

# Die Schule – ein wichtiger Mittelpunkt

## Unterstützungsmöglichkeiten im Schulsystem für Kinder und Jugendliche mit Autismus

**Die Schule ist für alle Kinder und Jugendliche** und selbstverständlich auch für Schüler und Schülerinnen mit autistischen Störungen ein zentraler und Lebens bestimmender Ort. Die Schule als sozialer Ort bildet auch oft den ersten Gradmesser in der Ausprägung der autistischen Störung und nicht ohne Zusammenhang mit den sozialen Anforderungen beim Eintritt in die Schule werden autistische Störungen im Durchschnitt mit ca. 6,11 Jahren diagnostiziert. Die Diagnosestellung des Aspergersyndroms erfolgt im Schnitt mit 11,2 Jahren. (vgl. Howlin & Moore 1997).

Schule muss in seiner Funktion zwei zentrale Aufgaben erfüllen. Sie muss Fähigkeiten und Wissen vermitteln und gleichzeitig vergibt sie Zugangsberechtigungen zu Abschlüssen und Prüfungen.

Es gibt keine eigene Schulart für Kinder und Jugendliche mit autistischen Störungen. Welche Schulart die geeignete darstellt muss sich individuell an der Schwere der autistischen Störung, der intellektuellen Begabung, der Sprachfähigkeit, den motorischen Fähigkeiten und dem gesamten individuellen Förderbedarf orientieren.

Bei fast allen Schülern mit Autismus besteht sonderpädagogischer Förderbedarf mit verschiedenen ausgeprägten Förderschwerpunkten: geistige Entwicklung, Sprache, Lernen, soziale und emotionale Entwicklung, körper-

liche und motorische Entwicklung, Hören oder Sehen. Die Benennung dieser Förderschwerpunkte orientiert sich hier an der Nomenklatur der bayerischen Schulpolitik.

Die schulische Versorgung kann innerhalb des Regelschulsystems, der Förderzentren und aller Schularten mit mittlerem und höherem Bildungsabschluss stattfinden. Laut dem bayerischen Erziehungs- und Unterrichtsgesetz heißt es, dass „die sonderpädagogische Förderung im Rahmen ihrer Möglichkeiten Aufgabe aller Schularten“ ist .

Im Beschluss der Kultusministerkonferenz der Länder heißt es in den Empfehlungen zu Erziehung und Unterricht von Kindern und Jugendlichen mit autistischem Verhalten: „...für eine aktive Lebensbewältigung in größtmöglicher sozialer Integration und für ein Leben in weitgehender Selbständigkeit und Selbstbestimmung sind spezielle Eingliederungs- und Lernangebote erforderlich.“ (vgl. Beschluss der KMK vom 16.06.2000, S.3 )

**Bezogen auf das Grundgesetz haben Schüler und Schülerinnen mit autistischen Störungen Anspruch auf einen sachgerechten Nachteilsausgleich.** Durch eine Verfassungsänderung im Jahr 1994 wurde der Ar-

tikel 3 ergänzt durch den Passus: Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden (vgl. GG/ Art.3). Welche Maßnahmen im Sinne eines Nachteilsausgleichs sinnvoll sind, muss im Einzelfall entschieden und durchgeführt werden.

Im System Schule benötigen alle grundlegend daran beteiligten Gruppen Unterstützung, um in Erziehung und Unterricht bei Kindern und Jugendlichen mit autistischen Störungen erfolgreich und zielorientiert handeln zu können. Sowohl Eltern als auch die Schule und die jeweiligen Lehrer/innen müssen sich mit Frage- und Problemstellungen auseinandersetzen, die mit der autistischen Störung im Rahmen des Lern- und Sozialverhaltens auftreten können.

**Im Mittelpunkt aller Bemühungen steht meist die zentrale Frage:**

Wo muss auf die Behinderung Rücksicht genommen werden und wo kann eine Anpassungsleistung angestrebt werden?

Diese Fragestellung stellt im pädagogischen Alltag ein großes Konfliktpotential dar und muss individuell beantwortet werden. Die unterschiedliche und individuelle Lernausgangslage der Schüler und Schülerinnen mit Autismus macht eine sehr differenzierte Betrachtung und Bestim-

---

Rita Wagner

Sonderschullehrerin, Schule Heckscher-Klinikum  
gemeinützige GmbH

**„Ca. 32 % aller  
autistischen  
Schüler und Schülerinnen  
benötigen  
einen Schulbegleiter“**

(Heckscher-Klinikum, 2007)



mung der Lern- und Fördermöglichkeiten notwendig.

Insgesamt benötigen autistische Schüler und Schülerinnen klare Strukturierungshilfen, die ihnen die Orientierung in Raum, Zeit, Material und Anforderungen erleichtern (vgl. TEACCH-Ansatz, A. Häußler). Sie benötigen Rückzugsräume und entlastende Angebote bei Überforderungssituationen. Sie benötigen individuelle Förderangebote für die jeweiligen Defizite und Wahrnehmung ihrer Stärken und Vorlieben. Lernerfolge sollten unabhängig vom Anforderungsniveau möglich und sichtbar gemacht werden. Um die Integration in einer schulischen Lerngruppe erfolgreich bewältigen zu können, benötigen ca. 32 % aller autistischen Schüler und Schülerinnen einen Schulbegleiter (vgl. Erhebung innerhalb des Heckscher-Klinikums durch Frau PD Dr. Noterdaeme/ 2007).

Schüler mit autistischen Störungen profitieren von Lehrern, die sich mit Erscheinungsbildern autistischen Verhaltens befasst haben und über Erfahrungen im Umgang mit Autismus verfügen. Je intensiver sich eine Schule mit dieser Thematik befasst hat und je mehr sie Informations- und

Beratungsangebote nutzt, umso höher liegt die Wahrscheinlichkeit, dass sie fachkompetent und Problem lösend agieren kann.

Die Qualität von Schule und Unterricht wird maßgeblich durch die Einbindung der Eltern positiv beeinflusst. (vgl. M., Rutter :15000 hours). Die vertrauensvolle Zusammenarbeit von Elternhaus und Schule erleichtert das Zusammenspiel von Erziehung und Unterricht. Elternberatung, Offenlegung von Lern- und Erziehungszielen und gemeinsame Handlungs- und Reaktionsstrategien erleichtern den pädagogischen Alltag.

Nicht immer gelingt es durchgängig erfolgreich und konfliktfrei autistische Schüler in das bestehende Schulsystem zu integrieren. Zum Teil wird Einzelunterricht notwendig oder die zeitweilige Gewährung von Hausunterricht. Erfreulicherweise gelingt es aber auch vielen Schülern mit Autismus, eine Schullaufbahn relativ störungsarm zu durchlaufen und einen Schulabschluss gemäß ihrer Begabung zu erwerben.

**Rita Wagner**

rita.wagner@schule.heckscher-klinik.de

## Literatur

- Empfehlungen zu Erziehung und Unterricht von Kindern und Jugendlichen mit autistischem Verhalten. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16.06.2000.
- Bay. EUG Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen vom 31.5.2000.
- Häußler A. ( 2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Rutter, M., et al. „15 000 hours“ Cambridge, 1979.
- Howlin, P., Moore , A.: Diagnosis in autism, International Journal of Research and practice P. 135- 162, 1997.

# Früherkennung autistischer Störungen

Heckscher-Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie

## Einleitung

In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) werden die Störungen des autistischen Spektrums in Kapitel F84 „tief greifende Entwicklungsstörungen“, zusammengefasst (6). Es handelt sich hierbei um komplexe, neurobiologisch bedingte Entwicklungsstörungen, die durch das Vorhandensein von qualitativen Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion sowie in der Sprache und Kommunikation und das Vorhandensein von stereotypen Bewegungsmustern oder Sonderinteressen definiert werden. Neben dieser Kernsymptomatik zeigen Kinder mit autistischen Störungen Zusatzsymptome, die das klinische Bild vordergründig bestimmen können (z. B. motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsprobleme, Epilepsien, geistige Behinderung) (4). In der ICD-10 werden in der Kategorie F84 verschiedene Subkategorien definiert. Der frühkindliche Autismus (F84.0), der atypische Autismus (F84.1) und das Asperger Syndrom (F84.5) werden in der aktuellen Literatur unter dem Begriff „Autismus Spektrum Störungen (ASS)“ zusammengefasst (1,3).

Die Prävalenzraten für ASS liegen in den neuen epidemiologischen Untersuchungen bei 3 bis 6 pro 1000 (1).

Beim **frühkindlichen Autismus** sind Auffälligkeiten in allen drei Merkmalsbereichen in deutlicher Ausprägung vorhanden. Im Kleinkind- und Vorschulalter fallen die Kinder auf, durch Eigenarten in der Beziehung zu ihren engsten Bezugspersonen (Eltern). Oft fehlt das soziale Lächeln, Kinder werden nicht gern auf den Arm genommen, sind lieber für sich und haben große Schwierigkeiten, eine gemeinsame Aufmerksamkeit für soziale Situationen zu initiieren oder aufzugreifen. Im Bereich der Kommunikation findet sich eine verspätete Entwicklung bis zum völligen Ausbleiben der Sprachentwicklung. Wenn vorhanden, fällt die Sprache auf durch eine eigenartige Intonation,

**PD. Dr. med. Michele Noterdaeme**

Leitende Oberärztin, Heckscher-Klinikum  
gemeinnützige GmbH; akn Vorstandsvorsitzende

**Dr. med. Gudrun Rogler**

Spezialambulanz; Heckscher-Klinikum  
gemeinnützige GmbH

Echolalien, Floskeln und Ich-Du-Verwechslungen. Neben motorischen Stereotypen fallen auch sensorische Besonderheiten auf (außergewöhnliche Reaktionen auf akustische oder visuelle Reize sowie auf taktile Reize, die auch zu Essstörungen führen). Sonderinteressen prägen sich meist am Ende der Vorschulzeit aus. Etwa 20 bis 30 % der Menschen mit einem frühkindlichen Autismus entwickeln in der Vorschulzeit eine Epilepsie (Achse 4). Bei etwa 5% findet sich ein nachweisbares genetisches Syndrom (Achse 4).

Das **Asperger-Syndrom** ist – wie der frühkindliche Autismus – gekennzeichnet durch eine Störung der sozialen Interaktion. Menschen mit einem Asperger Syndrom sind oft weniger zurückgezogen und haben ein Bedürfnis nach Kontakt. Ihnen fehlt aber das intuitive Verständnis für die Mechanismen der sozialen Interaktion sowie die Fähigkeit, sich in die Gefühlswelt anderer hineinzusetzen. Dadurch wird die Kontaktaufnahme oft unbeholfen, grob oder sonderbar. Die Sprachentwicklung und die kognitive Entwicklung sind definitionsgemäß unauffällig. Deshalb wird die Störung oft erst später erkannt. Die Sprechweise ist pedantisch, die Intonation auffällig. Das Führen eines Gesprächs ist erschwert und zentriert sich oft um die teilweise sehr ausgeprägten und skurrilen Sonderinteressen der betroffenen Menschen (3).

Der **atypische Autismus** unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus entweder durch das Alter bei Krankheits-

*„Bei Mädchen geht die autistische Störung meist mit einer schweren Form der geistigen Behinderung einher. In dieser Subgruppe ist das Geschlechterverhältnis in etwa 1:1.“*

beginn oder dadurch, dass die diagnostischen Kriterien nicht in allen drei Bereichen erfüllt werden.

Die ersten epidemiologischen Untersuchungen über autistische Störungen geben Prävalenzraten zwischen 4 und 6 pro 10.000 Personen an. Für diese Untersuchungen wurden sehr eng gefasste diagnostische Kriterien verwendet, die hauptsächlich auf die von Kanner beschriebenen psychopathologischen Merkmale der Störung beruhten. Neuere Studien berücksichtigen die aktuelle Konzeption autistischer Störungen und ergeben wesentlich höhere Prävalenzraten von 5 bis 6 pro 1000 Personen. Sie erfassen das gesamte autistische Spektrum (ASD). Das Verhältnis der Geschlechter liegt insgesamt bei etwa 3:1 (Jungen: Mädchen), wobei die autistische Störung bei Mädchen meist mit einer schweren Form der geistigen Behinderung einhergeht und in dieser Subgruppe das Geschlechterverhältnis in etwa 1:1 ist. Beim Asperger Syndrom hingegen ist die Verteilung Jungen:Mädchen 9:1.

Ging man früher davon aus, dass bei drei Viertel aller Menschen mit autistischen Störungen eine geistige Behinderung vorlag, so zeigen neue Ergebnisse eine breite Variation in der kognitiven Entwicklung (Achse 3). Es wird davon ausgegangen, dass zwischen 30 % und 60 % der Menschen mit einer autistischen Störung eine durchschnittliche Intelligenz haben (3,4,5).

Obwohl die Störungen des autistischen Spektrums gut beschrieben sind und genauere Vorstellungen über die Ätiopathogenese der Störung vorliegen, wird – vor allem bei Betroffenen, die aufgrund einer annähernd normalen Sprachentwicklung und kognitiven Entwicklung vordergründig weniger beeinträchtigt erscheinen – die Diagnose spät gestellt (2,3,5). Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass die Diagnose „frühkindlicher Autismus“ durchschnittlich mit sechs Jahren gestellt wird. Angaben über das As-

perger Syndrom sind selten, in der Studie von Howlin und Asgharian wurde die Diagnose mit 11 Jahren gestellt (3). Dies bedeutet für Familien einen manchmal frustrierenden und langen Gang durch verschiedene Institutionen, um eine Erklärung für die eigenartigen Verhaltensweisen ihrer Kinder zu erlangen. Der Beginn einer störungsspezifischen Autismustherapie wird verzögert.

### **Ergebnisse aus dem Heckscher-Klinikum**

Das Heckscher Klinikum in München verfügt über eine Fachabteilung für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, in der seit vielen Jahren Patienten mit dem Verdacht auf eine tief greifende Entwicklungsstörung vorgestellt werden. In der Studie sind 488 Patienten aufgenommen, denen im Zeitraum 1997 -2007 durch erfahrene kinder- und jugendpsychiatrische Teams eindeutig eine Diagnose aus der Kategorie F84 zugeordnet wurde. 364 Kinder bekamen die Diagnose „Frühkindlicher Autismus“, 45 die Diagnose „Asperger Syndrom“ und 59 die Diagnose „atypischer Autismus“. 20 Patienten bekamen andere Diagnosen aus der Kategorie F84. Es handelt sich um 373 Jungen und 115 Mädchen. Bei allen Patienten wurde das ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) und das ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) durchgeführt, sowie eine umfassende neurologische und neuropsychologische Untersuchung (Intelligenz, Sprache, Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen). Die psychiatrische Komorbidität wurde anhand einer standardisierten psychopathologischen Befunderhebung erhoben. Für die Auswertung werden die diagnostischen Kategorien F84.0 und F84.1 zusammengefasst und der diagnostischen Kategorie F84.5 gegenübergestellt.

### **Geschlechtsverteilung innerhalb der Stichprobe**

In der Gruppe der Kinder mit einem frühkindlichen Autismus oder einer atypischen autistischen Störung ist das Verhältnis Jungen:Mädchen 4:1, während in der Gruppe



## *„Die Früherkennung von autistischen Störungen ist von entscheidender Bedeutung für die Prognose der betroffenen Menschen leider wird die Diagnose erst nach mehreren Jahren gestellt.“*

der Kinder mit einem Asperger Syndrom das Verhältnis Jungen:Mädchen bei 9:1 liegt.

### **Alter bei den ersten Symptomen**

In der Gruppe der Kinder mit einem „frühkindlichen Autismus“ oder einen „atypischen Autismus“ geben 40 % der Eltern an, Auffälligkeiten schon im ersten Lebensjahr bemerkt zu haben, 35 % im zweiten und 20 % im dritten Lebensjahr. Nur 5 % der Eltern geben an, erst nach dem 36. LM. Probleme bei ihrem Kind erkannt zu haben.

In der Gruppe der Kinder mit einem „Asperger Syndrom“ geben 18 % der Eltern an, Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr bemerkt zu haben, 20 % im zweiten und 37 % im dritten Lebensjahr. 25 % der Eltern geben an, dass die Probleme erst nach dem 36. LM deutlich wurden.

### **Art der ersten Symptome**

Die Angaben der Eltern wurden in insgesamt **5 Kategorien** zusammengefasst. In der Kategorie Sprach- und Kommunikationsstörungen wurden alle Symptome zusammengefasst, die die strukturelle Entwicklung der Sprache (Wortschatz, Syntax, Artikulation, Sprachverständnis) oder die Pragmatik (eigenartiger Sprachgebrauch, Echolalie, Auffälligkeiten in der Intonation, pedantische Sprache) betreffen. In der zweiten Kategorie sind eigenartige bizarre Verhaltensweisen wie motorische Stereotypen, abnormer Gebrauch von Spielzeug, abnorme sensorische Wahrnehmungen oder Reaktionen, zwanghafte oder ritualisierte Handlungen abgebildet. In der dritten Kategorie sind Auffälligkeiten im sozialen Bereich zusammengefasst (keine/eigenartige Reaktionen gegenüber Bezugspersonen, fehlendes soziales Lächeln, keine gelenkte Aufmerksamkeit möglich, kein sinnvolles Spiel, Schwierigkeiten in der Beziehung zu anderen Kindern oder Erwachsenen, soziale Zurückgezogenheit). Die ersten drei Kategorien decken somit autistischemustypische Verhaltensweisen ab.

Die vierte Kategorie stellt sich zusammen aus verschiedenen Verhaltensschwierigkeiten, die nicht zu den Kernbereichen der autistischen Störungen gehören wie Schlafprobleme, Essstörungen, Aufmerksamkeitsprobleme, oppositionelle Probleme und aggressives oder autoaggressives Verhalten.

Die fünfte Kategorie beinhaltet Symptome, die als Ausdruck einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung zu werten sind, wie z. B. Verzögerungen in der Motorik, verlangsamte Reaktionen, Schwierigkeiten in der Sauber-

keitsentwicklung. Die Ergebnisse sind in der Abbildung dargestellt.

Sowohl Kinder mit einem frühkindlichen Autismus wie auch Kinder mit einem Asperger Syndrom zeigen in der Regel schon früh relativ typische Verhaltenskonstellationen. Für den frühkindlichen Autismus berichten die Eltern in der Regel über Sprachschwierigkeiten (Ausbleiben oder Stagnieren der Sprachentwicklung, kein sinngemäßer Gebrauch der Wörter, Echolalien oder Ich-Du-Verwechslungen). An zweiter Stelle werden gleichhäufig sowohl soziale Defizite beobachtet, wie das Ausbleiben des sozialen Lächelns oder ein Desinteresse an anderen Kindern wie auch eigenartige Verhaltensweisen. Symptome einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung stehen eher im Hintergrund. Beim Asperger Syndrom wird die vierte Kategorie „allgemeine Verhaltensauffälligkeiten“ am häufigsten zitiert. Jedoch stehen auch hier bei mehr als 60 % der Kinder ein oder mehrere typische Verhaltensmerkmale im Vordergrund.

### **Alter bei Diagnosestellung**

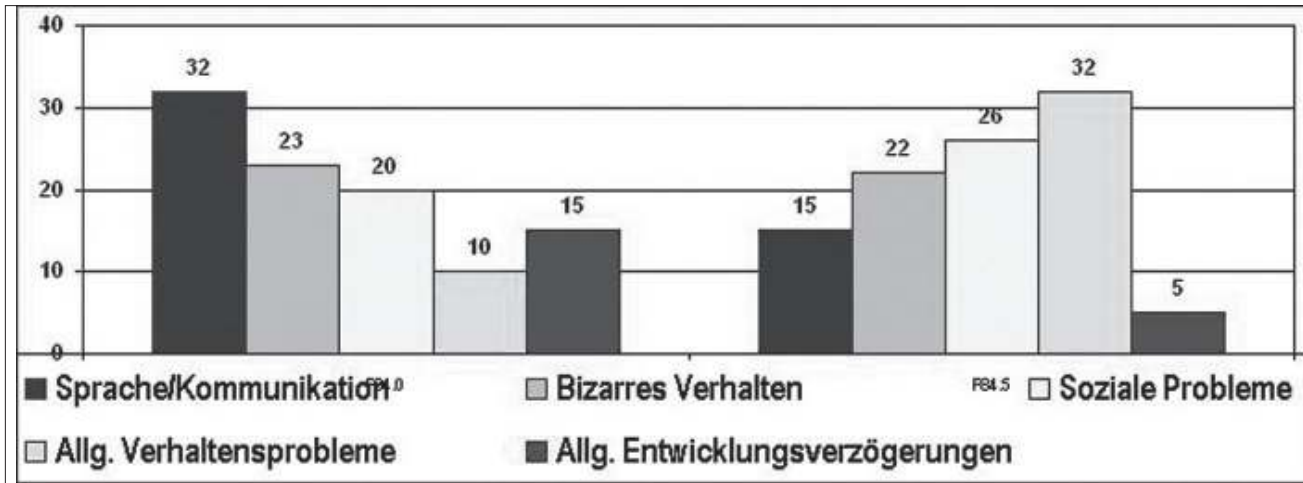
In der ersten Gruppe (F84.0; F84.1) wird die Diagnose durchschnittlich mit sechs Jahren und zwei Monaten gestellt (Spannbreite: zwei bis 28 Jahre), in der zweiten Gruppe (F84.5) mit neun Jahren und einem Monat (Spannbreite vier bis 25 Jahre).

### **Diskussion**

Die Diagnose einer autistischen Störung wird in der Versorgungsregion Oberbayern relativ spät gestellt. Dies ist in Übereinstimmung mit den Angaben aus der aktuellen Literatur.

**Für die verspätete Zuordnung gibt es zwei Hauptgründe.** Erstens ist die Ausprägungsform der Verhaltenskonstellation in der frühen Kindheit in den primär versorgenden Einrichtungen unzureichend bekannt und wird entsprechend nicht erkannt. Darüber hinaus werden die Verhaltenskonstellationen oft durch erhebliche komorbide Störungen verdeckt.

In der Gruppe der frühkindlichen autistischen Störungen ist es in erster Linie die geistige Behinderung, kombiniert mit einer Epilepsie oder einem genetischen Syndrom. In der Gruppe der Kinder mit einem Asperger Syndrom können Aufmerksamkeits- und Aktivitätsprobleme oder oppositionelle Verhaltensweisen im Vordergrund stehen, so dass die typischen Störungen in der Interaktion nicht rich-



tig erkannt werden. Durch eine bessere Weiterbildung in der Primärversorgung und eine enge Vernetzung zwischen den Einrichtungen der Primärversorgung und den spezialisierten Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte eine frühere Diagnosestellung möglich sein.

## Zusammenfassung

Die Früherkennung von autistischen Störungen ist von entscheidender Bedeutung für die Prognose der betroffenen Menschen. Die diagnostischen Instrumente ermöglichen eine relativ sichere Einschätzung ab einem Entwicklungsalter von 18 Monaten. Es wird untersucht, in welchem Alter die ersten Symptome berichtet werden und wann die Diagnose einer autistischen Störung in der Versorgungsregion Oberbayern gestellt wird.

Die Stichprobe besteht aus 488 Patienten, bei denen zwischen 1997-2007 die Diagnose einer autistischen Störung gestellt wurde. Bei allen Patienten liegen ausführliche anamnestiche, psychiatrische, neurologische und neuropsychologische Daten vor.

Es stellt sich heraus, dass für die Kategorie „frühkindlicher Autismus (F84.0)“ Eltern vor dem zweiten LJ. über deutliche Probleme berichten. Die diagnostische Zuordnung erfolgt im Alter von sechs Jahren. Beim Asperger Syndrom (F84.5) werden die Probleme zwischen dem dritten und vierten LJ. deutlich, die Diagnosestellung erfolgt mit neun Jahren.

Obwohl autistische Störungen früh beginnen und Eltern in den ersten Lebensjahren über Auffälligkeiten berichten, wird die Diagnose erst nach mehreren Jahren gestellt.

**Dr. Michele Noterdaeme**

michele.noterdaeme@heckscher-klinik.de

**Dr. Gudrun Rogler**

gudrun.rogler@heckscher-klinik.de

## Literatur

1. **Fombonne E.** Epidemiology of autistic disorders and other pervasive developmental disorders. *Journal of clinical Psychiatry* 2005; 66:3-8.
2. **Holzer L et al.** Community introduction of practice parameters for autistic spectrum disorders: Advancing early recognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2006; 36:249-262.
3. **Howlin P, Asgharian A.** The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1999; 41:834-839.
4. **Kielinen M, Rantala H, Timonen E, Linna S-L, Moilanen I.** Associated medical disorders and disabilities in children with autistic disorder. *Autism* 2004; 8(1): 49-60.
5. **McConachie H, LeCouter A, Honey E.** Can a diagnosis of Asperger Syndrome be made in very young children with suspected Autism Spectrum Disorder? *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2005; 35:167-176.
6. **World Health Organisation:** Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Kapitel V (F). Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.). Huber, Bern 1991.

# Frühförderung – so früh wie möglich

Der frühe Beginn einer spezifisch auf die autistische Störung abgestimmten Therapie ist entscheidend.

**Autismus als eine tief greifende Entwicklungsstörung** auf neurobiologischer Basis hat eine fundamental andere Kommunikations- und Interaktionsweise der betroffenen Kinder zur Folge, deren Auswirkungen wiederum schwere Lernstörungen sind.

Autistische Kinder lernen nicht „von alleine“. Autisten lernen nicht wie alle anderen „Wunderkinder“ (Dr. Nieß) von selber hören, sehen, essen, laufen und sprechen. Um das frühkindliche Lernen in Gang zu bringen und in die richtigen Bahnen zu lenken, brauchen sie gezielte Förderung.

## 1. Frühe Förderung

Je früher desto besser. Frühe Förderung ist entscheidend für den Erfolg der Behandlung. Beginn der Behandlung nach der Verdachtsdiagnose.

## 2. Spezielle Förderung

Die Frühförderung muss autismusspezifisch sein und von speziell dafür ausgebildeten TherapeutInnen erfolgen, die auch für zusätzliche Therapien wie z.B. Logopädie, Physiotherapie als Coach oder FallmanagerIn fungieren. Allgemeine Frühförderung – selbst wenn sie interdisziplinär ist – genügt nicht!

## 3. Individuelle Förderung

Die Autismustherapie muss individuell auf jedes Kind – jede Familie zugeschnitten werden.

## 4. Professionalisierung der Eltern

Die Eltern sind als Partner in die Therapie mit einzubeziehen: Elternberatung, Eltern-Interaktionstraining. Die Therapie beginnt mit der Diagnose-Vermittlung, Indikationsstellung und gemeinsamer Förderplanung mit den Eltern. Siehe dazu: „Diagnostische Leitlinien Frühförderung“ [www.fruehfoerderung-bayern.de](http://www.fruehfoerderung-bayern.de).

## 5. Intensive Förderung

Block-Design

## 6. Gute Vernetzung der Versorgung

Gute Übergaben von den spezialisierten Diagnosezentren zur Therapie bzw. Förderung, z.B. durch Teilnahme an ei-

---

### Monika Naggl

Dipl. Psychologin, Arbeitsstelle Frühförderung  
Bayern, akn Vorstandsmitglied

### Renate Mirbauer

Ergotherapeutin,  
Sozialpädiatrisches Zentrum Regensburg

### Nadine Becker

Studentin

nigen Stunden in der Klinik vor der Entlassung. **Zwischen dem, was von unserem Wissensstand her möglich wäre, und dem, was heute stattfindet, klafft eine große Lücke.** Ziel des Autismus Kompetenznetzwerkes ist es, diese Lücke zu schließen und eine bessere Versorgung in Oberbayern auf die Beine zu stellen und für die Zukunft zu gewährleisten.

Dazu gehören:

**1. Die Verbesserung der Frühdiagnostik:** Wir können die Kinder erst behandeln, wenn wir sie auf unserem „Radar“ haben. Die Unterschiede im Alter bei der Erfassung zwischen den USA und Deutschland sind nach wie vor markant.

**2. Zweistufige Diagnostik:** Screening mit Verdachtsdiagnose plus anschließende Diagnostik in spezialisierten Diagnose-Zentren. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die neue Risiko-Sprechstunde für Kinder bis 40 Monate, die vom Heckscher-Klinikum angeboten wird.

**3. Autismusspezifische Verhaltenstherapie** und Elterntraining vor Ort, in der Fläche. Was heute in der frühen Förderung autistischer Kleinkinder möglich ist, wird an Video-Ausschnitten aus der Weiterbildung Autismus-Frühtherapie des Instituts für Autismusforschung Bremen und der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern gezeigt.

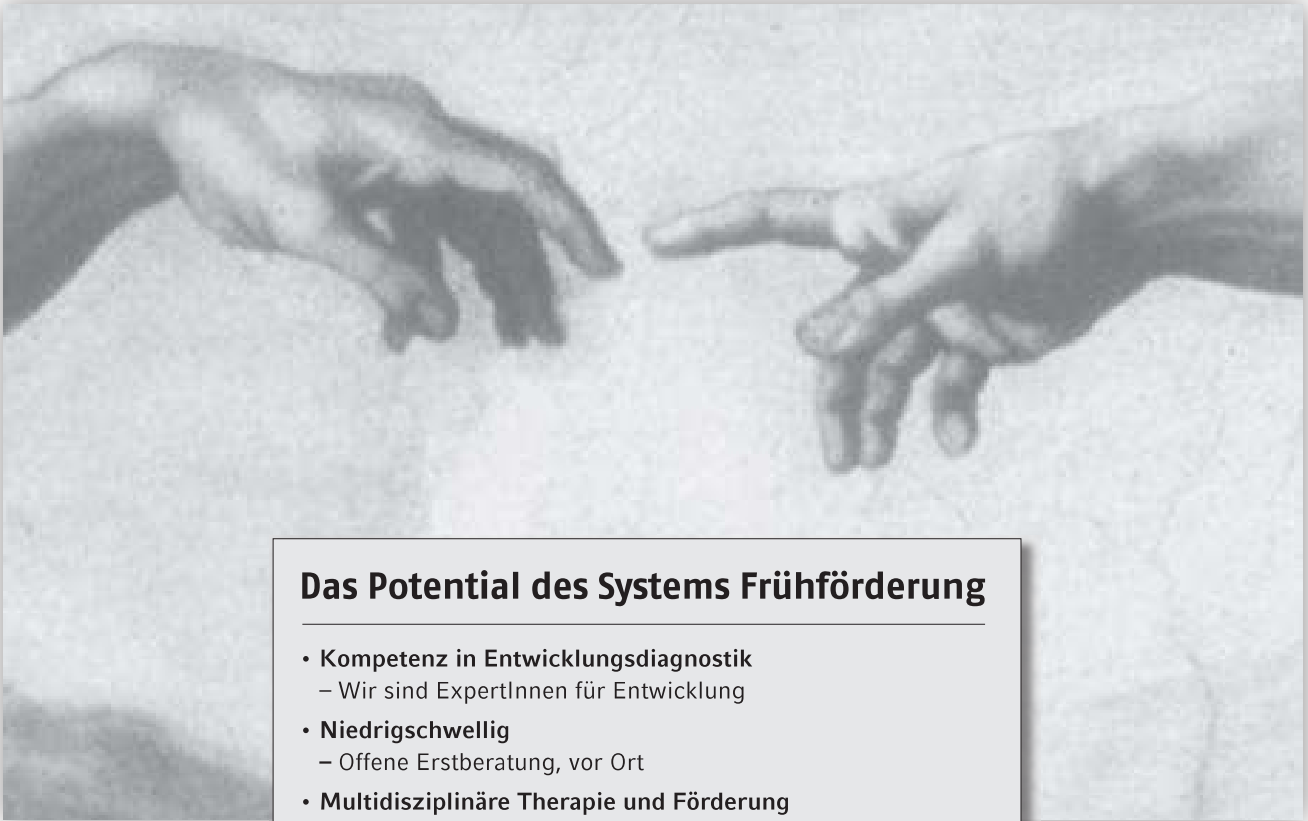
---

### Monika Naggl

[naggl@astffby.de](mailto:naggl@astffby.de)

### Renate Mirbauer

[info@kinderzentrum-regensburg.de](mailto:info@kinderzentrum-regensburg.de)



### Das Potential des Systems Frühförderung

- **Kompetenz in Entwicklungsdiagnostik**
  - Wir sind ExpertInnen für Entwicklung
- **Niedrigschwellig**
  - Offene Erstberatung, vor Ort
- **Multidisziplinäre Therapie und Förderung**
  - Heilpädagogisch, logopädisch, ergotherapeutisch, physiotherapeutisch
- **Enge Kooperation mit Ärzten**
- **72 BE pro Jahr**
- **kostenlos für die Eltern**
- **home based**
- **Stunde zu Dritt als Regelfall**
- **Entwicklungsberatung und Anleitung in der „natürlichen“ Umgebung**



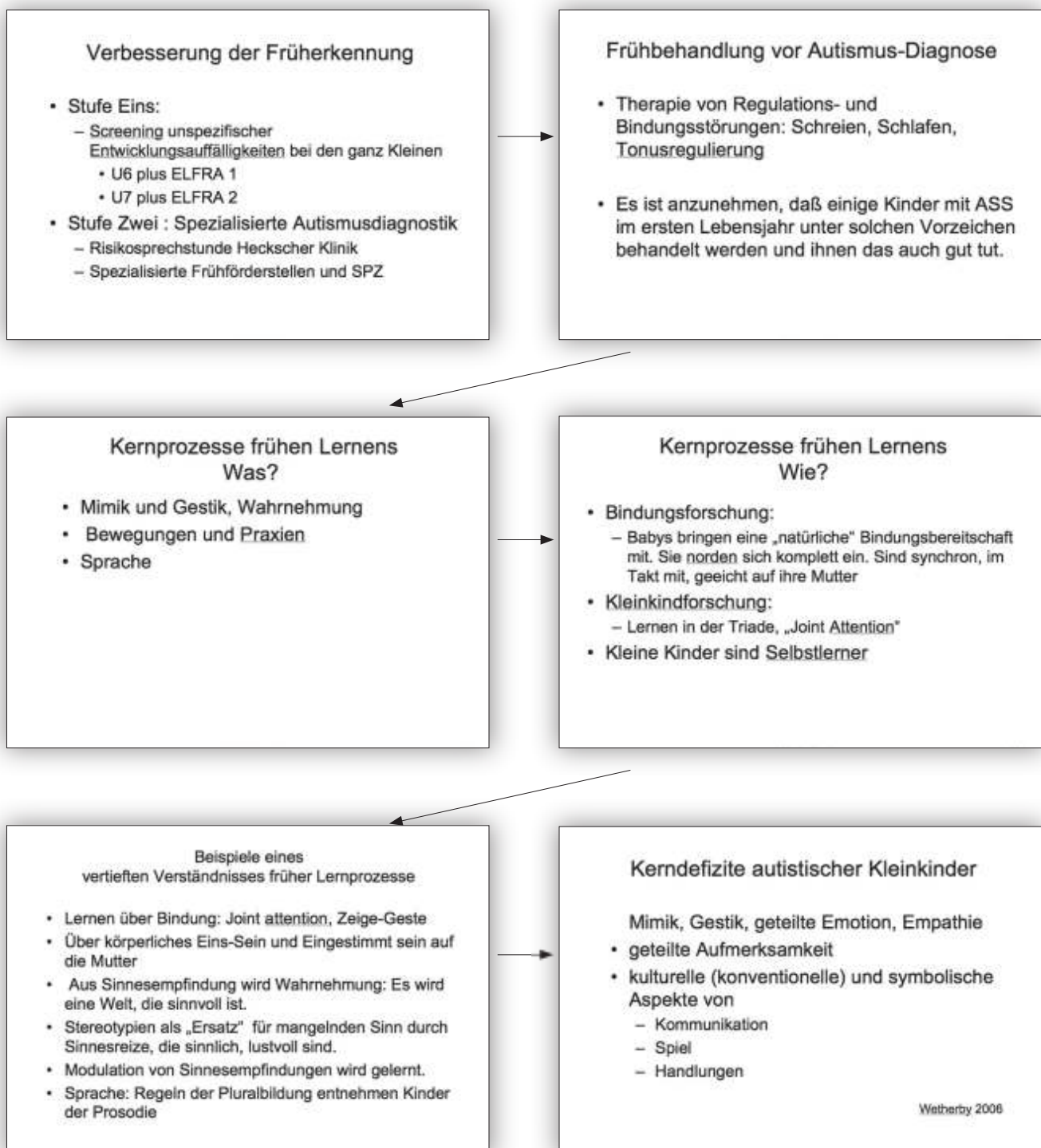
### Frühförderung statt Spätförderung

- **Früher Beginn der Förderung – um das 3. Lebensjahr – entscheidet wesentlich über den Erfolg der Förderung**  
Wetherby & Woods 2006 S.66
- **Wichtig für die Orientierung der Eltern**
- **Weniger eingeschliffene Stimulationen, Muster, „Stereotypien“**
- **Wie und was kleine Kinder lernen?**

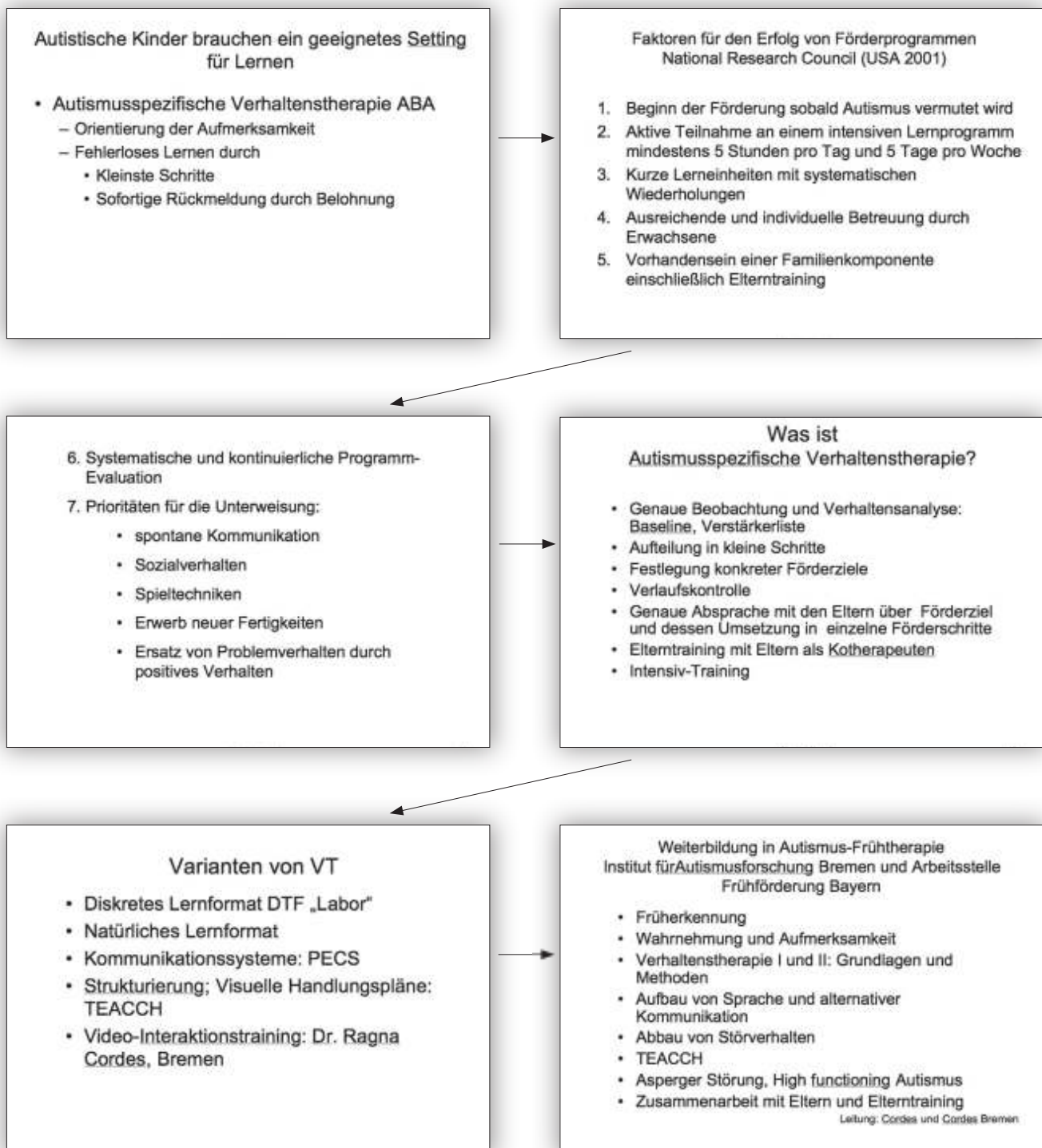




*„Ziel der Frühförderung als Netzwerk-Partner ist es, für einen guten Start ins Kinderleben zu sorgen, indem wir diese Versorgung für autistische Kleinkinder in der Fläche aufbauen“*



*„Wenn die Frühförderung autismusspezifisch, intensiv, individualisiert und in enger Kooperation mit den Eltern angeboten wird, erreichen wir gute Erfolge“*



## Hilfe bei Krisen

### Mobile Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung

In jedem Lebensabschnitt können – vor allem bei nicht sprachfähigen Menschen mit geistiger Behinderung – äußere und innere Veränderungen zu Verhaltensauffälligkeiten führen, die ihre Bezugspersonen im betreuerischen Umfeld herausfordern und sich krisenhaft zuspitzen können. In Betracht zu ziehen sind (besonders im Zusammenhang mit Autismus-Spektrum-Störungen) wechselseitige Irritationen in der Beziehung zwischen Individuum und Umwelt, aber auch psychische Störungen, körperliche Beschwerden, Reifungskrisen, etc.. Diese können komplexe Behandlungsansätze einfordern und stellen hohe Anforderungen an eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Im Rahmen eines Workshops wurde der mobile psychiatrische Dienst des Heckscher-Klinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Ambulanz Psychiatrische Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung für den Erwachsenenbereich vorgestellt:

### Kinder- und Jugendbereich

(Anja Wiberg)

Nach längerer Vorbereitungszeit und Engagement des Arbeitskreises „Psychiatrische Versorgung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher“ konnte im Mai 2005 der „Mobile Dienst“, der an das Heckscher-Klinikum angeschlossen ist, gestartet werden. Es wurden mit interessierten Schulen mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, heilpädagogischen Tagesstätten und Wohnheimen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche Kooperationsverträge abgeschlossen. Im Moment werden 20 Einrichtungen und Schulen aus München, dem Landkreis und der Region betreut.

#### Ablauf:

Die Vorstellung der Kinder und Jugendlichen erfolgt in der Regel auf Veranlassung der Einrichtung oder Wunsch der Eltern. Durch ein ausführliches Gespräch mit Einrichtung und/oder Eltern wird die aktuelle Problematik erfasst und



**Dr. med. Franziska Gaese**

Oberärztin, Ambulanz und Station  
Psychiatrische Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung, Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH, Klinikum München-Ost

**Anja Wiberg**

Ärztin, Spezialambulanz, Heckscher-Klinikum gemeinnützige GmbH

eine Anamnese erhoben. Danach findet die klinisch-psychiatrische Untersuchung des Kindes in der gewohnten Umgebung, d.h. im Klassenverband oder der Tagesstätten- oder Wohnheimgruppe statt. Auch Lehrer und Betreuer der Tagesstätten werden befragt. Wenn notwendig und möglich, wird das Kind im Einzelkontakt mittels Gespräch/Befragung oder einfacherer Testverfahren untersucht. Vor allem bei diagnostischen Fragestellungen ist eine erweiterte Untersuchung im Heckscher-Klinikum erforderlich, wo eine ausführliche testpsychologische oder sprachtherapeutische Einschätzung stattfinden kann. Ein Anliegen des mobilen Dienstes ist es, Familien und Einrichtungen in Krisensituationen zu beraten und behandeln und nach Stabilisierung weiter in der Entwicklung zu begleiten. Dies beinhaltet immer wieder Beratung von Eltern, Lehrern, Betreuern und Therapeuten.

#### Wann wird der mobile Dienst angefordert?

Nach Einführung des mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes wurde dieser vor allem zur Krisenbewältigung benötigt. Diese traten vor allem im Rahmen von Fremd- oder Autoaggressionen und ausgeprägten externalisierenden Symptomen wie der Störung des Sozialverhaltens und motorischer Unruhe auf. Auch der internalisierende Symptomenkomplex wie Ängste, depressive Entwicklung, sozialer Rückzug und emotionale Labilität waren Anlass zur Vorstellung. Nach Etablierung des mobilen Dienstes hat sich das Vorstellungsspektrum deutlich erweitert. Zunehmender Vorstellungsgrund ist die fehlende psychiatrische Diagnostik bei bestehenden Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten. Gerade im Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen fehlt oft eine ausführliche Diagnostik. Des Weiteren werden Kinder und

*„Äußere und innere Veränderungen können zu  
Verhaltensauffälligkeiten führen, die sich  
krisenhaft zuspitzen können und die Bezugspersonen  
im betreuenden Umfeld herausfordern“*

Jugendliche wegen Ess- und Schlafstörungen, Auffälligkeiten in der psychosexuellen Entwicklung, Zwängen und Stereotypen, Schreiatacken oder neurologischer Auffälligkeiten vorgestellt.

### Was kann der mobile Dienst leisten?

Schwerpunkte des mobilen Dienstes liegen in der Verhaltensbeobachtung und Einschätzung der aktuellen Situation, der psychiatrischen Diagnostik und Anamneseerhebung mit den Bezugspersonen, der Beratung von Schulen, Einrichtungen und Familien, der Verordnung und Betreuung von Medikationen, der Einleitung von weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen und der Hilfestellung bei Anträgen für die Kostenträger. Ziel ist eine langfristige Anbindung, Begleitung und Beratung für Familien und Einrichtungen.

### Ausblick und Diskussion

Die letzten drei Jahre haben gezeigt, dass ein hoher Bedarf an mobiler kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung für geistig behinderte Kinder besteht. Es können bisher noch nicht alle Einrichtungen, die eine Betreuung über den mobilen Dienst wünschen, bedient werden. Ein weiterer Ausbau des Dienstes ist notwendig. Es liegen verschiedenste Probleme vor.

Ein multiprofessionelles Team und bessere Vernetzung mit anderen Disziplinen (Neuropädiatrie, Orthopädie, etc.) wären wünschenswert. Eine hohe Prävalenz psychiatrischer Störungen ist vorhanden. Das therapeutische Netz müsste weiter ausgebaut werden. Ein Fort- und Weiterbildungscurriculum für Mitarbeiter ist notwendig. Stationäre Behandlungsmöglichkeit, gerade im Jugendbereich, fehlen in Oberbayern und sollten baldmöglichst geschaffen werden.

Anja Wiberg

anja.wiberg@heckscher-klinik.de

## Erwachsenenbereich

(Dr. med. Franziska Gaese)

Bereits im Zuge der Entospitalisierung von geistig behinderten erwachsenen Langzeitpatienten aus dem ehemaligen Bezirkskrankenhaus Haar in ein pädagogisch geprägtes Lebensumfeld wurde ab 1995 einem neu entstandenen Bedarf an ambulanten psychiatrischen Versorgung durch den Aufbau einer spezialisierten, überwiegend mobil arbeitenden Ambulanz und der Einrichtung einer Akut- und Krisenstation begegnet. Gemeinsame Grundsätze waren und sind

- Außenorientierung,
- ganzheitlicher Ansatz der Hilfen,
- Normalisierungs- und Integrationsprinzip und
- Multiprofessionalität mit Verknüpfung medizinisch-psychiatrischer und heilpädagogischer Kompetenzen.

Entscheidende Kriterien für die Entwicklung sind „Gemeindenähe“ und der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die psychiatrische Behandlung vor Ort erfolgt in enger Abstimmung mit den pädagogischen Konzepten und fügt sich durch ein hohes Maß an Organisation und Vernetzungsarbeit in die sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Einrichtungen des Behindertenhilfesystems ein.

Die Ambulanz arbeitet unter dem Dach der Psychiatrischen Institutsambulanz als rein ärztliche Ambulanz. Sie repräsentiert damit ein psychiatrisches Kernangebot, das im Hinblick auf Multiprofessionalität und den Bedarf der Einbindung anderer Berufsgruppen auf die Zusammenarbeit mit Mitarbeitern aus Einrichtungen des Behindertenhilfesystems, Fachdiensten und Beratungsstellen oder des häuslichen Umfeldes zurückgreift und damit auf eine umfangreiche Schnittstellenarbeit und Vernetzung angewiesen ist, die auch Angehörige miteinbezieht. Sie betreut derzeit über 750 Patienten pro Jahr.



## *Entscheidende Kriterien für die Entwicklung sind „Gemeindenähe“ und der Grundsatz „ambulant vor stationär“.*

Die Akutstation fungiert als „Hinterland“ der Ambulanz. Sie ist primär geschlossen und gemischtgeschlechtlich geführt und verfügt über 18 Betten.

Das Behandlungsangebot der Ambulanz umfasst die psychiatrische Diagnostik, (Konflikt-)beratung, psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung, die Erarbeitung von individuell gestalteten Plänen zur Krisenbewältigung und Krisenintervention. Nach Möglichkeit erfolgt die Behandlung in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten und zeitlich begrenzt.

Gründe für eine ambulante Behandlungskontinuität und ein überwiegendes Langzeitsetting sind Multimorbidität, persistierende schwere Verhaltensstörungen, Dauermedikation, Polypharmazie, Nebenwirkungen, starke Befindlichkeitsschwankungen und ein schwieriger Vertrauensaufbau zu Team und Patient. Insbesondere ist eine fortgesetzte psychopharmakologische Behandlung, die grundsätzlich in ein therapeutisch-pädagogisches Rahmenkonzept einzubetten ist, ein entscheidender Grund für die Notwendigkeit regelmäßiger Beurteilung der Wirksamkeit, der Verträglichkeit und Anpassung der Medikation oder der Dosis an einen aktuellen Bedarf. Die Patienten werden in Abständen von zwei bis sechs Wochen von ihrem behandelnden Ambulanzarzt in der Wohngruppe oder in der Werkstatt oder Förderstätte, in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld besucht. Das Management hierfür liegt in der Zuständigkeit der Einrichtungen.

Im Zuge dieser Besuche vor Ort werden Verhaltensauffälligkeiten systematisch und über angemessene Zeiträume beobachtet, (in einzelnen Fällen videogestützt) analysiert, im multiprofessionellen Team diskutiert und interpretiert. Im Rahmen von Fallgesprächen werden Hypothesen generiert, „Verstehensdiagnosen“ gestellt, möglichst realistische Therapieziele formuliert und therapeutische Ansätze

und Zuständigkeiten in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet, evaluiert und überprüft. An Fallgesprächen vor Ort nehmen Mitarbeiter aus dem multiprofessionellen Team, Fachdienstmitarbeiter, nach Möglichkeit Angehörige und gesetzliche Betreuer teil. Die Patienten selbst werden dabei nach Möglichkeit beteiligt.

Kommt es im Rahmen schwerer Krisen zur Notwendigkeit einer stationären Behandlung, genauer Indikationsstellung einen Behandlungsfokus so wird auch währenddessen der Patient von seinem ambulant behandelnden Arzt begleitet und nach Möglichkeit das im ambulanten Rahmen erarbeitete Behandlungskonzept fortgeführt.

Anlässe für psychiatrische Konsultationen sind Unruhe- und Erregungszustände, plötzliche Veränderungen der Wesensart und des Verhaltens, affektive Störungen wie Explosivität, Labilität, Aggressivität, Passivität oder depressive Verstimmungen, autistische Zustandsbilder, selbstverletzendes Verhalten, Anfallsleiden, psychotische Zustandsbilder, Angstzustände, Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen von Ablösungsprozessen, psychosomatische Beschwerden, Leistungsabfall und nachlassende Belastungsfähigkeit, Dissozialität, delinquentes Verhalten, sexuell getönte Verhaltensauffälligkeiten, Verwahrlosungszeichen und süchtiges Verhalten.

In Abhängigkeit von Schwere und Ausmaß der Behinderung bestehen häufig neuropsychiatrische und somatische Begleiterkrankungen. So leiden etwa 30 % der Patienten zusätzlich an einer Epilepsie. Bei Patienten mit Schwer- und Mehrfachbehinderung finden sich gehäuft gastrointestinale, kardiale und pulmonale Störungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates.

**Dr. med. Franziska Gaese**  
franziska.gaese@iak-kmo.de

# Die MAS-Selbsthilfegruppe Oberbayern

## Initiativen und Ziele – Autobiographien betroffener Erwachsener mit Asperger und High functioning Autismus

1997 gründete Dorothea Heiser die Theatergruppe „Phoenix aus der Asche“ für junge Erwachsene aus dem autistischen Spektrum. Im Jahr 2000 begleitete sie die Theatergruppe mit dem Theaterstück „Liebes Leben“ auf den Internationalen Kongress von Autismus Europa in Glasgow/Schottland und stellte dort die Theatergruppe einem internationalen Publikum vor. Damals knüpfte Dorothea Heiser den ersten Kontakt zum Elmwood College in Cupar, an dem Studenten aus dem autistischen Spektrum durch Inklusion das normale Studienangebot mit einer besonderen Unterstützung absolvieren können.

2003 erfolgte eine erste Informations- und Weiterbildungsreise der MAS-Selbsthilfegruppe unter Leitung von Dorothea Heiser an das Elmwood College/Schottland als Kernveranstaltung des Bayerischen Sozialministeriums zum Europäischen Jahr der Behinderten. „Das besondere Schottlandtagebuch“, eine Dokumentation der Schottlandreise mit Beiträgen der Beteiligten, wurde 2004 publiziert. Die Reise der Betroffenen und die Publikation wurden durch das bayerische Sozialministerium finanziert.

In den Jahren 2004, 2006 und 2007 besuchten schottische Studenten mit „special needs“ des Elmwood College erstmals Bayern. Neben gemeinsamen Ausflügen, Besichtigungen, offiziellen Empfängen und bayerisch-schottischen Tanzabenden stand die Begegnung mit den Mitgliedern der MAS-Selbsthilfegruppe im Vordergrund.

Das gemeinsame Ziel beider Gruppen für die Zukunft ist ein internationales Austausch- und Ferienweiterbildungsprogramm für erwachsene Betroffene.

In 2002 gründete Dorothea Heiser die MAS-Selbsthilfegruppe und reichte einen Vorschlag zur Errichtung eines Autismuszentrums in Oberbayern mit Unterschriftenliste beim Bayerischen Sozialministerium ein. Seitdem trifft sich die MAS-Gruppe regelmäßig einmal monatlich.

**Hauptziele der MAS-Selbsthilfegruppe Oberbayern sind seitdem:**

1. ein Mitsprache- und Mitbestimmungsrecht erwachsener Betroffener in eigenen Belangen
2. die Errichtung eines Anlaufzentrums für Autismus in Oberbayern und
3. die Verbesserung der Lebenssituation aller Betroffenen,

**Dorothea Heiser M. A.**

Angehörige, MAS Selbsthilfe Oberbayern

**Christine Schulz**

Dipl. Psychologin / Psychotherapeutin; Leitung der Autismus Kompetenzzentrum Oberbayern gemeinnützige GmbH; akn Geschäftsstelle

besonders die der betroffenen Erwachsenen mit Asperger und High functioning Autismus, die auf sich selbst gestellt sind.

Nachdem jahrelange Anstrengungen der MAS-Selbsthilfegruppe Oberbayern für ein Anlaufzentrum für Autismus in München nicht den erwünschten Erfolg brachten, reichte die MAS-Selbsthilfegruppe 2006 eine Petition im Bayerischen Landtag ein, die vom Sozialausschuss des Bayerischen Landtags im Juni 2007 positiv beschieden wurde. Auf Wunsch des Bezirks Oberbayern erstellte Dorothea Heiser mit der MAS-Selbsthilfegruppe ein Konzept für den Bezirk für ein Autismus Kompetenzzentrum in Oberbayern, das als Grundlage für die professionelle Ausarbeitung der Konzeption des Bezirks diente. Im Oktober 2007 fasste der Bezirk Oberbayern den Beschluss, der Empfehlung des Landtags zur Errichtung des Autismus Kompetenzzentrums in München zu folgen und das Projekt zu realisieren.

Die Mitglieder der MAS-Selbsthilfegruppe Oberbayern sind nun erleichtert, dass sie 2008, nach Jahren intensiver Bemühungen, in dem neuen autkom-Zentrum in München-Schwabing endlich die Anlaufstelle für ihre Probleme gefunden haben, für die sie so lange kämpften. Viele der notwendigen unterstützenden Maßnahmen für die Zukunft der betroffenen Erwachsenen müssen jedoch noch entwickelt werden. Dies zeigte sich in beeindruckender Weise durch die Autobiographien Betroffener der MAS-Selbsthilfegruppe Oberbayern, die sie in diesem Workshop der ersten Fachtagung des neuen Autismus Kompetenzzentrums und des Autismus Kompetenznetzwerks persönlich vortrugen. Dabei formulierten sie ihre Wünsche zur Verbesserung ihrer Lebenssituation in den wichtigsten Bereichen selbst.

## Wünsche zur Verbesserung ihrer Lebenssituation in Oberbayern

**Auf Grund ihrer Erfahrungen als erwachsene Betroffene mit Autismus wünschen sich die Mitglieder der MAS-Selbsthilfegruppe Oberbayern folgende unterstützenden Maßnahmen für die Zukunft:**

- Deutlich mehr Aufklärung über Autismus in der Öffentlichkeit, besonders bei Lehrern, Arbeitgebern, Ärzten, Ämtern, Therapeuten.
- Ausbau von therapeutischen Maßnahmen, die von der Krankenkasse bezahlt werden, vor allem ein Training der sozialen Fähigkeiten, der Kommunikation und Selbstsicherheit. Hierbei sollte auf die speziellen Belange und auf die individuellen Fähigkeiten eingegangen werden.
- Unterstützung im Sinne von Coaching bei Arbeitsplatzsuche und Wohnungssuche.
- Professionelle Begleitung und Beratung am Arbeitsplatz für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, besonders in Krisensituationen, auch nach abgeschlossener Ausbildung lebenslang, da immer die Gefahr des Arbeitsplatzverlustes droht.
- Unterstützung bei rechtlichen Fragen, z. B. Mietrecht, Arbeitsrecht, Mobbing.
- Unterstützung in der Koordination von Beruf und Haushalt, speziell, wenn man nach dem Tod der Eltern alleine ist.
- Berufsspezifische Beratung bei der Berufswahl unter Berücksichtigung der autistischen Behinderung.
- Betreutes Einzelwohnen
- Einzelsprechstunden für Fragen der Freundschaft, Liebe, Partnerschaft, Sexualität.
- Mehr Gesprächsmöglichkeiten zum Thema Alleinleben und Freizeitgestaltung.
- Einrichtung von tagesstrukturierenden Maßnahmen.
- Einrichtung von Arbeitsplätzen, zum Beispiel eine Tagesstätte für Betroffene, die keine Arbeit haben, aber eine so qualifizierende Arbeit verrichten können, dass sie in anderen Tagesstätten unterfordert sind.
- Bewerbertrainings für Betroffene, die ihren Job verloren haben.
- Organisation von Urlaubsfahrten, die auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet sind.
- Unterstützung im Aufbau von Selbsthilfegruppen in Bayern, die sich kennen lernen und von einander lernen können,
- „Spezielles Sozialtraining“ zur Kontaktaufnahme und Kontaktpflege im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalter.
- Entwicklung von Weiterbildungsangeboten für jede Altersstufe, auch im Ausland.

## Integration of autistic students into Elmwood College in Scotland

(Alison Boyle, Moira Fraser)

**14 th November 2008**

Elmwood is a college of Further Education situated in Fife, near St. Andrews in Scotland. It is surrounded by large gardens and beautiful grounds, with lots of outdoor space for students.

Scottish (SQA) provides a huge range of educational units that we can mix and match for students at different levels. This structure allows us to individualise courses for students.

The flexibility within the SQA framework allows us to accommodate many students with ASD (Autistic Spectrum Disorder) at Elmwood College.

Subject areas cover the needs of many different types of students and include –

Access to university

Horticulture

Hair and beauty

Greenkeeping

IT and multimedia

Art and design

Agriculture

Conservation

Food and hospitality studies

Core skills are included in all of the above courses

Students with additional or complex learning needs can come to college through many different routes.

School link programmes into Additional Support Departments at College (called Student Development Team at Elmwood). These can be from secondary schools or specialist privately funded residential schools.

Legislation and directives are driving the Inclusion Agenda in Scotland – Robert Beattie Report

Disability Discrimination Act part 4

Support for Learning Act

Partnership Matters

### Why does it work at Elmwood?

- Dedication of staff, senior management and the support of our Principal – fully committed to inclusion in education and a belief in integration not segregation.
- Many year's experience of working with a range of additional and complex needs and disabilities through a well established Student Development Department.