

Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V. Landesvereinigung Bayern

Leitlinien für den medizinischen Anteil an der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern in Interdisziplinären Frühförderstellen

Präambel

Die Leitlinien beschreiben fachliche Standards der Interdisziplinären Frühförderung, welche die Grundlage für die Leistungskomplexe der Früherkennung und Frühförderung sind.

Sie dienen dazu, die fachlichen Aspekte des ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Anteils an dem interdisziplinären Zusammenwirken für Entscheidungs- und Handlungsprozesse im Rahmen einer leistungsfähigen Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen darzustellen, wie sie der Begriff der Komplexleistung (SGB IX/§30) umschreibt. Zweck der Leitlinien ist, die Versorgungsergebnisse zu verbessern, Entwicklungsrisiken zu minimieren, sekundäre Störungen zu mildern und Voraussetzungen für die Teilhabe von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und ihren Familien am Leben in der Gemeinschaft zu schaffen. Ziel der Leitlinien ist es weiter, die im Sinne der Komplexleistung definierten und zu vereinbarenden medizinischen Versorgungsinhalte unter Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen für Vertragsärzte oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte/Einrichtungen umzusetzen.

1. Definition

Die Bezeichnung „behindert oder von Behinderung bedroht“ weist auf einen entscheidenden Aspekt der hier zu erörternden Entwicklungsstörungen bzw. -gefährdungen hin. In der sehr frühen Entwicklungsperiode eines Kindes befindet sich das Gehirn noch in einer intensiven strukturellen und funktionellen Ausreifung. Dieser Umstand bedingt spezifische Besonderheiten:

- 1.1** Eine Funktionsstörung des zentralen Nervensystems kann, je jünger das Kind, d.h. je unreifer das Gehirn ist, umso weitreichendere Folgen für die gesamte Hirnfunktion und Entwicklung in allen Bereichen haben. Die motorischen, geistigen, sozialen, emotionalen und kommunikativen Dimensionen der Entwicklung stehen in dieser frühen Periode untereinander in intensiver Wechselwirkung.
- 1.2** Die kindliche Entwicklung erfolgt nicht einfach endogen, der genetischen Determination entsprechend. Sie ist von den Erfahrungen der Eigenaktivität des Kindes in der Interaktion mit seiner dinglichen und personellen Umwelt geprägt. Die Bedingungen der konkreten Lebenswelt eines Kindes haben damit einen entscheidenden Einfluss auf das komplexe systemische Geschehen der Entwicklung. Dieser Vorstellung von kindlicher Entwicklung und dem daraus abgeleiteten Konzept der Interdisziplinären Frühförderung trägt das SGB IX analog zur ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation Rechnung.
- 1.3** Im frühen Kindesalter lassen sich Art und Ausmaß einer Störung meist nicht in vollem Umfang aufklären. Erst mit der Ausreifung der verschiedenen Hirnzentren kann die Funktionstüchtigkeit bzw. das Mitbetroffensein der jeweiligen, von diesen Zentren zu kontrollierenden Funktionen beurteilt werden. Teilleistungsschwächen z.B. sind erst im Schulalter sicher auszuschließen bzw. in ihrem vollen Umfang festzustellen.

- 1.4** Die Unreife des Gehirns bedingt, dass die Symptome einer Entwicklungsstörung im ersten und teilweise auch im zweiten Lebensjahr vielfach noch sehr wenig spezifisch sind. Zum Beispiel kann eine vorwiegende oder ausschließliche Störung der geistigen Entwicklung im ersten Lebensjahr mit ausgeprägten motorischen Symptomen einhergehen, die den Zeichen einer Zerebralparese täuschend ähneln. Fehldiagnosen sind entsprechend häufig.

Aufgrund der biologischen Bedingungen der noch fortdauernden Ausreifung des zentralen Nervensystems haben Interventionen zur Förderung der kindlichen Entwicklung sowie zur Prävention und Milderung sekundärer Störungen folgendes Vorgehen zu sichern:

Eine entwicklungsbegleitende, wiederholte Diagnostik bis in das Schulalter hinein ist unerlässlich. Die ärztliche Untersuchung hat neben der körperlichen und neurologischen Beurteilung auch Aufschluss über die geistige und sozial-emotionale Entwicklung des Kindes zu suchen. Nur so können differentialdiagnostische Ergebnisse zur Klärung der Ätiologie und für die Indikationsstellung zu weiteren Untersuchungen erreicht werden. Sie stellen einen wesentlichen Anteil dar an der Grundlage für die Entscheidungs- und Handlungsprozesse im medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Bereich der Frühförderung.

Diagnostik und Förderung erfordern einen interdisziplinären Ansatz, weil Effektivität einer Therapie/Förderung nur dann zu erwarten ist, wenn die aktuellen Fähigkeiten und Schwierigkeiten eines Kindes in differenzierter Weise erfasst werden. Sie bestimmen die therapeutische Arbeit jedes einzelnen Fachvertreters mit dem Kind und den Eltern.

Die Eltern / Bezugspersonen sind in diesen Prozess der Diagnostik mit einzubeziehen, weil ihre Informationen und ihre Sichtweise wesentlich dazu beitragen können, dass das Kind die für seine Entwicklung angemessene Förderung bekommt.

Die Diagnostik ist begleitender Teil der Förderung. Sie hat in umso kürzeren Abständen und umso präziser von jedem der beteiligten Berufsvertreter in seinem spezifischen Arbeitsgebiet zu erfolgen, je jünger das Kind und je gefährdeter und beeinflussbarer seine Entwicklung ist. Die Untersuchungsbefunde der einzelnen Mitarbeiter bilden in ihrer Gesamtheit die Basis für Zielsetzung und Planung der Intervention.

Die Vermittlung der Diagnose an die Eltern beinhaltet ein prozesshaftes Aufeinanderabstimmen zwischen Eltern und Fachkräften der Frühförderstelle. Nur so kann die Diagnose in ihrer Bedeutung von den Eltern verstanden werden und als Grundlage für einen durch die Frühförderung beeinflussten günstigeren Entwicklungsverlauf des Kindes dienen.

Diagnostik und Fördermaßnahmen haben das Kind und das komplexe Netzwerk seines Umfeldes zu erfassen. Die Hilfe überregionaler Zentren, Kinderkliniken und anderer Institutionen kann für spezifische diagnostische Schritte und spezielle Beratung (z.B. bei seltenen Syndromen) erforderlich sein, während die regelhafte ärztliche und interdisziplinäre diagnostische Arbeit für ein individuelles Kind in der Interdisziplinären Frühförderstelle „vor Ort“ erfolgen und in direktem Bezug zur Therapie/Förderung selbst stehen muss.

2. Ärztliche Diagnostik

2.1 Anamnese

Die ärztliche Untersuchung umfasst grundsätzlich die Erhebung einer biographischen Anamnese unter Berücksichtigung von Familienanamnese und Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. Weiter sind wiederholt im Entwicklungsverlauf mit den Eltern ihre Beobachtungen zur Entwicklung ihres Kindes (Motorik, kognitive Entwicklung Sprechen und Sprachentwicklung, Sozialverhalten) zu besprechen sowie ihre Befürchtungen und Bedürfnisse bezüglich der Hilfe für die Entwicklung ihres Kindes. Informationen über die psychosoziale Situation, in der das Kind aufwächst, sind einzuholen.

Die Anamnese erstreckt sich auf alle Bereiche, die aufgrund der vorliegenden oder vermuteten Entwicklungsstörung beeinträchtigt sein können. Dazu gehören z.B. auch vegetative Funktionen, Schlaf-Wach-Rhythmus, Kommunikationsfähigkeit und Nahrungsaufnahme. Schließlich sind Fragen über das spontane und reaktive Verhalten des Kindes im Alltag, im Spiel, im sozialen Kontext sowie bei Leistungsanforderungen zu stellen. Diese Informationen ergänzen die Beobachtungen während der Untersuchung und dienen der Erfassung der Hirnfunktionen in ihrer Komplexität. Ziel ist die differentialdiagnostische Klärung der Entwicklungsstörung und die daraus folgende Planung adäquater Maßnahmen.

Informationen über alle erfolgten oder parallel laufenden Untersuchungen und Fördermaßnahmen sind einzuholen.

2.2. Ärztliche Untersuchung

Die ärztliche Untersuchung umfasst eine eingehende körperliche sowie eine umfassende neurologische Untersuchung.

Bei der **körperlichen Untersuchung** gilt es besonders auf Symptome mit neurologischer Relevanz zu achten (z.B. Dysmorphien, äußere Fehlbildungen, Hautveränderungen, Organvergrößerung, körperliches Gedeihen etc.).

Die **neurologische Untersuchung** des Kindes beinhaltet die Beurteilung von

- * Sinnesleistungen und deren zentraler Verarbeitung einschließlich orientierender Hör- und Sehprüfung
- * Kommunikationsfähigkeit und Sprech- sowie Sprachleistungen
- * Hirnnervenfunktion mit Augen-, Gesichts- und Mundmotorik
- * Sensomotorik mit den Anteilen
 - motorische Entwicklung/motorische Fertigkeiten
 - Grob- und Feinmotorik in Bewegungsqualität und –ausmaß
 - Haltungskontrolle/Gleichgewicht
 - motorische Koordinationsleistung
 - Muskulatur, Muskelkraft, Muskeltonus
 - Reflexverhalten
- * sekundären Komplikationen wie Muskelkontrakturen und Gelenksluxationen sowie Deformitäten
- * Vigilanz, Antrieb
- * Aufmerksamkeit
- * Verhalten des Kindes im Spiel- und Sozialkontakt zur orientierenden Beurteilung der geistigen, emotionalen und sozialen Entwicklung
- * Eltern-Kind-Interaktion.

Die letztgenannten Aspekte sind in jeder ärztlichen Untersuchung in dieser Altersstufe von großer Bedeutung, weil für differentialdiagnostische Erwägungen der Zusammenhang von körperlichen und neurologischen Symptomen mit kognitiven Leistungsdefiziten und psycho-emotionalen Störungen unabdingbar erkannt werden muss.

Häufig sind weitere ärztliche Untersuchungen durch Orthopäden, HNO-Ärzte, Augenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie genetische Untersuchungen notwendig. Elektrophysiologische Untersuchungen (wie EEG, EMG), weitergehende Laboruntersuchungen (z.B. zur Stoffwechselfdiagnostik), bildgebende Verfahren (wie Sonographie, Kernspintomographie) werden eingesetzt, wo erforderlich.

Entscheidend für die Diagnosestellung und die Planung der weiteren Therapie- und Fördermaßnahmen ist das Zusammentragen und Analysieren aller gewonnenen Informationen sowie die enge Kooperation mit den Eltern und allen beteiligten Fachkräften.

3. Therapieziele

Ziele der medizinischen Therapie in der Interdisziplinären Frühförderung sind grundsätzlich:

- * Sicherung der vitalen Funktionen
- * Sorge für Wachstum und Gedeihen
- * Prävention oder Milderung sekundärer körperlicher und funktioneller sowie kognitiver und psycho-emotionaler Störungen
- * Ermöglichen sensomotorischer Erfahrung und Unterstützen der Eigenregulation in Aktion und Perzeption als Basis für den Erwerb motorischer Fertigkeiten sowie kognitiven und sozialen Lernens
- * Sorge für ausreichende motorische Aktivierung zur Unterhaltung von zentraler Wachheit und Antrieb
- * größtmögliche funktionelle Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- * Unterstützen der Entwicklung von Autonomie und Selbstbestimmung
- * Wohlbefinden von Kind und Familie
- * Unterstützen von Interaktionsmöglichkeiten zwischen Kind und Eltern, die für Gesundheit und funktionelle sowie sozial-emotionale Entwicklung des Kindes förderlich sind.

4. Förder- und Behandlungsplan

Die für das einzelne Kind erforderlichen medizinisch-therapeutischen Leistungen werden im interdisziplinär erstellten Förder- und Behandlungsplan (siehe Anlage 3 zum Rahmenvertrag) in Art, Umfang und Dauer festgelegt. Dieser gilt für maximal ein Jahr und ist bei wesentlichen Änderungen anzupassen.

4.1 Organisation der medizinisch-therapeutischen Leistungen

Auf der Basis der vorliegenden Befunde und der gestellten Diagnose bzw. im frühen Kindesalter der Verdachtsdiagnose oder des formulierten Entwicklungsrisikos erfolgt für eine nächste, festgesetzte Zeit (je nach Schweregrad der Störung und der Geschwindigkeit der zu erwartenden Entwicklungsveränderung) die Zielsetzung für die therapeutische Arbeit mit dem Kind. Wenige, realistische und sehr konkret formulierte Ziele der Therapie/Förderung werden für diese begrenzte Zeit festgesetzt und schriftlich dokumentiert. Die Zielsetzung sowie auch die exakte Formulierung und Dokumentation des geplanten Vorgehens für das Verwirklichen dieser Teilziele erfolgt in enger Absprache zwischen den beteiligten Fachkräften des Teams der Frühförderstelle und den Eltern.

4.2 Verlaufsdagnostik

Nach der in der Erst- (Vor-)Untersuchung festgelegten Zeit wird die ärztliche Untersuchung des Kindes erneut vorgenommen. Die Inhalte der fallbezogenen interdisziplinären Teamgespräche im Therapieverlauf sowie eine knappe Berichterstattung über Art, Umfang, Dauer, Inhalte und Ergebnisse der in der Zwischenzeit erfolgten Therapie- bzw. Fördermaßnahmen sind in die Verlaufsbeurteilung des Arztes einzu beziehen. Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse wie des Entwicklungsverlaufs dient auch dazu, die Wirkung der erfolgten Maßnahmen so gut wie möglich festzuhalten. Zu bemerken dabei ist, dass die spontane Entwicklung des Kindes, die kompensierende Wirkung der weiteren Hirnreifung sowie aber auch die Manifestation weiterer Störungen bei ausreifendem Gehirn und schließlich die Wirkung der psychosozialen Umfeldsituation mit der Wirkung der Therapie und Förderung interagieren. Ein Nachweis der Effektivität der Therapiemaßnahmen aus der Befund- und Verhaltensänderung ist aus diesem Grunde nur mit Vorsicht zu entnehmen.

Im Anschluss an diesen Vorgang werden wiederum unter Einbeziehung aller beteiligten Fachkräfte der Frühförderstelle und der Eltern die Ziele für einen nächsten Zeitabschnitt formuliert und bei Bedarf der Förder- und Behandlungsplan entsprechend aktualisiert.

5. Medizinisch-therapeutische Leistungen

Als Hilfe für die Einbeziehung medizinisch-therapeutischer Leistungen sollen nachstehende Ausführungen dienen:

- 5.1 Notwendige Leistungen
- 5.2 Dauer der Leistungseinheiten
- 5.3 Leistungsabgrenzung

Zu 5.1

Art und Umfang der Leistungen richten sich individuell nach der Art und Schwere der Störungen sowie nach der aktuellen Gefährdung durch sekundäre Störungen bzw. Komplikationen. Notwendig können 2 (in Ausnahmefällen 3) Paralleltherapien sein, wie z.B. Physiotherapie und Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie, Ergotherapie und Logopädie etc. In der Regel wird jede Therapieform für eine Behandlung pro Woche verordnet. Es kann aber Perioden geben, in denen aus individuellen Gründen mehrmals wöchentlich physiotherapeutische, logopädische oder ergotherapeutische Behandlung erfolgen muss. Dieses kann vorkommen z.B. bei Therapiebeginn, im Zusammenhang mit Operationen, bei Hilfsmittelanpassungen oder bei weiteren Spezialbehandlungen (z.B. mit muskeltonussenkenden Substanzen), bei drohenden oder manifesten Organschäden (z.B. Atemtherapie, Therapie bei Gefahr von Gelenksluxationen), bei Blöcken intensiver Therapie oder in besonderen Entwicklungsphasen eines Kindes. Auch größere Behandlungsabstände können im individuellen Fall zeitweise oder ständig sinnvoll sein. Ebenso individuell angepasst sind mobile und ambulante Förderung, Einzel- und Gruppenförderung einzusetzen.

Zu 5.2

Die Dauer der Einzelleistung beträgt 60 Minuten. Für die Behandlung im mobilen Dienst und bei Behandlung in kleinen Gruppen ist die Behandlungsdauer besonders zu regeln.

Im Falle einer Entwicklungsstörung ist die Therapie als eine Interaktion zwischen Therapeutin und Kind anzusehen. Die Therapeutin strebt die Eigenaktivität des Kindes an.

Um sinnvolle Lernprozesse anzuregen bzw. die Eigenregulation des Kindes zu unterstützen (diese ist für die Generalisierung von Funktionsgewinnen im täglichen Leben erforderlich), sind Aktivitäten, die dem Kind aus seinem Alltag vertraut sind, günstigerweise zu suchen. Situationsverständnis, Selbstbestimmung, Aufmerksamkeit und Motivation des Kindes sind für seine Aktivität in der Therapie anzustreben. Für jede der medizinischen Fachtherapien (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) gilt, dass es zur Aufgabe der Therapeutin gehört, die Entwicklung des Kindes im Ganzen zu berücksichtigen. Es geht nämlich darum, das Kind in die Lage zu versetzen, mit seinen eigenen Aktivitäten in Interaktion mit der Umwelt Strategien zur Lösung störungsbedingter funktioneller Probleme zu erlernen, die für sein Alltagsleben und in seinem sozialen Umfeld von Bedeutung sind. Kognition und Sozialverhalten sind wesentliche Aspekte, die für dieses Lernen erforderlich sind und deswegen in der medizinischen Therapie angesprochen werden müssen. Das bedeutet keinesfalls, dass nur **eine** Therapeutin die komplexe Aufgabe der frühen Förderung übernehmen sollte, vielmehr ist eine hohe fachspezifische Kompetenz als entscheidender Faktor der Qualitätssicherung in der interdisziplinären Arbeit absolute Bedingung für eine effektive Frühförderung.

Je jünger das Kind ist und je massiver die Störung, desto mehr werden diese Lernvoraussetzungen nur mit Zeitaufwand zu erreichen sein. Dazu kommt die notwendige Beratung der Eltern und weiteren Bezugspersonen. Sie sind nicht als Co-Therapeuten zu verstehen. Ihr Verständnis und ihre Unterstützung der Therapieziele sind aber eine wichtige Voraussetzung dafür, dass ein Kind das gerade Gelernte in seinem Alltag erproben und übernehmen sowie für weitere Funktionen generalisieren kann. Das Wirksamwerden der Therapie im Alltag des Kindes hängt entscheidend davon ab. Deshalb ist die Beratung der Eltern (Bezugspersonen) elementarer Bestandteil der Therapie in der Frühförderung.

Zu 5.3

Medizinische Leistungen sind durch die Aufgabenstellung der drei medizinisch-therapeutischen Berufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) definiert. Sie besteht in der Frühförderung in jedem Fall in der aktiven Zusammenarbeit mit dem Kind

zur Verbesserung und Erweiterung der funktionellen Leistungsfähigkeit und damit geringeren Abhängigkeit von äußerer Hilfe. Da diese Leistungsfähigkeit im frühen Kindesalter immer auch kognitive und soziale Anteile beinhaltet, müssen diese, wie unter Punkt 5.2. ausgeführt, auch von den medizinischen Therapeuten in der Behandlung selbst beachtet werden.

Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aller an der Förderung eines Kindes beteiligten Fachkräfte ist Voraussetzung für eine qualitativ vertretbare Therapie und Förderung. Die interdisziplinäre Ergänzung und Abstimmung sind Qualitätsmerkmale der therapeutischen Arbeit und der Gesamtarbeit in Interdisziplinären Frühförderstellen. Interdisziplinärer Austausch und regelmäßige Teamgespräche sind daher an Frühförderstellen als integraler Bestandteil der Therapie anzusehen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird dann für Kind und Bezugspersonen nutzbringend, wenn das entsprechende Team in allgemeinen und fallbezogenen Fortbildungen miteinander lernt und vor allem die Arbeit mit einem individuellen Kind genau abstimmt.

6. Zusammenfassung

6.1 Die ärztliche Diagnostik erfolgt nicht einmalig, sondern wird als Verlaufsdagnostik weitergeführt. Dafür geben die Beobachtungen der Eltern und weiteren Bezugspersonen einen wichtigen Beitrag zusammen mit Verlaufsbeobachtungen der jeweiligen Therapeuten in ihren fachspezifisch aktuellen Befunden sowie der pädagogischen und psychologischen aktuellen Beurteilungen. Die verschiedenen Befunde werden dokumentiert, dienen als Basis für die jeweilige therapeutische Arbeit und bilden die Grundlage für den Förder- und Behandlungsplan und seine regelmäßige Aktualisierung.

6.2 Diagnostik sowie Zielsetzung und Planung der Förderung eines Kindes müssen grundsätzlich dort und durch die Fachkräfte erfolgen, die auch die Förderung des Kindes selbst durchführen. Die Einbeziehung der Eltern mit ihrer eigenen Sichtweise gewährleistet ihr Verständnis für die Bedeutung der Diagnose und des Therapiekonzeptes. Die Vermittlung der Diagnose beinhaltet die prozesshafte Begleitung der Eltern auch im Hinblick auf die Verarbeitung der Diagnoseaussage. Überregionale Zentren/Institutionen/Kliniken sind nur bei spezifischen dia-

agnostischen Fragestellungen oder zur speziellen Therapieberatung hinzuzuziehen. Sie ersetzen die Verlaufsdiagnostik „vor Ort“ nicht.

6.3 Die ärztliche Diagnostik bemüht sich um die ätiologische Klärung einer Entwicklungsstörung. Für die Verordnung der aktuellen medizinischen Leistungen müssen sowohl der Arzt als auch die beteiligten Therapeuten ihre therapierelevante funktionelle Diagnostik nach klar formulierten Beobachtungs- und Beurteilungskriterien vornehmen. Diese basieren auf dem heute geltenden Konzept der kindlichen Entwicklung. Die im interdisziplinären Team der Frühförderstelle und unter Beteiligung der Eltern gewonnenen Erkenntnisse sind zu formulieren und für alle Beteiligten transparent zu machen.

6.4 Aktuelle Therapieziele und Organisation der Leistungen für einen nächsten begrenzten Zeitraum sind zu dokumentieren. Sie beinhalten Art, Umfang und Intensität der Therapien sowie die Form/Methode der Therapie. Die Aufgaben der einzelnen Fachkräfte dabei werden interdisziplinär abgestimmt. Ein Termin für die ärztliche Verlaufsdiagnostik wird festgesetzt. Die Evaluation der Leistungen des bisherigen Förderabschnitts und die neuerliche Befunderhebung führen zur Aktualisierung der weiteren Leistungen.

7. Qualitätssicherung

Im Rahmen der Interdisziplinären Frühförderung wird sichergestellt, dass Qualitätssicherung im Hinblick auf Struktur, Prozess und Ergebnis gewährleistet wird (nach entsprechenden Modellen).

Für die Evaluation der Arbeit des medizinischen Anteils in den Frühförderstellen stehen jetzt Konzepte zur Verfügung, die den Besonderheiten einer Entwicklungsstörung und der medizinisch-therapeutischen Arbeit mit entwicklungsgestörten Kindern angemessen sind. Evaluation ist wegen der großen individuellen Unterschiedlichkeit kindlicher Entwicklungsstörungen fallbezogen vorzunehmen.

Die bisherigen Ausführungen beinhalten die notwendigen Teilschritte innerhalb der Interdisziplinären Frühförderstelle:

- * ärztliche und fachspezifische Diagnostik
- * Dokumentation der Untersuchungsergebnisse in prägnanter, kurzer Form
- * Dokumentation weniger, konkreter, klar formulierter Therapieziele für einen nächsten Zeitabschnitt der therapeutischen Intervention
- * klare Formulierung und Dokumentation eines Plans für diesen jeweiligen Zeitabschnitt
- * erneute Untersuchung des Kindes nach demselben Konzept und in derselben Form und Dokumentation
- * Evaluation der Effektivität der vorgenommenen Maßnahmen an der Veränderung des Verhaltens und der Funktion des Kindes unter Berücksichtigung aller auf die Entwicklung des Kindes zusätzlich einwirkenden Faktoren.

8. Überprüfung der Leitlinien

Diese Leitlinien sollen entsprechend des medizinischen Wissenstandes permanent weiter entwickelt und durch die beteiligten medizinischen Berufsgruppen an den Frühförderstellen in Zusammenarbeit mit der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern überprüft werden. Als geeigneter Zeitraum dafür können drei Jahre angesehen werden.

9. Implementierung

Diese Leitlinien werden im Einzelfall in das aktuelle Therapiegesehen eingebracht und durch die beteiligten Berufsgruppen umgesetzt.

Erstfassung Oktober 1998

Dr. med. Barbara Ohrt

im Auftrag der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V., LV Bayern

(Vorsitzende Dr. Renate Berger / stellvertr. Vorsitzender Prof. Dr. phil. Hans Weiß)

Anlage 7 zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2011

Aktualisierte Fassung April 2006

Dr. med. Barbara Ohrt

im Auftrag der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V., LV Bayern
(Vorsitzende Helga Tremel-Sieder / stellvertr. Vorsitzender Prof. Dr. phil. Hans Weiß)
und in Zusammenarbeit mit der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern
(Seidlstr. 4, 80335 München)

Revision 2011

Die Leitlinien wurden im Februar 2011 durch den Vorstand der VIFF-Bayern durchgesehen, eine Aktualisierung war nicht erforderlich.

Literatur

Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V.: Curriculum Qualifizierende Weiterbildung für Fachkräfte in der Interdisziplinären Frühförderung (2005)