

Frühförderung

Ein effizientes System für die Zukunft



Wer erhält Frühförderung?

„Kinder, die behindert oder von
Behinderung bedroht und noch nicht
eingeschult sind“

Traditioneller 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 !

Hohe Ausgaben der Rehabilitationsträger

- Sozialämter
- Krankenkassen
- Jugendämter

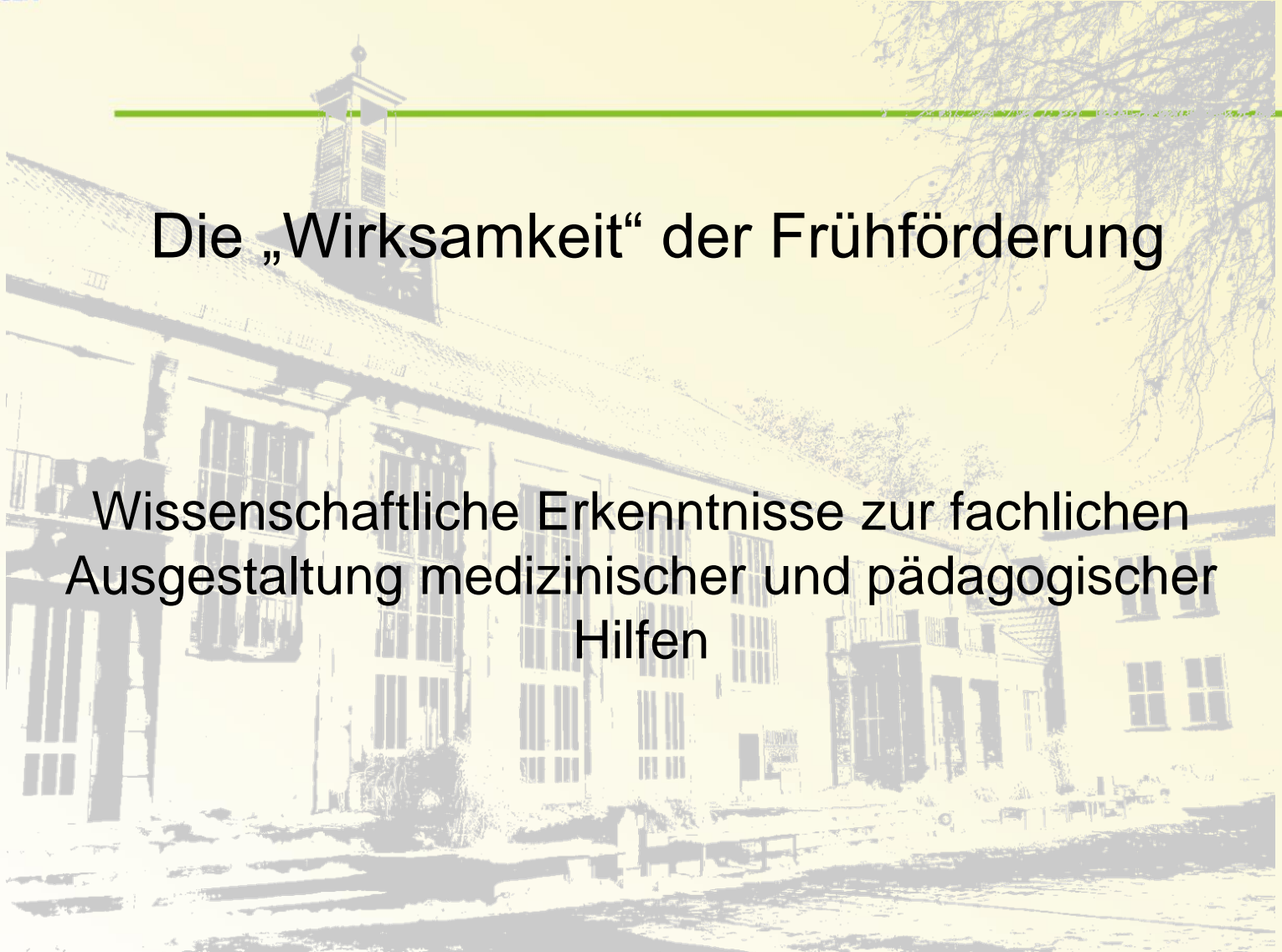
Therapeutisierung der Hilfen

- 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)

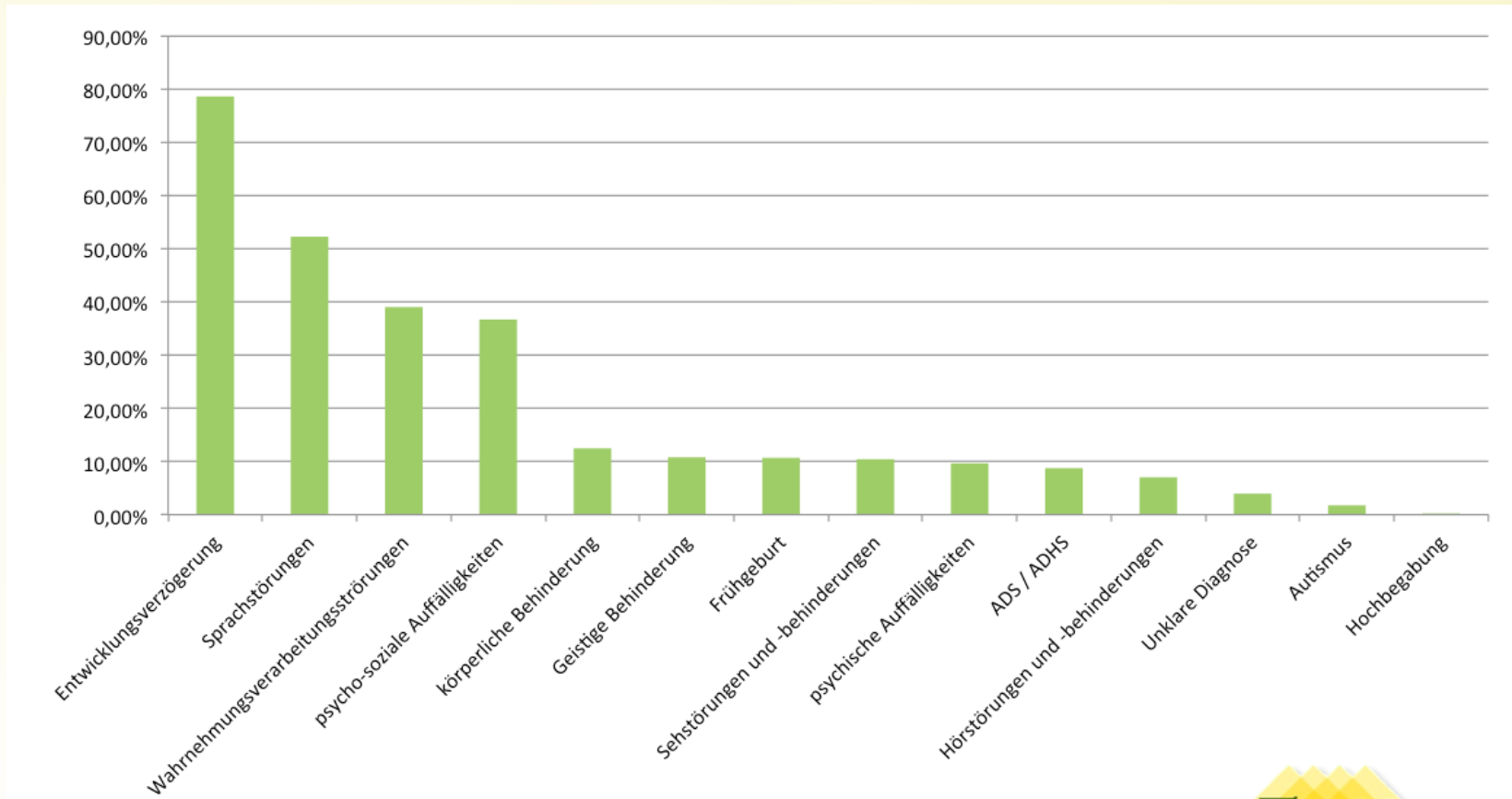
Fast alle **Effektivitätsstudien** belegen weltweit, wie gering der Effekt von Einzelförderung ist, wird diese nicht in ein integriertes Gesamtkonzept eingebettet

Die „Wirksamkeit“ der Frühförderung

Wissenschaftliche Erkenntnisse zur fachlichen
Ausgestaltung medizinischer und pädagogischer
Hilfen



Diagnose

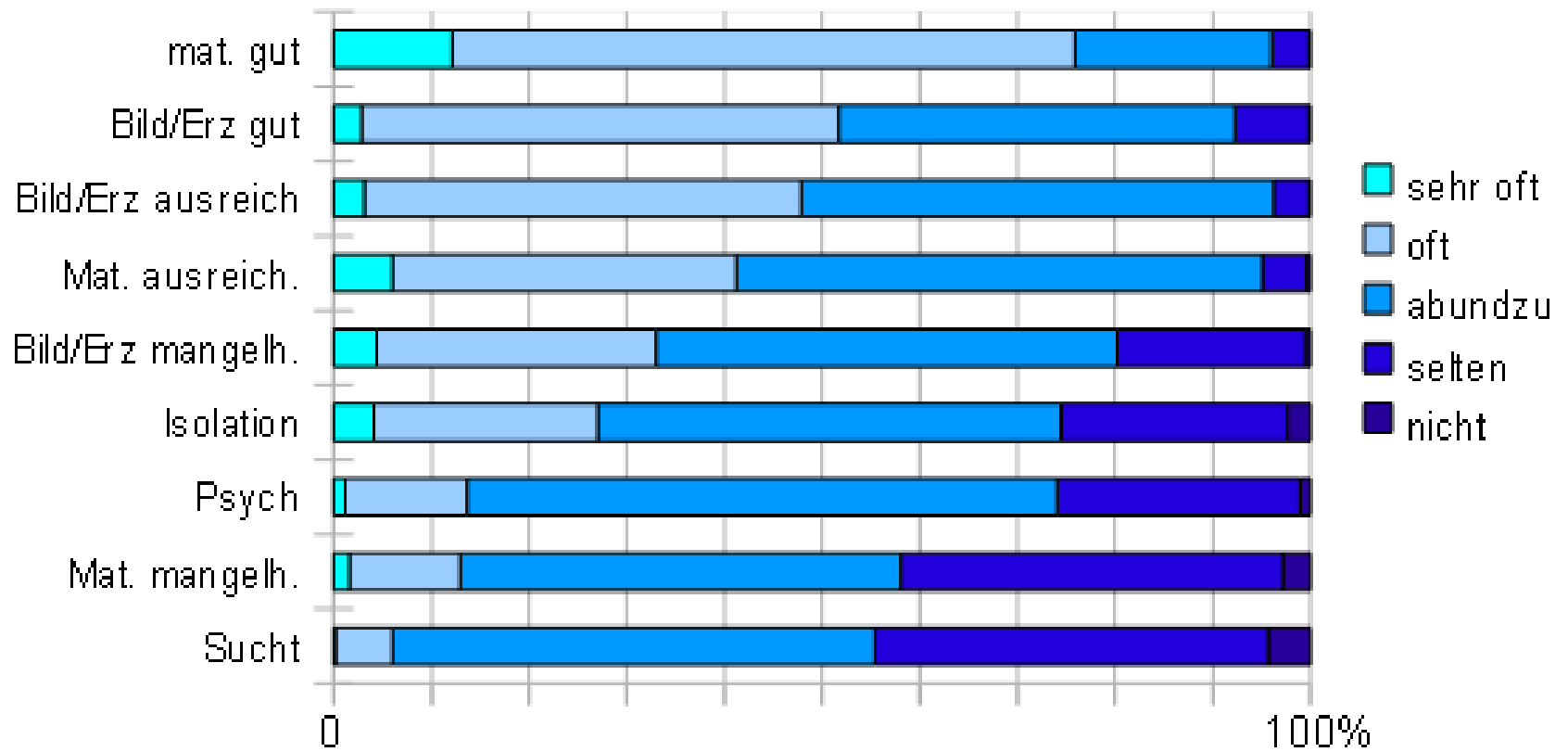


Häufigkeitsverteilung der Diagnosen

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

Familiäre Verhältnisse

MA-Daten



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

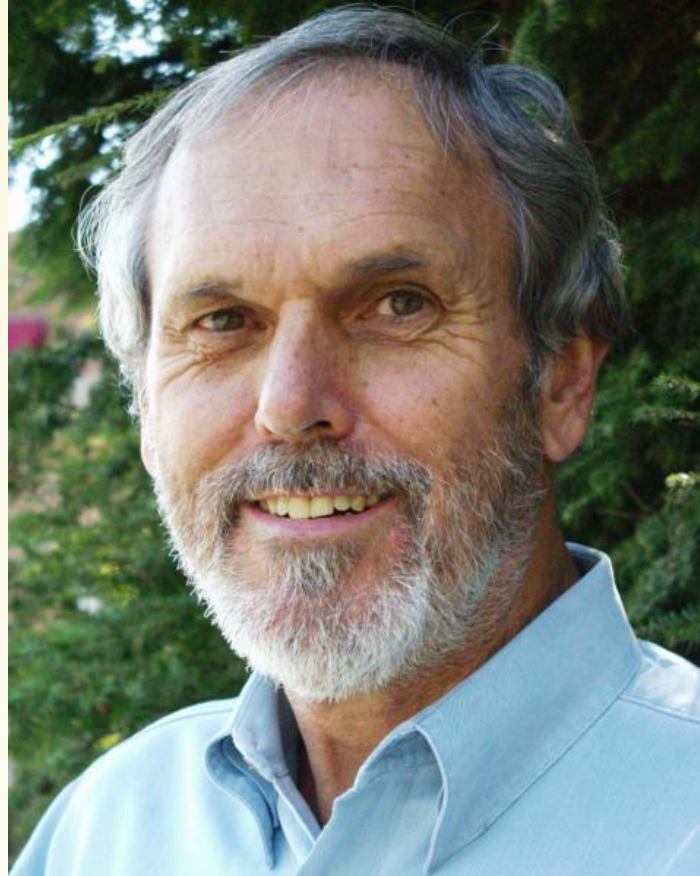
Dunst, C. J., & Kassow, D. Z. (2008). Caregiver sensitivity, contingent social responsiveness, and secure infant attachment. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 5, 40-56

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



Längsschnittstudie mit über 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)

Journal Early Education and Development. Volume 4, 1993 - [Issue 4](#)

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

Gerald Mahoney



Gerald Mahoney, Cleveland/Ohio

- Responsivität ist wesentlichster Faktor bei der 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)

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“

Zentrale Wirkfaktoren

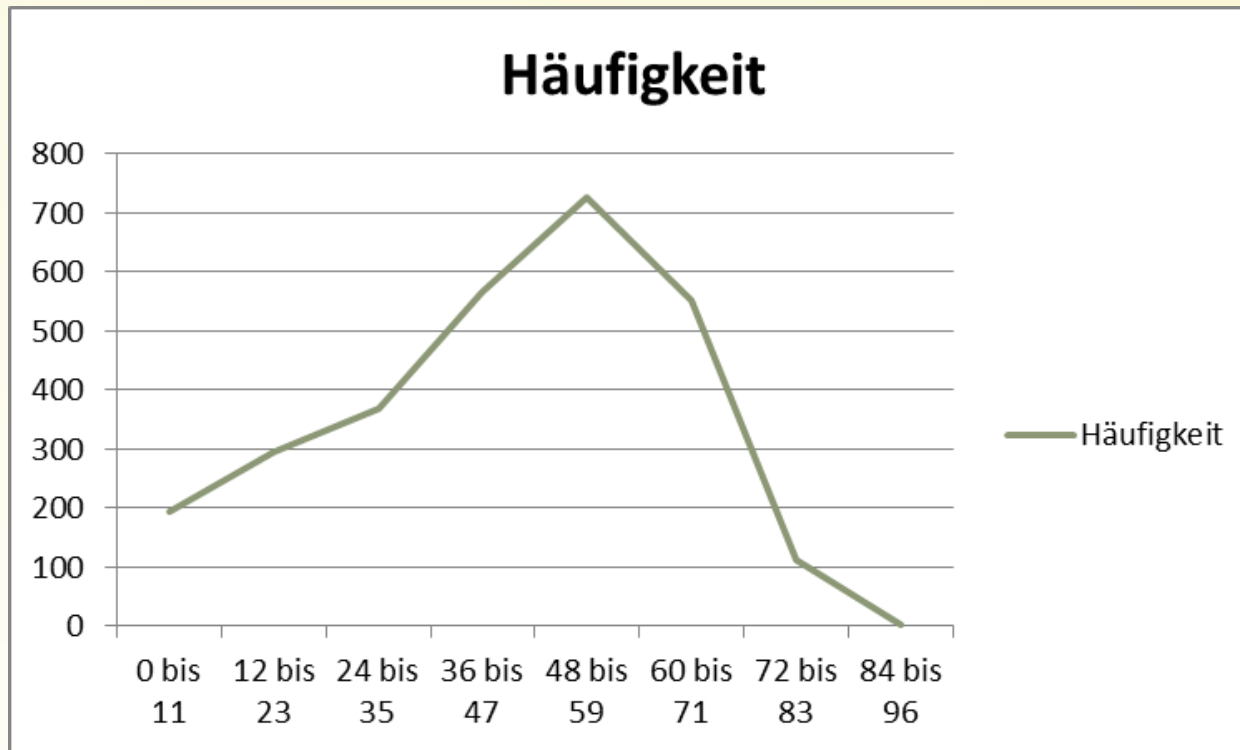
1. Quantität der Stimulationen

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

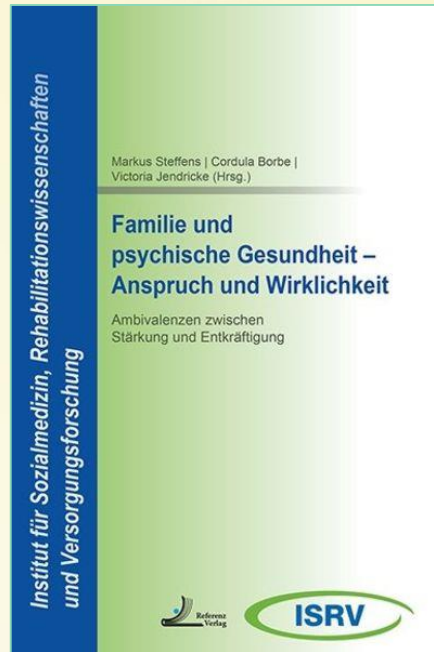
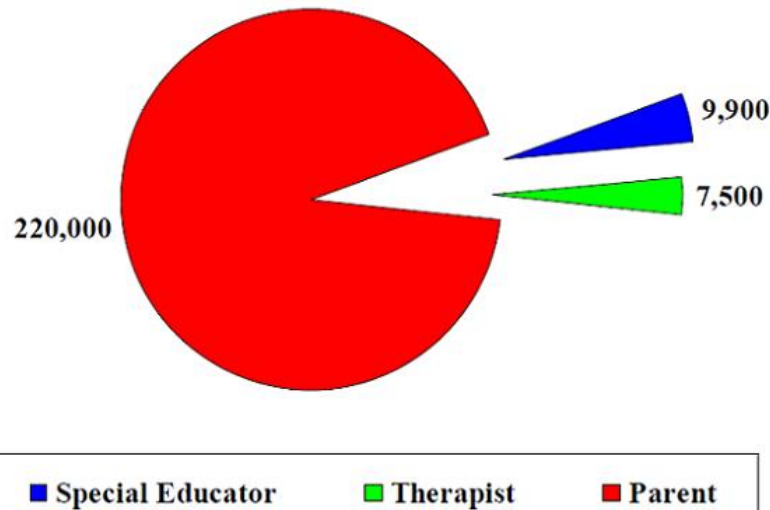
Alter des Kindes bei der Erstvorstellung



Stimulations



Parents' Opportunities To Impact Children's Learning Experiences
12 Times Greater Than Therapists and Special Educators Combined



Qualität der Responsivität



- ⇒ Interaktives Reagieren – emotionale Reaktion – Chancen zu eigenen Aktivitäten – Freiräume
- ⇒ Einfühlsamkeit im Gegensatz zu vorstrukturierten Vorgaben und Programmen
- ⇒ Kindliche Explorationsmöglichkeit

Moderne Förderansätze

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



Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften
und Versorgungsforschung
Hochschule Nordhausen
Weinberghof 4
99734 Nordhausen



Studie zur Entwicklungspsychologischen Beratung in Thüringen

Leitung: Prof. Dr. Armin Sohns

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:

Prof. Dr. Annette Hartung, Medical School Berlin

Dr. Yael Fleischmann, Universität Paderborn

Jana Urbanek, Dipl. -Sozialarbeiterin

Studentische Hilfskräfte:

Sarah Hering

Sabrina Luchtenberg



Weiterbildender Masterstudiengang Transdisziplinäre Frühförderung (TFF)

Disziplinübergreifende akademische Grundausbildung mit dem Fokus
frühkindliche Entwicklungsförderung



Fachliche Grundlage



- Familienorientierte soziale Arbeit:

Förderung und Therapie des Kindes
eingebettet in eine
Stärkung der Ressourcen seines sozialen Umfeldes

Deutscher Bildungsrat

(Pädagogische) Frühförderzentren

- **Interdisziplinär**
 - Mobile „Hausfrüherziehung“
 - Besondere Aufmerksamkeit: - sog. „Soziale Brennpunkte“
- ⇒ Grundlagen auch für die spezifische Frühförderung

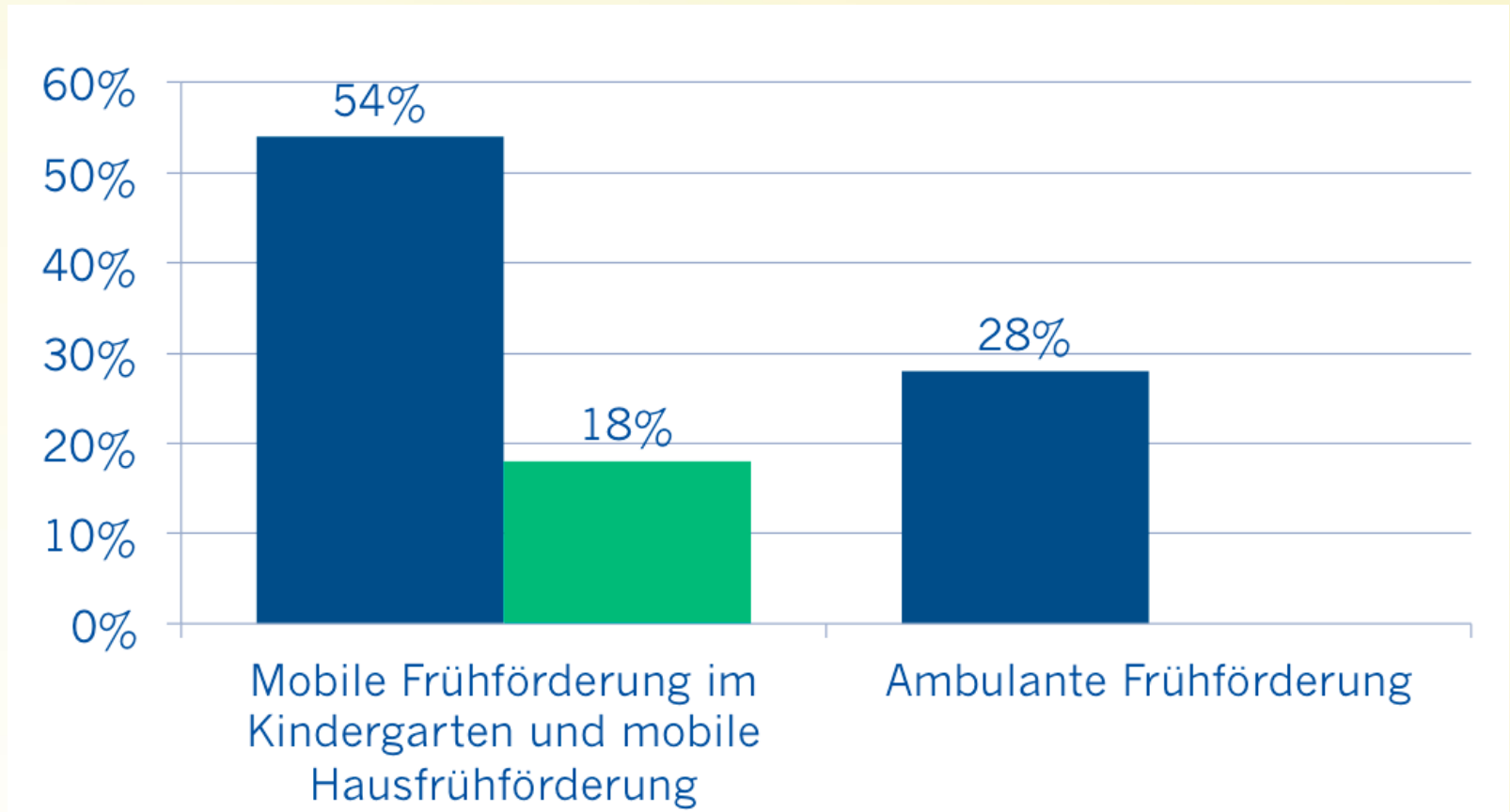
Veränderung des fachlichen Blickwinkels

Präventiver statt kurativer Ansatz

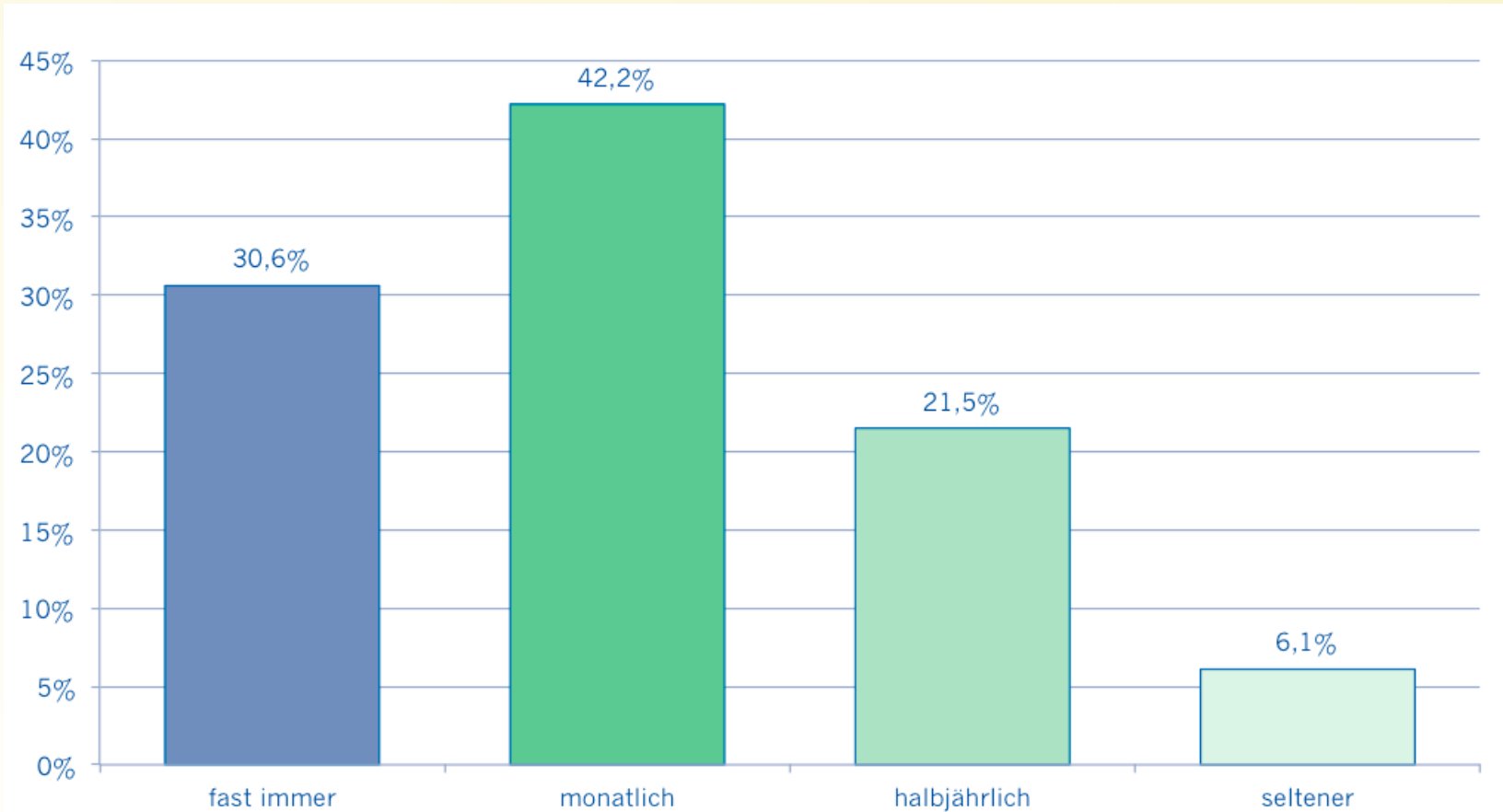
- „An Stelle der Diagnose einer Behinderung als Orientierungspunkt für das pädagogische Handeln gilt es, die speziellen oder besonderen Bedürfnisse eines Kindes festzustellen.
- Diese Bedürfnisse sind nicht am Kind selbst zu erkennen wie die Merkmale einer Behinderung, sondern an seiner alltäglichen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

(Beck 1996, 36)

Verteilung mobile und ambulante Frühförderung



Häufigkeit der Elternkontakte



Mobil und ambulant betreute Kinder

Betreute Kinder	% ambulant	% mobil	% mobil KiTa
MW	46,9	22,7	28,3
SD	36,0	28,8	28,4

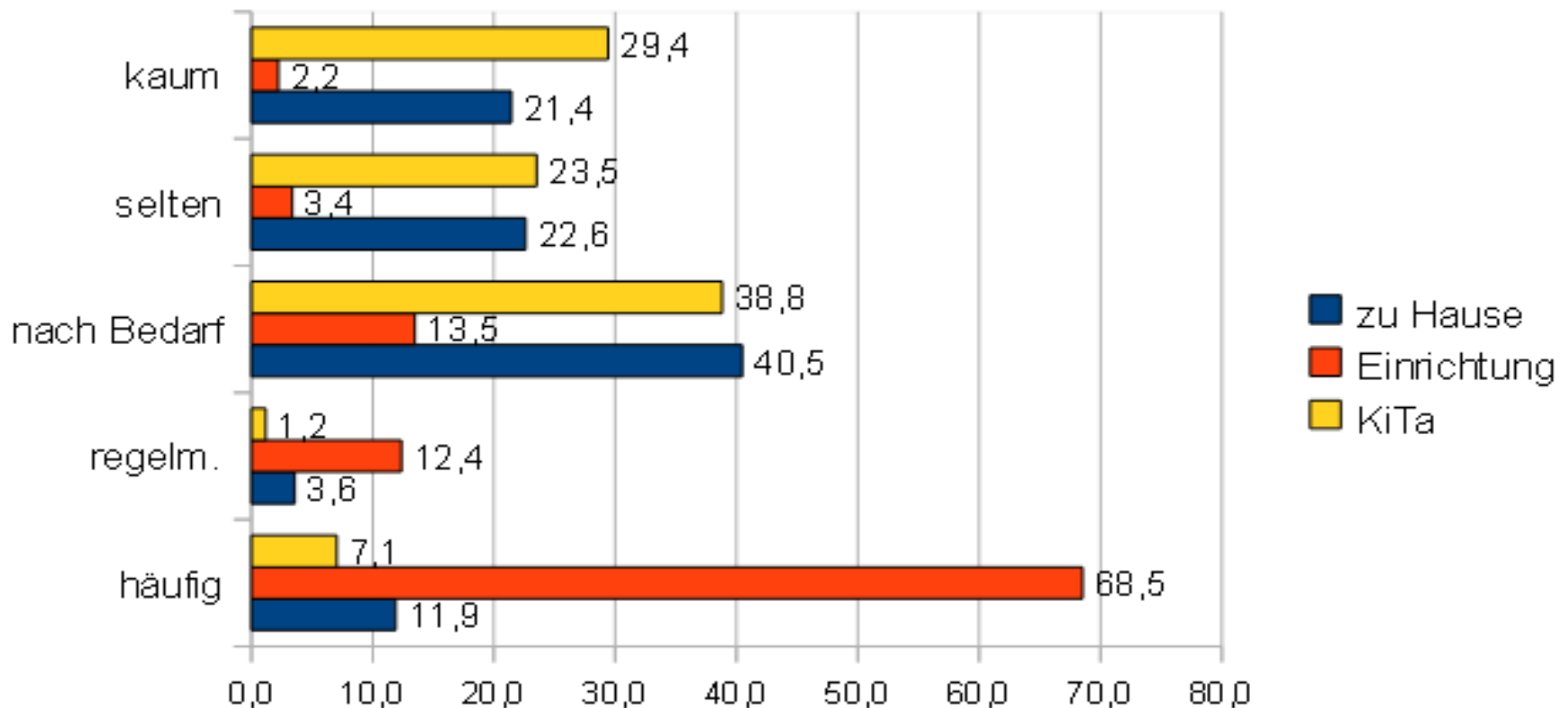
Tab.5: Regelmäßig (wöchentlich) betreute Kinder, Anteile ambulant, mobil, mobil KiTa, MW und StAbw, Mitarbeiterinnen-Daten, Nmax=566

FranzL 2010, Resultate Teil IV, S.14

Ambulante und mobile Frühförderung

Einrichtungen, die...	1993	2010
vornehmlich am- bulant tätig sind	<20 %	27,5 %
vornehmlich viel mobil tätig sind	14 %	10 %

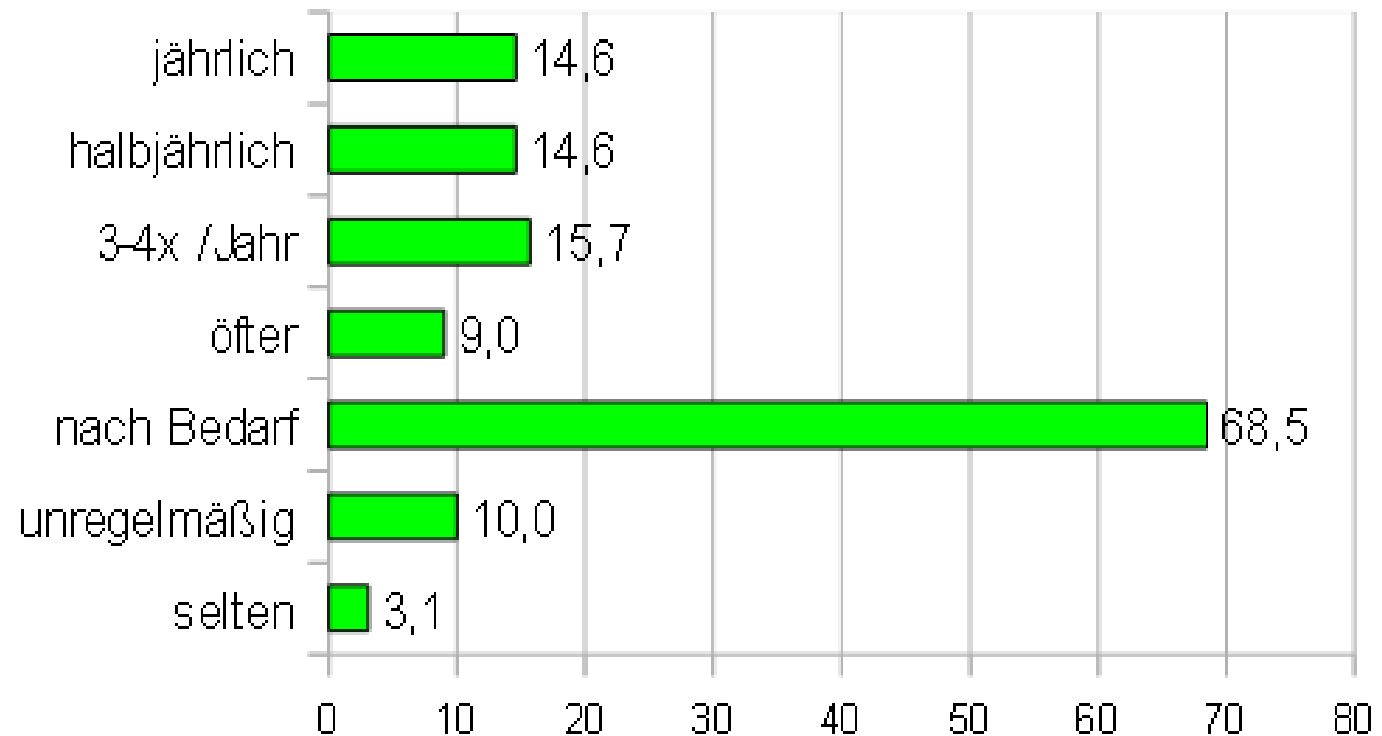
FranzL 2010, Resultate Teil IV, S. 13



Orte, an denen das Offene Beratungsangebot durchgeführt wird, Nennungen in %, N=87

FranzL 2010, Resultate Teil I, S.8

Hausbesuche



FranzL 2010, Resultate Teil III, S. 10

Regelmäßige Hausbesuche der bayerischen IFS, Leiterangaben, in %, Mehrfachnennungen, N=87

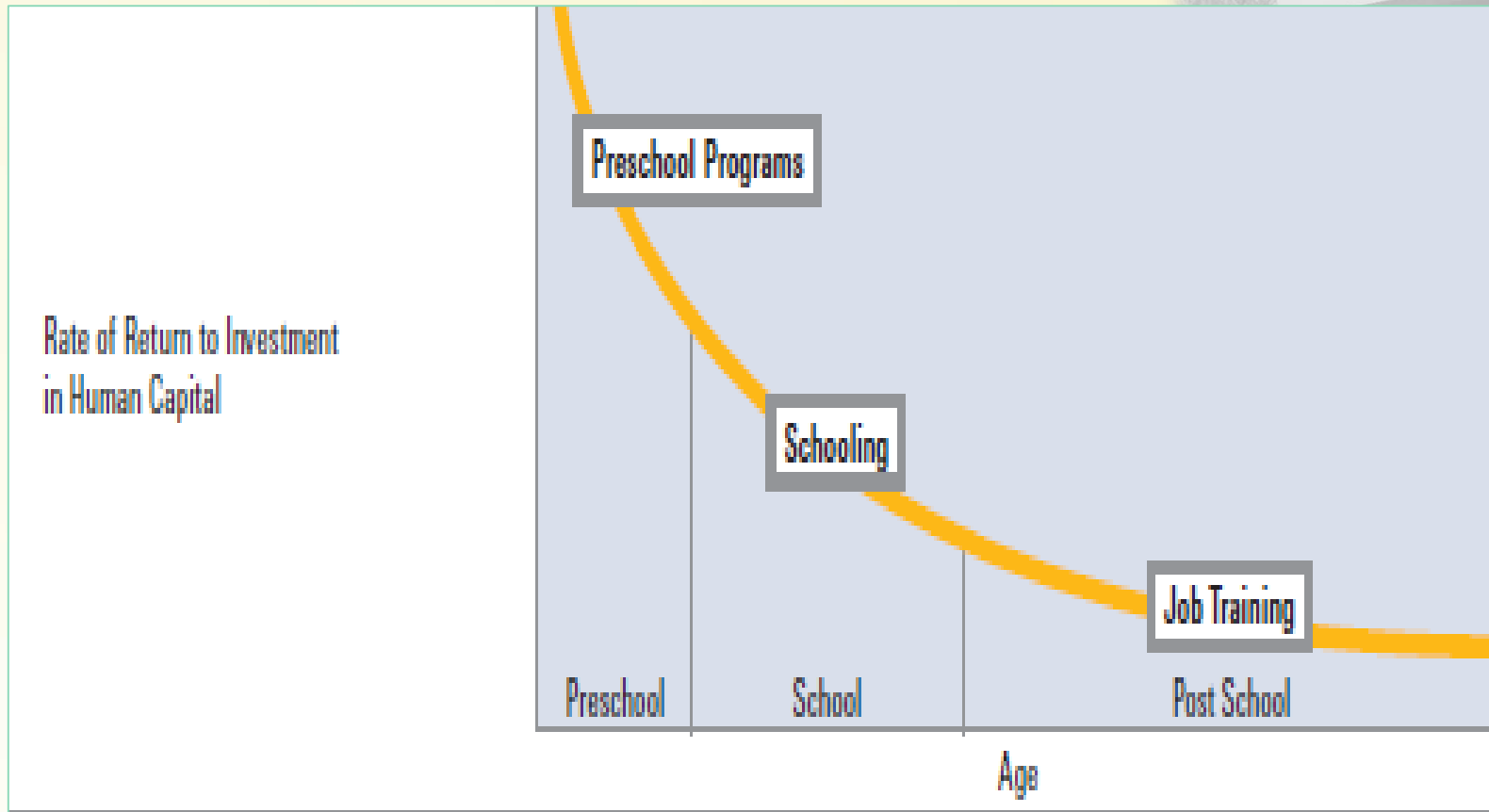


Abbildung 1 Rate of Return Grafik aus Kosten und Nutzen früher Hilfen; NZF 2011, S. 16 zitiert nach
Cunta, Heckmann 2007



Sozialraumorientierte Frühförderung unter einem gemeinsamen Dach



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

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 Komplexleistung

Komplexleistung 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.“

2-Kreuze-Regelung

Ausgestaltung hält an ihrer traditionellen leistungsträgerorientierten Aufspaltung fest:

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

Anwendung der Heilmittelrichtlinien

- § 5 Abs. 1 S. 2, 3: *„Die Erbringung von medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexeleistung Frühförderung richtet sich grundsätzlich nicht nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Medizinisch-therapeutische Leistungen werden im Rahmen der Komplexeleistung Frühförderung nach Maßgabe und auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans erbracht.“*
- Gesetzesbegründung (S. 379 f.): „Dem Umstand, dass es hier um medizinisch-therapeutische Leistungen im Konzept der interdisziplinären Frühförderung geht, wird die Verwendung des Begriffs „Heilmittel“ nicht gerecht. In der Regel besteht für die therapeutischen Leistungen wegen der umfassenden Einbeziehung der Familie, der Bearbeitung komplexer Sachverhalte, der indirekten Leistungsanteile durch umfangreichere Dokumentation und Teamarbeit, der aufsuchenden Arbeit in der Familie mit besonderen Behandlungsbedingungen sowie ggf. der Beschäftigung mit der Hilfsmittelversorgung ein erhöhter Zeitbedarf.“

Verständnis von „Heilpädagogik“

- § 79 SGB IX n.F. (§ 56 SGB IX a.F.)
- Absatz 2: „Heilpädagogische Leistungen umfassen alle Maßnahmen, die zur Entwicklung des Kindes und zur Entfaltung seiner Persönlichkeit beitragen, einschließlich der jeweils erforderlichen nichtärztlichen therapeutischen, psychologischen, sonderpädagogischen, psychosozialen Leistungen und der Beratung der Erziehungsberechtigten, soweit die Leistungen nicht von § 46 Absatz 1 erfasst sind.“

Einrichtungsübergreifende Kooperation

„Als interdisziplinäre Leistung beinhaltet die Komplexleistung Frühförderung auch den Austausch der beteiligten Fachrichtungen in Form von Teambesprechungen, die Dokumentation von Daten und Befunden, die Abstimmung und den Austausch **mit anderen, das Kind betreuenden Institutionen** und gegebenenfalls Fortbildung und Supervision“

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

Perspektive

- 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