

Bernd Maelicke · Rainer Fretschner  
Nina Köhler · Fabian Frei

# Innovation und Systementwicklung in der Frühförderung

Neue Fachlichkeit – Neue  
Finanzierung – Neue Allianzen

 Springer VS

---

# Innovation und Systementwicklung in der Frühförderung

---

Bernd Maelicke • Rainer Fretschner  
Nina Köhler • Fabian Frei

# Innovation und Systementwicklung in der Frühförderung

Neue Fachlichkeit –  
Neue Finanzierung – Neue Allianzen

Mit einer Einführung von Armin Sohns

Prof. Dr. Bernd Maelicke  
Deutsches Institut für Sozialwirtschaft  
Kiel, Deutschland

Nina Köhler  
Integrationsamt Schleswig-Holstein  
Kiel, Deutschland

Prof. Dr. Rainer Fretschner  
Fachhochschule Kiel, Deutschland

Fabian Frei  
Deutsches Institut für Sozialwirtschaft  
Kiel, Deutschland

ISBN 978-3-658-02930-2  
DOI 10.1007/978-3-658-02931-9

ISBN 978-3-658-02931-9 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2013

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

*Lektorat:* Stefanie Laux, Stefanie Loyal

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.  
[www.springer-vs.de](http://www.springer-vs.de)

# Inhalt

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	11
<b>Vorwort</b> .....	13
<b>Einführung von Prof. Dr. Armin Sohns</b>	
Frühförderung von Kindern im Vorschulalter im Spannungsfeld zwischen fachlichen Ansprüchen von Wissenschaft und Gesetzgeber und der (Nicht-) Umsetzung in der Praxis – Anmerkungen zur Studie „Vernetzung statt Versäulung – Frühförderung in Schleswig-Holstein“ .....	
<b>1. Gutachten Auftrag</b> .....	33
1.1 Allgemeine Zielsetzung des Gutachtens .....	33
1.2 Bestandteile der Evaluation .....	33
<b>2. Methodik des Gutachtens</b> .....	35
2.1 Forschungsdesign .....	35
2.2 DISW-Anbieterbefragung .....	37
2.3 DISW-Vertiefungsstudie IFF .....	37
2.4 DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe .....	38
2.5 Experteninterviews .....	38
2.6 Fokusgruppeninterviews .....	38
2.7 Workshops .....	39
2.8 Fachtagung .....	40
2.9 Sekundäranalysen .....	40
<b>3. Aktuelle Entwicklungen in der Fachdiskussion</b> .....	41
3.1 Entwicklungen seit 1973 .....	41
3.2 Prinzipien .....	42
3.2.1 Inklusion .....	42
3.2.2 Prävention .....	42

---

3.2.3	Ganzheitlichkeit .....	44
3.2.4	Familienorientierung .....	44
3.2.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	45
3.2.6	Niedrigschwelligkeit .....	45
3.3	Ziele .....	46
3.3.1	Kindbezogene Ziele .....	46
3.3.2	Elternbezogene Ziele .....	46
3.3.3	Gesellschaftsbezogene Ziele .....	46
3.4	Systementwicklung .....	47
3.4.1	Ambulante Frühförderung .....	47
3.4.2	Mobile Frühförderung .....	47
3.4.3	Vernetzung und Kooperation .....	48
3.5	Neue Fachlichkeit .....	49
3.5.1	Veränderte Definition der Zielgruppen .....	49
3.5.2	Ganzheitliche Diagnostik .....	50
3.6	Multi-, Inter- und Transdisziplinarität, Komplexleistung .....	51
3.6.1	Multidisziplinarität .....	51
3.6.2	Interdisziplinarität .....	51
3.6.3	Transdisziplinarität .....	52
3.6.4	Komplexleistung .....	52
3.7	Zwischenfazit .....	53
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse der Untersuchung .....</b>	<b>55</b>
4.1	Grundbegriffe und rechtliche Grundlagen .....	56
4.1.1	Grundbegriffe .....	56
4.1.2	Behinderung .....	56
4.1.3	Früherkennung .....	57
4.1.4	Frühbehandlung .....	58
4.1.5	Frühe Hilfen .....	59
4.1.6	Frühförderung .....	60
4.1.7	Leistungen .....	61
4.1.8	Medizinische Leistungen .....	61
4.1.9	Therapeutische Leistungen .....	62
4.1.10	Heilpädagogische Leistungen .....	62
4.1.11	Komplexleistung .....	62

---

4.1.12	Formen der Leistungserbringung .....	65
4.1.12.1	Mobil .....	65
4.1.12.2	Ambulant .....	65
4.1.12.3	Stationär .....	66
4.1.13	Anbieter .....	66
4.1.13.1	Frühförderstelle .....	66
4.1.13.2	Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) .....	66
4.1.13.3	Landesförderzentren als Anbieter spezieller Frühförderung .....	67
4.1.13.4	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) .....	68
4.1.14	Teilstationäre Leistungen nach SGB XII .....	69
4.1.14.1	Einzelintegration .....	69
4.1.14.2	Integrative-Kindergartengruppe (I-Gruppen) .....	70
4.1.14.3	Heilpädagogische Kleingruppen .....	70
4.1.15	Zwischenfazit .....	71
4.2	Zielgruppen .....	71
4.2.1	Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Kinder .....	71
4.2.2	Förderschwerpunkte .....	75
4.2.3	Soziale Lage der Eltern .....	77
4.2.4	Zwischenfazit .....	78
4.3	Leistungen .....	78
4.3.1	Allgemeine Frühförderung .....	79
4.3.2	Komplexleistung .....	80
4.3.3	Spezielle Frühförderung .....	81
4.3.4	Sozialpädiatrische Zentren .....	82
4.3.5	Leistungsarten .....	82
4.3.5.1	Mobil .....	82
4.3.5.2	Ambulant .....	84
4.3.5.3	Teilstationär .....	84
4.3.5.4	Stationär .....	84
4.3.6	Offenes Beratungsangebot .....	85
4.3.7	Elternarbeit .....	86
4.3.8	Angrenzende Leistungen .....	88
4.3.8.1	Medizinische Leistungen .....	88
4.3.8.2	Therapeutische Leistungen .....	88
4.3.8.3	Teilstationäre Maßnahmen .....	89

---

4.3.9	Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren.....	90
4.3.10	Frühe Hilfen .....	91
4.3.11	Zwischenfazit .....	93
4.4	System der Frühförderung .....	94
4.4.1	Gesamtsystem .....	94
4.4.2	Teilsysteme .....	95
4.4.3	Infrastruktur .....	96
4.4.3.1	Regionale Verteilung .....	96
4.4.3.2	Verteilung und Erreichbarkeit AFF .....	98
4.4.3.3	Verteilung und Erreichbarkeit IFF .....	102
4.4.3.4	Verteilung und Erreichbarkeit LFZ .....	105
4.4.3.5	Verteilung und Erreichbarkeit der SPZ .....	106
4.4.4	Anbieter .....	106
4.4.4.1	Anerkennungs- und Zulassungsverfahren AFF .....	106
4.4.4.2	Anerkennungs- und Zulassungsverfahren IFF .....	109
4.4.4.3	Trägerzugehörigkeit .....	113
4.4.4.4	Leitbilder und Leitlinien .....	116
4.4.4.5	Fach- und Führungskräfte .....	117
4.4.4.6	Qualitätsentwicklung .....	120
4.4.5	Zwischenfazit .....	122
4.5	Leistungsprozesse .....	122
4.5.1	Allgemeine Frühförderung .....	123
4.5.1.1	Zugangswege .....	124
4.5.1.2	Eingangsphase .....	126
4.5.1.3	Förderphase .....	127
4.5.1.4	Ausgangs- und Übergangsphase .....	128
4.5.2	Komplexleistung .....	129
4.5.2.1	Zugangswege .....	129
4.5.2.2	Eingangsphase .....	131
4.5.2.3	Förderphase .....	134
4.5.2.4	Ausgangs- und Übergangsphase .....	135
4.5.3	Spezielle Frühförderung .....	135
4.5.3.1	Zugangswege, Förderphase, Ausgangs- und Übergangsphase in der speziellen Frühförderung im LFZ-Sehen .....	135

---

4.5.3.2	Zugangswege, Förderphase, Ausgangs- und Übergangsphase in der speziellen Frühförderung im LFZ-Hören .....	136
4.5.3	Leistungsprozesse in SPZ .....	136
4.5.5	Zwischenfazit .....	137
4.6	Vernetzung .....	137
4.6.1	Strategien und Instrumente der Vernetzung .....	137
4.6.2	Vernetzung auf kommunaler Ebene .....	139
4.6.2.1	Einzelfallbezogene Kooperation .....	140
4.6.2.2	Netzwerkmanagement .....	144
4.6.3	Beispiele für kommunale Vernetzung .....	145
4.6.4	Vernetzung auf Landesebene .....	148
4.6.5	Zwischenfazit .....	150
4.7	Finanzierung .....	150
4.7.1	Kostenentwicklung im Gesamtsystem der Frühförderung....	150
4.7.1.1.	Kostenanteile und Kostenentwicklungen der Sozial- und Jugendhilfe .....	151
4.7.1.2	Kostenanteile der Krankenkassen .....	155
4.7.1.3	Finanzierungsformen .....	155
4.7.1.4.	Nicht finanzierte Leistungen .....	156
4.7.1.5	Finanzierung der Frühförderung im Rahmen eines Sozialraumbudgets .....	158
4.7.2	Finanzierung der AFF .....	159
4.7.3	Finanzierung IFF .....	161
4.7.3.1	Kosten und Kostenanteile .....	161
4.7.3.2	Finanzierungsformen .....	163
4.7.3.3	Pauschale Kostenerstattung .....	163
4.7.3.4	Nicht finanzierte Leistungen .....	164
4.7.3.5	Landesrahmenvereinbarung .....	165
4.7.3.6	Kooperation mit externen Therapeuten .....	167
4.7.3.7	Wirtschaftlichkeit der IFF .....	168
4.7.4	Zwischenfazit .....	169

---

<b>5. Frühförderung in den anderen Bundesländern .....</b>	<b>171</b>
<b>6. Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung in Schleswig-Holstein .....</b>	<b>181</b>
6.1 Zielgruppen .....	184
6.2 Leistungen .....	185
6.3 System der Frühförderung .....	186
6.4 Leistungsprozesse .....	187
6.5 Vernetzung .....	188
6.6 Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen .....	189
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen .....	191
Quellenverzeichnis .....	195
Autoren des Gutachtens .....	200
<b>Anlagen</b>	
Anlage 1 – Exemplarische Fallbeispiele .....	201
Anlage 2 – Programm der Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in der Sparkassenakademie in Kiel .....	206
Anlage 3 – Stellungnahme der AG Frühförderung bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein .....	207
Anlage 4 – Mitglieder des projektbegleitenden Beirats .....	209

## Abkürzungsverzeichnis

AFF	Allgemeine Frühförderung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWO	Arbeiterwohlfahrt
ASMK	Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
bhp	Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V.
BKiSchG	Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz)
BKK	Betriebskrankenkasse
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
CAU	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
FrühV	Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision
ICF-CY	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen
IFF	Interdisziplinäre Frühförderstelle
IKK	Innungskrankenkasse
JFMK	Jugend- und Familienministerkonferenz
JuFöG	Erstes Gesetz zur Ausführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Jugendförderungsgesetz)
KIGGS	Kinder- und Jugend Gesundheitsurvey – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KiTaG	Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflegestellen (Kindertagesstättengesetz)

KiTaVO	Landesverordnung über Mindestanforderungen für den Betrieb von Kindertageseinrichtungen und für die Leistungen der Kindertagespflege (Kindertagesstätten- und Tagespflegeverordnung)
KJSchutzG SH	Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein (Kinderschutzgesetz)
Kosoz	Koordinierungsstelle soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise
LFZ Hören	Landesförderzentrum Hören
LFZ Sehen	Landesförderzentrum Sehen
LRV-SH	Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des § 2 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (BGBl.I 2003 S. 998) in Schleswig-Holstein
MSGFG	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch: Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch: Sozialhilfe
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
VIFF	Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e.V.
ZVK	Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V.

## Vorwort

Dieses „Gutachten über Frühförderung in Schleswig-Holstein“ wurde Anfang 2010 im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (heute: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein) ausgeschrieben und in der Zeit vom 01. Mai 2010 bis 30. April 2012 realisiert.

Durch sein mehrdimensionales Forschungsdesign, einem Mix von quantitativen und qualitativen Methoden, wurde ein Höchstmaß an Aktivierung und Partizipation aller Akteure der Frühförderung in Schleswig-Holstein erreicht. Dies gilt insbesondere für die Vollerhebungen durch zwei Fragebogenaktionen, für zahlreiche Experten- und Fokusgruppeninterviews, 3 Workshops, die Datenerhebungen bei allen Sozial- und Gesundheitsämtern der Kreise und kreisfreien Städte sowie die Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ mit mehr als 170 Fach- und Führungskräften.

Durch dieses Vorgehen ist es gelungen, die Vielfalt der Akteure und die Systemlogiken, die ihr Handeln bestimmen, adäquat zu berücksichtigen und abzubilden. Das wichtigste Ergebnis ist die Kennzeichnung eines „Systems im Wandel“, das sich vor allem in seinen regionalen Spezifika außerordentlich differenziert darstellt. So entfalten beispielsweise Veränderungsprozesse der kommunalen Kostenträger erst nach und nach und in verschiedener Intensität ihre Wirkung, sodass zu vielen Fragestellungen sehr unterschiedliche Entwicklungsstände in den Regionen festgestellt werden mussten.

Umso wichtiger sind die Vorschläge und Empfehlungen des Gutachtens, die eine stärkere landesweite Steuerung und Strukturierung einfordern. Dies betrifft z. B. eine Neufassung der Landesrahmenvereinbarung für das Gesamtsystem und die Teilsysteme der Frühförderung, insbesondere im Hinblick auf verbindliche Mindeststandards und Vereinheitlichung der strukturellen Rahmenbedingungen. Dies gilt auch bezogen auf ein verbessertes System der Erfassung und Bewertung grundlegender Daten, um so über eine belastbare Basis für notwendige Veränderungen der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu verfügen.

Das Gutachten wurde begleitet durch einen Beirat, in dem alle für die Frühförderung in Schleswig-Holstein relevanten Organisationen und Institutionen vertreten waren. Zwischenergebnisse und der Entwurf des Endberichts wurden im Beirat rückgekoppelt und diskutiert, zahlreiche Anregungen wurden von den Gutachtern aufgegriffen.

Allen Mitwirkenden und begleitenden Akteuren gilt ein Dank für ihr Engagement und ihre Unterstützung – die Erwartungshaltung bezüglich der schrittweisen Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein „System im Wandel“ insbesondere an die fachpolitisch Verantwortlichen auf regionaler und auf Landesebene ist groß.

Wir danken Prof. Dr. Armin Sohns, Fachhochschule Nordhausen, der als bundesweit anerkannter Experte das Projektteam mit guten Ratschlägen begleitet und für diese Publikation eine Einordnung des Gutachtens in den Stand der nationalen und internationalen Fachdiskussion vorgenommen hat.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Ministerialrat Waldemar Kunkat, Referatsleiter des Referates „Sozialhilfe, Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (ohne Werkstätten)“ im MSGFG. Er hat über viele Jahre unerschütterlich an den Voraussetzungen zur Erteilung dieses Gutachtens gearbeitet und dessen Realisierung umsichtig begleitet – wir widmen ihm diesen Endbericht.

*Prof. Dr. Bernd Maelicke*

*Prof. Dr. Rainer Fretschner*

*Nina Köhler*

*Fabian Frei*

## **Einführung von Prof. Dr. Armin Sohns**

### **Frühförderung von Kindern im Vorschulalter im Spannungsfeld zwischen fachlichen Ansprüchen von Wissenschaft und Gesetzgeber und der (Nicht-) Umsetzung in der Praxis – Anmerkungen zur Studie „Vernetzung statt Versäulung – Frühförderung in Schleswig-Holstein“**

Die „Frühe Förderung“ unserer Kinder ist angesichts immer häufiger auftretender sogenannter „Entwicklungsauffälligkeiten“ in aller Munde. Eine tragende Rolle spielen hierbei verschiedene Grundanliegen von Politik und Gesellschaft, um deren Ausgestaltung aktuell diskutiert wird. All diese Bereiche sind mit dem interdisziplinären Gesamtsystem der Frühförderung unmittelbar verbunden:

- der Kinderschutz, und damit die Diskussion um „Frühe Hilfen“. Laut Homepage des „Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen“ weist die Bundesjugendministerin die Frühförderung als eine der vier tragenden Säulen aus
- die „Frühe Bildung“ von Kindern im Vorschulalter einschließlich der Umsetzung des gesetzlich beschlossenen Anspruchs auf *Inklusion*, der sich ohne das familienorientierte Frühfördersystem (oder neu zu schaffende Ersatzsysteme) und eine neu formierte Kooperation mit Kindertagesstätten und Schulen nicht umsetzen lassen
- die medizinisch-therapeutische Förderung, die – wie später ausgeführt wird – inzwischen offenbar zum Regelangebot für Kinder zwischen 4 bis 6 Jahren in Deutschland gehört. Und – nicht zuletzt –
- die im Gesetz verankerte pädagogische Frühförderung („heilpädagogische Leistungen“) von Kindern mit Entwicklungsrisiken und ihrer Familien, die per Gesetz als „Komplexleistung“ mit medizinischen und therapeutischen Leistungen (so wie vorschulischen Angeboten der Schulträger) aus einem abgestimmten Gesamtsystem zu erbringen ist.

Wenn wir für diese Frühförderung nun von einem *Spannungsfeld* sprechen zwischen den fachlichen Ansprüchen und der Umsetzung in die Praxis, so beinhaltet dies, dass sich die Fachlichkeit auf eine veränderte Umwelt einstellen musste, die auch Auswirkungen auf das System der Frühförderung mit sich brachte.

Und dass sich diese Fachlichkeit mit den Leistungsträgern, die für ihre Finanzierung und weitere Ausgestaltung zuständig sind, schwer tut: Die Organisation der Frühen Hilfen in der Praxis ist weitgehend ineffizient und von ineffektiven fachlichen Schwerpunkten geprägt. De facto finanzieren wir mit großem Aufwand seit Jahrzehnten unvermittelte Parallelsysteme zu Lasten von Kindern und Familien, weil es der administrativen Ausgestaltung trotz gesetzlicher Vorgaben offensichtlich nicht gelungen ist, eigene Zuständigkeiten in ein abgestimmtes Gesamtsystem zu integrieren.

Die Veränderungen in der Frühförderung sind geprägt von einer in den letzten Jahrzehnten zum Teil dramatisch steigenden Nachfrage. Gleichzeitig sind die Kommunen als traditioneller Leistungsträger einer (pädagogischen) Frühförderung in ihren finanziellen Möglichkeiten zunehmend begrenzt, so dass die Hilfemöglichkeiten für das einzelne Kind und seine Familie eingeschränkt wurden. Umso mehr wäre zu erwarten, dass großer Wert auf die Effizienz der Leistungen gelegt wird. Schließlich führen die sich weiterentwickelnden fachlichen Grundlagen in Folge wissenschaftlicher Erkenntnisse (z. B. der Neurobiologie, Resilienz- und Bindungsforschung) zu neuen Ansprüchen, die vor allem aus der Theorie an die Praxis der Frühförderung herangetragen werden. In diesem Dreieck (Fachpersonen, Leistungsträger und Leistungsanbieter) werden alle Beteiligten vor neue Herausforderungen gestellt.

### *Die Kinder in der Frühförderung*

Um die fachlichen Ansprüche bewerten zu können ist es notwendig, einen Blick auf die Frühförderkinder und ihre Indikationen für die Inanspruchnahme von Frühförderung zu werfen. Diese haben sich in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten gravierend verändert: Standen in den 1980er Jahren in den deutschen Frühförderstellen eindeutig noch Kinder mit medizinisch diagnostizierten „Behinderungen“ (körperlich, geistig, mehrfach behindert) im Mittelpunkt, so hat sich dieses Verhältnis ins Gegenteil verkehrt. Am Beispiel der beiden bislang einzigen Volluntersuchungen jeweils eines ganzen Bundeslandes, bei der 100% der Frühförderstellen erfasst und *alle* Kinder in der damaligen Frühförderung Mecklenburg-Vorpommerns (Sohns 2001) und Thüringens (Sohns et al. 2013), diagnostiziert werden konnten, zeigt sich, dass diese „klassischen“ Behinderungsformen nur noch etwa 20-25% der Kinder in den Frühförderstellen ausmachen. Der eindeutige Schwerpunkt sind Kinder mit „Allgemeiner Entwicklungsverzögerung unklarer Genese“, also Kinder, bei denen eine eindeutige Indikation für Hilfen vorliegt (z. B. 4-jährige auf dem Entwicklungsstand von 2-jährigen), ohne dass

die Ursache für diese fehlende Entwicklung eindeutig benannt werden kann. Sie scheinen im hohen Maße durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflusst und korrelieren auch mit den weiteren 19% (Mecklenburg-Vorpommern 2000) und 36,7% (Thüringen 2010) von Kindern mit sogenannten „psycho-sozialen Auffälligkeiten“.

Auch die vorliegende Studie aus Schleswig-Holstein belegt diese Tendenz eindrucksvoll. Wenn selbst die kreiseigenen Gesundheitsämter angeben, 100% der Kinder hätte eine „allgemeine Entwicklungsverzögerung“ und „psycho-soziale Belastungen“, so widersprechen sie hiermit den eigenen kommunalen Spitzenverbänden, die die Frühförderung einseitig als Leistungen der Eingliederungshilfe nur dem SGB XII zuordnet.

Wir können heute davon ausgehen, dass Kinder mit allgemeinen Entwicklungsverzögerungen und psycho-sozialen Auffälligkeiten inzwischen etwa 80% der Kinder in Frühförderstellen ausmachen. Dies muss Auswirkungen auf die Konzepte der Frühförderung haben.

### *Der Verlust einfacher autoritärer Leitlinien in der Erziehung*

Der bisherige Fokus des Gesetzgebers liegt bei vorschulischen Hilfen im Wesentlichen auf traditionellen Familienstrukturen. Als primäres Sozialisationsfeld gilt – anders als in der ehemaligen DDR – die Familie, insbesondere die Mutter. Der Staat hat sich traditionell im Vorschulbereich aus den familiären Strukturen weitgehend herauszuhalten. Entsprechend spät und zögerlich wurden auch erst in den 1960er und 70er Jahren überhaupt erste Hilfeangebote für Familien mit Kindern im Vorschulalter systematisch eingerichtet. Eingebettet waren die Ansprüche an die Erziehung durch die Familie in umfassende gemeinschaftliche Strukturen, durch die Erziehungsprinzipien, -ausrichtung und -methoden vorgegeben wurden. Weiter gegeben wurde dies durch die Elterngeneration, aber auch durch eine soziale Kontrolle in überschaubaren Sozialstrukturen und übergeordneter Autoritäten – insbesondere Staat und Kirche.

Mit dem Wandel dieser traditionell-bürgerlichen Gesellschaft zur Risikogesellschaft wurde sich aus diesen autoritär-fremdbestimmenden Vorgaben befreit. Damit entstand jedoch nicht nur eine Wahlfreiheit sondern auch ein Entscheidungszwang und eine Übertragung der Verantwortung für ein gelingendes Leben (und eine gelingende Erziehung) auf jeden Einzelnen. Dort wo früher Gesellschaft, Moral und Gemeinschaften feste Wege vorgegeben haben, müssen nun die Individuen selbst Verantwortung übernehmen und Entscheidungen treffen.

Mit dem gesellschaftlichen Anspruch, ihre Kinder zu wohl erzogenen, disziplinierten und leistungsstarken Mitgliedern unserer Gesellschaft heran zu führen, sie anzuregen, zu fördern, zu schützen und ihnen emotionale Sicherheit und Stabilität zu bieten, wird Familie immer mehr isoliert. Der Rahmen von stützenden und überschaubaren Sozialräumen und klaren ideologischen Leitlinien weicht einer hohen Eigenverantwortung. In dieser „reflexiven Modernisierung“ (Keupp) verliert die Welt an Eindeutigkeit und Klarheit. Diese Individualisierung und Pluralisierung, die sich der breite Mittelstand nicht mehr nehmen lässt, führt zu Widersprüchen und Ambivalenzen mit der Konsequenz, dass „die innere Kontrolle die äußere Kontrolle ersetzen (muss)“ (Fend). Genügte also früher als zentrale Autorität der Status der Elternschaft mit dem Spruch: „So etwas tut man nicht“, so verlangt uns die Risikogesellschaft heute eine wesentlich höhere Reflexion ab. Der Satz müsste entsprechend modifiziert werden: „Ich erkenne die Notwendigkeit und den Halt eines Solidargefüges an und bin bereit, eigene egoistische Ansprüche zu dessen Gunsten zurück zu stellen“ – *welch ein Anspruch an Reflexion für die einzelnen Individuen in der neu entdeckten Fun-Gesellschaft!*

Wir müssen uns nicht wundern, dass ein Teil unserer Gesellschaft (und ihrer Eltern) – gerade mit geringerem Bildungsstand und Reflexionsvermögen – einer größeren Gefahr der Überforderung ausgesetzt ist. Die höheren Ansprüche bleiben nicht ohne Auswirkung auf den Halt für Kinder und die Anregungen, die ihnen in dieser Gesellschaft gegeben werden.

Hinzu kommt die Tatsache, dass gerade junge Eltern immer weniger Modelle in Form von Kleinfamilien aber auch in Form von Freundschafts- und Bekanntenkreisen erhalten, aus denen die Kompetenz zur Anregung und Erziehung kleiner Kinder gelernt werden kann. Kommen dann noch zusätzliche Stressoren wie Armut und Arbeitslosigkeit hinzu, die den Alltag gerade im sozial benachteiligten Milieu prägen, steigt nochmals die Wahrscheinlichkeit einer Überforderung in der Erziehung.

### *Die Meta-Studie KiGGS*

Dies wirkt sich nicht nur auf den pädagogischen Bereich, sondern ebenso auf den Gesundheitsbereich aus. Die größte Metastudie, die hierzu in Deutschland jemals durchgeführt wurde („KiGGS“ mit über 17.000 untersuchten Kinder und Jugendlichen allein im Kernsurvey und weiteren Studien im Umfeld) lieferte uns auch für Deutschland sehr interessante, signifikante Ergebnisse. Es wurde offenbar, wie auch die Gesundheit unserer Kinder in entscheidenden Maße von gesellschaftlichen und individuellen Rahmenbedingungen bestimmt wird. Hierbei

spielen Migration- oder auch Wohnsituation und Umweltbedingungen eine große Rolle, aber insbesondere die soziale Lage und die individuelle Familiensituation.

KiGGS kommt zu dem Ergebnis, dass die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst – aber nur noch eine knappe Mehrheit. Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen zeigt gesundheitliche Beeinträchtigungen, die insbesondere in Familien mit niedrigen sozialen Status auftreten. Fazit von KiGGS ist, dass personale, familiäre und soziale Ressourcen in einer benachteiligten Lebenslage stark eingeschränkt sind und zu Entwicklungsnachteilen für Kinder führen. Insoweit ist KiGGS ein eindringliches Plädoyer für eine zielgruppen- und ressourcenorientierte Prävention – und entsprechende fachliche Angebote.

### *Die „Neue Morbidität“ bei der kindlichen Gesundheit*

Hans *Schlack* als einer der führenden deutschen Sozialpädiater und Mitwirkender an der KiGGS-Studie spricht in diesem Zusammenhang vor einer „neuen Morbidität“, bei der sich immer mehr akute Krankheiten zu chronischen Krankheiten verändern und primär körperlich bedingte Krankheiten zu psychischen und funktionellen Entwicklungsstörungen. Insgesamt muss eine Zunahme des sogenannten „Sozialen Gradienten“ festgestellt werden, wonach die Erkrankungs-wahrscheinlichkeit insbesondere bei Kindern aus der unteren Sozialschicht steigt.

Die Familie soll also anstelle der zunehmend in Frage gestellten traditionellen Autoritäten eine gesellschaftliche Anregungs-, Aufsichts-, Motivierungs-, und Kontrollinstanz alleine ausfüllen. Gleichzeitig scheint die dramatische Zunahme an Frühförderkindern bereits seit längerem mit einer hohen Verunsicherung der Eltern mit Erziehungsfragen zu korrelieren: 50% der Eltern „wissen nicht, woran sie sich bei der Erziehung halten sollen“ (Shell-Studie 2000). 20% der Kinder sind laut KiGGS-Studie psychisch auffällig (ebenso: Studie des BDP 2007, AOK-Gesundheitsbericht 2011). Insgesamt zeigt sich ein hoher Einfluss von ökonomischen, sozialen und beruflichen Lebensbedingungen.

*Schlack* fasst dies mit Bezug auf die breit diskutierten Todesfälle in sozial benachteiligten Familien (häufig Alleinerziehende) im Umfeld von Vernachlässigung und fehlenden Anregungen für kleine Kinder mit den Worten zusammen: „Die spektakulären Fälle von Kindesvernachlässigung mit Todesfolge sind die Spitze des Eisbergs. Der weitaus größere Teil der vernachlässigten (deprivierten) Kinder wird zwar nicht um das Leben, wohl aber um wesentliche Chancen im Leben gebracht“ (Schack 2008, 151).

### *Dramatische Steigerung der „Hilfen zur Erziehung“*

Wenn wir uns die Veränderung der Nachfrage nach Hilfemaßnahmen in eben jenem Umfeld anschauen, so müssen wir zum Teil dramatische Steigerungen feststellen, insbesondere bei den „Hilfen zur Erziehung“ (HzE) im Rahmen der Jugendhilfe: Obwohl die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 27 zwischen 1991 und 2006 um 14 % zurück gegangen ist, ist die Nachfrage nach HzE insgesamt um 79,3 % gestiegen. Der Anteil der Kinder, die entsprechende Hilfen in Anspruch nehmen mussten, hat sich also in Deutschland in dieser Zeit mehr als verdoppelt. Als Hauptgründe hierfür gibt das Statistische Bundesamt an: 1. „Gesellschaftliche Veränderungsprozesse“, 2. „Individuelle Überforderung der Eltern“. Am häufigsten wird entsprechend noch immer *Erziehungsberatung* in Anspruch genommen (47,7%), aber immer häufiger die aufwändigere „Sozialpädagogische Familienhilfe“. Hier betrug die Steigerungsrate zuletzt über 200 %. Dies weist auf dramatische Änderungen in unserer Gesellschaft hin.

Mit 4,5 Milliarden Euro jährlich sind die gesellschaftlichen Kosten für die „Hilfen zur Erziehung“ in Deutschland sehr hoch. Insbesondere die Herausnahmen aus den Familien stiegen in den letzten zehn Jahren dramatisch.

### *Der kindliche Kampf um Stabilität und Sicherheit*

Wir müssen uns fragen: Was geschieht mit Kindern, deren Bedürfnisse, Unsicherheiten und Ängste nur unzureichend wahrgenommen werden? Im Sinne der klassischen Bedürfnispyramide (Maslow) wird zunächst nach der Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse gestrebt: Ernährung, Wärme, Pflege, subjektives Schutzgefühl, aber auch Liebe, Akzeptanz und verlässliche soziale Beziehungen. Werden diese erfüllt, ermöglichen sie Selbstwirksamkeitserfahrungen und bilden das Fundament für eine *sichere Bindungsbasis*. Nur auf ihrer Grundlage entwickeln sich ein kontinuierliches Explorationsbedürfnis und damit die Aneignung von Wissen und Bildung. Entsprechend kämpfen Kinder, deren Grundbedürfnisse nur unzureichend erfüllt werden, primär um fundamentale Zuwendungen und investieren (ihre kindlichen Ressourcen) in die Versuche, auf sich aufmerksam zu machen und ihr kindliches Gleichgewicht stabil zu halten. Diese Ressourcen fehlen für ein kindliches Neugierverhalten und damit für kognitive Entwicklungsprozesse. Häufig korrelieren diese erschwerenden Entwicklungsbedingungen mit fehlenden kognitiven Anregungen. Die Kinder zeigen eine erhöhte Vulnerabilität und einen frühzeitigen Resilienzbedarf.

### *Die fachliche Ausrichtung von Hilfeangeboten*

Entsprechend zeigen sich auch im Bereich der *Frühförderung* als benachbartem System ähnlich hohe Nachfragen: Etwa jedes 5. Kind wird zum Zeitpunkt der Einschulung nicht „normal“ eingeschult, insbesondere wegen sog. Sprach- und Koordinationsstörungen, aber auch in zunehmenden Maße „Aufmerksamkeitsstörungen“. Und auch im Vorschulbereich steigt die Nachfrage weiter: Laut ISG-Studie im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums stieg die Inanspruchnahme von pädagogischer Frühförderung von 2000 bis 2006 um 14%. Es ist verständlich, dass die Kommunalen Kostenträger dieser Tendenz administrativ entgegenwirken wollen.

Noch gravierender sind die Daten der Inanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Maßnahmen durch Kinder im Vorschulalter: Wir können heute davon ausgehen, dass beinahe jedes 3. Kind im Alter von 3 bis 6 Jahren eine therapeutische Maßnahme wahrnimmt. Dies sind Hunderte von Millionen Euro (vgl. ISG 2012, 33), die die Krankenkassen regelmäßig finanzieren. Insoweit ist es nicht verwunderlich, dass sich bspw. die Zahl der Ergotherapie-Praxen in Deutschland in den letzten 15 Jahren in etwa verdreifacht hat.

Wir müssen uns fragen, ob diese Inanspruchnahme fachlich begründbar und zu den gewünschten Erfolgen führt. Wir müssen uns aber auch fragen, ob die Hilfesysteme effizient strukturiert sind, ob wir also mit der derzeitigen Struktur unserer Hilfe und der Zugänge zu ihnen wirklich diejenigen Kinder erreichen, die eine Hilfe durch Systeme der Frühförderung am nötigsten haben:

Parallel zu der hohen Inanspruchnahme von Frühförderhilfen vor allem im medizinisch-therapeutischen Bereich mussten wir gleichzeitig feststellen, dass ein Großteil der Kinder, die bei der Einschulungsuntersuchung plötzlich als „behinderte Kinder“ mit sonderpädagogischem Förderbedarf nicht in die Regelschule aufgenommen werden (können), zuvor keinerlei Hilfen durch die Frühförderung erhielten. Bei einer Auswertung von Akten im Gesundheitsamt in Neubrandenburg durch eine studentische Gruppe mussten wir feststellen, dass 75 % der Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf zuvor keinerlei Förderung durch eine Frühförderstelle erhielten und 25 % überhaupt keine Hilfen. Klein kam bei seinen Untersuchungen in Baden-Württemberg zu ähnlich hohen Zahlen. Auch die vorgelegte Studie zeigt für Schleswig-Holstein auf, dass zum Zeitpunkt der Einschulung 14 % der Kinder sonderpädagogischen Förderbedarf aufweisen, während zuvor nur 5 % der Kinder ambulante oder teilstationäre Frühförderung erhielten, also auch hier nur ca. 35 % des nach der Einschulung festgestellten Bedarfs durch Frühförderung erfasst wurde. Wir müssen uns also gleichzeitig fragen, ob wir mit der hohen Inanspruchnahme von Hilfeleistungen auch tatsächlich dieje-