



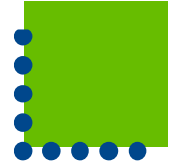
# Frühe Förderung im Wandel

## 40 Jahre Praxiserfahrungen im Spiegel fachlicher Veränderungen





# Themen



Die Wurzeln der Frühförderung

Fachliche Ansprüche

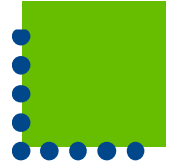
Effizienz und Wirksamkeit (Klientel)

7 Notwendige Parameter

Ansprüche des BTHG

Umsetzung im Rahmen der LRV



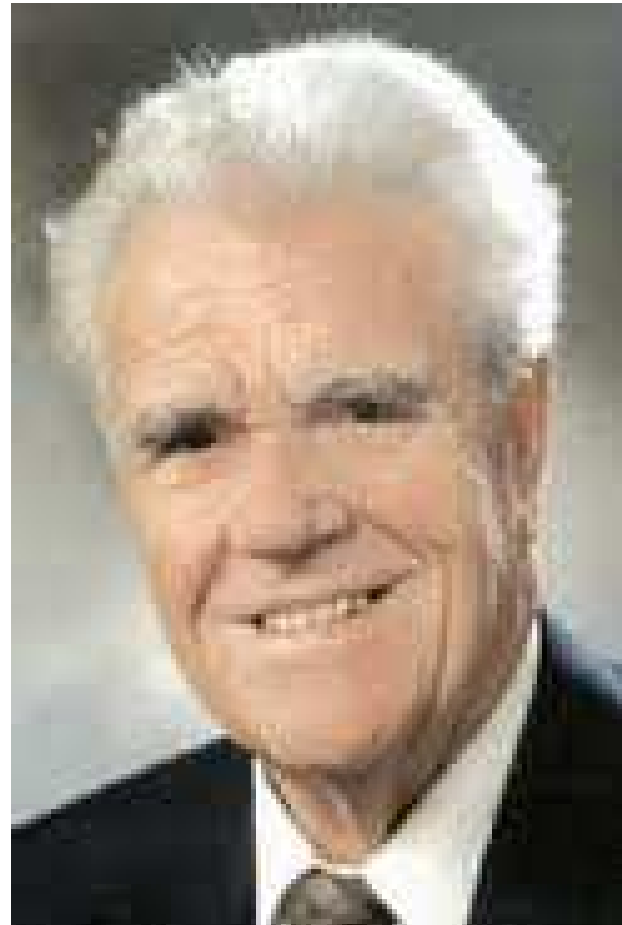
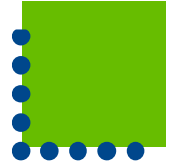


# Geschichte der Frühförderung

**Sozialpädiatrisches Modell**  
(Hellbrügge) (ab 1968)

**Frühförderstellen i.S. des deutschen  
Bildungsrates (1970 - 1973)**







## Definition

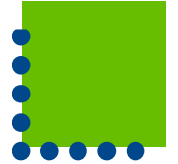


Entwicklungsrehabilitation

VS.

Frühförderung

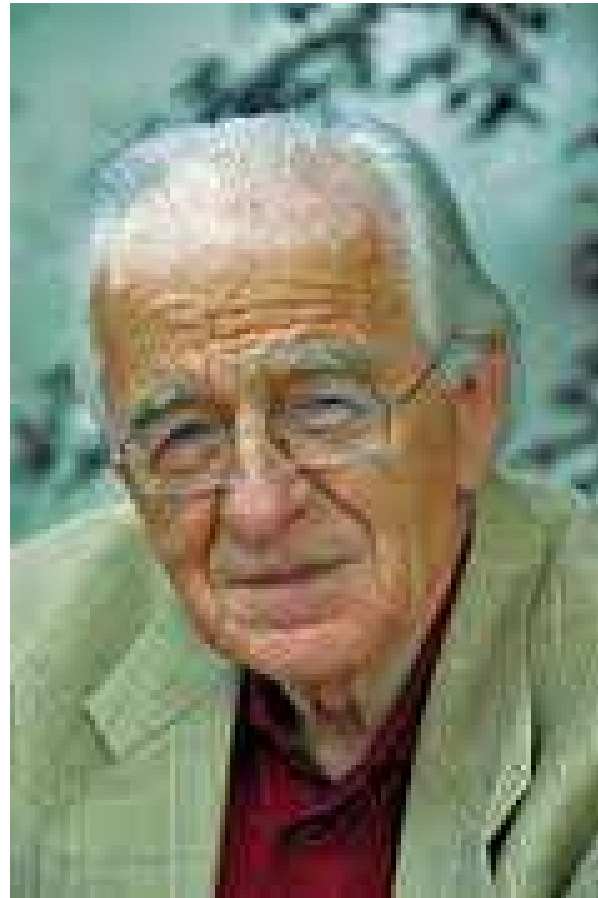
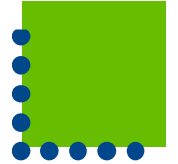


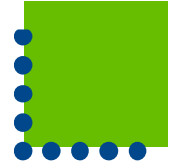


## Änderung der RVO (1971):

Einführung der (kinder-)  
ärztlichen  
Vorsorgeuntersuchungen







## Deutscher Bildungsrat (1973): „Empfehlungen zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“

-flächendeckende Etablierung von „Zentren für pädagogische Frühförderung“ mit einem Einzugsbereich von etwa 200.000 Einwohnern pro Einrichtung, Aufgaben:

- Früherkennung, Diagnose, Beratung und Förderung

-interdisziplinäre Zusammenarbeit: Frühfördersystem, „das medizinische, pädagogische und soziale Aktivitäten einschließt“

-mobile „Hausfrüherziehung“, alternativ zur ambulanten Förderung

-Besondere Betreuungsbedürfnisse aufgrund der „unzureichenden Lebens- und Erziehungsbedingungen in sozialen Brennpunkten“, die „pädagogisch vorbeugende Maßnahmen“ erforderlich machen

-Elternberatung als zentrale Aufgabe

-Anliegen der sozialen Integration







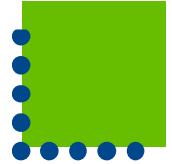
### 3. ÄndG des BSHG:

Pädagogische Frühförderung für „behinderte oder von Behinderung bedrohte“ Kinder im Vorschulalter

⇒ Schwerpunkt:

Heilpädagogische Übungsbehandlung

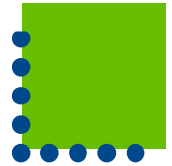




# Parallelsysteme

- Medizinisches System der Interdisziplinären Sozialpädiatrischen Zentren
- Pädagogisches System der (Heilpädagogischen) Frühförderstellen, die zu IFF werden (sollen)

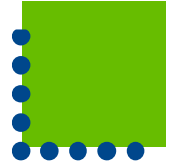




*„Der Deutsche Ärztetag bittet die Bundesländer, die durch die Vorsorgeprogramme für Säuglinge und Kinder eingeleitete Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder weiter auszubauen. Im Gegensatz zu der vom Deutschen Bildungsrat empfohlenen Errichtung neuer Zentren mit pädagogischem Schwerpunkt empfiehlt der Deutsche Ärztetag die organisatorische Erweiterung bestehender medizinischer Einrichtungen. Damit wird eine zu einseitige Orientierung der Frühförderung vermieden und bei geringerem Kostenaufwand eine höhere Effektivität erzielt“*

(Der Kinderarzt 7, 1976, 846).





# Neue SPZ-Generation

- **Partnerschaftliche Kooperation der Systeme in den Regionen**
- **Regional abgestimmte Aufgabenteilungen**
- **Bsp. VIFF: Turnusmäßiger Wechsels des Vorsitzes**



# Wissenschaftlicher Beirat Frühförderung

Prof. Dr. Armin Sohns, Professor für Heilpädagogik an der Hochschule Nordhausen, Vors. d. VIFF-Südwest

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

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

Christa Grüber-Stankowski, Psychologische Bereichsleiterin, Zentrum für Frühförderung und Frühbehandlung, Köln

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

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, Professor für Sozialpädiatrie an der Fachhochschule in Emden, ehem. Bundesvorsitzender der VIFF

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

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

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

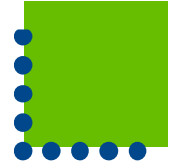
Prof. Dr. em. Hans Weiß, Professor für Körperbehindertenpädagogik an der PH Ludwigsburg-Reutlingen





## 4 Teilsysteme der Frühförderung

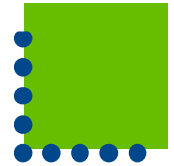
- **A Niedergelassene Fachpersonen**  
(Ärzte und Therapeuten)
- **B Frühförderstellen**  
(allgemein und sinnesspezifisch)
- **C Sozialpädiatrische Zentren**
- **D (integrative) Kindertagesstätten**



# Hohe Ausgaben der Rehabilitationsträger

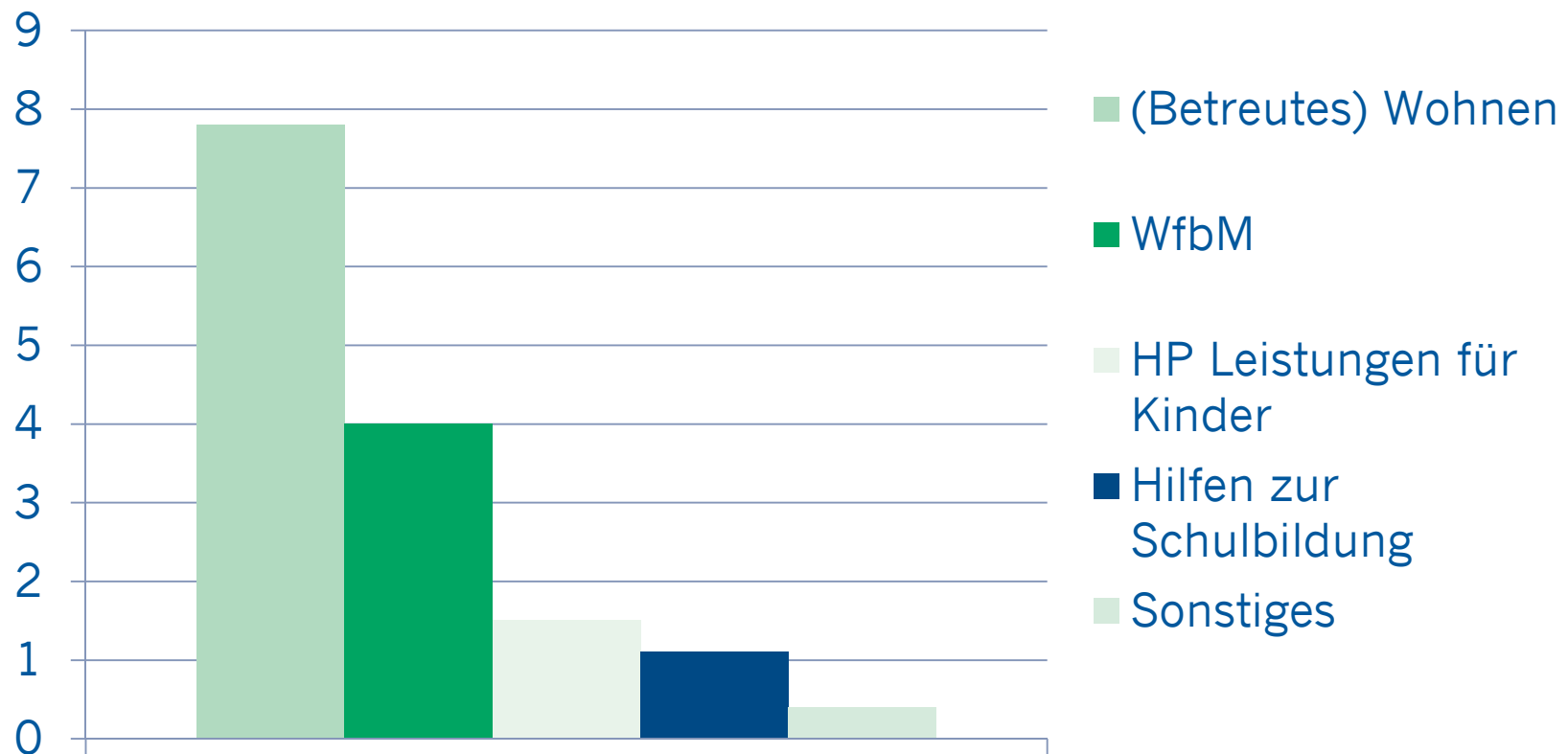
- Sozialämter
- Krankenkassen
- Jugendämter





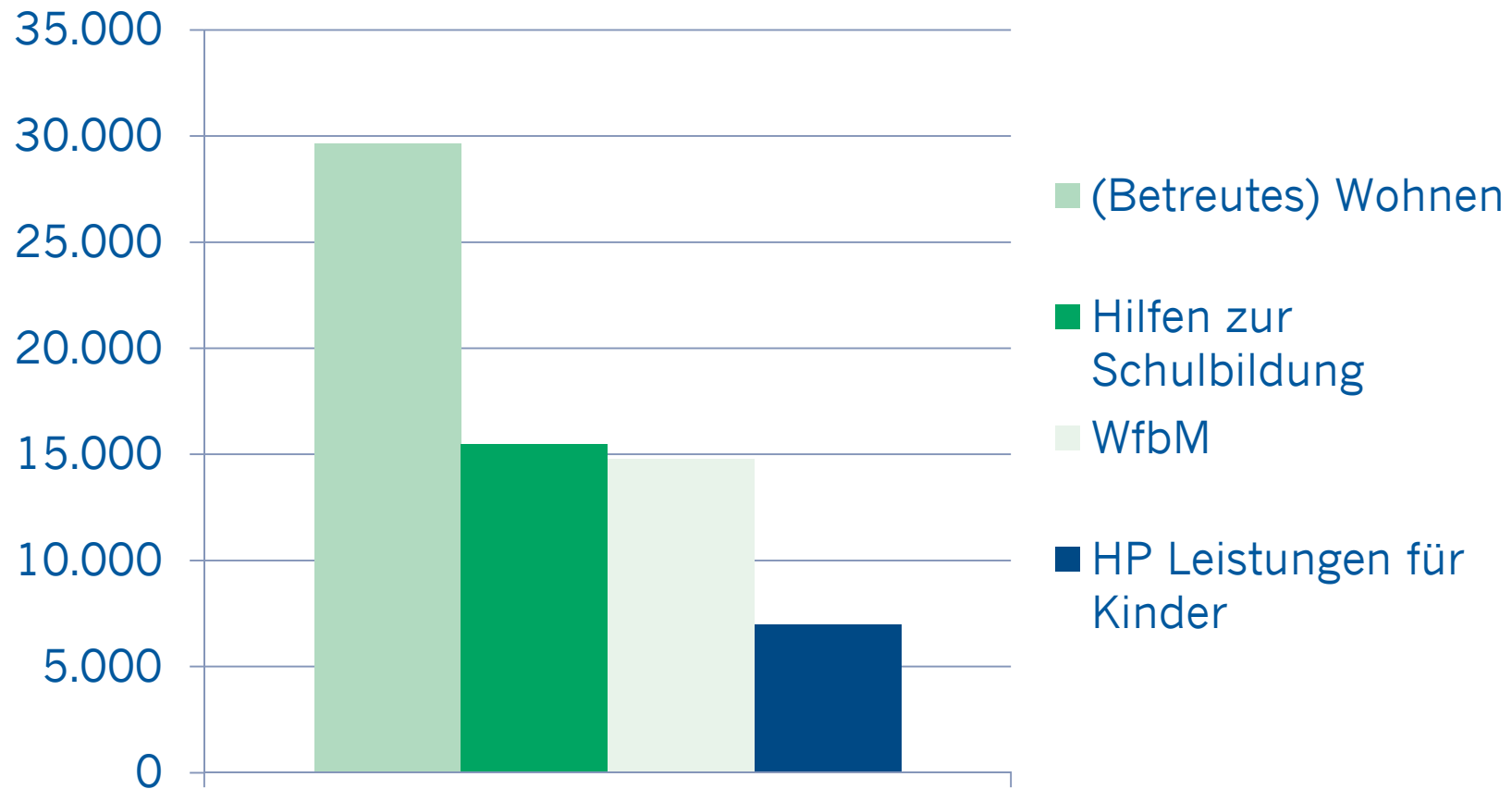
# Aktuelle Situation in der Eingliederungshilfe

Kostenverteilung in Milliarden (2016)



# Aktuelle Situation in der Eingliederungshilfe

## Kosten pro Person pro Jahr (Durchschnitt 2016)





# 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 2008)

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

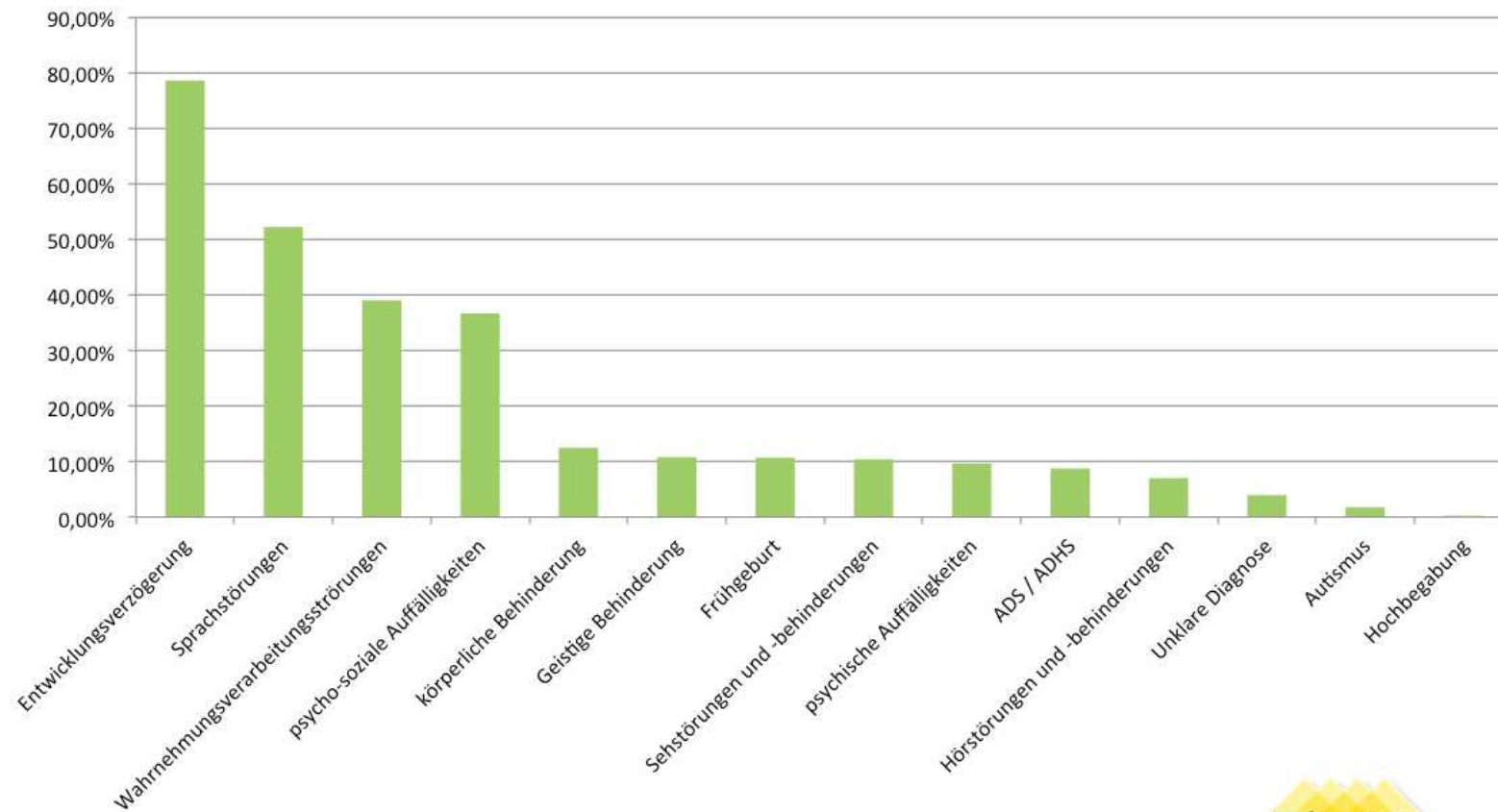


# Was wirkt in der Frühförderung ?

Wissenschaftliche Erkenntnisse im Spiegel der fachlichen Ausgestaltung  
medizinischer und pädagogischer Hilfen



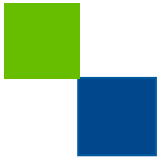
# Diagnose



## 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





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

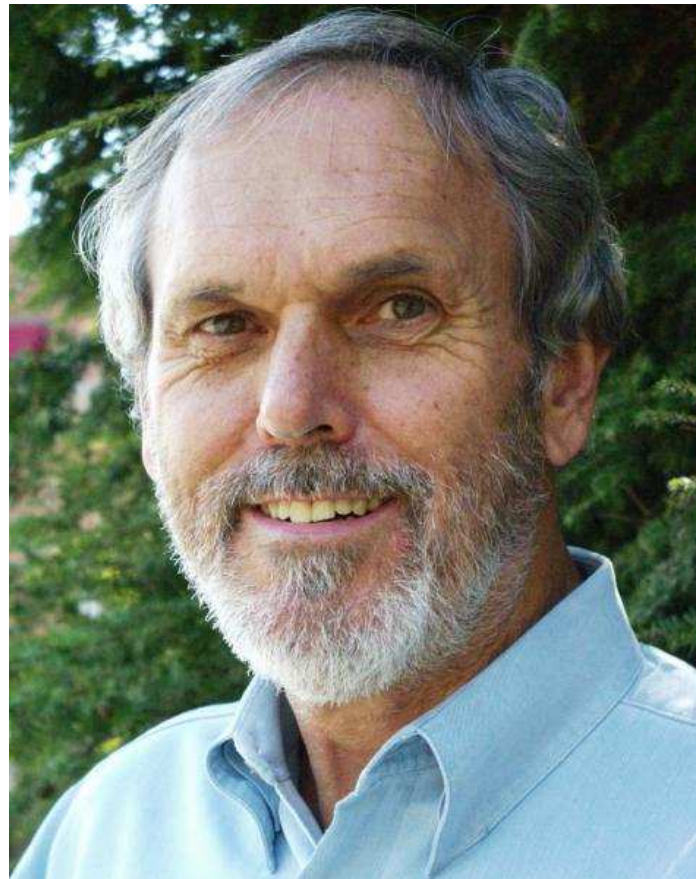
Mahoney, G., Wheeden, C.A. & Perales, F. (2004). Research in Developmental Disabilities. 25 (6), 493-595

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)

- 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
  - ⇒ **Alles stürzt sich auf die Störung des Kindes und die Probleme der Familie**
  - ⇒ **Familien werden zu „Problemfamilien“**
  - ⇒ **Familien erhalten zusätzliche „Hausaufgaben“**
  - ⇒ 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

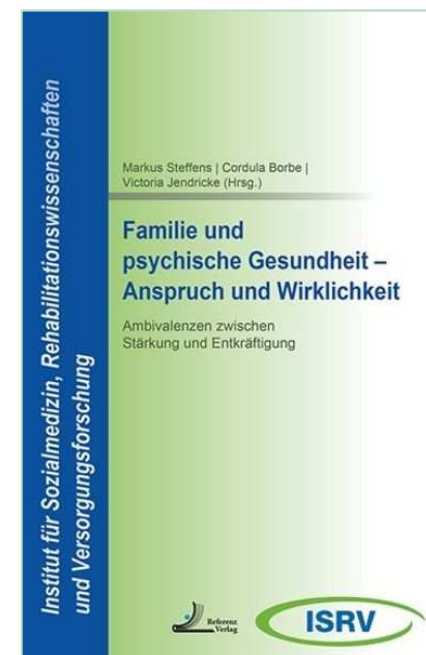
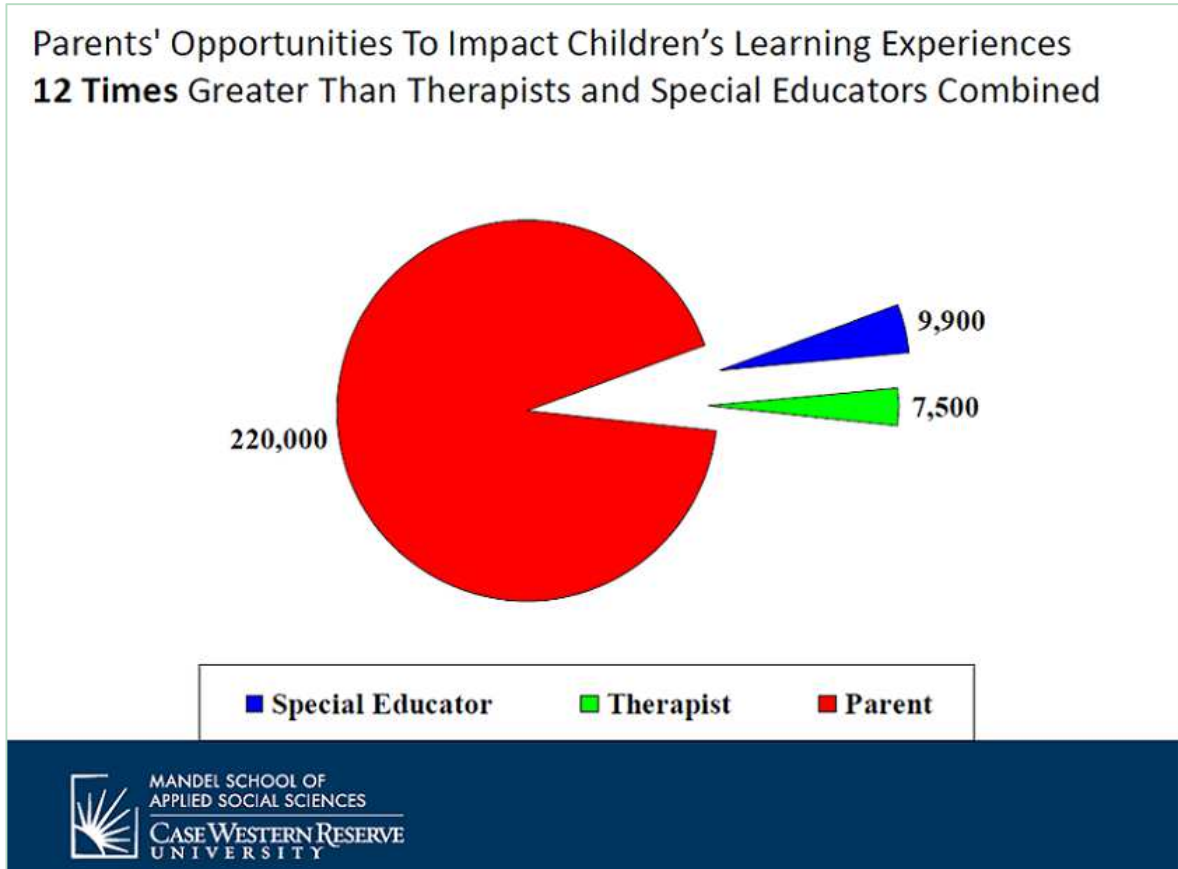
Sozialisation / Konversation (Zuwendung), die Eltern ihren Kindern geben

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

⇒ hohe Korrelation zu späterer Intelligenzmessung



# Stimulations



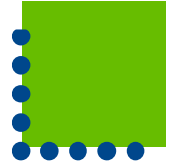


# Zentrale Bedeutung des ersten Lebensjahres

Quantität der Stimulations:

Hohe Korrelation zu späterer Intelligenzmessung



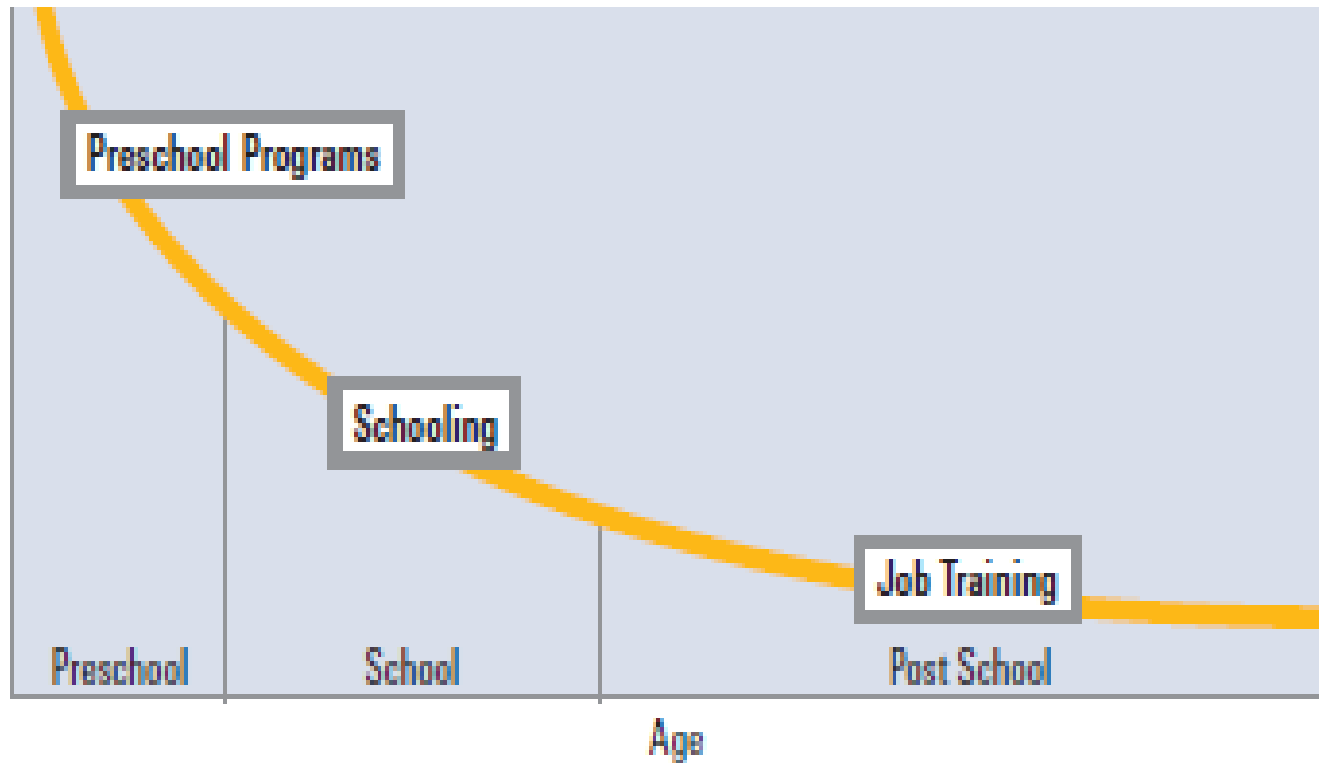


## Prävention rechnet sich

Nach dem heutigen Erkenntnisstand darf man nicht mehr davon ausgehen, man könne Versäumnisse in der Bindungsqualität und ungenügender Förderung während der frühkindlichen Entwicklung später noch problemlos nachholen (Leopoldina, 2014).

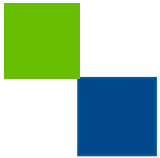


# Rate of Return to Investment in Human Capital

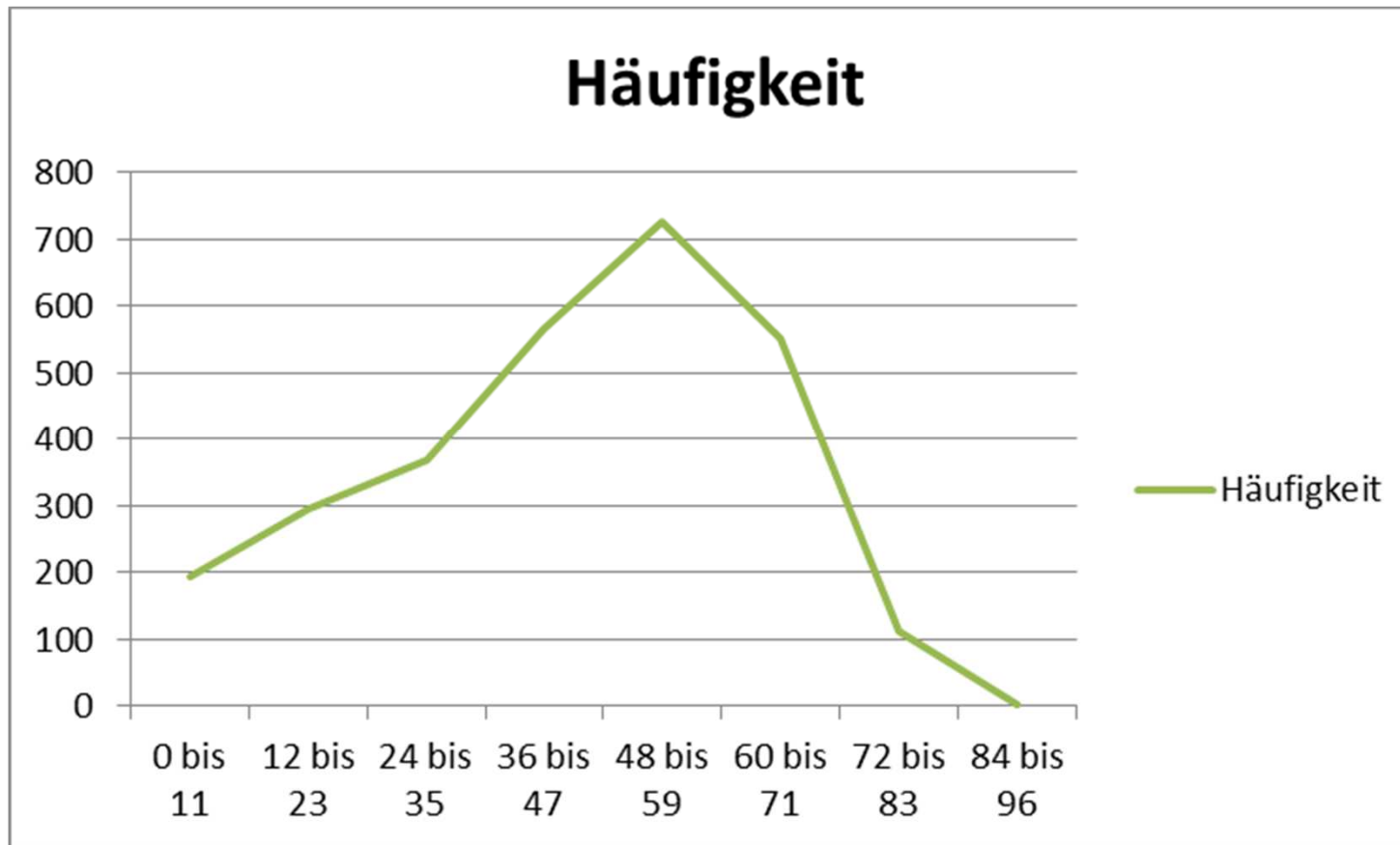


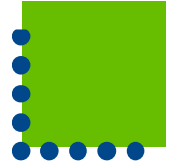
Rate of Return Grafik aus Kosten und Nutzen früher Hilfen; NZF 2011, S. 16 zitiert nach Cunta, Heckmann 2007





# Alter des Kindes bei der Erstvorstellung





# 1. Parameter:

Ein transdisziplinäres System der  
Früherkennung mit dem Fokus **Prävention**





## 2. Qualität der Responsivität

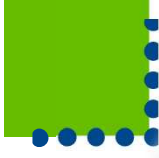
- ⇒ Interaktives Reagieren – emotionale Reaktion – Chancen zu eigenen Aktivitäten – Freiräume
- ⇒ Einfühlsamkeit im Gegensatz zu autoritären Vorgaben und Programmen
- ⇒ Kindliche Explorationsmöglichkeit
- ⇒ Gefahr aber auch: Überstimulierung



# Moderne Förderansätze

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





# 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





# 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 Grundlage

Familienorientierte soziale Arbeit:

Förderung und Therapie des Kindes

eingebettet in eine

Stärkung der Ressourcen seines sozialen Umfeldes



## 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:

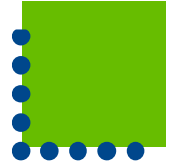
- Komplexleistung: „...wenn sowohl heilpädagogische als auch medizinisch-therapeutische Leistungen notwendig sind“
- Zusätzliche Doppeldiagnostiken

## 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.



## 2. Parameter

**Zusammenführen der verschiedenen  
Systeme der Frühförderung zu einem  
effizienten Gesamtsystem:**

**Integrative statt additive Komplexleistung**





## § 79 SGB IX n.F. (§ 56 SGB IX a.F.)



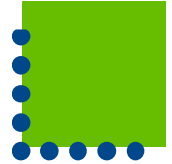
- Absatz 2: „Heilpädagogische Leistungen umfassen alle Maßnahmen, die zur Entwicklung des Kindes und zur Entfaltung seiner beitragen, einschließlich der jeweils erforderlichen nichtärztlichen therapeutischen, psychologischen, sonderpädagogischen, psychosozialen Leistungen und der Beratung der Erziehungsberechtigten,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

## § 46 SGB IX n.F. ( § 30 SGB IX a.F.)

- Absatz 3: „ Leistungen nach Absatz 1 werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als Komplexleistung erbracht. Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. “
- Gesetzesbegründung (S. 258): „Es war (...) erforderlich, den Charakter der Komplexleistung Frühförderung, die sich eben nicht in der Addition der Leistungspflichten erschöpft, gesetzlich festzuschreiben. Hierzu gehören unausweichlich die sogenannten **Korridorleistungen**, durch die Interdisziplinarität ermöglicht und der Lebensweltbezug der Frühförderung gestärkt wird. Als Korridorleistungen sind insbesondere die interne und externe Koordination zur Leistungserbringung, die Vor- und Nachbereitungszeiten und Dokumentation zu verstehen. Die anhaltenden praktischen Schwierigkeiten ergeben sich aus der Abgrenzung, welche konkreten Inhalte der Komplexleistung in welchem Umfang in die Verantwortung welches Leistungssystems fallen. Näheres zu diesen Leistungen wird in § 6a der FrühV geregelt.“

# Inhaltliche Änderung der Frühförderungsverordnung

- § 6a n.F.: „*Weitere Leistungen der Komplexeleistung Frühförderung sind insbesondere*
  1. *die Beratung, Unterstützung und Begleitung der Erziehungsberechtigten als medizinisch-therapeutische Leistung nach § 5 Absatz 2,*
  2. *offene, niedrigschwellige Beratungsangebote für Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten. Dieses Beratungsangebot soll vor der Einleitung der Eingangsdiagnostik in Anspruch genommen werden können,*
  3. *Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität; diese sind insbesondere: a) Durchführung regelmäßiger interdisziplinärer Team- und Fallbesprechungen, auch der im Wege der Kooperation eingebundenen Mitarbeiter, b) die Dokumentation von Daten und Befunden, c) die Abstimmung und der Austausch mit anderen, das Kind betreuenden Institutionen, d) Fortbildung und Supervision,*
  4. *mobil aufsuchende Hilfen für die Erbringung heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen außerhalb von interdisziplinären Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrischen Zentren.*



## 3. Parameter:

### Niedrigschwelligkeit !

- **Offener Zugang für „alle Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten“**
- **Keine Verwaltungshürden**
- **Zuarbeit innerhalb der Sozialräume**





# Inhaltliche Änderung der Frühförderungsverordnung

- Gesetzesbegründung (S. 380): „ Die **Beratungs- und Unterstützungsleistungen** (...) sind somit **notwendiger Teil der Komplexleistung Frühförderung**. Die Beratung bzw. Mitarbeit der Erziehungsberechtigten (...) ist von besonderer Bedeutung, gerade in den ersten Lebensjahren des Kindes. **Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten**, sollten Zugang zu einem offenen niedrigschwelligen Beratungsangebot haben. Dieses Beratungsangebot sollte vor der Einleitung einer Eingangsdiagnostik in Anspruch genommen werden können. Ein offenes und niedrigschwelliges Beratungsangebot dient einerseits der **Prävention und Früherkennung** und verhindert andererseits unnötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Die Vergütung eines offenen niedrigschwelligen Beratungsangebots stellt sicher, dass dieses **unabhängig davon erbracht wird, ob ein Bedarf** an Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung überhaupt **festgestellt wird** und wenn der Bedarf besteht, die Leistung(en) einzeln oder als Komplexleistung zu erbringen sind. Hierdurch werden Fehlanreize seitens der Leistungserbringer verhindert. (...)
- 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**. Diese zusätzlichen Leistungen sichern den Austausch der beteiligten Fachrichtungen und damit den interdisziplinären Charakter der Komplexleistung Frühförderung. Die Komplexleistung Frühförderung ist grundsätzlich auch in Form mobil aufsuchender Hilfen, d. h. außerhalb von interdisziplinären Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinären Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrischen Zentren, zu erbringen. Dies gilt sowohl in Bezug auf die heilpädagogischen, als auch in Bezug auf die medizinisch-therapeutischen Leistungen. Für die mobile Form der Frühförderung kann es sowohl fachliche als auch organisatorische Gründe geben, etwa unzumutbare Anfahrtswege in ländlichen Gegenden. Eine medizinische Indikation ist somit nicht die alleinige Voraussetzung für die mobile Erbringung der Komplexleistung Frühförderung.“

# Inhaltliche Änderung der Frühförderungsverordnung

- § 5 Abs. 1 S. 2, 3: „Die Erbringung von medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung richtet sich **grundsätzlich nicht nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses. Medizinisch-therapeutische Leistungen werden im Rahmen der Komplexleistung 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.“



**SGB IX ( § 14 SGB V)**

# **Wahlmöglichkeit der diagnostizierenden Personen**



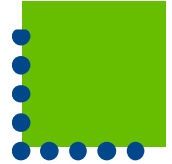
# „Familienorientierung“

... als Arbeitsprinzip gründet auf der erfahrungsfundierten Überzeugung, dass die Wirksamkeit der Frühförderung in hohem Maße davon abhängt, inwieweit es gelingt, sie in der primären Lebenswelt des Kindes – der Familie – zu verankern und deren entwicklungsförderlichen Ressourcen zu aktivieren und zu stärken.“  
(Weiß/Neuhäuser/Sohns 2004, S. 114)





## 4. Parameter



**Hochqualifizierte Frühförderer, die die subjektive Situation der Familie aufgreifen und zu vertrauten Partnern werden**





# Kontinuität der Bezugspersonen

- quer durch die verschiedenen Phasen

Früherkennung

Diagnostik

Bedarfsfeststellung

Förderung und Unterstützung





# Die Praxis der Frühförderung



... ist geprägt durch die Mentalität der Träger der Eingliederungshilfe

**Die Mentalität ist geprägt von vermeintlichen Machtfragen**



# BTHG: Änderungen ab 1.1.2018



- 1. Teil SGB IX – Änderungen u.a.:
  - Einführung des **Teilhabeplanverfahrens** (§ § 19 ff. SGB IX)
  -

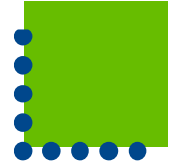




## Teilhabeplanverfahren § § 19 ff. SGB IX

„Es bleibt bei der Regelung in § 7  
Frühförderungsverordnung, dass die nach dem  
individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen  
Leistungen im interdisziplinär entwickelten Förder-  
und Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit den  
Erziehungsberechtigten zusammengestellt werden.  
Insofern ist im Kontext Frühförderung der Förder-und  
Behandlungsplan als Teilhabeplan zu verstehen.“

- **Schreiben des BMAS vom 21.05.2019 an den BHP**

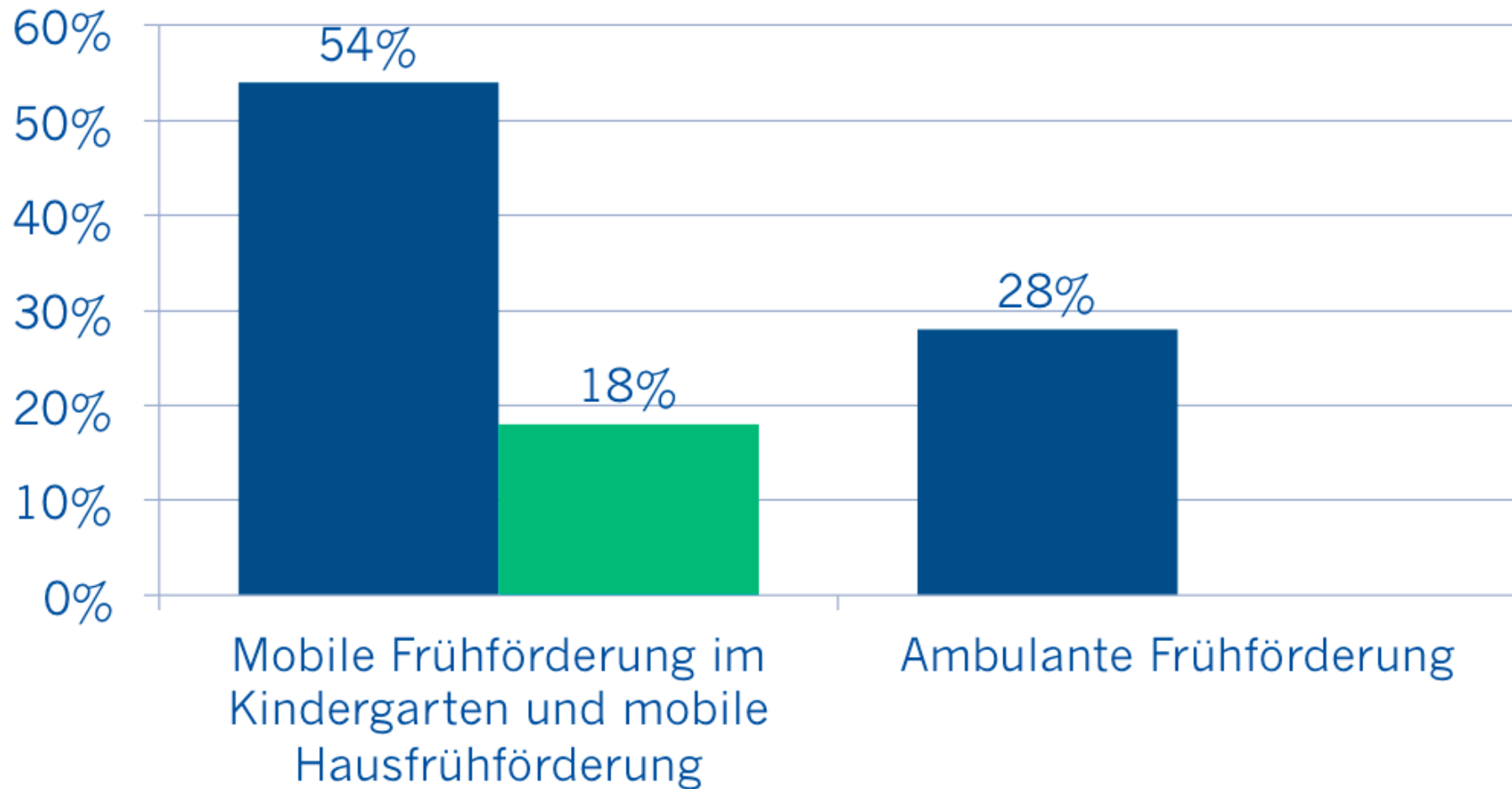


- In der Frühförderung wird versucht, den bei dem Kind bestehenden individuellen Einschränkungen durch zielgerichtete spielerische **Übungen** entgegen zu wirken. So können beispielsweise grob- oder feinmotorische Bewegungsabläufe gezielt **trainiert** werden oder durch kindgerechte Sprachübungen bestehenden Verzögerungen der Sprachentwicklung begegnet werden.
- Die Leistungen der ambulanten Frühförderung werden in der Regel **ein- bis zweimal wöchentlich in den ambulanten Frühförderstellen** in Wohnortnähe erbracht.



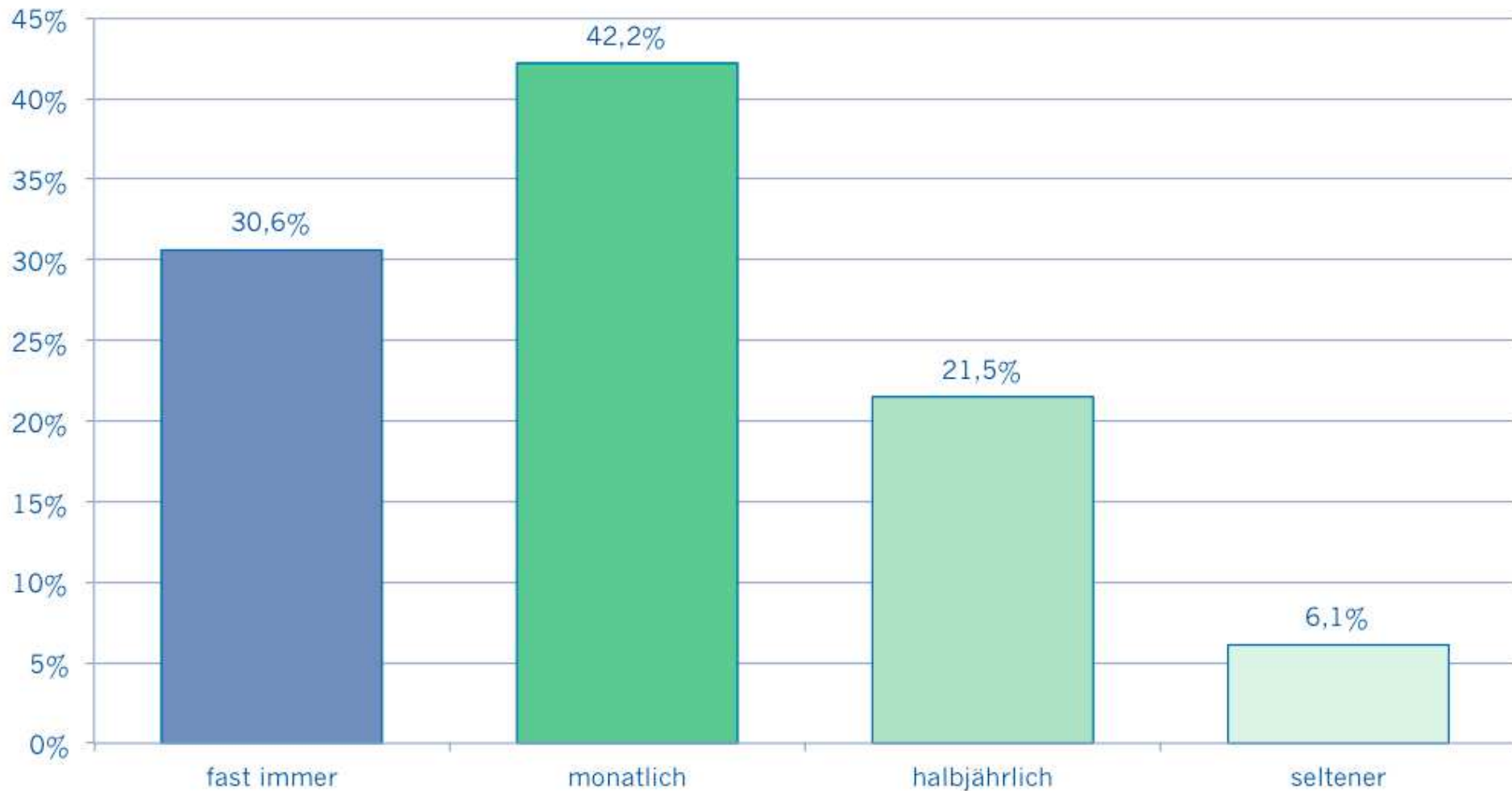


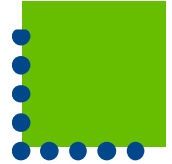
# Verteilung mobile und ambulante Frühförderung





# Häufigkeit der Elternkontakte

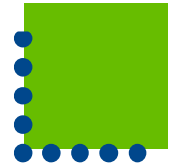




## 5. Parameter:

**Eine mobile Frühförderung in der  
Lebenswelt des Kindes**





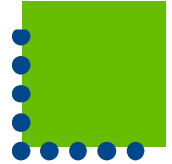
# Komplexleistung als Verbundsystem ?

- 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

⇒ Großbritannien: Family Centers

⇒ Deutschland: Konzept- und Institutionenvielfalt und Konkurrenzprinzip





## Parameter 6

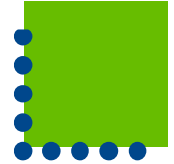
**Systematische kollegiale Abstimmung  
innerhalb überschaubarer Sozialräume**

**Inter- und Transdisziplinarität**





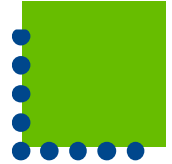
# Philosophie



- **Fokus immer: Starke Eltern**
- **Die Sozialen Einrichtungen sollen nicht (über Leistungsstunden) an den Problemen Geld verdienen ... sondern an den Lösungen der Probleme.**
- **Wenn durch effektivere Vorsorge weniger Fälle zu betreuen sind, können die Leistungsanbieter ihre Gelder in weitere präventive Angebote (fallunspezifische Arbeit) umstrukturieren, keine Kürzung der Zuwendung**







## 7. Parameter:

**Ein (fachlicher) starker Reha-Träger, der koordinierend auf eine anspruchsvolle Arbeit schaut und moderne Konzepte aufgreift**





# 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**



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**



## Veränderung in der Ausbildung / Berufspolitische Standards

Querschnitts- statt Längsschnitzausbildung

- 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