

DVR-Kongress 2025

Entwicklungsaufgaben in den Lebenswelten Bildung – Familie – Sozialraum gemeinsam angehen

PROF. DR. ARMIN SOHNS

DIE AUFGABEN DER FRÜHFÖRDERUNG

WER DEFINIERT „AUFGABEN“?

Gesetzgeber: SGB IX (Rehabilitationsgesetz, seit 2001)

Leistungsträger („Kostenträger“)

Verwaltungen („Gewährleister“)

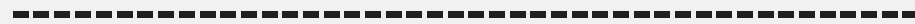
Leistungsanbieter („Verantworter“)

Fachpersonen („Umsetzer“)

Professionelle fachliche Grundprinzipien

STAATLICHE EBENEN

- Bund
- Länder



Kreise + Kreisfreie Städte

Gemeinde

Sozialpädiatrisches Modell (nach Theodor Hellbrügge)

erstmals 1968 in München
etabliert

(PÄDAGOGISCHE) FRÜHFÖRDERSTELLEN
I.S. DES DEUTSCHEN BILDUNGSRATES (1973)

DEUTSCHER BILDUNGSRAT

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

3. ÄNDG DES BSHG 1974

„Eingliederungshilfe für Behinderte“ in §10 des SGB I

„Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

I. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern, ...

Leistungen:
heilpädagogische Maßnahmen

„Maßnahmen der Eingliederungshilfe sind vor allem ...
2a. heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht
im schulpflichtigen Alter sind“.

(§40 Abs. I Nr. 2a, BSHG)

REALISIERUNG

Über 1.000 (Interdisziplinäre) Frühförderstellen
(regional)

Förderung von Kindern

Begleitende Elternberatung und -anleitung

Aufwändige Antrags-, Überprüfungs- und Kontrollverfahren

Finanzierung über Fördereinheiten „am Kind“

Ca. 169 Sozialpädiatrische Zentren (überregional)

Überweisung durch niedergelassene Arztpraxen

Interdisziplinäre Diagnostik, Beratung und Therapie

Hoher Standard, lange Wartezeiten

WEITERE GESETZLICHE AUSGESTALTUNG

- 1988 GRG.Aufnahme von SPZ in das SGB V
- 2001 Übertragung von interdisziplinärer Frühförderung an das SGB IX
- 2003 Konkretisierung in der Frühförderungsverordnung (FrühV)
- 2016 Aktualisierung des SGB IX und FrühV im BTHG
- 2021 Einführung der „Inklusiven Lösung“ im KJSG
- 2026 Konkretisierung im „Inklusiven SGB VIII“

DER GEIST DES SGB IX

Ganzheitliche Frühförderung

Familienorientiert und wohnortnah

Verbindliche Interdisziplinarität

Interdisziplinäre Frühförderstellen und
Sozialpädiatrische Zentren

Gemeinsames Förderkonzept für *alle* Leistungen

Doppelte Unterschrift unter den FuB

DER GEIST DES BTHG

Orientierung der UN-BRK (Teilhabe) und der ICF

Offenes Beratungsangebot für alle Eltern, die ein
Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vermuten

Obiligatorische Zustimmung der Leistungsanbieter an
den Landesrahmenvereinbarungen, Keine
Heilmittelrichtlinien

TRADITIONELLER FOKUS DER REHABILITATIONSTRÄGER

Störung des Kindes

Frühförderung „am Kind“

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

1995

Änderung des § 93 BSHG im Zuge der Ökonomisierung des
Gesundheits- und Sozialwesens:

Aufgabe des Subsidiaritätsprinzips

Freie (heilpädagogische) Praxen

Leistungs-, Entgelt- und Prüfungsvereinbarungen

Markt als (Qualitäts-) Regulativ

HOHE AUSGABEN DER REHABILITATIONSTRÄGER

- Sozialämter
- Krankenkassen
- Jugendämter

WAS IST AUFGABE DER INTERDISZIPLINÄREN FRÜHFÖRDERUNG?

Ziel Therapie

→ Stärkung der **Funktionsfähigkeit** des Kindes

Ziel Pädagogik

→ Stärkung des Kindes im **Alltag**

→ Blickwinkel: Eltern (Beziehungsarbeit)



STÄRKEN DES SYSTEMS FRÜHFÖRDERUNG

- Tradition einer familienorientierten und mobilen Arbeitsweise
- umfangreiche rechtliche Grundlagen für die zentralen Leitlinien
Niedrigschwelligkeit und Interdisziplinarität
- zentrale Instanz für die Erstellung disziplinübergreifender
Förder- und Behandlungspläne
- Die Klientel der Frühförderung entspricht nur zu einem
geringen Teil der klassischen Eingliederungshilfe

**HERZLICHEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT!**

ZENTRALE THESEN I

- Prävention ist wirkungsvoller als späte Interventionen
... und langfristig auch kostengünstiger
- Verwaltungstechnische Kontrollverfahren verhindern eine gute Früherkennung
- Die Aufsplittung in vielfältige Hilfesysteme mit unterschiedlichen Zuständigkeiten führt zu Reibungsverlusten, Parallelsystemen und konkurrierenden Abgrenzungsbestrebungen innerhalb der Sozialräume

ZENTRALE THESEN II

- Inklusion in der Frühförderung unterscheidet nicht mehr zwischen behindert und nicht-behindert.
- Sie verbindet die unterschiedlichen Hilfesysteme unabhängig von ihren verschiedenen Zuständigkeiten zu einem integrierten Gesamtsystem in überschaubaren Sozialräumen

KRITIK DER BESTEHENDEN STRUKTUREN I

Die Hilfen kommen aus wissenschaftlicher Sicht viel zu spät.

Familien:

- Berührungängste
- Zugangsschwellen
- hohe Alltagsbelastung
- Bessere Früherkennung bedingt auch: Verhindern jeglicher Wartezeiten

KRITIK DER BESTEHENDEN STRUKTUREN II

Gerade die noch wirkungsvollen Ansätze von **vorschulischen** Hilfen sind am schlechtesten ausgestattet (standespolitische Tradition der bürgerlichen Gesellschaft)

Kollision mit den Interessen von Verwaltung:

- Umsetzung von Gesetzen („heilpädagogische Leistungen“)
- Klassisches Interventionsverständnis („Therapie am Kind“)
- Verwaltungstechnische Klarheit („Abrechnung über Fördereinheiten“)

BEZIEHUNGSARBEIT

... im Milieu von Bildungsferne und sozialer Benachteiligung ?

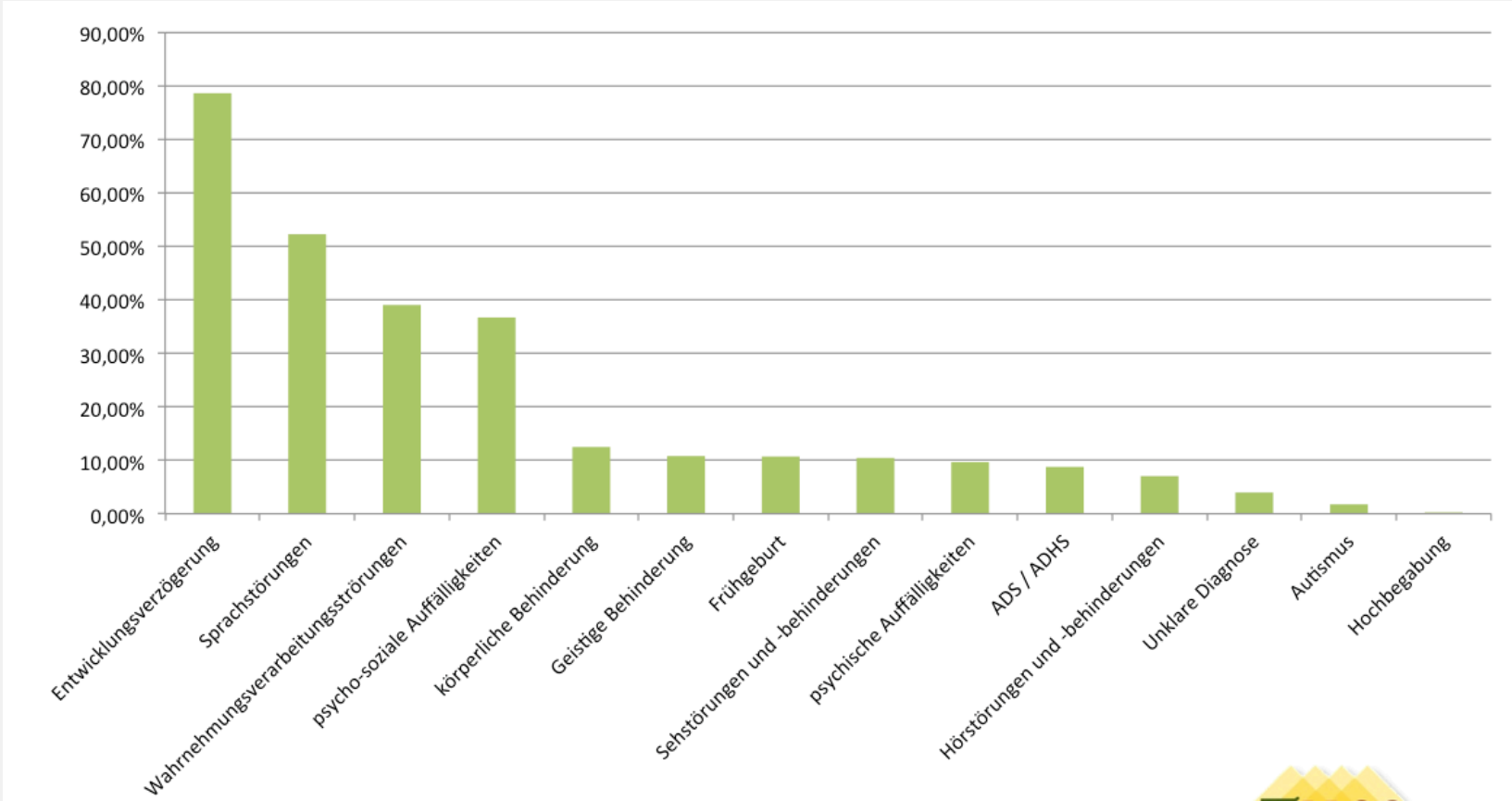
Fachliche Ansätze

- Responsivität
- Respekt
- Kooperation

Fachliche Standards – Die „Wirksamkeit“ der Frühförderung

Wissenschaftliche Erkenntnisse zur fachlichen
Ausgestaltung medizinischer und pädagogischer Hilfen

DIAGNOSE



THERAPEUTISIERUNG DER HILFEN

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

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

ERWEITERUNG DES BLICKWINKELS UND DER AUFGABENFELDER

- Otto Speck / Andreas Warnke, „Frühförderung mit den Eltern“, 1982
- Hans Schlack, Paradigmenwechsel in der Frühförderung, 1989
- Karlheinz Jetter, Systemisches Denken in der Frühförderung, 1995

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

⇒ Zentrale für die Entwicklung der Kinder:

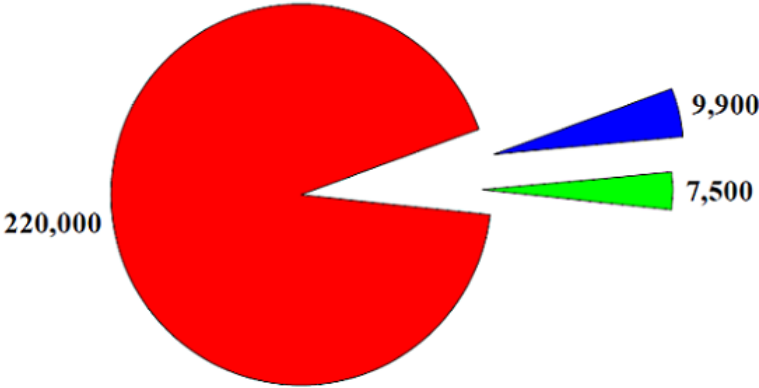
Stimulations

Quantität und Qualität der Zuwendungen

Responsivität: Interaktion und Reaktionen auf das Kind sind wesentlich

STIMULATIONS

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



■ Special Educator ■ Therapist ■ Parent

ZENTRALE WIRKFAKTOREN

I. 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


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
- Heidelberger Elterntraining

UMSETZUNG VON RESPONSIVITÄT



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



HOCHSCHULE NORDHAUSEN
University of Applied Sciences

**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

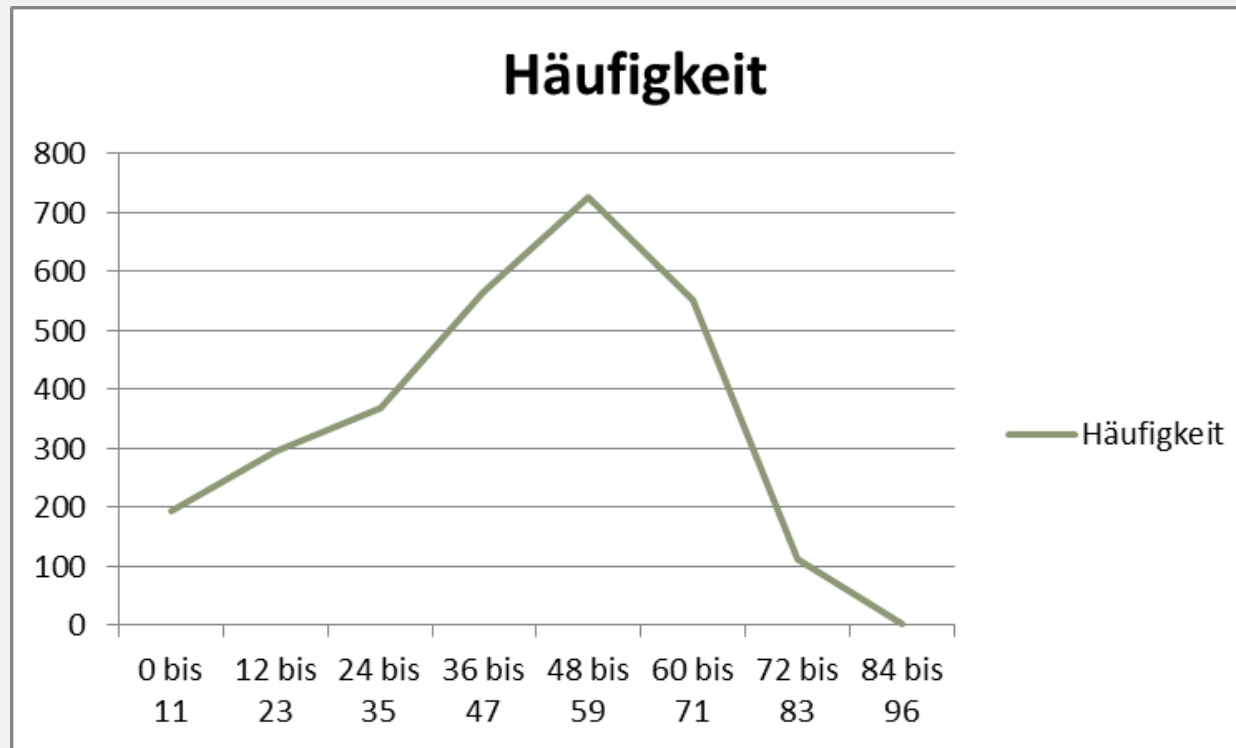
Studentische Hilfskräfte:

Sarah Hering
Sabrina Luchtenberg

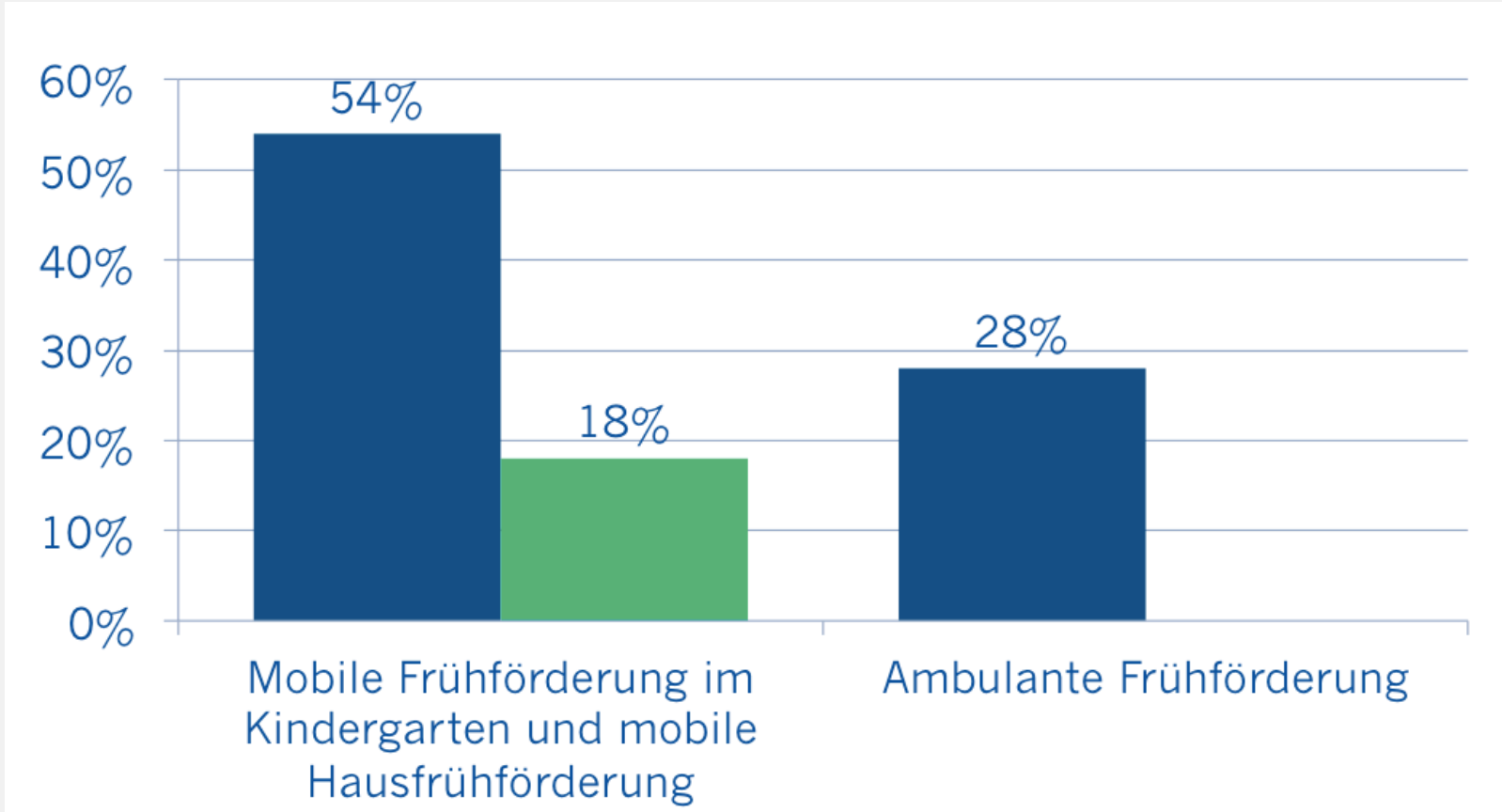
Weiterbildender Masterstudiengang
Transdisziplinäre Frühförderung (TFF)

Disziplinübergreifende akademische Grundausbildung mit
dem Fokus frühkindliche Entwicklungsförderung

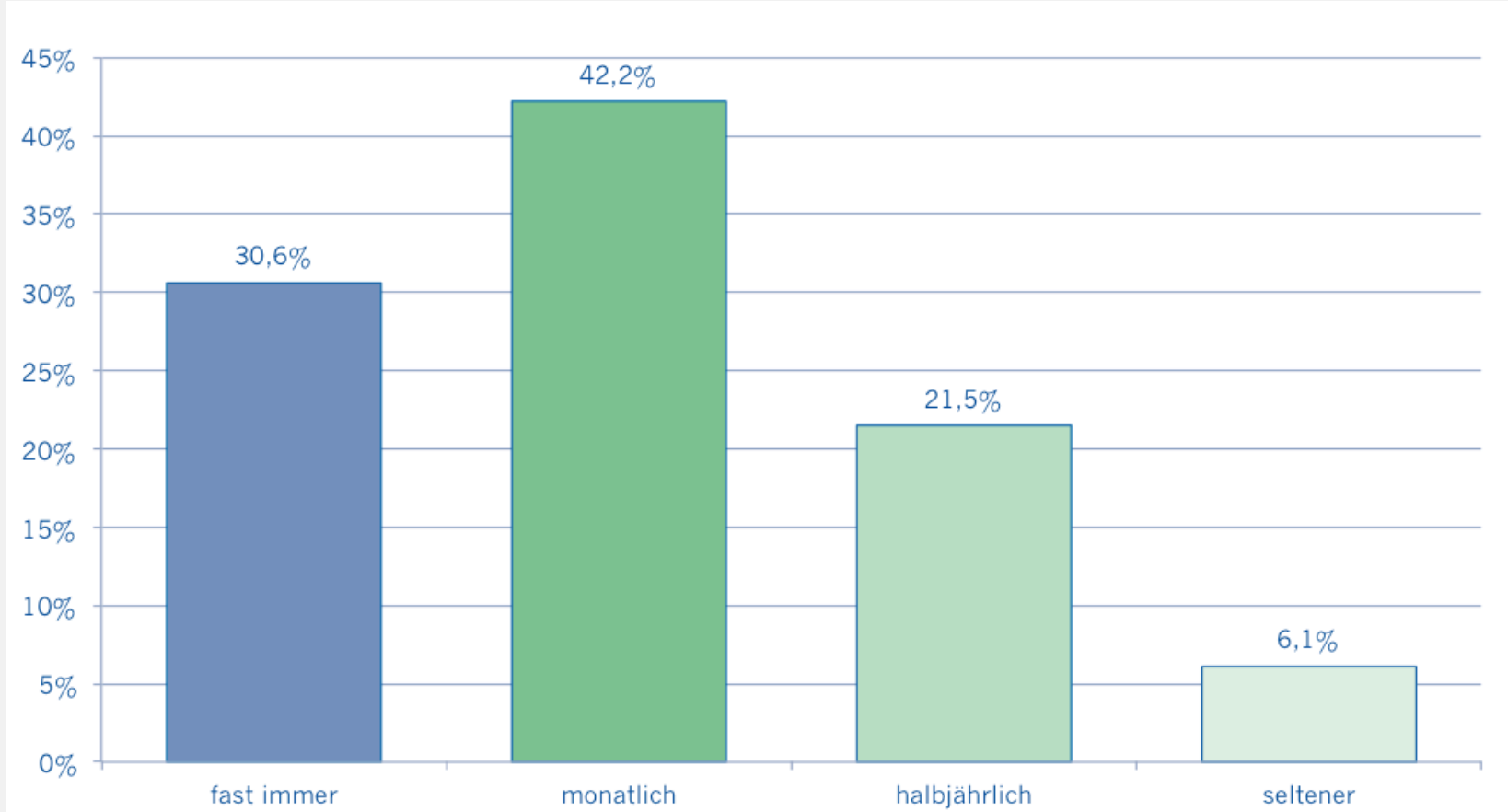
ALTER DES KINDES BEI DER ERSTVORSTELLUNG



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, N_{max}=566

FranzL 2010, Resultate Teil IV, S.14

FACHLICHE GRUNDLAGE

- Familienorientierte soziale Arbeit:

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

RATE OF RETURN TO INVESTMENT IN HUMAN CAPITAL

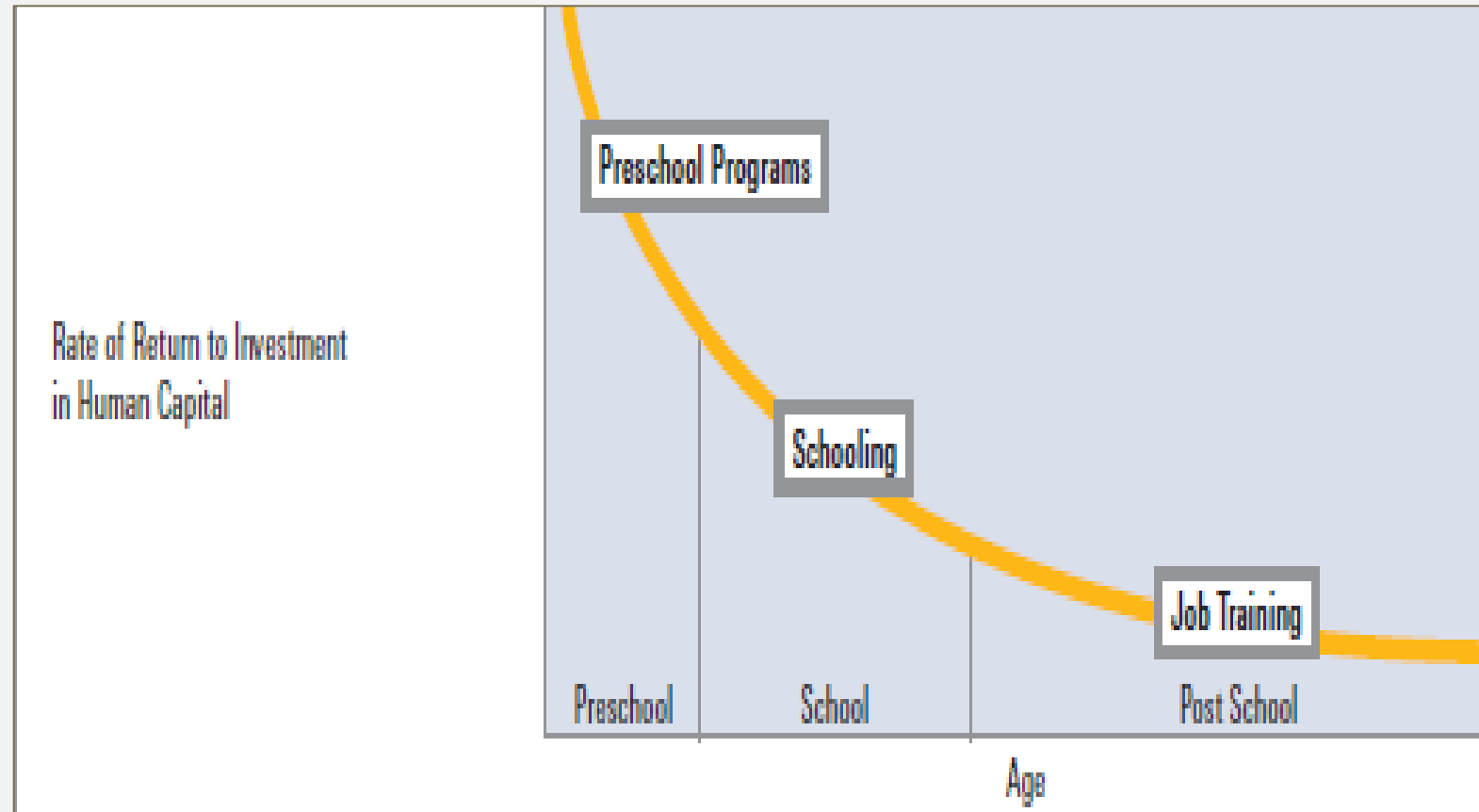


Abbildung 1 Rate of Return Grafik aus Kosten und Nutzen früher Hilfen; NZF 2011, S. 16
zitiert nach Cunta, Heckmann 2007

Kernelemente des Modellprojektes anhand des 10-Punkte-Konzeptes

Prävention

Kontinuität einer
Bezugsperson

Früherkennung

Interdisziplinäre
Diagnostik

Netzwerk Frühe
Hilfen

Lebenswelt-
orientierung

Qualifikation der
Fachpersonen

Rolle der
Leistungsträger

Finanzierungs-
struktur

Dokumentation