

Weinberghof 4  
99734 Nordhausen

Prof. Dr. Armin Sohns  
FB Wirtschafts- und Sozialwesen  
Tel. 03631-420-567

Nordhausen, den 20. Februar 2010

Stellungnahme zur Veränderung des Thüringer KitaG  
Anhörungsverfahren am 18.03.2010

### **Vorbemerkung:**

Die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern verändern sich. Entsprechend müssen sich auch moderne Hilfesysteme anpassen. Wenn an Eltern zunehmende Anforderungen als Erziehende unter schwierigeren Rahmenbedingungen gestellt werden und entsprechende Ressourcen insbesondere dort fehlen, wo eine geringere Fähigkeit zur Organisation und Strukturierung des Lebensalltages besteht, hat dies Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern. Die Gesetzentwürfe versuchen dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, in dem sie (teilstationäre) Erziehungs- und Bildungssysteme quantitativ und qualitativ aufwerten. Entsprechend sind die vorliegenden Gesetzesentwürfe eine beeindruckende politische Absichtserklärung, Akzente in diese Richtung zu verschieben.

Es ergeben sich jedoch bei beiden Entwürfen aus fachlicher noch offene Fragestellungen. Auf einen Teil soll nachfolgend gesondert hingewiesen werden. Der Schwerpunkt der Ausführungen liegt hierbei der Absicht der Entwürfe, integrative Angebote (v.a. in Regeleinrichtungen) auszubauen und damit dem zunehmenden Bedürfnissen von Kindern mit Entwicklungsrisiken verstärkt Rechnung zu tragen. Um den fundamentalen Paradigmenwechsel und seinen fachlichen Hintergrund im hiervon involvierten SGB IX deutlich zu machen, werden dieser Stellungnahme fachliche „Anmerkungen“ vorangestellt, die auf notwendige Zusammenhänge hinweisen, die bei der Novellierung des KitaG bedacht werden sollten.

### **Anmerkungen zur Indikation für mobile, ambulante und teilstationäre Frühförderung in Kindertagesstätten**

Bei der Diskussion um eine Erziehung, Bildung und Betreuung in Kindertagesstätten ist die dramatisch stark gestiegene Nachfrage nach spezifischen Interventionen und Förderungen von Kindern im Vorschulalter von zentraler Bedeutung. In dieser erläuternden Ausführungen sollen hierfür allgemeine gesellschaftliche Hintergründe aufgezeigt werden, deren Analyse eine Grundlage dafür bilden kann, die verschiedenen Hilfeleistungen so zu koordinieren, dass sie zielgerichteter, bedarfsorientierter und damit effektiver ausgestaltet werden können. Hierbei sind die unterschiedlichen mobilen, ambulanten und (teil-) stationären Systeme im Zusammenhang zu

sehen. U.a. wird die Stellungnahme aufzeigen, wie wenig sich die Hilfesysteme der Frühförderung bislang an gesellschaftlichen Veränderungen angepasst haben. Dabei lässt sich im Einzelfall zwischen einem „normalen“ und „besonderen“ Förderbedarf kaum differenzieren. Nachfolgende Ausführungen sollen nähere Anhaltspunkte liefern, wie auch die teilstationäre Frühförderung für Kinder mit Entwicklungsrisiken in Kindertagesstätten in deren Gesamtkonzepte einzubetten ist.

## 1. Die Indikationen für Frühförderung

Der Bedarf an Hilfen für entwicklungsauffällige Kinder und ihre Familien in der Bundesrepublik Deutschland ist in den letzten Jahren insgesamt dramatisch gestiegen. Dies zeigt sich bundesweit u.a. in der Wahrnehmung gesetzlicher Hilfen sowohl im Bereich der Eingliederungs- und Jugendhilfe wie bei den therapeutischen Kassenleistungen. Einhergehend mit diesen Steigerungsraten haben sich auch die primären Indikationen für die Hilfeleistungen verändert: Standen in den Frühfördereinrichtungen in den 1980er Jahren noch 80% der Kinder mit klassischen körperlichen, geistigen oder Mehrfachbehinderungen im Mittelpunkt, so hat sich dieser Anteil auf ca. 20-25% reduziert (Sohns 2001). Hingegen stieg der Anteil sog. „zivilisationsbedingter Entwicklungsstörungen“.

Die dramatische Zunahme an Frühförderkindern in den letzten zwei Jahrzehnten scheint mit einer hohen Verunsicherung bei Eltern in Erziehungsfragen zu korrelieren: 50% der Eltern „wissen nicht, woran sie sich bei der Erziehung halten sollen“ (Shell-Studie 2000), 20% der Kinder sind *psychisch* auffällig, dies gilt auch bereits für die unter 3-jährigen Kinder (Remschmidt 1999). Insgesamt zeigt sich ein hoher Einfluss von ökonomischen, sozialen und beruflichen Lebensbedingungen. Wie die OECD-Studien regelmäßig aufzeigen ist dieser in Deutschland höher als in fast allen Nachbarländern.

Das Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (Kiggs) und insbesondere ihre „Bella Studie“ (2006) bestätigen als deutsche Mega-Studie Ergebnisse britischer Untersuchungen. Demnach ist die heutige Erziehungssituation von Kindern geprägt von

- einer Zunahme multiaxialer Belastungsfaktoren (Alleinerziehende, Partnerkonflikte, Unzufriedenheit der Eltern etc.),
- besonderen Risiken in der frühen Kindheit, die sich bspw. in einer Zunahme von „Regulationsstörungen“ äußern (z.B. sog. Schreikinder), die bereits die frühe Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig beeinflussen,
- eine besondere Abhängigkeit von der elterlichen Didaktik (und einer gelungenen „intuitiven Kommunikation“),
- eine häufige Überlagerung der elterlichen Ressourcen (z.B. durch Stress, Trauer, Depression; geteilte Aufmerksamkeit).
- Entsprechend korrelieren Regulationsstörungen mit eingeschränkter elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenz (fehlende Flexibilität, Wahrnehmungs- und Interpretationsverzerrungen, aggressives oder vernachlässigendes Verhalten, besondere Risikofaktoren z.B. bei psychisch kranken Eltern).

Die gesellschaftlichen Folgekosten dieser Entwicklung sind enorm (vgl. British Medical Journal, 323, 191-196, amerikanische Mega-Studien: Barnett 1998). Gleichzeitig zeigt Kiggs auf, dass 90% der Eltern ihr Kind als (sehr) gesund einschätzen. Offenbar besteht hier nur eine eingeschränkte Wahrnehmung zahlreicher Eltern in der Einschätzung des Entwicklungsstandes und der Bedürfnisse ihrer Kinder.

Wenn an Eltern heute hohe Ansprüche an die Differenzierungs- und Einfühlungskompetenz gestellt werden, brauchen diese ein hohes Maß an persönlichen Ressourcen, um dem gerecht zu werden. Genau diese Fähigkeit, die elterliche Wahrnehmung auf die Bedürfnisse und Empfindsamkeiten der Kinder richten zu können, sind bei einer zunehmenden Zahl von Eltern durch vielfältige Faktoren eingeschränkt:

Ihre Ressourcen können sich häufig nicht mehr aus kontinuierlichen familiären Hilfestrukturen speisen. In den Ballungsgebieten leben heute über 50% der Menschen in Single-Haushalten, 1/3 der Ehen werden geschieden. Die zunehmende Schnelllebigkeit stellt höhere Anforderungen an die Verarbeitungsfähigkeit, fehlende oder fluktuierende Bezugs- und Orientierungspunkte stellen höhere Anforderungen an die Beziehungsfähigkeit. Die Freiheit ständiger Entscheidungsflexibilität bewirkt eine Relativität von Grenzsetzungen und den zunehmenden Verlust von verbindlichen Umgangsformen, Disziplin und Respekt. Die traditionellen Erziehungsmethoden relativieren sich, Kindern werden höhere Autonomieansprüche eingeräumt. Das Primat der Erziehung weicht einem Kooperationsprinzip, Kinder werden zu Partnern, denen Entscheidungen „erklärt“ werden (sollen). Dies bedingt höhere Ansprüche an die Reflexionsfähigkeit von Eltern und Kindern. Es erhöht sich die Gefahr der Überforderung von beiden. Überforderte Eltern wissen sich jedoch häufig nicht mehr anders zu helfen als die Bedürfnisse ihrer Kinder aus ihrer Wahrnehmung auszublenken.

Mit „Vernachlässigung“ geht per Definition eine Wahrnehmungsstörung der kindlichen Bezugspersonen einher (Schone 1997). Im Bereich der Jugendhilfe wird „Vernachlässigung“ als Hauptrisiko für Einschränkungen in der kindlichen Entwicklung angesehen (in 71% aller Bewertungen durch die Jugendämter, Mütter). Sie bildet den Anlass für 2/3 der Eingriffe in das elterliche Sorgerecht.

## **2. Die Bedeutung der sehr frühen Entwicklungsphasen**

Wir besitzen heute umfangreiche Erkenntnisse über die Grundbedürfnisse („Basic Needs“) der Kinder, die sich in einer Bedürfnispyramide hierarchisch aufbauen: Von der Befriedigung der elementaren Bedürfnisse wie Ernährung, Wärme, Pflege über ein subjektives Schutzgefühl bis hin zu dem Gefühl von Liebe und Akzeptanz und schließlich zu verlässlichen sozialen Beziehungen. Werden diese menschlichen Grundbedürfnisse erfüllt ermöglichen sie Selbstwirksamkeitserfahrungen und bilden das Fundament für eine sichere Bindungsbasis. Nur auf ihrer Grundlage entwickeln sich ein kontinuierliches Explorationsbedürfnis und damit der Zugang zu Wissen und Bildung.

Empirisch ist unbestritten, dass ein eingeschränkter Zugang zu frühen Bildungsangeboten für die intellektuelle Entwicklung kleiner Kinder weit prägender ist als peri- oder pränatale Risikofaktoren. Umfangreiche Bildungsstudien und Neurologische Forschungsergebnisse (z.B. zur Funktion von Spiegelneuronen) betonen immer stärker die prägenden Weichen in den ersten Lebensjahren („The race is halfway run when children begin school“), deren Entwicklungsmöglichkeiten mit zunehmenden Alter immer eingeschränkter werden („Use it or lose it“).

Amerikanische Studien (z.B. Farch) belegen eindrucksvoll, wie bspw. das Einführen in die Welt der Bücher (z.B. das Anschauen von Bilderbüchern beim abendlichen Zu-Bett-Bringen) in hohem Maße abhängig ist vom sozio-ökonomischen Status der Eltern. Hier wäre es jedoch besonders einfach, mit Anregungen zum elterlichen Erziehungsverhalten und zur Wahrnehmungsschulung wirkungsvoll zu intervenieren. Genau diese Kinder haben also insgesamt eine wesentlich bessere Prognose bzgl. der Effekte professioneller Interventionen, d.h. die Möglichkeit, mit professionellen Hilfen bei diesen Kindern und ihren Familien wirksame Effekte zu erzielen, ist ungleich höher als bei den klassischen Behinderungen der 1980er Jahre.

Genau diese Hilfen haben jedoch keine Tradition in der Pädagogik und bei den deutschen Rehabilitationsträgern.

### 3. Die traditionelle Struktur institutioneller Hilfesysteme

Die Konzepte, die im Rahmen der Rehabilitations- und Eingliederungshilfen ansetzen, fußen im Wesentlichen auf einer traditionellen Einzelförderung der „betroffenen“ Kinder. Hierfür gibt es Rechts- und Finanzierungsgrundlagen, hier sehen die Rehabilitationsträger eine Zuständigkeit - aber erst, wenn die „(drohende) Behinderung“ amtlich festgestellt wird. Damit steht ein klassisch defizit-orientierter Ansatz bei den öffentlichen Kostenträgern im Mittelpunkt. Präventive und Ressourcen stärkende Konzepte haben bei Rehabilitationsträgern keine Tradition. Hingegen belegen fast alle Effektivitätsstudien (weltweit), wie gering der Effekt von Einzelförderung ist, wird diese nicht in ein integriertes Gesamtkonzept eingebettet.

Die Effektivität erscheint dabei nicht ausschließlich abhängig von finanziellen Zuwendungen der Kostenträger. Vielmehr stärkt die Denkweise der symptomorientierten Einzelförderung die hohe Ausdifferenzierung verschiedener Systeme (für unterschiedliche Zielgruppen) in unterschiedlichen Trägerschaften, die insgesamt das Bild eines unkoordinierten Nebeneinanders der Hilfen mit unklaren Zuständigkeiten, hohen bürokratischen Hürden und häufig fehlenden umfeldorientierten Konzepten abgeben.

Die traditionellen monolinear ausgerichteten Institutionsformen können aber den an sie gestellten Erwartungen allein nicht gerecht werden. Zu vielfältig sind die Ursachen der „Entwicklungsstörungen“, zu umfangreich ist der Bedarf an fachlich fundierten Hilfeangeboten, als dass *eine* Institution all diesen Anforderungen - in jedem spezifischen Einzelfall - entsprechen kann. Sollen die Hilfeformen effektiv ausgestaltet sein, lassen sie sich konzeptionell nicht mehr auf eine isolierte Einrichtungsform (z.B. Kindertagesstätten, therapeutischen Praxen oder Frühförder- und Erziehungsberatungsstellen) reduzieren. Die vielfältigen Einrichtungen der Jugend-, Eingliederungs- und Gesundheitshilfe müssen sich unter einem gemeinsamen regionalen Gesamt- und Kooperationskonzept zusammen finden.

Auch dies hat in Deutschland keine Tradition. Im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips und der Kommunalen Selbstverwaltung mit unterschiedlichen Träger- und Kostenträgersystemen sind vielfältige Hilfestrukturen entstanden, die weitgehend in sich geschlossene Systeme darstellen. Und die beteiligten Entscheidungsträger neigen dazu, bei neuen spezifischen Problemstellungen neue spezifische Hilfeangebote zu etablieren, z.B.

- Frühförderstellen für die „heilpädagogische Übungsbehandlung“ bei Zunahme entwicklungsauffälliger Kinder (die damit gemäß §53 SGB XII zumeist den amtlichen Stempel einer [drohenden] Behinderung erhalten),
- Erziehungsberatung oder Sozialpädagogische Familienhilfe im Rahmen der „Hilfen zur Erziehung“ (SGB VIII), da immer mehr Eltern von den vielfältigen Anforderungen einer freien Risikogesellschaft und der Auflösung familiärer und gemeinschaftlicher Lebensstrukturen (gerade mit tendenziell niedrigem Bildungsstand) durch die Erziehung ihrer Kinder überfordert sind,
- Schuldnerberatung bei zunehmenden Überschuldungen von Familien in Armutslagen,
- Therapeutische Einrichtungen oder Praxen bei einer Zunahme kindlicher Entwicklungsverzögerungen im motorischen, kognitiven und sprachlichen Bereich (die Zahl der ergotherapeutischen Praxen hat sich bundesweit in den letzten Jahren verdreifacht).

Die Liste ließe sich beliebig erweitern. Fast jede neue Problemlage impliziert ein neues Hilfesystem, das bemüht ist, seine eigene Daseinsberechtigung zu legitimieren. Einrichtungsübergreifende Konzepte werden durch die Partikularinteressen unterschiedlicher Träger zusätzlich erschwert: Die Arbeiterwohlfahrt sieht sich in Konkurrenz zur Caritas, diese grenzt sich von der Lebenshilfe ab, deren Geschäftsführer möchte wiederum die eigene „Marktposition“ gegenüber der Diakonie stärken. Und zusätzlich drängen seit dem Aufweichen des Primats der Freien

Wohlfahrtspflege in den 1990er Jahren private Anbieter auf den Markt sozialer Hilfeangebote und verstärken als freie therapeutische Praxen zusätzlich die Angebotsvielfalt, die in einigen Regionen bereits unüberschaubar wird.

Diese systembedingten Störfaktoren einer abgestimmten Gesamtkonzeption, die die Fachlichkeit und die Kompetenz der einzelnen Fachpersonen und nicht deren strukturelle Eingebundenheit in den Mittelpunkt stellt, prägen die Denk- und Handlungsmuster der Rehabilitationsträger wie der Leistungserbringer und wirken auch auf die Ausgestaltung und Unterstützung von Unterstützungsangeboten für Kindertagesstätten.

Dabei wirken insbesondere im Vorschulbereich noch traditionelle Dogmen nach, die in der Bundesrepublik Deutschland die gesetzgeberische und konzeptionelle Ausgestaltung fachlich fundierter Hilfen lange Zeit verhindert haben: In einer bürgerlich-gesellschaftlichen Tradition, nach der Kinder im Vorschulalter „in die Familie“ gehören, lastet der Druck einer „erfolgreichen“ Erziehung besonders auf den Müttern. Wenn dann traditionelle Unterstützungssysteme (Großfamilie, stützenden Nachbarschaftsstrukturen) weg brechen und die Anforderungen an die Erziehung (differenziertere Anregungen und Erziehungsmethoden, zunehmend Kinder gefährdender Alltag) parallel zu den Ansprüchen an eine individuelle Selbstverwirklichung steigen, ist es nicht verwunderlich, wenn sich gerade in sozial benachteiligtem Milieu Überforderungen verschärfen und manifestieren.

Gleichzeitig leidet der Vorschulbereich mit seinem Erziehungsprimat in der Familie - anders als in anderen europäischen Ländern mit einer anderen Tradition, z.B. Frankreich - darunter, dass hier allenfalls Betreuungskräfte benötigt werden, deren professionelle Ausbildungsanforderungen und deren Status weit unterhalb denen des Schulbereichs eingestuft werden. Die Schule hegt traditionell die Erwartung, von der Familie „wohl erzogene“ Kinder zu erhalten, die diszipliniert einem Unterricht folgen und sich Leistungsanforderungen stellen können. Die Aufgabe von Schule konzentriert sich darauf, bereits im Grundschulbereich klare - von den Kultusministerien vorgegebene - Bildungs-Curricula umzusetzen. Schule definiert sich als Bildungseinrichtung, der Status der Lehrer ist an den Fokus der Bildungsarbeit geknüpft, es besteht großes Interesse daran, sich von einer Sozialarbeit (mit niedrigerem Professionsstatus) konsequent abzugrenzen. Gesellschaftlichen Problemen wird mit systemimmanenten Methoden begegnet: Können Kinder den Erwartungen des Schulsystems nicht entsprechen, wird eine individuelle Überprüfung auf „Erhöhten sonderpädagogischen Förderbedarf“ eingeleitet, werden die Schulabläufe durch allgemeine soziale Probleme wesentlich beeinträchtigt, versucht sich Schule systemimmanent durch die Aufnahme von „Schulsozialarbeitern“ zu helfen. Eine Kooperation mit professionellen außer- und vorschulischen Systemen obliegt zumeist individuellen Bemühungen einzelner Lehrer.

Insofern ist es nicht verwunderlich, wenn sich empirisch bei einem besonderen Hilfebedarf nur eine geringe Durchlässigkeit zwischen den schulischen und den vorschulischen Systemen (Frühförderung und Kindertagesstätten) finden lässt. Bspw. fanden wir bei der Auswertung von Akten im Gesundheitsamt in Neubrandenburg heraus, dass nur 25% der Kinder, bei denen mit der Einschulung „sonderpädagogischer Förderbedarf“ diagnostiziert wurde (die also zweifelsohne im Sinne des Gesetzes „behindert oder von Behinderung bedroht sind“), zuvor eine Förderung durch eine Frühförderstelle erhielten. Über 25% der Kinder wurden zuvor überhaupt nicht durch irgendwelche fachlichen Hilfen gestärkt. Gleichzeitig stieg der Anteil der Kinder, bei denen zum Zeitpunkt der Einschulung keine Regelbeschulung empfohlen wurde, kontinuierlich von 2% im Jahr 1991 auf 17% im Jahr 2003 an.

Dies wirft nicht nur ein Licht auf die kontinuierliche Selektionspraxis der Schulsysteme (bei steigenden Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder), es wirft auch ein Licht auf die unzureichende Früherkennung von Entwicklungsrisiken bei Kindern im Vorschulalter. Neben diesem gravierenden Früherkennungsproblem von Kindern mit späterem „sonderpädagogischen Förderbedarf“ lässt sich jedoch gleichzeitig eine sehr hohe Wahrnehmung von (insbesondere therapeutischen) Hilfen

feststellen. Wir konnten bei Untersuchungen von Einschulungskindern im Landkreis Nordfriesland aufzeigen, dass bei 25% aller Kinder in (Regel-) Kindergärten nebenbei eine medizinisch-therapeutische Maßnahme verordnet wurde. 41% aller (!) Einschulungskinder erhielten bereits eine Maßnahme der (pädagogischen oder therapeutischen) Frühförderung (Kreis Nordfriesland 2007). Auch hier konnte gezeigt werden, dass bei den Kindern, die durch eine Frühförderstelle betreut wurden (10% der Einschulungskinder) ein Zusammenhang zwischen Förderbedürftigkeit und Bildungsstand (der Mütter) besteht. Bei den Frühförderkindern lag der Anteil der Mütter ohne Schulabschluss oder mit Förderschulabschluss um 94%, beim Hauptschulabschluss um 46% über dem Anteil der Mütter der anderen Kinder, umgekehrt war er bei Müttern mit Realschulabschluss um 17% und mit Abitur um 29% niedriger (ebd.).

Wir müssen demnach feststellen, dass wir einerseits eine hohe Inanspruchnahme von Frühförderleistungen haben, andererseits aber ein hoher Anteil derjenigen, bei denen mit der Einschulung Integrations- oder Förderschulmaßnahmen notwendig erscheinen, *nicht* vom System der Frühförderung erfasst wird. Es stellt sich entsprechend die Frage, ob die Hilfesysteme wirklich auf diejenigen ausgerichtet sind, die dieser Hilfen am meisten bedürfen. Hier führt die in Thüringen eingeleitete systematische Aufwertung von „Integrationsmaßnahmen“ in Regeleinrichtungen zu einem partiellen Absenken von Zugangsschwellen (wie sie im §19 SGB IX gefordert werden); es stellt sich jedoch gleichzeitig vermehrt die Frage nach der Gewährleistung einer angemessenen Unterstützung der Regeleinrichtungen. Entsprechend wir müssen weiter fragen, ob die Frühförderhilfen in ihrer administrativen Ausgestaltung die nötigen Spielräume erhalten, familienorientiert zu arbeiten, wenn einerseits in zahlreichen Regionen eine Tendenz besteht, Hausfrühförderung durch administrative Einflüsse zu reduzieren und andererseits die Finanzierungspraktiken der Rehabilitationsträger und die Landesrahmenvereinbarung zur Frühförderung gleichzeitige integrative Betreuung in Kindertagesstätten und eine parallel verlaufende familienorientierte Frühförderung als angebliche „Doppelbetreuung“ ausschließen - wohl wissend, dass durch die Kindertagesstätten die notwendige Betreuung der Familien - gerade in einem sozial benachteiligten Milieu - quantitativ und qualitativ nicht gewährleistet werden kann. Das Beispiel von Beate aus einem Praxisbericht einer Studentin, die ihr Praktikum in einem Heilpädagogischen Kindergarten absolvierte, mag dies verdeutlichen. Sie schreibt:

*„Beate ist fünf Jahre alt. Weil sie noch oft einkotet und einnässt, gehen ihr viele aus dem Weg. Die Kinder hänseln sie und rufen: „Äh, die stinkt aber wieder“. Auch die Erzieherinnen gehen ihr eher aus dem Weg. Das war wohl auch in ihrer ersten Kita so. Das Personal hat dann den Antrag auf Sonderkindergarten gestellt, seitdem ist sie bei uns in der Heilpädagogischen Gruppe. ...*

*Offiziell gilt sie als seelisch behindert, sie muss sehr auffällig gewesen sein, hat viel geschrien und andere Kinder geschlagen. Die Erzieherinnen waren dem nicht mehr gewachsen. In einem Bericht steht, sie hätten eine eigene Fachkraft gebraucht, um Beate zu bewachen. ...*

*Zu den Eltern besteht kaum Kontakt. Die Erzieherinnen meinen, die Eltern seien völlig desinteressiert, kümmern sich nicht um Beate. Das sei zwecklos. Deshalb komme sie auch so unregelmäßig, sei oft so schmutzig. Die Frühförderstelle dürfe Beate und ihre Familie nicht betreuen, dafür werde ja eine teilstationäre Hilfe bewilligt, die das alles abdecke“ (Praktikantenbericht, 2005).*

Alle Fachleute wissen: Es gibt in Deutschland Tausende von Kindern wie Beate. Und wir müssen vermuten, dass Beate nie eine Regelschule besuchen wird, obwohl sie vielleicht nicht weniger intelligent ist als andere Kinder. Niemand in der Kindertagesstätte, deren Unmut über das Elternhaus unverkennbar ist, weiß wirklich, wie es bei Beate zuhause aussieht, warum die Mutter so „desinteressiert“ erscheint und welche Faktoren die Eltern davon abhalten, sich angemessen um Beate zu kümmern und ihr ein sicheres und anregendes Zuhause zu geben. Unabhängig davon, ob das Kita-Personal die Kompetenz und die Ressourcen für eine familienorientierte Hilfe besitzt: Es sollte jemand hierfür zuständig sein. Wir müssen uns fragen, ob - wie Beate - Tausende von Kinder

in Deutschland als „behinderte Kinder“ im administrativen Sinn heran wachsen und schließlich vom Regelsystem Schule ausgegrenzt werden, nur weil wir nicht in der Lage sind, unsere Hilfesysteme so zu organisieren, dass sie den aktuellen Bedürfnissen entsprechen.

Wir müssen uns entsprechend auch fragen, ob es sinnvoll ist, wenn Rehabilitations- und Einrichtungsträger miteinander um Minutenkontingente im Rahmen der Ausgestaltung von Förderkonzepten feilschen, oder ob eine grundsätzliche Umkonzipierung der Hilfesysteme bei gleichem Ressourceneinsatz zu wesentlich effektiveren Hilfeangeboten führen kann.

#### 4. Paradigmenwechsel bei den Hilfesystemen

Moderne Frühförderung sieht das Kind nicht mehr isoliert und reduziert auf seine individuellen Fähigkeiten oder seine Erscheinung in Kindertagesstätten und Schulen. Vielmehr hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Entwicklungsmöglichkeiten eines Kindes in Zusammenhang gesehen werden müssen mit seinem entwicklungsfördernden oder vernachlässigenden Lebensumfeld. Insofern stellt sich weniger die Frage nach einem „Frühförder- oder *Integrations-Kind*“ als vielmehr nach einer Frühförder*familie*. Dies gilt auch für Kinder mit schweren Behinderungen, bei denen ein primärer Therapiebedarf unstrittig erscheint. Gerade diese verändern ein Familiensystem nachhaltig und bedingen damit ebenfalls Hilfeangebote für das Gesamtsystem Familie (oder weitere betreuende Einrichtungen).

Der Gesetzgeber reagiert auf einen sich verändernden Bedarf an Frühförderung auf zwei zentralen Ebenen. Zum einen - u.a. im Zuge der Ergebnisse der internationalen Pisa-Studien - mit einer neuen *Bildungsdiskussion* - diesmal unter dem Blickwinkel einer früheren Bildungsförderung bereits in Kindertagesstätten. Dies dürfte mittelfristig zu gravierenden Veränderungen der Angebote in Kitas führen, zumal Deutschland hier erheblichen Nachholbedarf hat. Hessen und Thüringen definieren als Vorreiter in ihren Bildungsplänen bereits das Alter der „Frühen Bildung“ von 0 – 10 Jahren und beschreiben damit eine Durchlässigkeit zwischen dem Vorschul- und den Schulsystemen. Die Vernetzung der *teilstationären* Bildungsangebote wird auch Auswirkungen auf die *ambulanten* Kooperationsysteme innerhalb des Vorschulbereichs haben: Es erscheint hier um so mehr sinnvoll, die zentralen Dienste der Jugendhilfe, Kinderärzte, Frühförderstellen, Therapeutische Praxen, weitere Ambulanzen mit ihren spezifischen Aufgaben und Möglichkeiten in ein abgestimmtes Gesamtkonzept zu integrieren.

Auf einer zweiten Ebene hat der Gesetzgeber versucht, Weichen in Richtung einer solchen Vernetzung zu stellen: Mit der Einführung des Rehabilitationsgesetzes (SGB IX) und der Veränderung des Sozialhilferechtes (im Rahmen des SGB XII) hat er neue fachliche Parameter eingeführt, die auch die (teilstationäre) Frühförderung maßgeblich berühren (sollten). Dadurch, dass die „Frühförderung“ terminologisch erstmals in einem eigenen Paragraphen (§ 30) im SGB IX aufgenommen und mit der Verbindung der §§30 und 56 als Komplexleistung definiert wurde zeigt der Gesetzgeber seinen Willen, den therapeutischen Bereich der medizinischen Rehabilitation (§ 30) und den pädagogischen Bereich der Teilhabe (§ 56) in ein abgestimmtes Konzept zusammen zu führen. Das gilt auch für medizinisch-therapeutische Leistungen in integrativen und Regelkindertagesstätten. Als abstimmende Instanz wurde mit der Frühförderungsverordnung (FrühV) 2003 von den Bundesgesetzgebern die verbindliche Förder- und Behandlungsplanerstellung mit zwei obligatorischen Unterschriften (Medizin und Pädagogik) eingeführt (§7 FrühV). Mit dieser Regelung macht der Gesetzgeber den Rehabilitationsträgern die erstmalige Vorgabe, die traditionell völlig unterschiedlichen fachlichen und Refinanzierungs-Ansätze der pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Hilfen in eine Zuständigkeit zusammen zu fassen. Damit entsteht für die kommunalen und die medizinisch-therapeutischen Rehabilitationsträger die Notwendigkeit, sich auf ein gemeinsames fachliches, administratives und Refinanzierungs-Konzept zu verständigen. Gleichzeitig haben die Gesetzgeber weitere Akzente dahingehend gesetzt, dass auch die vorschulischen Maßnahmen der Schulträger im Zuge dieser „Komplexleistungen“

einzu beziehen sind. Damit will der Gesetzgeber auch teilstationäre Hilfen in ein verbindliches Abstimmungskonzept integriert wissen.

Zusätzlich werden mit dem SGB IX weitere zentrale Akzente gesetzt, z.B. beim Zugang zu den Hilfen. Die zentrale Zielsetzung des §4 Abs. 1 Punkt 1 SGB IX, "die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern", lässt sich niedrigschwelliger kaum formulieren, zumal als wesentliches neues Kriterium für einen leistungsberechtigten Personenkreis in §2, Abs. 1 Satz 1 auch eingeführt wurde, dass die "körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit ... von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist". Damit ist ein Rechtsanspruch auf Frühförderung bereits bei einer Entwicklungsverzögerung gegeben.

Neben einem Primat für integrative Hilfen in §4 Abs. 3 hat der Gesetzgeber im SGB IX entgegen der beschriebenen Tradition der Kostenträger erstmals auch einen eigenen Paragraphen (§ 3) der Prävention gewidmet, in dem die Rehabilitationsträger aufgefordert werden, den *Eintritt* einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung zu vermeiden. Es bleibt auch fast neun Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes vielerorts die Frage offen, mit welchen Konzepten die Rehabilitationsträger diesen Anspruch einzulösen gedenken.

Und schließlich beschreibt §4 Abs. 1 Satz 4 als Aufgabe, die persönliche Entwicklung *ganzheitlich* zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern. Damit intendiert der Gesetzgeber offensichtlich eine ausdrückliche Abkehr von der traditionellen defizitorientierten Behandlung von behinderungsbedingten Störungen und der ausschließlichen Fokussierung auf die zu behandelnde Klientel. Rehabilitationsträger, die den fördernden Einrichtungen bspw. ein einheitliches Zeitkontingent vorgeben (z.B. 45 Min. pro Therapieeinheit oder „heilpädagogische Maßnahmen“), das eine Behandlung „am Kind“ vorgibt, müssen sich fragen lassen, ob derartig starre administrative Regelungen diesen Anforderungen noch entsprechen können. Ganzheitlichkeit erfordert eine sozial-ökologische Umfeld-Orientierung im Sinne Specks (2003, 268ff), bei der das Kind Ausgangspunkt ist, die fachlichen Ansätze jedoch je nach spezifischer Fragestellung bei allen Faktoren ansetzen, die die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes beeinflussen.

Wir glauben nicht, dass die Terminologie „Ganzheitlichkeit“ aus wissenschaftlicher Sicht diese Intention angemessen ausdrückt und in der Praxis umsetzbar ist. Alternativ bietet es sich an, als terminologische Grundlage zur Umschreibung eines Arbeitskonzeptes *Transdisziplinarität* als wissenschaftlichen Ansatz und als grundsätzliche Arbeitshaltung zu Grunde zu legen. Diese Haltung zielt auf eine Einheit des Blickfeldes auf das System Familie und die es unterstützenden Hilfeangebote. Welche *Institution* die einzelnen Angebote unterbreitet tritt damit in den Hintergrund hinter den Blickwinkel dieser Metaebene und die Stimmigkeit der individuell zu erstellenden Förderkonzepte. Damit wird auch die starre und statische Sichtweise eines interdisziplinären Ansatzes im Sinne von untereinander abgestimmten Handlungskonzepten jeweils spezifischer Berufsgruppen, die lediglich aus ihrer spezifischen Ausbildung und professionellen Grundhaltung heraus agieren, weiter entwickelt. Entsprechend wurde in Thüringen auch als erstem deutschen Bundesland ein disziplinübergreifender Ausbildungsgang „Interdisziplinäre Frühförderung“ eingerichtet (ab WS 2010/11 auch in Hamburg).

Besagte Bildungspläne überspringen mit ihrer strukturellen Durchlässigkeit die bisherigen starren Grenzen. Dies impliziert mittelfristig systemübergreifende Strukturen durch die verschiedenen Hilfesysteme, sei es im ambulanten Bereich (Kinderärzte, Frühförderstellen, Therapeutische Praxen, Ambulanzen, Dienste der Jugendhilfe), sei es im teilstationären (Kindertagesstätten und Schulen). Es entsteht ein Druck in Richtung gemeinsamer Gesamtkonzepte. In die gleiche Richtung zielen neue - aus den britischen „Early Excellence Centres“ heraus entwickelte - Konzepte der Familienzentren, wie sie insbesondere in Nordrhein-Westfalen umgesetzt werden.

Wenn es wesentliches Ziel von Frühförderung ist, Kind und Familie Entwicklungsanregungen zu vermitteln und eine erhöhte Sicherheit oder Sensibilität, ist eine „tragfähige Beziehung“ zu dieser Bezugsperson von großer Bedeutung. Wenn fremde Fachpersonen ihren Blick auf die private Intimsphäre richten (persönliche Entwicklung oder familiäre Ressourcen), kann dies nur zugelassen und Anregungen angenommen werden, wenn der Kompetenz und dem Taktgefühl dieser Fachpersonen vertraut wird. Um Zugang zu den Familien und den Kindern und ihren spezifischen Bedürfnissen zu bekommen, bedarf es i.d.R. Verlässlichkeit und eines persönlichen Beziehungsaufbaus. Dazu können gerade in der Anfangszeit der Begleitung - ggf. in Krisensituationen - intensivere Hilfen und Betreuungsfrequenzen notwendig sein, die im Laufe der Betreuung zunehmend abgebaut werden. Komplexleistung und transdisziplinäre Frühförderung erfordern jedoch nicht, dass die Bezugspersonen in allen Familien gleichermaßen intensiv zur Verfügung stehen oder selbst kontinuierlich Therapien oder Übungsbehandlungen durchführen müssen. Grundsätzlich sollten sowohl parallel verlaufende als auch aneinander gereichte Hilfen kritisch hinterfragt werden; gerade bei den erhöhten Ansprüchen an eine einzelne Fachperson muss jedoch gleichzeitig ein interdisziplinärer Rückhalt gegeben sein, der eine „Komplexleistung“ unverzichtbar macht, ohne dass alle Leistungen „am Klienten“ erbracht werden.

Sinn und Nutzen interdisziplinärer Arbeit in der Frühförderung liegen darin, dass es kaum ein Entwicklungsproblem bei Kindern gibt, bei dem nicht sowohl körperliche als auch psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen, wenn auch von Fall zu Fall in ganz unterschiedlicher Gewichtung. Regelungen dazu, wie intensiv und dauerhaft Hilfen erfolgen sollen, lassen sich nicht administrativ-statisch festlegen. Wir halten es im Sinne der Effektivität für sinnvoller, wenn nach einer gemeinsamen Diagnostik (unter Einbeziehung der Lebenswelt von Kind und Familie) im Rahmen einer interdisziplinären Abstimmung in jedem Einzelfall die Personen den tatsächlichen Bedarf festlegen, die Kind und Familie (und deren Bedarfe) kennen. Dabei kann zur Umsetzung der Komplexleistung nach unserer Ansicht häufig *eine* Fachperson für die weitere Begleitung und Förderung von Kind und Familie ausreichend sein, wenn sie - bei entsprechender Qualifikation - auch disziplinübergreifende Hilfen anbieten kann. Notwendig ist hierbei jedoch ein - bedarfsabhängiger - professioneller fachlicher Rückhalt durch andere Fachpersonen. Dieses transdisziplinäre Arbeiten sollte unter das Dach der Komplexleistung subsumiert werden, jedoch nicht einer obligatorischen 2-Kreuz-Regelung (Therapie *und* Pädagogik) bedürfen. Diese Regelung verlangt entweder, dass mindestens zwei verschiedene Fachpersonen mit dem Kind arbeiten oder eine - isolierte - Leistung stattfindet, bei der dann die Fachperson keinen interdisziplinären Rückhalt erhält. Isolierte therapeutische Leistungen (die bei ca. 25% aller Kinder zwischen 3-6 Jahren verordnet werden) sind auch dann effektiver, wenn sie in der Lebenswelt des Kindes ansetzen. Sie sollten ebenso wie reine pädagogische Leistungen in ein interdisziplinäres Konzept eingebunden sein (und durch dieses kritisch hinterfragt werden). Bei dem Ziel, möglichst wenige Bezugspersonen für die Familien einzusetzen, wären aus fachlicher Sicht Leistungen der Jugendhilfe mit der Rehabilitations- und Eingliederungshilfe zu einem Gesamtkonzept abzustimmen. Ob solche familienorientierte Fachpersonen bei Kindern mit inklusiven Hilfeleistungen in Kindertagesstätten aus den Kitas kommen können, erscheint uns derzeit fraglich. Sowohl die Ressourcen als auch die fachliche Qualifikation lassen dies (leider noch) bezweifeln. Entsprechend muss dann jedoch eine intensive Vernetzung mit begleitenden Diensten auch über eine Hilfeplan-, Gesamtplan- oder Förder- und Behandlungsplanerstellung hinaus verbindlich sein.

Das „Institut für Interdisziplinäre Frühförderung“ an der Fachhochschule Gera begleitet verschiedene deutsche Kommunen (in Schleswig-Holstein und NRW), in denen im Zuge einer Sozialraumorientierung eine budgetierte Pauschalfinanzierung eingeführt würde, z.T. bei gleichzeitiger Einordnung der gesamten Frühförderung unter die Federführung der Jugendhilfe. Dort werden seit 2002 bereits sozialraumorientierte Budgets praktiziert, die bei einer hohen Fachlichkeit die Kosten für die Hilfemaßnahmen konstant hielten.

Hervorzuheben ist, dass den Familien im Zuge der Pauschalfinanzierung eine offene Anlaufstelle angeboten wird, in der lästige und abschreckende Verwaltungsformalitäten entfallen. Gleichzeitig bildeten sich erfahrene und umfassend qualifizierte Teams aus Jugend- und Eingliederungshilfe, die in dieser Form in der Bundesrepublik bislang einmalig sind.

Als gesamtplanerisches Ziel einer künftigen konzeptionellen Abstimmung im Zuge von „Integrationsmaßnahmen“ stünden dabei im Vordergrund:

- Die Harmonisierung medizinischer, therapeutischer, pädagogischer, psychologischer sowie weiterer beratender Angebote
- Die Koordinierung familienorientierter Eingliederungshilfe mit den Angeboten der Jugendhilfe
- Die Harmonisierung ambulanter, mobiler und teilstationärer Angebote in institutionenübergreifenden (ganzheitlichen) Gesamtplänen (Förder- und Behandlungs- bzw. Hilfeplänen). Hierzu zählt auch eine konzeptionelle Abstimmung der Aufnahme- und Diagnostikverfahren zwischen den Beteiligten bis hin zu Vorgaben für die Förder- und Behandlungsplan- (Hilfeplan-) Erstellung
- Die konzeptionelle Abstimmung der Übergänge und weiteren kooperativen Betreuung in Bildungsinstitutionen (Kindertagesstätten und Schulen)
- Eine abgestimmte Finanzierungsstruktur beim ämterübergreifenden örtlichen Rehabilitationsträger mit den medizinisch-therapeutischen Rehabilitationsträgern. Hierbei können auch für die medizinisch-therapeutischen Maßnahmen nicht die Heilmittelrichtlinien zu Grunde gelegt werden (vgl. „Konsenspapier“ aller Länderministerien, 2008).

Perspektivisch können solche systemübergreifende Konzepte unterstützt werden durch gemeinsame Dokumentationsverfahren (mit Hilfe von einheitlichen Software-Programmen). Die WHO hat mit der ICF-CY internationale Vorgaben gemacht, die als umfangreiches Instrument auch für Deutschland verbindlich sind (und im Auftrag der WHO und Dimdi unter Federführung der Fachhochschule Nordhausen und der Universität Zürich inzwischen offiziell ins Deutsche übersetzt wurden). Nach einer gelungen Erarbeitung spezifischer Check-lists für die Frühförderung könnte hier ein Gesamtdokumentationssystem entstehen, das der umfeldorientierten Sichtweise einer modernen Frühförderung erstmals entspricht. Es könnte perspektivisch zu einer breiten systemübergreifenden Sprache ausgebaut werden, die in ihrem Grundsatz nicht nur von medizinischen (Praxen, Kliniken und medizinische Zentren), sondern auch von pädagogischen Systemen (Jugendhilfe, Frühförderung bis hin zu Kindertagesstätten) angewandt wird. Hierzu sind jedoch zunächst abgestimmte regionale Kooperationsstrukturen notwendig.

Mit einer solchen Gesamtkonzeption könnte, wenn die beschriebenen strukturellen Ressentiments regional überwunden werden, ein Hilfesystem entstehen, das nicht nur modernere Antworten auf aktuelle gesellschaftliche Problembereiche gibt, sondern auch zu einer höheren Effektivität der umfangreichen - aber unkoordinierten - Hilfeangebote führen kann.

## **5. Finanzielle Ausstattung**

Im Rahmen eines Gesamtkonzeptes könnten die verschiedenen Dienste Teile ihres Angebotes in ein abgestimmtes - sozialraumorientiertes - Gesamtangebot (z.B. in Familienzentren an Kindertagesstätten) einbringen. Unabhängig von diesem Konzept, mit dem sich NRW inzwischen bundesweit profiliert, erscheint es für die Frühförderung sinnvoll, die bisherige defizitorientierte Bewilligung von Frühförderleistungen von pauschalen Fördereinheiten (für alle Kinder) abzukoppeln und bedarfs- und familienorientierte Gesamtleistungen abzustimmen. Für die

Einrichtungen im Freistaat Thüringen böte es sich an, wenn zur Finanzierung der gesamten Hilfen bei Integrationsmaßnahmen (und Regel- wie Integrationskitas) zwischen den Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern Verhandlungen über Gesamtpauschalen geführt würden, die es einerseits den Erbringern vor Ort ermöglichen, unter Einbeziehung z.B. der ärztlichen Kompetenz der Rehabilitationsträger individuelle Bedarfe für jedes Kind und seine Familie differenziert abzustimmen und anzubieten, andererseits für die Rehabilitationsträger berechenbare Haushaltsansätze mit einer höheren Planungssicherheit gewährleisten.

### **Anmerkungen zu den Gesetzentwürfen:**

**§2(1)** : „Für Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr ist ein bedarfsgerechtes Angebot vorzuhalten, wenn diese Leistung für seine Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit geboten ist“

Grundsätzlich ist dieser Passus zu begrüßen, um der jeweiligen Individualität des Kindes Rechnung zu tragen. Es stellt sich die Frage, warum der Anspruch auf ein „bedarfsgerechtes Angebot“ nicht generalisiert und mit dem Rechtsanspruch in Satz 1 verknüpft wird..

Deutlich wird dieser Bezug auch in **§7**.

Hier ist den entsprechenden Ausführungen der LIGA zuzustimmen, die auf einen kindbezogenen „Bedarf“, der über einen kind- und defizitorientierten unmittelbaren „Förderbedarf“ hinausgeht, hinweist. Wünschenswert wäre - unabhängig der Terminologie „Förderung“ oder „Betreuung“ - ein Verweis auf familienorientierte Vernetzungsstrukturen und den ganzheitlichen Ansatz gemäß §4 SGB IX, die über die Kooperation mit der Jugendhilfe (Vorschlag der LIGA) noch hinaus ginge (und bei Kindern mit Entwicklungsrisiken und drohenden Behinderungen auch das medizinische System einschließt). Sinnvoll wäre hier das Einbeziehen der Frühförderungsverordnung gemäß §32 SGB IX mit seinen Kooperationsansätzen auch für die teilstationäre Frühförderung. Dies würde der gesetzlichen Anforderung Rechnung tragen, wonach auch mögliche vorschulische Maßnahmen der Schulträger verbindlich unter das Dach der „Komplexleistung“ (§56 SGB IX) einzubeziehen sind.

Bei der unsäglichen Aufteilung des individuellen Konzeptes des Hilfebedarfs in einen *Hilfeplan* (§37 SGB VIII), Gesamtplan (§58 SGB XII) und Förder- und Behandlungsplan (§7 FrühV gemäß §32 SGB IX) sieht der Entwurf einen Gesamtplan gemäß SGB XII vor. Es erscheint sinnvoll, diese Aufteilung zu einem abgestimmten Hilfeplan zu harmonisieren und damit zu effektivieren, der den Anforderungen der jeweiligen Einzelgesetze Rechnung trägt. Aus fachlicher Sicht sollte hierbei die Jugendhilfe auch für den Bereich der Eingliederungshilfe federführend sein. Dies entspräche der Tatsache, dass im Bereich der (ambulanten und teilstationären) Frühförderung inzwischen etwa 80% der kindlichen Förderbedürfnisse der Jugendhilfe zuzuordnen sind (vgl. nachfolgende „Anmerkungen“).

Die individuelle Festlegung des „Bedarfs“ erfolgte im Rahmen der obligatorischen Hilfeplanerstellung. Die jetzige Formulierung lässt bei der Umsetzung individueller Ansprüche offen, wer darüber befindet, ob „eine dem Bedarf entsprechende Förderung gewährleistet werden kann“ (§2 Abs. 2 Satz 1). Ob dieser dann in jedem Fall verbindlich umzusetzen wäre (vgl. Stellungnahme der LIGA) oder in das jeweilige Ermessen (vermutlich von Rehabilitationsträgern vor Ort) gestellt würde (und damit keine Rechtssicherheit und Verbindlichkeit für die Eltern mit sich brächte) ist eine politische Entscheidung.

## **§7 Abs. 4 und §19 Abs. 4**

Die gut gemeinte Absicht des ehemaligen §19 Abs. 5, zusätzliche Hilfen auf niedrigschwelligem Niveau zu etablieren, erscheint in der erfolgten administrativen Durchführung vielerorts kontraproduktiv. War sie seinerzeit entstanden, um die Auswirkungen erheblicher Kürzungen im Kitabereich durch ein zusätzliches Angebot zu mildern, werden hier ca. 1,38 Mio. an Landesmitteln eingesetzt, die in den meisten Kommunen für ein neues Hilfesystem zur Abdeckung eines „zusätzlichen Förderbedarfs“ eingesetzt werden. Drei thüringische Gebietskörperschaften geben diese Mittel an bestehende Frühförderstellen für ein offenes Angebot (i.S. der FrühV). In den anderen Kommunen würden neuen Hilfeangebote ohne interdisziplinären Rückhalt und verbindliche Qualitätsprofile etabliert, die

- von den Eltern gerne angenommen werden, da damit die stigmatisierenden Anerkennungsverfahren einer „(drohenden) Behinderung“ entfallen,
- von den Kommunen gerne eingesetzt werden, da hier mit Landesmitteln eine zum Teil erhebliche Umverteilung aus der ambulanten Frühförderung erfolgt, und
- von den durchführenden Fachpersonen nicht kritisiert werden, da sie trotz der hohen Betreuungszahlen ihre Arbeitsplätze in einem Bereich der freiwilligen Leistungen nicht gefährden wollen.

Aus fachlicher Sicht sind diese Kinder (mit erhöhtem Förderbedarf, aber ohne drohende Behinderung) nicht abgrenzbar, strukturell führen sie teilweise zu einer Existenzgefährdung bestehender Frühförderstellen und inhaltlich zu einer Verschlechterung der fachlichen Standards, da eine interdisziplinäre Vernetzung bei diesen Systemen anders als bei den Interdisziplinären Frühförderstellen nicht vorgesehen sind. Hier wäre ein Anknüpfen an eine frühere Praxis der Thüringer Landesregierung, wonach - wie in anderen Bundesländern - Landesmittel für die Gewährleistung einer offenen Anlaufstelle, interdisziplinärer Kooperationen und einer Qualifizierung der Fachpersonen in den bestehenden Frühfördereinrichtungen eingesetzt werden (wie dies die Kommunen in Jena, Eisenach und dem Weimarer Land von sich aus umgesetzt haben) sinnvoller als neue Systeme zu fördern, die regional vor Ort zu erheblichen neuerlichen Konkurrenz- und Abgrenzungsbedürfnissen und damit zu einer Verschlechterung der Vernetzungsmentalität in den Sozialräumen führen.

## **§14**

„Kindertageseinrichtungen müssen über die notwendige Zahl geeigneter pädagogischer Fachkräfte verfügen. Fachkräfte in diesem Sinne sind staatlich anerkannte Erzieher sowie Diplompädagogen und Diplomsozialpädagogen/-sozialarbeiter, jeweils mit dem Nachweis der methodisch-didaktischen Befähigung zur Arbeit in Kindertageseinrichtungen“.

Grundsätzlich ist eine solche obligatorische Regelung begrüßenswert. Es bleibt jedoch unklar, wie dieser Nachweis zu erbringen ist. Es sollte ebenfalls geregelt werden, wie die Entwicklung hin zu einem familienorientierten Ansatz eines erweiterten „ganzheitlichen“ Arbeitskonzeptes von Kindertagesstätten gestützt werden kann und hinterfragt werden, ob dabei solch restriktive Formulierungen noch zeitgemäß sind. Dabei reicht auch die Fixierung auf ein neues Berufsbild „frühkindliche Pädagogik“ (wie im LIGA-Vorschlag) nicht aus, zumal andere Ausbildungsgänge (z.B. „Bachelor- oder Master-Frühförderung“) ebenfalls bewusst für die Arbeit in (integrativen) Kindertagesstätten ausbilden.