



Die Zukunft der Frühförderung

Frühförderung unter dem Dach der Jugendhilfe –
Die "Inklusive Lösung" als künftiger Rahmen der Frühförderung ?





Was wirkt in der Frühförderung ?

Wissenschaftliche Erkenntnisse im Spiegel der fachlichen Ausgestaltung
medizinischer und pädagogischer Hilfen

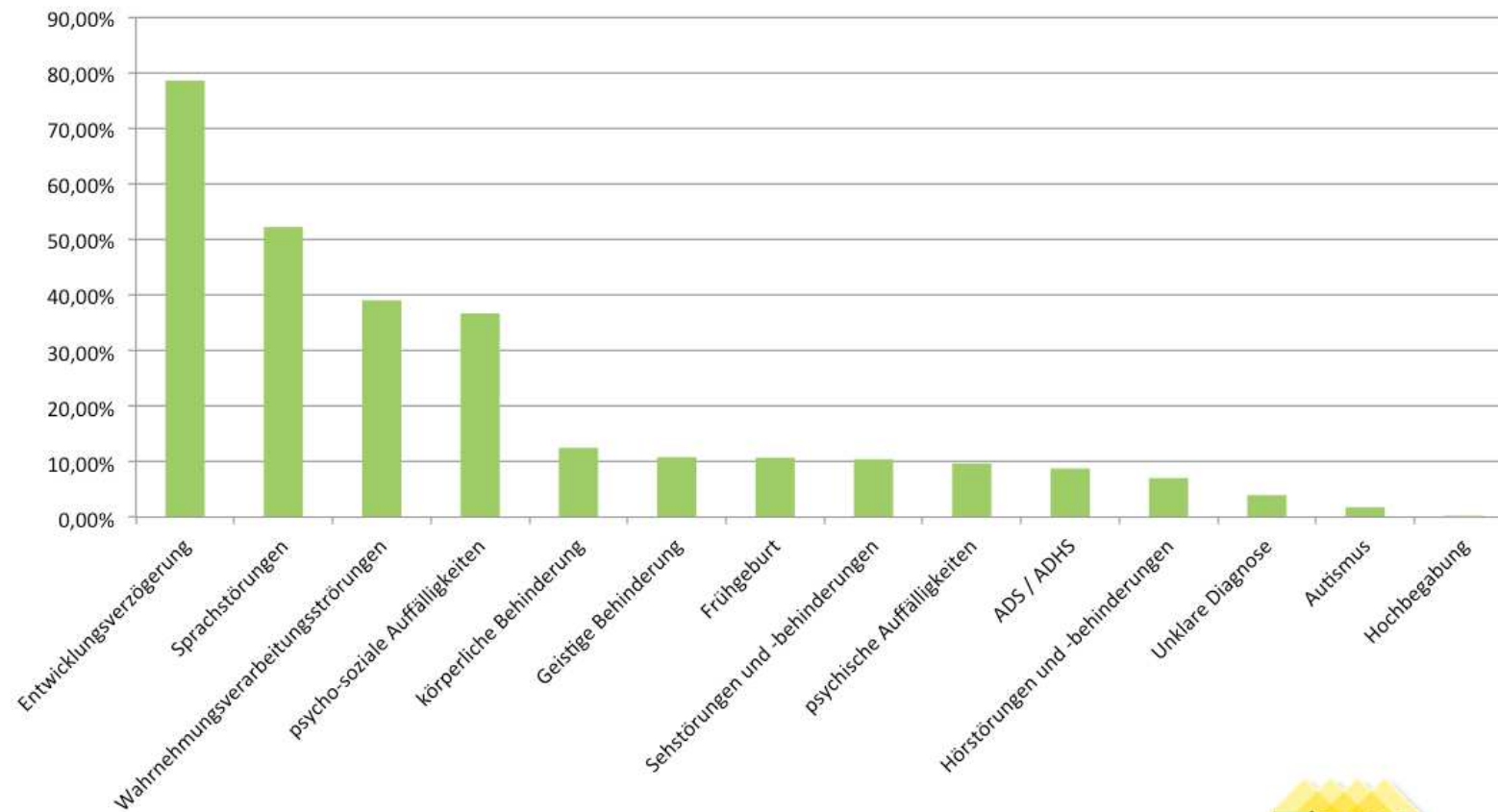


Zentrale Themen

- Klientel
- Effizienz / Setting von Frühförderung
- „Inklusive Lösung“
- Spannungsfelder
- Konsequenzen für die Hilfesysteme



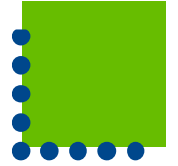
Diagnose



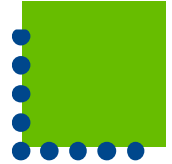


Häufigkeitsverteilung der Diagnosen

Entwicklungsverzögerung	78,59%	2868
Sprachstörungen	52,23%	2868
Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen	39,02%	2868
psycho-soziale Auffälligkeiten	36,68%	2868
körperliche Behinderung	12,48%	2868
Geistige Behinderung	10,79%	2864
Frühgeburt	10,70%	2868
Sehstörungen und -behinderungen	10,43%	2868
psychische Auffälligkeiten	9,66%	2868
ADS / ADHS	8,76%	2868
Hörstörungen und -behinderungen	7,04%	2868
Unklare Diagnose	3,97%	2868



Video



Hohe Ausgaben der Rehabilitationsträger

- Sozialämter
- Krankenkassen
- Jugendämter



Fokus der Rehabilitationsträger

Störung des Kindes

Zentrale Ausbildungsinhalte: Kompetenzen zur Förderung der Funktionstüchtigkeit des Kindes - quer durch alle pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Berufsgruppen



Methode

Therapie !

Therapeutisierung der Hilfen

- Vorbild: Gesundheitssystem
- Kurze Therapiezeiten, niedrige Kostensätze
- Einerseits: **Über 30% aller (Regel-) Kinder (Schwerpunkt: Einschulungsalter) erhalten medizinisch-therapeutische Leistungen**
- Andererseits: Nur **1,7%** der Kinder im Vorschulalter werden durch **Frühförderstellen** betreut (ISG-Studie)

Fast alle **Effektivitätsstudien** belegen weltweit, wie gering der Effekt von Einzelförderung ist, wird diese nicht in ein integriertes Gesamtkonzept eingebettet



Dunst, C. J. (2007). Early intervention with infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. Snell, & J. Blacher (Eds.), Handbook of developmental disabilities, 161-180. New York: Guilford Press

Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2005). Young children's natural learning environments: Contrasting approaches to early childhood intervention indicate differential learning opportunities. Psychological Reports, 96, 231-234

Dunst, C. J., & Kassow, D. Z. (2008). Caregiver sensitivity, contingent social responsiveness, and secure infant attachment. Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 5, 40-56

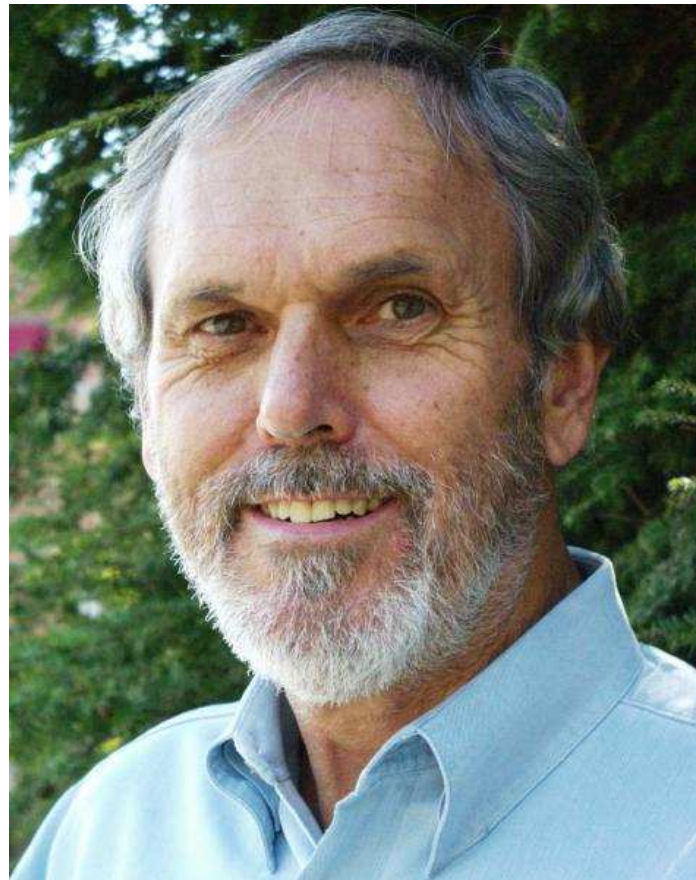
Mahoney, G., Wheeden, C.A. & Perales, F. (2004). Research in Developmental Disabilities. 25 (6), 493-595

Mahoney, G. / Perales, F. (2005): Relationship-Focused Early Intervention with Children with Pervasive Developmental Disorders and Other Disabilities: A Comparative Study. Developmental and Behavioral Pediatrics Vol. 26, No. 2, April 2005. Lippincott Williams & Wilkins, U.S.A.

Raab, M., & Dunst, C.J. (2007). Influence of child interests on variations in child behavior and functioning (Winterberry Research Syntheses Vol. 1, No. 21). Asheville, NC: Winterberry Press



Carl Dunst



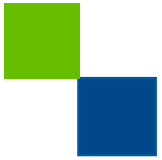


Carl Dunst, North Carolina

- Längsschnittstudie mit 600 Kindern:
- Intensivierung der **Elternarbeit** seit den 1980er Jahren im Rahmen der Frühförderung
- **Kinder *mit* Frühförderung schnitten schlechter ab als Vergleichskinder**

White, Taylor and Moss (1992)

- Meta-Analyse (Auswertung von 88 Studien): zur Auswirkung der Elternbeteiligung auf Effektivität von Frühförderung
 - ⇒ keine Effektivität der Elternbeteiligung (bis 1992)
 - ⇒ Detailuntersuchung: 80% setzten Eltern als Co-Therapeuten ein; nur 8% haben sie als Eltern gestärkt



Gerald Mahoney



Das Parenting-Modell nach Mahoney

- Entwicklung umso schlechter, je mehr sich Eltern auf spezifische Förderung bestimmter (defizitärer) Probleme fokussierten
- ⇒ Kriterium nicht nur die Menge der Zuwendung , sondern v.a. *Qualität* der Responsivität
- ⇒ Interaktion und Reaktionen auf das Kind sind wesentlich
- ⇒ „Stell keine Testfragen“

Gerald Mahoney, Cleveland/Ohio

- Responsivität ist wesentlichster Faktor bei Entwicklung von Down-Syndrom-Kindern (1985)
- Dies gilt auch für Kinder ohne Behinderung (1988 – 2011) und sogar für Kinder mit Autismus gleichermaßen (Siller/Siegman 2002)



Zentrale Wirkfaktoren

1. Quantität der Stimulationen

Sozialisation / Konversation (Zuwendung), die Eltern ihren Kindern geben

⇒ **Studie Hart & Risley:** Kinder aus sozial benachteiligtem Milieu bekamen hoch signifikant weniger Stimulation

⇒ hohe Korrelation zu späterer Intelligenzmessung



2. Qualität der Responsivität

- ⇒ Interaktives Reagieren – emotionale Reaktion – Chancen zu eigenen Aktivitäten – Freiräume
- ⇒ Einfühlsamkeit im Gegensatz zu autoritären Vorgaben und Programmen
- ⇒ Kindliche Explorationsmöglichkeit
- ⇒ Gefahr aber auch: Überstimulierung



Moderne Förderansätze

- Parenting Model
- Marte Meo
- Video Home Training
- **Entwicklungspsychologische Beratung**



Entwicklungspsychologische Beratung



WEITERBILDUNG

ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE BERATUNG IN THÜRINGEN

Zwischenbericht

Leitung: Prof. Dr. Armin Sohns

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:

Jana Urbanek, Dipl.-Sozialarbeiterin
Szivia Schelenhaus, Dipl.-Psychologin

Studentische Hilfskräfte:

Franziska Martin	Sarah Hering
Maria Kudraß	Friederike Mertens
Laura Szambien	Kristina Ulrich



Deutscher Bildungsrat

(Pädagogische) Frühförderzentren

- **Interdisziplinär**
- Mobile „Hausfrüherziehung“
- Besondere Aufmerksamkeit: - sog. „Soziale Brennpunkte“

⇒ Grundlagen auch für die spezifische Frühförderung

Veränderung des fachlichen Blickwinkels

Präventiver statt kurativer Ansatz

- „An Stelle der Diagnose einer Behinderung als Orientierungspunkt für das pädagogische Handeln gilt es, die speziellen oder besonderen Bedürfnisse eines Kindes festzustellen.
- Diese Bedürfnisse sind nicht am Kind selbst zu erkennen wie die Merkmale einer Behinderung, sondern an seiner alltäglichen Lebenswelt, an deren Bedingungen, welche die Entwicklungs-, Lern- und Bildungsprozesse erschweren.“

(Beck 1996, 36)



Wissenschaftlicher Beirat Frühförderung

Prof. Dr. Armin Sohns, Professor für Heilpädagogik an Hochschule Nordhausen

Prof. Dr. Annette Hartung, Professorin für „Transdisziplinäre Frühförderung“ an der Medical School Berlin

Prof. Dr. Liane Simon, Professorin für „Transdisziplinäre Frühförderung“ an der Medical School

Prof. Dr. Timm Albers, Professor für Inklusive Pädagogik an der Universität Paderborn

Prof. Dr. Andrea Caby, Professorin für Sozialpädiatrie an der Medical School Hamburg, Bundesvorsitzende der VIFF

Helmut Heinen, Ehrenvorsitzender des europ. Frühförderverbandes „Eurlly Aid“, Eupen/Belgien

Eva Klein, Leiterin der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen

Prof. Dr. Olaf Kraus de Camargo, Associate Professor für Sozialmedizin an McMaster University, Hamilton/Ontario, CA

Prof. Dr. em. Jürgen Kühl, Bremen, em. Professor für Sozialpädiatrie an der Fachhochschule in Emden, ehem. Bundesvorsitzender der VIFF

Prof. Dr. Marion Musiol, Professorin für frühkindliche Pädagogik an der Hochschule Neubrandenburg

Prof. Dr. Günter Opp, Leiter des Arbeitsbereiches „Verhaltensgestörtenpädagogik“ an der Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Manfred Pretis, Prof. für Transdisziplinäre Frühförderung an der Medical School Hamburg

Prof. Dr. Andreas Seidel, Professor für Sozialpädiatrie an der Hochschule Nordhausen

Prof. Dr. phil. Hans Weiß, Professor für Körperbehindertenpädagogik an der PH Ludwigsburg-Reutlingen



Fachliche Grundlage

Familienorientierte soziale Arbeit:

Förderung und Therapie des Kindes

eingebettet in eine

Stärkung der Ressourcen seines sozialen Umfeldes



Tradition der Ausgestaltung

- fast 600 Kreise – fast 600 Frühfördersysteme
- Die Rehabilitationsträger bestimmen über Inhalte und Ausrichtung der Frühförderung
- Große Vielfalt – Auch in Thüringen!
(Eichsfeld, Erfurt, Gera, Nordhausen)

Two overlapping squares, one green and one blue, are positioned in the top-left corner of the slide.

SGB IX

- erstmalige Vorgabe, die traditionell völlig unterschiedlichen fachlichen und Refinanzierungs-Ansätze der pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Hilfen in **eine Zuständigkeit** zusammen zu fassen
- Notwendigkeit für die verschiedenen Rehabilitationsträger, sich auf ein **gemeinsames** fachliches, administratives und **Refinanzierungs-Konzept** zu verständigen



Komplexleistung

- § 30: „Leistungen nach Satz 1 werden als **Komplexleistung** in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56) erbracht.“
- § 56: „In Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden heilpädagogische Leistungen als **Komplexleistung** erbracht.“



Die Ein-Kreuz-Regelung

- „ Abs. 1 Satz 2, SGB IX stellt klar, dass die in Satz 1 der **medizinischen Rehabilitation** zugeordneten Leistungen in einem engen Funktionszusammenhang **mit den heilpädagogischen Maßnahmen** nach § 56 stehen und gegenüber den Leistungsberechtigten **systemorientiert** als Komplexleistungen zu erbringen sind“.

(Begründung zum § 30 SGB IX)



Definition der Komplexeleistung

Komplexeleistung ist **ein** interdisziplinäres abgestimmtes **System** ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen, die sowohl ambulant als auch mobil stattfindet und eine Beratung beinhaltet.

(Bundestagsdrucksache 14/50/74, 204f.)

Begründung des Gesetzgebers zu § 30

„Alle Leistungen werden auf der Grundlage eines individuellen Förderkonzepts gemeinsam mit den Eltern erbracht, interdisziplinär entwickelt und laufend entsprechend der Erfordernisse fortgeschrieben. Die Frühförderung als System von Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder und ihrer Familien beginnt mit der Feststellung des Entwicklungsrisikos und endet in der Regel mit dem Schuleintritt.“



Traditionelle Zuständigkeiten

Ausgestaltung hält an ihrer starren-leistungsträgerorientierten - Aufspaltung fest:

- Komplexleistung: „...wenn sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen notwendig sind“
- Zusätzliche Doppeldiagnostiken

VIFF: Definition der Komplexleistung Frühförderung

- In der Frühförderung ist Komplexleistung ein interdisziplinäres Gesamtsystem, in dem die Leistungen aus den (heil-)pädagogischen, medizinischen, therapeutischen, psychosozialen und psychologischen Bereichen für Kind, Familie und deren Lebenswelt inhaltlich und organisatorisch zusammen geführt werden. Die Rehabilitationsträger sind dafür verantwortlich, dass die Frühfördereinrichtungen (Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren) dieses System gewährleisten.
- Art und Umfang der Leistungen dieses Systems werden kind- und familienbezogen, bedarfsgerecht und auf der Grundlage der interdisziplinären Diagnostik in einem mit allen Beteiligten entwickelten Förder- und Behandlungsplan festgelegt und fortgeschrieben. Voraussetzung ist eine verbindliche, interdisziplinäre Kooperation verschiedener Fachdisziplinen in Zusammenarbeit mit den Familien. Hierfür ist die regionale Kooperation und Vernetzung mit anderen Systemen und Angeboten unverzichtbar.



- Alle Leistungen der Frühfördereinrichtungen werden im Rahmen einer Komplexleistung Frühförderung erbracht, unabhängig von Art und Umfang der abgestimmten Leistungen und der durchführenden Berufsgruppen. Auf diese Weise wird der großen Entwicklungsdynamik der frühen Kindheit und der Umfeldabhängigkeit von Kindern Rechnung getragen.
- Die Rehabilitationsträger gewährleisten die Finanzierung der Komplexleistung Frühförderung aus einer Hand. Ebenso gewährleisten die Rehabilitationsträger die Finanzierung eines niedrighschwelligen Zugangs zu den Frühfördereinrichtungen i.S. einer offenen Anlaufstelle.



SGB IX: Niedrigschwelligkeit

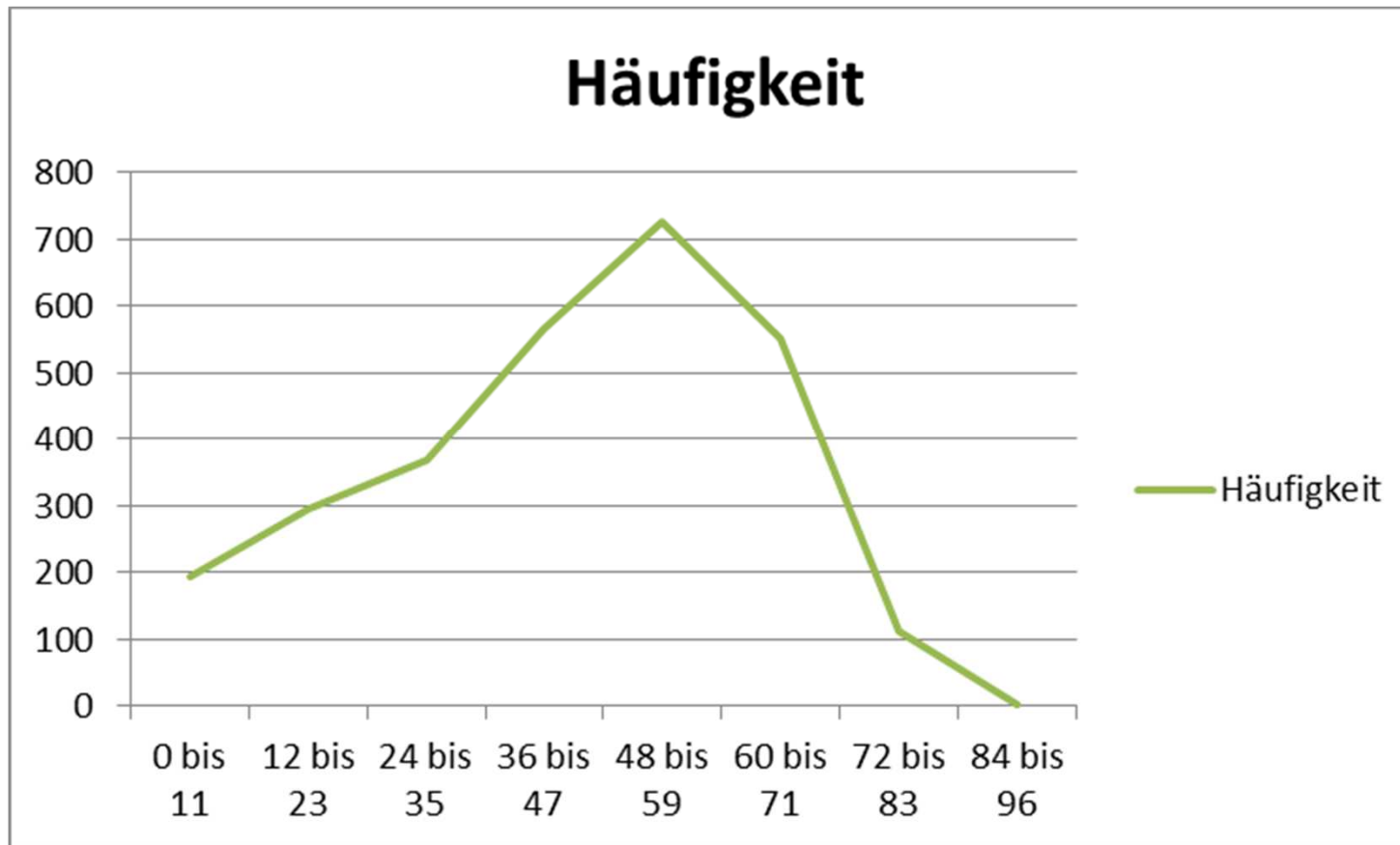
- Offene Anlaufstelle
- Wahlmöglichkeit der diagnostizierenden Personen (§ 14 SGB V)

Indikation zur Frühförderung:

Unsicherheit,
ob sich ihr Kind „richtig“ entwickelt

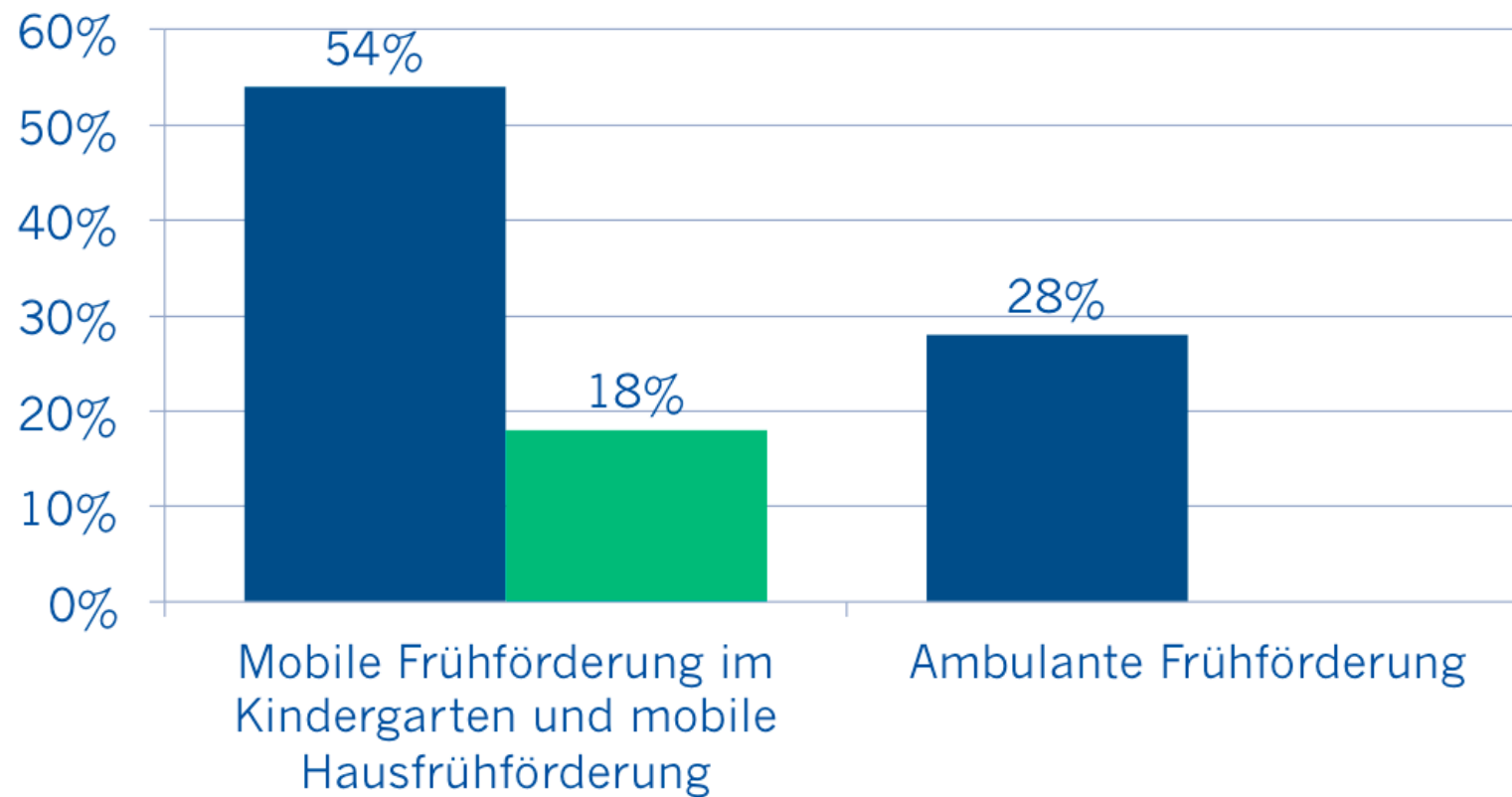


Alter des Kindes bei der Erstvorstellung



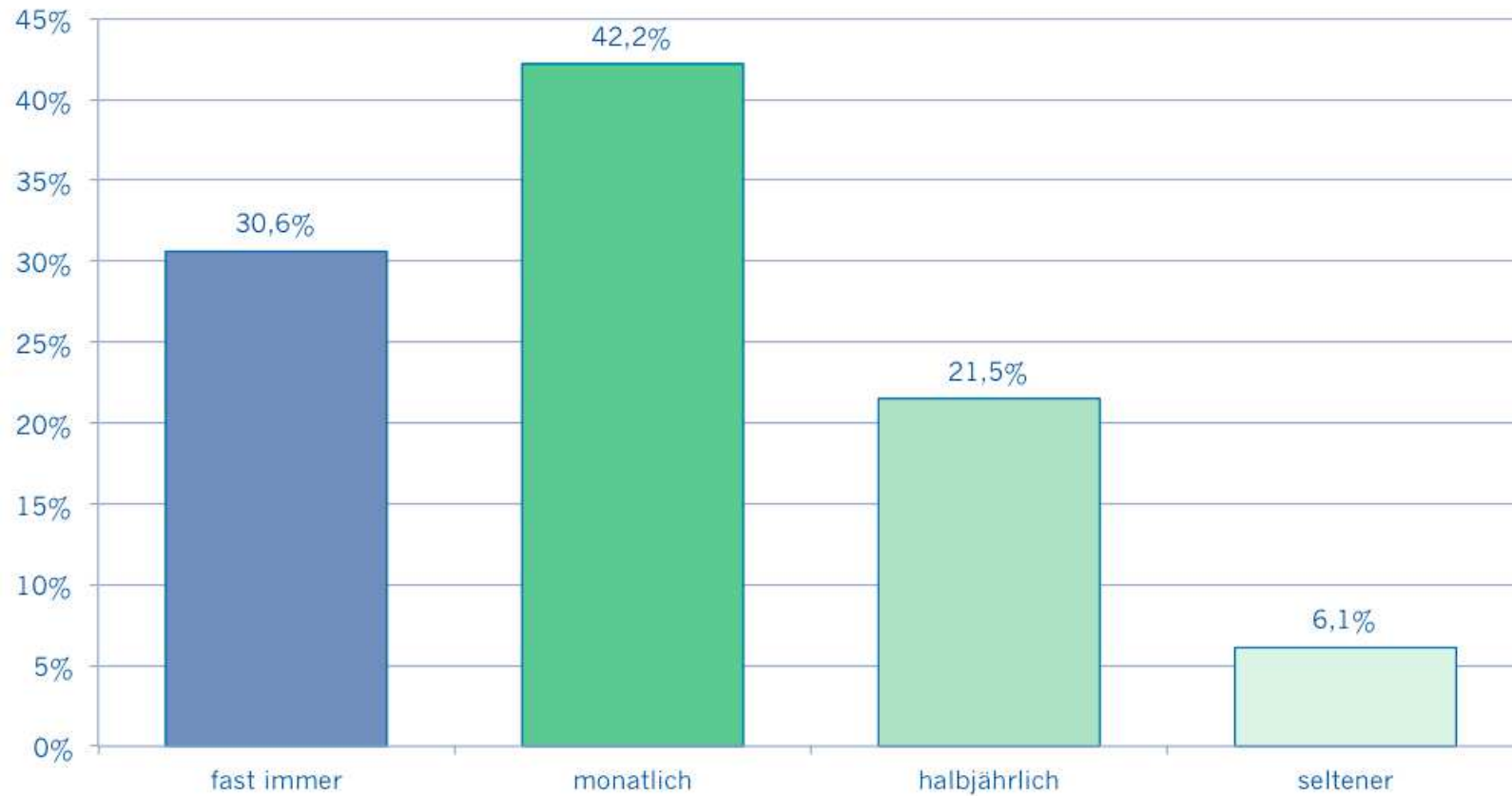


Verteilung mobile und ambulante Frühförderung





Häufigkeit der Elternkontakte







Spannungsfeld

... Regelkonzepte vs. Sonderpädagogische Konzepte

... privilegierte schulische vs. weniger anerkannte vorschulische
Fachpersonen

... teilstationäre (heilpädagogische) Institutionen vs. mobil-ambulante
Frühförderstellen



Traumatisierte Migrationskinder

Kinder, die nicht spielen ...

... wenn sie spielen, verarbeiten sie

... und überfordern Kitas (fachlich)

... diese rufen die Frühförderung

Two overlapping squares, one green and one blue, are positioned in the top-left corner of the slide.

Teilhabe-gesetz

vs.

**„Weiterentwicklung der Hilfen zur Erziehung
im SGB VIII“**

Inklusive Lösung ?



Differenzierte Position

der verschiedenen Verbände:

... VIFF,

Berufsverband der Heilpädagogen,

Fachbereichstag Heilpädagogik

Two overlapping squares, one light green and one dark blue, are located in the top-left corner of the slide.

Notwendigkeit der Einbeziehung in ein Gesamtkonzept

- Gezielte Stärkung von Familien mit **niedrigem Bildungsstand**
- Allgemeine Verbesserung von **Elternkompetenzen**
- Systematische **Koordinierung** der verschiedenen Hilfeangebote statt dem Fördern von Konkurrenzsituationen:
 - **Frühe Hilfen, Frühpädagogik**



Verbundsysteme

- ⇒ Deutschland: Konzept- und Institutionenvielfalt und Konkurrenzprinzip
- ⇒ Großbritannien: Family Centers



Frühförderung als Verbundsystem

- Oberbegriff für ein bedarfsgerechtes familienorientiertes Gesamtsystem in Zuständigkeit der verschiedenen Rehabilitationsträger
- Sie wird in ihrer Vielfalt als **ein** System in Deutschland von der Politik, den Rehabilitationsträgern und möglichen Kooperationspartnern eingesetzt

Two overlapping squares, one light green and one dark blue, are positioned in the top-left corner of the slide.

Veränderung in der Ausbildung

Querschnitts- statt Längsschnittoausbildung

- Sozialmedizin
- Fachpersonen für frühkindliche Bildung und Erziehung, B.A.
- Studiengang „Transdisziplinäre Frühförderung“
B.A.: **FrühförderIn**



Gefahr des Missbrauchs

- durch Träger, Kostenträger
- Überschätzung der Fachpersonen selbst

→ Transdisziplinarität **braucht Interdisziplinarität**



Vision I

- Sozialraumorientierte Gesamtsysteme, in denen die Rehabilitationsträger eine hochqualifizierte Hilfe koordinieren, in denen die verschiedenen Subsysteme „nahtlos ineinander greifen“
- Fachkräfte verschiedener Disziplinen, die sich interdisziplinär zu einem hochwertigen Gesamtsystem Frühförderung ergänzen und in stetiger Kooperation weiter qualifizieren



Vision II

- Klare allgemein akzeptierte fachliche Standards und organisatorische Grundlagen
- Ein Frühfördersystem, das mit seinen präventiven und familienstärkenden Hilfen einen anerkannten und selbstbewussten Platz in der Soziallandschaft einnimmt