

# DOKUMENTATION

zur Fachtagung

„Therapeutische Unterstützung von  
Kindern mit besonderen Bedürfnissen  
in Kindertageseinrichtungen“

am 3. und 4. Dezember 2007  
im FEZ Wuhlheide Berlin





## INHALTSVERZEICHNIS

### **Eröffnungsworte zur Tagung**

Frau Dr. Rautenberg  
Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung..... 5

### **„Ein ganz normales Leben...“ – Szenen aus dem Leben einer Familie**

Frau Prof. Dr. Nicklas-Faust  
Evangelische Fachhochschule Berlin / Bundesvorstand der Lebenshilfe..... 7

### **Einführungsvortrag – „Mehr Familie anstatt mehr Therapie“**

Eine andere Sicht der Förderung behinderter Kinder  
Herr Prof. Dr. Schlack; Bonn..... 11

### **Präsentation**

#### **„Von der ambulanten Therapie zur mobilen Versorgung der Kindertageseinrichtungen in Kreuzberg“**

Zentrum für Kindesentwicklung e.V.  
Frau Dr. S. Safavi, S. Palhorn-Karl, H. Wilborn-Schiel, C. Steinmetz ..... 30

### **Präsentation**

#### **„Vorstellung des Konzeptes: Mobile Betreuung in Kindertageseinrichtungen in Steglitz-Zehlendorf“**

Spastikerhilfe eG  
Frau Dr. S. Heicapell, Frau U. Noffke, Frau U. Lang-Lendorff..... 36

### **Präsentation**

#### **„Dialog mit Kindertageseinrichtungen in Schöneberg, Tiergarten und Wedding“**

Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V.  
Frau R. Wolff, Frau Große-Rode, Frau Kalthoff ..... 39

### **Präsentation**

#### **„Integrative Arbeit in einem Brennpunktbezirk – eine Herausforderung für die mobile Tätigkeit der KJA/SPZ“**

Lebenshilfe gGmbH, KJA/SPZ Neukölln  
Frau Dipl.-Psych. A. Willms-Faß, Frau A. Röttger, Frau A. Caspari ..... 48

### **Interview zur Geschichte der Integration in Berlin**

Koordinationsstelle der Kinder- und Jugendambulanzen/  
Sozialpädiatrische Zentren  
Herr Dipl.-Psych. D. Vogel ..... 58

### **Forum**

#### **„Therapie in Kleingruppen gemeinsam mit Kindern mit und ohne Behinderung oder Einzeltherapie“**

Lebenshilfe gGmbH  
Frau S. Reichert..... 60

<b>Forum</b>	
<b>„Zusammenarbeit von Therapeut/innen und Erzieher/innen in der Kindertageseinrichtung“</b>	
Diakonisches Werk Tempelhof-Schöneberg e.V. Frau C. Jirka, Frau P. Strunk .....	63
<b>Forum</b>	
<b>„Kooperation mit Eltern von Kindern mit Behinderungen“</b>	
Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V. Herr Dipl.-Psych. F. Gerbrand .....	66
<b>Forum</b>	
<b>„Sprachunterstützung durch Logopäden/innen und Erzieher/innen für Kinder mit Sprachproblemen“</b>	
Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V. Frau C. Deckenbach.....	72
<b>„Berlin-Café“</b>	
Diskussion in Gruppen - „Förderung und therapeutische Unterstützung behinderter Kinder in der Kindertageseinrichtung“	
Moderation: Frau Zinser; Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Herr Vogel; Koordinationsstelle der Kinder- und Jugendambulanzen/ Sozialpädiatrische Zentren .....	75
<b>Abschluss der Tagung</b>	
„Irgendwie anders“ .....	76
<b>Fotos von der Tagung</b> .....	78
<b>Auswertung der Evaluationsbögen der Teilnehmer</b> .....	78
<b>Büchertisch</b> .....	84

**Eröffnungsworte zur Tagung  
Frau Dr. Rautenberg  
Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung**

---

Ich freue mich, sie zur Fachtagung „Therapeutische Unterstützung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen in Kindertageseinrichtungen“ begrüßen zu können.

Bisher gab es in Berlin noch keine Veranstaltung dieser Art, in der sich die Fachpraxis der KJA/SPZ mit Fachkräften der Kindertagesbetreuung zu einem gemeinsamen Fachthema treffen. Wünsche und Erwartungen diesbezüglich gab es viele. Es brauchte einige Zeit, um diese Fachtagung Realität werden zu lassen! Den letzten Anstoß gab letztendlich meine Kollegin, Frau Zinser, die im Frühjahr diesen Jahres bedauernd feststellte, dass sie es in ihrem Berufsleben wohl nicht mehr schaffen wird, ein lang gehegtes Anliegen, eine Tagung zum Thema mobile Versorgung zu realisieren, in die Tat umzusetzen. Frau Zinser irrt höchst selten, aber in diesem Falle schon!

Die Senatsverwaltung hat sich für die Organisation und Durchführung dieser Tagung einen Partner gesucht: die Koordinationsstelle der Kinder- und Jugendambulanzen/SPZ - angesiedelt beim Sozialverband VdK. Die Koordinationsstelle hat u. a. die Aufgabe, die KJA/SPZ bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben z.B. durch Beratung und einrichtungs- und trägerübergreifende Klärungen von Fachfragen zu unterstützen und die Zusammenarbeit der KJA/SPZ trägerübergreifend zu fördern und zu koordinieren. Insofern lag es nahe, dass Senatsverwaltung und Koordinationsstelle aufgrund ihrer Aufgaben ein gemeinsames Interesse an einer Veranstaltung wie dieser hier haben.

Unsere Aufgabe ist es unter anderem, dafür Sorge zu tragen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die geeignet sind, dass Sie in der Praxis Ihren Auftrag einer bedarfsgerechten Versorgung von Kindern mit Behinderungen in einer guten Qualität erfüllen können.

An dieser Stelle möchte ich herzlich all den Helfern und Helferinnen danken, die diese Tagung vorbereitet haben und zum guten Gelingen beitragen werden. Namentlich und stellvertretend ist an erster Stelle Frau Zinser zu nennen, die mit all ihrer Fachkompetenz maßgeblichen Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung genommen hat, aber auch mit aller Gewissenhaftigkeit zur organisatorischen Vorbereitung beigetragen hat. Außerdem möchte ich Herrn Wahl als organisatorischen Leiter aus unserem Hause sowie Frau Pompe und Herrn Vogel von der Koordinationsstelle nicht unerwähnt lassen.

Worum geht es uns mit dieser Tagung? Der Titel verdeutlicht den Gegenstand, mit dem wir uns in den beiden Tagen befassen werden. Uns geht es im Interesse von Kindern mit Behinderungen um die inhaltliche Weiterentwicklung und inhaltliche Ausgestaltung der therapeutischen Arbeit und um die Optimierung und Nachhaltigkeit.

Das dazu

- die Befassung mit dem Thema aus unterschiedlichem Blickwinkel,
- der fachliche Austausch,
- das Hören möglicherweise anderer Herangehensweisen,
- das Aufnehmen von Anregungen,
- auch das Vermitteln von Einblick in spezielle Arbeitsbereiche und möglicherweise das Wecken von Verständnis für andere Arbeitszusammenhänge und Leistungsfelder,
- das Knüpfen von Kontakten als Grundlage für eine zukünftige Zusammenarbeit

beitragen kann, liegt auf der Hand. Die Fachtagung wird hierfür vielfältige Möglichkeiten bieten!

Das Land Berlin setzt sich zielstrebig dafür ein, das gleichberechtigte Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung zu fördern. Deshalb ist die Förderung der integrativen Erziehung von Kindern und die Gewährleistung von Chancengleichheit z.B. in Bezug auf frühkindliche Bildung eine der wichtigen fachpolitischen Aufgaben im Rahmen der Kindertagesbetreuung. Die besondere Chance der integrativen Erziehung in Kindertageseinrichtungen liegt in der Unvoreingenommenheit, mit der Kinder aufeinander zugehen. Diese Chance gilt es zu nutzen!

Eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten besteht darin, dass die integrative Erziehung den Zielen des Bildungs- und Förderungsauftrages der Kindertagesbetreuung ebenso entsprechen muss wie dem Eingliederungsauftrag. Das schließt eine ausreichende therapeutische und heilpädagogische Versorgung mit ein und erfordert eine intensive Vernetzung zwischen Kindertageseinrichtungen und Kinder- und Jugendambulanzen/SPZ, niedergelassenen Ärzten und den fachspezifischen Diensten des Jugendamtes. Über das Wie werden wir uns hier verständigen! Deshalb lassen Sie uns jetzt in das fachliche Thema einsteigen. Ich wünsche Ihnen/uns eine erfolgreiche Fachtagung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## **Szenisches Anspiel**

### **Leben mit einem behinderten Kind - Szenen aus dem Alltag**

#### **1. Zwischen Alltag und Therapie – die Suche nach dem richtigen Weg**

Frau Sommer kommt mit ihrer dreijährigen behinderten Tochter Lisa auf dem Arm nach Hause. Sie war im Sozialpädiatrischen Zentrum zur Ergotherapie und auf dem Heimweg ist Lisa eingeschlafen. Sie setzt sich an den Tisch und ruft ihre Freundin Anke an.

Hallo Anke,

ich muss dich einfach mal anrufen. Ich komme gerade aus dem SPZ zurück und Lisa ist im Auto gleich eingeschlafen, so kaputt war sie.

Ja, genau, da hatte Lisa wieder Ergo. Und ich habe der Therapeutin davon erzählt, wie mir Gudrun diese neue Therapie aus der Ukraine ans Herz gelegt hat. Dass Lena danach ganz tolle Fortschritte gemacht hat und alle im Kindergarten ganz begeistert sind. Na, da konnte ich mir etwas anhören, zum einen findet sie das dort längst nicht so toll und diesen Therapietourismus ganz fürchterlich – was mich auch erleichtert hat – du weißt ja, wie Gudrun ist.

Genau, wenn es nach ihr geht, sind wir anderen alle zu schlapp und tun viel zu wenig für unsere Kinder. Und Lena macht ja wirklich tolle Fortschritte, aber da dreht sich das ganze Leben nur noch um neue Therapien, was anderes gibt's ja gar nicht. Da ist kein Weg zu weit und kein Aufwand zu groß. Aber dann hat die Therapeutin so richtig losgelegt, dass sie im Team auch schon überlegt haben, dass Lisa neben Ergo und KG unbedingt noch Logo haben müsste, jetzt wo sie mit dem Brabbeln anfängt. Aber dass sie jetzt ja schon den Eindruck haben, dass wir zuhause nicht genug mit ihr üben. Wo das doch so wichtig wäre. Und ob ich denn wüsste, dass sich das auf die Zukunft meines Kindes auswirken würde. Wo doch die geistige Entwicklung auch von der motorischen Entwicklung mit abhängen würde und was sie noch alles gesagt hat. Da kam ich mir wieder ganz klein vor. So wie damals als wir das erste Mal die Diagnose bekommen haben. Nun hast du ein behindertes Kind zur Welt gebracht, was hast du da wieder falsch gemacht? Meine Schwiegermutter hat ja auch gleich gesagt, in unserer Familie gibt es so was aber nicht!!! Eigentlich denke ich jetzt oft, dass es alles doch ganz in Ordnung ist, wie es ist – und dann wirft mich so was wieder um. Dein Kind ist behindert und du tust nicht alles, was in deiner Macht

steht, um ihm zu helfen. Wo Förderung so wichtig ist, und den Kindern damit so viel offen steht, was sonst nicht möglich ist.

Ja, ich weiß, dass ich übertreibe, aber es ist so furchtbar, wenn du das Gefühl hast, du bist einfach nicht die gute Mutter, die dein Kind bräuchte, gerade weil es behindert ist. Und es ist mir manchmal einfach alles zuviel, da lege ich mich einfach zu Lisa auf die Decke und singe ihr was vor – obwohl ich eigentlich mit ihr turnen müsste. Oder ich trinke eine Tasse Kaffee und bin froh wenn sie einfach so für sich ruhig ist. Und wenn wir dann beide ganz ruhig sind, kommt plötzlich das schlechte Gewissen hoch – deine Ruhe zu haben, ist dir wichtiger als dein Kind zu fördern. Da hat mich die Therapeutin voll erwischt.

Genau, ich komme mir wie ertappt vor. Hausaufgaben nicht gemacht – wie soll das nur enden? Da ist dann plötzlich diese Hilflosigkeit wieder wie im ersten Jahr – Lisa hat soviel geweint und ich konnte sie nicht beruhigen. Wenn wir zur Kinderärztin gegangen sind, weil wir dachten, sie ist krank, weil sie so jämmerlich geweint hat, hat die immer nur gesagt, da ist nichts. Und das sie gar nicht an die Diagnose glauben kann, diese Kinder seien doch immer fröhlich. Aber Lisa hat geweint und geweint. Und nichts hat geholfen – da war schon immer das Gefühl, du kannst das nicht, du machst was falsch. Und die anderen Eltern gucken ohnehin immer nur mitleidig, behindertes Kind so ein Schicksal!

Genau. Und auch der Neurologe, der auch gesagt hat, ja, am Anfang würden die Eltern sich bemühen, aber dann würden sie oft zuwenig für die Kinder tun. Und unsere Kinder haben ja sowieso schon schlechte Karten, da hätten sie die beste Förderung verdient.

Ja, ich weiß, dass wir schon eine Menge tun, aber es bleiben diese Zweifel – und dann immer die Frage, tust du das Richtige. Mit einem behinderten Kind gehst du ja ständig zu Experten, ob du willst oder nicht und jeder einzelne von denen ist sich sicher, genau zu wissen, was das Richtige ist. Aber jeder hat eine andere Meinung, unsere Kinderärztin fand, Lisa sollte unbedingt Voitja kriegen, im SPZ war dann Bobath das Richtige und die Therapeutin in der Kita findet, wir sollten uns um Petö bemühen. Und wir quälen uns mit der Frage, was ist jetzt das Richtige, denn wenn wir das Falsche nehmen, ist es wieder ein Stein mehr auf Lisas Weg.

Ja, und weißt du Elisabeth, die geht zu Pikler, da ist alles wieder anders. Da finden die, die Kinder sollen selbst den ersten Schritt gehen, und die Therapeuten sie dabei unterstützen. Die finden sogar, manche Therapien schaden mehr als sie nützen. Weil auch ein behindertes Kind erstmal so sein dürfen soll, wie es ist. Darüber will ich dann lieber gar nicht mehr nachdenken. Dann weiß ich gar nicht mehr, was ich tun soll. Wenn ich geahnt hätte, wie kompliziert es ist, Mutter zu sein: soviel gute Ratschläge bekommen und sowenig wissen, was richtig ist...



## 2. Ein Blick zurück – viel ist geschafft, trotzdem ist nicht alles einfach

Ein Brief an eine alte Freundin

Liebe Marie,

vielen Dank für das wunderschöne Photoalbum zu 20 Jahren mit Anna – was da alles passiert ist. Soviel ist beim Betrachten der Bilder wieder lebendig geworden.

Wir beide hatten uns gerade kennen gelernt, die Kinder waren noch klein, als Anna geboren wurde. Sie war so ein einfaches, anspruchsloses Baby, aber dann kam allmählich die Entwicklungsverzögerung, später die Anfälle. Erst war es die angstvolle Unsicherheit, ein Leben wie unter einer Käseglocke, nicht zu wissen, was dahinter steckt – und mit der Gewissheit über ihre Behinderung haben wir plötzlich den Boden unter den Füßen verloren. Schließlich die Anstrengungen, als sie ständig krank und wegen ihrer Anfälle so oft im Krankenhaus war, und einer von uns mit ihr. Die schlaflosen Nächte, in denen wir zehnfach nachgeholt haben, was sie uns am Anfang erspart hat. Felix und Rebecca waren ja auch noch klein. Aber irgendwann ging diese schlimme Zeit vorbei und alles hat sich eingespielt.

Wie schön war der Tag, als sie endlich ihre ersten Schritte tat – wie viele Stunden Krankengymnastik, oft mit den beiden Großen im Schlepptau, lagen da hinter uns. Sie begann ganz anders und freier zu leben, sie fing an, ihre Welt zu entdecken und Unfug ohne Ende anzustellen. Das ständige Rückenweh war mit einem Mal auch viel besser.

Ihr erster Schultag, im Matrosenkleid macht sie sich auf den Weg, unsicheren Schritts, aber sie geht. Doch das sind auch die Tage gewesen, wo die Unterschiede plötzlich wieder so greifbar im Raum standen.

Damals haben wir beschlossen, dass ich nicht wieder arbeiten gehe. Es fiel mir sehr schwer, und doch war es das Beste, um genug Zeit und Kraft für alles zu haben. Schließlich wollten wir nicht nur überleben, sondern auch mal Ruhe füreinander haben – unsere große Krise hatten Peter und ich da gerade eben erst hinter uns.

Und später, die Bilder vom Urlaub an der Ostsee: Anna wurde allmählich älter, im Badeanzug sieht man schon ihren Busen, da kamen die Ängste, sollten wir unsere Kleine nicht mehr behüten, was kommt da alles auf sie zu? Und noch heute ist dieses Gefühl so aus dem Nichts plötzlich da.

Als sie 18 wurde, wurde mir das Herz noch einmal sehr schwer – die andern beiden haben sich da so selbstverständlich auf ihren eigenen Weg gemacht, auch wenn man Jahre später noch manchmal an ihrem gesunden Menschenverstand zweifeln kann. Aber für Anna würden immer andere die Entscheidung übernehmen. Wie schwer ist mir der Schritt zur Einleitung der

Betreuung gefallen – auch wenn sich eigentlich gar nichts geändert hat, wir sind für sie verantwortlich, wie die 18 Jahre zuvor.

Und jetzt ist sie schon 1 Jahr in der Tagesförderstätte. Sie sieht jetzt oft wie eine junge Dame aus und amüsiert sich doch noch über ulkige Geräusche, wie schon als kleines Kind. Und wenn sie sich so freut, ist es immer noch so ansteckend wie eh' und je.

Wenn ich alles so bedenke, so dachte ich am Anfang manchmal, es ist gar nicht zu schaffen. Dann kam die Phase, wo ich glaubte, alles im Griff zu haben. Inzwischen ist mir klar, dass das Leben weiterhin voller Überraschungen ist. Das Leben mit und für Anna hat mein Leben sehr geprägt, vieles was mir selbstverständlich schien, nur für ein paar Jahre aus dem Beruf auszusteigen, Kinder zu haben, die irgendwann flügge werden und mich allenfalls als Babysitter für Enkel brauchen, ist dahin. Und manchmal mache ich mir große Sorgen, was die Zukunft bringt, wenn ich älter werde und das alles nicht mehr schaffe. Wer wird dann für Anna da sein? Felix und Rebecca haben schon als Kinder immer wieder zurückgesteckt - ihnen möchte ich das eigentlich nicht aufbürden.

Aber jetzt muss ich schließen, ich muss noch die Papiere für die Einkommensüberprüfung zusammensuchen, es ist mal wieder so weit – begeistert bin ich nicht. Jahr für Jahr das Gleiche, und wir haben eh nicht soviel, dass wir etwas zahlen müssten – es wird nur immer geprüft. Und dann fühlen wir uns, als ob wir unrechtmäßig etwas beanspruchen.

Eine komische Vorstellung, dass das so weiter geht, bis ich alt und grau bin – und von meiner Rente wird auch nichts zu holen sein. Hoffentlich klappt das mit Eurem Besuch in 4 Wochen, ich freu mich schon so auf ausgedehnte Spaziergänge mit dir. Also noch mal vielen Dank für das wunderschöne Geschenk.

Liebe Grüße Christine

**Einführungsvortrag**  
**„Mehr Familie anstatt mehr Therapie“**  
**Eine andere Sicht der Förderung behinderter Kinder**  
**Herr Prof. Dr. Schlack; Bonn**

---

Artikel aus  
„Brennpunkte der Körperbehindertenpädagogik“  
Ursula Haupt, Marion Wieczorek (Hrsg.)  
Verlag W. Kohlhammer; 2007; ISBN 978-3-17-01-9296-6

**Brennpunkte Frühförderung:**  
**Notwendige Korrekturen überkommener Konzepte**

Hans G. Schlack

Vermeintliche Selbstverständlichkeiten

In den Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg waren die Motive und die Konzepte der Frühförderung behinderter Kinder von einer ausgeprägten Emphase der Fürsorge und der besonderen Verpflichtung der Fachleute getragen. Das hatte gute Gründe: Während der Zeit des Nationalsozialismus konnte die Fürsorge für behinderte Kinder, denen oft das Lebensrecht abgesprochen wurde, nur im Geheimen oder zumindest gegen die herrschende Ideologie praktiziert werden, und so entstand nach dem Krieg ein Bedürfnis nach Wiedergutmachung. Auf der anderen Seite galt es in diesen Jahren als selbstverständlich, dass die Förderung behinderter Kinder in die Zuständigkeit von Fachleuten falle – ungeachtet der Tatsache, dass viele Sonderschulen und Sonderkindergärten in den Nachkriegsjahren ihre Gründung der Initiative betroffener Eltern verdankten.

Initiativen und Konzepte zur Förderung behinderter Kinder entstanden sowohl im Bereich der (Sonder-)Pädagogik als auch im Bereich der Medizin (insbesondere der Kinderheilkunde), und je weiter sich auf beiden Gebieten die Kenntnisse und Erfahrungen der frühen Erkennung von Behinderungen entwickelten, umso mehr wurde der Beginn pädagogischer und therapeutischer Interventionen vorgelegt mit der Konsequenz, dass „Frühförderung“ zu einem eigenständigen Arbeitsbereich wurde.

Obwohl in den Anfängen der Frühförderung im Wettstreit um das bessere Konzept eine ausgesprochene Rivalität zwischen Medizin und Pädagogik herrschte, die teilweise auch nicht vor wechselseitiger Diskriminierung zurückschreckte, gingen beide Seiten von sehr ähnlichen Prämissen aus. Diese Prämissen beruhten auf der Annahme einer fast unbegrenzten Formbarkeit (Plastizität) des Nervensystems in der frühen Kindheit durch kompensatorisches Lernen, auch im Falle einer definitiven organischen Schädigung. Dabei erschien es logisch und selbstverständlich, dass diese optimistische Erwartung nur durch spezialisiertes professionelles Handeln erfüllt werden könne.

Dem entsprechend beruhte das Selbstverständnis der in der Frühförderung tätigen Fachleute mehr oder weniger ausgeprägt auf folgenden Grundsätzen:

1. Das Ergebnis der Frühförderung hängt in jedem Fall von der fachlichen Expertise und vom Engagement der Fachleute ab,
2. Kinder müssen „gezielt“ gefördert werden,
3. die Fachleute wissen nicht nur das Ziel, sondern auch den Weg dorthin,
4. somit sind die Fachleute letztlich die Akteure der kindlichen Entwicklung.

In diesen Ansichten unterschieden sich die ursprünglichen Konzepte der Frühförderung auf pädagogischem und medizinischem Gebiet nicht entscheidend von einander. Der gemeinsame Nenner war die grundsätzliche Annahme, dass ein behindertes Kind ein hilfloses und in seiner Entwicklung orientierungsloses Wesen sei, welches der professionellen Führung bedarf und auf eine professionelle Vermittlung von Fähigkeiten angewiesen ist. In der praktischen Konsequenz äußerte sich Frühförderung vorrangig in der Anleitung von Kind und Eltern zum Üben von Fertigkeiten, die in einem bestimmten Alter erwartet, aber von dem betreffenden Kind noch nicht beherrscht wurden.

Darüber hinaus waren die ursprünglichen medizinischen Konzepte stark von der Vorstellung geprägt, dass spezielle Behandlungsmethoden einen direkten heilenden Einfluss auf die Reorganisation des noch unreifen kindlichen Nervensystems hätten. Nicht von ungefähr stand der medizinische Therapiebegriff Pate. In der Medizin versteht man unter „Therapie“

1. das Herangehen an eine definierte Gesundheitsstörung
2. mit einer dafür angemessenen Methode
3. und einem konkreten Ziel
4. in einem begrenzten Zeitrahmen
5. unter Berücksichtigung von unerwünschten Nebenwirkungen.

Im Gegensatz zu dem ergebnisoffenen Begriff der Förderung ist also der Therapiebegriff auf ein definiertes Ergebnis orientiert. Das hat bei der Behandlung akuter, heilbarer Krankheiten durchaus einen Sinn für die Handlungsleitung und die Beurteilung der Wirksamkeit. Bei einem so komplexen Geschehen wie der Einflussnahme auf die kindliche Entwicklung ist der Therapiebegriff allerdings nicht nur unzutreffend, sondern ausgesprochen irreführend, zumal sich die optischen Vorstellungen von der „heilenden“ Wirkung spezieller Behandlungsmethoden auf das Nervensystem des Kindes als nicht realistisch erwiesen haben.

### Untersuchungen zur Wirksamkeit der Frühförderung

Anders als z. B. in den angelsächsischen Ländern wurde in Deutschland erst relativ spät die Frage nach der Wirksamkeit von Frühbehandlungen und Frühförderung gestellt. Die unter der Frühförderung zu beobachtenden Entwicklungsfortschritte behinderter Kinder galten als ausreichende Legitimation und nicht selten auch als Beweis für die Wirksamkeit bestimmter Methoden, ohne dass

andere Einflüsse oder einfach die in der Zwischenzeit zu erwartende Spontanentwicklung in Betracht gezogen wurden.

Untersuchungen, die sich mit der Evaluation von Frühbehandlungen bzw. Frühförderung befassen, sind sehr heterogen bezüglich der Interventionsarten, der Erfolgskriterien und der methodischen Ansprüche. Die Interventionsformen (Tab. 1) sind teils auf das Kind, teils auf die Eltern ausgerichtet; die unterschiedliche Ausrichtung der Maßnahmen hat ihrerseits bedeutsame Auswirkung auf die Wahl der Erfolgskriterien (Tab. 2).

Tab. 1: Interventionsformen bei Entwicklungsstörungen

---

<b>Kindzentriert</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medizinisch orientiert: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie</li><li>• Pädagogisch und psychologisch orientiert: Lernprogramme, Verhaltensänderung</li></ul>
<b>Elternzentriert</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Information und Beratung</li><li>• Programmieretes Elterntaining</li><li>• Psychotherapie</li><li>• soziale Stützung</li></ul>

---

Tab. 2: Erfolgskriterien der Frühförderung

---

<b>Beim Kind</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entwicklungs-/ Intelligenzquotient</li><li>• „Meilensteine der Entwicklung“</li><li>• Verhalten, Eltern-Kind-Interaktion</li><li>• Gedeihen, körperlicher Zustand</li><li>• Krankheitsanfälligkeit</li></ul>
<b>Bei Eltern/Familie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Subjektive Belastung der Eltern</li><li>• Selbstwert der Eltern</li><li>• Auswirkungen auf die innerfamiliären Beziehungen</li><li>• Zufriedenheit mit der Elternrolle</li><li>• Zurechtkommen mit Erziehungsaufgaben</li><li>• Soziale Kontakte</li></ul>

---

Die elternbezogenen Kriterien lassen sich mehr oder weniger vollständig unter den Begriff des „Coping“ subsumieren, also der konstruktiven Auseinandersetzung mit der vielschichtigen Belastung durch die Behinderung. Unter den kindbezogenen Kriterien sollte das Augenmerk nicht nur auf den Entwicklungsfortschritt, d.h. die messbaren funktionellen Kriterien geachtet werden. Zwar sind hierauf die besonderen Hoffnungen der Eltern und oft auch der Fachleute gerichtet, aber gerade diese Hoffnungen werden durch die Evaluationsergebnisse

eher enttäuscht, wie unten noch aufgeführt wird. Demgegenüber können Verbesserungen des Gesundheitszustandes, der subjektiven Befindlichkeit und des Verhaltens von viel größerer Bedeutung für die Lebensqualität von Eltern und Kind sein.

Studien mit ähnlicher methodischer Ausrichtung und vergleichbaren Interventionsformen und Erfolgskriterien lassen sich in Metaanalysen zusammenfassen, um eventuelle allgemeine Trends besser erkennen zu können. Die umfangreichste Metaanalyse mit Auswertung von 105 Einzelstudien wurde 1989 von Dunst et al. publiziert. Die Ergebnisse dieser Metaanalyse lassen sich – sehr summarisch – in folgende Aussagen zusammenfassen:

1. Generell betrachtet stützen die Ergebnisse die Annahme, dass Frühbehandlung und Frühförderung die Entwicklungsmöglichkeiten der betroffenen Kinder verbessern. Das klingt fast trivial und bleibt hinter hochgespannten Erwartungen zurück, ist aber doch als konsistentes Evaluationsergebnis gewichtig genug, um einem „therapeutischen Nihilismus“ entgegen zu treten.

2. Die deutlichsten Interventionserfolge sind bei jungen Kindern mit psychosozial bedingten Entwicklungsstörungen (d. h. den Folgen unzureichender Förderung in der Familie) zu verzeichnen; bei diesen Kindern kann in der Regel auch ein deutlicher Anstieg des Entwicklungs- bzw. Intelligenzquotienten erzielt werden. Im Gegensatz dazu ist dies bei Kindern mit (hirn-)organisch bedingten Behinderungen nur in Einzelfällen, aber nicht im statistischen Durchschnitt möglich, und zwar umso weniger, je schwerer die mentale Beeinträchtigung ist. Selbstverständlich machen auch diese Kinder Fortschritte im Erwerb von funktionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber diese Fortschritte sind im Vergleich zur Zunahme des Alters relativ klein, so dass unter der Behandlung und Förderung keine Aufholentwicklung eintritt.

Man kann diesen Sachverhalt auch so ausdrücken: Den vollen Nutzen aus dem Angebotsspektrum der Frühförderung kann nur das biologisch intakte Gehirn ziehen. Viele hochgespannte Erwartungen an die Plastizität des kindlichen Gehirns im Falle einer Schädigung entsprechen offensichtlich nicht der Realität. Das wird auch sehr eindrucksvoll durch die Ergebnisse der Züricher Längsschnittstudie (Largo et al. 1990) dokumentiert: Der Anregungsgehalt der sozialen Umgebung, gemessen am sozio-ökonomischen Status der Familie, wirkt sich bei reifgeborenen und nicht mit organischen Risiken belasteten Kindern durchgehend auf alle Entwicklungsfunktionen aus, bei frühgeborenen Risikokindern nur auf die sprachgebundenen (überwiegend erfahrungsabhängigen) Intelligenzfunktionen, während bei schwerer behinderten Kindern ein differentieller Effekt der sozio-ökonomischen Einflussgrößen auf den Entwicklungs- bzw. Intelligenzquotienten nicht mehr nachweisbar ist.

3. Besonders ernüchternd fiel die Evaluation von Maßnahmen aus, die lange Zeit im Bereich der medizinischen Frühbehandlung als Möglichkeit eingeschätzt wurden, bei frühem Behandlungsbeginn die Entstehung einer zerebralen Bewegungsstörung (infantilen Zerebralparese) überhaupt zu vermeiden und die Entwicklung zu normalisieren (z. B. die Physiotherapie nach Vojta). In mehreren Metaanalysen zur Wirksamkeit der Physiotherapie bei zerebralen Bewegungsstörungen (Tirosh u. Rabino 1989, Turnbull 1993, Butler u. Darrah 2001, Siebes et al. 2002) waren nur inkonsistente Behandlungseffekte nachzuweisen. Soweit überhaupt positive Effekte festgestellt wurden, zeigten sie eine so geringe

Effektstärke, dass sie nicht als spezifischer Behandlungserfolg einer bestimmten Methode gewertet werden konnten. Generell konnte sich keine der angewandten Methoden gegenüber den anderen Methoden als überlegen erweisen.

Um Missverständnisse vorzubeugen: Diese Evaluationsergebnisse bedeuten nicht, dass Physiotherapie als Teil der Frühförderung zerebral bewegungsge­störter Kinder sinnlos und entbehrlich wäre. So wurden in vielen der ausgewer­teteten Studien Kriterien nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt, die wichtige Ziele der Physiotherapie sind, z. B. Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, der Vigilanz durch die Stimulation der Körperwahrnehmung und der Vitalfunktionen (Nahrungsaufnahme, Atmung, Kreislauf, Darmtätigkeit) sowie die Anregung der Eigenaktivität.

4. Im Vergleich zu den medizinisch orientierten Therapiemaßnahmen, die in der Regel auf relativ kurze Zeiteinheiten am Tag begrenzt sind, haben pädago­gische und psychologische Maßnahmen, die sich im gesamten Tagesablauf aus­wirken, wesentlich deutlicher nachweisbare Effekte. Am eindrucksvollsten sind die Ergebnisse von Interventionen, die sich in positiven Auswirkungen auf die Familiensituation und die Eltern-Kind-Interaktion äußern, so dass die therapeu­tische Unterstützung des Coping-Prozesses als besonders aussichtsreiches Feld im Aufgabengebiet der Frühförderung gelten kann.

#### Neue Sichtweise: „Das Kind als Akteur seiner Entwicklung“ – die Bedeutung der Eigenaktivität

Schon bevor solche systemischen Evaluationen zum Gegenstand des wissen­schaftlichen Diskurses in Deutschland wurden, ergaben sich aus den Erfahrun­gen der praktischen Arbeit in der Frühförderung Zweifel an der Stimmigkeit der ursprünglichen Prämissen. Zur Kenntnis genommen wurden insbesondere uner­wünschte und kontraproduktive Auswirkungen auf die Familien und auf die Eltern-Kind-Interaktion, die mit dem ursprünglichen Konzept der Frühförderung verbunden waren (Speck 1988). Viele Eltern fühlten sich unglücklich in der Rolle von Erfüllungsgehilfen bei der Umsetzung der von den Fachleuten aufgestellten Förderprogramme, empfanden sich in ihrer Elternrolle verunsichert, bevormun­det oder Konflikten ausgesetzt. Nicht wenige der verordneten Maßnahmen belasteten die Eltern-Kind-Beziehung, vor allem solche, die dem Kind unange­nehm sind und gegen die es sich mit aktivem oder passivem Widerstand wehrt. Das trifft nicht nur auf die oft zitierten Beispiele krankengymnastischer Behand­lung zu, bei denen teilweise ein unmittelbarer körperlicher Zwang auf das Kind ausgeübt wird, sondern in vergleichbarer Weise auf jedes Übungspensum, bei dem ein Kind ein bestimmtes „Soll“ zu erfüllen hat, unabhängig von seiner eigenen Motivation und Aufnahmebereitschaft.

Sowohl aus theoretischer als auch aus empirischer Sicht mehrten sich die Zweifel, ob Interventionen zur Entwicklungsförderung überhaupt erfolgreich sein können ohne aktive und eigenmotivierte Mitwirkung des Kindes. Ausgehend von einem sonderpädagogischen Forschungsprojekt publizierten Kautter, Klein, Laupheimer und Wiegand (1988) ein Buch mit dem programmatischen Titel „Das Kind als Akteur seiner Entwicklung“, worin die eingangs geschilderten „Selbstverständlichkeiten“ nicht nur in Frage gestellt, sondern geradezu als Hindernis für eine erfolgreiche Frühförderung bewertet wurden. Zunehmend

wurde der Organismus des sich entwickelnden Kindes als ein sich selbst organisierendes („autopoietisches“) System verstanden, dessen immanente Selbstgestaltungskräfte auch im Falle einer krankhaften Störung oder Behinderung der Schlüssel zur bestmöglichen Entfaltung verbliebener Entwicklungsmöglichkeiten sind. Danach sind einer direkten Beeinflussung entwicklungsabhängiger Funktionen und Fähigkeiten z. B. durch Übungsbehandlung enge Grenzen gesetzt, und Entwicklungsförderung kann nur als „Förderung von Entwicklungsbedingungen“ verstanden werden (Speck 1989). Diese neue Sichtweise und die daraus für die Praxis der Frühförderung abgeleiteten Konsequenzen sind die Grundlage des in den 80er Jahren eingetretenen Paradigmenwechsels (Schlack 1989a). Die Eigenaktivität des Kindes als sichtbarer Ausdruck der Selbstgestaltungskräfte rückte damit in den Mittelpunkt des Interesses.

Eigenaktivität beruht auf der spontanen Motivation des Kindes am Erkunden seiner Umwelt, am Handeln und Sammeln von Erfahrungen (d. h. am Lernen). Die Eigenaktivität stellt die Verbindung des sich entwickelnden Organismus des Kindes mit der sozialen und dinglichen Umwelt her (Abb. 1). Die in ihren Grundzügen genetisch gesteuerte Differenzierung („Reifung“) des Nervensystems schafft im Zuge der Entwicklung die Voraussetzung für immer neue Fähigkeiten, deren Einübung und Ausgestaltung aber von der Inanspruchnahme abhängt. Eigenaktivität bedeutet also die Nutzung der von der vorgeburtlichen Entwicklung zur Verfügung gestellten Potenziale. Bereits in der vorgeburtlichen Entwicklung hat die Eigenaktivität eine essentielle Bedeutung. Ab der 8. Schwangerschaftswoche sind bei dem ungeborenen Kind Bewegungen nachweisbar, die im weiteren Verlauf der Schwangerschaft in charakteristischer Weise an Intensität und Differenzierung zunehmen (de Vries et al. 1982). Diese motorische Aktivität ist eindeutig spontaner Natur und nicht etwa eine reflexartige Antwort auf externe Reize, von denen das Kind im intrauterinen Milieu weitgehend abgeschirmt ist. Die primäre Aktivität ist nicht nur Ausdruck der organischen Hirnentwicklung, vielmehr wirkt sie auch anregend auf die Entwicklung des Nervensystems zurück. Struktur und Funktion des Nervensystems beeinflussen sich also wechselseitig.

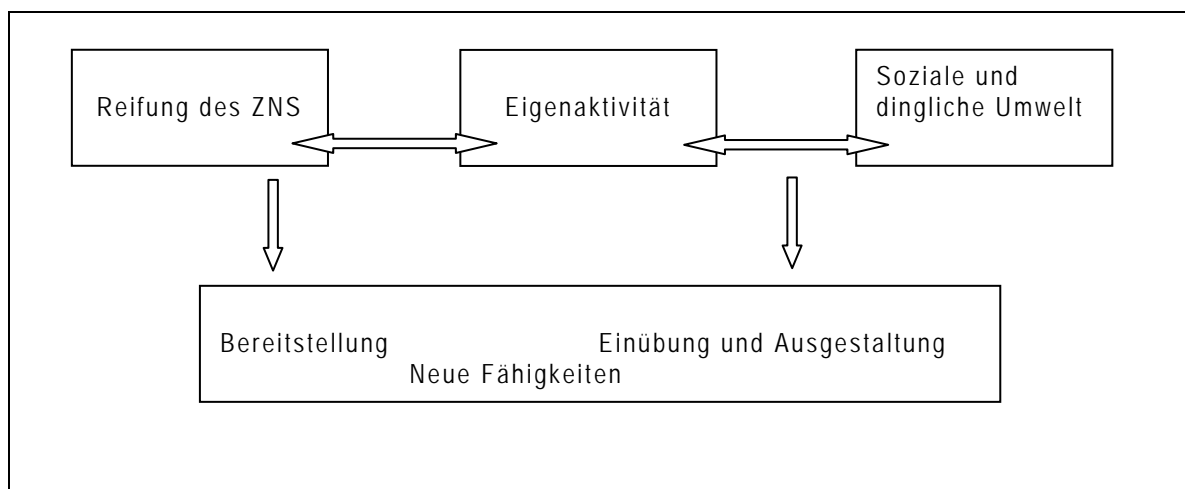


Abb. 1: Bedingungen der funktionellen Entwicklung des Kindes



In der nachgeburtlichen Entwicklung spielen die Kinder von Anfang an eine aktive Rolle in der Interaktion mit ihrer Umwelt und damit in ihrer Entwicklung. Sie sind kein unbeschriebenes Blatt, kein leerer Container, der beliebig mit den Angeboten der frühen Förderung gefüllt werden könnte. Wie Scarr (1992) in einer Übersicht über die entwicklungspsychologische Forschung der neueren Zeit dargelegt hat, besteht wissenschaftliche Evidenz dafür, dass Kinder von Geburt an individuell und gezielt die ihnen gemäßen (d. h. ihren Anlagen und ihrem aktuellen Entwicklungsstand entsprechenden) Entwicklungsanreize aus dem komplexen Reizangebot der Lebenswelt auswählen. Die Eigenaktivität erstreckt sich also nicht nur auf das beobachtbare Tun eines Kindes, sondern bereits auf die dem Tun vorausgehende Auswahl.

Es widerspricht sicherlich vielen tradierten Vorstellungen, einem Kind – zumal einem behinderten – die Kompetenz zuzutrauen, die seiner Entwicklung dienenden Aktivitäten selbst am besten auswählen zu können. Allzu sehr fühlen sich Eltern und Fachleute angesichts von Entwicklungsdefiziten herausgefordert, für das Kind aktiv zu werden und Ziele vorzugeben, nach denen dann das Kind „gezielt“ zu fördern sei. Alle Beobachtungen sprechen aber dafür, dass behinderte Kinder – unabhängig von Art und Ursache einer Behinderung – sich nach den gleichen prinzipiellen Gesetzmäßigkeiten entwickeln und die gleichen entwicklungspezifischen Bedürfnisse haben wie normale entwickelte Kinder (Largo 1998).

Abhängigkeit der Eigenaktivität von der Erfüllung  
entwicklungsspezifischer Bedürfnisse

Langmeier und Matecjek, die tschechischen Pioniere der entwicklungspsychologischen Forschung, haben in ihrem bereits klassisch zu nennenden Werk über die frühkindliche Deprivation (1977) auf der Grundlage empirischer Daten vier psychische Grundbedürfnisse in der frühen Kindheit formuliert (Abb. 2). Je zwei dieser Bedürfnisse stehen in einer gegensätzlichen (polaren) Beziehung zu einander, d. h., sie müssen in einer ausgewogenen Relation erfüllt werden, wenn sich ein Kind bestmöglich entwickeln soll.

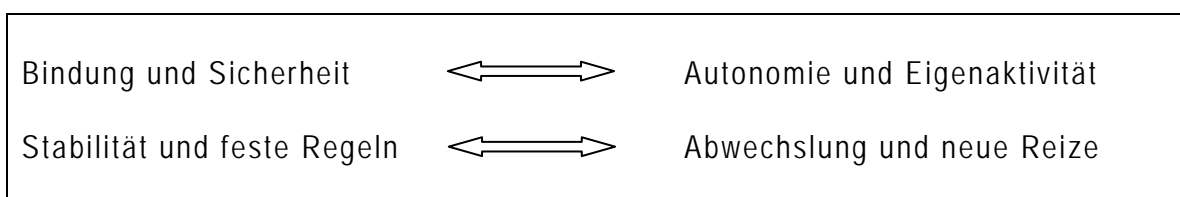


Abb. 2: Essentielle psychische Bedürfnisse in früher Kindheit  
(nach Langmeier und Matecjek, 1977)

Eigenaktivität und Autonomie (im Sinne von Selbstbestimmung) bilden eines dieser Grundbedürfnisse. Dass Kinder zugleich auch ein Bedürfnis nach Bindung und Sicherheit haben, steht dazu nicht im Widerspruch. In welcher Beziehung und Wechselwirkung die Bindung einerseits und die selbstbestimmte Eigenaktivität andererseits zu einander stehen, ist aus der klinischen Bindungsforschung

(Großmann u. Großmann 2002) bekannt: Aktives Erkundungs- und Lernverhalten setzt eine „sichere Basis“ voraus, d. h. ein Gefühl von Geborgenheit auf der Grundlage einer sicheren Bindung. Umgekehrt werden Exploration und Lernen blockiert, solange die psychischen Energien des Kindes dafür in Anspruch genommen werden, sich der Bindung an eine Bezugsperson versichern zu müssen (Abb. 3). Analoge Phänomene beschreibt auch die vergleichende Verhaltensforschung bei sozial lebenden Tieren (Hassenstein 1973).

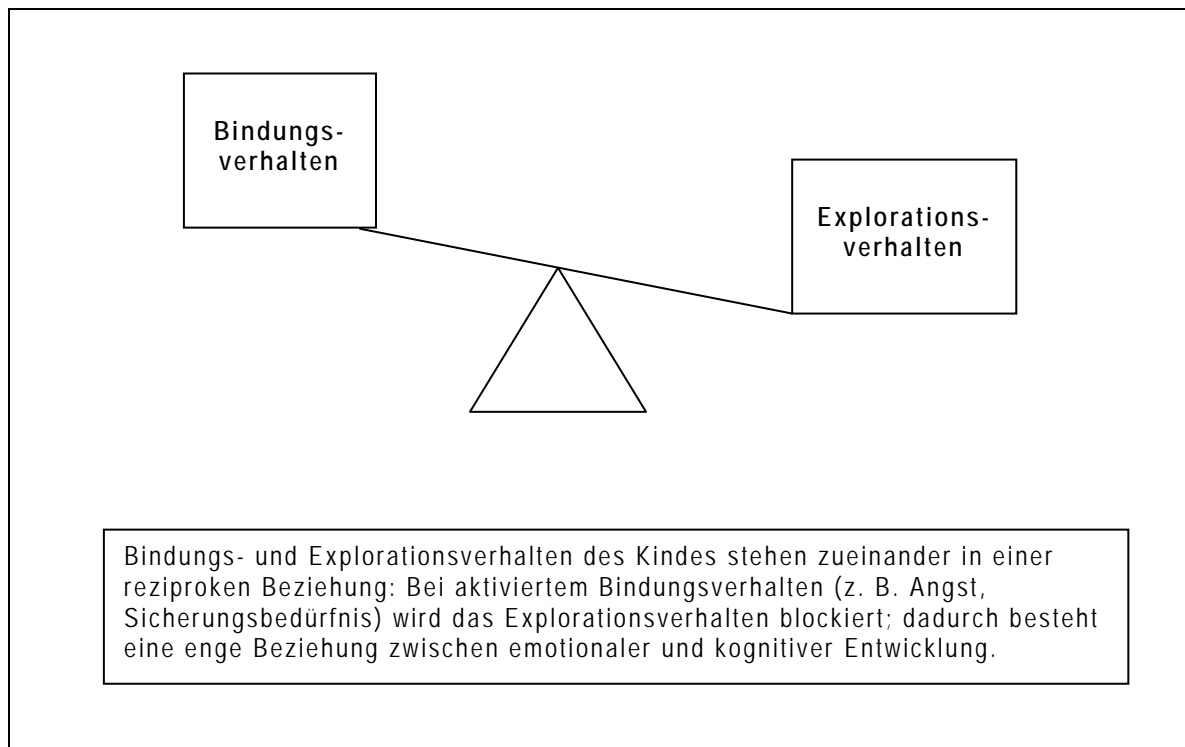


Abb. 3: Abhängigkeit des Explorationsverhaltens von der Bindung

Bindung ist nach Bowlby (1975) das Produkt zahlreicher Verhaltenssysteme, deren Zweck und Ergebnis die Nähe zwischen Mutter und Kind sind. Diese Verhaltenssysteme, welche die Interaktion zwischen Eltern und Kind bestimmen, sind in ihren Grundzügen beim Kind und bei den Bezugspersonen angeboren. Auf Seiten des Kindes können diese Verhaltenssysteme z. B. durch Unreife (Frühgeburt) oder zentralnervöse Schädigungen beeinträchtigt werden, auf Seiten der erwachsenen Bezugsperson durch biographische oder aktuelle psychosoziale Belastungen. Die Folge können Störungen der Bindung und der Interaktion sein, welche die Erfüllung entwicklungsspezifischer Bedürfnisse verhindern und dadurch die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen.

Auch ohne dass offensichtliche und schwerwiegende Interaktionsstörungen vorliegen, können nicht-optimale Verhaltensweisen der Bezugsperson eine bedeutende negative Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes haben. Das geht aus einer Metaanalyse von 20 Entwicklungsstudien hervor, in denen untersucht wurde, ob und in welcher Weise der Fortschritt der funktionellen Entwicklung (Motorik, Sprache, Kognition) von definierten Merkmalen der Mutter-Kind-

Interaktion abhängt (Schlack 1989 b u. c). Die verschiedenen mütterlichen Verhaltensmuster konnten in bestimmten Kategorien zusammengefasst werden; als „Outcome-Kriterium“ bei den Kindern dienten die Ergebnisse standardisierter Entwicklungstests. Die Ergebnisse sind in Tab. 3 dargestellt.

Unter „günstiger“ bzw. „ungünstiger“ Wirkung wird verstanden, dass ein bestimmtes Verhaltensmuster im statistischen Gruppenvergleich zu einem höheren bzw. niedrigeren Entwicklungsquotienten führt. Irgendwelche therapeutischen bzw. pädagogischen Interventionen fanden in keiner dieser Studien statt.

Tab. 3: Auswirkungen mütterlicher Verhaltensmuster auf die Entwicklung des Kindes. Auswertung von 20 Studien (6 über gesunde Kinder ohne organische Risikobelastung, 6 über Frühgeborene, 8 über Kinder mit verschiedenartigen Behinderungen; Schlack 1989 b,c).

---

<b>Günstige Wirkung</b>	<b>Ungünstige Wirkung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsivität</li> <li>• Emotionale und sprachliche Verstärkung</li> <li>• Angebot geeigneten Spielzeugs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktivität</li> <li>• autoritäre Kontrolle</li> <li>• Überstimulation</li> </ul>

---

Wenn man sich in Erinnerung ruft (wie oben erwähnt), dass z. B. therapeutische Maßnahmen bei behinderten Kindern in der Regel sich nicht in einer Steigerung des Entwicklungsquotienten auswirken, so ist es besonders bemerkenswert, dass bestimmte Qualitäten der Mutter-Kind-Interaktion solche Auswirkungen nicht nur bei gesunden Kindern, sondern z. B. auch bei Kindern mit Down-Syndrom, mit anderen Formen mentaler Retardierung, mit Seh-, Hör- und Bewegungsstörungen haben. Wenn man außerdem berücksichtigt, dass diese Ergebnisse in allen Studien völlig gleichsinnig sind, unabhängig von den Ausgangsbedingungen bei den Kindern, so ist evident, dass diesem Phänomen ein gemeinsamer Wirkfaktor zugrunde liegen muss.

Dieser Faktor ist offensichtlich die Eigenaktivität. Das Gemeinsame der „günstigen“ bzw. der „ungünstigen“ Verhaltensmuster der Bezugsperson ist nämlich ihre Auswirkung auf die Eigenaktivität der Kinder. Günstig wirken Interaktionsformen, welche die Eigenaktivität fördern: Emotionales Interesse, prompte und regelmäßige sprachliche Rückmeldungen, altersangemessenes und interaktives Spielzeug und vor allem Responsivität. Darunter versteht man ein Verhaltensmuster der Bezugsperson, welches dem Kind die Initiative zur Kontaktaufnahme mit Personen und Dingen überlässt, aber auf diese Initiative verlässlich reagiert mit Bestätigung oder erforderlichenfalls auch mit Korrekturen und Grenzsetzungen, (siehe Tab. 4); es besteht eine weitgehend inhaltliche Übereinstimmung mit dem in der Bindungsforschung verwendeten Begriff „Feinfühligkeit“.

Tab. 4: Merkmale der Responsivität

---

**Responsivität der Bezugsperson bedeutet, die Signale und Initiativen des Kindes abzuwarten**

- wahrzunehmen
  - zu respektieren
  - zuverlässig zu beantworten
- 

Negativ wirken demgegenüber alle Verhaltensweisen der erwachsenen Bezugsperson, die das Kind in eine passive Rolle bringen; das kann durch einen Mangel an Anregung ebenso geschehen wie durch ein Übermaß an Stimulation oder durch falsches Spielzeug, welches keine interaktiven Möglichkeiten, sondern vorwiegend passiven Reizkonsum bietet. Interaktionsformen, bei denen das Kind in angemessener Form Selbstbestimmung und Eigenaktivität ausüben kann, sind also von großer Bedeutung nicht nur für die emotionale, sondern auch für die funktionelle Entwicklung.

Ein zusätzlicher Aspekt ist für die Praxis der Frühförderung von großer Wichtigkeit: Wie Sarimski (1986) in einer Übersicht über zahlreiche Studien gezeigt hat, ist im Falle einer Behinderung das Interaktionsgleichgewicht zwischen dem Kind und der erwachsenen Bezugsperson in der Regel verschoben, und zwar im Sinne einer stärkeren Dominanz des Erwachsenen und einer verminderten Aktivität des Kindes im Vergleich zu nicht behinderten Kindern. Das ergibt sich teils aus den beim Kind gegebenen Bedingungen (z. B. weniger Initiative, langsamere Reaktionen, schnellere Ermüdbarkeit), zum anderen aus dem Bemühen der Bezugsperson, Anstöße zu geben, oder auch aus Ungeduld und Frustration. Zusätzlich zu ihren primär behinderungsbedingten Einschränkungen laufen die Kinder Gefahr, dass sich Interaktionsformen einspielen, die der Eigenaktivität abträglich sind und dadurch vermeidbare Erfahrungsdefizite hervorrufen (Largo 1998). Das Prinzip der Responsivität ist deshalb auch von den in der Frühförderung tätigen Fachleuten zu berücksichtigen.

Praktische Konsequenzen für die Diagnostik

Eigenmotiviertes Erkunden und Lernen ist die Voraussetzung für Erfolgserlebnisse, die ihrerseits die Grundlage für anhaltende Lernfreude und für den Aufbau von Selbstwert sind. Erfolgserlebnisse sind aber nur möglich, wenn der Schwierigkeitsgrad der gestellten Aufgaben den aktuell gegebenen Bewältigungsmöglichkeiten entspricht. Das ist eine Binsenweisheit, die aber in der Frühförderung häufig nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Es gilt weithin als selbstverständlich, dass als Ausgangspunkt der Frühförderung eine entwicklungsdiagnostische Beurteilung notwendig ist, damit man „das Kind dort abholen kann, wo es steht“. Als genaueste Form der Entwicklungsdiagnostik gelten standardisierte Entwicklungstests. Nun haben Entwicklungstests ohne

Zweifel ihre Bedeutung, z. B. für die Objektivierung (oder auch den Ausschluss) einer gravierenden Entwicklungsstörung, zur Einschätzung der Prognose, zur Entscheidung über die Einleitung von Behandlungsmaßnahmen oder für differenzialdiagnostische Überlegungen. Die richtige Interpretation der mit diesen Tests gewonnenen Ergebnisse erfordert aber viel entwicklungspsychologisches und entwicklungsphysiologisches Hintergrundwissen, sonst können sie irreführend sein (zur Methodik und Systematik der Entwicklungsbeurteilung siehe Schlack 2004a).

Keinesfalls eignen sich Entwicklungstests und Entwicklungsskalen als Leitlinie für die Inhalte und Ziele der Frühförderung, wie es lange Zeit als vermeintlich „gezielte“ Vorgehensweise empfohlen wurde. Die Skalen, in denen bestimmte Fertigkeiten mit steigendem Differenzierungs- und Schwierigkeitsgrad höheren Lebensaltern zugeordnet werden, suggerieren zu Unrecht, dass sie eine Abfolge von inhaltlich auf einander aufbauenden Entwicklungsschritten darstellen.

Daraus werden häufig Vorgaben für die Frühförderung abgeleitet, die darin bestehen, mit dem Kind Funktionen zu üben, die es noch nicht beherrscht, aber nach seinem aktuellen Entwicklungsprofil und dem zu Grunde gelegten Konzept der Normalentwicklung als nächstes erreichen sollte. Auf diese Weise wird das Kind in jeder Therapie- oder Fördersituation systematisch mit der Diskrepanz zwischen Anforderungen und Erwartung einerseits und dem aktuellen Vermögen andererseits konfrontiert. So kann man keine anhaltende Motivation wecken, und mit der Motivation schwindet die Eigenaktivität des Kindes. Damit bleiben auch die Erfolgserlebnisse und die subjektive Erfahrung eigener Kompetenz (Selbstwert) aus.

Eine große praktische Bedeutung kommt deshalb der Beobachtung und Interpretation des spontanen kindlichen Spiels zu. Das Spiel ist Medium und zugleich Ausdruck der kognitiven Entwicklung, und durch sein Spielverhalten gibt das Kind Auskunft über den aktuellen Stand seines Umweltverständnisses und seines Handlungsrepertoires sowie über seine Interessen, die bei der oben erwähnten Selektion aus dem komplexen Reizangebot der Umwelt eine entscheidende Rolle spielen. Was das Kind im spontanen Spiel an Fähigkeiten zeigt (vorausgesetzt, es hat dazu die geeigneten Materialien zur Verfügung), das traut es sich selbst zu und das erregt seine Neugier. Daher ist es immer ratsam, bei der Frühförderung das spontane Spiel des Kindes aufzugreifen und durch behutsame Angebote (nicht Vorgaben!) anzuregen und zu modifizieren. Demgegenüber ist es nach heutigem Wissen nicht möglich, Kindern etwas beizubringen oder anzutrainieren, wofür sie vor ihrem aktuellen Entwicklungsstand noch nicht über die Voraussetzungen und damit auch die nötige Bereitschaft zum eigenständigen Erwerb einer neuen Fertigkeit verfügen (Largo 1998).

Die Entwicklung des Spiels steht mit der kognitiven Entwicklung in einem engen und logischen Zusammenhang. Die Kenntnis der normalen Spielentwicklung (siehe dazu Largo 1993 und 2004) erlaubt sehr genaue Rückschlüsse auf den Stand der geistigen Entwicklung und auf eventuelle Störungen, weil die geistige Entwicklung auch im Falle einer Behinderung nach den gleichen Grundzügen und in der gleichen Reihenfolge der Entwicklungsschritte wie beim nicht behinderten Kind verläuft (Largo 1998). Beim behinderten Kind kann aber das

Entwicklungstempo so stark verlangsamt sein, dass Entwicklungsphasen, die ein Kind normalerweise in wenigen Monaten durchläuft, im Falle einer geistigen Behinderung auch mehrere Jahre dauern.

Wichtig ist es dann, diese Phänomene in der Zusammenschau der gesamten Symptomatik richtig zu interpretieren. Wenn z. B. ein 3-jähriges Kind noch alle möglichen Gegenstände in den Mund steckt, so kann es sich – falls das Kind ansonsten gut entwickelt ist – um eine schlechte Angewohnheit oder auch um eine neurotische Verhaltensstörung handeln. Wenn das aber die einzige oder hauptsächliche Form ist, mit der das Kind Gegenstände exploriert, so spricht das dafür, dass dieses Kind noch nicht über die Entwicklungsphase hinaus gekommen ist, die normalerweise am Ende des ersten Lebensjahres weitgehend abgeschlossen ist. In diesem Fall wäre es für alle Beteiligten frustrierend, Erwartungen zu hegen oder Angebote zu machen, die dem zweiten oder gar dritten Lebensjahr angemessen sind, oder dem Kind die vermeintliche Unart des oralen Explorierens abgewöhnen zu wollen.

### Die Abhängigkeit der Eigenaktivität von der emotionalen Befindlichkeit des Kindes

Es wurde oben schon dargelegt, dass eine sichere Bindung eine wesentliche Bedingung dafür ist, dass sich ein Kind aktiv und angstfrei mit seiner Umwelt explorativ und lernend auseinandersetzt. Darüber hinaus gibt es aber noch zahlreiche Einflussfaktoren, die bei der Frühförderung zu berücksichtigen sind.

Die Umgangsweisen, die nachweislich die Eigenaktivität des Kindes und damit seine Entwicklung fördern – also vor allem Responsivität, emotionale Zuwendung und angemessene Spielanregung – können nur unter der Voraussetzung gedeihen, dass das soziale Umfeld des Kindes (üblicherweise seine Familie) emotional im Gleichgewicht ist. Die emotionale Befindlichkeit des Kindes hängt entscheidend von der seiner Bezugspersonen ab. Gefährdet wird das emotionale Gleichgewicht durch viele Faktoren: Enttäuschung der Eltern über das Kind und seine Entwicklungsprobleme, Erschöpfung, Depressivität und viele weit verbreitete Belastungen wie materielle Not, Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit, fehlende soziale Kontakte. Nicht selten können auch gut gemeinte therapeutische Interventionen das emotionale Gleichgewicht gefährden, z. B. wenn Eltern mit Behandlungsaufträgen „versorgt“ werden ohne Berücksichtigung ihrer eigenen Befindlichkeit, oder wenn sie sich von Fachleuten eher kritisiert oder bevormundet als unterstützt und verstanden fühlen.

Eine Förderung der Eigenaktivität des Kindes ist daher nicht möglich ohne gleichzeitig fachliche Fürsorge für seine „soziale Ökologie“. Alle fachlichen Maßnahmen müssen auf dieses wichtige, aber störungsanfällige System Bedacht nehmen, und die Wirksamkeit der Frühförderung hängt davon ab, ob sie das System stabilisieren oder aber aus dem Gleichgewicht bringen (Sorrentino 1988). Die in der Frühförderung engagierten Fachleute müssen sich immer darüber im Klaren sein, dass sie – gewollt oder nicht, bewusst oder unbewusst – auf dieses System Einfluss nehmen. Ein solcher Einfluss geht nicht nur von

aktiven Interventionen aus, sondern nicht selten auch von deren Unterlassung, z. B. wenn Signale oder Erwartungen von Kind oder Eltern übersehen werden.

Ein erfolgreiches Arbeiten in der Frühförderung setzt also eine wohlverstandene Psychohygiene voraus, welche die Fähigkeit der Reflexion der Fachleute über ihre Motive und ihr Tun einschließt. Weil in diesem Punkt fast jeder seine „blinden Flecke“ hat, sind Selbsterfahrung und Supervision so wichtig. Jegliches praktische Vorgehen in der Frühförderung muss daran orientiert und beurteilt werden, ob es das aktive, eigenmotivierte Mitwirken des Kindes anregt und verstetigt.

### Grundzüge einer hypothesengeleiteten Praxis der Frühförderung

Wie dargelegt, ist die Annahme der zentralen Bedeutung der Eigenaktivität für die Entwicklung des Kindes empirisch gut begründet, und zwar unabhängig davon, ob es sich um eine normale oder eine gestörte Entwicklung (im Sinne einer Behinderung) handelt. Daraus lässt sich als Arbeitshypothese ableiten, dass die Anregung und Unterstützung der Eigenaktivität des Kindes der entscheidende Faktor in der Frühförderung ist. Und aus dem ebenfalls empirisch gestützten Wissen über die Bedingungen, unter denen eigenmotiviertes Explorieren und Lernen bestmöglich angeregt wird, lassen sich einige grundsätzliche Leitlinien für die Praxis der Frühförderung ableiten.

### Sorge für die psychischen Grundbedürfnisse des Kindes

Wie bereits ausgeführt, ist die Bindung an die Hauptbezugsperson(en) und die durch die Bindung vermittelte Sicherheit ein wesentliches Grundbedürfnis und zugleich die Voraussetzung für ein weiteres Grundbedürfnis, nämlich die Selbstbestimmung im Handeln, insbesondere beim Explorieren und Lernen. Im Falle einer Behinderung oder einer ernsthaften Entwicklungsstörung ist die Entwicklung einer sicheren Bindung bedroht, weil die Tatsache, dass ein behindertes oder entwicklungsgestörtes Kind die spontanen, gewissermaßen selbstverständlichen Erwartungen und Hoffnungen nicht erfüllen kann, es den Eltern schwer macht, dieses Kind vorbehaltlos anzunehmen.

Die Behinderung eines Kindes verändert das Leben der ganzen Familie nach innen und außen. Mehr als in jeder anderen Altersstufe steht im frühen Kindesalter nicht so sehr das betroffene Kind selbst als vielmehr seine Familie und insbesondere seine Eltern im Mittelpunkt der psychischen Belastung. In einer frühen Phase der Auseinandersetzung mit dieser belastenden Situation von den Eltern ein „Annehmen“ der Behinderung zu erwarten, ist sehr hoch gegriffen. Viel näher liegend und verständlich ist dagegen, dass Eltern ihre Hoffnung auf Aktionen (oder auch Aktionismus) setzen, vor allem auf den Versuch, das Unannehmbare durch Therapien bzw. Frühförderung noch abzuwenden.

Auch im Falle konstruktiver Bewältigung und des gelungenen „Annehmens“ ist die Auseinandersetzung mit der Behinderung in der Regel ein jahrelanger, oft lebenslanger Prozess mit vielen, wiederkehrenden Anfechtungen. Letzten Endes

ist aber das emotionale Annehmen des Kindes und der Grenzen seiner Entwicklungsmöglichkeiten (durch die Eltern wie durch die Fachleute!) die entscheidende Voraussetzung dafür, dass Erwartungen und Förderangebote dem einzelnen Kind wirklich gerecht werden können. Die Fachleute haben dabei eine wichtige Vorbildfunktion; die Vorstellung, durch intensive Übungsbehandlung eine normale Entwicklung erzwingen oder jedenfalls weitestgehend nachvollziehen zu wollen, ist das Gegenteil von Akzeptanz.

Aber Vorsicht: Das gewachsene Bewusstsein von der Bedeutung des emotionalen Gleichgewichts in der Familie für die Entwicklung eines behinderten Kindes hat die Intimsphäre der Familie zunehmen zum Gegenstand gut gemeinten Interesses der Fachleute aller Professionen gemacht. Damit sind beträchtliche Risiken verbunden – von unerwünschten Ratschlägen, die von Eltern als Einmischung und Bevormundung empfunden werden, bis hin zu Erwartungen an die Eltern, die diese überfordern oder nicht dem aktuellen Stand des Coping-Prozesses Rechnung tragen. Dadurch können sich professionelle Interventionen trotz bester Absicht kontraproduktiv auswirken (s. Schlack 2004b).

### Des Kindes Selbstwert stärken

Jedes Kind, ob behindert oder nicht, erlebt seinen „Wert“ primär über die emotionale „Wertschätzung“ von Seiten seiner wichtigsten Bezugsperson. Schon von daher ist der Coping-Prozess der Eltern mit dem Ziel des Annehmenkönnens eine wichtige Grundlage des kindlichen Selbstwerts. Daneben ist die Erfahrung eigener Kompetenz die entscheidende Quelle des Selbstwerts. Sich kompetent fühlen heißt nicht, genau das Gleich zu leisten wie andere Kinder gleichen Alters, sondern vielmehr die aktuell vorhandenen Fähigkeiten erfolgreich auszuüben (Largo 1998). Ein Kind „weiß“ selbst am besten, wofür es sich interessiert, welche situativen Reize eine Herausforderung zur praktischen Auseinandersetzung darstellen, und welche „Aufgabe“ sich das Kind zutraut zu lösen. Wenn z. B. ein Kind in einem Entwicklungsstand, der dem Beginn des 2. Lebensjahres entspricht, eine Scheibenpyramide vor sich hat, so wird es sich auch ohne besondere Aufforderung und Vorerfahrung herausgefordert fühlen, den Dorn der Scheibenpyramide durch das Loch der Scheiben zu stecken, und es wird diesen Versuch im Falle des Erfolgs so oft wiederholen, bis es sich seiner neuen „Kompetenz“ sicher fühlt. Der aufmerksame Beobachter kann dabei am Mienenspiel des Kindes Aufmerksamkeit und Befriedigung ablesen.

Deshalb ist es so wichtig, das selbstbestimmt Handeln des Kindes zum Ausgangspunkt von Förderangeboten zu nehmen. Wichtig ist dabei die Fähigkeit der Fachleute, das Spielverhalten des Kindes richtig zu interpretieren, den Stand der kognitiven und psychosozialen Entwicklung daraus abzuleiten und die Materialien anzubieten, mit denen sich das Kind unter den aktuell gegebenen Bedingungen aktiv und erfolgreich auseinandersetzen kann. Gelingt das, so hat man nie Probleme mit der Motivation des Kindes, weil Erfolgserlebnisse der entscheidende Motivationsfaktor sind. Frühförderung darf deshalb nicht als eine Art von allgemeinem Lehrplan für das Vorschulalter konzipiert sein. Wenn das Kind die Kooperation verweigert, muss man immer davon ausgehen, dass die aktuelle Intervention, auch wenn sie theoretisch noch so sorgfältig ausgedacht ist, an



den Interessen und den Möglichkeiten des Kindes vorbei geht, oder aber dass die „therapeutische Beziehung“ nicht stimmt.

### Die therapeutische Beziehung: Ein wichtiger Wirkfaktor

Die therapeutische Beziehung ist ein System, in welches das Kind, seine Eltern und die therapeutische Fachkraft einbezogen sind. Der Begriff des „therapeutischen Dreiecks“ macht sinnfällig, dass es sich dabei um ein Beziehungsgefüge handelt, in dem die drei Partner jeweils in einer gleich wichtigen Beziehung zu einander stehen und in dem das Kind eine Rolle als eigenständig handelndes Subjekt hat. Man kann nicht davon ausgehen, dass ein Kind therapeutische (fördernde) Anregungen unabhängig davon aufgreift, von wem und unter welchen Umständen sie ihm angeboten werden. Kinder haben ein feines Gespür dafür, ob diese Bemühungen einer gemeinsamen Freude an Erfolgserlebnissen des Kindes entsprechen, oder aber ob unter Erwartungsdruck und beherrschter Ungeduld der Erwachsenen ein vorgegebenes Soll erfüllt werden soll – mit anderen Worten: ob es dabei um die Bedürfnisse des Kindes oder die der Erwachsenen geht.

Es ist gut, an dieser Stelle noch einmal die Kriterien der Responsivität (s. Tab. 4) zu bedenken: Es handelt sich dabei um notwendige Voraussetzungen, das Kind wirklich „dort abzuholen, wo es steht“ (um diese oft strapazierte, aber meist nur vage definierte Sentenz zu präzisieren). Responsivität erfordert Geduld, und die ist besonders wichtig bei Kindern, deren Tempo bei der Wahrnehmungsverarbeitung und den motorischen Reaktionen verlangsamt ist (z. B. bei zerebralen Bewegungsstörungen).

Die mangelhafte Abstimmung mit einem störungsbedingt verminderten Tempo und Aktivitätsgrad beim Kind kann zu einem Teufelskreis führen (Abb. 4): Beim Erwachsenen löst die Langsamkeit des Kindes das Bedürfnis aus, durch vermehrte Stimulation das Aktivitätsniveau des Kindes anzuheben. Übersteigt aber die Stimulation in Umfang und Tempo die Reaktionsfähigkeit und das Verarbeitungsvermögen des Kindes, so nimmt die spontane Initiative des Kindes weiter ab. Entscheidend für die Anregung der Eigenaktivität von gesunden wie von geschädigten Kindern ist nämlich die Responsivität der Bezugspersonen. Für das Kind ist das Reagieren der Erwachsenen auf seine Initiativen ein Erfolgserlebnis (ein „Verstärker“ im Sinne der Verhaltenstherapie) und führt zu einer Erhöhung seiner Aktivität, wogegen die Aktivität nachlässt, wenn die spontanen Initiativen nicht abgewartet und nicht durch angemessene Reaktionen verstärkt werden.

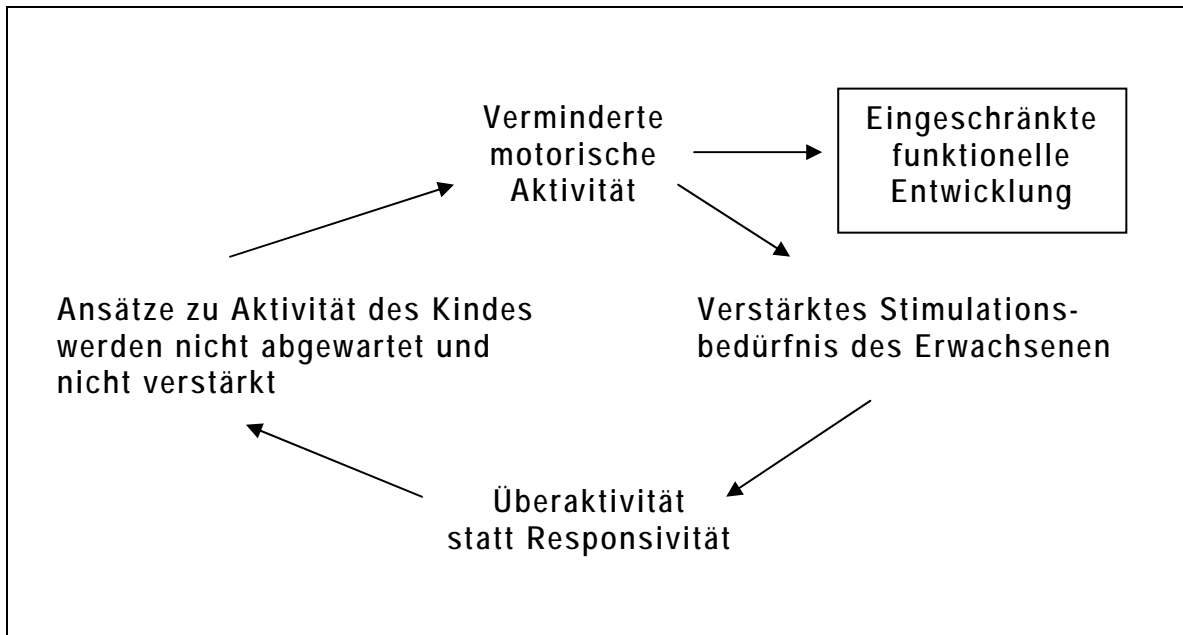


Abb. 4: Häufige Auswirkung verminderter motorischer Aktivität behinderter Kinder auf die Interaktion

Überaktivität von Eltern und Therapeuten ist ein häufiges Phänomen, bedingt durch gut gemeinten Eifer und nicht ausreichend Einfühlung in die Situation des Kindes. Die negative Auswirkung auf die Eigenaktivität des Kindes ist der Grund dafür, dass der Erfolg der Frühförderung nicht umso größer ist, je intensiver die Behandlung durchgeführt wird, sondern dass im Gegenteil eine Überstimulation zu einem geringeren Effekt führt. Entscheidend ist in jedem Fall, was das Kind von den angebotenen Anregungen in sein Handlungsrepertoire übernehmen kann.

#### Funktionelle Übungsbehandlung: Wichtig, wenn richtig

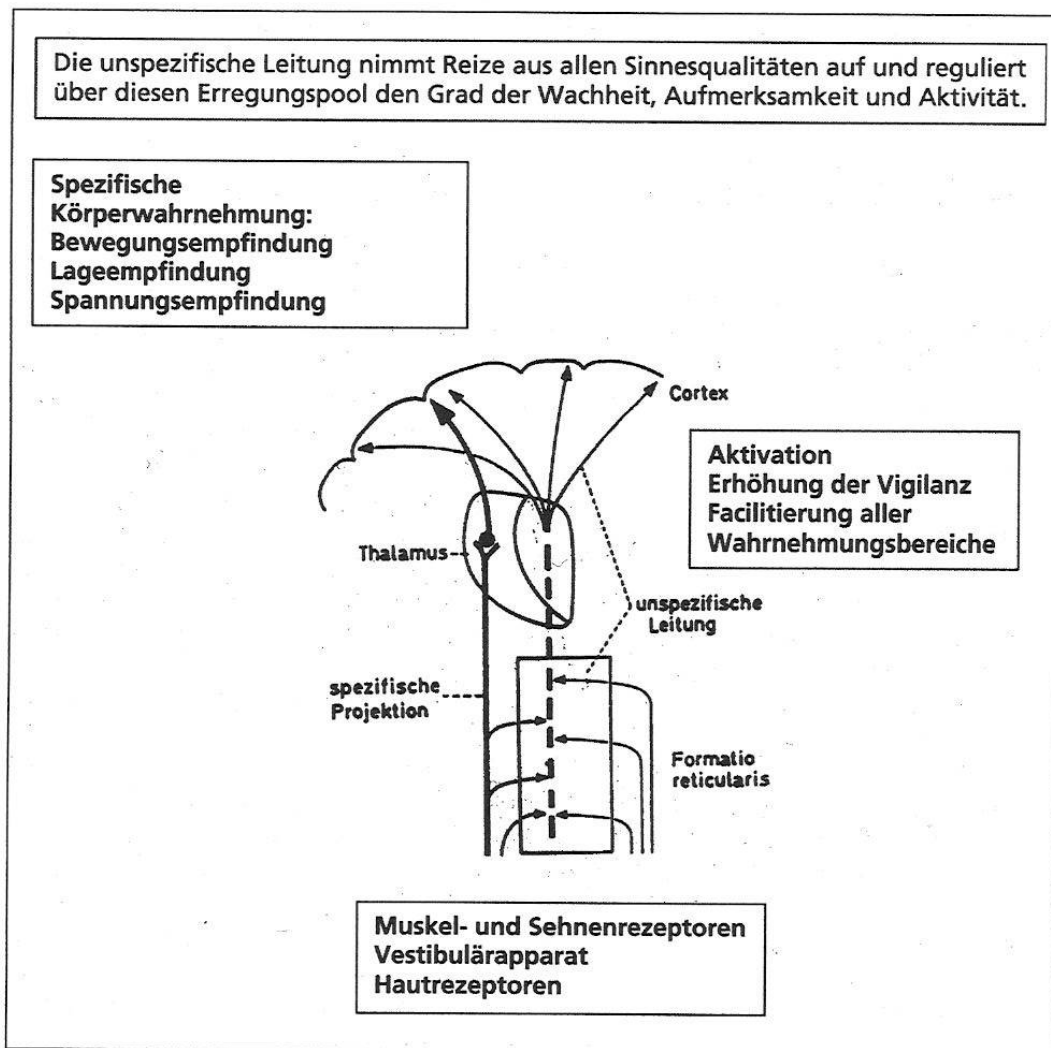
Die Betonung von Selbstbestimmung, Eigenmotivation und spontanem Antrieb bedeutet nicht, dass therapeutische Maßnahmen zur Verbesserung funktioneller Fertigkeiten (z. B. durch Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Heilpädagogik) entbehrlich wären. Allerdings müssen diese Maßnahmen so gestaltet werden, dass sie die spontane Aktivität und Neugier des Kindes anregen und dann darauf aufbauen. Diese Maxime wird unübertrefflich von dem Leitsatz ausgedrückt, den Maria Montessori den Kindern in den Mund gelegt hat: „Hilf mir, es selbst zu tun.“ Wohlverstandene Förderung sollte daher zum Ziel haben, Kinder bei der Ausführung entwicklungsadäquater Aufgaben zu unterstützen und ihnen auf diese Weise zu Erfolgserlebnissen zu verhelfen. Was für das individuelle Kind in der aktuellen Situation angemessen ist, „weiß“ das Kind am besten selbst; Voraussetzung ist allerdings, dass die unmittelbare Umgebung des Kindes so gestaltet ist, dass sie eine gewisse (begrenzte) Auswahl von „Aufgaben“ (d. h. die Neugier und Bestätigungsdrang des Kindes herausfordernden Reizen und Anregungen) bereit hält.

Es ist erwiesen, dass funktionelle Anregungen umso effektiver sind, je „brauchbarer“ sie vom Kind empfunden werden, d. h. je besser sie in sein aktuelles Handlungsrepertoire und Interessenspektrum passen. Demgegenüber steht der Beweis aus, dass Methoden, die vorgeblich geeignet sein sollen, „basale“ Funktionen (z. B. die „posturale Reagibilität“ nach Vojta oder die „sensorische Integration“ nach Ayres) therapeutisch zu beeinflussen und dadurch die spontane Entwicklung konkreter Fertigkeiten zu ermöglichen, dieses Ziel tatsächlich erreichen. Kritische Vorbehalte sind vor allem gegenüber Methoden angebracht, die postulieren, dass Sinnesreize verschiedener Art, die vom Kind ausschließlich passiv erfahren werden, einen therapeutischen Effekt haben.

Unter Umständen kann allerdings auch passiv erfahrene Situation dazu beitragen, behinderte Kinder zur Aktivität anzuregen. Das gilt vor allem für schwer bewegungsgestörte Kinder mit Zerebralparese sowie mit ausgeprägter Muskelhypotonie und Bewegungsarmut. Bei ihnen entsteht durch die Bewegungsarmut ein Defizit an Körperwahrnehmung. Die verschiedenen Reizqualitäten, die der Körperwahrnehmung zu Grunde liegen (aus Spannungsrezeptoren der Muskeln, Dehnungsrezeptoren in den Sehnen, Vestibulärapparat, Hautrezeptoren), leisten normalerweise einen entscheidend wichtigen Beitrag zur Vigilanz (Wachheit), bewussten Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und zur psychischen und körperlichen Aktivität (Abb. 5). Körperbehinderte Kinder haben nur eingeschränkte Möglichkeiten, selbst über die Motorik ihre Vigilanz zu regulieren und zu ihrer eigenen Aktivierung beizutragen. Vielmehr besteht die Gefahr, dass durch die Bewegungseinschränkung die Vigilanz absinkt, damit auch der Antrieb nachlässt und in der Folge die Motorik noch weiter reduziert wird.

Eine Stimulation der Körperwahrnehmung durch verschiedenartige kinaesthetische und taktile Reize (wie sie z. B. in den Behandlungsmethoden nach Bobath und Castillo-Morales, in der Sensorischen Integration und der Basalen Stimulation angewandt werden) kann geeignet sein, bis zu einem gewissen Grade das Defizit an Reizen aus spontaner Motorik bei der Förderung zu verbessern. Ob und in welcher Art und Intensität solche Maßnahmen im Einzelfall hilfreich sind, ist ausschließlich an den Reaktionen des Kindes abzulesen (für nähere Erläuterungen siehe Schlack 1998).

Bei der Frühförderung körperbehinderter Kinder spielt auch die frühzeitige und optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln eine sehr wichtige Rolle. Auch hierbei steht der Grundsatz, die Eigenaktivität des Kindes zu begünstigen, ganz im Vordergrund. Das können Hilfsmittel auf vielerlei Weise bewirken: durch Erweiterung der Bewegungsmöglichkeiten beim Spiel, durch Verbesserung der visuellen und akustischen Wahrnehmung bei aufrechter Körperhaltung, durch Modifikation einer erhöhten oder erniedrigten Muskelspannung, durch Verbesserung des Wohlbefindens infolge günstiger Lagerung u. a. (Das komplexe Thema der Hilfsmittelversorgung kann hier nur gestreift werden; zur weiteren Information siehe Holtz 2004).



**Abb. 5:** Wechselwirkungen von motorischer Aktivität, Somatosensorik, Vigilanz und Wahrnehmung

## Ausblick

Eine moderne Konzeption der Frühförderung, welche der Eigenaktivität des Kindes die zentrale Bedeutung für die Entwicklung beimisst, ist in ihren Zielen bescheidener und zugleich realistischer geworden. Die Rolle der Fachleute ist darin weniger eine führende (wie sie in den eingangs zitierten „Selbstverständlichkeiten“ zum Ausdruck kommt), sondern eher eine dienende. (Dabei erscheint es sehr passend, dass das griechische Wort „therapeuein“, das dem Begriff „Therapie“ zugrunde liegt, ursprünglich „dienen“ bedeutet.)

Das ist aber nicht so zu verstehen, dass professionelle Qualifikationen bei den Fachleuten weniger wichtig geworden seien. Im Gegenteil: Die in der Frühförderung tätigen Fachleute benötigen ein großes Maß an Wissen (vor allem auf dem Gebiet der Entwicklung von Kindern), an Einfühlungsvermögen und Selbstreflexion. Die fachliche Kompetenz der Fachleute ist nach wie vor wichtig und wird

auch von den Eltern erwartet. Die Fachkompetenz erfordert aber auch Respekt vor der ganz anderen, aber gleich wichtigen Kompetenz der Eltern, die sich aus dem unmittelbaren Betroffensein ergibt, und der noch weithin unterschätzten Kompetenz des Kindes selbst als „Akteur seiner Entwicklung“.

Die Frühförderung hat Abschied genommen von unrealistischen Erwartungen an vermeintlich unbegrenzte Möglichkeiten der Frühbehandlung und Frühförderung, würden nur die richtigen Methoden rechtzeitig und intensiv genug angewandt. Die hier dargestellten Grundzüge des neuen Konzepts sind kompatibel mit dem heutigen Wissen, werden sich aber an künftigen Wissens- und Erfahrungsfortschritten kritisch messen und erforderlichen Falles korrigieren lassen müssen.

## Literatur

- Bowlby, J.* (1975): Bindung. München.
- Butler, C., Darrach, J.* (2001): Effects of neurodevelopmental treatment (NDT) for cerebral palsy: An AACPD evidence report. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, p. 778-790.
- Dunst, C. J., Snyder, S. W., Mankinen, M.* (1989): Efficacy of early intervention. In: *Wang, M. C., Reynolds, M. C., Walberg, H. J.* (Eds.): *Handbook of special education*, vol. 3. Oxford, p. 259-294.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K.* (2002): Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie. In: *Strauss, B., Buchheim, A., Kächele, H.* (Hrsg.): *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart-New York.
- Hassenstein, B.* (1973): *Verhaltensbiologie des Kindes*. München-Zürich.
- Holtz, R.* (2004): *Therapie- und Alltagshilfen für zerebralparetische Kinder*. 2. Aufl. München.
- Kautter, H., Klein, G., Laupenheimer, W., Wiegand, H. S.* (1988): *Das Kind als Akteur seiner Entwicklung*. Heidelberg.
- Langmeier, J., Matejcek, Z.* (1977): *Psychische Deprivation im Kindesalter*. München-Wien-Baltimore.
- Largo, R. H.* (1993): *Babyjahre*. München-Zürich.
- Largo, R. H.* (1998): Wie entwickeln sich behinderte Kinder? In: *Schlack, H. G.* (Hrsg.): *Welche Behandlung nützt behinderten Kindern?* Mainz, S. 8-17.
- Largo, R. H.* (2004): Entwicklung des Spielverhaltens. In: *Schlack, H. G.* (Hrsg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München-Wien, S. 45-56.
- Largo, R. H., Graf, S., Kundu, S., Hunziker, U., Molinari, L.* (1990): Predicting developmental outcome at school age from infant tests in normal, at risk and retarded children. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, p. 30-45.
- Sarimski, K.* (1986): Interaktion mit behinderten Kleinkindern. *Entwicklung und Störung früher Interaktionsprozesse*. München-Basel.
- Scarr, S.* (1992): Developmental theories for the 1990s: Development and individual differences. In: *Child Development*, 63, p. 1-19.
- Schlack, H. G.* (1989a): Paradigmenwechsel in der Frühförderung. In: *Frühförderung interdisziplinär*, 8, S. 13-18.
- Schlack, H. G.* (1989b): Psychosoziale Einflüsse auf die Entwicklung. In: *Karch, D., Michaelis, R., Rennen-Allhoff, B., Schlack, H. G.* (Hrsg.): *Normale und gestörte Entwicklung*. Berlin-Heidelberg-New York, S. 41-50.
- Schlack, H. G.* (1989c): Wie spezifisch wirken „Therapie“ und „Milieu“ auf die Entwicklung behinderter Kinder? – Konsequenzen für die Praxis. In: *Karch, D., Michaelis, R., Rennen-Allhoff, B., Schlack, H. G.* (Hrsg.): *Normale und gestörte Entwicklung*. Berlin-Heidelberg-New York, S. 127-133.
- Schlack, H. G.* (1998): Stimulation der Körperwahrnehmung – ein wichtiges Konzept in der Behandlung zerebralparetischer Kinder. In: *Schlack, H. G.* (Hrsg.): *Welche Behandlung nützt behinderten Kindern?* Mainz.
- Schlack, H. G.* (2004a): Wichtige Grundbegriffe zur Entwicklungsbeurteilung. In: *Schlack, H. G.* (Hrsg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München-Wien, S. 97-106.

- Schlack, H. G.* (2004b): Therapie und Familiendynamik – Bedeutung der Eltern-Kind-Interaktion für die Entwicklungsförderung. In: *Schlack, H. G.* (Hrsg.): *Entwicklungs pädiatrie*. München-Wien, S. 185-194.
- Siebes, R. C., Wijnroks, L., Vermeer, A.* (2002): Qualitative analysis of therapeutic motor intervention programmes for children with cerebral palsy: An update. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44, p. 593-603.
- Sorrentino, A. M.* (1988): *Behinderung und Rehabilitation. Ein systemischer Ansatz*. Dortmund.
- Speck, O.* (1988): *System Heilpädagogik*. München-Basel.
- Speck, O.* (1989): Entwicklungen im System der Frühförderung. In: *Speck, O., Thurmair, M.* (Hrsg.): *Fortschritte in der Frühförderung behinderter Kinder*. München-Basel, S. 11-27.
- Tirosh, E., Rabino, S.* (1989): Physiotherapy for children with cerebral palsy. In: *American Journal of Diseases of Children*, 143, p. 552-555.
- Turnball, J. D.* (1993): Early intervention for children with or at risk of cerebral palsy. In: *American Journal of Diseases of Children*, 147, p. 54-59.
- Vries, J. I. P. de, Visser, G. H. A., Precht, H. F. R.* (1982): The emergence of fetal behaviour. Qualitative aspects. In: *Early Human Development*, 7, p. 301-322.



Prof. Dr. H. G. Schlack; Frau Prof. Dr. Nicklas-Faust

## Präsentation „Von der ambulanten Therapie zur mobilen Versorgung der Kindertageseinrichtungen in Kreuzberg“

Zentrum für Kindesentwicklung e.V.

Frau Dr. S. Safavi, S. Palhorn-Karl, H. Wilborn-Schiel, C. Steinmetz

---

Das Zentrum für Kindesentwicklung ist im Jahre 2003 aus einer Fusion zweier SPZ, Therapeutisches Arbeitskollektiv Kreuzberg und dem Therapieverein Kreuzberg, entstanden. Diese Zentren hatten von 1976 bis 2003 eine rein ambulante SPZ-Arbeit geleistet und zusätzlich ihre SPZ-Kinder in Kitas begleitet und beratende Arbeit mit dem pädagogischen Personal durchgeführt. Durch die Fusion haben wir viele neue Veränderungen und Neuerungen erlebt und gut gemeistert.

Nach der Fusion sind wir als KJA verpflichtet worden, zusätzlich die Betreuung der Integrationskinder in den Kitas zu übernehmen. Diese neuen Aufgaben und diesbezügliche strukturelle und personelle Veränderungen lösten im Zentrum für Kindesentwicklung, wie fast jede große Veränderung, sehr viele Zweifel, Bedenken und Ängste aus. Viele Mitarbeiter hatten Bedenken, dass dadurch der Schwerpunkt des Zentrums im ambulanten Bereich, in der Diagnostik und Therapie sowie der Beratung und die intensive familienorientierte Arbeit in den Hintergrund gedrängt werden könnten. Einige Mitarbeiter sahen diese Arbeit als nicht gleichwertig und effektiv an, so wie die ambulante Arbeit. Dadurch haben wir im Zentrum für Kindesentwicklung viele intensive Diskussionen geführt. Parallel dazu haben wir mit den Integrations-Kitas im Bezirk Kontakt aufgenommen. Nach und nach hat sich unsere Arbeit erweitert: unser Konzept für Integrationsarbeit wurde entwickelt; Kita-Tagungen veranstaltet, um die Zusammenarbeit mit diesen zu verbessern. Durch diesen Prozess wurden langsam die Ängste der Mitarbeiter abgebaut.

Heute haben fast alle unserer Therapeut/innen ein großes Interesse entwickelt, in Kitas eine kreative und effektive Zusammenarbeit mit den Pädagoge/innen kindbezogen durchzuführen. Wir wissen nun, dass eine ernsthafte sozialpädiatrische Betreuung ohne Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Kindes, ohne intensive Zusammenarbeit mit den Kitas, kaum möglich ist. Also bedeuten die Veränderungen für uns nicht nur einen Wechsel von der ambulanten Betreuung zur mobilen Betreuung, sondern auch eine positive Entwicklung und Erweiterung unserer Arbeit insgesamt.

In diesem Zusammenhang wurde von 3 Mitarbeitern des Zentrum für Kindesentwicklung über die unterschiedlichen Arbeitsweisen und ihren Erfahrungen in den Kitas berichtet.

Mein Dank gilt der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, insbesondere Frau Zinser, sowie Herrn Vogel, die uns liebevoll in dieser Phase und bei der Umstrukturierung begleitet und ermutigt haben.

Dr. S. Safavi  
Kinderärztin

*Dieser Bericht zeigt in einer kurzen Schilderung, wie ich die Zusammenarbeit mit den Integrations-Kitas, die für uns vor zwei Jahren verstärkt begann, aus meiner Sicht erlebt habe. Damals erreichte uns eine große Anzahl von Nachfragen aus den Kitas, die vorher vom SPZ der Pikler-Gesellschaft betreut wurden.*

Ich hatte schon Erfahrung in der mobilen Arbeit aus einem anderen SPZ, als ich am 12.1.2006 im Rahmen meiner Tätigkeit als Musiktherapeut im SPZ Kreuzberg meine erste Kita betrat. Meine Chefin Frau Dr. Safavi drückte mir eine Liste mit 16 Namen in die Hand und schickte mich in „meine erste Kita“. Die Kita-Leiterin empfing mich mit offenen Armen und ließ keine Gelegenheit aus, den großen Therapiebedarf in der Kita zu betonen, da die Therapeut/innen vom Bezirksamt jetzt zurückgezogen würden.

So vertraute sie mir zunächst drei Gruppen mit insgesamt 6 Kindern mit Integrationsstatus und zwei auffällige Regelkinder an und ich führte erste Gespräche mit den Erzieher/innen. Ich veranschlagte für die Durchführung meiner Arbeit vor Ort insgesamt 5 Stunden pro Woche.

Im SPZ häuften sich derweil die Anfragen von weiteren Kitas. Wir waren im Unklaren darüber, wie viele Kitas wir überhaupt zu betreuen hatten. Zahlen zwischen 50 und 100 kursierten und wir wurden vor die Frage gestellt, wie wir diesen Bedarf decken könnten. Außerdem war nicht klar, wie die Arbeit im Einzelnen auszusehen hatte. Kurzum: Ein Konzept musste her.

Wir riefen im SPZ ein Kita-Team ins Leben, in dem wir uns immer wieder austauschten und über die Form und den Umfang der mobilen Arbeit berieten. Viele Fragen tauchten auf:

1. Wie können wir die Kita-Arbeit sinnvoll organisieren?
2. Wer kann sie organisieren?
3. Welche Mitarbeiter/innen haben überhaupt Kapazitäten dafür frei?

Und schließlich:

4. Wie können wir die große Anzahl an Anfragen von Kitas überhaupt bewältigen?

Wie ging es nun bei mir persönlich weiter? Im Laufe der Wochen schrumpften meine 5 Stunden pro Woche, die ich für „meine erste Kita“ veranschlagt hatte, auf 1 Stunde zusammen. Eine dichtere Betreuung können wir bei der großen Nachfrage nicht leisten.

Um anschaulich zu machen, wie die Form meiner Zusammenarbeit mit der Kita bzw. mit der Facherzieher/in konkret aussah bzw. aussieht, beschreibe ich ein Beispiel:

Ein 4-jähriger Junge mit Integrationsstatus und erhöhtem Förderbedarf (damals noch B-Status genannt) sollte im Rahmen der mobilen Arbeit von uns betreut werden. Wie, das stand noch nicht fest. Die Form der Zusammenarbeit haben wir der konkreten Situation angepasst. Dabei leiteten uns Fragen wie



1. Was sind die speziellen Bedürfnisse des Kindes, um das es geht?
  - *Braucht sehr viel Aufmerksamkeit und individuelle Zuwendung. Im Gruppenkontext eine gute Führung.*
2. Wo liegen konkret die Schwierigkeiten / Fähigkeiten des Kindes im Bezug auf seinen Kontakt zu den anderen Kindern bzw. in welchen Bereichen braucht es eine besondere Unterstützung?
  - *Aggressive Verhaltensweisen / Durchbrüche anderen Kindern gegenüber, v. a. in Konkurrenzsituationen*
  - *Massives Aufmerksamkeitsstreben in Gruppensituationen*
  - *Kognitiv gut entwickelt*
3. Wo benötigt der/die Fachzieher/in der Gruppe noch Unterstützung im Bezug auf die Integration des Kindes in der Gruppe?
  - *Lösung von Alltagssituationen, in denen das Kind ausrastet und aggressiv wird*
  - *Wie kann der Kontakt zu den Eltern verbessert und gegenseitiges Misstrauen entgegengewirkt werden?*

Daraus entwickelten wir verschiedene Settings, die der jeweiligen speziellen Situation angepasst waren.

1. Therapie mit der ganzen Gruppe mit dem Ziel, das betroffene Kind bei der Durchführung von gemeinschaftlichen Aktivitäten zu unterstützen (z.B. Morgenkreis) und den Erzieher/innen durch meine musiktherapeutische Herangehensweise Anregungen für ihre eigene Arbeitsweise zu geben.
  - *Da das Kind in diesem Rahmen meistens überfordert war und wir es auf diese Weise nicht gut erreichen konnten, entschieden wir uns nach einigen Terminen für eine andere Form:*
2. Therapie außerhalb der Großgruppe in einer Kleingruppe (2 I-Kinder und 2 Regelkinder) gemeinsam mit der Stützerzieherin. Ein vorbereitetes Gespräch dient zum Austausch von aktuellen Ereignissen und der Planung, welcher Schwerpunkt an diesem Termin gesetzt werden soll. Ein nachbereitendes Gespräch dient der Reflektion der Ereignisse in der Gruppe und dem Entwickeln von Schlussfolgerungen für die weitere Arbeit und den Kita-Alltag.
  - *Auf diese Weise konnten wir besser mit den meist unerwarteten aggressiven Ausbrüchen des Kindes umgehen und daran arbeiten.*

Wichtigster Teil der Arbeit ist heute die Beratung der Erzieher/in zu Aspekten der Integration und des erzieherischen Umgangs mit dem betroffenen Kind. Hierfür plane ich 1-2 einstündige Termine pro Monat ein. Die Erzieher/in muss für diese Gespräche aus der Gruppenarbeit freigestellt werden und es muss ein geeigneter Raum für Gespräche vorhanden sein. Zusätzlich haben wir uns für eine Einzeltherapie außerhalb der Gruppe im SPZ entschieden, da die Kontaktstörungen des Kindes dies notwendig machte.

C. Steinmetz  
Musiktherapeut

## Veränderung: von der ambulanten zur mobilen Versorgung

Viele Kinder mit Sprachproblemen genießen sehr den geschützten Raum und meine 1:1 Aufmerksamkeit, das Verstandenwerdens und selber verstehen. Denn Sprache ist nicht einfach nur eine Technik, Sprache ist immer Kontakt, Kommunikation. Es geht in der Therapie immer darum, ein exemplarischer Kontakt zu sein, sozusagen ein Übungsmodell, um in die Welt zu gehen. In der Einzeltherapie können und sollen die Kinder üben, ihre Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche in Worte zu fassen und damit mit ihrer Umwelt in Kontakt zu treten.

Der zweite schwierige Punkt an der ambulanten Tätigkeit ist der Kontakt zu den Eltern: allein diese „Tür-und-Angel-Gespräche“ über die alltäglichen Sorgen, das therapeutische Verhalten dem Kind gegenüber als Modell für die Eltern, die unmittelbare Rückmeldung über die sprachlichen oder sonstigen Fortschritte sind sehr wichtig.

Ein gelungenes Beispiel mobiler Versorgung: Die kleine Zeynep, 5 Jahre alt, geistig behindert, war sprachlich auf dem Stand von 2-Wort-Sätzen angekommen und hatte eine Pseudokommunikation aufgebaut; d.h., sie brabbelte vor sich in und tat so, als ob sie redet, erwartet aber keine Reaktion auf ihre sprachlichen Äußerungen.

Es war spannend, Zeynep vor Ort darin zu unterstützen, in Kontakt zu ihrer Umwelt – sprich zu den anderen Kindern in der Kita – zu treten, quasi den Alltag in „Worte fassen“.

Daraus entstanden folgende Situationen: wir begrüßten gemeinsam jedes Kind, das morgens in der Kita ankam („Guten Morgen Sidelya, ...Foster, ...Rita.“), wir begutachteten gemeinsam die Hausschuhe der Kinder („auch pink, mit Auto drauf, neue Hausschuhe, von Beyza“), sie zeigte allen ihre neue Barbie und erzählte allen, dass sie ihre „Mama kauft“ hat, wir bauen mit noch zwei Kindern eine Höhle, sie spielen Muter-Vater-Kind und ich helfe ihr, dass ihre Worte bei den anderen Kindern ankommen („Du, hast Du gehört? Zeynep, sag´s noch mal!“).

S. Pahlhorn-Karl  
Logopädin

Seit über zwei Jahrzehnten therapiere, berate und begleite ich behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder, ihre Eltern und Familien in unserer Einrichtung als Physiotherapeutin. Dies bedeutet eine fachübergreifende Zusammenarbeit mit meinen Kollegen/innen aus dem Team. Der Austausch mit den Erzieher/innen, die Beratung über Förderbedarf sowie über integrative Gruppenprozesse in der Tagesgruppe der jeweiligen Kindertagesstätte gehörte zu unserem Konzept selbstverständlich dazu.

Seit nunmehr zwei Jahren führe ich in der Kindertagesstätte Therapien und Psychomotorikgruppen durch. Es bereitet mir große Freude. Diese Gruppen planen, evaluieren und halten wir zusammen (mit den Gruppenerzieher/innen). Alle Kinder lernen im gemeinsamen Spiel ihr Können zu erproben und ihre inneren und äußeren Möglichkeiten einzuschätzen. So können sie im Spiel „Erlertes“ in den Alltag übernehmen. Sie akzeptieren die unterschiedlichsten Fähigkeiten und Begrenzungen im Umgang miteinander. Dabei wachsen alle über sich hinaus; das Mitgefühl, das sich „gegenseitig begeistern“ und der Ansporn erweitert die Entwicklungsmöglichkeiten jedes Kindes.

Für die engagierten pädagogischen Mitarbeiter/innen in den Kreuzberger Kitas und mir ergibt sich oft ein erweiterter Blick für alle Kinder und Ideen für gezielte Förderung aller.

Die Elternarbeit hinsichtlich benötigter Hilfsmittel wird erleichtert, da es für alle selbstverständlich wird, dass Kinder – Menschen – verschieden sind und verschiedene Kompetenzen zeigen, so dass die gesamte Elterngruppe insgesamt gelassener mit Hilfsmitteln umgeht. So wachsen auch die Solidarität in der Elternschaft und die Bereitschaft, sich offen über Behinderungen und Schwächen auszutauschen.

In meinem Vortrag schildere ich einen Gruppenablauf und zeigte auf, dass es trotz manchmal hoher Improvisationskunst ein sinnvoller Ansatz ist, die Therapien der Kinder mit erhöhtem Förderbedarf in den Alltag einzubinden.

H. Wilborn-Schiel  
Physiotherapeutin

## Präsentation „Vorstellung des Konzeptes: Mobile Betreuung in Kindertageseinrichtungen in Steglitz-Zehlendorf“

Spastikerhilfe eG

Frau Dr. S. Heicapell, Frau U. Noffke, Frau U. Lang-Lendorff

---

Die Spastikerhilfe versorgt seit fast 50 Jahren in Berlin behinderte Menschen, zunächst organisiert als eingetragener Verein, e.V., zuletzt als eingetragene Genossenschaft, eG, der Verein existiert neben dieser Genossenschaft weiterhin. In mehr als 20 (26) Einrichtungen in ganz Berlin wohnen und arbeiten behinderte Menschen, sowohl Erwachsene wie auch Kinder.

Am Prettauener Pfad im Süden von Berlin-Steglitz betreibt die Spastikerhilfe eine der ältesten Einrichtungen für die Tagesunterbringung behinderter Kinder. In unmittelbarem Verbund finden sich hier auch ein Wohnheim für behinderte Kinder (schwerstmehrfach behinderte Kinder und Intensivfördergruppe) und einer der beiden Standorte des SPZ/KJA, das sie ebenfalls als Träger leitet. Der zweite Standort befindet sich in Weißensee.

### Standort Prettauener Pfad

Die Kindertagesstätte am Prettauener Pfad führte jahrelang eine Krippe, Kleingruppen mit schwerstmehrfach behinderten Kindern, einen Hort für behinderte Schulkinder, der aus Platzmangel dann ausgegliedert wurde. Alle Kinder in der Einrichtung wurden von Beginn an durch ein großes interdisziplinäres Team während ihres Kindergartenalltages heilpädagogisch, psychologisch und medizinisch-therapeutisch betreut.

Deutlich später wandelte sich die Einrichtung zur Integrationskindertagesstätte mit drei Kleinstgruppen für solche Kinder, die von der Integration nicht profitieren konnten bzw. nach Petö mit einer besonderen Art der Förderung intensiv betreut werden sollten, und 7 Integrationsgruppen, in denen bis 4 behinderte Kinder mit 10 gesunden Kindern gemeinsam ihre Kindergartenzeit verbringen.

Derzeit ist das interdisziplinäre Team der Einrichtung als SPZ/KJA nach § 119 SGB V zugelassen.

Neben einer fachärztlich geleiteten Ambulanz, die auf Zuweisung von Kinderärzten sozialpädiatrisch arbeitet, betreute das Team neben der zum gleichen Träger gehörenden Einrichtung „integrativ“, Kinder in den Kindertagesstätten freier Träger und wurde seit Anfang 2007 bei veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen auch noch für die integrative Arbeit in den Kindertagesstätten der Eigenbetriebe des Landes Berlin in die Verantwortung genommen.

In der Ambulanz werden regelmäßig pro Jahr mehr als 600 Kinder gesehen. Wöchentlich werden etwa 600 ambulante Therapien und über die Betreuung von Kindern in Kindertagesstätten 600 Therapien in der Integrationsarbeit erbracht.

Unter den zu betreuenden Einrichtungen befinden sich Sondereinrichtungen ohne Integration und Integrationskindertagesstätten; zahlreiche Kindertagesstätten ermöglichen Eltern für ihre Kinder jetzt Einzelintegration wohnortnah, was uns vor neue Aufgaben stellt.

Im letzten Jahr versorgte das Team 20 bis 25 Regelkitas, über das Jahr wechselnd; die Anzahl versorgter Integrationskinder in Regelkitas betrug etwa 80 bis 100. In diesen Kindertagesstätten findet wöchentlich Therapie und Beratung statt. Zusätzlich Einzelfallberatung in etwa 10 Kitas, kein regelmäßiges therapeutisches Angebot. In 5 Sondergruppen wurde 48 bis 59 Kinder betreut; in einer Einrichtung mit anthroposophischem Konzept 45 bis 47 Kinder.

Die gesetzlich verankerten Veränderungen im ÖGD lassen die Anfragen auf Unterstützung der Integration behinderter Kinder in die Höhe schnellen.

Als Reaktion auf die stellenneutral zu erledigende Mehrarbeit erfolgte zunächst die Installation einer Integrationssprechstunde, um den Patientenfluss zu optimieren und eines Integrationsteams, in dem der mobile Einsatz gesteuert werden kann. Diese Patienten erhielten besondere Termine.

Alle Therapeutengruppen sowie Psychologen/innen und Ärzte sind kindspezifisch in die mobile Versorgung der Kinder eingebunden.

Es finden zunehmend mehr Beratungen der Facherzieher/innen für Integration statt; eine Erzieherrunde Integration hat sich unter psychologischer Leitung regelmäßig alle 6-8 Wochen etabliert. Hier werden allgemein relevante Themen diskutiert. Die Wirksamkeit unserer Arbeit ist dadurch deutlich erhöht.

Im SPZ selbst ist eine regelmäßige Fortbildungsreihe „Integration“ entstanden für interne und externe Therapeut/innen und pädagogisches Personal. Sie tagt jeweils am 5. Mittwoch eines Monats, also etwa 5x pro Jahr.

Für alle Kindertagesstätten, die wir betreuen sollen, wird unabhängig, ob bereits Integrationsarbeit geleistet wird, 2 bis 4mal jährlich eine Abendveranstaltung zu organisatorischer und inhaltlicher Integrationsarbeit angeboten, um die Zusammenarbeit unter den Fachleuten zu optimieren und so für die zu betreuenden Familien möglichst reibungslose Abläufe zu schaffen.

In etwa drei monatlichen Abständen wird eine Elternreihe mit Seminaren zur Kindesentwicklung am SPZ angeboten. Verantwortlich dafür zeichnen die Leiterin des SPZ sowie die Sozialpädagogin.

Am Beispiel des kleinen Marco wurde verdeutlicht, wie sich unsere Arbeit individuell an den Bedürfnissen des Kindes in seiner jetzigen und zu erwartenden Umwelt orientiert und einem ganzheitlichen Konzept folgt.

Im interdisziplinären Team wurden bei Marco in Absprache mit der Familie die medizinisch-therapeutischen Ziele festgelegt: neben dem Bestreben, einer

Verschlimmerung seiner körperlichen Einschränkung entgegen zu wirken, trainierten wir vor allem die Möglichkeiten des Kindes zur Haltungskontrolle von Rumpf und Kopf als Voraussetzung für die Steuerung eines Computers mit dem Ziel der Kommunikation über Eye Mouse.

Hier wurde dem übergeordneten Ziel der lebenslangen Notwendigkeit, gut kommunizieren zu können, der nahe gelegene Wunsch der Erzieher/innen in der Kindertagesstätte der Spastikerhilfe eG, dieses Kind in einer Integrationsgruppe intensiv heilpädagogisch zu fördern, nachgeordnet und Marco in seinem letzten Kindergartenjahr vor der Schule in unserer Petö-Sondergruppe betreut. Wir verdeutlichten diese Arbeit in einem kleinen Film.

### Vom Dialog der KJA/SPZ mit den Kitas

Seit etwa 25 Jahren, noch bevor es KJA/SPZ´s gab, machte ich Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Kitas.

Warum? Weil ich durch eine Reise nach Florenz, Ende der ´70er Jahre, angestoßen wurde, hinzusehen und in Frage zu stellen, was es hier in Berlin (West) bei der Betreuung von Kindern mit Behinderung gab. Das waren einmal Regeleinrichtungen, die durch neue Anstöße in der Pädagogik im Wandel begriffen waren und Sondereinrichtungen für verschiedenste Formen der Behinderung. Diese waren meist räumlich und personell hervorragend ausgestattet (alle für notwendig erachteten Therapien wurden im Haus angeboten) und lagen oft „im Grünen“, eben eher abseits.

In Florenz gab es Stadtteil-Ambulatorien, die über verschiedene therapeutische Angebote verfügten und die Integration von Kindern mit Behinderung in Kita und Schule war selbstverständlich und am Wohnort.

Unvergessen ist mir der Besuch in einer Schulklasse, die eine Märchenaufführung probte. Die Rolle des Königs, ausgestattet mit allen Insignien, wurde von einem nicht sprechenden Jungen gespielt: er klopfte mit dem Zepter auf und hatte einen herrschaftlichen Ausdruck – Sprache war für diese wichtige Rolle nicht nötig.

Ich hatte zudem die tiefe Überzeugung, dass alle Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit innerhalb eines gesellschaftlichen Raums ihren Platz haben sollten und nicht in Räumen mit mehr oder weniger verschlossenen Türen.

Trotzdem waren „Bilder“ wie das oben genannte Beispiel wichtig, um Mut zu entwickeln, etwas zu beginnen, was zu dieser Zeit in Berlin (West) noch als reine Utopie erschien.

1980 schrieb ich gemeinsam mit 8 Kolleginnen aus der Spastikerhilfe das Buch „An den Rand gedrängt - was Behinderte hindert normal zu leben“. In einem Artikel heißt es: „Es ist ein Irrtum, dass wir, die Spezialisten, für die Behandlung, die anderen, die Familie (heute würde ich hinzufügen: die Kita) für den Alltag zuständig sind.“

Ein erster Schritt war: weg von der Segregation zur Integration, denn „unsere“ Kinder mit Behinderung sollten gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern in eine Kita, in eine Schule gehen dürfen.

Und wir machten uns auf den Weg mit Eltern, die den Mut oder den Wunsch hatten, Kitas zu suchen, die bereit waren ein Kind mit Behinderung aufzunehmen. Jeder Kontakt, der gelang, war ein kleiner Sieg.

Aber mit der Aufnahme des Kindes in eine Regelkita war die Frage nach therapeutischer Unterstützung noch nicht geklärt.

In dem uns vertrauten Kindergarten des Spastiker-Zentrums mit angestellten Therapeuten erhielten viele Kinder mehrere Therapien; einige wurden täglich behandelt. Dies war natürlich bei der nun einsetzenden Verteilung der Kinder über die Stadt nicht möglich. Manche Kinder kamen weiter in die Ambulanz, bei anderen versuchten Kolleginnen „vor Ort“ zu arbeiten, aber natürlich nicht täglich. Musste dies ein Mangel sein? Hierdurch entstand unser Wunsch, herauszufinden, wo und wie viel Therapie ein Kind benötigt; wo sie hilft, und wo sie aussondert und wie die fördernden Aspekte des Alltags in einer Kita die Entwicklung unterstützen können.

Ziel jeder Therapie ist es - wo sie nicht heilen kann – die Teilnahme des Kindes am Leben zu erweitern. Maßstab für eine erfolgreiche Therapie ist die Umsetzung von dort erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Alltag.

Gleichzeitig kann der Alltag ein Mittel der Förderung sein, sowohl im Sinne der Anregung („das will ich auch mal versuchen“), als auch der Vertiefung durch Wiederholung oder Sinngebung (z.B. nicht einfach „laufen“, sondern zu einem interessierenden Ort laufen können; mit den anderen Kindern mitlaufen können).

Lernen und Entwicklung durch Lernen setzt Eigenaktivität voraus.

Es ist die gemeinsame Aufgabe von Therapeut/in und Facherzieher/in dafür Sorge zu tragen, einem Kind mit Handicap hierfür das Umfeld zu bereiten.

Voraussetzung ist die genaue Beobachtung des Kindes im Hinblick auf seine Interessen und Möglichkeiten und sehr viel Kreativität.

Ich möchte dies am Beispiel eines schwerhörigen, bisher nicht sprechenden Kindes verdeutlichen: Wie kann dieses Kind am Morgenkreis teilnehmen?

Ohne weitere Hilfen wird es vielleicht auf seinem Stuhl sitzen und vor Langeweile „auffällig“ werden.

Was wäre stattdessen möglich?

1. Fotos der Gruppenkinder werden nach Aufruf auf die Liste „Anwesend“ bzw. „Abwesend“ geheftet; als Begründung können die Gebärden „krank“ oder „verreist“ bedeutet werden. Entweder jedes Kind macht dies selber, dann ist das schwerhörige Kind in dieser Situation gleichberechtigt. Oder dieses Kind darf alle Fotos anheften, als Ausgleich für etwas weniger Möglichkeiten zur aktiven Teilnahme während des weiteren Morgenkreises (Material: laminierte Fotos, mit Klettband zu befestigen).
2. Nach dem Wochenende oder nach einer Reise bringt das Kind einige Fotos mit, dazu einen kleinen Text der Eltern, so dass es auch „erzählen“ kann.
3. Es kann ein Lied (das zunehmend alle Kinder kennen) mit Gebärden begleitet werden.



4. Ich kenne eine Kita, wo anhand von Gebärden für Tiere, die alle Kinder gelernt haben, eine Art „Memory“ gespielt wird (das jeweils 2. Tier muss gefunden werden).

Dies alles ist aufwendig – und doch so wenig, wenn man bedenkt, was diesem Kind aufgrund seiner Hörproblematik innerhalb des Morgenkreises an weiteren Informationen trotzdem entgeht.

Übrigens ist für Kinder, die einen „Talker“ (PC mit Sprachausgabe) benutzen, dessen Einsatz ganz ähnlich möglich: die Eltern besprechen, was am Wochenende passiert ist, die Facherzieher/in bespricht ihn für zu Hause mit Ereignissen aus dem Kita-Alltag. Wenn so ein Gerät das Kind aktiv durch den Tag begleitet, kann verhindert werden, was sonst oft passiert: das Hilfsmittel ist keine Hilfe, sondern liegt irgendwo herum, weil das Kind selber keine Chance hatte, diese Kommunikationsform als Erweiterung seiner Möglichkeiten kennen zu lernen.

Die Kontinuität in der Förderung, die von der Facherzieher/in gefordert wird, und auch die Anregungen für den Alltag bedürfen der Unterstützung und Begleitung einer Therapeut/in vor Ort. Sie muss die Situationen der Anwendung von Hilfen erkennen und gegebenenfalls selber einführen. Sie sollte der Facherzieher/in beratend zur Seite stehen, wenn Fragen oder Probleme auftauchen. Dann hat ihre Therapie, einzeln oder in der Kleingruppe, ihren Stellenwert im Gesamtgefüge.

Bei einer vertrauensvollen Zusammenarbeit, in der beide die Möglichkeiten des anderen schätzen, ist so eine wirklich effektive therapeutisch-pädagogische Förderung des Kindes mit Behinderung gegeben – der Dialog trägt Früchte.

Im Folgenden möchte ich darstellen, welche Rahmenbedingungen den Dialog zwischen KJA/SPZ und Kita bedingen.

1. Mit welchem sozialen Umfeld haben wir es zu tun?

- „Unsere“ Bezirke zeichnen sich im überwiegenden Teil dadurch aus, dass sie in sozialen Brennpunkten liegen (Wedding hat die meisten armen Kinder).

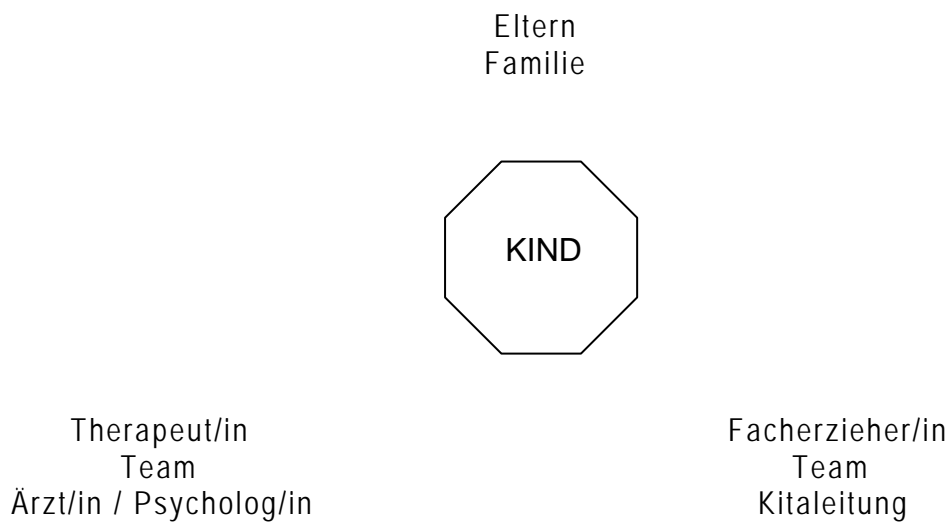
2. Mit welchen Formen von Kitas arbeiten wir zusammen?

- Wir haben Kontakt mit vielen kleinen Kinderläden, auch mit Kindergärten, in denen im Schnitt zwei Kinder mit besonderem Förderbedarf betreut werden.
- Daneben gibt es größere Einrichtungen mit 4 bis 8 Gruppen, in denen zum Teil in allen Gruppen Kinder mit erhöhtem Förderbedarf integriert sind.

3. Welche Formen der Behinderung sind in diesen Einrichtungen integriert?

- In den Kitas, mit denen wir Kontakt haben, sind zwei Untergruppen auszumachen:
  - Kinder, die aufgrund ihrer Lebensbedingungen unzureichende Förderung erfahren: Hier erleben wir die allseits beklagte Medizinalisierung sozialer Probleme; ein großer Teil dieser Kinder zeigt Verhaltensauffälligkeiten.
  - Kinder mit Behinderungen: darunter viele Kinder mit wesentlich erhöhtem Förderbedarf, z.B. Kinder mit Autismus; Kinder mit Hörschädigung versorgt mit Hörgeräten oder Cochlea Implant; Kinder mit mehrfachen Behinderungen; immer wieder auch Kinder, die auf das Sterben zugehen.

## Partner des Dialoges



### Fakultativ

1. weitere therapeutische/pädagogische Fachkräfte z. B.:  
Blindenfrühförderung
2. externe Berater: z.B. Ernährungsberatung der Diabetes-Sprechstunde
3. Mitarbeiter/innen der Behindertenhilfe
4. Einzelfallhelfer/innen /Familienhelfer/innen

## Orte des Dialoge

1. Hospitation des/der Therapeut/in im Kita-Alltag vor Beginn der Therapie  
(später in Abständen)
2. Hospitation des/der Facherzieher/in in der Therapie
3. Hospitation der Psychologe/in im Kita-Alltag
4. Austausch Therapeut/in – Facherzieher/in entweder vor/nach der  
Therapie oder gesondert nach Absprache
5. Entwicklungsgespräche: Eltern – Kita-Mitarbeiter/innen – KJA/SPZ-  
Mitarbeiter/innen

Voraussetzung: Vorstellung des Kindes in der KJA: Eltern und Ärzt/in  
Bei Bedarf: Untersuchung oder gesonderte Beratung durch die Psychologe/in

## Erwartungen an die mobile Therapie

### Eltern

1. Entlastung durch mobile Therapie
2. Fachwissen zur Problematik des Kindes und Verbesserung oder sogar Heilung der Problematik
3. Information und Anleitung der Erzieher/in
4. Gute Förderung durch Zusammenarbeit von Therapeut/in und Erzieher/in

### Kita

1. Eingliederung der Therapie in den Alltag
2. Verständnis für den eigenen Ansatz der Förderung des Kindes
3. Austausch und Abstimmung der Förderung aufeinander
4. Unterstützung in den Gesprächen mit den Eltern
5. Informationen zu bestimmten Handicaps
6. Beratung zu Alltagsfragen

## Selbstverständnis unserer KJA/SPZ bezogen auf die mobile Therapie

1. Verknüpfung von Therapie und Pädagogik, um die Förderung des Kindes zu vereinheitlichen.
2. Förderschwerpunkte werden gemeinsam umgesetzt, um Wiederholungsmöglichkeiten und Wiedererkennung für die Kinder im Alltag zu schaffen.
3. Informationen über spezifische Besonderheiten bei Kindern mit Behinderung weitergeben.
4. Begleitung der Erzieher/innen in Alltagsfragen zur Förderung und zum Umgang mit dem Kind.
5. Beratung zur Integration des Kindes (Kontakt zu anderen Kindern).
6. Entlastung der Eltern durch Zusammenführung von Pädagogik und Therapie.
7. In sozialen Brennpunkten ist mobile Therapie häufig die einzige Möglichkeit, um Kindern mit Behinderung Therapie zukommen zu lassen.

## Themen des Dialoges

### „Entwicklungsgespräch“

1. die Entwicklung des Kindes in der Familie, der Kita der Therapie,
2. Festlegung neuer Förderziele und Absprache über die Umsetzung,
3. Überlegungen über Fortsetzung / Beendigung / Veränderung des therapeutischen Angebots,
4. Beratung zur Schulwahl,
5. Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Behinderung,
6. Absprache über gesonderte Beratungsangebote und Hilfen.

## Inhalte und Ziele des alltäglichen Dialoges

1. Vernetzung der fördernden / therapeutisch wirksamen Aspekte,
2. Erzieher/innen soll die Möglichkeit gegeben werden, zu verstehen, was der nächste sinnvolle und unterstützende Schritt sein kann;
3. die gezielte Einbindung der unterstützenden Aspekte für das Kind in den Alltag ermöglicht dem Kind vielfache Wiederholungen im Laufe der Woche:
  - Beispiel: Selbständig an- und ausziehen
    - Symbole anbringen, Abläufe visualisieren
    - Garderobenhaken am Rand
    - Anziehen vor allen anderen beginnen
    - „Anzieh-Stuhl“
  - Beispiel: „laufen lernen“
    - Sinnvolle Wege suchen, wie den Essenswagen schieben
    - Handläufe im Zimmer oder im Flur anbringen
  - Beispiel: Feinmotorik, Kind „will keinen Stift in die Hand nehmen“
    - Täglich in der Anwesenheitsliste ankreuzen, wer da ist
4. Alltägliche Einbindung der Therapie in den Alltag, Therapie, die nicht gut eingebunden ist, fördert Aussonderung:
  - Beispiel: Sprache
    - „Marie deine Therapeut/in ist da, Elif du kannst mitgehen“.
    - Therapiekind, Begleitkind

- Kindern mit deutlichen Behinderungen kann man erklären, warum Therapie stattfindet. Bei Kindern mit Entwicklungsschwierigkeiten, die für die Kinder nicht deutlich sind, sind Erklärungen unnötig. Nötig ist der Schutz des Kindes.

- Beispiel: Zeitliche Einbindung
  - Therapie, wenn die anderen Geburtstag feiern.

Zur Entwicklung solcher kleinschrittigen Ideen und Absprachen für den Alltag braucht es Zeit.

### Konfliktfelder des Dialoges

1. Therapie wird in der eigenen Tages- und Wochenplanung als Störung empfunden.
2. Therapie als Blockade von Räumen, die in Kindertagesstätten immer in nicht ausreichender Zahl vorhanden sind.
3. Wünsche nach Übernahme von Therapiezielen in den Alltag werden als Einmischung empfunden.
4. Erläuterung von notwendigen Veränderungen in der Umgebungsgestaltung wird als zusätzliche Belastung empfunden (z.B. Abläufe Visualisieren, Orientierung über Pläne).
5. Zusätzliche Verantwortung bezogen auf Terminplanung (Therapietermine und Raumplanung mit bedenken).
6. Dauerüberlastung der Facherzieher/in durch ungenügende Unterstützung durch das eigene Team; keine Zeit für besondere Förderung des Kindes.
7. Unverständnis für die Situation des jeweils anderen.
8. Zu späte oder vergessene Absagen.
9. Therapie „vergessen“, d.h., das Kind ist nicht vorbereitet – die Gruppe nicht anwesend.

### Ein ewiges Thema:

- Was sollte / kann erwartet werden in der Nutzung der zusätzlichen Stunden bei erhöhtem oder wesentlich erhöhtem Förderbedarf?
- Wer ist hier verantwortlich?

Welchen Anteil haben die Teilnehmer/innen des Dialoges an der Förderung des Kindes aus der Videosequenz?

1. Der Triangolino kam über die Physiotherapeutin.
2. Das Spiel mit der Babypuppe regte die Psychologin an.
3. Das Tasten am Flur, sowie, dass dieser Gang einzeln passiert werden kann, regte die Frühförderin für blinde Kinder an; ebenso, alles zunächst befühlen zu lassen.
4. Die Hilfe zum gemeinsamen Spiel ist ureigenste Sache der Facherzieher/in.
5. Dass Can-Ahmet ein freundliches und offenes Kind wurde, ist Verdienst seiner Familie.

Präsentation „Integrative Arbeit in einem Brennpunktbezirk – eine Herausforderung für die mobile Tätigkeit der KJA/SPZ“  
Lebenshilfe gGmbH, KJA/SPZ Neukölln  
Frau Dipl.-Psych. A. Willms-Faß, Frau A. Röttger, Frau A. Caspari

---

### Behinderte Kindheit – zur mobilen therapeutischen Versorgung von Integrationskindern im sozialen Brennpunktbezirk Berlin-Neukölln

Unser Beitrag beschäftigt sich mit der mobilen Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Kindertagesstätten in Neukölln, einem sozialen Brennpunktbezirk.

Der in der vor einigen Wochen erschienene Sozialatlas Berlins belegt in eindeutiger Weise, dass in Neukölln weitgehend die Menschen leben, die ganz unten auf der sozialen Leiter angekommen sind. I. d. R. beherrschen Armut und Perspektivlosigkeit ihr Leben.

In unserer Ambulanz- und Kitaarbeit treffen wir demzufolge mehrheitlich auf Kinder und Familien, die geprägt sind von einem Leben am Rande der Gesellschaft.

Daraus ergibt sich, dass wir zu einem großen Teil in unserer Ambulanz Kinder diagnostizieren und behandeln, deren familiären sozioökonomischen Lebensbedingungen einer der entscheidenden Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung ist.

(Natürlich betreuen wir auch Kinder mit körperlichen und geistigen Behinderungen aufgrund klassischer Ursachen, auf die wir aber im Rahmen unseres Themas hier nicht eingehen werden.)

Für viele dieser Kinder gilt der Satz:

Die Kinder sind nicht in Folge von biologischen oder genetischen Ursachen behindert, sondern sie werden in ihrer Entwicklung behindert durch die sozialen Verhältnisse, in denen sie aufwachsen.

Die sich daraus ergebenden Entwicklungsstörungen sind in der Regel global und betreffen sowohl Sprache, als auch sensomotorische, kognitive und emotionale Entwicklung.

Diese Sicht auf die Entstehungsbedingungen von Behinderungen hat Konsequenzen nicht nur für unsere tägliche Arbeit in der Ambulanz, sondern auch und gerade in den Kitas. Denn wir haben täglich mit dem Widerspruch zu kämpfen, dass Maßnahmen nach dem Integrationsgesetz auf die Kinder zielen, die Entwicklungsstörungen aufweisen. Aber eine Erfolg versprechende Therapie setzt nicht nur bei den Kindern an. In hohem Maße bedarf das familiäre und soziale Umfeld veränderungswirksamer Interventionen.

Dies gilt i. d. R. für jedes Kind mit Behinderung, bei unserem Klientel aber in besonderer Weise. Diesem Aspekt will sich unser Beitrag widmen.



In unserem Beitrag soll es gehen um

1. eine Beschreibung der psychosozialen Lebensbedingungen unseres Klientels in einem sozialen Brennpunktbezirk wie Neukölln,
2. deren Auswirkungen auf die Entwicklungsbedingungen der Kinder,
3. das daraus folgende Konzept der Ambulanz zur Integration behinderter Kinder in Kindertagesstätten,
4. weitere Vorschläge dafür, wie die Kita-Integration von Kindern, deren Behinderung im Wesentlichen psychosozialen Ursprungs sind, weiterentwickelt/verändert werden kann.

Um welche psychosozialen Belastungsfaktoren handelt es sich bei den von uns betreuten Familien?

Arbeitslosigkeit

1. ca. 80% aller Eltern leben ganz oder teilweise von staatlichen Transferleistungen,
2. die Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen ist oft generationsübergreifend; häufig zieht sich die Arbeitslosigkeit über zwei bis drei Generationen und ist zur Gewohnheit geworden,
3. die Eltern haben häufig keinen Schul- und/oder Berufsabschluss; immer häufiger haben wir es mit Menschen zu tun, die nur über sehr rudimentäre Fähigkeiten des Lesens und Schreibens verfügen,
4. es fehlt die Fähigkeit, den Tag zu strukturieren (viele der von uns betreuten Familien werden zeitnah an Termine in unserer Ambulanz telefonisch erinnert, da es sonst zu einer hohen Anzahl von Terminausfällen kommen würde).

Überschuldung

1. mangelnde Fähigkeit mit Geld umzugehen (massive Überschuldung durch z.B. Internet-, Versandhaus- und Ratenkäufe mit häufig laufenden Insolvenzverfahren)

Traumatisierung der Eltern durch eigene belastende Kindheitserfahrungen und instabile Familienstrukturen. Die Folgen sind:

1. psychische Erkrankungen der Eltern (Depressionen, Angstzustände, Borderline-Störungen bis hin zu Psychosen),
2. Bindungsstörungen / Beziehungsabbrüche / Partnerwechsel; häufig ist der Kontakt zur Herkunftsfamilie abgebrochen,
3. Sucht (Alkohol, Drogen, aber auch nicht stoffgebundene Süchte wie Computer-, Glücksspielsucht),
4. hohe Gewaltbereitschaft / hohes Aggressionspotential in der Familie – auch und häufig gerade gegen Kinder,
5. erhöhte Gefahr des sexuellen Missbrauchs,
6. „Überlebensstress“ - hohes Maß an Energiebindung / Stress durch Auseinandersetzungen mit Arbeitsagentur, Jugendämtern, Vermietern, Gas- und Stromversorgern, Handy- und Telefonanbietern/ Gerichtsvollziehern und anhängigen Gerichtsverfahren.

Migrationsproblematik (70% unseres Klientels haben einen Migrationshintergrund), d.h.:

1. schlechte bis nicht vorhandene Deutschkenntnisse,
2. niedrigstes Bildungsniveau, oft Analphabeten (Frauen),
3. Isolation und Rückzug in die eigene kulturelle Lebenswelt; daraus erwachsen spezifische Erziehungsvorstellungen und Rollenbilder der Geschlechter, die den hiesigen Vorstellungen deutlich entgegenstehen,
4. Kinderreichtum bei gleichzeitiger Erziehungsincompetenz.

All die hier genannten Lebensbedingungen produzieren ein hohes Maß an familiärem Stress, der für die Bedürfnisse von Kindern kaum Raum, Kraft und Zeit lässt.

Der Alltag führt bei vielen sozial benachteiligten Eltern zu Dauerstress und einem konstant überhöhten Erregungsniveau. Ungewollt empfinden sie sogar die eigenen Kinder als große Belastung und schieben ihnen die Schuld für den Stress zu („Mein Kind ist so aggressiv; es lässt mir keine Ruhe und provoziert mich ständig; ich kann nicht mehr.“). Die Kinder als schwächstes Glied in der Kette werden leicht zu Empfängern der negativen elterlichen Emotionen. Die Eltern fühlen sich mit der Erziehung der Kinder überfordert.

Wie wirkt sich diese Überforderung der Eltern auf die Eltern-Kind-Beziehung aus?

1. belastete Schwangerschaften (Alkohol, Nikotin, Drogen, psychische und soziale Probleme,
2. Ignorieren der kindlichen Bedürfnisse
  - wir beobachten reduzierten Körperkontakt zwischen Eltern und Kind, reduzierte Ansprache, Einschränken der kindlichen Bewegungs- und Experimentierfreude, eingeschränktes Beziehungsangebot von Seiten der Eltern an das Kind,
3. das elterliche Erziehungsverhalten schwankt zwischen materieller Verwöhnung, Hilflosigkeit und Gewalt, uneindeutigen Regeln und Inkonsequenz; häufig haben Eltern unrealistische oder altersunangemessene Erwartungen an ihr Kind,
4. kaum Rituale im Zusammenleben mit dem Kind, viele Kinder kennen kein zu-Bett-geh-Ritual oder auch nur gemeinsame Mahlzeiten in der Familie,
5. wenig positive Bestätigung für das Kind bis hin zu chronischer Abwertung, Beschimpfung und Demütigung des Kindes,
6. Freizeitgestaltung ist reduziert auf TV und Computer, i. d. R. mit aggressivem Inhalt,
7. durch konfliktreiche Paarbeziehungen gehäufte Beziehungsabbrüche, i. d. R. zu den Vätern/Stiefvätern; viele Kinder haben im Alter von 4 oder 5 Jahren schon mehrere „Papas“ durch ihr Leben gehen sehen,
8. Parentifizierung der Kinder (häufig in Suchtfamilien)

- Eltern werden von den Kindern als hilflos erlebt und die Kinder entwickeln das Bedürfnis die Eltern oder ein Elternteil durch protektive Verhaltensweisen zu schützen, die die Kinder völlig überfordern,
9. Hypersensibilisierung der Kinder für die Stimmung der Eltern bei gleichzeitigem Ignorieren der eigenen Bedürfnisse (Gewaltfamilien).

Welche Auswirkungen hat die gestörte Eltern-Kind-Beziehung auf die kindliche Entwicklung?

Die hier skizzierten familiären Lebenswirklichkeiten sind als verantwortlich zu sehen für multiple Entwicklungsstörungen:

1. Sprachentwicklungsstörungen,
2. Sensomotorische Entwicklungsdefizite,
3. Kognitive Entwicklungsdefizite,
4. Störungen der sozialen Entwicklung,
5. Emotionale Entwicklungsdefizite.

Dazu gehören vor allem Bindungsstörungen durch verunsichernde und wenig Halt/Schutz und Raum bietende Familienstrukturen bis hin zu massiven frühkindlichen psychischen Traumata mit Kindesvernachlässigung/ Kindesmisshandlungen.

Nach unserer Erfahrung ist der zentrale Faktor zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Entwicklungsstörungen bei Kindern aus psychosozial belasteten Familien die Bindungsstörung zwischen Eltern und Kind.

Lernen und Entwicklung kann nur mit einem Mindestmaß an Sicherheit, Kontinuität, Fürsorge und Schutz bietender familiärer Bindung stattfinden. Nur auf dieser Basis kann ein Kind Autonomie und Eigenaktivität und damit die Neugier, zu entdecken und zu lernen, entwickeln.

Zurückweisung und fehlende Verlässlichkeit, die unsicher gebundene Kinder im frühen Alter erfahren, führen zu frühkindlichen Traumatisierungen. Aus der Neurobiologie weiß man heute, dass frühkindliche Traumatisierungen über spezifische neuronale Verschaltungen im Gehirn negative Wahrnehmungs-, Verhaltens- und emotionale Reaktionsbereitschaften hervorrufen (Erkenntnisse der Neurobiologie, HÜTHER), die unbehandelt ein Leben lang bestehen bleiben.

Verlässlichkeit der Bezugspersonen, Strukturen und Rituale im Zusammenleben von Kind und Eltern sind quasi das Geländer, an dem das Kind Stufe für Stufe die Entwicklungsleiter erklimmt.

Fällt das Geländer weg oder ist es wackelig, weil der eben skizzierte notwendige verlässliche Bindungsrahmen fehlt, kommt es beim Kind zu multiplen Entwicklungsstörungen.

Bei den meisten unserer Kinder wackelt das Geländer erheblich.

So weisen diese Kinder dann auch erhebliche Entwicklungsdefizite auf und gelten als behindertes oder von Behinderung bedrohtes Kind, um im Rahmen des Berliner Integrationsgesetzes eine intensivere Förderung in der Kita durch Pädagogen und Therapeuten zu erhalten.

Können die Angebote, die das Integrationsgesetz vorsieht – förderpädagogische und therapeutische Unterstützung – den Kindern, deren Entwicklungsstörungen größtenteils psychosoziale Ursachen haben, gerecht werden?

Die Antwort lautet Ja und Nein.

Ja, weil diese Kinder eindeutig gravierende Entwicklungsstörungen haben, die sowohl therapeutischen als auch förderpädagogischen Interventionen bedürfen. Die enge Verzahnung von therapeutischer und pädagogischer Arbeit hat sich in der Vergangenheit grundsätzlich als veränderungswirksames Instrument zur Förderung der kindlichen Entwicklung erwiesen.

Ob sie den Kindern, deren Entwicklungsstörungen zu einem großen Teil den psychosozial schwierigen Lebensbedingungen zuzuordnen sind, wirklich nachhaltig hilft, bleibt nach unserer Erfahrung mehr als dahingestellt.

Und hier kommt des Nein zum Tragen.

An dieser Stelle möchte ich gern auf die Eingangsthese zurückkommen:

Die von uns betreuten Kinder sind nicht behindert, sie werden in ihrer Entwicklung behindert durch die sozioökonomischen Lebensbedingungen, in denen sie aufwachsen.

Das Kind mit seinen Entwicklungsstörungen ist im Wesentlichen nur Symptomträger und dem familiären Beziehungsnetz kommt eine maßgebliche Rolle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der kindlichen Symptome/ Entwicklungsdefizite zu.

Ich kann es auch noch deutlicher ausdrücken: Immer mehr Eltern sind, aus welchen Gründen auch immer, erziehungsunfähig. Die Kinder werden dadurch regelrecht in die Behinderung/Entwicklungsstörung hineingetrieben.

Vor dieser Beobachtung die Augen zu verschließen, bedeutet nicht nur einen enormen Kräfteverschleiß von Erzieher/Innen, Therapeut/Innen und Lehrer/Innen. Diese Berufsgruppen können angesichts der komplexen Familienprobleme allein durch ihr berufliches Handeln bei dem hier skizzierten Klientels kaum anhaltende Erfolge erzielen.

Es bedeutet auch, die Kinder und Familien in ihrer umfassenden Bedürftigkeit nicht wahrzunehmen und ihre komplexe Problematik auf ein Kind mit Behinderung zu reduzieren.

Weiter bedeutet es, die Augen vor der Tatsache zu verschließen, dass hier ein gesellschaftliches Problem von großer sozialer Sprengkraft immer deutlicher und

größer wird und uns als Gesellschaft in Zukunft sozialpolitisch und finanziell noch sehr beschäftigen wird – psychosoziale Verelendung von Familien mit den daraus resultierenden Entwicklungsbehinderungen der Kinder.

Viele dieser Kinder haben, wie oft auch schon ihre Eltern und manchmal auch ihre Großeltern, kaum Chancen auf gesellschaftliche Integration – wenn nicht etwas passiert!

Fazit ist, dass diese Kinder mit ihren Entwicklungsstörungen durch das Integrationsgesetz des Berliner Senats nicht nachhaltig veränderungswirksam erreicht werden können.

Hinzu kommt noch ein weiteres, nicht zu unterschätzendes Problem:

Zu den offiziell anerkannten Integrationskindern kommen in fast jeder Kitagruppe noch mal etliche so genannte „heimliche“ Integrationskinder hinzu. Kitas in Neukölln sind mehr und mehr dem Problem ausgesetzt, dass ein Großteil der von ihnen betreuten Kinder Entwicklungsstörungen auf dem Hintergrund von psychosozialer Verelendung der Familien aufweist. Aber nicht alle Eltern sind einem Problembewusstsein überhaupt zugänglich. So sind viele Eltern nicht Willens oder in der Lage, die notwendigen Schritte zur Erteilung eines I-Status zu unternehmen.

Das Integrationsgesetz geht davon aus, dass Eltern die Probleme ihrer Kinder sehen, aktiv Hilfe suchen und bereit sind, Kraft und Zeit in ein therapeutisches Angebot für ihr Kind zu investieren. Diese Motivation ist aber bei den Eltern, um die es hier geht, nicht immer gegeben.

In welche psychosozialen Angebotsstrukturen für sozial benachteiligte Familien müsste das Integrationsgesetz eingebunden sein, um seine Wirksamkeit für Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten zu erhöhen?

Es ist keine Frage, das Integrationsgesetz des Berliner Senats ist notwendig, wirksam und erprobt.

Aber, damit es auch bei den Kindern, um die es hier geht, wirksam werden kann, muss die integrative Arbeit der Ambulanzen aus unserer Sicht in ein umfassendes Betreuungsangebot für psychosozial belastete Familien eingebunden werden.

Nach unserer Einschätzung kommt den Kitas dabei eine erhebliche Schlüsselfunktion zu. Sie sollten als niedrigschwellige Eintrittspforte für Eltern zu einem umfassenden Kontakt und Hilfe-zur-Selbsthilfe-Angebot genutzt werden.

Unsere Vorstellung ist, dass unser integratives Angebot für Kinder mit Entwicklungsstörungen eingebunden sein müsste in ein örtlich nahes Netz von Hilfestellungen für Familien im Sinne von Armuts- und sozialer Verelendungsprävention.

Dazu gehören für uns z. B.

1. Sprachkurse für Mütter,
2. niedrigschwelliger Zugang zu Erziehungsberatung und Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (z.B. offene Sprechstunden für die Eltern in der Kita),
3. Familienhebammen, Zusammenarbeit mit Geburtsstationen,
4. Gesprächsgruppen zu Fragen der Erziehung,
5. Kochkurse und Kurse zur Haushaltsführung,
6. angeleitete Eltern-Kind-Spielgruppen mit dem Ziel die Beziehung zwischen Eltern und Kind zu festigen,
7. Elterncafe,
8. ein klares und verbindliches Eingebundensein der Eltern in das Kitaleben,
9. bessere Vernetzung von Kita und Jugendamt.

All diese Angebote sollten rund um die Kita leicht erreichbar sein. Ebenso ist eine enge Verzahnung mit Jobcentern, Schuldnerberatung und Frauenhäusern denkbar.

Erste äußerst positive Erfahrungen mit diesem Modell für Kitaarbeit gibt es in England in sozial auffälligen Stadtteilen mit den Early Excellence Centren.

Also Kita nicht mehr nur als Betreuungsstätte für Kinder, sondern als Familienzentrum mit umfassendes Angebot an Familien als Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel gesellschaftlicher Integration.

In einem solchen gut vernetzten, psychosozialen Angebotsrahmen würde integratives, pädagogisch-therapeutisches Handeln eine bessere und nachhaltigere Wirkung für die Kinder und deren Familien, um die es hier geht, erzielen als jetzt.

Auch in Neukölln haben Kitas begonnen, erste Ansätze in ihrer Arbeit zu verwirklichen, z. B. mit Elterncafes und Erziehungsberatung direkt in der Kita, Elternprojektwochen, Elternkochkurse.

Wir sind sicher, dass das ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist, der unbedingt ausgebaut werden sollte. Gestützt durch das Integrationsgesetz könnten wir als Kinder- und Jugendambulanz hier einen wichtigen und vor allem wirksamen Beitrag leisten.

Antje Willms-Faß  
Dipl. Psychologin/Familientherapeutin/Ergotherapeutin

Meine Kolleginnen vor mir sind in ihren Beiträgen auf die hohen psycho-sozialen Belastungsfaktoren eingegangen, die in vielen Familien und den betreuenden Einrichtungen im Brennpunktbezirk Neukölln und sicher auch in vielen anderen Berliner Bezirken auftreten.

Ich möchte jetzt noch einen Baustein herausnehmen, nämlich die Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund unter dem besonderen Schwerpunkt der Sprachproblematik.

Bei uns in der Ambulanz Neukölln sind ungefähr 70% der vorgestellten Familien mit Migrationshintergrund (meist beide Eltern); sowie ein sehr hoher Anteil der zu betreuenden Kinder in den Kitas.

Sehr viele türkische Familien, aber auch mit arabischer, serbokroatischer, albanischer, russischer, polnischer, asiatischer und afrikanischer Herkunft.

Häufig haben die Eltern nur eingeschränkte Deutschkenntnisse, können nicht adäquat den Zweitspracherwerb ihrer Kinder unterstützen. Dadurch erschwert ist auch die Kommunikation der Eltern mit den Erzieher/innen und Therapeut/innen, z.B. bei Beratungen und Helferkonferenzen.

Dies erschwert natürlich damit auch die Arbeit bei der mobilen Versorgung in den Kitas.

Sehr wesentlich für die Kinder ist zunächst der Erwerb der Muttersprache. Hier gilt es, die positive Bedeutung zu betonen, die die Muttersprache für die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung der Kinder hat (Stichwort sichere Bindung).

Dies sollte auch Raum im Kitaalltag haben.

Aber es sollte einen möglichst frühen intensiven Kontakt zur Zweitsprache geben, dies ist meist am besten über den Kindergarten gegeben.

Ein großes Problem liegt in der doppelten Halbsprachigkeit:

1. Beide Sprachen werden nur ungenügend gesprochen und getrennt, sondern vermischt gesprochen.
2. Inkonsequenter Sprachgebrauch der zwei Sprachen; Eltern sprechen mal in ihrer Muttersprache, diese vielleicht auch nicht ganz richtig, mal in gebrochenem Deutsch.
3. Bedingt wird dies auch durch ungünstige Lebensbedingungen bei ausländischen Familien.
4. Häufig haben die Eltern eine mangelhafte Schulausbildung und damit einhergehend nur eingeschränkte Arbeitsmöglichkeiten.
5. So wird versucht, Sprache durch hohen Fernseh- oder Videokonsum anzuregen.
6. Mangelnde Anregungen durch Spielmaterial.

Weiterhin erschwerend:

1. Nichtpraktizierung / Verbot der Muttersprache im Kindergarten.
2. Bei Kindern mit allgemeinen Entwicklungsrückständen, die sich im sprachlichen Bereich als Störungen der muttersprachlichen Entwicklung zeigen, kann es zu einer Überforderung durch das Zweitsprachangebot (oder gar Drittsprachangebot) kommen.

Deshalb ist immer wichtig, auch in der mobilen Versorgung durch die Sprachtherapeut/innen: Diagnostik, ob eine Sprachstörung vorliegt oder ob mangelnde Deutschkenntnisse Ursache für die Sprachprobleme sind.

Die Diagnostik sollte auch in der Muttersprache stattfinden – erste neue Testverfahren liegen vor.

#### Fallbeispiel:

Tamilische Familie mit 4 Kindern; Vater spricht nur gebrochen Deutsch, die Mutter (trotz Deutschkurs) so gut wie gar nicht. Alle Kinder haben eine Entwicklungsretardierung.

Ganz liebevolle Eltern, aber kein soziales Umfeld, keine helfenden Großeltern.

Beratung der Eltern durch Sprachprobleme kaum möglich.

Ständige finanzielle Probleme; Vater immer auf Arbeitssuche, keine festen Arbeitsstellen; regelmäßige Termine in der Ambulanz konnten nicht eingehalten werden.

Im Kindergarten 80% Migrationsanteil; wenig Input der deutschen Sprache.

Starke SES (sozial-emotionale Störung) mit eingeschränkten auditiven Fähigkeiten.

Regelmäßige Beratungen der Erzieher/innen in der Kita zu adäquaten Spiel- und Förderangeboten haben stattgefunden.

Eltern wollten aber „normale“ Schulbedingungen und haben Sprachheilschule abgelehnt.

Das Kind zeigte dann in der Schule gravierende Schulprobleme; Lesen und Schreiben werden nur ungenügend gelernt; schlechte Schullaufbahn ist vorprogrammiert.

#### An diesem Beispiel sollte deutlich werden:

Zweitsprache wird nicht richtig erlernt, wenn zu wenig Input.

Möglichst frühen Kontakt zur Zweitsprache.

Ausbau der Kontakte zu Deutschsprechenden. Das sprachliche Umfeld ist sehr wichtig.

#### Notwendig:

Qualifizierte Angebote für Migrantenkinder vor dem Schuleintritt.

Nicht alles kann an den Erzieher/innen in den Kitas hängen bleiben, die jetzt zusätzlich zu ihrem bereits vollen Kitatag Sprachförderung, Sprachlerntagebü-



cher, Deutschteste und intensive Elternarbeit durchführen sollen; Umsetzung des Berliner Bildungsprogramms.

Dazu muss es auch Hilfestellungen von außen geben und dies muss durch kompetente und geschulte Kräfte erfolgen, nicht durch zwar motivierte, aber überforderte 1,50 Euro Kräfte.

Bessere Ausbildung und Fortbildung der Erzieher/innen und auch der Therapeut/innen, um bei Familien mit Migrationshintergrund auch die kulturellen Unterschiede besser einschätzen zu können und geeignete Hilfsangebote zu finden bzw. eine bessere koordinierte Zusammenarbeit zu garantieren

### Fazit und Ausblick:

Es müssen nicht nur die Bedingungen für eine gute Integration der Kinder verbessert werden, sondern insbesondere muss auch an eine bessere Integration der Eltern, Großeltern - also des familiären Umfeldes - gedacht werden.

So zum Beispiel durch Mutter-Kind-Sprachanbahnungskurse.

Gelenkte Spielangebote für Väter und Kinder (dies beides vielleicht auch im Rahmen der Ambulanzarbeit in Kooperation mit den Kitas).

Für die Ambulanzen sehr wichtig:

Schaffung von Sozialarbeiterstellen in den Ambulanzen.

Mehr zeitliche Kapazität der Ambulanzmitarbeiter/innen für Vernetzungsarbeit mit Jugendämtern, Beratungsstellen, Entbindungsstationen usw.

Arbeit mit diesen Familien bedeutet immer auch für die Ambulanzmitarbeiter/innen einem hohen psychischen Stress ausgesetzt zu sein. Man wird immer an die Grenzen seiner Möglichkeiten geführt; die sichtbaren Ergebnisse der Arbeit sind zum Teil klein; hohe Frustrationstoleranz ist gefordert.

Deshalb sollte es für die Mitarbeiter/innen in den Ambulanzen möglich sein, in der Arbeitszeit Supervision in Anspruch zu nehmen; eigentlich sollte es fester Bestandteil der Arbeit sein.

Können nun die Angebote, die das Integrationsgesetz vorsieht, nämlich die förderpädagogische und therapeutische Unterstützung, den Kindern, deren Entwicklungsstörungen größtenteils psychosoziale Ursachen haben, gerecht werden?

Annette Caspari  
Logopädin

**Interview zur Geschichte der Integration in Berlin  
Koordinationsstelle der Kinder- und Jugendambulanzen/  
Sozialpädiatrische Zentren  
Herr Dipl.-Psych. D. Vogel**

---

Die Teilnehmer des Interviews waren Frau FiBler, Frau Kohlmeier und Frau Zinser. Das Gespräch wurde durch Herrn Vogel geführt.

Frau Zinser arbeitete vor Ihrem Dienstantritt bei der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung als Leiterin einer Kindertagesstätte. Sie ist eine ausgebildete Ergotherapeutin. Ihre Tätigkeit für die Jugendverwaltung dauerte 19 Jahre. Dabei lag ihr Schwerpunkt immer auf der Verknüpfung von Therapie und Pädagogik für Kinder mit Behinderungen in mobilen Angeboten in Kindertageseinrichtungen.

Frau FiBler war in der Zeit nach dem Fall der Mauer pädagogische Sachbearbeiterin im Bezirk Friedrichshain. Sie hat die Rezeption und Umsetzung des Integrationskonzeptes in den östlichen Berliner Bezirken von Anfang an miterlebt und mit gestaltet. Jetzt arbeitet sie im Bereich Jugendhilfeplanung für Kindertageseinrichtungen.

Frau Kohlmeier, selbst Mutter eines Kindes mit Behinderung, war zunächst Leiterin einer Kindertageseinrichtung und dann im Amt für Kindertageseinrichtungen der evangelischen Kirche viele Jahre tätig. Sie hat Integration aus der Perspektive einer Mutter und aus der Perspektive einer Beraterin erlebt.

Herr Vogel leitet die Koordinationsstelle der Kinder- und Jugendambulanzen/ Sozialpädiatrische Zentren im Sozialverband VdK. Er kennt die Unterstützung von Integration durch diese Einrichtungen seit vielen Jahren und hat in der Umsetzung des Konzeptes zur Integration von Kindern mit Behinderungen auf der Grundlage des Kindertagesstättenförderungsgesetzes eng mit der Senatsverwaltung Bildung, Wissenschaft und Forschung zusammengearbeitet.

Im ersten Themenkomplex wurde über die Geschichte der Integration in Berlin und die persönlichen Motive der Diskussionsteilnehmer, sich für diese zu engagieren, gesprochen. Frau Zinser verdeutlichte, dass sich für sie die Bedeutung von Integration von Menschen mit Behinderungen nicht zuletzt aus ihrem persönlichen Erleben der deutschen Geschichte ableitet. Frau Kohlmeier ergänzte diese Sicht durch das Schildern ihres ganz persönlichen Erlebens als Mutter eines Kindes mit einer schweren Behinderung. Und Frau FiBler machte die hohe Bereitschaft von Erzieher/Innen im Bezirk Friedrichshain deutlich, die Möglichkeit zur Integration behinderter Kinder in Kindertageseinrichtungen positiv aufzugreifen.

Widerstände von Eltern nicht behinderter Kinder gegen die Aufnahme von Kindern mit Behinderungen sind von allen drei Gesprächsteilnehmerinnen persönlich nur in Einzelfällen erlebt worden. Meistens wurden sie von Eltern in diesem Vorhaben generell sehr konstruktiv unterstützt. Schwieriger war dagegen die Auflösung von Sonderkindertageseinrichtungen, die im Bereich Freier Träger und kommunaler Kitas in Berlin sehr weit vorangeschritten war. Diese Veränderung wurde sowohl von Erzieher/Innen als auch von Eltern nicht immer positiv aufgenommen. Schließlich verdeutlichte das Gespräch über diesen Themenkomplex sehr, dass in den westlichen Bezirken der Impuls zur Veränderung zunächst eher von den Eltern ausging, während in den östlichen Bezirken der Impuls eher von den Erzieher/Innen ausging.

Im zweiten Themenkomplex kreiste die Diskussion um Standards in der Integration behinderter Kinder. Z.B., dass immer drei bis vier Kinder in einer Gruppe mit nicht behinderten Kindern aufgenommen werden sollten. Dieses Modell hat sich nicht durchgängig durchgesetzt, da manchmal der wohnortnahen Integration ein größeres Gewicht zukam. Dieses Thema blieb auch in der Diskussionsrunde kontrovers. Eine zu große Zahl integrativer Einrichtungen kann zu Lasten der Qualität des Angebotes für das behinderte Kind gehen. Jede Kindertageseinrichtung „erfindet das Rad neu“. Andererseits sollte die Abschaffung von Sondereinrichtungen nicht durch die Schaffung neuer Sondereinrichtungen, die integrativ arbeiten, bewerkstelligt werden. Das Integrationskonzept ist dynamisch und Frau Zinser plädierte aus ihren Erfahrungen stark dafür, Integration nicht auf wenige spezialisierte Einrichtungen zu beschränken.

Die gemeinsame Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderungen war zunächst bei seiner Einführung in den westlichen Bezirken auf den Elementarbereich beschränkt und wurde erst in den 90iger Jahren auf Krippen und die damals noch bestehenden Horte an Kindertageseinrichtungen ausgedehnt. Dieses wurde von allen Diskussionsteilnehmerinnen sehr befürwortet. Es besteht aber immer noch ein Bruch beim Eintritt in die Schule. Viel weniger Kinder mit Behinderungen, die integrativ in Kindertageseinrichtungen betreut wurden, werden anschließend integrativ in Schulen betreut. Hier, so die allgemeine Einschätzung, besteht noch viel Nachholbedarf. Dies führt gerade bei Eltern oft zu Enttäuschungen, die aber rückblickend nicht darauf verzichten würden, ihrem Kind einen integrativen Start in der institutionellen Betreuung ermöglicht zu haben.

In der Etablierung eines berlinweiten Systems der Integration von Kindern mit Behinderung in Kindertageseinrichtungen ist der Aufbau der Kinder- und Jugendambulanzen unverzichtbar gewesen. Ihre auf das Kind bezogenen Angebote wurden von den Diskussionsteilnehmerinnen sehr positiv gesehen, wenngleich die individuellen Auffassungen zur Integration eines therapeutischen Selbstverständnisses in den pädagogischen Alltag unterschiedlich ausfiel. Die Diskussion dieses Spannungsfeldes von Therapie und Pädagogik bildete einen roten Faden der gesamten Tagung.

Anhand von Videobeispielen und Berichten wurde die Variabilität der mobilen Betreuung dargestellt.

So wurde zum Beispiel gezeigt, wie die Integration von Kindern mit besonderen Bedürfnissen in Kitas verlief, die vordem Sondereinrichtungen waren und bei denen Eltern und Erzieher/innen die Integration weder wünschten noch vorantrieben. Die Sicht auf die Therapie war eine gänzlich andere als heute.

Aber auch die Erfahrungen mit der mobilen Betreuung in Kitas, die Integration von Anfang an lebten und sich damit auseinandersetzten, wurden berücksichtigt.

Die Teilnehmer diskutierten die Rolle von „Extras“, derer die behinderten Kinder häufiger bedürfen, um am gemeinsamen Leben in der Kita teilzuhaben. Integration und „Extras“ schließen sich nicht aus, da diese „Extras“ (z.B. anderer Garderobenhaken, besonderer Platz, eigene Spielkiste) eine Bereicherung und Ausprägung der Validität bedeuten. Im Gegensatz dazu steht die generelle Besonderung, die notwendigerweise eine Versorgung der Invalidität nach sich zieht.

Ein zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht genügend beachteter Aspekt ist die Tatsache, dass Kinder mit einem erhöhten Förderbedarf manchmal einer Assistenz bedürfen, um überhaupt an dem gemeinsamen Leben in der Kita teilnehmen zu können. Die Facherzieher/in für Integration kann mit der halben Erzieherstelle zur Förderung dieses Kindes den mitunter langen Betreuungszeitraum (7-11 Stunden) nicht abdecken. Zurzeit gibt es nur zwei unbefriedigende Lösungen:

- a) die Eltern nutzen den ihnen zustehenden Betreuungszeitraum nicht aus oder
- b) das Kind wird verwahrt.

Die Anzahl der Kindern, auf die das zutrifft, sind zahlenmäßig sehr gering bezogen auf einen Geburtsjahrgang im Land Berlin, doch eine kleine Anzahl ist nicht identisch mit einem kleinen Problem! Hier wünschten sich alle Teilnehmer qualitative Verbesserungen.

Die Rolle und Bedeutung des „Bildes vom Kind“, die Bereicherung der Validität als Therapieziel und der von Prof. Schlack erwähnte Paradigmenwechsel vom kurativen hin zum systemisch-ökologischen Begriff von Therapie spielen in der mobilen Betreuung eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die Thesen Milani Comparettis bilden einen Standard:

1. Die Güte und der Wert der Therapie sind an dem Grad der Integration in das alltägliche Leben zu bemessen.
2. Der Therapeut ist nicht dazu da, einer imaginären Normalität zu dienen, sondern die Autonomie des Kindes durch Vermitteln eigener fachlicher Kompetenzen zu bemessen.
3. Die Einheit der Person des Kindes und seiner gesellschaftlichen Situation ist ein wichtiger Fixpunkt von Fördermaßnahmen.
4. Das behinderte Kind wird explizit unter der Prämisse seiner Fähigkeiten und nicht seiner Defizite betrachtet.

Die Vielfalt, die Therapie in den Kitas, als Einzel- oder Gruppentherapie, gemeinsam mit Kindern mit und ohne Behinderung, muss von der Unterschiedlichkeit der Kinder und ihrer Familien und der Heterogenität der Kitas ausgehen. Trotzdem lassen sich generelle Erfahrungen extrahieren:

1. Wichtig ist es, die Bedürfnisse des Kindes, den Wunsch der Eltern, die Erwartungen der Erzieher/innen und den Anspruch der Therapeut/in zu benennen und abzuwägen, damit ein tragfähiges Konzept entwickelt werden kann.
2. Schön ist es, dass die mobile Betreuung damit so vielfältig wie das Leben selbst ist.

Es ist normal verschieden zu sein!

Silke Reichert  
Physiotherapeutin



Frau Reichert im Forum

Folgende Punkte wurden in der Diskussion innerhalb des Forums genannt

1. Die Entwicklung der Integration in den Kindertagesstätten verlief sehr unterschiedlich. Während ein Teil der Kitas die Entscheidung, integrativ zu erziehen selbstbestimmt traf, wurde in anderen Einrichtungen die Integration durch den Träger veranlasst. Das prägte und beeinflusste den gesamten Entwicklungsprozess entscheidend.
2. Wenige Kinder eines Geburtsjahrganges benötigen über den erhöhten Förderbedarf, mit seinem gesetzlich festgelegten Umfang, eine permanente Assistenz. Die zurzeit bestehenden Maßnahmen sind für diese wenigen Kinder unzureichend und qualitative Verbesserungen dringend notwendig.
3. Integration bedeutet nicht, dass alle Kinder dasselbe tun. Extras, wie z.B. besondere Fördermaßnahmen, stellen die gemeinsame Erziehung weder in Frage noch schließen sie diese aus.

Grundbedingungen:

1. partnerschaftliche Zusammenarbeit von Therapeut/in und Facherzieher/in,
2. Reflexionsfähigkeit über pädagogische und therapeutische Herangehensweisen und Zielsetzungen,
3. transparente Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätten und Ambulanz (Regionale Konzeptentwicklung),
4. diagnostischer Prozess vor Hilfeplanung,
5. Einbeziehung der Eltern in das Beziehungsdreieck: Familie-Kita-Ambulanz.

Was macht die pädagogisch-therapeutische Zusammenarbeit so sinnvoll?

1. Verankert sein der Therapie im sozialen Umfeld des Kindes,
2. Nichtaussonderung des Kindes mit Förderbedarf (Normalisierungsprinzip, Inklusion),
3. Verankerung von Themen im Kita-Alltag,
4. soziale Beziehungen des Kindes werden genutzt und verstärkt,
5. gegenseitige Beobachtung und Reflexion (von pädagogischen und therapeutischen Handeln).

Welche Spannungsfelder verbergen sich in der integrativen Zusammenarbeit?

1. Sowohl auf therapeutischer Ebene als auch auf Kitakonzeptebene treffen viele mögliche Konzepte aufeinander.
2. Nur selten mögliche Kontakte der Therapeut/innen mit den Eltern erschweren die Zusammenarbeit (auch Prozessbegleitung).
3. Kindertagesstätten verfügen nicht über die im Einzelfall notwendigen therapeutischen Materialien und Räumlichkeiten.
4. Terminliche Einbindung in den Kita-Tagesablauf ist nicht immer ideal.

Welche Werkzeuge der integrativen Zusammenarbeit haben sich bewährt?

Auf Seiten der Facherzieher/in	Auf Seiten der Therapeut/in
Einmal wöchentlich Kurzaustausch zwischen Facherzieher/in und Therapeut/in	Diagnostischer Prozess auf Ambulanzebene anstoßen und aktualisieren
Helferrunden zweimal jährlich (Eltern, Ambulanzmitarbeiter/innen, Facherzieher/in für Integration, Kita-leitung)	Hospitationen im Gruppenalltag (Kind-Umfeld-Diagnostik)
Teilnahme an den therapeutischen Angeboten	Gemeinsame Gruppenvorbereitung
Gemeinsames Erarbeiten des Verlaufplanes (Überprüfung des Verlaufplanes)	Fallbesprechungen in der Ambulanz
Pädagogische Ziel- und Maßnahmenfestlegung	Konkrete Zielformulierung für festgelegten Zeitraum
Regelmäßige Zusammenarbeit mit den Eltern (verschiedene Gesprächsformen)	Erstkontakt mit den Eltern vor Therapiebeginn
Integrationsteam (Gruppen- und Facherzieher/in)	Einbeziehung der Eltern im Verlauf (verschiedene Werkzeuge)
Einmal monatlicher Austausch aller Facherzieher/innen und Leitung	

Auf der Ebene: Kita - Ambulanz

Halbjährliche Treffen zur Konzeptentwicklung (Kitatreffen zwischen Kitaleitungen, Facherzieher/innen und Ambulanzmitarbeiter/innen)

Werkzeuge zur Zielüberprüfung (Beispiel: Helferkonferenzprotokoll)



## Folgende Punkte wurden in der Diskussion innerhalb des Forums genannt

### Übereinstimmende Punkte waren:

Das Ziel der Zusammenarbeit liegt in der bestmöglichen Förderung des Kindes.

Ein gegenseitiger Kompetenztransfer Therapeuten-Pädagogen ermöglicht gemeinsame Förderplanüberlegungen.

Bei längerer Zusammenarbeit erleichtert eine „gemeinsame Sprache“ die Kommunikation.

### Hilfreich fanden die Teilnehmer/innen:

Regionale Rahmenbedingungen bzw. Strukturen der Zusammenarbeit geschaffen zu haben.

Integration der therapeutischen Zusammenarbeit in die Konzeption der Kindertagesstätte.

### Als Spannungsfelder auf Seiten der Therapeut/innen wurden genannt:

1. Wie ist die Elternarbeit in die mobile Tätigkeit zu integrieren?
2. Die Therapeut/innen stehen im Spannungsfeld von Behandlungsauftrag/ Erwartungen der Kita/ Beratung der Erzieher/innen/ Therapie des Kindes.
3. Die Kindertagesstätte soll nicht zur ausgelagerten Therapiepraxis werden.
4. Die zeitlichen Ressourcen der jeweiligen KJA sind nicht ausreichend für eine bestmögliche mobile Versorgung.

### Kritikpunkte auf Seiten der Erzieher/innen waren:

1. teilweise gibt es zu wenig Erzieherberatung
2. teilweise gibt es zu häufig Einzeltherapie
3. teilweise werden Erzieher/innen bei der Therapie hinaus geschickt
4. teilweise werden die therapeutischen Ressourcen nach Kapazitäten, nicht nach Notwendigkeiten, eingesetzt

Kooperation mit Eltern von Kindern mit Behinderungen im Kontext der mobilen Arbeit unter besonderer Berücksichtigung systemischer und lösungsorientierter Konzepte

Gliederung

A - Übergeordnete Themen

1. Was Elternarbeit leichter macht
2. Verarbeitung der Behinderung / Überlebensstrategien von Familien

B - Formen der Kooperation mit Eltern

1. „Behandlungsvertrag“
2. Elternarbeit der Therapeut/innen
3. Entwicklungsgespräche
  - einfacher Leitfaden
  - interessante Situationen (Wurde als Handout mitgegeben, aber nicht besprochen -> hier nicht dokumentiert.)

C - Diskussion

Was macht Elternarbeit schwer / leicht?

Welche hilfreichen Kognitionen machen sie leichter?

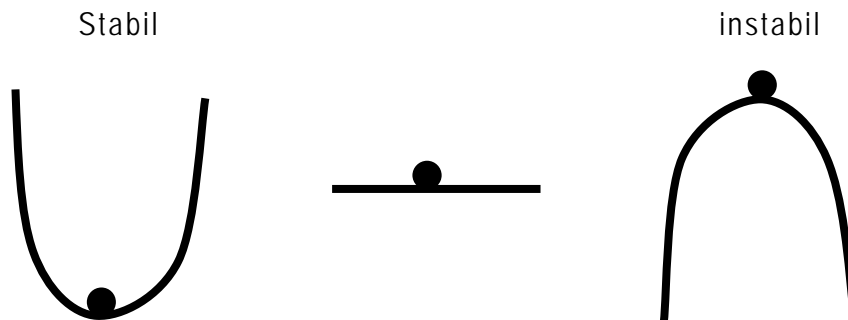
z.B. „Ich leiste hier meinen Beitrag. Was daraus wird, entzieht sich meiner Kontrolle.“

„Problemtrance“  
Engt das Blickfeld ein



Lösungsorientierung  
erlaubt mehr Kreativität bei  
Lösungssuche

## Systemzustände



Welche Wirkung hat ein Impuls von außen?

Welchen Effekt hat eine therapeutische Intervention auf jedes dieser Systeme?

Der Effekt einer Intervention ist nicht direkt vorhersagbar, diese umso mehr als lebenden Systeme aktiv darauf reagieren.

## Auftragsklärung

Was wollen / erwarten die Eltern?

Eltern als    Besucher  
                  Klagende  
                  Kunden

Nach Steve de Shazer

Eine genaue Klärung der Erwartungen erleichtert effektive Elternarbeit.

## Verarbeitung der Behinderung

### Überlebensstrategien von Familien

Das Leben mit einem Kind mit einer Behinderung erfordert in der Regel von betroffenen Familien besondere Anpassungs- und Bewältigungsleistungen. Dabei entwickeln sie oft Strategien, die den im Folgenden aufgeführten von Familien mit asthma-kranken Kindern ähneln.

### Familiäre Überlebensstrategien

1. Enge Bindungen in der Familie: »Nun müssen wir zusammenhalten. Wir können uns nur aufeinander verlassen.« »Mir kann es nicht gut gehen, wenn es den anderen nicht gut geht. Jeder ist für die Gefühle des anderen mitverantwortlich.«
2. Eingefrorene Rollenkonstellation: »Jede Veränderung ist angesichts der Bedrohung, unter der wir stehen, gefährlich. Es ist das Sicherste, den einmal eingeschlagenen Lösungsweg beizubehalten und nichts zu verändern.«

3. Harmonisierung: »Wir können uns keine weiteren Konflikte leisten!«
4. Probleme bei Trennungen/Distanzierungen: »Distanzierung ist gefährlich.«
5. Isolation nach außen: »Die Außenwelt ist eher bedrohlich. Wir haben weder Zeit noch Energie, uns mit der Außenwelt zu beschäftigen.«
6. Besonders enge, privilegierte Beziehung zwischen nur einer Bezugsperson und dem betroffenen Kind: »Ich bin verantwortlich für die Entwicklung der Erkrankung meines Kindes.« »Ich arbeite, Sorge für das Geld und habe mit der Krankheit nichts tun.«
7. Die quälende Suche nach der Ursache: »Was haben wir (was hast du) falsch gemacht? Was ist die Ursache des Asthmas? Warum trifft es gerade mein Kind?«
8. Tabuisierung und Bagatellisierung: »Solange wir es nicht aussprechen, haben wir es noch gebannt. Wenn wir es beim Namen nennen, wird es noch schlimmer, damit können wir nicht umgehen! Vielleicht ist es ja doch nicht so schlimm...«
9. Verantwortungsdiffusion: »Unser Kind hat keine Lust zu inhalieren, wir müssen ständig auf es einreden.« »Wenn Mama und Papa sich nicht kümmern, mache ich auch nichts!«
10. Bedrohliche Familiengeschichten über die Generationen hinweg: »Das gibt sich mit der Zeit wieder, so war es bei meinem Bruder auch.« »Mir kann niemand helfen; ich werde irgendwann sterben, so war es bei meiner Mutter auch!«
11. Reibungsloser Umgang: »Die Krankheit unseres Kindes ist zwar wichtig, bestimmt aber nicht unser Leben. Das Asthma läuft bei uns in der Familie ganz selbstverständlich mit. Die Therapie gehört wie das Zähneputzen zum Alltag dazu. Unser Familienleben besteht nicht nur aus Asthma.«

### Formen der Kooperation mit Eltern

#### 1. Schriftlicher Behandlungsvertrag

##### Wichtige Elemente

1. Ziel: enge Zusammenarbeit SPZ <-> Eltern zur bestmöglichen Unterstützung der Entwicklung des Kindes
2. Voraussetzungen auf Elternseite:  
Teilnahme an Eingangsgespräch mit Therapeut/innen und an Verlaufsgesprächen  
Regelmäßigkeit der Therapien

Wahrnehmung ärztlicher Verlaufskontrollen  
Überweisung durch Kinderarzt

3. Unterschrift der Eltern

2. Elternarbeit der Therapeut/innen

Grundsätzlich: Erstgespräch der Therapeut/innen mit Eltern bei Therapiebeginn.  
Klärung von gegenseitigen Erwartungen, Zielen, Vorgehensweisen.  
Im Verlauf weitere Gespräche zur Information und Beratung.  
Schriftlicher Austausch durch Therapieheft in Kita.

3. Entwicklungsgespräche

Teilnehmer a) Kleine Runde

Eltern

Facherzieher/in für Integration (FI)

Therapeut/innen des SPZ

zusätzlich b) Große Runde

Kita-Leitung

Psychologe/in des SPZ

Ggf. weitere Helfer: Familienhelfer/innen, Therapeut/innen oder  
Spezialberatungsstellen

Entwicklungsgespräche / ein einfacher Leitfaden\*

1. Begrüßung und ggf. gegenseitige Vorstellung der Beteiligten.

„Ankoppeln“ bei der Familie. Ziel des Gesprächs darlegen: Austausch über die  
Entwicklung des Kindes.

Passt das, was wir uns als Förderung überlegt haben?

Zusammentragen, wie die Beteiligten das Kind sehen - die Eltern, die das  
Kind am längsten und besten kennen; die Erzieher/innen, die es täglich in  
der Gruppe erleben und wir Therapeut/innen, die es aus unserem Blick-  
winkel in der Therapie erleben.

Kür: Dazu einladen, neben Gemeinsamkeiten auch Unterschiede darzu-  
stellen und zu überlegen, wie sich diese erklären lassen.

„Haben Sie (Eltern) eine spezielle Frage / ein Thema mitgebracht, das wir  
nicht vergessen dürfen?“ - Ggf. notieren und im Verlauf überprüfen, ob es  
angesprochen wurde.

Zeitraumen (z.B. 1 Std.) darstellen.

## 2. Erzieher/in berichtet über das Kind

Klären, wer zuerst über das Kind berichtet - in der Regel die Erzieher/in. Die Erzieher/in trägt ihren Bericht vor (Die Inhalte sollten sich am Förderplan orientieren.).

Kür: Wenn die FI sehr allgemein bleibt, oder wichtige Aspekte sehr schnell vorträgt, kann ggf. nachgefragt werden. Achtung: Zwischenfragen können verunsichern.  
Evtl. nachfragen, ob es der Erzieher/in recht ist.

### 2.a Stellungnahme der Eltern

Nach dem Beitrag der FI als Erstes die Eltern ansprechen:  
„Sie haben ja gehört, wie sich Ihr Kind hier in der Kita zeigt. - Passt das dazu, wie Sie ihren Sohn / Ihre Tochter zu Hause erleben oder ist es da anders?“

Dann können sich andere Gesprächsteilnehmer/innen dazu äußern.  
Kür: Wenn die Eltern vermutlich eine andere Sicht haben, kann man die Frage übertreiben: „Erkennen Sie Ihr Kind darin wieder oder reden wir hier von einem ganz anderen Kind?“  
Ich empfehle, zu unterschiedlichen Sichtweisen gezielt zu ermuntern, dann müssen sich die Eltern weniger abgrenzen.

## 3. Bericht der Therapeut/in

Die Therapeut/in berichtet über ihre Arbeit mit dem Kind, beschreibt die eigene Sicht des Kindes, das therapeutische Vorgehen und ihre Zielstellung.

### 3.a Auch hier als Erstes den Eltern Gelegenheit geben, dazu aus ihrer Sicht Stellung zu nehmen oder nachzufragen; dann den Anderen.

## 4. Bericht der zweiten Therapeut/in

Die Therapeut/in berichtet über ihre Arbeit mit dem Kind und gibt den Anderen Gelegenheit zur Stellungnahme.

## 5. Ausblick - Wie geht es weiter?

Sehen die Beteiligten Notwendigkeiten, etwas zu klären / zu verändern?  
Wer kümmert sich darum? Kita / Eltern / SPZ?

Ggf. auf die nächste ärztliche Wiedervorstellung verweisen. Klarstellen, dass über Therapien als ärztlich verordnete Maßnahmen die Ärzt/in (in Abstimmung mit anderen Beteiligten) entscheidet.

## 6. Auf Zeit achten und hinweisen.

„Ich fühle mich ja hier auch etwas für die Zeit verantwortlich. Wir müssen dann langsam zum Ende kommen. - Haben wir noch etwas Wichtiges vergessen?“

Allen für ihre Beteiligung danken.

\* Selbstverständlich sind auch andere Vorgehensweisen denkbar. Aber dieser Ablauf hat sich als eine mögliche Variante bewährt.

## Diskussion

Die Teilnehmer/innen brachten Fragen, Einschätzungen und umfangreiche Erfahrungen aus einem breiten Spektrum von Arbeitsfeldern in die Gruppe ein, so dass das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet werden konnte.

Neben positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Eltern wurde auch das Dilemma thematisiert, dass bei mangelndem Engagement von Eltern letztlich die Kinder betroffen sind, wenn z.B. therapeutische Förderung nicht stattfindet.

Manche Teilnehmer/innen berichteten von guten Erfahrungen damit, Eltern zeitweilig „an die Hand zu nehmen“, wenn sie überfordert sind. Andere verwiesen eher darauf, dass ein Mindestmaß an elterlicher Kooperation Voraussetzung für eine wirkungsvolle Förderung des Kindes ist.

Außerdem wurden weiterführende Themen angesprochen, wie die Frage der Sicherstellung des Kinderschutzes oder Elternarbeit unter besonderen Bedingungen etwa bei Familien aus Einwandererfamilien oder bei psychisch kranken Eltern. Diese können möglicherweise an anderer Stelle ausführlicher behandelt werden.

### Der/die mobile Logopäde/in in der Frühförderung

Das Forum „Der/die mobile Logopäde/in in der Frühförderung“ war gegliedert in folgende Aspekte:

1. Den Einstieg hat ein kurzer Einblick in den in Berlin gültigen Rahmenvertrag zur Umsetzung der Frühförderverordnung nach SGB IX gegeben.

In insgesamt 6 Bundesländern sind mittlerweile die Rahmenvereinbarungen zur Umsetzung des Frühfördererlasses nach SGB IX umgesetzt worden, u. a. in Berlin. Einzigartig in der Berliner Umsetzung ist der explizite Auftrag des Senats, die Behandlung der Kinder im mobilen Einsatz durchzuführen, das heißt, dass die KJA dafür Sorge tragen soll, dass die Behandlung im Rahmen der Frühförderung unter Umständen in der Kita stattfinden kann. Bezug nehmend auf den Vortrag von Prof. Dr. Schlack vom Vortag kann man sagen, dass in diesem Umstand (mobile Versorgung) gute Bedingungen für die Entwicklung der Kompetenzen des Kindes verborgen sind.

2. Daraus wurden die Aufgaben für den Logopäde/in abgeleitet.

Wird ein Kind in der KJA vorgestellt bzw. wird ein Integrationskind in einer Kita neu angemeldet; dann wird es im Rahmen der interdisziplinären Diagnostik vermutlich auch dem/der Logopäde/in vorgestellt. Diese bringen hier durch ihre Diagnostik ihren Beitrag zur Erstellung des individuellen Förderplans des Kindes.

Der/die Logopäde/in behandelt im Rahmen der Frühförderung zum einen Kinder, die mehrere Entwicklungsprobleme haben, bei denen die Unterstützung der Kommunikations- und Sprachentwicklung im Förderplan prioritär beschrieben wird. Diese Kinder haben in der Regel einen Bedarf an Unterstützer-Kommunikation (Weitere Infos hierzu unter [www.isaac-online.de](http://www.isaac-online.de)).

Des Weiteren ist der/die Logopäde/in verantwortlich für Kinder mit Hörbehinderungen ohne zusätzliche Behinderungen (wenn der Ausbau der Lautsprache beabsichtigt ist).

Eine dritte Gruppe bilden die Kinder mit allgemeinen Entwicklungsverzögerungen, deren Auswirkungen sich auch in der mangelnden Kommunikationskompetenz (mit anderen Kindern und Erwachsenen) im Alltag zeigen.



3. Es folgte im Hauptteil eine Auseinandersetzung mit den Fragen der Umsetzung dieser Aufgaben.

Die Frage nach dem spezifischen Angebot der Logopäde/in muss differenziert beantwortet werden.

Kinder mit Sprachverständnisproblemen brauchen einen sehr strukturierten Input, damit das Kind seine Kompetenzen erweitern kann. Dieser kann am besten in einer zeitlich befristeten Einzeltherapie gewährleistet werden wegen der ausgezeichneten Ersatzstrategien, die diese Kinder in der Regel in Alltagssituationen entwickeln. Eine langfristige logopädische Einzeltherapie ist in der Regel jedoch sinnvoll, wenn die Sprachverständnisprobleme im Zusammenhang mit einer allgemeinen Retardierung stehen.

Ein logopädisches Angebot in einer Kleingruppe ist dann sinnvoll, wenn es darum geht, dass das Kind seine Kompetenzen im Alltag anwendet. Für den Transfer bietet sich der geschützte, stabile Rahmen einer Kleingruppe an. Das fachliche Wissen der Logopädin ist hier wichtig, um zu verstehen, weshalb das Kind beispielsweise in der Kindergruppe nicht mitspielen darf (nicht weil es nicht so gut sprechen kann, sondern weil es weniger versteht als die altersgleichen Kinder). Die logopädische Kompetenz ist gefragt, um Anregungen zu geben für die Integration eines Kindes mit Sprachverständnisproblemen, die eingebettet sind in allgemeine Entwicklungsprobleme.

Nicht behandelt im Rahmen der Frühförderung (und auf Kosten der Krankenversicherungen) werden Kinder mit ausschließlichem Sprachförderbedarf, also Kinder, die keine Sprachstörung haben, aber in spracharmen Umgebung aufwachsen und daher u. U. zu wenig Anregungen zum sprachlichen Austausch bekommen. Kinder mit Migrationshintergrund, die noch nicht genug deutsch gelernt haben, um die Sprachstandserhebung zu schaffen, sind ebenfalls kein „Klientel“ für den/die Logopäde/in in der Frühförderung. Eine Differentialdiagnostik ist in diesem Bereich nicht immer einfach.

Für Sprachförderung ist der Träger der Einrichtung zuständig. Der/die Logopäde/in kann hier selbstverständlich unterstützend beraten, aber nicht im Rahmen der Frühförderung. Auf dem Markt gibt es viele Materialien für die Sprachförderung; stellvertretend wurden in der Veranstaltung einige, die sich in der Praxis bewährt haben, gezeigt.

Ob die logopädische Therapie in einer Einzeltherapie oder in einer festen Kleingruppe stattfindet, hängt von verschiedenen Aspekten ab.

Eine (feste) Kleingruppe um das „Auftragskind“ empfiehlt sich, wenn es um die Anwendung von sprachlichen oder kommunikativen Kompetenzen geht und das Kind noch zu wenig gute Erfahrungen gemacht hat, um sich in der Kindergruppe zu äußern. Die anderen Kinder der Gruppe haben die Möglichkeit, das Kind mit Behinderung in der Kleingruppe in anderer Weise zu erleben; sie tragen diese Erfahrungen häufig dann in die gesamte Gruppe. In der Kleingruppe ist es Aufgabe der Therapeut/in, auf das „Kommunikationsgleichgewicht“ zu achten und dem Kind mit Behinderung so viel Freiraum zu

schaffen wie es braucht, ohne dass das störend für den gesamten Prozess wird.

Eine Einzeltherapie empfiehlt sich dann, wenn es um darum geht, bestimmte Probleme im Spracherwerb durch klar strukturierte Übungen zu behandeln. Hier wirkt eine Gruppe in der Regel ablenkend und ist nicht zielführend. Eine Einzeltherapie ist auch notwendig, wenn es um differenziert Hörübungen geht.

Die Anwesenheit der Facherzieher/in für Integration in der therapeutischen Situation ist auf jeden Fall zu begrüßen. Ein Transfer des Kommunikationsverhaltens in den Alltag ist nur so möglich. Kinder mit einer Sprachstörung im engeren Sinn (Dysgrammatismus, Artikulationsstörung, Sprachverständnisstörung) profitieren, wenn sich bestimmte positive Kommunikationsmuster im Alltag wiederholen.

Vom theoretischen Ansatz betrachtet, bewerte ich die Therapie im mobilen Einsatz als ausgesprochen sinnvoll. Die Elternarbeit wird geleistet durch regelmäßige Gespräche mit den Eltern in der Kita, sowie durch gelegentliche Telefonate und das Führen eines Therapie-Protokolls. Die Eltern sind mit diesem Angebot in der Regel sehr zufrieden.

Ein Problem stellt aus meiner Sicht jedoch die stetig wachsende Gruppengröße dar, die, gepaart mit mangelhafter Dienstplangestaltung oder anderen Aspekten häufig dazu führt, dass Kinder mit Behinderung und daraus resultierenden Sprach- oder Kommunikationsproblemen nicht die Aufmerksamkeit bekommen können, die ihnen zusteht. Auch das Konzept der offenen Arbeit ist meiner Erfahrung nach für Kinder mit Behinderung oft eine Überforderung, da die Umsetzung zum Teil nicht genug angepasst wird an die speziellen Bedürfnisse dieser Kinder. Kinder mit Entwicklungsproblemen brauchen zusätzliche Unterstützung und die Kitas bekommen zusätzliches Personal für die Kinder. Dieses Personal sollte den Kindern auch zugute kommen.

4. Den Abschluss bildete eine Video-Sequenz, die die gelungene Kooperation zwischen Logopäde/in und Facherzieher/in für Integration zeigte am Beispiel eines nichtlautsprachlich sprechenden Kindes, das mit einer Kommunikationstafel kommuniziert.

### Diskussion

In der anschließenden Diskussion bekundeten alle Teilnehmer/innen ihr Einverständnis mit dem vorgestellten Konzept. Drei Teilnehmer/innen beklagten jedoch heftig die bestehenden Rahmenbedingungen: zu große Gruppen, zu viele Nationalitäten, zu viele Kinder mit allgemeinem Förderbedarf (Neukölln), zu wenig Personal. Sie waren sehr aufgebracht, weil sie sich als engagiert wahrnehmen, jedoch regelmäßig mit neuen „Zumutungen“ (Stellenkürzungen) seitens des Senats konfrontiert werden. „Integration nicht sprechender Kinder sei da unmöglich.“

## „Berlin-Café“

Diskussion in Gruppen „Förderung und therapeutische Unterstützung behinderter Kinder in der Kindertageseinrichtung“

Moderation: Frau Zinser; Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung

Herr Vogel; Koordinationsstelle der Kinder- und Jugendambulanzen/  
Sozialpädiatrische Zentren

---

In Anlehnung an die Methode "world cafe", dass wir anlässlich unserer Tagung in "Berlin-Cafe" unbenannt haben, versammelten sich die Teilnehmer/innen in Gruppen an den bereitgestellten Tischen. Leitidee dieser Methode ist es, eine entspannte Atmosphäre wie in einem Straßencafe zu erzeugen, in der sich Menschen zwanglos unterhalten und ins Gespräch kommen können.

Anstelle einer Zusammenfassung der Arbeitsgruppenergebnisse im Plenum war der Wunsch der Veranstalter/innen, dass sich die Teilnehmer/innen aus den Arbeitsgruppen mischen und sich austauschen.

Zur Unterstützung dieser Gespräche lag auf jedem Tisch ein Thesenpapier mit folgenden Aussagen:

- „Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht.“  
(Afrikanisches Sprichwort)
- Förderung beinhaltet die Absicht, die Entwicklung des Kindes aktiv zu begleiten. Herausforderungen herzustellen, die am Entwicklungsniveau und den Interessen des Kindes ansetzen. Voraussetzung ist die Achtung des Kindes, die Wertschätzung seiner Kompetenzen und seines Willens.
- „Entscheidende Voraussetzung für einen positiven therapeutischen Effekt therapeutischer Interventionen ist offenbar, dass das Kind, trotz seiner eingeschränkten Möglichkeiten, die Anregungen aktiv aufgreifen und in sein Handlungsrepertoire integrieren kann.“  
(Prof. Schlack, 1998)
- Das Ziel der mobilen Betreuung durch Therapeuten ist immer, die Therapie in den Alltag des Kindes in seiner Kindergruppe zu integrieren. Vor dem Hintergrund einer gründlichen Beobachtung entwickelt die Therapeutin/der Therapeut in Absprache mit der pädagogischen Fachkraft gemeinsame Therapieziele.
- Ein wichtiges Merkmal für Qualität in Therapie und Förderung ist die Gestaltung der Beziehung zwischen Eltern und Fachleuten als gelebtes partnerschaftliches Zusammenwirken. Dies setzt einen offenen und respektvollen Umgang miteinander voraus.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten ihre Wünsche, Forderungen, Ergebnisse, Fragen und Anregungen auf die Papiertischdecken schreiben.

Von den vielen Äußerungen haben wir einige zusammengefasst:

1. Entwicklung von Standards für die Kooperation zwischen KJA/SPZ und Kindertageseinrichtungen,
2. mehr Psychologen/innen für die KJA/SPZ,
3. Sozialarbeiter/innen für die KJA/SPZ,
4. Supervision für die Mitarbeiter/innen der KJA/SPZ und der Kindertageseinrichtung,
5. regelmäßige Treffen von SPZ / Kita / Schule
6. gemeinsame Planung der Förderung von Kindern mit Behinderungen mit Therapeut/innen und pädagogischem Fachpersonal,
7. mehr Personal für die Kindertagesbetreuung,
8. regelmäßiger Austausch zwischen Therapeut/innen und Facherzieher/innen über die Förderung von Kindern mit Behinderungen,
9. Kooperation mit Eltern, Unterstützung durch das SPZ bei schwierigen Elterngesprächen,
10. Fortbildungen z.B. Kita-intern oder im SPZ,
11. Qualitätsentwicklung für die Integration von Kindern mit und ohne Behinderung in Kindertageseinrichtungen,
12. alle Kinder sollen am gemeinsamen Alltag, entsprechend ihren Möglichkeiten, teilhaben,
13. ein defizitärer Blick auf das Kind muss vermieden werden, mehr Zeit, Zuwendung und Förderung für Kinder aus sozial benachteiligten Familien.



Frau Zinser in Diskussion mit den Teilnehmer/innen

## Abschluss der Tagung „Irgendwie anders“

---

Die Lesung des Buches „Irgendwie anders“ ging auf eine Idee und einen Wunsch von Frau Zinser zurück. Ihr gefällt insbesondere die Literatur, die inzwischen über Menschen, die „irgendwie anders“ sind, erschienen ist. Dafür ist das Buch „Irgendwie anders“ (Kathryn Cave, Chris Riddell: 1994: Oetinger Verlag; Auflage 15) ein gutes Beispiel.

Außerdem war der Verlauf der Tagung, mit wenigen Fachbeiträgen, dafür aber umso mehr Austausch in Arbeitsgruppen und im Plenum auch „irgendwie anders“.

Und schließlich endete die Tagung mit der Lesung eines Buches für Kinder auch ungewöhnlich. Wir hoffen damit, einer ungewöhnlichen Lebensleistung, dem Beitrag von Frau Zinser für die Weiterentwicklung der Integration von Kindern mit Behinderungen in Berlin, gerecht geworden zu sein.

Donald Vogel



Schauspielerin Anna Görgen

## Fotos von der Tagung



Beim Vortrag von Herrn Prof. Dr. H. G. Schlack



v.l.: G. Dudaschwili (Geschäftsführung Spastikerhilfe eG),  
B. Maier (Geschäftsführung Sozialverband VdK e.V.),  
F. Bartmann (Geschäftsführung Zentrum f. Kindesentwicklung e.V.)

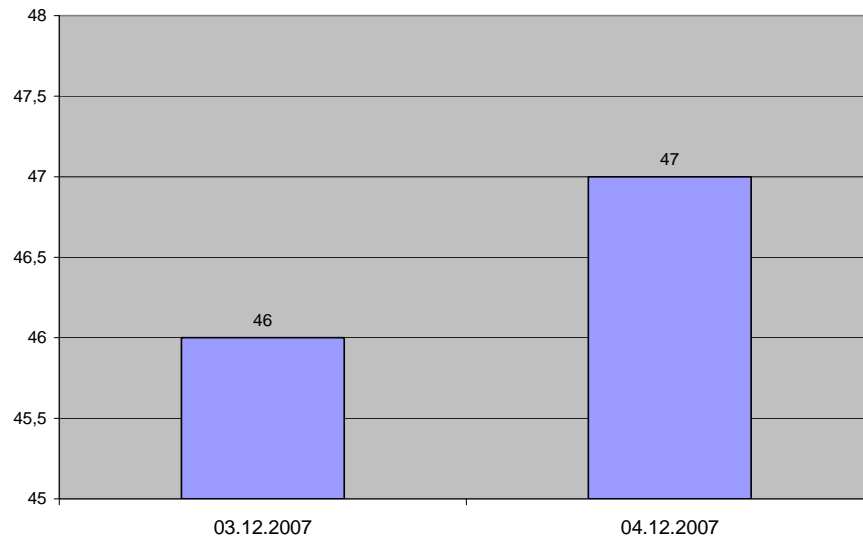


Verabschiedung von Frau Zinser (l.)  
durch Frau Dr. Fogel-Horak (r.; KJA/SPZ  
Neukölln der Lebenshilfe gGmbH)

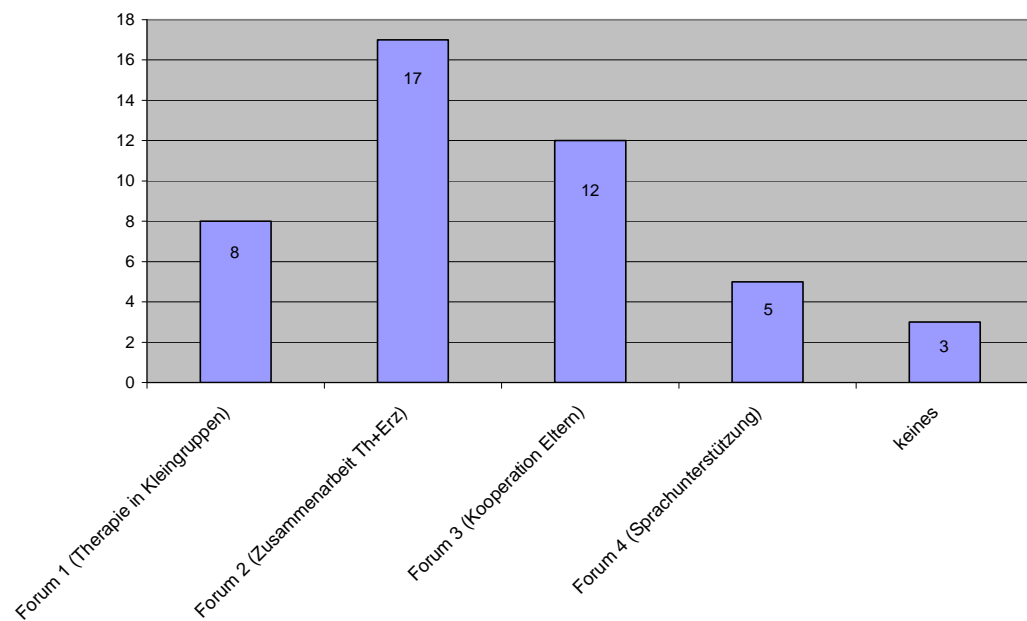
## Auswertung der Evaluationsbögen der Teilnehmer

---

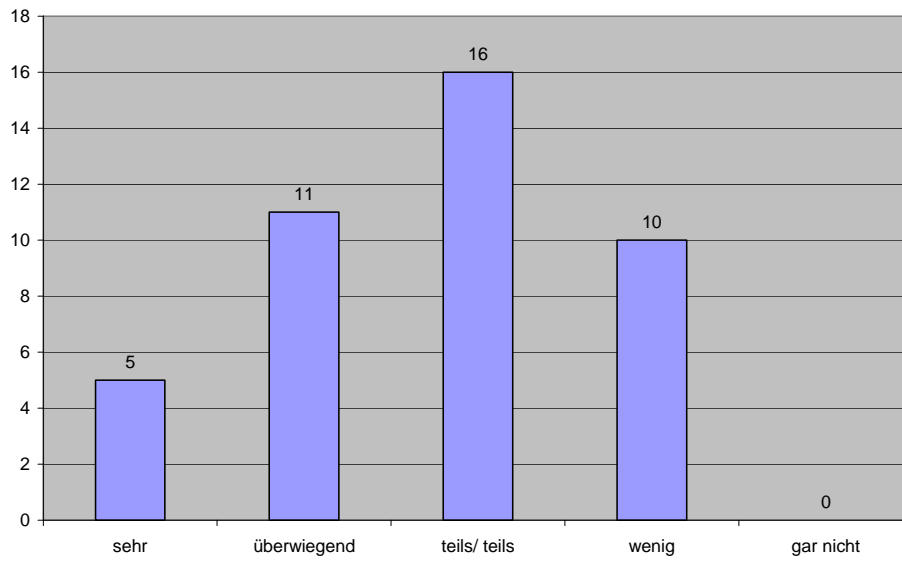
**Anzahl Rückmeldungen Fachtagung**



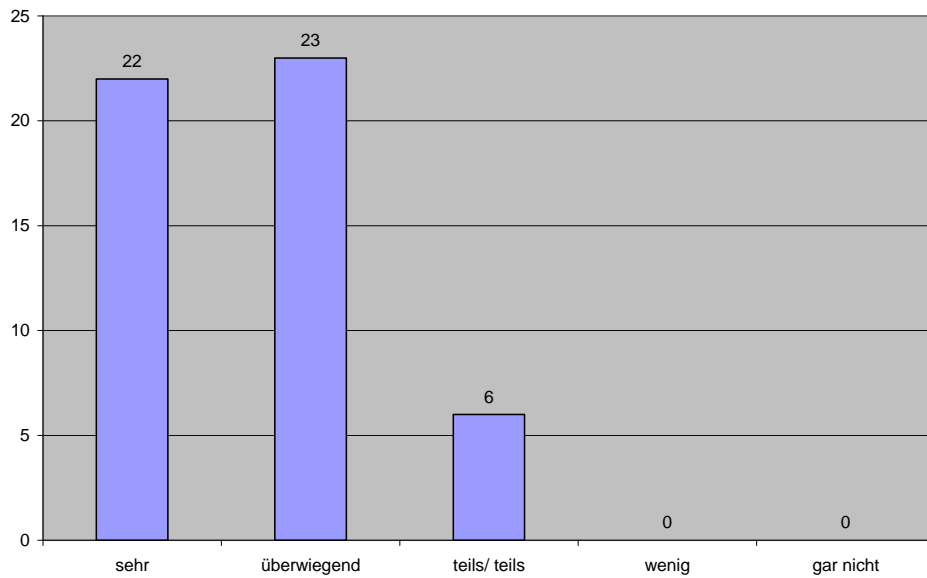
**Welche Foren wurden auf der Fachtagung besucht?**



**Haben die Foren den Vorstellungen der Teilnehmer entsprochen?**

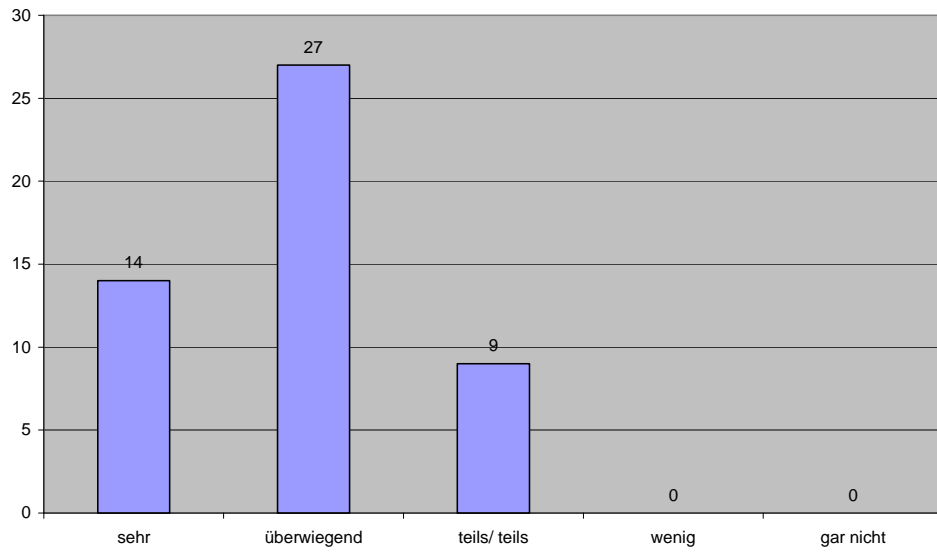


**Hat die Tagung den Vorstellungen der Teilnehmer entsprochen (organisatorisch)?**

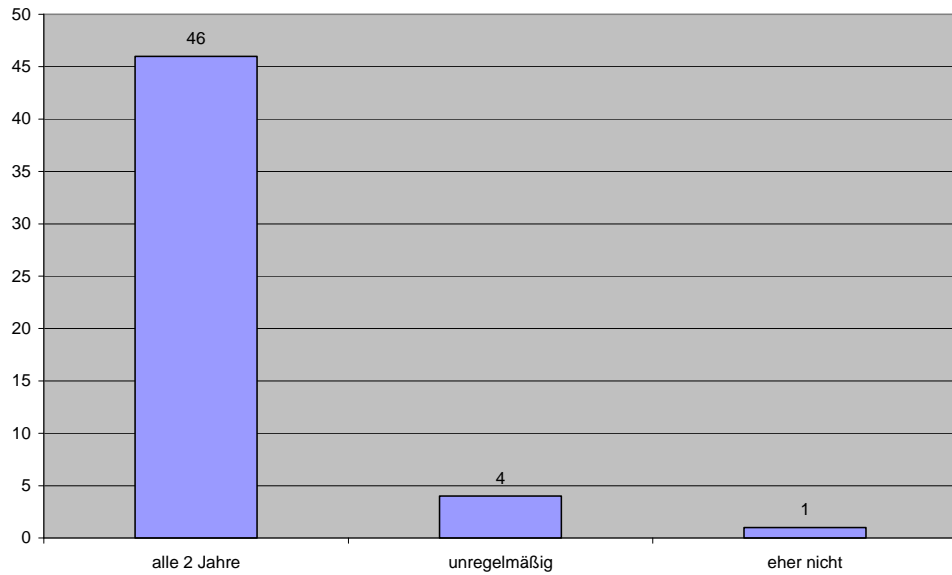




**Hat die Tagung den Vorstellungen der Teilnehmer entsprochen (inhaltlich)?**



**In welchem Abstand soll eine solche Tagung wiederholt werden?**



**Folgende Rückmeldungen haben wir von den Teilnehmer/innen zum Tagungsinhalt und Tagungsverlauf erhalten (repräsentative Auswahl):**

Die Einschätzung auf den Rückmeldebögen zur Tagung insgesamt fiel sehr positiv aus; das bezieht sich ebenso auf die Präsentationen und die Foren. Für eine weitere Tagung wünschen sich einige Teilnehmer/innen:

- eine größere Fokussierung auf Kinder in sozialen Brennpunkten
- die Anwesenheit der Träger von Kindertageseinrichtungen
- einen stärkeren Fokus auf die Rahmenbedingungen in den Kindertagesstätten, da diese verbessert werden müssen
- die Anwesenheit von Schulen, da auch diese zum Thema Integration gehören
- einen größeren Schwerpunkt auf die Integration in Kindertagesstätten
- dass mehr auf die Standards für die Zusammenarbeit zwischen SPZ und Kindertagesstätte eingegangen wird
- noch mehr Input in Form von Vorträgen, wie von Prof. Schlack, um neue Anregungen zu erhalten bzw. aktuelle Themen, Methoden und Theorien hören zu können
- dass bei einer Tagungswiederholung noch mehr unterschiedliche Fachthemen vorgestellt werden
- die Einbeziehung von noch mehr Kindertagesstätten, da nicht alle erreicht wurden
- und einen höheren Teilnehmeranteil für Informationsaustausch und zum Kennen lernen der Anderen

Folgende Rückmeldungen haben wir von den Teilnehmer/innen zu den Foren erhalten:

- die Foren haben z.T. nicht den Vorstellungen der Teilnehmer/innen entsprochen, da es mehr Zeit für einen Austausch braucht

Folgende Rückmeldungen haben wir von den Teilnehmer/innen zur Tagungswiederholung erhalten:

- bei einer Wiederholung der Tagung sollte mindestens 1 Tag themenspezifisch sein
- die Tagung sollte regelmäßig alle ein bis zwei Jahre stattfinden

Folgende Rückmeldungen haben wir von den Teilnehmer/innen zum Tagungsort erhalten:

- ein zentralerer Veranstaltungsort wäre günstig
- das Catering könnte bei einer nächsten Tagung verbessert werden
- das Tagungshaus selbst wirkte ungemütlich und lieblos
- eine bessere Beschreibung des Weges zum FEZ wäre schön gewesen
- und das Tagungshaus bzw. die Räumlichkeiten waren zu laut

Folgende Rückmeldungen haben wir von den Teilnehmer/innen erhalten, die sich allgemein aus dem Inhalt der Tagung ergeben haben:

- für jedes SPZ sollte es Sozialarbeiter/innen geben
- wichtig finden die Teilnehmer/innen, dass die Mitarbeiter/innen der SPZ Supervision erhalten
- es sollten "Standards für die Zusammenarbeit" zwischen Kindertageseinrichtungen und SPZ von der Senatsverwaltung geben
- mehr Finanzierung von Weiterbildungen für die Mitarbeiter/innen
- einen höheren Personalschlüssel, um den Anforderungen gerecht zu werden
- wünschenswert wären Hospitationen der Senatsverwaltung in den Einrichtungen
- eine höhere Repräsentanz der KJA/SPZ aus den Ostbezirken der Stadt
- eine kleine kulturelle Einlage, z.B. von einer I-Kita
- die Teilnehmer/innen haben viele Anregungen, die zum "Nachmachen" auffordern, erhalten
- viele politische Fragen blieben ungeklärt
- in der Zusammenarbeit mit den SPZ bleibt die Leitung der Kindertageseinrichtungen am Wichtigsten, da diese letztendlich den Handlungsraum zwischen den Facherzieher/innen und den KJA/SPZ schaffen
- nicht alles, was auf der Fachtagung dargestellt wurde, ist wirklich so schön; dies betrifft z.B. die geringen Stellenanteile der Leitung in den Kindertageseinrichtungen, die knappe Zeit für Gespräche und die Integration ist in den Stellenplänen der Leitungen nicht vorgesehen

## Büchertisch

---

Bücher, CDs, DVDs, Hörbücher, Spiele für Kinder und Erwachsene

Buchladen  
**ANAGRAMM**  
Mehringdamm 50  
10961 Berlin

Telefon: 030 785 95 10  
Fax: 030 786 38 97  
e-Mail: [anna@anagramm-buch.de](mailto:anna@anagramm-buch.de)

Öffnungszeiten  
Montag bis Freitag von 9.00 bis 19.00 Uhr  
Samstag von 10.00 bis 16.00 Uhr



Frau Dr. Rautenberg am Büchertisch