

**Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern**



**Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie**

# **Eingliederungshilfe**

**Fachtagung im Landessozialamt Oldenburg am 14.11.2008**

## **Juristische Grundlagen der Eingliederungshilfe**

Claudia Schröder - Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

## **Das sprachgestörte Kind: Integrations- oder Sprachheilkindergarten?**

Manfred Flöther - Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

Sabine Roos - Gesundheitsamt im Landkreis Wittmund

## **Möglichkeiten und Grenzen schulischer Integration in der Grundschule**

Ulrike Marks - Förderschule Varel

## **Inclusion, Integration oder Sonderschule aus schulpsychologischer Sicht mit dem Schwerpunkt der gestörten emotionalen und sozialen Entwicklung**

Dr. Annette Ostermann - Landesschulbehörde



Es gilt das gesprochene Wort!

**Vortrag auf der Fachtagung des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales,  
Jugend und Familie am 14.11.2008 in Oldenburg:**

**„Juristische Grundlagen der Eingliederungshilfe (EGH)“**

**(Folie..)**

Sehr geehrte Frau Gäde,  
sehr geehrter Herr Flöther,  
sehr geehrte Damen und Herren,

gerne bin ich der Bitte nachgekommen, auf dieser Fachtagung den  
Eröffnungsvortrag zu halten und die rechtlichen Grundlagen der Eingliederungshilfe  
zu erläutern.

Bevor ich mit dem eigentlichen Thema beginne, möchte ich mich kurz vorstellen:  
Mein Name ist Claudia Schröder, ich bin Juristin, 48 Jahre alt, habe zwei erwachsene  
Töchter und leite im Landesamt für Soziales, Jugend und Familie als  
Abteilungsdirektorin u.a. den Bereich der Sozialhilfe, der sich schwerpunktmäßig mit  
Leistungen der Eingliederungshilfe befasst.

**(Folie..)**

Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie ist eine obere  
Landesbehörde und gehört zum Ressort des Sozialministeriums. Als obere  
Landesbehörde sind wir niedersachsenweit zuständig. Unsere Zentrale befindet sich  
in Hildesheim, mit weiteren 6 Außenstellen sind wir auch in der Fläche vertreten. Das  
Aufgabenfeld meiner Behörde umfasst ein breites und vielfältiges Spektrum an

Sozialleistungen im Zusammenhang mit Behinderung, mit besonderen Sozialen Schwierigkeiten und sonstigen Beeinträchtigungen, mit Benachteiligung, mit Auswirkungen von Gewalttaten sowie weiteren Aufsichts- Ordnungs- und Kostenerstattungsfunktionen. Insgesamt beschäftigt das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie an den sieben Standorten rund 1.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Den heutigen Vortrag habe ich in insgesamt fünf Themenfelder gegliedert:

**(Folie..)**

Ich beginne mit einer Darstellung der verschiedenen Säulen des Sozialleistungssystems in Deutschland. Darauf aufbauend möchte ich mit Ihnen zum besseren Verständnis der Ziele der Sozialhilfe die historische Entwicklung des Sozialhilferechts beleuchten, um dann die Struktur der heutigen Sozialhilfe im Allgemeinen und der Eingliederungshilfe im Besonderen zu erläutern. Insbesondere die Eingliederungshilfe wird inhaltlich wesentlich gestaltet durch das Zusammenwirken des im SGB IX normierten Rechts auf Rehabilitation und Teilhabe und die sozialhilferechtliche Ausgestaltung der Eingliederungshilfe im SGB XII. Darauf aufbauend möchte ich meinen Vortrag beenden mit einer Darstellung des Leistungsspektrums der Eingliederungshilfe mit dem Schwerpunkt der Leistungen für Kinder und Jugendliche.

Im Anschluss ist in der Tagesordnung eine Diskussion vorgesehen, für die ich gerne zur Verfügung stehe. Sie können aber auch jederzeit während meines Vortrags Fragen stellen und müssen damit nicht bis zum Ende warten.

**(Folie..)**

Das Sozialleistungssystem in Deutschland besteht aus zwei eigenständigen Säulen. Der Aufgabenschwerpunkt des Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie liegt auf der Säule der Sozial- und Entschädigungsleistungen. Hiervon zu unterscheiden ist die Säule der Sozialversicherungsleistungen.

Die Sozialversicherungen beruhen auf dem Prinzip der Vorsorge und sind im Wesentlichen beitragsfinanziert. Die Mitglieder der Sozialversicherungen treten gewissermaßen mit ihren Beiträgen in Vorleistung und sichern sich dadurch gegen konkret beschriebene Risiken, wie Krankheit, Ausscheiden aus dem Erwerbsleben

oder Pflegebedürftigkeit ab. Der Grundgedanke des Sozialversicherungsrechts ist geprägt von dem Gegenseitigkeitsverhältnis zwischen Beitrag und Versicherungsleistung. Verwaltet werden die Beiträge der Beitragszahler seitens der Selbstverwaltungskörperschaften. Klassische Rechtsgrundlagen sind die Sozialgesetzbücher V (GKV), VI (Rente) und III (Arbeitslosigkeit).

Die zweite Säule des Sozialleistungssystems umfasst alle beitragsunabhängigen und somit Steuer- und Abgabenfinanzierten Leistungen. Im Gegensatz zu den Sozialversicherungsleistungen beruhen die Sozialleistungen nicht auf einem Gegenseitigkeitsverhältnis, sondern sind unabhängig von Vorleistungen. Voraussetzung ist allein die Hilfebedürftigkeit des Leistungsempfängers. Innerhalb der Sozialleistungen wird unterschieden zwischen den Leistungen der Versorgung und den Leistungen der öffentlichen Fürsorge.

**(Folie...)**

Versorgungsleistungen sind Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts. Leistungsberechtigte sind Personen, die in einem besonderen Gewaltverhältnis zu Schaden gekommen sind. Versorgungsleistungen basieren daher auf dem klassischen Prinzip des Schadensausgleichs. Zu den betroffenen Personenkreisen gehören u.a. Kriegsbeschädigte, Wehrdienstleistende, Zivildienstleistende, Impfgeschädigte und Opfer von Gewalttaten. Die Leistung ist kausal orientiert und zielt auf eine Entschädigung für den erlittenen Schaden.

Demgegenüber sind Leistungen der öffentlichen Fürsorge, das sind die Leistungen der Sozialhilfe, auf die Deckung eines aktuellen Hilfebedarfs ausgerichtet und sind grundsätzlich unabhängig von der Ursache der Bedarfssituation. Insofern ist das System der Leistungen der öffentlichen Fürsorge nicht kausal, sondern final ausgerichtet. Bei der Bedarfsbemessung sind daher zwei Gedanken maßgebend: 1.) die Beseitigung einer existenziellen Notlage und 2.) die Angleichung von Chancen der Lebensführung im Wege der Förderung, wir sprechen hier von der so genannten „Bedarfsgerechtigkeit“.

Der Begriff „Bedarfsgerechtigkeit“ beinhaltet bereits das wesentliche des Leistungszieles der Sozialhilfe. Es geht um die Bedarfsdeckung im Dienst der

sozialen Chancengleichung, zum besseren Verständnis: es geht in der Sozialhilfe nicht um allgemeine soziale Gerechtigkeit, sondern um die vergleichbare soziale Entwicklungschancen. Gemessen wird der Bedarf an Sozialhilfeleistungen daher mit einem Vergleich der interpersonellen Güterdifferenz bezogen auf die Lebenssituation des Leistungsempfängers im Hinblick auf die Lebenslage vergleichbarer Personengruppen. Aus diesem Grundsatz leiten sich für die Sozial- und Eingliederungshilfe wesentliche Rahmenbedingungen für die Definition des individuellen „Hilfebedarfs“ ab. Der Hilfebedarf ist gekennzeichnet durch die Wechselwirkung individueller Bedürfniserwartung, vereinfacht ausgedrückt, der sozialhilferechtliche Bedarf entsteht sowohl aus individuellen Wünschen, aus dem Standard des gesellschaftlichen Anspruchsniveaus als auch der staatlichen Bedarfsgestaltung durch Information, Beratung und Angebotsbereitstellung (Angebots indizierte Nachfrage). Obwohl im Rechtssinne der „Bedarfsbegriff“ eine normative Größe darstellt, weist der Begriff einen ausgeprägten gesellschaftlichen Bezug auf, wie ein Rückblick in die Entstehungsgeschichte oder Historie des Rechts der öffentlichen Fürsorge zeigt.

***(Folie...)***

Das recht der öffentlichen Fürsorge hat eine lange Tradition und ist in den Anfängen getragen worden von dem Sozialen gewissen einzelner Personen. Nach der Gründung der Weimarer Republik wurde auch das Recht der öffentlichen Fürsorge allgemeinverbindlich kodifiziert. Dies geschah im Jahr 1924 in Gestalt der ReichsfürsorgepflichtVO und der ebenfalls 1924 dazu ergangenen Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge. Auch diese Fürsorgeregeln basierten schon auf den Grundsätzen des Selbsthilfeprinzips, des Nachrangprinzips, des Einzelfallprinzips und der vorbeugenden Hilfe. In der Nachkriegszeit wurden zunächst weitere spezielle Fürsorgegesetze geschaffen, u.a. das Körperbehindertengesetz von 1957 und das Tuberkulosehilfegesetz von 1959. Alle diese Fürsorgegesetze wurden mit dem zum 01.07.1962 in Kraft getretenen Bundessozialhilfegesetz abgelöst. Der Begriff „Sozialhilfe“ wurde damals bewusst gewählt. Mit dem Inkrafttreten des BSHG orientierte sich das Recht der öffentlichen Fürsorge erstmals an den Grundsätzen der Würde des Menschen, dem Schutz der Familie und enthielt erstmalig einen einklagbaren Rechtsanspruch auf bestimmte Sozialleistungen. Um diesen grundlegenden Paradigmenwechsel von einer

öffentlichen Fürsorge als Gnadenleistung hin zu einem Sozialleistungsanspruch zu verdeutlichen, ist bewusst auf den Begriff der Fürsorge verzichtet und statt dessen der Begriff der Sozialhilfe eingeführt worden.

Weitere speziell für die Eingliederungshilfe bedeutsame Weiterentwicklungen hat das BSHG im Jahr 1969 mit der Differenzierung der Hilfearten in besonderen Lebenslagen und im Jahr 1974 mit der Einführung eines Rechtsanspruchs auf Eingliederungshilfeleistungen erfahren.

Ein weiterer Paradigmenwechsel, der das Recht der Eingliederungshilfe maßgeblich beeinflusst hat, ist erst vor wenigen Jahren erfolgt mit der Einführung des Gesetzes zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, SGB IX, vom 19.06.2001 sowie das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen vom 27.04.2002. Mit diesen Gesetzen ist der Teilhabeanspruch von Menschen mit Behinderung als Rechtsanspruch weiter konkretisiert und insbesondere das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohten Menschen ausdrücklich normiert worden (§ 1 SGB IX). Leistungsberechtigte sind endgültig nicht mehr Objekt einer "gut gemeinten" staatlichen Fürsorge, sondern aktiv Beteiligte an einem dynamischen Prozess der Hilfeplanung.

Im Zuge der umfassendsten Reform in der Sozialpolitik ist das BSHG mit Wirkung vom 01.01.2005 aufgehoben und das Sozialhilferecht als SGB XII in das Sozialgesetzbuch eingegliedert worden.

***(Folie...)***

Die Strukturprinzipien des heutigen Sozialhilferechts umfassen im Wesentlichen die Umschreibung der Aufgabe der Sozialhilfe und die Grundsätze der Individualisierung, des Nachrangs, der Bedarfsdeckung und der Notwendigkeit.

Auf Leistungen der Sozialhilfe besteht ein Rechtsanspruch. Lediglich über Art und Maß der Leistungserbringung ist nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden (§ 17 SGB XII).

Die **Aufgabe** der Sozialhilfe ist es dem Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (§ 1 Satz 1 SGB XII). Das erfordert, den Leistungsberechtigten soweit wie möglich zu befähigen sein Leben unabhängig von Sozialhilfe zu gestalten. Dazu hat der Sozialhilfeträger gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten ein aktivierendes Gesamtkonzept zu erstellen, den Hilfeprozess zu gestalten und zu planen. Aufbauend auf der Gesamtplanung berät und unterstützt der Sozialhilfeträger zielorientiert und vereinbart einzelfallbezogene individuelle Förder- und Teilhabeziele. Die aktive Teilnahme der Leistungs- berechtigten an diesem Prozess ist für den Erfolg der Sozialhilfemaßnahmen unerlässlich (§§ 11,12 SGB XII).

Sozialhilfe dient regelmäßig der Deckung eines individuellen und aktuellen, also gegenwärtigen Bedarfs (§ 28 SGB XII). Dabei dient der **Bedarfsdeckungsgrundsatz** auch der näheren Bestimmung der Hilfeart sowie der Bestimmung der erforderlichen Dienste und Leistungsanbieter. Insoweit kommt dem Bedarfsdeckungsgrundsatz auch die Funktion einer rechtlich-normativen Kontrolle zu. Das Niveau der Bedarfsdeckung ist bestimmt durch die Bezugnahme in § 1 Satz 1 SGB XII auf die Würde des Menschen. Daraus ergeben sich die Rahmenbedingungen für das Strukturprinzip der Bedarfsdeckung, insbesondere das Verbot der Sozialen Ausgrenzung und die Bezugnahme auf die Lebensführung und die Lebens- und Konsumgewohnheiten von unteren Einkommensgruppen.

Der **Individualisierungsgrundsatz** folgt aus § 9 Abs. 1 SGB XII. Danach richten sich die Leistungen nach dem Erfordernis des Einzelfalles, den Wünschen der Leistungsberechtigten soll entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Insbesondere sollen die Leistungen familiengerecht ausgestaltet werden (§ 16 SGB XII), Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Zusammenhalt in der Familie zu unterstützen und zu festigen.

Allerdings gilt in der Sozialhilfe grundsätzlich das **Prinzip des Nachrangs** (§ 2 SGB XII). Leistungen der Sozialhilfe sind beitragsunabhängige Leistungen, die von der Gemeinschaft der Steuerzahler finanziert werden. Daher sind Leistungen Dritter, insbesondere Unterhaltsansprüche und Leistungen anderer Rehabilitationsträger grundsätzlich vorrangig. Sozialhilfeleistungen können, wenn es im Einzelfall

erforderlich ist, in Vorleistung erbracht werden, der jeweilige Sozialhilfeträger ist jedoch verpflichtet, diese Kosten im Erstattungswege bei dem Dritten geltend zu machen.

Aus dem Prinzip des Nachrangs folgt auch, dass Sozialhilfeleistungen der Höhe und dem Umfang nach auf das Sozialhilferechtlich **Notwendige** begrenzt sind. Insoweit ist auch das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten auf das „Angemessene“ beschränkt (§ 9 Abs. 2 Satz 1 SGB XII).

**(Folie...)**

Neben diesen allgemeinen Strukturprinzipien weist die Eingliederungshilfe weitere spezielle Merkmale auf. Die Gesetzgebungskompetenz für das SGB XII liegt bei der Bundesregierung, die Durchführung des Gesetzes obliegt den Bundesländern als eigene Aufgabe (Art. 83 GG). Damit obliegt es den Ländern in eigener Zuständigkeit zu bestimmen, wer örtlicher und wer überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist. In Niedersachsen gilt, dass die Kommunen örtliche Träger der Sozialhilfe sind und das Land überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist.

Für die Eingliederungshilfe hat diese Unterscheidung in örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger besondere Bedeutung. Gemäß § 97 SGB XII ist der überörtliche Sozialhilfeträger für die Durchführung der Leistungen der EGH zuständig, soweit Landesrecht keine andere Bestimmung enthält. In Niedersachsen sind durch das Nds. AG SGB XII die örtlichen Sozialhilfeträger zur Durchführung der Eingliederungshilfe im Einzelfall herangezogen worden. Die Zuständigkeit für die Verträge der teilstationären und stationären Leistungsanbieter ist meiner Behörde übertragen worden, ebenso die Zuständigkeit für die fachliche Beratung und Fortbildung der örtlichen Sozialhilfeträger in der Eingliederungshilfe. Auf den ersten Blick scheint diese Regelung kompliziert, in der Praxis hat sich diese Struktur der Aufgabenteilung zwischen Land und Kommunen bewährt. Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen und Betreuer haben auf der örtlichen Ebene einen Ansprechpartner, den örtlichen Sozialhilfeträger der für die Beratung, die Hilfeplanung und die Gesamtplanung sowie die Entscheidung über Art und Umfang der konkreten Eingliederungshilfe zuständig ist. Durch die Konzentration der Zuständigkeit für die Vertragsvereinbarungen ist sichergestellt, dass



Niedersachsenweit für vergleichbare Leistungsangebote auch vergleichbare Vergütungen gezahlt werden und auch der Qualitätsstandard innerhalb Niedersachsens vergleichbar ist. Gleichzeitig unterstützt das Land durch Beratungs- und Fortbildungsangebote die örtlichen Sozialhilfeträger bei der Qualitätssicherung in der Durchführung der Eingliederungshilfe.

Auch im Leistungsrecht der Eingliederungshilfe gelten grundsätzlich die eingangs aufgezeigten Strukturprinzipien der Sozialhilfe. Allerdings stehen Leistungsempfänger und Sozialhilfeträger als Kostenträger regelmäßig in einem Dreiecks- oder Mehrecksverhältnis mit nichtstaatlichen Anbietern von ambulanten, teilstationären oder stationären Eingliederungshilfeleistungen. Zwar haben die Länder gemäß § 17 SGB I die Strukturverantwortung für den Sicherstellungsauftrag, sie sollen aber keine eigenen Einrichtungen neu schaffen, soweit geeignete Einrichtungen anderer Träger vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können (§ 75 Abs. 2 Satz 1 SGB XII). Der Gesetzgeber hat hier die Tradition des BSHG fortgeführt und den so genannten institutionellen Vorrang der Träger der freien Wohlfahrtspflege und der gewerblichen Träger normiert, nicht zuletzt aufgrund der auch von dem BVerfG betonten "alt" hergebrachten und durch Jahrzehnte bewährte Zusammenarbeit von Staat und Verbänden (BVerfGE 22, 180, 200f.). Gleichzeitig erfährt das Individualisierungs- und das Bedarfdeckungsprinzip in der Eingliederungshilfe an dieser Stelle eine Konkretisierung. Der individuelle Bedarfsdeckungsanspruch misst sich an der infrastrukturellen Angebotsqualität und wird von den vorhandenen Leistungsanbietern inhaltlich ausgestaltet. Denn die nach §§ 75 ff SGB XII abgeschlossenen Vereinbarungen zwischen Sozialhilfeträger und Einrichtungsträger oder Träger des Dienstes sind das Ergebnis einer in sich ausgewogenen Abwägung der zu berücksichtigenden Belange nach § 9 Abs. 2 SGB XII, d.h. Angemessenheit und Geeignetheit sowie der Prinzipien Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsgerechtigkeit. Das Kriterium der Geeignetheit schließt eine Prognose über die Erfolgsaussichten der geplanten Maßnahme ein. Das heißt Art und Umfang des Eingliederungshilfeanspruchs sind abhängig vom Einzelfall und materialisieren sich in wesentlicher Hinsicht im Rahmen des vorhandenen Bestandes an Diensten und Einrichtungen. In diesem Zusammenhang kommt dem Gesamtplan und der damit verbundenen Hilfeplanung eine besondere Bedeutung zu. In diesem Verfahren wird dem Individualisierungsanspruch der Leistungsberechtigten

Rechnung getragen. Die aktivierende Hilfeplanung, die gemeinsame Festlegung von Hilfezielen erschließt den Leistungsberechtigten die aktive Mitwirkung an der Gestaltung und Verwirklichung ihrer Teilhaberechte.

**(Folie...)**

Für die Leistungen der Eingliederungshilfe gelten die Teilhabe-Vorschriften des SGB IX, soweit sich aus dem SGB XII nichts Abweichendes ergibt (§53 Abs. 4 SGB XII). Das SGB IX differenziert zwischen den Leistungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und der Teilhabe am Arbeitsleben. Das Leben in der Gemeinschaft umfasst ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen insbesondere die Versorgung mit Hilfsmitteln und Hilfen, heilpädagogische Leistungen, Hilfen zum Erwerb lebenspraktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, Verständigungshilfen, Wohnungshilfen, Hilfen zu Selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten und Hilfen zur Teilnahme am kulturellen Leben. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Sie vermittelt aber bereits ein Bild über die Vielfältigkeit dieses Teilhabeanspruchs. Der Anspruch auf Teilhabe ist ein Rechtsanspruch gegenüber den Rehabilitations- und Sozialleistungsträgern (§ 8 SGB IX). Damit konkretisieren die Regelungen des SGB IX sowohl den materiellen Leistungsanspruch in der Eingliederungshilfe, als auch den Beteiligungs- und Mitwirkungsanspruch der Leistungsempfänger.

Zielgruppe der Teilhabeleistungen sind nach § 1 SGB IX Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen. Wobei den besonderen Bedürfnissen von Kindern mit Behinderung oder bedroht von Behinderung ausdrücklich Rechnung getragen wird.

An dieser Stelle möchte ich überleiten zum Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe, wobei ich mich mit Blick auf das Schwerpunkt Thema der Fachtagung auf die besonderen Heilpädagogischen Leistungen für Kinder beschränken möchte.

**(Folie...)**

Leistungsvoraussetzung für heilpädagogische Leistungen im Sinne des § 56 SGB IX ist zunächst, dass das betroffene Kind noch nicht eingeschult ist (§ 55 Abs. 2 Nr. 2

SGB IX). Heilpädagogische Leistungen sind Leistungen zur spezialisierten Erziehung, Unterrichtung und Fürsorge im Hinblick auf die individuelle Behinderung oder die drohende individuelle Behinderung. Kinder haben dann einen Anspruch auf heilpädagogische Maßnahmen, wenn nach allgemeiner fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass sich der Zustand verbessert oder mindestens stabilisiert. D.h. es darf nach allgemeiner Wahrscheinlichkeit nicht ausgeschlossen sein, dass eine drohende Behinderung verhindert oder die Folgen einer bereits eingetretene Behinderung gemildert oder beseitigt oder der Verlauf verlangsamt werden kann.

Damit sind die Interventionsschwellen für die Hilfestellung vergleichsweise niedrig angesetzt.

Unabhängig von dem Zeitpunkt der Beschulung haben „schwerst- oder schwerst mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche grundsätzlich immer einen Anspruch auf heilpädagogische Leistungen. Eine Legaldefinition für diese Beschreibung „schwerstbehindert“ enthalten das SGB IX und das SGB XII nicht. Allerdings kann hier auf das SER zurückgegriffen werden, das den Begriff „schwerstbeschädigt“ verwendet und damit dauerhaft erwerbsunfähige Menschen beschreibt, die von den Schädigungsfolgen gesundheitlich außergewöhnlich betroffen sind (§ 31 Abs. 5 BVG nebst VO).

Ausdrücklich normiert ist im SGB IX, dass Heilpädagogische Leistungen in Verbindung mit Leistungen der Früherkennung, der Frühförderung und der Schulvorbereitung erbracht werden können. Damit ist normativ die Möglichkeit der Komplexleistung eröffnet. Darüber hinaus regelt § 4 Abs. 3 SGB IX die Verpflichtung Kinder und ihre Eltern intensiv an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen zu beteiligen. Dieses Beteiligungsrecht ist als Rechtsanspruch der betroffenen Kinder und Eltern ausgestaltet. Die Verpflichtung Kinder und Eltern intensiv zu beteiligen richtet sich sowohl an die Kostenträger als auch an die Leistungserbringer.

Gleichzeitig betont § 4 Abs. 3 SGB XII den Anspruch auf integrative Betreuung und Förderung. Kinder sollen möglichst in ihrem sozialen Umfeld gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut und gefördert werden.

**(Folie...)**

Zu den Kernleistungen der Frühförderung gehören die Beratung der Eltern oder Erziehungsberechtigten, die heilpädagogischen Leistungen sowie med.-therapeutische Leistungen wobei bundesweit die Beratungs- und heilpädagogischen Leistungen knapp 90 % des Leistungsumfangs der Frühförderstellen ausmachen.

In Niedersachsen existieren **74 heilpädagogische Frühförderstellen**. Damit steht in Niedersachsen ein flächendeckendes Angebot an heilpädagogischer Frühförderung zur Verfügung. Diese Frühförderstellen wenden sich mit ihrem Leistungsangebot gezielt an Familien mit behinderten Kindern oder von Behinderung bedrohten Kindern in der Altersgruppe von der Geburt bis zur Einschulung. Die Leistungen der Frühförderstelle können sowohl ambulant in den Räumen der Förderstelle oder mobil-aufsuchend im Haushalt des Kindes erbracht werden. Das Angebot ist für die Kinder kostenfrei. Als Ansprechpartner stehen die örtlichen Sozialhilfeträger zur Verfügung.

In Zahlen ausgedrückt werden in Niedersachsen rund 70 % der Kinder Mobil im Elternhaus und knapp 30% der Kinder ambulant in der Förderstelle betreut. Entsprechend finden sich diese Anteile in der Verteilung der Einzel- und Gruppenförderung wieder, knapp 86 % der Kinder werden in der Einzelförderung, 14 % in der Gruppenförderung betreut.

Der Zugang zu den Leistungen erfolgt nach einer Untersuchung im Auftrag des BMAS (ISG Bericht, Februar 2008) überwiegend durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (in Nds. knapp 60 %), und nur zu einem geringen Teil über niedergelassene Ärzte (in Nds. nur 17%). Die übrigen 23 % erhalten den Zugang im Wesentlichen über die interdisziplinären Früherkennungs- und Beratungsteams.

Diese 17 **interdisziplinären Früherkennungs- und Beratungsteams** sind in Niedersachsen im Rahmen eines speziellen Koordinationsmodell seit Anfang der neunziger Jahre speziell für die Früherkennung eingerichtet worden. Daneben obliegt die Früherkennung den niedergelassenen Kinderärzten.

Auch dieses Angebot richtet sich an Familien mit behinderten Kindern oder von Behinderung bedrohten Kindern von der Geburt bis zum Schuleintritt. Es handelt sich um interdisziplinäre Teams, deren Aufgabe es ist, medizinische, heilpädagogische und soziale Hilfsansätze so miteinander abzustimmen und zu verzahnen, dass die erforderlichen Hilfen für Kinder und Eltern zeitnah und wohnortnah erbracht werden können. Das Angebot der interdisziplinären Früherkennungs- und Beratungsteams ist für Kinder und ihre Eltern kostenlos. Ziel ist durch eine möglichst frühzeitige Diagnose die Folgen einer Behinderung zu beseitigen oder abzumildern und die Kinder in ihrer natürlichen Entwicklung zu unterstützen.

Ergänzt werden diese Angebote in Niedersachsen durch die neun Sozialpädiatrischen Zentren. Diese Zentren werden von Ärzten geleitet, ihre Aufgabe ist die Diagnostik und die spezielle Therapie für Kinder und Jugendliche. Die Behandlung durch die Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt durch ärztliche Verordnung und ist für die Kinder kostenfrei. Die Sozialpädiatrischen Zentren rechnen selbstständig mit der GKV und den Sozialhilfeträgern ab. Als Ansprechpartner stehen die Zentren selbst sowie die niedergelassenen Kinderärzte zur Verfügung.

Die bereits angesprochene Studie im Auftrag des BMAS hat auch die Niedersächsischen Leistungsanbieter mit umfasst und einige Annahmen bestätigt:

- Die in der Frühförderung betreuten Kinder sind zu rund 2/3 Jungs. Nur rund 1/3 der Kinder sind Mädchen. Insgesamt sind 85 % der Kinder deutscher Herkunft, rund 15 % der Kinder weisen einen Migrationshintergrund auf obwohl der Anteil dieser Kinder an der Gesamtzahl der Kinder vor Schuleintritt nur bei 5 % liegt.
- Bei der Frage, in welchem Alter finden überwiegend Heilpädagogische Leistungen statt, fällt die Gruppe der „Jungen Kindergartenkinder“ mit 38 % auf. Dieser hohe Anteil deutet darauf hin, dass die Mitarbeiterinnen der Kindergärten eine wichtige Rolle bei dem Erkennen von Entwicklungsverzögerungen der Kinder übernehmen.
- Die häufigsten Auffälligkeiten sind Entwicklungsstörungen des Sprechens, Störungen der Aufmerksamkeit, Allgemeine Entwicklungsverzögerungen und Motorische Retardierungen.

Bei diesem kurzen Einblick in die Untersuchungsdaten des BMAS möchte ich meinen Vortrag zur Juristischen Einordnung der Eingliederungshilfe abschließen und mich an dieser Stelle

**(Folie...)**

bei Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit bedanken. Für Fragen und Diskussionsbeiträge stehe ich gerne zur Verfügung.

Herzlichen Dank!





**Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie**



Eingliederungshilfe

SGB XII

Hildesheim, den 14.11.2008





**Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie**



**Kreisfreie Städte:**

- 1 Emden
- 2 Daimenhorst
- 3 Göttingen
- 4 Oldenburg (Oldb.)
- 5 Osnabrück
- 6 Wilhelmshaven
- 7 Wolfenbüttel
- 8 Braunschweig
- 9 Salzgitter

**Regierungsbezirke:**

- Regierungsbezirk Weser-Ems
- Regierungsbezirk Lüneburg
- Regierungsbezirk Hannover
- Regierungsbezirk Braunschweig



Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie

## Entwicklung des Sozialrechts

- Sozialleistungssysteme
- Historische Wurzeln
- Strukturprinzipien
- Zusammenwirken von SGB XII und SGB IX
- Leistungsspektrum



Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie

## ➤ Sozialleistungssysteme

Versicherungsrecht

Sozialrecht





Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie



• **Sozialrecht: Versorgung und Fürsorge**

**BVG  
OEG**

**SGB XII  
SGB II**



Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie



➤ **Historische Wurzeln**

- ✓1924: Fürsorgepflichtverordnung
- ✓1962: BSHG
- ✓1974: Eingliederungshilfe
- ✓2001: SGB IX
- ✓2005: SGB XII



Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie

➤ **Strukturprinzipien in der Sozialhilfe**

Aufgabe  
Individualisierung  
Nachrang  
Bedarfsdeckung  
Notwendigkeit



Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie

➤ **Strukturprinzipien in der Eingliederungshilfe**

- Infrastrukturelle Angebotsqualität
- Erfolgsaussicht
- Geeignetheit



Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie



➤ **Zusammenwirken von:**



**SGB IX**      **SGB XII**



Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie



**Heilpädagogische Leistungen**

- **Früherkennung**
- **Frühförderung**
- **Schulvorbereitung**
- **Umgang mit Nichtbehinderten Kindern**



Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie

**74 Frühförderstellen**  
**17 Früherkennungsteams**  
**9 Sozialpädiatrische Zentren**



Niedersächsisches Landesamt für Soziales,  
Jugend und Familie



**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit  
!**

Hildesheim, den 14.11.2008

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern



Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

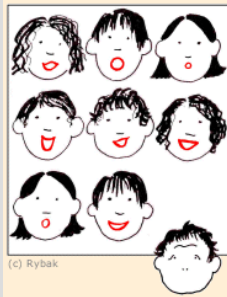
Fachtagung in Oldenburg am 14.11.2008

## Das sprachgestörte Kind: Sprachheil- oder Integrationskindergarten?

**Sabine Roos**

Ärztin  
im kinder- und jugendärztlichen Dienst

Landkreis Wittmund  
Gesundheitsamt



**Manfred Flöther**

Fachberater  
im Landesärztlichen Dienst  
für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen

Niedersächsisches Landesamt  
für Soziales, Jugend und Familie



Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern



Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Worum geht es?



- Komplexleistung:  
„Teilstationäre Sprachheilbehandlung“  
(Vereinbarung zw. Land Niedersachsen,  
nds. Krankenkassen, Wohlfahrtsverb.  
von 2006 – ehemals 1986)
- Personenkreis: Störungsbilder
- Differenzialdiagnostische Aspekte:
  - Leitsymptomatik
  - Förder-/Behandlungssituation
  - Prognose
- Überprüfungs-/Beratungssituation
- Procedere im Netzwerk der Fachleute

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern




Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Komplexleistung „Teilstationäre Sprachheilbehandlung“

- Vereinbarung 2006: Heilpädagogische Förderung und medizinische Therapie als Komplexleistung gem.
  - § 30 SGB IX (Früherkennung und Frühförderung)
  - § 26 SGB IX (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)
  - § 32 SGB V (Heilmittel)
- Leistungen: 5 Tage (30 h) direkte Betreuung/Förderung
  - Heilpädagogische Leistungen in Kleingruppen (8 Kinder)
  - Logopädie / Sprachtherapie inklusive
  - Psychologische Beratung und Unterstützung inklusive
  - Leistungsvereinbarungen: Förderung im motorischen, sensorischen, kognitiven, sozialen, emotionalen, musisch/kreativen, lebenspraktischen Bereich


Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Personenkreis

- Kinder mit einer nicht nur vorübergehenden wesentlichen Sprachbehinderung i.S. von:
  - § 2 SGB IX (Behinderung)
  - § 53 SGB XII (Leistungsberechtigte und Aufgabe)
  - § 1 Nr. 6 n. § 60 SGB XII (Körperl. wesentl. behinderte Menschen)
- i.d.R. nach Vollendung des 4. Lebensjahres
- Ambulante Therapie nicht ausreichend
- Bei zusätzlichen Behinderungen:  
Leitsymptom Sprachbehinderung


Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Störungsbilder

- Schwere SES mit multipler bis universeller Dyslalie und / oder mittel- bis hochgradigem Dysgrammatismus
- Spezifische SES
- Audiogene SES
- Gestörte Organsituation mit orofacialen / myofunktio-nellen Störungen, Dysphonie, Rhinophonie, Spaltenbildung, Schluckstörung
- Dysphasie, Dysarthrie, verbale Dyspraxie
- Redefluss-Störungen (Stottern / Poltern)
- Kommunikationsstörungen mit schwerer Beeinträchtigung der Lautsprachperzeption und –produktion, Mutismus

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern


 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Der Sprachbaum

(Wendlandt)

- Mehrdimensionale Sicht
- Sprache im Netzwerk der Sinne
- Sprache im sozialen Kontext
- Basisfunktionen
- Bindung / Erziehung
- etc.


Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## SES: multifaktorielle Genese (SCHÖNWEILER 2002)

- Ca. 3000 Kinder mit SES-Verdacht
  - Bei 95% bestätigt
  - Ca. 48% Hörstörungen (bis U8 über 50%)
    - 95% Schalleitungsprobleme
    - 5 % Schallempfindungsschwerhörigkeiten
  - Ca. 42% myofunktionelle Störungen
  - Ca. 33% feinmotorische Störungen
  - Ca. 20% Entwicklungsverzögerungen
  - Unter 10% Mehrsprachigkeit, Anfallsleiden etc.
  - Über 65% multifaktorielle Störungsbilder


Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Basis: Gute Bindung und Kommunikation von Anfang an!



Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie



# Hören und Sprache

## Hör- und Spracherwerb: Dialogik!

- Angeborene genetische Disposition  
(DAD = Dialog Acquisition Device)
- Mutter-Kind-Interaktion /  
Dialogik zur Aktivierung  
(DASS = Dialog Acquisition Support System)

(HORSCH 2007 in: „Hörgeschädigtenpädagogik“)

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern



Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Meilensteine und „offene Fenster“

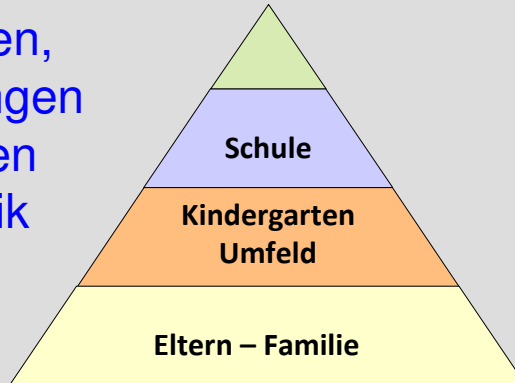
Alter	Lexikon	Grammatik	Artikulation (90%-Marke)	Hören
1. Lj.			Lallphasen	Lallphasen
1 Jahr	Erste Wörter	Einwortsätze	a-o-u	Einfache Befehle
2 Jahre	Schwelle: 50 Wörter	Schwelle: 2-Wort-Sätze	Vokale m-d-p	Einfache Fragen
3 Jahre	Namen, Pronomen	Fragen, Negationen	b-n-w-f-l-t- ch2-h-k	Merken: 2 Zahlen
4 Jahre		Nebensätze Flexionen	j-r-g-pf-z-fr-kl- bl-br-fl-gl-gr	3 Zahlen, 4 Silben
5 Jahre	Farben Zahlen	Zeitformen	ch1-s-sch Kons.-Verb.	
6 Jahre	Oberbegriffe Analogien			4 Zahlen 5 Silben

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern



Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

Geglückter  
Spracherwerb  
durch gute  
Bedingungen,  
z.B. Anregungen  
in Systemen  
mit Dialogik



Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern



Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## „Intuitiver Lehr-Lern-Prozess“

(GRIMM 1999, PAPOUSEK 1994)

1. Lebensj.	„Baby-talk“ (Ammensprache)	Spracherkennung, Prosodie, Phonologie, Interaktionskontext, Dialogik, Fangmethode
2. Lebensj.	Stützende Sprache („scaffolding“)	Dialog, Wortschatz, Aufmerksamkeitsfokus, interaktive Spiele, Strukturen
3. Lebensj.	Lehrende Sprache („motherese“)	Modellierung, Fragen, Grammatik, Empathie

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern




Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

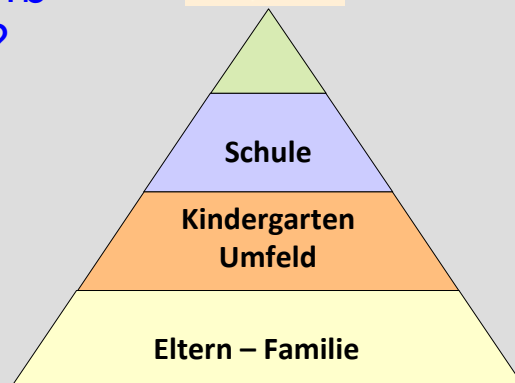
## Gelungene Dialogik durch Intuition




Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

Nicht geglückter  
Spracherwerb  
durch ...?



Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern


 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

Es klappt nicht immer reibungslos ...

## Häufigkeiten von Kommunikationsstörungen

- ➔ Spracherwerbsstörungen:
  - ➔ 6-8% erhebliche Ausprägungen
  - ➔ 20-30% inkl. leichter Formen
  
- ➔ Auditive Verarbeitungstörungen: ca. 2-3%
  
- ➔ Periphere Hörstörungen: ca. 0,1-0,2 %

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern


 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Selbstverständnis der Sprachheilberatung

- Frühe Erkennung von Hör- und Sprachstörungen
- Frühe Interventionen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Gesundheitsamt, Arztpraxen und Kliniken, Therapeuten, Eltern, Kindergärten etc.
- Ganzheitliche Sichtweise: Sprache und Hören, Wahrnehmung, Motorik, Sozialkompetenz etc.
- Beratung und Aufklärung




Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

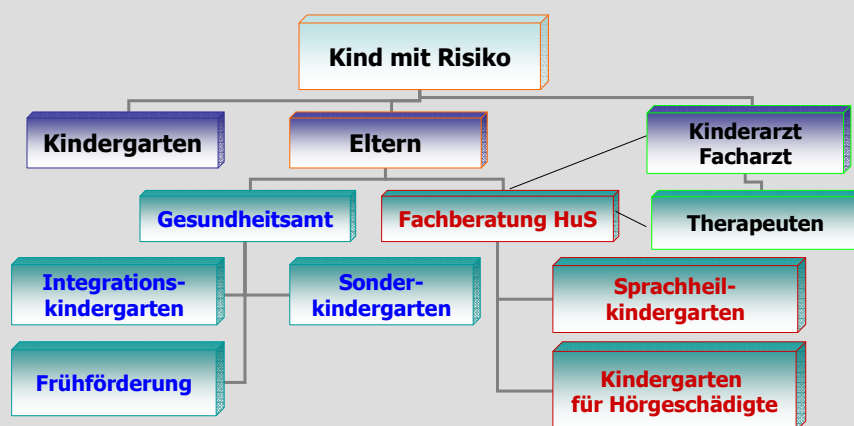
## Möglichkeiten der Intervention

- Beratung der **Eltern**: Sprechalter, Sprachbad, Dialogik, Didaktik, Prosodie, (evtl. „Mucks“, Frühförderung, Heidelb. Elterntraining o.ä.?)
- Kommunikation in der Sozialgruppe: Spiele mit Sprache (Rollenspiele, Sprachspiele, Reime, Hörspiele, Rituale, Regeln etc.) > **Kindergarten!!!**
- **Fachärztliche Untersuchungen** > alle Us!
- Ambulante Behandlungen: Kooperation
- Teilstationäre / stationäre Behandlungen


Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Prävention durch Vernetzung




Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Das sprachgestörte Kind

- Sprachstörung: Leitsymptom oder Teilsymptom?
  - SSES (Spezifische Spracherwerbsstörung)
    - Ambulante Behandlung
    - Stationäre Intensivtherapie
    - Sprachheilkindergarten (teilstationäre Sprachheilbehandlung)
  - Symptomatische Spracherwerbsstörung
    - Integrationskindergarten mit ambulanter Therapie
    - Umfang der Entwicklungsretardierung > Vermeidung einer geistigen Behinderung (Stabilisierung: Lernbehinderung)
    - Abbau der SES zufrieden stellend?
    - Einschätzung der Fachkräfte im Kindergarten


Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

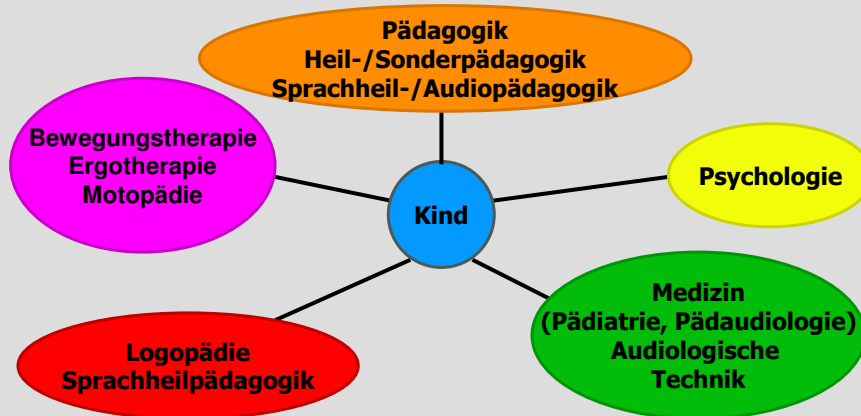
## Das sprachgestörte Kind

- Therapeutische Versorgung
  - Wartezeiten in strukturschwachen Gebieten
  - Verordnung gemäß Heilmittelrichtlinien
  - Einschätzung der ärztlichen / therapeutischen Praxen
- Diagnose – Prognose
  - Dauer der SES: länger als 6 Monate
  - Alter und Schulpflicht
- Sozial-emotionale Situation
  - Störungsbewusstsein
  - Situation im Elternhaus
  - Wunsch / Vorstellung der Eltern


Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## SES als interdisziplinäre Herausforderung




Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Procedere

- Erstvorstellung:  
Diagnose – Prognose – Empfehlungen
- Folgevorstellungen nach etwa 6 Monaten:
  - Prognose richtig?
  - Abbau oder Fortbestehen der Störung?
- Kooperation der Einrichtungen: Netzwerk
  - Integrations-, Heilpädagog. / Sprachheilkindergarten
  - Ärztliche / therapeutische Praxen
  - Fachliche Oberzentren (SPZ, Kliniken etc.)
  - Abklärung der Leitsymptomatik


Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Fragestellungen

- Behandlungs- und Fördersituation:
  - Umfang ambulanter Maßnahmen
    - Therapieeinheiten insgesamt (Sprachtherapie)
    - Terminbelastung pro Woche
  - Fortschritte: allgemein / sprachlich / emotional
- Diskussion / Wertung der Vor- / Nachteile
  - Addition der Leistungen vs. Komplexleistung
  - Soziale Einbindung vs. Selbstbewusstsein
  - Sprachliche > kognitive Entwicklung (Schule)

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Welche Maßnahme?


### Sprachheilkindergarten

- Spezifische Sprachstörung (gem. Liste)
- Kombinierte SES mit Leitsymptom Sprache

### Integrationskindergarten

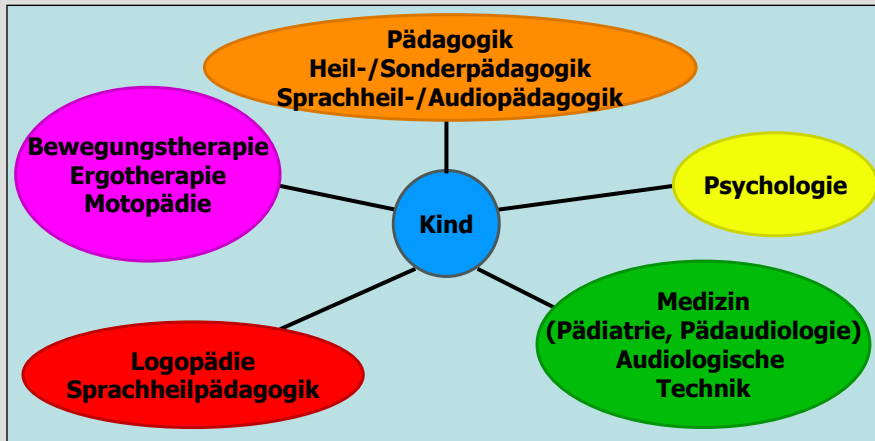
- Globale Retardierung
- Junges Kind (unter 4)
- Platzprobleme im Sprachheilkindergarten?

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern


 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie



## Interdisziplinäres Netzwerk als Komplexleistung in der teilstationären Sprachheilbehandlung



Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern


 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Schulfähigkeit erlangen? Ja!

Schulform	Anzahl der Kinder (N=115)					%
	2002	2004	2005	2006	2007	
Grundschule	13	7	17	12	12	54
Förderschule Sprache / Hören	2	6	6	3	10	23
Förderschule Lernen	2	4	1	0	0	6
Zurückstellung	3	5	1	4	2	13
HPK / Int.-Kiga	0	1	2	1	1	4

Quellen: AWO Weser-Ems, Sprachheilzentrum Wilhelmshaven  
Th. Bruns: Evaluation Sprachheilkindergarten 2004, 2005, 2006, 2007 (Beschulung)  
H. Stang: Sprachheilkindergarten Evaluation 2002 (Beschulung)

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern

 Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Schulfähigkeit erlangen? Ja!

Schulform	Wolfsburg 1996 (N = 49)	Meppen 2007 (N=101)
Grund bzw. Regelschule	31%	90%
Förderschule Sprache / Hören	20%	9%
Förderschule Lernen	33%	1%
Zurückstellung	2%	-
Sonstige Maßnahme	14%	-

Quellen:

Kaschade, Männche, Weber: Untersuchung von sprachentwicklungsverzögerten Kindern. (Münster: Waxmann 1996)

Dierkes & Jost: Kinder mit Sprachstörungen. (Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller 2007)

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern



Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

## Fachberater in Aktion



Foto:  
Bodamer  
(GA FRI)

Arbeitskreis Weser-Ems  
der kinder- und jugendärztlichen Dienste  
in den Gesundheitsämtern



Niedersächsisches Landesamt für  
Soziales, Jugend und Familie

# Möglichkeiten und Grenzen schulischer Integration in der Grundschule

Ulrike Marks  
Pestalozzischule Varel/  
Georg-Ruseler Grundschule Obenstrohe

## Überblick

- 4 Thesen
- Begriffsdefinition
- Formen gemeinsamer Beschulung in Niedersachsen
- Probleme / Grenzen des gemeinsamen Lernens aller Kinder
- Fragen / Diskussion / Ausblick

## These 1

- „Integration“ bedeutet „Einordnung, Einbeziehung, Wiederherstellung“, setzt also voraus, dass jemand / etwas vorher ausgegliedert, ausgeschlossen, ausgesondert war. Schulische Integration ist also eine Reaktion auf eine aussondernde, nicht integrierende Pädagogik.

## These 2

- Das bildungspolitische Ziel einer gemeinsamen Unterrichtung und Erziehung aller Kinder kann nur eine nicht aussondernde Pädagogik verwirklichen. Diese muss sich auf alle Kinder und auf das Lernen überhaupt beziehen.

## These 3

- Es ist ein nicht hinzunehmender Widerspruch, gemeinsames Lernen nur in (einigen) Kindergärten und (einigen) Grundschulklassen zu ermöglichen, in anderen oder auch in den weiterführenden Schulen auszuschließen.

## These 4

- Die gemeinsame Beschulung aller Kinder setzt ein Menschenbild voraus, nach dem die individuellen Fähigkeiten und Stärken eines Kindes gewertschätzt werden und eine diesen Fähigkeiten entsprechende Förderung ermöglicht wird.

## Begriffsdefinition

- Integrative Beschulung – gemeinsamer Unterricht für alle Schülerinnen und Schüler (§ 4 Nds. Schulgesetz) § 4

### §4 Nieders. Schulgesetz: Integration

Schülerinnen und Schüler, die einer sonderpädagogischen Förderung bedürfen (§ 14 Abs. 1 Satz 1), sollen an allen Schulen gemeinsam mit anderen Schülerinnen und Schülern erzogen und unterrichtet werden, wenn auf diese Weise dem individuellen Förderbedarf der Schülerinnen und Schüler entsprochen werden kann und soweit es die organisatorischen, personellen und sächlichen Gegebenheiten erlauben.

## Formen gemeinsamer Beschulung in Niedersachsen

- Integrationsklassen (seit etwa 1990)
- aktuelle Formen gemeinsamer Beschulung
  - regionale Integrationskonzepte (am Beispiel des Konzepts „Lernen unter einem Dach“ im Südbereich Frieslands)
  - Integrationsklassen mit Kindern mit einem erhöhten Förderbedarf (geistig behinderte, mehrfach behinderte Kinder)
  - Integrationshilfen (nach §§ 39, 40 BSHG.)
- Darstellung einer Form integrativer Beschulung:  
Kl.1b der Georg-Ruseler Grundschule in Obenstrohe, integrative Beschulung eines Kindes mit Down Syndrom  
(Lehrerinnen -Team S. Garbrecht, GS-Lehrerin / U. Marks, Förderlehrerin)









## Probleme / Grenzen des gemeinsamen Lernens aller Kinder

- objektive Faktoren (institutionell, bildungspolitisch, sozialpolitisch)
- subjektive Faktoren (Grad und Schwere der Beeinträchtigung, Unterrichtsformen, Kooperationsfähigkeit, Belastung)

Fragen / Diskussion / Ausblick