

Praxis Heilpädagogik | Handlungsfelder

Armin Sohns

Frühförderung

Ein Hilfesystem im Wandel

Kohlhammer

Kohlhammer

Praxis Heilpädagogik – Handlungsfelder
Herausgegeben von
Heinrich Greving

Armin Sohns

Frühförderung

Ein Hilfesystem im Wandel

Verlag W. Kohlhammer

Alle Rechte vorbehalten
© 2010 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
Gesamtherstellung:
W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG; Stuttgart
Printed in Germany

ISBN 978-3-17-020012-8

Inhaltsverzeichnis

Einführung	13
1 Die Entstehung der Frühförderung	17
1.1 Historische Ausgangslage	17
1.2 Der Rechtsanspruch auf (pädagogische) Frühförderung	20
1.3 Pädagogisch-Medizinische Auseinandersetzungen	21
1.4 Sonderpädagogisch – Sozialpädagogisches Spannungsfeld	24
1.5 Der Rechtsanspruch auf Komplexleistung	25
2 Die rechtlichen Grundlagen der Frühförderung	27
2.1 Die Vielfalt der Frühförder-Struktur in Deutschland	27
2.1.1 Das Subsidiaritätsprinzip	28
2.1.2 Das Wirtschaftlichkeitsprinzip	29
2.2 Medizinische und therapeutische Frühförderung (SGB V)	31
2.2.1 Aufgabenfelder	31
2.2.2 Heilmittelrichtlinien	32
2.2.3 Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen	33
2.2.4 Sozialpädiatrische Zentren	33
2.3 Frühförderung im Rahmen der Eingliederungshilfe (SGB XII)	35
2.3.1 Der heilpädagogische Fokus	35
2.3.2 Umfassendes und zeitnahes Hilfeangebot	36
2.3.3 Zielgruppen der Frühförderung	38
2.3.4 Familienorientierte Frühförderung	40
2.3.5 Bedarfsgerechte Frühförderung	41
2.4 Frühförderung im Rahmen der Jugendhilfe (SGB VIII)	42
2.5 Schwangerenberatung nach dem Schwangeren- und Familienhilfe- änderungsgesetz (SFHÄndG)	45
2.6 Frühförderung nach dem Rehabilitationsgesetz (SGB IX)	48
2.6.1 Die Ausgangsposition zum Zeitpunkt der Verabschiedung des SGB IX	48
2.6.2 Fachliche und administrative Grundansprüche des SGB IX	49
2.6.2.1 Prävention	49
2.6.2.2 Ganzheitlicher Ansatz	50
2.6.2.3 Federführung und Koordinierung	51
2.6.2.4 Bearbeitungsfristen	52

<i>Fallbeispiel 1:</i>	
<i>Patrick, frühkindliche zerebrale Bewegungsbeeinträchtigung</i>	54
2.6.2.5 Trägerschaften von Frühfördereinrichtungen	58
2.6.2.6 Finanzierungszuständigkeiten	58
2.6.2.7 Selbstbestimmung des Hilfeempfängers/ Das persönliche Budget	59
2.6.3 Die Komplexleistung Frühförderung innerhalb des SGB IX	59
2.6.4 Die BAR-Arbeitsgruppe	64
2.7 Die Frühförderungsverordnung (FrühV)	67
2.7.1 Die Entscheidung der Gesetzgeber	67
2.7.2 Definition der Komplexleistung	69
2.7.3 Die Zwei-Kreuze-Regelung	72
2.7.4 Die Offene Anlaufstelle	75
2.7.5 Aufgabenfelder der Frühförderung	76
2.7.6 Die Förder- und Behandlungsplanerstellung	78
2.7.7 Finanzierung „aus einer Hand“	80
2.8 Weitere Klärungen durch die Stellungnahmen der Bundesministerien und das „Konsenspapier“ der Länderministerien	84
2.8.1 Kürzungen der Betreuungsmöglichkeiten durch die kommunalen Rehabilitationsträger	84
2.8.2 Der Ausschluss der Heilmittel-Richtlinien	85
2.8.3 Das Konsens-Papier der Bundes- und Länderministerien	86
3 Theorie und Forschungsergebnisse	89
3.1 Definition zentraler Begriffe	89
3.1.1 Behinderung	89
3.1.2 Integration und Inklusion	90
3.1.3 Interdisziplinarität und Transdisziplinarität	92
3.1.3.1 Die Bedeutung interdisziplinärer Kooperation	92
3.1.3.2 Additive Frühförderung als Folge eingeschränkter interdisziplinäre Möglichkeiten	93
3.1.3.3 Ziele interdisziplinärer Frühförderung	94
3.1.3.4 Transdisziplinärer Wissenschaftsansatz	95
<i>Fallbeispiel 2:</i>	
<i>Nico, vermutete Entwicklungsverzögerung</i>	96
3.1.4 Frühförderung und ihre Teilsysteme	100
3.1.4.1 Das System der frei praktizierenden Fachkräfte (Teilsystem A)	101
3.1.4.2 Das System der Frühförderstellen (Teilsystem B)	103
3.1.4.3 Stationäre und Sozialpädiatrische Einrichtungen	104
3.1.4.4 Teilstationäre Frühförderung	105

<i>Fallbeispiel 3:</i>	
<i>Beate, Heilpädagogischer Kindergarten</i>	106
3.1.4.5 Die abgegrenzten Systeme – Jugendhilfe und Familienhebammen	107
3.1.4.6 Das Zusammenwachsen der Frühförder-Systeme	108
3.1.4.7 Die Generalisierung des Frühförderbegriffs	109
3.1.4.8 Definition der Frühförderung	111
3.1.5 Der Rehabilitationsbegriff	112
3.1.6 Die terminologische Kategorisierung pädagogischer Frühförderung	113
3.1.6.1 Rehabilitationspädagogik	113
3.1.6.2 Behinderten-, Sonder- und Integrationspädagogik	114
3.1.6.3 Die Heilpädagogik als zentrale terminologische Grundlage der pädagogischen Frühförderung	116
3.2 Wissenschaftstheoretische Ansätze	118
3.2.1 Traditionelle entwicklungstheoretische Ansätze	118
3.2.2 Sozialökologische Theorie	119
3.2.3 Ressourcenorientierung in der Frühförderung	121
3.2.3.1 Strukturelle Ressourcen	122
3.2.3.2 Soziale Ressourcen	125
3.2.3.3 Personale Ressourcen	126
3.2.4 Die besondere Bedeutung der Resilienz- und Risikoforschung	129
3.2.4.1 Definition und Inhalt der Resilienzforschung	129
3.2.4.2 Wirkungsmechanismen und Relativität von Resilienzen	131
3.2.4.3 Die Bedeutung der Resilienzforschung für die Frühförderung	131
3.2.5 Bindungstheoretische Grundlagen	133
3.2.6 Responsivität	136
<i>Fallbeispiel 4:</i>	
<i>Responsives Handeln</i>	136
Brief einer Mutter	138
3.3 Der Bedarf an Frühförderung	139
3.3.1 Die Subjektivität eines Bedarfs	139
3.3.2 Die Kategorisierung von Bedarf	140
3.3.3 Umfang des Bedarfs	141
3.3.3.1 Der theoretisch-gesellschaftliche Hintergrund des Anstiegs an Frühförderbedarf	141
3.3.3.2 Die besondere Bedeutung der Früherkennung	144
3.3.3.3 Die Indikationen für Frühförderung	145
3.3.3.4 Der Bedarf zum Zeitpunkt der Einschulung	147

4	Die Umsetzung der Komplexleistung Frühförderung in den einzelnen Bundesländern	151
4.1	Rahmenbedingungen der Frühfördereinrichtungen	151
4.1.1	Ergebnisse der ISG-Studie	151
4.1.2	Landesweite Rahmenempfehlungen	154
4.2	Landesrahmenvereinbarungen mit einer landesweit einheitlichen Ausgestaltung	156
4.2.1	Frühförderung in Bayern	156
4.2.1.1	Auswirkungen der LRV	157
4.2.1.2	Nachfrage nach Frühförderung	157
4.2.1.3	Zugang zur Frühförderung und Diagnostik	158
4.2.1.4	Der Förder- und Behandlungsplan	160
4.2.1.5	Verwaltungsverfahren im Rahmen der Komplexleistung	162
4.2.1.6	Finanzierung	162
4.2.1.7	Bewertung	164
4.2.2	Frühförderung im Saarland	165
4.2.2.1	Landesweite Zuständigkeit und Inanspruchnahme	165
4.2.2.2	Die Frühförderleistungen	166
4.2.2.3	Der Offene Zugang	168
4.2.2.4	Diagnostik und FBP-Erstellung	168
4.2.2.5	Finanzierung der Komplexleistung	170
4.2.3	Frühförderung in Rheinland-Pfalz	174
4.2.4	Frühförderung in Berlin	176
4.3	Bundesländer mit teilweiser Umsetzung einer Rahmenvereinbarung	178
4.3.1	Nordrhein-Westfalen	178
4.3.2	Frühförderung in Sachsen	179
4.3.2.1	Virtuelle Frühförderstellen	180
4.3.2.2	Separate Abrechnungswege	180
4.3.2.3	Vereinfachtes Genehmigungsverfahren	182
4.3.2.4	Weitere Einschränkungen durch die Komplexleistungen	182
4.3.3	Frühförderung in Mecklenburg-Vorpommern	183
4.3.3.1	Grundlagen	183
4.3.3.2	Fachlicher Ansatz	184
4.3.3.3	Personelle Besetzung	186
4.3.3.4	Abgrenzung und Misstrauen gegenüber den Rehabilitationsträgern	187
4.4	Bundesländer ohne Rahmenvereinbarung	188
4.4.1	Frühförderung in Baden-Württemberg	188
4.4.2	Frühförderung in Bremen	190

4.5	Länder mit einer Rahmenvereinbarungen ohne eine praktische Umsetzung	191
4.5.1	Frühförderung in Thüringen	192
4.5.1.1	Die Ausgangssituation der Frühförderung	192
4.5.1.2	Qualitätsverluste nach der Streichung der Landesförderung	192
4.5.1.3	Verabschiedung und Kritik an der Landesrahmenvereinbarung	194
4.5.1.4	Inhalte und Gegenansätze der Landesrahmenvereinbarung	195
4.5.1.5	Die Nicht-Umsetzung der Rahmenvereinbarung	198
4.5.2	Frühförderung in Niedersachsen	201
4.5.2.1	Die Früherkennungsteams	201
4.5.2.2	Die Landesrahmenvereinbarung	201
4.5.2.3	Die Finanzierungsstruktur	204
4.5.2.4	Das Scheitern der Verhandlungen	204
4.5.3	Frühförderung in Schleswig-Holstein	206
4.5.3.1	Institutionelle Rahmenbedingungen	206
4.5.3.2	Der Stellenwert der Landesvereinbarung	207
4.5.3.3	Die Finanzierung aus einer Hand	208
4.5.3.4	Die Dominanz einer traditionellen medizinischen Sichtweise	209
4.5.3.5	Die lebensweltorientierte Frühförderung	212
4.5.3.6	Interdisziplinäre Kooperation	213
4.5.4	Frühförderung in Hamburg	214
4.5.5	Frühförderung in Brandenburg	219
4.5.6	Frühförderung in Sachsen-Anhalt	221
4.5.7	Frühförderung in Hessen	223
4.5.7.1	Das historische Engagement des Landes	224
4.5.7.2	Das Engagement der Frühförderstellen	225
4.5.7.3	Die Landesrahmenvereinbarung	226
4.6	Spezifika der Landesrahmenvereinbarungen	230
4.6.1	Die Verhandlungspartner der Landesrahmenvereinbarungen	230
4.6.2	Offener Zugang zur Frühförderung	230
4.6.3	Die sogenannte „virtuelle Frühförderung“	232
4.6.4	Leistungserbringung aus einer Hand	233
4.6.5	Die mobile Hausfrühförderung	234
4.6.6	Erstellung des Förder- und Behandlungsplans	235
4.6.7	Die Berufsgruppen in der Frühförderung	236
4.6.8	Finanzierung der Frühförderung	237

5	Konzepte der Frühförderung	239
5.1	Früherkennung	239
	<i>Fallbeispiel 5:</i>	
	<i>Risikogruppenbezogene Früherkennung</i>	240
5.1.1	Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen	242
5.1.2	Präventiver Früherkennungsansatz	244
5.1.3	Die Frühförderstelle als offene Anlaufstelle	244
5.2	Die Diagnostik	246
5.2.1	Medizinische Diagnostik	246
5.2.2	Medizinisch-therapeutische Diagnostik	247
5.2.3	Psychologische Diagnostik	248
5.2.4	Pädagogische Diagnostik	249
	<i>Fallbeispiel 6:</i>	
	<i>Lukas, Allgemeine Entwicklungsverzögerung</i>	249
5.2.5	Transdisziplinäre Diagnostik	253
5.3	Erstellung des Förder- und Behandlungsplans	254
5.4	Behandlung und Förderung des Kindes	256
	<i>Fallbeispiel 7:</i>	
	<i>Timo, Förderung in der Kindertagesstätte</i>	258
	<i>Fallbeispiel 8:</i>	
	<i>Kevin, Hausfrühförderung</i>	261
5.5	Elternbegleitung	263
	<i>Fallbeispiel 9:</i>	
	<i>Tom's Essprobleme</i>	264
5.6	Netzwerkorientierung und Öffentlichkeitsarbeit	267
6	Beispiele für innovative Ansätze der Frühförderung („Best Practice“)	269
6.1	Offener Zugang und flexible Angebotsstruktur durch eine Pauschalfinanzierung	269
6.2	Flexibel gestaltete Zugangs- und Diagnostikverfahren im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation	271
6.3	Das Zusammenführen von Eingliederungs- und Jugendhilfe im Rahmen von Sozialraumbudgets	274
6.3.1	Der Handlungsbedarf	274
6.3.2	Fachliche Diskussionen	274
6.3.3	Strukturelle Veränderungen	275
6.3.4	Die Realisierung einzelner Projekte	275
6.3.5	Der Rahmen der Neukonzipierung: Das Sozialraumprojekt	276
6.3.6	Haushaltstransparenz der Sozialraumbudgets	277
6.3.7	Philosophie der Sozialraumbudgets	277
6.3.8	Der Einfluss der Landesebene	278

6.4	Frühförderung als Bestandteil von wohnortnahen Familienzentren in überschaubaren Sozialräumen	280
6.4.1	Ausgangslage	280
6.4.2	Ansatz der Neukonzeption	281
6.4.3	Perspektive der konzeptionellen Ausrichtung	282
7	Perspektive: Ein Gesamtsystem Frühförderung	284
	Literatur	288
	Stichwortverzeichnis	300

Einführung

Kinder brauchen Frühförderung. Mehr denn je. Das können wir empirisch belegen. Die Nachfrage steigt insbesondere im Bereich der medizinischen Therapie, aber auch in Form von familienorientierten Hilfen zur Stärkung des gesamten Umfeldes der Kinder. Aber was ist Frühförderung? Und was brauchen unsere Kinder wirklich, die angeblich immer therapiebedürftiger werden?

Wird „Therapie“ zunehmend eingesetzt als Kompensation gesellschaftlicher Veränderungen und ihrer Auswirkungen auf die Entwicklungsmöglichkeiten von kleinen Kindern? Offensichtlich hat sich der Druck durch „PISA“¹ noch verstärkt: Wenn deutsche Kinder im internationalen (Leistungs-)Vergleich zurück bleiben, muss doch *mehr* getan werden! Aber was?

Die Entwicklung in der Praxis zielt in zwei Richtungen: Zum einen in eine mittelstandsorientierte Frühförderung im Spiegel eines leistungsorientierten Denkens. Die Folge sind dramatische Steigerungsraten in den klassischen Therapieformen, v. a. Ergotherapie und Sprachtherapie. Zum anderen mit einem Fokus auf sogenannte „Sozial benachteiligte Familien mit niedrigem Bildungsstand“, deren prägnanter Ausschluss von Integrations- und Entwicklungsmöglichkeiten besonders in Deutschland beklagt werden muss. Hieraus entwickeln sich neue Fragestellungen an eine moderne Frühförderung.

In der Reihe „Praxis Heilpädagogik – Handlungsfelder“ spielt der Bereich „Frühförderung“ eine besondere Rolle, die auf ihre historische Entstehung zurück führt: Entstanden als ursprünglich pädagogischer Begriff aus dem *Deutschen Bildungsrat* 1973, bildet er seitdem die fachliche Grundlage für die hieraus entstandenen *Frühförderstellen*. Deren Grundlage bildeten wiederum sogenannte „heilpädagogische Maßnahmen“, für die der Gesetzgeber 1974 einen Rechtsanspruch einführte. Bis heute bildet die Heilpädagogik eine Art *Leitdisziplin* für Frühförderstellen. Dieses Buch wird aufzeigen, warum dieser Anspruch für den pädagogischen Bereich nach wie vor Gültigkeit hat, gleichzeitig sich sowohl die Heilpädagogik als auch die gesamte Frühförderung in einem fachlichen und strukturellen Wandel befindet, von dem noch nicht absehbar ist, in welche Richtung er sich vollziehen wird. Dabei stehen sich fachliche und wissenschaftliche Konzepte einerseits und administrative Interessen und Traditionen andererseits scheinbar unvereinbar gegenüber.

Frühförderung hat sich in den letzten vier Jahrzehnten zu einem selbständigen *System* entwickelt, das sich an den Rändern unscharf mit Nachbarsystemen überschneidet. Sie hat dabei punktuell eine eigene *Identität* entwickelt, die sich daran

1 Die PISA-Studie (Programme for International Student Assessment) wurde erstmals im Jahr 2000 von der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) durchgeführt und vergleicht die Schulleistungen der 15-Jährigen in 28 OECD-Mitgliedsstaaten. Die Veröffentlichung der Ergebnisse Ende des Jahres 2001 führte zu einem sogenannten „PISA-Schock“, da die deutschen Schüler/innen in allen Bereichen unter dem OECD-Durchschnitt lagen.

festmacht, dass sich Fachpersonen als „Frühförderer“ verstehen mit eigenen abgegrenzten professionellen Ansprüchen. Zu den Ansprüchen (der klassisch pädagogischen Frühförderung) gehört bspw. in den westdeutschen Bundesländern die Mobilität, das Aufsuchen der Familien zu Hause. Diese Identität ist seit Jahrzehnten spürbar, wenn Fachpersonen aus Frühförderstellen auf überregionalen Kongressen zusammen kommen und ihre Rahmenbedingungen und Arbeitserfahrungen in den jeweiligen Regionen austauschen.

„Die Frühförderung ist ein System, das die Unterstützung der Entwicklung der Kinder mit den Bedürfnissen der Eltern nach Hilfe und Begleitung zusammenführt“ (Sohns 2000a, 11).

Um das Selbstverständnis von Frühförderung zu verstehen und nachvollziehen zu können, warum die Frühförderung sich so ausgestaltet hat, wie sie sich heute darstellt, und ihre inhaltlichen Angebote für Kinder und ihre Familien sich so und nicht anders gestalten, ist es notwendig, das in den 1970er Jahren entstandene *System* einerseits in seinem Selbstverständnis zu erfassen, andererseits in seinen Auseinandersetzungen – Abgrenzungen und zaghaften Kooperationsversuchen – mit anderen mächtigen Systemen. Im Schatten dieser Systeme – dem medizinischen System, das der pädagogischen Frühförderung gerade in der Anfangszeit ihre Existenzberechtigung absprach, der Schule und der Kindertagesstätten – fristete (pädagogische) Frühförderung ein Schattendasein. Sie baute sich weitgehend unbemerkt von den sonstigen Fachdiskussionen ihre eigene Mentalität auf – mal klagend über fehlende Kooperationen, mal den Kopf einziehend in der Hoffnung, die Aufmerksamkeit der Kostenträger mit ihren Kürzungen im Sozialbereich mögen an der zarten Pflanze Frühförderung vorbei gehen. Entsprechend verwundert es nicht, dass Frühförderung bis heute nur unzureichend wahrgenommen wurde (Fegert 2008, 49; Naggl/Thurmair 2008, 55).

Bei dem Thema „Umstrukturierung des Systems Frühförderung“ stehen nun drei zentrale Fragen im Mittelpunkt:

1. Was hat die Frühfördersysteme bisher ausgezeichnet? Welchen gesellschaftlichen Veränderungen und fachlichen Anforderungen muss ein reformiertes Frühfördersystem Rechnung tragen? Welche Gründe führten zu diesen Veränderungen und wie kann Frühförderung hier eingreifen?
2. Wo und mit welcher Zielsetzung sollten sie verändert werden?
3. Inwiefern kann eine vom Gesetzgeber vorgegebene „Komplexleistung“ als strukturelle Antwort auf neue Anforderungen dienen? Wie muss sie ausgestaltet werden, damit sie den Ansprüchen gerecht werden kann?

Diesen Fragen wird dieses Buch nachgehen. Bei der Analyse der Situation der deutschen Frühförderung wird offenbar werden, dass die Ausgestaltung der finanziellen, rechtlichen und fachlichen Grundlagen in hohem Maße von außen beeinflusst werden konnte. Entsprechend zeigt sich auch, dass überall dort, wo VertreterInnen der Frühförderung versucht haben, auf diese Ausgestaltungsprozesse mit ihren Kenntnissen aus der Praxis Einfluss zunehmen, dies der Frühförderung

zugute kam. Gleichzeitig wird offenbar, wie wenige Fachkräfte der Frühförderung sich um eine solche Einflussnahme bemüht haben und somit auch keine berufsgruppenübergreifende Identität entwickelten. Bezüglich der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen herrscht bei einer Vielzahl der Frühförderer in den Einrichtungen die Mentalität vor, man könne ohnehin nichts machen. Insofern ist es auch Ziel dieses Buches, Grundlagen-Informationen für ein *Empowerment für die Frühförderfachkräfte* zu liefern.

Notwendig erscheint diese Erweiterung des fachlichen Blickwinkels und Engagements durch die Tatsache, dass zwar in zahlreichen deutschen Landkreisen sich politische Vertreter dieser Kreise um eine moderne, fachlich fundierte und familienorientierte Frühförderung bemühen, gleichzeitig jedoch in Hunderten von anderen Landkreisen die Fachkräfte der Frühförderung und die Familien darunter leiden, dass hier die Vertreter der Rehabilitationsträger ihr Augenmerk und ihre Kompetenz primär oder ausschließlich darauf richten, die unmittelbaren Kosten einer Frühförderleistung – ohne umfassenden Blick auf deren mittelfristige Zusammenhänge – möglichst niedrig zu halten. Diese Verengung einer Kostenträgersicht nagt an den Fundamenten der kommunalen Selbstverwaltung und an den gesetzlichen Erwartungen an freie Krankenversicherungen. Die gleiche Mentalität wurde auf Bundesebene auf erschreckende Weise offenbar, als 2003 die verschiedenen Beteiligten auf der Grundlage eines gesetzlichen Auftrages die sogenannten BAR-Empfehlungen einvernehmlich erstellt hatten und diese aus strategischen oder aus naiven verbandspolitischen Überlegungen von Seiten kommunaler Kostenträger abgelehnt wurden. Diese Offenbarungen schwächen nicht nur die Möglichkeit, moderne Hilfestrukturen auf der Grundlage systemübergreifender, wissenschaftlicher Erkenntnisse zu effektiveren, sie schwächen mittelfristig auch das Ansehen und den Stellenwert der beteiligten Rehabilitationsträger selbst. Das Buch hat entsprechend zum Inhalt, derartige Widersprüche offen zu legen und Alternativen aufzuzeigen. Dazu ist es notwendig, die Bedarfe der Eltern an Frühförderung in einer sich veränderten Gesellschaft ebenso aufzuzeigen wie die sich daraus ergebenden fachlichen Ansprüche und notwendigen Rahmenbedingungen an eine moderne Frühförderung. Nur auf dieser Grundlage lassen sich Rückschlüsse darauf ziehen, wie das Gesamtsystem der deutschen Frühförderung mit ihren vielfältigen Verzweigungen effektiv miteinander verknüpft und organisiert werden kann.

Der Gesetzgeber hat hierzu versucht, mit der Einführung einer „Komplexleistung“ 2001 neue Akzente zu setzen. Eine Zwischenbilanz nach fast 10 Jahren wird dabei überwiegend zur Dokumentation eines historischen Misserfolgs dieses anspruchsvollen Innovationsversuchs. Wenn wir uns unsere wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Entwicklung von kleinen Kindern, zu ihrer Verwundbarkeit gegenüber gefährdenden Einflüssen und die Möglichkeiten zur Stärkung ihrer Resilienz vergegenwärtigen und die Ausgestaltung unserer Hilfe- und Unterstützungssysteme für die Familien mit kleinen Kindern daran messen, dann fühlt man sich – trotz des umfangreich zur Verfügung gestellten Geldes – oftmals an einen Chirurgen erinnert, der statt mit moderner Lasertechnik eine Augenoperation mit bloßer Hand und einem Taschenmesser durchführt.

Entsprechend analysiert dieses Buch die bestehende Struktur der Frühförderung als ein originär heilpädagogisches Aufgabenfeld, das sich auszubauen hat zu einem Gesamtsystem unterschiedlicher Disziplinen. Es enthält daher keine Anleitung für die Umsetzung „heilpädagogischer Übungen“, tendenziell sogar eher das Gegenteil: Es bettet die Frühförderung perspektivisch in benachbarte Systeme ein (z. B. in den [vorschulischen] Bildungsbereich oder in das System der „Früherkennung frühkindlicher Entwicklungsrisiken“) und gibt damit auch einer Professionalisierungsforschung neue Anreize.

Die Reihe des Kohlhammer-Verlags, in der dieses Buch erscheint, gibt eine Grundstruktur vor, der die vorgelegte Gliederung Rechnung trägt: Nach einer Einleitung werden zunächst die „Geschichte des Handlungsfeldes“ und deren „Rechtliche Rahmenbedingungen“ näher beleuchtet. Angesichts des besonderen Stellenwertes, den eine Überführung unter die Vorgaben des Rehabilitationsgesetzes (SGB IX) für die Frühförderung mit sich bringt und deren bis heute unterbliebenen und strittigen Umsetzung, muss dem eine besonders detaillierte Analyse zukommen (Kap. 2). „Theoretische Begründungen“ werden im 3. Kapitel aufgenommen, in dem speziell die Veränderung und Schwerpunktverlagerung thematisiert wird und für einen spezifischen fachlichen Fokus geworben wird (Familien- und Ressourcenorientierung). „Forschungsergebnisse“ sind (im 4. Kapitel) eingebettet in eine Analyse der derzeitigen Umsetzung von Frühförderung in den 16 Bundesländern. Hier soll etwas Transparenz in die (unübersichtlichen) Strukturen und vielfältigen Spielräume der Rehabilitationsträger gebracht werden, damit Rückschlüsse auf eine (fehlende) fachliche Ausgestaltung gezogen werden können. Kapitel 5 greift „Konzepte und Methoden“ auf und beleuchtet die primären Aufgabenfelder der Frühförderung im Spiegel fachlicher und struktureller Möglichkeiten. Fortgeführt wird dies schließlich im 6. Kapitel („Beispiele im Sinne von ‚best practice‘“) mit einigen ausgewählten Beispielen, die bisher beschrittene Einheitswege erfassen und neue zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten der Frühförderung aufzeigen.

Ziel dieses Buches ist es, eine Übersetzungsarbeit zu leisten von rechtlichen, administrativen und strukturellen Vorgaben in die Alltagsanforderungen an Frühförderung. Gleichzeitig liefert es eine kritische Bestandsaufnahme der (unzureichenden) praktischen Umsetzung von fachlichen Anforderungen an das, was im Rahmen von Frühförderung geleistet werden müsste. Es soll zum Nachdenken und Reflektieren des heutigen Status anregen. Es ist an der Zeit, alte Zöpfe zu begutachten und neu zu flechten.

Gelnhausen, im Frühjahr 2010

Armin Sohns

1 Die Entstehung der Frühförderung

1.1 Historische Ausgangslage

Deutschland zeichnet sich heute durch ein System an Frühfördereinrichtungen aus, die ein weitgehend flächendeckendes Angebot gewährleisten mit dem Anspruch, familienorientierte Hilfen für entwicklungsgefährdete Kinder und ihr soziales Umfeld anbieten zu können. Der Gesetzgeber unterscheidet hierbei zwei unterschiedliche Systeme: Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) (SGB IX, § 30 Abs. 1 und 2 SGB IX, § 1 der FrühV).

Zu einem systematischen Aufbau von Ansätzen der Frühförderung kam es in Deutschland zu Beginn der 1970er Jahre. Der sozialpädiatrische Zweig der Frühförderung entstand eng verbunden mit den Namen *Hellbrügge* und *Pechstein*, unter deren Leitung 1968 und 1971 die ersten Sozialpädiatrischen Zentren in München und Mainz eröffnet wurden. In diesen überregionalen Zentren arbeiten interdisziplinäre Teams aus Ärzten, Psychologen, Pädagogen und Therapeuten, sie sind hierarchisch aufgebaut: Die Leitung geht immer von Ärzten aus. Eine rechtliche Absicherung erfolgte erst Ende der 1980er Jahre, eingebettet in das Sozialgesetzbuch (SGB) V, welches die Leistungen der Krankenversicherungen regelt. Inzwischen gibt es in Deutschland ca. 130 Sozialpädiatrische Zentren.

Erste Frühförderstellen entstanden seit 1970 (vgl. Sohns 2000 a, 30), zunächst in Trägerschaft der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. als eine der treibenden Kräfte für die pädagogische Frühförderung. Im Gegensatz zu den SPZ erhielten sie für ihre pädagogischen Leistungen bereits 1974 eine gesetzliche Grundlage, auf der sich in ganz Deutschland ein flächendeckendes System von inzwischen etwa 1000² Einrichtungen etablierte (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005), in dem vorwiegend pädagogisch ausgebildete Fachpersonen Familien mit einementwicklungsauffälligen oder behinderten Kind alltagsorientierte Beratung und eine gezielte (heilpädagogische) Förderung des Kindes anbieten können.

Auch „Frühförderung“ als fachlicher Begriff schaut auf eine nicht einmal vierzigjährige Tradition zurück. Es war in der Bundesrepublik Deutschland eine Zeit der Umbrüche – Anfang der 1970er Jahre –, als Politik und die Fachwelt sich von alten als überholt erkannten Wertvorstellungen lösten und damit auch erstmals den Mut hatten, sich den Kindern im Vorschulalter (und ihren Familien) zuzuwenden und beide zum Gegenstand fachlicher Aufmerksamkeit und Hilfen machten.

2 Die Angaben aktueller Zahlen schwanken (eingerechnet die 338 Sonderpädagogischen Beratungsstellen in Baden-Württemberg) zwischen 1071 und 1105 Einrichtungen (Recherche des Instituts für Interdisziplinäre Frühförderung, FH Gera).

Bis dato war die Jugendhilfe von der herrschenden Ideologie bestimmt, ein kleines Kind gehöre in die Familie. „Es gehörte zum öffentlichen Ansehen für eine Bürgerfamilie des 19. und 20. Jahrhunderts, dass der Mann als ‚Ernährer‘ der Familie fungierte, während die Frau für Haushalt und Kindererziehung Sorge trug. Entsprechend hatte sich der Staat aus der binnenfamiliären Erziehung heraus zu halten. Das Idealbild der Mutter, die für ihre Kinder und ihren Mann da zu sein hat, prägte das weibliche Rollenbild“ (Sohns 2009a, 97). Nur die Familie – namentlich die Mutter – weiß am besten, was für ihr Kind gut und richtig ist. Die Gesellschaft der Bundesrepublik der 1950er und 1960er Jahre war geprägt von diesem bürgerlichen Bild der Rollenteilung, vom Mann als Ernährer der Familie und der Frau als treu sorgende Hausfrau und Mutter, die den familiären Binnenbereich sauber und ordentlich hält und sich liebevoll um Haushalt, Ehemann und Kinder kümmert. Die primäre Aufgabe der Jugendhilfe lag – in konsequenter Fortführung des Jugendwohlfahrtsgesetzes von 1922 – auch nach deren Reform 1961 in der kontrollierenden Überprüfung dieser Ordnung und einer Intervention, wenn Familien diesem gesellschaftlichen Leitbild nicht entsprachen und Kinder hierdurch in ihrer Integration in die gesellschaftliche Ordnung gefährdet waren.

Zwar feiern die deutsche Pädagogik und Politik Kindergärten heute als deutsche „Erfindung“, die selbst in den amerikanischen Sprachgebrauch als eines der wenigen deutschen Fremdwörter Eingang gefunden hat, und den Erfinder *Friedrich Fröbel* (1782–1852) als einen der zentralen Reformpädagogen, der mit den Kindergärten die pädagogische Infrastruktur in Deutschland und darüber hinaus maßgeblich verändert hat. Dies blendet jedoch zumeist aus, wie schwer sich gerade die deutsche Politik und die gesellschaftlichen Erziehungsideale mit eben jenem Fröbel taten:

„Fröbels Kindergärten rüttelten an diesem Weltbild. Insofern waren sie ein Politikum, und es verwundert nicht, dass der preußische Staat 1851 – ein Jahr vor Fröbels Tod und drei Jahre nach den Unruhen von 1848 – alle Kindergärten gesetzlich verbot. Es ist Bertha von Marenholtz-Bülow (1810–1891) zu verdanken, dass seine ‚Erfindung‘ Kindergarten nicht gänzlich in Vergessenheit geriet, sondern zunächst im Ausland (Niederlande, England, USA, Japan) eine weitere Verbreitung fand“ (Sohns 2009a, 97).

Noch die Mütter der 1960er Jahre – und mit regionalen Unterschieden auch danach – mussten sich in der Bundesrepublik Deutschland häufig dafür rechtfertigen, wenn sie ihre Kinder nicht zu Hause betreuten, sondern in Kindergärten „abschoben“ und ihre „Mütterpflichten“ vernachlässigten, um selbst berufstätig zu werden und damit offensichtlich ihre egoistisch-materiellen Interessen über das Wohl ihrer Kinder zu stellen oder ihre Ehemänner in dem Monopol der Erfüllung ihrer gesellschaftlich zugeordneten Aufgaben und damit in ihrem Ansehen zu gefährden.

Ganz anders in der DDR. Auch hier war die Emanzipation der Frauen offensichtlich nicht darauf ausgerichtet, die Entscheidungen treffenden staatlichen Gremien wie das Politbüro zu dominieren. Auch hier hatte die Berufstätigkeit von Frauen nicht zur Folge, dass die Männer in der Gesellschaft vermehrt Verantwor-

tung für die Erziehung und Alltagsbetreuung der Kinder übernahmen. Aber es wurde in der DDR ein umfassendes flächendeckendes System der Kinderbetreuung aufgebaut, das bis heute nachwirkt und auf deren quantitative Ausgestaltung die westdeutsche Politik mitunter neidvoll herüber blickt.

Als Gründe für den Aufbau eines solch flächendeckenden Systems stehen drei Aspekte im Vordergrund: Erstens die wirtschaftliche Situation der DDR, die insbesondere bis zum Mauerbau 1961 gekennzeichnet war von einer enormen Abwanderung qualifizierter und ambitionierter Arbeitskräfte und einen großen Arbeitskräftemangel. Frauen *mussten* arbeiten, um die wirtschaftliche Entwicklung zu stabilisieren – gerade in der Wiederaufbauzeit nach dem 2. Weltkrieg. Zweitens grenzt sich die sozialistische Ideologie von der bürgerlichen signifikant dadurch ab, dass kollektive Lebens- und Erziehungsansätze eine höhere Bedeutung haben. Die Konzepte von Kindertagesstätten und Ganztagschulen als Lern- und Lebensgemeinschaften entsprachen diesem Bedarf eher als das Ideal einer privatisierten bürgerlichen Familie als Lebensfeld für Kinder. Und drittens ermöglichte eine weitgehend öffentliche Erziehung dem Staat im real existierenden Sozialismus von Anfang an eine ganz andere Kontrolle über die Erziehungsinhalte. Es waren *staatliche* Erzieherinnen für die Betreuung zuständig, es kamen Fachpersonen der *staatlichen* Gesundheitsämter und überprüften in einem durchstrukturierten Kontrollsystem regelmäßig die Entwicklung der Kinder.

Die Krippen nahmen die Kinder in der Regel bereits im ersten Lebensjahr auf, die Horte gewährleisteten auch während der Schulzeit eine Ganztagsbetreuung. Die Kindertagesstätten (Krippen, Kindergärten, Horte) wurden zur primären Sozialisationsinstanz für die Kinder, die Familien wurden eher Rückzugsräume für eine ausgleichende Privatsphäre, die von zahlreichen Alltagsproblemen entlastet war und in denen familiäre Bindungen sich als Gegenpol zu den gesellschaftlichen Reglements entwickelten und von Generationenkonflikten der Bundesrepublik unbelasteter blieben.

Mit dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik wurden alle gesetzlichen Grundlagen der alten Bundesländer auf die neuen übertragen, es bestand die heikle Notwendigkeit, grundsätzlich unterschiedlich gewachsene Strukturen und Praktiken möglichst reibungslos zu überführen. Bei den Kindertagesstätten gab es keine mit Rechtsansprüchen verbundene finanzielle Absicherung mehr, die Zuständigkeit wechselte zu den einzelnen Kommunen, gleichzeitig ließen eine plötzliche hohe Arbeitslosigkeit und ein historisch außergewöhnlicher Einbruch der Geburtenzahlen den Druck auf das Angebot an vorschulische Betreuungseinrichtungen sinken. Es kam zu einer umfangreichen „Abwicklung“ von Kindertagesstätten im Osten, dem in den 1990er Jahren kein äquivalenter Druck zum Aufbau von Kindertagesstätten aus dem Westen gegenüber stand.

Es ist bezeichnend für die historisch-juristische Entwicklung von Kindertagesstätten in Deutschland, dass die erstmalige Einführung eines flächendeckenden Rechtsanspruchs auf einen Kindergartenplatz (beginnend mit dem 3. Lebensjahr, lediglich drei ostdeutsche Bundesländer bieten weitergehende Rechtsansprüche) 1995 zwar im Zuge der Harmonisierung von Rechtsgrundlagen der beiden deut-

schen Staaten erfolgte, jedoch keineswegs im Bereich der Jugendhilfe oder einer expliziten Novellierung von familienpolitischen Grundlagen. Vielmehr war es die Reformierung des deutschen Abtreibungsrechts 1995, das in der politischen Auseinandersetzung breiten Raum einnahm und in deren Zuge im Rahmen der „historischen Stunde der Frauen im deutschen Bundestag“ der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz quasi als Folge daraus entstand, dass trotz eines liberalisierten Abtreibungsrechts den Frauen in Deutschland mehr Anreize gegeben werden sollten, sich für die Geburt und das Erziehen eines Kindes zu entscheiden.

Die Diskussion um diesen Rechtsanspruch beherrschte dann auch weitgehend die Fachdiskussion der kommenden Jahre, während andere im Rahmen der gleichen Neuregelungen beschlossene Hilfeangebote weitgehend untergingen. So ist bis heute selbst den meisten Frühförderereinrichtungen nicht bekannt, dass damals auch erstmalig der Begriff „Frühförderung“ als Terminus in ein deutsches Gesetz gefunden hat: Im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) mit einem Rechtsanspruch auf Beratung im Rahmen der Schwangerenkonfliktberatung durch „Fachkräfte mit besonderer Erfahrung in der Frühförderung“ (§ 2 Abs. 2 Punkt 5) – damit quasi ebenfalls als Folge eines veränderten Abtreibungsrechts (vgl. Sohns 2000 a, 136, vgl. Kap. 2.5).

1.2 Der Rechtsanspruch auf (pädagogische) Frühförderung

In dem historischen Kontext der Bundesrepublik wirkte der erstmalige Wechsel der führenden Regierungspartei 1969 wie eine Zäsur. Bereits zuvor gab es einige Angebote der Frühförderung im weitesten Sinn, v. a. für Kinder mit sinnesspezifischen Behinderungen (Sohns 2000 a, 30). Als 1968 in München das erste *Sozialpädiatrische Zentrum* (SPZ) eröffnet wurde, hatte es wie die übrigen Angebote der Frühförderung noch keine klare rechtliche und damit allgemein verbindliche finanzielle Grundlage. Die neue Bundesregierung initiierte nun neben zahlreichen Neuerungen im sozial- und bildungspolitischen Feld auch gutachterliche Anstöße, von dem die Soziale Arbeit neben der Psychiatrie-Enquête (1975) am nachhaltigsten von dem Bericht des Deutschen Bildungsrates (1973) beeinflusst wurde.

Innerhalb des Gesamtberichtes des Deutschen Bildungsrates erfolgten von einer Expertengruppe die „Empfehlungen zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“, die einen eigenen Abschnitt (Kapitel 4) dem Bereich „Früherkennung und Frühförderung“ widmen. Ausgehend von einer umfangreichen Analyse der damaligen Ausgangssituation (Deutscher Bildungsrat 1973, 44 ff) wird die flächendeckende Etablierung von „Zentren für pädagogische Frühförderung“ empfohlen (ebd., 56). Von ihnen sollen die Aufgaben Früherkennung, Diagnose, Beratung und Förderung (ebd., 52) gewährleistet werden, wobei interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich sei

(ebd., 49). Insgesamt wird ein Frühfördersystem gefordert, „das medizinische, pädagogische und soziale Aktivitäten einschließt“ (ebd., 47). Besonderer Wert wird auf das Angebot der mobilen „Hausfrüherziehung“, alternativ zur ambulanten Förderung, gelegt (ebd., 54, vgl. auch Sohns 2000 a, 31 ff).

„Die Gesamtintention dieser Empfehlungen zielte darauf ab, mehr Möglichkeiten eines gemeinsamen Lernens behinderter und nicht behinderter Kinder im Sinne einer schulischen und außerschulischen Integration zu schaffen, und darüber hinaus bereits im Vorfeld der frühen Entwicklung die nötigen Hilfen bereitzustellen, um in dieser so wichtigen Phase einer Ausprägung von Behinderungen und damit möglicherweise einer schulischen Besonderung vorzubeugen. Frühförderung wurde demnach bereits im Ansatz als ein integrativer Dienst verstanden“ (Speck 1996, 16).

Diese Empfehlungen trugen wesentlich dazu bei, dass mit dem 3. Änderungsgesetz zum Bundessozialhilfegesetz (BSHG) 1974 im § 40 Abs. 1 unter die „Maßnahmen der Eingliederungshilfe“ unter Nr. 2a ein kleiner Passus neu aufgenommen wurde: „[...] heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind“.

Mit diesem Einschub entstand 1974 eine Rechtsgrundlage auf „heilpädagogische Maßnahmen“, die gegenüber den kommunalen Sozialhilfeträgern (Kreise und kreisfreie Städte) geltend gemacht werden konnte. Dies war die Grundlage dafür, dass flächendeckend in Deutschland Frühförderstellen entstehen konnten.

Dies war jedoch gleichzeitig eine gesetzliche Regelung, die das Fundament und damit auch Finanzierungsansprüche auf (heil-) pädagogische Maßnahmen begrenzte. Insofern wurde entgegen dem interdisziplinären Ansatz der Expertengruppe *Frühförderung* zunächst überwiegend mit *pädagogischer* Frühförderung gleich gesetzt. Und insofern hatten die Frühförderstellen, die in der Folge entstanden, sowohl bezüglich der personellen Besetzung als auch der inhaltlichen Ausrichtung überwiegend einen pädagogischen Fokus. Dies blieb nicht ohne Resentiments durch andere Berufsgruppen.

1.3 Pädagogisch-Medizinische Auseinandersetzungen

Bei diesen Ressentiments standen die fachlichen Ansprüche an die Hilfen für Kinder mit Behinderungen während der Entstehungsphase der Frühfördereinrichtungen in den 1970er Jahren noch nicht im Vordergrund. Auch die (heil-) pädagogischen Hilfen hatten damals noch einen stark kurativen Charakter und waren „geprägt von dem Glauben an die Möglichkeiten therapeutischer Übungsbehandlungen mit dem Kind, zunächst in isolierter Durchführung durch Fachleute“ (Sohns 2000 a, 43). Vielmehr waren es „standespolitische Auseinandersetzungen“ (vgl. ebd., 34 ff), die um die Frage geführt wurden, welche Disziplin bei der

Ausgestaltung dieses neuen Hilfesystems die Federführung inne hatte: die medizinische Disziplin, die daran gewöhnt war, über den ärztlichen Rezeptblock oder die Leitungsfunktion in medizinischen Einrichtungen in hierarchischer Struktur die Arbeit des Hilfesystems zu überwachen, oder die pädagogische Disziplin, die im Zuge der Emanzipationsbewegungen seit Ende der 1960er Jahre auch in der außerschulischen Pädagogik eine eigene Identität und Selbstbewusstsein entwickelte und sich soeben an deutschen Hochschulen zu einer neuen wissenschaftlichen Disziplin ausgebaut hatte.

Bereits das Votum innerhalb der Expertengruppe des Deutschen Bildungsrates war nicht einheitlich. Konnten ihre Mitglieder über wesentliche grundsätzliche Inhalte (Etablierung von Frühförderzentren, interdisziplinäre Arbeitsweise) noch Einvernehmen erzielen, kam es zu einer Spaltung an der Frage, ob solche Frühfördereinrichtungen primär pädagogische oder pädiatrisch geleitete Einrichtungen sein sollen. Dem (Mehrheits-) Bericht der Expertengruppe unter der Leitung von Otto *Speck*, Ordinarius für Geistigbehindertenpädagogik an der Universität München, der Zentren für pädagogische Frühförderung mit dem Schwerpunkt einer mobilen Hausfrüherziehung forderte, wurde ein (Minderheiten-) Gutachten durch Johannes *Pechstein* gegenüber gestellt, in dem „die Auffassung vertreten (wurde), daß nur medizinisch-klinische Dienste Frühförderung effektiv betreiben könnten“ (Speck 1993, 128 f). Hierzu wurde ein Ausbau von *Sozialpädiatrischen Zentren* vorgeschlagen.

Hintergrund dieser Auseinandersetzung waren die sich bereits abzeichnenden unterschiedlichen Systeme der Frühförderung: Zum einen das System der pädagogisch orientierten Frühförderstellen, die dezentral in allen Regionen wohnortnahe und mobile Angebote für Familien vorhielten. Dieses von *Speck* favorisierte System fand auch Unterstützung bei den Behindertenverbänden, vornehmlich bei der Bundesvereinigung der *Lebenshilfe*, unter deren Trägerschaft 1970 in Bonn die erste deutsche Frühförderstelle gegründet wurde. Zum anderen das „*familienzentrierte, sozialpädiatrische Arbeitsmodell*“ (Pechstein 1981, 97), umgesetzt in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ). Dieses Konzept sieht einen zentraleren Charakter mit einem größeren Einzugsgebiet vor, dafür jedoch interdisziplinär besetzte Teams aus Psychologen, medizinischen Therapeuten und Heilpädagogen, die jedoch alle obligatorisch unter gesamtärztlicher Leitung stehen.

Ausgehend von dem Bruch in der Expertengruppe des Deutschen Bildungsrates 1973 kam es in der Folge zu konkurrierenden Auseinandersetzungen zwischen den beiden Systemen und ihren Vertretern, die auch auf politischer Ebene bis hinein in das damalige Bundeskabinett ausgetragen wurden. Wurde in Folge des Expertenberichtes mit dem 3. ÄndG des BSHG eine Rechts- und Finanzierungsgrundlage für „heilpädagogische Leistungen“ und damit für pädagogische Frühförderstellen geschaffen, so fehlte eine Rechtsgrundlage für SPZ noch bis 1989. Diese Ungleichheit provozierte Widerstand und führte zu Auseinandersetzungen, die bis weit in die (sonder-) pädagogischen und medizinischen Berufsverbände reichten. Höhepunkt war eine Resolution des Deutschen Ärztetages 1976, in der die Existenz der entstehenden Frühförderstellen abgelehnt wurde:

„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).

Die Gesundheitsminister der Länder entsprachen diesem Anliegen, indem sie einvernehmlich eine „Zusammenfassung von Beratungs- und Förderangeboten in Sozialpädiatrischen Zentren“ forderten, die vornehmlich an Kinderkrankenhäusern und Kinderkliniken einzurichten seien (Konferenz der Gesundheitsminister 1977). Und auch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sprach sich für einen ausschließlichen Ausbau der Sozialpädiatrischen Zentren auf Kosten der Frühförderstellen aus (Speck 1979, 4) und befürwortete ein flächendeckendes Netz an SPZ (Pechstein 1981, 98), die durch das Aktionsprogramm „Rehabilitation in den 80er Jahren“ auf 300 SPZ ausgebaut werden sollten (Herriger 1984, 88, Pechstein 1979). Hingegen bekräftigte der damalige Bundesminister für Bildung und Wissenschaft die Bedeutung der pädagogischen Frühförderung (Schmude 1980, zusammenfassend: Sohns 2000a, 40f), so dass sich im Endeffekt keine der beiden Richtungen durchsetzte und beide Institutionsformen sich separat nebeneinander entwickelten.

Diese Auseinandersetzungen waren insofern nicht nur Folge der Rechtsgrundlage für pädagogische Frühförderstellen, sondern auch die Ursache dafür, dass die beiden Systeme – bereits in der Expertengruppe des Deutschen Bildungsrates – nicht zusammen finden konnten und sich damit bis heute so schwer tun. Die Reibungsverluste durch die auf existenzieller Basis geführten Auseinandersetzungen der 1970er Jahre waren auch für eine interdisziplinäre Kooperation in den Regionen enorm und anhaltend. Es ist insbesondere einer neuen Generation kooperativer Ärzte zu verdanken, die als Leiter unterschiedlicher Sozialpädiatrischer Zentren (Bonn, Tübingen, Gießen, Kassel, Pelzerhaken u. a.) bereits in den 1980er Jahren eng mit Vertretern der pädagogischen Frühförderung kooperierten und somit einen wesentlichen Teil zur Entspannung des medizinisch-pädagogischen Verhältnisses im Rahmen der Frühförderung beitrugen. Bis heute wirken einzelne Ressentiments noch nach und es gibt große regionale Unterschiede in der Ausgestaltung von Kooperations- und Netzwerkstrukturen, die in vielen Fällen primär durch das persönliche Engagement einzelner Fachpersonen geprägt sind. Dazu trägt auch bei, dass die Rehabilitationsträger (also die Kostenträger) bis heute nicht die Kraft hatten, Kooperationsstrukturen verbindlich einzuführen und entsprechende Finanzierungsstrukturen zu schaffen. Dass ein Konkurrenzdenken zwischen den Frühfördersystemen jederzeit erneut ausbrechen und die Kooperationen zwischen den beiden Disziplinen nachhaltig beeinträchtigen können, zeigte sich auch erneut bei der sich derzeit vollziehenden Neugestaltung der Frühförderung im Rahmen der Komplexleistung. Das betrifft jedoch

nicht nur das medizinisch-pädagogische Spannungsfeld, sondern auch weitere Systeme der Frühförderung.

1.4 Sonderpädagogisch – Sozialpädagogisches Spannungsfeld

Auch innerhalb der pädagogischen Disziplin treffen zwei Systeme aufeinander, die sich in ihrem Status, ihrer gesellschaftlichen Anerkennung (insbesondere dokumentiert durch die Bezahlung ihrer Fachpersonen) und in ihrem Selbstbewusstsein deutlich unterscheiden: Im Schulbereich als staatliche Hoheitsaufgabe hatten die Lehrer als Beamte in Deutschland ein machtvoll System aufgebaut, das im Regelschulwesen wie im Sonderschulwesen als Disziplin (bis heute) weitgehende Autonomie besitzt und von interdisziplinären Kooperationen weitgehend unberührt geblieben ist. Selbst im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen wird auf (amtsärztliche) Eingangsuntersuchungen zurück gegriffen, die lediglich beratenden Charakter und damit die Funktion der Zuarbeit für die Pädagogen der staatlichen Schulämter inne haben.

Im Vorschulbereich fehlt diese gesellschaftliche Anerkennung des Bildungswesens. Da in diesem Bereich in klassisch deutscher Tradition als Domäne der erziehenden Mütter eine professionelle pädagogische Förderung und Betreuung kaum Wert geschätzt wurde, gelang es den Fachkräften – anders als in fast allen europäischen Ländern – nicht, eine gesellschaftliche Anerkennung ihrer Profession mit akademischer Ausbildung zu erreichen: Bis in jüngste Zeit stand dem zu 100 % akademisierten Lehramtsbereich eine Quote von 3,3 % von akademisch ausgebildetem Personal in Kindertageseinrichtungen gegenüber (vgl. Pasternack 2007, 12), und erst nach der durch die Pisa-Studien ausgelösten neuen Bildungsdebatte gibt es Bemühungen, zumindest im Ausbildungsbereich hieran etwas zu ändern: „Neben Österreich, Malta und der Slowakei war Deutschland eines der letzten Länder, die auf eine akademische Qualifizierung verzichtet haben“ (Nentwig-Gesemann 2007, 2). Angesichts dieser gravierenden Status- (und Finanzierungs-) Unterschiede zwischen Pädagogen im Schul- und im Vorschulbereich ist es nicht verwunderlich, wenn der Schulbereich darum bemüht ist, sich deutlich abzugrenzen und ggf. auch despektierlich auf die „minder qualifizierten“ Fachkräfte eines ganzen Systems herab blickt.

Die traditionelle ideologische Zuordnung von Kindern im Vorschulalter als Domäne der Familie hatte Auswirkungen auf die Anforderungsprofile der vorschulischen Einrichtungen. Entsprechend der eng gefassten Angebote von Kindergärten konnten es sich diese leisten, Aufnahmebedingungen zu stellen. Die Kindergärten waren „so konzipiert, dass sie bestimmte Eingangs-Anforderungen an die Kinder stellten: Hierzu gehörten ein Mindestmaß an sozialen Kompetenzen (Ge-

meinschaftsfähigkeit), an kulturellen Fähigkeiten (z. B. Sauberkeit) und an kognitiven und motorischen Voraussetzungen (d. h. z. B. die Nichtaufnahme von Kindern mit ‚Behinderungen‘). Das Elternhaus hatte dafür Sorge zu tragen, dass diese Voraussetzungen vor einer Aufnahme erreicht wurden. Für Kinder, die diesen normativen Eingangs-Anforderungen nicht gerecht wurden, wurde der Aufnahmezeitpunkt verschoben, oder es wurde an ein separates Kindertagesstättensystem verwiesen: spezielle Kindertagesstätten und Sondergruppen mit verbesserten Personalressourcen und zumeist spezifisch geschultem (heil-) pädagogischem Personal“ (Sohns 2009a, 94).

Damit waren zwei Systeme des Kindertagesstättenwesens vorgezeichnet: Regel- und Sonderkindertagesstätte. Ausgehend von dem Verständnis, dass Kinder mit (drohenden) Behinderungen zusätzliche Förderung und therapeutische Unterstützung gegenüber „normalen“ Kindern benötigen, wurden die Sonderkindergärten personell besser ausgestattet und boten zusätzliche Therapiemaßnahmen an.

„Liefen die Regel- und Sondereinrichtungen lange Zeit ungestört nebeneinander her, so entwickelten sich in den letzten 30 Jahren zwei Störfaktoren für diese Ordnung: Zum einen entstanden emanzipatorische Ansprüche im Zuge allgemeiner gesellschaftlicher Bewegungen. Hieraus griff der gesellschaftliche Anspruch an Integration und Inklusion auch auf die sogenannte Behindertenhilfe über und führte sukzessive zu einem fachlichen und politischen Umdenken. Zum anderen führte die Veränderung ökonomischer und damit auch gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zu einer Veränderung der Lebensbedingungen der Kinder und der Anforderungen an die Elternhäuser. Wir müssen feststellen, dass eine zunehmende Zahl an Kindern den Anforderungen an einen klassischen Regelkindergarten nicht mehr gerecht wird“ (ebda. 94f).

Damit verändern sich Ansprüche an Frühförderung. Einerseits entwickelten Eltern und Fachpersonen einen Druck auf Sondereinrichtungen, die strenge Abgrenzung zum Regelbereich aufzuweichen und sich für wohnortnahe Integrationsmaßnahmen zu öffnen. Andererseits veränderten sich die Indikationen für sonderpädagogische Betreuungen mit immer fließenderen Übergängen, so dass bei einer dramatisch wachsenden Zahl von Kindern zwar keine *Behinderung* im klassischen Sinn als Körper-, geistige oder Mehrfachbehinderung vorlag, andererseits die Betreuungsanforderungen der Kinder so anstiegen, dass die Regelsysteme mit ihren Kompetenzen und Ressourcen dem nicht mehr gewachsen sind. Diese Überforderung der Institutionen erfordert systemübergreifende professionelle Denkansätze.

1.5 Der Rechtsanspruch auf Komplexleistung

Wie der Wechsel der Bundesregierung 1969, so brachte auch der erneute Wechsel 1998 weit reichende Folgen für die Frühförderung mit sich. Hatte der Deutsche Bundestag bereits seit 1980 wiederholt ein eigenes Behindertengesetz gefordert

(Schellhorn 1997, 20, Sohns 2002, 50), so hatte die Regierung den Ehrgeiz, dieses Anliegen – wie andere auch – möglichst schnell umzusetzen. Im Eilverfahren wurde das Rehabilitationsgesetz erstellt und trat als SGB IX im Juli 2001 in Kraft. Für die (pädagogische) Frühförderung hatte dies weit reichende Konsequenzen: War es ihr während der 1990er Jahre weitgehend gelungen, sich aus Angst vor finanziellen Kürzungen der Kostenträger (Sohns 2000b, 63) dem Blickfeld der Politik zu entziehen, nahm in diesem Gesetz der Gesetzgeber Frühförderung erstmalig offensiv auf und definierte sie systemübergreifend als „Komplexleistungen“ mit einem gegenseitigen Bezug zwischen „medizinischer Rehabilitation“ (medizinisch-therapeutische Frühförderung, § 30 SGB IX) und den Leistungen zur „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ (pädagogische Frühförderung, § 55 SGB IX). Mit der Vorgabe, dass Frühförderleistungen nun interdisziplinär abgestimmt werden müssen, wurde in die Grundlage für eine disziplinspezifische Frühförderung eingegriffen.

Dieser Einschnitt war so gravierend, dass mehr als 100 Jahre unterschiedlicher Traditionen der Sozialsysteme davon betroffen sind: Bis dato standen die medizinisch-therapeutischen Leistungen seit der Einführung der Krankenversicherung 1883 (über die Reichsversicherungsordnung, die erst in den 1980er Jahren ins SGB V überführt wurde) und die Leistungen der Behinderten- und Eingliederungshilfe unvermittelt nebeneinander, sie gestalteten sich administrativ völlig anders aus (Versicherungssystem einerseits, über Steuern finanzierte staatliche Leistungen im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung andererseits), entwickelten unterschiedliche Finanzierungsstrukturen und gänzlich voneinander abweichende disziplinatorientierte Mentalitäten (ärztlich-hierarchische Struktur einerseits, [heil-] pädagogische Orientierung andererseits). Die Neuorientierung kam so unvermittelt und zudem in ihrer juristischen Ausgestaltung so uneindeutig, dass sie 2001 und in den Folgejahren für große Unsicherheiten sorgte und Platz für eigenwillige Interpretationen und willkürliche Umsetzungen schuf. Diese führten dazu, dass auch fast 10 Jahre nach der Verabschiedung des SGB IX kaum eine befriedigende Umsetzung der seinerzeitigen Intention des Gesetzgebers erfolgte.

Für die Frühförderung bedeutete dies, dass sie – nach einem ersten Impuls durch die Änderung des § 93 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) in den 1990er Jahren mit der Notwendigkeit, mit den Kommunen als örtliche Sozialhilfeträger so genannte „Leistungsvereinbarungen“ abzuschließen – nun endgültig aus ihrem Schattendasein heraus treten und sich neuen fachlichen Diskussionen und administrativen Verhandlungen stellen musste. Um diese Entwicklung der letzten 10 Jahre nachvollziehen zu können, ist es daher notwendig, zunächst ausführlich die detaillierten Rechtsgrundlagen von Frühförderung zu betrachten.

2 Die rechtlichen Grundlagen der Frühförderung

2.1 Die Vielfalt der Frühförder-Struktur in Deutschland

Artikel 28 Abs. 1 des Grundgesetzes definiert die Bundesrepublik Deutschland als föderativen Staat mit weitgehender *kommunaler Selbstverwaltung*. Bestandteil dieser Selbstverwaltung sind u. a. die kommunale Kostenträgerschaft für die *Jugendhilfe* und die *Eingliederungshilfe* für Menschen mit (drohender) Behinderung. Entsprechend liegt die Zuständigkeit für die Ausgestaltung und Finanzierung der regionalen (pädagogischen) Frühförderstellen bei den Kreisen und kreisfreien Städten in Deutschland. Es oblag also jeder einzelnen kommunalen Gebietskörperschaft, die Frühförderstellen im Rahmen der wenig konkreten bundesweiten Gesetzgebung nach ihren Vorstellungen (gemeinsam mit Leistungsanbietern) auszugestalten.

Entsprechend stellt sich die Struktur der über 1000 Frühförderstellen in Deutschland als ein Flickenteppich dar, der in seiner Unterschiedlichkeit von Kreis zu Kreis kaum noch überschaubar ist. Jeder einzelne Träger von Frühförderereinrichtungen handelt mit den zuständigen kommunalen Gebietskörperschaften separate Leistungs- und Entgeltvereinbarungen aus. Die Unterschiede der festgelegten Parameter sind bundesweit enorm. Sie lassen sich vielfach mit fachlichen und rechtlichen Grundlagen nicht in Einklang bringen. Vielmehr sind die Ergebnisse dieser Verhandlungen abhängig vom Geschick, Engagement und den fachlichen Ansprüchen der Verhandlungspartner. Während für den Leistungserbringer³ in dem einen Landkreis die Frühförderstelle die einzige berufliche Existenzgrundlage bildet, ist sie möglicherweise im Nachbarkreis Bestandteil einer Vielfalt von Einrichtungen unter gleicher Trägerschaft. Je nach Trägermentalität besitzen in manchen Regionen umsatzstärkere Werkstätten für Behinderte oder Integrative Wohn- und Betreuungsstätten Priorität, hier können in gemeinsamen Kostenverhandlungen Standards für die Frühförderung geopfert werden. In anderen Regionen besteht hingegen die Motivation, den ambulanten Bereich der Frühförderung mit Überschüssen aus stationären Betreuungen zu subventionieren. Die Rehabilitationsträger mischen sich nur selten in die Ausgestaltung durch die Leistungserbringer ein. Auf der Gegenseite besteht bei zahlreichen regionalen Kostenträgern die Einsicht, dass eine fachlich gut ausgebaute Hilfestruktur gerade bei frühen Hilfen präventiv wirken kann und besonders gut ausgestattet wird, während bei einer (vermutlich überwiegenden) Zahl der deutschen Kreise und kreisfreien Städte ange-

3 Die Träger der Frühförderstellen.

sichts unausgeglichener Haushalte das Bemühen überwiegt, auch bei der ambulanten Eingliederungshilfe möglichst niedrige Kostensätze durchzusetzen. So hat sich in Deutschland in den 1980er und 1990er Jahren besagter Flickenteppich mit völlig unterschiedlichen Rahmenbedingungen gebildet, auf dem innerhalb eines Bundeslandes in dem einem Landkreis Frühförderstellen mit gut ausgebildeten interdisziplinären Teams mit über 30 Fachpersonen eine umfassende mobile Versorgung mit Offener Anlaufstelle gewährleisten, während im Nachbarkreis zwei Fachpersonen ohne Hochschulabschluss für ein niedriges Gehalt – unterstützt von ehrenamtlichen Müttern – ein ganzes Kreisgebiet versorgen sollen. Während in dem einen Landkreis über 10 % der Kinder im Vorschulalter Hilfen durch Frühförderstellen erhalten, sind es in einem anderen weniger als 1 % (vgl. Kap. 6.3 und 6.4). Während in dem einem Landkreis gut ausgebildeten Fachpersonen akademische Gehälter gezahlt werden und diese dauerhaft an die Frühförderung gebunden bleiben (auch männliches Fachpersonal), wird in anderen Landkreisen die Frühförderung von Fachpersonen gewährleistet, deren Stundenlohn unterhalb dessen liegt, was in Deutschland als Mindestlohn für Paketzusteller diskutiert wird.

Die Gesetzgeber im Bund und in den Bundesländern zögerten mit einer weiteren inhaltlichen Konkretisierung der im BSHG § 40 vorgesehenen „heilpädagogischen Maßnahmen“, da mit einer detaillierten Vorgabe von Qualitätskriterien aus den entsprechenden Mehrkosten eine finanzielle Mitverantwortung für Bund und Länder hätte abgeleitet werden können. Dies lag jedoch nicht in der Absicht der Gesetzgeber.

Strukturell bildet die deutsche Frühförderung eine unkoordinierte Mischform von niedergelassenen ärztlichen und therapeutischen Praxen, die zumeist ein eigenes (häufig geschlossenes) Hilfesystem entwickelt haben, das überwiegend mit klinischen Einrichtungen innerhalb des medizinischen Systems kooperiert. Daneben haben sich die sogenannten Frühförder-Einrichtungen etabliert, die der Gesetzgeber als solche hervorgehoben hat (Frühförderungsverordnung, vgl. Kap. 2.7): zum einen die nach 1974 entstandenen Frühförderstellen mit primär pädagogischer Ausrichtung, zum anderen die Sozialpädiatrischen Zentren unter ärztlicher Leitung. Während die SPZ sich überwiegend an Kliniken oder sonstigen medizinischen Institutionen ansiedelten, sind die Trägerschaften der Frühförderstellen geprägt durch das *Subsidiaritätsprinzip* und den jahrzehntelangen Vorrang der freien Wohlfahrtspflege.

2.1.1 Das Subsidiaritätsprinzip

Dabei gilt die Nachrangigkeit von Leistungen der Sozialhilfe. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass zunächst alle anderen Leistungen zur Unterstützungen von Hilfebedürftigen herangezogen werden sollen, bevor auf Leistungen der Sozialhilfe als letztes Auffangnetz zurück gegriffen wird. Dementsprechend sind zunächst auch Hilfeleistungen aus anderen gesetzlichen Grundlagen und bei anderen Rehabilitationsträgern zu überprüfen.

Für die Frühförderung kann das in der Praxis bedeuten, dass beispielsweise ein Kind mit hirnorganischen Verletzungen nach einem Autounfall einen unbestrittenen Anspruch auf Frühförderleistungen hat. Trotzdem kann der Rehabilitationsträger der Eingliederungshilfe die Bewilligung einer Frühförderleistung mit dem Hinweis darauf verweigern, dass die Unfallversicherung (die Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers) vorrangig für die Übernahme der Unfallfolgekosten zuständig sei. Dies würde den Anspruch auf Eingliederungshilfe als nachrangig ersetzen.

Bei Streitigkeiten um die Zuständigkeit verschiedener Rehabilitationsträger hat der Gesetzgeber festgelegt, dass dies nicht zu Lasten der Hilfeempfänger gehen darf. Im Zweifelsfall gibt es eine *Vorleistungspflicht* des örtlichen Sozialhilfeträgers.

Zum zweiten bezieht sich das Subsidiaritätsprinzip auf eine Nachrangigkeit öffentlicher Trägerschaften. Ausgehend von den Erfahrungen einer politischen Dominanz staatlicher Einrichtungen und einer Entmündigung eigenständiger Verbände während der Diktatur des Nationalsozialismus haben die Gesetzgeber danach in der Bundesrepublik einen *Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege* verfügt. Demnach sollen staatliche Einrichtungen sich nach Möglichkeit aus dem Angebot sozialer Hilfen zurückziehen, wenn „aus der Gesellschaft heraus“ (z. B. durch Vereine oder Verbände) eigene Initiativen für soziale Einrichtungen entstehen. In Folge dessen sind in der Bundesrepublik breite Strukturen sozialer Einrichtungen entstanden, die sich in der „Liga der freien Wohlfahrtspflege“ mit sechs zentralen Verbänden zusammengeschlossen haben: Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Caritas, Diakonie, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland, Paritätischer Gesamtverband.

Diese Verbände teilen sich traditionell die Trägerschaften des größten Teils der sozialen Einrichtungen in Deutschland auf, sie besitzen alle den Status der Gemeinnützigkeit.

Nach 1990 griff mit der Übernahme der gesetzlichen Grundlagen der Bundesrepublik auch für die ehemalige DDR dieses System auch in den neuen Bundesländern. Die ehemals staatlichen Hilfesysteme einschließlich der umfangreichen Kindertagesstättenstruktur wurden innerhalb kurzer Zeit überwiegend in freige-meinnützige Trägerstrukturen überführt.

2.1.2 Das Wirtschaftlichkeitsprinzip

Dieses Primat der freien Wohlfahrtspflege wurde jedoch während der 1990er Jahre im Zuge mehrerer gesetzlicher Neuregelungen um den § 93 BSHG aufgeweicht (vgl. Sohns 2000 a, 129 ff). Vor den Vorrang gemeinnütziger Träger wurde im Zuge dessen ein *Wirtschaftlichkeitsprinzip* gestellt:

„Sind Einrichtungen vorhanden, die im gleichen Maße geeignet sind, soll der Träger der Sozialhilfe Vereinbarungen vorrangig mit Trägern abschließen, deren Vergütung bei gleichem Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung nicht höher ist als die anderer Träger“ (§ 93 BSHG Abs. 1, Satz 3).