inwieweit werden in Hessen die besonderen Belange von Eltern mit behinderten Kinder im Wochenbett berücksichtigt?

Die besonderen Belange der Eltern können insbesondere dort berücksichtigt werden, wo bereits vorhandene Angebote der Frühen Hilfen, z.B. Babylotsen oder Familienhebammen, eine erste psychosoziale Betreuung übernehmen und zeitnah zu den Angeboten der Frühförderung hinführen. Als aufsuchendes Angebot besteht seitens der Frühförderstellen die Möglichkeit, Mütter bereits in der Klinik aufzusuchen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, ob dem Klinikum ein Sozialpädiatrisches Zentrum zugeordnet ist und Angebote der medizinischen Nachsorge hier unterstützen vielfach die Angebote der sogenannten Bunten Kreise. Das Modell Bunter Kreis bietet Familien unterschiedliche bedarfsgerechte Angebote an. Neben der Sozialmedizinischen Nachsorge nach dem Klinikübergang in das heimische Umfeld gibt es je nach Erkrankung und Alter des Kindes die richtige Unterstützung. Nicht alle Bunte Kreis Einrichtungen können das umfangreiche Angebote von Beginn an leisten. Je nach Träger und Rechtsform sowie regionalem Bedarf gibt es Unterschiede. Sozialmedizinische Nachsorge wird in allen Einrichtungen angeboten. In Hessen leisten dies die Bunten Kreise in Fulda, Kassel und Wiesbaden, die sich um die sozialmedizinische Nachsorge von frühgeborenen, chronisch und schwer kranken Kindern kümmern.

Frage 85. Wird in Hessen die Weiterverfolgung auffälliger Befunde aus dem Hörscreening überprüft und überwacht? Wenn ja, durch wen? Wenn nein, warum nicht und ist eine Einführung einer Überprüfung und Überwachung geplant?

Das Hessische Kindervorsorgezentrum (HKVZ) am Universitätsklinikum Frankfurt, Bereich Neugeborenenhörscreening, überprüft und überwacht auffällige Befunde flächendeckend hessenweit.

Frage 86. Inwiefern ist in Hessen ein Ausbau des Monitorings und der Verlaufsforschung zur Frühgeburtlichkeit geplant?

Frage 87. Inwiefern wird eine Verbesserung der Nachsorge von Frühgeborenen und ihren Familien einschließlich der psychosozialen Betreuung in Hessen angestrebt?

Frage 86 und 87 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

In Hessen existieren insgesamt 41 interdisziplinäre Frühförderstellen, fünf überregionale Frühförderstellen für hörgeschädigte und gehörlose sowie sehgeschädigte und blinde Kinder sowie sieben Sozialpädiatrischen Zentren und drei Autismus-Therapie-Institute. Frühförderung umfasst Förder- und Unterstützungsangebote für alle Kinder, die in ihrer Entwicklung auffällig, verzögert oder behindert sind – von Geburt bis zur Einschulung. Die Angebote beinhalten Beratung und Begleitung für Eltern und andere Bezugspersonen des Kindes (Familie, Kindertageseinrichtung u.a.). Die Frühförderstellen arbeiten zusammen mit niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten, Sozialpädiatrischen Zentren, niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten, Spezialambulanzen, Beratungsstellen, Kindertageseinrichtungen, Angeboten der Frühen Hilfen und der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Angebote der Frühförderung sind für die Familien kostenfrei. Die Kosten werden von den Kommunen, den Krankenkassen und dem Land Hessen getragen.

Frühförderung umfasst Früherkennung und Diagnostik zur Einschätzung des Entwicklungsstandes, die Erstellung individueller Förder- und Behandlungspläne, Heilpädagogische Förderung, Therapie (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie), Beratung und Unterstützung der Eltern u.a. zu Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes, Fördermöglichkeiten, Umfeldgestaltung, Hilfsmitteln, rechtlichen Grundlagen, Besuch einer Kindertageseinrichtung oder Schule, Beratung von Kindertageseinrichtungen in Zusammenarbeit mit den Eltern sowie die Begleitung von Integrationsmaßnahmen von Kindern mit Behinderungen in Kindertagesstätten.

Das Land Hessen fördert die Frühförderstellen in Hessen in Form freiwilliger Leistungen und im Rahmen der Kommunalisierung sozialer Hilfen. Das dazu gehörige Monitoring zur Betrachtung der Wirkung und Wirksamkeit von Maßnahmen der Frühförderung beinhaltet unterschiedliche Datenlagen zu den durch die Frühförderstellen betreuten Familien und Kindern.

Das hessische System der Frühberatung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ist bundesweit fachlich führend und anerkannt.

Frage 88. Inwiefern ist geplant, medizinisches und pflegerisches Fachpersonal in Hessen besser auszubilden und für die besonderen Bedarfe und den Umgang mit Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen (z.B. bei der Diagnosevermittlung) zu sensibilisieren? Welche Curricula bzw. Fort- und Weiterbildungen gibt es diesbezüglich, gibt es konkrete Planungen zur (Weiter-)Entwicklung?

Hinsichtlich der medizinischen Fachangestellten (MFAs) gilt Folgendes: Seit Jahren wird eine erfolgreiche Fortbildungsdurchführung vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in

Bad Orb angeboten. Der Qualifizierungslehrgang für die MFAs wird regelmäßig bei uns zur Anerkennung eingereicht. In verschiedenen Curricula der BÄK für die MFAs sind in den jeweiligen Themenfeldern die Kinder eingeschlossen. Bei einzelnen Curricula sind die Kinder mit Einschränkungen unter den Globalüberschriften wie "besonderen Patientengruppen" eingeordnet. Hierbei hängt es dann vom Bildungsveranstalter und seinen Dozentinnen und Dozenten ab, welche Schwerpunkte gesetzt werden. Ein Curriculum mit Ausrichtung auf diese Patientengruppe allein gibt es nicht.

In der Überbetrieblichen Ausbildung ist im 3. Ausbildungsjahr (Fachstufe 2) den Lernbereich "Kommunikation mit Angehörigen schwerstkranker Patienten" (4 Unterrichtsstunden) enthalten.

XV. Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft anerkennen und stärken – Gewährleistung einer verbesserten Zusammenarbeit in den Bereichen Kinderschutz und Frühe Hilfen

Frage 89. In welcher Form sollen in Hessen Informationen zum Rechtsanspruch auf einen niedrigschwelligen Zugang zur Hebammenversorgung nach der Geburt im Rahmen der GKV verbessert werden?

Nach einer Hebamme suchende Patientinnen können entweder an ihre Krankenkasse verwiesen werden oder sich auch über die im Internet eingestellte Liste des GKV-Spitzenverbandes informieren; (www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/hebammenliste/hebammenliste.jsp).

Alle leistungsrechtlichen Ansprüche kann die schwangere Frau von ihrer Krankenkasse erfahren, soweit sie nicht ohnehin von ihrer Krankenkasse entsprechend informiert wird.

Der Rechtsanspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe während der Schwangerschaft bei und nach der Entbindung ist zudem in § 24d SGB V geregelt.

Frage 90. Wird eine Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle relevanten Berufsgruppen in Hinblick auf (kultursensible) Kompetenzbildung zur Früherkennung insbesondere psychischer Erkrankungen oder anderer besonderer Hilfebedarfe im Wochenbett angestrebt? Wenn nein, warum nicht?

Die Früherkennung psychischer Erkrankungen im Wochenbett wird in Form einer Diagnostik und Therapie von Erkrankungen im Wochenbett in der neuen Weiterbildungsordnung der Ärztinnen und Ärzte in Hessen ab 2020 erfasst und abgebildet.

Frage 91. Inwieweit wird die sektorenübergreifende Zusammenarbeit bezogen auf das Wochenbett in Hessen gefördert? Inwiefern findet dieses Thema im Landesausschuss § 90a Berücksichtigung?

Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit bezogen auf das Wochenbett in Hessen wird nicht gefördert. Im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V werden derzeit Themen rund um die Geburt nicht diskutiert.

Frage 92. Inwiefern wird in Hessen die Kooperation der Beteiligten gemäß BKiSchG eingehalten?

Im Bereich der Frühen Hilfen werden durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen die Netzwerke der Frühen Hilfen gemäß § 3 (1) KKG in allen 33 hessischen Jugendamtsbezirken gefördert. Zu den Mindestanforderungen für die Förderung gehören die fachlich qualifizierte Koordination der Netzwerkarbeit, die Einigung auf Qualitätsstandards über eine verlässliche intersektorale Zusammenarbeit im Netzwerk und die Durchführung und Koordination von regelmäßigen Netzwerktreffen. Die in die Netzwerke einzubeziehenden Einrichtungen und Dienste sind in § 3 (2) KKG benannt. Die Kooperation im Bereich des intervenierenden Kinderschutzes wird durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen nicht gefördert und ist Aufgabe der Kommunen.

Frage 93. Inwiefern ist eine Realisierung von systematischer Vernetzung von Geburtskliniken mit den Netzwerken Frühe Hilfen in Hessen vorhanden bzw. geplant?

Über das Landesprogramm „Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz“ besteht seit 2018 über den Förderschwerpunkt „Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ die Möglichkeit für die 33 antragsberechtigten Kommunen, Kooperationsprojekte zu beantragen. Bei den in diesem Fördersegment entstehenden Projekten handelt es sich bisher zu einem großen Teil um Lotsendienste oder Beratungsangebote in Geburtskliniken. Weitere Standorte sind in mehreren hessischen Kommunen in Planung.

Eine systematische Vernetzung findet darüber hinaus bereits seit Längerem in den kommunalen Netzwerken der Frühen Hilfen statt, in denen die Geburtskliniken als Netzwerkpartner vertreten sind.

Frage 94. Inwiefern sind Frauenärzte, Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte und Frühe Hilfen in Hessen vernetzt? Wie will die Landesregierung ein solches Netzwerk intensivieren?

Die kommunalen Netzwerke der Frühen Hilfen bemühen sich bereits seit Beginn (2012) um die Vernetzung der Frühen Hilfen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Dies gelingt punktuell

und aufgrund hohen persönlichen Engagements auf beiden Seiten. Es bleibt jedoch die Problematik, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte weder die persönliche Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen noch die gezielte Vermittlung von Familien in regionale Angebote strukturell und finanziell ausgleichen können. Viele NWK sind daher dazu übergegangen, Ärztinnen und Ärzte in Form einer Geh-Struktur, durch regelmäßige Kooperationstreffen, Besuche der ärztlichen Qualitätszirkel oder Weitergabe von Informationsmaterialien zu informieren und somit in die Vernetzung einzubinden. Dies ist für die NWK mit hohem Zeitaufwand verbunden und erreicht Ärztinnen und Ärzte zumeist nicht flächendeckend. Auf ärztlicher Seite stellt wiederum die Komplexität, Fluktuation und Diversität der kommunalen Angebotslandschaften eine große Herausforderung dar. Die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen hat durch flankierende Maßnahmen den Versuch unternommen, die Intensivierung der Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu forcieren. Hierzu zählt unter anderem die Schaffung eines neuen Förderschwerpunktes „Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ im Landesprogramm „Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz“ in 2018. Weitere Maßnahmen waren die Durchführung eines landesweiten Fachtages „Frühe Hilfen und Gesundheitswesen“ am 25. Mai 2019, die Förderung des Projektes „Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen“ bei der KV Hessen von 2015 bis 2017, die Planung von „Regionalen Fachtagen Frühe Hilfen“ in zwei Modellregionen in 2018 sowie die Teilnahme an Ärztekongressen, bei denen über die BIFH/BSFH und die hessischen Strukturen der Frühen Hilfen informiert wurde.

XVI. Das erste Jahr nach der Geburt als Phase der Familienentwicklung unterstützen. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind ermöglichen und fördern – Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden stärken

Frage 95. Inwieweit ist ein bedarfsgerechtes Angebot von Leistungen der Gesundheitsförderung und primärpräventiven Beratungen zu den Themenfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung sowie Sucht (insb. Rauchen, Alkohol) nach der Geburt als Phase der Familienentwicklung in Hessen vorhanden?

Durch eine lückenlose gesundheitliche Versorgung (U-Heft) finden bei Kinderärztinnen und -ärzten bereits primärpräventive Beratungen statt, in denen im Bedarfsfall auf Angebote und andere Unterstützungsmöglichkeiten verwiesen wird. Die Kooperationen zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe sollte weiterhin durch regionale Netzwerkarbeit, z.B. der Frühen Hilfen, gestärkt werden, wobei die fehlende finanzielle Vergütung häufig für die professionelle Zusammenarbeit ein Problem darstellt. Hier gilt es, durch geeignete Maßnahmen den beteiligten Professionen in regionalen Netzwerken die Möglichkeit zur Analyse der lokalen Angebote und möglicher Lücken zu geben.

In zahlreichen Landkreisen bestehen gute Kooperationen zwischen dem Netzwerk „Frühe Hilfen“ und den Beratungsstellen der Suchthilfe und/oder den Fachstellen für Suchtprävention.

Das Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis z.B. unterstützt im Betreuten Wohnen junge Familien. Ebenso erhalten Eltern im „Eltern-Kind-Haus Weitblick“ im Hochtaunuskreis Unterstützung in allen Punkten, die die Elternschaft und die gesunde Entwicklung der Kinder betreffen. Auch das Elternseminar „SHIFT+“ kann dazu beitragen.

Die Stadt Bad Homburg und der Hochtaunuskreis bieten im Netzwerk „Frühe Hilfen“ eine Vielzahl von Beratungs- und Unterstützungsangeboten an, die an dieser zentralen Stelle vermittelt werden, wie z.B. die „Entwicklungsberatung für Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren“. In dem Netzwerk „Frühe Hilfen“ arbeitet das Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis mit.

Die Fachstelle für Suchtprävention in Offenbach richtet einen Elternabend im Bereich der Kindertagesstätten (für Krippe & Kindergarten) zum Thema Stressbewältigung aus.

In Hessen erhalten Eltern durch Familienzentren etc. hilfreiche Unterstützungen zu allen Themen des Familienalltags. Hierbei sind gesunde Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung etc. wichtige Themenfelder in den einzelnen Angeboten.

Frage 96. Inwiefern sind werbe- und widerspruchsfreie Informationen zu den Themenfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung sowie Sucht (insb. Rauchen, Alkohol) nach der Geburt als Phase der Familienentwicklung in Hessen verfügbar?

Frage 97. Gibt es evidenzbasierte und von Expertinnen und Experten konsenterte Informationen für junge Eltern in Hessen zu den Themen Entwicklung, Erziehung, Ernährung und Bewegung?

Die Fragen 96 und 97 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Werbe- und widerspruchsfreie Informationen sind u.a. von der BZgA, IN FORM, der Deutschen Initiative für Gesunde Ernährung und mehr Bewegung sowie von Fachgesellschaften und Verbänden wie der Deutschen Gesellschaft für Ernährung oder dem Netzwerk Gesund ins Leben, der

Landesärztekammer, dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte, dem Berufsverband der Frauenärzte, der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen, der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege und dem Deutschen Hebammenverband verfügbar.

Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) verfügt über zahlreiche Broschüren für Jugendliche und Eltern zum Thema Sucht, die kostenlos bei der HLS zu beziehen sind. Zudem sind diese Broschüren auch in den Einrichtungen der hessischen Suchthilfe und den Fachstellen für Suchtprävention verfügbar.

Weiterhin sind Informationen zu Suchtthemen über die Webseite der HLS auffindbar: www.hls-online.org

Zusätzlich sind über die HLS Broschüren der Bundeszentrale zu den Themenfeldern Sucht zu beziehen bzw. die HLS verweist auf die Broschüren der BZgA zu diesen Themen und auf die Webseiten der BZgA: www.bzga.de.

In Hessen erhalten Eltern durch Familienzentren etc. hilfreiche Unterstützungen zu allen Themen des Familienalltags. Hierbei sind gesunde Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung etc. wichtige Themenfelder in den einzelnen Angeboten.

Frage 98. Wie will die Landesregierung die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungs-Untersuchungen durch Information erhöhen?

Seit dem 1. Januar 2008 ist für alle in Hessen gemeldeten Kinder die Teilnahme an den Kinder-Vorsorgeuntersuchungen („U-Untersuchungen“) U1 bis U9 verpflichtend. Die Umsetzung dieser Vorgabe des Hessischen Kindergesundheitsschutz-Gesetzes wird durch das Hessische Kindervorsorgezentrum (HKVZ) gewährleistet. Die Erziehungsberechtigten werden vom HKVZ schriftlich zu den jeweils anstehenden U-Untersuchungen eingeladen und gegebenenfalls an die Wahrnehmung erinnert. Die Beschäftigten des HKVZ informieren gern umfassend und aktuell über die jeweiligen U-Untersuchungen. Die Auskünfte können telefonisch oder schriftlich eingeholt werden. Über die Jahre hat sich das Verfahren etabliert und erreicht bei den Eltern eine hohe Akzeptanzrate (Santos J., Klein U., Herb S., Kieslich M.: Akzeptanz verbindlicher Vorsorgeuntersuchungen – Ergebnisse einer Elternbefragung in Hessen, Gesundheitswesen (2019) Jun 4. doi: 10.1055/a-0885-1713. [Epub ahead of print]). Ferner stehen sämtliche Informationen im Zusammenhang mit Vorsorgeuntersuchungen auf der Homepage des HKVZ (www.kgu.de/hkvz) <<http://www.kgu.de/hkvz>>).

Frage 99. Inwiefern will sich die Landesregierung dafür einsetzen, Netzwerke für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung zu etablieren?

Prävention und Gesundheitsförderung gewinnen im Hinblick auf eine sich verändernde Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Bei der Bewältigung der anstehenden Aufgaben, der Entwicklung von Strategien und Angeboten ist es notwendig, lokale Gegebenheiten zu berücksichtigen und alle relevanten Akteure systematisch in kooperativen Netzwerken miteinzubeziehen. Den Kommunen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Einige Kommunen haben sich bereits auf den Weg gemacht und etablieren Steuerungsstrukturen zur Vernetzung der regionalen Akteure sowie zur Koordinierung regionaler gesundheitsförderlicher Aktivitäten. Doch nicht überall gibt es die hierzu notwendigen Personalressourcen schon. Die Landesregierung prüft aktuell, wie die Rolle der Kommunen in diesem Bereich gestärkt werden kann.

Frage 100. Inwiefern gibt es oder soll es zukünftig in Hessen adressatengerechte Informationen zu Impfempfehlungen geben?

Seit dem 1. Januar 2008 ist für alle in Hessen gemeldeten Kinder die Teilnahme an den U-Untersuchungen U1 bis U9 verpflichtend. Diese Vorgabe des Hessischen Kindergesundheitsschutz-Gesetzes wird durch das Hessische Kindervorsorgezentrum (HKVZ) sichergestellt. Bestandteil dieser, seit 2008 in zuverlässigerem Umfang durchgeführten Untersuchungen, ist auch die Impfberatung durch die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt. Neben der durchschnittlichen Beteiligungsquote an den Untersuchungen konnte auch bei den Impfquoten in Hessen seitdem ein Anstieg verzeichnet werden.

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hat 2019 die Integrierte Landesimpfstrategie konzipiert und der Öffentlichkeit vorgestellt. Damit wird intensiv für das Impfen geworben und weiter dahin gehend sensibilisiert, dass Impfen gegen gefährliche Folgen von scheinbar harmlosen Kinderkrankheiten schützt.

Dass neue Wege zur Erreichung einer höheren Akzeptanz vom Impfen zu beschreiten sind, wurde im HMSI bereits vor der Diskussion um die Masernimpfpflicht erkannt. Aus dieser Intention heraus wurde die Integrierte Landesimpfstrategie Hessens konzipiert, die wegführen soll von kurzlebigen Projekten hin zu einem effektiven, nachhaltigen Ansatz zur Erhöhung der Impfquoten. Basis der Impfinitiative ist die Implementierung einer intensiven, kompetenten, wiederkehrenden Beratung

in allen Lebensphasen. Durch zusätzliche gezielte und koordinierte Öffentlichkeitskampagnen und eine verstärkte Medienpräsenz unter Einbezug von Social Media sollen der Impfgedanke unterstützt und die Ziele der Hessischen Impfinitiative erreicht werden. Sie ist modulartig aufgebaut. Vorgesehene Module sind unter anderem die Impfberatung bei der Schuleingangsuntersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Gesundheitsämter sowie regelmäßige Impfbuchkontrollen sowie Impfempfehlungen durch den KJGD in den Schulen.

Frage 101. Inwiefern gibt es oder soll es zukünftig adressatengerechte Informationen zu Karies- und Rachitisprophylaxe geben?

Durch die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH) werden Informationsmaterialien für Kinder und Eltern erstellt und verteilt.

Informationen zur Rachitisprophylaxe erfolgen durch die Kinderärztinnen und Kinderärzte, wobei durch die verpflichtenden U-Untersuchungen ein regelmäßiger Kontakt gewährleistet ist.

XVII. Das erste Jahr nach der Geburt als Phase der Familienentwicklung unterstützen. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind ermöglichen und fördern – Die Bindung zwischen Eltern und Kind stabilisieren

Frage 102. Wie will die Landesregierung die Elternkompetenz zum Bindungsaufbau sowie zur bedarfsgerechten Entwicklung und Gesundheit des Kindes stärken?

Frage 103. Welche niedrigschwellig erreichbaren Netzwerke der verantwortlichen Akteure und Akteurinnen und Angebote der Selbsthilfe zur Unterstützung des Bindungsaufbaus und welchen Zugang zu Maßnahmen zur Eltern-Kind-Bindung gibt es in Hessen und inwiefern will sich die Landesregierung für eine Ausweitung solcher Angebote und Maßnahmen einsetzen?

Frage 102 und 103 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die bereits beschriebenen Strukturen der Netzwerke Frühe Hilfen verwiesen. Im Rahmen der Frühen Hilfen stellen die kommunalen Netzwerke im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten niedrigschwellig erreichbare und an den regionalen Bedarf angepasste Angebote und Maßnahmen zur Förderung der Bindungs- und Elternkompetenz zur Verfügung und entwickeln diese bedarfsgerecht weiter.

Durch die Vielfalt von Einrichtungen in Hessen (wie z.B. Familienzentren, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäuser, Familienbildungsstätten), die Eltern und auch werdende Eltern unterstützen, beraten, informieren und zum Austausch anregen, wird Elternkompetenz gefördert und unterstützt. Zugleich wird durch die Möglichkeit zum Austausch das Selbsthilfepotenzial von Eltern angeregt. All diese Maßnahmen fördern und unterstützen den Bindungsaufbau und unterstützen die gesunde Entwicklung von Eltern und Kind(ern). Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

Frage 104. Wie und durch wen werden Familien auf regionale Eltern-Kind-Angebote hingewiesen? Inwiefern werden in Hessen entsprechende Informationsmaterialien an die Praxen verteilt zur Auslage in den Wartezimmern?

Im Rahmen der Frühen Hilfen werden Familien durch an den Netzwerken beteiligte Fachkräfte sowie durch Informationsmaterialien auf regionale Angebote hingewiesen. Viele Kommunen halten auch Angebote wie Willkommens- und Begrüßungsbesuche sowie diverse Materialien für Eltern mit Neugeborenen vor. Diese Maßnahmen werden in Hessen kommunal finanziert. Über die Netzwerke der Frühen Hilfen erfolgt in der Regel eine Information und Weitergabe von Materialien an Arztpraxen, die diese selbstständig an Patientinnen und Patienten verteilen können.

Über die Angebote in Familienzentren, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäusern, Familienbildungsstätten etc. werden Familien durch die Einrichtungen selbst durch Flyer, Programmhefte, Internetseite etc. informiert, zudem durch Pressemitteilungen, digitale Medien wie z.B. den FamilienAtlas oder die Internetseite des HMSI.

XVIII. Das erste Jahr nach der Geburt als Phase der Familienentwicklung unterstützen. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind ermöglichen und fördern – Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes identifizieren und verringern

Frage 105. Wie werden die Angebote der Frühen Hilfen in Hessen durch die zentralen Akteurinnen und Akteure bekannt gemacht und vermittelt?

Frühe Hilfen und Frühförderung sind wichtige Kooperationspartner zur Sicherstellung frühzeitiger Unterstützungsangebote für Familien. Der am Lebenskontext der betroffenen Kinder und deren Eltern orientierte niedrigschwellige Ansatz der Frühen Hilfen wird ergänzt durch die inter-

disziplinären Frühförderstellen als Kompetenzzentren für Entwicklungsgefährdungen in der frühen Kindheit. Da die Frühförderstellen als eigenständiges System selbst Teil der Netzwerke Frühe Hilfen sind, ist das Angebot der Frühen Hilfen in der Region bekannt. Bei Bedarf zusätzlicher psychosozialer Versorgung werden Eltern somit frühzeitig über Angebote informiert und diese ggf. im Übergang auch begleitet.

Übergeordnet besteht eine Kooperation der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen des Landes Hessen mit der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen mit dem Ziel, die Zusammenarbeit der beiden Systeme zu etablieren und weiterzuentwickeln. Entsprechende Informationen werden über die jeweiligen Verteiler weitergeleitet.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 79 und 104 verwiesen.

Frage 106. Inwieweit werden bei Kinderuntersuchungen in Hessen psychosoziale Belastungen erfasst und Informationen über Hilfsangebote weitergegeben?

In Hessen ist die Teilnahme an den Kindervorsorgeuntersuchungen seit Dezember 2007 verbindlich im Hessischen Kindergesundheitsschutzgesetz festgelegt. Das Hessische Kindervorsorgezentrum (HKVZ) am Universitätsklinikum Frankfurt, Bereich Kindervorsorgeuntersuchungen (KVU), hat die Aufgabe, die Teilnahmen zu überprüfen und bei fehlender Teilnahme das zuständige Jugendamt zu informieren. Die Detektion psychosozialer Belastungen ist integraler Bestandteil der Kindervorsorgeuntersuchungen. Auf Basis des Deutschen Bundeskinderschutzgesetzes von 2012 haben Ärztinnen und Ärzte insbesondere bei Kindeswohlgefährdung die Möglichkeit, entsprechende Hilfesysteme anzubieten bzw. Kontakt mit dem zuständigen Jugendamt aufzunehmen.

Bestandteil einer Anamnese, die durch die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt erhoben wird, ist immer auch die Familien- und Sozialanamnese. Relevante Informationen und Hilfsangebote werden von den betreuenden Kinderarztpraxen weitergegeben. Auch in diesem Zusammenhang ist die verpflichtende Teilnahme an den U-Untersuchungen U1 bis U9 in Hessen zu erwähnen, die sicherstellt, dass alle Kinder in diesem Alter der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt vorgestellt werden müssen.

Frage 107. Welche bedarfsgerecht vorhandenen und niedrigschwellig zugänglichen Maßnahmen der Frühförderung gibt es in Hessen?

In Hessen gibt es ein gut aufgestelltes Netz an Hilfen, ein flächendeckendes System an anerkannten interdisziplinären Frühförderstellen sowie Sozialpädiatrischen Zentren, die umfangreiche Leistungen für Kinder mit Entwicklungsgefährdungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen von der Geburt bis zur Einschulung sowie für deren Eltern erbringen. Es handelt sich dabei um allgemeine Frühförderstellen, die in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt angesiedelt sind, sowie um spezielle Frühförderstellen für Kinder mit Hörschädigung oder Sehbehinderung und Blindheit, die wegen des gebündelten Fach- und Erfahrungswissens zu dem speziellen Personenkreis überregional tätig und in das spezifische Versorgungs- und Hilfenetz ihrer Region eingebunden sind. Das Angebot einer offenen Anlaufstelle bei allen Frühförderstellen ist besonders niedrigschwellig und daher für die Erstinformation der Eltern besonders zielführend.

Darüber hinaus stehen Autismus-Therapieinstitute mit ihren Angeboten für Kinder im Vorschulalter als weitere Frühförderinstitutionen zur Verfügung.

Aufgrund der komplexen Bedarfe vieler Kinder benötigen Familien zunehmend ein Netzwerk an zusammenwirkenden Angeboten, d.h. die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzten, Sozialpädiatrischen Zentren, Frühförderstellen, med.-therapeutischen Fachkräften, Fachkräften aus dem Bereich der Frühen Hilfen, Fachkräften aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozial- und Eingliederungshilfe, Erziehungs- und andere Beratungsstellen, Kindertageseinrichtungen und andere vorschulische Einrichtungen gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Auf diese Zusammenarbeit und auf den Aufbau sowie die Nutzung von regionalen Kooperationen sind die hessischen Bemühungen schon seit vielen Jahren ausgerichtet und dies zeichnet das hessische System der Frühförderung auch aus.

Frühförderung wird somit als Teil des Gesamtsystems flächendeckender Grundversorgung für Kinder mit Behinderungen und für von Behinderung bedrohte Kinder und deren Familien, das von speziellen Diensten und Einrichtungen getragen wird, gesehen, siehe Anlage 1.

In Hessen gibt es:

- 43 allgemeine Frühförderstellen,
- 5 Frühförderstellen mit dem Schwerpunkt Hören,
- 5 Frühförderstellen mit dem Schwerpunkt Sehen,
- 2 Autismus-Therapie-Institute mit zahlreichen Außenstellen,

- 1 Autismustherapie- und Forschungszentrum,
- 7 Sozialpädiatrische Zentren (z.T. mit Autismustherapieangeboten u.a.), siehe Anlage 2.
Die Adressliste (Stand August 2016) wird gerade aktualisiert.

Frage 108. Gibt es eine Vernetzung medizinischer, sozialer, familiärer und psychologischer/psychotherapeutischer Betreuung in Hessen?

Ja, siehe dazu auch Antwort zu Frage 107

Frage 109. Inwiefern existiert eine kultursensible Ausrichtung von Unterstützungsleistungen nach der Geburt als Phase der Familienentwicklung in Hessen?

Im Bereich der Frühförderung ist die Arbeit mit den Familien bereits seit den 1970er-Jahren durch die Vielfalt der Familien kultursensibel ausgerichtet, was durch zahlreiche Fortbildungen in diesem Bereich – u.a. durch die Arbeitsstelle Frühförderung Hessen – fortlaufend begleitet wird. Somit wird die Umsetzung für die Zugänglichkeit und die Passgenauigkeit der Angebote ermöglicht. Der Abbau von sprachlichen Barrieren ist dabei ebenso zu berücksichtigen wie der Aufbau hilfreicher Kooperationen mit Organisationen, die Sozialarbeit für Migrantinnen anbieten.

Im Bereich der Sozialpädiatrischen Zentren besteht u.a. ein Fachpapier zu diesem Thema:

„Kultursensible Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)“, siehe Anlage 3.

In Familienzentren etc. werden bei Angeboten, Beratungen, Informationen stets kultursensible Aspekte einbezogen.

Frage 110. Inwiefern werden in Hessen aufsuchende und familienentlastende Dienste gestärkt?

Im Rahmen der Frühen Hilfen wird über die BSFH und das Landesprogramm Frühe Hilfen der Einsatz von Gesundheitsfachkräften und zu einem geringen Teil auch von Ehrenamtlichen in der aufsuchenden Unterstützung von Familien gefördert.

Weiterhin wurde durch das Land in 2013 die Entwicklung eines Curriculums für Familienbegleiter in einem Landkreis gefördert. In den Kommunen gibt es diverse Angebote im Bereich Familienbegleitung und Haushaltshilfen. In diesem Bereich scheint es jedoch oftmals keine ausreichende Finanzierung zu geben, zum Teil werden die Angebote aus Eigenmitteln der Kommunen finanziert, um eine niedrigschwellige Vermittlung gewährleisten zu können. Hier sind mehr Angebote und mehr Kooperation, insbesondere auch mit den Krankenkassen nötig, um Familien bedarfsgerecht und niedrigschwellig zu unterstützen.

Frage 111. Inwieweit gibt es Förderungen in Hessen von welchen Ehrenamtsprojekten (Familienpaten, Nachbarschaftshilfe etc.) als niedrigschwellige, nicht professionelle Unterstützungsleistung?

Durch das Landesprogramm „Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz“ wurden seit 2013 zahlreiche Ehrenamtsprojekte gefördert, die niedrigschwellige, nicht-professionelle Unterstützungsleistungen für Familien vermitteln. Die Projektförderungen wurden in Form einer Anschubfinanzierung von 3 bis 4 Jahren umgesetzt. Aktuell (2019) werden im Landesprogramm noch 3 Ehrenamtsprojekte gefördert. Weitere Ehrenamtsprojekte werden über die BSFH gefördert (2 in 2019).

Frage 112. Ist die Identifikation und bedarfsgerechte Unterstützung von Opfern von Gewalt in Hessen sichergestellt?

Unterstützungsleistungen für Opfer von Gewalttaten sind beispielsweise Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG). In Hessen obliegt die Leistung von Opferentschädigung den Hessischen Ämtern für Versorgung und Soziales. Leistungen nach dem OEG können nur auf Antrag gewährt werden. Hierzu müssen Betroffene über Ihre Anspruchsmöglichkeiten informiert sein. In diesem Zusammenhang wurde im Jahr 2004 ein spezieller Antragsvordruck mit der hessischen Landespolizei entwickelt. Die Statistiken zeigen zwischenzeitlich, dass rd. 40 % der Antragsteller/innen nach dem OEG erstmals durch hessische Polizeibeamte von den Entschädigungsmöglichkeiten des OEG erfahren.

Die Leistungen des OEG umfassen jene der Heil- und Krankenbehandlung sowie Rentenleistungen zur Milderung finanzieller Härten infolge der Schädigung (z.B. Erwerbsminderung).

Um Betroffene zeitnah und unbürokratisch therapeutisch begleiten und unterstützen zu können, wurde im Jahr 2015 das hessische OEG-Trauma-Netzwerk errichtet. Kinder- und Jugendliche erhalten hier in derzeit 5 hessischen Facheinrichtungen schnelle, therapeutische Hilfe im Umfang von 15 Sitzungen. Sofern nach Abschluss der therapeutischen Behandlung noch ein weiterer Behandlungsbedarf besteht, gewährleisten die hier kooperierenden Facheinrichtungen die entsprechende Weiterbehandlung, ggf. auch durch zeitnahe Vermittlung an niedergelassene Fachtherapeuten.

Mit Errichtung des OEG-Trauma-Netzwerkes wurde zur Identifikation und Information Betroffener eine enge Zusammenarbeit mit dem Forensischen Konsil des Universitätsklinikums Gießen-Marburg (FoKoGi) aufgenommen. Das FoKoGi bietet Betroffenen von Gewalterfahrung eine anonymisierte forensische Beweiserhebung und -lagerung mit hessenweiter Zuständigkeit an. Betroffene Eltern und Betreuungsbevollmächtigte werden von den dortigen Kolleginnen und Kollegen bei Verdacht auf Kindesmisshandlungen u.a. über die Leistungsmöglichkeiten des OEG und OEG-Trauma-Netzwerkes informiert.

Darüber hinaus werden die Studierenden der Hessischen Hochschule für Polizei und Verwaltung regelmäßig durch das Regierungspräsidium Gießen im Bereich der Opferentschädigung unterwiesen, um als zukünftige Beamtinnen und Beamte der Landespolizei Betroffene von Gewalt gezielter beraten und unterstützen zu können.

Weitere Unterstützungsleistungen, wie Maßnahmen zur Beratung und Begleitung, erfolgen im Übrigen durch die hessischen Opferberatungsstellen, sowie weitere Vereine wie bspw. den Weißen Ring e.V. und Wildwasser e.V., mit welchen ebenfalls ein enger Kontakt zur hessischen Versorgungsverwaltung gepflegt wird.

Des Weiteren können Opfer über die „Online Datenbank für Betroffene von Straftaten (ODABS)“ einsehen, welche Hilfseinrichtungen in ihrer Nähe für ihre konkrete Situation bestehen.

Die Identifikation und bedarfsgerechte Unterstützung von Opfern von Gewalt in Hessen sind im Gesundheitssektor eine elementar wichtige Aufgabe und werden in Hessen zunehmend besser sichergestellt. Seit über fünfzehn Jahren wird die Gewaltprävention im Gesundheitswesen durch eine wissenschaftlich fundierte Wissensvermittlung, die Veröffentlichung von Anleitungen für die Ärzteschaft und den Aufbau von spezifischen Strukturen stetig ausgebaut. Hierbei sind insbesondere der Ansatz der „Medizinischen Soforthilfe nach Vergewaltigung“ sowie die Einrichtungen „Schutzambulanz Fulda“ und „Forensisches Konsil Gießen“ hervorzuheben.

Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration unterstützt seit Jahren finanziell und fachlich die landesweite Ausweitung des zunächst in Frankfurt eingeführten Ansatzes „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“ (<https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de/>). In den teilnehmenden Kliniken können sich Betroffene nach einer Vergewaltigung medizinisch versorgen lassen, ohne eine Anzeige bei der Polizei zu erstatten. Dadurch wird eine sensible medizinische Versorgung sowohl mit vertraulicher Spurensicherung als auch ohne Spurensicherung möglich. Um Handlungsunsicherheiten abzubauen, gab das Hessische Ministerium für Soziales und Integration die hessische Anamnese- und Dokumentationshilfe „Befunderhebung, Spurensicherung, Versorgung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt“ 2007 in erster Auflage, 2016 in überarbeiteter Neuauflage und 2019 in aktualisierter Auflage heraus, die in diesem Versorgungsansatz eingesetzt wird. Die Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt hat die multidisziplinäre Redaktion und Praxiserprobung federführend verantwortet. Diese Anleitung wurde in den vergangenen Jahren in das Qualitätsmanual der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgenommen und wird von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfohlen.

Schutzambulanz Fulda

Bis Jahresende 2015 führte das Hessische Ministerium für Soziales und Integration gemeinsam mit dem Landkreis Fulda die rund sechsjährige Modellphase der Schutzambulanz Fulda (<http://schutzambulanz-fulda.de/>) durch. Die wissenschaftliche Begleitung gewährleistete die Hochschule Fulda in der Einführungsphase, anschließend das Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen und der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH (Rechtsmedizin Gießen). Die Schutzambulanz Fulda hat sich für hilfe- und ratsuchende Gewaltopfer zu einem festen Baustein in der regionalen Angebotsstruktur von Osthessen entwickelt und wird seit 2016 weiterhin als Einheit des Fachbereichs Gesundheit (Gesundheitsamt) des Landkreises Fulda, ansprechbar auch für die benachbarten osthessischen Landkreise Bad Hersfeld-Rotenburg und Vogelsbergkreis, fortgeführt. Die Schutzambulanz Fulda ist die erste und soweit bekannt weiterhin einzige Opferambulanz des öffentlichen Gesundheitsdienstes, d.h. die nicht an eine Klinik oder ein Institut für Rechtsmedizin angegliedert ist.

Die Schutzambulanz Fulda bietet eine gerichtsfeste Dokumentation von Verletzungsfolgen und eine fachgerechte Spurensicherung (Asservierung) verfahrensunabhängig an, d.h. ohne dass zunächst die von Gewalt betroffene Person sich zu einer Strafanzeige entschließt. Darüber hinaus bietet die Schutzambulanz Fallmanagement für Gewaltopfer, d.h. Erleichterung des Zugangs zur medizinischen Versorgung, Vermittlung von Informationen zu den geeigneten Beratungs- und Schutzeinrichtungen, Anbieten von proaktiver Beratung. Bei sexualisiertem Übergriff kann eine Terminvereinbarung in einer gynäkologischen Klinik über die Schutzambulanz erfolgen, die bei Bedarf bei der fachärztlich zu verantwortenden Untersuchung assistiert. Hier bietet es sich insbesondere an, dass die Schutzambulanz Fulda bei der gerichtsfesten Dokumentation von Begleitverletzungen am Körper Unterstützung leistet, bei der Verschriftlichung hilft oder auch die Asservierung der Spurenlagerer und Befunde übernimmt.

Forensisches Konsil Gießen (FoKoGi)

Das Forensische Konsil Gießen (<https://forensisches-konsil-giessen.de/>), das am Institut für Rechtsmedizin Gießen 2013 mit Landesmitteln eingerichtet wurde, strebt an, sich als überregionale Ressource der klinischen Rechtsmedizin zu etablieren. Das Forensische Konsil ist einerseits ein kostenloser konsiliarischer Online-Dienst der Ambulanz des Instituts, der die gesicherte Übermittlung einer Falldarstellung in Wort und Bild ermöglicht. Darüber hinaus bietet das Forensische Konsil Gießen im persönlichen Gespräch und durch körperliche Untersuchungen Auskunft über das Erkennen von Gewalteinwirkungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Dies steht Gewaltbetroffenen sowie allen Personen zur Verfügung, die sich mit den Folgen von Misshandlung, Vernachlässigung oder auch sexuellem Missbrauch befassen. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte erhalten hierdurch Hilfestellung bei der Befunderhebung und gerichtsfesten Dokumentation.

Derzeit entsteht über Fortbildung/Fallsupervision und auf Grundlage verbindlicher Kooperationsvereinbarungen ein überregionales Netz an forensisch solide geschulten Kliniken. Hier liegt der Schwerpunkt auf der forensisch sicheren körperlichen Untersuchung und Befunderhebung und verfahrensunabhängigen Beweissicherung, nicht auf der psychosozialen Versorgung, über die natürlich trotzdem informiert wird. Wie die Schutzambulanz Fulda steht das überregional tätige Forensische Konsil Gießen Gewaltopfern in allen Altersgruppen zur Verfügung.

Schließlich sichert das Forensische Konsil Gießen in einer eigenen Asservierungskammer Befunde und Spurenlagerer verfahrensunabhängig. Hier werden die Untersuchungsergebnisse nach körperlicher Untersuchung von Gewaltbetroffenen durch das Forensische Konsil Gießen selbst wie auch durch die Kliniken, die eine formelle Kooperation mit dem Forensischen Konsil Gießen eingegangen sind und rechtsmedizinisch geschulte Untersuchungen durchführen, so aufbewahrt, dass sie bei Bedarf ausgewertet und als Beweismittel im Rahmen einer gerichtlichen Klärung dienen können.

Beide hessischen Institute für Rechtsmedizin in den Universitätskliniken in Gießen und Frankfurt asservieren auch die Befunde und Spurenlagerer, die im Rahmen einer Untersuchung nach Vergewaltigung in den Kliniken aufgenommen werden, die den Ansatz „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“ umsetzen.

Frage 113. Welche Netzwerke nach § 4 KKG gibt es in Hessen oder werden geschaffen; werden Vertreter des Gesundheitswesens als fester Bestandteil der Netzwerke einbezogen?

Auf die vorangegangenen Ausführungen zu den Frühen Hilfen wird verwiesen. Aufgrund der fehlenden Verankerung im SGB V ist der Einbezug insbesondere von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten deutlich erschwert. Der Einbezug von Vertreterinnen und Vertretern der Kliniken oder des ÖGD gelingt etwas besser, jedoch noch nicht flächendeckend.

Frage 114. Inwieweit werden in Hessen Informationen für Familien mit Migrationshintergrund nach der Geburt verfügbar gemacht und verbreitet; Sprachbarrieren gesenkt; Zugangswege zu den Gesundheits-, Sozial- und Familiensystemen erleichtert?

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hat einen Informationsflyer zum Thema Frühförderung in 6 Sprachen gefördert. Die Flyer werden über die Arbeitsstelle Frühförderung Hessen und die örtlichen Frühförderstellen an Kooperationspartner wie Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzten und Kliniken verteilt. Darüber hinaus sind die Frühförderstellen vor Ort vernetzt mit Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere im Kontext von Flucht. Im Bedarfsfall können Dolmetscherinnen und Dolmetscher zu Gesprächen hinzugezogen werden.

Über die Angebote der Frühen Hilfen wie zum Beispiel Beratung, Eltern-Kind-Angebote oder Lotsendienste in Geburtskliniken werden insbesondere Familien mit psychosozialen Belastungen gezielt angesprochen und bei Bedarf in weiterführende Angebote wie beispielsweise die GFB vermittelt.

In Familienzentren etc. werden bei Angeboten, Beratungen, Informationen stets kultursensible Aspekte einbezogen und Sprachbarrieren gesenkt, indem z.B. mehrsprachiges Informationsmaterial zur Verfügung steht und Personen mit Migrationshintergrund einbezogen werden.

Frage 115. Welche Hilfe und Unterstützung für Familien mit Suchtproblematik gibt es in Hessen? Welche medizinisch-therapeutische Behandlung der Eltern, welche Unterstützung aus der Kinder- und Jugendhilfe für Kinder gibt es in solchen Situationen in Hessen?

In vielen hessischen ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen gibt es neben den Angeboten für erwachsene Abhängige auch spezielle Hilfeangebote für deren Kinder. Zusätzlich gibt es mancherorts Selbsthilfegruppen von (erwachsenen) Kindern suchtkranker Eltern.

Die hessischen Suchtberatungsstellen fragen bei der Beratung/Behandlung erwachsener Klientinnen und Klienten immer nach dem Vorhandensein von Kindern, deren Alter und Wohnsituation.

Die Handreichung der HLS „Eckpunkte zur Schnittstellenarbeit von Suchthilfe und Jugendhilfe“ greift die Relevanz des Themas für Einrichtungen der Suchthilfe auf und gibt Empfehlungen wie diese Einrichtungen dem Schutz des Kindeswohls nachkommen können.

Einige Fachstellen für Suchtprävention richten z.B. eine Fortbildung auf Multiplikatorebene zum Thema „Kinder aus suchtblasteten Familien“ aus. Damit werden Fachkräfte, die mit Kindern und Familien arbeiten, in ihrer Haltung bezogen auf das o.g. Thema sensibilisiert und für weitere Handlungsschritte unterstützt. Ein großes Thema ist hier auch die Vernetzung im Hilfesystem der Jugendhilfe.

Medizinisch-therapeutische Behandlung von suchtkranken Eltern/Elternteil mit Kind bietet in Hessen, z.B. der Träger Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. (JJ) im Therapiedorf Villa Lilly in Bad Schwalbach, im Eltern-Kind-Haus Weitblick in Schmitten und im betreuten Wohnen für Eltern mit Kindern in Marburg.

Unterstützung gibt es durch die Jugendämter sowie Kooperationen mit freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe vor Ort. Die Vitos Kinder- und Jugendlichen Psychiatrie hat in Oberursel eine entsprechende Ambulanz.

In einzelnen Kommunen gibt es Angebote für Kinder aus Familien mit Suchtproblematik oder von Eltern mit psychischer Erkrankung, die in der Regel Projektstatus haben. Weiterhin stehen Kindern und Jugendlichen regelhaft die Beratungsangebote des örtlichen Jugendhilfeträgers zur Verfügung.

Frage 116. Wie wird eine bessere Diagnostik im Kindes- und Jugendalter in Hinblick auf die Unterformen des FASD in Hessen gewährleistet?

In der Kinderklinik in Marburg gibt es Spezialisten, die sich speziell mit FASD beschäftigen. Durch vielfältige Aktivitäten ist damit zu rechnen, dass die Sensibilität für das Thema zunimmt und sich dadurch auch in der Wahrnehmung der Problematik ein Fortschritt erzielen lässt.

Frage 117. Inwiefern existieren in Hessen umfassende Informationen zur Unfallvermeidung im Säuglingsalter? Wie werden diese verbreitet und an die Eltern verteilt?

Die BZgA hat eine umfassende Broschüre zu dem Thema herausgegeben. Diese kann direkt bei der BZgA angefordert bzw. als PDF-Datei auf der Homepage abgerufen werden. Die Broschüre wird aber auch häufig in Kinderarztpraxen, Kinderkliniken und anderen Stellen verteilt.

Frage 118. Inwiefern existieren in Hessen spezifische Informationsmaterialien und Schulungen zur Unfallreduzierung für Erzieherinnen und Erzieher, Tagespflege etc.?

Die Unfallkasse Hessen hat auf ihrer Webseite hierüber Informationen für den Bereich der Kindertagesstätten zur Verfügung gestellt, die unter <https://kita.ukh.de/> eingesehen werden können. Für die Kindertagespflege stehen ebenfalls Informationen zur Verfügung, die unter <https://kita.ukh.de/fachthemen/kindertagespflege/?L=0> abgerufen werden können.

Frage 119. Ist eine frühe Identifizierung von elterlichen Überforderungssituationen und Risikokonstellationen in Hessen gegeben? Wenn ja, inwiefern? Wenn nein, warum nicht?

In den Netzwerken der Frühen Hilfen erfolgt eine Sensibilisierung der Fachkräfte für die Situation von Familien und deren Unterstützungsbedarfe. Eine einheitliche, systematische frühe Identifizierung von elterlichen Überforderungssituationen und Risikokonstellationen gibt es in Hessen nicht. Es gibt Angebote, in denen eine solche Identifizierung erfolgt, beispielsweise bei manchen Konzepten für Lotsendienste in Geburtskliniken.

Frage 120. Wie weist das Hessische Ministerium für Soziales und Integration auf das Thema Schütteltraumata hin? Wie will es die Sensibilisierung verstärken, um Schütteltraumata zu vermeiden?

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration stellt allen Kinderarztpraxen, Uni-Kliniken, Hebammenpraxen, Beratungsstellen und sonstigen interessierten Stellen und Personen den Flyer „Achtung! Babys niemals schütteln!“ auch in größerer Auflage zur Verfügung. Der Flyer steht weiterhin als Download unter dem Titel „Faltblatt für Eltern zum Umgang mit Babys“ unter www.soziales.hessen.de zur Verfügung.

Frage 121. Inwiefern gibt es in Hessen Aufklärung und Forschung zum Thema SIDS? Wenn nein, warum nicht?

Goethe-Universität Frankfurt:

Die Aufklärung über die Risiken des „Plötzlichen Kindstods (SIDS)“ sind obligater Teil der zweiten Vorsorgeuntersuchung U2, die von Kinderärztinnen und Kinderärzten in den jeweiligen Geburtskliniken durchgeführt werden. Zusätzlich zur mündlichen Aufklärung über die Risiken wird den Eltern in den meisten Kliniken auch ein Flyer ausgehändigt, der die wichtigsten Punkte schriftlich zusammenfasst.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Es besteht die verpflichtende Vorgabe, dass alle Familien mit Neugeborenen über SIDS aufgeklärt werden. Entsprechende Broschüren werden bei Entlassung ausgehändigt. In einem vom BMBF geförderten Verbundprojekt entwickeln Wissenschaftler/-innen Mittelhessens aktuell neue, nicht invasive Technologien zur Überwachung des Babyschlafs.

Philipps-Universität Marburg:

Eine Aufklärung erfolgt im Rahmen der Schwangerenberatung und Wochenbettbetreuung durch Hebammen, Frauen- und Kinderärztinnen/-ärzte gleichermaßen.

Hochschule Fulda:

Information erhalten die Eltern standardmäßig über eine Broschüre, die sie mit gelbem Kinderheft bei Entlassung erhalten, Information bei Kinderärztinnen und Kinderärzten und bei Hebammenhausbesuchen. Hebammen werden bei Fortbildungen regelmäßig informiert.

XIX. Das erste Jahr nach der Geburt als Phase der Familienentwicklung unterstützen. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind ermöglichen und fördern – Familien, die aufgrund besonderer Lebenssituationen einen erhöhten Förderbedarf haben, erhalten passgenaue und schnelle Unterstützung

Frage 122. Wie werden die Angebote der Frühen Hilfen durch wen bekannt gemacht, wie werden Familien mit erhöhtem Förderbedarf informiert?

In Hessen steht für diese Begleitung ein flächendeckendes System von Schwangerschaftsberatungsstellen, Frauenärztinnen und -ärzten, Hebammen, Geburtskliniken sowie frühen Hilfen zur Verfügung. Im Rahmen der Kindervorsorgeuntersuchungen finden, so legt es die sogenannte Kinderrichtlinie des G-BA fest, neben der Anamnese und einer eingehenden körperlichen Untersuchung auch entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung statt. Darin werden auch Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten wie den Frühen Hilfen vermittelt. Die Ärztinnen und -ärzte werden dabei von Pflegekräften, Hebammen, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern oder auch projektbezogenen Hilfskräften (z.B. Babylotsen) unterstützt.

Eine systematische Verzahnung der U-Untersuchungen mit Angeboten der Frühen Hilfen existiert seit 2019 durch die bundesweit vertriebenen U-Einlegeblätter (bundesweites Projekt des vdek). Dort wird auf die Frühen Hilfen Bezug genommen, unter dem Internetauftritt „Eltern-Sein.info“ kann anhand einer PLZ-Suche nach den NWK Frühe Hilfen gesucht werden. Für Hessen sind die Angaben in der Suchmaschine annähernd vollständig.

Frage 123. Inwieweit werden in Hessen bei Kinderuntersuchungen psychosoziale Belastungen erfasst und Informationen über Hilfsangebote weitergegeben?

Auf die Antwort zu Frage 106 wird verwiesen.

Frage 124. Inwiefern ist eine ausreichende Nachsorge durch Hebammen, SPZ oder Fachkräfte der Kinderkrankenpflege bei Frühgeburtlichkeit in Hessen gegeben?

Nach Auskunft der IKK classic haben die Krankenkassen in Hessen im Rahmen der sozialmedizinischen Nachsorge mit geeigneten Leistungserbringern Verträge geschlossen, die bei Frühgeborenen eine Analyse des Versorgungsbedarfs, die Koordinierung der verordneten Leistungen und die Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen vorsehen.

Die Nachsorge (Wochenbettbetreuung) im Rahmen der Leistungen zur Hebammenhilfe umfasst grundsätzlich Leistungen bis zwölf Wochen nach der Entbindung. Eine zeitlich darüber hinausgehende Versorgung ist z.B. bei einer Frühgeburt möglich. Eine sich der Wochenbettversorgung anschließende Versorgung bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes ist nach Information der AOK Hessen bis zu neun Monate nach der Geburt möglich.

Die Versorgung kann bei Vorliegen der entsprechenden Indikationen ab dem Zeitpunkt der Geburt des Kindes in einem SPZ stattfinden. SPZs bieten eine besondere Versorgung z.B. im Rahmen einer Schreiambulanz oder auch Ernährungsberatung an. Im SPZ Klinikum Höchst stellen Kinder im Alter bis zu einem Jahr einen Anteil von ca. 3 % bis 4 % dar.

Frage 125. Welche bedarfsentsprechenden Unterstützungsangebote gibt es für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern in Hessen?

Neben den unter Frage 107 genannten Angeboten sind weiter zu benennen: Familienentlastende und familienunterstützende Dienste, vgl. Anlage 4.

Die Angebote für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern zwischen 0 und 3 Jahren (z.B. Frühförderung) stellen wichtige Kooperationspartner in den Netzwerken der Frühen Hilfen

dar. Über die Netzwerke Frühe Hilfen können in Abhängigkeit von den Finanzierungsmöglichkeiten weitere Angebote geschaffen bzw. bestehende Angebote vermittelt und optimiert werden.

Frage 126. Werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Kinderheime und Pflegefamilien in Hessen durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wie werden diese umgesetzt?

Seitens der Jugendämter gibt es landesweit spezielle Angebote für Pflegefamilien im Bereich der Gesundheitsförderung im nachgeburtlichen Bereich bzw. im ersten Lebensjahr des Pflegekinde. Die Leistungsberechtigten können die Angebote auf Flyern und auf den Internetseiten der Jugendhilfeträger entsprechend einsehen.

Frage 127. Wie sind Akteure zur Förderung und Unterstützung von hessischen Familien mit behinderten Kindern vernetzt? Inwiefern soll diese Vernetzung optimiert werden?

Frühförderstellen sind über das System der Frühförderung hinaus in regionale Netzwerke eingebettet bzw. an deren Aufbau beteiligt. Mit ihren Angeboten können sie somit in den Sozialraum hineinwirken, um Familien zur Teilhabe zu befähigen. Die Akteure sind regional in unterschiedlichen Gremien vernetzt (z.B. Inklusions-/Integrationskonferenzen). Überregional besteht durch die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Frühe Hilfen in Hessen eine Interessensvertretung für den Bereich Kindertageseinrichtungen und Frühförderstellen mit dem Ziel, Kindern mit Behinderungen im Vorschulalter frühzeitige, passende und abgestimmte Unterstützung zukommen zu lassen.

Die Arbeitsstelle Frühförderung Hessen als vom Land geförderte Fach- und Servicestelle für den Bereich der Frühförderung bietet zahlreiche Angebote an zur Vernetzung aller in diesem Bereich tätigen Fachkräfte der unterschiedlichen Disziplinen sowie mit Akteuren aus den Bereichen frühe Bildung und Frühe Hilfen, wie z.B. Fortbildungen, Fachforen, Arbeitstreffen, Qualitätszirkel, Fachtage.

Um bestehende Angebote nachhaltig miteinander zu verknüpfen, sind innerhalb der Netzwerke verbindliche Kooperationsstrukturen und Verfahrensabläufe erforderlich, die fallübergreifendes und fallbezogenes Arbeiten ermöglichen. Die Information über Arbeitsweisen und Angebote der beteiligten Einrichtungen ist ein wesentlicher Beitrag zur Optimierung der professionellen Beratung und zur Erleichterung der Inanspruchnahme durch die Betroffenen.

Zum Bereich Frühe Hilfen wird auf die vorangegangenen Ausführungen verwiesen. Die Akteure, die mit Familien mit behinderten Kindern von 0 bis 3 Jahren arbeiten, sind in Hessen Netzwerkpartner in den Netzwerken Frühe Hilfen.

Frage 128. Welche Hilfe und Unterstützung für Familien mit psychischen Erkrankungen gibt es in Hessen? Welche medizinisch-therapeutische Behandlung der Eltern, welche Unterstützung aus der Kinder- und Jugendhilfe für Kinder gibt es in Hessen?

Hier wird auf die Antwort zu Frage 115 verwiesen.

Frage 129. Inwiefern ist die Beratung bei Regulationsstörungen, z.B. durch Ausbau und finanzielle Absicherung, in Hessen gesichert?

Im Rahmen des Landesprogramms Frühe Hilfen, Prävention und Kinderschutz werden punktuell kommunale Beratungsangebote gefördert, die auch Regulationsstörungen beinhalten können. Dies ist jedoch nicht flächendeckend und abhängig von den Finanzierungsoptionen durch Kommune und Land.

XX. Das erste Jahr nach der Geburt als Phase der Familienentwicklung unterstützen. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind ermöglichen und fördern – Die beteiligten Akteure arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine bedarfsge-rechte Betreuung

Frage 130. Inwieweit werden in Hessen Netzwerke geschaffen bzw. ausgebaut, die für die Verzahnung zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sorgen?

In Hessen findet auf unterschiedlichen Wegen eine Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe statt. So organisierte im Auftrag der Landeskoordinierung Frühe Hilfen die HAGE vor Kurzem eine Fachtagung bzw. Fortbildung zum Thema Frühe Hilfen, in der insbesondere die Vernetzung und die Zusammenarbeit der zwei Bereiche im Fokus stand.

Im Übrigen wird auf die vorangegangenen Ausführungen zu den Frühen Hilfen sowie die Antwort zu Frage 41. verwiesen.

Frage 131. Gibt es eine koordinierte Zusammenarbeit in Hessen z.B. zur Nutzung von Case-Management?

Darüber liegen der Landesregierung keine genaueren Informationen vor. Im Bereich der Frühen Hilfen gibt es keine koordinierte Zusammenarbeit zur Nutzung von Case-Management. Eine übergreifende Leistungssteuerung von der Planung bis zur Evaluation von Behandlungsmaßnahmen übernehmen die versorgenden und behandelnden Haus- bzw. Kinder- und Jugendarztpraxen.

Frage 132. Gibt es interdisziplinäre Fortbildungen in Hessen für die relevanten Akteure in Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe?

Am 25. Mai 2019 wurde die Fachtagung „Frühe Hilfen-Kooperation Jugendhilfe und Gesundheitswesen in Bad Nauheim durchgeführt. Die Veranstaltung stand unter dem Leitthema „Familien, Medizin, Jugendhilfe – Zukunftsmöglichkeiten einer intersektoralen Kooperation in den Frühen Hilfen“.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 130 verwiesen.

Frage 133. Inwiefern sind U-Untersuchungen in Hessen mit Angeboten der Frühen Hilfen eng verzahnt?

Im Rahmen der Kindervorsorgeuntersuchungen finden, so legt es die sogenannte Kinderrichtlinie des G-BA fest, neben der Anamnese und einer eingehenden körperlichen Untersuchung auch entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung statt. Darin werden auch Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten wie den Frühen Hilfen vermittelt. Die Ärztinnen und -ärzte werden dabei von Pflegekräften, Hebammen, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern oder auch projektbezogenen Hilfskräften (z.B. Babyslotsen) unterstützt.

Eine systematische Verzahnung der U-Untersuchungen mit Angeboten der Frühen Hilfen existiert seit 2019 durch die bundesweit vertriebenen U-Einlegeblätter (bundesweites Projekt des vdek). Dort wird auf die Frühen Hilfen Bezug genommen, unter dem Internetauftritt „Eltern-Sein.info“ kann anhand einer PLZ-Suche nach den NWK Frühe Hilfen gesucht werden. Für Hessen sind die Angaben in der Suchmaschine annähernd vollständig.

XXI. Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet – Präventionsketten flächendeckend aufbauen

Frage 134. Inwiefern gibt es eine Vernetzung der kommunalen Akteure zur Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse bzw. inwiefern sind diesbezüglich Präventionsketten aufgebaut? Wie will die Landesregierung die Prävention in den Lebenswelten, v.a. rund um die Geburt stärken?

Kommunale Akteure, die sich im Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung (sogenannten „Präventionsketten“) befinden, haben die Möglichkeit, sich über den Partnerprozess „Gesundheit für alle“ miteinander zu vernetzen. In Hessen sind nur wenige Kommunen dem Partnerprozess beigetreten und haben Präventionsketten aufgebaut. Die Landesregierung prüft derzeit, wie Kommunen bei der Entwicklung und Umsetzung von integrierten kommunalen Strategien unterstützt werden können.

Zur Prävention rund um die Geburt tragen in Hessen auch Familienzentren, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäuser, Familienbildungsstätten etc. bei. Sie bieten Informationen, Beratung, Hilfe, Unterstützung und Möglichkeiten zum Austausch in wohnortnaher Umgebung für alle Menschen.

Die Fragestellung ist ohne den Einbezug der Kommunen nicht abschließend zu beantworten. Dies ist in der Kürze der Zeit nicht umsetzbar.

Frage 135. Welche passgenauen Präventionsangebote für spezifische Bedarfe und vulnerable Familien gibt es in Hessen oder werden entwickelt?

Der Landesregierung liegt keine Übersicht über spezifische Präventionsangebote für vulnerable Familien in Hessen vor.

Frage 136. Inwiefern gibt es im Rahmen der Prävention eine umfassende Unterstützung der Phase der Erstgeburt/Familiengründung mit dem Ziel gelingenden Familienaufbaus („Doing family“) in Hessen?

Der Landesregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

XXII. Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet – Kommunale Räume familienfreundlich ausgestalten

Frage 137. Inwiefern werden Eltern in Hessen bei der Planung und Umsetzung familienfreundlicher Räume eingebunden? Inwiefern soll die Einbindung zukünftig gestärkt werden?

Die Fragestellung ist ohne den Einbezug der Kommunen nicht abschließend zu beantworten. Dies ist in der Kürze der Zeit nicht umsetzbar.

Im Rahmen der Arbeit von Familienzentren, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäusern, Familienbildungsstätten etc. haben Eltern die Möglichkeit, sich bei der Planung und Umsetzung von Angeboten mit einzubringen und mit zu gestalten.

Frage 138. Inwieweit gibt es einen Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten in Hessen? Welche Projekte gibt es und werden diesbezüglich von der HAGE entwickelt?

Der Kommune obliegt es, die Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein gesundes Aufwachsen unterstützen. Dies kann mit der Erarbeitung von Gesamtstrategien vor Ort nur mit entsprechenden Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in den Kommunen selbst gelingen, die derzeit allerdings kaum vorhanden sind. Die Landesregierung prüft, wie kommunale Gebietskörperschaften beim Strukturaufbau sowie der Entwicklung und Umsetzung bedarfsgerechter Angebote unterstützt werden können.

Die Hessische Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) begleitet und berät Kommunen beim Auf- und Ausbau von gesundheitlichen Strukturen in den Lebenswelten. Zudem unterstützt sie die Vernetzung in der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene und stärkt das Thema Gesundheitliche Chancengleichheit. Die KGC ist bei der HAGE verortet und wird durch das Land Hessen und die gesetzlichen Krankenkassen gefördert.

Der Auf- und Ausbau der gesundheitsförderlichen Strukturen wird von der HAGE auch durch Stärkung und Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Kommune, Kita, Schule, Familienzentren betrieben. Es wurde unter anderem eine Fortbildung „Gesundheitsfördernde KiTa“ auf Grundlage des Bildungs- und Erziehungsplans entwickelt und nun umgesetzt, ebenso wie Fachtagnungen für Familienzentren, Fachtagnungen in Kooperation mit den Frühen Hilfen, ein Eltern-Kind-Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens der Kinder u.v.m.

Im Rahmen der Förderung von Familienzentren in Hessen wurden bisher mit der HAGE drei Fachtage zu Themenbereichen Familienzentrum und Gesundheit durchgeführt. Hierbei ging es um „Gesunde Lebenswelten Familienzentren“, „Gesundheitskompetenzen stärken“ und „Partizipation in Familienzentren“. Die Veranstaltungen sind auch für interessierte Personen aus anderen Einrichtungen wie z.B. Mehrgenerationenhäuser offen.

Frage 139. Inwieweit werden in Hessen Angebote für Familien auf kommunaler Ebene verstärkt gebündelt und besser verfügbar gemacht?

Die Fragestellung ist ohne den Einbezug der Kommunen nicht abschließend zu beantworten. Dies ist in der Kürze der Zeit nicht umsetzbar.

Im Übrigen wird auf die vorangegangenen Ausführungen zu den Frühen Hilfen verwiesen.

Frage 140. Inwiefern sind adressatenspezifische Maßnahmen zur familienfreundlichen Ausgestaltung der kommunalen Räume, insbesondere in benachteiligten Stadtteilen, vorhanden? Wo werden diese umgesetzt, gibt es Planungen zum Ausbau und zur Ausweitung familienfreundlicher Ausgestaltung kommunaler Räume?
Wie unterstützt die Landesregierung diese?

Die Fragestellung ist ohne den Einbezug der Kommunen nicht abschließend zu beantworten. Dies ist in der Kürze der Zeit nicht umsetzbar.

Frage 141. Welche Maßnahmen zur Verringerung der Umweltbelastungen gibt es in Hessen, um ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen (z.B. Lärm, Schadstoffe in der Wohnung und im Wohnumfeld)?

Generell gelten in Hessen bereits verschiedene Bundesgesetze, um Umweltbelastungen wie beispielsweise Lärm oder Schadstoffe zu verringern. Hierzu zählen das Bundesimmissionsschutzgesetz (BImSchG), das Bundesbodenschutzgesetz (BBodSchG), das Infektionsschutzgesetz (IfSG), das Chemikaliengesetz (ChemG), das Strahlenschutzgesetz (StrlSchG), die Musterbauordnung der Länder (MBO), das Wasserhaushaltsgesetz (WHG), die Trinkwasserverordnung (TrinkwV) und die Rohwasseruntersuchungsverordnung (RUV). In Hessen regelt zusätzlich das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) Behördenzuständigkeiten insbesondere unter § 8 (umweltbezogener Gesundheitsschutz) sowie § 10 (Kinder- und Jugendgesundheit).

Die Zuständigkeit für diese Gesetze (Ausnahme: TrinkwV) liegen aufseiten des hessischen Umweltministeriums (HMUKLV).

Der Klimawandel, begrenzt verfügbare Ressourcen und der Erhalt der biologischen Vielfalt sind die derzeit dringlichsten Aufgaben im Umweltbereich. Hinzu kommen viele weitere Herausforderungen, wie z.B. die Verminderung der Luftschadstoffe in unseren Städten, die Reduzierung der hohen Abfallmengen oder Maßnahmen zur Reduzierung der Lärmbelastung durch den Verkehr. Auf Landes-, aber auch auf Bundesebene gibt es eine Vielzahl von Programmen und Maßnahmen, um den Erhalt der natürlichen Lebensgrundlagen sicherzustellen. Beispielsweise werden in Hessen zur Verringerung der Belastung im direkten Wohnumfeld Luftreinhalte- und Lärmaktionspläne aufgestellt.

Mit der kommunalen Klimarichtlinie des Landes Hessen besteht die Möglichkeit der Förderung kommunaler Maßnahmen zur Begrenzung nachteiliger Auswirkungen des Klimawandels (Klimaanpassungsmaßnahmen). Förderfähig sind nach Nr. 2 der Richtlinie insbesondere die Entsiegelung, Begrünung und Beschattung öffentlicher Flächen (z.B. Schulhof, Kindergarten, Sportplätze, Dorfplätze, Straßenräume) und die Beschattung öffentlicher Gebäude durch bauliche Maßnahmen und auch der Ausbau des Trinkbrunnennetzes in urbanen Räumen.

In Stadtteilen mit besonderer mikroklimatischer Belastung durch Überhitzung wurde neu in der Richtlinie die Förderung von Maßnahmen zur Haus- und Hofbegrünung privater Immobilieneigentümer als Klimaanpassungsmaßnahme, in den Klima-Kommunen ab einer Größe von ca. 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner, aufgenommen, wenn die Kommune hierzu ein Förderprogramm auflegt.

XXIII. Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet – Arbeitswelt familienfreundlich gestalten

Frage 142. Inwieweit gibt es in Hessen eine Förderung der Teilhabe der werdenden Mütter am Arbeits- und Ausbildungsleben – unter Berücksichtigung der Schutzbestimmungen für Mutter und Kind?

Die Teilhabe schwangerer und stillender Frauen am Arbeits- und Ausbildungsleben wird durch das Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz - MuSchG) geregelt. Zuständige Aufsichtsbehörde in Hessen für die Beratung und Kontrolle zum Arbeitsschutz und Gesundheitsschutzes während der Schwangerschaft und der Stillzeit sind die Regierungspräsidien.

Für schwangere und stillende Beamtinnen in Hessen wird die Teilhabe durch die Hessische Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen und die Elternzeit für Beamtinnen und Beamte (Hessische Mutterschutz- und Elternzeitverordnung - HMuSchEltZVO) geregelt.

Frage 143. Inwiefern ist für eine Verbreitung von Informationsmaterialien für Arbeitgeber zu ihren Pflichten der Gefährdungsbeurteilung und den daraus zu ziehenden Konsequenzen gesorgt?

Informationsmaterialien zu Arbeitgeberpflichten rund um das Thema Gefährdungsbeurteilung sind in Zusammenarbeit mit den drei Regierungspräsidien erstellt worden und auf den Onlinepräsenzen der Regierungspräsidien und des HMSI eingestellt. Zusätzlich finden regelmäßig Vorträge zum Thema Mutterschutzgesetz und Arbeitsschutzpflichten bei Beratungsstellen, bei Seminaren der Unfallversicherungsträger und bei Fortbildungsveranstaltungen mit ärztlichen Berufsverbänden statt. Auf Länderebene wird durch eine Arbeitsgruppe des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheit (LASI) unter Beteiligung von Hessen ein Leitfaden zur Gefährdungsbeurteilung nach Mutterschutzgesetz erarbeitet.

Frage 144. Inwiefern sind familienfreundliche Arbeitszeitmodelle in Arbeitsplätzen des Landes Hessen etabliert? Wie sollen diese ausgeweitet werden? Wie setzt sich die Landesregierung dafür ein, dass auch andere hessische Arbeitgeber familienfreundliche Arbeitszeitmodelle etablieren?

Der Teilzeitbeschäftigung kommt in unserem Arbeitsleben eine große Bedeutung zu. Sie bietet die Möglichkeit, die Arbeitszeit individuell zu gestalten und dadurch Beruf und Privatleben besser zu vereinbaren. Die Arbeitszeitflexibilisierung hat sich zu einem neuen sozialen Standard entwickelt, dem auch aus familien- und gleichstellungspolitischen Gründen Rechnung getragen werden muss. Daher hat die Landesregierung die Bedingungen für Teilzeitbeschäftigung kontinuierlich verbessert.

Aus dem als Anlage beigefügten "Infoblatt Teilzeitbeschäftigung für Beamtinnen und Beamte" sowie dem "Merkblatt über die Teilzeitbeschäftigung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern" können Einzelheiten zu den Voraussetzungen und Rechtsfolgen einer Teilzeitbeschäftigung im Beamtenverhältnis sowie von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern entnommen werden (siehe Anlage 5 und 6).

Dass Hessische Ministerium für Soziales und Integration führt in Kooperation mit der *hessenstiftung - familie hat zukunft* seit 2004 die Kongressreihe „Dialog Beruf & Familie“ durch. Ziel der Kongressreihe „Dialog Beruf & Familie“ ist ein systematischer Diskurs zu familienpolitischen Themen mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Verbänden sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Bisher fanden insgesamt zwölf Kongresse zu wechselnden Themen u.a. auch zur Arbeitszeitgestaltung statt.

Für die Finanzierung der einzelnen Kongresse stehen Landesmittel, Stiftungsmittel sowie geldwerte Leistungen der jeweiligen Kooperationspartner zur Verfügung.

XXIV. Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet – Sozial benachteiligte Eltern werden mit ihren besonderen Bedarfen erkannt und mit ihnen gemeinsam werden Zukunftsperspektiven entwickelt und umgesetzt

Frage 145. Inwiefern werden in Hessen Netzwerke etabliert, um mit den Eltern gemeinsam eine soziale Perspektive zu entwickeln?

In den kommunalen Netzwerken Frühe Hilfen werden punktuell auch Ansätze der Partizipation von Eltern erprobt, beispielsweise über Elternbefragungen. Die Einbindung der Bedarfe und Erfahrungen von Eltern erfolgt auch über die Netzwerkpartner, die mit den Eltern in direktem Kontakt sind und deren Bedarfe aufgreifen und ins Netzwerk sowie in politische Gremien transportieren können. Die Partizipation von Eltern ist ein Querschnittsthema, das in den nächsten Jahren durch die kommunalen Netzwerke weiter vorangebracht werden muss.

Frage 146. Gibt es in Hessen Netzwerke zur Unterstützung einer altersgerechten Entwicklung der Kinder? Wenn ja, wo und welche? Wie werden diese genutzt?

Auf die Ausführungen zu Netzwerken Frühe Hilfen wird verwiesen.

Frage 147. Inwieweit gibt es in Hessen eine Unterstützung der Schwangeren und jungen Familien durch die Einbettung in soziale Strukturen (Familienpaten, Stadtteilmütter, Familienzentren an Kindertageseinrichtungen)?

In einigen Kommunen gibt es Angebote der Einbettung in soziale Strukturen, wie z.B. Familienpaten, „welcome“, Stadtteilmütter u.Ä. Die Angebote sind nicht flächendeckend und folgen (bis auf „welcome“) keinem einheitlichen Konzept.

In Hessen werden aktuell 162 Familienzentren gefördert, die sowohl im städtischen, stadtnahen, aber auch ländlichen Bereich Schwangere und junge Familien in allen Fragen zum Familienalltag unterstützen, informieren und beraten. Familienzentren sind Knotenpunkte in einem Netzwerk von Kooperation und Information, das zugleich das kommunale Präventionsnetz und so das soziale Unterstützungsnetz vor Ort wirkungsvoller gestaltet.

Frage 148. Inwiefern ist in Hessen sichergestellt, dass Familienhebammen frühzeitig bei Bedarf die soziale Begleitung der Familie übernehmen?

Durch die Netzwerke der Frühen Hilfen wird das Angebot der GFB in der Mehrheit der Kommunen vorgehalten, jedoch je nach Region in sehr unterschiedlicher Kapazität. Aufgrund der unterschiedlichen regionalen Verteilung und des Fachkräftemangels ist eine flächendeckende Begleitung der Familien in den wenigsten Kommunen sichergestellt. In manchen Regionen kann das Angebot nur schwer aufrechterhalten werden bzw. zeichnen sich in vielen Kommunen Nachwuchsprobleme ab. In der bisher jährlich durch die Landeskoordinierung Frühe Hilfen beauftragten Qualifizierung für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen ist bereits seit Jahren eine Trendwende erkennbar: Der Anteil an Hebammen unter den Teilnehmerinnen nimmt ab, während der Anteil an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen zunimmt.

Frage 149. Inwiefern werden Mütterpflegerinnen in Hessen eingesetzt, damit sie Familien unterstützen?

Derzeit gibt es keine gesetzliche Regelung für den Einsatz einer Mütterpflegerin. Geregelt sind lediglich die Besuche der Hebamme sowie die Einsätze einer Haushaltshilfe.

Frage 150. Welche Angebote zur Stärkung der Erziehungskompetenz inkl. Beratung zu Angeboten von Kindertageseinrichtungen bzw. Familienzentren gibt es in Hessen?

Die Stärkung der Erziehungskompetenz ist Teil der Aufgaben im Rahmen der Frühförderung. Die überwiegend mobile Arbeitsweise der Frühförderstellen in den Familien bzw. in Kindertagesstätten, die Anpassung von Förderung und Beratung an familiäre Zeitstrukturen und spezifisch auf die Familie als Ganze ausgerichtete Angebote wie regionale Elterngruppen, Eltern-Kind-Angebote, Angebote für Geschwister kennzeichnen die familien- und lebensweltorientierten Arbeitsansatz in der Frühförderung. Ebenso ist es Auftrag, Eltern beim Übergang ihres Kindes mit Behinderung in eine Kindertageseinrichtung zu begleiten und im Vorfeld über die bestehenden Fördermöglichkeiten zu beraten. Frühförderstellen arbeiten eng mit Kindertageseinrichtungen zusammen und unterstützen diese mit ihrer heilpädagogischen Fachkraft für Kindertageseinrichtungen bei ihrem Erziehung- und Bildungsauftrag. Gleichzeitig verbessern sie damit die Bedingungen von Inklusion.

Die Träger von Kindertageseinrichtungen haben einen eigenständigen Bildungs- und Erziehungsauftrag.

Das Land unterstützt die Träger der Kindertageseinrichtungen und die Kindertagespflege bei der Umsetzung dieser Aufgabe. Das geschieht vor allem durch die Umsetzung des Bildungs- und Erziehungsplans für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Hessen (BEP). Hessen hat mit dem Bildungs- und Erziehungsplan die bildungstheoretischen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass alle Kinder

der Altersstufe 0 bis 10 Jahre gleichermaßen nach ihren individuellen Voraussetzungen bestmöglich gefördert werden können. Die Bereiche „Gesundheit“ und „Bewegung und Sport“ sind als Schwerpunkte kindlicher Bildung und Förderung mit entsprechenden Leitgedanken und Bildungs- und Erziehungszielen im BEP verankert. In eigens dafür vorgesehenen Modulfortbildungen für Fach- und Lehrkräfte zum Bildungs- und Erziehungsplan wird derzeit in einem von vierzehn Modulen das Thema: „Starke Kinder – Bewegung, Entspannung und Gesundheit in der Kita, Kindertagespflege und Grundschule“ thematisiert. Der BEP und die Fortbildungsmodule verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz, der die Basis für einen gesunden, selbstreflexiven Umgang der Kinder mit sich und ihrem Körper, auch beim Thema Ernährung, zum Ziel hat. Aktuell erfolgt eine Weiterentwicklung der Fortbildungsinhalte, um dem Thema der ganzheitlichen Gesundheitsförderung in der frühkindlichen Bildung noch stärkeres Gewicht zu geben.

Das Land fördert seit dem Jahr 2007 diverse Fortbildungsveranstaltungen der Verbraucherzentrale Hessen e.V. für eine bedarfsgerechte Kinderernährung, die jährlich an mehreren Standorten in Hessen durchgeführt werden. Adressatinnen und Adressaten dieser für die Teilnehmenden kostenfreien Veranstaltung sind Tagespflegepersonen, Erzieherinnen und Erzieher sowie interessierte Eltern. Das Konzept der Fortbildungen wurde auf der Grundlage der jährlichen Evaluation kontinuierlich weiterentwickelt. Seit dem Jahr 2013 wird das gemeinsam von Ernährungsfachkräften und BEP-Multiplikatorinnen neu entwickelte Konzept der Veranstaltungen unter dem Titel „Bildungsort Esstisch“ angeboten. Die Veranstaltungen werden seither von je einer Ernährungsfachkraft und einer BEP-Multiplikatorin durchgeführt, sodass eine enge Verzahnung zwischen der Vermittlung von Wissen im Bereich Ernährung und den pädagogischen Inhalten des BEP gewährleistet ist. Die Zielgruppe wurde auf die Fachberatung und Fortbildnerinnen und Fortbildner im Bereich frühkindliche Bildung erweitert. Aktuell werden Fachtage zum Thema Bildungsort Esstisch und Kinderrechte angeboten.

Durch die aktuell 162 geförderten Familienzentren in Hessen und weiteren Einrichtungen wie z.B. Mütterzentren, Mehrgenerationenhäuser und Familienbildungsstätten gibt es eine Vielzahl von Angeboten zur Stärkung der Erziehungs kompetenz. Weiterhin stehen dort Informationen zur Kinderbetreuung und weiteren Angeboten im Sozialraum zur Verfügung.

Frage 151. Inwiefern sind welche Kindertageseinrichtungen mit familienunterstützenden Angeboten wie z.B. Entwicklungs- und Bewegungsförderung ausgestattet?

In Hessen haben Tageseinrichtungen für Kinder einen eigenständigen Bildungs- und Erziehungsauftrag (Trägerhoheit), für dessen Ausgestaltung und Umsetzung die öffentlichen und freien Träger unter Mitwirkung der Erziehungsberechtigten verantwortlich sind. Informationen dazu, welche Angebote die Träger in ihren Einrichtungen anbieten, liegen dem Land nicht vor. In Kooperation mit der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) unterstützt das Land jedoch die Kindertagesstätten durch ein Angebot von Modulfortbildungen zur „Gesundheitsfördernden Kita“ auf der Grundlage des BEP. Ziel ist es, Kita-Leitungskräfte und Kita-Fachberatungen konzeptionell und praxisorientiert in qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung zu befähigen. Dabei werden die Kinder, die Eltern, das Kita-Team und das Umfeld der Einrichtung in den Blick genommen.

Frage 152. Inwiefern sind Familienbildungsangebote und Kurse zur gesundheitlichen Elternkompetenz auf Basis des aktuellen Forschungsstandes in Hessen vorhanden? Inwiefern sollen diese ausgebaut werden?

In Familienzentren, Mütterzentren, Mehrgenerationenhäusern, Familienbildungsstätten etc. gibt es eine Vielzahl von Familienbildungsangeboten und Kursen zur gesundheitlichen Elternkompetenz. Durch die weitere Förderung von Familienzentren etc. werden auch die entsprechenden Angebote und Kurse bedarfsgerecht weiter ausgebaut.

Frage 153. Inwiefern hat die Landesregierung Kenntnis darüber, welche qualitätsgesicherten Programme es zur Stärkung junger Familien im Rahmen einer kommunalen Gesamtkonzeption gibt? Inwiefern wurden oder werden Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Rahmen einer kommunalen Gesamtkonzeption für werdende junge Familien mit welchem Ergebnis und welchen Handlungsempfehlungen evaluiert?

Die Fragestellung ist ohne den Einbezug der Kommunen nicht abschließend zu beantworten. Dies ist in der Kürze der Zeit nicht umsetzbar.

XXV. Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet – Gesundheits- und Sozialforschung rund um die Geburt ausbauen und Wissenstransfer verbessern

Frage 154. Inwiefern gibt es in Hessen eine Organisation für Wissenstransfer bezogen auf Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt für professionell verantwortliche Akteure?

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Für Weiterbildung ist generell die Akademie Bad Nauheim der Landesärztekammer zuständig.

Philipps-Universität Marburg:

Im Einzugsgebiet Marburg übernimmt das „Netzwerk Geburt“ diese Aufgabe – unter dem Dach des Landratsamtes werden hier alle Akteure, die mit der Betreuung und Versorgung während der Schwangerschaft, Geburt und im ersten Lebensjahr befasst sind, zusammengeführt (www.netzwerk-geburt-marburg.de).

Frankfurt University of Applied Sciences:

Im Rahmen der zu Frage 46 aufgeführten Projekte fand mittels Vorträgen und Berichten ein Wissenstransfer statt. Institutionell verankert war diese Forschung am „Gender- und Frauenforschungszentrum der hessischen Hochschulen“ (gFFZ).

Frage 155. Inwieweit wird der Ausbau der Forschung hinsichtlich der psychischen Vorgänge und Herausforderungen während der Schwangerschaft, des Wochenbetts und des ersten Lebensjahrs in Hessen vorangetrieben?

Goethe-Universität Frankfurt:

Psychologinnen des Funktionsbereichs Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Fachbereichs Medizin bearbeiten im Rahmen von klinischen und experimentellen Studien ein bundesweit einzigartiges klinisch-wissenschaftliches Langzeitprojekt zur Psychologie in der Geburtshilfe.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Mit den Gesundheitszielen „Gesundheit rund um die Geburt“ und „Gesund aufwachsen“ haben Bund, Länder und Kommunen vor etwa zwei Jahren eine Vielzahl von Projekten und Programmen auf den Weg gebracht mit dem Ziel der Gesundheitsförderung in diesen entscheidenden Lebensphasen. Im Rahmen dieser vielfältigen Programme auch in Hessen erfolgt über die Beratung und Unterstützung der Familien eine Bestandsaufnahme, die von hoher Relevanz für die Versorgungsforschung ist. Besonderes Augenmerk liegt hierbei auf Familien mit besonderen Belastungen und sozial schwach gestellten Familien. Weitere Forschungsprojekte mit Fokus auf Familien und Patientengruppen mit einem besonders hohen Risiko wie nach Frühgeburt oder Geburt eines chronisch kranken Kindes sind unter anderem in Gießen, Frankfurt und Marburg in fachübergreifender Zusammenarbeit aufgebaut worden, ebenso wie im Rahmen des Aufbaus von Schwerpunkten für die Behandlung von seltenen Erkrankungen in Hessen. Diese Initiativen sind geeignet, neben einer Bestandsaufnahme auch die spezifischen Bedürfnisse zu ermitteln und den Erfolg von Interventionen zu dieser Thematik zu überprüfen.

Frage 156. Ist ein Ausbau der Forschung zu gelingenden Übergängen insbesondere der Familiengründung/Transitionsforschung in Hessen geplant?

Goethe-Universität Frankfurt:

In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Fachbereichs Medizin sind weitere interdisziplinäre Forschungsarbeiten zum Thema geplant, jedoch derzeit noch nicht wegen fehlender Ressourcen umgesetzt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 46 verwiesen.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Wie in Antwort zu Frage 155 ausgeführt, erfolgt diese im Rahmen der nationalen Gesundheitsziele; eine besondere Fokussierung besteht derzeit auf die psychosoziale Forschung mit Fokus auf Kinder und Familien mit besonderem Risiko. Die International Society for Pre- and Perinatal Psychology and Medicine – isppm e.V. mit Sitz in Niedernhausen/Hessen untersucht aktuell in mehr als 10 Arbeitsgruppen eine Vielzahl von Fragestellungen zu Themen wie „Eltern werden“, „Familiengründung“, „Bindung“ und „Traumaanalyse“.

Frage 157. Wird zu Qualität und Wirkung von Information und Beratung rund um die Geburt in Hessen geforscht?

Justus-Liebig-Universität Gießen:

In Modellprojekten wird unter anderem für Risikogeburten der Einfluss von Information und Beratung, wie in der Antwort zu Frage 155 beschrieben, untersucht. Die „Neo-SPIKES“ Studie ist die erste hessenweite Studie unter Federführung der Universitätskinderklinik Marburg, die diese Thematik erforscht.

Frankfurt University of Applied Sciences:

Auf die Antwort zu Frage 46 wird verwiesen.

Frage 158. Ist ein Ausbau der Forschung zu dem Thema subjektives Wohlempfinden rund um die Geburt in Hessen geplant?

Philipps-Universität Marburg:

Wie bereits ausgeführt, waren und sind in den genannten europäischen Forschungsprojekten die Zufriedenheit und Erfahrung der Eltern mit Informationen und Beratung ein wichtiges und zentrales Thema. Im Rahmen des interdisziplinären Forschungsprojektes zu Erwartungseffekten im

Rahmen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wird genau diesen Fragestellungen erstmalig nachgegangen. Durch die Zusammenarbeit von Psychologen/-innen und Geburtshelfern/-innen wird hier ein holistischer Blick auf den Verlauf der Schwangerschaft, die Einflüsse der Geburt, das subjektive Empfinden, aber auch die Effekte von Beratung und Ereignissen erfasst.

Hochschule Fulda:

Der Ausbau der Hebammenforschung in Fulda wird die genannten Aspekte mitberücksichtigen, soweit die Ressourcen dies zulassen. Notwendige Kompetenzen sind dem Grunde nach vorhanden. Ein Ausbau ist u.a. auch in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät in Marburg im Bereich der Versorgungsforschung im Rahmen der Kooperation in der Mediziner Ausbildung geplant.

Frage 159. Inwieweit wird die Forschung zur Verbesserung des Angebots an präventiven und therapeutischen Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Hessen vorangetrieben?

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Es bestehen bundesdeutsche Förderinstrumente. Vom BMBF werden zum Thema "Kleine Patienten, großer Bedarf – Medizintechnische Lösungen für eine kindgerechte Gesundheitsversorgung" Projekte gefördert. Anträge aus Hessen wurden in den bisherigen zwei Förderrunden gestellt und bewilligt, wie das Projekt zur nicht invasiven Überwachung des gesunden Baby-Schlafs (siehe Antwort zu Frage 121). Der Aufbau von spezialisierten Zentren für Kinder mit seltenen Erkrankungen wird gerade für Risikokinder zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen. An den Universitäten in Hessen wird eine Vielzahl von Forschungsprojekten zur Verbesserung der Versorgungssituation im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin für bedeutsame Gesundheitsfragestellungen wie der Lungengesundheit, Infektionsforschung und psychischen Gesundheit durchgeführt, die in Wissenschaftsclustern und nationalen Exzellenzinitiativen gebündelt sind.

Philipps-Universität Marburg:

Wie bereits ausgeführt, war und ist in den genannten europäischen Forschungsprojekten die frühkindliche Versorgung von sehr unreifen Frühgeborenen ein zentrales Thema.

Frage 160. Gibt es in Hessen eine Versorgungsforschung zur Generierung neuer und gesicherter Erkenntnisse im Bereich der kindlichen und frühkindlichen Versorgung, die als Entscheidungsgrundlage für Einzelne, Organisationen und Gremien in der gesundheitlichen Versorgung dienen?

Goethe-Universität Frankfurt:

Der Leiter des Funktionsbereichs Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Fachbereichs Medizin ist Mitglied im Vorstand der HAGE (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung) beim HMSI. Die HAGE verfolgt diese Themen.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Versorgungsforschung wird auch vom GBA gefördert. Ein Projekt mit dem Titel "Frühes, valides und reliables Screening von Autismus (Early, valid and reliable Autism Screening - EVAS)" unter der Leitung von Prof. Dr. Inge Kamp-Becker (Marburg) findet sich in der Liste der geförderten Projekte.

Philipps-Universität Marburg:

Wie oben ausgeführt, gibt es in Hessen seit dem Jahr 2002 umfangreiche Versorgungsforschung zum Thema drohende Frühgeburt und sehr unreife Frühgeborene im Rahmen von europäischen und von der EU geförderten Forschungsprojekten.

Frage 161. Will sich die Landesregierung für den Ausbau der Versorgungsforschung im Bereich der Inanspruchnahme von Hebammenversorgung einsetzen?

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) hat mit dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Düsseldorf im Oktober vergangenen Jahres einen Vertrag abgeschlossen, in dem sich das DKI verpflichtet hat, ein Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen zu erstellen. Das Gutachten soll im Wesentlichen eine Strukturanalyse zur aktuellen Hebammenversorgung umfassen, eine Untersuchung des Inanspruchnahmeverhaltens der Hebammenversorgung durch Schwangere und junge Mütter und daran anschließend den Bedarf an Hebammen und Hebammenhilfe aktuell und in der Zukunft bewerten. Soweit erforderlich, sollen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Gesamtsituation der Hebammenhilfe in Hessen aufgezeigt werden.

Derzeit kann noch nicht beurteilt werden, ob eine darüber hinausgehende Versorgungsforschung erforderlich ist.

Frage 162. Inwiefern gibt es in Hessen väterspezifische Forschung?

Goethe-Universität Frankfurt:

An der Klinik für Psychiatrie des Fachbereichs Medizin existiert eine Spezialsprechstunde für Psychiatrische Erkrankungen in der Zeit um die Geburt. Darüber hinaus führt die Klinik die

Väter-Bindungs-Studie (VBS-Studie) durch, in der Väter um die Zeit der Geburt als auch danach bezüglich psychiatrischer Erkrankungen untersucht werden.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Die Justus-Liebig-Universität verfolgt Forschungsansätze zu väterspezifischen Bedürfnissen und Belastungen rund um die Geburt.

Philipps-Universität Marburg:

Im Fokus der Forschung steht immer das Elternpaar.

Frankfurt University of Applied Sciences:

Auf die Antwort zu Frage 46 wird verwiesen.

Hochschule Fulda:

In Fulda gibt es dazu keine spezifische Forschung. Väter bzw. Angehörige werden entsprechend ihren Bedürfnissen mit einbezogen.

Frage 163. Inwieweit sollen Lücken im Datentransfer maternaler und neonataler Daten in Hessen geschlossen werden?

Goethe-Universität Frankfurt:

Eine Zusammenführung der Daten aus Perinatal- und Neonatalerhebung ist unter Wahrung der Forderungen aus dem Datenschutzgesetz dringend notwendig und wird von allen Medizinprofessionellen, so auch am Standort Frankfurt, seit Jahren gefordert. Die Zusammenführung der Daten ist mittlerweile in der GQH weitgehend gelungen und wird für Auswertungen genutzt. Da die Verantwortung für die Qualitätssicherung vom IQTiG reklamiert wird, wäre eine Förderung der GQH zur Analyse hessenspezifischer Daten dringend erforderlich. Der Leiter der Geburtshilfe und Pränatalmedizin ist verantwortliches geburtshilfliches Mitglied im Vorstand der GQH.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Die GQH hat eine hohe Anstrengung unternommen und die Lücken weitgehend geschlossen. Fast alle Kinder und deren Mütter werden inzwischen erfasst.

Philipps-Universität Marburg:

Die Daten der Perinatalerhebung und der neonatologischen Erhebung könnten auf Landes- und Bundesebene miteinander verknüpft ausgewertet werden, sofern die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Frage 164. Wie werden in Hessen Schnittstellenprobleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Perinatalogie bearbeitet?

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Die GQH führt einen Qualitätsdialog. GBA-Vorgaben verpflichten darüber hinaus zum Austausch der Disziplinen. Im Perinatalzentrum Gießen beispielsweise werden jede Woche in der interdisziplinären Perinatalkonferenz die Patientinnen mit Risikoschwangerschaft und drohender Frühgeburtlichkeit besprochen. Auch der Bericht über die Entwicklung bereits entbundener Kinder erfolgt in diesem Forum.

Philipps-Universität Marburg:

Die Universität Marburg verfügt seit fünf Jahren über ein interdisziplinäres und interprofessionelles Perinatalboard. Hier werden wöchentlich alle ambulanten und stationären pränatalen Fälle sowie die nachgeburtlichen und insbesondere neonatologischen und kinderchirurgischen sowie kindernephrologischen Behandlungsfälle besprochen. Neben den entsprechenden Fachdisziplinen nehmen Hebammen und betreuende Kinderschwester ebenfalls teil. Zusätzlich wird der Rahmen durch Kinderanästhesiologen und Gerinnungsphysiologen unterstützt.

Hochschule Fulda:

Bislang ist die Hebammenwissenschaft in Fulda in solche Projekte nicht einbezogen.

Darüber hinaus gibt es das Verfahren nach GBA-Richtlinie, das in Hessen umgesetzt wird durch die GQH:

- Perinatalmedizin

- Geburtshilfe

Die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe ist die am längsten etablierte Qualitätssicherungsmaßnahme in Hessen. Dieses Projekt umfasst die Dokumentation aller stationären Geburten unter Einbeziehung der Aspekte von Schwangerenvorsorge sowie Morbidität der Neugeborenen und Mütter. Seit vielen Jahren werden die erhobenen Daten zur Qualitätsverbesserung in den Kliniken und zu epidemiologischen und wissenschaftlichen Fragestellungen verwendet. Insgesamt umfasst der hessische Datenpool geburtshilfliche Daten seit 1985.

16/1 - Geburtshilfe (<https://www.gqhnet.de/leistungsbereiche/perinatalmedizin/16-1-geburtshilfe>)

Fachausschuss (<https://www.gqhnet.de/geschaeftsstelle/gremien/fa-mitglieder-aller-leistungsbe-reiche/fachausschuss-perinatologie>)

Beschluss des GBA zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen (Tabellarische Zusammenfas-sung - https://www.gqhnet.de/leistungsbereiche/perinatalmedizin/beschluss_gba)

Historie

- 1980** Einführung als Pilotprojekt in einigen hessischen Kliniken Projektbetreuung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- 1985** Ausweitung auf weitere hessische Einrichtungen bei freiwilliger Teilnahme
- 1990** Einführung des überarbeiteten Erhebungsbogens und Verpflichtung zur Teilnahme
- 1997** Übernahme der Projektbetreuung durch die GQH
- 2000** Jubiläumsveranstaltung "20 Jahre Qualitätssicherung in der Geburtshilfe"
- 2001** Bundesweite Einführung des überarbeiteten Datensatzes und damit verbundene Ver-pflichtung zur EDV-Dokumentation; Durchführung der ersten hessischen Regionalver-anstaltung
- 2002** Beginn der Sanktionierung nicht dokumentierter Fälle
- 2011** Jubiläumsveranstaltung: "30 Jahre Qualitätssicherung in Hessen"

Neonatologie

Als wichtige Ergänzung zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe wurde die Qualitätssicherung in der Neonatologie entwickelt. Sie ermöglicht für die bis zum 10. Lebenstag in eine Kinderklinik verlegten Kinder (in Hessen ca. 10%) eine genaue Beschreibung der kindlichen Morbidität.

Die Möglichkeit, an der Qualitätssicherung in der Neonatologie teilzunehmen, war in Hessen ab 1989 gegeben. Seit 1995 beteiligen sich alle neonatologischen Abteilungen an dieser Maßnahme. Mit Beginn des Jahres 1998 wurde die vom bundesweiten Arbeitskreis der Neonatologen entwi-ckelte modifizierte Neonatalerhebung in Hessen eingeführt und erfolgt seit diesem Zeitpunkt rein EDV-gestützt. Die fachliche Betreuung der Neonatalerhebung wird durch den Fachausschuss "Qualitätssicherung Perinatologie" gewährleistet. Weiterhin finden regelmäßige Treffen aller hes-sischen neonatologischen Abteilungen (Morbiditätskonferenzen) statt. Hier werden auch die Er-gebnisse der Neonatalerhebungen diskutiert. Die Neonatalerhebung umfasst alle relevanten me-dizinischen Daten von Neugeborenen, die innerhalb von 10 Tagen nach der Geburt in eine Kin-derklinik verlegt werden. Diese flächendeckende Qualitätssicherungsmaßnahme schließt sich übergangslos an die Perinatalerhebung an mit dem Ziel der Sicherung sowie Verbesserung der neonatologischen Versorgung. Hauptaugenmerk liegt hier auf der Frühgeborenenbehandlung. Die stationäre Qualitätssicherung in der Neonatologie wurde bisher als Landesverfahren durchgeführt (Neonatalerhebung). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung im Juni 2009 die Einführung eines bundeseinheitlichen Qualitätssicherungsverfahrens Neonatologie be-schlossen. Seit dem 1. Januar 2010 wird die Neonatologie als bundeseinheitliches Verfahren in die externe stationäre Qualitätssicherung nach §137 SGB V eingeführt.

Die wichtigsten Änderungen in der Überführung von Landes- in ein einheitliches Bundesverfahren betreffen:

- Die dokumentationspflichtigen Fälle werden mit dem QS-Filter ausgelöst, der durch eindeutig definierte Bedingungen, die an die § 301-Daten gebunden sind, die homogene Auslösung der Dokumentationspflicht sowie die Prüfung der Vollständigkeit mittels einer Sollstatistik ermög-licht.
- Die bundeseinheitliche Spezifikation des Datensatzes ermöglicht eine einheitliche Auswertung der neonatologischen Versorgungsqualität.
- Die Datensatzüberarbeitung erfolgte inhaltlich ohne größere Umfangzunahme.
- NEO – Neonatologie (<https://www.gqhnet.de/leistungsbereiche/perinatalmedizin/neo-neona-tologie>)

Fachausschuss (<https://www.gqhnet.de/geschaeftsstelle/gremien/fa-mitglieder-aller-leistungsbe-reiche/fachausschuss-perinatologie>)

Sonderauswertung nach QNeu-RL 2009 (<https://www.gqhnet.de/leistungsbereiche/perinatalme-dizin/sonderauswertungen-2009>)

Beschluss des GBA zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen (Tabellarische Zusammenfas-sung - https://www.gqhnet.de/leistungsbereiche/perinatalmedizin/beschluss_gba)

Ziel ist es, die Versorgungsqualität von Frühgeborenen und schwerwiegend kranker Neugeborener einheitlich und unabhängig von einer Aufnahme in eine pädiatrische Fachabteilung zu erfassen.

(Quelle: <https://www.gqhnet.de/leistungsbereiche/perinatalmedizin>)

Frage 165. Wie wird in Hessen die Zusammenarbeit wissenschaftlicher Disziplinen durch interdisziplinäre perinatalogische Lehrstühle gefördert?

Goethe-Universität Frankfurt:

Am Fachbereich Medizin besteht ein selbstständiger Funktionsbereich Geburtshilfe und Pränatalmedizin innerhalb der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einem berufenen Professor als Leiter des Funktionsbereichs. Dieser hat Vorstandfunktion in allen internationalen (FIGO, EBCOG) und nationalen Fachgesellschaften (DGGG) inne.

Justus-Liebig-Universität Gießen:

Die Interdisziplinarität auf Augenhöhe wird an der Universität Gießen durch fachspezifische Professuren gewährleistet, d.h. W3-Professuren (Lehrstühle für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Pädiatrie mit Neonatologie) sowie eine spezielle W2-Professur für Neonatologie und eine W2-Professur für Pränatalmedizin und fetale Therapie.

Philipps-Universität Marburg:

Durch den Aufbau des Perinatalzentrums sind mehrere Professuren im Themenfeld Perinatalogie miteinander vernetzt – Neonatologie, Kindernephrologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Pränatalmedizin (standortübergreifend).

Hochschule Fulda:

Einen Lehrstuhl für Perinatalogie gibt es an der Hochschule Fulda nicht. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Medizinerausbildung in Marburg soll es zu einer verstärkten Kooperation kommen, die Besetzung eines entsprechenden Lehrstuhls ist bislang aber nicht vorgesehen.

Wiesbaden, 27. Januar 2020

Kai Klose

Anlagen



Frühförderung Hessen

Rahmenkonzeption

Erarbeitet von der Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen e. V.



Impressum

Herausgeber

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden
www.hsm.hessen.de

Die Rahmenkonzeption Frühförderung Hessen wurde erarbeitet von der

Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen e. V.
Grünberger Straße 222
35394 Gießen
www.fruehe-hilfen-hessen.de

Arbeitsgruppe:

Thomas Conrad, Interdisziplinäre Frühförder- und Frühberatungsstelle der Behindertenhilfe in Stadt und Kreis Offenbach
Eva Klein, Arbeitsstelle Frühförderung Hessen
Carmen Lauer, Sichtweisen – Frühförderung für Kinder mit Blindheit und Sehbehinderung, Diakonisches Werk für Frankfurt am Main
Christian Brandt, Interdisziplinäre Frühberatungsstelle Hören und Kommunikation an der Hermann-Schafft-Schule, Homberg/Efze
Detlef Knoll, Landeswohlfahrtsverband Hessen

Fachliche Beiträge:

Externes Beratergremium der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen –
Martina Ertel, Christa Gerdson, Renate Giese, Jürgen Großer, Werner Heimberg, Prof. Dr. Dieter Katzenbach,
Dr. Hans von Lüpke, Dr. Marie-Luise Marx, Alwin Merkel, Dr. Lutz Müller, Simon Rollmann

Foto Titelseite: Behindertenhilfe in Stadt und Kreis Offenbach e.V.

Lektorat: Niko Raatschen

2., vollständig überarbeitete Auflage 2014

Rahmenkonzeption

Frühförderung Hessen

Herausgegeben vom
Hessischen Ministerium für Soziales und Integration

Erarbeitet von der
Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen e. V.

ÜBERSICHT

Vorwort des Hessischen Sozialministers	S. 5
1. Was ist Frühförderung?	S. 6
2. Gesetzliche Grundlagen und vertragliche Rahmenbedingungen	S. 9
3. Der Personenkreis zu fördernder Kinder	S. 13
4. Grundlagen und Bezugspunkte interdisziplinärer Frühförderung	S. 15
4.1 Leitkonzepte der interdisziplinären Frühförderung	S. 15
4.2 Inklusion und sozialetische Bezugspunkte	S. 21
5. Fachliche Arbeitsprinzipien der Frühförderung	S. 25
5.1 Individualität und Autonomie	S. 25
5.2 Ganzheitlichkeit	S. 26
5.3 Familien- und Lebensweltorientierung	S. 26
5.4 Interdisziplinarität	S. 27
5.5 Vernetzung und Koordination	S. 28
5.6 Niedrigschwelligkeit	S. 28
5.7 Interkulturelle Öffnung und kultursensibles Arbeiten	S. 29
6. Aufgabenfelder der Frühförderung	S. 30
6.1 Früherkennung und Diagnostik	S. 30
6.2 Förder- und Behandlungsplanung	S. 32
6.3 Kindorientierte Frühförderung	S. 33
6.4 Beratung und Begleitung der Eltern/ Erziehungsverantwortlichen	S. 39
6.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	S. 42
6.5.1 Kooperation zwischen allgemeiner und spezieller Frühförderung	S. 44
6.5.2 Kooperation zwischen interdisziplinären Frühförderstellen und Autismus-Therapieinstituten	S. 45
6.6 Zusammenarbeit mit Kindertageseinrichtungen	S. 46
6.7 Regionale und überregionale Netzwerke und Kooperationsbeziehungen	S. 50
6.8 Frühförderung als Teil im System der Frühen Hilfen	S. 52

7. Das besondere Profil der speziellen Frühförderstellen	S. 54
7.1 Interdisziplinäre Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesschädigung	S. 54
7.1.1 Besonderer Fokus: Kinder mit Sehbehinderung oder Blindheit	S. 55
7.1.2 Besonderer Fokus: Kinder mit Hörschädigung	S. 58
7.1.3 Besondere qualitätssichernde Maßnahmen	S. 61
7.2 Autismus-Therapieinstitute	S. 61
8. Formen der Frühförderung	S. 66
8.1 Offene Anlaufstelle	S. 66
8.2 Mobile Arbeitsweise	S. 66
8.3 Ambulante Arbeitsweise	S. 67
8.4 Kindzentrierte Angebote und begleitende Angebote für Familien	S. 68
9. Ablauforganisation in interdisziplinären Frühförderstellen	S. 69
9.1 Frühförderstellen als offene Anlaufstellen	S. 69
9.2 Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik	S. 70
9.3 Planung des Förderprozesses	S. 71
9.4 Förderprozess	S. 72
9.5 Fallbezogene Evaluation	S. 73
9.6 Beendigung von Frühförderung und Weiterleitung in andere Betreuungsformen	S. 73
10. Personal, Organisation und Ausstattung	S. 75
10.1 Personelle Ausstattung und Organisation	S. 75
10.2 Räumliche und sächliche Ausstattung	S. 78
10.3 Leistungselemente einer einzelfallbezogenen Förder- und Behandlungseinheit	S. 79
11. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung	S. 80
11.1 Einrichtungsbezogene Maßnahmen	S. 80
11.2 Einrichtungsübergreifende Maßnahmen	S. 81
11.3 Methoden der Evaluation	S. 82
11.4 Arbeitsstelle Frühförderung Hessen	S. 82
12. Finanzierung	S. 84
Nachwort	S. 87

ANHANG

Anmerkungen	S. 91
Inhalte einer Leistungsbeschreibung für interdisziplinäre Frühförderstellen	S. 96
Glossar	S. 97
Literaturverzeichnis	S. 107

Vorwort

Es ist seit vielen Jahren ein besonderes Anliegen der Hessischen Landesregierung, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und deren Angehörige zu unterstützen und zu fördern. Mit dem dafür entwickelten hessischen System der Frühförderung, das auf einem interdisziplinären Handlungsansatz basiert und Kooperationsbeziehungen in der Region als wesentliche Elemente mit einbezieht, ist es gelungen, ein qualitätsgesichertes Angebot flächendeckend zu etablieren.



Die Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen e. V. hat im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration die aus dem Jahr 2003 stammende Rahmenkonzeption überarbeitet und aktuellen Anforderungen angepasst. Damit schreibt sie nicht nur die hessischen Standards für die Frühförderung konsequent fort, sondern gibt auch einen Überblick über die theoretische Verortung der Frühförderung sowie über Schnittstellen und Kooperationsmöglichkeiten zum neu entwickelten System der Frühen Hilfen. Erstmals haben damit die allgemeinen und die spezifischen Frühförderstellen für sinnesbehinderte Kinder in Hessen eine gemeinsame Rahmenkonzeption. Sie hat zum Ziel, nach außen eine fachliche und fachpolitische Positionierung von Frühförderung darzustellen und nach innen fachliche Kriterien als Hilfestellung für die Frühförderung selbst aufzuzeigen.

Ich begrüße es sehr, dass es gelungen ist, das gesamte System Frühförderung in den gemeinsamen Standards, in der jeweils spezifischen Fachlichkeit und in der Vernetzung aufzuzeigen. Der von der UN-Behindertenrechtskonvention gesetzte Leitgedanke der Inklusion ist dabei grundsätzlicher Bezugspunkt. Neben meinem Dank für die geleistete Arbeit bleibt mir abschließend, zu wünschen, dass diese neue „Rahmenkonzeption Frühförderung Hessen“ Ihnen weiterhin hilfreiche Anstöße und Impulse für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Frühförderstellen gibt und Sie in Ihrer täglichen Arbeit mit den behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern und ihren Angehörigen unterstützt.

A handwritten signature in black ink, which reads 'Stefan Grüttner'. The signature is written in a cursive, flowing style.

Stefan Grüttner
Hessischer Minister für Soziales und Integration

1. Was ist Frühförderung?

Frühförderung ist ein Angebot von Hilfen für alle Kinder vom Säuglingsalter bis zum Schuleintritt, die eine Behinderung haben oder von Behinderung bedroht sind, wie auch für ihre Eltern und andere Bezugspersonen im Lebensumfeld des Kindes (Familie, Kindergruppe, Kindertagesstätte).

Frühförderung hat das Ziel, bei Behinderungen und anderen Gefährdungen der kindlichen Entwicklung im Zusammenwirken mit den Eltern die Hilfen im notwendigen Umfang anzubieten, die am ehesten dazu beitragen, dass die Kinder sich gemäß ihren Ressourcen entwickeln, ihre Kompetenzen entfalten, Beeinträchtigungen kompensieren, sich in ihrer Lebenswelt orientieren und teilhaben können (Thurmair/Naggl 2010). Als familien- und wohnortnahes Angebot richtet sich die Frühförderung nach den individuellen Entwicklungsvoraussetzungen des Kindes und den Bedürfnissen seiner Familie.

Frühförderung ist Teil des Gesamtsystems flächendeckender Grundversorgung für Kinder mit Behinderungen und für von Behinderung bedrohte Kinder und deren Familien, das von speziellen Diensten und Einrichtungen getragen wird. Zu diesem System gehören insbesondere niedergelassene Kinder- und andere Fachärztinnen und Fachärzte, medizinische Therapeutinnen und Therapeuten, neurologische wie kinder- und jugendpsychiatrische Spezialambulanzen, Erziehungs- und andere Beratungsstellen, Kindertageseinrichtungen und andere vorschulische Einrichtungen.

Die Frühförderungsverordnung (FrühV 2003) benennt interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren als die Institutionen der Frühförderung. In Hessen handelt es sich dabei um allgemeine Frühförderstellen, die in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt angesiedelt sind, sowie um spezielle Frühförderstellen für Kinder mit Hörschädigung oder Sehbehinderung und Blindheit. Da Sinnesbehinderungen im Kindesalter zu den Behinderungen mit sehr geringer Auftretensrate bei gleichzeitig großer Heterogenität zählen, bedarf es eines gebündelten Fach- und Erfahrungswissens zu dem speziellen Personenkreis. Die speziellen Frühförderstellen sind überregional organisiert. Sie sind in das spezifische Versorgungs- und Hilfenetz ihrer Region eingebunden (vgl. Kapitel 7).

Autismus-Therapieinstitute mit ihren Angeboten für Kinder im Vorschulalter sind als weitere Frühförderinstitutionen anzusehen.

In Hessen bieten interdisziplinär besetzte und interdisziplinär kooperierende Frühförder- und Frühberatungsstellen als lebensweltorientierte Einrichtungen umfassende Hilfen an. Um bedarfsgerecht und lebensweltorientiert arbeiten zu können, ist das System niedergelassener Therapeutinnen und Therapeuten über Kooperationen einbezogen. Die interdisziplinäre Kooperation jeder Frühförderstelle in Hessen basiert auf einer verlässlichen Zusammenarbeit der am Prozess Beteiligten und beinhaltet verbindliche und kontinuierliche Abstimmungsprozesse. Dieses Qualitätsziel ist gleichermaßen Auftrag für interdisziplinär besetzte Frühförderstellen wie für Frühförderstellen, die Interdisziplinarität maßgeblich durch Kooperationsverträge sicherstellen (Kron et al. 2009).

Eine gelingende Früherkennung, Diagnostik, Beratung, Förderung und Behandlung baut auf (heil-/sonder-)pädagogischen, psychologischen und medizinisch-therapeutischen Ansätzen auf. Aufgabe der Frühförderung ist es, die verschiedenen Ansätze zu koordinieren und zu integrieren, damit sie alltagsunterstützend in die Zusammenarbeit mit den Familien und Bezugspersonen der Kinder einfließen können.

Eine multidisziplinäre personelle Ausstattung und ein Netzwerk geregelter Kooperationsbeziehungen zu Professionen, die nicht in der Frühförder- und Frühberatungsstelle vertreten sind, sind hierfür notwendige Voraussetzungen.

Als offene Anlaufstellen bieten Frühförder- und Frühberatungsstellen Information und Beratung für alle Familien und Fachleute, die sich um die Entwicklung ihrer bzw. der ihnen anvertrauten Kinder sorgen. Eltern können sich somit ohne eine Zuweisung von medizinischen, sozialen oder pädagogischen Institutionen oder Diensten direkt an eine Frühförderstelle wenden.

Das System der Frühförderung hat zahlreiche Berührungspunkte mit dem System der Frühen Hilfen. In den Netzwerken der Frühen Hilfen sind die Institutionen der Frühförderung mit eingebunden, und es bestehen Kooperationen mit den weiteren Angeboten der Frühen Hilfen (vgl. Kapitel 6.8).

Interdisziplinäre Frühförder- und Frühberatungsstellen in Hessen werden aus öffentlichen Mitteln (örtlicher Sozialhilfeträger, Krankenversicherungen u. a.) finanziert. Das Land Hessen und der Landeswohlfahrtsverband Hessen leisten als nicht originäre Rehabilitationsträger Zuwendungen, um den spezifischen hessischen Weg in der Ausgestaltung der Interdisziplinarität fortzuführen. Dies gewährleistet u. a. den Einbezug regionaler Besonderheiten bei der Ausgestaltung der Angebote. Während die allgemeinen Frühförderstellen in der überwiegenden Zahl von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege betrieben werden, befinden sich die sinnesspezifischen Frühförderstellen auch in Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbandes.

2. Gesetzliche Grundlagen und vertragliche Rahmenbedingungen

Die hier folgenden gesetzlichen Grundlagen sind für die konkrete Arbeit einer Frühförder- und Frühberatungsstelle – vorrangig zur Definition des Personenkreises, der inhaltlichen Ausrichtung und Zielbestimmung des Aufgabenspektrums und der Finanzierung – maßgeblich.

Auf Bundesebene:

Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) – insbesondere

- § 26 Abs. 2 Nr. 2 Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
- § 30 Früherkennung und Frühförderung
- § 55 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- § 56 Heilpädagogische Leistungen

Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV)

vom 24. 6. 2003

Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII) – insbesondere

- §§ 53 ff Leistungsberechtigte und Leistungen der Eingliederungshilfe
- § 79 Rahmenverträge zwischen den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden mit den Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Landesebene zum Abschluss von Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 und § 76 Abs. 2 zwischen Leistungserbringer, Frühförderstellen/Träger und örtlichem Sozialhilfeträger

Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) – insbesondere

- § 27 Krankenbehandlung
- § 32 Heilmittel
- § 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen
- § 119 Sozialpädiatrische Zentren
- §§ 124 f Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln

Sozialgesetzbuch, Achtes Buch (SGB VIII) – insbesondere

- § 10 Abs. 4 Zuständigkeit der Jugendhilfe für die Zielgruppe seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher;
(nach § 23 Hessisches Kinder- und Jugendhilfegesetzbuch (HKJGB) ist für Leistungen der Frühförderung unabhängig von der Art der Behinderung die Sozialhilfe zuständig)
- §§ 22, 22a, 24 Rechtsanspruch auf Betreuungsplatz in Tageseinrichtung und Ausgestaltung des Förderauftrags
- § 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche; (siehe Klammer zu § 10 Abs. 4)
- § 36 Mitwirkung, Hilfeplanerstellung

Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG)

vom 21. 8. 1995 – insbesondere

- §§ 2 und 6 Anspruch auf Beratung durch Fachkräfte der Frühförderung für Frauen bzw. Familien bei Konfliktsituationen in der Schwangerschaft und nach der Geburt eines behinderten Kindes, sofern sie dies wünschen

Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG)

vom 22. 12. 2011 – insbesondere

- Artikel 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

Auf Landesebene:

Rahmenvereinbarung über die Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen vom 23. 8. 2013

Vereinbarung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung

vom 1. 1. 2006

Therapeutische Versorgung behinderter Kinder:

Umsetzungsvereinbarung zur FrühV – Abgabe medizinisch-therapeutischer Maßnahmen in Kindertagesstätten vom 6. 7. 2006

**Vereinbarung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung:
Frühförderstellen für Kinder mit Sehbehinderung und Blindheit und
Frühförderstellen für Kinder mit Hörbehinderung** vom 2. 7. 2012

**Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX – Arbeitshilfe zur
Umsetzung** vom Januar 2013

Instrumente:

- Kooperationsvertrag zwischen Frühförderstelle und therapeutischer Praxis
- Förder- und Behandlungsplan gemäß § 30 SGB IX
- Formblatt zur Einwilligung in die Übermittlung von personenbezogenen Daten für die interdisziplinäre Frühförderung nach §§ 30, 55 f SGB IX
- Formblatt zur Abgabe medizinisch-therapeutischer Leistungen im Rahmen der Frühförderung in Kindertagesstätten

Die Umsetzung der Vorgaben der Fachlichen Handlungsanweisungen (herausgegeben vom Hessischen Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit im Einvernehmen mit dem Hessischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung, Erlass vom 15. 2. 1995, Staatsanzeiger 95) in den Frühförder- und Frühberatungsstellen war Voraussetzung für die ergänzende Förderung aus Landesmitteln und Mitteln des überörtlichen Sozialhilfeträgers (Landeswohlfahrtsverband Hessen) bis zum Jahr 2006. Seit 2006 gelten die gemeinsam vom Land Hessen und dem Landeswohlfahrtsverband Hessen erarbeiteten

"Qualitätsmerkmale als Grundlage für die Bereitstellung von Haushaltsmitteln des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und des Landes Hessen für

- die allgemeine Frühförderung nach der ‚Rahmenvereinbarung über die Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen‘ vom 23. 8. 2013 sowie für
- die spezielle Frühförderung zur Konkretisierung der ‚Fachlichen Handlungsanweisungen‘ vom 15. 2. 1995".

**Hessisches Kinder- und Jugendhilfegesetzbuch (HKJGB) vom
18. 12. 2006** zuletzt geändert am 23. 5. 2013

§ 23 Zuständigkeit für die Frühförderung

§§ 25 ff Tageseinrichtungen, Kindertagespflege

Übergeordnete Rahmung

UN-Kinderrechtsübereinkommen (1992)

UN-Behindertenrechtskonvention (13. 12. 2006, ratifiziert von Deutschland 2009)

Bereits die Vielzahl der Gesetzesgrundlagen und -bereiche macht die Komplexität des Arbeitsfeldes deutlich und zeigt die Vielgestaltigkeit der Anforderungen und Aufgaben.

3. Der Personenkreis zu fördernder Kinder

Frühförderung richtet sich – ab Geburt bis zum Übergang in die Schule – an Kinder, die eine Behinderung haben oder von Behinderung bedroht sind, in ihrer körperlichen und Sinnesentwicklung, der kognitiven, sprachlichen, emotionalen und sozialen Entwicklung gefährdet oder verzögert sind, sowie an deren Eltern, andere Sorgeberechtigte und die Personen, die Erziehungsfunktion wahrnehmen.

Nach § 2 Abs. 1 SGB IX wird Behinderung wie folgt definiert:

"Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistigen Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist."

Diese Personenkreisbeschreibung in der Sprache der Sozialgesetzgebung muss für die praktische Frühförderung übersetzt und konkretisiert werden. Die Fachpraxis der Frühförderung in Frühförderstellen orientiert sich dabei an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF 2001, deutsche Übersetzung 2005) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die auch in einer Fassung speziell für Kinder und Jugendliche (ICF-CY, deutsche Übersetzung 2011) vorliegt. Der dort beschriebene Ansatz ist mehrdimensional und betrachtet das Phänomen der Behinderung auf Basis eines biopsychosozialen Ansatzes (vgl. Kapitel 4.1).

Frühförderung kommt nach diesem Konzept vor allem dann in Frage, wenn aus dem Zusammenwirken funktioneller Beeinträchtigungen, interaktioneller und Umweltfaktoren Gefährdungen erwachsen, die das Kind in der Entfaltung seiner Fähigkeiten, seiner Persönlichkeit und seiner sozialen Integration und Teilhabe beeinträchtigen können.

Eine drohende Behinderung kann dabei auch von Entwicklungsstörungen, Entwicklungsgefährdungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen, einschließlich Verhaltens- und sozialemotionaler Störungen, ausgehen.

Hieraus ergibt sich allgemein die Zuständigkeit der Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren und im Einzelfall der fachliche Auftrag für

- Frühgeborene und Säuglinge mit biologischen und/oder psychosozialen Entwicklungsrisiken
- Kinder mit Mehrfachbehinderung und chronisch kranke Kinder
- Kinder mit behinderungsrelevanten Syndromen
- Kinder mit Hörschädigungen, Blindheit oder Sehbehinderungen
- Kinder mit Störungen aus dem Autismusspektrumsbereich
- entwicklungsgefährdete Kinder aus sozial benachteiligten Familien
- Kinder mit Verhaltensbesonderheiten, Lern- und Leistungsstörungen, die oftmals erst mit Besuch einer Kindertagesstätte auffallen
- Kinder von Eltern, die chronisch krank sind oder eine Behinderung haben
- Eltern und Familien, die sich um die Entwicklung ihrer Kinder sorgen
- werdende Eltern im Rahmen von Pränataldiagnostik.

Für Kinder mit einer Sinnesbehinderung (auch bei Vorliegen zusätzlicher Behinderungen) und deren Familien sind in Hessen die überregional arbeitenden speziellen interdisziplinären Frühförderstellen zuständig. Kinder mit Störungen aus dem Autismusspektrum und ihre Familien erhalten autismusspezifische Frühförderangebote durch die überregionalen Autismus-Therapieinstitute. Mit den regional ausgerichteten allgemeinen interdisziplinären Frühförder- und Frühberatungsstellen besteht eine grundsätzliche sowie bedarfsbezogen eine Zusammenarbeit im Einzelfall (vgl. Kapitel 6.5.1, 6.5.2).

Frühförderung soll so frühzeitig wie möglich erfolgen – was den Auftrag zu Früherkennung, Informationsvermittlung und Überleitung voraussetzt – und wird weitergeführt, solange ein notwendiger Bedarf besteht bzw. längstens bis zum Eintritt des Kindes in die Schule.

4. Grundlagen und Bezugspunkte interdisziplinärer Frühförderung

Die interdisziplinäre Frühförderung bezieht sich in ihrer Ausgestaltung und Entwicklung auf eine Reihe fachlich-inhaltlicher Grundorientierungen, Ansätze, Konzepte und Modelle. Sie dienen im Sinne von Leitkonzepten als Begründungs- und Beurteilungsrahmen für die fachlichen Arbeitsprinzipien und Unterstützungsangebote der interdisziplinären Frühförderung (vgl. Kapitel 5 und 6) sowie für Vorgehensweisen im Einzelfall. Sie dienen darüber hinaus zur Einordnung neuer Forschungsergebnisse. In Kapitel 4.1 werden wesentliche Theorien und Ansätze vorgestellt und ihr Bezug zur Frühförderung aufgezeigt.

In der UN-Behindertenrechtskonvention ist eine umfassende Teilhabe menschenrechtlich verankert. Damit ist auch Frühförderung dazu aufgerufen, an der Verwirklichung und Weiterentwicklung von Inklusion mitzuwirken. Gleichzeitig steht Frühförderung von daher mit ihrem Auftrag und ihren Angeboten in einem normativen Bewertungszusammenhang, der eine kritische Reflexion der fachlichen Grundlagen erforderlich macht (vgl. Kapitel 4.2).

4.1 Leitkonzepte der interdisziplinären Frühförderung

Die im Folgenden beschriebenen Leitkonzepte sind nicht als abschließende Übersicht zu verstehen. Sie stellen eine Auswahl an Modellen und Konzepten dar, die in ihren Annahmen und Aussagen besondere Orientierungspunkte für die Begründung und Gestaltung der interdisziplinären Frühförderung bieten (Anmerkung 1).

Orientierung an Komplexitäts- und Wechselwirkungsmodellen

Komplexitäts- und Wechselwirkungsmodelle, wie das biopsychosoziale Modell, das auch der "Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (WHO, ICF 2001) zugrunde liegt, sind für die Theorie und Praxis interdisziplinärer Frühförderung von besonderer Bedeutung, da sie Entwicklung als einen nichtlinearen Prozess verstehen und die dynamische Interaktion einer Vielzahl biopsychosozialer Faktoren auf verschiedenen Ebenen in den Blick nehmen. So betont das transaktionale Entwicklungsmodell im Einklang mit neueren Erkenntnissen der Neurobiologie sowie der Säuglings- und Kleinkindforschung die aktive Rolle des Individuums in dynamischer Interaktion mit den biopsychosozialen Gegebenheiten seiner Umwelt; Entwicklung wird

dabei nicht als kontinuierlicher Prozess gesehen (Sameroff 1995, Sameroff/Fiese 2000). Modelle komplexer Wechselwirkungen können damit verständlich machen, warum bei gleichen oder ähnlichen Ausgangsbedingungen verschiedene Kinder in ihrer jeweiligen Umgebung unterschiedliche Entwicklungswege einschlagen (Ziegenhain et al. 2006). Dieses Grundverständnis von Entwicklung und Lernen bildet einen zentralen Orientierungspunkt für Theorie und Praxis interdisziplinärer Frühförderung.

Modelle komplexer Wechselwirkungen innerhalb und zwischen verschiedenen Systemebenen verweisen für Diagnostik, Prävention und Intervention auf die Notwendigkeit und Möglichkeit, unterschiedliche Systemebenen zu beachten und einzubeziehen, so z. B. neben kindlichen Verhaltensweisen auch die Ebene der frühen Eltern-Kind-Interaktion (Papoušek et al. 2004). Für die Planung fachlichen Handelns in Therapie, Förderung, Beratung und Begleitung bedeutet dies zugleich, dass die Definition von Förderzielen nicht mit einer Normalisierung von Körperfunktionen gleichgesetzt werden kann (Kraus de Camargo/Simon 2013).

Für die Theorie und Praxis interdisziplinärer Frühförderung haben das biopsychosoziale Modell sowie disziplinübergreifende systemische Entwicklungsmodelle orientierende und strukturierende Bedeutung (Anmerkung 2).

Die Orientierung an Theorien komplexer adaptiver Systeme hat auch Bedeutung für das Verständnis von evidenzbasierter Praxis, Leitlinien und Clinical Reasoning: Diese können verstanden werden als notwendige und sinnvolle Orientierungshilfen, die durch fachlich begründete Reduktion von Komplexität die professionelle Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit sichern. Für die Anwender muss dabei aber zugleich gelten, dass sie sich angesichts der Komplexität menschlicher Entwicklung des hypothetischen und vereinfachenden Charakters dieser Orientierungshilfen bewusst sind. Im Dienste des Hilfe- und/oder Forschungsauftrages gilt es darüber hinaus, offen und neugierig zu bleiben für das, was sie noch nicht wissen bzw. aus anderen Perspektiven und Kontexten neu erkennen können (Oerter et al. 1999, von Lüpke 2012). Für die Kooperation der beteiligten fachlichen Akteure ergeben sich hieraus wiederum spezifische Anforderungen und Herausforderungen auf struktureller, prozessualer und personaler Ebene.

Orientierung an phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben

Eine notwendige Voraussetzung für das Erkennen von Entwicklungserschwerissen sowie für das Verständnis von Entwicklungsprozessen unter erschwerten Bedingungen stellt das Verständnis ungestörter Entwicklungsprozesse dar (Ziegenhain 2006, Pauen et al. 2012). Frühförderung kann im Bereich von Diagnostik und Förder- und Behandlungsplanung auf eine breite Palette von Entwicklungstests, fachspezifischen Screenings, Diagnostiken und Verfahren sowie auf Leitlinien und Planungsinstrumente zurückgreifen, in welchen solches Wissen um Entwicklungsprozesse repräsentiert ist (Überblick: Arbeitsstelle Frühförderung Bayern 2010). Im Prozess der konkreten Förder- und Beratungspraxis der einzelnen Fachkräfte können zur Unterstützung und Sicherung einer fachübergreifenden Entwicklungsorientierung insbesondere das Konzept der Entwicklungsaufgaben (Oerter/Montada 2002, Cierpka 2012, Papoušek 2004, Giese 2010) sowie das Meilensteinkonzept (Pauen/Ganser 2011) und das Grenzsteinkonzept (Michaelis et al. 2013) hilfreich sein (Anmerkung 3).

Beziehungs- und Interaktionsorientierung

Die individuelle psychische und körperliche Entwicklung des Kindes vollzieht sich in den Beziehungen zu seinen relevanten Bezugspersonen. Hauptankerpunkt ist dabei der familiäre Kontext. Dieser wird ergänzt durch außerfamiliäre Kontexte wie Kindertagesbetreuung und entsprechende Peergroups. Die Interaktion zwischen Bezugspersonen und Kind entfaltet sich dabei als Dialog auf der Grundlage universeller angeborener intuitiver Verhaltensbereitschaften der Bezugspersonen einerseits und sozial ausgerichteter angeborener Verhaltensbereitschaften und spezifischer Wahrnehmungsfähigkeiten des Kindes andererseits (Dornes 1993, Papoušek et al. 2004).

Die frühen Interaktionen des Kindes mit seiner sozialen und gegenständlichen Umwelt bilden die Grundlage für die Entwicklung innerer affektiv-kognitiver Strukturen und Repräsentanzen und formen damit das Selbstbild sowie die Vorstellungen über die soziale und physikalische Objektwelt (Resch et al. 1999). Damit stellen sie grundlegende Gegenstands- und Förderbereiche von Frühförderung dar. Zum anderen ermöglicht ein beziehungs- und interaktionsorientierter Blick auf die naturwüchsigen Bildungsprozesse des Kindes, hieraus wichtige Aspekte und Orientierungen professioneller fachlicher Entwicklungs-

beratung und -begleitung sowie kindbezogener Entwicklungsförderung abzuleiten.

Frühförderung kann sich hierbei auf unterschiedliche theoretische Beiträge und Konzepte zu je verschiedenen Gegenstandsbereichen beziehen, die für sie disziplinenübergreifend von Bedeutung sind. Die einzelnen fachlichen Beiträge, Konzepte und Theorien betrachten dabei "wie in einem Kaleidoskop" jeweils spezifische Bereiche und Aspekte der kindlichen Entwicklung, die selbst wieder miteinander in Beziehung stehen. Diese einzelnen Konzepte und Theorien lassen sich insbesondere unter den im Folgenden aufgeführten Fokussierungen zusammenfassen (einführende und vertiefende Literaturhinweise sind zur besseren Lesbarkeit bei den Anmerkungen im Anhang dieser Rahmenkonzeption angegeben):

Fokus früher Dialog, Affektregulation, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst:

- Sterns Beiträge zur Entwicklung des Selbst und zur affektiven Regulation
- Fonagys Beiträge zu Affektregulierung, Mentalisierung und Entwicklung des Selbst
- Beiträge von Beebe und Lachmann insbesondere im Hinblick auf dynamische Prozesse der Selbst- und Beziehungsregulation sowie entwicklungsförderliche Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozesse im frühen Dialog
- Winnicotts Beiträge zur Entwicklung des Selbst und das Konzept des "wahren und falschen Selbst"
- Das Dialogmodell von Milani Comparetti und seine Ausarbeitungen durch von Lüpke in Bezug auf Wechselseitigkeit, Kreativität und Stimmigkeit
- Neurobiologisch orientierte Beiträge zur Bedeutung (früher) affektiver Prozesse

(Anmerkung 4)

Fokus Informationsverarbeitung und Gedächtnistheorien:

- Neuere Modelle der Informationsverarbeitung und des Gedächtnisses sowie das Embodiment-Konzept

(Anmerkung 5)

Fokus Bindung und Bindungsbeziehungen:

- Die grundlegenden Beiträge von Bowlby und Ainsworth
- Beiträge zur Bindungstheorie, ihren Weiterentwicklungen und Anwendungen
- Weiterentwicklung der Bindungstheorie vor allem durch Patricia McKinsey Crittenden und "Das dynamische Reifungsmodell der Bindung und Anpassung"

(Anmerkung 6)

Fokus Autonomisierung und Individuation:

- Mahlers Beitrag zu Autonomisierung und Individuation
- Beiträge zur emotionalen Verhaltensregulation des späten Säuglings- und Kleinkindalters
- Berücksichtigung entwicklungstheoretischer Beiträge des Kleinkind- und Kindergartenalters unter dem Gesichtspunkt von Autonomisierung und Individuation, auch Berücksichtigung von Peerbeziehungen

(Anmerkung 7)

Fokus kognitive Entwicklung:

- Piagets grundlegender Beitrag zur kognitiven Entwicklung und zum Ansatz eines genetischen Strukturalismus

(Anmerkung 8)

Fokus Spiel und Kreativität:

- Übersichtsbeiträge zur Bedeutung des Spiels
- Winnicotts Beiträge zu Spiel und Kreativität, insbesondere die Konzepte "Übergangsobjekt" und "Übergangsphänomene"
- Die Beiträge von Piaget
- Mentalisierungstheoretische Beiträge
- Neurobiologische Beiträge

(Anmerkung 9)

Fokus triadische Interaktions- und Beziehungsprozesse und die Bedeutung des Dritten für die Entwicklung des Kindes:

- Systemische Beiträge
- Psychoanalytisch orientierte Beiträge
- Sozialisationstheoretische Beiträge

(Anmerkung 10)

Fokus Kultur- und Milieuspezifität früher Bildungsprozesse:

- entwicklungspsychologische und bindungstheoretische Perspektive
- psychoanalytisch orientierte Perspektive

(Anmerkung 11)

Resilienzperspektive und salutogenetische Orientierung

Die Feststellung einer Behinderung oder chronischen Erkrankung stellt für die betroffenen Eltern bzw. Familien einen existenziellen Einschnitt dar und stellt in der Bewältigung vielfältige Anforderungen auf der emotionalen, der kognitiven sowie der Handlungsebene (Anmerkung 12).

Die Resilienzperspektive kann sich zum einen auf den einzelnen Menschen und damit auch auf das einzelne Kind beziehen. "Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen" (Welter-Enderlin/Hildenbrand 2006, 13). Die Resilienzperspektive kann sich weiterhin auf die Familie selbst beziehen im Sinne einer spezifischen Systemqualität von Familie: "Resilienz ist der Weg, den eine Familie geht, wenn sie Stress bewältigt und daran wächst, sowohl gegenwärtig wie langfristig. Resiliente Familien reagieren auf diese Bedingungen positiv und auf individuelle Weise, abhängig vom Kontext, von der Ebene der Entwicklung, der interaktiven Kombination von Risiken und protektiven Faktoren und den Zukunftsvorstellungen, die die Familienmitglieder miteinander teilen" (DeHaan 1996, 293 nach Welter-Enderlin/Hildenbrand 2006, 23).

Resilienz stellt dabei keine statische Eigenschaft dar, sondern eine spezifische Handlungsweise und Orientierung, die sich sowohl individuell als auch familien- bzw. systembezogen in der Bewältigung von Krisen zugleich entwickelt und bewährt. Dies gilt sowohl für normative Krisen (innerhalb des Lebenszyklus erwartbare Übergänge wie z. B. die Geburt eines Kindes, Ablöseprozesse des Kindes) als auch für nichtnormative Krisen, die die Handelnden unerwartet und unvorbereitet treffen (z. B. Krankheit und Behinderung). Resilienz ist zudem ein kontextbezogenes Konzept, denn die Einschätzung eines Handlungs- und Orientierungsmusters als Resilienz- oder Risikofaktor kann nur im Hinblick auf den je besonderen Kontext von Krisenbewältigung vorgenommen werden.

Alle in der Frühförderung zur Förderung von Kindern entwickelten oder herangezogenen Vorschläge und Anregungen können somit auch in einer resilienzorientierten Perspektive betrachtet und hinsichtlich ihrer resilienzfördernden Qualitäten bewertet werden (Weiß 2011). Eine resilienz- und familienorientierte Perspektive hilft aus einem breiteren und differenzierteren Blickwinkel als phasenbezogene oder ausschließlich ressourcenorientierte Ansätze, individuell Antworten auf vier zentrale Fragen zu finden, welche für die Fachkräfte wie für die betroffenen Familien selbst von höchster Bedeutung sind:

- Welche Auswirkungen haben Behinderungen eines Kindes auf das Leben von Familien?
- Was hilft Familien, mit der Behinderung eines Kindes zurechtzukommen?
- Wie gelingt es manchen Familien, ‚trotz alledem‘ ein gutes Leben zu führen?
- Welche Familienfunktionen, Haltungen, Rollenverteilungen und familialen Glaubenssysteme helfen ihnen dabei? (Retzlaff 2010, 18)

Damit vermeidet die resilienzorientierte Perspektive eine Pathologisierung, würdigt die herausfordernden Lebensumstände der Familien und nimmt die Stärken in den Blick, ohne ihre Schwierigkeiten und Probleme zu leugnen.

Ergänzend zur Resilienzperspektive kann Frühförderung ihre Angebote und fachlichen Vorgehensweisen auch in einer salutogenetischen Orientierung begründen, indem sie die Komponenten des von Antonovsky beschriebenen Kohärenzgefühls in den Blick nimmt. Es geht dann darum, auf individueller wie auf Familienebene zu fragen, inwieweit die Angebote und Vorgehensweisen die Gefühle von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit unterstützen können (Antonovsky 1993, 1997, Retzlaff 2010).

4.2 Inklusion und sozioethische Bezugspunkte

Frühförderung in Hessen hat sich seit ihren Anfängen an einem mehrdimensionalen und umfassenden Begriff von Integration orientiert. D. h., sie bietet aufsuchende Arbeit an, um niemanden zurückzulassen, sie ist niedrigschwellig ausgerichtet, um alle anzusprechen, und sie unterstützt die Integration aller Kinder, um einer frühen Aussonderung entgegenzuwirken. In Bezug auf die Eingliederung von Menschen mit Behinderung ist sie auf Teilhabe ausgerichtet.

Das Land Hessen hat diese Entwicklung von Beginn an maßgeblich unterstützt. Der interdisziplinäre Ansatz der Frühförderung befördert ein Hineinwirken in den Sozialraum, damit Lebensweltorientierung praktisch umgesetzt werden kann. Dies zeigt sich u. a. an der intensiven Zusammenarbeit mit Kindertageseinrichtungen in Form der Begleitung und Unterstützung der Integration aller Kinder in das Betreuungssystem.

Der Begriff der Inklusion erweitert den Begriff der Integration. Der Idee der Inklusion liegt die Auseinandersetzung mit der Frage zugrunde, wie Unterschiedlichkeit sozial und gesellschaftlich konstruiert und bewertet wird. Damit hat sie eine weitreichende politische und gesellschaftliche Bedeutung (Dannenbeck/ Dorrance 2009). Dies bezieht sich im Besonderen auch auf den Bereich der Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderung.

Inklusion bildet die Grundlage des 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedeten Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), das 2009 für Deutschland in Kraft trat. Die UN-BRK beschreibt keine neuen Rechte, sondern hat das Ziel, auch Menschen mit Behinderungen einen uneingeschränkten Zugang zu den bestehenden Menschenrechten zu ermöglichen. In Artikel 3 werden als allgemeine Grundsätze hierzu beschrieben:

- Achtung individueller Autonomie und Freiheit;
- Nichtdiskriminierung;
- volle und wirksame Teilhabe und Einbezug;
- Achtung der Unterschiedlichkeit;
- Chancengleichheit;
- Zugänglichkeit;
- Gleichberechtigung und
- Achtung der individuell sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderung.

Mit ihrem Ansatz der frühen Intervention in der Familie leistet Frühförderung einen Beitrag zur primären Sozialisation. Jedes Kind muss in diese Welt hineinwachsen und soll in ihr heimisch werden (Weiß 2012). Familien, die ihre Kinder dabei unter den erschwerten Bedingungen einer (drohenden) Behinderung begleiten, finden durch die Angebote von Frühförderung hierbei Unterstützung. Diese umfassen gleichermaßen die Anregung und Gestaltung

früher Bildungsprozesse. Damit leistet Frühförderung einen grundlegenden Beitrag zur Inklusion.

Seit Juli 2012 konkretisiert ein Aktionsplan die Umsetzung der UN-BRK für Hessen. Als Arbeits-, Informations- und Innovationsplan verbindet er bestehende Maßnahmen und Initiativen und bildet die Richtschnur der hessischen Politik von und für Menschen mit Behinderungen. Die Aussagen der UN-BRK fordern das System der Frühförderung auf, ihre Ziele und Pläne zu reflektieren. Im Hessischen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist der Bereich der Frühförderung deshalb mehrfach mit bestehenden Maßnahmen und weiterführenden Zielen benannt.

Inklusion kann als ein zu beschreitender Weg verstanden werden, der den permanenten Abbau und die Beseitigung von Barrieren auf allen Ebenen erfordert. Ein besonderes Augenmerk ist dabei zu richten auf:

- den Erhalt und die Weiterentwicklung eines gesellschaftlichen Klimas der Sympathie, der Solidarität und der Mitverantwortung;
- den Einbezug grundsätzlicher Angewiesenheit und Abhängigkeit der Menschen voneinander in die Begriffe von Bildung und Autonomie – diese dürfen nicht vereinseitigt werden, sie müssen ebenso Momente des Widerstandes zulassen und Ansätze von Halten- und Aushaltenkönnen beinhalten;
- eine Kultur der Selbstverwirklichung, die Anerkennungsmöglichkeiten auch jenseits ökonomisch verwertbarer Leistungsfähigkeit kennt und bietet.

Wesentliche Grundlagen des Gelingens auf dem Weg zu inklusiven Verhältnissen werden bereits in der Theorie integrativer Prozesse (Klein et al. 1987) beschrieben. Als integrativ werden dort Prozesse bezeichnet, bei denen Einigungen zustande kommen, die auf der Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Sichtweisen basieren. Diese Einigungen entstehen durch Bewegungen von Annäherung und Abgrenzung. Dabei geht es nicht um die Anpassung an die Erwartung Anderer, sondern um die gegenseitige Anerkennung der Verschiedenheit sowie die Fähigkeit und den Wunsch, gemeinsam Mögliches zu entdecken. Die den Einigungsprozessen zugrunde liegenden Auseinandersetzungen sind auf verschiedenen Ebenen zu finden und umfassen sowohl widersprüchliche innerpsychische Anteile als auch gegensätzliche Sichtweisen interagierender Personen und Personengruppen (Kron 2008). Ziel pädagogischen Handelns ist es demnach, Erfahrungen der gemeinsamen Überwindung

von Barrieren der Teilhabe zu ermöglichen und erlebbar zu machen, nicht konfliktfreies Aufwachsen.

Vielfalt anzuerkennen führt unter dem Aspekt von Anerkennungsgerechtigkeit dabei unmittelbar zu präventiven Ansprüchen. D. h., für ein gleiches Recht auf Teilhabe ist unterschiedliche pädagogische bzw. therapeutische Unterstützung erforderlich. Ein besonderer Blick ist hier auf kompensatorische Elemente zu legen, insbesondere zu einem Ausgleich von Bildungsbenachteiligung (Weiß 2013).

Frühförderung verknüpft die individuumszentrierte Perspektive mit der umweltorientierten Perspektive. In diesem Sinne ist sie als ein Instrument für Inklusion erprobt und anerkannt. Sie kann auf verschiedenen Ebenen dazu beitragen, die Befähigung zur Teilhabe von Kindern mit Entwicklungsgefährdungen und Behinderung und ihren Familien zu unterstützen und zu stärken.

5. Fachliche Arbeitsprinzipien der Frühförderung

Im gesellschaftlichen Zusammenhang leistet Frühförderung durch die dialogische Arbeit mit den Kindern und deren Familien einen Beitrag zur Verwirklichung des Grundrechts jedes Menschen auf Selbstverwirklichung und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft. Zentrales Anliegen der Frühförderung ist es, für dieses Grundrecht einzutreten.

5.1 Individualität und Autonomie

Frühförderung erfordert für jedes Kind und seine Familie individuell gestaltete Ziele, Vorgehensweisen und Zeitstrukturen in der Zusammenarbeit.

Sie basiert auf der Erfassung der Entwicklungsvoraussetzungen, der Fähigkeiten, der Entwicklungsbedürfnisse und besonderen Vorlieben des einzelnen Kindes. Unter Berücksichtigung deren komplexen Zusammenspiels orientiert sich die Förderung nicht am Nachvollzug der normalen Entwicklung, sondern zielt auf die individuell bestmögliche Entwicklung ab.

Zentraler Entwicklungsmotor sind die von Motivation und individuellem Interesse geleitete Eigenaktivität des Kindes und die Erfahrung des Bewirkens als Dreh- und Angelpunkt des Lernens. Sie bilden wesentliche Voraussetzungen für Kompetenzentwicklung, Selbsterleben und Selbstwertgefühl beim Kind. Gerade bei Kindern, die aufgrund von Entwicklungseinschränkungen hier mit mehr Barrieren konfrontiert sind, gilt es Begleitung und Anregungen so zu gestalten, dass es nicht durch häufige Frustrationen zu Rückzügen kommt. Durch ein gezieltes Gestalten und Eröffnen von Räumen, die das Kind mit seinen Aktivitäten füllen kann, wird so gleichermaßen sein Entwicklungswille gestärkt.

Professionelles Handeln ist dabei gekennzeichnet durch "stimulierende Feinfühligkeit" (Datler 2004). Das feinfühliges Aufgreifen des "Themas" des Kindes zielt auf Rahmenbedingungen, die seine Eigenaktivität ermöglichen und begünstigen, und bietet Anregungen und Unterstützung in Erfahrungs- und Lebenszusammenhängen, die für das Kind wesentlich und sinnhaft sind.

5.2 Ganzheitlichkeit

Das Arbeitsprinzip der Ganzheitlichkeit meint bezogen auf das einzelne Kind die Kenntnis und die Berücksichtigung der komplexen biopsychosozialen Zusammenhänge der kindlichen Entwicklung. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Zusammenspiel von Entwicklungsbeeinträchtigungen und kompensatorischen Potentialen beim Kind und ihren jeweiligen Wirkmöglichkeiten zu. Diese wiederum sind eingebettet und abhängig von familiären, sozialen und interaktionellen Bedingungen, mit denen sie in Wechselwirkung stehen.

Den ganzheitlichen Ansatz der Frühförderung kennzeichnen folglich inhaltlich koordinierte, integrativ ausgerichtete Denk- und Handlungsansätze, in Abgrenzung von zergliedernd-additiven Methoden von Therapie und/oder Förderung. Der ganzheitliche Ansatz berücksichtigt darüber hinaus sowohl Befindlichkeit und Verarbeitungsfähigkeit des Kindes als auch familiäre Belastungen, Grenzen und Ressourcen.

5.3 Familien- und Lebensweltorientierung

Familien- und Lebensweltorientierung ist konzeptionell mit der Überzeugung verknüpft, dass die Lebenswelt eines Kindes im Wirkzusammenhang mit seinen Entwicklungskräften seinen Entwicklungsverlauf entscheidend bestimmt.

Deshalb sind Förderung und Therapie der Kinder ebenso wie die Beratung und Begleitung der Eltern so zu gestalten, dass sie in den Familienalltag eingebettet sind und das soziale Umfeld der Familie berücksichtigen. Der Verantwortung der Eltern sowie der besonderen Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kind ist dabei mit Respekt zu begegnen (Bundesvereinigung Lebenshilfe, Positionspapier 2014).

Lebensweltorientierung umfasst auch die Erschließung des umliegenden Sozialraums für die Familie und dessen aktive Einbindung. Einen besonderen Stellenwert haben dabei familienergänzende Sozialisationsfelder des Kindes wie Kinderkrippen, Kindertagesstätten und sonstige Kinderbetreuungseinrichtungen. Der Einbezug des Sozialraums seitens der Frühförderung hat das Ziel, die Teilhabemöglichkeiten von Familien zu stärken und ihre Partizipation zu unterstützen.

In einem kontinuierlichen Verständigungsprozess trägt Frühförderung damit dazu bei, den Auf- und Ausbau entwicklungsförderlicher Bedingungen in der Familie und anderen relevanten Lebens- und Erfahrungsbereichen des Kindes zu sichern. Dieser ressourcenorientierte Arbeitsansatz hat vorrangige Bedeutung in der Arbeit mit Kindern und Familien.

5.4 Interdisziplinarität

Die hohe Vielfalt und dynamischen Wechselwirkungen von einzelnen Entwicklungsgefährdungen erfordern ein breit gefächertes, disziplinenübergreifendes Wissen bei Fachkräften in der Frühförderung. Bei jeglicher Form von Einflussnahme sind Kompetenz und Sensibilität auch für die jeweiligen Nachbardisziplinen in Therapie und Förderung notwendig.

Um der Komplexität der kindlichen Entwicklung – eingebettet in den Kontext von Familie und sozialem Umfeld – und den daraus resultierenden Beratungs-, Förder- und Behandlungsbedürfnissen angemessen Rechnung tragen zu können, ist das kooperative Zusammenwirken verschiedener Disziplinen – Pädagogik, Medizin, medizinischer Therapie, Psychologie – grundsätzlich erforderlich.

Der interdisziplinäre Arbeitsansatz der Frühförderung gibt dabei einseitige Aufteilungen und additive Beratungs-, Therapie- und Förderansätze auf zugunsten einer von den Leitideen Ganzheitlichkeit und Familien- bzw. Lebensweltorientierung geprägten Sicht- und Arbeitsweise.

Ein partnerschaftliches Zusammenwirken sämtlicher zu beteiligender Fachdisziplinen begünstigt diesen Arbeitsansatz in allen Phasen der Frühförderung.

Voraussetzung hierfür ist die Verfügbarkeit entsprechender Fachkräfte der verschiedenen in Bezug auf das frühe Kindesalter kompetenten Berufsgruppen in einem gemeinsamen Arbeitszusammenhang: Interdisziplinäre Frühförder- und Frühberatungsstellen gewährleisten fallbezogen und fallübergreifend diesen disziplinenübergreifenden Wissenstransfer konzeptionell, strukturell und organisatorisch.

5.5 Vernetzung und Koordination

Zur Verwirklichung der oben genannten Arbeitsprinzipien müssen Frühförder- und Frühberatungsstellen kooperierend in das umgebende psychosoziale Gesamtsystem eingebettet sein.

Bezogen auf das einzelne Kind und seine Familie bedeutet diese Vernetzung, um die informellen (Verwandtschaft, Freunde, Nachbarn, sonstige soziale Kontakte) und formellen sozialen Bezüge (Kinderbetreuungseinrichtung, Schule, andere Fachdisziplinen, Ämter, Institutionen, Behörden) zu wissen und sie bei der Planung und konkreten Gestaltung der Frühförderung zu beachten und einzubeziehen.

In diesem Kontext haben Frühförder- und Frühberatungsstellen die Aufgabe und Verantwortung der fachdisziplinen- und institutionenübergreifenden Koordination. Sie nehmen dies in der Regel über die Sammlung, Strukturierung und Weitervermittlung von Informationen wahr.

Den Frühförder- und Frühberatungsstellen kommt besondere Bedeutung als federführende Institution bei der Erstellung und Fortschreibung eines in enger Zusammenarbeit mit dem (Kinder-)Arzt bzw. der (Kinder-)Ärztin abgestimmten und gemeinsam verantworteten Förder- und Behandlungsplans zu.

Frühförder- und Frühberatungsstellen sind fallunabhängig einerseits in die regionale Struktur psychosozialer Steuerungs- und Fachgremien, andererseits in das Spektrum von Angeboten für Familien allgemein und speziell für Familien mit Kindern, die in ihrer Entwicklung gefährdet sind, eingebettet.

Dies umfasst auch Öffentlichkeitsarbeit und entsprechendes Engagement der Frühförder- und Frühberatungsstellen in ihrer Region, um den Interessen und Rechten der betreuten Kinder und Familien im Sinne von Benachteiligungsverbot und Chancengleichheit Geltung zu verschaffen.

5.6 Niedrigschwelligkeit

Die Angebote der interdisziplinären Frühförderstellen sind so zu konzipieren, dass sie einen niedrigschwiligen Zugang ermöglichen. Hierzu gehören sowohl

gut erreichbare und verständliche Informationen über die Frühförderstelle und deren Angebote als auch regional und räumlich gut erreichbare Einrichtungen (Barrierefreiheit). Niedrigschwelligkeit orientiert sich an der Perspektive der Nutzer und ist darauf ausgerichtet, Etikettierungen zu vermeiden.

Die Ausgestaltung als offene Anlaufstelle ermöglicht eine leicht zugängliche und unverbindliche Beratung sowie den Zugang zu weiterführenden Hilfeleistungen (Positionspapier Bundesvereinigung Lebenshilfe 2014).

5.7 Interkulturelle Öffnung und kultursensibles Arbeiten

Jeder Mensch ist von der Kultur seiner Eltern bzw. der Kultur, in der er aufwächst, in vielerlei Hinsicht geprägt. Durch das Arbeitsprinzip der interkulturellen Öffnung und durch kultursensibles Handeln versucht die Frühförderung der Vielfalt der Herkunftskulturen von Familien gerecht zu werden. Entsprechende Fort- und Weiterbildungen ermöglichen die Umsetzung für Zugänglichkeit und Passgenauigkeit der Angebote. Der Abbau von sprachlichen Barrieren ist dabei ebenso zu berücksichtigen wie der Aufbau hilfreicher Kooperationen mit Organisationen der Migrantensozialarbeit (Positionspapier Bundesvereinigung Lebenshilfe 2014).

6. Aufgabenfelder der Frühförderung

6.1 Früherkennung und Diagnostik

Früherkennung

Wesentliche Aufgabe der Frühförderung ist es, frühzeitig zu erkennen, ob für ein Kind Entwicklungsgefährdungen bzw. -beeinträchtigungen vorliegen. Im frühen Kindesalter können dafür vielfältige biologische, psychologische, konstitutionelle und soziale Faktoren ursächlich sein. Sie beeinflussen den Entwicklungsverlauf und sind gleichzeitig in ihrer Wirkung abhängig von der "primären Vulnerabilität" des Kindes, seinem Alter, dem Zeitpunkt ihrer Einwirkung sowie der Dauer und Intensität von Belastungen.

Vielfältige Vulnerabilitätsfaktoren wirken in der frühen Kindheit zusammen. Neben kindbezogenen Aspekten (u. a. einer geringen Fähigkeit zur Selbstregulation) können Risikofaktoren im Bereich des Lebensumfeldes (u. a. Armut, psychische Erkrankung eines Elternteils) Entwicklungsmöglichkeiten beeinflussen. Inwieweit Risikofaktoren sich tatsächlich negativ auswirken, hängt wesentlich mit den Einflussmöglichkeiten gleichermaßen vorhandener Schutzfaktoren und Ressourcen des Kindes (personale Ressourcen) sowie seiner Familie und des familiären Umfeldes (soziale Ressourcen) zusammen. Früherkennung bedeutet von daher, Risikofaktoren sowie Schutzfaktoren und Ressourcen gleichermaßen zu erkennen, da diese in Wechselwirkung zueinander stehen.

Früherkennungsmaßnahmen sind auf verschiedenen Ebenen verankert. In Ergänzung zu den etablierten Maßnahmen aus dem medizinischen Bereich (Vorsorgeuntersuchungen, Neugeborenen screenings u. a.) bietet die offene Anlaufstelle der Frühförderstellen einen niedrigschweligen Beitrag für Familien.

Einige Entwicklungs- oder Verhaltensbesonderheiten, Lern- und Leistungsstörungen fallen erst mit Besuch einer Kindertagesstätte auf. Die Kooperation der Kindertagesstätten mit den Frühförderstellen – und hier insbesondere der Einbezug der Heilpädagogischen Fachberatung der Frühförderstellen – ermöglicht bei Fragestellungen zur kindlichen Entwicklung ebenfalls einen niedrigschweligen Zugang zur Abklärung von Bedarfen.

Früherkennung und Diagnostik betrachten alle Dimensionen der kindlichen Entwicklung. Sie schließen die Beobachtung und Beurteilung der Interaktion des Kindes mit seinen engsten Bezugspersonen auch im jeweiligen Sozialisationsfeld mit ein.

Diagnostik

Diagnostik ist in der Frühförderung sowohl Arbeitsgrundlage als auch permanenter Prozess unter Beteiligung aller notwendigen Fachdisziplinen und Mitwirkung der Eltern. Die einzelnen Ergebnisse werden fortlaufend überprüft, ggf. aktualisiert und im Sinne diagnostisch fundierter, hypothesengeleiteter Förderplanung in fachlich begründetes Handeln umgesetzt. Sie ist in der Frühförderung daher allgemein als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik angelegt.

Mit ihren berufsgruppenspezifischen Schwerpunkten ergänzen sich dabei die Fachleute mit ihren individuell zu gestaltenden handlungs- und alltagsorientierten Beobachtungsansätzen und normorientierten Verfahren wie standardisierten Screenings, fachspezifischer Befunderhebung, klinisch-psychologischen Entwicklungstests zur Konkretisierung der Entwicklungsproblematik.

Diagnostische Phasen dienen einerseits der fachlichen Informationssammlung, der Hypothesenbildung und der organisatorischen Planung des weiteren Vorgehens. Andererseits vollzieht sich gleichzeitig in und mit der Diagnostik der Aufbau bzw. die Weiterentwicklung von Vertrauensbeziehungen zu Kind und Familie als Grundlage eines Arbeitsbündnisses, welches im Hinblick auf seine Inhalte und seine Tragfähigkeit immer wieder zu überprüfen und ggf. neu zu definieren ist. Insbesondere dann, wenn die Diagnostik erstmals zur Konkretisierung einer Entwicklungsauffälligkeit oder Behinderung führt, kann die Mitteilung der Ergebnisse trotz des intensiven Bemühens der Fachkräfte um Sensibilität, Transparenz und Einbindung der Eltern eine gravierende Erschütterung der Familie bedeuten. Gerade in Phasen der Diagnostik ist die Begleitung der Eltern und die Gestaltung und Aufrechterhaltung des Arbeitsbündnisses deshalb eine professionelle Herausforderung.

Aktuelle diagnostische Beiträge der einzelnen Fachdisziplinen, interne wie externe Vorbefunde werden mit den Beobachtungen der Eltern in eine

gemeinsame Einschätzung im Sinne einer systemischen Gesamtschau integriert. Diese begründet das weitere Vorgehen, im Einzelfall die Indikation zur Komplexleistung Frühförderung und den individuellen Förder- und Beratungsbedarf, der im gemeinsam zu erstellenden Förder- und Behandlungsplan konkretisiert wird.

Im weiteren Förderverlauf können sich kindbezogene diagnostische Fragestellungen beziehen auf einzelne Teilbereiche der Entwicklung, z. B. die emotionale Befindlichkeit des Kindes, die Abklärung von Teilleistungsstörungen oder das Vorliegen bzw. die Auswirkungen einer Sinnesbehinderung. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für Empfehlungen und Entscheidungshilfen zu weiterführenden Maßnahmen wie ergänzenden Therapien oder auch der Wahl der geeigneten Kindertageseinrichtung, der geeigneten Schule bzw. des Einschulungszeitpunkts. Als Beitrag zur Evaluation können sie der Konkretisierung und objektivierenden Beurteilung von Veränderungen dienen.

Verhaltens- und Interaktionsdiagnostik (zum Teil videogestützt) bildet die Grundlage für entwicklungspsychologische Beratungsangebote (Ziegenhain et al. 2006), die darauf abzielen, Eltern Hilfen für das Wahrnehmen und Interpretieren der Signale ihres Kindes zu geben und somit ein feinfühliges und entwicklungsförderliches Reagieren zu unterstützen.

6.2 Förder- und Behandlungsplanung

Über das weitere Vorgehen wird in der Gesamtschau der diagnostischen Ergebnisse unter Berücksichtigung der Entwicklungsrisiken und Ressourcen von Kind und familiärem Umfeld entschieden. Der beschriebene Förder- und Beratungsbedarf ist Grundlage der interdisziplinär ausgerichteten individuellen Förderplanung. In Form des interdisziplinären Förder- und Behandlungsplans werden Ort und Setting der Förderung, inhaltliche Schwerpunkte, Ansprechpartner, Fallregie und Verantwortlichkeiten, Häufigkeit und Zeitrahmen der Zusammenarbeit mit Kind, Familie und weiteren Fachkräften konkretisiert. Ebenso festgelegt werden Zeitpunkt und Modalitäten der Überprüfung und Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans sowie fallbezogen die Kriterien der Evaluation.

6.3 Kindorientierte Frühförderung

Der vorrangige Auftrag der Frühförderung besteht in der kindbezogenen Arbeit als professionellem Beitrag zum Entwicklungsprozess der Kinder, die einen Lebensstart unter kritischen Bedingungen (Speck 1985) haben, auf der Grundlage eines regelmäßig zu überprüfenden Arbeitsbündnisses mit den Eltern bzw. den Erziehungsverantwortlichen. Je nach Alter des Kindes und vorrangigem Förderziel kann der Fokus der Frühfördermaßnahme auf einer direkten Arbeit mit dem Kind unter Einbezug der Eltern liegen oder ganz vermittelt über die Eltern gestaltet werden. Insbesondere bei Säuglingen stärkt eine Frühförderarbeit mit den Eltern die elterlichen Kompetenzen und damit einen entwicklungsförderlichen Gesamtkontext.

Im Lauf der Entwicklung der Frühförderkonzepte wandelte sich das Verständnis kindlicher Entwicklung, und folglich änderten sich die Haltungen, mit denen professionelle Fachkräfte Kindern und Eltern gegenübertraten.

Eine kompetenzorientierte Ausrichtung löste dabei lineare, oftmals rein defizitorientierte Betrachtungsansätze von Entwicklungsprozessen ab:

Die Erkenntnisse der Säuglingsforschung – prägnant gefasst in dem Begriff des kompetenten Säuglings (Dornes 1993) – und entwicklungsneurologische Konzepte der Variabilität der Entwicklung (Michaelis/Niemann 1996) begünstigten die Einführung individualisierter, personen- und situations-orientierter Ansätze in der Frühförderpraxis.

Die Betrachtung des Kindes als Akteur seiner Entwicklung akzentuiert die herausragende generelle Bedeutung der Eigenaktivität des Kindes als Entwicklungsmotor, auch in professionellen Förderzusammenhängen. Dabei gilt es, die gleichzeitig bestehende Angewiesenheit, gerade von jungen Kindern, auf eine responsive Bezugsperson zu beachten. Die Ergebnisse der Bindungsforschung dokumentieren nachdrücklich den engen Zusammenhang stabiler früher Interaktionserfahrung und der Entstehung sicherer Bindungen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen als Grundlage für kindliches Erkundungs- und Neugierverhalten. Zusammen bilden sie die Grundlage pädagogischen Handelns.

Diese Erkenntnisse erwiesen sich als bedeutsam für ein Grundverständnis von Entwicklung und Entwicklungsabweichungen, für die Definition von Zielen der Entwicklungsförderung wie auch für die Gestaltung der Beziehung zum Kind. Heute wird Frühförderung verstanden als ein Prozess, der

- das Kind in der Entwicklung und Entfaltung seiner Persönlichkeit und seiner Fähigkeiten anregt;
- die Handlungsmöglichkeiten des Kindes erweitert und bereichert;
- die Kommunikationsmöglichkeiten des Kindes anbahnt und erweitert;
- Lernen anbahnt, festigt und dazu ermuntert, Gelerntes anzuwenden;
- Lernschritte erleichtert und unterstützt.

Aufgrund von individuellen Einschränkungen können Kinder bei ihren Versuchen, sich die Welt anzueignen, auf besondere Schwierigkeiten stoßen. Um frühzeitige frustrierte Rückzüge zu vermeiden, gilt es deshalb, eine allgemein anregende Umwelt zu schaffen und zugleich diejenigen Momente zu erkennen, in denen eine aktive Unterstützung erforderlich ist. Gezielte Fördermaßnahmen im Sinne kompensatorischer Erziehung (Kron 2010) können Entwicklungsprozesse anstoßen. Auch funktionelle und übungsorientierte Anteile fachlicher Anregungen sind dabei stets an der Motivationslage des Kindes orientiert und auf eine für das Kind sinnvolle Integration in seinen Lebensalltag ausgerichtet.

Grundlage und Wirkmechanismus jeglicher professionellen Intervention in der Frühförderung ist stets die Beziehung zum Kind. Das Kind bietet eine Vielzahl von Verhaltensäußerungen und Handlungen an, die es als von ihm beabsichtigt zu interpretieren und seinem Entwicklungsstand angemessen zu beantworten gilt. Dies gilt insbesondere für die Arbeit mit Kindern mit schwerer und Mehrfachbehinderung.

Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist das wechselseitige Vertrautwerden der Frühförderfachkraft und des Kindes in seiner Situation. Zum Aufbau zuverlässiger, tragfähiger Arbeitsbeziehungen sind in der konkreten Frühförderpraxis weitgehend ritualisierte, kontinuierliche Kontakte erforderlich. Die regelmäßige Fördereinheit bietet dabei einen spezifischen Erfahrungsraum für das Kind in seinem Kontakt mit der Frühförderfachkraft.

Vorrangiges Medium in diesem Kontakt ist das Spiel, eingebettet in alltägliche Handlungsfelder und in für das Kind motivierende, sinnvolle Erfahrungszusammenhänge. Der entwicklungsförderliche Charakter des Spiels leitet sich aus dem besonderen inneren Antrieb des Kindes ab, der sein Spielen bzw. jede als Spiel empfundene Tätigkeit charakterisiert. Er trägt dazu bei, dass solche Handlungen lustvoll immer wieder ausgeführt werden. Im Spiel entdeckt und lernt das Kind für sich Bedeutungsvolles. Es gewinnt daraus Impulse für sein alltägliches Handeln. Der regelmäßig wiederkehrende Kontakt zur Frühförderfachkraft schafft thematische Spannungsbögen, gibt Orientierung und Sicherheit. Durch solche vielschichtigen Wiederholungserfahrungen werden Lernprozesse und Übung begünstigt. Das Spiel ermöglicht Kindern zu handeln, sich Ziele zu setzen und diese selbstständig, zum Teil mit Unterstützung der Erwachsenen, zu erreichen. Spiel hat somit eine wirklichkeitskonstruierende und wirklichkeitsbewältigende, sinnstiftende Funktion. Daher geht es für die Frühförderfachkräfte immer auch darum, den eigenen Förderanspruch und die professionellen Hilfen mit dem Bestreben zu verbinden, dem Kind Selbstbestimmung, Ernstgenommen-Werden und Bestätigung in seinem Tun zu vermitteln.

Angesichts der noch begrenzten Einstellungs- und Verarbeitungskapazitäten vor allem junger Kinder bemüht sich der interdisziplinäre Arbeitsansatz in der Frühförderung um eine Kontinuität der Ansprechpartner und achtet auf eine überschaubare, möglichst geringe Anzahl von Bezugspersonen im direkten Kontakt mit Kind und Familie.

Für die einzelnen Berufsgruppen ergeben sich in diesem interdisziplinär ausgerichteten Denk- und Handlungsrahmen für die kindorientierte Arbeit folgende spezifischen Schwerpunkte:

Arbeitsschwerpunkte für den (kinder-)ärztlichen Bereich

Insbesondere Kinderärztinnen und Kinderärzte sind als Spezialisten grundlegend in die Frühförderung eingebunden. Arbeitsschwerpunkte für den medizinischen Bereich sind:

- ärztliche Behandlung und Betreuung des Kindes;
- Indikationsstellung für medizinisch-therapeutische Maßnahmen und deren Verlaufskontrolle;

- Indikationsstellung für Hilfsmittel und Mitwirkung bei der individuellen Anpassung;
- Mitwirkung bei der Vorbeugung möglicher Komplikationen und Sekundärschädigungen;
- Überweisung an weitere Fachärzte zur spezifischen Diagnostik;
- interdisziplinärer Austausch mit der Frühförderstelle;
- gemeinsames Erstellen des Förder- und Behandlungsplans.

Für die Frühförderung von Kindern mit Sinnesbehinderungen spielen die Fachärzte für die Bereiche Sehen und Hören eine grundlegende Rolle (vgl. Kapitel 7).

Arbeitsschwerpunkte für den medizinisch-therapeutischen Bereich

Als medizinisch-therapeutische Professionen sind wesentlich die Physiotherapie, die Ergotherapie und die Logopädie in die Frühförderung eingebunden.

Schwerpunkte der Physiotherapie

Durch die Physiotherapie werden die motorische Entwicklung des Kindes gefördert und Anregungen dazu an die Familie vermittelt. Die Bewegungsmöglichkeiten des Kindes im Alltag sollen erleichtert, genutzt und deren Variabilität unterstützt werden. Schwerpunkte der Arbeit sind:

- physiotherapeutische Arbeit mit dem Kind;
- Maßnahmen zur Erleichterung der Bewegung und der Atmung und zur Vorbeugung und Linderung von Schmerz;
- Mitwirkung bei der Versorgung und Anpassung von Hilfsmitteln, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit orthopädischen Fachkräften;
- Mitwirkung bei der Prävention möglicher Komplikationen und Sekundärschädigungen;
- Vorbereitung und Begleitung des Übergangs in die Kindertageseinrichtung oder Schule, in Zusammenarbeit mit den Eltern;
- interdisziplinärer Austausch intern und extern;
- gemeinsames Erstellen des Förder- und Behandlungsplans.

Schwerpunkte der Ergotherapie

In der Ergotherapie werden Voraussetzungen geschaffen für die sensorischen, emotionalen und sozialen Erfahrungen, die der Entwicklung von Handlungskompetenzen des Kindes zur Alltagsbewältigung förderlich sind.

Besondere Berücksichtigung findet dabei die Eigenaktivität des Kindes. Schwerpunkte der Arbeit sind:

- Unterstützung von Spiel, Kooperation und Alltagstätigkeiten;
- Mitwirkung bei der Erarbeitung von Kompensationsmöglichkeiten bei funktionellen Beeinträchtigungen;
- Mitwirkung bei der Anpassung von Spiel- und Arbeitsmaterialien sowie von Gegenständen des täglichen Gebrauchs an die Handlungsmöglichkeiten des Kindes und bei der Versorgung mit Hilfsmitteln;
- Mitwirkung bei der Prävention möglicher Komplikationen und Sekundärschädigungen;
- Vorbereitung und Begleitung des Übergangs in die Kindertageseinrichtung oder Schule, in Zusammenarbeit mit den Eltern;
- interdisziplinärer Austausch intern und extern;
- gemeinsames Erstellen des Förder- und Behandlungsplans.

Schwerpunkte der Sprachtherapie

In der Sprachtherapie werden die Kommunikationsbereitschaft, die kommunikativen Kompetenzen und die Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes in seiner Lebenswelt unterstützt, ermutigt und gefördert. Schwerpunkte der Arbeit sind:

- sprachtherapeutische Arbeit mit dem Kind, einschließlich sprachvorbereitender und sprachentwicklungsunterstützender Maßnahmen;
- funktionelle Hilfen für Atmung, Essen und Trinken;
- funktionelle Hilfen für Sprechatmung und Artikulation;
- Beratung, Planung und Vermittlung von die Lautsprache ersetzenden und die Lautsprache begleitenden Kommunikationshilfen (Unterstützte Kommunikation);
- Erkennen von Kommunikationsbarrieren in der Lebenswelt des Kindes und deren gezielte Beeinflussung;
- Vorbereitung und Begleitung des Übergangs in die Kindertageseinrichtung oder Schule, in Zusammenarbeit mit den Eltern;
- interdisziplinärer Austausch intern und extern;
- gemeinsames Erstellen des Förder- und Behandlungsplans.

Arbeitsschwerpunkte für den pädagogischen Bereich (Heil-/Sonder-/Sozial-/Pädagogik)

Die ganzheitliche Förderung der Entwicklung des Kindes unterstützen die verschiedenen pädagogischen Disziplinen durch folgende Arbeitsschwerpunkte:

- (heil-)pädagogische Entwicklungsförderung in den für das Kind relevanten Bereichen;
- (heil-)pädagogische Spiel- und Kompetenzförderung;
- Sprachförderung (grundsätzliche Anregung der Sprachentwicklung sowie bei Verzögerungen aufgrund soziokultureller bzw. umweltbezogener Faktoren)
- Hilfen für die Aneignung spezieller Kommunikationsmittel und -methoden (unterstützte Kommunikation, Gebärdensprache);
- psychomotorische Entwicklungsförderung;
- Basale Stimulation;
- Spielgruppe für Eltern und Kind;
- Vermeidung spezieller Entwicklungsrisiken in der Lebenswelt des Kindes;
- Hilfen zur Gestaltung entwicklungsfördernder Rahmenbedingungen in Familie und Kindertageseinrichtung;
- Eingliederung des Kindes in seine Familie und das soziale Umfeld
- Vorbereitung und Begleitung des Übergangs in die Kindertageseinrichtung oder Schule, in Zusammenarbeit mit den Eltern;
- interdisziplinärer Austausch intern und extern;
- gemeinsames Erstellen des Förder- und Behandlungsplans.

Arbeitsschwerpunkte für den psychologischen Bereich

Psychologinnen und Psychologen sind beratend und begleitend in die Frühförderung eingebunden. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen:

- psychologische Beratungs-, Interventions- und Behandlungsangebote für das Kind;
- Krisenintervention;
- im Bedarfsfall Vermittlung längerfristiger psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten;
- Vorbereitung und Begleitung von Entscheidungen bezüglich des Übergangs in die Kindertageseinrichtung oder Schule, in Zusammenarbeit mit den Eltern;
- interdisziplinärer Austausch intern und extern;
- gemeinsames Erstellen des Förder- und Behandlungsplans.

Kindbezogene Förderung kann die Kooperation mit weiteren Fachkräften insbesondere aus den Bereichen fachspezifische Diagnostik, Hilfsmittelversorgung, sozialmedizinische Versorgung und Pflege erforderlich machen. Die kindbezogene Förderung ist eingebettet in den Austausch mit und den Einbezug der Eltern bzw. der Familie und des jeweiligen Lebensraums.

6.4 Beratung und Begleitung der Eltern / Erziehungsverantwortlichen

Frühförderung versteht sich als Hilfe für die ganze Familie. Ihre Inanspruchnahme beruht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Wann Eltern Frühförderung für ihr Kind in Anspruch nehmen wollen und wie die Ausgestaltung dieser Hilfe aussieht, richtet sich nach ihrer jeweiligen Situation und Problemlage. Frühförder- und Frühberatungsstellen bemühen sich jedoch, durch ein offenes Beratungsangebot mit unbürokratischem, niedrigschwelligem Zugang die Bereitschaft der Eltern bzw. der Erziehungsverantwortlichen zur Zusammenarbeit zum Wohle der Entwicklung ihres Kindes zu wecken und zu begünstigen.

Da die Familie das primäre Entwicklungs- und Erfahrungsfeld des Kindes darstellt, kann Frühförderung als professionelle Einflussnahme nur dann langfristig wirksam sein, wenn Eltern in allen Stadien der Frühförderung beteiligt sowie Fördermaßnahmen aufeinander abgestimmt, in das Familiensystem integriert und an der spezifischen familiären Situation ausgerichtet sind.

Die überwiegend mobile Arbeitsweise in den Familien bzw. in Kindertagesstätten, die Anpassung von Förderung und Beratung an familiäre Zeitstrukturen, die Einbindung sämtlicher relevanten Bezugspersonen in Planung und Gestaltung der Förderung und spezifisch auf die Familie als Ganze gerichtete Angebote (regionale Elterngruppen, Eltern-Kind-Angebote, Angebote für Geschwister) konkretisieren den familien- und lebensweltorientierten Arbeitsansatz in der Frühförderung.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Eltern bzw. den Erziehungsverantwortlichen erfordert eine verantwortungsvolle und kompetente Gestaltung der Beziehungen. Professionelle Helfer und Eltern begegnen sich dabei nicht nur als Träger sozialer Rollen, sondern als ganze Person (vgl. Kapitel 4.1). Wesentliche Merkmale dieser professionell gestalteten Beziehung

stellen eine offene Kommunikation und wechselseitige Transparenz hinsichtlich der Erwartungen, Wünsche und Grenzen dar. Nur so gelingt es, in Form eines mit den Eltern verantwortlich gestalteten Arbeitsbündnisses gemeinsam die Ziele der Förderung des Kindes zu bestimmen sowie Vorgehensweisen, ihre zeitliche Struktur und Abfolge, Überprüfungs- und Veränderungskriterien festzulegen. Ausgangs- und Ansatzpunkt dafür sind die vorhandenen Ressourcen und Selbsthilfepotentiale der Eltern bzw. der Familie.

Um diese reflektierte Gestaltung der Zusammenarbeit mit Kind und Familie zu gewährleisten, ist die beständige Entwicklung der fachlichen und sozialen Kompetenz der Frühförderfachkraft unabdingbar. Dazu gehören vor allem die Bereitschaft und Möglichkeit zur permanenten Überprüfung eigener Einstellungen und Haltungen (einschließlich der unbewussten emotionalen Anteile), welche die Professionalität der Fachkraft in der Frühförderung ausmachen und sie gleichzeitig sichern.

Das Arbeitsbündnis mit den Eltern baut auf der grundsätzlichen Kooperationsbereitschaft und dem Interesse der Eltern an einer möglichst günstigen Entwicklung ihres Kindes auf sowie auf der grundlegenden Verfügbarkeit existenzieller Ressourcen in der Familie. In diesem Sinne ist es ebenfalls Auftrag der Frühförderung, vorhandene Ressourcen in den Familien zu erkennen und diese im Sinne von Empowerment verfügbar zu machen und zu stärken (Hintermair 2010).

Um der Vielfalt familiärer Problemlagen und Anforderungen im Kontext der Betreuung und Erziehung eines Kindes mit Behinderung oder Entwicklungsgefährdung Rechnung zu tragen, entwickelte sich ein differenziertes Angebotspektrum in der Zusammenarbeit mit den Eltern. Bei den unterschiedlichen Inhalten der Beratung, Begleitung und Unterstützung der Eltern kann zwischen fachlicher Beratung (Consulting) und begleitender Beratung (Counseling) unterschieden werden (Thurmair, Naggl 2010).

Fachliche Beratung umfasst insbesondere Informationen zu:

- dem Entwicklungsstand des Kindes und Entwicklungsperspektiven;
- medizinischen Hilfen;
- Fördermöglichkeiten und spezifischen Spiel- und Fördermaterialien;
- der Gestaltung des Umfelds;

- der Organisation des Alltags;
- der Versorgung mit Hilfsmitteln;
- rechtlichen Grundlagen;
- dem Besuch einer Kindertageseinrichtung und der Schule;
- weiteren Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten.

Begleitende Beratung umfasst insbesondere:

- anamnestische Gespräche;
- die Diagnosevermittlung;
- Abstimmung im Rahmen der Förder- und Behandlungsplanung;
- den Austausch über die Entwicklung des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen;
- Beratung zu günstigen Formen der Interaktion mit dem Kind, die die Entwicklung seiner emotionalen, sprachlichen, kognitiven und sozialen Kompetenz sowie sein positives Selbsterleben unterstützen;
- die Begleitung von Verarbeitungsprozessen;
- Beratung zur konkreten Bewältigung der Lebenssituation mit einem kranken Kind oder einem Kind mit Behinderung, bei kritischen Entscheidungen (z. B. Schulperspektiven);
- systemische Beratungsansätze zur Stärkung der Bewältigungskräfte des Familiensystems, die alle Familienmitglieder, insbesondere auch die Geschwister von Kindern mit Behinderung, miteinbeziehen (Empowerment);
- Krisenintervention (mit bewusster Trennung zwischen fachlicher Beratung und Begleitung einerseits und externer, psychotherapeutisch orientierter Beratung andererseits);
- die Entwicklung von Zukunftsperspektiven und Unterstützung bei der Neuorientierung.

Gemeinsames Merkmal all dieser aufeinander abgestimmten Förder- und Beratungsansätze ist die Wahrnehmung der Entwicklungsbedürfnisse des Kindes und die Unterstützung eines entwicklungsförderlichen Umgangs, abgeleitet aus dem kindbezogenen Mandat der Frühförderung.

Eigene Mangelserfahrungen in der Kindheit, materielle Sorgen und Belastungen, die Denken und Handlungsmöglichkeiten blockieren können, Partnerschaftskonflikte, die durch die Sorge um ein Kind mit Behinderung noch verschärft werden, und vieles andere mehr können ergänzend zur Frühförderung

zusätzliche Beratungs- und Therapieangebote für Eltern erforderlich machen. Frühförder- und Frühberatungsstellen sind bei der Vermittlung an die zuständigen bzw. an entsprechend qualifizierte externe Ansprechpartner im psychosozialen Versorgungsnetz behilflich, wenn Eltern dies wünschen.

Im Sinne eines ressourcenorientierten Arbeitsansatzes initiiert und begleitet die Frühförder- und Beratungsstelle ebenso Elterngruppen. Sie dienen neben dem Erfahrungs- und Informationsaustausch auch dem Aufbau sozialer Kontakte unter den betroffenen Familien, oftmals in Ermangelung oder Ergänzung sozialer Beziehungsnetze der Familien. Zielsetzung ist dabei die selbstständige, von der professionellen Begleitung durch die Frühförderstelle langfristige unabhängige Organisation und Kontaktgestaltung der Eltern untereinander.

6.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die übergreifende Zusammenarbeit von Berufsgruppen und Systemen dient einer fachlich-inhaltlichen Abstimmung der spezifischen Arbeitsansätze und Verfahrensweisen mit dem Ziel einer für Kind und Eltern widerspruchsfreien Förderung. Sie ermöglicht es, die Ressourcen aller am Förderprozess Beteiligten für eine angemessene Förderung des Kindes und eine adäquate Unterstützung der Familie optimal zu nutzen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit kennzeichnet den gesamten Ablauf der Frühförderung: bei Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik, beim Erstellen des Förder- und Behandlungsplans, im Prozess der Behandlung und Förderung des Kindes und in der begleitenden Beratung der Eltern bzw. der Erziehungsverantwortlichen bis zur Beendigung der Frühförderung.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen mit einem gemeinsamen Auftrag lässt sich grundsätzlich auf vier Ebenen darstellen:

1. als unmittelbare Leistungserbringung am bzw. mit dem Klienten;
2. als strukturelles Angebot (Strukturqualität) und als zeitnahes und bedarfsorientiertes Vorhalten eines Angebots;
3. als Teamkonzept und interdisziplinärer Wissenstransfer;
4. als Zusammenarbeit von Fachkräften unterschiedlicher Einrichtungen bzw. Träger.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 erhielt die Kooperationsbeziehung zwischen interdisziplinärer Frühförder- und Frühberatungsstelle und dem Kinderarzt bzw. der Kinderärztin sowie weiteren Fachärztinnen und Fachärzten – als den verantwortlichen Initiatoren für die interdisziplinäre Diagnostik einschließlich der Förder- und Behandlungsplanung – eine Schlüssel-funktion für den gesamten Frühförderprozess.

Der Zusammenarbeit zwischen interdisziplinären allgemeinen Frühförder- und Frühberatungsstellen als regionalen Einrichtungen und den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) mit ihrem überregionalen Versorgungsauftrag kommt wegen der Spezifität, Komplementarität und Akzentuierung in Ausstattung und Angeboten der SPZ ein besonderer Stellenwert zu, vor allem für die Kinder, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Behinderung oder Krankheit vor Ort nicht angemessen diagnostiziert, behandelt oder gefördert werden können. Dies gilt gleichermaßen für die Zusammenarbeit mit sinnesspezifischen Frühförderstellen und Autismus-Therapieinstituten.

Interdisziplinäre Kooperation setzt die Bereitschaft voraus, in einem Gruppenprozess gemeinsam mit der Familie und den Vertretern der anderen Fachdisziplinen eine angemessene Förderplanung zu entwickeln, sie regelmäßig zu überprüfen und dauerhaft fortzuschreiben. Dabei geht es nicht darum, möglichst viele (nebeneinanderher laufende) Angebote zu machen, sondern darum, eine gemeinsame Perspektive und Zielorientierung zu entwickeln und sie mit dem notwendigen Maß an personeller und sonstiger Unterstützung von außen verantwortlich zu begleiten, um die Entwicklungs- und Selbsthilfepotentiale der Familie anzuregen und zu nutzen.

Interdisziplinäre Kooperation steht im permanenten Spannungsverhältnis, einerseits die berufsgruppenspezifischen Sichtweisen und Handlungsorientierungen in ihrer Vielfalt zu nutzen und andererseits gleichzeitig ihre Verknüpfung im Sinne eines interdisziplinären Wissenstransfers zu erreichen. Dies erfordert neben berufsspezifischer Fachkompetenz und berufsgruppenübergreifendem Wissen sozialkommunikative Fertigkeiten und Strategien der beteiligten Fachkräfte, um derartige Einigungsprozesse wirksam und konstruktiv zu gestalten. Gelingende Zusammenarbeit setzt eine Vielzahl von Basis-kompetenzen, besondere Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten auf

(zwischen-)menschlicher, berufsspezifischer und berufsgruppenübergreifender Ebene voraus.

Interdisziplinarität erfordert deshalb neben notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen insbesondere:

- die Bereitschaft zum interessierten und respektvollen Dialog;
- das Bemühen um begriffliche Klarheit sowie methodische und fachliche Sorgfalt bei der Verwendung von Begriffen und Konzepten der Fachdisziplin;
- die Anerkennung eines Theorie- und Methodenpluralismus einschließlich der Schwierigkeit, mit unterschiedlichen Methoden gewonnene Befunde unmittelbar aufeinander zu beziehen (Leuzinger-Bohleber 2009, von Lüpke 2006, 2010);
- auf der Ebene der beteiligten Disziplinen und Berufsgruppen Professionalisierung, Qualifizierung und Kompetenztransfer sowie
- auf der Ebene der einzelnen Fachkraft insbesondere Kompetenz im eigenen Fach: "Es gibt kaum eine empfindlichere Belastung des gemeinsamen Klimas als die durch Missachtung des anderen. Umgekehrt gibt es wohl keine wichtigere Voraussetzung für interfachliche Verständigung und Kooperation als die wirkliche Kompetenz im eigenen Fach." (Speck 1996, 48)

Die gegenseitige Wertschätzung jedes einzelnen fachlichen Beitrags, die Kenntnis und Anerkennung der Grenzen des eigenen fachlichen Ansatzes wie auch der eigenen Handlungskompetenz und der immer wieder zu reflektierende Impuls, diese Grenzen zu überwinden, sind Grundhaltungen und Grundvoraussetzungen für einen konstruktiven, gleichberechtigten Dialog der verschiedenen an der Frühförderung beteiligten Berufsgruppen.

6.5.1 Kooperation zwischen allgemeiner und spezieller Frühförderung

Allgemeine und sinnesspezifische Frühförderstellen arbeiten als sich wechselseitig beratende Institutionen und in Form ergänzender Angebote zusammen. Die örtliche Frühförderstelle kann als offene Beratungsstelle auch Anlaufstelle für Kinder mit Hörschädigungen, Blindheit oder Sehbehinderung sein. Dabei wird der Zugang zur speziellen Frühförderung durch entsprechende Informationen unmittelbar eröffnet.

Ergibt sich während der Betreuung durch die allgemeine Frühförderstelle ein Verdacht auf eine Hör- oder Sehschädigung, wird die spezifische Frühförderstelle unmittelbar hinzugezogen bzw. eine fachärztliche Diagnostik eingeleitet. Abhängig von den diagnostischen Ergebnissen wird in einem interdisziplinären Prozess gemeinsam mit den Eltern das weitere Vorgehen abgestimmt:

- Liegt eindeutig eine Seh- oder Hörschädigung vor, wird eine Übergabe zur speziellen Frühförderung eingeleitet, unabhängig davon, ob das Kind weitere Behinderungen aufweist. Ergänzende Angebote der allgemeinen Frühförderstelle (z. B. Gruppenangebote, Therapien) können bei Bedarf fortgeführt werden.
- Soweit es sich um eine leichtere oder vorübergehende Einschränkung des Seh- oder Hörvermögens handelt, kann eine zeitlich beschränkte Beratung durch die spezielle Frühförderstelle erfolgen.
- In besonders zu begründenden Einzelfällen kann eine komplementäre heilpädagogische Förderung durch beide Einrichtungen erfolgen. Es wird ein gemeinsamer Förder- und Behandlungsplan erstellt, wobei die Federführung variieren kann und abzusprechen ist.
- Für die fallübergreifende Zusammenarbeit finden Koordinationstreffen zwischen allgemeiner und spezieller Frühförderstelle statt.
- Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbehinderung bieten eine spezifische Fachberatung für Kindertageseinrichtungen an. Dabei kooperieren sie mit den allgemeinen interdisziplinären Frühförderstellen und stimmen sich mit diesen bei der fallbezogenen Beratung der Kitas ab. Sie bieten Informations- und Fortbildungsveranstaltungen zu sinnesspezifischen Themen an.

6.5.2 Kooperation zwischen interdisziplinären Frühförderstellen und Autismus-Therapieinstituten

Interdisziplinäre Frühförderstellen und Autismus-Therapieinstitute arbeiten zusammen:

- Die örtliche Frühförderstelle steht als offene Anlaufstelle auch Kindern mit Autismusspektrumstörungen (ASS) bzw. mit Verdacht auf eine ASS offen. In diesen Fällen wird der Zugang zu einer autismusspezifischen Diagnostik und ggf. autismusspezifischen Angeboten durch entsprechende Informationen unmittelbar eröffnet.
- In Fällen, in denen ein Kind bereits durch eine allgemeine oder sinnesspezifische Frühförderstelle betreut wird und sich ein Verdacht auf eine ASS

erst nach einiger Zeit ergibt, wird ebenfalls der Zugang zu einer autismus-spezifischen Diagnostik durch entsprechende Informationen eröffnet. In Abhängigkeit von den Ergebnissen dieser Diagnostik wird dann in einem interdisziplinären Prozess zwischen allen involvierten Fachkräften gemeinsam mit den Eltern das weitere Vorgehen abgestimmt.

- In besonders zu begründenden Fällen kann es zu einer gemeinsamen Förderung oder Therapie durch die interdisziplinäre Frühförderstelle und ein Autismus-Therapieinstitut kommen.
- Autismus-Therapieinstitute beraten Frühförderstellen einzelfallbezogen zu autismusspezifischen Fragestellungen.
- Autismus-Therapieinstitute bieten eine autismusspezifische Fachberatung für Kindertagesstätten an. Dabei kooperieren sie mit der interdisziplinären Frühförderstelle und stimmen sich mit dieser bei der fallbezogenen Beratung der Kindertagesstätten ab. Sie bieten Informations- und Fortbildungsveranstaltungen zu autismusspezifischen Themen an.

6.6 Zusammenarbeit mit Kindertageseinrichtungen

Kindertageseinrichtungen (Krippen, Krabbelstuben, Kindertagesstätten u. Ä.) stellen für alle Kinder häufig das erste außerfamiliäre Erfahrungsfeld dar, das ihnen durch die Gruppensituation mit anderen Kindern vielfältige neue Anforderungen und Entwicklungsimpulse bietet. Deshalb kommt ihnen auch aus Sicht der Frühförderung große Bedeutung zu. Hatte das Kind Interaktionen, einschließlich professioneller Einflussnahmen, bisher überwiegend in Einzelsituationen mit einem Erwachsenen erfahren, erweitert sich hier das Spektrum auf komplexe soziale Lernprozesse in der Gruppe gleichaltriger oder altersgemischter Kinder und das Vertrautwerden mit neuen Bezugspersonen. Besondere Herausforderungen ergeben sich hier durch den fortschreitenden Ausbau der Betreuungsmöglichkeiten für Kinder unter drei Jahren, der eine besonders sensible Gestaltung erfordert.

Frühförderstellen arbeiten eng mit Kindertageseinrichtungen zusammen und unterstützen sie bei ihrem Erziehungs- und Bildungsauftrag. Im Hessischen Bildungs- und Erziehungsplan heißt es hierzu:

"Durch Beratungs- und Unterstützungsangebote für andere Bildungsorte trägt Frühförderung dazu bei, alle Kinder in das Bildungs- und Erziehungssystem zu

integrieren. Dabei übernimmt sie Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben und begleitet Übergänge." (Hessischer Bildungs- und Erziehungsplan 2014, 53)

Damit werden die Erzieherinnen mit ihrer spezifischen pädagogischen Fachkompetenz in das interdisziplinäre Arbeitssetting eingebunden. Die Erweiterung erfordert erneut die Entwicklung und Entfaltung einer abgestimmten Handlungspraxis aller beteiligten Fachdisziplinen. Auf dieser Basis kann eine gemeinsame Zielsetzung für die Förderung der individuellen Entwicklung und Teilhabe des einzelnen Kindes insgesamt und im Kontext der Kindergruppe entwickelt werden, wobei die Zusammenarbeit mit den Eltern als den vorrangigen Bezugspersonen einen besonderen Stellenwert hat.

Eine von Kindertageseinrichtung und interdisziplinärer Frühförderstelle gemeinsam weiterentwickelte Fachlichkeit verbessert die Bedingungen von Inklusion allgemein, indem sie durch die Vernetzung von pädagogischen, heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Kompetenzen der Verantwortung nachkommt, "sozialer Ausgrenzung angemessen zu begegnen und allen Kindern faire Lern- und Entwicklungschancen zu bieten" (Hessischer Bildungs- und Erziehungsplan, 31). Darüber hinaus sensibilisiert sie für den Aspekt der Prävention für entwicklungsgefährdete Kinder. Die Frühförderstellen bieten in diesem Sinne Beratung an. Bei Bedarf können Frühfördermaßnahmen eingeleitet werden, die auch in der Kindertageseinrichtung durchgeführt werden können. Bereits begonnene Maßnahmen werden in Kooperation mit der Kindertageseinrichtung und ggf. vor Ort fortgesetzt. Voraussetzung für diese in Hessen bewährte Praxis ist, dass Frühförderung und Kindertageseinrichtung gemeinsam tätig werden können.

Kindertageseinrichtungen als Feld der Früherkennung

Verschiedene Aspekte von Heterogenität haben sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung – sowohl förderliche als auch einschränkende. Die Kindertageseinrichtung ist hier ein wichtiges Feld der (Früh-)Erkennung kindlicher Entwicklungsbeeinträchtigungen, die zum Teil erst in fortgeschrittenem Entwicklungsalter oder in Gruppensituationen auftreten.

In den vergangenen Jahren wurden Kinder in steigender Anzahl und zunehmendem Maße durch Verhaltensbesonderheiten, Lern- und Leistungsprobleme in der Gruppensituation der Kindertageseinrichtung auffällig. Dies veranlasst

Fachkräfte in Kindertagesstätten dazu, Eltern zu weiterführenden Hilfen für ihre betroffenen Kinder anzuregen, die auch auf die Situation in der Kindertageseinrichtung einwirken. Mit der **Heilpädagogischen Fachberatung für Kindertageseinrichtungen** bieten Frühförder- und Beratungsstellen in Hessen hier ein spezifisches Beratungs- und Begleitungsangebot an. Die Arbeit der Heilpädagogischen Fachberatung setzt am einzelnen Kind an und erweitert den Blick auf den Einbezug des umgebenden Systems. Ihr Fokus liegt dabei auf:

- Früherkennung im Sinne differentialdiagnostischer Einordnung der kindlichen Entwicklungs- und Verhaltensbeeinträchtigungen und vorhandenen Ressourcen;
- Entwicklungseinschätzungen unter Berücksichtigung von Gruppengeschehen, Familie und Umfeld;
- behindernden Rahmenbedingungen (Abbau von Barrieren, Umfeldgestaltung und Einbezug ggf. kompensatorischer Erfordernisse);
- gemeinsamer Planung passgenauer Unterstützung (sowohl für das Kind als auch für das umgebende System);
- ggf. Weitervermittlung an andere Fachdienste oder Einrichtungen (z. B. weiterführende Diagnostik oder Erziehungsberatungsstellen);
- Beratung zu kindorientierten Fördermaßnahmen;
- Förderung von Interaktion und Partizipation;
- Beratung der Erzieherinnen bei Umsetzung und Verankerung;
- Einbezug und Mitwirkung der Eltern bei den Beratungsprozessen;
- fachlicher Begleitung des Prozesses der Aufnahme eines Kindes in die Kindertagesstätte sowie Beratung der Erzieherinnen (Inklusion);
- Beratung im Kontext von Prozessbegleitung (Krisenintervention);
- Blick auf Wechselwirkungen und Dynamik aller Aspekte;
- Sicherstellung der Zusammenarbeit der beteiligten miteinander arbeitenden Personen und Institutionen in Fortführung des interdisziplinären Arbeitsansatzes.

Die Heilpädagogische Fachberatung der Frühförderung wird durch ihre Trägerunabhängigkeit seitens der Kindertageseinrichtungen als niedrigschwelliges Angebot wahrgenommen. Die Einbettung in die regionale Frühförderstelle stellt dabei eine fachliche Basis dar und den reflexiven Austausch sicher (vgl. HMSI 2014).

Kindertageseinrichtungen als Ort des Beginns bzw. der Weiterführung von Frühförderung

Ist eine Frühförderstelle bereits vor dem Besuch einer Kindertageseinrichtung mit der Förderung eines Kindes betraut, so ist es in Absprache mit der Familie ihr Auftrag, den Übergang in die Kindertagesstätte zu begleiten. Die Begleitung, Unterstützung und Anregung von Bildungs- und Lernprozessen innerhalb des jeweiligen Settings der Kindertageseinrichtung knüpft an die bestehenden Erfahrungswerte einer Einrichtung mit den vielfältigen Entwicklungsvoraussetzungen und -bedingungen von Kindern an. Dabei macht die Vielfalt der Aspekte ergänzend zum Fachwissen in den Kindertageseinrichtungen im Einzelfall weiterhin Expertenwissen erforderlich, um Unterstützungsbedarfe frühzeitig zu erkennen und passende Förderangebote und Partizipationshilfen gemeinsam zu entwickeln. Auf diese Weise befördert die Zusammenarbeit die größtmögliche Teilhabe aller Kinder.

Eine Kooperation von interdisziplinärer Frühförderstelle und Kindertageseinrichtung zur gemeinsamen Umsetzung des Bildungs- und Förderauftrags für Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen umfasst inhaltlich insbesondere (vgl. LAG Frühe Hilfen 2012, 42–43):

- Beratung von Erzieher/-innen und Erzieherteams bei der Vorbereitung einer Integrationsmaßnahme;
- gemeinsame Abstimmung und Planung von Unterstützungs-, Begleitungs- und Fördermöglichkeiten im Rahmen der interdisziplinären Förderplanung;
- gemeinsame Beratung bei der Gestaltung und Umsetzung der individuellen Förderung des Kindes im Rahmen von Einzel-, Kleingruppen- und Gruppenangeboten;
- Durchführung heilpädagogischer Frühförderangebote innerhalb der Kindertageseinrichtung;
- Durchführung therapeutischer Frühförderangebote innerhalb der Kindertageseinrichtung im Rahmen einer Komplexleistung;
- Beratung zur Raum- und Umgebungsgestaltung (z. B. in Bezug auf optische oder akustische Aspekte);
- Beratung bei der Gestaltung kommunikativer Prozesse und integrativer Spielumgebungen unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse eines Kindes (z. B. Adaption von Spielmaterialien, Einsatz von Hilfsmitteln);
- Unterstützung und Beratung der Erzieher/-innen bei Fragen zur Elternarbeit und zur Elternberatung;

- gemeinsame Veranstaltungen der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Elternabende) zu Themen der kindlichen Entwicklung oder Inklusion von Kindern mit (drohenden) Behinderungen;
- regelmäßige Abstimmung und Dokumentation der Zusammenarbeit;
- Unterstützung und Beratung von Eltern und Erzieher/-innen beim Übergang des Kindes in die Schule;
- Vernetzung in Bezug auf regionale Strukturen der Zusammenarbeit psychosozialer Dienste (z. B. regionale Arbeitskreise, Integrations-konferenzen, Arbeitskreise der LAG Frühe Hilfen etc.);
- Fortbildungsangebote für Kita-Teams sowie Moderation überregionaler Kita-Arbeitskreise seitens der Frühförderstellen für sinnesgeschädigte Kinder.

Das Beratungs- und Begleitungsangebot von Frühförder- und Frühberatungsstellen wird in organisatorischer und fachlich-inhaltlicher Abstimmung mit den Fachberatungen der kommunalen und kirchlichen Träger von Kindertageseinrichtungen umgesetzt und ergänzt deren Angebote, insbesondere in Bezug auf die Weiterentwicklung einer inklusiven Handlungsperspektive.

Sowohl die Vernetzung von Kindertageseinrichtungen und Frühförderstellen als auch die Kooperation der Fachkräfte dient stets der Verbesserung der Früherkennung von problematischen Entwicklungsverläufen einzelner Kinder und der konkreten Verbesserung der Teilhabe von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen und Behinderungen in ihrem Lebensumfeld.

6.7 Regionale und überregionale Netzwerke und Kooperationsbeziehungen

Frühförderstellen sind über das System der Frühförderung hinaus in regionale Netzwerke eingebettet bzw. an deren Aufbau und Etablierung beteiligt. Auf diese Weise können sie mit ihren Angeboten in den Sozialraum hineinwirken und sind in diesem verankert. Mit dem Ziel, Familien zur Teilhabe in ihrem Lebensraum zu befähigen, sind Frühförderstellen insbesondere in Netzwerken zu folgenden Themen aktiv:

- Frühe Hilfen/Kinderschutz
- frühe Bildung und Erziehung
- kommunale Integrations-/Inklusionsplanung und -entwicklung
- psychosoziale Beratung und Gesundheitsförderung

- Familienbildung (Angebote rund um Elternschaft und junge Familien)

Eine besondere Chance der Netzwerkarbeit liegt in der systemübergreifenden Arbeit, die es erfordert und auch ermöglicht, dem jeweiligen Partner den Handlungsspielraum und die administrativen und sozialrechtlichen Möglichkeiten und Grenzen der Systeme näherzubringen. Hier kommt der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem und der Eingliederungshilfe eine besondere Bedeutung zu. Durch ihre Mitarbeit tragen Frühförderstellen mit ihrem interdisziplinären Ansatz hier zur fachdisziplinen- und institutionenübergreifenden Koordination bei.

Um bestehende Angebote und Regelstrukturen nachhaltig sinnvoll miteinander zu verknüpfen, ist es erforderlich, innerhalb der Netzwerke verbindliche Kooperationsstrukturen und Verfahrensabläufe zu etablieren, die fallübergreifendes und fallbezogenes Arbeiten ermöglichen (Ziegenhain et al. 2010, Werkbuch Vernetzung). Hierzu ist die Bereitstellung entsprechender organisatorischer und personeller Ressourcen erforderlich. Die Information über Arbeitsweisen und Angebote der beteiligten Einrichtungen trägt zu einer Optimierung der professionellen Beratung und zu einer Erleichterung einer gezielten Inanspruchnahme durch die Betroffenen bei.

Auch in überregionalen fachbezogenen Netzwerken ist Frühförderung engagiert. Dies sind z. B.:

- überregionale Arbeitskreise und fachliche Arbeitsgremien der Frühförderung, die Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen, psychosoziale Arbeitsgemeinschaften:
- fachspezifische Verbände und Einrichtungen (z. B. Rehabilitationseinrichtungen für Sinnesgeschädigte).

Darüber hinaus unterhält die Frühförderung Kontakte zu Netzwerken im medizinischen System, von Berufs- und Fachverbänden (insbesondere im medizinisch-therapeutischen Bereich), zu Selbsthilfeorganisationen und Interessenvertretungen sowie zu Universitäten und Ausbildungsstätten.

Netzwerkarbeit und Kooperationsbeziehungen stellen gleichermaßen eine Facette der Öffentlichkeitsarbeit der Frühförder- und Beratungsstellen dar.

Im Interesse der Aufklärung auch über das Angebot und die Notwendigkeit von Frühförderung hinaus wirken sie allgemein auf die Berücksichtigung besonderer Belange und die Akzeptanz von Menschen mit (drohenden) Behinderungen und ihrer Familien hin.

6.8 Frühförderung als Teil im System der Frühen Hilfen

Der Begriff der Frühen Hilfen wurde in den 1970er Jahren zunächst im Bereich der Frühförderung geprägt. Nach tragischen Fällen von Kindeswohlverletzung wurde im Bereich des Kinderschutzes der Fokus auf die Prävention verstärkt und 2007 auf Bundesebene das "Nationale Zentrum Frühe Hilfen" eingerichtet, das als Fach- und Servicestelle die wirksame Vernetzung der verschiedenen Protagonisten aus Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe begleitet, um so die Erreichbarkeit der Risikogruppen zu verbessern. Der Begriff der Frühen Hilfen wurde dadurch anders akzentuiert. Er umfasst nun auch Angebote, die darauf abzielen, die Erziehungs- und Beziehungskompetenz von Eltern zu fördern und deren Lebenssituation zu verbessern und somit die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern in ihren Familien frühzeitig und nachhaltig zu stärken. Die Angebote sind sowohl auf Familien insgesamt als auch speziell auf Familien in Problemlagen ausgerichtet.

Frühe Hilfen basieren auf multiprofessioneller Kooperation. Neben der Schwangerenberatung, dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiteren sozialen Diensten ist auch die interdisziplinäre Frühförderung als eigenständiges System Teil der Frühen Hilfen (vgl. Begriffsbestimmung der Frühen Hilfen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen vom 26. 6. 2009).

Frühförderung und Frühe Hilfen sind wichtige Kooperationspartner bei der Sicherstellung frühzeitiger Unterstützungsangebote für Familien. Der am Lebenskontext der Betroffenen orientierte niedrigschwellige Ansatz der Frühen Hilfen wird ergänzt durch die interdisziplinären Frühförderstellen als Kompetenzzentren für Entwicklungsgefährdungen in der frühen Kindheit (Weiß 2013). Die beiden Bereichen zugrunde liegende Umfeld- und Familienorientierung erleichtert den Zugang und bei Bedarf die Möglichkeit der Überleitung.

In Hessen sind im Bereich der Frühen Hilfen eine Vielzahl von regionalen Projekten und Angeboten entstanden; eine besondere Rolle spielt dabei der

Einsatz von Familienhebammen. Die interdisziplinären Frühförderstellen sind Teil der regionalen Netzwerke Frühe Hilfen. Es besteht eine Kooperation der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen des Landes mit der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen, mit dem Ziel, die Zusammenarbeit der beiden Systeme zu etablieren und weiterzuentwickeln.

Das Kinderschutzgesetz vom 22. 12. 2011 benennt die Frühförderstellen als Teil verbindlicher Netzwerkstrukturen. Somit empfiehlt es sich, auch im Bereich der Frühförderung geeignete Ablaufstrukturen für Fälle von Kindeswohlgefährdung zu entwickeln und Kooperationen im Bereich des Kinderschutzes zu etablieren. Dies beinhaltet auch eine Sensibilisierung im Bereich sexueller Gewalt gegen Kinder. Als Grundlage für präventiven Kinderschutz können hier insbesondere bestehende Konzepte zur Sexualpädagogik angesehen werden (vgl. Deutsche Liga für das Kind 2014).

7. Das besondere Profil der speziellen Frühförderstellen

7.1 Interdisziplinäre Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesschädigung

Die interdisziplinären Frühförderstellen für Kinder mit einer Sinnesbehinderung bieten ein eigenständiges, spezialisiertes und umfassendes Förder- und Beratungsangebot für Kinder mit einer Seh- oder einer Hörschädigung und deren Eltern an. Die Frühförderung von Kindern mit Sinnesbehinderungen basiert ebenfalls auf den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Leitkonzepten und Arbeitsprinzipien. Die Spezialisierung trägt der Tatsache Rechnung, dass Sinnesbehinderungen den Zugang zur physischen und sozialen Umgebung verändern und sich in spezifischer Weise auf das Lernen und die kindliche Entwicklung auswirken, da Sehen und Hören zentrale Sinne des Menschen sind. Eine wesentliche Beeinträchtigung dieser sogenannten Distanzsinne im Kindesalter stellt ein beträchtliches Risiko für die kindliche Entwicklung dar. Mögliche Seh- und Hörpotentiale haben durch die Plastizität des Gehirns in den ersten Lebensjahren nur eine Entwicklungschance, wenn sie durch die Gestaltung der sichtbaren und hörbaren Umgebung und durch den Einsatz technischer Hilfen frühzeitig aktiviert werden.

Die Begleitung dieser ausgesprochen heterogenen und vergleichsweise kleinen Gruppe an Kindern erfordert landes- und bundesweite Netzwerke der speziellen Frühförderstellen, um Erfahrungswissen zu sichern und fachliche Standards der Arbeit weiterentwickeln zu können. Hierzu zählt auch die Anbindung an oder Kooperation mit den speziellen Förderschulen und weiteren spezifischen Institutionen. Die Angebote der speziellen Frühförderstellen sind durchweg überregional ausgerichtet.

Die Frühförderstellen für hörgeschädigte Kinder sind in Hessen angeschlossen an die überregionalen Beratungs- und Förderzentren Hören. Die Frühförderstellen für Kinder mit Sehbehinderung oder Blindheit sind zum Teil angeschlossen an die Beratungs- und Förderzentren Sehen, zum Teil befinden sie sich in freier Trägerschaft.

7.1.1 Besonderer Fokus: Kinder mit Sehbehinderung oder Blindheit

Personenkreis

In der Eingliederungshilfeverordnung nach § 60 SGB XII ist festgelegt, dass Menschen mit einer Sinnesbehinderung zum Personenkreis der Menschen mit wesentlichen körperlichen Behinderungen gehören.

Im Einzelnen richten sich die interdisziplinären Frühförderstellen für Kinder mit Sehbehinderung und Blindheit an:

- Kinder mit Blindheit (Sehschärfe von nicht mehr als 0,02);
 - Kinder mit Sehbehinderung, bei denen mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich bei einem Sehabstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht;
 - Kinder mit einer nicht erfassbaren Störung der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad, unabhängig von deren Ursache bzw. medizinischer Diagnose, z. B.:
 - a) (noch) nicht sprechende Kinder oder Kinder mit komplexen Behinderungen, bei denen die Sehschärfe nicht genau ermittelt werden kann, die aber sowohl beobachtbare als auch nachweisbare gravierende Störungen der Sehfunktion zeigen,
 - b) Kinder mit zerebral bedingten Sehfunktionsbeeinträchtigungen (CVI). Hier liegt die Ursache der Sehbeeinträchtigung nicht in einer Funktionsbeeinträchtigung des Auges oder des Sehnervs, sondern im Bereich der post-chiasmalen Verarbeitung;
 - Kinder, die neben der Sehbehinderung oder Blindheit weitere Behinderungen haben;
 - sehende Kinder von Eltern mit Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung.
- Voraussetzung für die Einleitung des Antragsverfahrens ist eine fachärztliche Bescheinigung.

Diagnostische Vorgehensweisen:

Früherkennung

An die spezielle Frühförderstelle als niedrigschwellige offene Anlaufstelle können sich alle Personen, die sich um die Sehentwicklung eines Kindes sorgen, wenden. Die kindliche Sehentwicklung wird bislang nicht in einem medizinischen Screeningverfahren erfasst, dadurch besteht kein systematisch früher

Zugang zur Frühförderung. Frühförderung leistet in enger Kooperation mit den entsprechenden medizinischen Fachdisziplinen daher auch einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Sehbehinderung und Blindheit. Die sinnesspezifischen interdisziplinären Frühförderstellen haben hierzu eine Broschüre "Früherkennung von Sinnesschädigungen" (Hg.: Landeswohlfahrtsverband Hessen 2002) mit Listen möglicher Anhaltspunkte für Sinnesbehinderungen veröffentlicht.

Diagnostik

Gebräuchliche Verfahren zur Entwicklungs- und Verhaltensdiagnostik im Kindesalter, wie Entwicklungstests oder Beobachtungsbögen, setzen in der Regel ein intaktes Sehvermögen voraus (z. B. durch Bildmaterial). Spezifische Entwicklungstests für Kinder mit Blindheit oder Sehbehinderung im Kleinkind- und Vorschulalter existieren im deutschen Sprachraum nicht. So müssen standardisierte Testverfahren aus dem Bereich der Entwicklungs- und Förderdiagnostik individuell ausgewählt und bearbeitet bzw. die Ergebnisse auf der Basis der Sehbehinderung oder Blindheit beurteilt und gewichtet werden. Diese Testverfahren werden durch Überprüfung spezifischer Entwicklungsaspekte bei Menschen mit Blindheit und Sehbehinderung ergänzt (z. B. Beurteilung der Qualität des Tastverhaltens, der Qualität motorischer Aktivität und der Orientierungs- und Mobilitätsleistungen sowie der kommunikativen Kompetenzen).

Für Kinder mit Sehbehinderung oder zerebralen Sehfunktionsstörungen sind die Beobachtung und Einschätzung des funktionalen Sehvermögens unabdingbare Voraussetzung für die Gestaltung angemessener Förderangebote. In enger Kooperation mit den entsprechenden medizinischen Disziplinen finden eine gezielte Diagnostik dieser Sehfunktionen und eine Mitwirkung bei der Anpassung von Sehhilfen statt. Auf dem Hintergrund der vorliegenden augenärztlichen und orthoptischen Befunde versteht sich die pädagogische Diagnostik des funktionalen Sehvermögens als Beurteilung des Sehverhaltens im Alltag. Beispielsweise werden basale visuelle Funktionen wie Fixation und Blicksakkaden, visuell-kognitive Leistungen wie Bilderkennung und -unterscheidung, visuelle Funktionen zur Steuerung von Orientierung und Bewegung, Optimierung des Sehvermögens unter veränderten Umgebungsbedingungen und das Sehen im sozialen Kontext eingeschätzt.

Spezifische Herangehensweisen und Methodik

Für Kinder mit Sehbehinderung werden die Lernumgebung, die Fördermedien und die Interaktion mit dem Kind jeweils so gestaltet, dass das Kind sein vorhandenes Sehvermögen soweit wie möglich einsetzen und entwickeln kann.

Für Kinder mit Blindheit werden die Lehr-Lern-Situationen in einer Weise strukturiert und sequenziert, dass die Aneignung der Welt über eine verstärkte Nutzung der weiteren Sinne, vor allem des Tastens und Hörens, erfolgen kann.

Für Kinder mit Sehbehinderung oder Blindheit und mit zusätzlichen Behinderungen werden die Herangehensweisen entsprechend den besonderen kognitiven, sensorischen und/ oder körperlich-motorischen Bedingungen individuell angepasst.

Die speziellen Herangehensweisen der Frühförderung von Kindern mit Blindheit oder Sehbehinderung werden bei der Förderung aller Entwicklungsbereiche und in jeder Interaktionssituation angewandt. Sie betreffen

- die Auswahl und Gestaltung der Fördermedien und des Spielmaterials (z. B. Light-Box, kontrastreiche Spielobjekte, akustische Hilfen, taktile Adaptationen, Little Room);
- die barrierefreie Gestaltung der Umgebung (z. B. durch adäquate Beleuchtung, visuelle, taktile und akustische Markierungen und Leitlinien);
- den Einsatz besonderer optischer und nicht-optischer Hilfsmittel zur Unterstützung der Wahrnehmung (z. B. Lupen, Bildschirmlesegeräte, digitale Medien, adaptierte Mobilitätshilfen, Langstock);
- besondere didaktische Methoden und Prinzipien als Alternative zum spontanen Lernen durch Beobachtung und Nachahmung (u. a. die Hand- bzw. Körperführung bei blinden Kindern, schrittweiser Verhaltensaufbau, verbale Vorankündigungen, präzises handlungsbegleitendes Verbalisieren);
- als zusätzliche Schwerpunkte z. B. die Förderung des funktionalen Sehens, der taktilen Wahrnehmung, der Orientierung und Mobilität und der lebenspraktischen Fähigkeiten);
- die Anpassung allgemeiner Förderkonzepte (z. B. zur Kommunikation und Interaktion, zur unterstützten Kommunikation, zur Begriffsbildung)

Ein spezifisches Element in der Zusammenarbeit mit Eltern und weiteren Bezugspersonen stellt das Angebot von Simulationserfahrungen dar. Hierbei können Erfahrungen unter der Augenbinde oder Simulationsbrille für die

Wahrnehmungswelt des Kindes, die besonderen Herausforderungen und mögliche Lösungswege zur Unterstützung sensibilisieren.

Frühförderung sehender Kinder von Eltern mit Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung

Die Frühförderstellen für Kinder mit Sehbehinderung oder Blindheit sind auch Anlaufstelle für Eltern mit Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung, deren Kinder selbst keine Sehbeeinträchtigung aufweisen. Die Eltern wenden sich mit unterschiedlichen Anliegen an die Frühförderstelle, u.a. Fragen zu Strategien der Interaktion und Kompensation der erschwerten Wahrnehmung nonverbaler Signale, Hilfen zur Bewältigung alltäglicher Verrichtungen oder Entwicklungseinschätzungen. Die Frühförderung sehender Kinder von Eltern mit Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung zielt vor allem auf Prävention, d. h. auf das Vorbeugen möglicher Entwicklungsverzögerungen oder -probleme.

7.1.2 Besonderer Fokus: Kinder mit Hörschädigung

Personenkreis

Personen, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist, gehören nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfeverordnung) zu den Menschen mit einer wesentlichen körperlichen Behinderung. Es treten unterschiedliche Arten und Grade von Hörschädigung sowie Kombinationen mit anderen Behinderungen auf.

Zum Personenkreis des § 2 SGB IX zählen auch Kinder von Eltern mit einer Hörschädigung und Kinder mit einer diagnostizierten Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS).

Diagnostische Vorgehensweisen:

Früherkennung

Durch ein flächendeckendes Neugeborenenhörscreening an den hessischen Geburtskliniken wird ein systematisch früher Zugang zur Frühförderung ermöglicht. Darüber hinaus bieten die interdisziplinären Frühberatungsstellen Hören und Kommunikation als offene Beratungsstellen hördiagnostische Überprüfungen für Kinder bis zur Einschulung an. Neben der Überprüfung der peripheren Hörsituation ist dabei die diagnostische Abklärung der auditiven

Verarbeitung und/oder Wahrnehmung von Kindern im Vorschulalter ein weiterer Arbeitsschwerpunkt. Die sinnesspezifischen interdisziplinären Frühförderstellen haben hierzu eine Broschüre "Früherkennung von Sinnesschädigungen" (Hg.: Landeswohlfahrtsverband Hessen 2002) mit Listen von möglichen Anhaltspunkten für Sinnesbehinderungen veröffentlicht.

Pädagogisch-audiologische Diagnostik

Die Frühberatungsstellen halten personelle und sachliche Ressourcen vor, um anlassbezogen oder regelmäßig und prozessorientiert dem Alter der Kinder entsprechende hördiagnostische und psychometrische Verfahren durchführen zu können. Die anzuwendenden Qualitätsstandards werden durch den Berufsverband deutscher Hörgeschädigtenpädagogen (BDH) festgelegt.

Spezifische Herangehensweisen und Methodik

Kinder mit Hörschädigungen erleben ihre akustische Umwelt je nach Grad des Hörverlustes eingeschränkt oder auch nur rudimentär. Besteht eine solche Hörschädigung von Geburt an, ist ein natürlicher Spracherwerb bei den betroffenen Kindern gestört oder im ungünstigsten Falle nicht möglich. Zudem kann sich die Beeinträchtigung auch auf die sozio-emotionale Entwicklung des Kindes auswirken. Für eine spezifische Frühförderung von Kindern mit einer Hörschädigung ist es daher vorrangiges Ziel, Kommunikationsmöglichkeiten sicherzustellen. Dieses Ziel erfordert je nach individueller Situation des Kindes und seiner Familie spezifische Maßnahmen.

Kommunikationsgestaltung

Die Kompetenz zur Sprache kann nur durch Kommunikation und Interaktion innerhalb einer bedeutsamen Beziehung erworben werden. Eine Aufgabe der Frühförderung ist es, in der Familie Kommunikations- und Interaktionsformen so zu gestalten, dass daraus gute Hör- und Sprachentwicklungsbedingungen für das Kind erwachsen. Die Eltern werden darin bestätigt, die jeweilige Familiensprache in der Kommunikation mit dem Kind einzusetzen, um einen emotional unbelasteten Dialog zu ermöglichen, der die Beziehung innerhalb der Familie stärkt. Bei Eltern, die gehörlos sind, ist die Muttersprache des Kindes die Gebärdensprache.

Basis der Kommunikation ist das dialogische Miteinander. Unterstützt durch Blickkontakt, Gesten, Mimik und Gebärden kann Verstehen und Verstanden-

werden entstehen. Eine gebärdensprachlich orientierte Förderung findet statt, wenn Eltern auf diese Weise mit ihrem Kind kommunizieren möchten oder wenn die Lautsprache auch mit Hilfe technischer Versorgung nicht erworben werden kann.

Hör- und Sprachförderung

Zentrale Bausteine der Hör- und Sprachförderung sind:

- Freude am Hören wecken, das Kind auf zu Hörendes aufmerksam machen und die Bedeutung vermitteln;
- auf alle Arten von Äußerungen des Kindes eingehen, es zu verstehen versuchen und ihm dann orientiert an seinen Möglichkeiten zu antworten und eigene Gesprächsimpulse zu geben;
- Aufbau eines funktionsfähigen Symbolsystems im frühen Lebensalter, um gelingende Kommunikation sicherzustellen und darüber den Erwerb der Lautsprache und/oder der Deutschen Gebärdensprache (DGS) anzuregen;
- Ausbau von Sprachverstehen und -entwicklung (Begriffsbildung, Artikulation, visuelle Hilfen, Deutsche Gebärdensprache, Absehen);
- Unterstützung einer optimalen hörtechnischen Versorgung (Hörgerät, Cochleaimplantat, drahtlose Übertragungsanlage);
- Schaffung einer hör- und sprechförderlichen Raumakustik.

Optimierung der hörtechnischen Versorgung

Die Vernetzung mit den beteiligten audiologischen Fachdisziplinen aus Medizin und Hörakustik ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Frühberatungsstellen und dient der fortlaufenden Optimierung der individuellen hörtechnischen Versorgung.

CODA (Children Of Deaf Adults)

Die interdisziplinären Frühberatungsstellen Hören und Kommunikation sind auch für die Beratung und Begleitung von Kindern von Eltern mit einer Hörschädigung (schwerhörig oder gehörlos) zuständig. 90 % dieser Kinder sind hörend. Für diesen Personenkreis wurde der internationale Begriff CODA geprägt. Die betreffenden Familien haben aufgrund ihrer speziellen Lebenssituation einen Anspruch auf eine kompetente fachliche Unterstützung und Begleitung. Diese Arbeit ist geprägt vom Respekt gegenüber der Gemeinschaft und Kultur der gehörlosen Menschen. Ziele sind die Förderung der kindlichen Lautsprachentwicklung, die Stärkung der Zweisprachigkeit (Gebärdensprache

und Lautsprache), die Einbindung der Kinder in ihr soziales Umfeld und die Beobachtung und Unterstützung der allgemeinen Entwicklung. Die Stärkung der Identitätsentwicklung dieser Kinder nimmt einen besonderen Stellenwert ein.

7.1.3 Besondere qualitätssichernde Maßnahmen

Aufgrund der Vielfalt spezifischer Inhalte und stetig weiterer Erkenntnisse aus Medizin, Psychologie, Pädagogik, Hirn- und Wahrnehmungsforschung sowie aus dem technischen Bereich besteht im Bereich der Frühförderung von Menschen mit Sinnesschädigung besonderer Bedarf an qualitätssichernden Maßnahmen (vgl. Kapitel 11):

- Zur Sicherung und Weiterentwicklung der fachlichen Standards ist in allen Einrichtungen in Ergänzung zur Leitung ein begleitender Fachdienst eingerichtet.
- Die begleitenden Fachdienste bilden jeweils für die Bereiche "Sehe" und "Hören" landesweite Arbeitskreise, um u. a. Qualitätsmerkmale für Hessen abzustimmen und Erfahrungswerte auszutauschen, zu bündeln und für die Arbeit vor Ort zur Verfügung zu stellen.
- Die Teilnahme der Fachkräfte an speziellen Fortbildungen, z. B. zu hörtechnischen Hilfen, Deutscher Gebärdensprache, dem Einsatz von optischen Hilfsmitteln, zu Orientierung und Mobilität wird sichergestellt.
- Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in die spezifischen Arbeitsinhalte intensiv eingearbeitet.
- Eine modular aufgebaute Weiterbildung zum Frühförderer/ Frühförderin für Kinder mit Sehbehinderung und Blindheit wird vom Verband für Blinden- und Sehbehindertenpädagogik e. V. (VBS) angeboten.
- Die Fachkräfte aus den speziellen Frühförderstellen der Bereiche Sehen und Hören treffen sich jeweils jährlich zu Fachtagen, die den Erfahrungsaustausch und die Weiterentwicklung hessenweiter Standards gewährleisten.

7.2 Autismus-Therapieinstitute

Ein weiteres eigenständiges spezialisiertes und umfassendes Förder- und Beratungsangebot für Kinder mit Autismus und deren Eltern wird seitens der Autismus-Therapieinstitute angeboten.

Die Frühförderangebote der Autismus-Therapieinstitute basieren ebenfalls auf den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Leitkonzepten und Arbeitsprinzipien.

Die Spezialisierung trägt der Tatsache Rechnung, dass auch Autismus den Zugang zur physischen und sozialen Umgebung verändern und sich in spezifischer Weise auf das Lernen und die kindliche Entwicklung auswirken kann. Autismusspektrumstörungen sind in ihren Erscheinungsformen sehr vielgestaltig und in ihrer Dynamik sehr komplex. Im Kern bestehen bei allen Kindern gravierende Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie stereotyp-rituelle Verhaltensmuster. Die soziale Bezugnahme ist schon früh gestört, dies hat Auswirkungen auf alle Entwicklungsbereiche des Kindes. Autismus wird im ICD 10 als "tiefgreifende Entwicklungsstörung" bezeichnet.

Personenkreis

Kinder und Jugendliche mit Autismusspektrumstörungen (ASS) können eine geistige, seelische oder körperliche Behinderung haben. Häufig liegt eine Mehrfachbehinderung vor. Für alle Formen des Autismus gilt die Eingliederungshilfe-Verordnung nach § 60 SGB XII. Die Autismus-Therapie-institute richten sich mit ihren Angeboten an Kinder aus dem gesamten Autismus-spektrum und deren Familien.

Diagnostische Vorgehensweisen:

Früherkennung

Bei mehr als der Hälfte der Kinder, die als autistisch diagnostiziert werden, werden retrospektiv autistische Symptome bereits für das erste Lebensjahr beschrieben, für das zweite Lebensjahr sind es schon 95 % (Noterdaeme 2010). Dennoch wird in Deutschland Autismus bisher selten vor dem 3. Lebensjahr diagnostiziert. Die Ursache hierfür liegt in der großen Vielfalt autistischer Symptomkonstellationen – so kann sich Autismus sowohl in extremem Rückzug als auch in Form distanzloser Kontaktaufnahme zeigen. Insbesondere im ersten Lebensjahr sind die Verhaltensbesonderheiten von später als autistisch diagnostizierten Kindern häufig noch unspezifisch und werden als Entwicklungsvarianten interpretiert oder anderen Behinderungen zugeordnet.

Da die Symptome im frühen Kindesalter noch unspezifisch sind und die Vorsorgeuntersuchungen im Bereich Autismus noch auf wenig Screening-Materialien zurückgreifen können, werden bestehende Auffälligkeiten nicht immer als Anzeichen von Autismus gewertet. Als weiterführende Maßnahme wird ggf. eine fachärztliche Diagnostik eingeleitet, an ein Autismus-Therapieinstitut verwiesen oder im Rahmen einer allgemein festgestellten Entwicklungsverzögerung an eine allgemeine interdisziplinäre Frühförderstelle oder an ein Autismus-Therapieinstitut verwiesen.

Autistische Kinder ohne Sprachentwicklungsverzögerung (Kinder mit Aspergersyndrom bzw. hochfunktionalem Autismus) fallen häufig erst im Kindergartenalter auf. Kindertagesstätten tragen ihre Beobachtungen an die Eltern heran und/oder holen sich Unterstützung bei den Autismus-Therapieinstituten. In der Regel haben Kinder und deren Familien, die sich bei den Autismus-Therapieinstituten vorstellen, schon mehrere andere Anlaufstellen durchlaufen.

Diagnostik

Die Diagnose von Autismus erfordert umfassende Verfahren. Grundlage ist die ärztliche Diagnose durch Fachärztinnen und Fachärzte sowie Spezialambulanzen. Unerlässliche Bausteine sind:

- eine ausführliche Anamneseerhebung;
- eine Spiel- und Verhaltensbeobachtung in Bezug auf die Kernsymptome;
- eine Bewertung des kognitiven Niveaus;
- eine Bewertung von Sprache und Sprachverständnis;
- eine Bewertung von Emotionserkennung, Theory of Mind und Funktionsniveau im Alltag.

Auch muss darauf geachtet werden, ob Anzeichen von Ängsten, autoaggressiven oder aggressiven Verhaltensweisen vorhanden sind.

Eine verlässliche (Entwicklungs-)Diagnostik ist nur in einem für das autistische Kind stressfreien Rahmen und oft nur in einem längeren Diagnoseprozess möglich. Im Ergebnis zeigt sich in der Regel ein vielschichtiges Entwicklungsprofil, mit problematischen Schwächen, denen erstaunliche Teilleistungsfähigkeiten gegenüberstehen. Auch diese besonderen Ressourcen autistischer Kinder gilt es zu erfassen und zu berücksichtigen.

Spezifische Herangehensweisen und Methodik

Aufgrund der großen Bandbreite des Erscheinungsbildes von ASS stellen die speziellen Frühförderstellen für Autismus eine große Vielfalt an Zugängen und Methoden zur Verfügung. Methoden aus der allgemeinen Pädagogik und Psychologie werden im Hinblick auf die Besonderheiten der ASS modifiziert und in autismusspezifische Methoden integriert.

Bei autistischen Kindern liegt der Fokus der Frühförderung auf:

- dem Aufbau sozialer Schlüsselkompetenzen wie Joint Attention, Nachahmung und Motivation zu sozialer Orientierung;
- dem Sprachaufbau und der Erweiterung von Sprache in einem kommunikativ-dialogischen Kontext;
- der Erweiterung des kindlichen Spiels und der Exploration der Umwelt;
- dem Erleben von Selbstwirksamkeit;
- dem Abbau von entwicklungshemmenden Ängsten;
- der Reduzierung von Über- und Unterforderung.

Darüber hinaus finden Besonderheiten in der Wahrnehmung sowie die individuelle Ausprägung autistischer Verhaltensweisen Berücksichtigung.

Spezielle familienorientierte Angebote finden ergänzend statt und beinhalten:

- Aufklärung über Autismus und Entwicklungsverläufe
- Unterstützung bei der emotionalen Auseinandersetzung mit der Diagnose
- Elternprogramme zur Unterstützung reziproker Eltern-Kind-Interaktionen
- Hilfestellungen für Eltern im Umgang mit autistischen Verhaltensweisen
- Sensibilisierung für Bedürfnisse der anderen Familienmitglieder, insbesondere der Geschwister.

Ziel der besonderen Therapie und Förderung ist, die Auswirkungen der tiefgreifenden Entwicklungsstörung zu mildern, neue Verhaltensmöglichkeiten zu erarbeiten, die bestmögliche Integration in das jeweilige Umfeld zu erreichen und langfristig zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit ASS beizutragen.

Besondere qualitätssichernde Maßnahmen

Um Erfahrungswissen zu dieser heterogenen und vergleichsweise kleinen Gruppe von Kindern zu sichern und fachliche Standards der Arbeit

weiterentwickeln zu können, ist die Vernetzung in landes- und bundesweiten Arbeitskreisen der im Bundesverband Autismus Deutschland vertretenen Autismustherapiezentren grundlegend.

Darüber hinaus sichern kontinuierliche Fort- und Weiterbildung durch Besuche autismusspezifischer Fortbildungen und Kongresse, Literaturstudium, regelmäßige interne Fachtage sowie die intensive Einarbeitung neuer Mitarbeiter durch erfahrene Kollegen die fachliche Qualität der Arbeit und die Weiterentwicklung der Angebote auf der Grundlage des sich kontinuierlich weiterentwickelnden Wissens über Autismus und die therapeutischen Möglichkeiten.

8. Formen der Frühförderung

Ein niedrighschwelliger Zugang ist sowohl durch das Konzept der offenen Anlaufstelle als auch durch direkte Empfehlungen durch Kinder- und andere Fachärzte und Fachärztinnen gewährleistet. Die Förderung des Kindes und Begleitung der Familie kann in der häuslichen Umgebung, im unmittelbaren Sozialraum, in der Frühförderstelle, der kooperierenden Therapiepraxis, in der Kindertageseinrichtung, sie kann einzeln oder in Gruppen mit anderen Kindern und als themenzentrierte Einzelberatung oder in Elterngruppen erfolgen.

Der Verlauf einer Frühförderung kann im Einzelfall unterschiedlich gestaltet sein und richtet sich am Bedarf des Kindes und seiner Familie aus. In Ergänzung zur längerfristig angelegten regelmäßigen Frühförderung des Kindes bieten Frühförder- und Frühberatungsstellen bei entsprechendem Bedarf im zeitlichen Umfang begrenzte oder auf einen Übergang in eine andere Maßnahme oder Einrichtung hin ausgerichtete Angebote an.

8.1 Offene Anlaufstelle

Um niedrighschwellige Unterstützung zu gewährleisten, bieten interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstellen ohne weiteren Verwaltungsaufwand eine offene Beratung für Eltern und andere Erziehungsverantwortliche, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten, sowie für Fachkräfte an (vgl. Kapitel 5.6). Die offene Anlaufstelle ist ein bewährtes Element im hessischen System der Frühförderung, das durch Landesmittel unterstützt wird und in den Qualitätsmerkmalen der kommunalisierten Landesmittel verankert ist.

Mit der offenen Anlaufstelle gewährleisten die Frühförderstellen eine Clearingfunktion mit minimaler Etikettierung des Kindes (vgl. Kapitel 6.1).

8.2 Mobile Arbeitsweise

Die mobile Arbeit (Hausfrühförderung) ist von Beginn an ein wesentliches Prinzip der Frühförderung. Sie gehört zu ihrem Profil der familiennahen und niedrighschwelligem Hilfe.

Hemmschwellen in Bezug auf institutionelle Hilfen können durch die "Geh-Struktur" abgebaut werden; so finden insbesondere Familien in psychosozialen Belastungssituationen (z. B. durch Armut) leichter einen Zugang zur Frühförderung als in Beratungsstellen mit ausschließlicher "Komm-Struktur". Durch die mobile Förderung können Eltern behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder entlastet werden.

Die direkte Bezugnahme auf und Ausrichtung an den häuslichen Verhältnissen kann die Wirksamkeit der Behandlung und Förderung verbessern. Gemäß dem Konzept der Inklusion ermöglicht sie den Einbezug der konkreten Lebenswelt von Kind und Familie und die daran ausgerichtete Unterstützung von Teilhabe und Partizipation. Bei einer mobilen Frühförderung lernt das Kind in seiner alltäglichen Umgebung. Erfahrungen, die es dort macht, haben deshalb einen engen Lebensbezug. Dadurch sind sie für das Kind besser einzuordnen und können von ihm selbstständig wiederholt werden. Die weiteren Familienmitglieder können die Fördersituation miterleben und erhalten Anregungen für den eigenen Umgang mit dem Kind; in der Fördersituation gemachte Erfahrungen und Spielsituationen können sofort aufgegriffen und in das aktuelle Familienleben integriert werden.

Als mobiles, aufsuchendes Angebot finden Förderkontakte mit dem Kind wie auch Beratung und Anleitung der Eltern mit Einverständnis der Eltern entweder im häuslichen Umfeld der Familie oder in der aushäusigen Lebenswelt des Kindes, wie z. B. der Kindergruppe oder Kindertagesstätte, statt (vgl. Kapitel 6.6).

8.3 Ambulante Arbeitsweise

In konsequenter Umsetzung des familien- und lebensweltorientierten Arbeitsansatzes bieten Frühförder- und Frühberatungsstellen in Hessen in der Regel sowohl mobile als auch ambulante Leistungen an.

Ergänzend zur mobilen Frühförderung können Angebote auch in den Räumen der Frühförderstelle stattfinden. Diese Angebote umfassen sowohl Einzelförderung als auch Diagnostik, Elterngespräche und Gruppenveranstaltungen für Eltern und Kinder. Die Räumlichkeiten können so gestaltet werden, dass sie dem Kind mit seiner jeweiligen Beeinträchtigung in einer barrierefreien

Umgebung geeignete "Spielräume" und Fördermöglichkeiten bereitstellen. Für Elterngespräche können die Räumlichkeiten der Frühförderstelle z. B. dann sinnvoll sein, wenn die häuslichen Verhältnisse sehr belastend sind.

8.4 Kindzentrierte Angebote und begleitende Angebote für Familien

Bei den kindzentrierten Angeboten steht die Förderung der Entwicklung des Kindes im Vordergrund. Sie findet als Einzelförderung oder in Kleingruppen statt. Insbesondere in der Einzelsituation findet die Förderung in der Regel unter Einbezug eines Elternteils statt (vgl. Kapitel 6.3).

Bei Gruppenangeboten können sich Familien mit vergleichbaren Situationen begegnen, sich austauschen, auf gegenseitiges Verständnis stoßen und Alternativen zu ihrem eigenen Handlungsrepertoire erleben.

Begleitende Angebote für Familien umfassen:

- einzelfallbezogene Arbeit mit Familien (auf die spezifischen Problemlagen und Bedürfnisse der einzelnen Familie abgestimmte Beratungstätigkeit, Begleitung in den Sozialraum);
- Eltern-Kind-Gruppen (ggf. regionalisiert, themenzentriert, geschlossen oder offen);
- Elterngruppen (ggf. regionalisiert, themenzentriert, geschlossen oder offen);
- Familiengruppen (u. a. Wechselgruppe, ggf. auch Geschwistergruppen).

9. Ablauforganisation in interdisziplinären Frühförderstellen

9.1 Frühförderstellen als offene Anlaufstellen

Frühförder- und Beratungsstellen sind im Sinne der Prävention als offene Anlaufstellen konzipiert. Sowohl ratsuchende Eltern sowie andere Bezugspersonen als auch weitere Fachpersonen und Institutionen, die ein Entwicklungsrisiko bei einem Kind vermuten, können so Angebote der Information und fachlichen Beratung wahrnehmen. Zeitnah zu ihrer Kontaktaufnahme und ohne bürokratischen Verwaltungsaufwand erfolgt der Erstkontakt meist telefonisch, es können Erstberatungen in Form eines oder mehrerer persönlicher Gespräche folgen. Diese finden in der Regel spätestens vier Wochen nach dem Erstkontakt statt.

Fragen im Kontext der offenen Anlaufstelle können die kindliche Entwicklung, Förder- und Therapieangebote für Kinder allgemein betreffen; sie können sich spezifischer im Kontext einer vorgeburtlichen Diagnostik und einer vermuteten Entwicklungsauffälligkeit oder Behinderung ergeben; schließlich können Fragen aus Verhaltensbesonderheiten erwachsen, die z. B. erst mit Eintritt des Kindes in die Kindertageseinrichtung für Eltern und Erzieherinnen offenkundig werden.

Die Vielfalt und Breite möglicher Fragestellungen im Rahmen der Arbeit als offene Anlaufstelle erfordern erfahrene Personen mit weit gefächertem fachlichem Hintergrundwissen und interdisziplinär ausgerichteter Betrachtungsansatz. Das offene Beratungsangebot dient einer fachlich-inhaltlichen Vorklärung und ersten organisatorischen Entscheidungen. Erforderlich dazu sind

- das Erfassen von Personaldaten, Anliegen bzw. Vorstellungsgrund;
- das Eruiieren des Überweisungsweges bzw. der empfehlenden Stellen;
- die Klärung der grundsätzlichen Zuständigkeit der Frühförderstelle.

Das offene Beratungsangebot der Frühförder- und Frühberatungsstellen zielt auf Empfehlungen zum weiteren Vorgehen ab. In Abhängigkeit von der Komplexität des Anliegens können zur Klärung deshalb auch mehrere Gespräche notwendig sein.

Die Art und Weise, wie sich eine Frühförder- und Frühberatungsstelle bei diesen Erstkontakten im Kontext des offenen Beratungsangebots präsentiert, ent-

scheidet über ihre Bewertung und die Annahme des Angebots durch die Eltern. Im Erstkontakt bekommen Eltern einen Eindruck von Kompetenz und Professionalität der Frühförder- und Frühberatungsstelle. Ratsuchende müssen gleichsam auf den ersten Blick erkennen können, dass sie mit ihren Anliegen – jenseits aller organisatorisch-administrativen Gesichtspunkte – im Mittelpunkt stehen.

Da Eltern, die sich an eine Frühförder- und Frühberatungsstelle wenden oder an diese empfohlen werden, häufig unter hohem psychischem Stress stehen, ist es zunächst wichtig, eine entspannte und achtsame Atmosphäre zu schaffen. Geschützte Rahmenbedingungen und Klarheit hinsichtlich der Zeitstruktur, der Funktion des Gesprächspartners und der Einrichtung sowie verständliche Vereinbarungen zum Vorgehen sichern eine günstige Ausgangsbasis für den weiteren Ablauf der Zusammenarbeit mit den Eltern.

Das Ergebnis des Erstkontakts kann hinsichtlich der organisatorischen Entscheidungen unterschiedlich aussehen: Es können weitere Termine zur Klärung erforderlich sein, auf Empfehlung des Kinder- oder Facharztes kann sich eine interdisziplinäre Diagnostik anschließen, oder eine andere Stelle im psychosozialen Versorgungssystem kann zuständig sein. Der Beratungsprozess wird strukturiert dokumentiert. Im Sinne eines Fallmanagements kommt den Frühförderstellen mit diesem Angebot eine koordinierende Rolle zu.

9.2 Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik

Eine der möglichen Empfehlungen des offenen Beratungsangebots kann die Durchführung einer interdisziplinären Eingangsdiagnostik sein. Diese kann ebenfalls vom behandelnden Kinderarzt eingeleitet werden.

Die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik ist auf alle Dimensionen der kindlichen Entwicklung gerichtet und umfasst auch die Beobachtung und Beurteilung der Interaktion des Kindes mit seinen relevanten Bezugspersonen in verschiedenen Sozialisations- und Handlungsfeldern. Eingebettet in den Alltag und die Lebenswelt des Kindes, bezieht sie die Beobachtungen und Einschätzungen der Eltern und anderen relevanten Bezugspersonen mit ein und ergänzt diese durch normorientierte, standardisierte Verfahren und Methoden fachspezifischer Befunderhebung.

Diese Beobachtungen und diagnostischen Einzelbeiträge werden in eine Gesamtschau integriert, die Aufschluss darüber gibt, ob aus gemeinsamer fachlicher Sicht die Indikation zur Komplexleistung Frühförderung oder zu einer anderen fachlichen Empfehlung gegeben ist.

Interdisziplinäre Diagnostik soll in der Gesamtschau

- Entwicklungsabweichungen und Entwicklungsressourcen erkennen und spezifisch bewerten;
- eine selektive Indikation zur Komplexleistung Frühförderung stellen und diese begründen, andernfalls gezielt alternative Fördermöglichkeiten, Therapiemaßnahmen und/oder Beratungsangebote empfehlen;
- im Falle der Indikation zur Komplexleistung Frühförderung es ermöglichen, aus der Diagnose inhaltliche Ansatzpunkte für interdisziplinär ausgerichtete Förderung, Therapie und Beratung abzuleiten und diese in Form des Förder- und Behandlungsplans mit seinen spezifischen Leistungselementen in deren Art, Umfang, Häufigkeit und Dauer festzuschreiben.

Die interdisziplinäre Eingangsdagnostik dient daher fachlich-inhaltlichen sowie organisatorisch-administrativen Fragestellungen. Offene Kommunikation und ein transparenter Ablauf sollen Klarheit und Sicherheit bei den Eltern schaffen. Die Zusicherung von Vertraulichkeit, die Einhaltung der Schweigepflicht und der Bestimmungen des Datenschutzes sind dabei wesentliche Aspekte. Darüber hinaus begründet der Prozess das Arbeitsbündnis mit den Eltern oder anderen Erziehungsverantwortlichen, die ihre eigenen wie die Interessen des Kindes vertreten. Das Arbeitsbündnis bezieht sich im Sinne der Partnerschaftlichkeit und Kooperation sowohl auf konkrete Förderziele als auch auf Verantwortlichkeiten und gemeinsame Rahmenbedingungen der Arbeit. Zur fachlichen Informationssicherung erfordert der Prozess eine strukturierte Dokumentation.

9.3 Planung des Förderprozesses

Als wissenschaftlich begründeter Interventionsansatz basiert Frühförderung auf den Kriterien der Beobachtbarkeit, der Beschreibbarkeit und Erklärbarkeit. Förderprozesse werden auf der Grundlage theoriegeleiteter Annahmen über Wirkungszusammenhänge zielorientiert geplant, umgesetzt und hinsichtlich

ihrer Effekte überprüft. Die in Hessen eingeführten Instrumente dienen diesem Ziel, ebenso die Arbeitshilfe zur Konkretisierung der Umsetzung (vgl. Kapitel 2).

Der Prozess der Zielformulierung stellt einen wesentlichen Faktor der Frühförderung dar. Gemeinsam mit den Eltern werden die Förderziele erarbeitet und formuliert und so der Rahmen geschaffen, der eine Bilanzierung und Bewertung der Arbeit in vereinbarten Zeitabschnitten und gegebenenfalls die Neudefinition von Zielen ermöglicht.

Förder- und Behandlungsplan

Der Förder- und Behandlungsplan bildet die Grundlage für die strukturelle Zusammenarbeit der am Prozess beteiligten Fachdisziplinen in der Komplexleistung Frühförderung. In ihm werden Maßnahmen und Ziele der Förderung und Behandlung festgelegt oder andere Empfehlungen ausgesprochen. Der Förder- und Behandlungsplan wird von dem (Kinder-)Arzt bzw. der (Kinder-)Ärztin, der zuständigen pädagogischen Fachkraft der Frühförderstelle sowie der beteiligten therapeutischen Fachkraft (ggf. den Fachkräften) der Frühförderstelle bzw. der kooperierenden Therapiepraxis gemeinsam erstellt. Er ist gemäß § 7 Frühförderungsverordnung mindestens einmal jährlich fortzuschreiben. Der Arzt bzw. die Ärztin stellt im weiteren Verlauf über seine Verordnungen die medizinisch-therapeutische Behandlung sicher.

Die Überprüfung und Fortschreibung der Zieldefinition und der Maßnahmenauswahl und die Evaluation gelten sowohl für den Förder- und Behandlungsplan als berufsgruppenübergreifendes Planungs- und Steuerungsinstrument als auch für die berufsgruppenspezifische Planung von Förderung, Behandlung und Beratung. Die schriftliche Fixierung anhand institutionsbezogener Vorgaben ist Voraussetzung für eine wirksame Reflexion und Evaluation – fallbezogen wie fallübergreifend.

9.4 Förderprozess

Die Umsetzung des Förder- und Behandlungsplans im Förderprozess kann im Einzelfall gemäß seinem jeweiligen Bedarf sehr unterschiedlich gestaltet sein. Die Förder- und Betreuungskontakte können in der häuslichen Umgebung, in der Frühförderstelle, in der kooperierenden Therapiepraxis, in der Kindertages-

einrichtung, einzeln oder in Gruppen mit anderen Kindern, als themenzentrierte Einzelberatung oder in Elterngruppen erfolgen.

Die zeitliche Organisation muss individuell und flexibel die Arbeit mit dem Kind und seinen wichtigen Bezugspersonen, Wegzeiten, Vor- und Nachbereitung, prozessbegleitende Reflexion (intra- und interdisziplinär), interdisziplinäre Kooperation und regelmäßige Dokumentation berücksichtigen.

Regelmäßiger Austausch über den Förderprozess sowohl mit den Eltern als auch im interdisziplinären Team ist dabei ein wesentlicher Motor der inhaltlichen wie der organisatorischen Weiterentwicklung und Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplans.

9.5 Fallbezogene Evaluation

Übergeordnete Kriterien für das Gelingen von Frühförderung sind die Entwicklung des Kindes und die Lebensqualität der ganzen Familie. Diese lassen sich nur in sehr begrenztem Maße anhand normorientierter Messinstrumente (Testverfahren) abbilden und bewerten. Zum Erkennen von Veränderungen und zu ihrer Bewertung als Entwicklungsfortschritt bedarf es mehrdimensionaler Betrachtungsansätze, die sich auf das Systemgefüge Kind, Familie und ihr soziales Umfeld einschließlich der professionellen Helfer richten und deren Bewertungen einbeziehen. Sie basieren auf regelmäßiger Dokumentation und der kontinuierlichen Reflexion der praktischen Arbeit.

Ergebnisse quantitativer Diagnostik erhalten erst durch wissenschaftlich begründete qualitative und verstehende Verfahren ihre Bedeutung. Eine interdisziplinäre Ausrichtung der prozessbegleitenden und abschließenden Diagnostik begünstigt diesen Ansatz (vgl. Kapitel 11).

9.6 Beendigung von Frühförderung und Weiterleitung in andere Betreuungsformen

Frühförderung wird in der Regel so lange durchgeführt, wie ein Bedarf besteht, längstens bis zur Einschulung des Kindes. Sie wird individuell angepasst an die jeweilige Entwicklungsdynamik und die spezifischen Erfordernisse in dem Maße

zurückgenommen, wie Kind und Familie auch ohne fachliche Unterstützung zurechtkommen.

Sofern kein Bedarf mehr besteht oder wenn die Eltern dies wünschen, enden die Angebote. Besteht kein Bedarf an Frühförderung, sondern einer anderen Unterstützungs- oder Beratungsleistung, so begleitet Frühförderung den Übergang hierzu durch Beratung, Information und Vermittlung.

Beim Übergang des Kindes in die Schule gehört es zu den Aufgaben der Frühförderung, die Eltern über pädagogische, rechtliche und organisatorische Aspekte zu informieren, die bei der Einschulung des Kindes zum Tragen kommen. Die möglichst bruchlose Überleitung der vorschulischen Hilfen in das schulische System steht dabei im Vordergrund. Der Einbezug der Frühförderstelle in den Förderausschuss zur Feststellung eines Anspruchs auf sonderpädagogische Förderung an den Schulen ist hierzu hilfreich.

Die Frühförderung endet – in Absprache mit dem Sozialhilfeträger – auch dann, wenn eine ausreichende Mitwirkung der Eltern nicht gewährleistet ist oder keine Indikation zur Frühförderung mehr vorliegt.

10. Personal, Organisation und Ausstattung

Um den vielfältigen inhaltlichen Anforderungen einer bedarfsgerechten Frühförderung Rechnung tragen zu können, sind entsprechende Rahmenbedingungen erforderlich.

10.1 Personelle Ausstattung und Organisation

Personalumfang

Zur Sicherung der fachlichen Standards und einer kontinuierlichen Begleitung unter fachlichen und menschlichen Aspekten ist ein Personalumfang von mindestens drei fest angestellten Fachkräften vorzuhalten (Vollzeitäquivalente, vgl. Hessisches Sozialministerium 2013). Eine qualifizierte multidisziplinäre Besetzung aus dem pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Bereich ist, ggf. durch Kooperationsverträge und -strukturen, sicherzustellen.

Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Um im interdisziplinären Feld Frühförderung und Beratung wirksam arbeiten zu können, sind – ergänzend zur jeweiligen berufsspezifischen Grundqualifikation – besondere Schwerpunktsetzungen in Fort- und Weiterbildung für das frühe Kindesalter sowie berufsgruppenübergreifender Wissens- und Kompetenzerwerb erforderlich. Kooperationsbereitschaft und Koordinationsfähigkeit sind grundlegende Qualifikationen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Darüber hinaus müssen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen über ein hohes Maß an Flexibilität, Einfühlungsvermögen und Reflexionsfähigkeit verfügen, um auf die unterschiedlichen Familien und ihre Lebenszusammenhänge eingehen zu können.

Für den **pädagogischen Bereich** kommen Fachkräfte mit einem Diplomabschluss oder B. A. bzw. M. A. aus folgenden Bereichen in Betracht:

- Pädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Erziehungswissenschaften;
- Sonder-, Behindertenpädagogik;
- Heilpädagogik;
- Rehabilitationspädagogik

sowie vergleichbare Hochschulabschlüsse mit frühförderspezifischem Fachwissen.

Für den **medizinisch-therapeutischen Bereich** kommen folgende Berufsgruppen in Betracht:

- Physiotherapeuten und -therapeutinnen, nach Möglichkeit mit neurophysiologischer Zusatzausbildung;
- Ergotherapeuten und -therapeutinnen;
- Sprachtherapeuten und -therapeutinnen; Logopäden und Logopädinnen; Sprachheilpädagogen und -pädagoginnen.

Für den **psychologischen Bereich** kommen folgende Berufsgruppen in Betracht:

- Diplompsychologen und -psychologinnen;
- Psychologen und Psychologinnen mit B. A. bzw. M. A.

Für den **medizinisch-ärztlichen Bereich** kommen in Betracht:

- Fachärztinnen und Fachärzte insbesondere für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und andere relevante Fachrichtungen.

Fachdisziplinen, die nicht im Team einer interdisziplinären Frühförder- und Frühberatungsstelle vertreten sind, werden über Kooperationsverträge eingebunden; diese Fachkräfte nehmen regelmäßig an interdisziplinären Fallgesprächen sowie Teambesprechungen teil. Über die Ausgestaltung der Kooperationsverträge ist sowohl die fallbezogene als auch die strukturelle Interdisziplinarität sicherzustellen.

Fort- und Weiterbildung

Regelmäßige Fort- und Weiterbildung sämtlicher Mitarbeiter/-innen in der Frühförderung ist im Sinne einer qualifizierten Frühförderung unerlässlich und zu gewährleisten.

Teamarbeit

Aufgrund des komplexen Arbeitsauftrages erfordert die Sicherung der professionellen Qualität die kontinuierliche Reflexion und kollegiale Beratung im Team. Regelmäßige Teamsitzungen haben u. a. folgende Themen zum Gegenstand:

- Fallbesprechungen und individuelle Förderkonzepte;
- Aufnahmen und Beendigungen;

- Gesamtkonzept der Frühförderstelle;
- Diskussion fachlicher Fragestellungen, Abgleich von Wissen;
- Koordination der Aufgaben in der Frühförderstelle;
- Fragen der Fortbildung, Informationen über Veranstaltungen;
- Gemeinsame Konzepttage zur Überprüfung und Weiterentwicklung des Konzepts der Einrichtung finden regelmäßig statt, mindestens einmal im Jahr.

Supervision

Zur Reflexion der Inhalte, Konzepte und Formen der eigenen Arbeit wie auch der Kooperation im interdisziplinären Team und mit den darüber hinaus im Einzelfall kooperierenden sowie den von außen Hinzugezogenen ist Supervision unverzichtbar. Sie ermöglicht die qualifizierte Begleitung der betreuten Familien – und damit auch die institutionelle Qualitätssicherung und die individuelle fachliche und persönliche Weiterentwicklung.

Leitung

Die Leistungsfähigkeit von Frühförderstellen wird nicht nur durch deren Fachlichkeit und die Kompetenz einzelner Mitarbeiter/-innen bestimmt, sondern in hohem Maße auch von der Art und Struktur der Organisation der Frühförderstelle. Einer fachlich qualifizierten und entsprechend freigestellten Leitung kommt dabei eine wesentliche Rolle zu. Zu ihren Aufgaben zählen u. a.

- die Fachaufsicht;
- Planung, Steuerung und Zielüberprüfung;
- die inhaltlich-konzeptionelle Ausgestaltung, Weiterentwicklung und Sicherung des Angebots;
- die Ausgestaltung und Sicherung der organisatorischen Rahmenbedingungen und der Betriebsabläufe;
- die fachliche Unterstützung, Intervision und Fortbildung;
- die Ausgestaltung und Sicherung der Funktionsfähigkeit und Effizienz des Teams, insbesondere durch Mitarbeiterinformation und Teambesprechungen;
- Öffentlichkeitsarbeit.

Verwaltung

Es sind ausreichende Kapazitäten für die erforderlichen Verwaltungstätigkeiten vorzuhalten.

Zu ihren Aufgaben zählen u. a.:

- Abrechnungen mit den Kostenträgern;
- Controlling von Förder- und Behandlungsplänen;
- Terminkoordination;
- Telefonkontakte;
- allgemeine Büroorganisation.

Kooperationsformen

Die für eine qualifizierte Frühförderung unerlässliche interdisziplinäre Zusammenarbeit ist an stabile organisatorische Voraussetzungen geknüpft, wie z. B.:

- Interdisziplinäre Diagnostik sowie Förder- und Behandlungsplanung sollen möglichst zeitnah, in einem Zeitraum von in der Regel vier Wochen, erfolgen.
- Besprechungen der kooperierenden Fachkräfte sollen regelmäßig erfolgen.
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen und Fallabsprachen erfolgen zeitnah und bedarfsgerecht.
- Fallübergreifende interdisziplinäre Runden zu thematischen Schwerpunkten sichern die erreichten Qualitätsstandards und entwickeln sie weiter.
- Die Frühförderstelle beteiligt sich strukturiert und regelmäßig an regionalen Kooperationsgremien zum Thema „Früh“.
- Alle Kooperationsformen sind sowohl in einer interdisziplinär besetzten Frühförderstelle als auch für den Fall sicherzustellen, dass Interdisziplinarität durch Fachkräfte von außen hergestellt wird. Dabei sind die Strukturen der Zusammenarbeit vertraglich mit den Kooperationspartnern festzulegen.

10.2 Räumliche und sächliche Ausstattung

Zur Ausstattung einer Frühförder- und Frühberatungsstelle gehören

- Räume zur Beratung, Förderung und Diagnostik;
- Dienstfahrzeuge (gegebenenfalls auch dienstlich genutzte Privatfahrzeuge);
- ausreichendes Fördermaterial;
- diagnostisches Instrumentarium;
- Fachliteratur;
- Literatur für Eltern;
- Informationsmaterial;
- Dokumentationsmedien;
- Büroräume für die Verwaltung und für die Fachkräfte;

- eine Büroausstattung mit solchen elektronischen Hilfsmitteln, die die aufsuchenden und einbestellenden Formen von Frühförderung wirksam erleichtern.

Die räumliche und sächliche Ausstattung muss effektives und effizientes Arbeiten ermöglichen.

10.3 Leistungselemente einer einzelfallbezogenen Förder- und Behandlungseinheit

Eine Fördereinheit im Rahmen der Komplexleistung der interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle enthält folgende Leistungselemente:

- kindorientierte Maßnahmen;
- Begleitung und Beratung von Eltern bzw. anderen Erziehungsverantwortlichen;
- interdisziplinäre Zusammenarbeit intern, Teambesprechungen;
- interdisziplinäre Zusammenarbeit extern, Kooperation und Vernetzung;
- Vor- und Nachbereitung der Frühförder- und Beratungseinheiten, Dokumentation;
- Fortbildung und Supervision;
- Fahrzeiten;
- Leitungs- und Verwaltungsanteile;
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung.

Die pädagogisch-psychologischen und die sozialarbeiterischen Leistungselemente werden durch alle Fachkräfte einer interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle erbracht. Enthält das kindorientierte Angebot medizinisch-therapeutische Anteile, werden sie durch Fachkräfte der entsprechenden Berufsgruppen oder in Kooperation mit ihnen erbracht.

11. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

11.1 Einrichtungsbezogene Maßnahmen

Interdisziplinäre Frühförder- und Frühberatungsstellen haben nach § 20 SGB IX Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung vorzunehmen.

Diese dienen dem übergeordneten Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität der betreuten Menschen im Sinne verstärkter Teilhabe und einer Unterstützung von autonomer Lebenspraxis. Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zielen daher unter anderem darauf ab,

- Transparenz hinsichtlich der Leistungen und der dafür erforderlichen Arbeitsprozesse einer Frühförder- und Frühberatungsstelle zu gewährleisten;
- die organisatorische und fachlich-inhaltliche Weiterentwicklung der Institution zu sichern;
- eine am fachpraktischen und fachwissenschaftlichen Fortschritt orientierte Professionalisierung der Fachkräfte zu gewährleisten;
- Zufriedenheit und Vertrauen bei gegenwärtigen und künftigen Nutzern und Nutzerinnen, deren gesetzlichen Vertretern und Vertreterinnen und Angehörigen zu erlangen und zu erhalten.

Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung können sich beziehen auf

- die Ebene der Führung und Personalentwicklung (hierzu gehören u. a. Personalentwicklung und Qualifizierung, Mitarbeitergespräche, Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen, Konzepte für die Einarbeitung neuer Fachkräfte, Fort- und Weiterbildung, Supervision, Intervision und Organisationsberatung);
- die Ebene der Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der fallbezogenen Hilfe;
- die Ebene der Beschreibung und Evaluation der strukturellen Rahmenbedingungen zur Leistungserbringung.

11.2 Einrichtungsübergreifende Maßnahmen

Einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung finden auf verschiedenen Ebenen statt und können sich beziehen auf:

- die Evaluation und Weiterentwicklung von Strukturen und Funktionsweisen des Gesamtsystems oder einzelner seiner Komponenten (vgl. HSM/VIFF-Hessen 2010 und 2011, HMSI 2014);
- die Evaluation und Weiterentwicklung spezifischer fachlicher Arbeitsprinzipien der Frühförderung (z. B. Familienorientierung);
- die Evaluation und Weiterentwicklung spezifischer frühförderrelevanter Handlungskonzepte und Programme;
- die Evaluation und Weiterentwicklung spezifischer Methoden und Formen kindorientierter Förder- und Therapieansätze.

Auf der Ebene der Aus-, Weiter- und Fortbildung finden Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung z. B. statt

- durch qualifizierte berufsbegleitende Weiterbildungsgänge für alle in der Frühförderung tätigen Berufsgruppen, in Orientierung am Curriculum der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (VIFF);
- durch (auch berufsbegleitende) frühförderspezifische Studiengänge insbesondere im Sinne eines Aufbaustudiums für alle in der Frühförderung tätigen Berufsgruppen;
- durch Einrichtung von Masterstudiengängen, die auf der Grundlage eines breit angelegten Grundstudiums frühförderspezifische Themen und Qualifikationen fokussieren;
- durch frühförderrelevante Fortbildungsangebote verschiedener Fortbildungsanbieter und insbesondere der Arbeitsstellen Frühförderung.

Auf der Ebene der Verbindung von Theorie und Praxis z. B.

- durch gemeinsame Projekte von Frühförderstellen und weiteren Trägern einerseits und Hochschulen und Ausbildungsstätten andererseits;
- durch eine stärkere inhaltliche und organisatorische Verzahnung von Aus- und Weiterbildung mit der Frühförderpraxis selbst.

11.3 Methoden der Evaluation

Evaluationen im Bereich sozialer Dienstleistungen sind vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gegenstandsbereiche und komplexer Wirkungszusammenhänge schwierig und verlangen sowohl einen Methodenpluralismus als auch eine mehrdimensionale systemische Sichtweise. Dies gilt insbesondere für empirische Wirksamkeitsnachweise pädagogisch-therapeutischen Handelns. Um komplexe biopsychosoziale Wirkungszusammenhänge stimmig abbilden und evaluieren zu können, ist ein Fach- und Methodenpluralismus notwendig, der von verschiedenen Methoden der Einzelfallforschung über nutzerorientierte Erhebungen (u. a. Elternbefragungen) bis zu Vergleichsuntersuchungen randomisierter Gruppen reicht.

Die fachlich-inhaltliche Orientierung an Theorien komplexer adaptiver Systeme (vgl. Kapitel 4.1) hat auch Bedeutung für das Verständnis von evidenzbasierter Praxis, Leitlinien und Clinical Reasoning: Diese können verstanden werden als notwendige und sinnvolle Orientierungshilfen, die durch fachlich begründete Reduktion von Komplexität die professionelle Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit sichern. Für die Anwender muss dabei aber zugleich gelten, dass sie sich angesichts der Komplexität menschlicher Entwicklung des hypothetischen und vereinfachenden Charakters dieser Orientierungshilfen bewusst sind. Im Dienste des Hilfe- und/oder Forschungsauftrages gilt es für Forschende und Fachkräfte darüber hinaus, offen und neugierig zu bleiben für das, was sie noch nicht wissen bzw. aus anderen Perspektiven und Kontexten neu erkennen können (Oerter et al. 1999, von Lüpke 2012).

11.4 Arbeitsstelle Frühförderung Hessen

Das Land Hessen hat 1992 die Arbeitsstelle Frühförderung Hessen eingerichtet, die sich seit 2005 in Trägerschaft der Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen befindet. Die Arbeitsstelle dient als Ansprechpartner für alle an Frühförderung beteiligten Fachdisziplinen, Institutionen und Familien.

Das vorrangige Ziel der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen ist die vorausschauende Gestaltung und Weiterentwicklung des hessischen Systems interdisziplinärer Frühförderung in enger Kooperation mit allen Beteiligten. Hierzu konzipiert sie Fachtage, Fort- und Weiterbildungsangebote, die berufs-

übergreifend Fachkräfte aus dem Bereich Frühförderung in ihrem interdisziplinären Arbeitsfeld weiterqualifizieren. Vor dem Hintergrund sozial- und gesundheitspolitischer Veränderungen sowie fachlicher Entwicklungen bietet die Arbeitsstelle Frühförderung Hessen eine Plattform zur Interessenvertretung und Vernetzung.

Eine Aufgabe der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen ist die Evaluation der Praxis interdisziplinärer Frühförderung in Kooperation mit wissenschaftlichen Institutionen und Universitäten. Auf der Basis des Austauschs zwischen Wissenschaft und Praxis können Modelle und Standards für fachliche und organisatorische Routinen entwickelt werden.

Die Arbeitsstelle Frühförderung Hessen vertritt den interdisziplinären Ansatz der hessischen Frühförderung in der Öffentlichkeit und pflegt länderübergreifende Kontakte und internationale Verbindungen, um Zugang zu weiterreichenden Entwicklungen für die hessische Frühförderung zu ermöglichen. Das Hessische Sozialministerium unterstützt die Arbeit der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen durch eine jährliche Zuwendung in Form von Projektförderung.

12. Finanzierung

Für die Eltern von Kindern mit Behinderungen oder drohenden Behinderungen stellt Frühförderung eine kostenfreie Leistung dar, die niedragschwellig und ohne aufwändige Verwaltungsmaßnahmen in Anspruch genommen werden kann. Diese Niedragschwelligkeit wird seitens der Kostenträger wie folgt gesichert:

Zuständig für die Übernahme der entstehenden Kosten sind die örtlichen Träger der Sozialhilfe (Kreise und kreisfreie Städte) und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das SGB IX definiert Frühförderung als eine Komplexleistung, dessen Finanzierung die gemeinsame Aufgabe sowohl der örtlichen Sozialhilfeträger als auch der gesetzlichen Krankenkassen ist. Seit Juli 2003 ist eine Rechtsverordnung zur Früherkennung und Frühförderung (FrühV) in Kraft. Die konkreten Regelungen zur Finanzierung und deren Verfahren werden auf Länderebene geregelt. In Hessen ist seit Januar 2006 eine Landesrahmenvereinbarung in Kraft, in der die Kostenträger eine pauschale Aufteilung der Kosten nicht geltend machen, d.h. die Vergütung erfolgt nach Maßgabe der jeweiligen leistungsrechtlichen Grundlagen (§ 7 SGB IX) (vgl. Hessische Vereinbarung zur Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung 2006).

Die Kosten der medizinisch-therapeutischen Leistungen (Krankengymnastik, Logopädie und Ergotherapie) tragen die gesetzlichen Krankenkassen. Für die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

Für die (heil-)pädagogischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Leistungen sind die örtlichen Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem SGB XII sachlich zuständig. Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind, gewährt die Sozialhilfe unabhängig vom Einkommen und Vermögen der Eltern (§§ 53ff SGB XII). Für die örtlichen Sozialhilfeträger gelten die abgeschlossenen Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarungen nach §§ 75, Abs. 3, 76 sowie § 77 SGB XII.

Daneben gewähren sowohl das Land Hessen als auch der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV Hessen) als nicht originäre Rehabilitationsträger ergänzende freiwillige Zuwendungen, um das bewährte hessische System der Früherkennung und Frühförderung nachdrücklich zu stabilisieren. Diese ergänzenden Zuwendungen werden für die allgemeine Frühförderung auf der Grundlage der "Rahmenvereinbarung über die Kommunalisierung sozialer Hilfen in Hessen" an die Landkreise und kreisfreien Städte in Hessen bewilligt, damit soziale Hilfen, wie die Frühförderung, in dem Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt gefördert werden.

Die inhaltliche Zweckbindung (die interdisziplinäre Zusammenarbeit der am Entwicklungsprozess des Kindes beteiligten Fachprofessionen) für die ergänzenden Zuwendungen des Landes Hessen sowie des LWV Hessen wird in der o.g. Rahmenvereinbarung, den Zielvereinbarungen zwischen dem Land Hessen und dem LWV Hessen mit allen hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten, in den jeweiligen Zuwendungsverträgen zwischen den Gebietskörperschaften und den Leistungserbringern der Frühförderung sowie vor allem in den gemeinsamen "Qualitätsmerkmalen Frühförderung" vom 07.12.2005 beschrieben:

"Der Mitteleinsatz zielt dabei auf die Förderung der interdisziplinären und regionalen Zusammenarbeit sowie auf die Vernetzung ab, insbesondere für

- die Bereitstellung des Angebots u.a. als offene Anlaufstelle,
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit der am Entwicklungsprozess des Kindes und der Familie beteiligten Berufsgruppen,
- den Ausbau von regionalen und überregionalen Netzwerken und
- die Begleitung von Kindern beim Übergang in Kinderbetreuungseinrichtungen." (Präambel, Absatz 3).

Ergänzend hierzu wird in Ziffer 3.1.1, S. 3, formuliert: "In Abgrenzung zu den Kostenträgern der medizinischen und heilpädagogischen Rehabilitation, die nach den §§ 30 und 56 SGB IX und §§ 5 und 6 der FrühV unter anderem die Leistungen einschließlich der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans finanzieren, finanzieren das Land Hessen und der Landeswohlfahrtsverband Hessen insbesondere die interdisziplinären Leistungen, die erforderlich sind, um den Förder- und Behandlungsplan fortzuschreiben und um damit die weitergehende Abstimmung der Maßnahmen zwischen Ärzten, Therapeuten, Heil-

pädagogen und sonstigen am Prozess Beteiligten, auch nach der Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans, zu sichern."

Für die gleichen Zwecke werden ergänzende Zuwendungen für die spezielle Frühförderung anteilig vom Land Hessen und dem LWV Hessen auf der Grundlage der Qualitätsmerkmale Frühförderung - Teil II und der "Fachlichen Handlungsanweisungen" vom 15.02.1995 aufgebracht. Sie werden den Frühförderstellen durch den LWV Hessen, nach einem zwischen allen Beteiligten abgestimmten Berechnungsverfahren, als Budget zugewiesen.

Nachwort

Das interdisziplinäre System Frühförderung ist im Vergleich zu den etablierten Einrichtungen und Maßnahmen für Menschen mit Behinderung ein "Neuankömmling" in der Sozialhilfe. Die Wissenschaften "entdeckten" die frühe Kindheit in den Jahren 1960 bis 1970, kinderärztlicherseits wurden erste Konzepte für überregional arbeitende Sozialpädiatrische Zentren entwickelt, das Vorsorgeuntersuchungsprogramm für Säuglinge und Kleinkinder trat Mitte 1971 in Kraft. Die Empfehlung des Deutschen Bildungsrats "Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder" (1974) mit ihrem analog zum kinderärztlichen Vorschlag ausgearbeiteten Konzept der "Zentren zur pädagogischen Frühförderung" bewirkte während der Folgejahre ein Netz von Standorten für Frühberatungs- und Frühförderstellen. Bereits die Studentagung "Frühe Hilfen – wirksamste Hilfen" der Bundesvereinigung Lebenshilfe im Mai 1974 ging das Thema unter interdisziplinärem Blickwinkel an.

1978 wurden erstmalig Richtlinien zur Frühförderung seitens des Hessischen Sozialministeriums erlassen. Damit machte das Land deutlich, dass es die Bedeutung dieses neuen Systems mit seinem präventiven Charakter erkannte und dass Frühförderung in Hessen ab diesem Zeitpunkt mit Unterstützung des Landes rechnen konnte.

Die 1987 erlassenen "Vorläufigen Richtlinien für die Früherkennung behinderter und von Behinderung bedrohter sowie entwicklungsgefährdeter bzw. entwicklungsverzögerter Kinder" konkretisierten, wie das Land Hessen sich an den Kosten der sogenannten Grauzonenbereiche des interdisziplinären Frühfördersystems beteiligen wollte. Dieser Prozess wurde von einer "Projektgruppe Frühförderung" wissenschaftlich begleitet.

Am 15. Februar 1995 erließ das damalige Hessische Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit "Fachliche Handlungsanweisungen für die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter sowie entwicklungsgefährdeter oder entwicklungsverzögerter Kinder".

Um das Konzept des interdisziplinären Systems Frühförderung in Hessen weiter auf dem aktuellen fachpraktischen und fachwissenschaftlichen Erkenntnisstand zu halten, beauftragte das Hessische Sozialministerium im Jahre 2001 die

Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der Frühförderstellen in Hessen e. V. mit der inhaltlichen Fortschreibung der Rahmenbedingungen der hessischen Frühförderung. Sie fand ihren Niederschlag 2003 in der ersten Rahmen-konzeption, mit dem Ziel, "hilfreiche Anstöße und Impulse für die Weiterentwicklung der (hessischen) Frühförderstellen" zu geben (vgl. Vorwort Rahmenkonzeption 2003). Parallel dazu existierte eine Rahmenkonzeption der sinnesspezifischen Frühförderung.

Im seit 1. Juli 2001 in Kraft befindlichen Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX) haben "interdisziplinäre Frühförderstellen" und die "Komplexleistung Frühförderung" zum ersten Mal eine Legaldefinition in einem Bundesgesetz erfahren. Eine ausführende "Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung, FrühV)" erlangte am 1. Juli 2003 Rechtskraft mit der Empfehlung, "Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren ... durch Landesrahmenempfehlungen" zu regeln.

Damit machte sich Hessen weiter auf den Weg. Auf der Grundlage der Frühförderungsverordnung sowie der "Vereinbarung zur Umsetzung der FrühV" in Hessen zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und den Verbänden der Krankenkassen in Hessen dürfen ausschließlich interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) sowie Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) die Komplexleistung Frühförderung erbringen.

Um das bewährte hessische System zu erhalten, einen Ausbau in gleichwertiger Qualität zu gewährleisten und den betroffenen Familien weiterhin ein wohnortnahes und flächendeckendes Angebot bereitstellen zu können, wurden zwischen dem Land Hessen sowie den Verbänden der Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden in Hessen dafür folgende Instrumente und Verfahren abgestimmt, die seit dem 1. Januar 2008 für die Frühförderung in Hessen verbindlich sind:

- Kooperationsvertrag;
- Förder- und Behandlungsplan;
- Formblatt: Abgabe medizinisch-therapeutischer Leistungen im Rahmen der Frühförderung in externen Einrichtungen, die nicht zur Frühförderstelle gehören.

Auf dieser Basis arbeitet Frühförderung in Hessen nach wie vor flexibel und ermöglicht individuelle Hilfen für Kinder mit Behinderung, von Behinderung bedrohte Kinder und Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten und ihre Familien. Dabei setzt sie auf das interdisziplinäre Handeln der am Prozess Beteiligten.

Nachdem der hessische Weg gut in der Frühförder-Landschaft verankert ist, ist es elf Jahre nach der ersten Rahmenkonzeption Zeit für eine Aktualisierung. Neben den Veränderungen innerhalb des Systems der Frühförderung gibt es zahlreiche weitere Themen, die die Weiterentwicklung der Inhalte beeinflussen und einer Einbindung bedürfen. Zu nennen sind hier:

- ausgehend von dem Kinderschutz die Entwicklung des Bereichs der Frühen Hilfen;
- die Weiterentwicklung der frühkindlichen Bildung und insbesondere
- die Auseinandersetzung mit dem neuen Leitbild der Inklusion, an das die Angebote der Frühförderung nahtlos anschließen.

Diese Weiterentwicklungen zeigen sich auch beim Auftragnehmer, denn seit 2003 ist die LAG Frühe Hilfen in Hessen e. V. eine Trägervertretung sowohl der Frühförderstellen als auch der integrativ arbeitenden Kindertagesstätten in Hessen.

Stolz sind wir darauf, dass es nun mit der Ihnen vorliegenden Aktualisierung gelungen ist, die Frühförderlandschaft in einer gemeinsamen Rahmenkonzeption sowohl für die allgemeinen als auch die spezifischen Frühförderstellen zu beschreiben.

Schlussendlich gilt es Dank zu sagen: Zunächst an das Land Hessen für seine seit vielen Jahren so hilfreiche Unterstützung der hessischen Frühförderstellen durch das Hessische Sozialministerium und in enger Verbindung mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen in dessen Eigenschaft als überörtlicher Sozialhilfeträger.

Persönlich danke ich den beiden Verantwortlichen im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, deren fachliche Unterstützung für uns sehr wichtig war und ist: Herrn Winfried Kron, der die hessische Umsetzung maßgeblich geformt hat und die Aktualisierung der Rahmenkonzeption auf den Weg brachte,

und Frau Dr. Marie-Luise Marx, die diesen Weg weiter begleitet, unterstützt und sichert.

Unseren herzlichen Dank möchten wir vom Vorstand der LAG insbesondere den Mitgliedern der Arbeitsgruppe aussprechen, Frau Eva Klein, der Leiterin der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen, und Herrn Thomas Conrad, Offenbach, sowie den weiteren Teilnehmenden der Arbeitsgruppe. Sie haben diesen Text in intensiven Arbeitssitzungen und im Ringen um die gemeinsame Sache im Auftrag der LAG erstellt.

Martina Ertel

Vorsitzende

Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen Hessen e. V.

Juli 2014

ANHANG

Anmerkungen zu Kapitel 4

Anmerkung 1

Eine umfassendere und vertiefende Ausführung zu den Leitkonzepten sowie eine Bezugnahme auf Frühförderung findet sich als Ergänzung zur Rahmenkonzeption in Heft 3 der Schriftenreihe "Beiträge zur Professionalisierung" der LAG Frühe Hilfen.

Anmerkung 2

Siehe hierzu auch: Thyen 2009, Ford/Lerner 1992, Thelen/Smith 1998. Zur kritischen Vertiefung vgl. auch Oerter et al. 1999, von Kardoff 2011, Pauls 2013.

Anmerkung 3

Beispielhafte Übersicht zum Konzept der Entwicklungsaufgaben

Übersicht 1

Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit und adaptive Entwicklungsaufgaben der Eltern (Giese 2010)

- Beziehungsaufbau zum Kind
- Physiologische Anpassung im Wochenbett
- Vertrauen in die eigenen intuitiven Kompetenzen im Umgang mit dem Kind
- Übergänge zur Elternschaft: Identität in der Rolle als Mutter bzw. Vater
- Übergänge von der Zweier- zur Dreierbeziehung
- Reorganisation der Paarbeziehung
- Wiederbelebung und Reflexion eigener Bindungs- und Beziehungserfahrungen
- Balance eigener Bedürfnisse und der Bedürfnisse des Kindes

Beispiel-Übersicht zum Konzept der Meilensteine

Übersicht 2

Wichtige Bereiche der frühkindlichen Entwicklung (nach Pauen et al. 2012)

- **Grobmotorik** (Kopf-, Rumpf-, Beinkontrolle, Fortbewegung, Balance, Hüpfen, Werfen, Fangen)
- **Feinmotorik** (Hand-Körper-Koordination, Objekte greifen und halten, Gegenstände manipulieren, Essen und Trinken, Zeichnen, An- und Ausziehen)

- **Wahrnehmung** (Sehen, Hören, Erinnern)
- **Denken** (Darstellen und Symbolisieren, räumliches Ordnen, Planen)
- **Sprache** (Laute, Silben, Worte, Sätze verstehen und sprechen)
- **Soziale Beziehungen** (Nähe und Distanz regulieren, vorsprachliche Kommunikation, gemeinsame Bezüge herstellen, fremde und vertraute Personen unterscheiden, Kooperation im Alltag, gemeinsam spielen)
- **Selbstregulation** (Gefühle, Impulse, Schlaf, Ausscheidungen)
- **Gefühle** (einfache und komplexe Gefühle zeigen, über Gefühle reden)

Übersicht 3

Beispiele für Meilensteine im Bereich sozialer Beziehungen (nach Pauen et al. 2012)

- **Dialogmuster beachten:** Das Kind verhält sich ruhig bzw. hört zu, während sein Gegenüber etwas tut bzw. spricht. Es wird selbst erst dann aktiv, wenn sein Gegenüber eine Pause macht. Es beendet seine Aktivität, um zu sehen, wie der andere reagiert. Dieser Wechsel findet mindestens dreimal hintereinander statt.
- **Geteilte Aufmerksamkeit:** Das Kind kann sich zusammen mit einer anderen Person auf einen entfernt liegenden Gegenstand beziehen. Es wechselt mit seinem Blick mehrmals schnell zwischen dem Gesicht seines Kommunikationspartners und dem Objekt hin und her.

Beispiele aus dem Konzept der Grenzsteine der Entwicklung (Michaelis et al. 2013)

12. Monat (Kindervorsorgeuntersuchung U6)

Ja Nein

Entwicklung der Körpermotorik

- | | | |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | 1. Freies Sitzen mit geradem Rücken und sicherer Gleichgewichtskontrolle ohne Abstützen mit den Händen |
| ___ | ___ | 2. Mit Festhalten (Wand, Möbeln) gelingen Stehen und einige Schritttchen |

Entwicklung der Hand-Finger-Motorik

- | | | |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | 3. Gezieltes Greifen kleiner Gegenstände mit unvollständigem Pinzettengriff (mit gebeugtem Daumen und Zeigefinger, noch nicht mit den Fingerspitzen) |
| ___ | ___ | 4. Gezieltes Greifen mit den Fingern der rechten und der linken Hand |

Sprach- und Sprechentwicklung

- | | | |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | 5. Deutlich artikulierte Silbenverdoppelung wie ga-ga, ba-ba, da-da und Ähnliches |
| ___ | ___ | 6. „Mama“ und/oder „Papa“ werden korrekt und gezielt angewendet |

Kognitive Entwicklung

- — 7. Ein Spielzeug oder Objekt, vor den Augen des Kindes mit einem Tuch bedeckt, wird vom Kind durch Wegziehen des Tuches wiedergefunden
- — 8. Ahmt kleine Gesten und Mimik nach (z. B. Winke-winke)

Soziale Kompetenz

- — 9. Kind beginnt selbst einen Kontakt mit (Bindungs-)Personen, führt ihn fort oder beendet ihn
- — 10. Zeigt mit Zeigefinger oder durch Blickhinwendung auf Spielzeug, Personen, Tiere, um mit Bindungsperson Interesse zu teilen

Anmerkung 4

- Sterns Beiträge zur Entwicklung des Selbst und zur affektiven Regulation (Stern 1992, 1993; zur Einführung: Dornes 1993, Ludwig-Körner 2012)
- Fonagys Beiträge zu Affektregulierung, Mentalisierung und Entwicklung des Selbst (Fonagy et al. 2002, Fonagy 2005; zur Einführung: Dornes 2004, 2006; zur Bedeutung des Mentalisierungskonzeptes für die Heilpädagogik: Gerspach 2007, 2011)
- Beiträge von Beebe und Lachmann insbesondere im Hinblick auf dynamische Prozesse der Selbst- und Beziehungsregulation sowie entwicklungs-förderliche Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozesse im frühen Dialog (Beebe et al. 2001, 2002, 2004)
- Winnicotts Beiträge zur Entwicklung des Selbst und das Konzept des "wahren und falschen Selbst" (Winnicott 1971, 1974; zur Einführung: Ludwig-Körner 2012)
- Das Dialogmodell von Milani Comparetti und seine Ausarbeitungen durch von Lüpke (Milani Comparetti 1986, von Lüpke 1986, 1994, 1997, 2010, 2012)
- Neurobiologisch orientierte Beiträge zur Bedeutung (früher) affektiver Prozesse (Green 2005, Hüther 1999, Schore 2003)

Anmerkung 5

- Neuere Modelle der Informationsverarbeitung und des Gedächtnisses sowie das Embodiment-Konzept (zur Einführung: Leuzinger-Bohleber 2009, Leuzinger-Bohleber et al. 2014, Storch et al. 2011)

Anmerkung 6

- Die Beiträge von Bowlby und Ainsworth (Bowlby 1969, 1973, Ainsworth et al. 1978)

- Beiträge zur Bindungstheorie, ihren Weiterentwicklungen und Anwendungen: (Ahnert 2008, Brisch et al. 2002, Brisch/ Hellbrügge 2009, Dornes 2000, Grossmann/ Grossmann 2011, Hedervari-Heller 2011, Ziegenhain et al. 2006)
- Weiterentwicklung der Bindungstheorie vor allem durch Patricia McKinsey Crittenden und "Das dynamische Reifungsmodell der Bindung und Anpassung" (zur Einführung: Stokowy/Sahhar 2012)

Anmerkung 7

- Mahlers Beitrag zu Autonomisierung und Individuation (Mahler et al. 1984; zur Einführung: Dornes 1997, Ludwig-Körner 2012)
- Beiträge zur emotionalen Verhaltensregulation des späten Säuglings- und Kleinkindalters (Papoušek et al. 2004, Giese 2010)
- Berücksichtigung entwicklungstheoretischer Beiträge des Kleinkind- und Kindergartenalters unter dem Gesichtspunkt von Autonomisierung und Individuation, auch Berücksichtigung von Peerbeziehungen (zur Einführung: Erikson 2005, Oevermann 2004, zu Peerbeziehungen: Ahnert 2003, Simoni 2004, 2008)

Anmerkung 8

- Piagets grundlegender Beitrag zur kognitiven Entwicklung und zum Ansatz eines genetischen Strukturalismus (Piaget 1969, 1973, 1975; zur Einführung: Montada 1998, Dornes 1993, 2007)

Anmerkung 9

- Winnicotts Beiträge zu Spiel und Kreativität, insbesondere die Konzepte "Übergangsobjekt" und "Übergangsphänomene" (Winnicott 1971)
- Die Beiträge von Piaget (Piaget 1969, 1975)
- Übersichtsbeiträge: Flitner 2002, Largo 2008, Oerter 2011, Papoušek/von Gontard 2003)
- Mentalisierungstheoretische Beiträge (Fonagy et al. 2002)
- Neurobiologische Beiträge (Hüther 2004, 2008)

Anmerkung 10

- Systemische Beiträge (Fivaz-Depeursinge/Corboz-Warney 1999)
- Psychoanalytisch orientierte Beiträge (Damasch et al. 2008, von Klitzing 2002)
- Sozialisationstheoretische Beiträge (Allert 1998, Hildenbrand 2002, Oevermann 2004; zur Einführung: Dornes 2006)

Anmerkung 11

- Entwicklungspsychologische und bindungstheoretische Perspektive (Borke/Keller 2012, Keller 2011)
- Psychoanalytisch orientierte Perspektive (Büttner 2008, Schaich 2012)

Anmerkung 12

Anforderungen an die Eltern von Kindern mit Behinderung und von chronisch kranken Kindern (nach Sarimski 2001)

Anforderungen auf der emotionalen Ebene:

- Akzeptieren der Behinderung, der Entwicklungsprobleme und der damit einhergehenden persönlichen Einschränkungen
- Verarbeiten von Zukunftsängsten, Unsicherheit und Trauer

Anforderungen auf der kognitiven Ebene:

- Erwerb von Wissen über Fördermöglichkeiten, institutionelle Hilfen und Unterstützungsangebote
- Beachten von günstigen Interaktionsformen
- Entscheidung über diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- Entwicklung einer realistischen Zukunftsperspektive für das Kind

Inhalte einer Leistungsbeschreibung für interdisziplinäre Frühförderstellen

In der Rahmenkonzeption Frühförderung Hessen sind die Inhalte beschrieben, die auch der Leistungsbeschreibung einer jeden Frühförderung zugrunde liegen. Im Folgenden sind die Themenbereiche mit den jeweiligen Kapiteln versehen aufgelistet.

Personenkreis

→ *vgl. Kapitel 1 + 3*

Ziel der interdisziplinären Frühförderung

→ *vgl. Kapitel 1*

Aufgaben und Leistungen interdisziplinärer Frühförderstellen

Offene Anlaufstelle → *vgl. Kapitel 8.1 + 9.1*

Früherkennung und interdisziplinäre Diagnostik → *vgl. Kapitel 6.1 + 9.2*

Interdisziplinäre Förderplanung → *vgl. 6.2 + 9.3*

Inhalt und Form kindorientierter Frühförderung → *vgl. Kapitel 6.3 + 7.*

Fachliche Beratung und Begleitung der Eltern bzw. Erziehungsverantwortlichen → *vgl. Kapitel 6.3 + 6.4*

Interdisziplinäre Zusammenarbeit → *vgl. Kapitel 5.4 + 6.5*

Zusammenarbeit mit Kindertagesstätten → *vgl. Kapitel 6.6*

Heilpädagogische Fachberatung in Kindertageseinrichtungen → *vgl. Kapitel 6.6*

Regionale und überregionale Netzwerke → *vgl. Kap. 5.5, 6.7, 6.8*

Personal, Organisation und Ausstattung

Personelle Ausstattung und Organisation → *vgl. Kapitel 10.1*

Räumliche und sächliche Ausstattung → *vgl. Kapitel 10.2*

Leistungselemente einer einzelfallbezogenen Förder- und Behandlungseinheit → *vgl. Kapitel 10.3*

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

→ *vgl. Kapitel 11*

Glossar

Ambulante und mobile Arbeitsweise

In Umsetzung des familien- und lebensweltorientierten Arbeitsansatzes bieten Frühförder- und Frühberatungsstellen in Hessen in der Regel sowohl mobile (aufsuchende) als auch ambulante (einbestellende) Leistungen an: Als aufsuchendes Angebot finden die Förderung des Kindes wie auch Beratung und Anleitung der Eltern in Absprache mit diesen im häuslichen Umfeld der Familie oder in der Lebenswelt des Kindes, z. B. in der Kindertagesstätte, statt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit ambulanter Angebote in den Räumlichkeiten der Frühfördereinrichtung.

Weiteres in Kapitel 8.2 und 8.3. Siehe auch das Thema Familien- und Lebensweltorientierung (Kapitel 5.3).

Arbeitsbündnis

Damit ist eine Form der professionellen Gestaltung von Beziehungen zu Eltern bzw. Erziehungsverantwortlichen gemeint. Das Arbeitsbündnis geht von dem von Otto Speck und Andreas Warnke 1983 beschriebenen Kooperationsmodell in der Frühförderung aus. Der Begriff versucht, das partnerschaftliche Verhältnis zwischen Fachperson und Eltern auf der Ebene der praktischen Umsetzung zu beschreiben (Standortbestimmung und Selbstdefinition von Fachperson und Eltern als erster Schritt bei der Errichtung eines Arbeitsbündnisses, gefolgt von der Festlegung von Zielen, Aufgaben, Kompetenzen und Ressourcen, dem Eingehen des Arbeitsbündnisses und der Evaluation). Arbeitsbündnisse werden dabei als ein "klares Aushandeln von Aufgaben" verstanden. Im Arbeitsbündnis wird von Fachpersonen- und Elternseite festgelegt, ob Frühförderung stattfinden soll, in welchem Rahmen, mit welchen Zielsetzungen und welcher Aufgabenverteilung.

Weiteres in Kapitel 6.4. Siehe auch das Thema Beratung und Begleitung der Eltern bzw. der Erziehungsverantwortlichen (Kapitel 6.4).

Arbeitsprinzipien der Frühförderung

Sie leiten sich ab aus den Leitkonzepten.

Weiteres in Kapitel 4.1 und 5. Siehe auch die Themen Individualität und Autonomie (Kapitel 5.1), Ganzheitlichkeit (Kapitel 5.2), Familien- und Lebensweltorientierung (Kapitel 5.3), Interdisziplinarität (Kapitel 5.4), Vernetzung und Koordination (Kapitel 5.5), Niedrigschwelligkeit (Kapitel 5.6) sowie interkulturelle Öffnung und kultursensibles Arbeiten (Kapitel 5.7).

Arzt/Ärztin

Dem Arzt bzw. der Ärztin kommt im Rahmen der interdisziplinären Diagnostik eine zentrale Rolle zu. Spezifische ärztliche Aufgaben sind die medizinische, auf die Entwicklung des Kindes ausgerichtete Eingangs- und Begleitdiagnostik und

in der Sorge um seine Gesundheit die entsprechende Beratung und Begleitung der Familie. Der Arzt, die Ärztin erarbeitet mit den therapeutischen Fachkräften Indikation und Schwerpunkte ihrer Therapie und sichert die Behandlung durch entsprechende Verordnungen. In der interdisziplinären Kooperation vertritt er/sie die medizinischen Belange in der Förder- und Behandlungsplanung.

Weiteres in den Kapiteln 6.1, 6.2, 6.5, 9.2 und 9.3.

Behinderung bzw. drohende Behinderung

Die *sozialrechtliche Fassung* des Behinderungsbegriffs ergibt sich aus § 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX): "Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist."

Der sozialrechtliche Behinderungsbegriff muss in seiner fachlichen und inhaltlichen Bedeutung für die Frühförderpraxis übersetzt und konkretisiert werden. Diese orientiert sich an der biopsychosozialen Betrachtung von Krankheit, Gesundheit und Behinderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Weiteres in Kapitel 3. Siehe auch das Thema biopsychosoziales Modell (in Kapitel 4.1).

Beratung und Begleitung der Eltern bzw. der Erziehungsverantwortlichen

Die Beratung und Begleitung der Eltern bzw. der Erziehungsverantwortlichen leitet sich aus dem kindbezogenen Mandat der Frühförderung ab. Sie erfolgt in der Haltung partnerschaftlicher und vertrauensvoller Zusammenarbeit auf der Grundlage eines Arbeitsbündnisses.

In der Frühförderung wurde ein breites und differenziertes Spektrum der Zusammenarbeit mit den Eltern entwickelt. Gemeinsames Merkmal all dieser aufeinander abgestimmten Beratungsansätze ist die Wahrnehmung der Entwicklungsbedürfnisse des Kindes und die Unterstützung eines entwicklungsförderlichen Umgangs mit ihm.

Weiteres in Kapitel 6.4.

Biopsychosoziales Modell

Das biopsychosoziale Modell versteht Entwicklung – und damit auch Gesundheit, Krankheit und Behinderung – als Ergebnis einer wechselseitigen Verflechtung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren und Mechanismen. Das biopsychosoziale Modell versucht der Komplexität menschlicher Entwicklung und der Einheit menschlichen Erlebens gerecht zu werden und bedingt insbesondere im Bereich früher Entwicklung einen interdisziplinären Forschungs- und Handlungsansatz.

Weiteres in Kapitel 4.1.

Diagnostik, interdisziplinäre Diagnostik, interdisziplinäre Eingangsdiagnostik

Allgemein bezeichnet Diagnostik die Beurteilung und Feststellung eines gesundheitlichen, geistig-seelischen, psychischen oder sozialen Zustands, insbesondere die Erkennung und Feststellung einer Krankheit oder Behinderung.

In der Frühförderung ist Diagnostik grundsätzlich als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik angelegt. Interdisziplinäre Diagnostik versucht, die diagnostischen Beiträge der einzelnen Fachdisziplinen sowie interne und externe Vorbefunde mit den Beobachtungen der Eltern und ggf. anderer Erziehungspersonen in eine gemeinsame Einschätzung im Sinne einer systemischen "interdisziplinären Gesamtschau" zu integrieren.

Interdisziplinäre Eingangsdiagnostik sowie der interdisziplinär abgestimmte Förder- und Behandlungsplan dienen daher sowohl der Klärung fachlich-inhaltlicher als auch organisatorisch-administrativer Fragestellungen.

Weiteres in den Kapiteln 5.4, 6.1, 6.5 und 9.2.

Eltern-Kind-Gruppen

Eltern-Kind-Gruppen sind Gruppenangebote für Eltern und ihre Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Kinder. Sie werden von Fachkräften der Frühförderung geleitet. Das Angebot der Eltern-Kind-Gruppe kann sowohl die einzelne kindorientierte Förderung als auch die Beratung und Begleitung der Eltern unterstützen und ergänzen. Eltern-Kind-Gruppen sind immer dann angezeigt, wenn sich bestimmte Ziele der Förderung, Beratung und Begleitung am besten oder grundsätzlich erst im Gruppenzusammenhang verwirklichen lassen (z. B. als Vorbereitung auf den Übergang in die Kindertagesstätte). Im Sinne des Selbsthilfgedankens sind sie zudem ein wirksames Mittel.

Weiteres in Kapitel 8.4.

Entwicklung, transaktionales Entwicklungsmodell

Im Einklang mit den neueren neurobiologischen Erkenntnissen, insbesondere zur Entwicklung des Gehirns, betont das transaktionale Entwicklungsmodell die aktive Rolle des Individuums in (eigentätiger) Interaktion mit den Gegebenheiten seiner Umwelt als Entwicklungsmotor über die gesamte Zeitspanne der Kindheit: Entwicklung verläuft dabei nicht als kontinuierlicher Prozess. Selbst- und Neuorganisationsprozesse in Phasen vorübergehender Instabilität und scheinbaren Stillstands brechen bisherige Funktionsmuster auf und lassen neue entstehen, die sich entweder als Brüche in einer scheinbar kontinuierlichen Entwicklung oder als plötzliche Entwicklungssprünge zeigen können.

Weiteres in Kapitel 4.1.

Ergotherapie

Die besonderen Aufgaben der Ergotherapie im interdisziplinären Denk- und Handlungsansatz der Frühförderung bestehen darin, möglichst optimale materiale und räumliche Voraussetzungen für sensomotorische, emotionale und soziale Erfahrungen zu schaffen, die für die Entwicklung der Handlungskompetenz eines Kindes förderlich sind. Auf dieser Basis werden die dem Kind in seiner Umwelt entsprechenden Möglichkeiten zur Bewältigung des Alltags analysiert und unterstützt.

Weiteres in Kapitel 6.3.

Evaluation, fallbezogene Evaluation

Evaluation bezeichnet allgemein die Beurteilung und Bewertung eines Geschehens und seines Ertrags. Übergeordnete Kriterien für die Bewertung des Gelingens von Frühförderung sind die Entwicklung des Kindes und die Lebensqualität der ganzen Familie.

Weiteres in den Kapiteln 9.5 und 11.3.

Förder- und Behandlungsplan

Auf der Grundlage einer interdisziplinären Eingangsdiagnostik legt ein Förder- und Behandlungsplan die verschiedenen Leistungselemente der Komplexleistung Frühförderung in Art, Umfang, Häufigkeit und Dauer fest. Er wird bedarfsgerecht festgelegt, überprüft und ggf. fortgeschrieben. Der Förder- und Behandlungsplan stellt ein berufsgruppenübergreifendes Planungs- und Steuerungsinstrument dar, das sowohl bei fachlich-inhaltlichen als auch bei organisatorisch-administrativen Fragestellungen effektives und effizientes Handeln ermöglicht.

Weiteres in den Kapiteln 6.2, und 9.3, zur interdisziplinären Eingangsdiagnostik in Kapitel 9.2 und zur Komplexleistung Frühförderung in Kapitel 2.

Früherkennung

Sie dient der rechtzeitigen Erkennung von Gefährdungen der kindlichen Entwicklung, seien es Verzögerungen, drohende oder manifeste Behinderungen. Ein zentrales Instrumentarium der Früherkennung sind die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gem. § 26 SGB V und § 36 BSHG (U1 bis U9). Die Frühförder- und Frühberatungsstellen sind als offene Anlaufstellen mit einem allen ratsuchenden Eltern und Fachleuten zugänglichen Beratungsangebot ein weiteres zentrales Element der Früherkennung. Schließlich sind auch Kindertageseinrichtungen ein wichtiges Feld der Früherkennung. Dort können Störungen und Beeinträchtigungen erkannt werden, die erst in dieser Altersstufe, nur in der Gruppensituation oder nur bei längerfristiger, d. h. einer über die ersten Lebensjahre hinausgehenden Beobachtung sichtbar werden.

Weiteres in den Kapiteln 6.1, 6.6, 8.1 und 9.1. Siehe auch das Thema Frühförderung (Kapitel 1).

Frühförderung, interdisziplinäre Frühförder- und Frühberatungsstellen

Die interdisziplinären Frühförder- und Frühberatungsstellen sind wesentlicher Teil des Gesamtsystems flächendeckender Früherkennung und der Grundversorgung für Kinder im frühen Alter, die eine Behinderung haben oder von Behinderung bedroht sind, sowie deren Familien.

Im interdisziplinären System der Frühförderung arbeiten neben den allgemeinen interdisziplinären Frühförder- und Frühberatungsstellen, den sinnesspezifischen interdisziplinären Frühförderstellen und den Autismus-Therapieinstituten insbesondere überregionale Sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte, niedergelassene medizinische Therapiepraxen, andere Fachärztinnen und -ärzte, kinderneurologische und kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, Spezialambulanzen, Erziehungsberatungsstellen, integrative bzw. inklusive Kindertageseinrichtungen und vorschulische Einrichtungen mit.

Frühförderangebote sind Leistungen, die seitens der Eltern auf einer freiwilligen Inanspruchnahme beruhen. Das Ziel von Frühfördermaßnahmen ist es, die Hilfen bei Behinderungen und anderen Entwicklungsgefährdungen anzubieten, die am ehesten dazu beitragen, dass Kinder sich möglichst gut entwickeln, ihre Kompetenzen entfalten und sich in ihrer Lebenswelt zurechtfinden und integrieren können.

Weiteres in Kapitel 1.

Gruppenangebote für Eltern, Familien und Geschwister

Sie ergänzen die auf die spezifischen Problemlagen und Bedarfe der einzelnen Familie abgestimmte je besondere fachliche Beratung und Begleitung und erfolgen in der Regel unter der Leitung von Fachkräften der Frühförderung, können sich aber nach anfänglicher Fachbegleitung auch eigenständig organisieren. Sie dienen vor allem dem Kontakt zu Gleichbetroffenen sowie der Unterstützung und Stärkung ihrer Sozialkompetenz und Selbsthilfepotentiale. Elterngruppen wirken oftmals über die Dauer der eigentlichen Frühfördermaßnahme hinaus als Selbsthilfegruppe weiter.

Weiteres in Kapitel 8.4.

Heilpädagogische Fachberatung für Kindertageseinrichtungen

Die Heilpädagogische Fachberatung der Frühförderstellen ist, nach Einverständnis und in Kooperation mit den Eltern, insbesondere Ansprechpartner für die Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen. Sie bietet ein spezifisches, vorrangig kindzentriertes Beratungs- und Begleitungsangebot für Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen, die eine Entwicklungsverzögerung oder -auffälligkeit zeigen, von Behinderung bedroht sind oder eine Behinderung haben.

Weiteres in Kapitel 6.6.

Inklusion

Der Begriff der Inklusion erweitert, insbesondere im Bereich der Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen, den Begriff der Integration und basiert auf der Anerkennung von Vielfalt. Der Idee der Inklusion liegt die Auseinandersetzung darüber zugrunde, wie Unterschiedlichkeit sozial und gesellschaftlich konstruiert wird. Inklusion kann als ein Weg verstanden werden, der den fortschreitenden Abbau von Barrieren auf allen Ebenen fordert.

Weiteres in Kapitel 4.2.

Interdisziplinarität, interdisziplinärer Arbeitsansatz

Interdisziplinarität bezeichnet fallbezogene sowie fallübergreifende geregelte Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen, mit dem Ziel, der Komplexität einer beeinträchtigten kindlichen Entwicklung und den daraus resultierenden Beratungs-, Förder- und Behandlungsbedarfen angemessen Rechnung tragen zu können. Dieser Arbeitsansatz bedarf strukturierter organisatorischer Rahmenbedingungen, vor allem die zeitnahe Verfügbarkeit entsprechender Fachkräfte in einem gesicherten und geregelten gemeinsamen Arbeitszusammenhang.

Weiteres in den Kapiteln 5.4, 6.5 und 9.2.

Kindorientierte Frühförderung

Der vorrangige Auftrag der Frühförderung besteht in der kindbezogenen Arbeit der medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Fachkräfte als professionellem Beitrag zum Entwicklungsprozess von Kindern, die einen "Lebensstart unter kritischen Bedingungen" (Speck, 1985) haben. Grundlage ist ein regelmäßig zu überprüfendes Arbeitsbündnis mit den Eltern bzw. Erziehungsverantwortlichen.

Grundlage und Wirkmechanismus jeglicher professionellen Intervention in der Frühförderung ist eine tragfähige Beziehung zum Kind. Je nach Alter und vorrangigem Förderziel kann sich die professionelle Einflussnahme auf das Kind direkt oder über die Eltern vermittelt gestalten. Letzteres gilt insbesondere für Säuglinge; hier bedeutet eine förderliche Arbeit vor allem Stärkung der elterlichen Kompetenzen als eines entwicklungsförderlichen Gesamtkontextes.

Kindorientierte Förderung findet als Einzelförderung, in der Regel in Anwesenheit eines Elternteils, oder in Kleingruppen statt. Sie achtet im Sinne der Kontinuität auf eine überschaubare, möglichst geringe Anzahl von Bezugspersonen im direkten Kontakt mit Kind und Familie.

Weiteres in Kapitel 6.3. Siehe auch die Themen Individualität und Autonomie (Kapitel 5.1) und Ganzheitlichkeit (Kapitel 5.2).

Komplexleistung

"Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung" und „interdisziplinäre Frühförderstellen" sind Begriffe des Sozialgesetzbuchs, Neuntes Buch (SGB IX,

§ 30 Abs. 1 und § 56 Abs. 2, 2001). Der Begriff der Komplexleistung wird nicht näher definiert. Aus Gesetzesbegründung, Gesamtgesetzestext und Gesetzessystematik wird aber deutlich, dass der Begriff Komplexleistung die Notwendigkeit der Vernetzung und Zusammenführung von Einzelleistungen der einzelnen Sozialleistungsträger meint, welche dem Leistungsberechtigten systemorientiert und interdisziplinär abgestimmt anzubieten sind. Auf der Grundlage von offener Beratung, interdisziplinärer Diagnostik und abgestimmtem Förderkonzept werden so die notwendigen Leistungen für das Kind und die Familie im Rahmen der Frühförderung bereitgestellt.

Bei der Komplexleistung Frühförderung sind "für einen prognostisch festgelegten Zeitraum sowohl medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogische Leistungen notwendig, die durch eine interdisziplinäre Frühförderstelle oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum erbracht werden, um ein übergreifend formuliertes Therapie- und Förderziel (Teilhabeziel) zu erreichen. Der Umfang des Bedarfs eines einzelnen Kindes an medizinisch-therapeutischen bzw. an heilpädagogischen Leistungen spielt dabei keine Rolle. Maßnahmen können gleichzeitig oder nacheinander in unterschiedlicher, ggf. auch wechselnder Intensität erfolgen." (gemeinsames Rundschreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Gesundheit vom 24. 6. 2009)

Die integrale Zusammenführung der Leistungen sowie deren fortlaufende, fachlich und organisatorisch interdisziplinär abgestimmte Koordination ist eine über die Summe der Einzelleistungen hinausgehende Leistungsqualität. Dabei ergeben sich besondere Anforderungen an die Leistungserbringer.

Weiteres in Kapitel 2.

Leitkonzepte der Frühförderung

Leitkonzepte der Frühförderung umfassen eine Reihe fachlich-inhaltlicher Grundorientierungen, Ansätze, Konzepte und Modelle. Sie dienen als Begründungs- und Beurteilungsrahmen für die fachlichen Arbeitsprinzipien und Unterstützungsangebote der Frühförderung.

Weiteres in Kapitel 4.1.

Offene Anlaufstelle

Frühförder- und Frühberatungsstellen sind als offene Anlaufstellen so konzipiert, dass ratsuchende Eltern und Fachkräfte, die ein Entwicklungsrisiko bei einem Kind vermuten, bald nach der ersten Kontaktaufnahme ohne großen Verwaltungsaufwand Angebote der Information und der fachlichen Beratung in Anspruch nehmen können. Als offene Anlaufstellen nehmen Frühförder- und Frühberatungsstellen damit wichtige Aufgaben auch der Früherkennung wahr. Bezogen auf mögliche Förder- und Unterstützungsmaßnahmen innerhalb oder außerhalb der Frühförderung dient das offene Beratungsangebot sowohl einer fachlich-inhaltlichen Vorklärung als auch einer ersten fachlich-organisatorischen Entscheidung.

Weiteres in den Kapiteln 6.1, 8.1 und 9.1.

Pädagogik, Heilpädagogik

Die besonderen Aufgaben der Pädagogik im Rahmen des interdisziplinären Denk- und Handlungsansatzes der Frühförderung bestehen darin, die Entwicklung des beeinträchtigten und entwicklungsgefährdeten Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anzuregen sowie seine Erziehung in der Familie zu unterstützen und deren Bedingungen zu verbessern. Die Arbeit des Pädagogen bzw. der Pädagogin berührt und beeinflusst in hohem Maße den Bereich der Familie. Diese Aufgaben lassen sich nur in der Zusammenarbeit mit der Familie verwirklichen.

Weiteres in Kapitel 6.3.

Physiotherapie

Die besonderen Aufgaben der Physiotherapie in der interdisziplinären Frühförderung bestehen in der frühen Förderung der motorischen Entwicklung des beeinträchtigten und entwicklungsgefährdeten Kindes und in der Hilfe für das Kind und die Familie, die Motorik des Kindes im Alltag zu erleichtern, zu nutzen und zu entfalten. Dabei ist es wesentlich, die motorische Eigenaktivität des Kindes als Zentrum seiner Handlungsfähigkeit und seiner Persönlichkeitsentwicklung zu erkennen, anzuregen und zu fördern.

Weiteres in Kapitel 6.3.

Psychologie

Im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung unterstützt die Psychologie vor allem auch bei der diagnostischen und konzeptionellen Zusammenführung von Beiträgen der verschiedenen Fachkräfte und bei der begleitenden und abschließenden Evaluation von Frühfördermaßnahmen. Außerdem ist es Aufgabe der psychologischen Fachkräfte, in speziellen Problemstellungen und Krisen von sowohl Kind als auch Familie praktische Hilfestellung zu leisten.

Weiteres in Kapitel 6.3.

Resilienz

Unter individueller Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen. Resilienz kann sich auch auf die Familie beziehen im Sinne einer spezifischen Systemqualität von Familie. Resilienz ist der Weg, den eine Familie geht, wenn sie Stress bewältigt und daran wächst, sowohl gegenwärtig wie langfristig. Resiliente Familien reagieren positiv auf diese Belastungen und Herausforderungen, und sie tun dies auf individuelle Weise, abhängig vom Kontext, von der Ebene der Entwicklung, der spezifischen Kombination von Risiken und protektiven Faktoren und den Zukunftsvorstellungen, die die Familienmitglieder miteinander teilen.

Weiteres in Kapitel 4.1.

Salutogenetisches Modell und Kohärenzgefühl

Das salutogenetische Modell geht von der Frage aus, warum bei gleichermaßen wirksamen schädlichen Einflüssen bestimmte Menschen gesund bleiben und andere nicht. Zentrales Konstrukt im salutogenetischen Modell ist das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) mit den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des Lebens. Das Kohärenzgefühl ist eine übergeordnete Orientierung, ein hohes Kohärenzgefühl aktiviert vorhandene Ressourcen und verhindert langfristig Stress erzeugende Situationen. Das Konstrukt des Kohärenzgefühls kann auch auf Gruppen wie z. B. Familien übertragen werden. Das Familienkohärenz-Gefühl (FSOC) stellt eine globale Ressource auf der Ebene familiärer Überzeugungsmuster dar; es kann mit dem FSOC-Fragebogen untersucht werden.

Weiteres in Kapitel 4.1.

Sozialpädiatrische Zentren, SPZ

Ein wesentlicher Teil der Aufgaben Sozialpädiatrischer Zentren (SPZ) bezieht sich auf Früherkennung und Frühbehandlung. Sie sind fachübergreifend arbeitende überregionale Einrichtungen, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Der Zugang erfolgt durch ärztliche Überweisung. Das Konzept umfasst Krankheitsfrüherkennung und -behandlung sowie Rehabilitation und Integration und ist bei starker interdisziplinärer Vernetzung unter einem Dach im Schwerpunkt medizinisch ausgerichtet.

Die Behandlung durch Sozialpädiatrische Zentren ist gemäß der Frühförderungsverordnung auf diejenigen Kinder ausgerichtet, die wegen der Art, der Schwere oder der Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und Frühförderstellen eng zusammenarbeiten (§ 119 Abs. 2 SGB V).

Weiteres in Kapitel 6.5.

Sprachtherapie

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatischen neurophysiologischen Grundlagen und dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Neben der erforderlichen ärztlichen Eingangsdiagnostik zur Bedarfsfeststellung einer Sprachtherapie erstellt die therapeutische Fachkraft einen Befund als Basis für die sprachtherapeutische Arbeit.

Im Rahmen des interdisziplinären Denk- und Handlungsansatzes der Frühförderung bestehen besondere Aufgaben der Sprachtherapie in der

Unterstützung und Förderung von Kommunikationsbereitschaft und Kommunikationskompetenzen des Kindes sowie seiner Ausdrucksmöglichkeiten. Dabei ist es wesentlich, das Interesse des Kindes an Kommunikation zu wecken, es zur vielfältigen Kommunikation zu ermutigen und dafür Sorge zu tragen, dass ihm hierzu in seiner Lebenswelt Gelegenheiten bereitstehen.

Weiteres in Kapitel 6.3.

Supervision

Sie ist Fach- und Praxisberatung sozialer Einrichtungen und deren Fachkräfte durch externe Supervisoren (meist besonders erfahrene und spezifisch qualifizierte Fachkräfte). Supervision ist ein verbindlich geregeltes Lehr- und Lernverfahren, das durch Erfahrungslernen die Fachlichkeit und die Persönlichkeit der zu supervisierenden Fachkräfte sowie die Fähigkeit von Arbeitsgruppen zu effizienter Zusammenarbeit überprüft und weiterentwickelt.

Weiteres in Kapitel 11.1.

Vernetzung und Kooperation

Zur Berücksichtigung und Verwirklichung ihrer Leitkonzepte müssen Frühförder- und Frühberatungsstellen kooperierend und koordinierend in das umgebende psychosoziale Gesamtsystem horizontal und vertikal eingebettet sein. Vernetzung und Kooperation müssen sowohl fallbezogen als auch fallübergreifend erfolgen.

Weiteres in den Kapiteln 5.5 und 6.7, zu den Leitkonzepten in Kapitel 4.1.

Literaturverzeichnis

Ahnert, L. (2003): Die Bedeutung von Peers für die frühe Sozialentwicklung. In: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Bern, Göttingen

Ahnert, L. (Hg.) (2008): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München

Ainsworth, M.D.S.; Blehar, N.C.; Waters, E.; Wall, S. (1978): Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.

Allert, T. (1998): Die Familie. Fallstudien zu einer unverwüstlichen Lebensform. Berlin, New York

Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A.; Broda, M.: Psychosomatische Gesundheit. Tübingen

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen

Arbeitsstelle Frühförderung Bayern (2010): Tests, Screenings und Inventare. Arbeitspapier. München. URL: http://www.fruehfoerderung-bayern.de/fileadmin/files/Tests_Screenings/Tests_Screenings_Inventare_2010.pdf (abgerufen am 1. 5. 2014)

Beebe, B.; Jaffe, J.; Lachmann, F.; Feldstein, S.; Crown, C.; Jasnow, M. (2002): Koordination von Sprachrhythmus und Bindung. In: Brisch, K.H.; Grossmann, K.E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart, 47–87

Beebe, B.; Lachmann, F. et al. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Stuttgart

Beebe, B.; Jaffe, J. et al. (2001): Rhythms of Dialogue in Infancy. In: Monographs of the Society for Research in Child Development, 265 (66)

Borke, J.; Keller, H. (2012): Kultursensitive Beratung. In: Cierpka, M. (Hg.): Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Heidelberg

Bowlby, J. (1969): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München

Bowlby, J. (1976): Trennung: psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind. München

Bowlby, J. (1983): Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt am Main

Brisch, K.H.; Grossmann, K.E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart

Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2009): Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Stuttgart

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (2014): Konzeptionelle Aussagen zur Weiterentwicklung der interdisziplinären Frühförderstellen. Ein Positionspapier der Bundes-

vereinigung Lebenshilfe e. V. URL: <http://www.lebenshilfe.de/de/themen-recht/-artikel/Konzeptionspapier-Fruhforderung.php?listLink=1> (abgerufen am 8. 9. 2014)

Büttner, Ch. (2008): Differenzen aushalten lernen. Grundsätzliches und Kasuistisches zur Entwicklung von interkultureller Sensibilität. In: Datler, W.; Finger-Trescher, U.; Gstach, J.; Steinhardt, K. (Hg.): Annäherungen an das Fremde. Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 16. Gießen 72–103

Cierpka, M. (Hg.) (2012): Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Heidelberg

Damasch, F.; Katzenbach, D.; Ruth, J. (Hg.) (2008): Triangulierung. Lernen, Denken und Handeln aus psychoanalytischer und pädagogischer Sicht. Frankfurt am Main

Dannenbeck, C.; Dorrance, C. (2009): Inklusion als Perspektive (sozial-) pädagogischen Handelns – eine Kritik der Entpolitisierung des Inklusionsgedankens. In: Zeitschrift für Inklusion 2/2009. URL: <http://www.inklusion-online.net>

Datler, W. (2004): Die Abhängigkeit des behinderten Säuglings von stimulierender Feinfühligkeit. Einige Anmerkungen über Frühförderung, Beziehungserleben und "sekundäre Behinderung". In: Ahrbeck, B.; Rauh, B. (Hg.): Behinderung zwischen Autonomie und Angewiesensein. Stuttgart, 45–69

Deutsche Liga für das Kind (Hg.) (2014): Sexualpädagogik. Zeitschrift Frühe Kindheit, Heft 3/2014

Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling: Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt am Main

Dornes, M. (1997): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Jahre. Frankfurt am Main

Dornes, M. (2000): Die emotionale Welt des Kindes: Bindungstheorie und Psychoanalyse. Frankfurt am Main

Dornes, M. (2004): Mentalisierung, psychische Realität und die Genese des Handlungs- und Affektverständnisses in der frühen Kindheit. In: Rode-Dachser, C.; Wellendorf, F. (Hg.): Inszenierungen des Unmöglichen. Stuttgart

Dornes, M. (2006): Die Seele des Kindes. Frankfurt am Main

Dornes, M. (2012): Die Modernisierung der Seele: Kind – Familie – Gesellschaft. Frankfurt am Main

Erikson, E.H. (2005): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart (14. Auflage)

Fachverbände für Menschen mit Behinderung und die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (2012): Gemeinsame Erklärung zur interkulturellen Öffnung und zur kultursensiblen Arbeit für und mit Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund. Berlin. URL: <http://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2012-01-23-InterkulturelleOeffnung.pdf> (abgerufen am 30. 4. 2014)

Fivaz-Depeursinge, E.; Corboz-Warney, A. (1999): Das primäre Dreieck. Vater, Mutter und Kind aus entwicklungstheoretisch-systemischer Sicht. Heidelberg

Fivaz-Depeursinge, E. (2009): Trianguläre Kommunikation von Babys in "Zwei-für-einen" versus "Zwei-gegen-einen"-Dreiecken. *Familiendynamik* 34 (2), 136–145
Flitner, A. (2002): Spielen – Lernen. Praxis und Deutung des Kinderspiels. Weinheim, Basel

Fonagy, P.: Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In: Petermann, F.; Niebank, K.; Scheithauer, H. (Hg.) (2000): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. *Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 241–254

Fonagy, P. (2005): Der Interpersonale Interpretationsmechanismus (IIM). Die Verbindung von Genetik und Bindungstheorie in der Entwicklung. In: Green, V. (Hg.): *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften*. Frankfurt am Main

Fonagy, P. et al. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart

Fonagy, P.; Target, M. (2002): Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des "falschen Selbst". *Psyche – Z Psychoanal* 56 (Sonderheft September/Oktober), 839–862

Ford, D.H.; Lerner, R.M. (1992): *Developmental Systems Theory: An integrative approach*. Newbury Park

Gerspach, M. (2007): Vom szenischen Verstehen zum Mentalisieren. Notwendige Ergänzungen fürs pädagogische Handeln. In: Eggert-Schmid Noerr, A.; Finger-Trescher, U.; Pforr, U. (Hg.): *Frühe Beziehungserfahrungen. Die Bedeutung der primären Bezugspersonen für die kindliche Entwicklung*. Gießen, 261–307

Gerspach, M. (2011): Zur Beschädigung der elterlichen Mentalisierungsfunktion. In: Eggert-Schmid Noerr, A.; Heilmann, J.; Krebs, H. (Hg.) (2011): *Elternarbeit*. Gießen, 107–127

Giese, R. (2010): Sensitive Phasen im Kontext der frühen sozioemotionalen Entwicklung. In: Noterdaeme, M.; Enders, A. (Hg.) (2010): *Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein integratives Lehrbuch für die Praxis*. Stuttgart, 85–101
Green, V. (Hg.) (2005): *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften*. Frankfurt am Main

Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2011): *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart (3. Auflage)

Hedervari-Heller, E. (2011): *Emotionen und Bindung bei Kleinkindern. Entwicklung verstehen und Störungen behandeln*. Weinheim

Herberg, K.-P.; Jantsch, H.; Sammler, C. (1992): Projektgruppe Frühförderung in Hessen: Wissenschaftliche Praxisbegleitung. Abschlußbericht. Kassel (als Manuskript vervielfältigt)

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (Hg.) (2014): Inklusion! Geht das von allein? Die Heilpädagogische Fachberatung für Kindertageseinrichtungen der Frühförderstellen – ein unterstützendes Angebot zur Weiterentwicklung der Inklusion aller Kinder in das Regelsystem. Abschlussbericht des Evaluationsprojektes

Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit/ Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (1995): Fachliche Handlungsanweisungen für die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter sowie entwicklungsgefährdeter und entwicklungsverzögerter Kinder. Wiesbaden

Hessisches Sozialministerium (2013): Komplexleistung Frühförderung nach § 30 SGB IX. Arbeitshilfe zur Umsetzung. Hausdruck. Wiesbaden. URL: https://hsm.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/komplexleistung_arbeitshilfe.pdf (abgerufen am 30. 4. 2014)

Hessisches Sozialministerium (2013): Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Hessen, vertreten durch den Hessischen Sozialminister, und dem Hessischen Landkreistag, dem Hessischen Städtetag, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen über die Kommunalisierung sozialer Hilfen in Hessen. Veröffentlicht in: Hessisches Ministerium des Innern und für Sport (Hg.) (2013): Staatsanzeiger für das Land Hessen Nr. 38. S. 1176ff

Hessisches Sozialministerium (Hg.) (2012): Hessischer Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Rüsselsheim. URL: http://www.brk.hessen.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaabybi (abgerufen am 1. 5. 2014)

Hessisches Sozialministerium/ Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (Hg.) (2001): Ansichten über Frühförderung: Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg

Hessisches Sozialministerium/ Hessisches Kultusministerium (2007): Bildung von Anfang an. Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Hessen. Wiesbaden (6. Auflage 2014). URL: https://hsm.hessen.de/sites/default/files/HSM/2012-08-00_bildungs-und-erziehungsplan.pdf (abgerufen am 30. 4. 2014)

Hessisches Sozialministerium/ Landeswohlfahrtsverband Hessen (2005): Qualitätsmerkmale als Grundlage für die Bereitstellung von Haushaltsmitteln des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und des Landes Hessen für - die allgemeine Frühförderung nach der "Rahmenvereinbarung über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen" vom 14.12.2004 sowie - die spezielle Frühförderung zur Konkretisierung der "Fachlichen Handlungsanweisungen" vom 15.02.1995. Unveröffentlicht

Hessisches Sozialministerium/Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (2010): Viele Systeme – eine Leistung. Interdisziplinär erbrachte Komplexleistung Frühförderung in Hessen. Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze. Zwischenbericht.

Hessisches Sozialministerium/Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (2011): Viele Systeme – eine Leistung. Umsetzungsschwierigkeiten und Lösungsansätze. Abschlussbericht zur Evaluation der interdisziplinär erbrachten Komplexleistung Frühförderung in Hessen. Frankfurt am Main. URL: https://hsm.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/abschlussbericht_zur_evaluation_der_fruehfoerderung_in_hessen.pdf (abgerufen am 30. 4. 2014)

Hildenbrand, B. (2002): Der abwesende Vater als strukturelle Herausforderung in der familialen Sozialisation. In: Walter, H. (Hg.): Männer als Väter. Sozialwissenschaftliche Theorie und Empirie. Gießen, 743–782

Hintermair, M. (2010): Salutogenetische und Empowerment-Konzepte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen. In: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hg.): Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. München, 155–194. URL: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Expertisenband_Kap_1_4_Hinter_AK_LK_P.pdf (abgerufen am 21. 6. 2014)

Hüther, G. (1999): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen

Hüther, G. (2004): Woher kommt die Lust am Lernen. Neurobiologische Grundlagen intrinsisch und extrinsisch motivierter Lernprozesse. In: Damasch, F.; Katzenbach, D. (Hg.): Lernen und Lernstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Frankfurt am Main

Hüther, G. (2008): Kinder brauchen Vertrauen. Erfolgreiches Lernen durch starke Beziehungen. Düsseldorf (2. Auflage)

Kardoff, E. von (2011): Was heißt "Evidenz" in der gesundheits- und rehabilitationswissenschaftlichen Forschung? In: Altner, G.; Dederich, M.; Grüber, K.; Hohlfeld, R. (Hg.): Grenzen des Erklärens. Plädoyer für verschiedene Zugangswege zum Erkennen. Stuttgart

Keller, H. (2011): Kinderalltag. Kulturen der Kindheit und ihre Bedeutung für Bindung, Bildung und Erziehung. Heidelberg

Klein, G.; Kreie, G.; Kron, M.; Reiser, H. (1987): Integrative Prozesse in Kindergartengruppen. Über die gemeinsame Erziehung von behinderten und nichtbehinderten Kindern. Weinheim

Klitzing, K. von (2002): Frühe Entwicklung im Längsschnitt: Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes. In: Psyche 56, 863–887

Kraus de Camargo, O.; Hollenweger, J. (2011): ICF-CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Bern

Kraus de Camargo, O.; Simon, O. (2013): Die ICF-CY in der Praxis. Bern

Kron, M. (2008): Integration als Einigung. Integrative Prozesse und ihre Gefährdungen auf Gruppenebene. In: Kreuzer, M, / Yetterhus, B. (Hg.): Dabeisein ist nicht alles: Inklusion und Zusammenleben im Kindergarten. München

Kron, M. (2010): Ausgangspunkt Heterogenität. Weg und Ziel: Inklusion? Reflexionen zur Situation im Elementarbereich. In: Zeitschrift für Inklusion 3/2010. URL: <http://www.inklusion-online.net>

Kron, W.; Albers, S.; Ertel, M.; Klein, E.; Katzenbach, D.; Neuhäuser, G. (2009): Deklaration zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) in Hessen. In: Frühförderung interdisziplinär 1/2009. München, 42–43

LAG Frühe Hilfen Hessen e. V. (2012) (Hg.): Was Kinder im Rahmen einer inklusiven Tagesbetreuung benötigen. Eine Handreichung zu Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten für Fachkräfte von Kindertageseinrichtungen und Frühförderstellen. Schriften zur Professionalisierung Ausgabe 2

LAG Frühe Hilfen Hessen e. V. (Hg.) (2009): Das Angebot der Heilpädagogischen Fachberatung der Frühförderstellen für Kindereinrichtungen in Hessen. Schriften zur Professionalisierung Ausgabe 1

Landeswohlfahrtsverband Hessen (2002): Früherkennung von Kindern mit Sinneschädigungen. Eine Information der Frühförderstellen für sehgeschädigte und hörgeschädigte Kinder.

Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hg.) (2007): Rahmenkonzeption. Pädagogische Frühförderung für Kinder mit Hörschädigung, Blindheit oder Sehbehinderung in Hessen.

Largo, R.H. (2008): Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht. München

Leuzinger-Bohleber, M. (2009): Frühe Kindheit als Schicksal? Trauma, Embodiment, Soziale Desintegration. Psychoanalytische Perspektiven. Stuttgart

Leuzinger-Bohleber, M.; Emde, R.N.; Pfeifer, R. (Hg.) (2014): Embodiment – ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse. Göttingen

Ludwig-Körner, C. (2012): Psychoanalytische Entwicklungstheorien. In: Cierpka, M. (Hg.): Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Heidelberg, 81–101

Lüpke, H. von (1986): Die vielfältigen Dimensionen des Dialogs. In: Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit – Konzept einer am Kind orientierten Gesundheitsförderung von Prof. Milani Comparetti (1985; 2., erweiterte Auflage der Dokumentation 1986) S. 65–71. URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/luepke-milani_dimensionen.html (abgerufen am 8. 9. 2014)

Lüpke, H. von (1994): Das Spiel mit der Identität als lebenslanger Entwicklungsprozeß. In: Lüpke, H. von; Voß, R. (Hg.): Entwicklung im Netzwerk. Systemisches Denken und professionsübergreifendes Handeln in der Entwicklungsförderung. Pfaffenweiler, 82–93

Lüpke, H. von (1997): Das Leben beginnt mit Kommunikation – zur Kontinuität menschlicher Entwicklung. In: Wege zum Menschen 49 (5), 272–281, 1997. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/luepke-kommunikation.html> (abgerufen am 29. 5. 2014)

Lüpke, H. von (2004): Alte und neue Bilder vom Säugling. Grundlagen für eine neue Entwicklungspsychologie. In: Theorie und Praxis der Sozialpädagogik 9/10, 2004, 6–11. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/luepke-saeugling.html> (abgerufen am 29. 5. 2014)

Lüpke, H. von (2006): Der Dialog in Bewegung und der entgleiste Dialog. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Brandl, Y.; Hüther, G. (Hg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006, 169–188. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/luepke-dialog.html> (abgerufen am 23. 6. 2014)

Lüpke, H. von (2010): Mehr als Nachbarschaften: Eine gemeinsame Basis für Beziehungsmedizin und Naturwissenschaften. In gekürzter Version erschienen in: Baumann, M.; Schmitz, C.; Zieger, A. (Hg.): Rehapädagogik, Rehamedizin, Mensch. Baltmannsweiler 2010, 84–94. <http://bidok.uibk.ac.at/library/luepke-beziehungsmedizin.html>

Lüpke, H. von (2012): Affektspiegelung als Modell für die interaktive Affektregulierung – Konsequenzen für Entwicklungspsychologie und Psychotherapie. In: Sulz, S.K.D.; Milch, W. (Hg.): Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien. Oberhaching

Lüpke, H. von (2013): Wir sind Erinnerung – Erinnerung ist Zukunft. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/luepke-erinnerungen.html> (abgerufen am 26. 6. 2014)

Mahler, M.; Pine, F.; Bergmann, A. (1984): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt am Main

Michaelis, R.; Berger, R.; Neuenstiel-Ratzel, U.; Krägeloh-Mann, I. (2013): Validierte und teilvalidierte Grenzsteine der Entwicklung. Ein Entwicklungsscreening für die ersten 6 Lebensjahre. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 161, 898–910, Berlin, Heidelberg. DOI 10.1007/s00112-012-2751-0. Online publiziert: 4. Oktober 2013

Michaelis, R.; Niemann, G. (1996): Pädagogisches und medizinisches Paradigma in der Frühförderung. In: Focus Heilpädagogik, 272–278

Milani Comparetti, A. (1986): Von der "Medizin der Krankheit" zu einer "Medizin der Gesundheit". In: Paritätisches Bildungswerk Bundesverband e. V. (Hg.) (1996): Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit. Konzept einer am Kind orientierten Gesundheitsförderung von Prof. Milani Comparetti (1985; 2., erweiterte Auflage der Dokumentation 1986). Frankfurt am Main, 86–94. URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/comparetti-milani_medizin.html (abgerufen am 3. 5. 2014)

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009): Begriffsbestimmung "Frühe Hilfen". URL: <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/> (abgerufen am 5. 5. 2014)
- Noterdaeme, M.; Enders, A. (Hg.) (2010): Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart
- Oerter, R. (2011): Psychologie des Spiels. Weinheim (2. Auflage)
- Oerter, R.; Montada L. (Hg.) (1998): Entwicklungspsychologie. Weinheim (4. Auflage 2002)
- Oerter, R.; Schneewind, K.A.; Resch, F. (1999): Modelle der klinischen Entwicklungspsychologie. In: Oerter, R.; von Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim, 79–118
- Oevermann, U. (2004): Sozialisation als Prozess der Krisenbewältigung. In: Geulen, D.; Veith, H.: Sozialisationstheorie interdisziplinär. Stuttgart, 155–181
- Papoušek, M.; Gontard, A. von (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. Stuttgart
- Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Bern
- Pauen, S. (2007): Was Babys denken. Eine Geschichte des ersten Lebensjahres. München (2. Auflage)
- Pauen, S. et al. (2012): Entwicklungspsychologie in den ersten drei Lebens-jahren. In Cierpka, M. (Hg.): Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Heidelberg, 21–37
- Pauen, S.; Ganser, L. (2011): Entwicklungsbeobachtung und -dokumentation für Kinder von 0 bis 3 Jahren mit MONDEY (Milestones Of Normal Development in Early Years). URL: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/2082.html>
- Pauls, H. (2013): Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. In: Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1 (1), 15–31. URL: <http://www.resonanzen-journal.org>. (abgerufen am 15. 5. 2013)
- Piaget, J. (1969): Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde. Stuttgart
- Piaget, J. (1975): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart
- Piaget, J.; Inhelder, B. (1973): Psychologie des Kindes. Olten
- Resch et al. (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. Weinheim

- Retzlaff, R. (2008): Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart
- Retzlaff, R. (2010): Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart
- Sameroff, A.J. (1995): General systems theories and developmental psychopathology. In: Cicchetti, D.; Cohen, D.J. (Hg.), Developmental psychopathology, Bd. 1: Theory and methods. New York, 659–695
- Sameroff, A.J.; Fiese, B.H. (2000): Transactional regulation and early intervention. In: Meisels, S.J.; Shonkoff, J.P. (Hg.): Handbook of Early Childhood Intervention. New York
- Sarimski, K. (2001): Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Göttingen
- Schaich, U. (2012): Autonomie und Bindung. Zur Bedeutung kultureller Faktoren in der frühkindlichen Bildung. In: Psychosozial, 130, 2012, Heft IV, 89–104
- Schore, A.N. (2003): Zur Neurobiologie der Bindung zwischen Mutter und Kind. In: Keller, H.: Handbuch der Kleinkindforschung. Bern, Göttingen
- Simoni, H. (2004): Kleinkinder im Kontakt mit anderen Kindern und mit Erwachsenen. In: Und Kinder, 74 (23)
- Simoni, H. (2008): Frühe soziale Kompetenz unter Kindern. In: Malti, T.; Perren, S. (Hg.): Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart
- Speck, O. (1985): Spezielle Früherziehung. Basale Hilfe beim Lebensstart unter kritischen Bedingungen. In: Frühförderung interdisziplinär, 4, 49–57
- Speck, O. (1996): Erziehung und Achtung vor dem Anderen. Zur moralischen Dimension der Erziehung. München
- Speck, O.; Warnke, A. (1983): Frühförderung mit den Eltern. München, Basel
- Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart
- Stern, D. (1993): Tagebuch eines Babys. München
- Stern, D. (2006): Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart (2. Auflage)
- Stokowy, M.; Sahhar, N. (Hg.) (2012): Bindung und Gefahr. Das dynamische Reifungsmodell der Bindung und Anpassung. Gießen
- Storch, M.; Cantieni, B.; Hüther, G.; Tschacher, W. (2011): Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern (2. Auflage)
- Thelen, E.; Smith, L. (1998): A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action. Cambridge, Massachusetts, (3. Auflage)

- Thurmair, M.; Naggl, M. (2010): Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld. München (4. Auflage)
- Thyen, U. (2009): Vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. In: Schlack, H.G.; Thyen, U.; Kries, R. von (Hg.) (2009): Sozialpädiatrie. Heidelberg
- Weiß, H. (2007): Frühförderung als protektive Maßnahme – Resilienz im Kleinkindalter. In: Opp, G.; Fingerle, M. (Hg.) (2007): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, Basel 158–174
- Weiß, H. (2011): So früh wie möglich – Resilienz in der interdisziplinären Frühförderung. In: Zander, M.; Roemer, M. (Hg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden, 330–349
- Weiß, H. (2012): Frühförderung im Spannungsfeld von (Selbst-)Exklusion und Inklusion: Pädagogische Orientierungsversuche. In: Gebhard, B.; Hennig, B.; Leyendecker, Ch. (Hg.) (2012): Interdisziplinäre Frühförderung exklusiv – kooperativ – inklusiv. Stuttgart, 40–49
- Weiß, H. (2013): Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen – Wege zu einer intensiven Kooperation und Vernetzung. Köln: NZFH. URL: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Interdisziplinäre_Fruehfoerderung.pdf (abgerufen am 25. 4. 2014)
- Welter-Enderlin, R.; Hildenbrand, B. (Hg.) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg
- Winnicott, D.W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart
- Winnicott, D.W. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt am Main
- Winnicott, D.W. (1976): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München
- World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). URL: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (abgerufen am 6. 5. 2014)
- Ziegenhain, U.; Fries, M.; Bütow, B.; Derksen, B. (2006): Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim
- Ziegenhain, U.; Schöllhorn, A.; Künster, A.; Hofer, A.; König, C.; Fegert, J.M. (2010): Werkbuch Vernetzung. Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Köln: NZFH. URL: http://mifkjf.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Familie_neu/Guter_Start_ins_Kinderleben/Werkbuch_Vernetzung__NZFH_2010_.pdf (abgerufen am 1. 5. 2014)

Diese Broschüre können Sie bei folgenden Anschriften im Internet herunterladen oder bestellen bei:

Arbeitsstelle Frühförderung Hessen

Ludwigstraße 136
63067 Offenbach
www.asffh.de

Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen e. V.

Grünberger Straße 222
35394 Gießen
www.fruehe-hilfen-hessen.de

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden
www.soziales.hessen.de

HESSEN



Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden

www.soziales.hessen.de

ALLGEMEINE FRÜHFÖRDERSTELLEN IN HESSEN (Landkreise, PLZ)

LANDKREIS KASSEL

Beratungsstelle für Frühförderung

34117 Kassel
0561 / 10031580
fruehforderung@LandkreisKassel.de
Träger: Jugendamt des Landkreises Kassel

STADT KASSEL

Interdisziplinäre Frühförderung Kasseler Familienberatungszentrum

34117 Kassel
0561 / 78449-0
info@familienberatungszentrum.de
Hinter der Komödie 17

Träger: Kasseler Familienberatungszentrum für Kinder, Jugendliche und Familien e. V.

Frühförderstelle im Verein Bewegten-Spielen-Lernen e. V.

34121 Kassel
0561 / 26265
bsl@bsl-ks.de
Frankfurter Str. 92

Träger: Bewegten-Spielen-Lernen Verein für psychomotorische Entwicklungsförderung e. V.

LANDKREIS WALDECK-FRANKENBERG

Frühförderung im Landkreis Waldeck-Frankenberg Frühförderzentrum Korbach

34497 Korbach
05631 / 5006-400
fruehforderzentrum@LHW-WF.de
Brloner Landstr. 21

Träger: Leberhschiffwerk Kreis Waldeck-Frankenberg e. V.

Frühförderung im Landkreis Waldeck-Frankenberg Kinderzentrum Frankenberg

35066 Frankenberg
06451 / 7221460
kinderzentrum@LHW-WF.de
Friedrich-Trost-Str. 4

Träger: Leberhschiffwerk Kreis Waldeck-Frankenberg e. V.

SCHWALM-EDER-KREIS

Frühförderung, Schwalm-Eder-Kreis Interdisziplinäre Beratungsstelle

34576 Homberg/Elze
05681 / 4093
fruehforderung.hombg@akgg.de
Bindeweg 16

Träger: Arbeitskreis Gemeindefache Gesundheitsversorgung gGmbH

LANDKREIS MARBURG-BIEDENKOPF

Interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstelle Marburg-Biedenkopf

35041 Marburg/Lahn
06421 / 9252-0
info.fhbs@kize-weisser-stein.de
Magdeburger Str. 1

Träger: Kinderzentrum Weibler Stein Marburg-Wehrda e. V.

LANDKREIS GIEBEN / STADT GIEBEN

Frühförder- und Beratungsstelle

35394 Gießen
0641 / 797980
fruehforderung@lebenshilfe-giessen.de
Grünberger Str. 222

Träger: Lebenshilfe Gießen e. V.

LAHN-DILL-KREIS

Frühförderstelle Weizlar

35578 Weizlar
06441 / 77455
melanie.ott@lhww.de
Rontgenstr. 3

Träger: Lebenshilfe Weizlar/ Weilburg e. V.

Interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstelle

35745 Herborn-Burg
02772 / 3011 o. 3012
u.eschenbach@lebenshilfe-dillenbuerg.de
Scheidstr. 10

Träger: Lebenshilfe Dillenbuerg e. V.

LANDKREIS LIMBURG-WEILBURG

Frühförderstelle Weilburg

35781 Weilburg
06471 / 7006
gertrud.bader@lhww.de
Mozartstr. 4

Träger: Lebenshilfe Weizlar/ Weilburg e. V.

Frühförder- und Beratungsstelle

65549 Limburg
06431 / 993117
e.schmidr@lebenshilfe-ldz.de
Wiesboderer Str. 15

Träger: Lebenshilfe Limburg g6mbH

LANDKREIS FULDA

Zentrum für Beratung, Frühförderung und Therapie „Zitronenfalter“

36041 Fulda
0661 / 1097277
zitronenfalter-verwohung@antoniusheim-fulda.de
St. Vinzenz-Str. 70

Träger: St. Antoniusheim GmbH

LANDKREIS HERSFELD-ROTENBURG

Frühförderzentrum des Klinikum Bad Hersfeld

36251 Bad Hersfeld
Klinik Zentrale
Vitalisstr. 1
06621 / 7796450
06621 / 88-0

fruehforderzentrum@klinikum-hsf.de

Träger: Klinikum Bad Hersfeld GmbH

VOGELSBERGKREIS

Frühförder- und Beratungsstelle für frühkindliche Entwicklung im Vogelsbergkreis

36304 Alsfeld
Theodor Hauss Str. 9
Außenstelle Lauterbach
36341 Lauterbach

06631 / 4732
ff-bs@bhvb.de

06641 / 5523

Bahnhofstraße 82a

Träger: Behindertenhilfe Vogelsbergkreis e. V.

WERRA-MEIBNER-KREIS

Frühförder- und Beratungsstelle im Werra-Meißner-Kreis

37213 Zweigstelle Witzzenhausen
Walburger Str. 49 a
05542 / 5029942
fubs-wiz@deswi.de

05651 / 744623

fubs-esw@deswi.de

Niederhoner Str. 8

Träger: Zweckverband Diakonisches Werk Eschwege/Witzzenhausen

STADT FRANKFURT

Frühförderung - MOBIL -

60311 Frankfurt a. M.
Kurf-Schumacher-Str. 31
069 / 24751494003
ff.integrationshilfen@diakonischeswerk-frankfurt.de

Träger: Evangelischer Regionalverband Frankfurt am Main

Interdisziplinäre Frühförderstelle ML 291

60326 Frankfurt a. M.
Mainzer Landstr. 291
069 / 27216300
fruehforderung@vae-ev.de

Träger: Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e. V. (vae)

Frühförderstelle „Haus des Kindes“

60439 Frankfurt a. M.
Alt Niederurse 53
069 / 5890165
info@haus-des-kindes.com

Träger: Haus des Kindes e. V.

Frühförderstelle Rödelsheim

60489 Frankfurt a. M.
069 / 978275-0
Ffsroedelheim@vae-ev.de
Burgfriedenstr. 7

Träger: Verein für Arbeits- und Erziehungshilfe e. V. (vae)

Frühförder- und Beratungsstelle der Lebenshilfe Frankfurt am Main e. V.

60598 Frankfurt a. M.
Mönfelder Landstr. 179b
069 / 975870-210 / -230
fruehforderung@lebenshilfe-ffm.de

Außenstelle: Lebenshilfe

60389 Frankfurt a. M., Böttgerstr. 20

Träger: Lebenshilfe Frankfurt am Main e. V.

WETTERAUKREIS

Beratungs- u. Frühförderstelle für entwicklungsauffällige und behinderte Kinder

61169 Friedberg
06031 / 68456-120
ute.wilhelm@lebenshilfe-weiterau.de
Hauptstr. 25-29

Träger: Lebenshilfe Weiterou g6mbH

HOCHTAUNUSKREIS

Interdisziplinäre Frühförder- und Frühförderungsstelle Hochtaunuskreis

61352 Bad Homburg
06172 / 182991
ff@lebenshilfe-hochtaunus.de
Oberer Mittelweg 20

Träger: Lebenshilfe Kreisvereinigung Hochtaunus e. V.

Interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstelle des VzF Taunus e. V.

61440 Oberursel
Adenauer Allee 18
06171 / 8871523
winkels-herding@vzf-taunus.de

Träger: Verein zur Förderung der Integration Behinderteter Taunus e. V.

STADT UND KREIS OFFENBACH

Interdisziplinäre Frühförder- und Frühberatungsstelle in Stadt und Kreis Offenbach

63067 Offenbach a. M.
Ludwigstr. 136
069 / 985439-0
fruehforderung@behindertenhilfe-offenbach.de

Träger: Behindertenhilfe in Stadt und Kreis Offenbach am Main e. V.

MAIN-KINZIG-KREIS

Beratungs- und Frühförderstelle Schlüchtern

36381 Schlüchtern
Schlagweg 8
06661 / 1895
bif-slue@bwmk.de

Träger: Behindertenwerk Main-Kinzig e. V.

Beratungs- und Frühförderstelle Hanau

63450 Hanau
Nordstr. 86
06181 / 180070
bif-hu@bwmk.de

Träger: Behindertenwerk Main-Kinzig e. V.

Beratungs- und Frühförderstelle Gelnhausen

63571 Gelnhausen
Hutleier Str. 24
06051 / 9218520
bif-gn@bwmk.de

Träger: Behindertenwerk Main-Kinzig e. V.

IFF Bad Orb – Frühförderstelle im Zentrum für Sprachtherapie und Logopädie

63619 Bad Orb
Würzburger Str. 7-11
06052 / 912730
info@sprachtherapie-brambbrink.de

Träger: Sprachtherapie-brambbrink.de

STADT DARMSTADT

Frühberaterung für entwicklungsgefährdete Kinder und ihre Familien

64287 Darmstadt
Schwarzer Weg 14a
06151 / 66968-0
fruehberatung@caritas-darmstadt.de

Träger: Caritasverband Darmstadt e. V.

LANDKREIS DARMSTADT-DIEBURG

Frühberatungsstelle für entwicklungsgefährdete Kinder und ihre Familien

64807 Dieburg
06071 / 9866-44
fruehberatung@caritas-dieburg.de
Weihturnstr. 29

Außenstelle Groß-Umstadt

06078/782813

64823 Groß-Umstadt, Höchststr. 20

Träger: Caritasverband Darmstadt e. V.

Frühberatungsstelle für entwicklungsgefährdete Kinder und ihre Familien Reinheim

64254 Reinheim
06162 / 962440
fb-reinheim@caritas-dieburg.de
Darmstädter Str. 2

Träger: Caritasverband Darmstadt e. V.

LANDKREIS GROß-GERAU

Frühförder- und Beratungsstelle der Niederramstädter Diakonie

64521 Groß Gerou
06151 / 1491430 (Zentrale)
fruehforderung@nd-online.de
August-Bebel-Straße 1

Träger: Niederramstädter Diakonie

Frühförder- und Beratungsstelle Rüsselsheim

65428 Rüsselsheim
06142 / 30171-20
Elsa-Brändström-Allee 13
ndiezinger@wfb-rhein-main.de

Träger: Werkstatt für Behinderte Rhein-Main e. V.

ODENWALDKREIS

Frühberatungsstelle des Odenwaldkreises

64711 Erbach/Odenwald
06062 / 9408-26
Elsa-Brändström-Str. 13
fist@pz-odw.de

Träger: Zweckverband Zentrum Gemeinschaftshilfe im Odenwaldkreis

STADT WIESBADEN

Känguru - Frühförder- und Frühberatungsstelle der IFB

65201 Wiesbaden
0611 / 23855621
Ehrengartstr. 15
marion.wackfrankenbach@ifb-stiftung.de

fruehforderung@ifb-stiftung.de

Träger: Inklusion durch Förderung und Betreuung e. V.

Frühförder- und Frühberatungsstelle der Lebenshilfe e. V.

65203 Wiesbaden
0611 / 6907525
Albert-Schweitzer-Allee 48
fruehforderung@lebenshilfe-wiesbaden.de

Träger: Lebenshilfe Wiesbaden e. V.

RHEINGAU-TAUNUS-KREIS

Frühförder- und Frühberatungsstelle der Lebenshilfe Untertaunus e. V.

65232 Taunusstein
06128 / 93648100
Goettfried-Keller-Str. 2a
fruehforderstelle@lebenshilfe-untertaunus.de

Träger: Lebenshilfe Kreisvereinigung Untertaunus e. V.

MAIN-TAUNUS-KREIS

Frühförderung im Main-Taunus-Kreis

65779 Kelkheim
06195 / 67460
ff@lebenshilfe-main-taunus.de
Görlitzer Str. 2

Träger: Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Kreisvereinigung Main Taunus e. V.

LANDKREIS BERGSTRABE

Interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstelle

68623 Lampertheim
06206 / 9445-12
fist@lebenshilfe-lampertheim.de
Suarstr. 56

Träger: Lebenshilfe Lampertheim und Ried e. V.

FRÜHFÖRDERSTELLEN FÜR KINDER MIT HÖRSCHÄDIGUNG

Interdisziplinäre Frühberatungsstelle Hören und Kommunikation

an der Hermann-Schaff-Schule, Außenstelle Kassel
Kassel, Karthäuserstr. 15, 0561 / 38609
fruehberatung-hoeren@hss-hombg.de

34117

Interdisziplinäre Frühberatungsstelle Hören und Kommunikation

an der Hermann-Schaff-Schule

Hombg/Etze, Am Schlossberg 1, 05681 / 770837
fruehberatung-hoeren@hss-hombg.de

34576

Interdisziplinäre Frühberatungsstelle Hören und Kommunikation

an der Schule am Sommerhofpark

Frankfurt a. M., Gurlerstr. 295-301, 069 / 242.68660
sommerhofpark.fruehberatung@hw-hessen.de

60327

Interdisziplinäre Frühberatungsstelle Hören und Kommunikation

an der Johannes-Vater-Schule

Friedberg, Homburger Str. 20, 06031 / 608-622
fruehberatung@vaterschule.de

61169

Interdisziplinäre Frühberatungsstelle Hören und Kommunikation

an der Freiherr-von-Schütz-Schule

Bad Camberg, Frankfurter Str. 15 - 19, 06434 / 932140
fruehberatung@freiher-von-schuetz-schule.de

65520

Träger: Landeswohlfahrtsverband Hessen

FRÜHFÖRDERSTELLEN FÜR KINDER MIT SEHBEHINDERUNG ODER BLINDHEIT

Interdisziplinäre Frühberatungsstelle für Kinder mit Sehbehinderung

oder Blindheit an der Herrmann-Schaff-Schule, Außenstelle Kassel

Kassel, Karthäuserstr. 15, 0561 / 315710

fruehberatung-sehen@hss-hombg.de

Träger: Landeswohlfahrtsverband Hessen

34117

Interdisziplinäre Frühförderstelle für Kinder mit Blindheit oder Sehbehinderung

an der Deutschen Blindenstudienanstalt e.V.

Marburg/Lahn, Am Schlag 8, 06421 / 606187 o. 06421 / 606173 (Sekretariat)

fruehfoerderung@blista.de oder res@blista.de

Träger: Deutsche Blindenstudienanstalt e.V.

35037

Sichtweisen - Frühförderung für Kinder mit Blindheit und Sehbehinderung

Diakonisches Werk für Frankfurt a.M. des Ev. Regionalverbandes Frankfurt/Main

Träger: Evangelischer Regionalverband

Frankfurt a. M., Kurt-Schumacher-Str. 31, 069 / 2475149-4002

sichtweisen@diakonischeswerk-frankfurt.de

Träger: Evangelischer Regionalverband Frankfurt am Main

60311

Interdisziplinäre Frühberatungsstelle für Kinder mit Sehbehinderung oder

Blindheit an der Johann-Peter-Schäfer-Schule

Friedberg, Joh.-Peter-Schäfer-Str. 1, 06031 / 608-270

ff.fb@jps-fb.de

Träger: Landeswohlfahrtsverband Hessen

61169

Interdisziplinäre Frühberatungsstelle für Kinder mit Sehbehinderung oder

Blindheit an der Johann-Peter-Schäfer-Schule, Außenstelle Wiesbaden

Wiesbaden, Albrecht-Dürer-Str. 11, 0611 / 4479912

ff.wi@lwv-hessen.de

Träger: Landeswohlfahrtsverband Hessen

65195

SPEZIELLE FRÜHFÖRDERSTELLEN

AUTISMUS-THERAPIE-INSTITUTE

ATB Autismus-Therapie- und Beratungszentrum gGmbH

Kassel, 0561 / 33430

info@autismus-hessen.de

0661 / 20695050

36037 Fulda, Rabanusstr. 35

Außenstelle Eschwege, 05651 / 9514300

37269 Eschwege, Bismarckstr. 1

Außenstelle Kassel-Marbachshöhe, 0561 / 98856777

34131 Kassel, Brandenburgerstraße 6

Träger: Autismus Nordhessen e. V. und Lebenshilfswerk Waldeck-Frankenberg e. V.

AutismusTherapie- und Forschungszentrum (ATFZ)

Frankfurt, Deutschordenstr. 50, 069 / 6301-5920

Kip-Ambulanz@kgu.de

Träger: Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Autismus-Therapieinstitut Langen

Langen, Moselstr. 11, 06103 / 24466

Zentrale: 06103 / 202860

info@autismus-langen.de

60389 Frankfurt, Böttgerstraße 20-22

64285 Darmstadt, Steinackerstr. 10

65187 Wiesbaden, Niederwaldstr. 8

63067 Offenbach a. M., Ludwigstr. 136

64739 Höchst/Odenwald, Montmalianer Platz 1a

64646 Heppenheim, Friedrichstr. 7

61231 Bad Nauheim, Kartstr. 57-59

35396 Gießen, Wingerstr. 18

Träger: Behindertenhilfe in Stadt und Kreis Offenbach am Main e. V.

SOZIALPÄDIATRISCHE ZENTREN

Gesundheit Nordhessen Klinikum Kassel

Klinik für Neuropädiatrie mit Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)

Kassel, Mönchebergstr. 48e, 0561 / 980-3096

spz@klinikum-kassel.de

Universitätsklinikum Gießen u. Marburg

Zentrum für Kinderheilkunde u. Jugendmedizin, Abt. Neuro- u. Sozialpädiatrie

Gießen, Feulgenstr. 12, 0641 / 98543481

Bernd.A.Neubauer@paediat.med.uni-giessen.de

Sozialpädiatrisches Zentrum Frankfurt Mitte

Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (vae)

Frankfurt, Theobald-Christ-Str. 16, 069 / 94340950

spz@vae-ev.de

Sana Klinikum Offenbach - Sozialpädiatrisches Zentrum

Offenbach a. M., Starkenburgring 66, 069 / 8405-4322

SPZ-SOF@sma.de

Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret - Sozialpädiatrisches Zentrum

Darmstadt, Dreburger Str. 31, 06151 / 402-3202

spz@kinderkliniken.de

Dr. Horst-Schmidt-Klinik, Kinderklinik - Sozialpädiatrisches Zentrum

Wiesbaden, Ludwig-Erhard-Str. 100, 0611 / 432918

Waltraud.Schrank@hsk-wiesbaden.de

Klinikum Frankfurt-Höchst - Sozialpädiatrisches Zentrum

Frankfurt a. M., Gotenstr. 6 - 8, 069 / 3106-2070

spz@klinikumfrankfurt.de

65929

Frühförderangebote

in Hessen

Adressen

Arbeitsstelle

Frühförderung

Hessen

Frühförderung umfasst Angebote von pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Hilfen

— für alle Kinder im Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter, die behindert oder in ihrer körperlichen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen und sozialen Entwicklung verzögert oder gefährdet sind

— für deren Eltern, die sich Sorgen um die Entwicklung ihres Kindes machen

— für andere Bezugspersonen im Lebensumfeld des Kindes (Familie, Kindertagesstätte), die eine Beratung suchen.

Frühförderung ist Teil des hessischen Systems einer flächendeckenden Grundversorgung für betroffene Kinder und deren Familien, zu dem neben allgemeinen und speziellen interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren ebenso niedergelassene Kinder- und Jugendärzten, Therapeuten, Spezialambulanz und Kinderbetreuungseinrichtungen gehören.

Arbeitsstelle Frühförderung Hessen

Eva Klein

Ludwigstr. 136, 63067 Offenbach

Telefon (069) 80 90 96 960

Fax (069) 80 90 96 920

Email asff@fruehe-hilfen-hessen.de

www.asffh.de

HESSEN



Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Träger

LAG Frühe Hilfen in Hessen e. V.

www.fruehe-hilfen-hessen.de

Stand: August 2016

Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren in Ihrer Nähe

Kultursensible Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)

Zusammensetzung:

Harald Lüdicke, Kerpen (Leitung); Arzt für Kinder und Jugendmedizin/ SP
Neuropädiatrie

Ulrike Beckers, Kerpen; Ergotherapeutin, B.Sc. Gesundheitswissenschaft,
Sozialpädiatrisches Zentrum Rhein-Erft-Kreis

Irene Pfeiffer, Berlin; Ärztin für Kinder und Jugendmedizin, Sozialpädiatrisches
Zentrum Charlottenburg-Wilmersdorf

Erika Sievers, Düsseldorf; Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Fachausschuss
Transkulturelle Pädiatrie, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Karl-Heinz Spörckmann, Landau/Pf.; Arzt für Kinder und Jugendmedizin,
Sozialpädiatrisches Zentrum & Frühförderstelle

Korrespondenzadresse: Dr. Harald Lüdicke
Heinrich- Meng- Institut gGmbH
Sozialpädiatrisches Zentrum Rhein-Erft-Kreis
Buchenweg 9-11
50169 Kerpen
Tel.: 02273/91570
E-Mail: luedicke@spz-rhein-erft-kreis.de

Positionspapier der AG Migration des ZQAK

Kultursensible Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)¹

Einleitung

In Deutschland leben derzeit mehr als 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, die etwa 19 % der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik repräsentieren. Häufig erreicht das hiesige Gesundheitssystem diese Bevölkerungsgruppe nicht oder nur unzureichend. Auch bietet das deutsche Gesundheitssystem noch nicht ausreichend sprach- und kulturspezifische Angebote für diese Bevölkerungsgruppe. Besonders für Kinder- und Jugendliche, die sich in der Entwicklung befinden, spielt die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen eine bedeutende Rolle.

Wie die KiGGS-Studie 2003- 2006 bereits gezeigt hat, ist besonders die Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen von Migrantenkinder bis zur U7 deutlich eingeschränkt. Hiervon sind besonders Kinder aus Familien mit türkischem, osteuropäischen und arabischen Migrationshintergrund betroffen².

Informationsbedingte, kulturelle und kommunikative Barrieren führen zu den seit langem bekannten Problemen der Unter-, Über- und Fehlversorgung von Migrantinnen und Migranten mit dadurch erhöhten Kosten. Dies betrifft ebenso Kinder mit Migrationshintergrund.

Die Arbeitsgruppe Migration des Zentralen Qualitätsarbeitskreis (ZQAK) der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) gibt

¹ Dieses Positionspapier basiert zu größeren Anteilen auf dem Positionspapier „Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus benötigt eine(n) Migrations-/Migranten/- oder Integrationsbeauftragte(n)“ des Bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit/ Die Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration 07/2009.

Kursive Schriftzug-Passagen sind aus dem *Originaltext* des oben genannten Positionspapiers übernommen. Sie sind teilweise gekürzt oder an anderer Stelle als der ursprünglichen Stelle aufgeführt. Normale Schriftzugpassagen sind inhaltlich konzeptionelle Bearbeitungen durch die AG Migration des ZQAK der SPZs.

² Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2008): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, S. 108, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

nachfolgend Handlungsempfehlungen, wie die SPZs den wachsenden Aufgaben bei der Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund begegnen können.

Notwendigkeit zur interkulturellen Öffnung Sozialpädiatrischer Zentren

Kinder und Eltern mit Migrationshintergrund *haben Ansprüche darauf, genauso gut versorgt zu werden* wie die autochthone Bevölkerung. Gerade im Hinblick auf die neuen Beitrittsländer der Europäischen Union und auch der in Deutschland ankommenden Flüchtlinge, die im Verlauf in unserem Land eine neue Heimat finden, sind erneute „Erste Generationen“ von Menschen mit Migrationshintergrund zu erwarten. Auch für die bereits in zweiter oder dritter Generation hier lebenden MitbürgerInnen kann das Angebot von Bedeutung sein.

Sozialpädiatrische Zentren sind auf Grund der Möglichkeit der multiprofessionellen und individuellen Diagnostik und Therapie unter einem Dach besonders für die gesundheitlichen Probleme und Belange von Familien mit Migrationshintergrund geeignet. Dennoch fehlen oftmals noch die Voraussetzungen und Möglichkeiten, der Versorgung hinsichtlich ihrer Kultur und Sprache angemessen gerecht zu werden.

Es empfiehlt sich deshalb, die Sicherung interkultureller Kompetenz – personell und organisatorisch verbindlich – in das Ablaufsystem einzubinden.

Grundsätzliche Aspekte zur interkulturellen Öffnung

Eine nachhaltige und alltagstaugliche Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern und Eltern mit Migrationshintergrund in einem SPZ ist nur gewährleistet, wenn verbindliche Aktivitäten zur interkulturellen Öffnung entwickelt und diese personell zugeordnet werden. Die Implementierung einer oder eines Migrations-/ Migranten-/ Integrationsbeauftragten ist ein Schritt zur Umsetzung des Diversity Managements, wie im Nationalen Integrationsplan empfohlen.

Folgende Grundsätze sind zu empfehlen:

- *Interkulturelle Öffnung ist eine Leitungsaufgabe, sie ist eine Top-Down-Maßnahme, aber auch eine Querschnittsaufgabe über alle Bereiche hinweg,*

unter Einbeziehung der jeweils beteiligten Fachabteilungen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

- *Sie erfordert eine gezielte Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund.*
- *Kultursensibilität benötigen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, migrationssensible Versorgung sollte nicht ausschließlich an Migrantinnen und Migranten delegiert werden.*
- *Fort- und Weiterbildung sollten sich kontinuierlich mit dem Thema auseinandersetzen.*³

Im Nationalen Integrationsplan heißt es dazu: „Zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten bedarf es

- *bedarfsorientierter Angebote*
- *einer interkulturellen Regelversorgung*
- *einer interdisziplinären Vernetzung*
- *der Erschließung adäquater Zugangswege*
- *der Sicherung der Datenbasis*⁴

³ 6. Bericht zur Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Beauftragte der Bundesregierung Migration, Flüchtlinge und Integration, August 2005, S.140

⁴ Der Nationale Integrationsplan, Neue Wege – Neue Chancen, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung und Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007, Seite 100

Migrations-/ Migranten-/ Integrationsbeauftragte/r: Notwendigkeit und

Aufgabenprofil

Der Arbeitskreis Migration des zentralen Qualitätsarbeitskreises der Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland empfiehlt deshalb, in SPZs *das Amt einer(s) Migrations-/ Migranten-/ Integrationsbeauftragten zu schaffen, um dadurch wirksame und nachhaltige Verbesserungen in der Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund einzuleiten und kontinuierlich fortzuführen.*

Eine erfolgreiche Arbeit in der migrantenorientierten Versorgung hängt wesentlich davon ab, dass der Migrations-/ Migranten-/ Integrationsbeauftragte die dafür erforderliche innerbetriebliche Kompetenz erhält.

Die Benennung von Migrations-/ Migranten-/ Integrationsbeauftragten und die Definition ihrer Aufgabenbereiche sind der entscheidende Schritt zur Umsetzung eines migrationsgerechten Behandlungsansatzes.

Er/sie dient als AnsprechpartnerIn und Vertrauensperson für Eltern, Kinder und Mitarbeiter/innen und fungiert als MittlerIn im Kontakt mit anderen Institutionen und bei der Repräsentation des SPZs im städtischen, kommunalen und ländlichen Raum.

Hier finden folgende Aspekte Beachtung:

- die Ressourcen von Kindern und Familien mit Migrationshintergrund werden wertgeschätzt und vermittelt
- *die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Eltern mit Migrationshintergrund finden Berücksichtigung*
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden durch verschiedene Maßnahmen in der Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund unterstützt

Welche der im Folgenden dargestellten Aufgabenbereiche der/dem Migrations-/ Migranten-/ Integrationsbeauftragten übertragen werden sollen, ist von der spezifischen Situation des jeweiligen SPZs, der Patientenstruktur, dem Versorgungsschwerpunkt und den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig.

Kommunikation/Information

- Aufbau eines Dolmetscherpools:

Um sprachbedingte Versorgungsschwierigkeiten v.a. in der mündlichen Kommunikation zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des SPZs und den Kindern sowie ihren Eltern und Angehörigen abzubauen und Verständigungsschwierigkeiten inhaltlicher Art zu minimieren, sollten für den Einsatz im Gesundheitswesen qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher, Sprachmittlerinnen und Sprachmittler eingesetzt werden. Grundsätzlich wird der Einsatz dieses qualifiziert ausgebildeten Fachpersonals von der AG Migration besonders empfohlen. Die Finanzierung der Dolmetscherdienste bedarf einer klaren politischen Regelung.

Es ist jedoch je nach Situation des SPZs bei Bedarf möglich, fachkompetente Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen aus den medizinisch-therapeutischen Bereichen oder einem internen Mitarbeiterdolmetscherpool einzusetzen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die aus einem Mitarbeiterpool für Dolmetschertätigkeiten gewonnen werden, ist eine qualifizierende Schulung für diesen komplexen Aufgabenbereich zukommen zu lassen, da die Aufgabe einer Dolmetscherfunktion über die reine Sprachvermittlung hinausgeht und komplexe Interaktionen (Dolmetschertechniken und die Dolmetscherrolle, mögliche Loyalitätskonflikte mit Menschen der gleichen Community versus der eigenen Dienststelle/des kollegialen Teams u.a.) und deren Reflexion erfordert.

- Übersetzung relevanter Formulare, Merkblätter, etc.:

Da nicht immer vorausgesetzt werden kann, dass Eltern und Familienangehörige von Kindern mit Migrationshintergrund über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, sollte mehrsprachiges Informationsmaterial angeboten werden. Insbesondere gilt dies für Formulare, für spezielle medizinische und therapeutische Verfahren sowie für Form- und Merkblätter zur Einverständniserklärung und Aufklärungsmaterialien.

- Besondere Angebote

Für alle Eltern ist die Erkrankung ihres Kindes ein einschneidendes Lebensereignis. Eine einfühlsame Aufklärung über die Erkrankung ist eine der wichtigsten Bestandteile der medizinisch-therapeutischen Intervention.

Eltern mit Migrationshintergrund sind teilweise nicht ausreichend über die Erkrankung ihrer Kinder, eventuelle Therapieformen und Heilungschancen informiert. Dabei sind unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte zu berücksichtigen.

Entsprechend dem Bedarf können spezielle Angebote entwickelt werden, wie z.B. SPZ-interne interkulturelle Supervisionen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Informationsabende, Führungen durch das SPZ, spezielle Präventionsangebote, etc.

Betriebsorganisation

- Einwirkungen auf SPZ-interne Strukturen und Aufgabenprofile

Die interkulturelle Öffnung ist eine Querschnittsaufgabe, die einen festen Platz im Qualitätsmanagement einnehmen sollte, und gehört in SPZ-interne Gremien und Arbeitskreise, in denen Pläne und Konzepte zur Zukunft des SPZs behandelt und thematisiert werden. Auch eine organisatorisch gesicherte, kontinuierliche Absprache mit der Betriebsleitung/ Geschäftsführung zur Versorgung von Kindern und Eltern mit Migrationshintergrund, notwendige Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung und Kompetenzerweiterung, Veränderungen im Anforderungsprofil von Neueinstellungen, Erhöhung der Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund ist unverzichtbar.

- Intranet

Erforderlich ist ein allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugängliches Intranet, das alle relevanten Informationen (z.B. Dolmetscherlisten, interne Fremdsprachenliste, Liste der ambulanten/komplementären Dienste, kommunale Gesundheitswegweiser, Arbeitshilfen, nützliche Links, klinikinterne

Informationsmaterialien, Fragebögen, interne Fort- und Weiterbildungsangebote zu interkulturellen Themen, übersetzte Formulare und Aufklärungsbögen, usw.) bereitstellt.

- *Aus-/Fortbildung und Weiterbildung*

Interne Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Außer der gezielten Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund stellt interkulturelles Training einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Kultursensibilität in der Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund und der migrantenfreundlichen Versorgung in SPZs dar. Deshalb sollten interkulturelle Themen als ein fester Bestandteil der internen Fort- und Weiterbildung in SPZ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten werden. Besonders geschult werden sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Kontakt mit den Eltern, Kindern und Familien stehen. Hierzu zählen neben den medizinischen, psychologischen und therapeutischen Berufsgruppen auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung (Anmeldung, Telefonservice etc.). Gegebenenfalls ist es sinnvoll weitere Berufsgruppen mit einzubeziehen, um das Konzept der interkulturellen Öffnung über alle Funktionsebenen, Fachbereiche und in allen Berufsgruppen, die in der Einrichtung tätig sind, bekannt zu machen und alle MitarbeiterInnen hierfür zu sensibilisieren. Dies dient einer transparenten Vermittlung des Konzepts und sichert dadurch seine Akzeptanz und Implementierung.

- *SPZ-interne Dokumentation*

Solange wenig über Kinder und Familien mit Migrationshintergrund bekannt ist, können nur unzureichend Bedarfe ermittelt und Versorgungskonzepte angepasst werden.

Die kontinuierliche Erhebung migrationsspezifischer Informationen und Daten sind unbedingte Voraussetzung, um Versorgungskonzepte zu entwickeln.

In Anlehnung an die Stellungnahme und Empfehlung der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden

(AOLG) vom Dezember 2013 zur einheitlichen Operationalisierung und Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Schuleingangsuntersuchungen, empfiehlt die AG Migration diese Operationalisierung für die SPZs zur Erfassung des Migrationshintergrundes. Hierdurch können einheitliche Daten SPZ-übergreifend verglichen werden. In den Bundesländern, die dieser Erfassung der AOLG zugestimmt haben, können zusätzlich SPZ-Daten zum Migrationshintergrund mit den Daten der kommunalen Gesundheitsämter und den Landeseinrichtungen für Gesundheit erfolgen. Weiterhin können die Daten mit denen auf nationaler Ebene (KiGGs Studie) in Bezug gesetzt werden.

- Öffentlichkeitsarbeit

Die interkulturelle Kompetenz eines SPZs sollte offensiv vermittelt werden, damit die besonders hohe Patientenorientierung in den Blick gerückt wird, Menschen mit Migrationshintergrund und Fachkreise informiert und sie auf die SPZs aufmerksam gemacht werden. Dazu gehören fremdsprachliche Internetauftritte, Patientenbroschüren, öffentliche Veranstaltungen, Kontakt mit Migrantenorganisationen etc.

Fazit

Die oben aufgeführten Maßnahmen dienen der Qualitätssteigerung in der Versorgung von Kindern und Familien mit Migrationshintergrund in SPZs. Diese Patientengruppe wird oftmals als Herausforderung in der Versorgung erlebt. Kinder und Familien mit Migrationshintergrund bringen ebenso einen reichen Schatz an Ressourcen mit. Zur Vermeidung einer Kulturalisierung sollten neben dem Aspekt des Migrationshintergrunds immer die individuelle Lebenssituation, die Sichtweisen und die Ressourcen der Kinder, Eltern und der Familie in die Betrachtung einfließen.

Tabelle 1 Offene Hilfen, Standorte von Offene-Hilfen – RB Darmstadt

Region	Id. Nr.	Einrichtung	Straße	PLZ	Ort
Darmstadt	1	CBF Darmstadt [Club Behinderter und ihrer Freunde]	Pallaswiesenstr. 123a	64293	Darmstadt
	2	Lebenshilfe e.V. [für Menschen mit Behinderung]	Mauerstr. 7	64289	Darmstadt
	3	Flexible Jugendhilfe e.V. [Schulbegleitung]	Kiesstr. 62	64283	Darmstadt
Frankfurt	1	CeBeef [Offene Hilfen]	Eblinge Straße 2	60487	Frankfurt am Main
	2	KOMM Ambulante Dienste e.V. [Offene Hilfen]	Große Seestraße 27	60486	Frankfurt am Main
	3	Praunheimer Werkstätten [Offene Hilfen]	Krautgartenweg 1	60439	Frankfurt am Main
	4	Lebenshilfe e.V. [Offene Hilfen]	Mörfelder Landstraße 179b	60598	Frankfurt am Main
Offenbach	1	Behindertenhilfe Stadt und Kreis Offenbach [Ambulanter Dienst]	Ludwigstraße 136	63067	Offenbach am Main
Wiesbaden	1	Gemeinnützige Känguru mobil GmbH [Familienentlastender Dienst]	Bahnstr. 9a	65205	Wiesbaden
Bergstraße	1	AWO Bergstraße Soziale Dienste gGmbH [Familienentlastender Dienst]	Nibelungenstraße 164	68642	Bürstadt
Darmstadt-Dieburg	1	Lebenshilfe Dieburg e.V. [Familienunterstützender Dienst]	Aschaffener Str. 18	64807	Dieburg
	2	Stiftung Nieder-Ramstädter Diakonie [Familienunterstützender Dienst]	Bodelschwinghweg 5	64367	Mühltal
Groß-Gerau	1	Lebenshilfe Kreisvereinigung Groß-Gerau [Familienentlastender Dienst]	Walburgastr. 5	64521	Groß-Gerau
Hochtaunuskreis	2	BASIS e.V. [Familienentlastender Dienst]	Taunusstr. 2	65462	Ginsheim-Gustavsburg
	1	Lebenshilfe Hochtaunus e.V. [Familienunterstützender Dienst]	Oberer Mittelweg 20	61352	Bad Homburg
Main-Kinzig-Kreis	2	I.B. Südwest gGmbH [Behindertenhilfe Hochtaunus]	Bommersheimer Straße 60	61440	Oberursel
	1	Behinderten-Werk Main-Kinzig [Familienentlastender Dienst]	Vor der Kaseme 6	63571	Gelnhausen
Main-Taunus-Kreis	1	Lebenshilfe Main-Taunus e.V. [Familienunterstützender Dienst]	Frankfurter Straße 80	65719	Hofheim
Odenwaldkreis	1	AWO Integra gGmbH [Offene Hilfen]	Neckarstraße 19	64711	Erbach
Offenbach LK	1	Behindertenhilfe in Stadt und Kreis Offenbach e.V. [Familienentlastende Dienste]	Ludwigstraße 136	63067	Offenbach
	2	Caritasverband Offenbach/Main e.V. [Familienentlastende Dienste]	Schuhmannstr. 182	63069	Offenbach
	3	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Offenbach Land e.V. [Familienentlastende Dienste]	Wiesenstraße 9	63128	Dietzenbach
	4	Magistrat der Stadt Dreieich [Behindertenfreizeiten]	Hauptstraße 45	63303	Dreieich
	5	Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung in Stadt und Kreis Offenbach e.V. [Behindertenfreizeiten]	Pestalozzistr. 6	63322	Rödermark
	6	Schule am Goldberg [Behindertenfreizeiten]	Ginsterweg 1	63150	Heusenstamm
	7	Janusz-Korczak-Schule Langen [Behindertenfreizeiten]	Zimmerstraße 66	63225	Langen
	8	Friedrich-v.-Bodelschwingh-Schule [Behindertenfreizeiten]	Pfarrgasse 6	63110	Rodgau
	9	Erich Kästner-Schule [Behindertenfreizeiten]	Zimmerstraße 70	63225	Langen
Rheingau-Taunus-Kreis	1	St Vincenzstift gGmbH [FED]	Vincenezstr. 60	65385	Rüdesheim
	2	Könguru MOBil gGmbH [FED]	Storchenallee 2	65201	Wiesbaden
	3	Diako. Werk RTK [PSZ]	Gartenfeldstr. 15	65307	Bad Schwalbach
	4	Forum Schmiede [Offener Treff]	Eddersbächenweg 4	65232	Taunusstein
Wetteraukreis	1	Lebenshilfe Wetterau e.V. [Familienentlastender Dienst]	Hauptstr. 25-29	61169	Friedberg

Quelle: Sozial-Monitor 2018

Tabelle 2 Offene Hilfen, Standorte von Offene-Hilfen – RB Gießen und RB Kassel

Region	Nr.	Einrichtung	Straße	PLZ	Ort
Gießen	1	Lebenshilfe Gießen e. V. [Familienunterstützender Dienst]	Heegstrauchweg 68	35394	Gießen
Lahn-Dill-Kreis	1	Lebenshilfe Wetzlar-Weilburg e.V. [Offene Hilfen]	Friedensstr. 26	35578	Wetzlar
	2	Lebenshilfe Dillenburg e.V. [Offene Hilfen]	Am Forstdenkmal	35683	Dillenburg
	3	GWAB mbH [Offene Hilfen]	Hindenburgstr. 11a	35683	Dillenburg
	4	DRK Dillkreis e. V. [Offene Hilfen]	Gerberei 4	35683	Dillenburg
Limburg-Weilburg	1	Lebenshilfe Wohnen GmbH [Familienentlastender Dienst]	Oraniensteiner Str. 11	65582	Diez
	2	Lebenshilfe Wetzlar-Weilburg [Fachdienst offene Hilfen]	Friedensstr. 26	35578	Wetzlar
Marburg-Biedenkopf	1	fb e. V. [FED]	Am Erlengraben 12a	35037	Marburg
	2	AG Freizeit e. V. [-]	Am Erlengraben 12a	35037	Marburg
	3	Lebenshilfswerk Marburg-Biedenkopf e.V. [FABIKU]	Tom-Mutters-Str. 14	35041	Marburg
Vogelsbergkreis	1	Deutsches Rotes Kreuz [Familienentlastender Dienst]	Hohe Bergstr. 2	36341	Lauterbach
Kassel	1	Lebenshilfe Region Kassel gGmbH [Familienentlastende Dienste]	Goethestr. 25	34119	Kassel
	2	Verein zur Förderung der Autonomie [Familienentlastende Dienste]	Samuel-Beckett-Anlage 6	34119	Kassel
	3	Ambulante Dienste Nordhessen gGmbH [Familienentlastende Dienste]	Heckerswiesenstr. 4	34121	Kassel
Fulda	1	Verein Gemeinsam Leben - Gemeinsam Lernen [Familienunterstützender Dienst]	Am Hädenberg 8	36137	Großenlüder
Hersfeld-Rotenburg	1	Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. [Familienunterstützender Dienst]	Kleine Industriestraße 2	36251	Bad Hersfeld
Kassel LK	1	AG Familienentlastender Dienst Hofgeismar/Wölfhagen e.V. [Familienentlastender Dienst]	Erlenweg 2A	34369	Hofgeismar
	2	Lebenshilfe Region Kassel gGmbH [Familienentlastender Dienst]	Goethestraße 25	34117	Kassel
	3	aha e.V. [ambulante Hilfen im Alltag - offene Hilfen]	Kölnische Straße 99	34119	Kassel
Schwalm-Eder-Kreis	1	AKGG GmbH [Arbeitskreis Gemeinde-nahe Gesundheitsversorgung]	Kesselberg 8	34212	Melsungen
	2	Heptiala Diakonie Behindertenhilfe [Offene Hilfen für Menschen mit Behinderung]	Waldemar-Friauf-Str. 16	34613	Schwalmstadt
Waldeck-Frankenberg	1	DRK Kreisverband Frankenberg e.V. [Offene Hilfen]	Auestr. 25	35066	Frankenberg
	2	Lebenshilfe-Werke V. [Offene Hilfen]	Am Stege 4	34497	Korbach
	3	Bahldisheim e.V. [Offene Hilfen]	Rauchstr. 2	34454	Bad Arolsen
Werra-Meißner-Kreis	1	Werraland Ambulante Dienste gGmbH [Famillendienst]	Bahnhofstraße 24	37269	Eschwege

Quelle: Sozial-Monitor 2018

**Hessisches Ministerium
des Innern und für Sport**



Infoblatt

Teilzeitbeschäftigung für Beamtinnen und Beamte

Voraussetzungen und Rechtsfolgen

Stand: Januar 2019

Teilzeitbeschäftigung für Beamtinnen und Beamte

I. Die verschiedenen Fallgruppen von Teilzeitbeschäftigung im Beamtenverhältnis

Die beamtenrechtlichen Regelungen bieten vielfältige flexible Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung, die es den Beamtinnen und Beamten ermöglichen, Beruf und Familie, aber auch sonstige private Interessen miteinander zu vereinbaren.

Man unterscheidet folgende Fallgruppen von Teilzeitbeschäftigungen:

- Voraussetzungslose Teilzeitbeschäftigung,
- Teilzeitbeschäftigung aus familiären Gründen,
- Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit,
- Familienpflegezeit und Pflegezeit mit Vorschuss.

Im Folgenden werden die Voraussetzungen und Rechtsfolgen im Einzelnen dargestellt mit Ausnahme der Familienpflegezeit und Pflegezeit mit Vorschuss. Hierzu wird auf das spezielle Infoblatt „Freistellungsmöglichkeiten für Beamtinnen und Beamte für die Pflege von nahen Angehörigen“ verwiesen.

1. Voraussetzungslose Teilzeitbeschäftigung (§ 62 HBG¹)

Beamtinnen und Beamten mit Dienstbezügen² kann auf Antrag Teilzeitbeschäftigung mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit und bis zur jeweils beantragten Dauer bewilligt werden, soweit dienstliche Belange nicht entgegenstehen. Weitergehende Voraussetzungen für die Gewährung der Teilzeitbeschäftigung bestehen nicht. Die Bewilligung der Teilzeitbeschäftigung steht somit im pflichtgemäßen Ermessen des Dienstherrn.

Eine zeitliche Höchstgrenze für die Bewilligung voraussetzungsloser Teilzeit gibt es nicht. Die zuständige Dienstbehörde kann nachträglich die Dauer beschränken oder den Umfang der zu leistenden Arbeitszeit erhöhen, soweit zwingende dienstliche Belange dies erfordern.

Die Beamtin oder der Beamte ist grundsätzlich verpflichtet, die Teilzeitbeschäftigung für die beantragte Dauer auszuüben. Dem Antrag auf Änderung des Umfangs der Teilzeitbeschäftigung oder auf Übergang zur Vollzeitbeschäftigung soll entsprochen werden, wenn der Beamtin oder dem Beamten die Teilzeitbeschäftigung im bisherigen Umfang nicht mehr zuge-
mutet werden kann, z. B. weil sich die privaten Lebensverhältnisse geändert haben und die

¹ Hessisches Beamtengesetz (HBG) vom 27. Mai 2013 (GVBl. S. 218, 508), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juni 2018 (GVBl. S. 291)

² Dienstbezüge erhalten Beamtinnen und Beamte auf Lebenszeit, auf Zeit und auf Probe sowie Beamtinnen und Beamte auf Widerruf, die weder im Vorbereitungsdienst stehen noch nebenbei verwendet werden. Keine Dienstbezüge beziehen Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, nebenbei verwendete Beamtinnen und Beamte auf Widerruf sowie Ehrenbeamtinnen und -beamte.

Beschäftigten jetzt auf die volle Besoldung angewiesen sind. Dienstliche Belange dürfen nicht entgegenstehen.

Dem Antrag auf Teilzeitbeschäftigung darf nur entsprochen werden, wenn die Beamtin oder der Beamte sich verpflichtet, während der Dauer der Teilzeitbeschäftigung außerhalb des Beamtenverhältnisses berufliche Verpflichtungen nur in dem Rahmen einzugehen, wie dies auch eine Vollzeitbeschäftigte oder ein Vollzeitbeschäftigter tun kann.

2. Teilzeitbeschäftigung aus familiären Gründen (§ 63 HBG)

Diese Form der Teilzeitbeschäftigung können Beamtinnen oder Beamte in Anspruch nehmen, die mindestens ein Kind unter achtzehn Jahren oder einen pflegebedürftigen sonstigen Angehörigen tatsächlich betreuen oder pflegen. D.h. die Beamtin oder der Beamte muss einen wesentlichen Teil der Betreuung oder Pflege selbst leisten.

Angehörige im Sinne dieser Vorschrift sind

- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft, Verlobte,
- Kinder, Enkel, Eltern, Großeltern,
- Kinder, Enkel, Eltern, Großeltern des Ehegatten,
- Geschwister, Kinder der Geschwister, Ehegatten und Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten und Lebenspartner,
- Geschwister der Eltern,
- Pflegeeltern und Pflegekinder,
- Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners.³

Die Pflegebedürftigkeit ist nachzuweisen. Dies kann durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, einer entsprechenden Bescheinigung einer privaten Pflegeversicherung oder eines ärztlichen Gutachtens erfolgen.

a) Beamtinnen und Beamte mit Dienstbezügen

Bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen besteht für Beamtinnen und Beamte mit Dienstbezügen² ein Anspruch auf Bewilligung einer Teilzeitbeschäftigung mit mindestens 15 Stunden pro Woche, wenn zwingende dienstliche Belange nicht entgegenstehen.

Eine Teilzeitbeschäftigung mit weniger als der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit kann dabei für insgesamt höchstens 17 Jahre bewilligt werden. Beurlaubungen aus familiären oder beschäftigungspolitischen Gründen werden auf diese Höchstdauer angerechnet, nicht aber Teilzeitbeschäftigungen während der Elternzeit (§ 66 Abs. 1 HBG).

³ § 3 Abs. 4 HBG i.V.m. § 20 Abs. 5 HVwVfG

Beispiel: Eine Beamtin, die vier Jahre aus familiären und drei Jahre aus beschäftigungspolitischen Gründen ohne Bezüge beurlaubt war, kann noch für die Dauer von zehn Jahren Teilzeitbeschäftigung mit weniger als der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit in Anspruch nehmen.

b) Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst kann bei Vorliegen der o.g. Voraussetzungen Teilzeitbeschäftigung mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit bewilligt werden, soweit die Struktur der Ausbildung nicht entgegensteht und den unverzichtbaren Erfordernissen der Ausbildung Rechnung getragen wird. Die Bewilligung steht hier im pflichtgemäßen Ermessen des Dienstherrn.

Während der Teilzeitbeschäftigung aus familiären Gründen dürfen nur solche Nebentätigkeiten genehmigt werden, die dem Zweck der Teilzeitbeschäftigung (Gewährleistung ausreichender Betreuungs- und Pflegezeit für die Angehörigen) nicht zuwiderlaufen. Auch hier gilt das unter 1. zur nachträglichen Änderung des Umfangs oder der Dauer der Teilzeitbeschäftigung Ausgeführte.

3. Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit

Während der Elternzeit ist Beamtinnen und Beamten auf Antrag eine Teilzeitbeschäftigung in ihrem Beamtenverhältnis beim selben Dienstherrn zu bewilligen, wenn zwingende dienstliche Gründe nicht entgegenstehen. Die wöchentliche Arbeitszeit darf je Elternteil, der Elternzeit in Anspruch nimmt, nicht mehr als 30 Stunden und nicht weniger als 15 Stunden im Monatsdurchschnitt betragen (§ 8 Abs. 1 Satz 1 und 2 HMuSchEltZVO)⁴. Auch Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst kann während der Elternzeit Teilzeitbeschäftigung bewilligt werden. Deren wöchentliche Arbeitszeit darf nicht weniger als die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit betragen (§ 8 Abs. 1 Satz 3 HMuSchEltZVO).

Mit Genehmigung der oder des Dienstvorgesetzten können Beamtinnen und Beamte auch eine Teilzeitbeschäftigung außerhalb des Beamtenverhältnisses mit bis zu 30 Stunden wöchentlich ausüben. Diese Obergrenze gilt nicht für eine Tätigkeit als Tagespflegeperson im Sinne von § 23 des Achten Buches Sozialgesetzbuch, sofern nicht mehr als fünf Kinder betreut werden. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn der Antrag nicht binnen vier Wochen schriftlich abgelehnt worden ist (§ 8 Abs. 2 HMuSchEltZVO).

Grundsätzlich besteht während der Elternzeit für Beamtinnen und Beamten auf Probe oder auf Widerruf Entlassungsschutz. Dies gilt nicht, wenn diese während der Elternzeit in Teilzeit

⁴ Hessische Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen und die Elternzeit für Beamtinnen und Beamte (Hessische Mutterschutz- und Elternzeitverordnung - HMuSchEltZVO) vom 8. Dezember 2011 (GVBl. I S. 758, 2012 S.10, 340), zuletzt geändert durch Verordnung vom 19. Juni 2018 (GVBl. S. 278)

beschäftigt sind (vgl. § 9 Abs. 1 HMuSchEltZVO). Damit wird berücksichtigt, dass während der Elternzeit in Teilzeit tatsächlich dienstliche Leistungen zu erbringen sind, an Hand derer das Vorliegen der erforderlichen Bewährung bzw. Eignung beurteilt werden kann.

Weitere Informationen zur Inanspruchnahme von Elternzeit finden Sie im Infoblatt „Beurlaubung von Beamtinnen und Beamten“.

II. Verlängerung der Teilzeitbeschäftigung und vorzeitige Rückkehr zur Vollzeitbeschäftigung

Nach Ablauf der jeweiligen Bewilligungsdauer ist die Vollzeitbeschäftigung wieder aufzunehmen, wenn nicht rechtzeitig eine Verlängerung der Teilzeitbeschäftigung beantragt und bewilligt wird. Eine Änderung des Umfangs der Teilzeitbeschäftigung oder ein Übergang zur Vollzeitbeschäftigung während der Dauer des Bewilligungszeitraums ist nur mit Zustimmung der oder des Dienstvorgesetzten zulässig.⁵

III. Arbeitszeit

§ 1 Abs. 5 HAZVO⁶ enthält besondere Regelungen zur Arbeitszeit bei Teilzeitbeschäftigten. Bei Teilzeitbeschäftigung ermäßigt sich die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit nach § 1 Abs. 1 HAZVO entsprechend dem Umfang der bewilligten Teilzeitbeschäftigung. Die regelmäßige tägliche Arbeitszeit ist individuell festzulegen. Die Regelungen zur sog. Sabbatierung nach § 1 Abs. 6 HAZVO finden Anwendung⁷.

§ 3 (feste Arbeitszeit), § 4 Abs. 1 Satz 3 und 4 (Regelung der Kernarbeitszeit und Zeiten der qualifizierten Vertretung) sowie § 5 (Abweichungen davon) HAZVO finden bei Teilzeitbeschäftigung keine Anwendung, weil unter Berücksichtigung der Teilzeitbeschäftigung und unter Beachtung der dienstlichen Belange sowie der allgemeinen Vorschriften zum Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die verschiedensten Formen der Gestaltung der Arbeitszeit möglich sind.

Bei Teilzeitbeschäftigung erfolgt die Gutschrift auf dem Lebensarbeitszeitkonto anteilig entsprechend der bewilligten Arbeitszeit (§ 1a Abs. 1 Satz 5 HAZVO).

⁵ Die Möglichkeit der vorzeitigen Beendigung der Teilzeitbeschäftigung bei erneuter Schwangerschaft nach § 7 Abs. 1 HMuSchEltZVO i.V.m. § 16 Abs. 3 Satz 3 BEEG [Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Januar 2015 (BGBl. I S. 33), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228)] besteht nur bei Inanspruchnahme von Elternzeit, nicht bei einer Teilzeitbeschäftigung nach § 63 HBG.

⁶ Verordnung über die Arbeitszeit der hessischen Beamtinnen und Beamten (Hessische Arbeitszeitverordnung – HAZVO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Dezember 2009 (GVBl. I S. 758, 760), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juni 2018 (GVBl.S. 291)

⁷ In § 1 Abs. 6 HAZVO ist die sogenannte Sabbatierung normiert. Hiernach kann bei einer Teilzeitbeschäftigung von bis zu acht Jahren, wenn dienstliche Gründe nicht entgegenstehen, auf Antrag die Arbeitszeit so verteilt werden, dass die Zeit der Freistellung von der Arbeit bis zu einem Jahr zusammengefasst und an das Ende der bewilligten Teilzeitbeschäftigung gelegt wird.

IV. Erholungsurlaub

Ob sich eine Teilzeitbeschäftigung auf den Anspruch auf Erholungsurlaub auswirkt, hängt davon ab, an wie vielen Tagen in der Woche die Beamtin oder der Beamte arbeitet.

1. Urlaubsanspruch bei Teilzeitbeschäftigung an fünf Tagen pro Woche

Beamtinnen und Beamte, die an fünf Tagen in der Woche teilzeitbeschäftigt sind, z. B. jeden Tag vier Stunden arbeiten, erhalten genauso viele Urlaubstage wie Vollzeitbeschäftigte.

2. Urlaubsanspruch bei Teilzeitbeschäftigung an weniger als fünf Tagen pro Woche

Bei teilzeitbeschäftigten Beamtinnen und Beamten, deren Arbeitszeit im Durchschnitt des Urlaubsjahres auf weniger als fünf Tage in der Woche verteilt ist, vermindert sich der Urlaub für jeden zusätzlichen arbeitsfreien Tag im Urlaubsjahr um ein Zweihundertsechzigstel des Urlaubs (§ 5 Abs. 2 Satz 2 HUrlVO⁸).

Zur Berechnungsweise s. Anlage Beispiel 1

3. Auswirkungen einer Teilzeitbeschäftigung auf bereits erworbene Urlaubsansprüche

Für die Umrechnung des bereits erworbenen Urlaubsanspruchs nach Verringerung der Wochenarbeitstage sind zwei Fallgestaltungen zu unterscheiden:

- a) Für den Regelfall sieht § 5 Abs. 2 Satz 5 HUrlVO die Umrechnung des Urlaubs entsprechend der neuen Verteilung der Arbeitszeit vor. D.h. der Urlaub des laufenden Jahres und eventueller Resturlaub aus dem Vorjahr werden anteilmäßig auf die neue Anzahl der Wochenarbeitstage umgerechnet.

Zur Berechnungsweise s. Anlage Beispiel 2

Dadurch bleibt die Urlaubsdauer bei wochenweiser Betrachtung unverändert bestehen (sechs Wochen pro Jahr). Der Urlaub kann allerdings nach der Arbeitszeitreduzierung nur noch mit Teilzeitbesoldung genommen werden. Will man dies vermeiden, empfiehlt es sich daher, Resturlaub und anteiligen Urlaub des laufenden Jahres vor der Reduzierung der Arbeitszeit noch zu Vollzeitkonditionen zu nehmen.

- b) Eine Ausnahme von a) gilt nach § 5 Abs. 3 HUrlVO nur, soweit Urlaub vor der Verringerung der Arbeitszeit aus dienstlichen Gründen oder wegen Dienstunfähigkeit tatsächlich

⁸ Urlaubsverordnung für die Beamtinnen und Beamten im Lande Hessen (Hessische Urlaubsverordnung – HUrlVO) in der Fassung vom 12. Dezember 2006 (GVBl. I S. 671), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juni 2018 (GVBl. S. 291)

nicht genommen werden konnte. Dies setzt voraus, dass die oder der Betroffene den Urlaub vor der Arbeitszeitverringerung beantragt hat, dieser aus dienstlichen Gründen aber nicht genehmigt oder widerrufen worden ist oder wegen Dienstunfähigkeit nicht angetreten werden konnte.

In einem solchen Fall bleiben die beantragten Urlaubstage von der Änderung unberührt. Dieser Urlaub wird ausnahmsweise in Stunden berechnet; d.h. die betroffenen Urlaubstage werden entsprechend der vor der Arbeitszeitreduzierung geltenden durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit in Stunden umgerechnet und entsprechend der neuen wöchentlichen Arbeitszeit gewährt. An dem Grundsatz, dass Urlaub nur tageweise genehmigt werden kann, ändert sich dadurch nichts.

Zur Berechnungsweise s. Anlage Beispiel 3 ff.

4. Folgen für die Erhöhung der Zahl der Arbeitstage

Bei Wechsel von Teilzeit auf Vollzeit sowie bei Erhöhung der wöchentlichen Arbeitstage wird der Urlaub entsprechend Berechnungsbeispiel 2 auf die neue Zahl der Wochenarbeitstage umgerechnet. Etwas anderes gilt nur für Urlaub, der nach Beispiel 3 in Stunden umgerechnet wurde. Ist dieser bei einer Erhöhung der Arbeitstage noch nicht verbraucht, bleibt er davon unberührt.

V. Mehrarbeit

Mehrarbeit, die über die individuell festgelegte (also verminderte) regelmäßige Arbeitszeit von Teilzeitbeschäftigten hinaus geleistet wird, ist nach Maßgabe des § 61 HBG durch Dienstbefreiung oder in Ausnahmefällen finanziell auszugleichen. Bei Teilzeitbeschäftigung sind die in § 61 Satz 2 HBG bestimmten fünf Stunden im Monat, bis zu deren Erreichen kein Ausgleich für Mehrarbeit erfolgt, anteilig entsprechend der bewilligten Arbeitszeit zu kürzen (§ 61 Satz 3 HBG).

VI. Dienstjubiläum

Die Zeiten einer Teilzeitbeschäftigung werden bei der Berechnung der Jubiläumsdienstzeit voll berücksichtigt (§ 3 Abs. 2 Satz 1 JVO)⁹.

VII. Benachteiligungsverbot

Teilzeitbeschäftigung darf sich nicht nachteilig auf die dienstliche Beurteilung auswirken und das berufliche Fortkommen nicht beeinträchtigen (§ 11 Abs. 3 Satz 2 HGIG)¹⁰. Eine unter-

⁹ Verordnung über die Gewährung von Jubiläumszuwendungen an Beamtinnen und Beamte im Lande Hessen (Dienstjubiläumsverordnung - JVO) vom 11. Mai 2001 (GVBl. I S. 251), zuletzt geändert durch Verordnung vom 3. November 2014 (GVBl. S.269)

schiedliche Behandlung von Beamtinnen und Beamten mit Teilzeitbeschäftigung gegenüber Vollzeitbeschäftigten ist nur zulässig, wenn zwingende sachliche Gründe sie rechtfertigen (§ 67 Abs. 2 HBG). Teilzeitbeschäftigten sind die gleichen beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten und Fortbildungschancen einzuräumen wie Vollzeitbeschäftigten. Sie werden bei der Gewährung freiwilliger sozialer Leistungen Vollzeitbeschäftigten gleichgestellt. Die Wahrnehmung von Leitungsaufgaben steht der Teilzeitbeschäftigung grundsätzlich nicht entgegen (§ 14 Abs. 7 Satz 3 HGIG).

VIII. Laufbahnrecht

Die Zeit einer Teilzeitbeschäftigung kann bei der Probezeit, bei Beförderungen und Aufstieg voll berücksichtigt werden. Entscheidend ist, ob die laufbahnrechtliche Bewährung festgestellt werden kann. So kann die Probezeit einer Beamtin oder eines Beamten nach § 9 Abs. 5 der Hessischen Laufbahnverordnung (HLVO)¹¹ um bis zu zwei Jahre verlängert werden, wenn die Bewährung bis zum Ablauf der vorgesehenen Probezeit nicht festgestellt werden konnte.

Das Ableisten der für den Aufstieg in den gehobenen Dienst gemäß § 36 Abs. 2 HLVO erforderlichen Einführungszeit in Teilzeitbeschäftigung ist nur möglich, soweit die Struktur der Ausbildung nicht entgegensteht und den unverzichtbaren Erfordernissen der Ausbildung Rechnung getragen wird.

IX. Besoldung

Nach § 6 Abs. 1 HBesG¹² werden bei Teilzeitbeschäftigung die Dienstbezüge¹³, die Anwärterbezüge¹⁴ und die vermögenswirksamen Leistungen im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit gekürzt. Dies gilt auch für die Sonderzahlungen nach dem Hessischen Sonderzahlungsgesetz mit Ausnahme des monatlichen Sonderbetrages für Kinder¹⁵.

Die zeitanteilige Kürzung umfasst auch den Familienzuschlag (§ 43 HBesG).

Eine besondere Regelung besteht hinsichtlich des Familienzuschlags der Stufe 1 nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 HBesG sowie der kindbezogenen Anteile im Familienzuschlag nach § 43 Abs. 2 und 3 HBesG, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder Elternteile jeweils im öffentlichen Dienst beschäftigt sind und deshalb Anspruch auf Familienzuschlag oder vergleichbare Leistungen

¹⁰ Hessisches Gesetz über die Gleichberechtigung von Frauen und Männern und zum Abbau von Diskriminierungen von Frauen in der öffentlichen Verwaltung (Hessisches Gleichberechtigungsgesetz - HGIG) vom 20. Dezember 2015 (GVBl. S. 637)

¹¹ Hessische Laufbahnverordnung vom 17. Februar 2014 (GVBl. S. 57), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Februar 2016 (GVBl. S. 30)

¹² Hessisches Besoldungsgesetz (HBesG) vom 27. Mai 2013 (GVBl. S. 218, 256, 508), zuletzt geändert durch Gesetz vom 12. September 2018 (GVBl. S. 577)

¹³ Dienstbezüge sind nach § 1 Abs. 2 HBesG: Grundgehalt, Leistungsbezüge für Professorinnen, Professoren, hauptberufliches Leitungspersonal und Mitglieder von Leitungsgremien an Hochschulen, Familienzuschlag, Zulagen, Vergütungen sowie Auslandsdienstbezüge.

¹⁴ Anwärterbezüge sind nach § 58 Abs. 2 HBesG: Anwärtergrundbetrag, Anwärtersonderzuschläge.

¹⁵ Hessisches Sonderzahlungsgesetz (HSZG) vom 22. Oktober 2003 (GVBl. I S. 280), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Dezember 2015 (GVBl. S. 594)

haben (Anspruchskonkurrenz). Im Falle einer Anspruchskonkurrenz wird der Familienzuschlag nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 sowie § 43 Abs. 2 und 3 HBesG trotz Teilzeitbeschäftigung dann nicht anteilig gekürzt, wenn die ebenfalls im öffentlichen Dienst beschäftigten Ehe- oder Lebenspartner bzw. der andere Elternteil vollzeitbeschäftigt oder nach beamtenrechtlichen Grundsätzen versorgungsberechtigt oder beide Anspruchsberechtigte mit jeweils mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beschäftigt sind oder die Arbeitszeit von beiden zusammengenommen 100 Prozent der regelmäßigen Arbeitszeit umfasst (§ 43 Abs. 4 und 5 HBesG).

Die Teilzeitbeschäftigung hat auf das Aufsteigen in den Erfahrungsstufen des Grundgehalts keine Auswirkung.

Die anteilmäßige Verringerung der Dienst- und Anwärterbezüge bleibt auch während des Erholungsurlaubs, eines Sonderurlaubs unter Fortzahlung der Dienstbezüge, bei Erkrankung oder während der Zeit des Beschäftigungsverbots wegen Mutterschaft unverändert bestehen.

Bei Anwärtnerinnen und Anwärtern, die Anwärterbezüge oder einen Anwärtersonderzuschlag unter der Auflage der Bleibe Verpflichtung erhalten haben, zählt die Zeit einer Teilzeitbeschäftigung für die Erfüllung der Bleibe Verpflichtung voll.

X. Beihilfe

Für Beamtinnen und Beamte des Landes Hessen bleibt bei Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung der Beihilfeanspruch in dem gleichen Umfang wie bei einer Vollzeitbeschäftigung bestehen.

XI. Versorgungsrechtliche Auswirkungen / Ruhegehaltfähigkeit

Nach § 13 Abs. 2 HBeamtVG¹⁶ sind Dienstzeiten mit einer Teilzeitbeschäftigung nur zu dem Teil ruhegehaltfähig, der dem Verhältnis der ermäßigten zur regelmäßigen Arbeitszeit entspricht. Bei längeren Freistellungszeiten ist daher der Höchstruhegehaltssatz nicht zu erreichen.

XII. Informationspflicht der Dienststelle

Beamtinnen und Beamte, die sich für die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung interessieren und sich über die Voraussetzungen und Rechtsfolgen informieren wollen, sollten sich an ihre jeweilige Dienststelle wenden. § 67 Abs. 1 HBG verpflichtet die Dienststelle, auf die Folgen einer Teilzeitbeschäftigung, insbesondere für Ansprüche auf Grund beamtenrechtlicher Regelungen, hinzuweisen.

¹⁶ Hessisches Beamtenversorgungsgesetz vom 27. Mai 2013 (GVBl. S. 218, 312), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juni 2018 (GVBl. S. 291)

Anlage zum Infoblatt Teilzeitbeschäftigung für Beamtinnen und Beamte

Berechnung des Urlaubs bei (Teilzeit-)Beschäftigung an weniger als 5 Tagen pro Woche

Zur Berechnung des Urlaubsanspruchs bei Verteilung der Arbeitszeit auf weniger als fünf Arbeitstagen pro Woche nach § 5 Abs. 2 Satz 2 HUrlVO sind folgende Rechenschritte durchzuführen:

1. Zunächst wird die Anzahl zusätzlicher arbeitsfreier Tage im Jahr im Vergleich zur 5-Tage-Woche bestimmt (z.B. bei 4-Tage-Woche 52, bei 3-Tage-Woche 104).
2. Dann wird die „Vollzeit-Urlaubsdauer“ von 30 Tagen (ggf. plus Zusatzurlaub) durch 260 geteilt und mit der nach Nr. 1 berechneten Anzahl multipliziert.
3. Die so berechnete Tagesanzahl wird von den 30 Urlaubstagen (ggf. plus Zusatzurlaub) bei Vollzeit abgezogen.

Beispiel 1:

Bei Vollzeit bestünde ein Urlaubsanspruch von 30 Tagen; bei Teilzeitbeschäftigung an drei Tagen in der Woche errechnet sich der Urlaubsanspruch wie folgt:

Zwei zusätzliche arbeitsfreie Tage/Woche x 52 Wochen/Jahr = 104 zusätzliche arbeitsfreie Tage im Jahr

$30 \text{ Tage} \cdot \frac{104}{260} = 12 \text{ Tage}$.

Der zustehende Urlaub beträgt daher $(30 - 12 =) 18$ Tage.

Umrechnung bestehender Urlaubsansprüche bei Wechsel von Vollzeit in Teilzeit

1. Berechnungsweise für den Regelfall:

$\text{Urlaubsanspruch neu} = \text{Urlaubsanspruch alt} \times \frac{\text{Grundurlaub neu}}{\text{Grundurlaub alt}}$

Beispiel 2:

Wechsel von Vollzeit in Teilzeit zum 1.3. eines Jahres

Resturlaub aus dem Vorjahr: 6 Tage

Urlaubsanspruch aus dem laufenden Jahr bei 5-Tage-Woche: 30 Tage

Der Urlaub wird wie folgt umgerechnet:

$\text{Urlaubsanspruch neu} = \text{Urlaubsanspruch alt} (36 \text{ Tage}) \times \frac{\text{Grundurlaub neu} (18 \text{ Tage})}{\text{Grundurlaub alt} (30 \text{ Tage})} = 21,6 \text{ Tage}$, gerundet 22 Tage.

2. Berechnungsweise für den Fall, dass beantragter Urlaub vor dem Wechsel tatsächlich nicht genommen werden konnte

Beispiel 3:

Wechsel von Vollzeit mit 41 Stunden/Woche in Teilzeit mit 21 Stunden/Woche, 3 Tage/Woche, 7 Stunden/Tag zum 1.10. eines Jahres

Der im Zeitpunkt des Wechsels noch vorhandene Urlaub des laufenden Jahres in Höhe von 10 Tagen sollte vor der Arbeitszeitreduzierung noch genommen werden und war für die letzten beiden Septemberwochen beantragt, konnte aber wegen Erkrankung nicht genommen werden.

Der Urlaub ist nach § 5 Abs. 3 HUrlVO auf der Grundlage der täglichen Sollarbeitszeit in Stunden umzurechnen:

10 Tage x 8,2 Stunden = 82 Stunden.

Bei der Abwicklung dieses Urlaubs nach dem 1.10. wird für jeden in Anspruch genommenen Urlaubstag die auf den jeweiligen Arbeitstag entfallende Sollarbeitszeit angesetzt, hier also 7 Stunden.

Dies ergibt: 82 Stunden ./ 7 Stunden = 11,7 Tage, gerundet 12 Tage.

3. Weitere Beispielfälle

Beispiel 4:

Wechsel von Vollzeit (41 Stunden/Woche, 5 Tage/Woche, 8,2 Stunden/Tag) in Teilzeit (21 Stunden/Woche, 3 Tage/Woche, 7 Stunden/Tag) zum 1.7. eines Jahres

Resturlaub aus dem Vorjahr: 6 Tage

Urlaubsanspruch aus dem laufenden Jahr bei 5-Tage-Woche: 30 Tage

Urlaub in Höhe von 10 Tagen wurde vor der Arbeitszeitreduzierung beantragt, konnte aber wegen Erkrankung nicht genommen werden. Dieser Urlaub ist nach § 5 Abs. 3 HUrlVO in Stunden umzurechnen:

10 Tage x 8,2 Stunden = 82 Stunden.

Bei der Abwicklung dieses Urlaubs in der Zeit nach dem 1. Juli wird für jeden in Anspruch genommenen Urlaubstag die auf den jeweiligen Arbeitstag entfallende Sollarbeitszeit angesetzt, hier also 7 Stunden. Bei gleichmäßiger Verteilung der Arbeitszeit auf die Wochentage kann der Urlaub direkt in Urlaubstage umgerechnet werden. Dies ergibt hier 11,7 Urlaubstage.

Für den darüberhinausgehenden Urlaub (26 Tage) liegen die Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 HUrlVO nicht vor. Dieser ist wie bisher auf die neue Arbeitszeitverteilung umzurechnen (Resturlaub (26) ./ Grundurlaub alt (30) x Grundurlaub neu (18) = 15,6 Tage).

Gerundet wird nur einmal am Ende der Berechnung des Urlaubs.

Ergebnis: 11,7 + 15,6 = 27,3, gerundet 27 Urlaubstage.

Beispiel 5:

Wechsel von Teilzeit (35 Stunden/Woche, 5 Tage/Woche, 7 Stunden/Tag) in Teilzeit (24 Stunden/Woche, 4 Tage/Woche, 6 Stunden/Tag) zum 20.4. eines Jahres

Resturlaub aus dem Vorjahr: 3 Tage

Urlaubsanspruch aus dem laufenden Jahr bei 5-Tage-Woche: 30 Tage

Urlaub in Höhe von 10 Tagen wurde vor der Arbeitszeitreduzierung beantragt, aus dienstlichen Gründen aber nicht genehmigt. Dieser Urlaub ist nach § 5 Abs. 3 HUrlVO in Stunden umzurechnen:

$10 \times 7 = 70$ Stunden.

Bei der Abwicklung dieses Urlaubs in der Zeit nach dem 20. April wird für jeden in Anspruch genommenen Urlaubstag die auf den jeweiligen Arbeitstag entfallende Sollarbeitszeit angesetzt, hier also 6 Stunden. Dies ergibt 11,7 Urlaubstage.

Für den darüberhinausgehenden Urlaub (23 Tage) liegen die Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 HUrlVO nicht vor. Dieser ist wie bisher auf die neue Arbeitszeitverteilung umzurechnen (Resturlaub (23) ./ Grundurlaub alt (30) x Grundurlaub neu (24) = 18,4 Tage).

Ergebnis: $11,7 + 18,4 = 30,1$, gerundet 30 Urlaubstage.

Beispiel 6:

Wechsel von Teilzeit (30 Stunden/Woche, 4 Tage/Woche, 7,5 Stunden/Tag) in Teilzeit (21 Stunden/Woche, 3 Tage/Woche, 7 Stunden/Tag) zum 10.3. eines Jahres

Resturlaub aus dem Vorjahr: 4 Tage

Urlaubsanspruch aus dem laufenden Jahr bei 4 Tage-Woche: 24 Tage

Urlaub in Höhe von 10 Tagen wurde vor der Arbeitszeitreduzierung beantragt, aus dienstlichen Gründen aber widerrufen. Der anteilige Urlaub für Januar und Februar beträgt 4 Tage. Dazu kommen 4 Tage Resturlaub. Nur diese 8 Tage sind nach § 5 Abs. 3 HUrlVO in Stunden umzurechnen:

$8 \times 7,5 = 60$ Stunden.

Bei der Abwicklung dieses Urlaubs in der Zeit nach dem 10. März wird für jeden in Anspruch genommenen Urlaubstag die auf den jeweiligen Arbeitstag entfallende Sollarbeitszeit angesetzt, hier also 7 Stunden. Dies ergibt 8,6 Urlaubstage.

Für den darüberhinausgehenden Urlaub (20 Tage) liegen die Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 HUrlVO nicht vor. Dieser ist wie bisher auf die neue Arbeitszeitverteilung umzurechnen (Resturlaub (20) ./ Grundurlaub alt (24) x Grundurlaub neu (18) = 15 Tage).

Ergebnis: $8,6 + 15 = 23,6$, gerundet 24 Urlaubstage.

Beispiel 7:

Wechsel von Vollzeit (41 Stunden/Woche, 5 Tage/Woche, 8,2 Stunden/Tag) auf Teilzeit (22 Stunden/Woche, 3 Tage/Woche, Di, Mi 7 Stunden/Tag, Do 8 Stunden) zum 22.3. eines Jahres

Resturlaub aus dem Vorjahr: 4 Tage

Urlaubsanspruch aus dem laufenden Jahr bei 5-Tage-Woche: 30 Tage

Urlaub in Höhe von 10 Tagen wurde vor der Arbeitszeitreduzierung beantragt, konnte aber wegen Erkrankung nicht genommen werden. Dieser Urlaub ist nach § 5 Abs. 3 HUrlVO in Stunden umzurechnen:

$10 \times 8,2 = 82$ Stunden.

Bei der Abwicklung dieses Urlaubs in der Zeit nach dem 22. März wird für jeden in Anspruch genommenen Urlaubstag die auf den jeweiligen Arbeitstag entfallende Sollarbeitszeit angesetzt. Bei ungleichmäßiger Verteilung der Arbeitszeit auf die Wochentage bedeutet dies, dass sich die Stundenzahl je nach Wochentag, für den Urlaub in Anspruch genommen wird, unterschiedlich reduziert. Für Urlaub am Dienstag oder Mittwoch werden 7 Stunden verbraucht, für Urlaub am Donnerstag 8 Stunden. Der Urlaub kann deshalb nicht sofort in Urlaubstage umgerechnet werden, sondern ist in Stunden zu führen. Bei Inanspruchnahme von Urlaub ist zunächst der in Stunden geführte Urlaub anzurechnen. Verbleibt ein Stundenrest, der nicht für einen ganzen Tag Urlaub ausreicht, wird er vor der abschließenden Rundung zum nach Abs. 2 umzurechnenden Urlaub hinzugezählt.

Für den darüberhinausgehenden Urlaub (24 Tage) liegen die Voraussetzungen des § 5 Abs. 3 HUrlVO nicht vor. Dieser ist wie bisher auf die neue Arbeitszeitverteilung umzurechnen (Resturlaub (24) ./ Grundurlaub alt (30) x Grundurlaub neu (18) = 14,4 Tage).

Teilzeitbeschäftigung
im öffentlichen Dienst des Landes Hessen

Voraussetzungen und Rechtsfolgen

Merkblatt
für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Stand: November 2015

I.	Begriff der Teilzeitarbeit	3
II.	Arbeits- und tarifrechtliche Hinweise	3
1.	Arbeitsvertragliche Vereinbarung	3
2.	Rechtsgrundlagen.....	3
2.1	Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG).....	3
2.2	Hessisches Gleichberechtigungsgesetz (HGIG) i.V.m. dem Hessischen Beamtengesetz (HBG).....	4
2.3	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst des Landes Hessen (TV-H)	5
3.	Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit.....	5
4.	Teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung zur Pflege von Angehörigen nach Bundesrecht (PflegeZG, FPfIZG).....	5
5.	Rechtsfolgen	6
5.1	Arbeitszeit	6
5.2	Entgelt.....	6
5.3	Jahressonderzahlung, vermögenswirksame Leistungen	6
5.4	Jubiläumsgeld.....	6
5.5	Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen	6
5.6	Mehrarbeit, Überstunden	7
5.7	Beschäftigungs- und Stufenlaufzeiten	7
5.8	Erholungsurlaub.....	7
5.9	Nebentätigkeiten	8
5.10	Kinderbezogene Zahlungen	8
5.11	Erstattung von Betreuungskosten	8
5.12	Kündigungsschutz	8
III.	Sozialversicherungsrechtliche Hinweise	9
1.	Kranken- und Pflegeversicherung	9
2.	Arbeitslosenversicherung	10
3.	Rentenversicherung.....	10
4.	Besonderheiten bei geringfügiger Beschäftigung und bei Beschäftigung in der Gleitzone.....	10
IV.	Betriebliche Altersversorgung	11
V.	Schlussbemerkung	12

I. Begriff der Teilzeitarbeit

Teilzeitbeschäftigt sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (nachfolgend Beschäftigte genannt), deren vertraglich vereinbarte regelmäßige Wochenarbeitszeit kürzer als die einer oder eines vergleichbaren Vollzeitbeschäftigten ist. Für die Teilzeitbeschäftigung besteht keine Untergrenze bei der Wochenarbeitszeit; d.h., es können auch Arbeitsverhältnisse mit einer Wochenarbeitszeit von nur wenigen Stunden vereinbart werden.

Im Landesbereich gelten für Teilzeitarbeitsverhältnisse die gleichen Tarifverträge wie für Vollzeitarbeitsverhältnisse. Teilzeitbeschäftigte erhalten somit nicht nur den ihrer Arbeitszeit entsprechenden Anteil des tariflichen Entgelts, sondern grundsätzlich auch anteilig die übrigen tariflichen Leistungen (vgl. § 24 Abs. 2 TV-H).

II. Arbeits- und tarifrechtliche Hinweise

1. Arbeitsvertragliche Vereinbarung

Grundsätzlich ist ein Teilzeitarbeitsvertrag – wie jeder andere Arbeitsvertrag – Gegenstand einer Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten. Im Landesbereich wird der Arbeitsvertrag stets schriftlich abgeschlossen.

2. Rechtsgrundlagen

2.1 Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG)

Nach dem Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (Teilzeit- und Befristungsgesetz - TzBfG) vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1966), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854), ist Folgendes zu beachten:

- Ein Arbeitsplatz, der ausgeschrieben wird, ist auch als Teilzeitarbeitsplatz auszu-schreiben, sofern er sich hierfür eignet (§ 7 Abs. 1 TzBfG). Die Entscheidung, ob die jeweiligen Aufgaben eine Aufteilung auf mehrere Beschäftigte zulassen, liegt beim Arbeitgeber.
- Teilzeitbeschäftigte dürfen wegen der Teilzeitarbeit nicht schlechter behandelt werden als vergleichbare Vollzeitbeschäftigte, es sei denn, dass sachliche Gründe eine unterschiedliche Behandlung rechtfertigen (§ 4 Abs. 1 Satz 1 TzBfG). Dies gilt auch nach §§ 1, 3 Abs. 2, 7 Abs. 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1897), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 610), da die Anknüpfung an die Teilzeitarbeit eine mittelbare Benachteiligung wegen des Geschlechts darstellen kann.
- Teilzeitbeschäftigte sollen an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Förderung der beruflichen Entwicklung und Mobilität teilnehmen können, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe oder Aus- und Weiterbildungswünsche anderer Teil- oder Vollzeitbeschäftigter entgegenstehen (§ 10 TzBfG).
- Teilzeitbeschäftigte, die den Wunsch nach einer Veränderung von Dauer und Lage der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit angezeigt haben, sind über entsprechende Arbeitsplätze, die in der Dienststelle besetzt werden sollen, zu informieren (§ 7 Abs. 2 TzBfG).
- Beschäftigte, deren Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate bestanden hat, können verlangen, dass ihre vertraglich vereinbarte Arbeitszeit verringert wird (§ 8 Abs. 1 TzBfG).
- Der Wunsch nach Verringerung der Arbeitszeit sowie deren Umfang ist spätestens drei Monate vor deren Beginn geltend zu machen. Hierbei soll die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit angegeben werden (§ 8 Abs. 2 TzBfG).

- Die Arbeitsvertragsparteien sollen im Wege der gemeinsamen Erörterung anstreben, eine Vereinbarung über Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit zu erreichen. Den Wünschen der Beschäftigten ist zu entsprechen, soweit betriebliche Gründe nicht entgegenstehen (§ 8 Abs. 3 und 4 TzBfG).
- Die Entscheidung über die Verringerung der Arbeitszeit und ihre Verteilung hat der Arbeitgeber spätestens einen Monat vor dem gewünschten Beginn der Verringerung schriftlich mitzuteilen. Sollten sich die Arbeitsvertragsparteien nicht über eine Verringerung und/oder Verteilung geeinigt haben und hat der Arbeitgeber die Arbeitszeitverringerung und/oder die Arbeitszeitverteilung nicht spätestens einen Monat vor dem gewünschten Beginn schriftlich abgelehnt, gilt die Arbeitszeitverringerung bzw. die Arbeitsverteilung entsprechend den Wünschen der Beschäftigten als festgelegt (§ 8 Abs. 5 TzBfG).
- Eine erneute Verringerung der Arbeitszeit kann frühestens nach Ablauf von zwei Jahren verlangt werden, nachdem der Arbeitgeber einer Verringerung zugestimmt oder sie berechtigt abgelehnt hat (§ 8 Abs. 6 TzBfG).
- Teilzeitbeschäftigte, die den Wunsch nach Verlängerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit angezeigt haben, sind bei der Besetzung eines entsprechenden freien Arbeitsplatzes bei gleicher Eignung bevorzugt zu berücksichtigen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe oder Arbeitszeitwünsche anderer Teilzeitbeschäftigter entgegenstehen (§ 9 TzBfG).

2.2 Hessisches Gleichberechtigungsgesetz (HGIG) in Verbindung mit dem Hessischen Beamtengesetz (HBG)

§ 13 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Satz 1 des Hessischen Gesetzes über die Gleichberechtigung von Frauen und Männern und zum Abbau von Diskriminierungen von Frauen in der öffentlichen Verwaltung – Hessisches Gleichberechtigungsgesetz (HGIG) vom 31. August 2007 (GVBl. I S. 586), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2015 (GVBl. I S. 118), verweist für den Bereich der Beschäftigten auf die §§ 63, 64 und 66 des Hessischen Beamtengesetzes (HBG) vom 27. Mai 2013 (GVBl. S. 218), zuletzt geändert durch Gesetz vom 28. März 2015 (GVBl. S. 158).

Nach § 63 Abs. 1 HBG sind Anträge von Beschäftigten auf eine Teilzeitbeschäftigung mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit zur tatsächlichen Betreuung oder Pflege von Kindern unter 18 Jahren oder von pflegebedürftigen sonstigen Angehörigen zu bewilligen, sofern keine zwingenden dienstlichen Belange entgegenstehen.

Die Pflegebedürftigkeit von Angehörigen ist durch ärztliches Gutachten oder durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung nachzuweisen (§ 63 Abs. 1 Satz 2 HBG).

Nach § 63 Abs. 3 HBG kann eine Teilzeitbeschäftigung mit weniger als der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit, mindestens aber 15 Stunden pro Woche, bis zur Dauer von insgesamt 17 Jahren bewilligt werden, sofern die Voraussetzungen des Abs. 1 vorliegen und zwingende dienstliche Belange nicht entgegenstehen.

Nach § 66 Satz 1 HBG dürfen Teilzeitbeschäftigung mit weniger als der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit (§ 63 Abs. 3 HBG) zusammen mit Zeiten einer Beurlaubung aus familiären Gründen (§ 64 Abs. 1 HBG) insgesamt die Dauer von 17 Jahren nicht überschreiten; hierbei bleiben unterhäufige Teilzeitbeschäftigungen, die während einer Elternzeit ausgeübt wurden, allerdings unberücksichtigt (§ 66 Satz 2 HBG).

Beschäftigte, die bei unbefristeter Teilzeitbeschäftigung oder vor Ablauf einer befristeten Teilzeitbeschäftigung oder Ermäßigung der Arbeitszeit zur Betreuung von Kindern oder von nach ärztlichem Zeugnis pflegebedürftigen Angehörigen wieder zur regelmäßigen Arbeitszeit zurückkehren wollen, sind bei der Besetzung von Vollzeitstellen unter Beachtung von § 10 HBG bevorzugt zu berücksichtigen (§ 10 Abs. 6 Satz 2 HGIG).

2.3 Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst des Landes Hessen (TV-H)

Unter den gleichen familienbezogenen Voraussetzungen besteht auch nach den Vorschriften des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst des Landes Hessen (TV-H) vom 1. September 2009 (StAnz. S. 2977), zuletzt geändert durch Änderstarifvertrag Nr. 11 vom 25. Juni 2015 die Möglichkeit, ein Teilzeitarbeitsverhältnis – ohne Stundenbegrenzung – zu vereinbaren (§ 11 Abs. 1 TV-H). Auf Antrag ist die Teilzeitbeschäftigung zunächst auf bis zu fünf Jahre zu befristen. Sie kann verlängert werden. Der Antrag ist jedoch spätestens sechs Monate vor Ablauf der vereinbarten Teilzeitbeschäftigung zu stellen.

Beschäftigte, die nicht aus den familienbezogenen Gründen des § 11 Abs. 1 TV-H eine Teilzeitbeschäftigung vereinbaren wollen, können vom Arbeitgeber verlangen, dass er mit ihnen die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung mit dem Ziel erörtert, zu einer entsprechenden Vereinbarung zu gelangen (§ 11 Abs. 2 TV-H).

Früher Vollzeitbeschäftigte, mit denen auf ihren Wunsch eine nicht befristete Teilzeitbeschäftigung vereinbart worden ist, sollen bei einer späteren Besetzung eines Vollzeitarbeitsplatzes bei gleicher Eignung im Rahmen der dienstlichen bzw. betrieblichen Möglichkeiten bevorzugt berücksichtigt werden (§ 11 Abs. 3 TV-H).

3. Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit

Beschäftigte können nach § 15 Abs. 4 Satz 1 in Verbindung mit § 1 Abs. 6 des Gesetzes zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz – BEEG) vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), neugefasst durch Bekanntmachung vom 27. Januar 2015 (BGBl. I S. 33) auch während der Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung ausüben. Diese darf jedoch nicht mehr als 30 Wochenstunden im Durchschnitt des Monats umfassen.

Bei einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit gelten dieselben gesetzlichen bzw. tarifvertraglichen Regelungen wie für sonstige Teilzeitbeschäftigung. Einkommen aus einer Teilzeitbeschäftigung wirken sich grundsätzlich auf das zustehende Elterngeld aus. Für diese Bezugsmonate mit Einkommen ist das Elterngeld für jede Bezugsform (Basiselterngeld und Elterngeld Plus) gesondert zu berechnen (§ 2 Abs. 3 BEEG).

Die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während des Elterngeldbezuges ist der Elterngeldstelle umgehend mitzuteilen.

Nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wird auf Antrag von der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung befreit, wer durch die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung versicherungspflichtig wird. Die Befreiung erstreckt sich **nur** auf die Elternzeit.

Bei einer beabsichtigten Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit empfiehlt es sich, vorab entsprechende Auskünfte bei der zuständigen Krankenkasse und der Elterngeldstelle einzuholen.

4. Teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung zur Pflege von Angehörigen nach Bundesrecht (PflegeZG, FPfIZG)

Neben den unter Tz. 2 behandelten Rechtsgrundlagen ist eine Reduzierung der Arbeitszeit auch bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen nach dem Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) sowie nach dem Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz – FPfIZG) vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) möglich. Hier geht es um Freistellungsmöglichkeiten zur Pflege von Angehörigen.

Aufgrund der umfangreichen Neuregelungen zum 1. Januar 2015 und der damit verbundenen Besonderheiten wird auf die Möglichkeiten der Arbeitszeitreduzierung nach den beiden vorgenannten Gesetzen in diesem Merkblatt nicht weiter eingegangen. Vielmehr wird auf die Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf – Neue ge-

setzliche Regelungen“ des zuständigen Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hingewiesen, die auf dessen Homepage abrufbar ist.

5. Rechtsfolgen

5.1 Arbeitszeit

Bei Teilzeitbeschäftigungen sind weitgehende Gestaltungsmöglichkeiten bei der Verteilung der Arbeitszeit eröffnet. Die Arbeitszeitgestaltung hat jedoch gleichermaßen den dienstlichen Belangen, z.B. auch den räumlichen Gegebenheiten des Arbeitgebers und den Belangen der Beschäftigten – insbesondere wenn sie familienbezogener Art sind – Rechnung zu tragen.

Die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes bezüglich Höchstarbeits- und Ruhezeiten sind zu beachten und einzuhalten.

5.2 Entgelt

Teilzeitbeschäftigte erhalten – soweit tarifvertraglich nicht ausdrücklich etwas anderes geregelt ist – von dem Entgelt, das für entsprechende Vollzeitbeschäftigte festgelegt ist, den Teil, der dem Maß der mit ihnen vereinbarten durchschnittlichen Arbeitszeit entspricht (vgl. § 24 Abs. 2 TV-H). Die Berechnung des Entgelts erfolgt nach den gleichen Grundsätzen wie bei Vollzeitbeschäftigten.

Die durch § 4 Abs.1 TzBfG garantierte Gleichbehandlung von Teil- und Vollzeitbeschäftigten erfordert, dass die gleichen Bemessungskriterien angewandt werden. Leistungen, deren Bemessungsgrundlage die Dauer der Arbeitszeit ist, sind daher regelmäßig entsprechend der verringerten Arbeitsleistung anteilig zu kürzen.

Auswirkungen auf die Dauer der Fortzahlung von Bezügen im Krankheitsfall ergeben sich bei Teilzeitbeschäftigung nicht.

5.3 Jahressonderzahlung, vermögenswirksame Leistungen

Bemessungsgrundlage für die **Jahressonderzahlung** ist grundsätzlich das durchschnittlich gezahlte Entgelt der Referenzmonate Juli, August und September des jeweiligen Jahres (§ 20 Abs. 3 Satz 1 TV-H). Eine Teilzeitbeschäftigung in diesen Monaten verringert die Bemessungsgrundlage der Jahressonderzahlung entsprechend.

Beispiel:

Ein Beschäftigter erhält im Juli und August je ein Tabellenentgelt in Höhe von 1.800 Euro. Im September ist er nur noch mit 50 v.H. der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollzeitbeschäftigten tätig und erhält dementsprechend ein zeitanteiliges Tabellenentgelt in Höhe von 900 Euro. Das durchschnittlich gezahlte monatliche Entgelt, das als Bemessungsgröße für die Jahressonderzahlung dient, beträgt somit 1.500 Euro $[(1.800 \text{ Euro} + 1.800 \text{ Euro} + 900 \text{ Euro}) / 3]$.

Besonderheiten gelten, wenn im Kalenderjahr der Geburt des Kindes eine elterngeldunschädliche Teilzeitbeschäftigung ausgeübt wird (§ 20 Abs. 3 Satz 4 TV-H).

Die **vermögenswirksamen Leistungen** werden entsprechend der Berechnungsweise für das Tabellenentgelt anteilig verringert (§ 23 Abs. 1 in Verbindung mit § 24 Abs. 2 TV-H).

5.4 Jubiläumsgeld

Teilzeitbeschäftigte erhalten das Jubiläumsgeld (vgl. § 23 Abs. 2 Satz 2 TV-H) in voller Höhe. Zeiten einer Teilzeitbeschäftigung werden in **vollem** Umfang bei der Festsetzung der der Jubiläumszeit zu Grunde liegenden Beschäftigungszeit berücksichtigt.

5.5 Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen

Anspruch auf Beihilfen haben ausschließlich Beschäftigte im Rahmen einer Besitzstandsicherung, die bis zum 30. April 2001 nach der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO) vom 5. Dezember 2001 (GVBl. I S. 482), zuletzt geändert durch Verordnung vom 28. September 2015 (GVBl. I S. 370), beihilfeberechtigt waren und deren Arbeits-

oder Ausbildungsverhältnis (unabhängig vom Beschäftigungsumfang) über diesen Zeitpunkt hinaus **ununterbrochen** fortbestanden hat (§§ 2 Abs. 1 Nr. 4, 18 Abs. 4 HBeihVO; Protokollerklärung zu § 13 des Tarifvertrag zur Überleitung der Beschäftigten des Landes Hessen in den TV-H und zur Regelung des Übergangsrechts – TVÜ-H – vom 1. September 2009 – StAnz. S. 2977 –, zuletzt geändert durch Änderungstarifvertrag Nr. 8 vom 15. April 2015). Es wird angeraten, sich wegen evtl. Auswirkungen einer Teilzeitbeschäftigung auf eine bestehende Beihilfeberechtigung an die Beihilfestelle zu wenden.

Teilzeitbeschäftigte haben Anspruch auf anteilige Beihilfeleistungen nach dem Maß der im Zeitpunkt der Aufwendung vereinbarten Wochenarbeitszeit.

5.6 Mehrarbeit, Überstunden

Für Arbeitsstunden, die auf Anordnung des Arbeitgebers über die vereinbarte regelmäßige Stundenzahl hinaus bis zur regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten (§ 6 Abs. 1 TV-H) geleistet werden (**Mehrarbeit**), erhalten Teilzeitbeschäftigte, sofern ihnen ein entsprechender Freizeitausgleich nicht gewährt werden kann, den auf eine Stunde entfallenden Anteil des Tabellenentgelts von entsprechenden Vollzeitbeschäftigten (§ 7 Abs. 6, § 8 Abs. 4 TV-H).

Für Arbeitsstunden, die auf Anordnung des Arbeitgebers über die regelmäßige wöchentliche Stundenzahl von Vollzeitbeschäftigten (§ 6 Abs. 1 TV-H) hinaus geleistet werden (**Überstunden**), erhalten Teilzeitbeschäftigte Überstundenzuschläge neben einem entsprechenden Freizeitausgleich bzw. neben dem individuellen Stundenentgelt, maximal das Stundenentgelt der Stufe 4 (§ 7 Abs. 7, § 8 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Buchst. a, Abs. 2 TV-H).

Nach dem 1. Januar 2010 neu eingestellte Beschäftigte sind aufgrund einer Vereinbarung im Musterarbeitsvertrag zur Leistung von Mehrarbeit und Überstunden verpflichtet (vgl. § 6 Abs. 5 TV-H). Bei übergeleiteten Tarifbeschäftigten ist eine arbeitsvertragliche Regelung oder Zustimmung im Einzelfall zur Heranziehung zu Mehrarbeit und Überstunden nicht erforderlich (§ 28b TVÜ-H).

Übergeleitete Teilzeitbeschäftigte sollen jedoch zu Mehrarbeit und Überstunden nur in dem Verhältnis herangezogen werden wie entsprechende Vollzeitbeschäftigte; Teilzeitbeschäftigte, die ein Kind unter 18 Jahren oder nach ärztlichem Gutachten pflegebedürftige sonstige Angehörige tatsächlich betreuen oder pflegen sowie Teilzeitbeschäftigte, die in einem weiteren Beschäftigungsverhältnis stehen, sollen nur in Ausnahmefällen zu Mehrarbeit und Überstunden herangezogen werden (s. Protokollerklärung zu § 28b TVÜ-H).

5.7 Beschäftigungs- und Stufenlaufzeiten

Auf die Beschäftigungs- und Stufenlaufzeiten (§ 17 Abs. 3 Satz 4, § 34 Abs. 3 TV-H) werden Zeiten einer Teilzeitbeschäftigung voll angerechnet. Der Aufstieg in den Stufen wird durch eine Teilzeitbeschäftigung nicht berührt.

5.8 Erholungsurlaub

Die Dauer des zustehenden jährlichen Erholungsurlaubs ist nicht von der Dauer der vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit, sondern von der Lage und Verteilung der Arbeitszeit und somit von der Anzahl der wöchentlichen Arbeitstage abhängig.

Soweit bei Teilzeitbeschäftigten die wöchentlichen Arbeitstage von der 5-Tage-Woche nach unten abweichen, verringern sich die Urlaubstage entsprechend (§ 26 Abs. 1 Satz 4 TV-H). Die tatsächliche Dauer des Urlaubs bleibt jedoch unberührt, wie das nachfolgende Beispiel zeigt:

Beispiel:

Wird die Arbeitszeit von z.B. 19,25 oder 20 (je nach Vollarbeitszeit) Stunden wöchentlich auf drei Tage pro Woche verteilt, ergibt sich bei einem Jahresurlaub von 30 Arbeitstagen (5-Tage-Woche) eine Reduzierung auf 18 Arbeitstage.

Diese 18 Arbeitstage reichen aus, um wie bei Vollzeitbeschäftigten pro Jahr sechs Wochen Urlaub zu erreichen.

5.9 Nebentätigkeiten

Die beamtenrechtlichen Vorschriften finden nach § 3 Abs. 4 TV-H unter Beachtung der Besonderheiten des Arbeitsverhältnisses sinngemäß Anwendung (vgl. Infoblatt Ausübung von Nebentätigkeiten, siehe Homepage des HMdIS).

5.10 Kinderbezogene Zahlungen

Die Höhe des **Kindergeldes** wird durch die Ausübung einer Teilzeitbeschäftigung nicht berührt.

Die Höhe tariflicher kinderbezogener Leistungen, wie die **Kinderzulage** nach § 23a TV-H und die **kinderbezogenen Entgeltbestandteile** (Besitzstandszulage) nach § 11 TVÜ-H richtet sich dagegen grundsätzlich nach dem Rätierlichkeitsgebot des § 24 Abs. 2 TV-H (s. Abschnitt I).

5.11 Erstattung von Betreuungskosten

Entstehen durch die Teilnahme an dienstlichen Fortbildungsmaßnahmen unvermeidliche Kosten für die Betreuung von Kindern unter zwölf Jahren oder von nach ärztlichem Zeugnis pflegebedürftigen Angehörigen, so werden diese nach § 11 Abs. 4 HGIG erstattet. Die Kosten sind innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Monat bei der Beschäftigungsbehörde schriftlich zu beantragen. Die Frist beginnt mit dem Tage nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme.

5.12 Kündigungsschutz

Die kündigungsschutzrechtlichen Bestimmungen sehen keine Differenzierung zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten vor.

- TzBfG

Das in § 4 Abs. 1 TzBfG normierte Diskriminierungsverbot ist zu beachten. Nach § 11 TzBfG ist die Kündigung eines Arbeitsverhältnisses wegen der Weigerung Beschäftigter, von einem Vollzeit- in ein Teilzeitarbeitsverhältnis oder umgekehrt zu wechseln, unwirksam. Das Recht zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses aus anderen Gründen bleibt unberührt.

- BEEG

Für Beschäftigte, die während der Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, gilt ein besonderer Kündigungsschutz.

Für Eltern von **vor dem 1. Juli 2015** geborenen oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kindern gilt:

Der Arbeitgeber darf ab dem Zeitpunkt, von dem an Elternzeit verlangt worden ist, höchstens jedoch acht Wochen vor Beginn der Elternzeit sowie während der Elternzeit nicht kündigen (§ 18 Abs. 1 Satz 1 BEEG a.F.).

Für Eltern von **ab dem 1. Juli 2015** geborenen oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kindern gilt:

Der Arbeitgeber darf ab dem Zeitpunkt, von dem an Elternzeit verlangt worden ist sowie während der Elternzeit nicht kündigen (§ 18 Abs. 1 Satz 1 und 2 BEEG n.F.). Der Kündigungsschutz beginnt frühestens **acht** Wochen vor Beginn einer Elternzeit bis zum vollendeten dritten Lebensjahr des Kindes und frühestens **14** Wochen vor Beginn einer Elternzeit zwischen dem dritten Geburtstag und dem vollendeten achten Lebensjahr des Kindes (§ 18 Abs. 1 Satz 2 BEEG n.F.).

Lediglich in besonderen Fällen kann eine Kündigung ausnahmsweise für zulässig erklärt werden (vgl. § 18 BEEG n.F. und a.F.).

Nach § 18 Abs. 2 BEEG n.F. und a.F. gilt der Kündigungsschutz nach § 18 Abs. 1 n.F. und a.F. entsprechend, wenn Beschäftigte während der Elternzeit bei demselben Arbeitgeber Teilzeitarbeit leisten oder – ohne Elternzeit in Anspruch zu nehmen – Teilzeitarbeit leisten und Anspruch auf Elterngeld nach § 1 BEEG während des Bezugsraums nach § 4 Abs. 1 BEEG haben. Diese Regelung erfasst insbesondere bereits bestehende Teilzeitarbeitsverhältnisse von nicht mehr als 30 Wochenstunden im Durchschnitt des Monats, die aus Anlass der Betreuung und Erziehung des Kindes nicht umgestaltet zu werden brauchen.

Auf die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erlassene „Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Kündigungsschutz bei Elternzeit vom 3. Januar 2007“ wird hingewiesen (BAz 2007, Nr. 5 S. 247).

III.

Sozialversicherungsrechtliche Hinweise

Grundsätzlich werden Teilzeitbeschäftigte in der Sozialversicherung wie Vollzeitbeschäftigte behandelt.

1. Kranken- und Pflegeversicherung

Beschäftigte, die versicherungspflichtig werden, weil ihre Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollzeitbeschäftigter herabgesetzt wird, werden auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung befreit, sofern sie bereits seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind (§ 8 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, § 20 und § 23 SGB XI).

Das gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluss an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die vorstehenden Voraussetzungen erfüllt.

Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden; sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden (§ 8 Abs. 2 SGB V).

Beschäftigte, die wegen der Umstellung ihres Arbeitsverhältnisses in ein Teilzeitarbeitsverhältnis krankenversicherungspflichtig werden und von der Befreiungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen wollen, können ihren Versicherungsvertrag bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen (§ 205 Abs. 2 VVG). Das Recht auf Kündigung besteht auch für solche Personen, für die eine Familienversicherung nach § 10 SGB V eintritt.

Kommen nach der Kündigung des privaten Versicherungsvertrages eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung nicht zu Stande, oder endet eine Pflicht-/Familienversicherung, bevor die Vorversicherungszeit für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt ist, ist das private Versicherungsunternehmen ohne Risikoprüfung und zu den bei der Kündigung geltenden Tarifbedingungen zu einem erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat (§ 5 Abs. 9 SGB V).

Bei Pflichtversicherten in Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung werden die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung von den Beschäftigten und deren Arbeitgeber getragen (§ 249 SGB V, § 58 SGB XI). Freiwillig in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Versicherte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind oder privat Versicherte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder der Altersgrenze von 55 Jahren für den Eintritt der Versi-

versicherungspflicht versicherungsfrei sind, erhalten einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI.

Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sind vorbehaltlich des § 23 Abs. 2 SGB XI verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten (§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Wegen der Auswirkungen einer Teilzeitarbeit auf die Ansprüche in der gesetzlichen bzw. privaten Kranken- und Pflegeversicherung sollte bei der zuständigen Krankenkasse eine Auskunft eingeholt werden.

2. Arbeitslosenversicherung

Wegen der geringeren Arbeitsentgelte und Beiträge wirken sich Zeiten einer Teilzeitbeschäftigung grundsätzlich auf die Höhe des Arbeitslosengeldes (ALG I) aus (vgl. §§ 151 ff. SGB III).

3. Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung ergeben sich für Zeiten einer Teilzeitarbeit wegen geringerer Arbeitsentgelte und Beiträge geringere persönliche Entgeltpunkte für die Rentenberechnung, also geringere Rentenansprüche.

Wegen der Auswirkungen einer Teilzeitarbeit auf die späteren Ansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung sollte bei den zuständigen Rentenversicherungsträgern, bei den Beratungsstellen, den Versicherungsämtern bzw. Versichertenältesten eine Auskunft eingeholt werden.

4. Besonderheiten bei geringfügiger Beschäftigung und bei Beschäftigung in der Gleitzone

Für geringfügig Beschäftigte sind die nachstehenden Besonderheiten zu beachten. Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

- das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 450 Euro nicht übersteigt (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV) – (*geringfügig entlohnte Beschäftigte*)
oder
- die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 450 Euro im Monat übersteigt (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV) – (*kurzfristig Beschäftigte*)¹.

Geringfügig entlohnte Beschäftigte (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV) sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 7 SGB V), in der Pflegeversicherung sowie in der Arbeitslosenversicherung versicherungsfrei, nicht aber durchweg beitragsfrei.

Trotz der Versicherungsfreiheit hat der Arbeitgeber nach § 249b Satz 1 SGB V einen Pauschalbeitrag in Höhe von 13 v.H. des Arbeitsentgelts zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten. Dies gilt auch, wenn Beschäftigte aus anderen Gründen, z.B. in der Familienversicherung (§ 10 SGB V) versichert sind. Ein zusätzlicher Leistungsanspruch wird durch den Pauschalbeitrag nicht begründet.

¹ Für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis einschließlich 31. Dezember 2018 gelten folgende Schwellenwerte (§ 115 SGB IV):

Eine kurzfristige Beschäftigung liegt dann vor, wenn die Beschäftigung innerhalb des Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 450 Euro im Monat übersteigt. Dies gilt auch für Saisonarbeitskräfte. Nach dem og Zeitraum gelten wieder die vorherigen Schwellenwerte.

In der Rentenversicherung hat der Arbeitgeber für geringfügig entlohnte Beschäftigte einen Pauschalbeitrag in Höhe von 15 v.H. des Arbeitsentgelts zu entrichten.

- Wurde die **geringfügig entlohnte Beschäftigung nach** dem 31. Dezember 2012 aufgenommen, besteht grundsätzlich **Versicherungspflicht** in der gesetzlichen Rentenversicherung. Da der Arbeitgeber nach § 168 Abs. 1 Nr. 1b SGB VI den Pauschalbeitrag in Höhe von 15 v.H. des Arbeitsentgelts (§ 163 Abs. 8 SGB VI) trägt, haben die Beschäftigten lediglich die Differenz zum allgemeinen Beitragssatz (2015: 18,7 v.H.; also 3,7 v.H.) bei einer Mindestbemessungsgrundlage von 175 Euro (§ 163 Abs. 8 SGB VI) zu tragen. D.h., wenn ein Arbeitsentgelt unterhalb eines Betrages von 175 Euro erzielt wird, werden die Pauschalbeiträge auf der Grundlage von 175 Euro errechnet. Beschäftigte können gegenüber dem Arbeitgeber schriftlich beantragen, auf die Versicherungspflicht zu verzichten (§ 6 Abs. 1b SGB VI). Dann entfällt der von den Beschäftigten zu zahlende Anteil.
- **Geringfügig entlohnte Beschäftigungen**, die **vor** dem 1. Januar 2013 aufgenommen wurden, sind in der gesetzlichen Rentenversicherung grundsätzlich **versicherungsfrei**, solange das Arbeitsentgelt nicht 400 Euro übersteigt (§ 230 Abs. 8 SGB VI). Beschäftigte können jedoch jederzeit auf die Versicherungsfreiheit verzichten, indem dies dem Arbeitgeber gegenüber schriftlich erklärt wird. Der Verzicht gilt für die gesamte Dauer des Beschäftigungsverhältnisses (ebenso wie bei allen übrigen parallel ausgeübten geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen) und kann nicht widerrufen werden. Machen Beschäftigte hiervon Gebrauch, müssen sie die Differenz zwischen dem vom Arbeitgeber zu tragenden Pauschalbeitrag und dem gewöhnlichen Beitrag (s. Punkt zuvor) tragen.
- Erhöht sich bei einem **vor** dem 1. Januar 2013 aufgenommenen geringfügigen Beschäftigungsverhältnis das Arbeitsentgelt nach dem 31. Dezember 2012 auf einen Betrag zwischen 400,01 Euro und 450 Euro werden Beschäftigte versicherungspflichtig mit der Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen.

Kurzfristig Beschäftigte (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV) sind in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung versicherungsfrei. Auch in der Rentenversicherung besteht unabhängig vom Datum der Beschäftigungsaufnahme Versicherungsfreiheit (§ 5 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV). Pauschale Beiträge werden weder vom Arbeitgeber noch von der oder dem Beschäftigten abgeführt.

Für Arbeitsentgelte von mehr als 450 Euro bis zur Grenze von 850 Euro wurde eine sog. **Gleitzone** (Progressionszone) eingeführt. In dieser unterliegen die Arbeitsentgelte der Beitragspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung. In dieser Gleitzone wird der Beitragsbemessung auf Beschäftigtenseite ein reduziertes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt zugrunde gelegt. Beschäftigte können jedoch hierauf verzichten (Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber) und den Beitrag zur Rentenversicherung entsprechend des tatsächlichen Arbeitsentgelts zahlen. Somit werden in der Rentenversicherung Ansprüche erworben, die dem tatsächlichen Arbeitsentgelt entsprechen.

In der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung ist ein solcher Verzicht nicht möglich.

Sowohl geringfügig entlohnte Beschäftigte als auch kurzfristig Beschäftigte und Beschäftigte in der Gleitzone sind in der gesetzlichen Unfallversicherung kraft Gesetzes gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert.

IV. Betriebliche Altersversorgung

Für geringfügig Beschäftigte im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV (*geringfügig entlohnte Beschäftigte*) besteht Versicherungspflicht in der betrieblichen Altersversorgung.

Für diejenigen Beschäftigten, die im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV geringfügig beschäftigt sind (*kurzfristig Beschäftigte*), besteht keine Versicherungspflicht in der betrieblichen Altersversorgung.

In der betrieblichen Altersversorgung ergeben sich wegen der in Zeiten einer Teilzeitarbeit erzielten geringeren Arbeitsentgelte regelmäßig geringere Versorgungspunkte bei der Altersversorgung und somit auch ein geringerer Leistungsanspruch.

Bei Fragen zu den Auswirkungen einer Teilzeitarbeit auf die späteren Ansprüche aus der betrieblichen Altersversorgung wird empfohlen, eine Auskunft bei der

Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL),

Hans-Thoma-Straße 19, 76133 Karlsruhe,

Telefon: 0721/155-0

Telefax: 0721/155-666

E-Mail: info@vbl.de

Internet: www.vbl.de

einzuholen.

V.

Schlussbemerkung

Bitte denken Sie daran, dass ein Merkblatt lediglich einen Überblick über die wichtigsten Fragen geben kann. Das Merkblatt soll und kann eine individuelle Beratung durch die zuständigen Versicherungsträger nicht ersetzen. Für weitere Auskünfte hinsichtlich der Auswirkungen auf die Sozialversicherung oder die betriebliche Altersversorgung wenden Sie sich daher bitte auch an die für Sie zuständigen Versicherungsträger.