

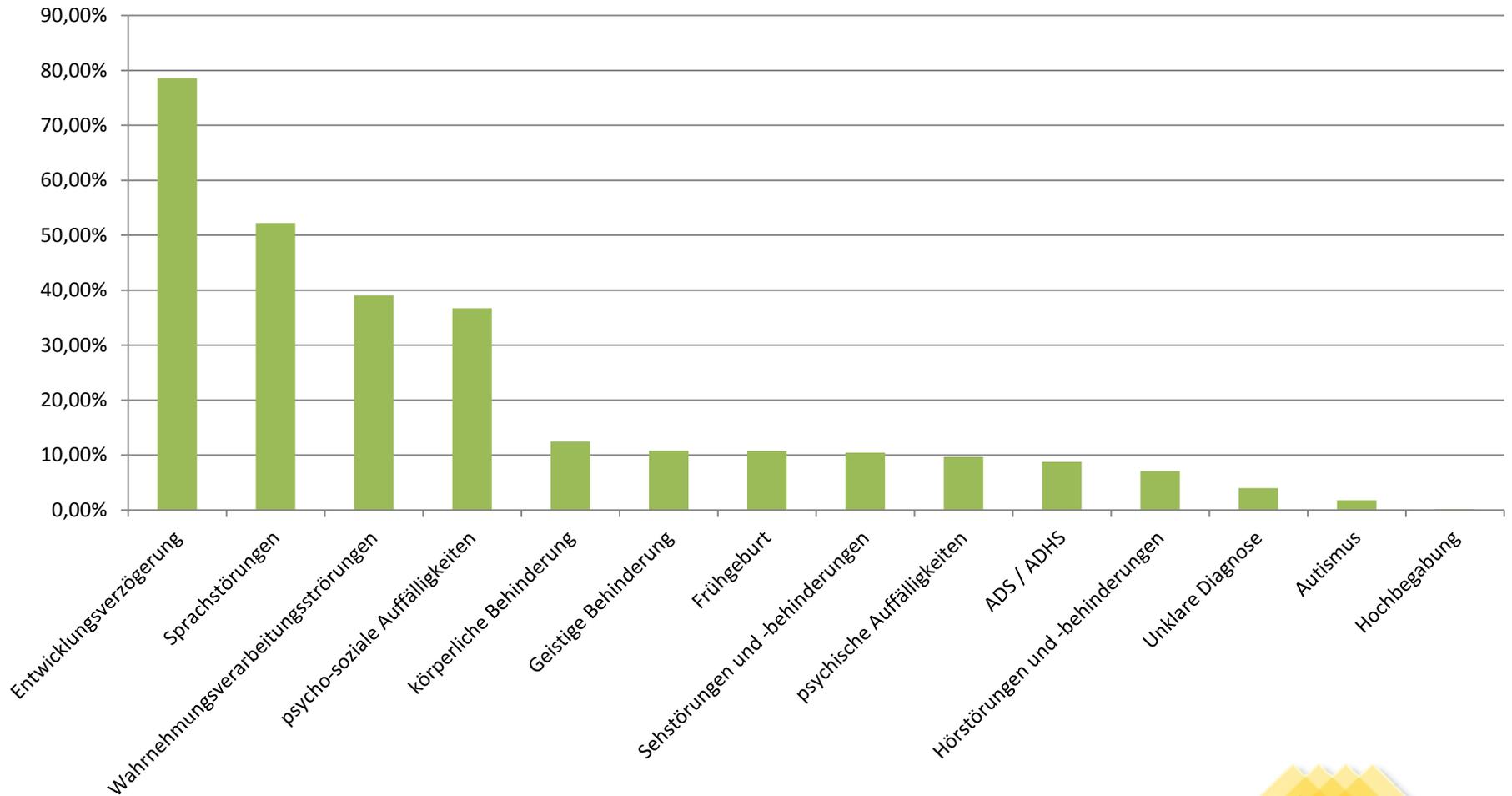
Frühförderung neu gestalten –

Zusammenarbeit mit den Familien in der heutigen Zeit

Zentrale Themen

- **Klientel**
- **Effizienz / Setting von Frühförderung**
- **Inklusion und „Inklusive Lösung“**
- **Spannungsfelder**
- **Familienorientierte Hilfesysteme**

Diagnosen



Häufigkeitsverteilung der Diagnosen

Diagnosen		
	%	n
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
Autismus	1,77%	2868
Hochbegabung	0,11%	2868

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**
- 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, 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 & 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 Kotherapeuten ein; nur 8% haben sie als Eltern gestärkt**

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)**

Mahoney: Parenting Model

- **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“**

Zwei 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

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)

Fachliche Grundlagen

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**

Neuorientierung der Kooperationsprofile

- **Tendenz: Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit unterschiedlichen Trägern, deren Fachpersonen sich auf einem auf Konkurrenz ausgerichteten Markt gegenseitig verdrängen**
- ⇒ **Systematisches Unterdrücken des Zusammenwirkens unterschiedlicher Kompetenzprofile innerhalb überschaubarer Sozialräume**

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**

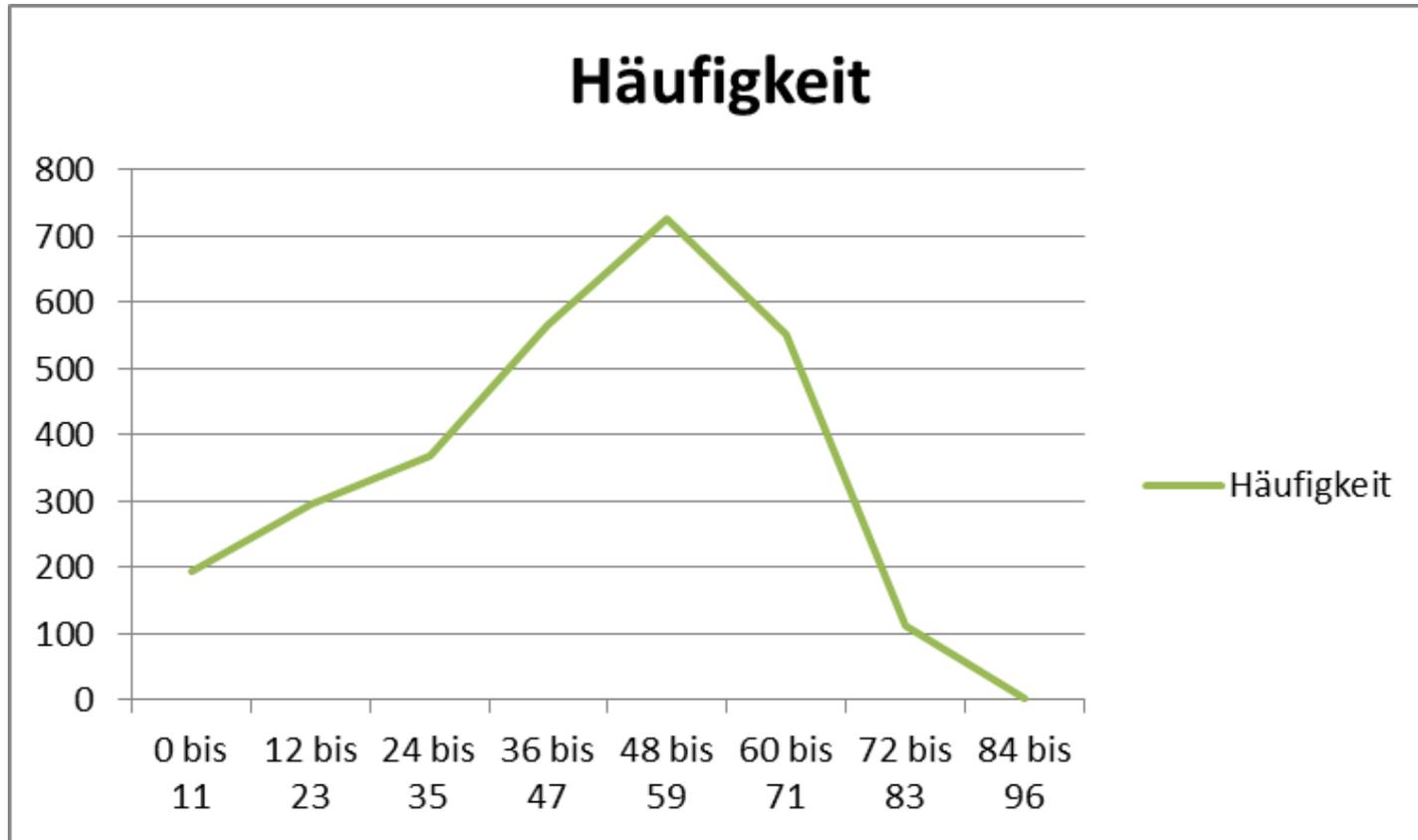
Niedrigschwelligkeit

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

Indikation zur Frühförderung:

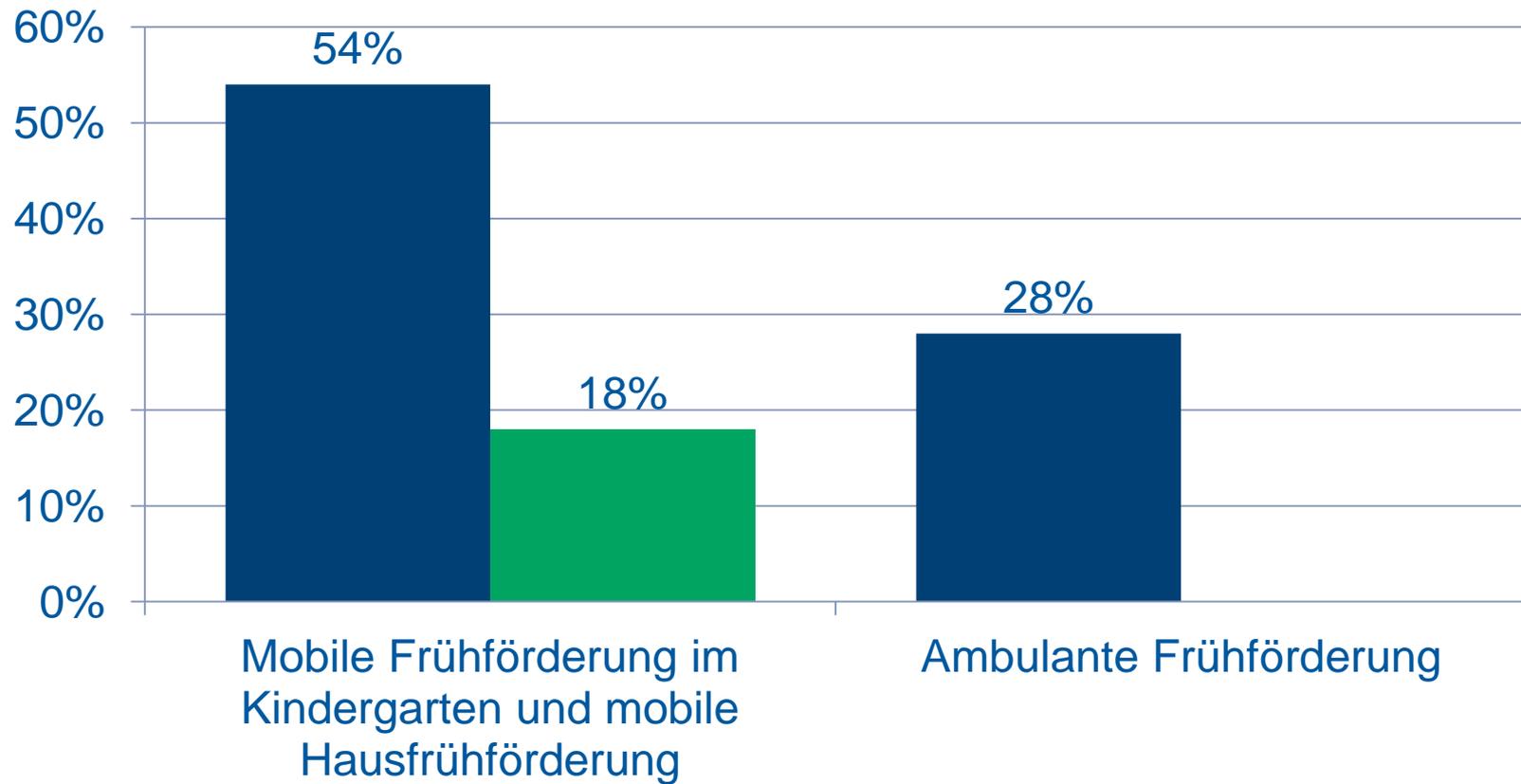
**Unsicherheit,
ob sich ihr Kind „richtig“ entwickelt**

Alter des Kindes bei der Erstvorstellung

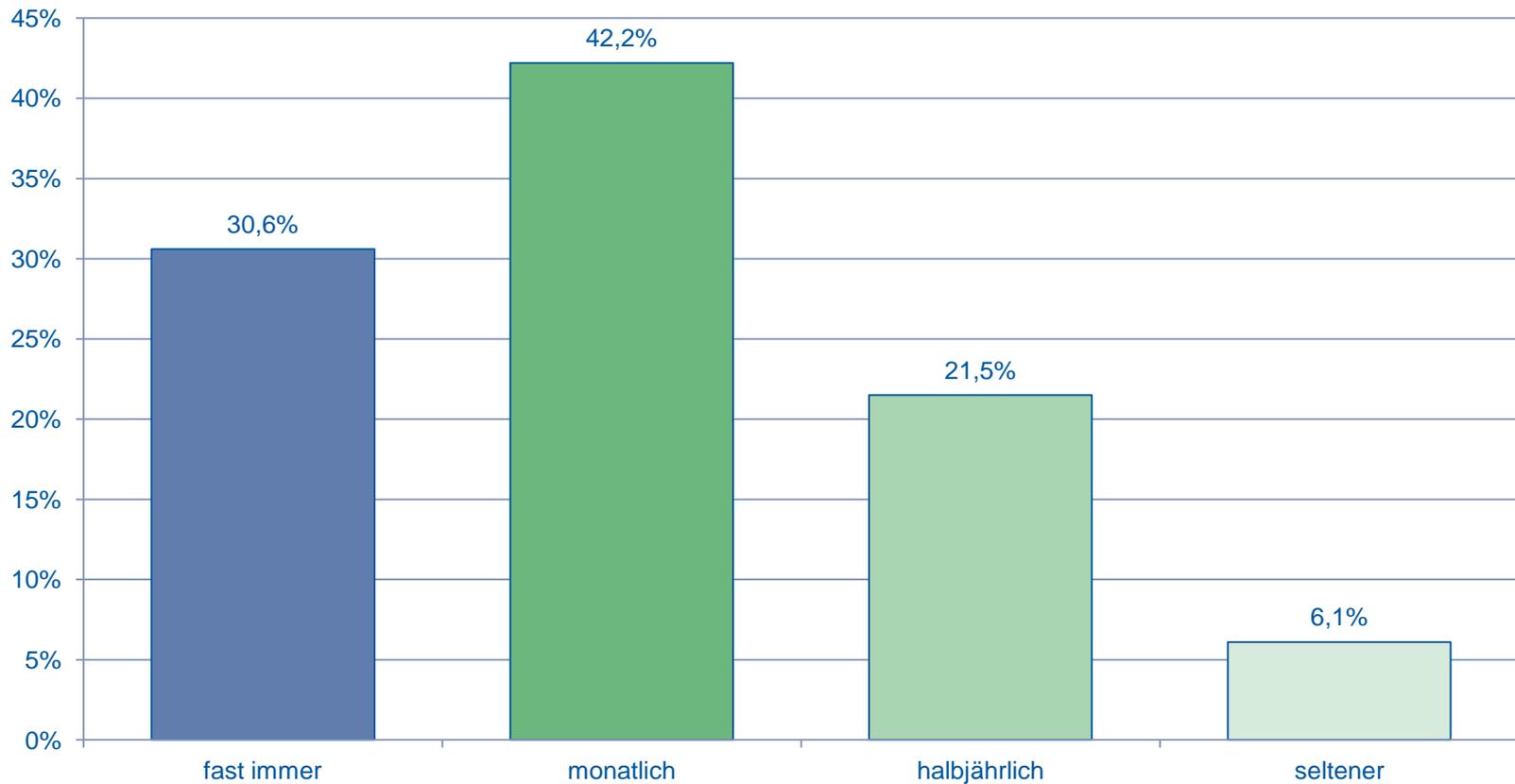


Mittelwert: 43 Monate

Verteilung mobile und ambulante Frühförderung



Häufigkeit der Elternkontakte





AUFMACHEN.
KONTROLLE DER
UN-MENSCHEN-
RECHTS KONVENTION!

DEUTSCHLAND

DU NOT
DISTÖRT

VIELLEICHT
SCHLAFEN DIE
NOCH...?

© Rots

Spannungsfeld

... Regelkonzepte vs. Sonderpädagogische Konzepte

**... privilegierte schulische vs. weniger anerkannte
vorschulische Fachpersonen**

**... Teilstationäre (heilpädagogische) Institutionen vs.
mobil-ambulante Frühförderstellen**

TeilhabeGesetz vs. „Weiterentwicklung der Hilfen zur Erziehung im SGB VIII“

Inklusive Lösung ?

Standpunkt der Frühförderung?

21.11. Frankfurt/Main

Beispiel Nordfriesland

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

Veränderung in der Ausbildung

Querschnitts- statt Längsschnittoausbildung

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

Kooperation

- **Multidisziplinarität**
- **Interdisziplinarität**
- **Transdisziplinarität**

Frühförderung als spezifische familienorientierte Hilfe

- **Transdisziplinarität ergibt sich aus ihren spezifischen Kompetenzen und den jeweiligen fachlichen Anforderungen durch die Familien. Berufliche Grundausbildungen treten im Zuge jahrelanger Berufserfahrungen und entsprechender Kenntniserweiterung zurück hinter die sich sukzessiv erweiternden Fachkompetenzen**

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**