


AD(H)S

FACHKONZEPT



AUFMERKSAMKEITS- DEFIZITSYNDROM MIT ODER OHNE HYPERAKTIVITÄT

STAND: 2014

IMPRESSUM

Herausgeber: Josefs-Gesellschaft gGmbH

Gestaltung & Konzeption: Maya Hässig, siebenzwoplus Köln

Druck: Berufsbildungswerk im Josefsheim, Bigge

Köln 2015

INHALT

1. Grundlagen	3
2. Diagnostische Leitlinien	6
3. AD(H)S Diagnostik und Menschen mit geistiger Behinderung	8
4. Multimodale Therapie	9
5. Maßnahmenkatalog zur Erkennung und Behandlung	12
5. Literaturhinweise	16

1. GRUNDLAGEN

Störungen der Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Handlungsfähigkeiten werden verursacht durch angeborene Stoffwechselbesonderheiten des Gehirns. AD(H)S-Symptome werden ebenfalls hervorgerufen durch Beeinträchtigungen, vor allem durch frühkindliche Entwicklungsstörungen oder Verletzungen des Zentralen Nervensystems. Beispielsweise müssen 30% aller Kinder nach einer Risiko- oder Frühgeburt AD(H)S-Symptome bewältigen (Jäckel, Schäfer 2013). Weitere Ursachen sind psychosoziale Faktoren, z.B. Bindungsstörungen (Brisch 2010), schädigende Umweltfaktoren, z.B. durch Nikotinvergiftung des Fötus, und diverse genetische Syndrome, z.B. Fragiles-X-Syndrom (Hoffmann 2012). Unter anderem auch, weil immer mehr Kinder durch intensivmedizinische Anstrengungen schwere frühkindliche Lebenskrisen überleben, nehmen die AD(H)S-Symptome im Trend zu. Die Symptomatik ist gekennzeichnet durch die Trias von:

- // einer auffallenden Beeinträchtigung der Konzentration und Dauer-
aufmerksamkeit
- // einer Störung der Impulskontrolle
- // einer häufig bemerkbaren inneren und äußeren Unruhe.

Für die Diagnosestellung sind folgende Aspekte maßgeblich:

Die Symptomatik muss

- // bereits im Kindesalter deutlich geworden sein,
- // auch außerhalb äußerer Belastungssituationen oder schwerwiegender Erkrankungen zu beobachten sein,
- // sich störend auswirken auf mindestens zwei verschiedene Lebensbereiche.

Die Häufigkeit im Kindesalter wird in der Literatur mit 5 – 10% pro Jahrgang angegeben, bei etwa 30 – 50% bleibt die Symptomatik bis ins Erwachsenenalter bestehen, so dass man in der Normalbevölkerung von 2 – 5% betroffener Erwachsener ausgehen kann.

Die Erkrankung hat somit eine biographische Dimension. Natürlich unterscheidet sich das Erscheinungsbild AD(H)S im Einschulungsalter von dem eines Jugendlichen oder Erwachsenen. So dominiert z. B. die Hyperaktivität bei der Mehrzahl der betroffenen Kinder, bei Erwachsenen liegen derartige Phänomene nur noch in schwacher Ausprägung vor.

In Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad der Symptomatik und der Koexistenz von Teilleistungsstörungen sowie von der Art des schulischen und familiären Umfeldes muss mit gravierenden psychosozialen Auswirkungen eines im Kindesalter unbehandelten AD(H)S gerechnet werden:

- // Lernbehinderung in Schule und Ausbildung
- // Erhöhtes Risiko für dissoziale Entwicklung
- // Erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen mit Selbstwertproblematik

- // Defizite in Sozialkompetenz mit negativen Auswirkungen auf Partnerschaften und Berufswelt
- // Erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit
- // Erhöhtes Risiko für Unfälle aller Art

Unter den Teilnehmern der JG-Einrichtungen (insbesondere BFW, BBW) sind sehr viel mehr AD(H)S-Betroffene als in der Normalbevölkerung. Derzeit muss von einem Anteil von ca. 20% ausgegangen werden. Der Grund dafür liegt in der erhöhten Komorbidität mit psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen, was die AD(H)S Symptomatik zusätzlich negativ beeinflusst. Zum Beispiel wird eine bereits bestehende Unruhe und Impulsivität durch eine zusätzliche Angstentwicklung noch erheblich gesteigert. Der Erfolg der Rehabilitation kann durch ein nicht erkanntes und/oder nicht behandeltes AD(H)S vom Scheitern bedroht sein.

Für Menschen mit geistiger Behinderung schwanken die in der Literatur beschriebenen Prävalenzangaben sehr stark. Die Abgrenzung von AD(H)S und geistiger Behinderung wird nicht zuletzt aufgrund der Problematik des „diagnostic overshadowing“ seit vielen Jahren kontrovers diskutiert (Sappok 2012:18. In: Hoffmann 2012).

Differenzialdiagnostische Überlegungen sind bei Vorliegen möglicher koexistierender Störungen von großer Bedeutung, was eine umfassende multiaxiale Diagnostik vor Beginn einer Behandlung erfordert. Hier ist interdisziplinäre Zusammenarbeit von Bedeutung.

2. DIAGNOSTISCHE LEITLINIEN

- 1) **Hinweise auf Konzentrationsprobleme im Verhalten (ICF siehe b140)**
 - a. nicht altersgemäÙe, auffallend kurze Aufmerksamkeitsspanne, auch in Gesprächen
 - b. erhöhte Ablenkbarkeit schon bei banalen akustischen und visuelle Reizen
 - c. „vom Hölzchen aufs Stöckchen kommen“, sprunghafte Gesprächsführung
 - d. Vergesslichkeit und Zerstreutheit
 - e. Flüchtigkeit
 - f. mangelnde Sorgfalt

- 2) **Hinweise auf Defizite in der Impulskontrolle (ICF siehe b130)**
 - a. Reinplatzen in Gespräche anderer
 - b. vorzeitiges Starten mit Aufgaben, bevor die Erläuterung zu Ende ist
 - c. unangemessene Gefühlsausbrüche und schnelle überhastete Sprechweise, Poltern

- 3) **Hinweise auf Störung der Informationsverarbeitung (ICF b144)**
 - a. ungenügende Reizfilterung
 - b. Überforderung bei komplexen Anforderungen
 - c. ungenügende Strukturfähigkeit
 - d. mangelnde oder unangemessene Priorisierung
 - e. vorzeitige Ermüdbarkeit bzw. erhöhte Tagesmüdigkeit

- 4) Hinweise auf Hyperaktivität (bei Erwachsenen nicht immer äußerlich erkennbar, häufig wird aber ein Gefühl der inneren Unruhe benannt) (ICF b470)
 - a. ständige Positionsveränderung
 - b. wippende Beine
 - c. Hände in ständiger Bewegung
 - d. ständige Geräuschproduktion
 - e. Ungeduld, nicht abwarten können

- 5) Hinweise auf feinmotorische Störungen (ICF siehe b750)
 - a. nuschelige, schwer zu verstehende Sprechweise
 - b. Hand- und Fingerungeschicklichkeit
 - c. häufig erkennbar unharmonisch wirkende Bewegungsabläufe

3. AD(H)S DIAGNOSTIK UND MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

DAS PROBLEM DER FALLDIAGNOSTIK

Im Diagnostik Manual – Intellectual Disability (DM-ID) sind die Diagnosekriterien für AD(H)S bei Intelligenzminderung definiert. Die darin beschriebene AD(H)S-Kernsymptomatik stimmt mit der von Menschen ohne Intelligenzminderung und AD(H)S überein. Ein zusätzlich nach Testkriterien valides Assessmentinstrument zur Bestimmung einer AD(H)S bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung liegt derzeit nicht vor und ist auch nicht zu erwarten. In der Praxis sind spezifische genetische Syndrome häufiger im Verbund mit einer scheinbar AD(H)S-typischen Symptomatik anzutreffen, z. B. das Down-Syndrom, das Fragile-X-Syndrom, das Williams-Syndrom, die Alkoholembryopathie und das 22-q-12-Syndrom (Sappok 2012:16. In: Hoffmann 2012). Nicht selten kommt es jedoch auch zu Fehldiagnosen, da insbesondere nicht sprechende Menschen mit Intelligenzminderung Verhalten zeigen können, das wie AD(H)S aussieht, um das Vorhandensein subjektiv empfundener Stressfaktoren auszudrücken. Was wie ein klassisches AD(H)S aussieht, ist dann gegebenenfalls eine subjektiv sinnvolle individuelle Möglichkeit, in belastenden Situationen zu kommunizieren (McGuire, Chicoine 2008). Behinderte Menschen sind in Rehabilitationseinrichtungen nicht selten einem hohen Grad an Strukturlosigkeit ausgesetzt. Häufige Betreuerwechsel, laute, hektische Arbeitsplatz- und Wohnumgebungen, Arbeitsaufträge in Werkstätten, die möglicherweise nicht in ihrer Bedeutsamkeit verstanden werden. Die sich daraufhin ausbildende Symptomatik zu „etikettieren“ und zu verkürzen, verstellt den systemischen Blick und führt in letzter Konsequenz immer zu monokausalen Behandlungsversuchen.

4. MULTIMODALE THERAPIE

Es wird generell ein multimodales Vorgehen (Therapiekonzept), gegebenenfalls mit einer Kombination von Pharmako- und Psychotherapie aufgrund der Komplexität der Störung, empfohlen. Nicht-psycho-therapeutische psychosoziale Interventionen sind von großer Bedeutung (z. B. Sport, pädagogische Interventionen). Die Hauptaufgabe der Förderung liegt bei Bezugspersonen und Mitarbeiter/innen im Alltag.

Je nach den unterschiedlichen Zusammenhängen mit den weiteren Beeinträchtigungen und der AD(H)S-Symptomatik muss auch die Behandlung unterschiedlich geplant und durchgeführt werden. Die spezifischen Förderkenntnisse für die entsprechenden genetischen Syndrome, Hirnverletzungen oder Entwicklungsstörungen müssen zusätzlich berücksichtigt werden.

Dies verlangt eine kritische Prüfung der im Maßnahmenkatalog vorgesehenen Interventionen bei dem jeweiligen Einzelfall. So ist z.B. sorgfältig zu prüfen, ob die Standardmedikationen mit Methylphenidat oder Atomoxetin überhaupt in Frage kommen, oder ob nicht im Einzelfall die Impulsivität und Unruhe der betreffenden Person durch ihre besonderen körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen angemessener erklärt und deswegen anders behandelt werden sollten. Dazu gehören auch Menschen, die aufgrund besonderer psychosozialer Belastungsfaktoren Bindungsstörungen entwickelt haben.

Es muss beachtet werden, dass gerade Menschen mit frühkindlichen körperlichen Beeinträchtigungen zusätzlich oft eine Bindungsstörung entwickeln. Die oft monatelange und manchmal jahrelange klinische Versorgung von Kleinkindern mit schweren Behinderungen geht offensichtlich öfter einher mit Beeinträchtigungen der sozialen Bindungsfähigkeiten. Wenn Kinder und Jugendliche impulsives, wechselhaftes, unruhiges und unzuverlässiges Interesse und Beziehungsverhalten zeigen, dann ist an unsichere, ambivalente oder desorganisierte Bindungen zu denken (Brisch 2010: 60ff). Die damit verbundenen AD(H)S-ähnlichen Symptome müssen mit bindungsbasierten, entwicklungswirksamen Anleitungen behandelt werden. Dafür finden sich viele brauchbare Teilkonzepte in der Fachliteratur, z.B. „die entwicklungsfreundliche Beziehung“ (Senckel 2001), oder die „bindungsbasierte Therapie“ (Brisch 2010: 126ff), oder die „Entwicklungsunterstützung im Alltag - Marte Meo“ (Aarts 2011), oder ergotherapeutische Konzepte nach Bobath usw.

All diesen Methoden ist gemein, dass langfristig in sicheren Bindungen, also vertrauensvoll und „face to face“, genau die gelingenden Fähigkeiten des Wahrnehmens, Konzentrierens und Handelns von den Helfenden fokussiert und mit den jeweiligen Methoden entwicklungswirksam verstärkt werden. Gefordert sind professionell anspruchsvolles Einfühlen und unterstützendes Begleiten der gelingenden erlebnis- und persönlichkeitsorientierten Handlungen der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in ihrem Alltag.

Einen weiteren Ansatz stellt das Konzept der psychomotorischen Entwicklungsförderung dar. Es basiert auf der Annahme, dass sich Bewegung, Wahrnehmung, Verhalten und Selbsterleben wechselseitig beeinflussen. Bewegung gilt daher in der Psychomotorik als ein wesentliches Medium der Unterstützung und Anbahnung von Entwicklungsprozessen. Dies führt zum Anspruch einer ganzheitlichen Vorgehensweise, die die Eigenaktivität des Kindes fördert, zum selbstständigen Handeln anregt und über Erfahrungen innerhalb einer Gruppe zur Erweiterung der Handlungskompetenz und Kommunikationsfähigkeit beiträgt. Dieser entwicklungs- und kindgemäße Ansatz ist weder leistungs- noch defektorientiert, sondern erlebnis- und persönlichkeitsorientiert. Er ermöglicht es den Kindern, sich spielerisch, frei und ungezwungen handelnd zu äußern und entwickeln zu können (Zimmer 1999: 15f, 22; Zimmer 2004: 185).

5. MASSNAHMENKATALOG ZUR ERKENNUNG UND BEHANDLUNG VON AD(H)S

1. Prävention

Durch Schulung der Mitarbeiter wird die Erkrankung frühzeitig erkannt und führt zur ärztlichen und psychologischen Diagnostik (Frühwarnsystem bei bisher nicht bekanntem AD(H)S).

2. Diagnostik

Gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften, ergänzt durch (neuro-)psychologische Testung, durch Arzt nach ICD und/oder DSM IV.

3. Leistungsplanung

ICF basierte Leistungsplanung (Funktionseinschränkungen, Kontextfaktoren, Ressourcen).

4. Therapeutische Interventionen

Medikation: Durch Arzt, entsprechend den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften, individuell adaptiert.

Verhaltensorientierte Psychotherapie: Durch psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeut.

Entwicklung von Störungseinsicht und Behandlungsmotivation: Überwiegend im ärztlichen/psychologischen Gespräch, ergänzt durch weitere Gesprächspartner (z. B. Reha-Team, Familienangehörige, Freundeskreis).

Information über das Störungsbild einschließlich der Behandlungsoptionen: Durch Arzt/Psychologe, Selbstinformation über Medien, Literatur und Internet.

Verhaltensanalyse, Impulskontrolle und Handlungsplanung: In psychologischer Einzel- und Gruppenberatung: Verhaltensanalyse und Verhaltensänderung bei Lernproblemen, Impulskontrolle und Handlungsplanung. Ziel: Verhaltensanalysen erlernen, Kontrolle zur Verhinderung von Kurzschlussreaktionen bekommen.

Stressbewältigung, Copingstrategien: In psychologischer Einzel- und Gruppenberatung: Ressourcenorientiertes Stressmanagement, erlernen von Copingstrategien, Stress-Leistungs-Kurve Ziel: Akuter und chronischer Stress sollen reduziert werden.

Achtsamkeit stärken, Gefühlsregulation, Reizabwehr/Reizfilterung: Im psychologischen Einzel- bzw. Gruppensetting. Achtsamkeitsübungen (Denken und Fühlen) Ziel: sich seiner selbst gewahr werden, den inneren Beobachter trainieren.

Beratung und Information bei störungsspezifischen Lernproblemen: In psychologischer Einzel- und Gruppenberatung: Zeitplanung, Organisationsplanung, Merkhilfen, Hilfestellungen, Umgebung. Ziel: Erlernen von Techniken und Ritualen.

5. Hilfen zur Alltagsbewältigung

Erlernen von Lern- und Arbeitstechniken: In Einzel- oder Gruppensetting: gezielte lernpädagogische Förderung; Beratung und Information zur individuellen Lernsituation, zu allgemeinen und individuellen ADHS-typischen Problemen bezüglich des Lernens. Ziel: Information, Motivation, Leistungsoptimierung.

Selbstmanagement/-Steuerung: Im Einzel- oder Gruppensetting: Denken, Fühlen und Handeln in Übereinstimmung bringen, Kontrolle bekommen.

Auffangen psychischer Belastungsreaktionen: Intervention durch den zunächst anwesenden Mitarbeiter; Information und Überleitung gegebenenfalls an Arzt und/oder Psychologen.

Sonderpädagogische Förderung bei Teilleistungsstörungen: In sonderpädagogischer Einzel- und Gruppenförderung.

Unterstützendes coaching: Einzelunterstützung durch eine geeignete Bezugsperson z. B. in der Qualifizierung mit entsprechender Befähigung und Kenntnis des Störungsbildes bei Erwachsenen.

Psychoedukative Interventionen: In Einzel- und Gruppenförderung mit dem Ziel der umfassenden Information über die Krankheit zum Aufbau eines eigenverantwortlichen Umgangs und Förderung der individuellen Bewältigungsfähigkeit.

Erlernen und anwenden alterstypischer Verhaltensweisen: Spiegelung des Verhaltens bzw. situative Einübung adäquater Verhaltensmuster bei Bedarf durch alle Teammitglieder.

Training von typischen Schlüsselqualifikationen: Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, usw. werden durch alle Teammitglieder angeleitet/entwickelt/weiterentwickelt.

6. Rahmenbedingungen

Berücksichtigung des Störungsbildes in Lernsituationen: Gestaltung entsprechender räumlicher und didaktischer Rahmenbedingungen ist erforderlich.

Lern- und Arbeitstechniken: Einführung in die Projektarbeit, Einführung in Gruppenarbeit, Umgang mit Texten, Informationsbeschaffung, Erarbeitung und Erprobung von Lerntechniken, Simulation von Prüfungen, Präsentationstechniken; Abgleich und Harmonisierung mit individuell im therapeutischen Setting gewählten und erprobten Techniken.

Betriebliches Praktikum: Das betriebliche Praktikum muss unter Berücksichtigung der Einschränkungen beim TN gewählt werden, der Arbeitgeber eventuell mit Einverständnis des Betroffenen vorbereitet werden.

Bewerbungsstrategie/Bewerbungstraining: Hier sollte zuvor eine Rücksprache mit Arzt und Psychologen erfolgen.

Markt- und Adressatenanalyse: Hier sollte zuvor eine Rücksprache mit Arzt und Psychologen erfolgen.

6. LITERATURHINWEISE AD(H)S

Bundesverband-Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom-Hyperaktivitätsstörung

(Hrsg.): ADHS: Lebensweg mit Hindernissen – was tun? Forchheim 2005.* Interessante Artikel zu verschiedenen Aspekten des Themas – für Fachleute und Betroffene.

Claus, Dr.med Dieter; Aust-Claus, Elisabeth; Hammer, Petra-Maria:

A-D-S. Das Erwachsenen Buch. Ratingen 2002. *Auf die Informationsverarbeitung Betroffener zugeschnittene Hilfe zur Selbsthilfe; Tipps zu wichtigen Themen.

Heßlinger, Bernd: Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch. Göttingen 2004. *Aus der Praxis heraus entwickeltes Therapieprogramm mit nützlichen Materialien und einer genauen Beschreibung der Therapiestunden (für Psychologen).

Krause, Johanna; Krause, Klaus-Henning: ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart 2008. *Aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis heraus entstandenes Buch, das auf hohem wissenschaftlichen Niveau von der Neurobiologie bis zur Therapie umfassend informiert.

Rösler Michael [et al.]: HASE Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Göttingen 2008. *Eine psychometrische Testbatterie für Ärzte und Psychologen, die folgende Tests beinhaltet: Die deutsche Kurzform der Wender Utah Rating Scale (WURS-K), den ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB), die diagnostische Checkliste zur ADHS (ADHS-DC) und die deutsche Version des Wender-Reimherr-Interviews.

Weiss, Lynn: ADS im Job. Moers 2007. * "Infotainment" zum Thema: Für Betroffene ein in typisch amerikanischer Art verfasstes unterhaltsames Buch mit vielen Situationsbeschreibungen und Fallbeispielen.

Aarts, Maria: Marte Meo. Ein Handbuch. Eindhoven 2011.

Brisch, Karl-Heinz: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart 2010.

Došen, Anton: Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Stuttgart 1997.

Došen, Anton: Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen 2010.

Fletcher, Robert [et al.] (Hrsg.): Diagnostic Manual – Intellectual Disability. A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability. New York 2007.

Hartmann, Thom: Eine andere Art die Welt zu sehen. Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Lübeck 2009.

Hoffmann, Knut (Hrsg.): ADHS, motorische Unruhe und andere Verhaltensauffälligkeiten. Dokumentation der Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. am 04.11.2011 in Kassel. Materialigen der DGSG, Bd. 27, Berlin 2012.

Jäckel, Karin; Schäfer, Cathrin: Frühgeborene in der Grundschule. 2013. http://www.fruehgeborene-bildung.de/downloads/b_fgschule.pdf (Stand Juni 2014)

Jäncke, Lutz (Hrsg.): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. In: Zeitschrift für Neuropsychologie Heft 4 2012 (Themenheft ADHS).

McGuire, Dennis; Chicoine, Brian: Erwachsene mit Down-Syndrom verstehen, begleiten und fördern. Stärken erkennen, Herausforderungen meistern. Zirndorf 2008.

Rehbach, Nina: Wird ADHS überdiagnostiziert und wenn ja, warum? In: Psychotherapeutenjournal Heft 4 2012 S. 336-341.

Reinberger, Stefanie: ADHS - Nur ein bisschen anders? In: Geist und Gehirn, 9/12, 30-36

Rösler, Michael [et al.]: Diagnose und Therapie der ADHS. Kinder – Jugendliche – Erwachsene. Stuttgart 2010.

Senckel, Barbara: Die „Entwicklungsfreundliche Beziehung“. Ein Angebot für Menschen mit schwerer Verhaltensauffälligkeit. 2001. http://efbe-online.de/uploads/1/7/2/3/17232140/die_efb_fuer_verhaltensauffaelligkeit.pdf (Stand Juni 2014)

Steinhausen, Hans-Christian; Rothenberger, Aribert; Döpfner, Manfred: Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart 2010.

INTERNETQUELLEN

www.adhs.info Webportal im Auftrag des Bundesministeriums f. Gesundheit.

www.bag-tl.de Bundesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit Teilleistungs-/Wahrnehmungsstörungen e.V.

www.adhs-deutschland.de Selbsthilfeorganisationen, Dachorganisation.

Fachpublikationen aus dem Bereich Rehabilitation der JG-Gruppe:

Assessment – „Was willst du, dass ich dir tue?“ LK 18,41

Stand: Februar 2015

Individuelle Teilhabeplanung – Case Management

Stand: Februar 2015

Leben und Wohnen in den Altenzentren der JG-Gruppe

Stand: 2014

Berufliche Teilhabe – Entwicklungsperspektiven bis 2020

Stand: 2014

Das Behinderungsbild ADHS

Stand: 2014

Sexualisierte Gewalt verhindern – bei Verdacht richtig handeln.
Prävention, Intervention und Aufarbeitung

Stand: Oktober 2014

Persönliches Budget zur beruflichen Teilhabe

Stand: 2013

Das Behinderungsbild Spina Bifida und Hydrocephalus

Stand: 2013

Die Leitlinien, Standards, Strategiepapiere und Fachkonzeptionen der Josefs-Gesellschaft erhalten Sie unter 02962/800 431, u.wahle-brown@josefsheim-bigge.de oder – zum Herunterladen – unter www.josefs-gesellschaft.de.



Im Mittelpunkt der Mensch

Ansprechpartner:

Wilhelm Bultmann, Berufsförderungswerk Hamm

Dr. Ingo Kretschmer, Antoniushaus, Hochheim

Josefs-Gesellschaft gGmbH

Custodisstraße 19–21, 50679 Köln

Tel. 0221. 889 98-0, Fax 0221. 889 98-60

info@josefs-gesellschaft.de

www.josefs-gesellschaft.de

