

Die institutionelle Frühförderung in Deutschland und in Taiwan im Vergleich

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Philosophischen Fakultät III

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Vorgelegt von

Chiou-Shiue Ko

aus Chiayi, Taiwan (ROC)

Würzburg

2005

Erstgutachter: Professor Dr. Monika A. Vernooij

Zweitgutachter: Professor Dr. Erhard Fischer

Tag des Kolloquiums: 16.06.2005

Danksagung

Nach mehrjähriger Arbeit kann diese Dissertation im Juli 2005 veröffentlicht werden. Während des Arbeitsprozesses wurde mir eine Vielfalt von kostbarer Unterstützung zuteil.

An dieser Stelle bedanke ich mich ganz besonders herzlich bei Frau Prof. Monika A. Vernooij sowohl für ihre kontinuierliche und intensive Betreuung als auch für ihre konkrete fachliche Unterstützung und ihre wertvollen Vorschläge. Danken möchte ich auch Herrn Prof. Erhard Fischer für sein Gutachten.

Mein außerordentlicher Dank gilt Frau Jo-Fen Ho, Dozentin an der National Central University, Chungli, die mich während dieser Arbeit ermutigenden Zuspruch spendete und finanziell unterstützte.

Frau Prof. Tian-Miau Wang am Lehrstuhl für Sonderpädagogik der National Normal University, Taipei verdanke ich Anstöße zum tieferen Verständnis der Frühförderung in Taiwan. Sie vermittelte mir Kontakte zu einigen wichtigen Praktikern der Frühförderung, wofür ich ihr ebenfalls sehr dankbar bin. Danken möchte ich außerdem Frau Prof. Katja Koch, die mich bei der Durchsicht des Manuskriptes unermüdlich unterstützte und fachlich beriet.

Für praxisbezogene Erfahrungen der Frühförderung in Deutschland gilt mein Dank dem Team der Frühförderstelle Würzburg und dem Team der Schulvorbereitenden Einrichtung der Christophorus-Schule Würzburg. Einen aufrichtigen Dank möchte ich vor allem Frau Babara Scherer, Heilpädagogin und Frühförderin an der Frühförderstelle Würzburg, aussprechen, die mich während meiner Praktikumszeit (Oktober 2001 bis Juli 2002) betreute und unterstützte. Dankbarkeit zeigen möchte ich auch Frau Anette Cramer, Leiterin der Frühförderstelle Würzburg, die entgegenkommend meine praxisbezogenen Fragen beantwortete und mir die Begleitung am Frühförderprozess einiger Kinder und ihrer Eltern (vor allem Mütter) ermöglichte.

Für die praxisbezogenen Erfahrungen in der Frühförderung in Taiwan im Sommer 2000 möchte ich Frau Mei-Zhi Lai, Leiterin vom Taipei First Children's Development Center, und ihrem Team meinen herzlichen Dank für ihre Begleitung und Unterstützung aussprechen.

Bedanken möchte ich mich für die sprachlichen Korrekturen dieser Arbeit bei Frau Margret Löther, Frau Hildegard Mertens, Frau Katharina Novotný, Frau Sigrid Schneider, Frau Hildegard Vittmann und Herrn Christian Seyfarth sowie für die Unterstützung der Übersetzung der chinesischen Literatur ins Deutsche bei Herrn Martin Hofmann, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Sinologie.

Mein besonderer Dank gilt schließlich meiner Familie, vor allem meinem Mann, der hier ebenfalls promoviert und mir große geistige und emotionale Unterstützung gewährt hat.

Würzburg, im Juli 2005

Chiou-Shiue Ko

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	10
1.1	Frühförderung als System – ein internationaler Überblick	10
1.2	Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit	13
1.3	Aufbau der Arbeit	15
2	Problematiken und Potenziale eines Vergleichs	17
2.1	Aufgaben der vergleichenden Sonderpädagogik	17
2.2	Methodologie und Methode des Vergleichs	18
3	Die Frühförderung in Deutschland	22
3.1	Terminologische Erläuterungen, Begriffe und Daten in der Sonderpädagogik	22
3.1.1	Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik, Rehabilitationspädagogik, Integrationspädagogik	22
3.1.2	Entwicklung des Begriffs der Behinderung, Organisationsformen und Förderschwerpunkte zur sonderpädagogischen Förderung	25
3.1.3	Einige wichtige Daten in der Sonderpädagogik	27
3.2	Historische Wurzeln und Entwicklung der Sonder- und Heilpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Früherziehung behinderter Kinder	28
3.3	Entstehung und Entwicklung des Systems Frühförderung	36
3.3.1	Entwicklungslinien des organisatorisch-strukturellen Ansatzes	38
3.3.1.1	Pionierphase	38
3.3.1.2	Phase der Konstitution professioneller Dienste	39
3.3.1.3	Phase interprofessioneller Kooperationssuche	39
3.3.1.4	Phase makrosystemischer Zentrierungsversuche	42
3.3.1.5	Phase nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten mit einer Weiterentwicklung interinstitutioneller Kooperations- und Vernetzungsversuche	43
3.3.2	Entwicklungslinien des inhaltlich-konzeptionellen Ansatzes	43
3.3.2.1	Das kindzentrierte Förderkonzept – das Laien- und Kotherapeutenmodell	44
3.3.2.2	Paradigmawechsel bzw. Paradigamakonkurrenz	45
3.3.2.3	Das interaktions- und beziehungs-fokussierte Förderkonzept	47
3.3.2.4	Das personorientierte Förderkonzept, basierend auf den Leitgedanken von Eigenaktivität, Selbstgestaltung und Selbstkompetenz im alltäglichen Leben	47
3.3.2.5	Ökologisch-systemische Förderansätze – das Kooperationsmodell und seine Weiterentwicklung zum „Handlungsmodell“ und zum „Empowerment-Konzept“	49
3.3.2.6	Das integrative Konzept	52
3.3.3	Von der Konzeptvielfalt zur Konzept- und Durchführungsqualität – Diskussion neuer Konzepte	54
3.4	Begriff der Frühförderung, Personenkreis, Ziele und Arbeitsprinzipien	56

3.4.1	Abgrenzung des Begriffs zu anderen Terminologien und Zusammenhang mit der Wandlung des Begriffs Behinderung.....	56
3.4.1.1	Abgrenzungsversuche	56
3.4.1.2	Frühförderung als Oberbegriff der frühen Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder	59
3.4.1.3	Behinderung und drohende Behinderung im Kontext der Frühförderung.....	59
3.4.2	Personenkreis und Altersbegrenzung der zu betreuenden Kinder	62
3.4.3	Ziele der Frühförderung	63
3.4.4	Arbeitsprinzipien der Frühförderung	64
3.4.4.1	Ganzheitlichkeit	64
3.4.4.2	Familienorientierung	65
3.4.4.3	Interdisziplinarität	66
3.4.4.4	Vernetzung	68
3.5	Wissenschaftliche Grundlagen der Frühförderung	70
3.6	Aufgabenbereiche und Unterstützungsstrukturen in der Frühförderung.....	75
3.6.1	Prävention als grundlegende Funktion in der Frühförderung	76
3.6.2	Früherkennung und Früherfassung.....	78
3.6.3	Diagnostik	83
3.6.4	Frühe Therapie und Förderung.....	86
3.6.4.1	Medizinisch-therapeutische Fördermethoden	88
3.6.4.2	Psychologische Behandlung.....	91
3.6.4.3	Pädagogische Fördermaßnahmen.....	92
3.6.5	Familienorientierte Arbeit in der Frühförderung	94
3.6.6	Öffentlichkeitsarbeit.....	97
3.6.7	Möglichkeiten der unterstützenden Strukturen in der Frühförderung.....	98
3.7	Institutionen der Frühförderung	100
3.7.1	Vielfalt und Vernetzung der Organisationsstrukturen	100
3.7.2	Arbeitskonzeption der Sozialpädiatrischen Zentren und der pädagogischen bzw. interdisziplinären Frühförderstellen im Überblick.....	103
3.7.2.1	Arbeitsweise der Sozialpädiatrischen Zentren	104
3.7.2.2	Arbeitsweise der Frühförderstellen	105
3.7.3	Berufsgruppen	107
3.7.4	Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter sowie ihre beruflichen Anforderungen und fachlichen Qualifikationen	109
3.8	Rechtsgrundlagen und Finanzierung der Frühförderung	114
3.8.1	Rechtsgrundlagen in der Frühförderung und ihre Entwicklung.....	114
3.8.1.1	Ärztliche und medizinisch-therapeutische Frühförderung.....	115
3.8.1.2	Frühförderung als heilpädagogische Leistung	115
3.8.1.3	Frühförderung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG).....	116
3.8.1.4	Bedeutung des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes in der Frühförderung.....	117
3.8.1.5	Kindschutzmaßnahmen	118
3.8.1.6	Vorstellungs-, Hinweis-, Beratungs-, Schweige- und Datenschutzpflicht.....	120
3.8.2	Finanzierung in der Frühförderung – von den bisherigen Finanzierungsmodalitäten bis zur Komplexleistung (§§ 30, 56 SGB IX).....	122
3.9	Evaluationsforschung in der Frühförderung	126

3.10	Das System Frühförderung zum Beginn des 21. Jahrhunderts: Tendenzen, Herausforderungen und Entwicklungsimpulse	129
3.11	Resümee und Ausblick.....	136
4	Die Frühförderung in Taiwan.....	138
4.1	Terminologische Erläuterungen, Begriffe und einige wichtige Daten der Sonderpädagogik.....	138
4.1.1	Special Education, Behindertenpädagogik, Hochbegabungspädagogik, Integrations-/Inklusionspädagogik.....	138
4.1.2	Kategorisierung der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf und das neue Verständnis der Begriffe der Behinderung und Außergewöhnlichkeit (exceptionality) in der Sonderpädagogik	139
4.1.3	Einige wichtige Daten in der Sonderpädagogik.....	142
4.2	Geschichtliche Entwicklung der Special Education und der Früherziehung Behinderter.....	145
4.3	Entwicklung der Frühförderung in Taiwan.....	152
4.3.1	Administrativ-institutionelle Entwicklungslinien der Frühförderung in Taiwan.....	152
4.3.1.1	Pionierphase	153
4.3.1.2	Phase der Konstitution professioneller Dienste	153
4.3.1.3	Phase interprofessioneller Kooperationsversuche.....	154
4.3.1.4	Phase der interinstitutionellen und vernetzten Zusammenarbeit (ab 1999)	158
4.3.2	Entwicklung der inhaltlichen Arbeitskonzepte in der Frühförderung.....	158
4.4	Begriff der Frühförderung, Personenkreis, Ziele und Arbeitsprinzipien	161
4.4.1	Erklärung der Begriffsübersetzung und -abgrenzung	161
4.4.2	Begriffsbestimmung der Frühförderung.....	162
4.4.3	Personenkreis und Altersbegrenzung	164
4.4.4	Arbeitsprinzipien der Frühförderung	166
4.5	Teilbereiche der Frühförderung in Taiwan	167
4.5.1	Bedeutung von Präventionsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit.....	168
4.5.2	Aufgabenfelder im kindbezogenen Förderprozess.....	170
4.5.2.1	Früherkennung und Screening	170
4.5.2.2	Meldung und Überweisung	172
4.5.2.3	Entwicklungseinschätzung und Diagnostik	174
4.5.2.4	Therapie und Förderung	176
4.5.3	Eltern- und familienbezogene psychosoziale Unterstützung	177
4.6	Rolle und Aufgaben der zuständigen zentralen Ministerien, örtlichen Regierungen, nichtstaatlichen Institutionen, Frühförderfachkräfte und Eltern.....	178
4.6.1	Arbeitsteilung, Kooperation und Koordination der zuständigen zentralen Ministerien, der örtlichen Regierungen und der nichtstaatlichen Institutionen.....	179
4.6.1.1	Funktion der zuständigen zentralen Ministerien: Planung und Entwicklung	179
4.6.1.2	Rolle der örtlichen Regierungen: Umsetzung und Realisierung	181
4.6.1.3	Funktion der nichtstaatlichen Institutionen: Initiierung und Unterstützung	182
4.6.2	Aufgabenfelder des Frühförderpersonals	183

4.6.3	Stellung und Anspruch der Eltern	186
4.7	Organisation der Frühförderung	187
4.7.1	Sozialzentren zur Früherfassung	188
4.7.2	Zentren für Einzelfallhilfe	190
4.7.3	Interdisziplinäre Diagnostikzentren	191
4.7.4	Förderinstitutionen	196
4.7.5	Arbeitsformen	199
4.7.6	Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter sowie ihre beruflichen Qualifikationen	201
4.8	Gesetzliche Grundlagen, Maßnahmen und Finanzierung der Frühförderung in Taiwan	204
4.8.1	Rechtsgrundlagen und ihre Anwendung in der Frühförderung	204
4.8.1.1	Das Kinder- und Jugendhilfegesetz und die Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes	206
4.8.1.2	Das Behindertenschutzgesetz	208
4.8.1.3	Das Sonderpädagogikgesetz und die Ausführlichen Richt- linien des Sonderpädagogikgesetzes	210
4.8.1.4	Die Beurteilungsprinzipien und -kriterien für behinderte und hochbegabte Kinder	211
4.8.1.5	Die Ausführlichen Richtlinien des Kindergartengesetzes	212
4.8.1.6	Besondere Bemerkungen zu den ausschlaggebenden Rechtsgrundlagen	212
4.8.1.7	Rechtliche Maßnahmen zur Integration der Frühförder- ressourcen	214
4.8.1.8	Kinderschutzmaßnahmen	215
4.8.1.9	Fingerabdruckpflicht, Meldepflicht und Datenschutz	217
4.8.2	Die Finanzierung der Frühförderung	219
4.9	Bedeutung und Wirksamkeitsforschung von Förderungsangeboten	221
4.10	Entwicklungstendenzen und Herausforderungen in Taiwan	225
4.11	Resümee und Ausblick	226

5 Die Frühfördersysteme in Deutschland und in Taiwan im Vergleich 229

5.1	Politischer, wirtschaftlicher, weltanschaulicher, gesundheitlicher, sozial- gesellschaftlicher und demographischer Hintergrund im Vergleich	230
5.1.1	Politischer Hintergrund	232
5.1.2	Wirtschaftlicher Hintergrund	234
5.1.3	Gesundheitlicher Hintergrund	237
5.1.4	Religiöser und weltanschaulicher Hintergrund	238
5.1.5	Sozialer und gesellschaftlicher Hintergrund	241
5.1.6	Demographischer Hintergrund	245
5.2	Bildungshintergrund im Vergleich	246
5.3	Entwicklung der Sonderpädagogik	253
5.4	Ausgangslage, Zielsetzung und Entwicklung der Frühförderung im Vergleich	256
5.5	Inhaltlich-konzeptionelle Entwicklung sowie Einrichtungsstrukturen und -modelle in der Frühförderung im Vergleich	257
5.5.1	Inhaltlich-konzeptionelle Entwicklung in der Frühförderarbeit	257
5.5.2	Einrichtungsstrukturen und -modelle	258
5.6	Zentrale Aufgabenbereiche der Frühförderung im Vergleich	264

5.6.1	Bedarfsprognose, Personenkreis und Altersbegrenzung der Frühförderung	264
5.6.2	Früherkennung und Früherfassung.....	266
5.6.3	Vermittlungsinstanzen, Aufnahmeverfahren und Wartelisten	270
5.6.4	Frühdiagnostik und -diagnose	272
5.6.5	Fördermaßnahmen und Arbeitsformen in der Frühförderung.....	274
5.7	Stellung der Eltern in der Frühförderung im Vergleich	277
5.8	Fachpersonal und inter-/transdisziplinäre Zusammenarbeit in der Frühförderung im Vergleich	279
5.9	Finanzierung der Frühförderung	282
5.10	Resümee und Ausblick.....	284
6	Kritische Würdigung und Konsequenzen für die quantitative und qualitative Weiterentwicklung des Frühfördersystems in Taiwan.....	287
6.1	Politisch-juristischer Rahmen der Frühförderung.....	289
6.2	Administrative Kooperation und Koordination.....	290
6.3	Aufgabenfelder der Frühförderung	292
6.3.1	Früherkennung	292
6.3.2	Meldung und Überweisung	297
6.3.3	Entwicklungseinschätzung und Diagnostik	299
6.3.4	Therapie und Förderung	301
6.3.5	Übergang in den Kindergarten und in die Schule	303
6.3.6	Eltern- und familienbezogene psychosoziale Unterstützung	305
6.4	Elternpartizipation.....	306
6.5	Intra- und interinstitutionelle Kooperation und Koordination	308
6.6	Fazit und Perspektiven	310
7	Literaturverzeichnis.....	313

1 Einleitung

1.1 Frühförderung als System – ein internationaler Überblick

Die Frühförderung ist eine umfassende Hilfe für Familien mit Säuglingen, Kleinkindern und Kindern mit Behinderungen und Entwicklungsauffälligkeiten sowie -verzögerungen von der Geburt bis zum Schuleintritt. Sie setzt sich zusammen aus diagnostischen, therapeutischen, pädagogischen und sozialrehabilitativen Maßnahmen mit den Zielen der Prävention, Entwicklungsförderung und Integration in die Gemeinschaft und Gesellschaft (vgl. PETERANDER & SPECK 1996, 11; FORNEFELD ³2004, 84). Besonders in den USA, in Europa und in einigen Nationen Asiens ist die Frühförderung seit einigen Jahrzehnten ein wichtiges Anliegen. In diesen Ländern wurden die frühen Fördermaßnahmen bereits in der Anfangsphase der Frühförderung gesetzlich verankert und die Frühinterventionsprojekte und Frühförderprogramme durch Regierungsmaßnahmen subventioniert, wie folgenden Beispielen zu entnehmen ist:

- In den USA wurde durch demokratische Strömungen und Bürgerrechtsbewegungen in den 1960er Jahren die Tür zur Frühintervention geöffnet. Seit der Forderung „War on Poverty“ Präsident JOHNSONS im Jahre 1960 wurde einer Vielzahl von Projekten und Förderprogrammen im Frühbereich von der Regierung Vorschub geleistet (vgl. Kap. 3.2). Das Head-Start-Projekt begann im Jahre 1965 und zählt zu den bekanntesten und umfangreichsten „large scale“-Frühinterventionsprojekten. Es zielt vor allem auf die Förderung der Vorschulkinder aus einkommensschwachen Familien ab (vgl. WANNE, Yu-We & CHUANG, Huang-Ju 1995; SHEEHAN, SNYDER & SHEEHAN 1996; HUANG, Shi-Yu 1997; TSAI, Chia-Fen; TU, Jing-Yi & SONG, Jen-Ji 1998; HUANG, Shu-Wen & LIN, Yo-Wen 1999; CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a; MAYR 2000a; OPP & FINGERLE 2000). Die im Jahre 1968 verabschiedeten Gesetze (*passage of legislation: PL. 90-538*) führten zur Einführung des „Handicapped Children’s Early Education Program“ (HCEEP), das wiederum eine Reihe von Modellprojekten zur Folge hatte (vgl. SHEEHAN, SNYDER & SHEEHAN 1996, 159). Durch die Verabschiedung des *Education for all Handicapped Children Act of 1975 (PL. 94-142)* wurde für alle Kinder im Schulalter und ihre Familien „eine obligatorische (Förder-) Versorgung“ gewährleistet (ebd., 160). Das *Education of the Handicapped Act Amendments of 1986 (Part H – PL. 99-457)*, das sich auf eine frühe Intervention und Förderung für Säuglinge und Kleinkinder von Geburt an erstreckt, stellt einen

Meilenstein für die Frühförderung dar (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 662f.).

- In Europa hat die frühe Erziehung und Förderung eine lange Tradition und hat sich inzwischen relativ weit entwickelt.
 - In England regelte *The Education Act* schon 1944, dass alle Kinder über zwei Jahren mit Verdacht auf Behinderungen und Beeinträchtigungen diagnostiziert und pädagogisch gefördert werden sollten (vgl. HUANG, Shi-Yu 1997, 76f.). Durch die Verabschiedung des *Warnock Report 1978 (Warnock Report on Special Education)* wurden die Aufgabebereiche der Sonderpädagogik auf Säuglinge und Kleinkinder unter zwei Jahren erweitert, wobei eine vielseitige Diagnose und angemessene medizinische sowie pädagogische Betreuung angeboten werden sollten. Besondere Bedeutung erhielt in diesem Zusammenhang auch das Elterntraining. Weiterhin wurden in *The Education Act 1981* und *The Education Reform Act 1988* Bewertung, Diagnose und ein Curriculum im Frühbereich für Kinder mit besonderem Förderbedarf festgelegt (vgl. ebd., 77).
 - In Frankreich entstand 1971 ein fachübergreifendes Team zur Versorgung und Therapie im Sinne einer frühen Unterstützung in der Erziehung von Kleinkindern. Die ersten Zentren für medizinisch-soziale Frühbehandlung konnten dank der Initiative privater Vereine auf der Grundlage der Gesetze vom April 1975 geschaffen werden (vgl. ASECIO 2000, 252).
 - In den skandinavischen Ländern, z.B. Norwegen, wurde die Frühförderung durch den Gedanken der Menschenrechtsbewegung in den 1960er Jahren geprägt. Die Ideale der Demokratie in Norwegen bilden die Grundlage der Gesellschaft und spiegeln sich auch im Bildungssystem wieder (vgl. NORDAHL 1996, 41). Alle Bürger haben Anspruch auf die gleichen Sozialleistungen. Aus diesem Grund erfolgt die Frühförderung über die Einbeziehung der Behinderten in Regelkindergärten. Außerdem wurden Knowledge-Zentren durch die Neustrukturierung und die Reorganisation des Sondererziehungswesens aufgebaut. Sie betreuen Kinder von der Geburt bis zum Ende der Schulzeit und bieten Information, Beratung und Unterstützung für Eltern, Lehrer und andere in der Sondererziehung tätigen Fachleute an (vgl. ebd., 45f.).
 - In Deutschland gab es bereits 1958 Ansätze zur Frühförderung, als in Heidelberg erstmals eine pädaudiologische Beratungsstelle für hörgeschädigte Kinder eingerichtet wurde (Kap. 3.3.1.2). Seit der Empfehlung zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher des Deutschen Bildungsrates 1973

ist das System Frühförderung etabliert (Kap. 3.3.1.3). Durch das Dritte Änderungsgesetz zum *BSHG (Bundessozialhilfegesetz, jetzt Sozialgesetzbuch XII¹)* 1974 wurde sogar ein Rechtsanspruch auf heilpädagogische Hilfen auch für Kinder unter drei Jahren geschaffen (vgl. SOHNS 2000b, 123; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 70; vgl. auch Kap. 3.8.1).

- In Asien ist die Frühförderung in Japan am weitesten entwickelt. 1974 wurden in Japan die medizinische Versorgung und die pädagogische Förderung im Frühbereich erstmals im modifizierten *Kinderwohlfahrtsgesetz (ertong fuzhi fa)* verankert. 1979 wurde die frühe Erziehung und Förderung für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr durch den „Nationalen Verband zur Sicherstellung des Lebensrechts der Behinderten“ (quanguo zhangaizhe shenghuo quanli baozhang xiehui) im Detail beschrieben (LAI, Mei-Zhi 1979 in HUANG, Shi-Yu 1997, 78). In Hongkong ist die frühe Förderung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern von der Geburt bis zum Schuleintritt systematisch aufgebaut worden. 1987 wurde ein koordiniertes Netzwerk für behinderte Vorschulkinder („Coordinated Referral System for Disabled Pre-Schoolers“, CRSPS) gegründet; es handelt sich dabei um Dienste und Ressourcen der unterschiedlichen Förderzentren für Frühförderkinder (vgl. YU-LIAO, Mei-Yi 1994, 14f.). Derzeit werden vielseitige Dienste angeboten.

Obwohl sich hinsichtlich unterschiedlicher soziokultureller Hintergründe in den einzelnen Ländern sowohl in Europa (z.B. PETERANDER & SPECK 1996) als auch im übrigen internationalen Gebiet (z.B. PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC² & PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, TAIPEI 1994; ODOM & KAUL 2003) heterogene Entwicklungen, z.B. im Bereich der Organisation und der flächendeckenden Versorgung, zeigen, ist die Frühförderung nirgends ein einseitig rein medizinischer oder pädagogischer Dienst, sondern sie ist zu einem komplexen interdisziplinären System geworden. In diesem frühen Fördersystem arbeiten Fachleute aus verschiedenen Disziplinen der medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Bereiche zusammen. Allerdings ist kein länderspezifisches System vollkommen und arbeitet ohne Probleme. Der Erfahrungsaustausch in der Sonderpädagogik – und in der Frühförderung im Speziellen – erfolgt schon seit langem auf internationaler Ebene

¹ Am 01.01.2005 löste das *Sozialgesetzbuch (SGB) XII* das *BSHG* und das *Grundsicherungsgesetz* ab.

² ROC ist die Abkürzung von Republic of China, in Abgrenzung zur Volksrepublik China. In amtlichen Texten wird Taiwan als ROC bezeichnet.

(vgl. KLAUER & MITTER 1987; BÜRLI 1997), um dadurch das jeweils eigene System eventuell zu bereichern und zu verbessern (vgl. PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC & PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, TAIPEI 1994; PETERANDER & SPECK 1996; HUANG, Shi-Yu 1997; KE, Ping-Shung²1998; TSAI, Chia-Fen; Tu, Jing-Yi & SONG, Jen-Ji 1998; HUANG, Shu-Wen & LIN, Yo-Wen 1999; CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a).

1.2 Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Im Gegensatz zu den oben genannten Ländern ist die Frühförderung in Taiwan noch in der Entstehung begriffen. Frühe Interventionsmaßnahmen und Förderprogramme im Vorschulalter werden zwar seit einiger Zeit in den Kindergärten und Sonderkindergärten praktiziert, aber das erste Frühinterventionszentrum, das Syin-Ai-Kinderentwicklungszentrum³, wurde erst 1991 im Auftrag des Magistrats in Taipei von der Syin-Lu-Sozialwohlfahrtsstiftung gegründet. In diesem Zentrum werden Förderdienste für Säuglinge und Kleinkinder mit Behinderungen, Entwicklungsauffälligkeiten und -verzögerungen von der Geburt bis zu drei Jahren durchgeführt (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 664). 1993 wurde in Taiwan die frühe Förderung für Säuglinge und Kinder bis zum Schuleintritt mit Entwicklungsverzögerungen erstmals durch das ehemalige *Kinderwohlfahrtsgesetz* (*Children Welfare Law*) in die Wege geleitet und wird seitdem in ihrer Bedeutung gewürdigt. Das Innenministerium (Ministry of Interior) hat private Träger mit dem Aufbau entsprechender Institutionen beauftragt, um die medizinische Versorgung und die pädagogische Förderung in den Kliniken, Heimen, sonderpädagogischen und pädagogischen Vorschuleinrichtungen sicherzustellen.

Durch die Bestrebungen und mit der Unterstützung von Fachleuten und Wissenschaftlern wurde das System der frühen Förderung in Taiwan Schritt für Schritt geplant und aufgebaut, wobei die Entwicklung schnell voran ging und geht. Obwohl bei der Arbeit mit Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten und -verzögerungen durchaus viele Erfolge zu verzeichnen sind, müssen weitere Schwierigkeiten und Hindernisse überwunden werden. Daraus entwickelte sich die leitende Fragestellung der vorliegenden Arbeit:

³ Im Dezember 2001 wurde es mit dem Umzug zum „Da-Tong-Kinderentwicklungszentrum“ umbenannt.

- Wie könnte das bestehende System Frühförderung in Taiwan verbessert und zu dessen quantitativer und qualitativer Weiterentwicklung beigetragen werden?

Um dieses Fördersystem zu stärken und zu vervollkommen, beschäftigen sich viele Fachleute und Wissenschaftler mit der Sammlung und Analyse ausländischer Erfahrungen. Sie versuchen, mögliche Potenziale für das eigene System zu finden und diese zu integrieren (vgl. KLAUER & MITTER 1987). Die wissenschaftlichen Abhandlungen und die praxisbezogenen Untersuchungen beziehen sich hauptsächlich auf die USA, Japan und Hongkong (z.B. CHEN, Jing-Jiang et al. 1993; PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC & PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, TAIPEI 1994; HUANG, Shi-Yu 1997; KE, Ping-Shung ²1998; TSAI, Chia-Fen; Tu, Jing-Yi & SONG, Jen-Ji 1998; HUANG, Shu-Wen & LIN, Yo-Wen 1999; CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a). Es existieren zwar einige wissenschaftliche Berichte über deutsche Erfahrungen und es gab und gibt Kolloquien und Fortbildungen über Praxismodelle, aber diese konzentrieren sich überwiegend auf den medizinischen Bereich und sind zum großen Teil fragmentarisch.

Im Hinblick darauf werden in dieser Arbeit erstmals die Frühfördersysteme in Deutschland und in Taiwan verglichen. Die Forschungsarbeit beabsichtigt, die Systeme der Frühförderung in Deutschland und in Taiwan durch den Vergleich zu reflektieren und daraus Folgerungen für die quantitative und qualitative Weiterentwicklung des Systems Frühförderung in Taiwan abzuleiten. Angestrebt wurde ein wertender Vergleich mit „melioristischer Funktion“ (KOCH 1998, 64), d.h. die Intention soll sein, das Frühfördersystem in Taiwan mittels der Erfahrungen aus dem Ausland (i.d.F. die BRD) projektiv zu verbessern und zu optimieren. Der Schwerpunkt der Systemanalyse beschäftigt sich vor allem mit der Entwicklung des Frühfördersystems in der Bundesrepublik Deutschland. Genauer gesagt:

- Die Zielsetzung dieser Arbeit ist – auf der Grundlage der oben genannten Fragestellung – Vorschläge zur Verbesserung des Frühfördersystems in Taiwan zu erarbeiten.

1.3 Aufbau der Arbeit

Angesichts der oben genannten Leitfrage und Zielsetzung des Vergleichs ergibt sich folgender Aufbau der vorliegenden Arbeit:

- Nach dem **1. Kapitel**, der Einführung in die Fragestellung, die Zielsetzung und die Methode der Arbeit, werden im **2. Kapitel** die Probleme und Potenziale der vergleichenden Sonderpädagogik dargestellt und die Forschungsmethodologie, die dieser Arbeit zugrunde liegt, vorgestellt.
- Das **3. Kapitel** beinhaltet die Darstellung und Analyse des Frühfördersystems in Deutschland. Ausgehend von den historischen Wurzeln der Früherziehung und Frühförderung sowie deren Entwicklung lassen sich folgende Gesichtspunkte ableiten:
 - Ziele,
 - Aufgaben und Prinzipien der Frühförderung,
 - Aufbau und Organisation der Frühförderung,
 - Förderung und Therapie in der Praxis der Frühförderung,
 - Familienorientierung und Arbeit mit Eltern,
 - Finanzierung und gesetzliche Grundlagen,
 - Evaluationsforschung in der Frühförderung,
 - Entwicklungstendenzen, Problematiken und Perspektiven einer künftigen Frühförderung.

Diese einzelnen Gesichtspunkte bedingen sich gegenseitig als Teile eines Systems.

- Im **4. Kapitel** wird analog zum 3. Kapitel das System der frühen Erziehung und Förderung für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt in Taiwan skizziert.
- Ausprägungen und Strömungen in den verschiedenen Ländern sind eingebettet in ein bestimmtes wirtschaftliches, gesellschaftliches und politisches Umfeld mit je unterschiedlich ausgeprägten Bildungs-, Gesundheits- und Sozialsystemen und sind vor dem Hintergrund spezifischer historischer und soziokultureller Gegebenheiten zu verstehen (vgl. BÜRLI 1997, 30; vgl. auch ODOM & KAUL 2003). In diesem Zusammenhang gibt das **5. Kapitel**

daher zuerst einen Überblick über die Einbettung der Frühförderung in die unterschiedlichen kulturellen und gesellschaftlichen Kontextdimensionen in Deutschland und in Taiwan. Anschließend werden die oben genannten Gesichtspunkte der beiden Frühfördersysteme verglichen. Darüber hinaus wird in diesem Kapitel versucht, Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Systeme in Deutschland und in Taiwan auszuloten.

- Zum Schluss werden im **6. Kapitel** Folgerungen zur quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung in Taiwan gezogen. Des Weiteren erfolgt eine kritische Reflexion der Probleme und Schwierigkeiten im bestehenden System Frühförderung.

Aus pragmatischen Gründen wird in der gesamten Arbeit die männliche Form verwendet, die selbstverständlich immer die weibliche einschließt.

2 Problematiken und Potenziale eines Vergleichs

2.1 Aufgaben der vergleichenden Sonderpädagogik

Der Begriff „vergleichende Erziehungswissenschaft“ lässt sich auf Marc-Antoine Jullien DE PARIS (1775-1848) zurückführen, der auch als Vater der vergleichenden Erziehungswissenschaft bezeichnet wird. Ungeachtet kontroverser und divergierender Argumentationen beschäftigt sich die vergleichende Erziehungswissenschaft hauptsächlich mit den Aufgaben, einen Beitrag zur „Erkenntniserweiterung“, zur „Politik- und Praxisberatung“ und zur „internationalen Verständigung“ zu leisten (KLAUER & MITTER 1987, 11).

Diese drei Aufgaben können auf die vergleichende Sonderpädagogik übertragen werden, wenn ihnen auch unterschiedliches Bedeutungsgewicht zukommt. Die Erkenntniserweiterung steht zweifellos im Vordergrund (vgl. ebd., 19). Horizont und Blickfeld der sonderpädagogischen Erkenntnisse werden erweitert, Einsichten vertieft und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede in verschiedenen Ländern dargestellt.

Was die Aufgabe der Politik und Praxisberatung betrifft, hoffte man früher, dass bessere Lösungsmöglichkeiten durch Modelle und Erfahrungen aus dem Ausland angeboten würden und dass diese in die Bildungspolitik und Bildungspraxis übertragen werden könnten. In Wirklichkeit gibt es jedoch kein übertragbares Patentrezept. Die gefundenen Problemlösungen sind bei genauerer Betrachtung „in ein räumlich-zeitlich sowie gesellschaftlich-kulturell einmaliges Geflecht von Beziehungen verwoben [...], so dass nur wenige und vielleicht nur die relativ peripheren exportfähig erscheinen“ (ebd., 3). Obwohl keine deutliche Wirkung komparativer Studien auf die Bildungspolitik und Schulpraxis nachgewiesen ist, besteht dennoch durchaus die Möglichkeit, dass die Beschäftigung mit fremden Bildungsansätzen in einem systematischen Vergleich für die eigenen Probleme und die unternommenen Lösungsversuche sensibilisiert (vgl. BÜRLI 1997, 13; vgl. auch LUMER ²2002, 130). Dadurch können der eigene Standpunkt geklärt und die Selbsterkenntnis im Spiegel des Auslandes verbessert werden (vgl. ebd.). Wichtig ist hier, zu überlegen, wie man die vergleichbaren ausländischen Erfahrungen unter Berücksichtigung der eigenen soziokulturellen Hintergründe übernehmen und integrieren könnte.

Nach KLAUER & MITTER (1987, 19) tritt die Aufgabe der internationalen Verständigung bei der vergleichenden Sonderpädagogik etwas in den Hintergrund. Aufgrund der Internationalisierung sind Bildungssysteme, Schulen, Lehrkräfte und Kinder zunehmend mit Erziehungssystemen und behinderten Schülern aus anderen Ländern sowie deren anderen kulturellen Grundwerten konfrontiert (vgl. BÜRLI 1997, 13). Die internationale Verständigung kann heute in der Tat durch solche komparative Studien gefördert werden. Internationale wissenschaftliche Kongresse, Programme und interkulturelle Zusammenarbeit sind deutliche Nachweise dafür (vgl. ebd.; vgl. auch HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 33).

2.2 Methodologie und Methode des Vergleichs

Im Hinblick auf die Hauptaufgabe der „Erkenntniserweiterung“ werden „erkenntnistheoretische und wissenschaftsmethodologische Fragen aufgeworfen“ (BÜRLI 1997, 13). Es gibt hauptsächlich zwei grundlegende Forschungsansätze der Methodologie in der vergleichenden Sonderpädagogik.

Bei dem einen handelt es sich um den **ganzheitlichen Ansatz** von Wilhelm DILTHEY: die erkenntnistheoretische Methodologie von Verstehen, Deuten und Erleben durch Interpretation von Texten (vgl. KLAUER & MITTER 1987, 12; BÜRLI 1997, 13; ROTH ²2001; vgl. dazu auch YANG, Si-Wei 1996, 76f.). Heute sind nicht nur schriftliche Dokumentationen, sondern auch durch andere Medien wie Audio- und Videoaufzeichnungen vermittelte Texte interpretationsfähig und -würdig (vgl. KLAUER & MITTER 1987, 12). Das ganzheitliche Vorgehen erfordert die phänomenologische Methode, die sich aus Edmund HUSSERLS philosophischer Schule der Phänomenologie ableitet.

Im Gegensatz dazu vertreten Harold J. NOAH und Max A. ECKSTEIN (1969) den **analytisch-empirischen Ansatz**, der von der Analyse aus Fakten und Trends ausgeht, die durch statistische Daten quantifiziert werden können. Was das inhaltliche Erkenntnisspektrum angeht, „wurde die Gesamtanalyse (total analysis) nationalstaatlich begrenzter Bildungssysteme und ihrer Rahmenbedingungen weitgehend durch den Problemansatz (problem approach) abgelöst“ (BÜRLI 1997, 13; vgl. KLAUER & MITTER 1987, 14).

Einige Probleme und Möglichkeiten der vergleichenden Methode wurden mit den oben genannten Hauptaufgaben der vergleichenden Sonderpädagogik schon erwähnt. Ohne Zweifel

ist der Vergleich „ein differenzierter Prozess der Wahrnehmung und des Schlussfolgerns [...], der nur begrenzte und approximative Darstellungen der Wirklichkeit zu liefern vermag“ (BÜRLI 1997, 35). Er ist keinesfalls objektiv. Neben der Übersetzungsproblematik hat jeder Komparatist „seine [eigene] Betrachtungsweise, seine Vorerfahrungen, seine Erwartungen, Vorurteile, Motive, seine selektive Aufmerksamkeit, sein Koordinatensystem, seine tief verwurzelten Kognitionsmuster“ (ebd., 36) und gleicht seine Erkenntnisse ständig sich selbst an. Dieser Hintergrund erschwert die scharfe Trennung von Beschreibung und Interpretation (vgl. ebd.). BÜRLI (1997, 36; vgl. auch YANG, Si-Wei 1996) weist auch auf einen weiteren Mechanismus hin, nämlich die „Idealisierung ausländischer Verhältnisse“. Die Gefahr besteht darin, dass aufgrund eigener Probleme die Modelle und Versuche aus den verglichenen Ländern einseitig übernommen werden, ohne sie mit dem eigenen gesellschaftlich-kulturellen Rahmen und Geflecht zu koordinieren.

Eine weitere Problematik in der vergleichenden Arbeit stellt der Begriff des Frühfördersystems sowohl in Deutschland als auch in Taiwan dar. Aufgrund der föderativen Struktur gibt es in Deutschland kein einheitliches System der Frühförderung. Für die Umsetzung der Frühförderung in die Praxis sind die personellen, materiellen und finanziellen Ausstattungen je nach Regionen, Einrichtungsträgern und Berufsgruppen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich (vgl. KOCH 1998, 66; THURMAIR ²1998, 65; SOHNS 2000b, 15f.; SCHMUTZLER, ³2000, 118): einerseits in Bezug auf ideologische Überzeugungen und andererseits aufgrund eines besonderen kulturpolitischen Selbstverständnisses (vgl. STEINEBACH 1992, 50). Jedes Bundesland bildet ein Subsystem und hat eigene inhaltliche und organisatorische Rahmenbedingungen sowie Netzwerke. Dies trifft auch auf Taiwan zu. Zwar hat Taiwan ein vom Bildungsministerium (Ministry of Education) vorgegebenes zentralistisches Schulsystem, aber für den Früh- und Vorschulbereich haben die regionalen Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbehörden unter Federführung des Innen-, Bildungs- und Gesundheitsministeriums (Department of Health) die amtliche Zuständigkeit. Daher haben die Städte und Landkreise eigene Strukturen.

Die Unterschiede der Substrukturen im eigenen System in Deutschland und in Taiwan verstärken die methodische Spannung zwischen der Differenziertheit der Frühfördersysteme in beiden Ländern. Zu den genannten Problematiken und Spannungen in der vergleichenden Sonderpädagogik verdeutlicht BÜRLI (1997, 36), „dass die methodische Unsicherheit in der vergleichenden Sonderpädagogik gross ist und eine rein empiristische funktionalistische Be-

trachtung nicht ausreicht; vielmehr muss eine hermeneutische Interpretation und kontextbezogene Bewertung zahlreiche Widersprüche und Gegensätze von Eindrücken und Fakten überbrücken [...]“. Diese Eigenschaften werden vor allem der geisteswissenschaftlichen bzw. hermeneutisch-phänomenologischen Pädagogik zugeschrieben (vgl. ROTH ²2001).

Allerdings ist das einführende Verstehen, Deuten und Interpretieren aus forschungsmethodischer Sicht nicht unproblematisch. HEIMLICH (²2002b, 208) weist darauf hin, „dass häufig Interpretationen ohne Datenaufzeichnung erfolgen müssten oder Datengewinnung und Dateninterpretation sowie das Vorverständnis des Forschenden nicht mehr zu unterscheiden seien“. Darüber hinaus erschwert naturgemäß die intersubjektive Überprüfbarkeit die objektive Einschätzung ganz entscheidend, „da die Richtigkeit einer Aussage auf hermeneutischer Basis letztlich von den subjektiven Qualitäten des Forschenden abhängig wird“ (ebd.). In diesem Zusammenhang sind vor einem tieferen Durchdringen die reflexive und kritische Bewusstmachung des eigenen Fachwissens wesentlich. Innerhalb der hermeneutischen Forschungsmethode sei es deshalb besonders wichtig, „die Methode der Datengewinnung vorab offen zu legen, die Datenerhebung genau zu dokumentieren und zusammen mit den eigenen Interpretationen die so gewonnenen Ergebnisse anderen Wissenschaftlern in einem Prozess der kommunikativen Auswertung vorzulegen“ (ebd.).

Zu bemerken ist, dass es sich zwar in dieser Arbeit hauptsächlich um die generalisierende Darstellung des Frühfördersystems mit den Substrukturen in beiden Ländern handelt, diese jedoch nicht deskriptiv-wertfrei ist. Die Rahmen- und Randbedingungen werden als Hintergrund in die Betrachtung mit einbezogen. Die Frühförderung wie die Sonderpädagogik und das Bildungssystem ist ein Produkt eines vielschichtigen historischen Prozesses und ist eingebettet in einen demographischen, sozialen und wirtschaftlichen Kontext (vgl. BÜRLI 1997, 125). Dazu nennt BÜRLI (ebd., 19-36, 125-150; Kap. 5 ist dieser Thematik gewidmet) acht Kontextdimensionen der Sonderpädagogik im internationalen Vergleich: die Weltanschauung, die Bildung, die Gesundheit, das Soziale, die Wirtschaft, die Politik, die Gesellschaft und die Demographie. In dieser Arbeit werden sie in vergleichenden Betrachtungen dargestellt und als Variablen bei der Analyse der komparativen Aspekte thematisiert.

Auch wenn die vergleichende Sonderpädagogik bezüglich der oben genannten Problematiken ein kritisches Fazit zieht, gibt es durchaus auch Potenziale. Erwähnenswert ist die Vorschau auf die künftige Entwicklung der Sonderpädagogik im internationalen Vergleich und die

daraus abgeleiteten Perspektiven. Nach STURNY-BOSSART, FRÖHLICH & BÜCHNER (1999, 13) sind Vergleiche und Trendaussagen „siamesische Zwillinge“: Vergleiche bilden die Basis von Trendaussagen, während der Trendforscher die Vergleiche verdichtet – auch wenn die Tendenzklärung möglicherweise eine gewisse Absicht verfolgt (vgl. BÜRLI 1997, 20).

3 Die Frühförderung in Deutschland

3.1 Terminologische Erläuterungen, Begriffe und Daten in der Sonderpädagogik

3.1.1 Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik, Rehabilitationspädagogik, Integrationspädagogik

Die Frühförderung ist ein Bereich der Sonder- und Heilpädagogik, deren Begriffsvielfalt nicht nur durch verschiedene Bezeichnungen, sondern auch durch unterschiedliche Konzeptionen geprägt wird. Daher ist es in dieser vergleichenden Arbeit notwendig, die Terminologie zunächst zu erläutern.

In Deutschland sind neben dem ältesten Begriff „Heilpädagogik“ einige Alternativbegriffe im Umlauf: Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik und Rehabilitationspädagogik (ausführlichere Angaben siehe z.B. HAEBERLIN ⁵1998, 53ff.; SPECK ⁵2003, 46-63; HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 15ff.). Die Begriffe „Heilpädagogik“ und „Sonderpädagogik“ werden häufig als Institutionsbezeichnungen an den Universitäten und Pädagogischen Hochschulen synonym verwendet.

Dem Begriff „**Heilpädagogik**“ wurde lange Zeit eine vorwiegend medizinische Bedeutung zugeschrieben. Die Übertragung der medizinischen Vorstellungen in den Erziehungsbereich fand schon sehr früh statt. Bereits Johann Amos COMENIUS (1592-1670) und der englische Philosoph und Pädagoge John LOCKE (1632-1704) führten den Begriff des „Heilens“ in die pädagogische Literatur ein (vgl. HABERLIN ⁵1998, 25/53; HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 15). Im 17., 18. und 19. Jahrhundert stand er in engem Zusammenhang mit unerwünschten „Kinderfehlern“, die mit geeigneten pädagogischen Mitteln bekämpft werden konnten. Zur Ausdehnung des Begriffs „Heilen durch Erziehung“ leistet u.a. Ludwig Adolf Heinrich STRÜMPELL mit seinem Buch „Die Pädagogische Pathologie oder Die Lehre von den Fehlern der Kinder“ (1890) einen großen Beitrag (vgl. HABERLIN ⁵1998, 53; vgl. auch BLEIDICK 1999a, 59ff.). Das Wort „Heilpädagogik“ wurde jedoch erstmals durch die Veröffentlichung des zweibändigen Werks „Die Heilpädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Idiotie und der Idiotenanstalten“ (1861/1863) von Heinrich Marianus DEINHARDT (1821-

1880) und Jan Daniel GEORGENS (1823-1886) in der pädagogischen Literatur verwendet. Die beiden werden deshalb als Väter der Heilpädagogik bezeichnet. Bemerkenswert ist auch die Umdeutung der Heilpädagogik in eine Heils-Pädagogik durch Linus BOPP (1930), d.h. „in eine Pädagogik, die auf das Heil und insbesondere auch das Seelenheil des Kindes abstellt“ (KLAUER & MITTER 1987, 4).

Angesichts der medizinischen und psychiatrischen Interpretation des Begriffs „Heilung“ auf der einen Seite und der theologischen Interpretation auf der anderen Seite, blieb der Begriff der Heilpädagogik umstritten. Die Zürcher Heilpädagogen Heinrich HANSELMANN (1885-1960) und Paul MOOR (1899-1977) hoben jedoch deutlich hervor, dass Heilpädagogik in erster Linie Pädagogik sei. MOOR schlug vor, statt des Begriffs der Heilpädagogik den Begriff „Spezielle Pädagogik“ zu verwenden (HABERLIN ⁵1998, 55). Auch HANSELMANN bezeichnet den Gesamtbereich der Heilpädagogik als „Sondererziehung“, ein Begriff, den er selbst jedoch kaum benutzt. SPECK versucht ebenfalls (⁵2003, 58) auf den originären pädagogischen Inhalt von „heil“ im Sinne von „ganz“ zurückzugreifen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg setzte sich der Terminus der **Sonderpädagogik** in der BRD durch. Über viele Jahre wurde die Sonderpädagogik eher als „Sonderschulpädagogik“ betrachtet, die jedoch in zunehmendem Maße auf Kritik im Zusammenhang mit der aktuellen Integrationsthematik stieß. Im internationalen wissenschaftlichen Austausch ist die Bezeichnung „Sonderpädagogik“ die Übersetzung des englischen Begriffs „Special Education“. Jedoch ist die englische Bezeichnung umfassender als die deutsche, da die Erziehung hochbegabter Kinder darin ebenfalls enthalten ist (vgl. KLAUER & MITTER 1987, 5).

Im deutschen Sprachraum wird auch von „**Behindertenpädagogik**“ gesprochen. Als Alternative zur Sonderpädagogik als „eine Pädagogik der konstitutionellen Abnormität“ schlägt BLEIDICK vor, diesen Begriff zu verwenden, der besonders mit dem Buch „Einführung in die Behindertenpädagogik“ (BLEIDICK & HAGEMEISTER ⁶1998) seinen Eingang in den Sprachgebrauch findet (vgl. BLEIDICK 1999b). Dieser Begriff konnte sich jedoch nicht durchsetzen, „zum einen, weil Sonderpädagogik eben nicht eine Pädagogik der Abnormität ist, sondern eine Pädagogik der besonderen Methoden und Maßnahmen; zum anderen, weil der Begriff ‚Behindertenpädagogik‘ zwar die Adressatengruppe klar benennt, aber dennoch nicht das ganze Spektrum der besondere Methoden bedürftigen Kinder abdeckt, z.B. Kinder mit Verhaltensstörungen“ (HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 16).

Außerdem beinhaltet der Terminus die Gefahr der Stigmatisierung. Trotz der Bezeichnung „Behinderung“ bzw. „behindert“ ist ein Mensch mit Behinderung in erster Linie ein Mensch wie jede andere auch.

In der ehemaligen DDR wurde der Begriff „**Rehabilitationspädagogik**“ als Oberbegriff verwendet. In den sozialistischen Ländern wurde die kollektive Tätigkeitsbefähigung bewusst in dem Wort „Rehabilitation“ betont. Sie ist vor allem „die zweckgerichtete Tätigkeit eines Kollektivs in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht zur Erhaltung, Wiederherstellung und Pflege der Fähigkeiten des geschädigten Menschen, aktiv am gesellschaftlichen Geschehen teilzunehmen“ (BECKER et al. 1979, 159 zitiert nach HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 17). Nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten bestand in Deutschland die Aufgabe, „die Sonderpädagogik westlicher Prägung und die Rehabilitationspädagogik östlicher Prägung konstruktiv miteinander zu verbinden, sowohl auf der theoretischen als auch auf der institutionell-praktischen Ebene“ (HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 17).

Erwähnenswert ist, dass seit den achtziger Jahren die integrative Unterrichtung behinderter Kinder in Regelschulen zwar langsam, aber stetig zunimmt. Laut den KMK-Empfehlungen von 1994 soll das deutsche Sonderschulwesen sich künftig nicht mehr nach zehn Behinderungsarten, sondern nach Förderungsschwerpunkten gliedern. Die bisherige Gehörlosen- und die Schwerhörigenpädagogik und die bisherige Blinden- und die Sehbehindertenpädagogik sollen nun beispielsweise zu je einem Förderschwerpunkt verschmelzen (vgl. SANDER ²2002c, 262). Dabei werden integrative Bestrebungen im Schulwesen der BRD empfohlen. Es gibt auch Umbenennungen, z.B. von der „Schule für Geistigbehinderte“ zur „Schule für individuelle Lebensbewältigung“, von der „Schule für Lernbehinderte“ zur „Schule für individuelle Lernförderung“. Das Ziel der gemeinsamen Erziehung und Bildung behinderter und nichtbehinderter Kinder soll durch die „**Integrationspädagogik**“ (siehe z.B. BUNDSCHUH, HEIMLICH & KRAWITZ ²2002b; EBERWEIN & KNAUER ⁶2002) erreicht werden. Trotz des Nachweises positiver Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung stößt die Integration im Sekundarbereich auf viel größere Schwierigkeiten als im Elementarbereich, da die Bildungspolitik der BRD in erster Linie vom Leistungsprinzip ausgeht. Hinzu kommt, dass vor allem die normorientierten „Integrationschulen“ nur die „integrationsfähigen“ Kinder aufnehmen, die durch Stütz- und Fördermaßnahmen wieder „leistungsfähig“ gemacht werden

können, um das Klassenziel wie die anderen Regelschulkinder zu erreichen (vgl. HAEBERLIN 1996b, 146).

In Anbetracht der internationalen Verständigung wird in dieser Vergleichsarbeit wesentlich von „Sonderpädagogik“ gesprochen; der Begriff „Sonder- und Heilpädagogik“ wird aufgrund der deutschen Tradition zur historischen Entwicklung der Erziehung und Bildung von Kindern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen im Kapitel 3.2 mit einbezogen.

3.1.2 Entwicklung des Begriffs der Behinderung, Organisationsformen und Förderungsschwerpunkte zur sonderpädagogischen Förderung

Der Begriff „Behinderung“ ist seit Jahrzehnten im allgemeinen Sprachgebrauch und im Bereich der humanwissenschaftlichen Disziplinen wie Pädagogik, Psychologie, Soziologie oder Medizin etabliert (vgl. BUNDSCHUH, HEIMLICH & KRAWITZ ²2002a, 39). In der fachlichen Literatur der Heil- und Sonderpädagogik ist er vom medizinischen Begriff „Krankheit“ abzugrenzen. Idealtypisch wird dargestellt: „Behinderung fängt dort an, wo Krankheit aufhört“; diese Aussage bedeutet aber nicht, dass es in der Realität keine Überschneidungsbereiche und keine Grenzfälle gäbe (HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 14).

Bei der Definition des Behinderungsbegriffs wird häufig versucht, ihn zu differenzieren. In der Praxis ist diese Unterscheidung des Behinderungsbegriffs kaum möglich. Sie besitzt eher „heuristisch-theoretischen Wert“ (ebd., 12), kann aber im fachlichen und vor allem interdisziplinären Diskurs hilfreich sein (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 18). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt eine Dreiteilung des Begriffs Behinderung (WHO-International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps [ICIDH]) vor. Nach der Fassung von 1980 (ICIDH-1) ergab sich (HENSLE & VERNOOIJ ⁷2000, 12f.):

- die Dimension der Schädigung (Impairment) – „Funktionsstörung bzw. Schädigung auf der organischen Ebene“ (theoretisch „als eher medizinisches Problem“)
- die Dimension der Behinderung (Disability) – „Störungen auf der individualen und personalen Ebene“ (theoretisch „als eher psychologisches Problem“)
- die Dimension der Benachteiligung (Handicap) – „Störungen bzw. Konsequenzen auf der sozialen Ebene“ (theoretisch „als eher soziologisches bzw. sozialpolitisches Problem“).

1998 legte die WHO eine modifizierte Fassung (ICIDH-2, nunmehr zur ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health]⁴ vor, in der die Begriffe „Disability“ und „Handicap“ durch **Fähigkeits-/Aktivitätsmöglichkeiten (Activity)** und **Teilhabe (Participation)** ersetzt wurden. Eine deutliche Wandlung des Behinderungsbegriffs zeigt sich in den Fassungen zwischen 1980 und 1998. Während in der Fassung von 1980 die defizitorientierte und passive Bewertung der je individuellen Situation im Vordergrund steht, sind in der Fassung von 1998 die Fähigkeiten, die positiven bzw. aktiven Möglichkeiten und die Teilhabe innerhalb der jeweiligen engeren und weiteren Lebenswelt eines behinderten Menschen entscheidend (vgl. HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 13; vgl. auch WILKEN 1999, 101f.). Bezogen auf die Frühförderung zeigt sich, dass das Erkennen der somatischen, funktionellen und interaktionalen Faktoren der Gefährdungen eine große Rolle sowohl in der Entwicklung des Kindes selbst als auch in seiner Lebenswirklichkeit und seinem Lebensumfeld spielt. Außerdem wird das Kind unter besonderer Berücksichtigung seiner Entwicklungsmöglichkeiten gefördert, um an seiner Lebenswelt und an der Gesellschaft teilhaben zu können. Dabei wird das Kind nicht ausschließlich durch die defektorientierten medizinischen Ursachen seiner Unzulänglichkeiten beurteilt, sondern in seiner Umwelt immer mehr unter dem Aspekt seiner Stärken und Schwächen betrachtet.

Derzeit gibt es in Deutschland zehn Behinderungskategorien der Sonderpädagogik, die zehn Typen von Sonderschulen entsprechen; in einzelnen Bundesländern werden sie auch als Förderschulen bezeichnet. Entscheidend ist aber die individuelle Förderung der Schüler mit Förderbedarf, die sich nicht mehr an deren Behinderungsarten, sondern an Förderschwerpunkten orientiert. Dementsprechend wurde in der Bundesrepublik Deutschland der Begriff der Sonderschulbedürftigkeit bei der Entscheidung über die Schullaufbahn eines Kindes durch die Frage nach dem sonderpädagogischen Förderbedarf⁵ offiziell ersetzt (vgl. KMK 2003a, 132). Unter besonderer Berücksichtigung der Integration ist die sonderpädagogische Förderung im Sonderschulwesen jedoch unverzichtbar. In der Gegenwart gibt es eine Vielfalt von Organisationsformen zur sonderpädagogischen Förderung (Tabelle 1).

⁴ Auf Deutsch: „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (JETTER 2003, 6).

⁵ D.h. „erforderliche Maßnahmen in Erziehung, Unterricht, Therapie und Pflege je nach organischen Schädigungen und sozialen Beeinträchtigungen des Individuums im Rahmen der institutionellen Möglichkeiten“ (KMK 2003a, 132).

Behinderungskategorien der Sonderpädagogik	Typen von Sonder- (Förder-) schulen	Organisationsformen zur sonderpädagogischen Förderung ⁶	Förderschwerpunkte nach KMK-Empfehlungen
(1) Blinde (2) Gehörlose (3) Sehbehinderte (4) Schwerhörige (5) Geistigbehinderte (6) Körperbehinderte (7) Kranke (8) Lernbehinderte (9) Sprachbehinderte (10) Verhaltensgestörte	Den links angeführten Behinderungsarten entsprechen 10 Typen von Sonderschulen; in einzelnen Bundesländern werden sie auch als Förderschulen bezeichnet	<ul style="list-style-type: none"> • Sonderpädagogische Förderung durch vorbeugende Maßnahmen • Sonderpädagogische Förderung im gemeinsamen Unterricht • Sonderpädagogische Förderung in Sonderschulen • Sonderpädagogische Förderung in kooperativen Formen • Sonderpädagogische Förderung im Rahmen von Sonderpädagogischen Förderzentren • Sonderpädagogische Förderung im berufsbildenden Bereich und beim Übergang in die Arbeitswelt 	<ul style="list-style-type: none"> • Hören“ (vom 10.05.1996) • „Körperliche und motorische Entwicklung“ (vom 20.03.1998) • „Sehen“ (vom 20.03.1998) • „Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ (vom 20.03.1998) • „Geistige Entwicklung“ (vom 26.06.1998) • „Sprache“ (vom 26.06.1998) • „Lernen“ (vom 01.10.1999) • „Emotionale und soziale Entwicklung“ (vom 10.03.2000) • „Erziehung und Unterricht von Kindern und Jugendlichen mit autistischem Verhalten“ (vom 16.06.2000)

Tabelle1: Übersicht zu Behinderungskategorien, Typen von Sonderschulen (Förderschulen), Organisationsformen zur sonderpädagogischen Förderung und Förderschwerpunkten nach KMK-Empfehlungen in Deutschland (Zusammenfassung von HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 2; SANDER ²2002c, 260ff.; KMK 2003a, 133ff.; 2003b, IX/121-126).

3.1.3 Einige wichtige Daten in der Sonderpädagogik

Der prozentuale Anteil Behinderter an der Gesamtbevölkerung in Deutschland liegt bei ca. 10,4% (HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 32; vgl. auch BÜRLI 1997, 72). Es gab in Deutschland im Schuljahr 2002/2003 3.487 Sonderschulen (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004b, 123). Im Jahre 2002 wurden 495.244 Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in allgemeinen Schulen und Sonderschulen unterrichtet (KMK 2003b, XI-XII/4/7; siehe Tabelle 2). Die meisten Schüler mit sonderpädagogischer Förderung befanden sich im Förderschwerpunkt Lernen. Trotz der zunehmenden Tendenz zur Integration ist die Zahl der Sonderschüler von 1993 bis 2003 um 15,5% von 371.800 auf 429.440 gestiegen (vgl. KMK 2004). Von der gesamten Förderquote (ca. 5,5%) betrug die Sonderschulbesuchsquote im Jahre 2002 ca.

⁶ Nach der KMK (vgl. 2003a, 135) soll die Schullaufbahnentscheidung nach Anhören der Eltern und möglichst im Einvernehmen mit ihnen getroffen werden. Wenn Eltern mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind, so haben sie außergerichtliche und gerichtliche Einspruchsmöglichkeiten (vgl. ebd.).

4,8%. Daraus ergab sich im Jahre 2002 eine Integrationsquote von 13,3%, während die separate pädagogische Unterbringung der Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in Sonderschulen 86,7% ausmachte (ebd. 2003b, 5).

Förderschwerpunkt	Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in			Anteil aller geförderten Schüler in Prozent ⁷
	allgemeinen Schulen	Sonderschulen	allgemein bildenden Schulen zusammen	
Lernen	31.251	231.138	262.389	2,934
Sehen	1.852	4.761	6.613	0,074
Hören	3.419	11.099	14.518	0,162
Sprache	9.646	35.245	44.891	0,502
Körperliche und motorische Entwicklung	4.297	22.186	26.483	0,296
Geistige Entwicklung	1.981	68.470	70.451	0,788
Emotionale und soziale Entwicklung	11.762	29.250	41.012	0,459
Kranke	166	9.426	9.592	0,107
Förderschwerpunkt übergreifend bzw. ohne Zuordnung	1.430	17.865	19.295	0,216
Förderschwerpunkte insgesamt	65.804	429.440	495.244	5,539

Tabelle 2: Schüler mit sonderpädagogischer Förderung in allgemein bildenden Schulen nach Förderschwerpunkten 2002 in Deutschland (KMK 2003b, XI-XIV/1-10).

3.2 Historische Wurzeln und Entwicklung der Sonder- und Heilpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Früherziehung behinderter Kinder

Hinweise auf eine Früherziehung von Kindern unter sechs Jahren findet man bereits in der Antike und dem Mittelalter. SCHMUTZLER (vgl. ³2000, 101) weist darauf hin, dass auf griechischen Vasen Mütter mit Kindern kosend in Frauengemächern dargestellt sind. Bereits PLATO weist auf die Wichtigkeit der Frühentwicklung der ersten drei Jahre durch Bewegung und Spielerziehung hin. Auch im Mittelalter wurde der Früherziehung große Bedeutung beigemessen.

Die Tatsache, dass das Kind damals noch nicht als Individuum mit eigenen Bedürfnissen und Meinungen angesehen wurde, hat sich jedoch über das Mittelalter hinweg erhalten. Beispiels-

⁷ Das bedeutet Anteil an allen Schülern im Alter der Vollzeitschulpflicht [Jahrgangsstufen 1-10 und Sonderschulen] (KMK 2003a, 138).

weise ist für PLATO die Strafe gegenüber Kindern unerlässlich. Außerdem war die Früherziehung im Mittelalter an eine soziale Hierarchie gebunden und in erster Linie für die höheren gesellschaftlichen Stände von Bedeutung. Berthold VON REGENSBURG (1220-1272), ein bekannter Prediger, war davon überzeugt, dass die Erziehung vor allem der Stabilisierung des jeweiligen Standes („Schuster erziehen ihre Kinder zu Schustern“ usw.) dienen soll (vgl. SCHMUTZLER ³2000, 103). Unter diesen Umständen kamen in der Antike und im Mittelalter behinderte Kinder keinesfalls in den Genuss einer Früherziehung. Es herrschte im Allgemeinen eine negative Einstellung und Haltung gegenüber Behinderten vor. Man kann sogar die Tradition und Wurzel der Eugenik und Euthanasie im klassischen Altertum entdecken – schon bei Neugeborenen wurde eine Begutachtung vorgenommen. HENSLE & VERNOOIJ (vgl. ⁷2002, 333) berichten, dass in Babylon, Ägypten, Sparta, Athen und Rom behinderte, missgestaltete und schwächliche Säuglinge nach unterschiedlichen Selektionsprozeduren getötet, ausgesetzt oder als potenzielle Sklaven verkauft wurden. Selbst große Philosophen und Politiker wie PLATO, ARISTOTELES und L. A. SENECA befürworteten die Aussetzung und Tötung gebrechlicher und missgestalteter Kinder. Dazu führt BLEIDICK (1999a, 164-170) genauer aus: Für PLATO gilt Kindestötung als „normale Gepflogenheit des Staates“ (Politeia 5, Abschnitt 9 in BLEIDICK 1999a, 164); ARISTOTELES trat für Abtreibung und das Verbot, verkrüppelte Kinder großzuziehen, ein. Auch SENECA hielt die Kindereuthanasie schwächerer und missgestalteter Neugeborener für eine vernünftige Entscheidung. Ein wichtiger Hintergrund dieses Gedankengutes war das Bestreben nach der Erhaltung und Weiterentwicklung des Staatsganzen (vgl. HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 333). An anderer Stelle sagt BLEIDICK (1999a, 164): „Das staatliche Bild der Griechen und Römer war vom Ideal der Kalokagathie bestimmt: Schönheit, Sittlichkeit und körperliche Tüchtigkeit galten als Maßstab für den Umgang auch mit körperlich Missgestalteten.“

Im Mittelalter werden Beispiele von christlicher Nächstenliebe und Barmherzigkeit gegenüber Behinderten bestätigt, jedoch verbreitete sich der Teufelsglaube und stand der Christlichkeit im Wege. Sogar Martin LUTHER (1483-1546), Theologe, Politiker und Pädagoge, spricht sich für die Tötung eines „Kielkropfes“ oder „Wechselbalges“ aus (BLEIDICK 1999a 171).

Erst im 16. und 17. Jahrhundert wandelt sich die Einstellung zum Kind als ein Geschöpf Gottes, das zu einem verständigen Wesen erzogen werden sollte. Gegen Unverstand, Vorurteile und verhängnisvollen Aberglauben gegenüber Behinderten forderte man die Gleichheit aller Menschen, die sich auch in der Erziehungsliteratur des 17. Jahrhunderts niederschlägt. CO-

MENIUS, ein bedeutender Pädagoge, unterstreicht die Erziehungsbedürftigkeit und Bildbarkeit jedes Kindes. Er gilt auch als ein wichtiger Frühpädagoge und betrachtete den Elementarunterricht bereits als Vorstufe einer späteren höheren Bildung. Allerdings erstreckt sich sein Grundsatz nicht auf Schwerbehinderte. HAEBERLIN (vgl. ⁵1998, 46) deutet an, dass für COMENIUS jene Kinder, bei welchen die erzieherischen „Heilmittel“ nichts nützen, von der Erziehung ausgeschlossen wurden.

August Hermann FRANCKE (1663-1727), Theologe und Pädagoge, begann unter dem Einfluss des pietistischen Gedankens eine Armenschule aufzubauen, in der auch behinderte, verwaiste und erziehungsschwierige Kinder aufgenommen wurden (vgl. SCHMUTZLER ³2000, 105).

In der Epoche der Aufklärung fand der eigentliche Umschwung im pädagogischen Denken statt und die Grundlage für eine moderne Vorschulerziehung wurde geschaffen. Die Stellung des Kindes änderte sich: Es wurde nun als Individuum wahrgenommen. Gegenüber Behinderten entwickelte sich eine humanistische Einstellung. Die Betonung von Vernunft und Autonomie der Menschen verhinderte jedoch paradoxerweise eine durchgängig positive Einstellung und Haltung gegenüber Behinderten. Dies wird vor allem im Erziehungsroman „Emil oder Über die Erziehung“ von ROUSSEAU (1712-1778) deutlich. Er beginnt mit dem weltberühmten Satz: „Alles ist gut, wie es aus den Händen des Schöpfers kommt; alles entartet unter den Händen der Menschen“ (Übersetzung von Ludwig SCHMIDTS, Erstes Buch ¹³1998, 9). Dennoch teilten nicht alle seine Auffassung. Zwar betont er, dass der Vater kein Kind bevorzugen dürfe – mithin auch keines vernachlässigen, „ob Krüppel oder nicht“ (ebd., 28), in Wirklichkeit jedoch entpuppen sich seine Einstellung und Haltung gegenüber Behinderten als eine idealistische Anthropologie, wodurch dem Normalitätsbewusstsein und den Aussonderungstendenzen der Pädagogik Vorschub geleistet wurde (vgl. BLEIDICK 1999a, 231). ROUSSEAU schreibt: „Ich würde mich nicht mit einem kränklichen und siechen Kind belasten, und wenn es achtzig Jahre alt würde. Ich mag keinen Zögling, der sich selbst und anderen unnütz ist, der allein damit beschäftigt ist, sich am Leben zu erhalten, und dessen Leib der Erziehung der Seele schadet. Verschwende ich meine Fürsorge an ihn, so verdopple ich den Verlust, indem ich der Gesellschaft zwei statt nur einen Menschen entziehe [...]“ (Übersetzung von Ludwig SCHMIDTS; Erstes Buch ¹³1998, 28).

Historisch gesehen wurden ab 1770 verschiedene Anstalten und Sonderschulen für Blinde, Gehörlose, Körperbehinderte, Geistigbehinderte, Arme, Verwahrloste und schwer Erziehbare eingerichtet. Die Betreuung, Erziehung und Bildung Behinderter wurde zur Aufgabe der Sonder- und Heilpädagogik. Die Gehörlosenpädagogik ist die älteste Form der Sonder- und Heilpädagogik, die eng mit der späteren Entwicklung der Früherziehung von Behinderten verbunden ist. Die erste Taubstummschule wurde 1770 durch Abbé Charles Michel DE L'ÉPÉE (1712-1789) in Paris ins Leben gerufen. In Deutschland wurde 1778 die erste Schule für Taubstumme in Leipzig durch Samuel HEINICKE (1727-1790) errichtet. Allerdings begannen im 16. Jahrhundert schon erste Bildungsversuche mit gehörlosen Kindern. 1620 schrieb der Spanier J. P. BONET (1579-1633) das erste Lehrbuch der Taubstummenbildung, das in mehrere Sprachen übersetzt wurde.

In Paris etablierte Valentin HAÛY (1745-1822) 1784 die erste Blindenschule. In Deutschland entstand die erste Blindenanstalt 1806 durch Johann August ZEUNE (1778-1853) in Berlin-Steglitz.

Eine signifikante Rolle spielt Johann Heinrich PESTALOZZI (1746-1827) für das pädagogische Denken. In den Schriften „Buch der Mütter“ bzw. „Wie Gertrud ihre Kinder lehrt“ zeigt sich seine Früherziehungskonzeption – wenn er der Mütterbildung auch keine so hohe Bedeutung zuschreibt wie sein Schüler FRÖBEL (1782-1852) (vgl. SCHMUTZLER ³2000, 106). PESTALOZZI hegte eine tiefe Zuneigung zu armen, schwachen und benachteiligten Kindern, weshalb er als Pionier und Vorbild der Sonder- und Heilpädagogik gilt. Im Gegensatz zu ROUSSEAU vertritt PESTALOZZI pädagogischen Optimismus gegenüber behinderten Kindern und tritt vehement für die Erziehungsbedürftigkeit und das Bildungsrecht geistig- und schwerbehinderter Kinder ein. Im Gegensatz zu COMENIUS sagt PESTALOZZI: „[...] auch der Allerelendeste ist fast unter allen Umständen fähig, zu einer alle Bedürfnisse der Menschheit befriedigenden Lebensart zu gelangen [...]“ (PESTALOZZI 1777 in FLITNER ²1954, 23-26, zitiert nach BLEIDICK 1999a, 240).

Bemerkenswert ist, dass in der Phase des Übergangs vom 18. ins 19. Jahrhundert die Früherziehung Behinderter, Verwahrloster und Armer (im heutigen Sinne spricht man von sozial Benachteiligten) immer weiter weg rückt von der sozialen und pädagogischen Ausgrenzung (vgl. SCHMUTZLER ³2000, 106). SCHMUTZLER (vgl. ebd.) nennt einige historische Beispiele: Durch PESTALOZZI beeinflusst, begründete Freiherr VON FELLEBERG (1771-

1844) auf seinem Gute in Hofwyl bei Bern eine Kleinkinderschule und eine Armenerziehungsanstalt. Sie wurden auch als sog. „Wehrschulen“ bekannt, bezeichnet nach dem bei FELLEBERG arbeitenden Lehrer WEHRLI. Mit der Unterstützung durch GOETHE, WIELAND und den Herzog von Weimar gründete der Privatgelehrte J. D. FALK (1768-1826) in Weimar die „Gesellschaft für Freunde in der Not“ (1813) und ein Rettungshaus für verwahrloste Kinder. Johann Hinrich WICHERN (1808-1881) eröffnete in Horn bei Hamburg spezielle pädagogische Einrichtungen für Verwahrloste und Straffällige, die als das sog. „Rauhe Haus“ in die Geschichte der Verhaltensgestörtenpädagogik eingingen.

Wenn man auf die Historie der Früherziehung Behinderter zurückblickt, gewinnt der Bericht von Jean-Marc Caspar ITARD (1774-1838), dem französischen Arzt und Spezialisten für Taubstumme und Schwerhörige, über die Erziehung von Victor, dem sog. „Wilden von Aveyron“, eine besondere Bedeutung. Es handelt sich um ein Wildkind, das in den Wäldern Südfrankreichs ausgesetzt und aufgrund seiner vielfältigen Defizite als Idiot bezeichnet wurde. Im Bericht werden nicht nur sein praktischer Erziehungsversuch mit Hilfe didaktischer Methoden und Materialien dargestellt, sondern er bemüht sich auch um theoretische Begründungen. Eduard SÉGUIN (1812-1880), Schüler von ITARD, führte seine Arbeit weiter und entwickelte eine Theorie für die Erziehung geistig behinderter Kinder. Auf der Grundlage der Sinneserziehung und -materialien von ITARD und SÉGUIN führte Maria MONTESSORI (1870-1952) die Erziehung und Förderung schwachsinniger und soziokulturell benachteiligter Kinder, die sie später auf nichtbehinderte ausdehnte, fort.

Der Armenschullehrer Traugott WEISE (1820) gab in seiner „Betrachtung über geistesschwache Kinder“ an, dass die beste Zeit für Anregungen der Sinneswahrnehmung und der grundlegenden Sprach- und Begriffsbildung die Phase vom 3. bis zum 5. Lebensjahr sei (vgl. SPECK⁵2003, 452). Schon 1843 erkannte der fränkische Schulrat Johann Baptist GRASER die Bedeutung der frühen Spracherziehung gehörloser Kleinkinder durch ihre Mütter.

Durch den Lehrer Gotthard GUGGENMOOS wurde die erste Schule für geistig behinderte Kinder 1816 in Hallstein bei Salzburg ins Leben gerufen. Mit der Unterstützung von FELLEBERG errichtete der Schweizer Arzt Johann Jakob GUGGENBÜHL (1816-1863) im Jahre 1841 eine „Heilanstalt für Kretinen und blödsinnige Kinder“ in Abendberg bei Interlaken. Außerdem schufen 1856 Heinrich Marianus DEINHARDT und Jan Daniel GEORGENS

die „Heilpflege- und Erziehungsanstalt Levana“ in Baden bei Wien als „Musteranstalt für gesunde und abnorme Kinder“.

Verglichen mit dem Aufbau des ersten Sonderschulwesens tritt die Entwicklung der institutionalisierten frühen Erziehung und Förderung in Regel- bzw. Sonderkindergärten für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in den Hintergrund. Für Taubstumme wurde 1872 eine Vorschule in Dresden und 1894 ein Kindergarten in Berlin aufgebaut (vgl. SCHMUTZLER ³2000, 107).

Bis zum Zweiten Weltkrieg thematisierte vor allem die Reformpädagogik, in der das Kind als Subjekt in der Erziehung und Bildung gesehen wird, die Früherziehung. In der nationalsozialistischen Zeit wurde dieser Gedanke missbraucht und einseitig auf das gesunde und begabte Kind bezogen. Nicht nur das Bildungsrecht Behinderter wurde infrage gestellt, sondern auch ihr Lebensrecht war in Gefahr.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde Deutschland geteilt in die Bundesrepublik Deutschland (BRD) und die Deutsche Demokratische Republik (DDR), die von unterschiedlicher Ideologie geprägt waren und auch in der Erziehung und Bildung einen jeweils eigenen Weg einschlugen. Die Betreuung, Erziehung und Bildung Behinderter lief nur langsam an. In den fünfziger Jahren gab es in der BRD vermehrt Veröffentlichungen mit bildungsökonomischer Kritik am Bildungswesen. Am 4. Oktober 1957, dem Start des ersten Satelliten der Sowjetunion, wurde die westliche Welt vom sog. „Sputnik-Schock“ erschüttert. Bei vielen Amerikanern provozierte dieser Erfolg der Russen die Frage, ob ihr Bildungssystem weniger leistungsfähig sei. Gefordert wurde eine Reformwelle, in der die technischen und wissenschaftlichen Rückstände in der westlichen Welt durch eine wirksame Förderung der Leistungsfähigkeit in der Erziehung und Bildung abgebaut werden sollten (vgl. KOCH 1999, 84).

Auch diese Betrachtungsweise der viel betonten Leistungsfähigkeit beschleunigte die spezielle Entwicklung der Sonder- und Heilpädagogik. Im Februar 1960 veröffentlichte die Kultusministerkonferenz (KMK) das „Gutachten zur Ordnung des Sonderschulwesens“, die erste länderübergreifende Darstellung des Sonderschulwesens auf der Ebene der Ministerien. Die darin aufgezählten dreizehn Sonderschularten gehen weit über die ersten fünf Sonderschultypen der Denkschrift von 1954 (Hilfsschulen, Sprachheilschulen, Schwerhörigenschulen, Sehbehindertenschulen und Schulen für gemeinschaftsschwierige Kinder) hinaus und in der Fol-

gezeit kam es zu einer außerordentlichen Differenzierung des Sonderschulwesens (vgl. DRAVE, RUMPLER & WACHTEL 2000, 13). Nach der KMK (2003a, 131) ist das Recht behinderter Kinder auf eine ihnen angemessene Bildung und Ausbildung in den Landesverfassungen festgelegt und in den jeweils geltenden Schulgesetzen ausgeführt. Für sie gilt ebenso die allgemeine Schulpflicht wie für nichtbehinderte Kinder.

Dieser Leistungsgedanke betrifft auch den Früh- und Elementarbereich. Seit dem Strukturplan für das Bildungswesen (Empfehlungen der Kommission des Deutschen Bildungsrates) von 1970 existiert die eigenständige Erziehungs- und Förderungsform vor dem Schuleintritt. Vorschuleinrichtungen für Kinder mit Verzögerungen und Behinderungen wurden je nach unterschiedlichen Beeinträchtigungsarten und -graden mit zunehmender Differenzierung hierarchisch aufgebaut. Je nach Bundesland wurden unterschiedliche Bezeichnungen eingeführt, wie z.B. Schulkindergärten (in Hessen als Vorklassen bezeichnet), Sonderschulkindergärten, Sonderkindergärten oder Schulvorbereitende Einrichtungen (vor allem in Bayern).

Anfang der 1960er Jahre wurde das neue Ergebnis der Sozialisationsforschung bekannt, nämlich dass die Höhe der Intelligenz nicht rein genetisch bedingt, sondern durch Erziehungs- und Bildungsmaßnahmen beeinflussbar ist. Im Besonderen griffen zwei amerikanische Wissenschaftler, HUNT und BLOOM, diese Überlegungen auf. Sie waren sich sicher, dass die bereits im frühen Kindesalter eingesetzten Maßnahmen erfolgsversprechender wären als eine erst im Schulalter beginnende Förderung. Im Zusammenhang mit dem Aufruf „War on Poverty“ durch den amerikanischen Präsident Johnson 1960 begann in der Folge dieser Diskussionen in den USA ein weltweit bekannt gewordenes Head-Start-Programm. Von 1964 bis 1968 wurden Millionen soziokulturell benachteiligter Kinder von drei bis fünf Jahren jeweils ein Jahr lang gefördert. Ziel war es, die ökonomischen und sozialen Defizite der Unterschicht zu kompensieren.⁸ Man erhoffte sich so, bessere Startbedingungen für Vorschulkinder aus unterprivilegierten sozialer Herkunft zu schaffen und dadurch eine erfolgreiche(re) Schulkarriere zu erlangen.

Zu Beginn der siebziger Jahre wurde die kompensatorische Erziehung auch in Deutschland bildungspolitisch diskutiert. Durch die Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates 1973 in

⁸Die sog. Kompensatorische Erziehung bezieht sich präventiv auf die Verhinderung bzw. den Ausgleich der durch Bedingungen in der sozialen Unterschicht erzeugten Defizite, wie z.B. Sprachbarrieren, die sich in den unterschiedlichen „schichtspezifischen Sprachstilen“ (BERNSTEIN in den 1970er), dem sog. restringierten Code und dem sog. elaborierten Code, zeigten (vgl. KLEIN²2002, 174).

der BRD wurde eine systematische Beschreibung der Frühförderung vorgelegt (vgl. Kap. 3.3) und auch die Tür der Bildungspolitik zur Integration behinderter und nichtbehinderter Kinder und Jugendlicher geöffnet. Die ersten bekannten vorschulischen Modellversuche der Integration wie „Die Aktion Sonnenschein“ fanden schon in den 1960er Jahren statt. Eine Integration behinderter Schüler in allgemeinen Schulen wurde in den 1980er Jahren zunehmend im Rahmen von Schulversuchen erprobt, die seit den 1990er Jahren teilweise in Regelangebote überführt wurden (vgl. KMK 2003a, 132).

Auf ihrer Sitzung am 5./6. Mai 1994 verabschiedete die KMK die „Empfehlungen zur pädagogischen Förderung in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland“. Darin steht die individuelle Problemlage des behinderten Kindes an unterschiedlichen Lernorten im Mittelpunkt aller pädagogischen Bemühungen und nicht mehr die Differenzierung und Zuordnung von Behindertentypen zu den entsprechenden Sonderschularten. Sonderpädagogische Förderung kann nicht nur in Sonderschulen, sondern auch in Allgemeinschulen stattfinden. In diesem Sinn versteht sich sonderpädagogische Förderung als Ergänzung und Schwerpunktsetzung der Allgemeinpädagogik (vgl. HANNIG 2000, 41). Zugleich wurden integrationspädagogische Ansätze entwickelt. Dafür gibt es inzwischen schulgesetzliche Regelungen in den 16 Bundesländern. Neben den schulischen Förderschwerpunkten wird auch der Frühförderung Aufmerksamkeit gewidmet. Vorgegeben werden die Richtlinien unter der Kapitelüberschrift „Sonderpädagogische Förderung durch vorbeugende Maßnahmen“. Man geht davon aus, dass frühe vorbeugende Maßnahmen im Vorschulbereich die vielversprechendste Wirksamkeit erzielen (KMK-Empfehlungen 1994, Abschn. III. 3.1; vgl. auch SANDER ²2002b, 224f.; KMK 2003a, 133). Zurzeit beeinflusst das Ergebnis der PISA-Studie⁹ (DEUTSCHES PISA-KONSORTIUM 2001) die Förderarbeit im Vorschulbereich in hohem Maße. In der Presse wurde das schlechte Abschneiden deutscher Schüler der zu späten Einschulung, der geringen Lese- und Sprachkompetenz und den Integrationsproblemen von Schülern mit ausländischer

⁹ PISA ist die Abkürzung für „Programme for International Student Assessment.“ Dabei handelt es sich um eine internationale Vergleichsuntersuchung, an der im Frühsommer 2000 weltweit rund 180.000 Schüler aus 32 Staaten teilnahmen. In Deutschland wurde an etwa 5.000 fünfzehnjährigen Schülern an 219 Schulen Tests von der OECD (Organisation für Wirtschaft und Entwicklung) durchgeführt. Bezogen auf Basiskompetenzen (Lesekompetenz, mathematische und naturwissenschaftliche Grundbildung) liegen die Schulleistungen deutscher Schüler weit abgeschlagen im unteren Bereich der Skala der Vergleichsstaaten (DEUTSCHES PISA-KONSORTIUM 2001; vgl. SPECK 2002, 48). Die zweite PISA-Erhebung fand im Jahre 2003 statt. An PISA 2003 beteiligten sich 41 Staaten (30 OECD-Staaten und 11 Partnerländer). In Deutschland waren bundesweit 4.660 fünfzehnjährige Schüler an 216 Schulen getestet worden. Nach der aktuellen PISA-Studie der OECD 2003 ist Deutschland im Mittelfeld, wobei es Fortschritte bei naturwissenschaftlichen und mathematischen Kompetenzen gibt, die Lesekompetenz jedoch nach wie vor noch mangelhaft ist. Außerdem ist der Unterschied zwischen guten und schlechten Schülern noch größer geworden ist (ausführliche Information siehe BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2004e).

Herkunft zugeschrieben (vgl. SCHUSTER 2002, 15). Aufgrund der schockierenden Befunde verabschiedeten Bund und Länder in der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) am 17. Juni 2002 ein Aktionsprogramm als Folgerung aus den Empfehlungen des Forums Bildung und den Ergebnissen der PISA-Studie. Zwei der drei Handlungsfelder des Aktionsrahmens sind „die Förderung von Sprach-, Lese- und Schreibkompetenz“ und „die Förderung von Migrantinnen und Migranten“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2004a). Am 17. November 2003 haben Bund und Länder weiterhin einen Aktionsrahmen zur Förderung der Lesekultur von Kindern und Jugendlichen mit dem Titel „Lesen in Deutschland“ (LiD) beschlossen, der die Freude und das Interesse am Lesen auch außerhalb der Schule fördern soll (ebd.). Der frühen sprachlichen Förderung wird vor allem bei Migrantenkindern eine fundamentale Bedeutung beigemessen (vgl. SPECK 2002, 53).

In diesem Zusammenhang wurden weitere Diskussionen zu Erziehungs- und Bildungspolitikreformen in den einzelnen Bundesländern geführt. In Bayern will z.B. das Sozialministerium das fast 30 Jahre alte Kindergartengesetz neu überarbeiten. Nach SCHUSTER (2002, 15) wird in einem Bildungs- und Erziehungsplan für Kindergärten die Frage diskutiert, „was ein Kindergarten künftig zu leisten habe und was alles nötig sei, um die Sprachförderung im Kindergarten voranzubringen“. In Zukunft wird es immer mehr „frühes Lernen“ geben und die Diskussion über eine frühe und flexible Einschulung wird sich verstärken (vgl. ebd.).¹⁰

3.3 Entstehung und Entwicklung des Systems Frühförderung

Unter „System“ versteht man nach DUDEN (DUDENREDAKTION ⁴2001, 1554) ein „aus mehreren Teilen zusammengesetztes u. gegliedertes Ganzes“. Der Begriff wird in verschiedenen Wissenschaften, z.B. in der Naturwissenschaft (Physik, Biologie ...), der Sozialwissenschaft (soziales System) oder der Sprachwissenschaft verwendet. Bezogen auf Frühförderung ist er jedoch nicht technologisch gemeint. Vielmehr ist unter dem System Frühförderung ein Zusammenwirken verschiedener Teile zu verstehen, die das System Frühförderung selbst, die inter-/transdisziplinäre Beziehung seiner Teilsysteme, die Beziehung der verschiedenen Sys-

¹⁰ Damit kommen z.B. in Bayern verstärkt umfassendere Aufgaben auf die mobilen sonderpädagogischen Hilfen im Kindergarten zu (vgl. SCHUSTER 2002, 15). Um mögliche Konkurrenz zwischen mobilen sonderpädagogischen Hilfen im Kindergarten und Frühförderstellen, die sich auch auf Kindergärten beziehen, zu vermeiden, sind Zusammenarbeit und Koordination der mobilen sonderpädagogischen Hilfen, Kindergärten und Frühförderstellen wichtig und sinnvoll.

teme zum Kind und zu den Eltern und ihrer Familie sowie die politische Dimension der Sicherung und Verbesserung der Einrichtungen zur Frühförderung umfassen. Während der dreißigjährigen Entwicklung der Frühförderung in Deutschland konstituierten sich in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Systeme in recht verschiedenen Formen. Die Frühförderung „stellt ein komplexes System dar, das aus verschiedenen Einzelansätzen hervorgegangen ist und sich über die Reflexion der eigenen Erfahrung, über interfachlichen Austausch und über wissenschaftliche Untersuchungen entwickelt hat“ (SPECK 2001b, 271).

Damit die Komplexität und Dynamik des Systems Frühförderung in ihrer gegenwärtigen Situation verstanden werden kann, ist es daher erforderlich, auf die Entstehungsgeschichte und Diskussionsprozesse in dieser vergleichenden Arbeit näher einzugehen. Angesichts der Vielfalt des Spektrums der Frühförderung ist es hier allerdings unmöglich, allen Entwicklungslinien der relativ unterschiedlichen Konzepte für Frühförderung nachzugehen. Im Folgenden beschränkt sich die Betrachtung dieser Arbeit hauptsächlich auf zwei Entwicklungslinien bzw. Aspekte: auf den organisatorisch-strukturellen Aspekt einerseits und auf den inhaltlich-konzeptionellen Aspekt andererseits.

Diese Aspekte sollten hier von der Situation in der ehemaligen DDR abgegrenzt werden. Deren Früherziehung entwicklungsauffälliger und behinderter Kinder bezog sich hauptsächlich auf institutionelle Frühfördermaßnahmen des staatlichen Gesundheits- und Sozialwesens, die in Tages-, Wochenkrippen und Dauerheimen stattfanden. Eine Ausnahme bildeten konfessionelle Einrichtungen, die besonders schwerbehinderte Kinder und Jugendliche aufnahmen (vgl. BECKER 1992, 179; KOCH 1999, 76-80). Es gab also kaum Frühförderung in den Familien (Hausfrühförderung). Ursache dafür war in der DDR die Maxime der sozialistischen Gesellschaft, dass alle Leistungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens in der Verantwortung des Staates liegen (vgl. BECKER 1992, 179; KOCH 1998, 1999). Ein anderer möglicher Grund war, dass 91,2 % der weiblichen Bevölkerung berufstätig waren, daher war eine Frühförderung zu Hause nicht möglich (vgl. KOCH 1998, 71; 1999, 64/70; SOHNS 2000b, 244).¹¹

Im Folgenden soll die organisatorische Entwicklung – in erster Linie in der BRD – näher erläutert werden.

¹¹ Die Quote der berufstätigen Mütter in der ehemaligen DDR nach POSTMANN (1993, 113) war 81%.: ca. 70% der Mütter null- bis dreijähriger und 95% der vier- bis sechsjährigen Kinder (BARONJAN & KÖNIG 1993, 146 in SOHNS 2000b, 244).

Im Hinblick auf die konzeptionelle Entwicklung der Frühförderung wird sich die Arbeit ebenfalls hauptsächlich auf die BRD konzentrieren, die sich deutlich von den theoretischen Grundlagen der Marxschen Philosophie im ehemaligen „sozialistischen Staat“ DDR unterscheidet.

3.3.1 Entwicklungslinien des organisatorisch-strukturellen Ansatzes

Die Genese des institutionellen Systems Frühförderung ist durch eine Synthese verschiedener Teilansätze in unterschiedlicher Akzentuierung entstanden. Es lassen sich folgende Phasen in der BRD unterscheiden (vgl. SPECK 1989a, 13-17; THURMAIR 1998, 57-61; KOCH 1999, 87-94 SOHNS 2000b, 30-53; OHNESORGE 2001, 21-28; SPECK 2001b, 269-287; THURMAIR & NAGGL ²2003):

- Pionierphase,
- Phase der Konstitution professioneller Dienste,
- Phase interprofessioneller Kooperationssuche,
- Phase makrosystemischer Zentrierungsversuche,
- Phase nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten mit einer Weiterentwicklung interinstitutioneller Kooperations- und Vernetzungsversuche.

3.3.1.1 Pionierphase

Die Pionierphase ist gekennzeichnet als die Phase der Einzelinitiativen, in denen sich Fachleute verschiedenster Berufsgruppen engagierten. In dieser Phase gingen ihre Handlungsansätze in erster Linie vom eigenen und speziellen fachlichen Ansatz aus, wie dem medizinischen oder pädagogischen Bereich, dem auch das methodische Instrumentarium entnommen war.

In dieser Phase sprach man eigentlich nicht von „Frühförderung“. Im Wesentlichen war sie eine „Experimentierphase“ (KOCH 1999, 88) mit dem eigenen Ansatz der Fachleute als Erweiterung und Weiterentwicklung des bisher praktizierten beruflichen Feldes. Das Interesse richtete sich auf manifeste Behinderungsarten frühzeitig geschädigter Kinder, vor allem mit motorischer (zumeist zerebraler), sensorischer (auditiver, visueller) und intellektueller Schä-

digung. Ziel war es, Möglichkeiten für die Entwicklungshilfe bei frühgeschädigten Organismen zu geben. Die einzelnen und eher zufälligen Pionier-Initiativen gaben Impulse für verschiedene professionelle Systeme und förderten sie.

3.3.1.2 Phase der Konstitution professioneller Dienste

Die Phase der Konstitution professioneller Dienste stellt einen Versuch dar, „die einzelnen Pionierleistungen zu integrieren; sie als einen festen Bestandteil der eigenen professionellen Ansätze aufzubauen“ (ebd.). Es handelt sich um die Erschließung der speziellen Frühtherapie oder Früherziehung für die eigenen Berufsgruppen und das eigene professionelle System. Mit der Frühförderung konstituierte sich ein berufsgruppenbezogenes neues Arbeitsgebiet. Im Grunde genommen wurden diese entstehenden fachlichen Ansätze als Teileinheiten des jeweiligen fachlichen Systems gesehen, aber auch beansprucht, soweit andere Fachkompetenzen ihrerseits Interessen anmeldeten (vgl. ebd.).

In dieser Zeit gab es noch keine flächendeckend ausgebauten Organisationen, sondern vereinzelte Institutionen (Zentren, Beratungsstellen). Es entwickelten sich erste Ansätze der Frühförderung, als der Taubstummenlehrer und spätere Professor Armin LÖWE 1958 eine pädaudiologische Beratungsstelle in Heidelberg mit der Verwirklichung der frühen Hauspracherziehung für hörgeschädigte Kleinkinder eröffnete (eine vergleichbare Beratungsstelle gab es zu jener Zeit auf dem europäischen Festland nur noch in Kopenhagen) (vgl. LÖWE ²1996, 37). Auch gab es seit Mitte der 1960er Jahre pädagogische Konzepte und praktische Umsetzungen für geistig behinderte Kinder, aber die dominante und primäre Rolle spielte in dieser Phase eher der medizinische Bereich. Vielfältige therapeutische Angebote ergaben sich, wie z.B. die BOBATH-Therapie für zerebral gelähmte Kinder oder die Entwicklungstherapie für mehrfachbehinderte Kinder und Kinder mit unterschiedlichen Behinderungsarten im sozialpädiatrischen System. 1968 entstand das erste Sozialpädiatrische Zentrum in München (HELLBRÜGGE) und 1971 das Kinderneurologische Zentrum in Mainz (PECHSTEIN).

3.3.1.3 Phase interprofessioneller Kooperationssuche

Die Phase der interprofessionellen Kooperationssuche fällt zeitlich mit dem Erscheinen der Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ vom 12./13. Okt. 1973 zusammen. An-

lass für diese Empfehlungen waren „die Gutachten und Studien“, die im Auftrag der Bildungskommission erstellt wurden und den Beratungen als Materialien dienten. Die Beiträge wurden von Alfred SANDER („Die statistische Erfassung von Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland“), Otto SPECK („Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder“) und Gerhard KLEIN („Die Frühförderung potentiell lernbehinderter Kinder“) geleistet. Die Grundlage der Empfehlungen entsprang den neueren Erkenntnissen über die große Bedeutung früher Lernprozesse. In diesem Zusammenhang schien es dringend notwendig, der Früherkennung von Entwicklungsproblemen und der frühen Behandlung und Förderung der betroffenen Kinder verstärkt Aufmerksamkeit zu widmen. Diese Empfehlungen entstanden vor allem aufgrund der Mängel der damaligen gesellschaftlichen Situation, wie

- die distanzierende oder ablehnende Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber Behinderten,
- der lediglich karitative Charakter der Hilfe für Behinderte,
- der Mangel an Problembewusstsein gegenüber der Früherkennung,
- Mängel in den Ausbildungen der einschlägigen Berufe,
- Fehlen von institutionellen und organisatorischen Voraussetzungen für Früherkennung und Frühförderung,
- der Mangel an gesetzlichen Bestimmungen,
- die Unzulänglichkeit der Forschungsergebnisse

(vgl. THURMAIR 1998, 57; vgl. auch DEUTSCHER BILDUNGSRAT 1973, 44-47).

Die Bildungskommission forderte, „dass es notwendig ist, ein System der Früherkennung und Frühförderung aufzubauen, das medizinische, pädagogische und soziale Aktivitäten einschließt“ (DEUTSCHER BILDUNGSRAT 1973, 47). Seitdem spricht man von dem System der Frühförderung und dem Begriff der Frühförderung.

Als zentraler Bestandteil wurde darin neben „klinischen Einrichtungen“ die flächendeckende Errichtung von „Zentren für pädagogische Frühförderung“ in einem Einzugsbereich von etwa 200.000 Einwohnern pro Einrichtung empfohlen (vgl. DEUTSCHER BILDUNGSRAT 1973, 56; SOHNS 2000b, 32). Aus einer Prävalenz behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder von 6% kam eine Richtgröße für den Personaleinsatz zustande. Im Unterschied zu den Sozialpädiatrischen Zentren wurde besonderer Wert auf die mobile „Hausfrüherziehung“ als alternatives Angebot zur ambulanten Therapie gelegt (vgl. DEUTSCHER BILDUNGSRAT 1973, 54; THURMAIR 1998, 58). Infolge dieser Unterscheidung entwickelten sich Span-

nungsverhältnisse zwischen Medizinerinnen und Pädagogen und deren verschiedenen inhaltlichen und organisatorischen Konzepten.

Vor allem die Medizin beanspruchte primäre Zuständigkeit („Primat der Medizin“) (KOCH 1999, 89). Mitte der 70er Jahre beschloss beispielsweise der Deutsche Ärztetag folgende Resolution: „Im Gegensatz zu der vom Deutschen Bildungsrat empfohlenen Errichtung neuer Zentren mit pädagogischem Schwerpunkt empfiehlt der Deutsche Ärztetag die organisatorische Erweiterung bestehender medizinischer Einrichtungen“ (DER KINDERARZT 7, 1976, 846, zit. nach SOHNS 2000b, 36).

Hauptvertreter war Johannes PECHSTEIN, der sich für den Aufbau der Sozialpädiatrischen Zentren in der Entwicklung der Frühförderung engagierte. Die Konzeption der Sozialpädiatrischen Zentren erhielt auch die politische Unterstützung der Vertreterin des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, die am 22.05.1979 einen ausschließlichen Ausbau der Sozialpädiatrischen Zentren befürwortete (vgl. SOHNS 2000b, 41). 1979 gab PECHSTEIN daher bekannt, dass das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung als Ziel formuliert habe, in einem Zehnjahresplan 300 Sozialpädiatrische Zentren auf der Grundlage des „Münchener Sozialpädiatrischen Arbeitsmodells“ errichten zu wollen (vgl. ebd.). Diese Pläne wurden zwar nicht in vollem Umfang umgesetzt, aber die Auseinandersetzung zwischen Medizinerinnen und Pädagogen in der Frühförderung hielt bis in die 1980er Jahre an (vgl. ebd.).

Diese Kontroverse behinderte am Anfang den Aufbau der Frühförderinstitutionen in den meisten Ländern und verursachte große Unterschiede von Bundesland zu Bundesland. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern wurde in Bayern und Baden-Württemberg die Etablierung pädagogischer Frühförderstellen bzw. sonderpädagogischer Beratungszentren (überwiegend letzteres) durch Initiativen der Kultusministerien weit vorangetrieben. Eine gewisse Beruhigung der öffentlichen Diskussion trat jedoch 1989 durch das erste *Gesundheitsstrukturreformgesetz (GRG)* mit der „gesetzlichen“ Etablierung sowohl der wohnortnahen Frühförderstellen als auch der überregionalen Sozialpädiatrischen Zentren – als Ergänzung zu den Frühförderstellen – ein (vgl. SOHNS 2000b, 41). Heute besteht die Notwendigkeit beider Typen von Einrichtungen.

Trotz der Kontroversen und Konflikte war die Aufbauphase von einer wachsenden gegenseitigen Offenheit der verschiedenen Professionen geprägt. Diese Phase kann als „erste organisa-

torische Stabilisierungsphase“ bezeichnet werden (KOCH 1999, 89). Dennoch blieben in dieser Phase noch zahlreiche Fragen bezogen auf die Arbeitsmethoden und die Finanzierung ungeklärt.

3.3.1.4 Phase makrosystemischer Zentrierungsversuche

In der Phase makrosystemischer Zentrierungsversuche führten die schon immer vorhandenen Abhängigkeiten des Kleinsystems Frühförderung von den größeren sozialen Systemen der Behindertenhilfe aufgrund zahlreicher Ungeklärtheiten und Unzulänglichkeiten (vor allem bezüglich der Finanzierung) zu Spannungen und Belastungen. Daher wurden grundlegende Eingriffe „von oben“ vorgenommen (vgl. ebd., 94). Ihr Ziel war, das Kleinsystem Frühförderung administrativ handhabbar in die größeren Strukturen einzugliedern. Dabei spielten die Finanzierungsprobleme und zum Teil gewisse politische Trends und Interessen eine ausschlaggebende Rolle (vgl. ebd.).

Als es noch keine organisatorische Etablierung der Frühförderung gab, erfolgte die Finanzierung in der Bundesrepublik dennoch bereits auf der damaligen gesetzlichen Grundlage. Die Folge: Von Bundesland zu Bundesland ergab sich eine unterschiedliche Mischfinanzierung, die sich aus Pflichtleistungen der Krankenkassen und der Sozialhilfe einerseits und aus Beiträgen der Kultus- oder Sozialministerien andererseits zusammensetzte. Die Trägerverbände mussten sich deshalb jährlich neu um die Finanzierung bemühen. Das Problem resultierte nicht nur aus der komplizierten Kostenabrechnung, sondern auch aus der Neutralisierung der Zuschüsse durch die Kostenträger der Sozialhilfe und nicht zuletzt aus den Kürzungen der öffentlichen Mittel im sozialen Bereich.

Ein weiterer makrosystemischer Zentrierungsversuch war, die Frühförderung in größere, d.h. multiple Systemstrukturen einzugliedern, sie z.B. dem Aufsichtssystem der Schulverwaltung zu unterstellen oder sie zu einem integrierten Bestandteil der Jugendhilfe zu machen (vgl. KOCH 1999, 94). Diese Eingliederungstendenzen kristallisierten die Unsicherheit und Abhängigkeit des Kleinsystems Frühförderung heraus und führten auch zu Privatisierungstendenzen, z.B. der Niederlassung von Therapeuten.

3.3.1.5 Phase nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten mit einer Weiterentwicklung interinstitutioneller Kooperations- und Vernetzungsversuche

Nach der Wiedervereinigung stellte sich die spannende und entscheidende Frage, wie die Neukonstruktion der beiden unterschiedlichen Frühfördersysteme im Osten und im Westen aussehen sollte. Die neuen Bundesländer konstruierten ein eigenes System, das in einer Mischung aus der Übernahme bestehender Strukturen aus der DDR-Zeit und dem Neuaufbau von Organisationsstrukturen nach dem Vorbild der alten Bundesländer bestand (vgl. SOHNS 2000b, 219). Dies führte in einigen der neuen Bundesländer zu etlichen Konflikten, die teilweise immer noch nicht beigelegt sind. Um diese zu bewältigen, engagieren sich z.B. die Staaten Brandenburg und Thüringen durch konzeptionelle und finanzielle Unterstützung (vgl. THURMAIR 1998, 60f.).

Der organisatorische Aufbau des Systems Frühförderung hat sich heute im sozialpolitischen System der Bundesrepublik Deutschland fest etabliert und in unterschiedlichen Formen herausgebildet. Daraus ergab sich eine zunehmende Ausdifferenzierung und Erweiterung der fachlichen Angebote im medizinisch-therapeutischen und psychosozial-pädagogischen Bereich, die sich bedingt überlappen bzw. unkoordiniert in Konkurrenz befinden (vgl. WEISS 2000b, 191). Um eine Konkurrenz der verschiedenen Dienste zu vermeiden und eine sinnvolle Koordinierung sowie Kooperation zu erreichen, ist der regelmäßige Informations- und Erfahrungsaustausch durch Besprechungen und institutionsübergreifende Konferenzen auf regionaler bzw. lokaler Ebene erforderlich. Das In-Kraft-Treten des *Sozialgesetzbuches (SGB) IX* verursachte zwar auf der einen Seite Unklarheiten und Unsicherheiten bezüglich der Finanzierung (Kap. 3.8); es wurde in ihm aber auf der anderen Seite ein rechtlicher Anspruch darauf festgeschrieben, dass sich die unterschiedlichen Hilfesysteme im Sinne des Arbeitsprinzips der Vernetzung (Kap. 3.4.4.4) koordinieren und inhaltlich ergänzen (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 12/92).

3.3.2 Entwicklungslinien des inhaltlich-konzeptionellen Ansatzes

Vor den Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates (1973) hat die Bundesvereinigung der Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. schon die Initiative für die Etablierung der frühen Hilfen ergriffen. Unter großer Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit fand 1974 die 8. Studientagung zum Thema „Frühe Hilfen – Wirksamste Hilfen“ der Lebenshilfe statt, welche die

Notwendigkeit der „frühen Hilfen“ als interdisziplinäre Aufgabe zum Ausdruck brachte. Einstimmig betonten die beiden Hauptreferenten aus ärztlichen und pädagogischen Berufsgruppen die Bedeutsamkeit einer ärztlichen Diagnose nachdrücklich als Grundlage jeder pädagogischen Frühförderung und einer umfassenden Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (vgl. SOHNS 2000b, 42).

In der Folgezeit kam es in zahlreichen Konferenzen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu fachlichen Diskussionen über den organisatorischen Aufbau der Frühförderung. Entscheidend für die wesentliche Entwicklung des fachlichen Austausches war die Gründung des Fachverbandes „Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung“ am 14. Oktober 1983 mit einem eigenen öffentlichen Organ in Form der Zeitschrift „Frühförderung interdisziplinär“, die die früheren „Rundbriefe Frühförderung“ (aus Bayern) ablöste. Die Fachliteratur spiegelt die konzeptionelle Entwicklung der interdisziplinären Frühförderung wider.

Nach MÜHL (³2003, 251) sind zahlreiche Konzepte zur Frühförderung seit den „Empfehlungen zur Frühförderung geistig behinderter Kinder“ der Bundesvereinigung der Lebenshilfe von 1969 entwickelt worden. Das breite Spektrum fachlicher Konzepte kann nicht nach allen Seiten erörtert werden. Im Folgenden werden einige repräsentative Förderansätze erläutert, in denen der Wandel der inhaltlichen Sichtweisen und handlungsorientierten Vorstellungen erkennbar ist. Die Entwicklung der Arbeitsweise mit den Eltern wird hierbei mit einbezogen.

3.3.2.1 Das kindzentrierte Förderkonzept – das Laien- und Kotherapeutenmodell

Mit der Parole „Frühe Hilfen – Wirksamste Hilfen“ waren die ersten Ansätze der Frühförderhilfe optimistisch und stark von dem Glauben an die pädagogisch-therapeutische Beeinflussbarkeit der kindlichen Entwicklung geprägt. Daher konzipierte man funktionsgezielte Übungsbehandlungen und Förderprogramme, die, wie im medizinischen Modell (Frühtherapie), von den Defiziten des Kindes ausgingen und sich am Entwicklungsstand gleichaltriger Kinder orientierten. Ziel von Therapie und Förderung war es, unter Anwendung lerntheoretischer Prinzipien die Beeinträchtigungen und Defizite des Kindes zu verbessern bzw. abzubauen.

Bis in die 1960er Jahre wurde die Förderung einseitig isoliert von Fachleuten durchgeführt. Die Eltern wurden bei dieser Arbeitsweise als Laien betrachtet (Laienmodell) (SPECK ²1989,

13f.; ⁵2003, 452; TIETZE-FRITZ 1997, 49; WAGNER 1997, 5; PIXA-KETTNER 2001, 125). Später wurden die Eltern von den Fachleuten in das Lernziel mit eingeplant. In erster Linie wurden sie motiviert und angeleitet, als Ko-Therapeuten (Kotherapeutenmodell; SPECK ²1989, 14ff.; ⁵2003, 453f.; TIETZE-FRITZ 1997, 49; WAGNER 1997, 5; PIXA-KETTNER 2001, 125ff.) an der fachlichen Förderung teilzunehmen und eine kontinuierliche sowie intensive Umsetzung der Fördermethoden zu gewährleisten. Nach PIXA-KETTNER (vgl. 2001, 125) liegen die Anfänge dieses Modells schon in den 1960er Jahren, sein Höhepunkt in den 1970er Jahren mit der Popularisierung lerntheoretischer Erkenntnisse. Anstelle des Begriffs „Ko-Therapeuten“ verwendet PECHSTEIN den Begriff „Haupt-Therapeuten“ (SOHNS 2000b, 44).

Diese Form der Frühförderung – mit dem Kind und den Eltern gemeinsam – könnte etwas pointiert als „Reparaturmodell“ (WEISS 1999a, 132) bezeichnet werden, das von überzogenem Glauben an die Beeinflussbarkeit und Veränderbarkeit kindlicher Entwicklung durch differenzierte Fördertechniken getragen ist. Mit dem Gedanken des „Machbaren“ waren die Eltern großer Hoffnung, die Behinderung und Beeinträchtigung ihres Kindes durch die intensiven funktionsorientierten Therapien und durch ihre Mithilfe zu Hause beseitigen zu können (vgl. WEISS 2001b; BIEBER 2002, 42). Dieser Ansatz dominierte die Frühförderung bis in die frühen 1980er Jahre. Beispiele hierfür sind verfeinerte Diagnostikverfahren wie die Denver-Entwicklungsskalen (1970), das Sensomotorische Entwicklungsgitter von KIPHARD (¹¹2002) und die Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (HELLBRÜGGE et al. ⁶1999) (vgl. HENSLE ⁵1994, 271-274). Dazu kamen mannigfaltige Angebote von funktionsbezogenen Therapien (propagiert wie z.B. von PECHSTEIN, SCHAMBERGER in den 1970er Jahren) und programmierten Fördersequenzen (z.B. OHLMEIER ²1994) bis hin zu der Kombination von Förderprogrammen mit diagnostischen Verfahren (z.B. STRASSMEIER ⁵2002).

3.3.2.2 Paradigmawechsel bzw. Paradigamakonkurrenz

Dieser normorientierte und strukturierte Förderansatz erbrachte zwar anfangs ermutigende Teilerfolge, aber mit der Zeit stieß er immer mehr an seine Grenzen und auf Widerstände bei Eltern und Kindern. In Bezug auf das Kind wirkten die erhofften Interventionserfolge bei manchen behinderten Kindern trotz intensiver Therapie und Förderung nicht und der Abstand zur Normalentwicklung konnte nicht verringert werden (vgl. SOHNS 2000b, 44). Einige Kin-

der leisteten gegen eine einseitig defizitorientierte und funktionalistische Förderung durch Verhaltensprobleme Widerstand (vgl. WEISS 1999a, 128). Manche Eltern lehnten das Kotherapeutenmodell ab und gingen mit ihren negativen Erfahrungen, wie z.B. Förderdruck (evtl. mit körperlichen und seelischen Erschöpfungen und Enttäuschungen) und Konflikten zwischen Eltern- und Therapeutenrolle, an die Öffentlichkeit (wie z.B. HOLTHAUS ²1989, 21-24). Bis heute empfinden auch Eltern, im Besonderen die Mütter, die frühe Therapie und Förderung als „frühe Überforderung“ (z.B. von Iris OSSWALD 2000; vgl. auch WEISS 2001b).

Die Abkehr von der unreflektierten Therapeutenrolle der Eltern führte zu neuen Vorschlägen in Bezug auf die Elternarbeit. Als Ablösung vom Kotherapeutenmodell wurde ein „Kooperationsmodell“ (SPECK ²1989, 16ff.; vgl. auch ebd. ⁵2003, 456; TIETZE-FRITZ 1997, 49f.; WAGNER 1997, 5; PIXA-KETTNER 2001, 127) vorgeschlagen. Es zeichnet sich dadurch aus, dass alle Beteiligten anhand ihrer spezifischen Kompetenzen partnerschaftlich zusammenarbeiten und zur Förderung des Kindes beitragen sollen.

Diese Neuansätze erregten die Aufmerksamkeit weiterer Fachleute und führten seit den 1980er Jahren zu einem Umdenken und zu neuen Handlungskonzepten. Zur kritischen Reflexion über die unbefriedigende Praxis und die nicht tragfähigen Konzeptionen fand 1983 ein Symposium über „Ganzheitlichkeit und Methoden in der Frühförderung“ in München statt. Gegenstände der Diskussion waren die Berücksichtigung der Ganzheitlichkeit und der Kompetenz des Kindes, die Einbeziehung des Spiels und die aktive Auseinandersetzung des wachsenden Menschen mit seiner Umwelt.

Diese konzeptionelle Veränderung und Neuorientierung bezeichnet SCHLACK (1989) später als einen „Paradigmawechsel“ in der Frühförderung. WEISS (1993, 25) hält dagegen eher den Begriff „Paradigmakonkurrenz“ für angemessen, denn: „Neben Akzentverschiebungen und Neuorientierungen bestehen Tendenzen einer ‚technokratisch‘-funktionalistischen Einflussnahme fort, oft nur in subtilerer und unterschwelliger Form. Darüber hinaus dürfte auch das neue Verständnis von Frühförderung nicht frei von Problemen und Gefahrenmomenten sein [...]“.

Einige aktuelle und alternative Förderansätze, deren Konzeptionen in vielen Orten umgesetzt wurden, werden im Folgenden geschildert.

3.3.2.3 Das interaktions- und beziehungs-fokussierte Förderkonzept

Im Gegensatz zur unmittelbaren Kindförderung und zu den Spannungsverhältnissen zwischen Fachleuten und Eltern durch die von außen festgelegten Förderprogramme wurden Ansätze konzipiert, die sich auf die Interaktion zwischen Hauptbezugsperson und Kind konzentrieren. Ziele der Förderung sind nach WEISS (vgl. 1999a, 128f.) die Differenzierung und Erweiterung des Interaktionsgeschehens zwischen Eltern und Kind sowie die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse, Wahrnehmungs- und Erlebnisweisen beider Interaktionspartner.

Zu den bekanntesten Konzepten zählt das der „intuitiven elterlichen Früherziehung“ von PAPOUŠEK & PAPOUŠEK (³1999a; ³1999b; vgl. PAPOUŠEK ³1999) bzw. der „elterlichen Didaktik in der vorsprachlichen Kommunikation“ von PAPOUŠEK (2001, 31), das die Eltern ohne fachliche Anleitung unter optimalen Bedingungen selbst durchführen können. Auch SARIMSKI (2000a, 308; vgl. KÜHL 2002, 6ff.; WEISS 2002, 80; KRAUSE 2003, 36) betont die Interaktionsprozesse zwischen Eltern (vor allem der Mutter) und Kind, deren Qualität besonders für den Verlauf der kindlichen Entwicklung von Bedeutung ist. Die Möglichkeit einer videogestützten interaktionsorientierten Eltern-Kind-Beratung und -Psychotherapie im Säuglings- bzw. Kleinkinderalter (z.B. im Münchner Modell in PAPOUŠEK 1998; vgl. auch SARIMSKI 2000b, 273) wird als präventive und kurative Frühintervention angesehen (vgl. BODE 2002, 94).

Auf der personzentrierten und bindungstheoretischen Grundlage erstellte H. BÖLLING-BECHINGER (1998) ihr Konzept zur Durchführung pädagogisch-psychologischer Frühförderung, das am Sonderpädagogischen Beratungszentrum Heidelberg praktiziert wird. Nach ihrer Überzeugung kann das Kind erst frei und aktiv für das Spielen sein, wenn die Bindungsproblematik zwischen Mutter und Kind gelöst ist.

3.3.2.4 Das personorientierte Förderkonzept, basierend auf den Leitgedanken von Eigenaktivität, Selbstgestaltung und Selbstkompetenz im alltäglichen Leben

Bei diesem Förderkonzept sind mit der Abwendung von der Defizitorientierung heute „Autonomie“ und „Kompetenzförderung“ von Kindern und Eltern die Leitideen der Frühförderung (vgl. SOHNS 2000b, 49). Die chilenischen Biologen MATUREANA und VARELA beschreiben diesen Prozess mit dem Begriff „Autopoiese“ (=Selbstgestaltung) (vgl. LEYENDECKER

1998, 8). Das Kind wird wie jedes lebende System als Prozess betrachtet, der sich selbst verwirklicht. Seine Entwicklung ist nicht allein als Reifung oder Selektion erfolgreicher Verhaltensweisen zu interpretieren, sondern als „ein natürliches Driften“ (ebd.). Das Kind ist in diesem Prozess ein kompetenter Gestalter seiner Entwicklungswelt. Nach DORNES (¹⁰2001) bringt sich sogar ein Neugeborenes als ein kompetenter Säugling schon aktiv in die Interaktion ein und ist ein Mensch mit differenzierten Kompetenzen.

Karlheinz JETTER (vgl. 1995b) geht von der Sicht der „Kooperativen Pädagogik“ aus, die wesentlich auf der Entwicklungstheorie von PIAGET basiert und Kinder von Anbeginn ihrer Entwicklung als „autonome Subjekte“ betont (vgl. auch WEISS 1999a, 129). Er ist davon überzeugt, dass „die grundlegenden Erfahrungen des Säuglings in seinem gelebten Alltag gemacht werden; im Alltag der Familie haben sie ihre Bedeutung, hier erfährt das Kind ihren Wert, hier konstruiert es ihren Sinn und konstituiert zugleich seine Identität. Der Alltag fordert und fördert die autonomen Handlungen des Kindes und bildet die umfassende Lebenswelt, in der Interaktion und Kooperation mit den Bezugspersonen gelingen können [...]“ (JETTER 1995b, 105; vgl. auch ebd. 1995a).

Die Reutlinger Projektgruppe (KAUTTER et al. ⁴1998) entwickelte in der Frühförderung ebenfalls eine veränderte anthropologische Sichtweise des Kindes: „Das Kind als Akteur seiner Entwicklung“. Ihre Konzeption beruht auf der Grundlage von BOWLBY, PIAGET, MONTESSORI und WINNICOTT. Die Entwicklungsdefizite spielen keine entscheidende Rolle, stattdessen sollte die Entwicklung des Kindes zu einem bestimmten Zeitpunkt anerkannt und dessen Eigentätigkeit und Selbstgestaltung angeregt werden. Im Gegensatz zu den festgelegten und sequenziellen spielerischen Übungsaufgaben bzw. Förderprogrammen bezeichnet vor allem KLEIN (1996, 2000, 2002) die Frühförderung als „Spielförderung“ und zeigt auf, wie im täglichen Leben Spiel und Förderung geschehen könnten.

Nach SCHLACK (2000, 36) sind Eigenaktivität und Eigenmotivation des Kindes nicht nur für das subjektive Wohlbefinden, sondern auch für die funktionelle Weiterentwicklung von großer Bedeutung. Auch auf europäischer Ebene wurde großer Wert auf diese Leitgedanken der Autonomie und Kompetenz gelegt. Sie werden als entscheidende Faktoren für den Fördererfolg betrachtet. Dementsprechend wird dies im Abschlussbericht „Frühförderung“ des von der Europäischen Kommission unterstützten Projektes HELIOS II dargestellt: „[...] In fast allen Förder- und Erziehungsansätzen wird die Unterstützung der Eigenaktivität des Kindes und

seiner individuellen Bedürfnisse als ausschlaggebend für den Fördererfolg angesehen. Aus dieser Sicht ist das ‚Wohlbefinden‘ des Kindes als oberstes Förderziel anzusehen [...]“ (PETERANDER & DA GAMA NOGUEIRA 1996, 71).

Aber wie kann die Frühförderung konkret an den Bedürfnissen bzw. der Innenperspektive des Kindes ausgerichtet werden? Auf dem Münchener Symposium Frühförderung 1998 „Kind sein und behindert“ beschrieb PETERANDER (in OHNESORGE 2001, 24) die Voraussetzungen einer an den Bedürfnissen des Kindes orientierten Frühförderung:

- Orientierung an den Handlungen des Kindes;
- Sorge für das kindliche Wohlbefinden;
- Förderung der kindlichen Aufmerksamkeit und Motivation;
- Unterstützung von Eigeninitiative und Selbstständigkeit;
- Stärkung des kindlichen Selbstvertrauens;
- Beachtung der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung;
- Initiierung und Unterstützung sinnvoller Handlungen des Kindes.

3.3.2.5 Ökologisch-systemische Förderansätze – das Kooperationsmodell und seine Weiterentwicklung zum „Handlungsmodell“ und zum „Empowerment-Konzept“¹²

Um die direkten Eingriffe der Kindförderung und die isolierte Fokussierung der Mutter-Kind-Beziehung zu überwinden, wurde in den 1970er Jahren dem familiensystemischen Ansatz (MINUCHIN 1974 in PETERANDER 2003, 27) und dem ökologischen Entwicklungsmodell (BRONFENBRENNER 1981) große Aufmerksamkeit gewidmet, wobei Letzterem eine größere Bedeutung zukommt.

Die Leitgedanken von BRONFENBRENNER sind verbunden mit der veränderten Sichtweise des Kindes, dessen Entwicklung nicht allein von internen (ererbten, organischen) oder externen (umweltbedingten) Faktoren bestimmt wird, sondern aus den Wechselwirkungen beider hervorgeht. Das Kind ist selbst ein autonomes System, das in permanenten Wechselbeziehungen mit anderen Systemen steht. Wichtig ist, nicht ausschließlich das Individuum zu betrachten, sondern die Beziehung des Individuums zur Umwelt und zu allen Systemen, an

¹²Nach TIETZE-FRITZ (1997, 53) kommt die Idee eines Empowerment-Konzeptes aus der amerikanischen Gemeindepsychiatrie und wendet sich gegen einen Ansatz, der behindert genannte Menschen nur aus der „Bedürftigkeits-Perspektive“ sieht und ihre vorhandenen Kompetenzen übersieht (to empower: [sich] ermächtigen, [sich] befähigen).

denen ein Kind teilnimmt, mit zu berücksichtigen. Für diese direkt und indirekt wirkenden Systeme (Familie, Nachbarschaft, Freunde, Schule, Gesellschaft) führt BRONFENBRENNER (1981) bezogen auf die Entwicklung des Kindes folgende wissenschaftliche Terminologie ein: „Mikrosysteme“, „Mesosysteme“, „Exosysteme“, und „Makrosysteme“.¹³

In Deutschland stellt Otto SPECK 1988 den ökologischen Ansatz in seinem Buch „System Heilpädagogik“ auf eine wissenschaftstheoretische Grundlage und überträgt ihn auf die Frühförderung. Im Besonderen rückt SPECK (⁵2003) das autonome System Kind in den Vordergrund seines entwicklungsökologischen Modells. Die Umwelt gilt erst in zweiter Linie als Entwicklungsanregung. Direkte Eingriffe in die Entwicklung würden die Autonomie des Kindes behindern. Deshalb soll man von „Förderung von Entwicklungsbedingungen“ ausgehen (SPECK 1989a, 20; vgl. auch HEIMLICH ²2002a, 90).

Bei der ökologisch-systemischen Betrachtungsweise wird die Frühförderung nicht einseitig auf das Kind fixiert, sondern das gesamte soziale Umfeld wird mit einbezogen. Frühförderung, Familie und deren Lebenswelten werden als soziale Systeme in ihrer interdependenten Autonomie und gegenseitigen Abstimmung angesehen, die auf der Basis gemeinsamer Interessen miteinander kooperieren (vgl. SPECK 1996a, 18; ⁵2003, 476ff.). Diese ökologisch-systemische Sichtweise und Handlungsorientierung reflektieren rückblickend auch den Wandel der Funktion der Eltern: Aus dem Laien-/Kotherapeutenmodell bei ausschließlicher Kinderförderung ergeben sich neue Überlegungen für das Kooperationsmodell.

In der Frühförderung ist derzeit der Begriff „Elternpartizipation“ im allgemeinen Gebrauch; er umfasst „die impliziten Konnotationen“ der Elternarbeit, -bildung und -beratung, in der die Beteiligung der Eltern im Frühförderprozess in den Mittelpunkt der Betrachtungen rückt (RITTERFELD 2001, 132). In der Wissenschaft wie in der Praxis der Frühförderung ist man davon überzeugt, dass eine gute partnerschaftliche Kooperation zwischen Eltern und Fachleuten bei der Frühförderung effektiver ist. Inwieweit lässt sich aber das Konzept „Partnerschaft-

¹³ Er definiert Mikrosystem als „ein Muster von Tätigkeiten und Aktivitäten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen, die die in Entwicklung begriffene Person in einem gegebenen Lebensbereich mit den ihm eigentümlichen physischen und materiellen Merkmalen erlebt“ (38). Mesosystem umfasst „die Wechselbeziehungen zwischen den Lebensbereichen, an denen die sich entwickelnde Person aktiv beteiligt ist“ (41). Exosystem gilt als ein Lebensbereich oder mehrere Lebensbereiche, „an denen die sich entwickelnde Person nicht selbst beteiligt ist, in denen aber Ereignisse stattfinden, die beeinflussen, was in ihrem Lebensbereich geschieht oder die davon beeinflusst werden“ (42). Makrosystem „bezieht sich auf die grundsätzliche formale und inhaltliche Ähnlichkeit der Systeme niedrigerer Ordnung (Mikro-, Meso- und Exo-), die in der Subkultur oder der ganzen Kultur bestehen oder bestehen könnten, einschließlich der ihnen zugrunde liegenden Weltanschauungen und Ideologien“ (42).

lichkeit“ für die Mitarbeiter der Frühförderstellen handlungsorientiert umsetzen? In Wirklichkeit scheint ein partnerschaftliches „Haltungsmodell“ das Arbeitsverhältnis zwischen Fachleuten und Eltern doch treffender zu beschreiben als ein konkretes „Handlungsmodell“ (vgl. PRETIS 1998). VEITH-DÖRING (vgl. 2001, 85) stellt fest, dass das partnerschaftliche Modell, obwohl es in der fachlichen Diskussion normative Wirkung entfaltet, sich dennoch in der Praxis offenbar nur eingeschränkt umsetzen lässt. Diesbezüglich wiesen die Ergebnisse der Elternbefragung von CHATELANAT et al. (in CHATELANAT 2002) auch auf die paradoxe Situation zwischen Theorie und Praxis hin. Einerseits würden die meisten Eltern solche partnerschaftlichen Formen des Umgangs miteinander begrüßen und aktiv am Frühförderprozess der Diagnostik, Planung und Ausführung der Therapie und Förderung des Kindes teilnehmen und mitentscheiden wollen. Andererseits haben sich die Fachleute in der Praxis aber noch nicht ausreichend auf diese Art des Kooperierens und des Mitbestimmens der Eltern eingestellt und die Eltern scheinen sehr wenige Möglichkeiten zur Vorbereitung auf gemeinsame Gespräche zu erhalten (vgl. CHATELANAT 2002, 116).

Um dies zu überwinden versucht PRETIS (1998, 14f.) mit 13 konkreten, operationalisierbaren Handlungsanweisungen den Begriff Partnerschaftlichkeit im Sinne eines interaktiven Prozesses zwischen Fachleuten und Eltern in ein Handlungsmodell zu überführen (vgl. auch OHNE-SORGE 2001, 24; PIXA-KETTNER 2001, 127). Die Umsetzbarkeit dieses Modells ist von Einzelpersonen und ihren Vorstellungen abhängig. Es ist vor allem wichtig, dass Eltern und Fachleute den Frühförderprozess soweit wie möglich gemeinsam diskutieren und überprüfen.

Im partnerschaftlichen Handlungsmodell wird vor allem das Empowerment-Konzept betont (z.B. WEISS 1999a; THEUNISSEN & PLAUTE 2002; SPECK ⁵2003, 480; THURMAIR & NAGGL ²2003, 31; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 120/150). Dabei werden statt der therapeutischen Bevormundung der Eltern ihre Stärken und Fähigkeiten im sozialen System Familie akzeptiert und geschätzt. Ziele sind „Selbstbestimmung, kollaborative und demokratische Partizipation“ (THEUNISSEN & PLAUTE 2002, 43). In der Frühförderung spricht man daher von Elternkompetenzen. Entsprechende Untersuchungen liegen dazu vor. Zu nennen ist die Forschungsarbeit von ZIEMEN (vgl. 2003, 36), deren Analyse ergab, dass Eltern unterschiedliche Strategien zur Lösung ihrer Probleme und zur Stabilisierung ihrer familiären Strukturen wählen.

Allerdings ist eine solche Elternkompetenz nicht selbstverständlich. Es gibt viele Eltern mit frühförderbedürftigen Kindern, die zunächst über die spezifischen Entwicklungsbedürfnisse ihrer Kinder sowie über adäquate Techniken und Materialien für ihre Förderung unter Berücksichtigung der kindlichen Stärken, Schwächen und der individuellen Bedürfnisse informiert werden müssen (vgl. BODE 2002, 92f.). An dieser Stelle kann man SARIMSKI (vgl. 2000a; 2000b; vgl. auch BODE 2002, 93) zustimmen, der darauf hinweist, dass Eltern in der Frühförderung auch Unterstützung brauchen, um Verhalten, Spiel, Kommunikations- und Konzentrationsfähigkeit des Kindes richtig beobachten und adäquat auf die Initiativen des Kindes reagieren zu können.

Insgesamt bestätigte die überwiegende Mehrzahl der befragten Eltern den Wert der Frühförderungsarbeit und die Zusammenarbeit mit den Fachleuten (vgl. PETERANDER & SPECK 1994, 117; SPECK ⁵2003, 463). Eurlyaïd (Europäisches Netzwerk in Frühförderung) stellte sich in den Jahren 1996/97 der Herausforderung, „das Zufriedenheitskonzept zu operationalisieren und eine standardisierte Skala zur Messung der Zufriedenheit der Eltern mit der Frühförderung zu konstruieren“ (LANNERS 2002, 123). Die Konstruktion der Skala orientiert sich am Konzept der partizipatorischen Forschung, wobei die Skala in enger Zusammenarbeit zwischen allen Eltern, Frühförderern und Forschern, die bei Eurlyaïd teilgenommen haben, ausgearbeitet wurde. Dabei wird die Zufriedenheit als „Korrespondenz zwischen den persönlichen Erwartungen und den realen Gegebenheiten“ definiert (ebd., 124). Nach den bisherigen Resultaten des Projekts zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Eltern bezüglich der verschiedenen Dimensionen der frühen Hilfen anhand einer Skala gemessen werden kann, wobei eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Frühförderung festgestellt werden konnte (vgl. ebd., 127f.). Eine hohe Übereinstimmung bezüglich der Ziele der Frühförderung zwischen Eltern und den professionellen Mitarbeitern der Frühförderung lässt sich nach SPECK (1996a, 21; vgl. auch ebd. ⁵2003, 480) nur dann erreichen, wenn „das Leitprinzip einer offenen Zusammenarbeit mit den Eltern im Sinne einer Ko-Konstruktion von Wirklichkeit weithin verwirklicht wird“.

3.3.2.6 Das integrative Konzept

In der Frühförderung galt und gilt die Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in ihr soziales Umfeld und in die Gesellschaft als wichtiges Ziel. Jedoch ist diese Integration nicht selbstverständlich. Es bestehen oft Spannungen zwischen Integration und Des-

integration des Kindes und dessen Lebenswelten. Im Kontext der Frühförderung analysiert WEISS (vgl. 1998, 30f.) integrative und desintegrative Prozesse bei behinderten Kindern und ihren Familien, auf die er das Mehrebenenmodell integrativer Prozesse der Frankfurter Forschungsgruppe um Helmut REISER überträgt. Mit Hilfe des Mehrebenenmodells werden die Einflüsse der Frühförderung in ihren dynamischen und vielschichtigen Integrations- und Desintegrationsprozessen bei behinderten Kindern und ihren Familien auf vier Ebenen herausgestellt: auf der innerpsychischen, der interaktionalen, der institutionellen und der gesellschaftlich-normativen (Abbildung 1).

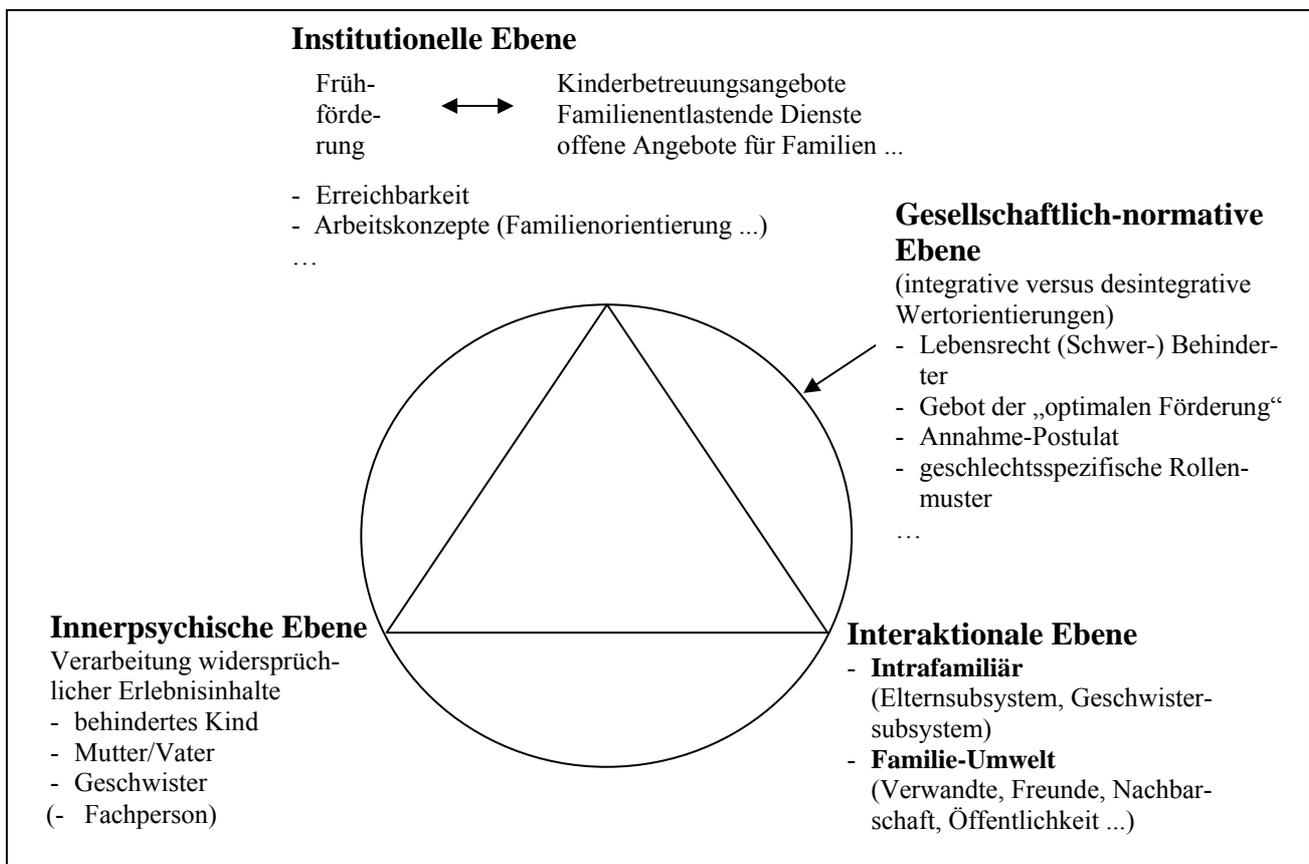


Abbildung 1: Mehrebenenmodell integrativer Prozesse im Kontext der Frühförderung (nach WEISS 1998, 31).

Die zentrale Frage ist hier, wie der Desintegration zugunsten der Integration von Familien in das soziale Umfeld entgegengewirkt werden kann. WEISS (vgl. 1998, 41f.) schreibt einer sozialökologischen Sichtweise folgend informellen Unterstützungssystemen und einer damit verbundenen Netzwerkförderung (erweiterte Familien einschließlich Großeltern und Verwandte, Nachbarn, Freunde) große Bedeutung zu (vgl. Kap. 3.4.4.4). Dementsprechend gibt

es Untersuchungen, die den hohen Stellenwert der sozialen Unterstützung und der Förderung sozialer Netzwerke für den Anpassungs- und Bewältigungsprozess von Familien mit behinderten Kindern auch in der Frühförderung bestätigen (vgl. HINTERMAIR 2001).

3.3.3 Von der Konzeptvielfalt zur Konzept- und Durchführungsqualität – Diskussion neuer Konzepte

Das Spektrum der Konzeptionen in der Frühförderung – von von außen programmierter Kindförderung bis zu selbstbestimmter Autonomieentwicklung (strukturiert vs. offen, fachorientiert vs. personorientiert bzw. funktionsorientiert vs. ganzheitlich) – kann man auf den Leitprinzipienstreit von „Lenkung oder Entfaltung“ (ROUSSEAU 1762) und „Führen oder Lassen“ (Theodor LITT 1927) im erzieherischen und pädagogischen Handlungsumfeld zurückführen (vgl. LEYENDECKER 1998, 4f.). Wie sich in der konzeptionellen Entwicklung in der Frühförderung zeigt, ergibt sich kein direktes und abgeschlossenes Einheitskonzept. Vielmehr stellt sich eine Konzeptvielfalt dar, die über „Paradigmawechsel“ oder „Paradigmakonkurrenz“ hinaus eher die aktuelle Situation der Frühförderung widerspiegeln kann (vgl. Kap. 3.3.2.2).

Gerade in den letzten Jahren stehen bei der Suche nach neuen Konzepten und Methoden die Qualitätsförderung und -sicherung im Mittelpunkt, wobei mit der Veränderung des § 93 *BSHG* (jetzt: § 75 Abs. 3 *SGB XII*) die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung notwendig wird. So wurden beispielsweise Begriffe eingeführt, die bislang vornehmlich der Sprache der Betriebswirtschaft bzw. des Produktionsbereichs vorbehalten waren, z.B. „Nachfrage“, „Effizienz“, „Evaluation“, „Kundenorientierung“, „Servicequalität“, „Qualitätsmanagement“ und „Qualitätsstandards“ (vgl. WAGNER 1997, 8; WAGNER-STOLP 1999, 31; PRETIS 2001, 7).

In fachlichen Kreisen wurden und werden vielfältige und kontroverse Qualitätsdiskussionen geführt. Vor allem die Qualität der sozialen Arbeit steht mit den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit und der Konkurrenz in einem Spannungsverhältnis. Statt von Rentabilitätsgesichtspunkten geht WAGNER (1997, 8f.) von einer positiven Perspektive des Kundenmodells aus: „Nicht der Ausverkauf von Idealen und Werten schwingt bei der Verwendung des Kundenbegriffs mit, sondern eine neue Philosophie, eine neue Denkweise der Leistungserbringung.“

Die Entstehung einer solchen neuen „Philosophie“ verursacht jedoch sozialwissenschaftlich Skepsis, da sie stark ökonomisch bestimmt ist (vgl. SPECK ²2004, 18). Zu beachten ist, dass in der sozialen Arbeit nicht der wirtschaftliche Interessenausgleich zwischen Kunden/Anbieter in den Vordergrund gerückt wird, sondern der Mensch. Die sozialen Dienstleistungen sind „in hohem Maße von zwischenmenschlicher Kommunikation und emotionalen Einflüssen geprägt“, daher ist dabei „die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Kunden entscheidend“ (WAGNER-STOLP 1999, 32). Daraus kann wiederum eine Sicherung der Vertrauensbasis zwischen Eltern und Fachleuten im Frühförderprozess resultieren.

Die Diskussion um Qualitätssicherung hat für das System Frühförderung folgende Konsequenzen (vgl. WAGNER-STOLP 1999, 32; WEISS 2001a, 7/16; ²2004, 152; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 128):

- Qualitätsstandards müssen formuliert und Kriterien einer qualitätsvollen Förderung genauer bestimmt sowie fortentwickelt werden.
- Diese müssen systematisch an sich ändernde Erfordernisse angepasst und gegenüber den Kostenträgern bezüglich der Ökonomisierung von Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Sparmaßnahmen der öffentlichen Hand transparenter gemacht werden.

Es besteht sowohl die Tendenz als auch die Notwendigkeit zur Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit. Auch im medizinisch-therapeutischen System ist die qualifizierte Weiterentwicklung als richtungsweisend zu sehen, wobei die klinische Wirksamkeit mit ökonomischen Gesichtspunkten zu verknüpfen ist (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 32f.).

Sowohl aufgrund der Notwendigkeit von Leistungsbeschreibungen eigener Angebote und Qualität als auch zur Entlastung wird an verschiedenen Stellen in Deutschland mit sog. „Qualitätsbüchern“ gearbeitet (z.B. HARZER, KOTTMANN & SCHILLMAIER 2000; ausführlichere Angaben siehe z.B. LEYENDECKER & HORSTMANN 2000). Diese Qualitätsmanagementmodelle dienen auch als Instrument der dienstinternen Selbstevaluation (z.B. Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität¹⁴ über die eingesetzten personellen, zeitlichen und mate-

¹⁴ Nach SCHÄDLER (1999, 16) versteht man unter Strukturqualität „die einem Leistungsbringer konstant zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen wie Personal, Ausstattung, Aufbauorganisation, Bedingungen des Hilfesystems, Finanzierung. Prozessqualität umfasst Art, Inhalt und Umfang aller im Rahmen der vereinbarten Dienstleistung für den Klienten erbrachten Tätigkeiten. Ergebnisqualität ist die Summe der erbrachten Leistungen und ihre Wirkungen auf den Klienten“.

riellen Ressourcen) (vgl. WEISS 1999b, 2001a; ²2004 GIERING 2000; HÜLSKEN 2000; RIEMANN 2001; PRETIS 2001, 2002).

Große Aufmerksamkeit erregte außerdem das „Münchener Analyse- und Lernsystem“ (MAL) im Rahmen der Münchener Forschungsinitiativen zur „Systemanalyse Frühförderung“. Es handelt sich dabei um ein mit Hilfe neuer Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK-Technologien) autodidaktisch zu erlernendes System (PETERANDER 1996b, 1996c, 2000a, 2002, 2003, ²2004). Mittlerweile sind durch das Autorenprogramm MAL „computer-gestützte Programme zur Eingangsdiagnostik, zur förderzentrierten Spielbeobachtung, zur Verlaufsbeobachtung, Auswertung von Testverfahren, Erstellung von Befundberichten und Gutachten und zur Dokumentation und Evaluation in der Frühförderung entwickelt und evaluiert [...]“ (ebd. 2003, 32).

Insgesamt konzentrierten sich diese Qualitätskonzepte und -handbücher auf zwei Absichten: einmal als Hilfe für die Praxis „nach innen“ (zur Überprüfung, Sicherung und Entwicklung der Qualität der eigenen Arbeit) und zweitens als eine Handreichung für die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung „nach draußen“ (LEYENDECKER & WACKER 2000, 315). Aus den fachlichen Diskussionen und den bisherigen Erfahrungen geht ohne Zweifel hervor, dass trotz der Vielfalt der inhaltlichen und organisatorischen Konzepte und der Suche nach neuen Konzeptionen sowie Methoden eine Übereinstimmung der Arbeitsprinzipien im Versorgungssystem Frühförderung gegeben ist: Interdisziplinarität, Ganzheitlichkeit, Familienorientierung und Vernetzung (Kap. 3.4.4).

3.4 Begriff der Frühförderung, Personenkreis, Ziele und Arbeitsprinzipien

3.4.1 Abgrenzung des Begriffs zu anderen Terminologien und Zusammenhang mit der Wandlung des Begriffs Behinderung

3.4.1.1 Abgrenzungsversuche

Der Begriff „Frühförderung“ ist erst im Jahre 1973 durch die Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ zum übergeordneten Begriff der frühen Hilfen in der BRD gewor-

den. Für die frühe Erziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder gibt es neben dem Begriff „Frühförderung“ auch andere Termini, z.B. „Früherziehung“, „heilpädagogische Früherziehung“, „Entwicklungsrehabilitation“, „Frühtherapie“, „Vorschulheilpädagogik“, „rehabilitative Früherziehung“, „frühe Hilfen“, „Entwicklungshilfe“, „mobile sonderpädagogische Hilfe“.

Früherziehung bedeutet i.d.R. die Erziehung des Kindes von der Geburt bis zum Schuleintritt. „Damit umfasst dieser Begriff alle pädagogischen, didaktischen und methodischen notwendigen Maßnahmen, um die grundlegenden humanen Kompetenzen wie Sprache und Intelligenz, Motorik und Wahrnehmung, Emotionalität und Sozialität sowie die dementsprechenden angeborenen und aktiven Lernfähigkeiten in ihrer Entwicklung anzuregen, zu lenken und soweit wie möglich zu optimieren“ (SCHMUTZLER ³2000, 108).

Es gibt vornehmlich drei Aspekte der Früherziehung, die sich von der Frühförderung unterscheiden:

- Während die Frühförderung ausschließlich als ein Teilgebiet der Sonder- und Heilpädagogik angesehen wird, findet die Früherziehung nicht nur im Rahmen der Sonder- und Heilpädagogik, sondern auch im allgemeinen Erziehungs- und Bildungswesen statt.
- Während die Frühförderung auch andere professionelle Berufsgruppen einbezieht, ist die Früherziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder primär eindeutig ein (sonder-) pädagogisches Arbeitsgebiet, dessen Schwerpunkte in erster Linie in der Erziehung und Entwicklungsförderung des Kindes liegen.
- Während in der Frühförderung Eltern mit einbezogen und als Adressaten bezeichnet werden, wäre es in der Früherziehung etwas seltsam, wenn die Eltern als Adressaten der Früherziehung bezeichnet würden
(vgl. DUPUIS & KERKHOFF 1992, 226).

Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff „Frühförderung“ nicht überall verwendet. Anders als in Deutschland wird in der Schweiz die **heilpädagogische Früherziehung (Früherziehung)** als Oberbegriff für Aufgaben wie Frühdiagnostik, Frühförderung und Frühberatung verstanden (vgl. BURGNER WOEFFRAY & JENNY-FUCHS 1995, 282; GROND 1995). Die heilpädagogische Früherziehung in der Schweiz stützt sich auf ein eigenes Berufsbild mit ausformulierten Ausbildungsgängen (vgl. BURGNER WOEFFRAY & JENNY-FUCHS

1995; THURMAIR & NAGGL ²2003, 14); Frühförderung wird den pädagogischen Fachkräften als Teilmaßnahme der „Heilpädagogischen Früherziehung“ vorbehalten (vgl. SOHNS 2000b, 171).

Am Anfang der Konkurrenzzeit der pädagogischen Frühförderstellen stellte in den 1980er Jahren HELLBRÜGGE (³1999, 205; vgl. TOMELE ³1999, 229; SOHNS 2000b, 33; THURMAIR & NAGGL ²2003, 14) aus kinderärztlicher Sicht der Frühförderung den Terminus „**Entwicklungs-Rehabilitation**“ entgegen. Die medizinisch-therapeutische Hilfe in einem Sozialpädiatrischen Zentrum wird in Abgrenzung zur pädagogischen Frühförderung auch als „**Frühtherapie**“ (HELLBRÜGGE ³1999, 215; STEMPFLE 1999, 34) oder „**Entwicklungs-therapie**“ (HELLBRÜGGE ³1999, 233; ⁶1999) bezeichnet. Diese interpretierte PECHSTEIN (in SOHNS 2000b, 33) im Rahmen seines sozialpädiatrischen familienorientierten Arbeitsmodells als „**Frühe Lerntherapie**“. Zentrale Inhalte von HELLBRÜGGE und PECHSTEIN aus Sicht der Sozialpädiatrischen Zentren konzentrierten sich eher auf die Hilfen durch eine kurative Medizin und die Behandlung von Krankheiten (vgl. KÜHL 1995, 156).

Daneben kommt vereinzelt der Begriff der **Vorschulheilpädagogik** vor (vgl. DUPUIS & KERKHOFF 1992, 226). Das Vorschulalter beschränkt sich auf Kinder von drei Jahren bis zur Einschulung, während die Frühförderung schon von Geburt an ansetzt. Daher ist dieser Ausdruck eher ungünstig.

Die **rehabilitative Früherziehung** (im Sinne der Rehabilitationspädagogik) fand Eingang in den Sprachgebrauch der ehemaligen DDR. Nach BECKER (vgl. 1992, 178; KOCH 1999, 22) kann dieser Terminus dem der Frühförderung in der BRD gleichgesetzt werden.

Die Bezeichnung „**Frühe Hilfen**“ mit dem Aufgabenspektrum der Frühförderung wurde oft vom Elternverband „Lebenshilfe“ („Frühe Hilfen – Wirksamste Hilfen“) bevorzugt. THURMAIR & NAGGL (vgl. ²2003, 14) berichten, dass ihnen keine inhaltliche Diskussion um die unterschiedlichen Akzente zwischen „Hilfe“ und „Förderung“ bekannt ist; die Bundesvereinigung Lebenshilfe (⁵1998) hat neben der häufigen Verwendung des Begriffs „Frühe Hilfen“ auch „Frühförderung“ als allgemeinen Begriff akzeptiert.

3.4.1.2 Frühförderung als Oberbegriff der frühen Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder

Durch ihre Entwicklung und Etablierung wird die Frühförderung inzwischen von der Sozialpolitik in Deutschland hochgeschätzt und ist als ein übergeordneter Begriff allgemein anerkannt. Die Bundesregierung gibt eine Broschüre „Frühförderung – Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland“ heraus (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2003a), die über 1000 Einrichtungen und deren Angebote im Überblick für Eltern und behandelnde Ärzte darstellt. Besonderer Wert wird auf die Ganzheitlichkeit mit Einbeziehung der Familie und die Interdisziplinarität als Grundleitlinien der Frühförderung in Deutschland gelegt (vgl. ebd., 5). Diese werden zurzeit auch als Grundsatz (des familienorientierten und interdisziplinär-ganzheitlichen Ansatzes) durch Leitlinien und Handlungsanweisungen zur Frühförderung in unterschiedlichen Bundesländern untermauert (vgl. WAGNER-STOLP 1999, 14).

Insgesamt hat sich der Begriff Frühförderung heute außer in der Schweiz im deutschsprachigen Raum durchgesetzt. Er wird auch in medizinisch orientierten Texten verwendet (z.B. NEUHÄUSER; SCHLACK seit den 1980ern bis zur Gegenwart) und geht über den pädagogischen Kontext hinaus: Er fungiert als Oberbegriff für die Gesamtaufgabe der Früherkennung, Diagnostik, Therapie/Förderung, Elternberatung und Vernetzungsarbeit im komplexen System Frühförderung (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 14).

3.4.1.3 Behinderung und drohende Behinderung im Kontext der Frühförderung

Die Definition der Zielgruppe der Frühförderung mit ihrer Lebenswirklichkeit und Lebenswelt hängt eng mit der Wandlung und Modifikation des Terminus „Behinderung“ zusammen (Kap. 3.1.2).

In Deutschland trug das *Bundessozialhilfegesetz* zu einer wesentlichen Entwicklung des Behinderungsbegriffs bei, indem es in seiner ersten Fassung einen wichtigen Unterabschnitt mit dem Titel „Eingliederungshilfe für Behinderte“ (*BSHG* §§ 39-47) enthielt. Modifiziert wurde der Behindertenbegriff nach dem neuen § 2 Abs. 1 Satz 1 *SGB IX*: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand

abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ Die Abweichung von der altersgerechten Entwicklung (z.B. abweichende körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand) wird hier als wichtiges Kriterium in Betracht gezogen. Dies entspricht dem Fakt, den SOHNS (2002, 51) andeutet: „Alle Erhebungen ergeben, dass ein hoher Prozentsatz, in vielen Einrichtungen gar der größte Teil der Frühförderkinder keine klare Diagnose haben und fachlich keiner speziellen Kategorie zuzuordnen sind, aufgrund einer deutlichen Entwicklungsverzögerung jedoch eine eindeutige Indikation für Frühförderhilfen besitzen. Diesem Fakt hat der Gesetzgeber mit seiner Klarstellung Rechnung getragen.“

Besonders orientiert sich der Gesetzgeber bei dieser Definition nicht mehr an wirklichen oder vermeintlichen Defiziten. Wie im Konzept der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF der WHO von 2001), ist die Leitidee des *SGB IX* das Partizipationsmodell (JETTER 2003, 6; vgl. auch *SGB IX* ³2002, 8).

Neben bestehenden und manifesten Behinderungen sind nach der Bestimmung in § 2 Abs. 1 Satz 2 Menschen von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist. Eine generelle Gleichstellung der von Behinderung bedrohten mit den behinderten Menschen wie in § 1 Abs. 2 *Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaanglG)* ist im Rahmen des *SGB IX* nicht möglich, da eine Reihe von Leistungen und sonstigen Hilfen nur bei eingetretener Behinderung erbracht werden (vgl. *SGB IX* ³2002, 30). Jedoch ist durch die Fassung der einschlägigen Leistungsvorschriften sichergestellt, dass sich hierdurch die Rechtsposition der von Behinderung bedrohten Menschen nicht ändert (vgl. ebd.).

Der Begriff „drohende Behinderung“ schließt den Leitgedanken der Frühförderung mit ein, solche Kinder zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erfassen und zu diagnostizieren sowie ihnen Förderung/Therapie anzubieten. Der präventive Charakter steht nach wie vor im Mittelpunkt der Frühförderung (Kap. 3.6.1 ist dieser Thematik gewidmet).

Er bezieht sich aber nicht nur auf die medizinische Kategorie, z.B. genetische Beratung, pränatale Diagnostik, Schwangerschaftsbetreuung, Geburtshilfe und Schutzimpfungen, sondern durch spezielle Frühfördermaßnahmen auch auf den pädagogischen Bereich. Dieser gilt besonders für die soziokulturell bedingten Beeinträchtigungen und Behinderungen, z.B. Sprachbehinderungen, Lernbehinderungen, Verhaltensstörungen, die im Allgemeinen erst im Verlauf

der Entwicklung auffällig werden (vgl. SOHNS 2000b, 20). In Anlehnung an die kompensatorische Vorschulerziehung in den USA beschäftigte sich in Deutschland KLEIN schon im Jahre 1973 mit der präventiven Arbeit der Frühförderung in sozial deprivierenden Milieus.

Hervorzuheben ist, dass der Terminus „drohende Behinderung“ in der Frühförderung eng verbunden ist mit Risiko-Konzepten für die kindliche Entwicklung. In den 1960er und 1970er Jahren begannen MEYER-PROBST & TEICHMANN (in Rostock; MEYER-PROBST, TEICHMANN & REIS 1997) und später SCHMIDT, ESSER & LAUCHT (in Mannheim; SCHMIDT, ESSER & LAUCHT 1997; LAUCHT, ESSER & SCHMIDT 1999) mit Längsschnittstudien zur Ermittlung von Risiken und fanden heraus, dass die kindliche Entwicklung durch eine Vielzahl von organischen und psychosozialen Risikofaktoren gefährdet ist. Gegenüber dem Risiko-Konzept steht das Resilienz-Konzept¹⁵, das besagt, dass sich Kinder trotz vergleichbarer Risiken unterschiedlich entwickeln können, da sie gegenüber negativen Einflüssen unterschiedlich widerstandsfähig sind (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 17). Sinnvoll ist es, neben Risiken „protektive Faktoren“ bzw. „Schutzfaktoren“ herauszufinden, die dem Kind bzw. Jugendlichen helfen, sich trotz hohen Risikos normal zu entwickeln (ausführlichere Angaben siehe z.B. FINGERLE 1999; WEISS 1999a; WERNER 1999; LARGO ²2000; LAUCHT, SCHMIDT & ESSER 2000; ZIMMERMANN 2000; KLEIN 2002; KÜHL 2003; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 55f./109f.).

Einige weitere Termini finden ebenfalls in der fachlichen Diskussion häufig Verwendung, z.B. „Entwicklungsrisiko“, „Entwicklungsauffälligkeit“, „Entwicklungsverzögerung“. Nach THURMAIR & NAGGL (²2003, 16f.) stellte die Arbeitsstelle Frühförderung schon 1982 (373) in ihren Erhebungen zur Entwicklung der Frühförderung eine geringe Trennschärfe der Konzepte „von Behinderung bedroht“ und „Entwicklungsrisiko“ fest. Die beiden Termini „Entwicklungsauffälligkeit“ und „Entwicklungsverzögerung“ bedeuten eher, dass die Leistung des Kindes von der Normalentwicklung gleichaltriger Kinder abweicht bzw. zurückgeblieben ist. Im Grunde genommen ist die „drohende Behinderung“ in der gegenwärtigen Praxis der Frühförderung „das rechtlich-technische Pendant zu den fachlichen Kategorien der ‚Entwicklungsverzögerung‘ und ‚Entwicklungsauffälligkeit‘, die eine breite Palette von Auffälligkeiten bei Kindern, verbunden mit ungünstigen Milieus, umfassen“ (THURMAIR &

¹⁵ Für die positiven Auswirkungen der protektiven Faktoren bzw. Schutzfaktoren wurde im englischen Sprachgebrauch der Begriff „resiliency“ eingeführt, der ins Deutsche zunächst mit „(psychische) Widerstandsfähigkeit“ übersetzt wurde und mittlerweile auch als „Resilienz“ eingebürgert ist (STEINER 2002, 131; vgl. KÜHL 2003). Resilienz ist das Ergebnis dieser schützenden Prozesse (vgl. WERNER 1999, 25).

NAGGL ²2003, 17). Die Begriffe „Behinderung“ und „drohende Behinderung“ können auch unabhängig von den rechtlichen Grundlagen in einem umfassenden Terminus „entwicklungsgefährdete Kinder“ subsumiert werden. Es handelt sich dabei im Allgemeinen um Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf in der frühen Kindheit.

3.4.2 Personenkreis und Altersbegrenzung der zu betreuenden Kinder

In Korrespondenz zur veränderten Bewertung von Behinderung durch die Wandlung des Behindertenbegriffs bezieht sich die Frühförderung in der derzeitigen fachlichen Diskussion auf behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und ihre Eltern, Familien und ihr soziales Umfeld, z.B. Krippen und Kindergärten. Im Prinzip handelt es sich bei der Frühförderung daher um zwei Förderstufen. Zunächst bezog sie sich in erster Linie nur auf die Förderstufe I, die Säuglinge und Kleinkinder bis zu drei Jahren umfasst. In der Zwischenzeit wurde sie auf Förderstufe II ausgedehnt, in die Kinder von vier Jahren bis zur Einschulung einbezogen werden. Von Bedeutung ist die Regelung der heilpädagogischen Leistungen für „Kinder, die noch nicht eingeschult sind“ nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 *SGB IX*. Im Vergleich zu dem ehemaligen § 40 Abs. 1 Nr. 2a *BSHG* mit der alten Formulierung „heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind“ sind jetzt die von der Schule zurückgestellten Kinder im neuen Gesetzestext als leistungsberechtigt eingestuft (vgl. Sohns 2002, 55). Dieses allgemein anerkannte Verständnis vermittelt die Bundesregierung (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2003a, 5) der Öffentlichkeit, indem sie die Zielgruppe der Frühförderung wie folgt definiert: „Frühförderung wendet sich an behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt bis zum Übergang in eine andere dem Kind angemessene Form der Förderung. Der Familie bietet sie Stützung und Stabilisierung, Beratung und Anleitung.“

Zusammenfassend gilt die Frühförderung in der gegenwärtigen Literatur für folgenden Personenkreis, wobei der präventive Aspekt in Betracht gezogen wird:

- Kinder mit manifesten Behinderungen (körperlich, geistig, seelisch oder mehrfachbehinderte Kinder),
- Kinder mit Entwicklungsverzögerungen,
- Risikokinder, die vor, während oder nach der Geburt besonderen Entwicklungsrisiken ausgesetzt waren,

- Kinder mit Verhaltensbesonderheiten sowie Lern- und Leistungsstörungen,
 - Kinder mit Sinnesbeeinträchtigungen und Wahrnehmungs- bzw. Bewegungsstörungen,
 - Kinder mit körperlichen Entwicklungsbeeinträchtigungen,
 - sozial benachteiligte Kinder mit intellektuellen, emotionalen und sozialen Entwicklungsverzögerungen bzw. -gefährdungen aufgrund von Besonderheiten des häuslichen Milieus und der Randständigkeit ihrer Familien im Vergleich zur Mehrheit der Gleichaltrigen,
 - verunsicherte Eltern und Familien
- (vgl. KOCH 1999, 107; THURMAIR & NAGGL ²2003, 19).

3.4.3 Ziele der Frühförderung

Im Hinblick auf die veränderte Sichtweise von Behinderung bezüglich des Behinderungsbegriffs unter ökosystemischer Betrachtungsweise konzentrieren sich die Ziele der Frühförderung nicht allein auf die Ebene des Kindes, sondern richten sich auch erweitert auf die Ebene der Eltern, des unmittelbaren Erziehungs- und Lebensumfelds sowie auf die Ebene des mittelbaren institutionellen und gesellschaftlichen Umfelds (vgl. BURGNER WOEFFRAY 1998, 107). Die Frühförderung sollte dem Kind und seinen Eltern „Hilfe zur Selbsthilfe“ leisten und zu ihrer Integration in das Lebensumfeld und in die Gesellschaft beitragen.

Bezogen auf die Dimension des Kindes bietet die Frühförderung behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern Prävention und bestmögliche Entwicklungsförderung an, damit sich ihre Persönlichkeit und Kompetenz optimal entfalten, sie sich selbstgestaltet entwickeln und gleichberechtigt in ihre Lebenswelt und in die Gesellschaft integrieren können (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2003a, 5f.).

Was die Ebene der Familie anbelangt, geht es nicht allein um die Anleitung, Unterstützung und Beratung der Eltern, sondern auch um die Stärkung und Ausweitung deren Kompetenz im Umgang mit dem Kind. „Die Familie soll durch Frühförderung in einer bejahenden Einstellung zu ihrem Kind bestärkt werden. Sie soll darin unterstützt werden, ihrem Kind trotz vielfältiger besonderer Belastungen Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln“ (ebd.).

Die Integration Behinderter in ihre Lebenswelt und in die Gesellschaft stellt eine Aufgabe der Frühförderung dar. In Bezug auf die gesellschaftlichen Anliegen strebt die Frühförderung an, „dass die notwendigen Hilfen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder verfügbar

und für die Familien auch erreichbar sind, und dass die realen wie auch ‚atmosphärischen‘ Bedingungen für die Integration Behinderter fortentwickelt werden“ (THURMAIR & NAGGL ²2003, 24).

Leider bestehen derzeit immer noch ungünstige ‚atmosphärische‘ Umstände. Die gesellschaftliche Situation von Familien mit Kindern mit manifesten und drohenden Behinderungen ist nicht unkritisch; dazu tragen fachliche Entwicklungen – vor allem in der pränatalen Diagnostik – und ethische Debatten wesentlich bei (vgl. ebd.). Im Extremfall wird das Lebensrecht der Menschen mit Schwerbehinderungen infrage gestellt (vgl. KOCH 1999, 85; HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 332; CONRADS & FRÜHAUF ³2003, 323; STRASSBURG ³2003a, 4).¹⁶ Außerdem scheint die allgemeine Solidarität aufgrund der Krise der sozialen Sicherungssysteme Schaden zu nehmen (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 24).

3.4.4 Arbeitsprinzipien der Frühförderung

Mit der konzeptionellen Entwicklung des Systems Frühförderung haben sich fachlich anerkannte Arbeitsprinzipien herausgebildet. Sie gelten als Standards bzw. handlungsleitende Maxime, das Arbeitsfeld Frühförderung zu charakterisieren (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 113). Nach THURMAIR & NAGGL (²2003, 25ff.) gibt es vier Prinzipien, die miteinander in Wechselwirkung stehen:

- Ganzheitlichkeit,
- Familienorientierung,
- Interdisziplinarität,
- Vernetzung.

3.4.4.1 Ganzheitlichkeit

Die Ganzheitlichkeit orientiert sich am Kind als Gesamtpersönlichkeit in seinem sozialen Umfeld. Im Hinblick auf den ‚ganzheitlichen Ansatz‘ in den 1980er Jahren versteht sich

¹⁶ Gemäß der utilitaristischen Prinzipien der Glücksmaximierung für die größtmögliche Zahl einerseits und der Leidensminimierung für die Betroffenen und damit für die Mehrzahl andererseits, hält SINGER (²1994) die Tötung schwerbehinderter Neugeborener für moralisch geboten (HENSLE & VERNOOIJ ⁷2002, 332). In der Bundesrepublik Deutschland führte sein Standpunkt ab 1989 zu einer mehrjährigen heftigen und kontroversen Diskussion über den Umgang mit schwerbehinderten Neugeborenen (vgl. ebd.).

Frühförderung dabei als Entwicklungsförderung, welche Einzelaspekte der kindlichen Entwicklung nicht addiert oder aufteilt, sondern sie in einem Sinnzusammenhang integriert. Klein (2002, 98) merkt dazu an: „Ganzheitlichkeit entsteht nicht dadurch, dass alle Funktionsbereiche gefördert werden. [...] Ganzheitliche Förderung geschieht vielmehr dort, wo das Kind als Person, als Subjekt seines Handelns aktiv und mit Leib und Seele beteiligt ist.“

In erster Linie ist es wichtig zu beachten, was das Kind kann und ihm zu helfen, seine Kompetenz und sein Selbstvertrauen zu entfalten und zu entwickeln, damit sich die Integration in seine Lebens- und Erfahrungswelt vollziehen kann.

3.4.4.2 Familienorientierung

Das Prinzip der Familienorientierung in der Frühförderung ist eng verbunden mit der Abkehr von einer Förderung, die sich ausschließlich auf das Kind oder auf die Bindung des Kindes an die Mutter konzentrierte. Als primäre Lebens- und Erfahrungswelt des Kindes in seiner Ganzheitlichkeit spielt die gesamte Familie eine entscheidende Rolle. Der interaktionelle Prozess des Kindes in der Familie findet mit allen Mitgliedern statt. Das Kind ist in hohem Maße auf Zuwendung und Akzeptanz angewiesen, die seine Gesamtpersönlichkeit positiv prägen und beeinflussen. Es ist daher erforderlich, dass die Familie in den Förderprozess mit einbezogen wird und je nach Bedarf Begleitung bzw. psychotherapeutische Beratung erhält, um die Eltern zu unterstützen und zu entlasten sowie dadurch die Wirksamkeit der Therapie und Förderung zu gewährleisten. Dies wird nicht allein durch eine Verbesserung der funktionellen Fähigkeiten erreicht, „sondern die Verständigungsprozesse mit den Eltern und dem Kind sind dabei von erheblicher Bedeutung und ein essentieller Teil der Behandlung“ (ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 5; vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 27f.). In Bezug darauf enthalten die Therapie und Förderung des Kindes und die Beratung der Familie gleichrangigen Wert, wobei ihnen im Förderprozess je nach Notwendigkeit unterschiedliche Gewichtung zugeschrieben wird. Sinnvoll wäre es, je nach individuellen Gegebenheiten von Frühfördereinrichtungen und Familien die Intensitäten und Reichweiten der Einbeziehung von Familien in die frühe Förderung zu variieren und entsprechend anzupassen (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 27).

Aus dem Prinzip der Familienorientierung ergibt sich eine wichtige praktische Konsequenz, nämlich die mobile Frühförderung. Neben ambulanten Maßnahmen in Sozialpädiatrischen

Zentren oder Frühförderstellen besteht die Möglichkeit, das Kind in seiner Alltagssituation in der Familie oder in Kindergärten zu erreichen.

Vielerorts steht in den letzten Jahren partnerschaftliche Zusammenarbeit im Mittelpunkt, in der die Autonomie und Kompetenz der Eltern geschätzt werden und sich diese gleichberechtigt am Förderprozess des Kindes durch kontinuierliche Mitarbeit (i.d.R. einmal 60-90 Minuten pro Woche) beteiligen können.

3.4.4.3 Interdisziplinarität

Bezogen auf „die fachübergreifende Zusammenarbeit“ kann man auf die Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ (1973, 52) zurückgreifen. Weiterhin deutet die KMK in ihren „Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland“ von 1994 (Abschn. III. 3.1) an, dass der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Frühförderung eine herausragende Bedeutung zukommt. Erwähnenswert ist, dass mit dem *SGB IX* und der *Frühförderungsverordnung (FrühV)* die Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in ihrer interdisziplinären Form gesetzlich geregelt wurde (Kap. 3.8).

Um die umfassenden Hilfen wie Diagnostik, Beratung, Therapie und Förderung im Förderprozess für das Kind und seine Familie gewährleisten zu können, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Fachleute aus den Bereichen Medizin, Pädagogik, Psychologie und Sozialarbeit erforderlich. Das Konzept der Interdisziplinarität ist mit der Entwicklung des Systems Frühförderung verbunden. THURMAIR & NAGGL (vgl. ²2003, 29) weisen darauf hin, dass neben fachlichen auch versorgungspolitische und berufsständische Aspekte immer eine Rolle spielten. Damit wandelten sich ebenfalls die Akzente und Aspekte der Interdisziplinarität. Statt von der additiven und summativen Zusammenführung verschiedener Fachrichtungen in der Anfangszeit (multidisziplinäres Arbeiten) geht man in letzter Zeit von einem fachübergreifenden Förderkonzept der einzelnen Fachdisziplinen (inter- und transdisziplinäres¹⁷ Arbeiten) aus (ausführliche Beschreibung über multi-, inter- und transdisziplinä-

¹⁷ Transdisziplinäre Kooperation ist z.B., wenn der Physiotherapeut bei einem Kind mit Down-Syndrom von einem Logopäden Anregungen zur Förderung des Mundschlusses oder von einem Heilpädagogen spezifische Hinweise zur Spielförderung erhält (WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 18). Dieser professionsübergreifende Kompetenztransfer erfordert gemeinsame Fallbesprechungen und auch gemeinsame Besuche in der Fami-

res Arbeiten siehe z.B. PRETIS 2001, 44f./115; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 116f.). Dabei handelt es sich weder um eine Arbeitsteilung der Fachkräfte am Kind noch um ein unübersichtliches Nebeneinander von konkurrierenden Konzeptionen. Vielmehr wird Frühförderung „zur interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, die all diese Leistungen als Gesamtheit der Einzelmaßnahmen interdisziplinärer Frühförderung unter ihrem Dach subsumiert“ (SOHNS 2000b, 24). Es geht vor allem um eine ganzheitliche Vorgehensweise, die für das Kind und seine Familie hilfreich sein soll.

Allerdings entwickelt sich eine fruchtbare Zusammenarbeit nach den bisherigen Erfahrungen in der Frühförderungspraxis nicht von selbst. Oft treten Spannungen auf, die eine konstruktive Kooperation beeinträchtigen. Ein entscheidender Grund dafür ist, dass die einzelnen Fachdisziplinen oft über unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte, Ziele und Denkweisen verfügen. De facto bleiben die Spannungen zwischen den einzelnen Disziplinen i.d.R. bestehen und lösen sich nicht auf. Wichtig ist, dass die verschiedenen Fachdisziplinen untereinander durch Kooperation und Koordination aufeinander abgestimmt werden können.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Fachrichtungen findet sowohl innerhalb als auch außerhalb der Institution statt. Eine Kooperation mit externen Fachleuten ist unverzichtbar, genauso wie die institutionsinterne innerhalb eines Teams, wenn diese auch oft unzureichend und schwierig ist. Notwendig ist eine fallbezogene und fallübergreifende Kooperation. Bezüglich des Aufgabenkomplexes im Förderungsprozess sind beispielsweise fallbezogene Absprache, kollegiale Beratung, fachliche Beratung durch Kollegen anderer Professionen, interdisziplinärer Fachaustausch, Zusammenarbeit im Team und Hospitationen dazu notwendig (THURMAIR & NAGGL ²2003, 30).

Zu beachten ist hier der besondere Status des Teams. Die inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein sich allmählich entwickelnder Prozess, der vornehmlich im Team gestaltet werden muss. Wichtig ist außerdem, dass die Eltern in das interdisziplinäre Vorgehen bei der Diagnostik, Therapie und Förderung partnerschaftlich mit einbezogen werden (vgl. BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE ⁵1998, 14).

lie, damit der transdisziplinär kooperierende Kollege das Kind in seinem häuslichen Umfeld besser kennen lernen kann (ebd.).

3.4.4.4 Vernetzung

Im Rahmen eines ganzheitlichen Angebotes wird der Vernetzung mit ihrer ökosystemischen Sichtweise ein hoher Wert für das Gelingen der Frühförderung zugemessen. Nach THURMAIR & NAGGL (2003, 30) meint Vernetzung „die Aufgabe, die Einbettung von Frühförderung in umgebende Systeme wahrzunehmen, und die eigenen fachlichen Interessen dort auch zur Geltung zu bringen“. Hier wird besonders in den Diskussionsfokus gerückt, dass im Interesse des Kindes und dessen Familie in der Frühförderung die einzelnen Sozialen Dienste nicht nebeneinander arbeiten sollten und ihre Abstimmung nicht allein einzelnen Fachkräften überlassen werden sollte. Bei der Vernetzung handelt es sich in der praktischen Umsetzung wesentlich um zwei Bezugspunkte: Einerseits richtet sich die Vernetzung auf das einzelne Kind und seine Familie und andererseits auf die regionale Struktur der Angebote für Familien (vgl. ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 8f.; WEISS 1998, 41ff.; THURMAIR & NAGGL 2003, 30ff.).

Bezogen auf das einzelne Kind und seine Familie werden sowohl die informellen (Verwandte, Freunde, Nachbarn und andere soziale Kontakte) als auch die formellen (professionelle Dienstleister, Institutionen, Behörden) Netzwerke in Betracht gezogen. Die Vernetzungsangebote orientieren sich am Ziel des „Empowerment“; „gemeint ist damit, den Familien die professionellen Unterstützungssysteme zugänglich und transparent zu machen (Vermittlung aktueller Hilfen; Weitervermittlung an andere Fachkräfte; Abklärung von Möglichkeiten der institutionellen Betreuung der Kinder durch Krippen, Kindergärten, Heime, Schulen), und ihnen zu helfen, ihre Interessen zu artikulieren (z.B. gegenüber Ärzten und Kliniken, Behörden, Kindergärten, sozialen Diensten)“ (THURMAIR & NAGGL 2003, 31). Von Bedeutung ist außerdem, dass informelle Netzwerke für die Bewältigung der Belastungen der Eltern eine große Hilfe sind und den Eltern Kontakte zu ähnlichen Betroffenen ermöglichen (Elternveranstaltungen, Stammtische, Eltern-Gesprächsgruppen in verschiedenen Formen) (vgl. ebd.).

Im Hinblick auf die regionale Struktur von Angeboten für Familien generell und besonders für Familien mit Kindern, die Schwierigkeiten haben oder machen, ist es erforderlich, dass die regionalen Ressourcen der Frühförderangebote auf die Zusammenarbeit aller betroffenen Einrichtungen und die Koordinierung aller Maßnahmen abzielen. An dieser Stelle bedeutet Vernetzung auch das Engagement der Frühfördereinrichtungen für eine Weiterentwicklung der gesellschaftlichen Ressourcen für betreute Kinder und Familien in der Gemeinde, um ihren

Rechten (Chancengleichheit, Benachteiligungsverbot) dadurch Geltung zu verschaffen (vgl. ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 8; THURMAIR & NAGGL²2003, 30). Sie richtet sich sowohl auf fachnahe regionale (niedergelassene Ärzte und Therapeuten, andere lokale und regionale Einrichtungen und Dienste des kinder- und jugendpsychiatrischen, psychologischen, sozialen und pädagogischen Bereichs, z.B. Kindergärten, Erziehungs-/Familienberatungsstellen, Jugendämter und andere soziale Dienste) als auch überregionale professionelle Systeme und Kooperationspartner (Sozialpädiatrische Zentren, Kinderkliniken, neuropädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen sowie spezialisierte überregionale Frühförderstellen, z.B. Einrichtungen für sinnesgeschädigte Kinder). Dabei sollen aber auch Kontakte zu allgemeinen Diensten für Kinder und Familien (Ämter, Krankenkassen, Einrichtungen, Selbsthilfeinitiativen) und Interessenvertretungen der Klienten der Frühförderung in rechtlichen, ethischen und strukturpolitischen Fragen im regionalen Kontext kontinuierlich gepflegt und weiterentwickelt werden (vgl. THURMAIR & NAGGL²2003, 32). Die Kooperation und gegenseitige Ergänzung der an der Förderung eines Kindes beteiligten Fachleute und Einrichtungen sind entscheidend für die Frühförderung, damit sich die gesellschaftlichen Ressourcen für behinderte Kinder und deren Familien verbessern und weiterentwickeln können.

Derzeit stehen die institutionalisierten Kooperations- und Vernetzungsversuche im Zentrum der Fachdiskussion (z.B. WEISS 2000b, 189-194; THURMAIR & NAGGL²2003, 30-36; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 91ff./119ff.). Hier kann die Frühförderung die Funktion einer „Drehscheibe“ (BURGENER WOEFFRAY 1998, 110) bzw. des „case managements“ einnehmen (vgl. THURMAIR & NAGGL²2003, 32; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 120).

Die Vernetzung erfordert ferner die Koordinierung verschiedener Maßnahmen, die durch einen umfassenden Förderplan zu einer ganzheitlichen Förderung zusammenwirken.

3.5 Wissenschaftliche Grundlagen der Frühförderung

Die grundlegende Bedeutung der Erziehung in den ersten Lebensjahren, wie sie in den frühen Ansätzen hervorragender Pädagogen wie COMENIUS, FRÖBEL und PESTALOZZI herausgestellt wurde, hat sich heute in empirischen, medizinisch-biologischen, psychologischen und soziologischen Forschungen bestätigt. Diese Studienergebnisse lieferten den wissenschaftlichen Hintergrund der frühen Hilfen für von Behinderung bedrohte und behinderte Kinder und begründeten den Optimismus in der Anfangsphase der Frühförderung. Auf die konzeptionelle Entwicklung der Frühförderung wirkten sich die unterschiedlichen Theorien ebenfalls aus, modifizierten sich jedoch mit der Zeit.

Die Bedeutung der Frühförderung ist vor allem durch **Lerntheorien** begründet. In den 1950er und besonders den 1960er Jahren wurde der Bedeutung der Umweltanregung in den ersten Lebensmonaten große Aufmerksamkeit geschenkt. Die Lerntheorien beweisen, dass die Menschen durch Erfahrungen und Lernvorgänge beeinflussbar und veränderbar sind, und dass Intelligenz nicht primär vererbt wird. Die Lernfähigkeit der Neugeborenen ist deshalb zu beachten. „Während sich die Input-Output-Variablen und Prozesse meist direkt beobachten lassen, finden die eigentlichen Lernprozesse im Bereich intervenierender Variablen, allgemein der Verarbeitung, in äußerst komplexen, vernetzten Prozessen statt“ (BUNDSCHUH ²2002b, 190).

Die Forschungsarbeiten zur neonatalen Konditionierung sowohl in den USA als auch in Europa verweisen darauf, dass es verschiedene Arten von Lernprozessen bereits beim Säugling gibt, beispielsweise die klassische Konditionierung oder das Lernen am Erfolg (vgl. HENSLE ⁵1994, 263; KOCH 1999, 98). Solche Analysen trafen später auch für die Erziehung und Bildung der Kinder mit manifesten oder drohenden Behinderungen zu. Es herrscht die Überzeugung vor: Jedes Kind kann lernen, auch Kinder mit Behinderungen.

Schon beim Säugling sind allgemeine Lernprinzipien wirksam und Gelerntes geht später nicht verloren. Die retardierten Funktionen bei einem entwicklungsgeschädigten Säugling können durch passende Stimuli, wie optisch-bewegte/akustische Anregungen, die beim unbeeinträchtigten Säugling eher nebenbei erfolgen, gezielt verbessert werden (vgl. ebd.). Allerdings können die lerntheoretischen Befunde allein die Wirksamkeit der Frühförderung nicht nachweisen. Zwar zeigen sie, dass die später wirksamen Lernprinzipien schon in der Säuglingszeit

Gültigkeit besitzen, jedoch stellten sie keine besondere Ansprechbarkeit im ersten Lebensjahr fest (vgl. ebd.).

Lerntheorien bilden überdies die Grundlagen der Verhaltensmodifikation bzw. Verhaltenstherapeutischen Techniken, z.B. die direkte Arbeit mit dem Kind und die Anleitung der Eltern. Diese Kombination der funktionsspezifischen und normierten Entwicklungsziele mit Methoden der Verhaltenstherapie/Verhaltensmodifikation wird im medizinischen Kreis z.B. von HELLBRÜGGE et al. (³1999, ⁶1999) als „Entwicklungstherapie“ propagiert (vgl. Kap. 3.4.1.1).

Über das einseitige Reiz-Reaktions-Lernen hinaus geht die kognitive Entwicklungstheorie von PIAGET, die die Anlage-Umwelt-Kontroverse überbrückt. PIAGET beschreibt die kognitive Entwicklung (Intelligenz) als Konstruktionsprozess in vier Phasen (sensomotorische Entwicklung, präoperationales Denken, konkrete Denkoperation und formale Denkoperation), die in nicht umkehrbaren Sequenzen verlaufen (vgl. BUNDSCHUH ²2002a, 63; ³2002, 138-146; DACHENEDER ³2003, 184ff.). Die früheren Stufen bilden die Grundlage der späteren.

Aus heutiger Sicht ist PIAGETs Stufentheorie nicht mehr haltbar. Der holländische Entwicklungsneurologe Bert C. L. TOUWEN wies mit Untersuchungen an Säuglingen und Kleinkindern schon in den 1970er Jahren nach, dass die kindliche Entwicklung außerordentlich variabel abläuft und nicht in einer hierarchischen Reihenfolge Schritt für Schritt (vgl. TOUWEN 1996; LARGO ²2000; MICHAELIS 2000, 27; SCHLACK 2000, 33; THURMAIR & NAGGL ²2003, 81). Beim frühförderbedürftigen Kind muss es sich daher um eine individuelle Förderung handeln, die sich an individuellen Lernausgangsbedingungen und an der Ganzheitlichkeit im täglichen Leben orientiert.

Für die Frühförderung erweist sich der Ansatz PIAGETs dennoch als besonders fruchtbar. Seine Einsicht, dass Entwicklung eine spontane, schöpferische Aktivität sei, die durch die Umwelt beeinträchtigt oder gefördert werden kann, ist von grundlegender pädagogischer Bedeutung (vgl. WIEGAND ⁴1998, 143). Im Austausch mit seiner Umwelt übernimmt primär das Individuum eine aktive Rolle und konstruiert sich seine Sicht der Welt. Für den Bereich Sonderpädagogik einschließlich der Frühförderung trägt die Theorie des Konstruktivismus Entscheidendes bei. BUNDSCHUH (²2002a, 64; vgl. auch ebd. ³2002, 152-155) beschreibt

ausführlich: „Hierbei wird der Mensch zunächst in aktivem Austausch mit seiner Umwelt gesehen, auf die er handelnd einwirkt, deren Anregungen und Herausforderungen seine Entwicklung beeinflussen, aber nicht mechanisch-direkt, sondern stets vermittelt durch seine Sicht, also durch die Art und Weise, wie er seine Umweltverhältnisse wahrnimmt, erkennt und interpretiert. Man kann in diesem Sinne unter besonderer Berücksichtigung von Kognition und Handlung Entwicklung als einen Prozess fortschreitender Selbstkonstruktion der Umwelt bezeichnen.“

Nach dieser Ansicht kann sich ein Kind am besten entwickeln, wenn es einer selbstbestimmten Tätigkeit nachgeht. Für die Frühförderung ist daher die Diagnostik der Entwicklungsdefizite von Kindern nicht am ausschlaggebendsten; vielmehr kommt es darauf an, das „Entwicklungsthema“ des Kindes zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erkennen und diesbezüglich die Eigenständigkeit des Kindes anzuregen (vgl. HEIMLICH ²2002a, 91).

Anstöße zur Entwicklung der Frühförderung gaben außerdem die Aneignungstheorien von LEONTJEW und WYGOTZKI sowie der Begriff der dynamischen Begabung (KOCH 1999, 98). Des Weiteren weist die Soziologie der Behinderten sowohl auf die Auswirkungen von Benachteiligung und Stigmatisierung der Eltern auf das Kind hin als auch auf Prozesse, die mit dem Erkennen einer Schädigung einsetzen können (vgl. MÜHL ⁴2000, 84).

Ergebnisse der **Ethologie** werden ebenfalls in der Frühförderung einbezogen. Dabei handelt es sich um die sensiblen Phasen in der Entwicklung der frühen Kindheit, in der Kinder für den Erwerb bestimmter Verhaltensweisen besonders empfänglich sind und optimal lernen können. Die Bedeutung für die Frühförderung liegt darin, dass es in den ersten Lebensjahren auch beim Kind sensible Phasen gibt, in denen eine Förderung besonders wichtig für die weitere Entwicklung des Kindes ist. Diese Ansicht stößt allerdings auch an ihre Grenzen, da die Übertragung der sensiblen Phasen von Tieren auf Menschen eher als Postulat zu betrachten ist. Dennoch wird eine optimale (kritische) Phase für die Genese des Hörens angenommen (vgl. LÖWE ²1996, 38ff.). Die wichtigste Periode für das Hörenlernen bei hörgeschädigten Kindern besteht im Säuglingsalter vor Vollendung des ersten Lebensjahres, besser noch in den ersten sechs Monaten, in denen sich größere Lernchancen als später zeigen (vgl. LÖWE ²1996, 29ff.; 2001, 273; BERUFSVERBAND DEUTSCHER HÖRGESCHÄDIGTENPÄDAGOGEN HAMBURG 1999, 4; LEONHARDT ²2002, 135). In sozialer Hinsicht stellen vor allem die ersten Lebensjahre eine kritische Phase für die Grundlegung der zwischenmenschlichen Bindungsfähigkeit dar.

Große Aufmerksamkeit wird der sozialemotionalen Entwicklung in der frühen Kindheit besonders in der **Hospitalismus- und Deprivationsforschung** geschenkt, die psychologische Probleme von Säuglingen in der Heimunterbringung und Massenpflege untersuchte. Eines der ersten bedeutenden Schlüsselexperimente durch die beiden Psychologen SKEELS und DYE (1939) in den USA ließ erkennen, dass frühe Schädigungen der verfügbaren Intelligenz infolge hospitalisierender Unterbringung in Massenanstalten durch persönliche, emotionale Zuwendung noch aufgehoben werden können (vgl. SPECK ⁵2003, 451; vgl. auch KLEIN 2002, 64).

Übereinstimmend bestätigen SPITZ und BOWLBY die Bedeutung der mütterlichen Zuwendung in den frühen Lebensjahren (vgl. HENSLE ⁵1994, 265; BÖLLING-BECHINGER 1998; KAUTTER et al. ⁴1998; KLEIN 2002, 35f.). In der Bundesrepublik Deutschland wurde durch die Untersuchungen zum Deprivationssyndrom von HELLBRÜGGE et al. (HELLBRÜGGE ³1999a, 216) die einzigartige Bedeutung nicht allein der Mutter, sondern beider Elternteile für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes nachgewiesen. Die hospitalisierenden und deprivierenden negativen Einflüsse betreffen nicht ausschließlich Heimkinder. Es gibt auch Eltern, die sich aufgrund ihrer physischen und/oder psychischen Belastungen bzw. Störungen unzureichend um ihr Kind kümmern (vgl. KOCH 1999, 99). Dadurch kann das Kind in seiner Entwicklung in physischer, intellektueller und sozialer Hinsicht zurückbleiben. I.d.R. ist die Lern-, Sprach- und Sozialentwicklung am schwersten beeinträchtigt, am wenigsten die neuromuskuläre Entwicklung der Grob- und Feinmotorik (vgl. HENSLE ⁵1994, 265; KOCH 1999, 99; vgl. auch BUNDSCHUH ²2002a, 64). Nach SPITZ (in Bundschuh ²2002a, 64) hat völlige Deprivation für den Säugling sogar den Tod zur Folge. Für die Frühförderung sind diese Forschungen von erheblicher Bedeutung und beweisen, dass die Zuwendung der Bezugsperson förderlicher für die kognitive Entwicklung ist als ein bloßes kognitives Training. Ihr Schwerpunkt liegt im sozialemotionalen Bereich.

Ohne Zweifel stützt sich die Euphorie der wirksamsten Frühhilfen in der Anfangszeit in erster Linie auf die **neurophysiologischen Grundlagen**: Die Plastizität des menschlichen Gehirns ist in den ersten Lebensjahren besonders groß. Daher werden auch häufig übertriebene Erwartungen in die Plastizität des frühkindlichen Gehirns und damit in die Kompensationsmöglichkeiten durch Therapie und Förderung gesetzt (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 149).

Dazu trug zunächst die Erkenntnis der quantitativen Zunahme an Gehirnvolumen bei. STRASSBURG (³2003b, 35f.) beschreibt die rasante Gehirnentwicklung in den ersten zwei Lebensjahren folgendermaßen: „Das Hirngewicht bei der Geburt beträgt ca. 300g. [...] Am Ende des 2. Lebensjahres hat es ein Gewicht von 900g. Das Hirngewicht eines Erwachsenen beträgt 1300-1500g.“ Die rasante Gehirnentwicklung zeigt sich in folgenden Proportionsziffern: Die Substanzzunahme des Gehirns erreicht bis zum Ende des 2. Lebensjahres schon etwa 60% bis 69% des Zuwachses des gesamten postnatalen Lebens.

Allerdings spielt die Gehirns substanz allein keine entscheidende Rolle. HEESE (in HENSLE ⁵1994, 267f.; KOCH 1999, 99f.) deutete schon im Jahre 1978 an, dass es für die Strukturbildung im Zentralnervensystem vier besonders wichtige Hauptphasen gibt, von denen drei gleichzeitig im ersten Lebensjahr stattfinden. Außerdem steigt die Hirndurchblutung und der Hirnstoffwechsel nach dem zweiten Lebensjahr bis etwa zum Schulalter an und übersteigt in dieser Zeit sogar die Gesamtdurchblutungsrate Erwachsener (vgl. HEUBROCK & PETERMANN 2000, 175; vgl. auch SCHEITHAUER, PETERMANN & NIEBANK 2000, 24). Die hohe Aktivität der Hirnentwicklung lässt sich nicht nur auf die genetisch vorbestimmten Stoffwechselprozesse zurückführen. Die Neurologie wies auch nach, dass für die Ausreifung des Nervensystems neben biologischen und genetischen Reifungsvorgängen auch Umwelteinflüsse (z.B. Ernährung, alltägliches Lernen und Erfahrung, traumatische Ereignisse, Reizeangebote) entscheidend beitragen können (vgl. KOCH 1999, 100; HEUBROCK & PETERMANN 2000, 177; MÜHL ⁴2000, 84; SCHEITHAUER, PETERMANN & NIEBANK 2000, 26; MÜLLER 2003, 4; SPECK ⁵2003, 451f.; THIMM 2003, 201f.).

In diesem Zusammenhang lassen sich Möglichkeiten zur Kompensation und Substitution ableiten. Keineswegs ist die Hirnstruktur von Geburt an unveränderbar festgelegt. Die Vorgänge der Plastizität sowohl während der normalen Entwicklung als auch bei der Kompensation von Schädigungen werden im Rahmen des „dynamischen“ Entwicklungsmodells berücksichtigt (NEUHÄUSER 1996, 221). Heutige Frühförderkonzepte orientieren sich an der neurophysiologischen Erkenntnis, dass das Gehirn ein sich selbst organisierendes, lernendes System mit Plastizität ist und sich seine Funktionalität in der Interaktion mit dem Umfeld entwickelt (vgl. MÜLLER 2003, 4/7). Hierbei ist es wichtig, dass das Kind umfassend und adäquat in einer vorbereitenden Umgebung angeregt wird, damit es aus eigener Aktivität das Bestmögliche aus seinen verbliebenen Fähigkeiten macht.

Die Plastizität des menschlichen Gehirns ist nicht grenzenlos wie man früher dachte. Die Grenzen sind hauptsächlich durch die Art der jeweils vorhandenen Schädigung bestimmt (vgl. NEUHÄUSER 1996, 222). Außerdem ist die Plastizität des Nervensystems je nach individueller Situation nicht immer gleich. Die Wirkung von entwicklungsbeeinträchtigenden Schäden ist vor allem abhängig vom Zeitpunkt der Schädigung und der Einwirkung auf das sich entwickelnde Gehirn (vgl. KOCH 1999, 100; HEUBROCK & PETERMANN 2000, 177); sie ist i.d.R. um so geringer, je älter das Kind ist (vgl. LÖSSLEIN & DEIKE-BETH³2000, 19). Die Kompensation kann durch Reifungsprozesse zustande kommen, aber auch durch gezieltes Funktionstraining bewirkt werden. Welcher Anteil der beiden bei dem Kompensationserfolg eine größere Rolle spielt, ist bis jetzt offen. Im Allgemeinen geht man von einer hohen Wahrscheinlichkeit der Überlagerung der Spontankompensation und des Interventionseffekts aus (vgl. HENSLE⁵1994, 268; KOCH 1999, 100).

Zusammenfassend haben die oben genannten grundlegenden Theorien der Frühförderung zwar alle ihre Grenzen, sie ergänzen sich jedoch auch gegenseitig. Heute werden sie häufig mit dem **Konzept der Selbstgestaltung** und dem **systemisch-ökologischen Entwicklungsmodell** in Verbindung gebracht. Sie gehen vom Kind als autonomes Subjekt aus. Es gibt keine allgemeingültige Entwicklungsnorm für alle Kinder. Die Entwicklung des Kindes muss individuell verstanden werden. Wichtig ist, die Stärken und Schwächen des Kindes zu verstehen sowie seine Persönlichkeitsentwicklung und Interaktionsmöglichkeiten in seinem täglichen Lebensumfeld zu unterstützen und sie darin zu integrieren.

3.6 Aufgabenbereiche und Unterstützungsstrukturen in der Frühförderung

Die Aufgabenfelder der Frühförderung spiegeln sich vielfältig in den einzelnen Berufsgruppen der ärztlichen, medizinisch-therapeutischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Fachkräfte wider. Die fachlichen Einzelaufgaben und Zuständigkeiten müssen jedoch in ein Gesamtkonzept durch eine interdisziplinäre Kooperation zusammengeführt werden, um der ganzheitlichen Förderung des Kindes gerecht werden zu können. Im Allgemeinen ist Frühförderung ein Sammelbegriff für folgende Aufgabenbereiche:

- Prävention,
- Früherfassung und Früherkennung,
- Frühdiagnose,

- Frühtherapie und Früherziehung,
- Frühberatung und psychosoziale Hilfen,
- Öffentlichkeitsarbeit

(vgl. SCHMUTZLER ³2000, 114ff.; SOHNS 2000b, 54; FORNEFELD ³2004, 87).

Wichtig ist außerdem der **Übergang des Kindes zu anderen Institutionen bzw. zur Schule**. Dabei sollte an den Schnittstellen Frühförderung, Kindergarten und Schule systemübergreifend kooperiert werden (vgl. HARTWIG 2001).

Neben den Kernaufgaben gibt es eine Vielzahl weiterer Tätigkeiten in der Alltagsarbeit der Frühförderfachleute. Dazu zählen „beispielsweise Materialbeschaffung, Arbeitsplatzgestaltung, die regelmäßigen Verwaltungstätigkeiten, insbesondere Dokumentationen und Berichterstattungen, und nicht zuletzt die oft intensiven Vor- und Nachbereitungen von Kontakten zum einzelnen Kind und seiner Familie“ (SOHNS 2000b, 55). Diese zusätzlichen Tätigkeiten sind für eine qualifizierte Arbeit unerlässlich, ihre Durchführung ist jedoch meistens sehr zeitintensiv. Folglich werden hohe fachliche und persönliche Anforderungen an die Kompetenz der Mitarbeiter der Frühförderung gestellt (vgl. ebd.; vgl. auch SCHMUTZLER ³2000, 121f.). Es wäre sinnvoll, über unterstützende Strukturen in Institutionen nachzudenken.

3.6.1 Prävention als grundlegende Funktion in der Frühförderung

Die frühestmögliche Intervention befasst sich nicht allein mit pädagogisch-psychologischen oder medizinisch-therapeutischen Maßnahmen bei bestehenden Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen, sondern auch mit der Vorbeugung gegen drohende Behinderung und Schädigung. Zurückführen kann man diese präventiven Gedanken der Frühförderung vor allem auf die Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates von 1973. Dementsprechend werden in den KMK-Empfehlungen von 1994 unter der Kapitelüberschrift „Sonderpädagogische Förderung durch vorbeugende Maßnahmen“ folgende Richtlinien erlassen: „Je früher vorbeugende Maßnahmen einsetzen, desto größer ist ihre Wirksamkeit. Vorbeugende Maßnahmen (Prävention) zielen darauf, weitergehende Auswirkungen einer bestehenden Behinderung zu vermeiden. Bei Kindern und Jugendlichen, die von einer Behinderung bedroht sind, wirken vorbeugende Hilfen dem Entstehen einer Behinderung entgegen [...]“ (KMK 1994, Abschn. III. 3.1). Im *SGB IX* (§ 3) und im neuen *SGB XII* (§ 14) wird der „Vorrang von Prävention“ sichergestellt.

Die große Bedeutung des präventiven Auftrags der Bildungspolitik ist auch am Ergebnis der PISA-Studie erkennbar (vgl. Kap. 3.2).

Aus medizinischer Sicht werden die Maßnahmen der Prävention üblicherweise in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention differenziert (HENSLE ⁵1994, 243; WIRTZ 1997, 62-78; HURRELMANN ²2000, 58; KRIES ²2000, 63f.; STRASSBURG, ³2003a 18).

Die Maßnahmen der primären Prävention zielen auf die Verhütung des Auftretens von Erkrankungen und Behinderungen ab. Beispiele in der Kinder- und Jugendmedizin sind die genetische Beratung, pränatale Diagnostik, Schwangerschaftsuntersuchungen/-betreuung, Geburtshilfe, Schutzimpfungen, Rachitis-, Karies- und Vitamin K-Prophylaxe und die Ernährungsberatung.

Die Interventionen der sekundären Prävention richten sich auf die frühe Erkennung folgenreicher Krankheiten und drohender Behinderungen sowie die frühe Einleitung von Behandlungs- und Fördermaßnahmen, z.B. Vorsorgeuntersuchungen.

Bei der Tertiärprävention handelt es sich um kurative und rehabilitative Eingriffe. Es geht um die Verhinderung der Spätfolgen der Erkrankung/Behinderung und der Ausgrenzung des behinderten Menschen, sofern es zu einer bleibenden Behinderung kommt.

Der Schwerpunkt der präventiven Konzeption im pädagogischen Bereich liegt in der Vorbeugung von Behinderungen und Folgebehinderungen. Eine primäre Prävention bei den eher soziokulturell bedingten Behinderungen, z.B. Lernbehinderungen, ist durch frühpädagogische Fördermaßnahmen möglich (Empfehlungen vom DBR 1973; vom KMK 1994; vgl. HENSLE ⁵1994; KLEIN 2000, 2002). Seit einiger Zeit richtet sich das Augenmerk unter Berücksichtigung des präventiven Hilfe-Auftrags vor allem auf „Säuglinge und Frühgeborene mit Entwicklungsrisiken“¹⁸, „mehrfachbehinderte Kinder“, „Kinder mit Verhaltensbesonderheiten und Lern- und Leistungsstörungen“¹⁹, „entwicklungsgefährdete Kinder aus Familien in Ar-

¹⁸ Zunehmende Aufmerksamkeit wird den Säuglingen und Kleinkindern mit Anpassungsschwierigkeiten und Entwicklungsrisiken gewidmet, die bei ihren Eltern besonderen „Stress“ verursachen (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 19). Dafür gibt es Forschungsprojekte/-untersuchungen und vereinzelt spezialisierte Beratungsstellen, die präventive Konzepte für betroffene Eltern entwickelt haben und ihnen vorbeugende Beratung anbieten (z.B. BARTH 2000; BEYERSMANN 2000; POMMER-IRMISCH 2000; DIERKS & SCHALLA 2004).

¹⁹ Sie bilden in den Frühförderstellen, besonders im Kindergartenalter, eine große Gruppe (THURMAIR & NAGGL ²2003, 20).

mutts- und Multiproblemlagen“ und „verunsicherte Eltern und Familien“ (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 19; THURMAIR 2004, 39).

Im sozialdienstlichen Bereich sind grundlegende Aufgaben in erster Linie die Verbesserung der sozioökonomischen Lage der Familie und frühe sozialpädagogische Interventionen, z.B. Erziehungshilfe/-beratung in Problemfamilien (süchtige Elternperson, Familien in sozialen Brennpunkten usw.), Betreuung der Kinder in Spielstuben, Sicherung der Kindergarten- und Kindertagesstättenplätze (vgl. SCHMUTZLER ³2000, 116). Die Vorbeugungsmaßnahmen werden auch in Säuglings- und Kleinkinderheimen angewandt (z.B. regelmäßige Pflichtuntersuchungen, mehr Personal, bessere pädagogische Qualifikation).

3.6.2 Früherkennung und Früherfassung

Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen und -verzögerungen sowie Behinderungen ist der erste Schritt zu frühen therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen. Laut „fachlicher Handlungsanweisungen für die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter sowie entwicklungsgefährdeter oder entwicklungsverzögerter Kinder“ des Hessischen Sozialministeriums (HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM & BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. 2001, 337f.) werden Notwendigkeit und Wichtigkeit der Früherkennung hervorgehoben: „Der rechtzeitigen Erkennung von Entwicklungsverzögerungen oder -gefährdungen, von drohenden oder bestehenden Behinderungen kommt vordringliche Bedeutung zu. Die Früherkennung ist wesentliche Voraussetzung dafür, dass die erforderlichen Maßnahmen der Frühbehandlung und Frühförderung rechtzeitig eingeleitet werden können.“

Den Ärzten kommt bei der Früherkennung die primäre Rolle zu. Aber auch Eltern, Angehörige und alle an der interdisziplinären Frühförderung beteiligten Fachleute und Einrichtungen sowie Gesundheitsämter und Jugendämter wirken bei der Vernetzung zugunsten der Früherkennung mit. Zunächst werden die Möglichkeiten und Problematiken des ärztlichen Vorsorgeuntersuchungssystems dargestellt.

Die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung im Kindesalter (U1-U7) sind seit 1971 im Bundesgesetz der Bundesrepublik festgelegt. Heute umfassen sie zehn Untersuchungen. Für alle Kinder, einschließlich der unversicherten, ist das Programm zwar kostenlos, aber

nicht verpflichtend. Der Frühförderungsbereich betrifft in erster Linie U1-U9 (Tabelle 3). Nach den fachlichen Handlungsanweisungen des Hessischen Sozialministeriums (HES- SISCHE SOZIALMINISTERIUM & BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. 2001, 338) sind Früherkennungsun- tersuchungen „als das zentrale Erkennungsinstrument für die Indikationsstellung zur Früh- behandlung und Frühförderung angelegt“.

U1: Unmittelbar nach der Geburt
U2: 3.-10. Lebenstag
U3: 4.-6. Lebenswoche
U4: 3.-4. Lebensmonat
U5: 6.-7. Lebensmonat
U6: 10.-12. Lebensmonat
U7: 21.-24. Lebensmonat
U8: 43.-48. Lebensmonat
U9: 60.-64. Lebensmonat

Tabelle 3: Kinderreihenuntersuchungstermine in festgelegten zeitlichen Abständen in Deutschland.

Den größten Teil der Vorsorgeuntersuchungen führen die niedergelassenen Kinderärzte durch. Erst ab dem fünften Lebensjahr werden Maßnahmen wie die Schuleingangsunter- suchung durch den Jugendärztlichen Dienst (JD) des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) übernommen.

Bemerkenswert ist, dass zwei Screeninguntersuchungen neben den Vorsorgeuntersuchungen bei allen Kindern durchgeführt werden sollten (vgl. SCHÖFFEL 2001, 108):

- Die erste Screeninguntersuchung ist ein Stoffwechselscreening auf Phenylketonurie (PKU), Galaktosämie und Schilddrüsenerkrankungen (TSH), die am fünften Lebenstag des Säug- lings meist im Rahmen der zweiten Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wird. Diese Unter- suchung hat eine hohe Erfolgs- und Trefferquote.
- Die zweite Screeninguntersuchung ist die Hüftsonografie. Sie ist noch nicht so etabliert wie die PKU-Tests. Trotz der für jedes Kind gegebenen Möglichkeit zur Hüftsonografie im Al- ter von der vierten bis zur sechsten Lebenswoche gibt es auch Fälle von Hüftschädigungen,

die zu spät erkannt werden. Insgesamt ist die Trefferquote bei den untersuchten Kindern recht gut.

Die Einführung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter fand bei den Eltern große Akzeptanz. Vergleicht man jedoch die Beteiligungsquote der Untersuchungstermine, lässt sich feststellen, dass die Inanspruchnahme der Untersuchungen mit zunehmendem Alter des Kindes abnimmt: Werden im Säuglingsalter noch 98% der Kinder zur Vorsorgeuntersuchung vorgestellt, fällt dieser Anteil im Kleinkindalter und bei Vorschulkindern auf 80% bzw. 64% (vgl. BOLTZ 1999, 60) zurück. Bezüglich der Früherkennungsuntersuchungen bestätigt ALTENHOFEN (vgl. 1998, 26; vgl. auch SCHLACK & SCHLACK ²2000, 143): Während die Teilnahmequote in den ersten zwei Lebensjahren (bis U7) noch mit über 90% zufriedenstellend ist, sinkt sie danach deutlich ab und liegt bei der U8 um 82%, bei der U9 um 75%, wobei Kinder aus sozial unterprivilegierten Schichten besonders geringe Beteiligung an Früherkennungsuntersuchungen haben. Ursache dafür ist, dass die Inanspruchnahme die aktive Mitarbeit der Eltern (angesichts der „Komm-Struktur“ in Praxen und Kliniken) fordert; aufsuchende Dienste sind im deutschen System der „privatisierten“ Gesundheitsversorgung nicht vorgesehen (vgl. BOLTZ 1999, 60). In diesem Zusammenhang ist es nicht verwunderlich, dass Unterschichtfamilien die freiwilligen Angebote der Vorsorgeuntersuchungen aufgrund mangelnder Initiative generell weniger in Anspruch nehmen. Die Tatsache der fehlenden Vorsorgeuntersuchungen wird allerdings auch in den mittleren und oberen Schichten beobachtet, dort aufgrund von Zeitmangel (vgl. WIRTZ 1997, 77).

Bei den Vorsorgeuntersuchungen müssen weitere Probleme überwunden werden. Zunächst hängt die Qualität der Vorsorgeuntersuchungen von der Qualifikation des Untersuchenden ab. Defizite bestehen diesbezüglich noch in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung (Kap. 3.7.4). Außerdem werden 20% der Früherkennungsuntersuchungen mangels Kinderärzten in ländlichen Gebieten häufig von Allgemeinärzten durchgeführt, die weder Vergleichsmöglichkeiten noch die notwendigen Erfahrungen haben, um Entwicklungsverzögerungen des Kindes rechtzeitig erkennen und behandeln zu können (vgl. KOCH 1999, 113). Zur Fragestellung in den Vorsorgeuntersuchungen muss kritisch bemerkt werden, dass die gestellten Fragen nur mit „Ja“ und „Nein“ zu beantworten sind und die Ärzte aufgrund der knappen Sprechzeit nicht ausreichend beraten können (vgl. WIRTZ 1997, 77; vgl. auch KOCH 1999, 113). Dadurch ist die Untersuchung zwar schnell abgeschlossen, aber ihre Qualität kann infrage gestellt werden.

Wie bereits erwähnt, stellen die Angebote der „Komm-Strukturen“ in Praxen, Kliniken und Einrichtungen für Kinder aus sozial unterprivilegierten Schichten eher eine ungünstige Bedingung dar, weil sie im Allgemeinen nicht ausreichend wahrgenommen werden. Aus diesem Grund spielt der Jugendärztliche Dienst im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eine besondere Rolle. Neben den individualmedizinischen Aufgaben verfügt er auch über subsidiäre und sozialkompensatorische Aufgaben. Die Letzteren erstrecken sich zum einen auf die Vermittlung präventiver Maßnahmen für Kinder, welche durch entsprechende Angebote der niedergelassenen Kinderärzte nicht erreicht werden, zum anderen auf nachgehende Fürsorge, welche die niedergelassenen Ärzte aus berufsrechtlichen Gründen nicht in vergleichbarer Form ausüben können (vgl. SCHLACK & SCHLACK ²2000, 145). Erfreulich ist jedoch, dass die ärztliche Schuleingangsuntersuchung in allen Bundesländern gesetzlich vorgeschrieben ist und vom öffentlichen Jugendgesundheitsdienst durchgeführt wird. Unter diesen Umständen ist anzunehmen, dass der öffentliche Jugendgesundheitsdienst einen Zugang zu allen Kindern, einschließlich der sozial unterprivilegierten, hat (vgl. ebd., 146).

In Wirklichkeit ist der ÖGD noch nicht in allen Bundesländern gewährleistet. SCHLACK & SCHLACK (²2000, 145) deuten das Dilemma der Verwirklichung an: „Die gesetzliche Regelung des ÖGD liegt in der Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer. Große Unterschiede in Wertschätzung und Ausstattung des öffentlichen Jugendgesundheitsdienstes in den einzelnen Bundesländern und die beträchtlichen Ermessensspielräume in der Aufgabenwahrnehmung auf kommunaler Ebene haben dazu geführt, dass das Aufgabenprofil unscharf und das Netz öffentlicher sozialpädiatrischer Gesundheitsfürsorge vielerorts lückenhaft geworden sind. Diese Entwicklung gefährdet auch den fachlichen Standard.“

Darüber hinaus muss beachtet werden, dass eine frühestmögliche Erkennung, Diagnostik und Förderung der Kinder mit manifesten bzw. drohenden Behinderungen ohne deren Früherfassung unmöglich ist. Sie stellt eine unbedingte Voraussetzung für jede Frühfördermaßnahme dar (vgl. HENSLE ⁵1994, 270; KOCH 1999, 115). SCHMUTZLER (³2000, 115) schreibt dazu: „Mit Früherfassung ist also der erste Kontakt gemeint, den das behinderte Kind mit einem Arzt, dem Gesundheitsamt oder z.B. einer Frühförderstelle hat und von dem aus die weiteren Maßnahmen erfolgen.“

In der Praxis stößt diese Verbindung jedoch eher auf Schwierigkeiten. Wie bereits erwähnt sind die Vorsorgeuntersuchungen freiwillig. Der erste Zeitpunkt, zu dem jedes Kind in den

Blickpunkt öffentlichen Interesses rückt, dürfte die Einschulung sein (vgl. HENSLE ⁵1994, 270; KOCH 1999, 115). In dieser Situation wird in der Bundesrepublik Deutschland, ähnlich wie bei bestimmten Infektionskrankheiten, die Einführung einer staatlichen Meldepflicht für Behinderung gefordert (vgl. ebd.). Aber eine staatliche Meldepflicht ist kein Allheilmittel. Die Meldung an staatliche Stellen könnte „als diskriminierend empfunden werden, die amtliche Dokumentation der Behinderung für das Kind lebenslange institutionelle Maßnahmen vorzeichnen; aus solchen Gründen wäre die Neigung, die Meldung möglichst hinauszuzögern, bei Eltern und Ärzten wohl groß, dem Ziel der Frühförderung damit also wohl kaum gedient“ (HENSLE ⁵1994, 270; vgl. auch ebd. 23f.; KOCH 1999, 115f.).

Überlegungen zu einer für alle verpflichtenden Früherfassung kommen in der Bundesrepublik Deutschland angesichts des Prinzips der Freiwilligkeit in der demokratischen Gesellschaft und dem Schutz des Kindes sowie seiner Familie nicht infrage. In Fachkreisen herrscht zudem Übereinstimmung darüber, dass das Prinzip der Freiwilligkeit Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit mit Eltern ist. Nur wenn eine direkte Anmeldung durch die Eltern/Erziehungsberechtigten erfolgt, sind deren Einverständnis und Motivation zu einer frühen Betreuung ihrer Kinder gewährleistet (vgl. SOHNS 2000b, 58). Ein anderes Schlüsselproblem ist die Früherfassung der Kinder aus sozialen Risikogruppen. Einerseits werden sie nicht von der staatlichen Meldepflicht in den medizinischen Kategorien erfasst, andererseits finden bei der Früherkennung durch die Ärzte die individuellen Lebensbedingungen und Interaktionsprobleme, wie Gerhard KLEIN behauptet, zu wenig Berücksichtigung (vgl. ebd., 63).

Erforderlich wäre eine „aufspürende Früherfassung“ (SCHMUTZLER ³2000, 115), d.h., Auffälligkeiten, drohende und vorhandene Behinderungen sollen zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfasst werden. Dabei ist eine intensive Kooperation zwischen Frühförderstellen, Ärzten, Erziehern, sozialen Diensten, Sozialarbeitern besonders in sozialen Brennpunkten notwendig. Vorschläge zur verstärkten Erfassung der Kinder mit sozialen Risikofaktoren sind regional unterschiedlich. In Baden-Württemberg fordert KLEIN einen dezentralen Weg mit der Notwendigkeit einer „aufspürenden Früherkennung“, z.B. in Familien, die schon in Kontakt mit dem Jugendamt stehen, in sozialen Brennpunkten, über Kindergärten in Form von verbesserten Versorgungsangeboten durch mobile Hilfen, aber auch über mobile Hebammen und Krankenschwestern (vgl. SOHNS 2000b, 64; vgl. auch KLEIN 2002). In Niedersachsen wird ein zentraler Weg eingeschlagen, d.h. neben einer besseren Aufklärung und verbesserten Zusammenarbeit zwischen Geburtskliniken und Ärzten wird auch eine verstärkte Überweisung

an Sozialpädiatrische Zentren gefordert, da hier interdisziplinäre Teams bereitstehen (vgl. ebd.).

3.6.3 Diagnostik

Im Allgemeinen spielt die Diagnostik zu Beginn des Förderprozesses des Kindes die wichtigste Rolle; dafür sind Termini wie „Eingangsdagnostik“ oder „Aufnahmediagnostik“ im Gebrauch (THURMAIR & NAGGL ²2003, 57). Die Diagnostik prüft aber auch die Fördertätigkeit und begleitet den Prozess der Frühförderung. In diesem Zusammenhang spricht man von „Verlaufsdagnostik“, „Entwicklungsdiagnostik“ oder auch „diagnostischer Phase“. Von großer Bedeutung ist auch die „Abschlussdiagnostik“, da sie eine erforderliche Basis für den Übergang zu einer weiteren Einrichtung bzw. zur Schule schafft. Diagnostik ist eigentlich ein Begriff aus der Medizin und Psychologie. In der Sonderpädagogik wird häufig der Begriff „Förderdiagnostik“ verwendet.

Anfänglich orientierte sich der Grundgedanke der Diagnostik an der Feststellung einer Normabweichung in der Entwicklung des Kindes, die in einzelne Funktionen und Entwicklungsbereiche aufgeteilt werden kann (z.B. „Feststellungsdiagnostik“, „normorientierte Diagnostik“). Diese Form der Diagnostik geriet in Kritik, da sie auf einem defizitären Menschenbild basiert und die Ganzheitlichkeit des Kindes nicht in Betracht zieht. Hinzu kommt, dass die kindliche Entwicklung intra- und interindividuell außerordentlich variabel verläuft (vgl. Kap. 3.5).

Durch den konzeptionellen Wandel zur ökosystemischen Sichtweise und zur besonderen Berücksichtigung der Autonomie und Selbstgestaltung wurden die Formen der „alltagsorientierten Förderdiagnostik“ und „verstehenden Diagnostik“ ins Rampenlicht gerückt. „Verstehende Diagnostik“ richtet sich nicht auf „Krankheitssymptome“ des Kindes, sondern stellt „übersehene“ Kompetenzen des Kindes in den Vordergrund und misst ihnen sowohl für den Alltag als auch für die besondere Förderung große Bedeutung bei (vgl. JETTER 1999, 81). In der „alltagsorientierten Diagnostik“ bringt das Kind seine Kompetenz in seine Lebenswelt ein und kann sich dort selbst entwickeln und verwirklichen. JETTER (vgl. 1999, 77) weist darauf hin, dass die Beobachtung und Analyse des Lebensalltages es ermöglicht, herauszufinden, wie Situationen beschaffen sein müssen, um das Kind zu weiterem gemeinsamen Tun anzuregen und seine Entwicklung zu fördern bzw. positiv zu beeinflussen. Nach PETERANDER (2003,

24) sind „multivariate Diagnoseansätze erforderlich, die die individuelle Situation des Kindes in seiner Familie und seiner unmittelbaren Lebenswelt in besonderer Weise berücksichtigen und valide Informationen für eine multimodale Kindförderung, die Kooperation mit den Familien und die Evaluation der Frühförderprozesse bereitstellen“.

Die Schwierigkeit der Durchführung dieser neuen Formen der Diagnostik liegt vor allem in der notwendigen besonderen Qualifikation der Diagnostiker. In der Praxis ergänzen sie sich gegenseitig. Die Eltern wirken einerseits als Partner aktiv im diagnostischen Prozess mit, andererseits müssen aufgrund einer möglichen Überbelastung der Eltern hier auch notwendige Grenzen gesetzt werden.

Die Diagnostik in der Frühförderung umfasst folgende Bestandteile: (vgl. ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 3; vgl. auch THURMAIR & NAGGL ²2003, 57-70):

- die ärztliche Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose ICD 10 (International Classification of Diseases),
- die medizinisch-therapeutische Diagnostik²⁰,
- die psychologische Diagnostik²¹,
- die heilpädagogische Diagnostik²².

Die diagnostische Verantwortung sollte nicht einer Berufsgruppe allein, z.B. oft den Medizinern, zugeschrieben werden. Die Bedeutung und Notwendigkeit des kontinuierlichen Zusammenwirkens verschiedener Berufsgruppen bezüglich ihrer diagnostischen Sichtweisen und Fachkompetenzen sind erwiesen. Insofern ist eine interdisziplinäre Diagnostik erforderlich. Im Rahmen der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung (Kap. 3.8.2) stellt sie die Grundlage für die Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans dar (vgl. VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. 2004, 45).

²⁰ Z.B. fachspezifische Diagnostik bei Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden.

²¹ Einige allgemeine Entwicklungstests und Intelligenztests sind: „Bayley Scales of Infant Development-II“ (BSID-II, 0 bis 42 Monate), „Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest-Revised“ (SON-R, 2;6 bis 7;0 Jahre), „Kaufmann Assessment Battery for Children“ (K-ABC, 2;6 bis 12;5 Jahre), „Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik für das 2. und 3. Lebensjahr“ (MFED 2/3, 1;0 bis 3;0 Jahre), „Wiener Entwicklungstest“ (WET, 3;0 bis 5;11 Jahre)“, „Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2, 2;0 bis 2;11 Jahre) und „Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder“ (SETK 3-5, 3;0 bis 5;11 Jahre) (nach THURMAIR & NAGGL ²2003, 60f.; einige gebräuchliche Screenings und Beobachtungsschemata siehe ebd., 65-70).

²² Orientierung für die Inhaltsbereiche heilpädagogischer Diagnostik wird im Folgenden beschrieben: (1) Was für ein Kind habe ich vor mir, (2) sozioemotionale Möglichkeiten, (3) sprachliche Fähigkeiten, (4) Bewegung, (5) Wahrnehmung, (6) Spielverhalten und (7) Zusammenfassen der Beobachtungen (ebd., 63f.).

Die interdisziplinäre Diagnostik ist „ein ständiger Prozess in Interaktion aller Beteiligten, wobei ein gemeinsames Suchen, Verstehen und Handeln angestrebt wird“ (BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE ⁵1998, 16). Sie bedarf einer Verlaufs- und Prozesskontrolle und steht in Rückkopplung mit den therapeutischen und pädagogischen Fördermaßnahmen. Genauer gesagt ist sie als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik angelegt und umfasst alle Entwicklungsbereiche des Kindes mit seinen Entwicklungskräften und Entwicklungsauffälligkeiten/-schwierigkeiten (vgl. ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 2). Beachtet werden muss dabei, dass die interdisziplinäre Diagnostik nicht allein kindzentriert, sondern familien- und sozialumfeldbezogen ist. Zur Unterstützung des Kindes in seiner Lebenswelt ist eine Diagnostikerstellung nach der ICD 10 nicht ausreichend; vielmehr soll sie statt einer „Defizitdiagnose“ die Ressourcen des Kindes, seiner Familie und seines Lebensumfeldes berücksichtigen und sich an der „Aktivität“ und „Partizipation“ (im Sinne der ICF) orientieren (vgl. VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. 2004, 45).

In ihrem Artikel „Zur Situation heilpädagogischer Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen“ weisen HECKMANN & PALUBITZKI (2001, 5) nach, dass 16 von 18 untersuchten (88,9%) Frühförderstellen eine Eingangsdiagnostik erstellen. Während der Frühförderung führten alle 18 Stellen (100%) eine Verlaufsdiagnostik durch. Von allen Frühförderstellen wurden neben der Verhaltensbeobachtung auch standardisierte entwicklungsdiagnostische Verfahren benutzt (ebd.). Es ist offensichtlich, dass Diagnostik als ein unerlässlicher Aufgabenbereich von Frühförderstellen zu betrachten ist. Nach der Pilotuntersuchung von PETERANDER & SPECK von 1993 (in SOHNS 2000b, 66) verwendeten die Mitarbeiter in der Frühförderung ca. 25 Prozent ihrer Arbeitszeit für diagnostische Aufgaben. Aufgrund des wenig umfassenden Datenmaterials bestehen allerdings noch einige Unklarheiten bezogen auf die Diagnostik. Dazu berichtet SOHNS (ebd.), dass es „keine flächendeckend erhobenen Zahlen darüber [gibt], wie viele Kinder mit welchen Diagnosen in den Frühförderstellen betreut werden. Genauso unklar ist, welche diagnostischen Methoden in welchem Umfang von welchen Berufsgruppen angewandt werden. Wesentlich neben den klar diagnostizierbaren Behinderungsformen bei Kindern ist jedoch ein hoher Prozentsatz an frühkindlichen Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen, die zum Teil nur diffus auftreten und schwer zu diagnostizieren sind.“

3.6.4 Frühe Therapie und Förderung²³

Die Therapie und Förderung bietet zwar mannigfaltige Möglichkeiten, stößt aber auch an ihre Grenzen. Trotzdem besteht in der Praxis nach wie vor Grund zu Optimismus (vgl. LEYEN-DECKER 1999, 310; WEISS 2002, 74), der nicht zuletzt von den gesellschaftlich-kulturellen Vorstellungen einer „Machbarkeit“ der kindlichen Entwicklung geprägt ist (vgl. WEISS 2001b; BIEBER 2002). Derzeit gibt es je nach Berufsgruppe eine große Vielfalt der medizinisch-therapeutischen, psychologischen und pädagogischen Methoden (z.B. TIETZE-FRITZ 1997, 109f; SCHMUTZLER ³2000, 116f./134-178; WILKEN 1999, 108ff.; NEUHÄUSER 2002). Sie verfügen einerseits über verschiedene Kompetenzschwerpunkte angesichts der heterogenen Berufsgruppen, andererseits überschneiden sie sich aber auch.

Ungebrochen ist weiterhin die Suche nach der neuesten und wirksamsten Methode in der Frühförderpraxis (vgl. SPECK 1995, 116). Diese Tatsache betrifft sowohl Eltern als auch Therapeuten und Frühförderer. Erwartungen und Hoffnungen der Eltern motivieren die professionellen Bemühungen der Therapeuten und Frühförderer, die sich „nicht immer an ‚realistische‘ Grenzen halten, sondern diese im Interesse des Kindes zu überschreiten suchen“; damit entstehen „produktive Spannungen“ (NEUHÄUSER 2002, 24). Sinnvoll ist, dass Therapeuten und Frühförderer klare Kriterien für die Beurteilung von Therapien und Förderungen haben und über die jeweils angestrebten kurz- und langfristigen Ziele reflektieren, um die Eigenständigkeit und Motivation des Kindes anzuregen (vgl. WILKEN 1999, 106). Sie sollten auch die Eltern unterstützen, indem sie durch das Aufzeigen realistischer Einschätzungen und Ziele die tatsächlichen Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes darlegen und ihnen eigene Handlungsmöglichkeiten nennen, damit diese sich mit dem Thema Behinderung auseinandersetzen und das gemeinsame Leben mit dem behinderten Kind in der Familie gestalten können. Auf diese Weise können dann Förderdruck und evtl. erhebliche finanzielle und zeitliche Überbelastungen, z.B. durch „Therapietourismus“ und überzogene „Normalisierungsversprechen“, vermieden werden, die sich ergeben, wenn diese Fördermaßnahmen nur im Ausland und/oder in bestimmten Institutionen durchgeführt werden (Petö-Wochen in Budapest, Delphin-Therapie in Florida usw.) (vgl. ebd., 105).

²³ Der Therapie-Begriff ist nicht eindeutig, da man sowohl im medizinisch-therapeutischen als auch im pädagogisch-psychologischen Bereich undifferenziert von Therapie spricht (z.B. Lerntherapie, Erziehungstherapie, Psychotherapie, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie) (SCHMUTZLER ³2000, 116). Bezogen auf das Arbeitsverhältnis zwischen Kind und medizinisch-therapeutischen Mitarbeitern der Frühförderung spricht man eher von „Therapie“; die heilpädagogischen Mitarbeiter der Frühförderung sprechen dagegen traditionell von „Förderung“. Der letzte Begriff hat sich im pädagogischen Bereich seit den Tagen des Deutschen Bildungsrates gehalten (THURMAIR & NAGGL ²2003, 78).

Zwischen Therapie und Förderung wird bei der interdisziplinären Frühförderung nach NEUHÄUSER (2002, 20) meist mehr oder weniger unterschieden, „was Spannungen zur Folge haben kann, nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen Ausbildung und Sichtweise der Mitarbeiter aus dem therapeutischen (medizinischen) und pädagogisch-psychologischen oder sozialen Bereich“. Im dynamischen Förderkonzept sind der Austausch und die Beratung aller betroffenen Fachleute erforderlich. Die jeweiligen therapeutischen, psychologischen und pädagogischen Fördermaßnahmen sollten, unabhängig von den Berufsgruppen, auf einen interdisziplinär abgestimmten Förder- und Behandlungsplan eingestellt und in das jeweils individuelle Gesamtkonzept sinnvoll eingepasst werden. Für das Frühförderpersonal sind folgende Grundsätze der Förder- und Behandlungsplanung zur Gewährleistung qualifizierter Frühförenderarbeit einzuhalten:

- Förderung und Therapie sind handlungs- und alltagsorientiert.
- Sie sind eingebettet in die Lebenswelt(en) des Kindes.
- Die Vorgehensweise ist mit den Eltern bzw. Bezugspersonen fortlaufend abgestimmt.
- Die Einzelbeiträge von Förderung und Therapie sind klar beschrieben, fachlich begründet, aufeinander abgestimmt und orientieren sich an gemeinsam erarbeiteten Zielen.
- Die Zielsetzungen von Förderung und Behandlung werden so formuliert, dass sie sachgerecht dokumentiert und evaluiert werden und die Eltern sie verstehen können.
- Der Einsatz der entsprechenden Fachkräfte nach Art, Häufigkeit, Dauer, Ort, zwischenzeitlichen Fallkonferenzen, Dokumentationsart und dem Einsatz eventuell notwendiger Hilfen oder Hilfsmittel ist entsprechend begründet und folgt nicht nur den organisatorischen Bedingungen der beteiligten Einrichtung(en).
- Die Einbeziehung von anderen Diensten und Institutionen bzw. die Vernetzung mit ihnen ist benannt, begründet und zeitlich bestimmt

(VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. 2004, 45f.).

Bei der Durchführung des Förderplans sollten die individualisierte Indikationsstellung, die psychosozialen Bedingungen und interfamiliäre Beziehungen in Betracht gezogen werden, um die physische, psychische und finanzielle Belastung und Zumutung in der Therapie und Förderung zu vermeiden (vgl. NEUHÄUSER 2002, 25). Hervorzuheben ist hier statt der Therapie- und Fördermethode die Beziehung in der Therapie und Förderung. Sie ist als ein Beziehungssystem zu verstehen, in welchem das Kind, die Eltern und der Therapeut/Frühförderer in einem Dialog stehen (vgl. SCHLACK 2000, 37; NEUHÄUSER 2002, 25; WEISS 2002;

HACKENBERG 2003; THURMAIR 2003b; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 123f.). Wesentliche Kriterien sollten darüber hinaus die Unterstützung der Eigenaktivität des Kindes, die Beachtung seiner Autonomie und die Stärkung seines Selbstwertgefühls sein (vgl. NEUHÄUSER 2002, 25; vgl. Kap. 3.3.2.4). Die theoretische Umsetzung dieser Einsichten ist aber nicht selbstverständlich und auch nicht leicht, so dass Ausbildung, Fortbildung, Selbsterfahrung und Supervision notwendige Voraussetzungen darstellen (vgl. SCHLACK 2000, 37; HACKENBERG 2003). Letztlich ist der Förder- und Behandlungsplan nicht festgelegt; er sollte nach einigem Zeitabstand, wie die Verlaufsdiagnostik, überprüft werden. Dabei spielt die aktive Zusammenarbeit mit den Eltern eine wesentliche Rolle. Im Folgenden werden einige wichtige medizinisch-therapeutische, psychologische und pädagogische Fördermaßnahmen dargestellt.

3.6.4.1 Medizinisch-therapeutische Fördermethoden

(1) Physiotherapie (Krankengymnastik)

Die Methoden der Physiotherapie beruhen auf den neurophysiologischen Erkenntnissen, die sich an der Entwicklung des Nervensystems orientieren und die Entfaltung seiner Funktionen unterstützen sollten. Die Aufgabe der Physiotherapeuten in der Frühförderung konzentriert sich auf

- die Sensormotorik (mit Haltungskontrolle und motorischem Lernen) und die Koordination;
- die Atmung, Nahrungsaufnahme, Eigenregulation und Durchblutung;
- die Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer, die Schmerzlinderung;
- die Hilfsmittelversorgung, -anpassung, -schulung

(THURMAIR & NAGGL ²2003, 152; vgl. auch ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 4).

Neben der klassischen Therapie (z.B. BOBATH²⁴ und VOJTA²⁵) kommen auch eine Reihe von anderen Physiotherapien für Kinder und Eltern zum Einsatz. Einige häufig genutzte Therapien sind beispielsweise

²⁴ Das BOBATH-Konzept richtet sich auf „Verbesserung der Haltungskontrolle gegen die Schwerkraft und dabei Regulierung des Muskeltonus durch Anbahnung (Fazilitation) koordinierter Bewegungsmuster sowie Hemmung abnormer Haltungs- und Bewegungsmuster in alltagsnahen und spielerischen Situationen“ (BUNDESVEREIN

- Orofaziale Regulationstherapie nach Castillo MORALES²⁶,
- PETÖ-Bewegungstherapie²⁷,
- Therapie nach FELDENKRAIS²⁸.

(2) Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

In der Ergotherapie steht die Entwicklung der feinmotorischen Fähigkeiten und der Wahrnehmung im Mittelpunkt. Förderziele richten sich auf

- die Alltagsbewältigung und Handlungskompetenz, die Selbständigkeit²⁹;
- die Grob- und Feinmotorik, Koordination, Kraft, Ausdauer;
- die Wahrnehmungsverarbeitung, Sensorische Integration³⁰, Körperwahrnehmung, das Körper selbst und die Sensibilität;

NIGUNG LEBENSHILFE⁵1998, 27; empfohlen wird hier die Artikel von OHRT & GEENEN 2004 über das BOBATH-Konzept).

²⁵ Bei der VOJTA-Methode handelt es sich im Wesentlichen um „Anbahnen von Bewegungsmustern in bestimmten Körperstellungen über Reflexe und Reaktionen“ (ebd.; empfohlen wird hier die Artikel von MÜLLER 2004 das VOJTA -Prinzip).

²⁶ Sein Therapiekonzept unterschied anfangs zwischen Neuromotorischer Entwicklungstherapie (NET) und Orofazialer Regulationstherapie (ORT). „Seit 1997 werden die beiden Therapieschwerpunkte nicht mehr getrennt unterrichtet, da eine Behandlung im orofazialen Bereich ohne Berücksichtigung und Stabilisierung des Haltungshintergrundes wenig erfolgversprechend ist“ (ENDERS 2000, 39). Das heißt, bei der orofazialen Regulationstherapie handelt es sich nicht allein um den orofazialen Bereich, sondern die gesamten Störungen und Beeinträchtigungen werden in Betracht gezogen.

²⁷ In der Sonderpädagogik wird sie als Petö-Bewegungspädagogik bzw. Konduktive Pädagogik/Förderung bezeichnet. Die Behandlungsmethode des ungarischen Arztes Dr. PETÖ in Budapest ist keine reine Physiotherapie, sondern sie dient, wie bei BOBATH, der Erziehung zur Selbstständigkeit (SCHMUTZLER³2000, 170; vgl. dazu HORSTMANN & OSKAMP 2000, 51). Ziel ist nach WEBER (1997, 156) „die gesamte Persönlichkeitsentwicklung: weitgehende Unabhängigkeit von Hilfsmitteln bzw. Personen im Bereich der motorischen Grundfähigkeiten (Sitzen, Stehen, Gehen, Laufen, Feinmotorik) und koordinativen Eigenschaften, Auf- und Ausbau intellektueller und sozialemotionaler Fähigkeiten (Sprache, Kulturtechniken, psychosoziales Handeln) sowie Selbstständigkeit im lebenspraktischen Handeln (Essen, Kleiden, Hygiene)“. Die PETÖ-Bewegungstherapie wird in der Gruppen- oder Teilgruppenarbeit angewandt, selten in der Einzeltherapie. Dabei handelt es sich um eine stationäre Behandlung mit einem festen und strukturierten Stundenplan; die Zeiträume reichen von groben Halbjahresübersichten über Monats- und Wochenprogramme bis hin zu Tagessequenzen (vgl. ebd., 162). Das rhythmische Intendieren liegt bei dem Konduktor, der so die Übungen der Kinder steuert und den gesamten Förderplan organisiert.

²⁸ Die frühe Entwicklungsphase des Kindes bezeichnet Moshe FELDENKRAIS als „organisches Lernen“ (SHELHAV 2000, 276). Die FELDENKRAIS-Methode versteht sich, ausgehend von dem Begriff der „Bewusstheit“ als die Einheit von Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Bewegung als Lernprozess, der primär über die Bewegung, also körperlich, ausgeübt, gespürt und erfahren wird (ebd.).

²⁹ Nach AFFOLTER sind „gespürte Erfahrungen in der Interaktion in Form problemlösender Alltagsgeschehnisse die Wurzel der Entwicklung“ (Wurzelmodell) (vgl. SONDEREGGER 1997, 138). Der ideale Rahmen der Behandlung findet im Alltag zu Hause durch „Führen“ statt. Daher sind Alltagsgegenstände Arbeitsmaterial, um sinnvolle, für das Kind bedeutungsvolle, Ziele zu erreichen (vgl. ebd., 145).

³⁰ Dieser Begriff stammt von A. Jean AYRES. Bei ihrer „Sensorischen Integration“ handelt es sich um die natürliche Reihenfolge der Integrationsfunktionen in vier Ebenen eines hierarchischen Stufenmodells: (1) erste Ebene: Verbindung von Berührungsreizen, die vom taktilen System aufgenommen werden und Integration der vestibulären und der kinästhetischen (propriozeptiven) Sinnesreize; (2) zweite Ebene: sensorische Integration der taktilen, vestibulären und propriozeptiven Grundsinn; (3) dritte Ebene: Einbeziehung von auditiven (akustischen) und

- kognitive Funktionen, sozioemotionale Kompetenzen, Interaktionsfähigkeit und Ausdrucksverhalten;
- Umfeldanpassung;
- die Hilfsmittelversorgung, -anpassung, -schulung
(THURMAIR & NAGGL ²2003, 153; vgl. ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 4).

(3) Logopädie/Sprachtherapie

Die Logotherapie zielt auf die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit des Kindes ab. Dabei lernt das Kind, wie es seine Gefühle und Bedürfnisse durch Gestik, Mimik und Sprache ausdrücken kann. Hauptaufgaben der Logopäden liegen in

- der Atmung, der Haltung/dem Tonus, der Sprech-/Schluckmotorik und Wahrnehmung (taktil-kinästhetisch, auditiv);
- der Artikulation/Lautbildung, Phonation, dem Sprechablauf, dem Sprachverständnis und der Sprachproduktion;
- der Hirnleistung/Konzentration, dem Sprachgedächtnis, der Kommunikationsfähigkeit;
- der Hilfsmittelversorgung, -anpassung, -schulung
(THURMAIR & NAGGL ²2003, 153; vgl. ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 4).

(4) Mototherapie

Die Mototherapie basiert auf der Psychomotorik von KIPHARD (¹¹2002). Im pädagogisch-psychologischen Bereich wird sie als Motopädagogik bezeichnet, die sich als Persönlichkeitsbildung über motorische Lernprozesse versteht. Sie richtet sich auf

- die Erweiterung der Bewegungsmöglichkeiten des Kindes;
- die Vergrößerung seines Erfahrungs- und Handlungsspielraums;

visuellen (optischen) Reizen in den Verarbeitungsprozess; (4) vierte Ebene: Integration aller Sinne – Endprodukt der „Sensorischen Integration“ (vgl. AYRES ⁴2002). Anders als AFFOLTER findet die Behandlung nach AYRES in der speziellen, auf die Bedürfnisse des Kindes ausgerichteten Umwelt statt, die zu Hause so nicht anzutreffen ist. Es gibt deshalb vielfältige Angebote in einem großen Raum, in dem spezielle Gegenstände zum Schaukeln, Drehen, Rollen, Klettern, Kriechen usw. zur Verfügung stehen. Das AFFOLTER- und AYRES-Konzept wird oft in der Sonder- und Heilpädagogik verwendet.

- die Gestaltung des Bewegungsraums, spezieller psychomotorischer Übungsgeräte und der sozialen Möglichkeiten der Arbeit in kleinen Gruppen (Einzelförderung als Ausnahme) (vgl. BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE ⁵1998, 27).

3.6.4.2 Psychologische Behandlung

Die psychologische Behandlung umfasst

- die psychologische Verhaltensmodifikation;
 - den Aufbau kognitiver Kompetenzen und Lernförderung;
 - den Aufbau von Handlungskompetenz und Alltagsfertigkeiten;
 - die allgemeine Entwicklungsförderung
- (vgl. ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 5).

Außerdem werden einzelne differenzierte und vertiefte Therapien verwendet, z.B.

- Spieltherapie (zur Entwicklung der Spielfähigkeit und zur Behandlung psychosozialer Störungen, zur Wiederherstellung des emotionalen Erlebniszusammenhanges über die Wahrnehmung und Akzeptanz der eigenen Gefühle und der Gefühle anderer);
- Festhaltetherapie (Förderung der Kontaktaufnahme, besonders bei autistischen Kindern);
- das Klapp'sche Kriechverfahren (ein bewegungstherapeutisches Zusatzverfahren nach Rudolf KLAPP und Annemarie KORTH, das bei zentralbewegungsgestörten Kindern angewendet werden kann, die zumindest kriechen können) (vgl. SCHMUTZLER ³2000, 170f.);
- Musiktherapie, z.B. als ein Zusatzverfahren zur Entwicklung des Körperschemas und der Raumorientierung mit Hilfe der Orff'schen Musik (vgl. ebd.) oder als ein Weg für die Unterstützung der Mutter-Kind-Bindung durch frühe musikalische Intervention (vgl. NÖCKER-RIBAUPIERRE 1999);
- Schwimmtherapie (z.B. werden nach dem Konzept von J. MCMILLANs Halliwick-Schwimm-Methode die hydraulischen Eigenschaften des Wassers – weniger Kraftaufwand für das Kind – zur Nutzung der Bewegungsförderung herangezogen) (vgl. SCHMUTZLER ³2000,171f.).

3.6.4.3 Pädagogische Fördermaßnahmen

Bei den pädagogischen Fördermaßnahmen wird eine umfassende Beeinflussung von Kind und Umwelt durch „Ganzheitlichkeit“ (Kap. 3.4.4.1) angestrebt. In der Praxis können aber oft nur Teilaspekte realisiert werden. Die pädagogischen Ziele stützen sich auf die unterschiedlichen Theorien, die in die jeweiligen Annahmen über die Kindheit und über das Menschenbild einer Generation eingebettet sind (vgl. PRETIS 2001, 19f., siehe Tabelle 4).

Das Bild des Kindes	Theoriegebäude und Ziele	Hauptvertreter (Auswahl)	Frage für die Frühförderung
Das bedürftige Kind: „Der Mensch als Mangelwesen“	Psychoanalyse, Bindungstheorie: Frühförderung als Kompensation	S. FREUD, A. FREUD MASLOW, SPITZ, BOWLBY, AINSWORTH, PREKOP	Wie nehme ich die Bedürfnisse des Kindes wahr, wie gelingt es mir, diese mit meinen Interventionsmethoden zu befriedigen?
Das lernfähige Kind: „Der Mensch als Reagierender“	Lerntheorie, Verhaltensmodifikation: Frühförderung als Schaffung von Lernbedingungen	SKINNER, KANFER, PETERMANN	Welche Lernprinzipien nehme ich beim Kind wahr, wie verändere ich Verhalten?
Das Kind im System: „Der Mensch als Teil des Ganzen“	Systemtheorie, ökologisch-systemische Frühförderung als Systemverstörung	BRONFENBRENNER, SATIR, SPECK	Wie kann ich durch mein Handeln Systemregeln verändern?
Das sich selbst stärkende, eigenaktive Kind: „Der Mensch als Gestaltender“	Selbstorganisation, Empowerment: Frühförderung als Impuls zur Autonomie und Gestaltungsfähigkeit	MONTESSORI, WILD RAPPAPORT	Wie gewährleiste ich, dass sich das Kind als Handelnder erlebt, wie mobilisiere ich Kräfte?

Tabelle 4: Das Bild des Kindes in unterschiedlichen Ansätzen (nach PRETIS 2001, 20).

In der Frühförderungspraxis handelt es sich bei den pädagogischen Fördermaßnahmen vielfach um die heilpädagogische Entwicklungsförderung. Sie umfasst folgende Arbeitsschwerpunkte (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 153f.; ausführliche Angaben siehe GRÖSCHKE ²1997, 268-308):

- Förderpflege und basale Aktivierung (Schwerpunkt „Leiblichkeit“)³¹: Pflege/Wohlfinden, taktil-kinästhetische Anregung, „Somatischer Dialog“ durch Berührung, Bewegung, Druck, Spüren, Temperatur; Kommunikation durch Klänge, Stimme usw.;

³¹ Im Hinblick auf die Schwere und Komplexität der „Schwerstbehinderung“ konstituiert sich basale Stimulation nach FRÖHLICH (in SCHMUTZLER ³2000, 177) in folgenden Bereichen: (1) Perzeptionsbereich (soma-

- Psychomotorische Entwicklungsförderung (Schwerpunkt „Bewegung“)³²: Bewegungsfreude, Bewegungskompetenz, Gelenkigkeit, Gleichgewicht, Kraft/Ausdauer, Schnelligkeit, Atmung, Haltung, Rhythmus;
- Heilpädagogische Spielförderung (Schwerpunkt „Spielen“)³³: Funktions-, Konstruktions-, Rollen-, Regelspiele, Materialien und Arrangements (z.B. Kreisspiele), unter Berücksichtigung des spezifischen Ablaufs: Entdecken – Üben – Festigen;
- Heilpädagogische Verhaltensmodifikation (Schwerpunkt „Lernen“)³⁴: Kleine Schritte, Modellieren, systematischer Aufbau, Wiederholen und Üben, Verstärken, funktionelle Übungsprogramme bezüglich der kindlichen Persönlichkeit: Sensomotorik, Wahrnehmung, Sprache, Kognition und Sozialverhalten;
- Kompetenzförderung (Schwerpunkt „Tätigkeit“)³⁵: Kompetenzen z.B. im lebenspraktischen Bereich (Ernährung, Hygiene), im kognitiven Bereich (Ordnen, Zusammenhänge verstehen, Handlungen planen), im sozialen Bereich (Kontaktgestaltung, Konfliktlösung);

tisch, akusto-vibratorisch, haptisch, olfaktorisch, optisch); (2) Aktivitätsbereich (feinmotorisch, koordinatorisch, grobmotorisch); (3) Erhaltungsbereich (Essen, Kontakt).

³² Z.B. der psychomotorische Ansatz nach KIPHARD. Er betrachtet die Psychomotorik als Teil der Motopädagogik und beschreibt die Funktionseinheit und Ganzheitlichkeit von Wahrnehmung, Bewegung und Gefühlen im menschlichen Handeln (vgl. SCHMUTZLER ³2000, 154). Vor allem sind lustvolle Gefühle für die Gesamtentwicklung – speziell durch Spiel und Motivation – entscheidend (ebd.). Andere ähnliche Konzepte sind z.B. visuelle Wahrnehmung nach FROSTIG und sensomotorische Integration nach AYRES (Fußnote 30).

³³ Eine zentrale Rolle spielen die klassische Spielförderung von FRÖBEL (umfassende Bildungsbereiche wie „Bewegungserziehung, Bildung des Ich-, Raum-, Gegenstands- und Zeitbewusstseins, Sinnesbildung, Sprach-, Denk-, Gefühls- und Willensbildung, Sozialerziehung, Hygiene, Ernährung, Sexualerziehung“) (SCHMUTZLER ³2000, 134) und die MONTESSORI-Pädagogik (fünf Förderbereiche: Übungen des praktischen Lebens, Sinnesmaterial, Mathematisches Material, Sprachliches Material und Kosmische Erziehung). Außerdem ist die heilpädagogische Übungsbehandlung nach dem Lehrbuch von OY und SAGI (¹¹1997) von besonderer Bedeutung, wobei die Einübung kindgemäßer und entwicklungsangemessener Fähigkeiten in eine Spielpädagogik eingebettet ist. Deren historische Wurzeln finden sich bei Klassikern wie ITARD, SÉGUIN, FRÖBEL, MONTESSORI und MORGENSTERN. „Die heilpädagogische Übungsbehandlung ist grundsätzlich auf die Gesamtförderung, d.h. auf die Förderung der emotionalen, sensorischen, motorischen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten ausgerichtet“ (OY & SAGI ¹¹1997, 67). Es gibt Übungen zur Sprachentwicklung, dem Einsatz von Bilderbüchern, die rhythmisch-musikalische Erziehung und Hilfen zur Elternarbeit bzw. -anleitung. Außerdem stellen sie zur Diagnose, Aufstellung eines Förderplanes, zur Protokollierung und Auswertung der Fördermaßnahmen sowie umfänglich praktische Anweisungen über das Buch zur Verfügung.

³⁴ „Im menschlichen Lernen kommt der Wiederholung situativ erfahrener Reiz-Reaktions-Verknüpfungen, d.h. der Übung, eine wichtige konsolidierende Bedeutung für den Lernerfolg zu“ (GRÖSCHKE ²1997, 298). Übungs- und Trainingsverfahren sind daher immer funktionsorientiert. Jedoch besteht die Gefahr der einseitigen Überbetonung bestimmter Fähigkeitsbereiche. Die für die Vermittlung komplexer Verhaltensmuster wie Fähigkeiten und Fertigkeiten wichtigste Lerntheorie ist die sozialkognitive Theorie vom „Lernen am Modell“ und „Beobachtungslernen“ nach BANDURA (vgl. GRÖSCHE ²1997, 298). Hier spielen die Konzeptionen der „Arbeit an der Wurzel“ von AFFOLTER und der „Sensorischen Integration“ von AYRES auch eine wichtige Rolle (vgl. Fußnoten 29, 30).

³⁵ Im „Heidelberger Kompetenzinventar“ (HKI HOLTZ 1994, zit. nach GRÖSCHE ²1997, 303f.) wird das zu erhebende Kompetenzprofil etwa nach folgenden Bereichen gegliedert: praktische Kompetenz (lebenspraktische Fertigkeiten, z.B. Ernährung, Hygiene), kognitive Kompetenz (z.B. Lesen, Rechnen, Umgang mit Geld, Orientierung) und soziale Kompetenz (z.B. Lern- und Arbeitsverhalten, Selbstkontrolle, Kooperation, soziale Regeln). Außerdem gewann der aus Schweden stammende Ansatz der Einzel- und Gruppenförderung (SIVUS-Methode) international weite Beachtung und Anwendung (WALUJO & MALMSTRÖM 1996 in GRÖSCHKE ²1997, 304ff.).

- Kommunikationsförderung (Schwerpunkt „Sprachlichkeit“)³⁶: Sprachliche sowie außersprachliche Kommunikation, Rollenübernahme, Symbolisierungskompetenz, Kommunikations-Gelegenheiten, Sprachanbahnung, Hilfen und Angebote bei der Lautbildung, Satzbildung und in der Sprechflüssigkeit.

3.6.5 Familienorientierte Arbeit in der Frühförderung

Die Frühförderung orientiert sich nicht allein an der kindzentrierten Therapie und Förderung, sondern auch an den Bedürfnissen der Eltern und Familie. Die Therapie und Förderung des Kindes und die Begleitung und Beratung der Eltern laufen im Förderprozess daher parallel und sind miteinander verbunden. Die Familie gilt als ein System und lenkt das Augenmerk auf andere Mitglieder, z.B. Geschwisterkinder und Großeltern. Auch weitere Verwandte, Freunde und Bekannte können zu einem Faktor im System Familie werden. Daher ist eher der Begriff der „Familienarbeit“ als der der „Elternarbeit“ angebracht (PRETIS 2001, 114).

Die Lebenssituation und das Zusammenleben einer Familie mit einem behinderten oder von Behinderung bedrohten Kind ändern sich grundlegend. Die Situation der Eltern eines behinderten Kindes wird durch eine Reihe von Veröffentlichungen von Eltern und von Fachleuten beschrieben. I.d.R. sind die Eltern besorgt, beunruhigt und geängstigt. Sie setzen sich erheblicher Belastung aus und leisten 95% des (erhöhten) Versorgungsaufwandes für ihr Kind selbst (DEUTSCHER BUNDESTAG 1994, 78 in SOHNS 2000b, 85). So lange die Behinderung noch nicht sicher festgestellt ist, belastet die Ungewissheit die Eltern häufig. Eine endgültige Diagnose bewirkt bei Eltern meistens zweierlei: einerseits Schock und Verzweiflung, andererseits aber auch Gewissheit und damit eine Art Entlastung (vgl. HINZE 1992, 152; vgl. auch SOHNS 2000b, 75ff.).

Die Verarbeitungsprozesse (Coping-Prozesse) von Eltern mit einem behinderten Kind können in aufeinander folgenden Phasen modellhaft beschrieben werden (z.B. EULITZ & GEBHARDT 1996; JONAS⁵1996; SCHUCHARDT¹¹2002). KLAUSS (1999, 79 in THURMAIR

³⁶ In der Sonder- und Heilpädagogik ist häufig statt Sprachheiltherapie der Terminus Sprachheilpädagogik im Gebrauch. Es gibt den Methodenstreit zwischen Anhängern der Lautsprachmethode und der Gebärdensprachmethode. In der aktuellen Sprachheilpädagogik herrscht aber unumstritten die fachliche Sicht vor, dass bei der Herausbildung von Sprachauffälligkeiten mehrere Entwicklungsdimensionen (Sensomotorik, Kognition, Sprache, Emotion, Soziabilität) auf unterschiedlichen Ebenen in der Art eines dynamischen Netzwerks verknüpft sind (GRÖSCHKE²1997, 305ff.). Dabei ergeben sich für Diagnose, Entwicklungsförderung und Therapie zwei zentrale Handlungsprinzipien: „Personorientierung“ („Individualisierungsprinzip“) und „Systemorientierung“ („Ganzheitsprinzip“) (ebd., 307).

& NAGGL ²2003, 203) kritisiert bei einem solchen Modell von Phasen der Krisenverarbeitung, „dass es Normen schafft und Professionelle dazu verführt, Eltern einzuordnen, wie weit sie in der Bewältigung bereits sind“. Für jede Familie und jeden Elternteil läuft die Bewältigung im Verlauf des Verarbeitungsprozesses individuell unterschiedlich ab.

Ein anderes Problem ergibt sich aus einem zu euphorischen Glauben an Therapie und Förderung. In der Tat sind sie keine Allheilmittel. Es bestehen auch Grenzen der therapeutischen und pädagogischen Fördermaßnahmen – vor allem bei eindeutigen Behinderungen – und damit bleibende Beeinträchtigungen. Die Frühförderung soll den Klärungsprozess der Eltern und die Umorientierung der Familie auf das Leben mit der Behinderung sowie der damit verbundenen Behandlung langfristig unterstützen, damit das Leben der gesamten Familie neu gestaltet werden kann.

Manche Familien bewältigen diese neuen Konfliktsituationen aus eigener Kraft. Die meisten Familien brauchen jedoch Hilfen und Unterstützung von außen. Die familienorientierte Arbeit entwickelte sich im Laufe der Jahre in unterschiedlichen Formen, ähnlich wie die Methodenvielfalt der Therapie und Förderung. Im Allgemeinen spricht man von Anleitung, Begleitung, Beratung und ggf. psychotherapeutisch orientierter Beratung der Eltern. Dabei handelt es sich nach der gegenwärtigen Frühförderliteratur (z.B. PETERANDER & GIARDINA 1996, 75ff.; SARIMSKI 1996, 97; STEINEBACH 1997, 17f.; BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE ⁵1998, 6ff.; ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 5-8; SOHNS 2000b, 88ff.; THURMAIR & NAGGL ²2003, Kapitel 7; WARNKE ³2003, 307) um folgende Schwerpunkte der interdisziplinären Familienarbeit in der Frühförderung:

- Vermittlung von Informationen über die Behinderung und die Entwicklungsperspektive des Kindes;
- Vermittlung von Interaktions- und Erziehungskompetenzen an Eltern (in der Förderstunde oder/und in speziellen Elterntrainingskursen), die die gesamte Entwicklung im Bereich der Kognition, der Sprache, der Motorik, des Sozialverhaltens und der Selbständigkeit des Kindes unterstützen;
- Stärken der elterlichen Entscheidungskompetenz im System der Förder- und Therapieangebote;
- Beratung und Aufklärung der Eltern;
- Kooperation zwischen Eltern und Fachleuten bei der Kindförderung;

- Bearbeitung personaler bzw. familiärer Dynamiken und Angebot bzw. Überweisung für eine psychologische Beratung, um die Alltagsbelastungen, langfristigen Sorgen und Einschränkungen zu bewältigen und ein emotionales Gleichgewicht zu finden oder aufrechtzuerhalten;
- Aufbau sozialer Netzwerke für Familien;
- Vermittlung möglicher sozialer und finanzieller Entlastungen und Hilfen im materiell-organisatorischen Bereich;
- Hilfe zur Bildung von Elterngruppen bzw. -organisationen.

Die familienorientierten Hilfsangebote stellen eine langfristige Begleitung dar, die in die Gestaltung des Frühförderungsprozesses eingebettet sind. THURMAIR & NAGGL (²2003, 207; vgl. ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 6f.) listeten vor allem die unterschiedlichen Schwerpunkte der eltern- und familienbezogenen Hilfen in den verschiedenen Phasen des Förderprozesses auf.

In der Frühförderung ist unabhängig von den Formen in der familienorientierten Arbeit die Dimension der Beziehungsgestaltung der Fachkräfte mit den Eltern (Familien) entscheidend (vgl. EMLEIN 2001; THURMAIR 2003b, 16; vgl. auch Kap. 3.6.4). Dabei wird die Frühförderung als „soziales Hilfesystem“ betrachtet, das den Aspekt einer Dienstleistung umfasst und in dem die Eltern als die Klientel die Entscheidungshoheit haben, denn Hilfe kann und darf man ausschlagen (vgl. EMLEIN 2001, 52).

Die familienorientierte Frühförderung bietet ihre Hilfe und fachliche Beratung auch auf sozialer und finanziell-rechtlicher Ebene an. Aufgrund ihrer administrativen Rahmenbedingungen sind jedoch die sozialpädagogischen Hilfsangebote beschränkt. Sie dienen der Entlastung der überforderten Familien und sind gesetzlich garantiert.

Eine offene erzieherische Hilfsform stellt im Rahmen der *KJHG* §§ 27-35 die sozialpädagogische Familienhilfe dar. Die Mitarbeit eines Familienhelfers in der Familie (10-15 Stunden in der Woche über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren je nach Bedarf) soll die Entwicklung der Minderjährigen, die Verbesserung der Interaktionen der Familienmitglieder untereinander und des Erziehungsverhaltens der Eltern fördern (vgl. KOCH 1999, 120f.). Zusätzlich können weitere Frühfördermaßnahmen gewährt werden, z.B. mobiler Dienst, Kinderkrippen/-gärten, Tagesmütter. Bei Bedarf soll den Eltern finanzielle Hilfe vermittelt werden, z.B. Gewährung

von Pflegegeld, Nachteilsausgleich, Sozialhilfe, Schwerbehindertenausweis. In Extremfällen, z.B. bei körperlicher/emotionaler Misshandlung/Vernachlässigung, Suchterkrankungen der Eltern oder eines Elternteils oder sexuellem Missbrauch, können rechtliche Eingriffe wie Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechtes, Entzug des Sorgerechts oder außerfamiliäre Obhut vorgenommen werden (vgl. Kap. 3.8.1).

Im Rahmen einer explorativen Pilotstudie eines Sozialpädiatrischen Zentrums im Jahre 1994 hat GOLL-KOPKA (1997, 77) berichtet, dass von den betreuten 364 Kindern 60 Kinder (16,5 %) von mindestens einem der untersuchten Deprivationskriterien „Körperliche Misshandlung, Körperliche Vernachlässigung, Emotionale Misshandlung, Emotionale Vernachlässigung, Sexueller Missbrauch“ betroffen waren. Schwere Misshandlung und massive Vernachlässigung über einen längeren Zeitraum können sowohl die emotionale und soziale Entwicklung als auch die kognitiven Fähigkeiten (vor allem Gedächtnisleistungen) der Kinder bis ins Erwachsenenalter erheblich beeinträchtigen (vgl. SÜSS-BURGHART 2002). Die Mitarbeiter in der Frühförderung sollen daher bei Gefährdungen des körperlichen, geistigen und seelischen Wohls des Kindes möglichst frühe Elternberatung ermöglichen und eventuell weitere Hilfen, z.B. eine Psychotherapie, vermitteln.

Nicht jede Familie braucht gleichermaßen umfangreiche und intensive Unterstützung. „Voraussetzung für das Gelingen dieses individualisierten und flexiblen Konzepts früher Hilfen ist der Respekt vor den individuellen Bewältigungswegen und der Autonomie der Eltern sowie eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Arbeit durch Teamgespräche, berufsübergreifende Fort- und Weiterbildung und Supervision“ (SARIMSKI 2000a, 311).

3.6.6 Öffentlichkeitsarbeit

Im Zusammenhang mit der grundlegenden Prävention spielt die Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle. Im Rahmen der Fachöffentlichkeit ist ein regelmäßiger Informationsaustausch, z.B. durch Mitwirkung in lokalen und regionalen Arbeitskreisen, unentbehrlich. Im Hinblick auf die allgemeine Öffentlichkeit sollten Angebote der frühen Hilfen, z.B. durch Massenmedien wie Presse, Hörfunk und Internet, regelmäßig vorgestellt werden. Überdies kann die Öffentlichkeit durch Informationsblätter und Broschüren, Elterninformationsabende und Tage der offenen Tür informiert werden.

Für die Frühförderung stellt die Öffentlichkeitsarbeit darüber hinaus eine unentbehrliche politische Aufgabe dar. Nur dank öffentlichen Engagements und öffentlicher Unterstützung müssen sich Kinder mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und ihre Familien nicht mehr in ihre eigene Welt zurückziehen, sondern können sich aktiv in die Gemeinschaft und Gesellschaft integrieren. WEISS (vgl. 2000b, 189) betrachtet daher die Öffentlichkeitsarbeit als eine zentrale Aufgabe „früher Hilfen“. Die Situation ist nach SOHNS (vgl. 2000b, 101) seit den 1990er Jahren von einem Rückgang des gesellschaftlichen Engagements geprägt, wobei erhöhte Bemühungen notwendiger wären denn je.

3.6.7 Möglichkeiten der unterstützenden Strukturen in der Frühförderung

Die Arbeit mit der Familie ist nicht allein die Aufgabe des Frühförderers. Vielmehr ist sie ein Zusammenwirken unterschiedlicher Hilfen von allen an der Frühförderung beteiligten Fachleuten, die aufeinander abgestimmt werden sollten.

Aus einigen Praxiserfahrungen wird die Notwendigkeit eines „Zwei-Personen-Modells“ gefolgert, das in unterschiedlicher Akzentuierung umgesetzt ist (vgl. THURMAIR & NAGGL²2003, 129ff.). Beispielsweise macht der Psychologe den Eltern das Angebot einer umfassenden Elternberatung, wenn er in der Aufnahmephase den Eindruck hat, dies könnte sinnvoll sein. Ebenso kann ein solches Angebot vom Psychologen kommen, wenn der betreuende Kollege dies für wünschenswert hält und das gegenüber dem Psychologen bzw. im Team zum Ausdruck bringt (vgl. ebd., 129; z.B. Frühförderstelle B in ebd., 43-46). Der Förderprozess kann auch von Anfang an in den Händen zweier Personen liegen, von denen eine ihren Schwerpunkt in der Förderung oder Therapie des Kindes hat, die andere als Berater dient (vgl. ebd.; z.B. Frühförderstelle C in ebd., 47ff.).

EMLEIN & BOLLER (1995, 2) bezeichnen das Zwei-Personen-Modell als „systemische Kontextgespräche“, wobei Probleme nach ihren Ansichten interaktionell bzw. kommunikativ in der systemischen Perspektive aufrechterhalten werden. Ihre Konzeption des Zwei-Personen-Modells (ebd., 3f.) beschreiben sie folgendermaßen: „Eine Person widmet sich schwerpunktmäßig dem Kind und dessen Förderung. Die zweite Fachkraft behält den Überblick über den Kontext; sie hat die Aufgabe, die Kontextgespräche zu moderieren. Teamgespräche im Abstand von 2 bis 3 Wochen machen es möglich, dass beide Seiten sich gegenseitig auf dem Laufenden halten.“ Unter „Kontextgesprächen“ versteht man in diesem Modell

Gespräche, in denen über die Frühförderung selbst, oder auch über Probleme geredet werden soll, die im Zusammenhang mit der Frühförderung stehen und bei denen je nach Thema oder Problem neben den Eltern weitere Personen (z.B. Erzieher aus dem Kindergarten) anwesend sein können (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 130).

Eine andere Möglichkeit sind regelmäßige Elterngespräche in Begleitung zu Förderung und Therapie. Die Gespräche finden zu dritt in einem „triangulären Setting“ statt (Mutter, Frühförderer, Berater) (KÖLLERER 1991 in THURMAIR & NAGGL ²2003, 130). Darin kommen die Sichtweisen der Beteiligten im Förderprozess zur Sprache und dem Entstehen „konkurrierender Dyaden“ (Mutter und Frühförderer gegen das Kind; Frühförderer und Kind gegen die Mutter; Mutter und Kind gegen den Frühförderer ...) wird gegengesteuert (vgl. ebd.).

Im Rahmen der innerinstitutionellen fachlichen Angebote begleiten Zwei-Personen-Modelle sowohl das Kind als auch die Eltern sowie die Familie im Frühförderprozess und stellen sich auf ihre Bedürfnisse ein. Sie unterstützen die Frühförderer bei ihrer Arbeit. Allerdings betrachten auch andere Fachleute die institutionelle Trennung von Beratung und Förderung/Therapie als unumgänglich. Als Mutter eines behinderten Kindes einerseits und als Vorsitzende eines Behindertenverbandes andererseits erlebte NIESS (1995, 139) selbst, „dass Beratung oft gesucht, aber nicht gefunden wird, während sie in anderen Fällen aufgedrängt wird und damit fast zwangsläufig zur Verletzung der Eltern bzw. Mütter führt, ohne den teilweise durchaus gut gemeinten Effekt erreichen zu können“. Die institutionelle Trennung von Förderung und Beratung betrachtet die Autorin (vgl. ebd., 139f.) als Vorzug, da sie Klarheit der Fachleute über ihren Auftrag schafft und den Eltern Schutz vor ungebetener Beratung gewährt (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 131). Daneben mangelt es in den eigenen Institutionen nicht selten an qualifiziertem Fachpersonal für die Beratung, die durch Fort- und Weiterbildung verbessert werden sollte.

In diesem Zusammenhang ist es daher erforderlich, die Grenzen fachlicher Beratung zu beachten. Zwei Grundsätze lassen sich für die Beratung ableiten (vgl. ebd., 188): Erstens ist Beratung nur sinnvoll, wenn die Zusammenarbeit funktioniert; zweitens erfolgt Beratung nur auf Wunsch der Eltern. Wichtig ist vor allem, dass sowohl die interne als auch die externe interdisziplinäre Kooperation als Grundlage einer erfolgreichen familienorientierten Arbeit verstanden wird. Für die Fachleute soll eine unterstützende Struktur im Förderprozess sichergestellt werden, z.B. Fachbesprechungen, Hospitationen von Kollegen mit ergänzenden Qua-

lifikationen und Erfahrungen, klärende oder helfende Gespräche mit kompetenten Beratern der Stelle, kollegiale Beratung, interne und externe Supervision (vgl. ebd., 103).

Unverzichtbar ist darüber hinaus die Berücksichtigung von Stellung und Anspruch der Eltern und Fachleute. „Wenn Eltern, die Hilfen für ihr Kind suchen, sich an die Fachleute der Frühförderung wenden, müssen letztere zunächst die Erwartungen der Eltern, ihre Fragen zur Erziehung und Förderung des Kindes herausfinden. Diese Erwartungen bestimmen den Anspruch der Fachleute mit. Fachlichkeit besagt hierbei einerseits ein intensives Eingehen auf die Situation der Familie, andererseits aber auch, die immer wieder notwendig werdende Distanz zur Familie und zum Kind herzustellen. Familie und Fachleute versuchen beide, ihre Vorstellungen miteinander in Einklang zu bringen und erkunden gemeinsam, inwieweit sich ihre je eigenen Ideen dabei verwirklichen lassen“ (BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE⁵1998, 10)

Weder besetzen die Mitarbeiter in der Frühförderung einseitig die allmächtige Therapeuten- oder Helferrolle noch die Eltern die passive Hilfeempfängerrolle. Unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen familiären Voraussetzungen sollen den Eltern und der gesamten Familie individuelle Hilfen gegeben werden, um vorhandene Unsicherheiten abzubauen, aufkommende Ratlosigkeit zu vermeiden und die Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken (vgl. ebd., 11). Die persönlichen Fähigkeiten der Eltern können durch den Förderprozess neu entdeckt werden.

3.7 Institutionen der Frühförderung

3.7.1 Vielfalt und Vernetzung der Organisationsstrukturen

Infolge der historischen Entwicklung des organisatorischen Aufbaus ist heute eine institutionelle Vielfalt und Vernetzung in Deutschland vorhanden. Anfangs wurden vor allem ambulante Hilfsformen durch frei praktizierende Fachkräfte aus dem medizinischen Bereich aufgegriffen: Arztpraxen für Kinderheilkunde bzw. kinderpsychiatrische Praxen und freie Praxen der so genannten Heilhilfsberufe (Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie) (vgl. WAGNER-STOLP 1999, 21). Sie stellten vielerorts erste Anlaufstellen für Familien mit entwicklungsgeschädigten Kindern dar. Mitunter entwickelten diese privatwirtschaftlich organisierten

Ansätze interessante örtliche Modelle von Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren usw. (vgl. ebd.).

In der Mannigfaltigkeit der unterschiedlichen Organisationsformen im System Frühförderung spiegeln sich gegenwärtig die föderalistischen Strukturen in der Bundesrepublik wider. Im Überblick sind zunächst folgende organisatorisch-strukturelle Konzepte in den einzelnen Bundesländern zu unterscheiden (vgl. THURMAIR 1998, 60; WAGNER-STOLP 1999, 22; SOHNS 2000b, 146/245/313):

- In einigen Bundesländern stützte sich die Entwicklung der Frühförderstellen auf staatliche Initiativen und Anreize (z.B. Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen); in anderen Bundesländern wurde die Frühförderung vorrangig von freien Trägern innerhalb bestehender gesetzlicher Möglichkeiten organisiert.
- Die meisten Frühförderstellen sind in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege organisiert und bieten sowohl mobile als auch ambulante Förderung.
- Im Gegensatz zu den westlichen Bundesländern ist in den östlichen Bundesländern eine recht hohe Anzahl von Einrichtungen ausschließlich ambulant tätig.
- Es gibt Bundesländer, die frühe Hilfen nahezu ausschließlich über Sozialpädiatrische Zentren und deren Dependenz anbieten, also über ärztlich geleitete Spezialeinrichtungen. In diesen Bundesländern fehlt das Angebot der mobilen pädagogischen Hausfrühförderung fast völlig (beispielsweise in Rheinland-Pfalz). Auch in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen (mobile pädagogische Frühförderung nur nachrangig oder gar nicht gewährleistet) und Berlin (pädagogische Frühförderung im Wesentlichen durch die Betreuung in Kindertagesstätten) ist die Versorgung vorwiegend auf medizinisch geleitete Zentren ausgerichtet.
- In den neuen Bundesländern haben Kindertagesstätten ein besonderes Interesse daran, die Frühförderkinder in ihrem Zuständigkeitsbereich zu halten und durch eine Integrationsbetreuung im Bereich allgemeiner Kindergärten/Kindertagesstätten die eigene Existenzgrundlage zu sichern.
- Neben den allgemeinen Frühförderstellen gibt es für bestimmte Formen der Behinderung spezialisierte Dienste, z.B. für Kinder mit Seh- und/oder Hörstörungen oder für Kinder mit Autismus. Diese arbeiten aufgrund der geringeren Anzahl der Kinder mit überregionalem Auftrag und damit weitem Einzugsgebiet.

In der Fachliteratur über Frühförderung (z.B. THURMAIR 1998, 60; WAGNER-STOLP 1999, 23; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 15) wird die aufgezeigte Vielfalt eher als ein dreigliedriges System dargestellt:

- (1) Überregionale zentrale Einrichtungen im medizinischen Bereich (Sozialpädiatrische Zentren; spezialisierte Kliniken bzw. Fachabteilungen für Neuro- und Sozialpädiatrie): Nach SPECK (2001a, 15) gibt es in Deutschland etwa 130 sozialpädiatrisch organisierte Zentren und ähnliche Institutionen.³⁷ SOHNS (2002, 52) schreibt von bundesweit ca. 120 Sozialpädiatrischen Zentren (vgl. STRASSBURG ³2003a, 21), „jedoch mit regionalen Unterschieden – bspw. gibt es in ganz Mecklenburg-Vorpommern nur 2 Zentren für über 23.000 qkm, sodass dort die Mehrzahl der Landkreise überhaupt nicht erfasst wird [...]“.
- (2) Regionale (im Bereich der Kinder mit Sinnensbeeinträchtigungen auch überregionale) Frühförderstellen: Diese haben ihren fachlichen Schwerpunkt zum großen Teil in den sonder- und heilpädagogischen, psychologischen und sozialpädagogischen Bereichen. Die unterschiedlichen Fachkräfte arbeiten überwiegend in „geschlossenen“³⁸ oder „offenen“³⁹ interdisziplinären Konstruktionen (vgl. BÖLLING-BECHINGER 1998, 31), d.h. sie leisten ihre Arbeit nicht nur durch die direkte Termineinbindung ärztlich-medizinischer Professionen, sondern auch durch offene Formen der interdisziplinären Kooperation bzw. durch einrichtungsintern fest angestellte Ärzte. Nach SPECK (2001a, 15) bestehen in Deutschland etwa 830 solcher Einrichtungen.⁴⁰ PRETIS (2001, 7) spricht von annähernd 1000 Frühförderstellen, die in 25 Jahren im deutschen Sprachraum geschaffen wurden. Die Gesamtzahl der Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen in der Bundesrepublik Deutschland dürfte nach LEYENDECKER (2003, 1) mehr als 1000 erreicht haben.
- (3) Niedergelassene und frei praktizierende Ärzte, Therapeuten, Psychologen und (Heil-) Pädagogen: Diese Dienste stehen z.T. mit den Frühförderstellen in Kooperationsbeziehungen, decken aber auch regionale Bedürfnisse ab, über welche die Frühförderstellen nicht in Kenntnis gesetzt werden.

³⁷ Die Statistik basiert auf dem Verzeichnis der Broschüre für die Frühförderung vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (jetzt: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (SPECK 2001a, 15).

³⁸ Im geschlossenen System arbeiten die Berufsgruppen der Fachbereiche Medizin, Pädagogik, Psychologie und Sozialpädagogik (Sozialarbeit) an der gleichen Institution interdisziplinär zusammen, z.B. die Sozialpädiatrischen Zentren und die interdisziplinär besetzten Frühförderstellen (vgl. BÖLLING-BECHINGER 1998, 31).

³⁹ Im offenen System arbeiten die Berufsgruppen der Fachbereiche Medizin, Pädagogik, Psychologie, Sozialpädagogik (Sozialarbeit), die in verschiedenen Institutionen beschäftigt oder in freien Praxen niedergelassen sind, interdisziplinär zusammen (vgl. BÖLLING-BECHINGER 1998, 31).

⁴⁰ Die Anzahl ermittelte SPECK (2001a, 15) nach den Adressen der Broschüre für die Frühförderung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (jetzt: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung).

Wie sich bei der bereits erwähnten Broschüre „Frühförderung – Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2003a) herausstellt, spiegelt sich die Vielfalt und Vernetzung dieses dreigliedrigen Systems in den verschiedenen Bezeichnungen der unterschiedlichen medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und interdisziplinären Einrichtungsstrukturen wider.

3.7.2 Arbeitskonzeption der Sozialpädiatrischen Zentren und der pädagogischen bzw. interdisziplinären Frühförderstellen im Überblick

Die beiden Konkurrenzmodelle der Anfangsphase, die wohnortnahen Frühförderstellen und die überregionalen Sozialpädiatrischen Zentren, ergänzen sich seit der gesetzlichen Etablierung des ersten Gesundheitsstrukturreformgesetzes (GRG) 1989 gegenseitig (vgl. Kap. 3.3.1.3). Gemäß § 119 *Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)* sollen die Sozialpädiatrischen Zentren mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten (Abs. 2). Die Bundesregierung (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2003a, 8) betont auch die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der Sozialpädiatrischen Zentren mit den Frühförderstellen. Heute bestätigt sich die Notwendigkeit der Existenz beider Typen zur Sicherung der inter-/transdisziplinären Kooperation sowie Koordination. Sie finden ihren Eingang auch in den gesetzlichen Rahmen (Kap. 3.8 ist dieser Thematik gewidmet). In der neuen *Frühförderungsverordnung (FrühV)* spricht der Gesetzgeber wesentlich von zwei Einrichtungsformen, die Maßnahmen der Frühförderung zur Verfügung stellen: Interdisziplinäre Frühförderstellen (§ 3) und Sozialpädiatrische Zentren (§ 4). Strukturelle Unterschiede und komplementäre Funktionen von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen werden in einer Übersicht (Tabelle 5) dargestellt:

Sozialpädiatrisches Zentrum	Frühförderstellen
<ul style="list-style-type: none"> • überregionale Zuständigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • örtliche oder regionale Zuständigkeit
<ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Leitung 	<ul style="list-style-type: none"> • pädagogische oder psychologische Leitung
<ul style="list-style-type: none"> • spezialisierte Einrichtung – Zugang mit Überweisungsschein des Praxisarztes 	<ul style="list-style-type: none"> • offene Anlaufstelle für Erstkontakte
<ul style="list-style-type: none"> • Spezialisierung und Differenzierung und dadurch besondere Kompetenz für problematisch bzw. schwierig zu diagnostizierende Krankheits- und Schädigungsbilder 	<ul style="list-style-type: none"> • wohnortnahe Versorgung (auch durch mobile Förderung)
<ul style="list-style-type: none"> • kinderärztlich-neuropädiatrische Erstuntersuchung 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung und Begleitung nach Abstimmung eines Förder- und Behandlungsplans
<ul style="list-style-type: none"> • medizinische bzw. interdisziplinäre Diagnostik, Beratung und ggf. Therapie (konsultative Behandlung, u.U. in größeren Abständen) 	<ul style="list-style-type: none"> • mobile und/oder ambulante Förderung des Kindes, Begleitung und Beratung der Familie (laufende Förderung in kurzen, z.B. wöchentlichen, Abständen)
<ul style="list-style-type: none"> • interdisziplinäres Team mit besonderer Kompetenz für problematische bzw. schwierig zu diagnostizierende Formen der Behinderung 	<ul style="list-style-type: none"> • zumeist interdisziplinäres Team mit pädagogisch-psychologischen Arbeitsschwerpunkten
<ul style="list-style-type: none"> • soweit wie möglich: Rückvermittlung an die Basisstrukturen der Frühförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Absprachen mit dem betreuenden Kinderarzt (Förderplan, Betreuungsverlauf)
<ul style="list-style-type: none"> • (Mit-) Behandlung bis ins Jugendalter 	<ul style="list-style-type: none"> • Frühförderung im Alter von 0-6 Jahren und evtl. bis zur Einschulung

Tabelle 5: Strukturelle Unterschiede und komplementäre Funktion von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen (vgl. WAGNER-STOLP 1999, 26; SCHLACK & SCHLACK 2000, 147; SOHNS 2000b, 260f.; BERGER & MICHAELIS 2004, 101f.; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 42).

3.7.2.1 Arbeitsweise der Sozialpädiatrischen Zentren

Nach § 119 Abs. 1 des SGB V sind Sozialpädiatrische Zentren „unter ständiger ärztlicher Leitung“ medizinische Einrichtungen. In der Praxis sind sie mit einem interdisziplinären Team ausgestattet.

Die Frühförderung im Sozialpädiatrischen Zentrum wird durch den Überweisungsschein des Praxisarztes möglich. Häufig sind es auch die Eltern selbst, welche durch die verlangsamte oder auffällige Entwicklung ihres Kindes verunsichert sind und deshalb ein Sozialpädiatrisches Zentrum konsultieren. Ebenso können Frühförderstellen, Kindergärten, besondere Zentren (z.B. Gehörlosenzentren oder Taubblindenzentren) oder Gesundheitsämter eine genauere Abklärung der Probleme des Kindes wünschen (vgl. STEMPFLE 1999, 36).

Der Förderprozess beginnt nach Vorinformationen mit der Anamnese. Nach den kinderärztlich-neuropädiatrischen Erstuntersuchungen folgen dann die interdisziplinäre Diagnostik, Beratung und Therapie. Die sonderpädagogische Betreuung und Förderung erfolgt, wenn es not-

wendig ist. „Dabei sollte eine Fachperson für die Funktion eines Case-Managers benannt werden, die Verantwortlichkeiten klärt und einen kontinuierlichen Informationsaustausch sicherstellt“ (WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 33). Auf der Grundlage einer Ermächtigung durch die kassenärztliche Vereinigung steht sie unter einem überregionalen Versorgungsauftrag. Die Betreuung und Förderung ist eine ambulante Behandlung von Kindern, „die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können [...]“ (§ 119 Abs. 2 SGB V).

Die Sozialpädiatrischen Zentren haben ihre Vorteile und Nachteile (vgl. HENSLE, ⁵1994, 280f.; KOCH 1999, 118; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, Kap. 5.3): Ein großer Vorteil der Sozialpädiatrischen Zentren ist es, dass sich wichtige Dienste unter einem Dach befinden und ohne organisatorische Kommunikationsprobleme zusammenarbeiten. Sie erlauben eine umfassende Diagnostik mit medizinisch-technischen Apparaturen. Außerdem ist die Finanzierung über die Krankenkassen des Kindes unproblematisch. Jedoch besteht in Sozialpädiatrischen Zentren kaum die Möglichkeit, das häusliche Verhaltensrepertoire und das häusliche Milieu zu untersuchen. Die künstlichen Anamnesen und Befragungen über das Kind und dessen familiäre Umwelt behindern die ökologisch-systemische Sichtweise der Frühförderung. Ein weiterer Nachteil ist, dass die wiederholten Behandlungen erhebliche Aufwendungen an Zeit- und Fahrtkosten, besonders für Eltern aus ländlichen und weitab von einem Zentrum gelegenen Gebieten, darstellen.

3.7.2.2 Arbeitsweise der Frühförderstellen

Frühförderstellen stellen heute offene Anlaufstellen für Erstkontakte mit behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern sowie ihren Familien dar. Sie werden von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege (Diakonie) und von Vereinen (Lebenshilfe) sowie von öffentlichen Trägern (Kommunen, Schulen) betrieben. Unter vorwiegend pädagogischer Leitung arbeiten die Frühförderstellen zumeist interdisziplinär. Sie kooperieren und koordinieren ihre Arbeit entweder eng mit den Ärzten der Sozialpädiatrischen Zentren (in „offenen“ Konstruktionen) oder stellen eigene Kinderärzte ein (in „geschlossenen“ Konstruktionen) (vgl. Kap. 3.7.1). Der Schwerpunkt liegt aber in der Beratungstätigkeit sowie in der sonder- und heilpädagogischen, psychologischen und sozialpädagogischen Arbeit.

Im Allgemeinen ist der Ablauf der Frühförderung in eine Eingangsphase (Aufnahmephase), die Entwicklungsdiagnostik, die Zeit der Förderung oder Therapie und den Abschluss gegliedert. In der Eingangsphase wird der Kontakt zwischen einer Frühförderstelle und der Familie hergestellt und für beide die Grundlage ihrer Zusammenarbeit gelegt (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 36). Der erste Kontakt findet i.d.R. durch den Anruf der Eltern statt. Neben der medizinischen Diagnostik wird je nach Arbeitsschwerpunkten der Mitarbeiter auch eine therapeutische, psychologische und sonder-/heilpädagogische Entwicklungsdiagnostik durchgeführt, um den Entwicklungsstand des Kindes zu erfassen und einen Förderplan zu entwerfen. Neben kindbezogenen Förderstunden werden parallel Anleitung, Begleitung und Beratung für die Eltern und die Familie angeboten. Nach einer gewissen Zeit (meistens zwischen sechs Monaten und einem Jahr) sollte eine Verlaufsdiagnostik zur Kontrolle der Entwicklung des Kindes unternommen und der Förderplan modifiziert werden. Die Beendigung der Förderung und der Zusammenarbeit mit den Eltern bedeutet den Abschluss, der auch den Übergang des Kindes in eine andere Einrichtung bzw. in die Schule umfasst. Einen abschließenden Bericht und die schriftlichen Unterlagen übergeben die Frühförderstellen an die Eltern, eventuelle weitere Kontakte zwischen Eltern und Frühförderstellen werden abgeklärt.

Ein bedeutender Unterschied zwischen einer Frühförderstelle und einem Sozialpädiatrischen Zentrum besteht in der wohnortnahen Grund- und Flächenversorgung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und ihre Familien. Im Besonderen bietet die Hausfrühförderung, das ursprüngliche Konzept des Deutschen Bildungsrates, eine Alternative zur Komm-Struktur der Institutionen. Sie erlaubt sowohl einen Einblick in häusliche Entwicklungsbedingungen als auch eine kontinuierliche Kontrolle der Entwicklung des Kindes. Bei so genannten sozial benachteiligten und schwachen Familien kann durch die Hausfrühförderung mangelnde Eigeninitiative kompensiert werden. In der Praxis folgt sie dem Prinzip der ökologisch-systemischen Sichtweise, in der die vertrauten Lebenswelten des Kindes eingeschlossen sind. Allerdings bedarf die Hausfrühförderung längerer Fahrzeiten. Dieses Problem betrifft besonders die größeren Landkreise (vgl. KOCH 1999, 118). „Oftmals treffen die Fachkräfte vor Ort auf ungünstige Rahmenbedingungen für eine Förderung des Kindes, sei es durch die Enge der Wohnung oder durch Störfaktoren (z.B. Besuch, Geschwister oder laufender Fernsehapparat)“ (WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 98). Überdies sind besonderes Einfühlungsvermögen und sensibles Handeln erforderlich, weil die Familie ihre Privatsphäre offenbart (vgl. ebd.).

Das ursprüngliche Konzept der Hausfrühförderung erweiterte sich vom pädagogischen Modell um mannigfaltige Angebote. In Frühförderstellen haben sich vor allem folgende unterschiedliche Formen bewährt:

- Mobile Förderung: Förderung im Elternhaus (Hausfrühförderung), Einzel-/Gruppenförderung in allgemeinen Kindergärten;
- Ambulante Einzel-/Gruppenförderung in Frühförderstellen;
- individuelle Anleitung und Beratung der Eltern in Frühförderstellen und/oder im häuslichen Bereich;
- Gesprächskreise und andere Kontaktveranstaltungen, z.B. Elternabende, Elterngruppen, Eltern-/Familienwochenenden, Freizeitaktivitäten;
- Informationsveranstaltungen und Kurse für das Kind, die Eltern und die Familie, z.B. Eltern-Kind-Kurs, Eltern-/Familienseminare;
- Informationen über Behinderung und Vermittlung anderer Hilfen;
- Kontaktherstellung und -pflege mit anderen Einrichtungen und Diensten für behinderte Menschen.

3.7.3 Berufsgruppen

Die Vielschichtigkeit und Dynamik im interdisziplinären System der Frühförderung spiegelt sich auch in der Vielzahl der beteiligten Mitarbeiter unterschiedlicher Fachdisziplinen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste ist in einem Sozialpädiatrischen Zentrum sicherzustellen. Dies erfordert als essenziellen Personalbedarf (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 43):

- einen Kinderarzt mit spezieller Qualifikation;
- einen Diplompsychologen mit spezieller Qualifikation;
- drei bis vier Mitarbeiter der Fachrichtung der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik bzw. Sozialarbeit;
- weitere ergänzende Fachkräfte, z.B. Motologie bzw. Motopädie, Musiktherapie;
- medizinisch-technische Assistenzkräfte;
- Sekretariats- und Schreibkräfte;
- Verwaltungskräfte.

Als Konsens der deutschen Fachdiskussion sollen Frühförderstellen auch medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Dienstleistungen anbieten, um eine wohnortnahe und flächendeckende Grundversorgung für frühförderbedürftige Kinder und ihre Familien zu gewährleisten (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 43). Je nach Bedarf sind i.d.R. folgende Grundberufe als Mitarbeiter an Frühförderstellen oder engen Kooperationspartnern der Stellen vertreten:

- ärztlicher und medizinisch-therapeutischer Bereich: Ärzte, Kinderärzte, sonstige Fachärzte (z.B. Kinderneurologen oder Kinder- und Jugendpsychiater), Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten;
- psychologischer Bereich: Psychologen evtl. mit Schwerpunktqualifikation;
- pädagogischer Bereich: Sonder- und Heilpädagogen, Diplompädagogen, Sozialpädagogen, Erzieher und andere, möglichst mit Zusatzqualifikation;
- Bereich der Sozialarbeit/Sozialpädagogik: Sozialarbeiter, Sozialpädagogen (vgl. KLEIN 2002, 44; THURMAIR & NAGGL ²2003, 35).

Im Allgemeinen sind die Mitarbeiter hauptamtlich angestellt. Neben den festen Mitarbeitern gibt es weitere nebenamtliche Mitarbeiter oder Mitarbeiter auf Honorarbasis, die sich je nach inhaltlichen Notwendigkeiten sowie örtlichen Gegebenheiten und Voraussetzungen sinnvoll ergänzen (vgl. BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE ⁵1998, 32). Für spezielle Aufgaben bzw. behindertenspezifische Maßnahmen ist es erforderlich, im Bedarfsfall weiteres Fachpersonal wie Mototherapeuten, Kinderkrankenschwestern, Orthopädiemechaniker oder Hörgeräte-Akustiker hinzu zu ziehen. Je nach Größe und Bedarf der Frühförderstellen sind technisches und hausverwalterisches Personal sowie entsprechende Verwaltungskräfte einzustellen. Darüber hinaus soll es Studenten und Schülern ermöglicht werden, Praktika in Frühförderstellen abzuleisten. Daneben können Zivildienstleistende aktiv eingesetzt werden. Überlegenswert ist außerdem die Einbeziehung freiwilliger Helfer. Nicht alle Frühförderstellen verfügen über alle Professionen. In diesem Zusammenhang sind sie auf enge, externe Kooperationspartner, z.B. einen mitwirkenden Arzt, angewiesen (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 45).

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich eine große Zahl von Frühförderstellen nach fachlicher Kenntnis (THURMAIR & NAGGL ²2003, 36) von kleinen Einrichtungen mit einigen Kollegen bis hin zu größeren Institutionen mit zehn bis fünfzehn, teils auch weit über zwanzig Mit-

arbeitern entwickelt. In dieser Hinsicht ist eine kompetente Leitung unverzichtbar, die sich sowohl um die inhaltliche Ausgestaltung und Sicherung des Angebots einer Stelle kümmert als auch die organisatorischen Erfordernisse und Betriebsabläufe ausgestaltet und sichert, im Besonderen die Funktionsfähigkeit und Effizienz des Teams und anderer Arbeitsgruppen (z.B. Fachdienste, fallbezogene Arbeitsgruppen) innerhalb einer Stelle (vgl. ebd.; vgl. auch ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN 1999, 10).

In der Praxis sind die Frühfördereinrichtungen aufgrund der Finanzkraft der Träger bzw. der Regionen recht unterschiedlich mit Mitarbeitern ausgestattet. Es gibt in der Frühförderung noch keine festen, verbindlichen Regelungen für eine Mindestanzahl der Mitarbeiter. Unabdingbar ist hier ein „beiderseitiges Wissen um die Funktionen und Tätigkeitsprofile der genannten Professionen in den Sozialpädiatrischen Zentren und regionalen Frühförderstellen“ (WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 45).

3.7.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter sowie ihre beruflichen Anforderungen und fachlichen Qualifikationen

Zunächst ist eine Abgrenzung des Systems der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung von dem der anderen Berufsgruppen in der Frühförderung notwendig. In der Medizin bildet die Ausbildung die Grundlage für die ärztliche Weiterbildung und später für die lebenslange medizinische Fortbildung. Das Medizinstudium ist in einen vorklinischen Teil von zwei Jahren und einen klinischen Teil von vier Jahren geteilt. Zum 01.10.2004 ist die Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ (AiP) wegen des drohenden Ärztemangels abgeschafft worden. Künftig erhalten die Medizinstudenten ihre Approbation unmittelbar nach Beendigung ihres Studiums und können dann sofort mit der Weiterbildung zum Facharzt beginnen. Mit der Abschaffung des „AiP“ wird die generelle Frage nach medizinischer Ausbildung gestellt. Durch das In-Kraft-Treten der neuen *Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO)* zum 01.10.2003 wird aber eine praxisnahe Ausbildung der Ärzte sichergestellt (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2004d). Die Mediziner sollen bereits während ihres Studiums durch problemorientiertes Lernen (z.B. bedside teaching) und ergänzende Seminare praktische Erfahrungen für ihren späteren Beruf sammeln. Die Umsetzung des reformierten Medizinstudiums hat begonnen, jedoch sind dabei komplexe Prozesse zu bewältigen (vgl. KRÜGER-BRAND 2004).

Die Weiterbildung zum Allgemeinarzt oder Arzt mit Fachrichtung richtet sich nach *Kammer- bzw. Heilberufsgesetzen* der Länder und nach den *Weiterbildungsordnungen* der Landesärztekammern (vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 2004c). Die Weiterbildungszeit zum Kinderarzt an einer Weiterbildungsstätte ist auf fünf Jahre festgelegt (vgl. ebd. 2004b). Der Arzt erhält nach erfolgreicher Beendigung der vorgeschriebenen Weiterbildung, die u.a. in einer Prüfung nachgewiesen wird, von der zuständigen Ärztekammer die Anerkennung, die zum Führen der Fachbezeichnung berechtigt (ebd. 2004c). Gemäß § 95 d *SGB V* und § 4 der *Ärztlichen Berufsordnung* sind die Ärzte zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet (vgl. ebd. 2004a, 2004d).

In der Ausbildung zum Kinderarzt wird nicht nur auf die normale körperliche, psychische und motorische Entwicklung des Kindes eingegangen. Gefordert wird vor allem die Qualifikation mit speziellen Kenntnissen aus der Entwicklungsneurologie, die sich mit der normalen und gestörten Entwicklung eines Kindes beschäftigt. Notwendige Grundlagen sind „Beachtung physiologischer Variabilität und genaue Kenntnis altersgebundener neurologischer Auffälligkeiten“ (MÜLLER 2003, 9). Für die verschiedenen Untersuchungen braucht der Kinderarzt viel Erfahrung, damit bestimmte Fixpunkte der Entwicklung des Kindes überprüft werden können, um zwischen der Normvariante und den pathologischen Befunden im Kindesalter zu unterscheiden (vgl. WIRTZ 1997, 75).

Allerdings besteht in Deutschland noch großer Bedarf an Facharztausbildung im Bereich der Entwicklungsneurologie (vgl. MÜLLER 2003, 9; vgl. auch BERGER & MICHAELIS 2004, 102f.). Außerdem bereiten die Kinderkliniken noch unzureichend auf die Bedürfnisse der späteren Praxis vor. Während bei der Tätigkeit in der Praxis vor allem sozialpädiatrische Kompetenzen gefordert werden, stehen in den Kinderkliniken zumeist Intensivstationen oder spezialisierte Abteilungen im Vordergrund (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 26f.). Sie sind fast ausschließlich kurativ tätig – reine Vorsorgeuntersuchungen werden dort eher selten durchgeführt (vgl. WIRTZ 1997, 75; KOCH 1999, 113). Dies wirkt sich nachteilig auf Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung aus. Ein weiteres Problem ist, dass nach dem Berufsrecht auch andere Fachärzte zur Durchführung der Kindervorsorgeuntersuchungen berechtigt sind. Unter diesen Umständen liegt es nahe, die Qualifikation der Ärzte für Vorsorgeuntersuchungen infrage zu stellen.

In Deutschland existiert aufgrund der Aufgabenvielfalt in der interdisziplinären Frühförderung kein einheitliches Berufsbild (vgl. SCHMUTZLER ³2000, 122; SOHNS 2000b, 174; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 127). Vielmehr verfügen verschiedene Berufsgruppen über unterschiedliche Grundausbildungen und bringen aus einer breiten Palette der Grundberufe eigene Qualifikationen und Leistungen in die Frühförderung ein. Es gibt noch keine eigenen Studiengänge für Frühförderung, aber an einigen deutschen Universitäten fand der Bereich Frühförderung Eingang und er wird in Form von Ringvorlesungen, Seminarkursen und weiteren Lehrveranstaltungen in heil- und sonderpädagogische Studiengänge integriert. Angehende Fachleute des pädagogisch-psychologischen oder medizinisch-therapeutischen Bereichs können innerhalb ihrer Ausbildung einen Schwerpunkt auf Frühförderung (z.B. Sozial- oder Heilpädagogen im Rahmen ihres Studiums auf Hochschul- und Fachakademieebene) legen (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 128). Es bedarf noch weiterer curricularer Anstrengungen, beispielsweise im Rahmen zukünftiger Bachelor- und Master-Studiengänge (vgl. ebd.). Im Unterschied zu Deutschland wird in den anderen deutschsprachigen Ländern, Österreich und Schweiz, ein gemeinsames Berufsbild angestrebt, das auf einer pädagogischen Frühförderung basiert und sich von der nichtpädagogischen Frühförderung abgrenzt (vgl. SOHNS 2000b, 174).

Da es kein einheitliches Berufsbild gibt, gelten die einschlägigen Grundausbildungen und Praxiserfahrungen als Voraussetzungen der Fachqualifikationen, um in der Frühförderung tätig zu sein. Die in der Frühförderung tätigen Berufsgruppen sind außerdem verpflichtet, regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen im Bereich Frühförderung teilzunehmen, um sich am fachwissenschaftlichen Fortschritt zu orientieren und sich persönlich weiter zu entwickeln. Außerdem dienen diese dazu, Verunsicherungen, Überbelastungen und Überforderungen bei Fachleuten in der Frühförderung zu vermeiden und eigene Berufsreflexionsmöglichkeiten anzubieten (vgl. PETERANDER 1996a, 83).

Derzeit „sind die bereits vorhandenen frühförderspezifischen Weiterbildungsangebote verschiedener Institutionen und Organisationen (Arbeitsstellen Frühförderung, Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung u.a.) zu vermehren und zu systematisieren“ (WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 128). In diesem Zusammenhang wird eine Vielfalt von Fort- und Weiterbildungen in der Frühförderung in Deutschland angeboten. Unterschiedliche Typen und Formen der Fort- und Weiterbildung reichen von berufsgruppenspezifischer, berufsgruppenübergreifender, interner und teamorientierter Fort- und Weiterbildung, externer Fort- und

Weiterbildung bis zur Fortbildung für die Leiter (vgl. PETERANDER 1996a, 83f.; vgl. auch SCHMUTZLER ³2000, 122; SOHNS 2000b, 174; THURMAIR & NAGGL ²2003, 35; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 127). Im Hinblick auf die Erforderlichkeit und Wichtigkeit der Interdisziplinarität ist es wünschenswert, dass die Weiterqualifizierungen nicht nur berufsspezifisch erfolgen, sondern auch fachspezifische und fachübergreifende Weiterbildungsmaßnahmen miteinander verbunden werden (vgl. VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. 2001b, 14).

I.d.R. finden die Weiterbildungen über einen längeren Zeitraum berufsbegleitend statt und das gesamte Gebiet der Frühförderung soll auf bestimmte Themen verteilt zur Sprache kommen. Die Fortbildungen beziehen sich auf die Vermittlung von Teilbereichen und deren Spezifizierung. Ausschlaggebend für diese Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten ist nicht das Absolvieren bestimmter theoretischer Lehrgänge für Kompetenz in der Frühförderung, sondern in erster Linie die Aufarbeitung eigener beruflicher Erfahrungen. Wünschenswert ist zudem Praxiserfahrung vor Antritt der Arbeit. Für die Frühförderfachleute kann die Zusammenarbeit mit Praktikanten auch wichtige Anregungen und Reflexionsmöglichkeiten bieten, „da im Zuge einer Praxisanleitung die eigene Arbeitsweise erläutert und dadurch automatisch hinterfragt, reflektiert und (von Außenstehenden mit) bewertet wird“ (SOHNS 2000b, 196).

Angesichts der Vielschichtigkeit der Aufgaben und der vielfältigen Konzeptentwicklungen im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung werden hohe fachliche, persönliche und institutionelle Anforderungen an die Mitarbeiter in der Frühförderung gestellt. Diesen Anforderungen sind diese nur gewachsen, wenn sie für ihre verschiedenen Tätigkeiten umfassend qualifiziert sind. Auf ihrem Grundberuf aufbauend benötigen die Mitarbeiter in der Frühförderung spezifische Qualifikationen auf drei Ebenen:

Kindbezogene Ebene	Kenntnisse, handlungs- und reflexionsbezogene Kompetenzen in Bezug auf die (erschwerte bzw. beeinträchtigte) Entwicklung von Säuglingen und jungen Kindern hinsichtlich Diagnostik, Therapie und Förderung
Eltern- und familienbezogene Ebene	Kenntnisse, handlungs- und reflexionsbezogene Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit Eltern bzw. Familie und gegebenenfalls weiteren Erziehungsverantwortlichen (Information, Anleitung, Beratung, Begleitung und Unterstützung von Familien in ihrem Lebensumfeld)
Professions- und institutionsbezogene Ebene	Kenntnisse, handlungs- und reflexionsbezogene Kompetenzen in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen (z.B. Krippen, Kindergärten, spezifische Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe)

Tabelle 6: Spezifische Qualifikationen auf drei Ebenen für die Mitarbeiter in der Frühförderung (nach WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 123).

Da in der Frühförderarbeit die Fachleute nicht nur als möglichst kompetente Fachkräfte, sondern auch als „Person“ gefragt sind, ist die Frühförderarbeit somit auch in hohem Maße Beziehungsarbeit (ebd.; vgl. Kap. 3.6.4). Dabei spielt die Gestaltung der Beziehung eine große Rolle. In dieser Hinsicht wird ein hoher Stellenwert auf die Vermittlung der entsprechenden Beziehungskompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung gelegt (vgl. HACHENBERG 2003, 3). „Wesentlicher Bestandteil der Beziehungsarbeit ist ein Abklärungs- und Reflexionsprozess mit den Eltern, auch als Verständigungshandeln bezeichnet“ (WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 124). Im Zuge der gegenseitigen Zusammenarbeit ist Verständigung zudem der Versuch, gegenseitige Vorstellungen und Standpunkte sowohl auf sprachlicher (Verständigungsgespräche) als auch auf nicht sprachlicher Ebene (Beachtung von „Körperbotschaften“) zu klären und gemeinsame Arbeitsgrundlagen zu finden (ebd.).

Im Hinblick auf die derzeitige Qualitätsdiskussion ist eine kontinuierliche Selbstevaluation in den Frühfördereinrichtungen notwendig, um die Effizienz und Qualität der eigenen Arbeit sowohl für sich selbst als auch im Team zu reflektieren und kritisch zu überprüfen. Sinnvoll zu ergänzen ist eine transparente Fremdevaluation, z.B. durch das Team oder externe Beratung, damit die Wirkungsanalyse der eigenen Arbeit erfolgreich bewertet werden kann (vgl. PRETIS 2001; vgl. ebd., 2002). Grundlage hierfür ist zudem die Reflexion über den Stellenwert des Menschen in der Gesellschaft und ethische Verantwortlichkeit, d.h. die Achtung des Wert-Seins des anderen, auch des behinderten Menschen. Nach PRETIS (2001, 19) dient den Fachleuten in der Frühförderung in erster Linie ein reflektiertes Menschenbild als „Handlungsleitfaden“.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter in der Frühförderung soll weder rein theoretisches Fachwissen vermitteln noch ein fertiges Produkt durch das Erwerben der qualifizierenden Zertifikate liefern. Vielmehr versteht sich die berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung als Unterstützung und Vertiefung der dynamischen und kontinuierlichen Entwicklungs- und Bildungsprozesse, in denen eigene Berufserfahrungen bewusst verarbeitet und reflektiert werden können und eine Rückmeldung zur Förderung und Begleitung des Kindes sowie seiner Familie gegeben werden kann. Was für die Arbeit mit Kindern und ihren Familien in der Frühförderung gilt, kann in Analogie zur Aussage von SIEGENTHALER (vgl. 1983, 199 in GRÖSCHKE ²1997, 310) mit der Arbeit mit geistig behinderten Menschen verglichen werden: Die Lebensqualität des Kindes und seiner Familie in der Frühförderung kann nur dann erhöht werden, wenn die berufliche Qualifikation der Mitarbeiter ein hohes Niveau besitzt.

3.8 Rechtsgrundlagen und Finanzierung der Frühförderung

3.8.1 Rechtsgrundlagen in der Frühförderung und ihre Entwicklung

In der Bundesrepublik Deutschland stellen sich die gesetzlichen Bestimmungen für die Frühförderung vielfältig dar. Sie dienen als Fundamente der Beratung und Sicherung der Existenz und Rechte behinderter Menschen. Im *Grundgesetz* (Art. 1 GG) sind die Unantastbarkeit der Menschenwürde und die Menschenrechte verankert. Darin werden Gleichheit aller Menschen vor dem Gesetz (Art. 3 GG) und ein Benachteiligungsverbot für behinderte Menschen festgelegt: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG). Für die Frühförderarbeit sind die geschilderten Aufgaben im *Sozialgesetzbuch I (SGB I)* darüber hinaus bindend: „Es [das Sozialgesetzbuch] soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen“ (§ 1 Abs. 1 Satz 2 SGB I).

Die bisherigen Rechtsgrundlagen für das System Frühförderung sind in wesentlichen Teilen in das am 01.07.2001 in Kraft getretene Rehabilitationsbuch als *SGB IX* übertragen worden. Entsprechend dem Partizipationsmodell (vgl. Kap. 3.4.1.3) sind Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen Ziele des *SGB IX* (§ 1). Dabei handelt es sich vor allem um die Abstimmung und Zusammenfassung der Bereiche der Kassenleistung gemäß *SGB V* und der Sozial- und Jugendhilfeträger gemäß *BSHG* und *KJHG* (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 73). Erstmals ergab sich seit dem Bestehen der Frühförderung die Möglichkeit, eine eigenständige, ihren Aufgaben und Zielen entsprechende gesetzliche Regelung auf Bundesebene durchzusetzen (vgl. SPECK 2004, 16; vgl. auch BUNDESVERBAND FÜR KÖRPER- UND MEHRFACHBEHINDERTE E.V. 2003, 2). Unter besonderer Berücksichtigung der Familie und des sozialen Umfeldes sollten die medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Leistungen in einem interdisziplinären Prozess als Komplexleistung (§§ 30 Abs. 1 Satz 2, 56 Abs. 2 SGB IX) erbracht werden (Kap. 3.8.2).

Ohne Zweifel sind mit dem *SGB IX* die inhaltlichen und organisatorischen Grundlagen der Frühförderung konkretisiert worden (vgl. SOHNS 2002, 59). Die qualitative Ausgestaltung ist verbindlich (§§ 20, 21). Es wurden zusätzliche Chancen für die interdisziplinäre Kooperation und eine verbesserte Früherkennung und Diagnostik geschaffen (vgl. SOHNS 2002, 59). Das Gesetz war am Ende jedoch in sich mehrdeutig und erfüllte nicht die in es gesetzten Hoffnungen (vgl. SPECK 2004, 16).

Im Folgenden wird auf die Entwicklung der medizinischen und psychologisch-pädagogischen sowie sozialen Leistungen eingegangen. Des Weiteren erfolgen die Darstellung der bisherigen Entwicklung der Finanzierungsmodalitäten und die der Auswirkung des *SGB IX* auf die Finanzierungspraxis in der Frühförderung.

3.8.1.1 Ärztliche und medizinisch-therapeutische Frühförderung

1989 löste das *SGB V* das zweite Buch der Reichsversicherungsordnung (*RVO*) ab und regelt nun die gesetzliche Krankenversicherung (vgl. FEGERT ²2000, 372). Die medizinisch-therapeutischen Leistungen bezogen auf die Frühförderung sind in vier Kategorien unterteilt: Präventionsmaßnahmen (§ 23), medizinische Früherkennung und Frühdiagnostik (§§ 26, 43a), ärztliche Beratung und Behandlung (§§ 27, 28) sowie ärztlich verordnete Therapien (§ 32, z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) (vgl. PÖLD-KRÄMER 2001, 175). Alle Leistungen werden über die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. die privaten Krankenkassen (PKV) abgerechnet. Die Krankenkassen erbringen nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen aber nur über Sozialpädiatrische Zentren und nur in den engen Grenzen der §§ 43a, 119 *SGB V* (vgl. ebd.). Besondere Bedeutung für eine spezifische Diagnostik von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten wird der Einrichtung Sozialpädiatrischer Zentren gemäß § 119 *SGB V* und weiterhin § 4 *FühV* zugeschrieben.

Derzeit schaffen das *SGB IX* (§§ 26, 30 Abs. 1) und die *FrühV* (§ 5) eine wichtige gesetzliche Grundlage für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

3.8.1.2 Frühförderung als heilpädagogische Leistung

1974 wurde die rechtliche Bestimmung für heilpädagogische Hilfen durch das Dritte Änderungsgesetz zum *BSHG* (jetzt: *SGB XII*) auch für Kinder unter drei Jahren geschaffen (Kap.

1.1). Das *BSHG* (§§ 39, 40 Abs. 1 Nr. 2a) regelte pädagogisch-psychologische Frühförderungsangebote und stellte eine sinnvolle Ergänzung des *SGB V* für ärztliche und medizinisch-therapeutische Leistungen dar.

Entscheidend ist die Auswirkung des *SGB IX* auf die heilpädagogischen Leistungen. § 40 Abs. 1 Nr. 2a *BSHG* ist durch den neuen § 55 Abs. 2 Nr. 2 *SGB IX* aufgehoben. Für die heilpädagogischen Leistungen ist nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 *SGB IX* in Verbindung mit § 56 *SGB IX* und nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 *SGB IX* in Verbindung mit § 5 *SGB IX* weiterhin der Sozialhilfeträger zuständig (vgl. SPECK 2001c, 172). Seine Finanzierungspflicht für pädagogische und weitere psychosoziale Leistungen wird trotzdem eingeschränkt, wenn es sich um Leistungen zur Frühdiagnostik und/oder um den Behandlungsplan handelt (§ 30 Abs. 1. Satz 1 Nr. 2; vgl. SOHNS 2002, 59). Nach § 30 Abs. 2 *SGB IX* (siehe auch § 3 *FrühV*) werden zum ersten Mal die Interdisziplinären Frühförderstellen als eigenständige und gleichrangige Leistungserbringer neben den Sozialpädiatrischen Zentren genannt. Die „jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen“ werden auch unter den „Heilpädagogischen Leistungen“ des § 6 *FrühV* subsumiert.

3.8.1.3 Frühförderung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)

Am 26. Juni 1990 löste das *KJHG* als VIII. Band des Sozialgesetzbuchs das alte *Jugendwohlfahrtsgesetz* (*JWG*) ab. Die Vorschrift § 27 legt die allgemeinen Voraussetzungen für „Hilfe zur Erziehung“ fest, die besonders nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 sichergestellt wird (Abs. 2 Satz 1) und die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen umfasst (Abs. 3 Satz 1). Außerdem regelt § 35a *KJHG* die Maßnahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. In § 36 wird darüber hinaus gefordert, einen „Hilfeplan“ (Förderplan) für solche Kinder zu entwerfen.

Die Abgrenzung zwischen seelischer Behinderung und geistiger Behinderung in der frühen Kindheit fällt jedoch schwer und führt zu unnötiger Verkomplizierung. In Streitfällen kann das Landesrecht nach § 10 Abs. 2 Satz 3 *KJHG* regeln, „dass Maßnahmen der Frühförderung für Kinder unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig von anderen Leistungsträgern gewährt werden“. Was diesen Konflikt betrifft, entschieden sich die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und das Saarland dafür, die Zuständigkeit im Bereich der Frühförderung für alle Kinder beim *BSHG* zu belassen (vgl. WAGNER-STOLP 1999, 18;

vgl. auch SCHELLHORN & SCHELLHORN ¹⁶2002, 15). In einigen (vor allem östlichen) Bundesländern ist die Zuständigkeit für die Frühförderung „seelisch behinderter Kinder“ auf den örtlichen Jugendhilfeträger übertragen (vgl. BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE ⁵1998, 47; WAGNER-STOLP 1999, 18). Dabei soll die Finanzierung der Frühförderung unbedingt ohne die Kostenbeteiligung der Eltern sichergestellt werden.

Erwähnenswert ist, dass in Deutschland seit dem 01.01.1996 gemäß § 24 Satz 1 der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz für jedes Kind ab Vollendung des 3. Lebensjahrs gesichert ist (vgl. VOSS ²2000, 123) und seit dem 01.01.1999 uneingeschränkt gilt (MÜNDER et al. ⁴2003, 256). Diese gesetzliche Regelung hatte einen intensiven Ausbau von Kindergärten zur Folge, da zumindest in den westlichen Bundesländern bis dahin nur ein Versorgungsgrad von 70-75 Plätzen für 100 Kinder von drei bis sechs Jahren mit erheblichen regionalen Unterschieden bestand (vgl. VOSS ²2000, 123). Daher kommt die Regelung den sozial deprivierten Familien unter präventivem Aspekt zugute, z.B. ermöglicht sie Entwicklungsförderung durch den Kindergarten oder das Wiedereinsteigen der Mutter in den Beruf zur Verbesserung der finanziellen Situation der Familie. Allerdings führte die seither erhöhte Kapazitätserweiterung bis zur Bedarfsdeckung bei gleichzeitig eher eingeschränkten finanziellen Spielräumen in Kindergärten vielerorts zu einer Standardverschlechterung bezüglich der Gruppengröße und der Personalausstattung, woraus Forderungen nach Absicherung qualifizierter Betreuungsarbeit abgeleitet werden können (vgl. VOSS ²2000, 123).

Es gibt weitere Gesetze, die zwar keine Leistungsgesetze für die Finanzierung in der Frühförderung sind, aber große Bedeutung für die Frühförderungsarbeit haben. Sie werden im Folgenden dargestellt.

3.8.1.4 Bedeutung des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes in der Frühförderung

Im Zuge der Veränderung des § 218 des *Strafgesetzbuchs* im Jahre 1995 wurde das *Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG)* verabschiedet (vgl. SOHNS 2000b, 136). Eltern haben während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Kindes einen Rechtsanspruch auf Beratung. Besondere Bedeutung erhält dieses Recht für Eltern, die ein von Behinderung bedrohtes Kind erwarten und in Konfliktsituationen geraten (§ 2 Abs. 2 Punkt 5, *SFHÄndG*) (vgl. SOHNS 2000a, 78; 2000b, 136; vgl. auch VOSS ²2000, 131). In § 6

ist die Einbeziehung der Frühförderungsfachleute verankert: „Soweit erforderlich sind zur Beratung im Einvernehmen mit der Schwangeren [...] Fachkräfte mit besonderer Erfahrung in der Frühförderung behinderter Kinder [...] hinzuzuziehen“ (SOHNS 2000a, 78; 2000b, 136).

Hintergrund ist nach SOHNS (ebd.) „die gleichzeitig erfolgte Abschaffung der embryonalen Indikation, die einen Schwangerschaftsabbruch in der Regel nur bis zur 22. Schwangerschaftswoche zuließ“. Nun dient nur die medizinisch-soziale Indikation als Maßstab. Ein Schwangerschaftsabbruch wird dadurch bis zum Beginn der Geburt des Kindes möglich. Es könnte aber passieren, „dass der abgetriebene Embryo die Abtreibung überlebt und dann von Gesetzes wegen das medizinische Personal wiederum zur Rettung des eigentlich abzutreibenden Kindes angehalten ist“ (SOHNS 2000b, 136). In diesem Zusammenhang spielen nicht nur die formalen Kenntnisse der Fachpersonen über die Hilfsmöglichkeiten für Familien mit einem behinderten Kind eine Rolle, sondern auch die Schwangerschaftskonfliktberatung für Eltern, die ein behindertes Kind erwarten, muss hinzu gezogen werden. Für eine solche Schwangerschaftsberatung bedürfen die Fachleute besonderer Kenntnisse und einer speziellen Schulung (vgl. ebd. 2000a, 78; 2000b, 136). Dazu stellt SOHNS (2000b, 136) zu Recht fest: „Diese Grauzone [...] geht jedoch mit ihren weit reichenden Auswirkungen auf das Leben eines zu betreuenden Kindes und seiner Familie sowie auf das zukünftige Bild von behinderten Menschen in unserer Gesellschaft weit über die akute Beratung hinaus.“

3.8.1.5 Kindschutzmaßnahmen

In seltenen Extremsituationen und Krisen, z.B. bei körperlicher/emotionaler Misshandlung/Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch, muss entschieden zum Schutz des Kindes interveniert werden. Folgende Übersicht zeigt die Vorgaben und Möglichkeiten:

- § 42 *KJHG* regelt die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen, die eine Möglichkeit zur raschen Krisenbewältigung gewährt. Nach § 42 Abs. 2 *KJHG* ist das Jugendamt dazu verpflichtet, „ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet“. Außerdem ist dem Jugendamt die Verpflichtung auferlegt, „ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes und des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert“ (§ 42 Abs. 3 *KJHG*). Nach einer solchen Entscheidung ist die schnelle Rechtssicherheit für betroffene Kinder und Jugendliche bedeutsam, die durch Einvernehmen über die getroffene Maß-

nahme oder eine vormundschaftsgerichtliche Entscheidung herbeigeführt werden soll (vgl. FEGERT ²2000, 380). Obwohl sich erfahrungsgemäß viele krisenhafte Zuspitzungen in Nachtzeiten und an Wochenenden ereignen, stehen bei allen Jugendämtern bedauerlicherweise noch nicht „rund um die Uhr“ entsprechende Bereitschaftsdienste zur Verfügung, die solche Interventionen jederzeit einleiten könnten (vgl. ebd.).

- Nach § 43 *KJHG* ist die Herausnahme eines Kindes oder eines Jugendlichen aus einer Einrichtung ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten möglich.
- §§ 1666 und 1666a des *Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)* regeln die Herausnahme aus der elterlichen Wohnung zum Schutz des Kindes mit einer familiengerichtlichen Entscheidung. Diese ergriffenen Maßnahmen sind erst sinnvoll und nötig, wenn andere Maßnahmen bzw. die öffentlichen Hilfen (z.B. §§ 27ff. *KJHG*) misslungen sind (§ 1666a) oder wenn „das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet [wird] [...]“ (§ 1666 Abs. 1). Die Folge ist die Einschränkung oder der Entzug des Personensorgerechtes. Dabei liegt es in der Fachkompetenz des Jugendamtsmitarbeiters, die schwierige Entscheidung zu treffen, wann ein solcher Punkt erreicht ist (vgl. FEGERT ²2000, 381).
- § 50 des *KJHG* regelt die Mitwirkung des Jugendamts in Verfahren vor den Vormundschafts- und Familiengerichten, z.B. wenn eine Gefährdung des Wohls des Kindes oder des Jugendlichen vorliegt.
- Bei Nachweis der durch Gefährdung des Kindes, wie durch massive Vernachlässigungen, Misshandlungen, sexuellen Missbrauch, entstandenen Entwicklungsverzögerungen und psychischen bzw. körperlichen Beeinträchtigungen, ist die Unterbringung in Pflegefamilien (z.B. §§ 23, 33, 42, 44 *KJHG*)⁴¹ oder die Heimunterbringung (z.B. „Heimerziehung“ in § 34 *KJHG*) notwendig.

⁴¹ Nach VOSS (²2000, 126) sind Pflegekinder „diejenigen Kinder und Jugendlichen unter 14 bzw. 18 Jahren, die außerhalb ihres Elternhauses bei Familien, Einzelpersonen oder sonstigen Lebensgemeinschaften aufwachsen, ohne von diesen adoptiert worden zu sein.“ Hier wird die elterliche Kompetenz eingeschränkt. Im Pflegeverhältnis gibt es Formen der Tagespflege (§ 23 *KJHG*) und Vollzeitpflege (§ 33 *KJHG*). Außerdem stehen einige wichtige Bestimmungen des *KJHG* in § 27 (Hilfe zur Erziehung), § 32 (Erziehung in einer Tagesgruppe), § 34 (Heimerziehung), § 37 (Zusammenarbeit bei Hilfen außerhalb der eigenen Familie), § 38 (Ausübung der Personensorge), Bereitschaftspflege bei Gefährdung des Kindes (§ 42). Weiterhin regelt § 44 *KJHG* die Pflegeerlaubnis und die damit verbundenen Kontrollen. Im Rahmen der Dauerpflege können Pflegeeltern familienersetzende, bei Kurzzeit-, Wochen- oder Tagespflege familienergänzende Funktion haben (§§ 38 und 44 *KJHG*) (vgl. VOSS ²2000, 128).

3.8.1.6 Vorstellungs-, Hinweis-, Beratungs-, Schweige- und Datenschutzpflicht

Mit den Zielen der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft behinderter Menschen im *SGB IX* ist es zugleich unumgänglich, ihre Beratung und Auskunft zu sichern (Kap. 8, Titel 1). Folgende Vorschriften können als Weiterentwicklung der bisherigen Sonderbestimmung zur Sicherung der Eingliederung behinderter Menschen (ehemals §§ 124-126a *BSHG*) betrachtet werden:

- § 60 *SGB IX* regelt die Vorstellungspflicht Personensorgeberechtigter: Bei Wahrnehmung oder Hinweisung (§ 61 *SGB IX*) von Behinderungen sollen Eltern, Vormünder, Pfleger und Betreuer „im Rahmen ihres Erziehungs- oder Betreuungsauftrags die behinderten Menschen einer gemeinsamen Servicestelle oder einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe vorstellen“.
- § 61 Abs. 2 *SGB IX* legt die Hinweispflicht für Angehörige bestimmter Berufsgruppen fest: Hebammen, Entbindungspfleger, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher haben bei Wahrnehmung einer Behinderung (§ 2 Abs. 1) die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf die Beratungsangebote hinzuweisen.
- Nach § 61 Abs. 1 *SGB IX* erstreckt sich die Beratungspflicht der Ärzte auf die geeigneten Leistungen zur Teilhabe. „Dabei weisen sie auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hin. Bei Menschen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlicher Erkenntnis zu erwarten ist, wird entsprechend verfahren“ (§ 61 Abs. 1 Satz 2 u. 3 *SGB IX*). Außerdem werden ausgehend vom Präventionsgedanken werdende Eltern auf den Beratungsanspruch bei den Schwangerschaftsberatungsstellen hingewiesen (§ 61 Abs. 1 Satz 4 *SGB IX*).
- § 62 *SGB IX* erweitert den ehemals § 126a *BSHG*. Nach Abs. 1 können in den Ländern Landesärzte bestellt werden, die über besondere Erfahrungen in der Hilfe für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen verfügen. Der Anwendungsbereich bezieht sich besonders „auf den Bereich der öffentlichen Gesundheit“ (*SGB IX* ³2002, 105).

§ 59 *SGB XII* nennt folgende weitere Aufgaben des Gesundheitsamtes:

- Beratung behinderter Menschen oder der Personensorgeberechtigten über ärztliche und sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe im Benehmen mit dem behandelnden Arzt auch während und nach der Durchführung von Heilmaßnahmen und Leistungen der Eingliederungshilfe;

- Abklärung des Rehabilitationsbedarfs mit Zustimmung des behinderten Menschen oder des Personensorgeberechtigten mit der gemeinsamen Servicestelle (nach den §§ 22, 23 des *SGB IX*) und Abstimmung der für die Leistungen der Eingliederungshilfe notwendigen Vorbereitung;
- Auswertung der Unterlagen und Weiterleitung dieser zur Planung der erforderlichen Einrichtungen und zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung nach näherer Bestimmung der zuständigen obersten Landesbehörde (ohne Angabe der Namen der behinderten Menschen und der Personensorgeberechtigten).

Die oben genannten Vorschriften sind für die Früherkennung und Frühförderung von besonderer Bedeutung (vgl. SCHELLHORN & SCHELLHORN ¹⁶2002, 942). In der Realität stoßen sie jedoch auf einige Hindernisse und Schwierigkeiten. Zunächst geht es um die Freiwilligkeit der Bekanntmachung einer aufgetretenen Behinderung durch die Personensorgeberechtigten in einem demokratischen Staat. Wenn Personensorgeberechtigte, die eine Behinderung wahrnehmen, die Vorstellung jedoch unterlassen, so bleibt dies aus der Sicht des *SGB IX* ohne Sanktion (MASUCH 2001, K § 60, 2). Wenn eine Initiative der Eltern erfolgt, ist sie i.d.R. eher bei Kindern mit deutlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen festzustellen. Daraus ergibt sich eine lückenhafte Früherkennung vor allem von Kindern aus sozialer Deprivation (vgl. KOCH 1999, 105).

Die Ärzte spielen eine ausschlaggebende Rolle bei der Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsrisiken. Die ärztliche Mitwirkung ist auch im § 61 *SGB IX* bezogen auf Beratungspflichten verankert, die sich auf die geeigneten „Leistungen zur Teilhabe“ (vgl. dazu § 4 *SGB IX*) ausdehnt (vgl. MASUCH 2001, K § 61, 2). Allerdings gelten noch einige Sonderregelungen für Ärzte (wie bei *BSGH*). § 61 Abs. 2 *SGB IX* setzt auf die Freiwilligkeit des Arztes, behinderte Menschen und deren Personensorgeberechtigten auf Beratungsangebote hinzuweisen. Im Vergleich zum ehemals § 125 *BSHG* ist im § 61 *SGB IX* die Verpflichtung des Arztes entfallen, dem behinderten Menschen bzw. dem Personensorgeberechtigten in jedem Falle ein amtliches Merkblatt auszuhändigen, das das zuständige Bundesministerium betreffend die Hilfen für behinderte Menschen herausgegeben hatte (vgl. MASUCH 2001, K § 61, 2). Mit § 61 *SGB IX* ist außerdem die Pflicht des Arztes entfallen, dem zuständigen Gesundheitsamt die bekannt gewordenen Behinderungen und wesentliche Angaben zur Person des Behinderten mitzuteilen. Die „ärztliche Schweigepflicht“ wird darüber hinaus durch § 203 des *Strafgesetzbuchs (StGB)* und § 9 der *ärztlichen Berufsordnung*

geregelt. Es ist daher kein Wunder, dass es – jedenfalls bisher – in der Praxis nicht gelungen ist, die vorgesehene Mitwirkung der Ärzte auch nur annähernd zu realisieren.

Beachtet werden muss dabei, dass die Schweigepflicht ein unentbehrlicher und zentraler Teil des Datenschutzes ist (vgl. SCHELL 1997, 40). Daher ist es sinnvoll und wichtig, mit Hilfe der Frühförderstellen die Betroffenen auf den Datenschutz in Informationsblättern hinzuweisen. Der Datenschutz sichert nicht nur nach dem *Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)* den Schutz der persönlichen Daten gegenüber Dritten. In der Frühförderarbeit stellt er vielmehr eine unentbehrliche Grundlage für das Vertrauen der Eltern dar. An dieser Stelle bedeutet Datenschutz Schutz des Vertrauens der Eltern (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 241). Er ermutigt die Eltern nicht nur zum ersten Kontakt mit den Frühförderstellen, sondern schafft eine wichtige Vertrauensbasis für die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachleuten. Im Sinne ihrer persönlichen Freiheitsrechte (Art. 2 GG; vgl. dazu Selbstbestimmung in § 1 SGB IX) sind die Eltern gegenüber den Mitarbeitern in der Frühförderstelle, ähnlich wie der Patient gegenüber dem Arzt, „Herr der Daten“ (vgl. SCHELL 1997, 40).

3.8.2 Finanzierung in der Frühförderung – von den bisherigen Finanzierungsmodalitäten bis zur Komplexleistung (§§ 30, 56 SGB IX)

Für Familien und Kinder ist die Frühförderung in Deutschland kostenlos. Auch die Pflegeleistungen zum Ausgleich des zusätzlichen Hilfebedarfs bei kranken oder behinderten Kindern sind eingeschlossen.⁴² Bisher wird die Finanzierung der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich geregelt. Als vorrangige Kostenträger gelten die örtlichen Sozialhilfeträger und die Krankenkassen. In einzelnen Kommunen finanziert der öffentliche Jugendhilfeträger einen geringen Anteil der Maßnahmen. Allerdings kann die Grobstruktur nicht die konzeptionell dargelegten und fachlich notwendigen Vernetzungen und Verbindungen im Sinne eines ganzheitlich praktizierten und interdisziplinär organisierten Frühförderansatzes wiedergeben (vgl. WAGNER-STOLP 1999, 19). Fachliche Handlungsanweisungen des Hessischen Sozialministeriums erklären:

⁴² Bei Regelungen zum Pflegegeld nach SGB XI (§§ 15, 36, 37) handelt es sich hauptsächlich um drei Stufen der Pflegebedürftigkeit: (1) Pflegestufe I – erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen monatlich **205 Euro** / Pflegesachleistung (Leistungen der häuslichen Pflege) bis zu einem Gesamtwert von **384 Euro** monatlich für Pflegedienste), (2) Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen monatlich **410 Euro** / Pflegesachleistung bis zu einem Gesamtwert von **921 Euro** monatlich für Pflegedienste) und (3) Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen monatlich **665 Euro** / Pflegesachleistung bis zu einem Gesamtwert von **1.432 Euro** monatlich für Pflegedienste).

„Dieser familienorientierte und interdisziplinäre Ansatz trifft in der praktischen Umsetzung auf Schwierigkeiten, die aus der unterschiedlichen Kostenträgerschaft für die einzelnen Maßnahmen und aus der notwendigen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen herrühren. Ziel ist es, diese Schwierigkeiten überwinden zu helfen“ (HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM & BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. 2001, 337).

In diesem Zusammenhang werden je nach Bundesland Mittel der Kultusministerien, der überörtlichen Sozialhilfeträger – auch in Verbindung mit Sozialministerien – sowie Eigenmittel der Träger (z.B. Spenden) zur Verfügung gestellt, um die dem Pflichtkostenträger nicht eindeutig zuzuordnenden Handlungsanteile in der Frühförderarbeit bereitzustellen. Sie werden beispielsweise als „Sockelförderungen“ für Personal- und Sachkosten in der Frühförderung gewährt, um „den interdisziplinären Austausch, die einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit sowie die koordinierte Planung und Umsetzung des jeweils individuell abzustimmenden Förder- und Beratungskonzeptes sicherzustellen“ (WAGNER-STOLP 1999, 21). In denjenigen Bundesländern, in denen weitere landesweite Mitfinanzierungsträger einbezogen sind, ist das System Frühförderung am weitesten entwickelt und qualifiziert etabliert (vgl. ebd., 21; vgl. auch SOHNS 2000b, 158).

Zur Gewährung der notwendigen Vernetzungen und Verbindungen zielt das *SGB IX* darauf ab, im Sinne einer ganzheitlichen und interdisziplinären Frühförderung die oben genannten Lücken zu schließen. Das *SGB IX* stellt dabei zwar kein Leistungsgesetz dar, aber der Bundesgesetzgeber verweist gleich in § 1 auf die für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze (vgl. SOHNS 2002, 51). Für die Frühförderung sind in § 6 drei Rehabilitationsträger relevant: die gesetzlichen Krankenkassen (Nr. 1), die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (Nr. 6) und die Träger der Sozialhilfe (Nr. 7). Dabei ist die Schulverwaltung nicht als Rehabilitationsträger vorgeschrieben. Aber in „Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung erbracht“ (§ 56 Abs. 2). Dadurch kann die Schulverwaltung als möglicher Kostenträger der Frühförderung durchaus mitbeteiligt sein (vgl. SPECK 2001a, 17). Genauer gesagt besteht die Komplexleistung Frühförderung „aus einem interdisziplinär abgestimmten System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen und schließt ambulante und mobile Beratung ein“ (*SGB IX* ³2002, 11).

Ohne Zweifel war mit dem neuen *SGB IX* große Hoffnung hinsichtlich der Rechtssicherheit für die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder verknüpft. Es sollte das Problem einer Verbundfinanzierung der Frühförderung lösen und eine eigenständige gesetzliche Grundlage für interdisziplinäre Frühförderung schaffen. Allerdings traten bei den ersten Umsetzungen des Gesetzes Irritationen und erhebliche Verunsicherungen auf (vgl. SPECK 2001c, 170; 2004, 18; vgl. auch BUNDESVERBAND FÜR KÖRPER- UND MEHRFACHBEHINDERTE E.V. 2003, 1; JETTER 2003, 1; BERGER & MICHAELIS 2004, 100), da an keiner Stelle des Gesetzestextes eine explizite Formulierung über die Finanzierung sämtlicher Leistungen der Frühförderung enthalten ist. „Verunsicherungen rief vor allem die Zuordnung der ‚interdisziplinären Frühförderstellen‘ zum System der ‚medizinischen Rehabilitation‘ und die daraus ableitbare Konsequenz hervor, für alle interdisziplinär zu erbringenden Leistungen gemäß §§ 26 und 30 *SGB IX* einzig die Krankenkassen kostenpflichtig zu machen“ (SPECK 2004, 18).

Mit In-Kraft-Treten des *SGB IX* wurde die Finanzierungspraxis in einigen Bundesländern infrage gestellt; in vielen Bundesländern bemühte man sich im Rahmen begrenzter Übergangsregelungen um eine Vereinbarung mit den bisherigen Kostenträgern. Von dieser Regelung besonders betroffen sind die Frühförderstellen, „weil die Krankenkassen eine solche Erweiterung ihres Leistungskatalogs bislang ablehnen und die Sozialhilfe sich allein auf die sogenannten ‚heilpädagogischen Leistungen‘ (§ 56) zurückziehen möchte“ (SPECK 2004, 18). Ohne die endgültige rechtliche Klärung bezüglich der Aufteilung der Kosten bekommen die Frühförderstellen eine Verknappung der Ressourcen zu spüren (vgl. ebd.). Dies wirkt sich auf die Arbeit der Frühförderstellen belastend aus. Zu beanstanden sind nach einer Kurzumfrage der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern (THURMAIR 2003 in SPECK 2004, 18) bei manchen Frühförderstellen beispielsweise die Einschränkung ihrer personellen Kapazität, Verlängerung der Wartelisten, Erhöhung der Kosten des mobilen Dienstes (Kinder aus sozial schwachen Familien sind besonders betroffen), Einschränkung des Aufwandes für Diagnostik, für Team-, Eltern- und Gruppenarbeit.

Gemäß den definierten Zuständigkeiten müssen daher die Pflichtkostenträger untereinander auf freiwilliger Basis Vereinbarungen treffen, um die Leistungen abzugrenzen, die Kosten zu teilen. Hierbei sind nach §§ 13 und 30 Abs. 3 *SGB IX* gemeinsame Empfehlungen notwendig. Im Herbst 2002 scheiterten die gemeinsamen Empfehlungen aber dadurch, „dass die Sozialhilfeträger bekundeten, den Empfehlungen in der vorgelegten Form nicht beizutreten“ (JET-

TER 2003, 3). Nach § 16 *SGB IX* war es nun Sache des Bundes (zuständig ist das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung), das Verfahren durch eine Rechtsverordnung zu regeln, die mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen ist (vgl. JETTER 2003, 3; THURMAIR 2003a, 100).

Die am 20. Juni 2003 im Bundesrat verabschiedete *Frühförderungsverordnung (FrühV)* weist trotz der Hervorhebung der Interdisziplinarität und Familienorientierung noch Lücken auf. Früherkennung und Diagnostik (§ 5 Abs. 1 *FrühV*) sind lediglich als Teil der medizinischen Rehabilitation ausgewiesen; der mobile Dienst ist nicht genug abgesichert (vgl. SPECK 2004, 20f.). In § 6 *FrühV* sind zwar die „Heilpädagogischen Leistungen“ in ihrer inhaltlichen Bestimmung von den „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ deutlich abgehoben, aber psychologisch- bzw. heilpädagogisch-diagnostische Tätigkeiten werden nicht erwähnt (vgl. ebd.).

In der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung am 30.06.2003 wird berichtet, dass die Zuständigkeitsstreitigkeiten der Rehabilitationsträger nicht weiter auf dem Rücken der betroffenen Familien ausgetragen werden und die Länder dabei mithelfen sollen, Qualitätskriterien und Leistungsprofile der Einrichtungen durch Landesrahmenempfehlungen zu vereinbaren (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2003b). „Die Befürchtungen und Diskussionen um die Finanzierung, aber auch um die Wertigkeiten der unterschiedlichen Bereiche der interdisziplinären Arbeit halten an, obwohl in den Bundesländern Verhandlungen laufen, um auf der Grundlage der *Frühförderungsverordnung* die Leistungen und deren Finanzierung zu regeln“ (BERGER & MICHAELIS 2004, 100). Nicht nur die Frühförderstellen fürchteten die Gefährdung der Bestandssicherung durch das neue Gesetz. Auch die Vertreter der Sozialpädiatrischen Zentren blickten besorgt auf die Reduzierungen der finanziellen Mittel, „die einen Abbau der bisherigen Leistungen oder gar die Schließung von Einrichtungen erzwingen würden“ (ebd.). Derzeit ist es noch unklar, inwieweit die Länder bereit sind, zu einer höheren Verbindlichkeit beizutragen und sich ggf. an der finanziellen Ausgestaltung zu beteiligen (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 77).

3.9 Evaluationsforschung in der Frühförderung

Seit die Qualitätsdiskussion in den letzten Jahren in den Mittelpunkt gerückt ist, wird der Frage nach der Wirksamkeit der Frühförderung viel Aufmerksamkeit gewidmet. In Deutschland stellt die Evaluationsforschung der Frühförderung zwar kein Novum dar, aber im Vergleich zum angloamerikanischen Raum ist das Forschungsfeld Evaluation in der Frühförderung unterrepräsentiert (vgl. KRAUSE 2003, 39; vgl. auch WEISS 2002, 75).

Die meisten Studien der sog. „ersten Generation“, die bis etwa Mitte der 1980er Jahre in den USA (GURALNICK 1997) zum Nachweis der Wirksamkeit von Frühförderung durchgeführt wurden, sind vorrangig von den Ergebnissen der konkreten messbaren Entwicklungsschritte der Kinder in der Frühförderung geprägt. Allerdings sind auch sie nicht gänzlich von methodologischen Unzulänglichkeiten und Problemen befreit (vgl. MAYR 2000; LAMBERT 2001, 9; PETERANDER 2002, 96f.; WEISS 2002, 75; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 102), wie die oft unterschiedlichen, zum Teil widersprüchlichen Ergebnisse und deren begrenzte Verallgemeinerungsfähigkeit zeigen (vgl. WEISS 2002, 75; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 102). Außerdem können die anfänglich bestehenden hohen Erwartungen an die spezifischen Effekte einzelner Programme nur unzureichend bestätigt werden (vgl. SOHNS 2000b, 81). Trotz dieser Mängel gelten die Studien aus den USA über die Wirksamkeit früher Interventionsprogramme in Form von sog. Meta-Analysen (z.B. GURALNICK 1997; MAYR 2000; KRAUSE 2003) jedoch als relativ gesicherte Erkenntnisse, die WEISS (vgl. 2001a, 13f.; 2002, 75ff.; vgl. dazu auch WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 102-109) wie folgt zusammenfasst:

- positive Wirkungen besonders bei Kindern mit primär umweltbedingten Entwicklungsgefährdungen infolge gravierend eingeschränkter Lebens- und Sozialisationsverhältnisse;
- ernüchternde Belege hinsichtlich der Orientierung an dem aktuellen neurophysiologischen und neuropsychologischen Entwicklungsstand bezogen auf die Plastizität des kindlichen Gehirns und hinsichtlich direkter Entwicklungsfortschritte bei manifesten und biologisch-organisch bedingten Behinderungen;
- notwendige Abkehr von gesellschaftlich-kulturell geprägten Vorstellungen einer „Machbarkeit“ der kindlichen Entwicklung durch linear-kausales Einwirken und Betonung der Wichtigkeit der Wirkungszusammenhänge in einem komplexen Bezugsrahmen.

In den USA wird inzwischen von einem „Second Generation Research“ (GURALNICK 1997) der Wirksamkeitsstudien gesprochen, die sich nicht allein auf das behinderte oder von Behinderung bedrohte Kind fixieren. Vielmehr wird in erster Linie eine systemisch-öko-logische Betrachtungsweise gefordert, in der die Familie und ihr Netzwerk als Ganzes in den Vordergrund gerückt werden (vgl. LAMBERT 2001, 1f.; KÜHL 2002, 7; WEISS 2002, 77).

Im Evaluationsfeld der Frühförderung wird häufig die Frage gestellt, welche Interventionen – direkte lineare und kindzentrierte Vorgehensweisen oder responsive, ganzheitliches und familienorientiertes Arbeiten – tatsächlich positive Wirkungen zeigen. Dazu gibt es heterogene Ergebnisse und Bewertungen. Einerseits wird auf die positiven Effekte elternbezogener Interventionen verwiesen, andererseits wird die Überlegenheit von direkt-kindbezogenen Interventionen belegt (ausführlichere Angaben siehe MAYR 2000). Hinzu kommen noch diverse Beispiele für fehlende bzw. negative Effekte (ebd.). In einer älteren Übersichtsarbeit gelangt WHITE (1985/1986 in MAYR 2000, 154) sogar zu dem Schluss, „dass es keinen Unterschied machte, ob sich Eltern intensiv oder wenig intensiv an Interventionsprogrammen beteiligten“.

Insgesamt gewinnen familiäre Faktoren an Gewicht (vgl. KRAUSE 2003, 40). Im Rahmen der derzeitigen Studien über die Wirksamkeit von Interventionen in der Frühförderung wird neben der Stärkung des psychosozialen Potenzials des Kindes die Einbeziehung seines Lebenskontextes, d.h. seiner Bezugspersonen und seines Lebensumfelds (Beziehungsebene), in den Vordergrund gerückt (KÜHL 2002; WEISS 2002; KRAUSE 2003). REYNOLDS & TEMPLE (1998, 242f. in MAYR 2000, 162; vgl. auch BODE 2002, 94) wiesen nach, dass die Einbeziehung der Eltern in die vorschulische Förderung positive Langzeiteffekte bis ins Schulalter hat. Eine Familienberatung über fünf Jahre (10 x pro Jahr) kann nach ARONEN (1996 in BODE 2002, 94) darüber hinaus „positive Langzeiteffekte auf die Prävalenz psychiatrischer Symptome bei Jugendlichen“ haben. Unter Fachleuten wird bei der Frühförderung inzwischen der Qualität der Eltern-Kind-Interaktion und der therapeutischen Beziehung unter der Beachtung des aktiven Zutuns des Kindes große Bedeutung beigemessen (vgl. Kap. 3.6.4). Die Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie (LAUCHT, SCHMIDT & ESSER 2000, 104ff.) verweisen auf die Qualität der frühen Mutter-Kind-Beziehung als ein wichtiger Schutzfaktor für Kinder aus psychosozial benachteiligten Familien. Bei den förderlichen Handlungen handelt es sich nicht ausschließlich um die Umgangsweise der Eltern mit ihrem Kind; vielmehr ist es „eine Situationsgestaltung, zu der pädagogische und therapeutische Mitarbeiter jeweils ihren Beitrag leisten, die die Motivation, die Eigenaktivität und die Kontakt-

fähigkeit des Kindes aufgreifen und daran anknüpfen und damit entscheidend die Interaktionsbedingungen beeinflussen“ (KÜHL 2002, 6). Für die Praxis bedeutsame umfassende Variablen wie familiäre Lebensqualität, Kompetenzgefühl und Befindlichkeit werden aber bislang kaum in der Forschung mit einbezogen (vgl. KRAUSE 2003, 35).

Mit Blick auf die Qualität und die Wirksamkeit der Förderung des Kindes und der Zusammenarbeit mit den Eltern erscheint darüber hinaus das „Transparentmachen“ von Rahmenbedingungen und Indikatoren einer qualitätsvollen und effektiven Frühförderung notwendig (PETERANDER 2002, 96). In diesem Zusammenhang betont PRETIS (vgl. 2002, 30), dass die viel zitierte und strapazierte Individualität des Angebotes und der Wirkvariablen eine Qualitätsdefinition auf den theoretischen, organisatorischen und auch legislativen Ebenen im System Frühförderung nicht ausschließt (ausführliche Information über Qualitätskonzepte und -bücher siehe Kap. 3.3.3).

In einer Tagung des Europäischen Parlaments in Paris 2001 bestätigten die ersten Ergebnisse einer differenzierten retrospektiven Studie des renommierten britischen Pädiaters O'BRIEN die deutliche Wirksamkeit der Frühförderung (vgl. PETERANDER 2002, 104f.; SPECK⁵2003, 464). Er analysierte den Lebensweg von insgesamt 326 Jugendlichen im Alter zwischen 18 und 22 Jahren und suchte nach Prädiktoren für eine positive Entwicklung im Erwachsenenalter. Dabei lieferte er den Nachweis, dass die Frühförderung der einzige hochsignifikante Prädiktor war, nicht jedoch der Besuch von anderen Förderinstitutionen, Sonderschulen oder die Integration in Regeleinrichtungen (vgl. ebd.).

In Bezug auf die neue Klassifikation der WHO (ICF) betrachtet KÜHL (2002, 8; vgl. auch WEISS 2002, 77) „Partizipation“ als leitendes Handlungs- und Evaluationsprinzip (Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität) und zukunftsweisende Frühförderung. In den Fachkreisen der Frühförderung ist gegenwärtig aber unbestritten, dass Frühförderung individuell wirkt. Wichtig ist, wie KÜHL (ebd., 9) hingewiesen hat, „Bahnung produktiver Wechselwirkungen zwischen der Freilegung innerer und äußerer Ressourcen unter der Berücksichtigung innerer und äußerer Hindernisse mit dem Ziel der größtmöglichen Partizipation“.

3.10 Das System Frühförderung zum Beginn des 21. Jahrhunderts: Tendenzen, Herausforderungen und Entwicklungsimpulse

Ausgehend von einem breiten internationalen Konsens (vgl. PETERANDER & SPECK 1996 12f.; WEISS 1999a, 130; BÜCHNER 2000; HEIMLICH ²2002a, 91) erwartet man zu Beginn des 21. Jahrhunderts für die Weiterentwicklung der Arbeit mit Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und -beeinträchtigungen sowie ihren Familien:

- die Verstärkung der ökologisch-systemischen Orientierung am gesamten sozialen Kontext des Kindes und der Kooperation der Frühförderfachleute mit den Eltern (Familienorientierung);
- die weitere Intensivierung der Interdisziplinarität;
- die Beachtung und Unterstützung der Autonomie und Selbstgestaltung des Kindes in der Interaktion mit seinen Eltern/Bezugspersonen in seiner Lebensumwelt einerseits und der Autonomie der Eltern in einer partnerschaftlichen Kooperation während des gesamten Förderprozesses andererseits;
- die Unterstützung des Kindes und seiner Familie durch formale und informale Netzwerke (z.B. Großeltern, Verwandte, Freunde, Selbsthilfegruppen) in ihrer Vernetzung.

Des Weiteren herrscht weltweit Übereinstimmung darüber, dass Interdisziplinarität und Familienorientierung in der Frühförderpraxis unentbehrlich sind (vgl. ODOM & KAUL 2003).

Besondere Aufmerksamkeit wird international der Integration geschenkt. Propagiert wurde diese dadurch, dass die UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) bei ihrem sonderpädagogischen Weltkongress am 7.-10. Juni 1994 in Salamanca dazu eine Deklaration verabschiedete und einen Aktionsplan vorstellte. In der Deklaration von Salamanca appellierte die UNESCO an die Regierungen aller Länder und an die internationale Gemeinschaft, der Schulung von Kindern mit besonderem Förderbedarf größte Priorität einzuräumen und dabei dem Prinzip der Integration gerecht zu werden (vgl. BÜRLI 1997, 205). Die UNESCO forderte außerdem, dass „Frühförderung“ zu einem der prioritären Bereiche in den Leitlinien für die nationale Umsetzung im Aktionsrahmen zur Pädagogik bei besonderem Förderbedarf werden sollte, da der Erfolg der Integration von Kindern und Jugendlichen in beträchtlichem Ausmaß von der Früherfassung und Früherziehung sehr junger Kinder mit besonderem Förderbedarf abhängt (vgl. ebd., 167).

In Europa zeigte sich der Trend zur Integration schon früher. Im Programm HELIOS II (1. Januar 1993 bis 31. Dezember 1996), das auf einem Beschluss des Ministerrats der Europäischen Union vom 25. Februar 1993 beruhte, wurde die Förderung der Integration und Chancengleichheit entwicklungsverzögerter und behinderter Kinder in Kindergarten, Schule, Beruf und im wirtschaftlichen und sozialen Leben als wichtiges und vorrangiges Ziel genannt (vgl. HENNINGSEN & SORIANO 1996, 66; PETERANDER & SPECK 1996, 11).

Zur weiteren Forderung nach Integration behinderter Menschen fand vom 20. bis 23. März 2002 in Madrid der europäische Kongress über behinderte Menschen statt, wobei die Thesen der „Madrider Deklaration“ zum Abschluss des Kongresses feierlich vorgelesen wurden. Darin wird eine gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft betont (soziale Inklusion). Sie bildet mit Schlüsselbegriffen wie Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung die theoretische Grundlage für das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 (Einzelheiten siehe NATIONALE KOORDINIERUNGSSTELLE BEIM BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 2002).

In Deutschland zeichnet sich gegenwärtig die integrative Förderung im Rahmen der Vernetzung des Systems Frühförderung mit weiteren sozialen Diensten als Zukunftsperspektive der Frühförderung ab (vgl. HEIMLICH ²2002a, 91).⁴³ Ein weiteres Ziel der Vernetzungsangebote für das Frühförderkind und seine Familie ist das des „Empowerment“ (vgl. Kap. 3.4.4.4).

Zunehmende Aufmerksamkeit wird, bezogen auf die Untersuchung zu protektiven Faktoren oder Schutzfaktoren des Kindes, dem Konzept der „Resilienz“ (Widerstandsfähigkeit) (Kap. 3.4.1.3) gewidmet, das die Handlungsperspektiven in der Frühförderung erweitern könnte (vgl. KÜHL 2003). In Anlehnung daran wird gegenwärtig darüber hinaus vom Konzept der „Resilienz“ im Rahmen einer systemischen Sichtweise in der Frühförderung auch von Eltern gesprochen. STEINER (2002) betont beispielsweise das „Resilienzparadigma“ unter Berücksichtigung der Autonomie und Selbstgestaltungsfähigkeit der Eltern als handlungsleitenden Gedanken in der Zusammenarbeit mit Eltern.

⁴³ Auf die heterogene Entwicklung der Integration im Früh- und Vorschulbereich hat THURMAIR (²1998, 65) hingewiesen: „In einigen Bundesländern (z.B. Hessen) haben Frühförderstellen hierfür einen expliziten staatlichen Auftrag; in vielen anderen Bundesländern beruht ein solches Engagement jeweils auf Vereinbarungen zwischen integrationswilligen Kindergärten und an Integration in diesem Sinne interessierten, zur Dienstleistung (z.B. als „Fachdienst“) auch bereiten Frühförderstellen [...]“.

Für die Weiterentwicklung der Frühförderung und Sozialpädiatrie sind die Fortschritte auf dem Gebiet der Molekulargenetik bedeutsam. „Molekulargenetische Forschung hat sich nach Entschlüsselung des Genoms vor allem auf die elementaren pathogenetischen Zusammenhänge zu konzentrieren, beispielsweise wie Gene ihre Funktionen ausüben und mit welchen Mechanismen sie Entwicklungs- und Lebensvorgänge steuern. Dies dürfte nicht nur zu weiteren Erkenntnissen über die Ursachen behindernder Veränderungen beim Menschen beitragen, sondern auch Wege aufzeigen, bestimmte Risikofaktoren genauer zu identifizieren und damit gezielt präventive Strategien zu entwickeln. Es zeichnen sich auch Möglichkeiten ab, therapeutische Maßnahmen, etwa die Gabe von Medikamenten, dadurch besser steuern zu können, sodass die Indikation ihres Einsatzes aufgrund molekulargenetisch festgestellter individueller Besonderheiten erleichtert wird“ (WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 156).

Diesen Entwicklungstendenzen stehen jedoch in Deutschland einige Herausforderungen in der Weiterentwicklung der Frühförderung gegenüber:

- **Ökonomisierungsdruck und Sparpolitik:** Mit der Neuregelung spüren nicht nur die Frühförderstellen die Verknappung der Ressourcen, sondern auch die sozialpädiatrischen Zentren fürchten Kürzungen (Reduzierungen) der finanziellen Mittel (Kap. 3.8.2). Durch die Defizite der Staatsfinanzen verschärft sich der Ökonomisierungsdruck in der Frühförderung. Nach SPECK (2004, 22) sind die Kostenträger bestrebt, „ihre Leistungen auf die eindeutig oder wesentlich behinderten Kinder zu beschränken, treten daher für eine Hörschwelligkeit des Zugangs zur Frühförderung ein“. Aufgrund des Haushaltsdefizits tendiert die Politik zum Sozialabbau. Daraus entsteht u.a. ein Konkurrenzkampf zwischen den sozialen Diensten um die knappen verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen sowie in den öffentlichen Haushalten (vgl. THURMAIR 1998, 61; SOHNS 2000b, 318/333; SPECK 2004, 22f.). Gegenüber anderen sozialen Diensten muss die Frühförderung ihre Existenz, z.B. durch Qualitäts- bzw. Wirksamkeitsnachweise, legitimieren (vgl. KOCH 1999, 131; vgl. auch SOHNS 2000b, 334).
- **Konflikte zwischen einem größeren Bedarf an Frühförderung und knappen öffentlichen Ressourcen:** Mit veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nimmt die Zahl der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten und -beeinträchtigungen zu. Im Zuge moderner medizinischer Geräte- und Methodenentwicklung sind zwar bleibende Behinderungen infolge peri- oder postnataler Komplikationen zurückgegangen, gleichzeitig steigt jedoch die Anzahl pränatal bedingter Behinderungen (meist Schwer- und Mehrfachbehinde-

rungen) und vor allem sozialisationsbedingter Auffälligkeiten (vgl. SOHNS 2000b 332; vgl. auch WEISS 2001a, 9). Fachleute klagen immer mehr über die Zunahme von Kindern mit sprachlichen und motorischen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten (vgl. SOHNS 2000b, 332). Zu bemerken ist außerdem, dass in den vergangenen Jahren die Angebote der Frühförderung für klassische Kleinfamilien im Sinne der Vater-Mutter-Kinder-Konstellation auf allein erziehende Elternteile und ihre Kinder und Familien in Armut- und Multi-problemlagen (z.B. Gewalt) erweitert wurden. Die jüngere Frühförderliteratur behandelt verstärkt kindliche Entwicklungsgefährdungen im Kontext von Armut und sozialer Benachteiligung (KOCH 1998, 1999; WEISS 1999b, 2000a, 2000b, 2001a; ²2004; KLEIN 2000, 2002; NEUHÄUSER 2000; SCHLACK ²2000c; THURMAIR & NAGGL 2000; SKOLUDA & HOLZ 2003; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004). Eine weitere Anforderung an die Frühförderung stellt die steigende Zahl von Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund dar (SOHNS 2000b; SCHATNER 2004; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004; WERNER 2004). Da aus systemisch-ökologischer Sichtweise nicht nur das Kind (Symptomträger), sondern auch die Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden sollten (vgl. SCHLACK 1997, 21; KOCH 1999, 127; SOHNS 2000b, 333), steht der große Bedarf an Hilfsmöglichkeiten in der Frühförderung im Spannungsfeld mit knapper werdenden öffentlichen Mitteln zur Gewährleistung professioneller Hilfen im sozialen Bereich (vgl. VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. LANDESVEREINIGUNG BAYERN 2003, 5). Der Kostendruck führt zunehmend zur Senkung zeitlicher und personaler Ressourcen für die Förderung des Kindes und für die Familienarbeit (vgl. SPECK 2004, 18).

- **Unterschiedliche Versorgungsstruktur der Frühförderung in einzelnen Bundesländern:** In Deutschland sind im Verlauf der letzten dreißig Jahre eine große Vielfalt von Organisationsstrukturen sowie die Vernetzung derselben im Verbundsystem der Frühförderung entstanden (Kap. 3.7.1). Allerdings unterscheiden sich die Dichte des Netzes und damit die Größe der Einzugsgebiete dieser Einrichtungen zur Frühförderung (vor allem Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren) in einzelnen Bundesländern erheblich (vgl. KLEIN 2002, 42; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 48). Während z.B. in Baden-Württemberg und Bayern die Versorgungsdichte hoch ist (KLEIN 2002, 42f.), ist das Netz in einzelnen Bundesländern noch ergänzungsbedürftig (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 49). Der unterschiedliche Ausbau führt zu Versorgungsdefiziten und Ungerechtigkeiten der Frühförderangebote für förderbedürftige Kinder und ihre Familien. I.d.R. können

Landkreise mit ausgebauten Frühförderstellen mit gut qualifiziertem Personal und ausreichenden Zeitbudgets eine intensivere und effizientere Betreuung ohne längere Wartezeiten gestalten (vgl. ebd., 155). Eine intensivere Kooperation kann ebenfalls in Regionen mit ausgebauten kinderärztlichen und medizinischen Strukturen erfolgen. Leider scheint sich bei vielen Kommunen derzeit das Augenmerk primär auf eine Reduzierung der in den letzten Jahren angestiegenen Kosten zu beschränken; gleichzeitig gibt es auch für niedergelassene ärztliche und medizinisch-therapeutische Fachkräfte kaum Möglichkeiten der Kooperation mit anderen Frühfördersystemen (vgl. ebd.). Auch die unterschiedliche Versorgungsstruktur und der Kostendruck wirken sich auf die verschiedenen Gruppen von entwicklungsgefährdeten Kindern aus. Während das Betreuungsangebot für geistig und z.T. körperlich behinderte Kinder als ausreichend eingeschätzt wird und sogar für chronisch kranke und behinderte Kinder zur therapeutischen Überversorgung tendiert, ist auf eine deutliche Unterversorgung vor allem bei Kindern mit drohender Behinderung, z.B. aus sozial benachteiligten Familien, hinzuweisen (vgl. ebd., 49f.).

- **Unzulänglichkeit der epidemiologischen Forschung im Bereich von Frühförderung und Sozialpädiatrie:** Nach HURRELMANN (2000, 61) fehlt es in Deutschland noch an einer zuverlässigen und dauerhaften Gesundheitsberichterstattung speziell für die 0-25jährige Bevölkerung. Es gibt zwar eine Reihe von statistischen Datensammlungen, jedoch keine umfassenden und problemorientierten Bestandsaufnahmen, die die Grundlage für Gesundheitsplanung (Public Health; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 156) und gesundheitsförderndes Handeln bilden können (vgl. HURRELMANN 2000, 61).

Um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein und um die Qualitätssicherung zu gewährleisten, werden für die Weiterentwicklung der Frühförderung Gegenmaßnahmen in der aktuellen Fachliteratur (z.B. KLEIN 2002; PETERANDER 2004; WEISS 2004, 163; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004) in Deutschland diskutiert. Vorgeschlagen werden beispielsweise folgende Entwicklungsimpulse:

- **Klarheit und Transparenz hinsichtlich der Versorgungsstruktur der Einrichtung:** Mit Hilfe der computerunterstützten Datenauswertung (z.B. Expertensysteme – selbstgesteuertes Lernen, Wissens- und Qualitätsmanagement – in PETERANDER 2004, 323) können die einrichtungsinterne Evaluation erleichtert und damit die Strukturdefizite auch gegenüber

dem Einrichtungs- und den Kostenträgern transparent gemacht werden (vgl. WEISS ²2004, 163).

- **Passung zwischen dem individuellen Hilfsbedarf und flexiblen Angeboten:** Aufgrund der gewachsenen Anzahl der Kinder mit unterschiedlichem Förderbedarf sind differenzierte Angebote notwendig. Nach THURMAIR (2001, 24 in WEISS ²2004, 163) gibt es folgende flexible Betreuungsmöglichkeiten für Kinder mit unterschiedlichem Förderbedarf:
 - „begleitende Frühförderung“ über einen längeren Zeitraum vor allem für Kinder mit umfangreichen Entwicklungsproblemen und Behinderungen;
 - „fokussierte Frühförderung“ in verschiedenen Formen, die sich einschließlich der Elternberatung spezifisch auf ein begrenztes Problem beim Kind konzentrieren oder von vornherein zeitlich begrenzt sind („z.B. zehn Termine Gruppenförderung als Vorbereitung auf den Kindergarten“);
 - „Stand-By-Frühförderung“ als kurzzeitige Angebote besonders zur entwicklungsdiagnostischen Abklärung mit entsprechender Beratung, z.B. für verunsicherte Eltern, die sich Sorge um die Entwicklung ihres Kindes machen.

- **Klarheit und Transparenz der Ergebnisqualität** (vgl. WEISS ²2004, 163f.): Die Frühförderarbeit muss hinsichtlich der erbrachten Leistungen und ihrer Wirkungen auf Kind und Familie gegenüber dem Kostenträger transparent werden, auch in einem (formalisierten) Abschlussbericht mit Angaben zum Grund der Beendigung und zur Entwicklung des Kindes (vgl. THURMAIR 2001, 28f. in WEISS ²2004, 164).

- **eine stärkere Vernetzung von Frühförderung und Jugendhilfe:** Das unterschiedlich dichte Netz von Frühförderstellen in Regionen mit unzureichendem Versorgungsgrad soll ausgebaut werden, um die Niedrigschwelligkeit der Hilfeangebote besonders für Kinder und Familien in prekären Lebenslagen zu gewährleisten (vgl. KLEIN 2002).

- **systematische und grundlegende Stärkung des Arbeitsgebietes der Epidemiologie:** Durch entsprechende Erhebungen werden aktuelle Daten gesammelt und die vielfältigen Faktoren analysiert, welche die Entwicklung und Gesundheit besonders von Kindern und Jugendlichen beeinflussen (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 156). Diese an vorhersehbaren Bedürfnissen sich ausrichtenden Ergebnisse bilden eine wichtige Grundlage für sozialpolitische Planungen (vgl. ebd.).

Hervorzuheben sind die Forderungen nach einem reflektierten Menschenbild und einer reflektierten Sozialethik in Verbindung mit der „wertnormative[n] Überzeugung vom uneingeschränkten, vollen Mensch- und Personsein jedes Individuums, auch unter den besonderen Bedingungen schwerer psychophysischer Schädigung oder Veränderung“ (GRÖSCHKE²1997, 314). Die Notwendigkeit der Existenz eines reflektierten Menschenbildes und einer reflektierten Sozialethik hängt eng zusammen mit der Weltanschauung in Europa. BÜRLLI (1997, 127f.) sagt dazu: „Europas dominante Werthaltung, durch die es sich von anderen Kontinenten weitgehend unterscheidet, besteht in einem ausgeprägten Individualismus und in der Verabsolutierung der Selbstentfaltung. In der Erlebnisgesellschaft wird eine hedonistische Werthaltung, das Streben nach grösstmöglichem Glück unter Vermeidung von Leid, Krankheit und Behinderung sowie die Ablehnung von Pflicht, Dienst und Ausrichtung auf ein Kollektiv gepredigt [...]“.

Gerade die Vorstellung des Nützlichkeitsprinzips, das zum Präferenz-Utilitarismus (vgl. Kap. 3.4.3) führt, wurde auch in den sog. zivilisierten Ländern des ausgehenden 20. Jahrhunderts wieder verstärkt propagiert. Mit Konzepten zur konsequenten Prävention von chronischen Krankheiten und Behinderungen stehen gegenwärtig der biotechnologische Fortschritt und speziell die Frage nach dem „Designerkind“ im Feld der Humangenetik und der Reproduktionsmedizin im öffentlichen Interesse, was ebenfalls Auswirkungen auf die Frühförderung hat (vgl. FEGERT 2003, 97). Daraus folgen heftige ethisch-rechtliche Debatten. Zu nennen sind z.B. die Euthanasie-Gesetze in den Niederlanden, neuartige Forschungsprojekte mit embryonalen Stammzellen und die Behandlung mit experimentellen gentechnologischen Methoden (vgl. STRASSBURG³2003a, 4; ³2003c, 316; vgl. auch NEUHÄUSER 2004). Der Glaube an die scheinbare Möglichkeit eines leidensfreien und makellosen Lebens stellen das Lebensrecht und die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen infrage. CONRADS & FRÜHAUF (³2003, 323) deuten überdies „die Gefahr einer ungewollten, trotzdem aber unheiligen Allianz mit Tendenzen eines nach wie vor existierenden Kosten/Nutzendenkens“ an, die die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik, der Präimplantationsdiagnostik und des therapeutischen Klonens selbst bei „gutmeinenden“, auf die Überwindung umschriebener Krankheitsbilder ausgerichteten Forschungsprojekten in sich bergen. Ein reflektiertes Menschenbild und eine reflektierte Ethik rechtfertigen die Existenz der Kinder mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Sie orientieren sich an Lebenssinn und -wert von Kindern mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, wobei die bestmögliche Lebensqualität angestrebt werden sollte. Daher sollten sich ein reflektiertes Menschenbild und eine reflektierte Ethik als Grundlagen

und oberste Prinzipien in der Frühförderarbeit für Fachleute konstituieren. Außerdem könnte Eltern dadurch geholfen werden, sich ihre „ethische[n] Verantwortlichkeiten“ (SPECK 2001b, 285) bewusst zu machen und ihr Kind mit Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen zu akzeptieren.

3.11 Resümee und Ausblick

Das System Frühförderung in Deutschland hat sich in der Praxis insgesamt bewährt. Auf der organisatorischen Ebene ergibt sich durch den Föderalismus eine Strukturvielfalt. Parallel dazu besteht auch auf der inhaltlich-konzeptionellen Ebene eine Konzeptvielfalt. Bei der Suche nach neuen Konzepten wird eine Qualitätsverbesserung, z.B. durch die Selbstevaluation der eigenen Arbeit von Frühfördermitarbeitern, angestrebt.

Aus der derzeitig vorherrschenden systemisch-ökologischen Betrachtungsweise soll Frühförderung nicht nur rein kindbezogen stattfinden, sondern auch als eltern- und familienbezogene Unterstützung. Förderung des Kindes und Familienarbeit bilden in der Frühförderung eine notwendige Einheit. Unter besonderer Berücksichtigung der Autonomie und Selbstständigkeit des Kindes und der Eltern werden ihre Handlungskompetenzen gestärkt, um ihnen eine Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen. Dies entspricht dem Partizipationsmodell mit Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft im neuen *SGB IX*. Angestrebt wird die Vernetzung regionaler und überregionaler Dienste in der Frühförderung. In der vernetzten und integrativen Förderung wird gegenwärtig die Zukunftsperspektive der Frühförderung in Deutschland gesehen. Darüber hinaus bestätigt die Evaluationsforschung in der Frühförderung die Präventionsfunktion bei Kindern mit sozial bedingter Deprivation.

Neben den institutionellen und professionellen, quantitativen und qualitativen Entwicklungen sind eigene Instanzen und Institutionen der Frühförderung entstanden. Beispiele sind die „Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung“ mit Landes- und Ländervereinigungen in den Bundesländern, regelmäßige Fachkongresse, die Fachzeitschrift „Frühförderung interdisziplinär“ sowie einige Koordinierungsstellen wie „Arbeitsstellen Frühförderung“ in einzelnen Bundesländern und Forschungsprojekte an den Hochschulen.

Das System Frühförderung hat aber auch seine Schwächen und Defizite. Ein besonderer Kritikpunkt liegt bei der Früherfassung und Früherkennung der von Behinderung bedrohten Kinder durch sozial deprivierende und benachteiligende Entwicklungsbedingungen. Außerdem führen auf der organisatorisch-institutionellen Ebene die unterschiedlichen Frühförderstrukturen im föderalen System nicht zuletzt zu größeren Diskrepanzen in der Versorgungsstruktur und damit zu Ungerechtigkeiten für einzelne betroffene Familien in den einzelnen Bundesländern. Auf der Forschungsebene mangelt es noch an Beweisen für die Wirksamkeit der Frühförderung bezogen auf Kinder mit organisch bedingten Schädigungen. Überdies wurde epidemiologische Forschung im Bereich von Frühförderung und Sozialpädiatrie bislang nicht genügend beachtet. Vor allem gibt es Schwierigkeiten und Grenzen in der Umsetzung ökosystemischer Sichtweisen in der familienorientierten Frühförderung. Sehr negativ wirkt sich die Sparpolitik auf den sozialen Bereich aus. Daraus entwickeln sich etliche Spannungsverhältnisse zwischen dem großen Bedarf an Frühförderung und der Verknappung der öffentlichen Mittel.

Entgegen aller Irritationen und Verunsicherungen bezogen auf die Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung im neuen *SGB IX* trat die *Frühförderverordnung* am 01.07.2003 in Kraft. Darin werden alle Leistungen der Frühförderung nicht symptomorientiert, sondern als Verbundfinanzierung systemorientiert erbracht. Die *Frühförderverordnung* ist nach wie vor nicht zufriedenstellend. In Fachkreisen der Frühförderung ist es aber unumstritten, dass die Komplexleistung Frühförderung und Früherkennung nicht nur zu einer reinen Leistungsvereinbarung, sondern auch zu einem neuen Arbeitskonzept mit Betonung der Interdisziplinarität und Familienorientierung geworden ist. Die Umsetzung des Konzepts der Komplexleistung Frühförderung und Früherkennung mit den übergeordneten Zielen „Ressourcenorientierung in der medizinisch-therapeutischen Behandlung ebenso wie in der heilpädagogischen Förderung, Stärkung der Autonomie des Kindes und seiner Familie“ (JETTER 2003, 6) stellt eine aktuelle wichtige Aufgabe aller Beteiligten dar. Zu Gunsten der Weiterentwicklung eines qualitativ vollen Verbundsystems der Frühförderung beansprucht dies in hohem Maße fachliches und interdisziplinäres Denken und Handeln sowie fachliche und interdisziplinäre Qualifikation aller Beteiligten unter dem derzeitigen wirtschaftlichen Druck im Gesundheitswesen und in den Staatsfinanzen.

4 Die Frühförderung in Taiwan

4.1 Terminologische Erläuterungen, Begriffe und einige wichtige Daten der Sonderpädagogik

4.1.1 Special Education, Behindertenpädagogik, Hochbegabungspädagogik, Integrations-/Inklusionspädagogik

In Taiwan wird der Begriff **Special Education**, der sich an den in den USA gebräuchlichen Begriff anlehnt, als allgemein anerkannte und einheitliche Institutionsbezeichnung für die Fördereinrichtungen für sog. „exzeptionale Kinder“⁴⁴ (exceptional children) bezeichnet. Die „Special Education“ grenzt sich von der „General Education“ ab. Der Personenkreis der Special Education umfasst nicht nur behinderte, sondern auch hochbegabte Kinder (Kap. 4.1.2). Insofern kann man die Special Education in Taiwan nicht mit der deutschen Sonderpädagogik gleichsetzen. Trotz der inhaltlichen Unterschiede von Sonderpädagogik in Deutschland und Special Education in Taiwan wird bei Vergleichsstellen der Begriff der Sonderpädagogik benutzt. Wie in den englischsprachigen Ländern treten in Taiwan derzeit die besonderen Erziehungs- bzw. Bildungsbedürfnisse (special educational needs) der Kinder in den Vordergrund (vgl. Kap. 4.1.2). Im folgenden vergleichenden Text kommt daher statt des Begriffs „exzeptionale Kinder“ hauptsächlich der Begriff „Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf“⁴⁵ vor.

In einigen amtlichen Texten, bei sonderpädagogischen Fachtagungen und in rechtlichen Kontexten wird auch der Terminus „**Behindertenpädagogik**“ verwendet, die sich von der „**Hochbegabungspädagogik**“ abgrenzt.

In den 1960er Jahren ging von den Skandinavischen Ländern eine Menschenrechtsbewegung aus, welche die (Menschen-) Rechte behinderter Menschen betonte. Vor diesem Hintergrund entwickelte sich die Diskussion um das Normalisierungsprinzip, die sich auf die Planung und das Angebot hinsichtlich Bildung, Beruf und Integration behinderter Menschen auswirkte.

⁴⁴ Die Übersetzung wurde dem Buch „Vergleichende Sonderpädagogik“ (KLAUER & MITTER 1987; in Texten z.B. von JUUL 1987; LIN 1987) entnommen und wird in den folgenden Textstellen bezogen auf „exceptional children“ verwendet.

⁴⁵ Die Übersetzung orientiert sich an HENSLE & VERNOOIJ (2002).

Parallel zu der Entwicklung der separaten Sonderpädagogik wird in Taiwan deshalb in Anlehnung an die in den USA propagierte „Mainstreaming Education“ in den 1970er Jahren (Phase der Integration), die „Regular Education Initiative“ (REI) (im Jahre 1985; vgl. HUANG, Huei-Ju & HO, Li-Po 2002, 37) von 1980 sowie die „Inclusion“ von 1990 (Phase der Inklusion) die Integration von Kindern mit besonderem pädagogischen Förderbedarf in Regelklassen bewusst gefordert (vgl. WU, Shu-Mei 1999, 6). Im Jahre 1967 begann ein gemeinsames Unterrichtsprogramm von sehbehinderten und nichtbehinderten Kindern, das durch UNICEF, das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (The United Nations Children’s Fund) und die überseeische Blindenstiftung der USA unterstützt wurde (vgl. WAN, Ming-Mei 2000, 268). Im Vergleich dazu fand die vorschulische Integration erst später statt. Genannt werden muss in diesem Zusammenhang Frau Professor WU in der Special Education am National Teachers College in Hsinchu. Sie setzte die Idee der Inklusion in die Praxis um und begründete 1989 die erste Inklusionskindergartengruppe und 1994 die erste Inklusionsklasse in der Schule in Hsinchu (vgl. WU, Shu-Mei 1999, 8). Als ihre künftige Aufgabe sieht sie die Vollinklusion (full inclusion), d.h. alle Kinder mit allen Behinderungsarten und Behinderungsgraden sollen in Regelkindergartengruppen und Regelklassen in ihrem Lebensumfeld integriert werden.

4.1.2 Kategorisierung der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf und das neue Verständnis der Begriffe der Behinderung und Außergewöhnlichkeit (exceptionality) in der Sonderpädagogik

Nach dem *Sonderpädagogikgesetz (Special Education Law)*, den *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes (Special Education Law Details Rules)* sowie den *Beurteilungsprinzipien und -kriterien für behinderte und hochbegabte Kinder (Principles and Criteria of Assessment for Gifted and Handicapped Students)* werden die Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf in Taiwan in zwei Kategorien unterteilt: Kinder mit verschiedenen Behinderungstypen (12 Typen) auf der einen Seite und Kinder mit verschiedenen Hochbegabungstypen (6 Typen) auf der anderen Seite (Tabelle 7).

Kinder mit verschiedenen Behinderungstypen	Kinder mit verschiedenen Hochbegabungstypen ⁴⁶
(1) Geistige Behinderung (2) Sehschädigung (3) Hörschädigung (4) Sprachbehinderung (5) Körperbehinderung (6) Chronische Krankheit und Schwäche (7) Schwere emotionale Behinderung (8) Lernbehinderung (9) Mehrfachbehinderung (10) Autismus (11) Entwicklungsverzögerung (12) andere deutliche Behinderungen	(1) Allgemeinbegabung (Gedächtnis, Verständnis, Analyse ...) (2) Wissenschaftsbegabung (Sprache, Mathematik, Physik ...) (3) Kunsttalent (Theater, Kunst, Musik ...) ⁴⁷ (4) Kreativität (neue Erfindungen, Fähigkeit zur Problemlösung ...) (5) Führungsbegabung (Planung, Organisation, Kommunikation ...) (6) andere spezielle Talente (Computer, Schach, geographisches Kartenverständnis ...)

Tabelle 7: Übersicht über die Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf in zwei Kategorien von Behinderung und Hochbegabung in Taiwan.

Da sich die Sichtweise der Sonderpädagogik gegenüber behinderten Menschen von der individuumszentrierten Sichtweise des medizinischen Modells zu der systemischen Betrachtungsweise des ökologischen Modells wandelte, werden die Betroffenen nun nicht mehr ausschließlich nach ihren Defekten kategorisiert, sondern es wird auch nach ihren Stärken geforscht. Außerdem wird den Dimensionen auf einem Kontinuum von Bedürfnissen und Schwierigkeiten der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf immer mehr Beachtung geschenkt; die Klassifizierung nach Behinderungsarten spielt dagegen keine entscheidende Rolle mehr (vgl. Kap. 3.1.2). Im Mittelpunkt des pädagogischen Interesses stehen vielmehr die besonderen Erziehungs- bzw. Bildungsbedürfnisse der Kinder (vgl. Kap. 4.1.1) und flexible pädagogische Förderungsmöglichkeiten. Fachleute sind sich einig, dass sich ein Kontinuum sonderpädagogisch-integrativer Angebote (the continuum of educational placement alternatives) für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf in der am wenigsten einschränkenden Umgebung (the least restrictive environment) am besten bewährt hat (vgl. HE, Hua-Guo³2001, 21; vgl. auch BÜRLI 1997, 54f./84-94; siehe Abbildung 2). Die am wenigsten einschränkende Umgebung ist individuell unterschiedlich und soll sich an den Bedürfnissen der Kinder, Eltern und Lehrer orientieren. Das höchste Ziel ist das gemeinsame

⁴⁶ Der Durchschnitt Hochbegabter soll in Tests oder Skalen über +1,5 Standardabweichung oder über einem Prozentrang von 93% liegen. Die Einschätzung erfolgt durch Beobachtungen und Empfehlungen von Wissenschaftlern, Klassenlehrern und Eltern (vgl. §§ 14-19 der *Beurteilungsprinzipien und -kriterien behinderter und hochbegabter Kinder*).

⁴⁷Nach dem am 12.03.1997 erlassenen *Kunstpädagogikgesetz (Art Education Law)* und seiner Revidierung am 19.01.2000 bestehen Sonderregelungen und Kriterien für kunstbegabte Kinder, z.B. frühes Einschulungsalter, breit gefächerte Zulassungsqualifikationen, verkürzte Studienzzeit.

Leben und Lernen von behinderten und nichtbehinderten Kindern. Erwähnenswert ist die Verwendung des Begriffs „Außergewöhnlichkeit“ (exceptionality) für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf (exceptional children). Er soll der Stigmatisierung der Abnormalität entgegenwirken (vgl. LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000, 20).

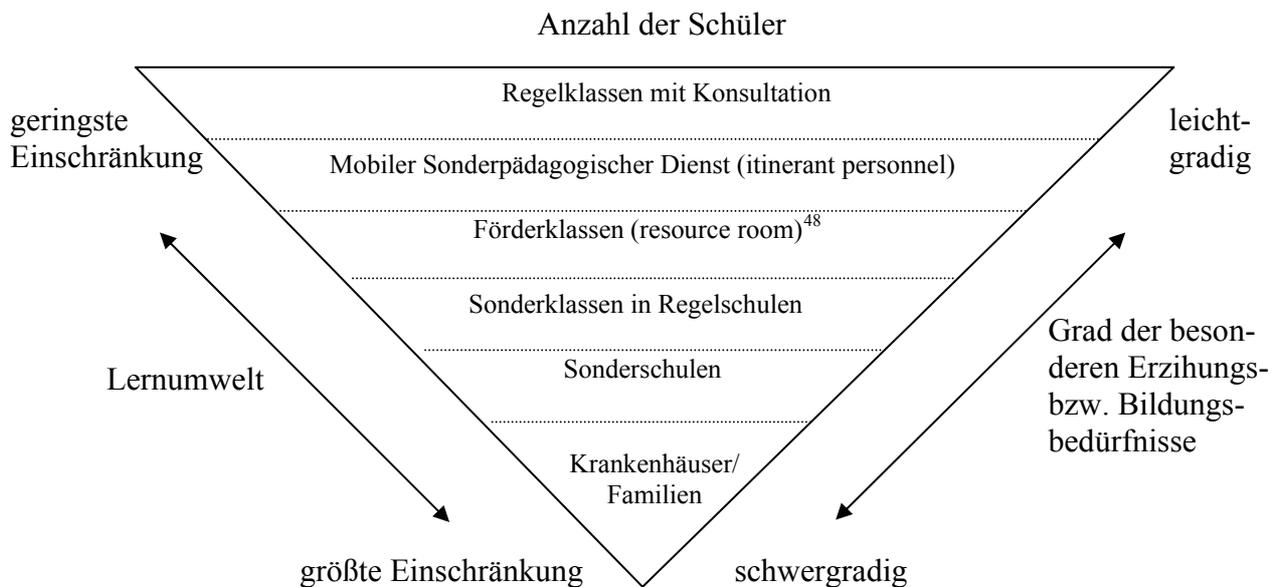


Abbildung 2: Kontinuum sonderpädagogisch-integrativer Angebote für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf (vgl. HE, Hua-Guo ³2001, 21; vgl. auch HUANG, Shi-Yu 1997, 87).

Gegenwärtig zeigt sich die sonderpädagogische Förderung für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf in einer Vielfalt von Organisationsformen (Tabelle 8).

⁴⁸ Schüler mit leichtgradigen Schädigungen und Behinderungen, z.B. mit Seh-, Hörschädigungen, Lernschwierigkeiten und Emotional-/Verhaltensstörungen, können in bestimmten Stunden außerhalb der Klasse durch qualifizierte Lehrer gefördert werden. Nach HAMMILL (vgl. QIU, Zhi-Peng 2001, 396; vgl. auch HE, Hua-Guo ³2001, 19) unterscheiden sich Förderklassen (resource room) von den Sonderklassen dadurch, dass Schüler mit besonderem pädagogischen Förderbedarf die meiste Zeit in Regelklassen bleiben; entweder werden sie unterstützt, indem sie nur stundenweise außerhalb der Klasse gefördert werden oder sie erhalten ein eigenes, spezielles Curriculum, je nach der Durchführungsweise der Schule. Die Förderklassen werden in zwei Typen gegliedert: (1) Kategoriale Förderklassen für ausschließlich eine Behinderung, wie z.B. für Geistigbehinderte, Hörgeschädigte und Sehgeschädigte. Es gibt auch Förderklassen für Hochbegabte. (2) Nonkategoriale Förderklassen vor allem für Kinder mit Lernschwierigkeiten und Emotionalstörungen (vgl. QIU, Zhi-Peng 2001, 396f.).

behinderte Kinder	hochbegabte Kinder
<ul style="list-style-type: none"> • Kliniken/Familien • Sonderschulen (für Blinde/Sehbehinderte, Gehörlose/Schwerhörige, Körperbehinderte und Geistigbehinderte) • Sonderklassen in Regelschulen (für Gehörlose/Hörgeschädigte, Sprachbehinderte, Körperbehinderte, Geistigbehinderte, Lernbehinderte, emotional Schwierige) • Förderklassen in Regelschulen (für Kinder mit leichtgradigen Schädigungen und Behinderungen, z.B. mit Sehbehinderungen, Hörschädigungen, Lernschwierigkeiten und Emotional-/Verhaltensstörungen) • Regelklassen in Regelschulen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonderklassen in Regelschulen • Förderklassen in Regelschulen • Regelklassen in Regelschulen

Tabelle 8: Organisationsformen der sonderpädagogischen Förderung in Taiwan (Zusammenfassung von LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000, 116f.; HE, Hua-Guo ³2001, 18ff.).

4.1.3 Einige wichtige Daten in der Sonderpädagogik

Zunächst soll hier auf den prozentualen Anteil der behinderten Menschen an der Gesamtbevölkerung eingegangen werden. Im Jahre 2003 hatten ca. 3,8% der gesamten Bevölkerung in Taiwan einen Behindertenausweis (DEPARTMENT OF SOCIAL AFFAIRS, MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2003). Im Vergleich zu den Statistiken der internationalen Organisationen oder den Zahlen aus Deutschland (i.d.R. 10%) ist diese Quote sehr niedrig. Dennoch ist sie in Taiwan seit 1993 mit 1,3% bis 2003 auf den erwähnten Stand von 3,8% angestiegen (DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN [Kabinett]⁴⁹, ROC 2004e, Table 94: Welfare Service for the Handicapped). Ein Grund dafür war die Revision des *Behindertenschutzgesetzes (Disabled Protection Law)* mit einer Lockerung der Begutachtungsstufen für Behinderte, wodurch diese einerseits mehr Rechte erhielten und andererseits die Auseinandersetzung mit behinderten Menschen in der Gesellschaft wuchs. Außerdem wurden sich mehr behinderte Menschen durch die Einführung unterschiedlicher Behindertenorganisationen ihrer eigenen Rechte bewusst und beantragten einen Behindertenausweis (vgl. WANG, Kuo-Yu 1994 in BEHINDERTENVEREINIGUNG,

⁴⁹ In Taiwan sieht die Verfassung der Republik China die zentrale Regierung mit fünf „Yuan“ (Regierungsorganen) vor, das sind Exekutiv-Yuan (Exekutive), Legislativ-Yuan (Legislative), Judikativ-Yuan (Justiz), Prüfung-Yuan und Kontroll-Yuan.

ROC 2001 – „Report zur Situation der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen im Jahre 2001“).

1976 erreichte die Prävalenz in der ersten nationalen Häufigkeitsstudie der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren einen Prozentsatz von 1,12%. Diese Zahl ist weit entfernt von der theoretischen Grundannahme von GUO, Wei-Fan (vgl. ⁵1992, 20f.; vgl. auch LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000, 84; HE, Hua-Guo ³2001, 13), nach der der prozentuale Anteil der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf nach der Auswertung der Experteneinschätzungen und internationaler Häufigkeitsstudien in Taiwan 10,73% (inklusive der Hochbegabten; 7,73% exklusive der Hochbegabten) betragen müsste. GUO, Wei-Fan (vgl. ⁵1992, 20f.; vgl. auch LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000, 29f.; HE, Hua-Guo ³2001, 13f.) erwog hierfür zwei Ursachen:

- Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf wie Hochbegabte, Sprachbehinderte, Verhaltensgestörte und Lernbehinderte wurden nicht mit in die nationale Häufigkeitsstudie einbezogen.
- Eine nicht geringe Zahl der Kinder mit leichten intellektuellen Retardierungen und leichten Hörschädigungen wurde aufgrund des unauffälligen Erscheinungsbildes von Lehrern nicht angegeben.

Nach dem zusammengefassten Report der zweiten nationalen Häufigkeitsstudie, die Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf im Alter von sechs bis fünfzehn Jahren im Zeitraum Juli 1990 bis Juli 1991 erfasste, wurden insgesamt 75.562 Fälle registriert (vgl. WU, Wu-Tien 1994, 137/141; LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000, 29f./84ff.; HE, Hua-Guo ³2001, 14). Davon waren 47.684 Jungen und 27.878 Mädchen. Der prozentuale Anteil der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf betrug nur 2,12 %⁵⁰ (Tabelle 9).

Im Vergleich zur theoretischen Grundannahme (ca. 10%) gilt diese Prävalenz als zu niedrig. Gründe dafür sind die hohe Zahl der Nichterfassung von leichtgradigen Behinderten, die schlechte Koordination der Schulen und Institutionen, der unzureichende zeitliche Rahmen für die Erfassungsarbeit und nicht zuletzt die passive und sogar ablehnende Haltung der Eltern (vgl. LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000, 30; WANG, Wen-Ke 2000, 21). Die Gruppe der Geistigbehinderten war am größten, gefolgt von der Gruppe der Lernbehinderten (Tabelle 9).

⁵⁰ Im Schuljahr 1990 gab es 3.561.729 Kinder, die zwischen sechs und vierzehn Jahre alt waren.

Hochbegabte wurden in dieser Studie nicht erfasst. Die meisten Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf, 71.261 (94,31%), erhielten eine Schulbildung; sie gingen entweder in Regelschulen oder in Sonderschulen. Bemerkenswert ist auch, dass 60.170 (84,44%) der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf in regulären Klassen untergebracht waren und ohne spezielle Hilfe gefördert wurden. Nur 15,44% (10.967) wurden besonders betreut, davon 8.226 (11,54%) in Sonderklassen, 739 (1,04%) in Förderklassen und 2.002 (2,86%) in Sonderschulen (WU, Wu-Tien 1994, 140; vgl. LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan³2000, 85f.).

Arten der besonderen Erziehungs- bzw. Bildungsbedürfnisse	Häufigkeit (%)	Anzahl der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf	Prozentrang (%)
Hochbegabung			
Geistige Behinderung	0,883 (1)	31.440	41,61
Lernbehinderung	0,436 (2)	15.512	20,53
Mehrfachbehinderung	0,205 (3)	7.315	9,68
Verhaltensstörung	0,199 (4)	7.089	9,38
Körperbehinderung	0,097 (5)	3.456	4,57
Sprachbehinderung	0,082 (6)	2.916	3,86
Hörschädigung	0,081 (7)	2.876	3,81
Chronische Krankheit u. Schwäche	0,059 (8)	2.111	2,79
Seherschädigung	0,054 (9)	1.931	2,56
Autismus	0,017 (10)	598	0,79
Schädigungen/Fehlbildungen des Gesichts	0,009 (11)	318	0,42
Insgesamt	2,121	75.562	100,00

Tabelle 9: Häufigkeit der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf nach der zweiten nationalen Erfassungsstudie in Taiwan (Zusammenfassung von WU, Wu-Tien 1994, 141; LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan³2000, 29/85; HE, Hua-Guo³2001, 14).

Es gab in jüngster Zeit viele Bemühungen, eine Förderung aller Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf zu ermöglichen. Im Jahre 2002 erhielten 119.995 Kinder im Vorschul- und Schulalter mit besonderem pädagogischen Förderbedarf (bis Sekundarstufe II) gezielte und spezielle Förderung; davon waren 72.107 behindert und 47.888 hochbegabt (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2003b). Laut dem Sonderpädagogischen Statistischen Jahrbuch 2003 (ebd.) erreichten integrativ beschulte Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf (ohne Hochbegabte, inklusive Lernschwie-

rigkeiten in Förderklassen) im Schuljahr 2002 einen prozentualen Anteil von ca. 64% der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf. Parallel zur Entwicklung der Integration bemüht man sich aber gleichzeitig um den Aufbau des Sonderschulwesens, um für diese Kinder eine angemessene sonderpädagogische Förderung zu gewährleisten. Von 1993 bis 2003 hat sich die Anzahl der Sonderschulen nahezu verdoppelt (von 13 auf 25); in den meisten Städten und Landkreisen Taiwans befindet sich eine Sonderschule (ebd. 2003d). Mit dem zunehmenden Ausbau der Sonderschulen ging die Integrationsquote in den letzten zehn Jahren durchschnittlich jährlich um 3,7 % zurück (HUANG, Huei-Ju & HO, Li-Po 2002, 49). Die Integrationsbedingungen in Taiwan müssten noch durch bessere Rahmenbedingungen und qualitativ besser ausgebildetes Fachpersonal optimiert werden, um Kindern mit besonderem pädagogischen Förderbedarf gerecht werden zu können.

4.2 Geschichtliche Entwicklung der Special Education und der Früherziehung Behinderter

Die Tradition und die Wurzeln der Special Education in Taiwan sind in der chinesischen Kultur im Altertum zu finden. Über Körperbehinderte und deren Behandlung ist im Aufsatz „Datong“ des alten Buches „Liyun“ aus dem fünften Jahrhundert v.Chr. Folgendes aufgezeichnet: „Witwer, Witwen, Waisen, Kinderlose, Körperbehinderte und Kranke sollten alle einen Dach über den Kopf und Nahrung haben“ (guan gua gu du fei ji zhe jie you suo yang). Erwähnenswert ist besonders Kaiser Wu (Han Wu Di) (156-87 v.Chr.) der Han Dynastie (206 v.Chr.-220 n.Chr.), der die Staatsangelegenheiten unter dem Einfluss des Konfuzianismus⁵¹ mit „Ren-zhi“, d.h. nach dem Ideal der Regierung durch Menschenliebe und Güte, regelte. Die Menschenliebe ist die Basis der Ethik in seiner Regierungsphilosophie. Im Buch der Han-Dynastie „Hanshu“ wird an einigen Stellen berichtet, dass sich Kaiser Wu Blinder, Körperbehinderter und Kranker erbarmte und ihnen entweder Essen, Kleidung oder schriftlich fixierte Sonderrechte gewährte. „Ren-zhi“ entspricht einem der zentralen Gedanken des Konfuzianismus, der „Großen Harmonie der Welt“ (shijie datong), in der das Ich und alle Lebewesen im Kosmos

⁵¹ Der Konfuzianismus entstand durch die konfuzianische Schule, eine ideologische Schule in der Frühlings- und Herbstperiode (770-476 v.Chr.) und der Zeit der Streitenden Reiche (475-221 v.Chr.). Die Hauptrepräsentanten sind Konfuzius (551-479 v.Chr.), seine Schüler Menzius (374-289 v.Chr.) und Xunzi (305-235 oder 298-238 v.Chr.). Während Menzius davon ausging, dass die menschliche Natur von Geburt an gut ist, behauptet Xunzi, dass die menschliche Natur von Geburt an böse ist. In der Han-Dynastie (206 v.Chr.-220 n.Chr.) begann die Etablierung der konfuzianischen Lehre in der politischen Macht. In der Song-Dynastie (960-1279 n.Chr.) gewann der Konfuzianismus große Bedeutung als staatstragende Philosophie im Regime (vgl. WANG, Feng-Xie³1998).

friedlich koexistieren. Diese Weltanschauung repräsentiert sich im alltäglichen Leben durch die Menschenliebe, den Gleichheitsgedanken und die Hilfsbereitschaft gegenüber Schwächeren (vgl. WANG, Feng-Xie ³1998).

Allerdings ging es dabei in erster Linie um die Ernährung und Unterkunft Körperbehinderter, Kranker und Blinder. Die geistig Schwachen galten in der chinesischen Antike, wie in den alten ägyptischen, babylonischen, hebräischen und griechischen Kulturen, als von bösen Geistern besetzt, die durch Beten, Zaubersprüche, Schlagen oder Nahrungsentzug beschwört werden sollten (vgl. LI, De-Gao 1992, 5). Dieser Glaube an eine Besessenheit durch Geister hängt eng zusammen mit der Yin-Yang-Schule (in der Zeit der Streitenden Reiche, 475-221 v.Chr.), die bis heute das familiäre Leben prägt. Der Gedanke, dass die Geisteskrankheit als Vergeltung oder Gottesstrafe für eine Übeltat des letzten Lebens betrachtet wird, ist nicht zuletzt durch den Einfluss von Taoismus und Buddhismus verbreitet worden.

Die ursprüngliche Idee der Erziehung und Bildung behinderter Kinder ist in Taiwan in Fachkreisen der Sonderpädagogik ohne Zweifel auf den großen chinesischen Philosophen und Pädagogen KONFUZIUS (551-479 v.Chr.) zurückzuführen. Er gilt als der Pionier, der Bildung nicht ausschließlich als Adelsprivileg verstand, sondern eine allgemeine Volksbildung forderte und auch vorantrieb. Eines seiner bekanntesten Erziehungsprinzipien ist, dass bei der Unterrichtung keine Klassenunterschiede bestehen sollen (vgl. TAIWAN PROVINCIAL DEPARTMENT OF EDUCATION 1997, 2; WANG, Feng-Xie ³1998). Im heutigen Sinne heißt das, dass alle Menschen ein Recht auf Bildung haben (zero rejection) (vgl. TAIWAN PROVINCIAL DEPARTMENT OF EDUCATION 1997, 2). Die Erziehungsmethode „Belehren je nach den individuellen Begabungen und Unterschieden“ ist heute aktueller denn je. Daher wird KONFUZIUS in Taiwan als „der Heilige der verstorbenen Lehrer“ und als „Lehrer und Vorbild für alle Zeiten“ verehrt.⁵²

Trotz des hohen konfuzianischen Ideals fand die praktische Umsetzung der Erziehung und Bildung behinderter Kinder erst in der neueren Zeit statt. Von der Antike bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts übernahm die Familie, vor allem die Mutter, die Verantwortung für behinderte Kinder. Dabei handelte es sich in erster Linie um die körperliche Pflege.

⁵² In Taiwan wird der Geburtstag von KONFUZIUS, der 28. Sept., als nationaler Lehrertag gefeiert.

Eine Wende trat nach dem Kontakt mit der westlichen Kultur ein, der zuerst durch die christliche Mission⁵³, danach durch den Handel und nicht zuletzt durch Konflikte und Kriege (z.B. Opium-Krieg, Verbündete Streitkräfte der acht Mächte⁵⁴) entstand (WANG, Feng-Xie³1998). Besonders nach Kriegsniederlagen wirkten sich die Begegnungen mit der westlichen Kultur auf die Erziehung und Bildung in China und später in Taiwan aus. Mit dem Ziel, von westlichen Naturwissenschaften zu lernen, wurden die traditionellen Einklassenschulen vom sog. modernen Schulsystem der westlichen Länder abgelöst.

Für die Sonderpädagogik in Taiwan spielte die christliche Mission eine entscheidende Rolle. Die ersten sonderpädagogischen Programme und Einrichtungen in Taiwan wurden, wie in vielen westlichen Ländern, von religiösen Gruppen und Wohlfahrtsorganisationen initiiert. Man begann auch mit der Erziehung und Bildung Gehörloser und Blinder, wenngleich diese Einrichtungen im Vergleich zu westlichen Ländern erst über 100 Jahre später aufgebaut wurden. Einrichtungen für Blinde entstanden vor denen für Gehörlose. Die Anfänge können zurückverfolgt werden bis 1880⁵⁵, als der englische Pastor William GAMBEL ein Ausbildungsprogramm für Blinde⁵⁶ in Tainan, einer südlichen Stadt in Taiwan, ins Leben rief (KE, Gui-Mei 1998, 55; WAN, Ming-Mei 2000, 267; HE, Hua-Guo³2001, 26). Bis 1915 wurden außerdem Ausbildungsprogramme für Hörgeschädigte und Gehörlose eingerichtet. 1917 etablierte der Japaner Ben-Cun-Jin-Wu die Blinden-Stummen-Erziehungsanstalt, die Vorgängerin der Städtischen Blinden-Gehörlosenschule Taipei.

Ein großer Entwicklungssprung für die Sonderpädagogik in Taiwan zeichnete sich erst 1949 ab, als die chinesische Regierung von CHIANG, Kai-Shek nach dem Zweiten Weltkrieg den Bürgerkrieg gegen die Kommunisten verlor und nach Taiwan floh. Die sonderpädagogischen Programme vervielfachten sich seit der Übernahme der Regierung von Taiwan ständig. Die oben erwähnte erste Anstalt für Blinde in Tainan wurde in die „Blinden- und Gehörlosenschule“

⁵³ Die ersten christlichen Missionierungen fanden schon Ende der Ming-Dynastie durch Michele RUGGERI (1543-1607) und Matteo RICCI (1552-1610) in China statt (vgl. JENSEN 1997). Das Christentum kam 1624 mit den Holländern nach Taiwan. Georgius CANDIDUS, einem Mitglied der Reformierten holländischen Kirche, gelang es als erstem, Taiwanesen zum Christentum zu bekehren (vgl. TAIPEH VERTRETUNG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND 2000 in <http://www.roc-taiwan.de/fingertip/11-6.html> am 06.02.2003).

⁵⁴ Deutschland, Japan, Russland, Großbritannien, USA, Frankreich, Italien und Österreich-Ungarn fielen 1900 zur Unterdrückung der antiimperialistischen Yihetuan-Bewegung (früher als Boxer-Aufstand bekannt) ein.

⁵⁵ Statt des Jahres 1880 wird bei anderen Autoren auch 1886 (KUO, Wei-Fan⁵1992, 45; JIAN, Ming-Jian & QIU, Jin-Man 2000, 91; LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan³2000, 41) bzw. 1889 (TAIWAN PROVINCIAL DEPARTMENT OF EDUCATION 1997, 2) sowie 1890 (WANG, Wen-Ke 2000, 11) angegeben.

⁵⁶ Auch über die Schule für Blinde gibt es unterschiedliche Angaben: Im Text von LIN (1987, 717) ist von einem Ausbildungsprogramm für Sehgeschädigte die Rede; bei LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan (³2000, 41) und Taiwan Provincial department of education (1997, 2) findet man die Schule für Blinde und Stumme (Taube).

le Tainan“ umbenannt. 1968 wurde diese Schule wieder in zwei Schulen getrennt – die Gehörlosenschule in Tainan und die Blindenschule in Taichung. Andere Blinden- und Gehörlosenschulen wurden nach diesem Modell nach und nach ebenfalls in zwei Schularten aufgeteilt, z.B. wurde die Städtische Blinden-Gehörlosenschule Taipei 1975 in eine Städtische Blindenschule Taipei und eine Städtische Gehörlosenschule Taipei geteilt.

In den 1960er Jahren erweiterten sich die Beschulungsmöglichkeiten um den Personenkreis sinnesgeschädigter Kinder mit anderen Beeinträchtigungen und Behinderungen. 1962 wurde die erste Sonderklasse für Geistigbehinderte in der Zhongshang Grundschule in Taipei eingerichtet. 1964 begannen die Fuxing und Yangming Grundschulen in Taipei ein „Bildungsexperiment für hochbegabte Kinder“. 1968 wurde der *Neunjährige Bildungsgrundlagenbeschluss* (*Nine Year Fundamental Education Act*) verabschiedet, der veranlasste, dass „Körperbehinderten, Geistigbehinderten und Hochbegabten sonderpädagogische Maßnahmen zukommen sollen und ihre geregelte Schulausbildung gewährleistet werden muss“ (§ 10). Die Sonderpädagogik in Taiwan wurde zum ersten Mal gesetzlich verankert. Dadurch wurde die Bedeutung der Bildung der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf durch die Regierung anerkannt. Danach erweiterte sich die Sonderpädagogik rapide. Aufgrund dieses Gesetzes wurde 1968 die provinzielle Changhua Renai Experimentalschule für Körperbehinderte eröffnet. Die erste private Anstalt für Körperbehinderte gab es schon 1958.

Drei weitere Bildungsverordnungen und Beschlüsse in den 1970er Jahren trugen viel zur Entwicklung und Verwirklichung sonderpädagogischer Programme in Taiwan bei (vgl. LIN, Grace Bao-Guey 1987; vgl. auch LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000 78f.). Die *Verordnung zur Entwicklung und Verbesserung der Sonderpädagogik* (*Regulation of Special Education Development and Improvement*) von 1970 verpflichtete die örtlichen Bildungsbehörden, sonderpädagogische Programme für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf bereitzustellen und deren Ziele, Durchführungsweisen und Lehrerausbildung/-training festzulegen. 1974 wurde die *Bildungsverordnung zur Erfassung und zur Feststellung des Förderortes exzeptionaler Kinder* (*Regulation of Exceptional Children Identification and Educational Placement*) vom Bildungsministerium (Ministry of Education) in Kraft gesetzt. Die Verordnung legte die Erfassungsverfahren und Kriterien zur Identifizierung der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf dar und legte fest, dass vor allem klinische Teams für die Identifizierung der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf verantwortlich sind und die Beratungsstellen nach Anweisungen der örtlichen Erziehungsbehörde aufgebaut wer-

den sollen. Weiterhin legte die *Verordnung zur Lehrbefähigung für Lehrer exzeptionaler Kinder (Regulation of Teaching Certificate for Teachers of Exceptional Children)* von 1975 fest, dass zusätzlich zu den Anforderungen für die Lehrbefähigung an normalen Schulen ein bestimmtes Minimum von Nachqualifikation an einer Universität für die staatlich anerkannten Sonderschullehrer erforderlich ist.

Um die Entwicklung zu beschleunigen, gründete das Bildungsministerium 1974 das erste wissenschaftliche sonderpädagogische Forschungszentrum (special education center) an der National Normal University in Taipei. Die Aufgabenbereiche waren einerseits Forschung, Modellversuche, Weiterbildungsangebote und das Sammeln von Informationen während der Berufstätigkeit und andererseits Ausbildungsprogramme für Lehrer, die in Sonderklassen oder an Sonderschulen unterrichteten. Diese Programme wurden während der regulären Schulzeit oder während der Schulferien abgehalten und entsprachen den benoteten Stunden in der Special-Education-Ausbildung (vgl. LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000, 141). Das Zentrum bot, wenn nötig, auch kurzfristige Arbeitsgruppen für Sonderschullehrer vor der Berufstätigkeit an (vgl. ebd., 79). Bis 1982 waren 12 sonderpädagogische Zentren auf „National Teachers Colleges“ oder „National Universities of Education“ verteilt. Das erste Institut für das „undergraduate“-Programm in der Special Education für die Lehrerausbildung wurde 1975 am National College of Education in Changhua⁵⁷ mit dem B.A. (Bachelor Degrees) eingerichtet. Das „graduate“-Programm für Special Education mit dem M.A. (Master Degrees) gibt es seit 1984.

Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre wurden in Regelschulen erste Sonderklassen für sprachbehinderte (1978 in Kaohsiung), lernbehinderte (1980 in Taipei) und für emotional schwierige Kinder, wie z.B. Autisten, (1985 in Taipei) ins Leben gerufen.

Mit der demokratischen Bewegung in den 1980er Jahren wurden viele politische Tabus gebrochen, und für Taiwan begann eine neue Ära der pluralen Gesellschaft (vgl. KE, Ping-Shung ²1998, 10f.). Die schwächeren gesellschaftlichen Gruppen sowie die Organisationen für behinderte Menschen forderten das Recht auf Bildung ein und bemühten sich um die Ausweitung der sozialen Wohlfahrt. Diese Entwicklung wirkte sich auch auf die administrative Zuständigkeit aus. 1982 trat das *Schulpflichtgesetz (Statute of Compulsory School Attendance)* in Kraft, das allen, d.h. auch Kindern mit besonderem pädagogischen Förderbedarf,

⁵⁷ Seit August 1989 ist das „National College of Education in Changhua“ zur „National Changhua University of Education“ umbenannt.

die gleiche Schulpflicht auferlegt. Ausgenommen sind schwerst Geistigbehinderte, die gegen ärztlichen Nachweis von dieser Bestimmung befreit werden können (§ 12). Die Durchführung des Unterrichts für Schwerbehinderte ist nicht auf die Schule beschränkt und kann auch in Sozialwohlfahrtseinrichtungen bzw. in der Familie stattfinden, wenn der Antrag auf Familienunterbringung und -unterrichtung durch das Einschulungskomitee geprüft und genehmigt ist (vgl. LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000, 72). Nach dieser Zustimmung bekommen die betreffenden Familien zusätzliche spezielle Unterstützung von der wohnortnahen Schule. Diese Unterrichtsweise in Familien ist jedoch bis jetzt noch nicht zufriedenstellend organisiert und daher wenig wirksam (vgl. ebd., 73).

Ein Meilenstein für die Entwicklung der Special Education in Taiwan stellt das im Jahre 1984 veröffentlichte *Sonderpädagogikgesetz* dar, das eine gesetzliche Grundlage für die Bildung von behinderten Kindern schuf.

In den 1980er Jahren stand in Taiwan im Gegensatz zur Segregation und Etikettierung der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf ihre Integration im Mittelpunkt. Der Aufbau des Sonderschulwesens begann 1950 zwar langsam aber stetig, wobei er jedoch bis heute nicht vollendet ist (vgl. LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan ³2000, 116). Parallel zur Forderung nach integrativer und inklusiver Erziehung und Bildung besteht in Taiwan auch die Notwendigkeit für das Sonderschulwesen. Dabei spielt die individuelle Förderung von Kindern mit besonderem pädagogischen Förderbedarf unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse eine entscheidende Rolle.

Die Regierung schenkte in letzter Zeit vor allem der Vorschulerziehung große Aufmerksamkeit und erhöhte das Budget dafür innerhalb von zehn Jahren (vom 1992 bis 2002) um das 1,9-fache (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2003c). Vor 1980 gab es nur einzelne Institutionen und Heime von privaten und kirchlichen Trägern und Wohltätigkeitsorganisationen, die behinderte Säuglinge und Kleinkinder vereinzelt aufnahmen. Die Notwendigkeit zur Durchführung sonderpädagogischer Maßnahmen und die damit verbundene Möglichkeit zur Errichtung einer Sondergruppe für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf im Kindergarten wurde aber erst 1983 durch das *Kindergartengesetz (Preschool Law)* sichergestellt. Noch entscheidender für Klein- und Vorschulkinder war die Verabschiedung des *Sonderpädagogikgesetzes* im Jahre 1984, das die pädagogische Unterbringung in Familien, Regelkindergärten und Vorschulsonderinstitutionen sowie

in Sonderkindergartengruppen an Regel- und Sonderschulen regelt. Obwohl die erste Sonder- vorschulklasse für Hörgeschädigte und Gehörlose schon 1966 in der Städtischen Schule für Hörgeschädigte und Gehörlose Qicong in Taipei gegründet wurde, entstand erst Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre der Großteil der öffentlichen Sonderkindergartengrup- pen für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf an Regel- und Sonderschulen (vgl. HUANG, Shi-Yu 1997, 102). Nach dem Sonderpädagogischen Statistischen Jahrbuch des Bildungsministeriums 2003 (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDU- CATION, ROC 2003b) gibt es für Geistigbehinderte, Hörgeschädigte/Gehörlose, Sehbehin- derte/Blinde und Körperbehinderte insgesamt 179 sonderpädagogische Vorschulklassen an Sonder- und Regelschulen.

Die rasante Entwicklung der Sonderpädagogik für Vorschulkinder hängt eng zusammen mit einigen wichtigen Projekten:

- dem Fünfjahresplan zur Entwicklung und Verbesserung der Sonderpädagogik von 1994 bis 1999;
- dem mittelfristigen Plan zur Entwicklung und Verbesserung der Kleinkindererziehung von 1993 bis 1999;
- dem Plan zur Entwicklung und Verbesserung der Sonderpädagogik von 1998 bis 2003.

Neben der speziellen Förderung gibt es für behinderte Vorschulkinder auch die Einzelinte- gration in Regelkindergärten, Kooperation zwischen Regelschul- und Sonderschulkinder- gärten, Regelkindergärten und Sondervorschulinstitutionen sowie Integrationsgruppen (Inklu- sionsgruppen). Für die hochbegabten Kleinkinder gibt es bis jetzt aufgrund der Budgetvertei- lung und des Mangels an qualifizierten Lehrkräften noch keine öffentlichen Vorschulklassen, die an Regelschulen angegliedert sind (vgl. ebd.). Die Regierung ermuntert und unterstützt jedoch die privaten vorschulischen Erziehungseinrichtungen, die Förderprogramme bzw. -projekte für hochbegabte Kleinkinder durchführen. Im Jahre 2000 lief an der Chuang-Yuan Universität ein Projekt für hochbegabte Vorschulkinder an, in dem diese angemessene, zielge- richtete und individuelle Förderung bekommen sollen, mit Hilfe derer sie eventuell früher eingeschult werden können.

4.3 Entwicklung der Frühförderung in Taiwan

Die Frühförderung in Taiwan entwickelte sich zwar, verglichen mit den USA und einigen Ländern in Europa, viel später, dafür aber – durch das Engagement der zentralen (Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums⁵⁸, Gesundheits- und Bildungsministerium) und der regionalen Regierungsorgane (Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbehörden) sowie der nichtstaatlichen Förderinstitutionen – rapide (Kap. 4.6 ist dieser Thematik gewidmet). Die Frühförderung in Taiwan zeigt, wie die Regierung mit legislativen Verankerungen und Verwaltungsprozeduren die (schul-) politischen Weichen stellt und wie nichtstaatliche Organisationen die Verantwortung für alle Frühförderdienstleistungen mittragen, um umfassende therapeutische, pädagogische und soziale Hilfen für Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen und -verzögerungen zu gewährleisten (vgl. LIN, Hui-Fang 2001, 1). Im Folgenden wird versucht, die organisatorisch-strukturellen Entwicklungslinien und die Maßnahmen der zentralen Regierungsorgane darzustellen. Im Weiteren wird die Entwicklung der inhaltlich-theoretischen Arbeitskonzepte der Frühförderung unter Berücksichtigung der Rolle der Eltern dargestellt.

4.3.1 Administrativ-institutionelle Entwicklungslinien der Frühförderung in Taiwan

Wenngleich die administrativ-institutionellen Entwicklungsphasen der jungen Entstehungsgeschichte der Frühförderung in Taiwan nicht so deutlich unterschieden werden können wie in Deutschland, lassen sie sich unter Heranziehung aktueller Aufsätze in vier Entwicklungslinien aufschlüsseln (vgl. ebd.):

- Pionierphase,
- Phase der Konstitution professioneller Dienste (bis ca. Ende der 1980er Jahre),
- Phase interprofessioneller Kooperationsversuche,
 - (1) Der erste interprofessionelle Kooperationsversuch (1990),
 - (2) Von der Gesetzgebung zur Etablierung des Systems (1992-1996),
 - (3) Von der Etablierung des Systems zum Aufbau der Frühförderungsleistungen (1996-1999),
- Phase der interinstitutionellen Zusammenarbeit (ab 1999).

⁵⁸Das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums (Children's Bureau, Ministry of Interior) wurde am 20.11.1999 ins Leben gerufen. Es ist ein Regierungsorgan auf der Ebene der zentralen Regierung und vergleichbar mit der Abteilung 5, Kind und Jugend, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bzw. mit dem Jugendministerium in einzelnen Bundesländern.

4.3.1.1 Pionierphase

Sowohl die Pionierphase als auch die Konstitution professioneller Dienste in der Frühförderung wurden bzw. sind in Taiwan noch nicht erforscht und können daher nur begrenzt beschrieben werden. Allerdings kann man sich die Pionierphase wie in westlichen Ländern auch als „Phase der Einzelinitiativen“ unterschiedlicher Berufsgruppen im medizinischen, pädagogischen und sozialen Bereich vorstellen, und zwar in erster Linie für Kinder mit deutlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen (zerebral, auditiv, visuell, intellektuell).

Der Ursprung der Frühförderung basiert auf Einzelinitiativen mit sozialpädagogischer Unterstützung für behinderte Säuglinge und Kleinkinder und ist auf christliche Missionen und private Wohltätigkeitsorganisationen in einzelnen Städten und Landkreisen zurückzuführen. In medizinische Einzelbehandlungen, die sich an biologischen Defiziten und Symptomen behinderter Kinder orientierten, wurde schon lange große Hoffnung gesetzt und es gab vereinzelt auch Behandlungsversuche. In dieser Experimentierphase erweiterten einige Fachleute zwar ihre eigenen Arbeitsbereiche, ein professioneller Dienst entstand jedoch nicht.

4.3.1.2 Phase der Konstitution professioneller Dienste

Die gezielte pädagogische Unterrichtung für hörgeschädigte und gehörlose Vorschulkinder wurde erstmals im Jahre 1966 im Schulsystem verankert (vgl. Kap. 4.2). Allerdings stellte sich eine Wende zur Phase der Konstitution professioneller Dienste im Frühförderbereich erst in den 1980er Jahren ein, da in diesem Zeitraum viele Taiwanesen ihr Studium im Ausland beendeten (vor allem in den USA) und in ihre Heimat zurückkehrten. Dort setzten sie sich für die frühe Förderung behinderter Kinder im Vorschulalter ein. In den Vorschulzentren für behinderte Kinder begannen die pädagogisch-professionellen Ansätze und Dienstleistungen. Zur gleichen Zeit wurden in einzelnen Heilanstalten und Kliniken, die rehabilitative Heilkunde entwickelten und Teile der medizinischen Rehabilitation anboten, Abteilungen für Kinderpsychiatrie errichtet. In dieser Periode waren nur wenige professionelle, berufsspezifische Dienste vorhanden.

4.3.1.3 Phase interprofessioneller Kooperationsversuche

(1) Der erste interprofessionelle Kooperationsversuch (1990)

Die Etablierung von Elterninitiativen wirkte sich auf die Entstehung und Entwicklung der Frühförderung aus. Im November 1987 gründeten einige problembewusste Eltern die Syin-Lu-Sozialwohlfahrtsstiftung, die erste Elterninitiative in Taiwan, die sich für die Behindertenrechte einsetzte. Von der Frühförderung hatten sehr viele betroffene Eltern noch keine Ahnung und nur einige forderten Hilfen ein. Nicht zuletzt wurde durch deren Kontakt mit ausländischen, bereits bestehenden Elternvereinigungen die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Frühförderung erkannt. In Hinblick darauf errichtete im Dezember 1990 die von Eltern initiierte Syin-Lu-Sozialwohlfahrtsstiftung im Auftrag des Magistrats von Taipei das erste Frühinterventionszentrum, das Syin-Ai-Kinderentwicklungszentrum (jetzt: Da-Tong-Kinderentwicklungszentrum; Kap.1.2). Das Zentrum repräsentiert den Beginn der interprofessionellen Kooperationsversuche, bei denen Therapeuten, Sonderpädagogen und Sozialarbeiter für behinderte Säuglinge und Kleinkinder zusammenarbeiteten und interdisziplinäre Förderdienste zur Verfügung stellten. Etwas später entstanden auch andere Kinderentwicklungszentren, die einen interdisziplinären Frühförderdienst anboten. Zu beachten ist, dass diese Kinderentwicklungszentren nicht nur Frühförderung, sondern auch Vorschulsondergruppen umfassten. Einige boten sogar Werkstätten für Jugendliche an.

In der Öffentlichkeit mangelte es allerdings an Verständnis für die Frühförderung. In dieser Zeit waren nichtstaatliche Dienste die Vorreiter. Für die Gesetzgebung und Umsetzung des Frühfördersystems spielten im Besonderen die Elternverbände eine signifikante Rolle.

(2) Von der Gesetzgebung zur Etablierung des Systems (1992-1996)

Nach der Errichtung der ersten elterninitiierten Stiftung, der Syin-Lu-Sozialwohlfahrtsstiftung, wurden andere überregionale Elternverbände ins Leben gerufen. 1992 entstand die nationale Elternvereinigung für Menschen mit geistiger Behinderung (Parents' Association für Persons with Intellectual Disability, ROC) in Taipei. In Anbetracht der fehlenden Rechtsgrundlage für die Frühförderung kooperierten diese Elternverbände miteinander und versuchten, Einfluss auf die gesetzgebenden Organe zu nehmen, damit den im damaligen Gesetzes-

entwurf zur Revision des *Kinderwohlfahrtsgesetzes (Children Welfare Law)* im Januar 1993 enthaltenen Paragraphen zur Frühförderung zugestimmt wurde.

Die gesetzlichen Bestimmungen der Frühförderung regelten die Befugnisse und Zuständigkeitsbereiche der zentralen und regionalen Regierungen. In diesen Bestimmungen wurden der Begriff der Entwicklungsverzögerung sowie die Organisationsweise und die Prinzipien der Frühförderung erstmals festgelegt (vgl. LIN, Hui-Fang 2001, 2). Die zentrale Regierung sollte vor allem die notwendige Unterstützung für alle Städte und Landkreise anbieten, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbehörden sollten miteinander und in Verbindung mit nicht-staatlichen Behindertenwohlfahrtsdiensten kooperieren. Weiterhin wurde angeordnet, dass die unterschiedlichen Professionen in der Durchführung der Dienste unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Kinder zusammenarbeiten sollten.

Nach der Gesetzgebung verstärkten die Elternverbände ihren Einfluss in den zentralen Verwaltungsorganen. Für die administrativen Behörden war die Frühförderung ein neues Aufgabenfeld. Daher organisierten die Elternverbände zunächst 1994 eine Reihe von Veranstaltungen zum Kennenlernen ausländischer Frühfördermodelle und -erfahrungen. Bis 1996 machte sich Taiwan anhand der unterschiedlichen Frühförderungspläne und -praxen in Japan, Hongkong und den USA ein Bild davon, wie ein interdisziplinäres Frühfördersystem aufgebaut werden könnte. Wieder waren es die Elternverbände, die die Gründung eines Entwicklungskomitees initiierten, das aus mehreren zentralen Verwaltungsbehörden bestand. Wesentliche zentrale Zuständigkeitsorgane wurden das Innen-, das Bildungs- und das Gesundheitsministerium. Seitdem wurde die Frühförderung planmäßig gestaltet und weiterentwickelt.

1995 wurde der erste Versuchsplan für ein Sozialzentrum zur Früherfassung (Kap. 4.7.1) in der Stadt Taipei im Auftrag des Innenministeriums durch die nationale Elternvereinigung für Menschen mit geistiger Behinderung in die Praxis umgesetzt. Ziel war es, entwicklungsverzögerte Kinder früh zu erfassen und ihnen dadurch eine kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten. Zugleich wurde der Arbeitsablauf der Anmeldung und Überweisung eines Falles geplant, um in der nächsten Stufe die Diagnose zu organisieren. Zunächst wurde der Versuch von Februar 1995 bis Juni 1995 in der Stadt Taipei durchgeführt. Danach beteiligte sich von Juli 1995 bis Juni 1996 auch Hualien, eine Stadt im Osten Taiwans, an diesem Modellversuch.

Dieser Versuch zeigte jedoch auch Probleme und Schwierigkeiten auf, z.B.

- die große Diskrepanz zwischen der Anzahl der Meldungen und den nachfolgenden Hilfeleistungen (Ein wesentlicher Grund dafür war die Angst der Familien vor Etikettierung und Stigmatisierung);
- die verbesserungsbedürftige Kooperation zwischen den Fachleuten in der Überweisung;
- die Erhöhung der Zahl der Fallaufnahmen in der Propagandazeit und die Abnahme danach;
- die Früherfassung von überwiegend älteren Kindern;
- die Problematik der Übereinstimmung der Diagnoseinstrumente;
- die Problematik des gegenseitigen Vertrauens zwischen den Fachleuten
(vgl. LIN, Hui-Fang 2001, 3).

Folgende Fragestellungen blieben für die weitere Entwicklung offen (vgl. ebd.):

- Wie kann eine Ressourcenverschwendung in der Frühförderung verhindert werden (z.B. Doppelüberweisung)?
- Wie kann ein interdisziplinärer Diagnosedienst in Kliniken verwirklicht werden?
- Wie können die Frühförderungsinhalte und -arbeitsweisen vermehrt und optimiert werden?

Zugleich trieb die Fragestellung, wie die Bildungsbehörden die frühe Intervention anbieten sollten, die Revision des *Sonderpädagogikgesetzes* und des *Behindertenschutzgesetzes* voran.

(3) Von der Planung des Systems zum Aufbau der Frühförderungsleistungen (1996-1999)

Die Zeit von 1996 bis 1999 gilt als die entscheidende Entwicklungsphase der Frühförderdienste. Nicht nur die Ministerien und Abteilungen der zentralen Regierung setzten sich für die Etablierung und Durchführung der Kinderwohlfahrtsdienste ein, sondern auch die nicht-staatlichen Institutionen beschäftigten sich mit der Fort- und Weiterbildung der Fachleute und der Diskussion sowie der Überprüfung der Frühförderangebote. Im wissenschaftlichen Kreis wurden vermehrt Aufsätze zur Frühförderung veröffentlicht.

Der Aufbau der Frühförderung verlief in dieser Phase folgendermaßen (vgl. LIN Hui-Fang 2001, 3-6):

- Der Dienstbereich erweiterte sich auf mehrere Regionen. Dabei übernahm die Stadt Taipei die Modellfunktion, indem sie 1996 ein Entwicklungskomitee einsetzte, das aus mehreren Abteilungen der Stadtregierung Taipei bestand, um das Dienstsystm der Frühförderung aufzubauen. Neben der Errichtung des Sozialzentrums zur Früherfassung wurden Diagnoseverfahren entwickelt. Der Informationsdienst der Frühförderung erweiterte sich über Tagesmütter, Krabbelstuben und Kindergärten, die zugleich Integrationsprojekte begannen. 1997 wurde das „Taipei Early Intervention Center“ für entwicklungsverzögerte Kinder eröffnet, das Anmeldung, Überweisung, Diagnostik und spezielle Erziehungsunterstützung übernahm. Darüber hinaus beauftragte die Stadtregierung Taipeis die nichtstaatlichen Institutionen wie die nationale Elternvereinigung für Menschen mit geistiger Behinderung mit der „Einzelfallhilfe“ bzw. „Einzelfallbetreuung“ (case management). Ab 1997 vergab das Innenministerium an die Landkreise Taipei, Taichuang, Hualian und die Stadt Tainan Fördermittel, um Sozialzentren zur Früherfassung und/bzw. Zentren für Einzelfallhilfe (case management centers) gründen zu können. Bis 1999 errichteten dreizehn Städte und Landkreise ein eigenes Sozialzentrum zur Früherfassung und zehn Städte und Landkreise boten einen interdisziplinären Diagnostikdienst an. Darüber hinaus entstanden in vereinzelt Städten und Landkreisen weitere Frühförderzentren, Integrationsgruppen in Kindergärten und mobile Beratungsdienste.
- Die Frühförderdienstmodelle wurden entwickelt und überprüft: 1997 konzipierten Innen-, Gesundheits- und Bildungsministerium gemeinsam den Modellablauf des Frühförderprozesses (Meldung → Überweisung → Diagnostik → Förderung). 1998 legte die Stadtregierung Taipeis die Zusammensetzung und Arbeitsteilung der Fachleute im medizinischen Diagnostikteam in diesem Modell fest, das als Vorbild für andere Städte und Landkreise diente.
- Die Möglichkeiten der Frühförderung in besser ausgestatteten nichtstaatlichen Behindertenvorschulinstitutionen erweiterten sich von der ausschließlichen Förderung im Zentrum auf andere Arbeitsweisen (Hausfrühförderung, Beratung, mobiler Beratungsdienst).
- Von der Fragestellung ausgehend, wie die Anzahl der Frühförderkräfte in verschiedenen Bereichen quantitativ erhöht und qualitativ verbessert werden könnte, wurden interprofessionelle Kooperationsversuche vermehrt eingeleitet und intensiviert. Darum bemühten sich vor allem die nacheinander etablierten Organisationen, z.B. der „Frühförderverein für

Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC“ (im Juni 1996) mit seiner Zeitschrift „Mitgliederinformation der Frühförderung“ (im Juli 1996) und die „Frühförderstiftung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC“ (1999) mit ihrem Journal „Mitgliederinformation der Frühförderstiftung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC“ (im April 2000).

4.3.1.4 Phase der interinstitutionellen und vernetzten Zusammenarbeit (ab 1999)

Durch die stärkere Konzentration auf die Vernetzung zwischen unterschiedlichen Institutionen ergaben sich immer mehr Gelegenheiten der Zusammenarbeit unterschiedlicher Dienste, z.B. die gemeinsame Besprechung der Weiterentwicklung der Frühförderung, Angebote zur Kooperation bei der Fort- und Weiterbildung für die Frühförderfachleute, gemeinsame Kooperation zur Unterstützung des Frühförderkindes beim Übergang in den Kindergarten oder in die Schule. Dieser Trend zeigte sich paradoxerweise aber gerade in den Regionen deutlich, die nur über beschränkte Ressourcen und Verwaltungsgelder sowie mangelnde Qualifikationen der Fachleute verfügen (vgl. LIN Hui-Fang 2001, 6; WANNE, Yu-We et al. 2001, 89; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 218f.).

Erwähnenswert ist darüber hinaus der „Dreijahresentwicklungsplan“ (von Jan. 2001 bis Dez. 2003) des Kinder- und Jugendbüros des Innenministeriums. Dessen Hauptanliegen war es, durch die Vernetzungsarbeit aller Einrichtungen entwicklungsverzögerte Kinder zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erfassen, weiter zu begleiten und ihnen eine kontinuierliche Unterstützung zu gewähren (vgl. LIN, Mei-Zhuan 2001, 5ff.).

4.3.2 Entwicklung der inhaltlichen Arbeitskonzepte in der Frühförderung

Aufgrund der sehr jungen Geschichte der Frühförderung in Taiwan sind ihre inhaltlich-konzeptionellen Entwicklungslinien nicht so deutlich voneinander abzugrenzen. Es gibt bis jetzt keine systematischen Beschreibungen. Allerdings werden durch die Übernahme ausländischer Frühförderkonzepte derzeit vielfältige Modellversuche durchgeführt. Manche befinden sich noch im Erprobungsprozess und brauchen noch Zeit, um in die einheimische Kultur in Taiwan integriert werden zu können. Im Folgenden wird versucht, die inhaltlichen Arbeitskonzepte unter Berücksichtigung der Stellung der Eltern darzustellen.

In der Pionierphase der Frühförderung herrschte das kindzentrierte Förderkonzept vor, dessen Ziel es war, ausschließlich durch die pädagogisch-therapeutische Intervention die kindliche Entwicklung zu fördern. Dabei handelte es sich um Förderansätze, die sich an lerntheoretischen und entwicklungspsychologischen Prinzipien und Normen orientierten, um die Entwicklungsverzögerungen des Kindes aufzuholen und die Entwicklungsdefizite auszugleichen. Bis heute werden strukturierte Förderprogramme wie „Portage“ oder ähnliche selbst erstellte Programme bzw. Unterrichtsvorlagen von einigen Fachleuten und Kinderentwicklungszentren für gut befunden und durchgeführt.

Nach der Einführung des Individuellen Erziehungsplans (IEP, Individualized Educational Plan) aus den USA wurden in den 1980er Jahren einige wissenschaftliche Abhandlungen zu selbigem veröffentlicht und es wurde versucht, diese in die Schulpraxis umzusetzen (vgl. CHEN, Ming-Cong 2000, 363). Ein IEP wird im Frühbereich nach dem Entwicklungstest erstellt. Im Allgemeinen wird der individuelle Erziehungsplan in folgende Bereiche gegliedert:

- Motorik (Grobmotorik, Feinmotorik),
 - Kognition,
 - Selbstständigkeit,
 - Sozialfähigkeit,
 - Kommunikation
- (LIN, Bao-Gui & SUN, Shu-Rou 1996).

Die Spielförderung ist eher in der strukturierenden Umgebung angesiedelt. In den Phasen der Einzelinitiativen und der Konstitution professioneller Dienste waren die Eltern nicht an der Förderung beteiligt, sondern wurden ausschließlich als Laien betrachtet.

Erst seit dem Aufbau des ersten Syin-Ai-Kinderentwicklungszentrums, das über interdisziplinäre Dienste verfügt und sich progressive ausländische Erfahrungen (vor allem aus den USA) zu Nutze macht, steht die Familie im Fokus und die Beziehung zwischen Kind und Mutter spielt eine entscheidende Rolle in der Frühförderung. Das „interaktions-beziehungs-fokussierte Konzept“ von PAPOUŠEK & PAPOUŠEK (vgl. Kap. 3.3.2.3) wird derzeit in Taiwan durch den Kinderarzt GUO, Huang-Zong (1998), der früher in München Medizin studierte, empfohlen und weiterbearbeitet.

Seit den 1990er Jahren wird der individuelle Plan für die systemische Familienhilfe (IFSP, Individualized Family Services Plan) hervorgehoben, in dem die Familie eine aktive Rolle übernimmt und ihre individuellen Bedürfnisse in Betracht gezogen werden. Der individuelle Familienplan und seine Durchführungsweise haben im Allgemeinen folgende Inhalte:

- Einschätzung des derzeitigen Entwicklungszustandes des Kindes,
- Diskussion mit der Familie über die Bedürfnisse des Kindes und seiner Eltern (Familie),
- Ernennung einer zuständigen Person als Einzelfallbetreuer (case manager),
- Angabe des Interventionsziels,
- Bestimmung der Bereiche, der Formen und der Häufigkeit des Interventionsdienstes,
- Festlegung des Interventionszeitraums und Durchführung des Interventionsdienstes,
- Ausarbeitung der Ziele,
- Übergangsdienst

(vgl. HUANG, Shu-Wen & LIN, Yo-Wen 1999, 261/281).

In dem familienzentrierten Programm sollen die Eltern (besonders die Mutter) in die Förderung mit einbezogen werden. Dabei sind die Elternanleitung und -begleitung unverzichtbare Teile der Frühförderstunde. Das fleißige Üben mit den Kindern stellt eine wesentliche Aufgabe für die Eltern dar. In der Frühförderpraxis in Taiwan wird deshalb inzwischen der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Eltern große Aufmerksamkeit gewidmet.

Zugleich wird großer Wert auf die Förderkonzepte von PIAGET und MONTESSORI gelegt, in denen die Autonomie und Selbstständigkeit des Kindes im Mittelpunkt stehen. Vor allem der MONTESSORI-Fördermethode, vertreten durch Lore ANDERLIK aus München, wird große Beachtung geschenkt. Allerdings sind diese Konzepte eher auf Regelkindergärten zugeschnitten; in der Frühförderpraxis werden häufig nur MONTESSORI-Materialien verwendet und strukturiert eingesetzt.

Unter besonderer Berücksichtigung des systemisch-ökologischen Förderansatzes (Kap. 3.3.2.5) in der Frühförderung werden die Eltern in die Ausarbeitung des IFSP mit einbezogen und erklären sich somit einverstanden mit den Maßnahmen, die im IFSP geplant werden. Darüber hinaus wird zugleich das integrative Konzept in der Frühförderung verfolgt. Dementsprechend gewinnt der Einsatz von Unterstützungsmitteln wie speziellen Computerprogrammen in der Förderung von behinderten Kleinkindern zunehmend an Bedeutung. Ein wichtiger

Grund dafür ist, dass der Computer bei der Entwicklung der Sprache von behinderten Kindern behilflich sein kann und eventuell dadurch die Integration und sogar die Vollinklusion von behinderten Kindern im Regelunterricht ermöglicht (vgl. ZHU, Jing-Ming 1997, 139f.).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass den aktuellen inhaltlich-konzeptionellen Förderansätzen wie dem systemisch-ökologischen Konzept, der Inklusionspädagogik, dem Partizipationsmodell und den darauf basierenden IEP und IFSP viel Aufmerksamkeit in der Fachwelt geschenkt wird.

In Anbetracht des aufblühenden Gebietes der Frühförderung in Taiwan besteht zurzeit eher eine Koexistenz vieler unterschiedlicher Konzepte. Neben den neuen Förderansätzen spielt nach wie vor der funktionell-strukturelle Förderplan eine große Rolle. In der Praxis bevorzugen manche Institutionen eine Kombination zwischen dem strukturierten Curriculum für das Kind und der partnerschaftlichen Kooperation mit den Eltern bei der Erstellung des IFSP. Dennoch konzentriert sich die Frühförderung noch überwiegend auf das Kind.

In der Realität werden die Förderkonzepte je nach Institution unterschiedlich umgesetzt. Nach den Praxiserfahrungen in Taiwan werden die Inhalte in der ersten Stufe der Frühförderung (für Kleinkinder von der Geburt bis zum dritten Jahren) flexibler gehandhabt und es wird mehr Spielraum eingeräumt als in der zweiten Stufe (für Kinder von drei bis sechs Jahren), in der das funktionell-strukturierte Curriculum im Vordergrund steht und ein IFSP nicht immer möglich ist.

4.4 Begriff der Frühförderung, Personenkreis, Ziele und Arbeitsprinzipien

4.4.1 Erklärung der Begriffsübersetzung und -abgrenzung

In Taiwan kommt der Begriff Frühförderung ursprünglich von der englischen Bezeichnung „Early Intervention“, die ins Chinesische wörtlich als zaoqi jieru (frühe Intervention) übersetzt wurde. Er ist oft in der wissenschaftlichen Arbeit zu finden.

Von Regierungsorganen (außer Bildungsministerium und -behörden), medizinisch-therapeutischen Einrichtungen und privaten Vorschulsonderinstitutionen wird die Übersetzung zaoqi liaoyu (frühe Heilerziehung) bevorzugt.

Entsprechend der Special Education herrscht in sonderpädagogischen Fachkreisen (auch Bildungsministerium/-behörden) der Fachbegriff „vorschulische Sonderziehung“ bzw. „vorschulische Sonderpädagogik“ (preschool special education) vor. Einige sonderpädagogische Wissenschaftler bevorzugen die Bezeichnung „Früherziehung“, in der die individuellen und speziellen Erziehungsbedürfnisse des Kindes auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise beruhen und die Stigmatisierung und Etikettierung von der „Sonderstellung“ des Kindes vermieden werden sollen (vgl. HUANG, Shi-Yu 1997, 24f.; SHI, Ming-Ying 1999, 27f). Zu betonen ist, dass sich die beiden Begriffe nicht allein auf Kinder ab drei Jahren beziehen, sondern auf den gesamten Zeitraum vor dem Schuleintritt (vgl. YEH, Qiong-Hua 2000, 39f.).

Tendenziell fand die Übersetzung zaoqi liaoyu (frühe Heilerziehung) auch vermehrt durch pädagogische Wissenschaftler Eingang in den umgangssprachlichen Gebrauch und wird gelegentlich auch in amtlichen Tests von Bildungsministerium und -behörden benutzt. Zur Verständigung wird in dieser vergleichenden Arbeit der Terminus Frühförderung verwendet.

4.4.2 Begriffsbestimmung der Frühförderung

Für den Begriff Frühförderung gibt es in Taiwan inzwischen viele Definitionsversuche. Hier werden zwei Definitionen einer Organisation und einer Stiftung sowie zwei von Wissenschaftlern ausgewählt, damit ein guter Überblick über die Bedeutungsinhalte der Frühförderung gegeben werden kann. Nach dem Amtsbericht der Stadt Taipei (TAIPEI CITY BUREAU OF HEALTH & TAIPEI CITY BUREAU OF SOCIAL AFFAIRS 2000, 1; vgl. auch FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 4) ist die Frühförderung ein humaner, aktiver und ganzheitlicher Dienst, der die Intervention für entwicklungsverzögerte Kinder durch unterschiedliche professionelle Hilfen (Medizin, Therapie, Sonderpädagogik, Familienunterstützung, Sozialwohlfahrt) integriert. Weiterhin untermauert die Frühförderstiftung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC (vgl. 2000a, 2) die Aufgaben des Frühförderprozesses und bezeichnet die Frühförderung als die von Screening, Meldung, Überweisung bis zur Diagnose passende professionelle

medizinisch-therapeutische Rehabilitation, Sonderpädagogik, Sozialwohlfahrt und Familienunterstützung.

Wissenschaftler wie WANNE, Yu-We & CHUANG, Huang-Ju (vgl. 1995, 49) beschreiben die Frühförderung als einen interdisziplinären Dienst für Säuglinge und Kleinkinder (von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr) mit besonderem pädagogischen Förderbedarf sowie für ihre Familie, der durch die frühestmögliche Medizin, Therapie, Rehabilitation und Sozialwohlfahrt präventiv die Anpassungsfähigkeit der Kinder unterstützt. Aufgrund ihres problem-lösenden Ansatzes definiert der Kinderarzt GUO, Huang-Zong (1999b, 58) Frühförderung folgendermaßen: Frühförderung verfügt über einen multiprofessionellen Integrationsdienst, um einerseits die allseitigen medizinisch-therapeutischen, erzieherischen, familiären und sozialen Problematiken von entwicklungsverzögerten und behinderten Kindern zu bekämpfen und andererseits die Entwicklung des Kindes zu fördern sowie weitere Komplikationen zu vermeiden. Durch ein humanes, aktives und ganzheitliches Fürsorgedienstsystem kann das Kind letztlich in die Gesellschaft integriert werden und die langfristigen Sozialkosten können so effektiv reduziert werden (vgl. ebd.).

Aus den oben skizzierten Definitionen kristallisieren sich folgende wichtige Merkmale der Frühförderung heraus:

- Eigenschaft: Die Frühförderung ist ein ganzheitlicher Dienst.
- Personenkreis: Die Frühförderung wendet sich sowohl an Vorschulkinder mit speziellen Bedürfnissen (z.B. entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder) als auch an ihre Familien (vgl. Kap. 4.4.3).
- Förderprozess: Er verläuft vom Screening über Anmeldung, Überweisung, Diagnostik, Förderung bis hin zum Übergang in den Kindergarten bzw. in die Schule.
- Hilfsangebote: Sie beziehen sich auf Medizin, Therapie, Pädagogik und Sozialarbeit.⁵⁹
- Arbeitsweise: Unterschiedliche Fachdisziplinen arbeiten zusammen und integrieren sich je nach Institutionen oder Situationen (z.B. Alter des Kindes oder Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie) in einer Teamarbeit.
- Ziele: Ausgehend von der ökologisch-systemischen Sichtweise richten sie sich auf die Dimension des Kindes, seiner Familie, seines Umfelds und der Gesellschaft. Bei der Dimension des Kindes handelt es sich um seine Entwicklungsförderung (Wahrnehmung, Motorik,

⁵⁹ In Taiwan sind psychologische Hilfen entweder in die Therapie eingeschlossen oder werden als pädagogische Maßnahmen oder in der Sozialarbeit angeboten.

Sprache, Kognition, Emotion, Sozialverhalten, Selbstständigkeit) und die Prävention seiner sekundären Beeinträchtigungen. Die Familie wird ebenfalls darin unterstützt, sich der eigenen Problematik zu stellen, eigene Fähigkeiten zu mobilisieren und eine bessere Umgebung für die Förderung und das Gedeihen des Kindes zu gestalten. Für die Gesellschaft werden die langfristigen zusätzlichen Sozialkosten effektiv vermindert. Das zentrale Ziel ist die Integration des Kindes in die Gemeinschaft.

4.4.3 Personenkreis und Altersbegrenzung

Die gesetzlichen Regelungen beschreiben entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder als den Personenkreis der Frühförderung. In den neuen *Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Children and Youth Welfare Law Detailed Rules)* (vgl. § 6 Abs. 1) bezieht sich die Bezeichnung „entwicklungsverzögerte Kinder“ auf die Kinder, die in der kognitiven, physischen, sprachlichen bzw. kommunikativen sowie psychosozialen Entwicklung oder im Selbstständigkeitsbereich verdächtige Auffälligkeiten aufweisen bzw. Entwicklungsauffälligkeiten erwarten lassen. Nach Meinung der Experten sollten diese Kinder eingehende professionelle Untersuchungen und Diagnosen erhalten, wenn ein Zurückbleiben von über 20% bzw. 25% gegenüber ihrem physiologischen Alter in ihrer Entwicklung festgestellt wird (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000a, 2; TAIPEI CITY BUREAU OF HEALTH & TAIPEI CITY BUREAU OF SOCIAL AFFAIRS 2000, 1; ZHOU, Wen-Li et al. 2000, 7).

Anstelle der Bezeichnung „Entwicklungsverzögerung“ unterscheidet das *Behindertenschutzgesetz (Disabled Protection Law)* (§ 3) vom 25.06.2003 die Personengruppe behinderter Menschen in

- Sehgeschädigte,
- Hörgeschädigte,
- Gleichgewichtsfunktionsgestörte,
- Stimm- oder Sprachfunktionsgestörte,
- Körperbehinderte,
- Geistigbehinderte,
- Menschen mit Dysfunktion eines wichtigen Organs,
- Menschen mit Schädigungen bzw. Fehlbildungen des Gesichtes,

- Menschen im Koma,
- Menschen mit Alzheimer-Krankheit,
- Autisten,
- Menschen mit chronischen Psychosen,
- Mehrfachbehinderte,
- Chronische Epileptiker,
- von den zentralen Gesundheitsorganen festgestellte Funktionsbehinderte, die durch seltsame Krankheiten behindert sind,
- andere von dem zentralen Gesundheitsorgan festgestellte Behinderte.

Im *Sonderpädagogikgesetz* (§ 3) werden behinderte Kinder in zwölf Gruppen aufgeteilt, zu denen die Entwicklungsverzögerung gehört (Kap. 4.1.2). Die Festlegung von *Beurteilungsprinzipien und -kriterien behinderter und hochbegabter Kinder* (§ 13) hat im Nachhinein den Begriff der Entwicklungsverzögerung und die entsprechende Personengruppe definiert. Letztere umfasst Kinder unter sechs Jahren, die aufgrund physischer, psychischer und sozialer Faktoren im Vergleich zu Gleichaltrigen in den Bereichen Wahrnehmung, Kognition, Motorik, Kommunikation, Sozialemotion oder Selbstständigkeit deutliche Entwicklungsverzögerungen aufweisen und noch nicht in eine eindeutige Behinderungsform klassifiziert werden können. In die Diagnose sollten Informationen, z.B. über die kindliche Entwicklung und die Lebensumwelt, einbezogen werden.

Beachtet werden muss dabei, dass sich in der Frühförderung die Personenbeschreibung „entwicklungsverzögerte Kinder“ als Oberbegriff für alle Frühförderkinder weitgehend durchgesetzt hat, da das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums in der Frühförderung eine federführende Rolle spielt und dieser Terminus im Gesetz (z.B. dem aktuellen *Kinder- und Jugendhilfegesetz* [*Children and Youth Welfare Law*]) verankert ist. Im pädagogischen Kreis und in seinen relevanten Regierungsorganen wie Bildungsministerium und -behörden werden häufig die Formulierungen „exzeptionale Säuglinge und Kleinkinder“, „behinderte Säuglinge und Kleinkinder“, „exzeptionale Vorschulkinder“, „behinderte Vorschulkinder“ und „(Klein-) Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf“ verwendet. Die Tendenz zeigt, dass immer mehr pädagogische Wissenschaftler auch die Termini „entwicklungsverzögerte Kinder“ und „Entwicklungsverzögerung“ benutzen.

Im Hinblick auf die Präventionsfunktion der Frühförderung wird darüber hinaus in der Gegenwart von Risikokindern und soziokulturell deprivierten Kindern besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Nach den gesetzlichen Festlegungen und einigen bedeutenden wissenschaftlichen Darstellungen können die Frühförderkinder in folgenden Kategorien zugeordnet werden:

- Kinder mit deutlichen Behinderungen: geistige Behinderungen, Sinnesschädigungen, Organfunktionsstörungen, Erbabnormitäten, Metabolismusstörungen;
 - Kinder mit deutlichen Entwicklungsverzögerungen im kognitiven, körperlichen (inklusive Seh- und Hörvermögen), kommunikativen und sozialemotionalen Bereich sowie in der Selbstständigkeit und Anpassungsfähigkeit;
 - Risikokinder und soziokulturell benachteiligte Kinder: arme Kinder, Frühgeborene, misshandelte Kinder, Kinder von Immigranten
- (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 654f.).

4.4.4 Arbeitsprinzipien der Frühförderung

Ungeachtet der kurzen Geschichte der Frühförderung in Taiwan entwickelten sich durch allseitige Bemühungen und Bestrebungen aller Beteiligten allmählich die Prinzipien der Frühförderung. Sie dienen sowohl als Leitlinien und Orientierungen als auch als Arbeitsprinzipien für die Weiterentwicklung der inhaltlichen Konzeptionen und der strukturellen Organisationsrahmenbedingungen, um einen ganzheitlich orientierten Förderansatz zu realisieren. Im Allgemeinen sind diese

- die Vernetzung professioneller sowie informeller Hilfesysteme,
 - die gemeinwesenzentrierte („community-based“) Frühförderung,
 - die Integration professioneller Teamarbeit,
 - die Betonung des familienorientierten Dienstes und das Angebot der individuellen Elternbildung,
 - die Anwendung des Modells der „Einzelfallhilfe“ bzw. „Einzelfallbetreuung“
- (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000a, 3).

Die oben genannten Prinzipien sind zumeist im Kap. 3.4.4 schon erwähnt worden. Durch die Vernetzung der professionellen und informellen Unterstützungssysteme sollen die Frühförderressourcen integriert werden, damit sie transparent und wohnortnah für alle frühförderbedürftigen Kinder – auch für Kinder aus dem sozial benachteiligten Umfeld – und ihre Familien zur Verfügung stehen. Dadurch kann eine kontinuierliche Frühförderung gewährleistet werden.

Wie die Vernetzung der formellen und informellen Unterstützungssysteme funktioniert, hängt von der intra- und interinstitutionellen Zusammenarbeit ab. Im Wesentlichen handelt es sich nach LIAO, Hua-Fang (1998, 132) dabei um multi-, inter- und transdisziplinäre Teamarbeitsmodelle (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 10-15; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 203ff.; vgl. Kap. 3.4.4.3). Die prozessuale Arbeitsweise der unterschiedlichen Fachleute tendiert derzeit zur Transdisziplinarität. In diesem Modell beteiligen sich die Eltern aktiv im Team und gelten als ein Mitglied des Teams. Das transdisziplinäre Team erstellt für das Kind eine Entwicklungseinschätzung und konstruiert einen Förderplan, den qualifizierte Hauptverantwortliche durchführen. Daneben bemüht man sich in sonderpädagogischen Kreisen seit kurzer Zeit um das Modell der „Collaboration Consultation“ (DETTMER, DYCK & THURSTON 1999 in WANG, Chih-Chuan 2002, 87f.). In diesem Modell sind der „Consultant“, der „Consultee“ (Mediator) und der „Klient“ als eine Gruppe zu betrachten. I.d.R. ist der „Consultant“ für die Beratung bzw. Planung der Arbeit zuständig, welche der „Consultee“ durchführen soll. Die Rollen bleiben aber nicht unveränderlich und können von Situation zu Situation wechseln. Z.B. ist die Frühförderperson gegenüber den Eltern der „Consultant“, aber gegenüber dem Fachberater der „Consultee“. Unter Berücksichtigung der Familienunterstützung des Empowerment-Konzepts (Kap. 4.6.3) sind zwar die Eltern bei der Durchführung der Fördermaßnahmen „Consultees“, aber z.B. bei der Befragung über die Lerneigenschaften des Kindes „Consultant“ (vgl. WANG, Chih-Chuan 2002, 88).

In einer ganzheitlichen Frühförderung spielt die Einzelfallbetreuung eine vermittelnde Rolle, da sie die Vernetzungsarbeit der Frühförderung mit ihrer Vielfalt der systemischen Bezüge für das Kind und seine Familie ermöglichen kann.

4.5 Teilbereiche der Frühförderung in Taiwan

Die komplexen Aufgabenfelder der Frühförderung umfassen neben der Kindförderung auch die eltern- und familienbezogene Begleitung und Beratung. Große Bedeutung wird in jüngerer

Zeit vor allem der Prävention beigemessen. Das Innenministerium (YANG, Jing-Ching 1997, 18) konzipierte für alle Landkreise und Städte in Taiwan ein Modell des kindbezogenen Arbeitsprozesses in der Frühförderung (Abbildung 3).

4.5.1 Bedeutung von Präventionsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit

Besser als Heilung ist Prävention, die die Prävalenz von entwicklungsverzögerten und behinderten Kindern mit hoher Wahrscheinlichkeit verringern könnte. Nach dem Kinderarzt ZOU, Guo-Su (1997, 8; vgl. CHIU, Yi-Wen & HUANG, Hsiu-Li 1999, 69) wurden die folgenden Vorbeugungsmaßnahmen im Rahmen der präventiven Medizin in Taiwan konzipiert:

- vor der Geburt:

- Gesundheitsuntersuchungen vor der Heirat,
- Information über prä-, per- und postnatale Vorgänge,
- genetische Beratung, Schwangerschaftsuntersuchungen,
- Hygieneerziehung usw.;

- während der Geburt:

- gute Geburtsversorgung,
- Vermeidung von Frühgeburten und Geburtsschäden,
- Erste Hilfe, medizinische Behandlung usw.;

- nach der Geburt: Gewährung einer gesunden Versorgung und Erziehung, z.B. ausgewogene Ernährung, Impfung, Vorbereitung einer angemessenen Umwelt.

Die Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Kap. 3.6.6) stellt ein unentbehrliches Mittel zur Verbreitung des Präventionsgedankens und einen notwendigen Zugang zu Frühförderdiensten bei förderbedürftigen Kindern dar. In diesem Zusammenhang betrachten das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums, das Gesundheits- und das Bildungsministerium die Öffentlichkeitsarbeit als einen wichtigen Arbeitsschwerpunkt in der Frühförderung und unterstützen sie finanziell (vgl. CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a).

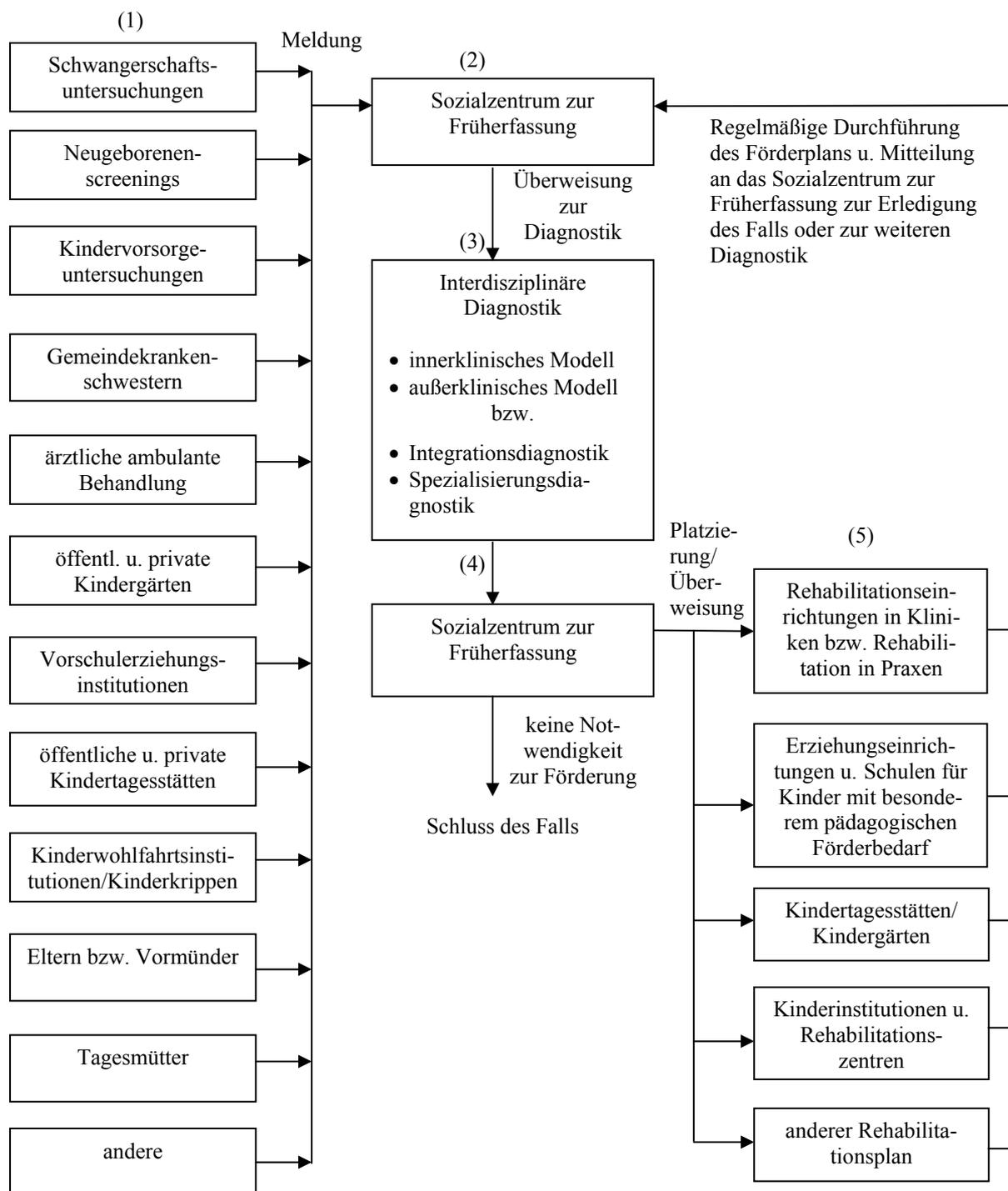


Abbildung 3: Kindbezogener Frühförderprozess nach dem Entwurf des Innenministeriums (nach YANG, Jing-Ching 1997, 18).

Anmerkungen: 1. Der Frühförderprozess verläuft nach dem Diagramm von (1) bis (5).

(1) bedeutet Meldepersonen oder -institutionen. (2) ist das Sozialzentrum zur Früherfassung, das eine Diagnostik vermittelt. (3) repräsentiert eine von medizinisch-therapeutischen Einrichtungen durchgeführte interdisziplinäre Diagnostik, die zusätzlich einen Therapieplan erstellen oder vorschlagen. (4) stellt das Sozialzentrum zur Früherfassung dar, das einen Förderort organisiert; wenn es keine Notwendigkeit zu weiteren Fördermaßnahmen gibt, wird der Fall abgeschlossen. (5) zeigt die Förder- und Rehabilitationsinstitutionen.

2. Vernetzung der unter (5) herausgestellten medizinischen und pädagogischen Institutionen.

3. Personenkreis des Prozesses bezieht sich auf entwicklungsverzögerte Kinder bis sechs Jahre.

4.5.2 Aufgabenfelder im kindbezogenen Förderprozess

4.5.2.1 Früherkennung und Screening

Die Aufgabe der Frühförderung eines entwicklungsverzögerten Kindes kommt allen Beteiligten zu. Wenngleich das ärztlich-medizinische Personal eher Gelegenheit und Möglichkeit für die Früherkennung von entwicklungsverzögerten Säuglingen und Kleinkindern hat, geht es dabei doch um einen kooperativen Prozess, an dem sich die Eltern und Fachleute in der Frühförderung beteiligen.

Seit 1984 gibt es Screeninguntersuchungen, die einige Stoffwechselerkrankungen und andere seltene Krankheiten, wie z.B. Schilddrüsenunterfunktion oder Phenylketonurie, frühzeitig erkennen lassen (vgl. SECRETARIATE OF PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC 2001, 10). Im Jahre 2001 wurden 255.643 Neugeborene durch ein Screening untersucht, eine Zahl, die 98,2% aller Neugeborenen entspricht (CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a, 23).

Kindervorsorgeuntersuchungen gibt es in Taiwan seit dem 01.04.1995. Im Kindergesundheitsheft werden zwölf Untersuchungen für Kinder von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr aufgelistet (Tabelle 10). Allerdings sind davon nur sechs Untersuchungen für Kinder bis zum vierten Lebensjahr gebührenfrei.

Untersuchungstermine nach zeitlicher Reihenfolge	Untersuchungszeit	Empfehlungszeit der Untersuchungen durch die Krankenkassen
U1	1. Lebensmonat	√
U2	2.-3. Lebensmonat	√
U3	4.-5. Lebensmonat	
U4	6.-7. Lebensmonat	√
U5	9.-10. Lebensmonat	√
U6	1. Lebensjahr	
U7	18. Lebensmonat	√
U8	2. Lebensjahr	
U9	3. Lebensjahr	√
U10	4. Lebensjahr	
U11	5. Lebensjahr	
U12	6. Lebensjahr	

Tabelle 10: Termine der Kindervorsorgeuntersuchungen mit Angabe der Empfehlungszeit der Untersuchungen durch die Krankenkassen bis zum 6. Lebensjahr des Kindes in Taiwan.

Erwähnenswert ist, dass in diesem Vorsorgeuntersuchungsheft der Impfpass und die Vergleichslisten für die Entwicklung der Kinder beigelegt sind. Allerdings haben Eltern nicht selten nur vage Kenntnisse von der natürlichen kindlichen Entwicklung und sind nicht in der Lage, diese Entwicklungsprüflisten ihres Kindes einwandfrei zu führen (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000a, 3). 1999 nahmen 42% der Kinder der entsprechenden Altersstufe an den kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen teil (CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2001, 19). Im Vergleich dazu ist die Beteiligung im Jahre 2000 auf 55,6% gestiegen (ebd. 2002a, 24). Allerdings ist die Teilnahmequote immer noch zu gering. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass viele Eltern die Wichtigkeit der Kindervorsorgeuntersuchungen noch nicht erkennen (vgl. SU, Shu-Zhen 2000, 13). Ein weiteres Problem stellt die Qualität der Untersuchung dar. Die niedrige Bezahlung der Kindervorsorgeuntersuchung durch Krankenkassen führt dazu, dass sich der Arzt nur sehr kurz mit dem einzelnen Patienten beschäftigt, da er durch eine möglichst hohe Anzahl von Untersuchungen die eigenen Kosten abdecken will (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000a, 3). Es gibt keine Festlegung für den zeitlichen Umfang der Früherkennungsuntersuchungen. Bei Kinderärzten, die viele Patienten haben, dauern sie unter Umständen sogar nur drei Minuten (vgl. WANNE, Yu-We et al. 1997, 114). Die Motivation der medizinisch-therapeutischen Praxen, ein aufwändiges Untersuchungsverfahren durchzuführen, ist leider noch sehr gering (vgl. SU, Shu-Zhen 2000, 13).

Die Screeningverfahren müssen ebenfalls infrage gestellt werden. Die ersten fünf vom Gesundheitsministerium beauftragten Diagnostikzentren vereinbarten zwar in einer Koordinationsbesprechung die Verwendung einheitlicher Screeningverfahren, wie das „Chinese Children Developmental Profile“ für Säuglinge und Kleinkinder vom ersten bis zum dritten Lebensjahr und den „Denver Developmental Screening Test II“ für Säuglinge und Kleinkinder von der Geburt bis zum vierten Lebensjahr. In der Praxis muss jedoch trotz einiger Untersuchungen (z.B. HUANG, Mei-Juan et al. 1997; CHENG, Fin-Land & TSAI Huei-Ling Agnes 2002) noch erforscht werden, ob diese ausländischen Tests für die Kinder in Taiwan adäquat angewendet werden können.

In Kooperation mit örtlichen Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämtern) werden gegenwärtig auch allgemeine kostenlose Kindergesundheitsuntersuchungen in Erziehungsinstitutionen wie Kindergärten, Tagesstätten bzw. Kinderheimen durchgeführt (vgl. CHILDREN'S BUREAU

MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a, 24). Einen großen Beitrag zur Früherkennung entwicklungsverzögerter Kinder leisten in letzter Zeit im Besonderen die Kindergärtner und Sozialarbeiter, welche die Kinder genau beobachten und in der Lage sind, sie mit Hilfe von Entwicklungsscreenings zu beurteilen.

In Zusammenarbeit mit Kindergärten und -krippen widmen sich die Gesundheitsämter im Auftrag des Gesundheitsministeriums nicht allein den Gesundheitsuntersuchungen des Kindes, sondern verfolgen auch die weitere Entwicklung der Problemfälle und vermitteln diese ggf. an medizinische Einrichtungen und Praxen bzw. nachbetreuende Institutionen (vgl. CHILDREN'S BUREAU, MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a, 24).

In medizinisch-therapeutischen Institutionen werden in Verbindung mit den Neugeborenenuntersuchungen Säuglinge mit biologischen Entwicklungsbeeinträchtigungen, z.B. Geburtsschäden oder genetischen Erkrankungen, frühzeitig erkannt. Eine aktive Nachbetreuung der Säuglinge mit Entwicklungsrisiken in Geburtskliniken bzw. medizinisch-therapeutischen Einrichtungen ist unentbehrlich. Neben der genetischen Beratung und Therapie wird ihre weitere Entwicklung durch klinische Psychologen, Kinderpsychiater und Kinderärzte regelmäßig überprüft.

4.5.2.2 Meldung und Überweisung

Die Phase der Meldung und Überweisung stellt einen „Knotenpunkt“ (shuniu) in der Frühförderung dar (vgl. ZHANG, Xiu-Yu 2002, 329/331). Findet diese Zuweisung nicht statt, werden die Maßnahmen der weiterführenden Frühförderdienste verhindert. Aus der Untersuchung von WANG, Tien-Miau et al. (1999), die vom Bildungsministerium zwischen 1997 und 1998 in Auftrag gegeben wurde und in deren Rahmen 1.909.352 Kinder untersucht wurden, ergab sich, dass die Zahl der entwicklungsverzögerten Kinder von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr 9.299 betrug. Von allen Kindern wurden nur 0,49% als entwicklungsverzögert erfasst. Geht man von der zweiten nationalen Häufigkeitsstudie in Bezug auf Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf zwischen sechs und fünfzehn Jahren von Juli 1990 bis Juli 1991 mit 2,12 % aus (Kap. 4.1.2), dann müsste es ca. 40.497 entwicklungsverzögerte Kleinkinder geben. Zurückzuführen ist diese niedrige Erfassung auf das damalige unvollständige Diagnostik- und Meldesystem entwicklungsverzögerter Kinder und auf die unzureichende

Vernetzung der medizinischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen (vgl. WANG, Tien-Miau et al. 1999, 53).

Um die frühestmögliche Erfassung des förderbedürftigen Kindes für Eltern und Fachleute zu erleichtern, gibt es inzwischen in jeder Stadt und in jedem Landkreis in Taiwan ein von Sozialbehörden gegründetes Sozialzentrum zur Früherfassung entwicklungsverzögerter Kinder (vgl. Kap. 4.7.1). In der Praxis bestehen trotzdem noch etliche Schwierigkeiten und Hindernisse. Nicht alle Sozialzentren zur Früherfassung stehen in Verbindung mit dem Geburtenmeldesystem, daher sind die angemeldeten Kinder i.d.R. bereits älter als drei Jahre (vgl. SECRETARIATE OF PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC 2001, 12). Darüber hinaus sind fast 30% der angemeldeten Kinder von Sozialbehörden erfasste behinderte Kinder (ebd.) und die meisten erfassten Kinder besitzen einen Behindertenausweis (WANNE, Yu-We et al. 2001, 6). Nicht wenige entwicklungsverzögerte Kinder bleiben unerkannt – die Dunkelziffer ist hoch.

Ein weiteres Problem ist, dass es kein landesweit einheitliches Meldernetz gibt. Das Meldeverfahren für entwicklungsverzögerte Kinder kann durch die zentrale Sozialbehörde (§ 19 Abs.1 Nr. 1 *Kinder- und Jugendhilfegesetz*), durch die zentrale Gesundheitsbehörde (§ 14 Abs. 1 Nr. 1 *Behindertenschutzgesetz*) und/oder durch die zentrale Bildungsbehörde (vor allem für Vorschul- und Schulkinder mit Behinderungen und Beeinträchtigungen nach § 14 Abs.1 Nr. 2 *Behindertenschutzgesetz*) eingeleitet werden. Da die Sozialzentren zur Früherfassung in allen Städten bzw. Landkreisen noch nicht über ein gemeinsames Anmeldesystem verfügen, ergeben sich z.T. Doppelanmeldungen und somit eine Verschwendung von Frühförderressourcen (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 7; WANNE, Yu-We & WANG Wen-Juan 2002, 202).

Eine Zwangserfassung kommt aufgrund des demokratischen und freiheitlichen Prinzips in der Verfassung Taiwans nicht infrage. Dennoch gibt es in Taiwan eine gesetzliche Meldepflicht für einen bestimmten Kreis von Fachleuten, die mit entwicklungsverzögerten Kindern in Kontakt stehen (Meldepflicht und Datenschutz siehe Kap. 4.8). Eine besondere Rolle spielen dabei die Ärzte. Deren Meldepflicht ruft in der Praxis jedoch häufig Kontroversen hervor. I.d.R. melden die Arztpraxen und medizinisch-therapeutischen Kliniken einen Fall nur mit Einverständnis der Eltern. Außerdem fehlt es momentan noch an ausreichend qualifizierten Ärzten für die Früherkennung entwicklungsverzögerter Kinder, wobei eine große Diskrepanz zwischen Stadt und Landkreisen besteht. Nicht zuletzt erschwert eine medizinische Sichtweise

der Behinderung die frühestmögliche Erfassung entwicklungsverzögerter Kinder – nicht selten wird den Eltern von Ärzten geraten, erst einmal abzuwarten und zu sehen, wie sich ihr Kind weiter entwickelt.

Für die Früherfassung kommt vor allem den Eltern eine Schlüsselrolle zu. Es gibt aber noch viele Eltern, welche die Behinderung und im Besonderen die Entwicklungsverzögerung des Kindes nicht erkennen oder nicht erkennen wollen, wodurch die Meldung des Kindes überhaupt nicht stattfindet (vgl. CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a, 18).

Nach der Erfassung des Kindes beschäftigen sich Sozialarbeiter bzw. kooperierende Fachleute im Sozialzentrum zur Früherfassung zunächst mit der Datenverarbeitung, um dem Kind zu einer medizinisch-therapeutischen bzw. pädagogischen Förderung zu verhelfen. Für die Überweisung des Falles sind die Kooperation und Koordination des Zentrums mit den Diagnose- und Förderinstitutionen von großer Bedeutung. Diese teilen die Ergebnisse bzw. die Fördersituation des Falles dem Sozialzentrum zur Früherfassung rückkoppelnd mit. Dabei besteht die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit aller an der Frühförderung beteiligten Fachleute zum Austausch oder zur Vermittlung des Fachdienstes. Die ausgewerteten Daten der Kinder können einer empfehlenden Stellungnahme für politische Richtlinien und einer neuen Richtungsweisung der Frühförderung dienen.

Bei komplizierten Problemfamilien, bei Familienkrisen (z.B. Gewalt in der Familie) und bei sozial benachteiligten Familien ist es erforderlich, dass ein durch das Sozialzentrum zur Früherfassung bzw. das Zentrum für Einzelfallhilfe bestellter Einzelfallbetreuer (case manager) das Kind und seine Familie betreut.

4.5.2.3 Entwicklungseinschätzung und Diagnostik

Kinder mit Verdacht auf Entwicklungsbeeinträchtigungen und -verzögerungen sollten nach der Früherfassung eine umfassende Entwicklungseinschätzung und Diagnostik erhalten, die mit Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungsbereiche des Kindes nur durch ein interdisziplinäres Team durchgeführt werden kann.

Um einerseits eine ganzheitliche Diagnostik des Kindes zu ermöglichen und andererseits die Wartezeit der Eltern in den Kliniken zwischen den verschiedenen Untersuchungen zu reduzieren, bietet das Gesundheitsministerium seit 1996 Unterstützungsgelder zur Errichtung von interdisziplinären Diagnostikzentren in den größeren Städten und Landkreisen an. Die Vorbilder dieser Zentren sind z.B. Fu-You Klinik in Taipei, Rong-Zong Klinik in Taichung (Taichung Veterans General Hospital), Cheng-Kung Uniklinik in Tainan, Kaohsiung Uniklinik in Kaohsiung und Ci-Ji Klinik in Hualien (vgl. Kap. 4.7.3).

Die interdisziplinären Diagnostikverfahren beschäftigen sich in Taiwan i.d.R. mit folgenden Schwerpunkten:

- allgemeine Untersuchung in Bezug auf die physiologischen Funktionen wie Wachstum, Gesundheit, Ernährung;
 - spezielle medizinische Diagnostik, z.B. ein genetisches Screening, eine neurologische Untersuchung;
 - allgemeine Entwicklungsdiagnostik⁶⁰, in der Beobachtungen, Tests und Interviews (hauptsächlich mit Eltern) zu den häufigsten Methoden gehören;
 - Diagnose und Erstellung des Behandlungsplans;
 - Verlaufsdiagnostik und nachgehende Untersuchung des Falles
- (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 15; vgl. auch YEH, Qiong-Hua 2000, 52).

Bei der Entwicklungseinschätzung und Diagnostik stehen nicht allein die Entwicklungsbereiche des Kindes im Mittelpunkt, sondern es soll auch dem Umfeld des Kindes und seiner Familie Rechnung getragen werden (vgl. WANNE, Yu-We & CHUNG, Huang-Ju 1995, 51). In der Praxis zeigt sich dennoch, dass die Diagnostik des Umfelds eher vom Sozialzentrum zur Früherfassung bzw. von der pädagogischen/interdisziplinären Frühfördereinrichtung als vom

⁶⁰ In Taiwan gibt es derzeit vielfältige Testverfahren, die entweder von bekannten internationalen Tests und Skalen modifiziert und der eigenen Kultur angepasst oder von taiwanesischen Wissenschaftlern selbst entwickelt werden. Sie beziehen sich auf (1) die gesamte Entwicklung, wie z.B. Bayley Scales of Infant Development (BSID), Developmental Indicators for the Assessment of Learning - Revised (DIAL-R), Sunshine School: Sequenced Objective for Preschoolers (SOP), Psychoeducational Inventory of Basic Learning Abilities, Denver Developmental Screening Test; (2) die kognitive Fähigkeit, wie z.B. Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC), Columbia Mental Maturity Scale (CMMS), Intelligenztest für hörgeschädigte Vorschulkinder von Prof. Huang, Jin-Yuan; (3) die Wahrnehmung und die motorische Fähigkeit, wie z.B. Motor-Free Visual Perception Test, Bender Gestalt Test, The Developmental Test of Visual-Motor Integration; (4) die Sprachfähigkeitseinschätzung, wie z.B. Peabody Picture Vocabulary Test - Revised, Preschool Language Scale (PLS); (5) das adaptive Verhalten, wie z.B. Vineland Social Maturity Scale, Familienbeziehungstest von Prof. Chen, Ying-Hao (ausführliche Angaben siehe YEH, Qiong-Hua 2000, 53-56).

interdisziplinären Diagnostikzentrum geleistet werden kann. Ein Vorbild ist das Familienbesuchsprotokollbuch des Sozialzentrums zur Früherfassung im Landkreis Taichung, in dem das Lebensumfeld des Kindes aus der ökologisch-systemischen Betrachtungsweise beobachtet und niedergeschrieben werden soll. Im Allgemeinen leidet Taiwan noch unter qualitativem und quantitativem Mangel an Fachärzten zur Durchführung der Diagnostik; die Diagnostikinstrumente müssen noch dem Land angepasst und standardisiert werden (vgl. CHIU, Yi-Wen & HUANG, Hsiu-Li 1998, 435; 1999, 70; WANNE, Yu-We et al. 2001, 8; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 203).

4.5.2.4 Therapie und Förderung

Die notwendige Therapie und Förderung wird im § 5 Abs. 1 der *Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes* festgelegt. Im Großen und Ganzen steht eine ganzheitliche Frühförderung, in der die medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und sozialpolitischen Ressourcen vereinigt werden, für entwicklungsverzögerte Kinder zur Verfügung, um ihre Entwicklungschancen zu verbessern, ihre Beeinträchtigungen und deren negative Auswirkungen zu verringern und ihre Integration in die Gemeinschaft zu fördern. Daher sind Therapie und Förderung in ihr Lebensumfeld eingebettet; sie sind alltags- und handlungsorientiert. Dabei werden in Taiwan folgende Elemente hervorgehoben:

- Die medizinisch-therapeutische Rehabilitation umfasst medizinische Arzneitherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, klinische Psychologie, Verhaltenstherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Familientherapie, sensomotorische Integrationstherapie usw. (ausführlichere Beschreibung im Kap. 3.6.4).
- Die pädagogisch-psychologische Förderung bezieht sich auf Entwicklungs- und Kompetenzhilfen in den Bereichen der Kognition, der Sprache, der Fein- und Grobmotorik, der Selbstständigkeit und der sozialemotionalen Kommunikation. Eine integrierte ganzheitliche Förderung steht im Mittelpunkt. Große Bedeutung wird dem Spiel beigemessen.
- Ausschlaggebend für die wirksame Therapie und Förderung ist die unbedingte Mitwirkung der Eltern. Daher ist die Teilnahme eines Elternteils (i.d.R. der Mutter) an der Förderstunde unerlässlich.

Die jeweils geplanten medizinisch-therapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen und pädagogisch-psychologischen Angebote werden in einem interdisziplinär aufeinander abgestimmten IEP bzw. IFSP zusammengefasst (vgl. Kap. 4.3.2).

Dennoch ist es in der Praxis für das Kind und seine Eltern problematisch, an einer kontinuierlichen Frühförderung teilzuhaben. Nach der Anmeldung beim Sozialzentrum zur Früherfassung bekommen nicht alle Eltern ein zufriedenstellendes Förderangebot. Eine wesentliche Schwierigkeit besteht in den beschränkten frühförderbezogenen Ressourcen, die sowohl im sozialen und sonderpädagogischen als auch im medizinisch-therapeutischen Bereich liegen (vgl. CHIU, Yi-Wen & HUANG, Hsiu-Li 1998, 436; 1999, 70; WANG, Tien-Miau et al. 1999, 54f.; CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 703; 2000b, 135; YANG, Ling-Fang 2000, 5; YOU, Mei-Gue 2000c, 64f.; HUANG, Shu-Wen 2001; WANNE, Yu-We et al. 2001, 9f.; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 202).

4.5.3 Eltern- und familienbezogene psychosoziale Unterstützung

Mit einem behinderten oder einem entwicklungsverzögerten Kind sind die Eltern häufig verunsichert und überfordert. Daraus ergibt sich nicht zuletzt eine komplexe Gefühlsmischung aus Selbstzweifeln, Resignation, Enttäuschung, Schuldgefühlen, Wut, Scham und Verzweiflung, die mit den hohen Alltagsanforderungen einhergeht. Für Eltern bestehen in hohem Maße emotionale Belastungen, die sie zusätzlich psychisch und physisch beanspruchen. Einkommensschwache Familien geraten trotz der Zuschüsse von Seiten der Behörden oft in finanzielle Schwierigkeiten, weil die Frühförderung in Taiwan noch nicht ganz kostenfrei ist. Vor allem die Mütter sind davon betroffen. Im Allgemeinen sind sie auch motivierter und engagierter als die Väter, wie einige Wissenschaftler in Taiwan berichteten (z.B. CHIANG, Chia-Jung 2000; XU, Jing-Min 2002). Die Arbeit von JIANG, Yao-Min et al. (2000) bestätigte aber auch die entscheidende Rolle der Beteiligung von Vätern an der Frühförderung.

Sichergestellte psychosoziale Familienhilfen erhöhen sowohl den Willen als auch die Fähigkeiten der Familie zur Unterstützung der Therapie und Förderung des Kindes. Diese beginnen bereits bei der Aufnahme eines Einzelfallbetreuers, der während des ganzen Förderprozesses das Kind und seine Familie betreut und mit Diagnostik- sowie Fördereinrichtungen kooperiert.

Im Allgemeinen umfasst die Familienunterstützung in Taiwan wie in Deutschland (Kap. 3.6.5) neben der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und der pädagogisch-psychologischen Förderung des Kindes auch eine Vielzahl von psychosozialen Hilfsmaßnahmen. Die Fachleute versuchen, den Eltern und Familien Beistand zu leisten, um eine kontinuierliche Frühförderarbeit für das Kind zu verwirklichen (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 677; vgl. auch FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 20). Dies geschieht beispielsweise durch Veranstaltungen, Elterntreffen zum Gedanken- und Informationsaustausch sowie durch Diskussionen von Problemen und deren Bewältigung, durch Informationen hinsichtlich der Nutzung von frühförderbezogenen Ressourcen und Diensten in ihrem Lebensumfeld oder durch die Gewährleistung psychoemotionaler Unterstützung für die Eltern. Unerlässlich ist es außerdem über die Sozialwohlfahrtsmaßnahmen wie finanzielle Beihilfe, Förderkostenzuschüsse, kurzzeitige Kinderbetreuung zu informieren. Betont wird dabei vor allem der Wert der Elternbildung, durch die die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Eltern zur Problem- und Konfliktlösung im Laufe des Frühförderprozesses des Kindes gestärkt werden können. Außerdem können sich die Eltern auch gegenseitig helfen (z.B. in Form von Elternselbsthilfegruppen, Elternverbänden, Eltern-Kinder-Lesestudios) und dadurch selbst aktiv werden.

4.6 Rolle und Aufgaben der zuständigen zentralen Ministerien, örtlichen Regierungen, nichtstaatlichen Institutionen, Frühförderfachkräfte und Eltern

In § 23 Abs. 1 des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* heißt es: „Die Regierung soll für entwicklungsverzögerte Kinder entsprechend ihren Bedürfnissen Fürsorge hinsichtlich der Frühförderung, der Medizin und Therapie, des Schulbesuches tragen.“ Die Frühförderung stellt daher eine unerlässliche Aufgabe der Regierung dar. Allerdings ist sie nicht allein Aufgabe der Regierung. Die Regierung ist bei der Planung und Durchführung auch auf die Zusammenarbeit der nichtstaatlichen Institutionen und der aktiven Frühförderfachleute angewiesen. Darüber hinaus spielen die Eltern dabei eine unverzichtbare Rolle. Auf ihre Stellung soll genauer eingegangen werden.

4.6.1 Arbeitsteilung, Kooperation und Koordination der zuständigen zentralen Ministerien, der örtlichen Regierungen und der nichtstaatlichen Institutionen

4.6.1.1 Funktion der zuständigen zentralen Ministerien: Planung und Entwicklung

Für die Frühförderarbeit der Zentralregierung sind das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums, das Gesundheits- und das Bildungsministerium zuständig. Vor allem das Entwicklungskomitee, an dem mehrere Ministerien beteiligt sind, trägt zur Ausformung der politischen Vorgaben für die Frühförderung bei (Abbildung 4).

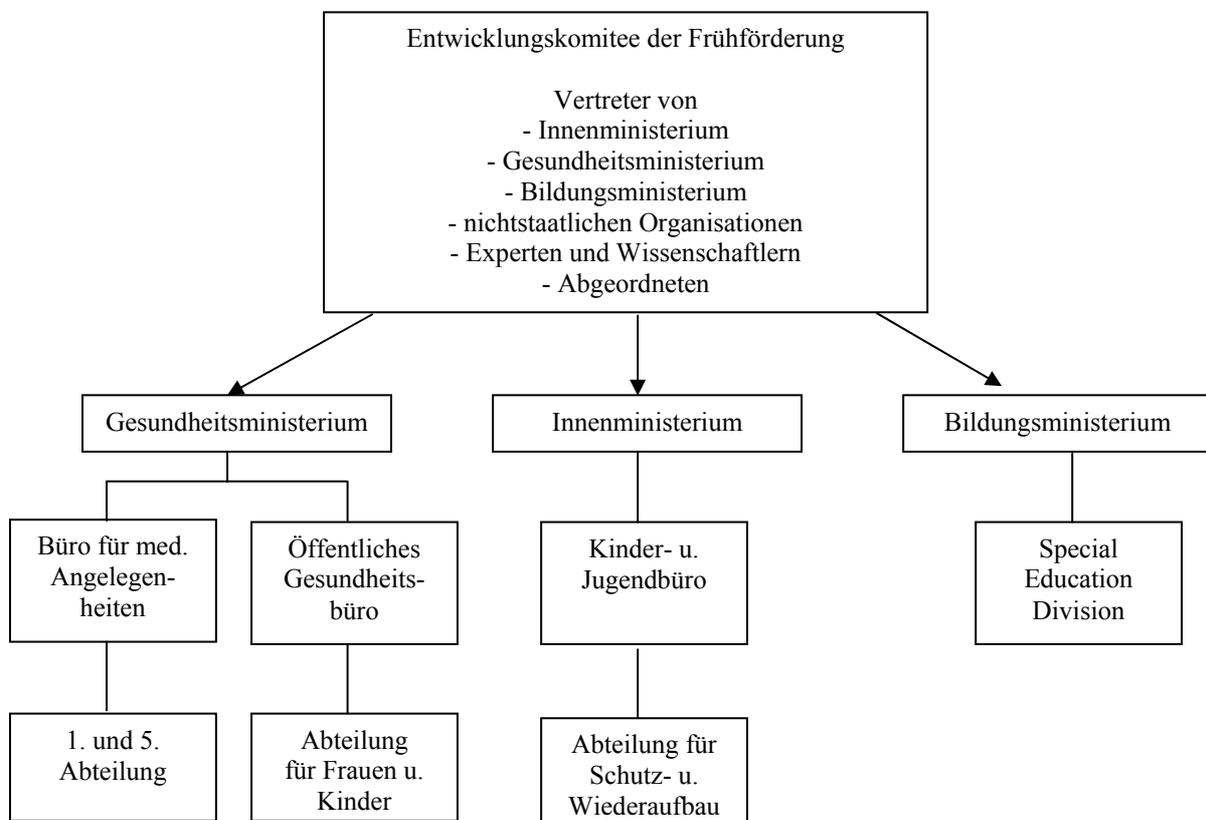


Abbildung 4: Organisationsstruktur des Entwicklungskomitees für die Frühförderung in der Zentralregierung (nach FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 27).

Das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums geht von der sozialen Wohlfahrt aus und konzentriert sich auf Meldung, Überweisung und Einzelfallbetreuung von entwicklungsverzögerten Kindern. Das Entwicklungskomitee der Frühförderung auf der Ebene der zentralen Regierung und die Entwicklungskomitees der Frühförderung auf der Ebene der örtlichen Re-

gierungen wurden vom Innenministerium ins Leben gerufen und organisiert. Das Ministerium finanzierte ein erstes nationales Handbuch über die sozialen Ressourcen in der Frühförderung (von FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 1999), ein Arbeitshandbuch zur Einzelfallbetreuung (von PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC 2000) und einen Elternratgeber (von PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC 1999a). Das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums ist zuständig für die Sozialzentren zur Früherfassung in allen Städten und Landkreisen Taiwans. Das Büro unterstützt darüber hinaus den Ausbau von Frühfördereinrichtungen.

Das Tätigkeitsfeld des Gesundheitsministeriums gliedert sich in zwei Bereiche:

- Das „Öffentliche Gesundheitsbüro“ (Public Health Bureau) ist zuständig für Prävention und Gesundheitsschutz, Geburten und die Meldung von Problemfällen.
- Das „Büro für medizinische Angelegenheiten“ (Medical Affairs Bureau) für Diagnostik und für die Fortbildung des Fachpersonals.

Das Gesundheitsministerium hat ein eigenes Meldesystem aufgebaut und ist für die interdisziplinären Diagnostikzentren zuständig. Derzeit bemüht man sich besonders um die Betreuung Schwangerer mit hohen Risiken und – in Verbindung mit genetischer Beratung – um die Nachsorge bei Neugeborenen mit hohen Entwicklungsrisiken sowie um die Verbesserung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen (vgl. CHILDREN'S BUREAU, MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a, 26).

Der Schwerpunkt des Bildungsministeriums liegt auf Erfassung und sonderpädagogischer Förderung von behinderten und entwicklungsgefährdeten Kindern. 1996 wurde für die Frühförderarbeit eine Expertengruppe für das Erfassungssystem behinderter Schüler gegründet. Im „Projekt zur Durchführung der früheren Einschulung für behinderte Vorschulkinder“, das am 13.05.1998 beschlossen wurde, ist geregelt, dass die Sonderpädagogik für behinderte und entwicklungsgefährdete Kinder statt ab dem vierten schon ab dem dritten Lebensjahr angewendet werden soll. Im Jahre 1998 rief man das landesweite Erfassungssystem für Schüler mit besonderem pädagogischen Förderbedarf ins Leben, das sich seit 1999 auf Vorschulkinder erstreckte, wobei die Kindergärten als zentrale Erfassungsinstitutionen galten (vgl. SECRETARIATE OF PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL

DISABILITY, ROC 2001, 11). Darüber hinaus wurde das Sonderprojekt „Sonderpädagogischer Vorschulplan“ durchgeführt, im Zuge dessen Screeninghandbücher für Eltern und Erzieher/Lehrer, ein umfassender Entwicklungstest, ein Handbuch und ein Curriculum der Vorschulsonderpädagogik entwickelt wurden (vgl. ebd.; vgl. auch CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR 2002a, 19). Das Bildungsministerium strebt an, die Anzahl der drei- bis fünfjährigen behinderten Kinder, die einen Kindergarten besuchen, durch Unterstützungsgelder für deren Eltern zu erhöhen und die Einrichtung der Vorschulsonderklassen in öffentlichen und privaten Kindergärten mit Zuschüssen pro Klasse und Kind zu fördern. Erwähnenswert ist überdies die Inklusion der Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf in Tagesstätten und Kindergärten, welche bei der Aufnahme eines entwicklungsverzögerten Kindes Zuschüsse für Personal, Ausstattung und Materialien von den Sozial- und Bildungsbehörden erhalten können.

Die drei Ministerien sehen ihren Arbeitsschwerpunkt weiterhin in Veranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter der Frühförderung, der Beauftragung und Finanzierung von Forschungen und Projekten bezogen auf die Frühförderung sowie der Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit (vgl. CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR 2002a). Trotz bzw. gerade wegen der Arbeitsteilung der drei Ministerien sind ihre Zusammenarbeit und Koordination im Verbundsystem der Frühförderung wichtig und erforderlich.

4.6.1.2 Rolle der örtlichen Regierungen: Umsetzung und Realisierung

Die örtlichen Regierungen sollen den Plan für Frühförderung von Ministerien der Zentralregierung innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs umsetzen. Zur Planung und zur Durchführung der Frühförderaufgaben wird entweder ein Entwicklungskomitee eingerichtet, das aus Vertretern der Sozial-, Gesundheits-, Bildungsbehörden, Abgeordneten sowie Wissenschaftlern und Experten in der örtlichen Regierung besteht oder es existiert eine provisorische Frühförderarbeitsgruppe (bzw. Versammlung), an der sich die Mitarbeiter der betreffenden Behörden beteiligen und die Entwicklung und Durchführung der Frühförderarbeit diskutieren. Wichtig ist, dass die örtlichen Regierungen ein Budget für die Frühförderung zur Verfügung stellt, das aus Zuschüssen der Zentralregierung zusammengestellt ist.

Große Bedeutung erhält vor allem die Vernetzung der Frühförderressourcen jeder Stadt bzw. jedes Landkreises und die Zusammenarbeit zwischen den benachbarten Städten und/bzw.

Landkreisen, um einen wohnortnahen Frühförderdienst zu gewährleisten (Kap. 4.8.1.7). Abbildung 5 zeigt die Organisationsstruktur der Frühförderung in der örtlichen Regierung.

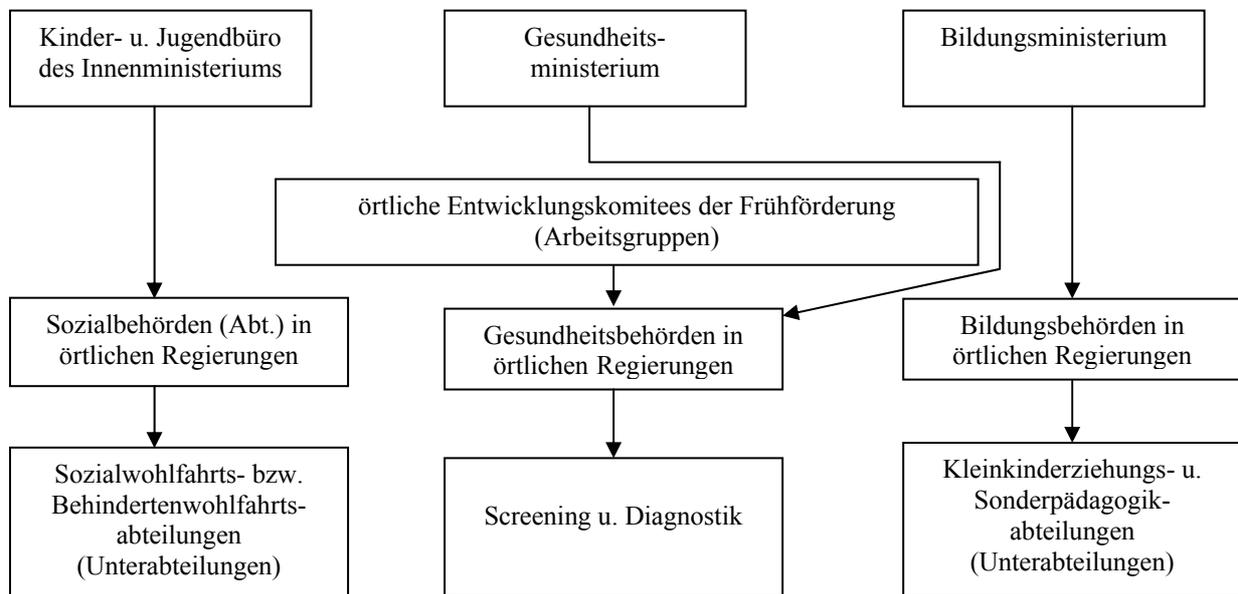


Abbildung 5: Organisationsstruktur der Frühförderung in den örtlichen Regierungen (nach FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 28).

4.6.1.3 Funktion der nichtstaatlichen Institutionen: Initiierung und Unterstützung

Für die Entwicklung der Frühförderung in Taiwan setzen sich vor allem die nichtstaatlichen Institutionen wie Elternverbände, kirchliche Wohlfahrtsorganisationen, Kliniken und Sozialwohlfahrtseinrichtungen ein. Aufgrund ihrer reichen Erfahrungen und ihrer Flexibilität in der Sozialarbeit ermöglichen sie vielfältige Formen der Frühförderung. Im Hinblick auf die vielseitigen Fragen und Bedürfnisse besteht die Notwendigkeit, das Frühfördersystem mit „beschränkten öffentlichen Ressourcen“, das von „unlimitierten nichtstaatlichen Kräften“ eingerichtet wurde, zu unterstützen (FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 29). Die nichtstaatlichen Organisationen leisten ihren Beitrag in der Frühförderung folgendermaßen (vgl. ebd.):

- kontinuierliche Beaufsichtigung der Umsetzung der Frühförderpolitik und Interessensvertretung in einzelnen Fällen;
- Übernahme der Meldungs- und Überweisungstätigkeiten von örtlichen Regierungen;

- Etablierung der Frühfördereinrichtungen und der Angebote der Frühförderung;
- Übernahme der Einzelfallbetreuung;
- Angebot bzw. Vermittlung von Kursen und Selbsthilfegruppen für Eltern;
- Organisation aller Arten der Fort- und Weiterbildung für die unterschiedlich ausgebildeten Fachleute der Frühförderung (z.B. für das medizinisch-therapeutische Personal, Kindergärtner, Sozialarbeiter).

4.6.2 Aufgabenfelder des Frühförderpersonals

Den komplexen Anforderungen der Frühförderung kann eine einzige Fachdisziplin nicht gerecht werden. Notwendig ist eine Teamarbeit mehrerer Disziplinen, die an die ganzheitliche Entwicklung des Kindes in seinen Lebenszusammenhängen anknüpft. In den *Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes* (vgl. § 5 Abs. 1) bezieht sich diese Teamarbeit auf Fachleute – zusammengesetzt aus Sozialwohlfahrt, Gesundheit, Pädagogik usw. – mit einem Angebot an Diensten, das sich an den individuellen Bedürfnissen des entwicklungsverzögerten Kindes und seiner Familie ausrichtet. Die Mitglieder eines solchen Fachteams in der Frühförderung und ihre Aufgabenbereiche in Taiwan werden im Folgenden dargestellt:

- **Ärzte:** Im Laufe des Frühförderprozesses spielen die Ärzte eine ausschlaggebende Rolle. Sie sind zuständig für die
 - Früherkennung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten bzw. -verzögerungen,
 - Diagnostik zur Erarbeitung und Sammlung weiterer Informationen über das Kind,
 - Beratung und Begleitung über Therapie, pädagogische Förderung, Rehabilitation und Prävention.

I.d.R. umfasst die ärztliche Fachdiagnose der Entwicklungsfunktionen des Kindes Anamnese, Beobachtung, körperliche Untersuchungen, allgemeine Entwicklungseinschätzung sowie andere notwendige Untersuchungen. Unentbehrlich ist zugleich die Beratung der Eltern über weiterführende diagnostische, therapeutische, pädagogische und präventive Maßnahmen. Kinderärzte, Kinderneuropädiater und -neurologen sind gut vertraut mit der normalen bzw. gestörten Entwicklung des Kindes (vgl. Kap. 3.6.2 und Kap. 3.7.4). Sie setzen sich aber auch als Koordinatoren mit anderen Fachärzten wie HNO-Ärzten, Augenärzten, Endokrinologen, Orthopäden, Osteologen und Zahnärzten in Verbindung.

- **Medizinisch-therapeutisches Personal** wie **Physio-, Ergotherapeuten** und **Logopäden**: Anhand der Besprechungen mit den Eltern, der Anamnese, der Beobachtung und der Diagnostiktests sowie einer Beurteilung des Arztes, wird je nach Fachrichtung ein Therapieplan von den Physio-/Ergotherapeuten bzw. Logopäden erstellt. Im Hinblick auf die ganzheitliche Entwicklung des Kindes liegt der Schwerpunkt der Übungen je nach der Fachrichtung der Physio-/Ergotherapie oder Logopädie in den Bereichen der Grob-, Fein-, Sprech-/Schluckmotorik, Bewegung, Wahrnehmung, Kognition oder der sozialemotionalen Kompetenz (ausführliche Beschreibung des Therapieinhaltes im Kap. 3.6.4.1).

- **Gemeindekrankenschwestern der Gesundheitsämter**: Die kindliche Entwicklung kann zunächst von Gemeindekrankenschwestern untersucht werden; sie können Screenings durchführen und Auffälligkeiten des Kindes erkennen. Sie beraten die Eltern in Bezug auf Ernährung, Impfung, Wachstum und Entwicklung des Kindes und leisten psychologische Unterstützung. Bei entwicklungsbeeinträchtigten und -verzögerten Kindern sammeln sie Daten und Beobachtungen zur Anamnese und organisieren die weitere Diagnostik, Therapie- und Förderungsplanung. Sie sollen sich mit den Ressourcen der Gemeinschaft, in der das Kind lebt, vertraut machen und soziale Ressourcen initiieren. Wichtig ist, dass sie entwicklungsverzögerten Kindern und deren Familien helfen, Probleme zu vermindern und sich in die Gemeinschaft zu integrieren (vgl. CHIU, Yi-Wen & HUANG, Hsiu-Li 1999, 67).

- **Psychologen**: Die Psychologen sind zuständig für die Entwicklungseinschätzung und Diagnostik der allgemeinen Entwicklung des Kindes in den Bereichen der kognitiven Fähigkeiten, der motorischen Aktivitäten, der sozialemotionalen Kompetenzen und des Persönlichkeitszustandes sowie für die daraus abgeleitete Behandlung, wie z.B. Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Spieltherapie (vgl. ZHENG, Ling-Yi & HUANG, Hui-Ling 2001, 16). Die Psychologen widmen sich der optimalen Entfaltung des Potenzials eines Kindes und der Überwindung seiner kognitiven, umweltbedingten Einschränkungen sowie der Begleitung und Beratung seiner Familie. Des Weiteren leisten sie fachliche Hilfe zur Verarbeitung und Überwindung psychologischer Probleme und Schwierigkeiten für Eltern und Familien.

- **Pädagogen**: Für entwicklungsauffällige Kinder sind Kindergärtner bzw. Sonderschullehrer Früherkenner, Instruktoren und Berater. Sie haben häufig Gelegenheit, die Kinder zu beobachten, sie miteinander zu vergleichen und dadurch Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten und -verzögerungen zu erkennen. Unter Berücksichtigung der ganzheitlichen Ent-

wicklung des Kindes einerseits und seiner eigenen Bedürfnisse andererseits wird ein IEP für förderbedürftige Kinder erstellt. Für die pädagogische Förderung von Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren sind die Frühförderer zuständig. Die Kinder zwischen drei und sechs Jahren werden vorwiegend durch Erzieher bzw. auch durch Sonderschullehrer (falls das Kind im Sonderschulkindergarten ist) in Fördereinrichtungen oder Schulen gefördert, können aber auch weiterhin durch Frühförderer in den Institutionen begleitet werden.

- **Sozialarbeiter:** Sie machen sich mit den sozialen Ressourcen vertraut, sind in der Lage, das familiäre Beziehungsnetz zu beurteilen und dem Kind und seinen Eltern Beistand zu leisten. Entscheidend sind hierbei die Kooperation und Koordination der Sozialarbeiter mit anderen Frühförderfachleuten. In einer interdisziplinären Teamarbeit übernehmen sie folgende Funktionen:

- Anbieten von Informationen,
- Vermitteln von Ressourcen und Diensten im Frühförderprozess,
- Organisation von Diagnostik, Therapie und Förderung,
- Unterstützung und Beratung der Familie,
- Koordination im interdisziplinären Fachteam,
- Einzelfallbetreuung

(vgl. LIN, Hui-Fang 1999, 12f.).

- **Prüfer des Hör- und Sehvermögens:** Im „Plan zur Verbreitung der Hörvermögensuntersuchung für Vorschulkinder“ des Gesundheitsministeriums wird dem Gehör von Vorschulkindern große Aufmerksamkeit gewidmet (vgl. CHILDREN’S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a, 24). Auch die Überprüfung der Sehfähigkeit wird im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen in Kindergärten, -tagesstätten und Schulen für wichtig erachtet. I.d.R. werden die Hör- oder Sehauffälligkeiten durch Beobachtung, Spiel, Fragebögen und medizinische Geräte diagnostiziert. Neben den Hör- oder Sehtests werden überdies entsprechende Trainings, Rehabilitationsanleitungen, Beratung für die Pflege des Hör- bzw. Sehvermögens und für die Auswahl geeigneter Hör- bzw. Sehhilfen angeboten (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 31).

- **Ehrenamtliche Mitarbeiter und Praktikanten:** Unerlässlich sind die freiwilligen Mitarbeiter, die für Fördereinrichtungen als Hilfskräfte im Hintergrund zur Verfügung stehen. Ei-

nige Fördereinrichtungen veranstalten „Projekte des freiwilligen Dienstteams des Frühförderzentrums“, in denen den freiwilligen Mitarbeitern nach Interessen und Spezialgebieten passende Tätigkeitsbereiche zugeteilt werden. Wenn es in der Nähe von Einrichtungen Fachhochschulen oder/und Universitäten gibt, können Verbindungen aufgebaut werden. Dadurch können Studenten in der unterrichtsfreien Zeit bei der Frühförderarbeit helfen (vgl. WU, Fu-Mei 2000, 70). Z.B gründete die „Frühförderstiftung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC“, ein ehrenamtliches Team, dessen Mitglieder aus unterschiedlichen Fachbereichen der Universitäten und der Colleges bestehen. Es assistiert mit großem Erfolg den Fachleuten der Frühförderung (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000c). Des Weiteren gelten die Praktikanten mit ihren Fachkenntnissen als beste Unterstützer der Fachleute in der Frühförderung (vgl. WU, Fu-Mei 2000, 70).

Es ist offensichtlich, dass die ganzheitliche Förderung des Kindes eine Abstimmung im interdisziplinären Team erfordert. Jede Fachdisziplin hat jedoch ihre eigenen Zuständigkeiten und trifft Entscheidungen, die im Gesamtkonzept des Teams integriert werden sollen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist allerdings kein Allheilmittel für jedes Kind und seine Familie. Sie stößt auf fachliche und menschliche Grenzen. Zwangsläufig gibt es Konflikte zwischen Mitarbeitern des Teams. Wichtig ist, dass alle Mitarbeiter des Frühförderteams die eigenen Grenzen erkennen sowie die Fähigkeit und Bereitschaft haben, Problemen und Konflikten entgegenzutreten und zu versuchen, diese gemeinsam zu lösen.

4.6.3 Stellung und Anspruch der Eltern

Durch mehrjährige Praxiserfahrung in der Frühförderung sind die Fachleute überzeugt, dass sich die Kooperation und Koordination zwischen Familie und Fachleuten positiv auf die Frühförderkinder auswirken. Daher gelten Eltern als ein unerlässliches und aktives Mitglied des interdisziplinären Teams der Frühförderung.

Dementsprechend wird in sonderpädagogischen Fachkreisen immer öfter das Empowerment-Konzept betont, in dem die Eltern als kooperative („collaborative“) Partner eine aktive Rolle übernehmen (vgl. WANG, Chih-Chuan 2002, 87; vgl. Kap. 4.4.4) und, mit der Unterstützung von Frühförderfachkräften, bei der Frühförderung aktiv beteiligt sind und eigene Entscheidungen einbringen können (vgl. HUANG, Shi-Yu 1997, 25/87f.; WANNE, Yu-We et al.

2001, 16-30; HUANG, Huei-Ju & HO, Li-Po 2002, 36f.; WANG, Chih-Chuan 2002, 87; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 205-213; vgl. auch Kap. 3.3.2.5).

Einige engagierte Eltern sind selbst in der Lage, sich für die Rechte entwicklungsbeeinträchtigter und -verzögerter Kinder einzusetzen. Allerdings sind nicht alle Eltern gleichermaßen engagiert. Viele Eltern geraten in das Dilemma, die Entwicklungsverzögerungen ihres Kindes wahrzunehmen, aber auch all seine Schwächen anzuerkennen und zu akzeptieren. Unter diesen Umständen stellt die Kooperation mit den Eltern in der Frühförderung keine Selbstverständlichkeit dar, geschweige denn ein Eltern-Empowerment. Schwierigkeiten werden häufig bei der Zusammenarbeit mit Familien beobachtet, die mangelnde Unterstützung (vgl. YANG, Ling-Fang 2000, 5) sowie einen niedrigen Sozialstatus besitzen und in einer abgeschiedenen und fernen Gegend wohnen (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 10; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 202).

In der Praxis gibt es auch Familien, die nach der Erfassung durch Ärzte bzw. Kindergärtner den Frühförderdienst verweigern. CHOU, Yueh-Ching et al. (2001, 97-161) untersuchten in einem Projekt acht dieser Familien unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, um ihnen die Nutzung des Frühfördersystems zu ermöglichen. Während Sozialarbeiter in der Praxis der Sozialzentren zur Früherfassung aufgrund mangelnden Personals und fehlender Finanzmittel eher eine passive Rolle spielen, wurden sie in diesem Projekt aktiv eingesetzt. Nach positiven Erfahrungen wurde das Modell der Hilfe und Unterstützung für Familien, die einen Frühförderdienst ablehnten, durch CHOU, Yueh-Ching et al. nochmals modifiziert und sollte nun auch in anderen Zentren für Einzelfallhilfe durchgeführt werden. Wichtig ist, dass im Frühförderprozess eine Beziehung mit gegenseitigem Vertrauen zwischen Eltern und Fachleuten besteht (vgl. ebd., 135).

4.7 Organisation der Frühförderung

Trotz der jungen Geschichte der Frühförderung in Taiwan entsteht gegenwärtig ein Frühfördersystem mit einer Vielzahl von Institutionen. Dabei sind zwei Rechtsmaßnahmen erwähnenswert.

Zum einen ist dies das *Durchführungsprojekt der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder*, in dem die Etablierung der Sozialzentren zur Früherfassung und der Zentren für Ein-

zelfallbetreuung, die Unterstützung der ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Einrichtung zur Durchführung der Diagnostik sowie die Zuweisung des Kindes zu Förderinstitutionen als Aufgaben der örtlichen Regierungen geregelt wurden. Zum anderen ist im *Durchführungsvorhaben der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder* vorgesehen, dass jede Stadt und jeder Landkreis ein Sozialzentrum zur Früherfassung und ein Diagnostikzentrum einrichten sowie wohnortnahe Fördereinrichtungen aufgrund des Anfahrtsweges und der Nachbetreuung eines Falles vermehren sollen. Für diesen planmäßigen Systemausbau wird außerdem eine finanzielle Unterstützung durch die zentralen Zuständigkeitsorgane geleistet. Insgesamt besteht in Taiwan in der Gegenwart ein viergliedriges System, das

- Sozialzentren zur Früherfassung,
 - Zentren für Einzelfallhilfe⁶¹,
 - interdisziplinäre Diagnostikzentren⁶²,
 - medizinisch-therapeutische Praxen und Kliniken sowie pädagogische und interdisziplinäre Fördereinrichtungen
- umfasst.

4.7.1 Sozialzentren zur Früherfassung

Um die Früherfassung des entwicklungsverzögerten Kindes und einen kontinuierlichen Begleitprozess für das Kind und seine Familie in der Frühförderung zu ermöglichen, wurden in letzter Zeit in allen 25 Städten und Landkreisen Taiwans Sozialzentren zur Früherfassung ins Leben gerufen, die entweder von der Stadt-/Landkreisregierung selbst verwaltet oder von den nichtstaatlichen Förderinstitutionen betreut werden. Dabei fungieren die Sozialarbeiter als Organisatoren, die die Daten der Fälle archivieren und mit ihren vertrauten sozialen Förderressourcen einen angemessenen Förderdienst anbieten. Es ist unerlässlich, einen IFSP zu erstellen, sobald das Kind in einer geeigneten Einrichtung untergebracht ist. Nach einiger Zeit der Therapie und Förderung gibt es eine Verlaufsdiagnostik, nach der der IFSP in Anbetracht der Bedürfnisse des Kindes und seiner Eltern evtl. modifiziert werden muss. Der Arbeitsprozess vom Sozialzentrum zur Früherfassung verläuft i.d.R., wie in Abbildung 6 dargestellt.

⁶¹ In jeder Stadt und in jedem Landkreis gibt es derzeit ein Sozialzentrum zur Früherfassung, jedoch nicht ein Zentrum für Einzelfallhilfe. Die Errichtung eines Zentrums für Einzelfallhilfe hängt von der Finanzierung, den bestehenden Frühförderressourcen und dem Konzept der Frühförderung der Stadt bzw. des Landkreises ab.

⁶² Das Konzept der interdisziplinären Diagnostikzentren ist überregional und vergleichbar mit Sozialpädiatrischen Zentren in der Bundesrepublik Deutschland.

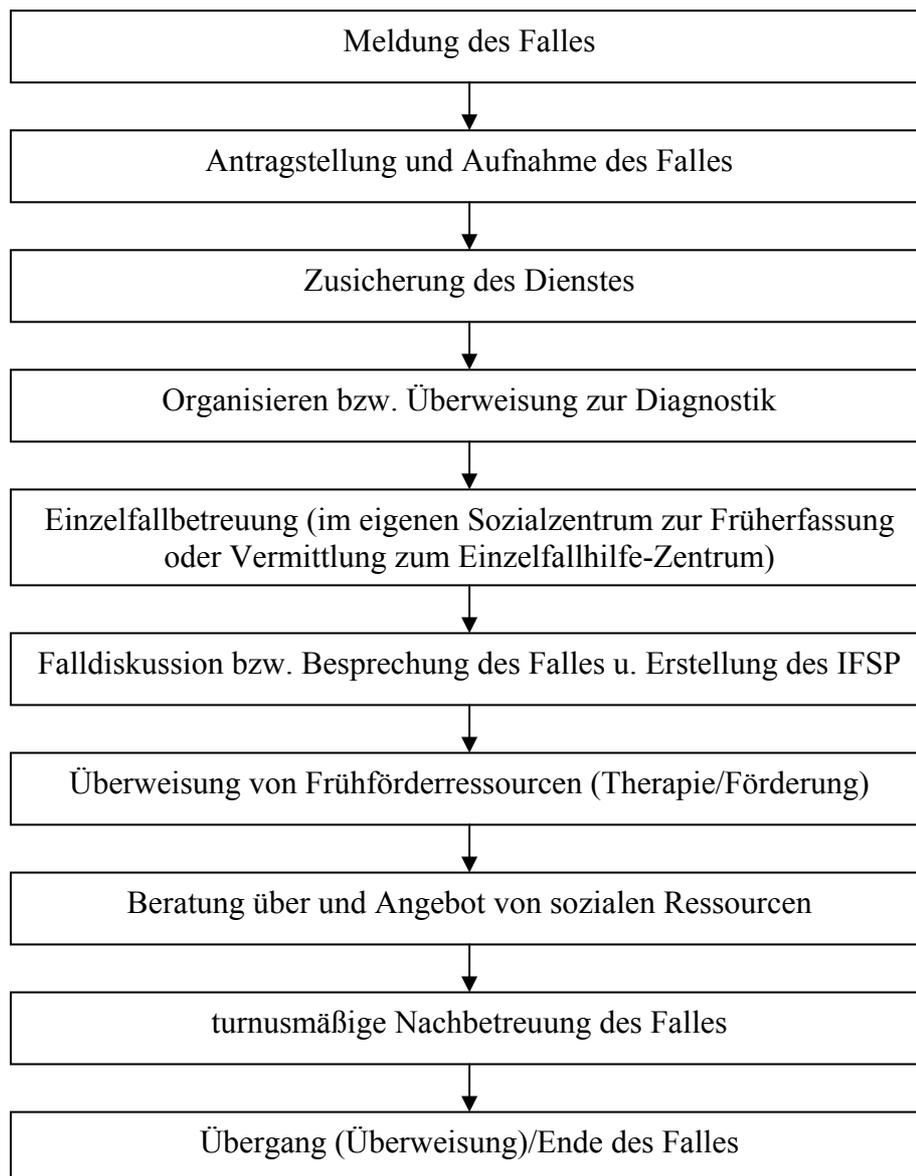


Abbildung 6: Allgemeiner Arbeitsprozess des Sozialzentrums zur Früherfassung (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 11ff.).

Nicht jedes Sozialzentrum zur Früherfassung hat den gleichen Dienstablauf. Eine große Differenz besteht im Besonderen in der Reihenfolge der Zusicherung des Dienstes und der Überweisung zur Diagnostik. Ein Beispiel ist das Sozialzentrum zur Früherfassung im Landkreis Taichung. In Hinblick auf das begrenzte Personal wird der Dienst in diesem Zentrum erst nach einer umfassenden Diagnostik durch Ärzte aufgenommen.

Der Etat der Sozialzentren zur Früherfassung in Städten und Landkreisen Taiwans stammt im Wesentlichen aus Zuschüssen des Kinder- und Jugendbüros des Innenministeriums. Der Ein-

stellungsplan für die Arbeitskräfte wird je nach Umfang des Tätigkeitsbereichs des Sozialzentrums zur Früherfassung erstellt. Im Allgemeinen gibt es mindestens einen Inspektor, einige Sozialarbeiter, Verwaltungspersonal und Assistenten (z.B. Teilzeitinstrukteur). Ein Sozialzentrum zur Früherfassung verfügt durchschnittlich über 5,5 hauptamtliche Stellen, wobei jeder Mitarbeiter 80 bis 100 Fälle betreut (ZHANG, Xiu-Yu 2002, 334). Diese Zahlen belegen zwar das Betreuungsvolumen, erfassen aber nicht die Inhalte und die Tiefe eines Falldienstes. In der Praxis werden nicht selten die geringe Zahl der Fachkräfte und die knappen Finanzmittel des Sozialzentrums zur Früherfassung beklagt, die einer Nachbetreuung des Kindes im Wege stehen (vgl. SECRETARIATE OF PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC 2001, 12; ZHANG, Xiu-Yu 2002, 334). Außerdem unterscheiden sich die Aufgabenbereiche je nach Stadt oder Landkreis. Manche Sozialzentren zur Früherfassung sind nur für Meldung und Überweisung zuständig, manche aber auch für Entwicklungseinschätzung oder für eine kurzfristige (sozial-) pädagogische Förderung. Manche haben sogar alle diese oben genannten vielfältigen Aufgaben und sind dadurch oft überlastet.

4.7.2 Zentren für Einzelfallhilfe

Wenn die Familie in eine Krise gerät, das soziale Umfeld der Familie zu schwach oder die Familie zur Durchführung der Frühförderungsmaßnahmen unfähig ist, teilt das Sozialzentrum zur Früherfassung der Familie zur intensiven Unterstützung einen Sozialarbeiter zu oder wendet sich an ein Zentrum für Einzelfallhilfe. Dieses ernennt dann einen bestimmten Sozialarbeiter (Einzelfallbetreuer), der die vielfältigen Hilfsmöglichkeiten für die Familie organisiert und koordiniert. Die Fähigkeiten der Familie werden in jedem Fall gefördert, um dem Kind und seiner Familie die notwendigen Hilfen zukommen zu lassen. Das Verfahren besteht i.d.R. aus folgenden Durchführungsphasen (Abbildung 7):



Abbildung 7: Allgemeiner Durchführungsprozess des Zentrums für Einzelfallhilfe (nach FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 21).

4.7.3 Interdisziplinäre Diagnostikzentren

Im *Durchführungsvorhaben der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder* wird die Errichtung von interdisziplinären Diagnostikzentren in einer Stadt bzw. einem Landkreis oder in Zusammenarbeit von Städten und Landkreisen empfohlen, um eine ganzheitliche und die Eltern überzeugende Diagnostik durchführen zu können und für Kind und Eltern die Wahrnehmung der verschiedenen Untersuchungen zu erleichtern und zu beschleunigen. Der Zugang erfolgt entweder durch die Überweisung von Kliniken und Sozialzentren zur Früherfassung oder direkt durch die Eltern. Im Prinzip sollte ein interdisziplinäres Diagnostikteam bestehen aus

- Kinderarzt oder Kinderpsychiater,
- Psychiater bzw. klinischer Psychologe,

- Physio-, Ergo- und Logotherapeut,
 - Krankenschwester bzw. Krankenpfleger,
 - Vorschulsonderschullehrer bzw. Frühförderer,
 - Sozialarbeiter,
 - anderen Medizinern der HNO-Klinik, Augenheilkunde, Rehabilitation, Osteologie, Neurologie, Kinderchirurgie, Urologie, Endokrinologie, Zahnmedizin usw.
- (vgl. CHI, Jing-Shang 1997 in YEH, Qiong-Hua 2000, 51; vgl. auch FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 18).

Dabei handelt es sich um ein Team aus unterschiedlichen Fachdisziplinen, das jedoch vorwiegend aus medizinisch-therapeutischem Personal zusammengesetzt ist, und zwar unter der Leitung eines Chefarztes. Sonderpädagogische Fachleute sind nicht immer vorhanden. Tendenziell zeigt sich aber, dass immer mehr interdisziplinäre Diagnostikzentren über sonderpädagogisches Fachpersonal verfügen (vgl. WANNE, Yu-We et al. 1997, 41; FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 23).

Bei den interdisziplinären Diagnostikzentren in Taiwan sind im Wesentlichen zwei Einrichtungsmodelle zu finden:

- (1) Das **innerklinische Modell**: In diesem Modell werden alle vorhandenen Ressourcen der Klinik zusätzlich zu dem Angebot der Diagnostik von frühförderbedürftigen Kindern innerhalb der Klinik zur Verfügung gestellt. Zu diesem Einrichtungsmodell zählen die Chang-Geng Klinik in der Gemeinde Lin-Kou, die Rong-Zong Klinik in Taipei (Taipei Veterans General Hospital) und die Ci-Ji Klinik in Hualien.

Vorteile	Einschränkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein eines interdisziplinären Fachteams • Vorhandensein medizinischer Ausstattung und finanzieller Mittel • Sicherstellung einer kontinuierlichen Frühförderung für Prävention (genetische Beratung, Neugeborenen-/Kindervorsorgeuntersuchungen), Frühdiagnostik (z.B. bei Problemfällen) und Frühtherapie (Arzneitherapie, Operation und Rehabilitationsmittel, Physio-/Ergotherapie/Logopädie) • Gewährung der Fort-/Weiterbildungen in der Klinik zu Gunsten qualifizierter medizinischer Fachleute und Beiträge zu Forschungen in der Epidemiologie, Vorsorge, Therapie und Erziehung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlen eines fall- und familienbezogenen Dienstes • mangelnder Austausch mit sonderpädagogischen und sozialen Einrichtungen • geringe Identifizierung der Klinik mit der Frühförderarbeit im Hinblick auf die niedrig bezahlte Diagnostik und Therapie sowie die Überbelastung des Fachpersonals

Tabelle 11: Vorteile und Einschränkungen des innerklinischen Modells (vgl. HUANG, Mei-Juan 2000, 58f.).

(2) Das **außerklinische Modell**: In diesem Modell wird ein medizinischer Zusatzdienst außerhalb der Klinik eingerichtet, der mit den pädagogischen und sozialen Diensten unter einem Dach zusammenarbeitet. Am bekanntesten ist die Diagnostikabteilung im Early Intervention Center in der Stadt Taipei.

Vorteile	Einschränkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung eines qualifizierten interdisziplinären Diagnostikteams und Vermeiden der Nachteile und Belastungen, die bei der Kooperation und Koordination der verschiedenen Abteilungen in der Klinik entstehen können • Erweiterung des fachlichen Wissens sowie beiderseitiges Lernen und Bereicherung durch Zusammenarbeit innerhalb des Teams 	<ul style="list-style-type: none"> • ungünstige Verbindungen für Administration, Untersuchung, Medikation und Nutzung der notwendigen Ressourcen in der allgemeinen Klinik, wenn die außerklinische Diagnostikabteilung weit von der Mutterklinik entfernt ist • Identifikationsschwäche und Absonderungstendenz der Abteilungen der Außenklinik • unklare Zuständigkeit für die Verwaltung des medizinisch-therapeutischen Fachpersonals

Tabelle 12: Vorteile und Einschränkungen des außerklinischen Modells (vgl. ZOU, Guo-Su 2000, 64).

In der diagnostischen Praxis finden sich hauptsächlich zwei Durchführungsmodelle:

- (1) **Integrationsdiagnostik:** Bei dieser Arbeitsweise arbeiten Ärzte, die aus mehr als drei Abteilungen kommen, gemäß ihren Spezialgebieten zusammen und erstellen gemeinsam eine ganzheitliche Diagnostik (Diagnostikprozess siehe Abbildung 8):

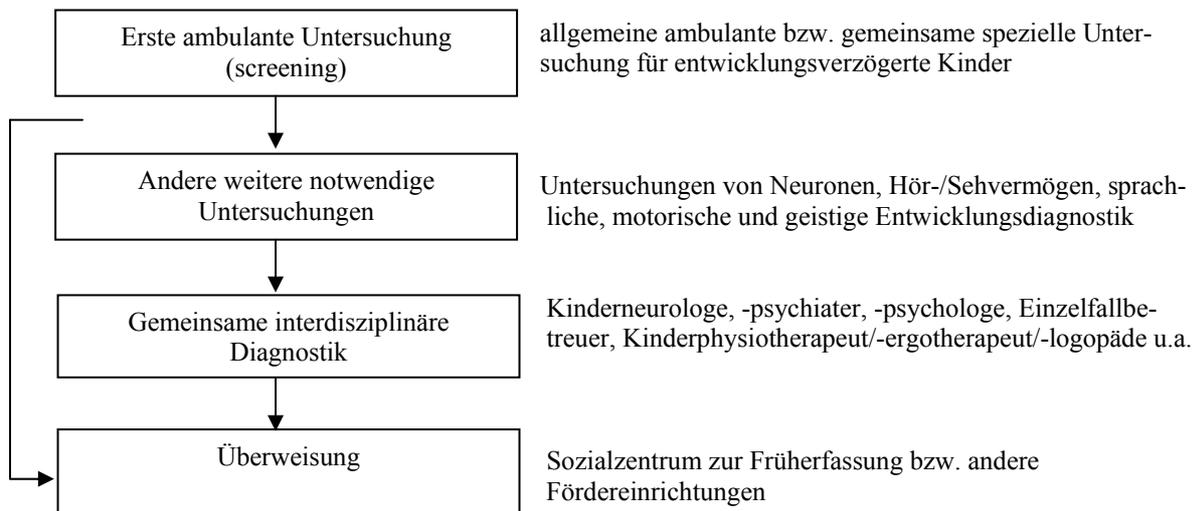


Abbildung 8: Untersuchungsverfahren am Beispiel des interdisziplinären Diagnostikzentrums für entwicklungsverzögerte Kinder in der medizinischen Abteilung der Rong-Zong Klinik in Taichung (Taichung Veterans General Hospital) (nach FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 17).

- (2) **Spezialisierungsdiagnostik:** Bei diesem Modell werden wöchentlich bestimmte Sprechzeiten in einer speziellen Abteilung der Kinderheilkunde, -neurologie, -psychiatrie oder -rehabilitation angeboten, um die Diagnostik eines entwicklungsverzögerten Kindes durchzuführen und, je nach Bedarf, zur weiteren Diagnostik an andere Abteilungen zu vermitteln (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 15-18; SU, Shu-Zhen 2000, 12). Nach diesem Durchführungsmodell arbeitet beispielsweise die Sheng-Mu Klinik in der Gemeinde Luo-Dong (Abbildung 9).

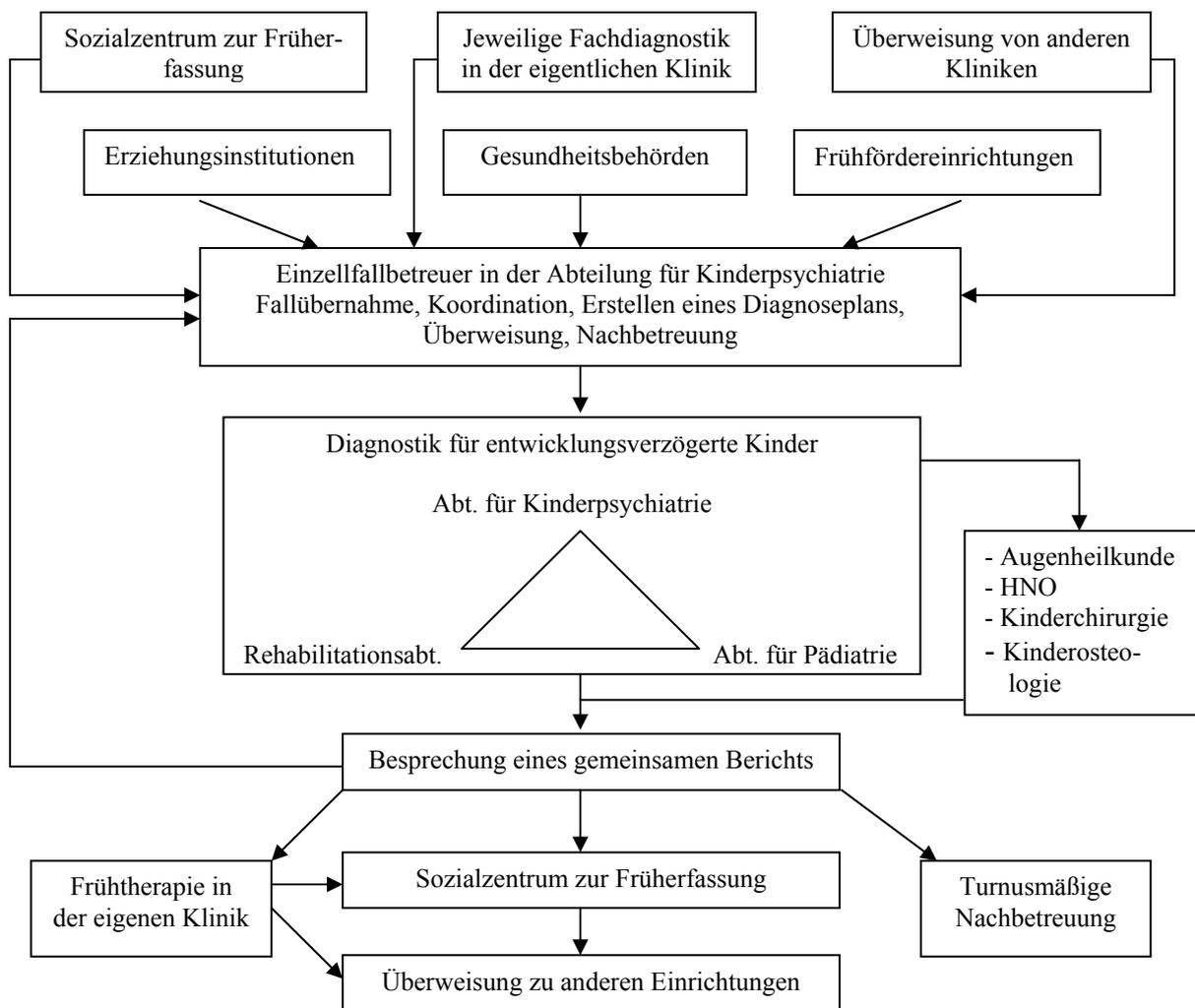


Abbildung 9: Diagnostikprozess im interdisziplinären Diagnostikzentrum für entwicklungsverzögerte Kinder am Beispiel der Sheng-Mu Klinik in der Gemeinde Luo-Dong (nach FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 18).

Im Allgemeinen bietet ein interdisziplinäres Diagnostikzentrum neben einer umfassenden Diagnostik (Verlaufsdagnostik, Nachbetreuungsdiagnostik), Meldung, Überweisung und Beratung auch eine Vielfalt von Frühtherapiemaßnahmen an. Bei interdisziplinären Diagnostikzentren, die über ein vollständiges interdisziplinäres Team verfügen, ist der Sozialarbeiter als Einzelfallbetreuer für das Kind und seine Eltern zuständig. Auf diese Weise wird den Eltern eine Hilfestellung gegeben, so dass ein kontinuierlicher Förderprozess des Kindes stattfinden kann.

4.7.4 Förderinstitutionen

Die Fördereinrichtungen dienen nicht allein der Gewährleistung einer Therapie und Förderung förderbedürftiger Kinder, sondern zielen vielmehr mit Hilfe der therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen auf die Integration dieser Kinder und ihrer Familien in die Gemeinschaft ab. Bei der „internationalen Tagung der Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen“ 1994 stellte der Arzt ZOU, Guo-Su für Taiwan eine Konzeption über die Förderorte in der frühen Förderung vor, die je nach Alter und Grad der Behinderung bzw. Beeinträchtigung des Kindes aufgesucht werden sollten. Sie werden in Tabelle 13 dargestellt.

Einrichtungstyp (Grad der Behinderung bzw. Beeinträchtigung des Kindes)	Alter des Kindes	Zuständige Bereiche	Inhalt
Frühförderzentrum für Säuglinge und Kleinkinder	0-3	Medizin Sozialwohlfahrt Erziehung	Frühintervention
Kinderentwicklungszentrum für Vorschulkinder mit mittel- bis schwergradigen Beeinträchtigungen und Behinderungen	3-6	Medizin, Erziehung	Mehrfachbehinderung, deutliche spezielle bzw. physikalische Krankheit
		Sozialwohlfahrt	Unterstützung zur Erweiterung von vorhandenen Institutionen
		Sozialwohlfahrt	Errichtung öffentlicher Institutionen
Sonderklasse für Vorschulkinder mit leichtgradigen Beeinträchtigungen und Behinderungen	3-6	Sozialwohlfahrt	Aufnahme von Kindern mit leichtgradigen Beeinträchtigungen und Behinderungen in öffentlichen und privaten Kindertagesstätten
		Erziehung	Aufnahme von Kindern mit leichtgradigen Beeinträchtigungen und Behinderungen in öffentlichen und privaten Kindergärten
Pflegeheim	0-6	Sozialwohlfahrt	Aufnahme von schwerstbehinderten Kindern

Tabelle 13: Überblick über die Konzeption der Förderorte in der frühen Förderung von ZOU, Guo-Su (1994, 60; 1997, 13).

In den aktuellen Veröffentlichungen und Untersuchungen (z.B. HUANG, Shi-Yu 1997, 36-42; FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 1999; PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC 1999a; YEH, Qiong-Hua 2000, 59f.) wird deutlich, dass sich gegenwärtig in Taiwan eine Vielzahl von medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und interdisziplinären

Einrichtungsstrukturen entwickelt, die sich als Förderorte für Therapie und Förderung entwicklungsverzögerter Kinder sehen.

Viele pädagogische und interdisziplinäre Förderinstitutionen bieten neben der individuellen Therapie und Förderung in der sog. „Förderstunde“ auch eine Tagesbetreuung an. Zu begrüßen ist zwar die Integration entwicklungsverzögerter Kinder in Regelkindergärten, aber nicht in allen Kindergärten ist eine optimale Förderung für sie gewährleistet.

Hier muss beachtet werden, dass die Platzierung des Förderortes des Kindes flexibel sein sollte und mit dem Alterwerden oder dem Fortschritt des Kindes modifiziert werden muss. Wenn die Notwendigkeit einer Überweisung zu anderen Einrichtungen oder Kindergärten besteht, sollten die Eltern und Fachleute der alten und neuen Einrichtungen zugunsten der Integration des Kindes in die neue Lernumwelt eng zusammenarbeiten.

Insgesamt können die Fördereinrichtungen in das ärztlich-therapeutische und das pädagogisch orientierte Subsystem mit ihren jeweiligen Förderressourcen unterteilt werden. Vorbildfunktion haben die gut ausgestatteten interdisziplinären Förderzentren und die Kinderentwicklungszentren. Sie verfügen über größere medizinisch-therapeutische bzw. pädagogische Förderressourcen und können ein inter-/transdisziplinäres Team aus verschiedenen Fachdisziplinen aufweisen. Im Unterschied zu überregionalen interdisziplinären Diagnostikzentren (Kap. 4.7.3), die eine Schlüsselrolle bei der Diagnostik des Kindes spielen und ggf. vielfältige Therapien anbieten, konzentrieren sich die regionalen Entwicklungszentren unter der Leitung eines Pädagogen oder Sozialarbeiters mit vorwiegend pädagogisch-psychologischem Personal einerseits auf die pädagogische Betreuung des Kindes mit Therapie und Förderung, andererseits auf die Familienberatung und -unterstützung.

Im Durchführungsvorhaben der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder wird darüber hinaus der Aufbau eines Kooperationsmodells von medizinisch-therapeutischen Einrichtungen und anderen Förderinstitutionen hervorgehoben.

Der Förderprozess der pädagogischen bzw. interdisziplinären Frühfördereinrichtungen läuft i.d.R. wie folgt ab (Abbildung 10).

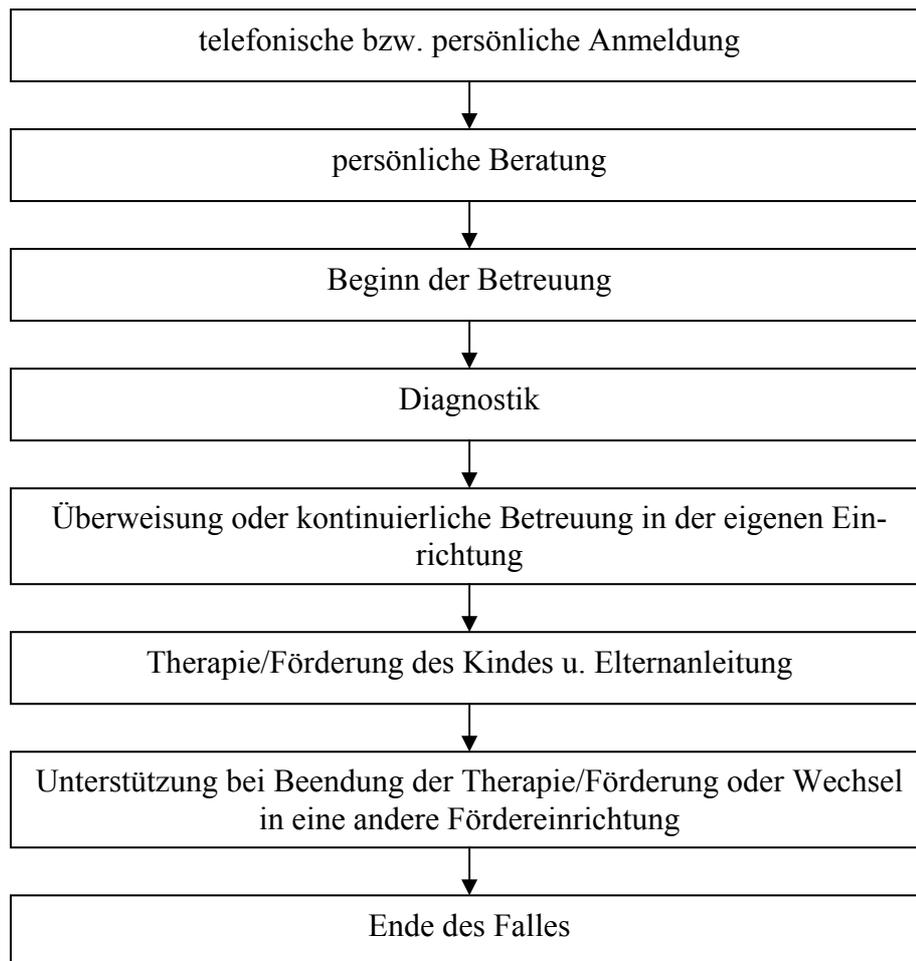


Abbildung 10: Allgemeiner Frühförderprozess einer pädagogischen bzw. einer interdisziplinären Fördereinrichtung (vgl. TAIPEI CITY BUREAU OF HEALTH & TAIPEI CITY BUREAU OF SOCIAL AFFAIRS 2000, 20f./26f.).

Je nach Eigenschaft und Größe der pädagogischen bzw. interdisziplinären Fördereinrichtung gibt es unterschiedliche Angebote. Große Kinderentwicklungszentren sind in der Lage, eine Vielfalt von Betreuungsformen anzubieten, wie

- Einzelförderung,
- Gruppenförderung (z.B. Spielgruppen),
- Hausfrühförderung,
- turnusmäßige Beratung,
- Einzelfachtherapie (z.B. Physio-, Ergotherapie, Logopädie).

Es gibt in diesen Zentren im Allgemeinen auch Sonderklassen für Kinder von drei bis sechs Jahren mit mittleren und schweren Beeinträchtigungen und Behinderungen. Angeboten wer-

den bisweilen auch weitere Trainingsklassen zur Förderung kognitiver Fähigkeiten für entwicklungsverzögerte Kinder, die zwischen drei und sechs Jahren alt sind und einen Kindergarten besuchen.

4.7.5 Arbeitsformen

In Taiwan wird die Frühförderung von Anfang an nicht nur im Elternhaus durchgeführt. Vielmehr gibt es folgende unterschiedliche Arbeitsformen (vgl. HUANG, Shu-Wen & LIN, Yo-Wen 1999, 271f.; CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 677ff.; vgl. auch KE, Ping-Shung ²1998, 216-221):

- „family-based“-Förderung (vergleichbar mit Hausfrühförderung in Deutschland),
- „center-based“-Förderung (z.B. ambulante Förderung des Kindes in Kliniken, Erziehungs-, Sozialwohlfahrtseinrichtungen, Kindergärten, -tagesstätten),
- gemischte Förderung (Förderung in der Familie und in der Einrichtung),
- Beratung,
- Vermittlung der Frühförderung durch Medien.

Jede Arbeitsform hat ihre Vor- und Nachteile. Internationale Forschungen und Erfahrungen in der Frühförderung bestätigen, dass das Kind durch die **„family-based“-Förderung** in seiner natürlichen Umwelt gefördert und die Assimilationsschwierigkeiten gelernter Fertigkeiten vermieden werden können. Mögliche störende Faktoren in der Familie wie Lärm, ungeeignete oder unzureichende Spiele und Spielzeuge oder die Abhängigkeit des Kindes von einem speziellen Therapiegerät können jedoch als Beeinträchtigungsfaktoren einer Hausfrühförderung betrachtet werden (vgl. WANG, Guo-Yu 1996, 335). Ein weiteres Problem ist das Verkehrsproblem in großen Städten, z.B. in Taipei. Es herrscht oft Verkehrsstau, so dass der Frühförderer statt mit dem Auto mit dem Motorrad fahren müsste, um nicht „festzustecken“, was einerseits erheblich gefährlicher ist und andererseits die Mitnahme von Spielen und Spielzeugen nur sehr begrenzt zulässt (nach dem Gespräch mit der Gruppenleiterin GU in Taipei First Children's Development Center am 7. Aug. 2000).⁶³ Dennoch besteht ein großer Bedarf an Hausfrühförderern in Taiwan.

⁶³ Vorteile und Nachteile der Hausfrühförderung siehe auch Kap. 3.7.2.2.

Die „**center-based**“-**Förderung**, die ambulante Arbeitsform, zeichnet sich i.d.R. durch eine reiche Auswahl von Lernmaterialien und Spielzeugen aus. Allerdings gibt es auch hier Probleme, z.B. die ungünstige Verkehrssituation vieler Familien, die weit weg von den Institutionen wohnen oder selbst kein Auto haben.

Bei der **gemischten Förderung** handelt es sich um zwei Formen: In der einen wird betont, dass die Förderung gleichzeitig in der Familie und in der Einrichtung durchgeführt wird; in der anderen wird gefordert, dass das Kind zuerst Hausfrühförderung bekommt und an ein Zentrum zu weiteren Förderdiensten überwiesen werden soll, wenn es ein bestimmtes Alter erreicht oder wenn es sich einige Fertigkeiten angeeignet hat (vgl. HUANG, Jun-Wei 1998, 5; KE, Ping-Shung ²1998, 220; CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 679). Unabhängig von der Arbeitsweise sind vor allem die Interaktion und Koordination zwischen Eltern und Frühförderer wichtig. Die gemischte Förderung ist flexibler und vereint die Vorzüge der Hausfrühförderung mit denen der ambulanten Förderung, um den Bedürfnissen des Kindes und der Eltern entsprechen zu können. Die unvermeidbaren Mängel der beiden vorherigen Formen existieren aber z.T. auch hier.

Die **Beratung** ist vor allem für die jüngeren, die schwachen, die schwerbehinderten oder die weit von Fördereinrichtungen entfernt wohnenden Säuglinge und Kleinkinder geeignet sowie für die Eltern, deren Kind im Kindergarten untergebracht ist, die jedoch eine Beratung benötigen (vgl. Arbeitsblätter der Frühförderung von THE FIRST SOCIAL WELFARE FOUNDATION IN TAIPEI). Nach der fachlichen Diagnostik in Fördereinrichtungen werden der Förderplan sowie der Trainingskurs für Eltern von den Fachleuten erarbeitet. Für den Förderprozess des Kindes zu Hause sind die Eltern selbst verantwortlich. Die Fachleute in der Fördereinrichtung bieten lediglich Vorschläge und Beratung an, beteiligen sich jedoch nicht direkt an der Förderung des Kindes. Für die Fördereinrichtungen, denen es an fachlichen Kräften und finanziellen Ressourcen fehlt, ist diese Arbeitsform ebenfalls in Betracht zu ziehen. Dadurch können sich die Eltern auch selbst ausbilden und erlernen, wie sie die sozialen Ressourcen nutzen können, um zur Entwicklung des eigenen Kindes beizutragen (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 680). Als Nachteile gelten die große Belastung der Eltern durch ihre Therapeutenrolle und die mangelnden Fachkenntnisse der Eltern (vgl. ebd.).

Die **Vermittlung der Frühförderung durch Medien** wie Fernsehen, Radio, Video, Beratungsbücher, Internet dient in erster Linie der Aufklärung und Prävention. Für die Eltern, die

aufgrund ihrer Arbeit oder anderer Faktoren weder die Förderung zu Hause übernehmen noch Angebote in Fördereinrichtungen nutzen können, kann die Frühförderung des Kindes auf diese Weise durchgeführt werden (vgl. HUANG, Shu-Wen & LIN, Yo-Wen 1999, 272). Diese Form können viele Familien gleichzeitig in Anspruch nehmen. Große Lücken zeigen sich dort, wo kein direkter Kontakt zwischen Fachleuten und Eltern besteht und die Förderung nicht an Ort und Stelle vom Fachpersonal durchgeführt werden kann (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 680). Hinzu kommt, dass Supervision und Beurteilung der Effektivität der Frühförderung fehlen (vgl. ebd.).

Insgesamt sollte die Form der Förderung auf das Alter des Kindes, die Bedürfnisse des Kindes und seiner Eltern und die Struktur des Umfeldes (der Gemeinschaft) abgestimmt sein (vgl. KE, Ping-Shung ²1998, 221ff.). I.d.R. ist Hausfrühförderung für Säuglinge und Kleinkinder von der Geburt bis zu drei Jahren geeignet. Kinder, die zwischen drei und sechs Jahren alt sind, werden in Fördereinrichtungen oder Kindergärten untergebracht. Dabei liegt der Schwerpunkt auf sozialem Lernen und auf Gruppenaktivitäten. Ziel ist es, dem Kind bei der Integration in sein soziales Lebensumfeld beizustehen. Bei einer verkehrsgünstigen Situation bietet sich für Säuglinge und Kleinkinder unter drei Jahren außerdem überwiegend die ambulante Förderung an.

4.7.6 Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter sowie ihre beruflichen Qualifikationen

Bezogen auf die Aufgabenvielfalt in der Frühförderung arbeiten die verschiedenen Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Grundausbildungen zusammen. Eine Besonderheit ist das System der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung, das eine lange Tradition hat und sich von den anderen Fachdisziplinen abgrenzt.

Das Medizinstudium dauert in Taiwan sieben Jahre⁶⁴, wobei die Kinderheilkunde ab dem vierten (z.B. in der National Taiwan University) bzw. dem fünften Unterrichtsjahr (z.B. in der National Yang-Ming University) gelehrt wird. I.d.R. wird, nach den Grundlagen der medizinischen Wissenschaft, die klinische Medizin mit Theorie und Praxisbereichen im sechsten und siebten Jahr studiert, in der Chang-Geng University schon im fünften und sechsten Jahr.

⁶⁴ Das Studium zum Erlangen eines Bachelorabschlusses an einer Universität dauert i.d.R. vier Jahre.

Dort können die Medizinstudenten im siebten Studienjahr als Arzt im Praktikum tätig werden. Nach der Ausbildung folgt die Weiterbildung im spezialisierten Bereich in der Klinik, die bis zur Qualifikationsprüfung zum Kinderarzt mindestens drei Jahre dauert. Die berufsbezogenen Fortbildungen wie Seminare und Tagungen sind während der gesamten Berufszeit verpflichtend. Nach den *Auswahlprüfungsmethoden für Fachärzte* sind sie notwendige Voraussetzung zur Verlängerung des Kinderarztzertifikates, das jeweils fünf Jahre gültig ist.

Für die Ausbildung der Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten gibt es in Taiwan einige Universitäten, die in speziellen Fachabteilungen bzw. Schwerpunktfächern in der Rehabilitationskunde ausbilden. Die Fortbildungen sind an Kliniken gebunden bzw. werden von medizinisch-therapeutischen Fachvereinigungen veranstaltet.

Mit dem Aufbau des Frühfördersystems besteht derzeit ein großer Bedarf an pädagogischem Frühförderpersonal (vgl. FU, Shiou-Mei 2002a, 359). Unzureichend ist jedoch dessen bisherige Qualifikation. Es gibt in Taiwan keinen Studiengang für Frühförderung. Ob die Fachrichtung „Frühförderung für Säuglinge und Kleinkinder“ im Rahmen der Sonderpädagogik angeboten wird, liegt in der Entscheidung jedes einzelnen Colleges bzw. jeder Universität. In pädagogischen Colleges und Universitäten werden im Allgemeinen in der Frühpädagogik bzw. der Sonderpädagogik spezielle Seminare zu Fragen der Vorschulsonderpädagogik bzw. Frühförderung angeboten. Erwähnenswert ist, dass es im National Taichung Teachers College im Jahre 2004 das erste „graduate“-Programm für Frühintervention mit dem M.A. (Master Degrees) gibt. Dieses zielt vor allem auf die Weiterbildung der Frühfördermitarbeiter aus unterschiedlichen Fachdisziplinen ab und umfasst Studieninhalte aus medizinischen, pädagogisch-psychologischen und sozialen Bereichen.

Die pädagogischen Frühförderkräfte haben zumeist eine Ausbildung als Erzieher und, zum kleinen Teil, als sonderpädagogische Vorschullehrer erworben. Daher sind die meisten pädagogischen Frühförderfachkräfte durch die intensive sonderpädagogische Fort- und Weiterbildung „nachqualifiziert“ worden. In der Untersuchung von HUANG, Shi-Yu (1997, 132) zeigte sich, dass die befragten Lehrkräfte in Vorschulsonderklassen meistens Erzieher ohne sonderpädagogisches Nachqualifikationszertifikat (ca. 53%), nur 15% Erzieher mit sonderpädagogischem Nachqualifikationszertifikat und 15% Sonderschullehrer waren. Demzufolge muss vor allem die Qualität der sonderpädagogischen Fachkräfte in privaten Sozialwohlfahrts- bzw. Kindereinrichtungen infrage gestellt werden. FU, Shiou-Mei (2002a, 362) wies

nach, dass 72% der befragten Lehrer in öffentlichen Schulen über eine nicht einmal zweijährige sonderpädagogische Erfahrung verfügten; in privaten Institutionen waren es sogar 100% der Befragten.

Der Mangel an qualifizierten Fachleuten in der Frühförderung bezieht sich nicht allein auf den pädagogischen Fachbereich, sondern auch auf den medizinisch-therapeutischen, in dem neben wenigen Ärzten im Fach Kinderheilkunde, -psychiatrie und -neurologie an der Frühförderung vor allem Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden sowie Überprüfer des Hör- und Sehvermögens tätig sind (vgl. SU, Shu-Zhen 2000, 13).

Im Hinblick auf die unzulängliche fachliche Ausbildung stellt die Berufsausbildung der Mitarbeiter gegenwärtig die dringendste Aufgabe in der Frühförderung dar. In letzter Zeit hat das Angebot an berufsübergreifenden, berufsspezifischen und institutionsinternen Fort- und Weiterbildungen stark zugenommen. Zum großen Teil finden die Fortbildungen für Frühfördermitarbeiter in Form von praxisbezogenen Blockveranstaltungen an einem Tag oder einem Wochenende statt. Bei berufsübergreifenden Angeboten handelt es sich häufig um Themen der kindlichen Entwicklung, des einfachen Screenings des Kindes und der Elternarbeit. Die örtlichen Regierungen und die zuständigen Innen-, Gesundheits- und Bildungsministerien leisten, je nach ihrem Tätigkeitsbereich, einen finanziellen Beitrag für eine Reihe von berufsspezifischen Fortbildungen (Tabelle 14).

Mitarbeiter in ihrem jeweiligen Fachgebiet	Zentrale und örtliche Zuständigkeitsorgane, die berufsspezifische Fortbildungen finanzieren
medizinisch-therapeutisches Personal	Gesundheitsministerium, örtliche Gesundheitsbehörden
Erziehungskräfte in Kinderkrippen und -tagesstätten	Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums, örtliche Sozialbehörden
Erzieher und sonderpädagogische Vorschullehrer in öffentlichen Kindergärten	Bildungsministerium, örtliche Bildungsbehörden
Sozialarbeiter	Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums, örtliche Sozialbehörden

Tabelle 14: Zuständigkeit der zentralen Ministerien und örtlichen Regierungen für die berufsspezifischen Fortbildungen der Frühfördermitarbeiter nach ihrem Tätigkeitsbereich in Taiwan (vgl. CHILDREN'S BUREAU, MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a).

Im *Durchführungsvorhaben der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder* werden folgende aktuelle Maßnahmen zur Steigerung der Quantität und Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachleuten in der Frühförderung genannt:

- Verstärkung der Ausbildung der Fachkräfte und Veranstaltungen vor bzw. während der Arbeit für medizinisch-therapeutisches Personal, Lehrkörper, Tagesmütter und Sozialarbeiter, um die Qualität der Frühförderung zu verbessern;
- Förderung und Unterstützung der Abteilungen und Institute, die Fachkräfte in der Frühförderung ausbilden.

Da die Tätigkeiten vielfältig sind, wie die Arbeitsprinzipien und Aufgabenbereiche zeigen, erfordern die Frühfördermitarbeiter umfassende Qualifikationen. Diese Grundkompetenzen (vgl. Kap. 3.7.4) konzentrieren sich nicht nur auf das Kind (z.B. Diagnostik, Therapie/Förderung, Förderplangestaltung), sondern auch auf Beratung und Unterstützung der Familie. Unabdingbar sind darüber hinaus die Kooperation und Koordination mit anderen Berufsgruppen, Institutionen und Behörden.

4.8 Gesetzliche Grundlagen, Maßnahmen und Finanzierung der Frühförderung in Taiwan

4.8.1 Rechtsgrundlagen und ihre Anwendung in der Frühförderung

Für die Frühförderung werden erst seit einiger Zeit bedeutende und umfangreiche Rechtsgrundlagen geschaffen. Diese können auf die Aussagen im Grundrecht in der *Verfassung (Constitution)* der ROC aus dem Jahr 1947 zurückgeführt werden. Unter dem Einfluss des demokratischen Gedankens „Alle Menschen sind gleich“, wird darin die Gleichheit aller Staatsbürger der ROC (Art. 7) betont. Die Gewährleistung der Bildung für jedermann ist eine Pflicht des Staates und ein Recht des Einzelnen: „Die Staatsbürger der ROC haben das Recht und die Pflicht, eine Bildung zu erhalten“ (Art. 21).

In der Praxis war das Bildungsrecht bis 1968 als Schulpflicht in § 10 des *Neunjährigen Bildungsgrundlagenbeschlusses* verankert. Ab 1982 regelte das *Schulpflichtgesetz* die Einschulungsmodalitäten für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf (von sechs bis

fünfzehn Jahren) (vgl. Kap. 4.2). Im Gegensatz zum Schulbereich unterstehen die Vorschulkinder nicht der allgemeinen Schulpflicht. In diesem Zusammenhang ist es kein Wunder, dass die Vorschulerziehung, ebenso wie die Vorschulsondererziehung, seit langem außer Acht gelassen wurde. Erst ab den 1970er Jahren gab es vereinzelte gesetzliche Grundlagen für den Sondervorschulbereich.

Bis in die 1990er Jahre bemühte sich die Regierung um das komplexe System der Frühförderung und erließ dafür entscheidende Gesetze. Zum ersten Frühfördergesetz zählt das am 05.02.1993 modifizierte *Kinderwohlfahrtsgesetz* (§ 13 Nr. 2, §23 Abs. 1 Nr.5, §42). In der Gegenwart existieren folgende wichtige Rechtsgrundlagen für die Frühförderung:

- das *Kinder- und Jugendhilfegesetz* und die *Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes*,
- das *Behindertenschutzgesetz*,
- das *Sonderpädagogikgesetz* und die *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes*,
- die *Ausführlichen Richtlinien des Kindergartengesetzes (Preschool Education Law Detailed Rules)*,
- die *Beurteilungsprinzipien und -kriterien für behinderte und hochbegabte Kinder*.

Außerdem sind rechtliche Maßnahmen bezogen auf ein koordiniertes Frühförderkonzept, z.B. Vorschriften über die Integration der Frühförderressourcen, zu erwähnen.

Darüber hinaus gibt es juristische Regelungen, die einerseits zur frühestmöglichen Erkennung und Förderung des Kindes und andererseits zum Schutz des Kindes und seiner Familie in der Frühförderung beitragen können:

- Kinderschutzmaßnahmen,
- Meldepflicht und Datenschutz.

Im Folgenden werden diese Rechtsgrundlagen skizziert und ihre Geltungsbereiche sowie ihre Wirkung auf die Entwicklung der Frühförderung erörtert.

4.8.1.1 Das Kinder- und Jugendhilfegesetz und die Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes

Das ehemalige *Kinderwohlfahrtsgesetz* und dessen *Ausführliche Richtlinien* waren die ersten bedeutsamen juristischen Bestimmungen für die Frühförderung. Beim ersten Erlass am 08.02.1973 umfassten sie zwar einige Vorschriften für die Vorschulkinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf, aber in der Öffentlichkeit wurde den Bestimmungen noch keine große Aufmerksamkeit geschenkt. Fast zwanzig Jahre später wurde ihre Revision durch die Elternverbände im Sinne eines Verbundsystems aus medizinisch-therapeutischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Maßnahmen veranlasst, die am 05.02.1993 in Kraft trat. Für die weitere Entwicklung des Systems Frühförderung ist das am 28.05.2003 erlassene *Kinder- und Jugendhilfegesetz*, das aus der Zusammenlegung des *Kinderwohlfahrtsgesetzes* und des *Jugendwohlfahrtsgesetzes* entstand, ausschlaggebend. Die *Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes* wurden am 03.06.2004 bekannt gegeben. Die darin enthaltenen Inhalte bezogen auf die Frühförderung zeigen die Tabellen 15/16.

Name des Gesetzes	Paragraph und Inhalt	Erläuterung
<i>Kinder- und Jugendhilfegesetz</i> (Erlass am 28.05.2003)	§ 4 Die Regierung, öffentliche, private Institutionen sowie Vereine sollen den Eltern bzw. Personensorgeberechtigten von Kindern und Jugendlichen helfen, die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu schützen und die geistige und körperliche Entwicklung zu fördern sowie Dienste und Maßnahmen wie Schutz, Hilfe, Instruktion, Therapie und Frühförderung, Behindertenrehabilitation bzw. andere Hilfen bei Bedarf anzubieten.	Dienste und Fördermaßnahmen der Regierung, der öffentlichen und privaten Institutionen sowie Vereine für Eltern bzw. Personensorgeberechtigte
	§ 9 Abs. 2 Nr. 2 Die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums bezieht sich auf Gesundheit der Frauen und Kinder, Eugenik und Gesundheitsschutz/-pflege, frühe Medizin und Therapie für entwicklungsverzögerte Kinder und psychischen Gesundheitsschutz/-pflege, Rehabilitation und Krankenversicherung für Kinder und Jugendliche.	Zuständigkeitsbereiche des Gesundheitsministeriums
	§ 19 Abs. 1 Nr. 1 Die örtlichen Regierungen (regierungsunmittelbare Städte ⁶⁵ , Landkreise und Städte) sollen selbst oder die nichtstaatlichen Institutionen durch die Beauftragung der örtlichen Regierungen das Meldesystem für entwicklungsverzögerte Kinder aufbauen und eine Frühförderung anbieten.	Aufbau des Meldesystems und Anbieten einer Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder durch die Regierungen auf allen Ebenen bzw. nichtstaatliche Institutionen
	§ 22 Alle Kinder- und Jugendwohlfahrtsinstitutionen, erzieherische und medizinische Einrichtungen sollen Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf Entwicklungsverzögerungen den zuständigen Organen der regierungsunmittelbaren Städte, Landkreise und Städte melden. Letztere sollen die eingegangenen Informationen archivieren und entsprechend ihren Bedürfnissen einen Dienst bzw. eine Überweisung anbieten.	Meldepflicht der betroffenen Institutionen und Dienstmaßnahmen der Städte und Landkreise für entwicklungsverzögerte Kinder und Jugendliche
	§ 23 Abs. 1 Für entwicklungsverzögerte Kinder stellt die Regierung gemäß ihren Bedürfnissen eine spezielle Betreuung in Bereichen der Frühförderung, Medizin, Therapie und Einschulung zur Verfügung. § 23 Abs. 2 Die Eltern und die Personensorgeberechtigten sind zur Kooperation verpflichtet. § 23 Abs. 3 Für die Weiterleitung und die Koordination der Frühförderung bezogen auf Screening, Meldung, Diagnostik, Therapie und Erziehung zur Planung und Durchführung trifft die zentral zuständige Behörde (Innenministerium) mit dem Gesundheits- und dem Bildungsministerium zusammen.	1. Frühförderung als Aufgabe und Verantwortung der Regierung 2. Verpflichtung der Kooperation der Eltern und der Personensorgeberechtigten 2. Die Kooperation und Koordination der zuständigen Sozial-, Gesundheits- und Bildungsorgane
	§ 50 Abs. 1 Nr.2 Frühfördereinrichtungen sind in die Kinder- und Jugendwohlfahrtsinstitutionen integriert.	Frühfördereinrichtungen als Kinder- und Jugendwohlfahrtsinstitutionen

Tabelle 15: Überblick über die Frühfördervorschriften im *Kinder- und Jugendhilfegesetz*.

⁶⁵ In Taiwan gibt es zwei regierungsunmittelbare Städte (municipality, zhi-xia-shi), Taipei und Kaohsiung, die wie die Provinz direkt der Zentralregierung unterstehen (TAIPEH VERTRETUNG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND 2000; siehe www.roc-taiwan.de/fingertip/3-4.html am 06.02.2003). Ihr Status ist vergleichbar mit den Stadtstaaten Berlin und Hamburg in Deutschland.

Name des Gesetzes	Paragraph und Inhalt	Erläuterung
<i>Ausführliche Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes</i> (aktueller Erlass am 03.06.2004)	<p>§ 5 Abs. 1 Die in diesem Gesetz genannte Frühförderung entsteht aus der interdisziplinären Teamarbeit der aus Sozialwohlfahrt, Gesundheit, Pädagogik usw. kommenden Fachleute und stellt die notwendige Therapie, Pädagogik, Beratung, Überweisung, Betreuung und andere Dienste nach den individuellen Bedürfnissen der Familien mit entwicklungsverzögerten Kindern, die noch nicht sechs Jahre alt sind, zusammen.</p> <p>§ 5 Abs. 2 Wenn sich nach der Frühförderung keine Besserung zeigt, werden die Kinder gemäß dem <i>Behindertenschutzgesetz</i> unterstützt und ein Antrag auf die Diagnostik der körperlichen und geistigen Behinderung gestellt.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Festlegung des Inhaltes der Frühförderung 2. Beschreibung des Angebots der Frühförderung 3. Regelung der Prinzipien der Frühförderung 4. Bestimmung der Altersbegrenzung in der Frühförderung auf die noch nicht sechsjährigen Kinder 5. Festlegung des Überweisungsverfahrens an den Behindertenwohlfahrtsdienst, wenn sich die Entwicklungsverzögerung nach der Frühförderung nicht normalisiert
	<p>§ 6 Abs. 1 Die in diesem Gesetz genannten entwicklungsverzögerten Kinder sind Kinder, die in der kognitiven, physikalischen, sprachlichen und kommunikativen, psychosozialen Entwicklung oder im Selbstständigkeitsbereich verdächtige Auffälligkeiten aufweisen bzw. Entwicklungsauffälligkeiten erwarten lassen und von den von Gesundheitsbehörden anerkannten Kliniken bzw. Praxen eine Bescheinigung als entwicklungsverzögert bekommen haben.</p> <p>§ 6 Abs. 2 Die erfassten entwicklungsverzögerten Kinder werden mindestens jedes Jahr noch einmal begutachtet.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition der Entwicklungsverzögerung 2. Festlegung einer notwendigen Bescheinigung der Entwicklungsverzögerung durch von den Gesundheitsbehörden anerkannte Kliniken bzw. Praxen 3. Notwendigkeit der jährlichen Überprüfung und Begutachtung für die als entwicklungsverzögert erfassten Kinder
	<p>§ 7 Abs. 1 Um entwicklungsverzögerte Kinder früh zu erkennen, bieten die örtlichen Regierungen (regierungsunmittelbare Städte, Landkreise und Städte) für Kinder physische und psychische Entwicklungsuntersuchungen an; die Kinder mit Verdacht auf Entwicklungsverzögerungen werden nach §22 dieses Gesetzes erfasst und an eine passende Frühfördereinrichtung überwiesen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bestimmung der Untersuchungspflicht als Aufgabe der örtlichen Regierungen 2. Regelung der Erfassung und Überweisung von entwicklungsverzögerten Kindern

Tabelle 16: Überblick über die Frühfördervorschriften in den *Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes*.

4.8.1.2 Das Behindertenschutzgesetz

Das *Behindertenschutzgesetz* wurde ursprünglich am 02.06.1970 als Vorläufer des *Behindertenwohlfahrtsgesetzes* erlassen. Im Hinblick auf die Frühförderung wurde es am 26.04.1997 überarbeitet. Zurzeit liegt seine neueste Ausgabe vom 25.06.2003 vor. Verändert hat sich vor

allem der Personenkreis behinderter Menschen (§ 3). Was die Frühförderung in diesem Gesetz anbelangt, wird sie vorwiegend zur Aufgabe der Gesundheitsbehörden (Tabelle 17).

Name des Gesetzes	Paragraph und Inhalt	Erläuterung
<i>Behindertenschutzgesetz</i> (neueste Überarbeitung vom 25.06.2003)	§ 2 Abs. 3 Nr. 2 Die Gesundheitsbehörden sind verantwortlich für die Planung und Durchführung von Diagnostik, medizinisch-therapeutischer Rehabilitation, Frühmedizin und -therapie, Krankenversicherung, Forschung und Entwicklung der medizinisch-therapeutischen Hilfsmittel.	Zuordnung der Zuständigkeitsbereiche der Frühförderung zu den Gesundheitsbehörden
	§ 14 Abs. 1 Nr. 1 Die zuständigen Gesundheitsbehörden sollen ein Meldesystem zur Früherkennung von Kindern mit Behinderung und Verdacht auf Behinderung unter sechs Jahren etablieren.	Bestimmung der Errichtung des Meldesystems für Säuglinge und Kleinkinder mit Behinderung und Verdacht auf Behinderung durch die zuständigen Gesundheitsbehörden
	§ 14 Abs. 1 Nr. 2 Die zuständigen Bildungsbehörden sollen ein Meldesystem für Schüler mit Behinderung und Verdacht auf Behinderung aufbauen.	Festlegung des Aufbaus des Meldesystems für Schüler mit Behinderung und Verdacht auf Behinderung als Aufgabe der Bildungsbehörden
	§ 17 Abs. 1 Das Gesundheitsministerium soll alle nationalen medizinisch-therapeutischen Ressourcen integrieren, die Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder durchführen und die angemessene Medizin, Therapie und Rehabilitation für behinderte Menschen anbieten. § 17 Abs. 2 Bezogen auf die Betreuung in Vorschulförderinstitutionen, integrativen Förderdiensten und Schulen sollen sich die zuständigen Gesundheitsbehörden auf allen Ebenen koordinieren und für die notwendigen Dienste der Medizin, Therapie und Rehabilitation zur Verfügung stehen.	Übertragung der Verantwortung für die Integration aller medizinisch-therapeutischen Ressourcen und die Kindervorsorgeuntersuchungen an das Gesundheitsministerium Festlegung der gegenseitigen Abstimmung der örtlichen Gesundheitsbehörden mit anderen Behörden zum Angebot der Medizin, Therapie und Rehabilitation
	§ 24 Die Regierungen auf allen Ebenen sollen die Vorschulförderinstitutionen aufbauen und ihre Errichtung durch nichtstaatliche Träger fördern; außerdem sollen sie die Kindergärten, Krabbelstuben und andere Vorschulförderinstitutionen auffordern, die Vorschulerziehung, Betreuungsdienste und spezielle Trainings für behinderte Kleinkinder aufzunehmen.	1. Bestimmung zur Einrichtung von Vorschulförderinstitutionen durch die Regierungen selbst oder private Träger 2. Gewährung von Zuschüssen und Erweiterung der Personengruppen und der Modelle zur Förderung im Vorschulbereich

Tabelle 17: Überblick über die Frühfördervorschriften im *Behindertenschutzgesetz*.

4.8.1.3 Das Sonderpädagogikgesetz und die Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes

Name des Gesetzes	Paragraph und Inhalt	Erläuterung
<i>Sonderpädagogikgesetz</i> (neuste Überarbeitung vom 23.06.2004)	§ 3 Abs. 2 Nr. 11 Die in diesem Gesetz genannten „Behinderungen“ beziehen sich auch auf Entwicklungsverzögerungen.	Zuordnung der entwicklungsverzögerten Kinder zu einem Personenkreis der Sonderpädagogik
	§ 7 Abs. 1 Nr. 1 Die Durchführung der Sonderpädagogik gliedert sich in drei Stufen. Was die Stufe der Vorschulerziehung betrifft, ist sie in Familien, Kindergärten, Kindertagesstätten, Sonderkindergärten/-klassen, Kindergartenabteilungen der Sonderschulen oder anderen angemessenen Orten durchzuführen.	Festlegung der Orte der sonderpädagogischen Betreuung in der Vorschulstufe
	§ 8 Abs. 1 Für den sonderpädagogischen Vorschulbereich u. die Stufe der Volksbildung sind die bildungsadministrativen Behörden in regierungsunmittelbaren Städten, Landkreisen und Städten zuständig.	Zuweisung der Verantwortung für den Vorschulbereich an die örtlichen Regierungen
	§ 9 Abs. 1 Das Einschulungsalter und die Altersbegrenzung der Schüler auf allen Ebenen der Sonderpädagogik erweitern sich neben der Regelung der Schulzeitbegrenzung in der allgemeinen Schulpflicht auf Dreijährige; diese Regelung wird nach dem Erlass dieses Gesetzes innerhalb von sechs Jahren Schritt für Schritt durchgeführt.	Vorverlegung des Einschulungsalters in der Sonderpädagogik von vier auf drei Jahre
	§ 17 Abs. 1 Um die Vorschulerziehung, Frühförderung und Berufsbildung behinderter Kinder und Jugendlicher zu realisieren, sollen die zuständigen bildungsadministrativen Behörden auf allen Ebenen eine geeignete Lehrerausbildung und berufliche Fortbildung planen und intensivieren.	Zuweisung der Zuständigkeit für die Lehrerausbildung und berufliche Fortbildung an die bildungsadministrativen Behörden auf allen Ebenen
	§ 25 Abs. 1 Um behinderten Kindern frühestmöglich Förderungschance zu bieten, sollen die Regierungen auf allen Ebenen durch die Einberufung der medizinisch-therapeutischen Zuständigkeitsbehörden die medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und sozialen Zuständigkeitsbehörden verbinden, um gemeinsam die Frühförderarbeit zu planen und durchzuführen. § 25 Abs. 2 Den behinderten Kindern, die in eine Erziehungseinrichtung gehen, muss finanzielle Hilfe zukommen.	Einberufung der gesundheitlichen Zuständigkeitsbehörde durch örtliche Regierungen zur gemeinsamen Planung und Durchführung der Frühfördermaßnahmen Finanzierung der Vorschulerziehung behinderter Kinder

Tabelle 18: Überblick über die Frühfördervorschriften im *Sonderpädagogikgesetz*.

Seit dem 17.12.1984 gab es bereits einige gesetzliche Grundlagen zum sonderpädagogischen Vorschulbereich im *Sonderpädagogikgesetz*. In der jüngsten Modifikation des *Sonderpäda-*

gogikgesetzes (vom 23.06.2004) und der *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes* (vom 07.08.2003) finden sich die erlassenen gesetzlichen Bestimmungen für die Frühförderung (Tabelle 18/19). Festzustellen ist dabei, dass das Einschulungsalter für behinderte und entwicklungsgefährdete Kinder in öffentlichen Kindergärten von vier auf drei Jahre vorverlegt wurde. Bedeutsam ist vor allem die Verankerung des Integrationsprinzips behinderter und nichtbehinderter Kinder.

Name des Gesetzes	Paragraph und Inhalt	Erläuterung
<i>Ausführliche Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes</i> (jüngste Ausgabe vom 07.08.2003)	§ 3 Abs. 1 Die im § 7 Abs. 1 Nr. 1 genannten Sonderkindergärten beziehen sich auf die speziellen Kindergärten für behinderte oder hochbegabte Kinder; die sog. Sonderkindergartenklassen sind spezielle Klassen im Kindergarten für behinderte oder hochbegabte Kinder.	Festlegung der Erziehungsorte für behinderte und hochbegabte Kinder im Vorschulbereich
	§ 6 Abs. 1 Um das Einschulungsalter behinderter Kinder gemäß § 9 Abs. 1 des Gesetzes auf Dreijährige herabzusetzen, bauen die örtlichen Regierungen (regierungsunmittelbare Städte, Landkreise und Städte) vorschulsonderpädagogische Einrichtungen auf und offerieren angemessene integrative Dienste. § 6 Abs. 2 Für die oben genannten behinderten Schüler, die eine Vorschulsondererziehung bekommen sollen, stellen die örtlichen Regierungen (regierungsunmittelbare Städte, Landkreise und Städte), je nach den tatsächlichen Bedürfnissen, Erziehungszuschüsse zur Verfügung.	Bestimmung des allgemeinen Aufbaus der vorschulischen Erziehungsmaßnahmen und/oder -einrichtungen durch örtliche Regierungen finanzielle Erziehungsunterstützung durch örtliche Regierungen
	§ 7 In der Vorschulerziehungsstufe wird der gemeinsame Schulbesuch behinderter und nichtbehinderter Kinder als Prinzip betrachtet.	Anordnung des Integrationsprinzips beim Schulbesuch behinderter Kinder in der Vorschulerziehungsstufe (Tendenz zur Inklusionserziehung)

Tabelle 19: Überblick über die Frühfördervorschriften in den *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes*.

4.8.1.4 Die Beurteilungsprinzipien und -kriterien für behinderte und hochbegabte Kinder

Im § 13 der *Beurteilungsprinzipien und -kriterien behinderter und hochbegabter Kinder* gibt es gesetzliche Erläuterungen zu § 3 (Abs. 2, Nr. 11) des *Sonderpädagogikgesetzes* für die Zuordnung der entwicklungsverzögerten Säuglinge und Kinder unter sechs Jahren (vgl. Kap.

4.4.3). Bei einer Beurteilung, ob und inwieweit eine Behinderung vorliegt, sollten auch Informationen über die kindliche Entwicklung und die Lebensumwelt einbezogen werden.

4.8.1.5 Die Ausführlichen Richtlinien des Kindergartengesetzes

Neben den wichtigsten Rechtsgrundlagen zur Frühförderung gibt es *Ausführliche Richtlinien des Kindergartengesetzes* über die Vorschulsondererziehung in Kindergärten. § 4 fordert: „Der Unterricht der Kindergärten soll nach den Curriculumkriterien der Kindergartenerziehung stattfinden. Wenn die Notwendigkeit zur Durchführung von Sonderpädagogik in Kindergärten besteht, soll auf Antrag und Zulassung der zuständigen bildungsadministrativen Behörden eine Sonderklasse errichtet werden.“

4.8.1.6 Besondere Bemerkungen zu den ausschlaggebenden Rechtsgrundlagen

Diese gesetzlichen Bestimmungen haben unterschiedliche Schwerpunkte. Das *Kinder- und Jugendhilfegesetz* und seine *Ausführlichen Richtlinien* richten sich zwar auch auf die nicht-staatlichen pädagogischen sowie auf die medizinischen Leistungen, vorwiegend aber auf die Sozialwohlfahrt. Beim *Behindertenschutzgesetz* geht es um alle Maßnahmen für behinderte Menschen, aber deutlich beschrieben sind die Aufgaben der gesundheitlichen Behörden in der Frühförderung. Das *Sonderpädagogikgesetz*, seine *Ausführlichen Richtlinien* und seine Tochtergesetze *Beurteilungsprinzipien und -kriterien für behinderte und hochbegabte Kinder* sowie *Ausführliche Richtlinien des Kindergartengesetzes* beziehen sich überwiegend auf pädagogische Handlungen. Im Hinblick auf die Art der Frühförderregelungen liegen Früherkennung, Diagnostik, Therapie und medizinisch-therapeutische Beratung in der Zuständigkeit der zentralen und örtlichen Gesundheitsbehörden. Die Aufgaben wie Frühberatung im Rahmen der Sozialarbeit und die pädagogischen Maßnahmen für Kinder von Geburt an übernehmen die zentralen und örtlichen Sozialbehörden. Die zentralen und örtlichen Bildungsbehörden sind zuständig für die Beratung in Zusammenhang mit der pädagogischen Frühförderung und den pädagogischen Maßnahmen für Kinder ab drei Jahren.

Wichtig ist, dass diese gesetzlichen Bestimmungen, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten, eng miteinander verbunden sind und sich gegenseitig ergänzen. Hervorgehoben wird eine inter- und transdisziplinäre Teamarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen, um umfassende medizinisch-therapeutische, pädagogische und soziale Hilfen für entwicklungsverzögerte

und behinderte Kinder sowie für ihre Familien zu gewähren. Dabei spielen die Arbeitsteilung, Koordination und Zusammenarbeit der Sozialwohlfahrts-, Gesundheits- und Bildungsbehörden eine ausschlaggebende Rolle. Die Rechtsgrundlagen der Maßnahmen und die zuständigen Behörden werden in Tabelle 20 zusammengestellt.

Art der Maßnahme	Rechtsgrundlagen	Zuständige Behörden
Gesundheitsberatung/-pflege	§ 3 Nr. 1 Satz 2 & Nr. 4 Satz 4 <i>DFM der VFNKV</i> § 9 Abs. 2 Nr. 2 <i>KJHG</i>	Gesundheitsministerium zuständige Gesundheitsbehörden
Früherkennung	§ 2 Nr. 1 & Nr. 4, § 3 Nr. 1 Satz 1 & Nr. 4 Satz 1,2,3 <i>DFM der VFNKV</i> § 17 Abs. 1 <i>BSG</i> § 7 Satz 1 ARL des <i>KJHG</i>	Gesundheitsministerium Gesundheitsministerium örtliche Regierungen (regierungsunmittelbare Städte, Landkreise und Städte)
Meldesystem	§ 19 Abs. 1 Nr. 1 <i>KJHG</i> § 14 Abs. 1 Nr. 1 <i>BSG</i> § 14 Abs. 1 Nr. 2 <i>BSG</i>	örtliche Regierungen (regierungsunmittelbare Städte, Landkreise und Städte) Gesundheitsministerium Bildungsministerium
Frühdiagnostik, ärztliche Untersuchung	§ 2 Abs. 3 Nr. 2 <i>BSG</i>	zuständige Gesundheitsbehörden
Frühmedizin/-therapie, medizinisch-therapeutische Rehabilitation	§ 2 Abs. 3 Nr. 2 <i>BSG</i> § 17 Abs. 1 <i>BSG</i> § 17 Abs. 2 <i>BSG</i>	zuständige Gesundheitsbehörden Gesundheitsministerium zuständige Gesundheitsbehörden auf allen Ebenen
Frühberatung/-unterstützung im Zusammenhang mit einer inter-/transdisziplinären Frühförderung	§ 5 Abs. 1 ARL des <i>KJHG</i>	örtliche Regierungen (regierungsunmittelbare Städte, Landkreise und Städte)
Frühförderung als pädagogische Maßnahme	§ 24 <i>BSG</i> § 8 Abs. 1 <i>SPG</i> § 17 Abs. 1 <i>SPG</i> § 6 ARL des <i>SPG</i>	Regierungen auf allen Ebenen bildungsadministrative Behörden in örtlichen Regierungen (regierungsunmittelbare Städte, Landkreise und Städte) bildungsadministrative Behörden auf allen Ebenen örtliche Regierungen (regierungsunmittelbare Städte, Landkreise und Städte)
Frühförderung als inter-/transdisziplinäres Zusammenspiel aller Maßnahmen und aller Zuständigkeitsorgane	§ 5 ARL Abs. 1 des <i>KJHG</i> § 25 <i>SPG</i>	örtliche Regierungen (regierungsunmittelbare Städte, Landkreise und Städte) Regierungen auf allen Ebenen

Tabelle 20: Klassifikation der Maßnahmen zur Frühförderung und der zuständigen Behörden in Taiwan. *ARL des KJHG*= Ausführliche Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes. *KJHG*= Kinder- und Jugendhilfegesetz. *BSG*= Behindertenschutzgesetz. *ARL des SPG*= Ausführliche Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes. *SPG*= Sonderpädagogikgesetz. *DFM der VFNKV* = Durchführungsmethoden der Vorsorge und Fürsorge der Nationalen Krankenversicherung.

Trotz der Betonung der Kooperation und Koordination der Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbehörden durch das neue *Kinder- und Jugendhilfegesetz* (§ 23 Abs. 3) ergibt sich daraus allerdings u.a. die Frage, wie die Informationen der Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsmel-

desysteme verbunden werden können (vgl. ZHANG, Xiu-Yu 2002, 334). Außerdem existieren bis jetzt noch keine rechtlichen Festlegungen zur Überweisung der Kinder zu weiterführenden Diagnose- und/oder Fördereinrichtungen (vgl. ebd.).

4.8.1.7 Rechtliche Maßnahmen zur Integration der Frühförderressourcen

Im Hinblick auf die Unverzichtbarkeit eines koordinierten Konzepts im Verbundsystem der Frühförderung wurden in letzter Zeit folgende entscheidende rechtliche Durchführungsprojekte bzw. -pläne nacheinander erlassen (Tabelle 21).

Bekanntmachung des Planes oder des Projektes	Name des Planes oder Projektes
29.05.1997 (modifiziert am 12.12.2000)	<i>Durchführungsprojekt der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder</i>
12.04.2001	<i>Durchführungsvorhaben der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder</i>
31.01.2002	<i>Durchführungsprojekt zur Integration der Übergänge im Leben behinderter Menschen</i>
11.04.2002	<i>Durchlässigkeit des Bildungssystems</i> ⁶⁶
19.02.2003 ⁶⁷	<i>Durchführungsplan zur Integration der Frühförderressourcen für entwicklungsverzögerte Kinder</i>

Tabelle 21: Überblick über die bestehenden Verordnungen bezogen auf das koordinierte Frühförderkonzept in Taiwan.

In diesen rechtlichen Maßnahmen soll ein kontinuierlicher Dienst für frühförderbedürftige Kinder und ihre Familien gewährleistet werden. Hervorgehoben wird außerdem die Notwendigkeit der Kooperation und Koordination unterschiedlicher Fachdisziplinen. Ein aktueller Arbeitsschwerpunkt ist die Vernetzung der Ressourcen der Frühförderung in einzelnen Städten und Landkreisen. Im *Durchführungsplan zur Integration der Frühförderressourcen für entwicklungsverzögerte Kinder* (vom 31.08.2002 bis zum 31.12.2004) wird darauf abgezielt, besonders durch die Zusammenarbeit benachbarter Landkreise oder/und Städte

- pädagogische, medizinische und sozialpolitische Ressourcen miteinander zu integrieren;
- Ressourcen zwischen Landkreisen und Städten auszutauschen;

⁶⁶ Dies bezieht sich auf flexible Übergänge (nach unten sowie nach oben).

⁶⁷ Der *Durchführungsplan zur Integration der Frühförderressourcen für entwicklungsverzögerte Kinder* wurde bereits am 19.08.2002 als Entwurf erstellt (CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002b, 100f.).

- Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen, Fort-/Weiterbildungen, Elterntraining, Fallaustausch, integrierte Diagnostik und mobile Unterstützung zu koordinieren;
- frühförderbedürftige Kinder frühestmöglich zu erkennen und zu fördern;
- vollständige Dienste für entwicklungsverzögerte Kinder und ihre Familien zu gewährleisten (vgl. CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002b, 100).

4.8.1.8 Kinderschutzmaßnahmen

Die unbedingten Hilfemaßnahmen und Interventionen zum Schutz des Kindes sollen sichergestellt werden, wenn körperliche, emotionale und sexuelle Misshandlungen und/oder körperliche und emotionale Vernachlässigungen (Deprivation oder stillschweigender Vorschub schädlicher, gesetzwidriger Gewohnheiten wie Drogenkonsum, Rauchen, Anstiftung zu Kriminalität des Kindes) auftreten (vgl. TAIPEI CITY BUREAU OF SOCIAL AFFAIRS 1998 in YOU, Mei-Gue 2000b, 20). Bei den Kinderschutzmaßnahmen vollzog sich in Taiwan eine Wende. Aus den einzelnen Diensten wurde durch die Errichtung eines Netzwerks eine interdisziplinäre Kooperation von Sozialarbeit, Polizei, Justiz, Medizin und Therapie, Pädagogik und nichtstaatlichen Organisationen. Seit dem 18.12.1995 besteht eine kostenlose Notfall-Hotline rund um die Uhr für misshandelte und vernachlässigte Kinder (vgl. YOU, Mei-Gue 2000b, 31). Dazu haben folgende gesetzliche Regelungen beigetragen:

(1) Das *Kinder- und Jugendhilfegesetz*

- In § 30 sind Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche bei Aussetzung, Misshandlung, Vernachlässigung, bei gesetzwidrigen Zwängen oder Verführungen zur Kriminalität, bei sexueller Misshandlung usw. verankert.
- § 36 Abs. 1 verordnet eine amtliche Aufsicht oder andere notwendige Maßnahmen, wenn das Kind
 - keine passende Ernährung und Pflege erhält,
 - trotz einer entsprechenden Diagnose keinen Arzt aufsucht,
 - ausgesetzt, misshandelt, verkauft oder zu kriminellen Delikten gezwungen oder verführt wird,
 - anderen Gefährdungen ausgesetzt ist und eine dringliche Obhut benötigt.

Die betroffenen Kinder können evtl. auch in Adoptivfamilien oder passenden Kinder- und Jugendwohlfahrtsinstitutionen untergebracht werden (Abs.3).

- § 37 Abs. 2 regelt eine sofortige Obhut des Kindes durch das Jugendamt für 72 Stunden, wobei vor Gericht eine Verlängerung von bis zu drei Monaten beantragt werden kann. Ist es erforderlich, kann man diese noch einmal verlängern lassen. Für die Sozialarbeiter ist nach bisherigen Erfahrungen dieser Zeitraum zur Beratung und Hilfestellung für die betroffenen Familien zu kurz (vgl. YOU, Mei-Gue 2000b 39).
- Gemäß § 48 kann die Vormundschaft der Eltern bei extremen Vernachlässigungen und Misshandlungen des Kindes vom Gericht übernommen werden; bei Adoptiveltern wird der Adoptivvertrag aufgelöst.
- §§ 54-68 legen die Strafmaßnahmen bei Gefährdung und/oder Missbrauch des Kindes fest. Allerdings ist die Wirksamkeit der Elternbildung (z.B. nach § 65) aufgrund des geringen Strafmaßes fraglich (vgl. ebd.).

(2) *Ausführliche Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes*

Nach § 17 Abs. 1 sollen die örtlichen Regierungen für die nach diesem Gesetz in eine staatliche Obhut gegebenen Kinder, Jugendlichen und ihre Familien eine Untersuchung, Beratung und einen Familiendienst anbieten.

(3) *Das Kindergartengesetz*

§ 21 regelt die Strafmaßnahmen für berufstätige Erwachsene im Kindergartenbereich wie Vorstand, Leitung, Kindergärtner oder Angestellte, die Kinder misshandeln oder/und vernachlässigen.

(4) *Die Vorschriften für Kindertagesstätten*

§ 21 stellt auch die Strafmaßnahmen für Gefährdung, Misshandlung, Vernachlässigung oder gesetzwidrigen Zwang der Kinder in Tagesstätten sicher.

(5) Das *Gesetz zum Schutz vor Gewalt*

Bedeutsam ist das am 24.06.1998 erlassene *Gesetz zum Schutz vor Gewalt*. Darin werden die Gewalttaten in der Familie als ein kriminelles Vergehen gehandhabt. Geschädigte Kinder sollen demnach im Schutz der Familie verbleiben, während die Gewalttäter aus der Familie entfernt werden (vgl. YOU, Mei-Gue 2000a, 14; 2000b, 29f.).

4.8.1.9 *Fingerabdruckpflicht, Meldepflicht und Datenschutz*

- § 21 des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* regelt die Fingerabdruckpflicht für Eltern und Vormünder von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Entwicklungsverzögerungen bzw. Behinderungen. Sie müssen bei den Behörden der Polizeiadministration ihr Kind durch einen Fingerabdruck erfassen lassen. Diese Pflicht führt jedoch paradoxerweise zur frühen Stigmatisierung der Kinder mit Verdacht auf Entwicklungsverzögerungen. In diesem Zusammenhang versuchen die Eltern entweder die Meldung möglichst weit hinauszuzögern oder das Kind erst gar nicht zu melden.
- Nach § 22 des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* sind alle Arten von Sozialwohlfahrts-, Erziehungsinstitutionen und medizinisch-therapeutischen Einrichtungen verpflichtet, Kinder mit Verdacht auf Entwicklungsverzögerungen bzw. behinderte Kinder und Jugendliche bei den zuständigen Behörden der örtlichen Regierung zu melden.
- In § 34 des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* ist bei Bekanntwerden von Drogenmissbrauch, Drogenhandel sowie Vernachlässigung, Verletzung, Misshandlung, Anstiftung zu kriminellen Taten usw. (in Bezug auf die §§ 28 Abs. 1, 30, 36 Abs. 1) von Kindern und Jugendlichen die Meldepflicht für folgende Berufsgruppen verankert: Medizinisches Personal, Sozialarbeiter, pädagogisches Personal, Kinderpflegepersonal, Polizisten, Juristen und andere Erwerbstätige der Kinder- und Jugendwohlfahrt müssen sich innerhalb von 24 Stunden bei den zuständigen Behörden der Städte und Landkreise melden. Die Identität dieser Personen muss geheim gehalten werden (Abs. 5).
- Nach dem *Durchführungsprojekt der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder* sollen die örtlich zuständigen Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbehörden sowie die so-

zialen, medizinischen und pädagogischen Institutionen bzw. Personen die Meldung entwicklungsverzögerter Kinder unterstützen. Zuständig sind dafür

- die Sozialbehörden in örtlichen Regierungen für öffentliche und private Kindertagesstätten, Kinderwohlfahrtsinstitutionen, Eltern, Vormünder oder Tagesmütter und Sozialarbeiter;
- die Gesundheitsbehörden in örtlichen Regierungen für alle medizinisch-therapeutischen Kliniken und Praxen;
- die Bildungsbehörden in örtlichen Regierungen für alle öffentlichen und privaten Kindergärten, Schulen und Vorschulinstitutionen, die für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf zuständig sind.

Bemerkenswert ist die Meldepflicht des Arztes bei der Feststellung einer Entwicklungsverzögerung des Kindes. Trotz der oben genannten gesetzlichen Bestimmungen herrscht in der Praxis Uneinigkeit über die Meldepflicht der Ärzte und der medizinisch-therapeutischen Einrichtungen. In der 8. Sitzung des Komitees des Innenministeriums zur Entwicklung der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder wurde die umstrittene Meldepflicht der Ärzte und medizinischen Institutionen von der Landkreisregierung Kaohsiung zur Diskussion vorgelegt (vgl. CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a, 64f.). Auf der einen Seite zeigen sich allgemeine Bedenken beim Datenschutz der Patienten im *Medizinisch-therapeutischen Gesetz* (§ 49) und im *Ärztegesetz* (§ 23): „[...] Die aufgrund der beruflichen Tätigkeiten erfahrenen und behaltenen Informationen über die Krankheit und Gesundheit anderer sollen nicht ohne Grund offenbart werden.“ Auf der anderen Seite bestimmt das *Ärztegesetz* (§ 22), dass die Ärzte bei der Befragung von anderen Institutionen und Regierungsorganen bzw. bei der Diagnose nicht falsch aussagen oder berichten dürfen. Die Meldepflicht für medizinisch-therapeutische Einrichtungen wird zwar in § 22 des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes*, in § 14 des *Behindertenschutzgesetzes* (Nr. 1) und im *Durchführungsprojekt der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder* geregelt, Tatsache ist jedoch, dass die Meldepflicht nicht zwingend ist und bei Unterlassung keine Strafmaßnahmen erfolgen.

Ein Vorschlag der Landkreisregierung Kaohsiung sah vor, dass das Gesundheitsministerium bei der Beauftragung medizinisch-therapeutischer Institutionen mit der Errichtung interdisziplinärer Diagnostikzentren für entwicklungsverzögerte Kinder die Meldepflicht bindend festlegen sollte (vgl. CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a, 65). Das Gesundheitsministerium wies allerdings darauf hin, dass Ärzte und interdisziplinäre Dia-

agnostikzentren zuerst das Einverständnis der Eltern einholen sollten, bevor die Informationen des Diagnostikberichtes an das Sozialzentrum zur Früherfassung gegeben werden, um die Frühförderung zu gewährleisten und um Kontroversen mit den Eltern zu vermeiden (vgl. ebd., 66). Letztlich sollte zwar die staatliche/amtliche Meldepflicht erfüllt werden, aber der Datenschutz über die individuellen Informationen des Kindes und seiner Familie darf nicht außer Acht gelassen werden und ist auch in § 44 Abs. 2 des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* verankert.

4.8.2 Die Finanzierung der Frühförderung

Die Aufnahme eines Kindes in eine Frühfördereinrichtung ist in Taiwan noch nicht kostenlos. Die Eltern müssen die Förderung von ihrem Einkommen oder ihrem vorhandenen Vermögen finanzieren. Deshalb verstehen sich die Eltern verstärkt als Anspruchsberechtigte und sogar als Kunden. Trotzdem sind Zuschüsse für die Frühförderung von den zuständigen Behörden in allen Städten und Landkreisen unentbehrlich, um eine Frühförderung für Betroffene leichter zugänglich zu machen und vor allem einkommensschwache Familien zu entlasten. Eine sichergestellte Finanzierung bildet das Fundament für die quantitative und qualitative Entwicklung in der Frühförderung.

Neben dem eigenen Beitrag der Eltern versuchen mittlerweile alle örtlichen Regierungen einen finanziellen Beitrag für die Frühförderung zu leisten. Wenn auch die Finanzierungsregelungen der Frühförderung je nach Region unterschiedlich festgelegt sind, besteht ein kollektiver Konsens, dass sich aus einem koordinierten interdisziplinären Förderungskonzept ein koordiniertes Konzept der Gesamtfinanzierung ergeben muss.⁶⁸ Letztlich geht es um eine Mischfinanzierung der Frühförderung, die sich auf

- eigene Ressourcen der Eltern bzw. Bezugspersonen (alle Leistungen der Frühförderung),
- Krankenkassen und örtliche Gesundheitsbehörden (ärztliche und medizinisch-therapeutische Leistungen),
- örtliche Sozialbehörden (vorwiegend soziale und pädagogische Leistungen, aber auch ärztliche und medizinisch-therapeutische Beihilfen),

⁶⁸Z.B. das *Durchführungsprojekt der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder*, das *Durchführungsvorhaben der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder* und der *Durchführungsplan der Integration der Frühförderressourcen für entwicklungsverzögerte Kinder* (vgl. Kap. 4.8.1).

- örtliche Bildungsbehörden (pädagogische Leistungen für Kinder ab drei Jahren),
 - zentrale Behörden (je nach Bedarf finanzielle Beihilfe zu allen Leistungen für die örtlichen sozialen, gesundheitlichen und pädagogische Zuständigkeitseinheiten)
- stützt.

Die ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen fallen entweder den Eltern zur Last oder sie gehören in den Aufgabenbereich der Krankenkassen. Allerdings ist die Beteiligung der Krankenkassen an der Frühförderung gering. Die ärztliche Behandlung, die medizinische Therapie sowie die Hilfsmittel zur Rehabilitation werden nach dem *Nationalen Krankenversicherungsgesetz (National Health Insurance Act)* nur in sehr begrenztem Umfang von Krankenkassen bezahlt. Unter diesen Umständen ist die eigene Kostenbeteiligung für die Betroffenen sehr hoch. Daher ist es unerlässlich, die ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Ressourcen für einkommensschwache Familien zu gewährleisten. Laut dem *Kinder- und Jugendhilfegesetz* (§ 19 Abs. 1 Nr. 7) sollen die örtlichen Regierungen den betroffenen Familien mit Frühgeborenen, schwerkranken Kindern und Jugendlichen sowie entwicklungsverzögerten Kindern Unterstützungsgelder für die ärztliche bzw. medizinisch-therapeutische Behandlung gewähren. § 20 des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* legt fest, dass die Regierung die medizinisch-therapeutischen Maßnahmen planen und durchführen sowie dafür Zuschüsse leisten soll. Das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums deckt nach dem modifizierten *Medizinisch-therapeutischen Förderplan für Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien* den Selbstbeteiligungsbeitrag der ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen (z.B. Krankenhausaufenthalt, Diagnostik, Therapie).

Für die pädagogische Förderung sind hauptsächlich die örtlichen Sozial- und Bildungsbehörden zuständig. Gegebenenfalls bewilligen das zentrale Bildungs- und das Innenministerium (Kinder- und Jugendbüro) ebenfalls finanzielle Unterstützung. Während die Sozialbehörden die pädagogischen Leistungen für Kinder unter sechs Jahren mitfinanzieren, sind die Bildungsbehörden erst für die Kinder ab drei Jahren in den Kindergärten (nach dem § 9 Abs. 1 im *Sonderpädagogikgesetz*)⁶⁹ zuständig.

Insgesamt spielen die örtlichen Sozialbehörden und das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums eine zentrale Rolle für die Finanzierung der Frühförderung. Sie leisten einen

⁶⁹ Nach dieser Regelung ist das Einschulungsalter von vier auf drei Jahre in der Sonderpädagogik vorverlegt (vgl. Kap. 4.8.1.3).

Beitrag bei allen ärztlichen, medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen.

Aufgrund der heterogenen Finanzkraft und Etablierung in den einzelnen örtlichen Regierungen existiert eine unterschiedliche Kostendeckung der Frühförderung. Für die örtlichen Regierungen mit knappen Finanzmitteln leisten zwar die zentralen Behörden wie Innen-, Gesundheits- und Bildungsministerium einen Beitrag je nach finanzieller Lage der Städte und Landkreise, aber eine ungünstige Entwicklung der Frühförderung ist aufgrund knapper Mittel in manchen Regionen unvermeidlich. Nach der Untersuchung von LIN, Chu-Sui (2002, 493/498) im Landkreis Tao-Yuan bezeichneten 83,3% der befragten Eltern die Zuschüsse für die Frühförderung als sehr begrenzt, 80,7% hielten die Zuschüsse für zu gering und 66,1% empfanden die Beantragung bei den Behörden als kompliziert und langwierig. Überdies waren für die meisten Eltern (81,1%) die Unterstützungsgelder für die Förderung ein großes Anliegen (ebd., 494/498).

Eine Vorbildfunktion übernimmt die Stadt Taipei. Nach deren Finanzierungsregelungen für die Frühförderung wurde ein koordiniertes interdisziplinäres Konzept der Gesamtfinanzierung erstellt, das auf dem jeweiligen Frühförderzuschussplan der zuständigen Behörden basiert und einem koordinierten interdisziplinären Frühförderkonzept entspricht. Ziel ist es, das Bewusstsein von Frühförderungsmaßnahmen für entwicklungsverzögerte Kinder zu erhöhen und die finanzielle Belastung der betroffenen Familien zu verringern. Für die einkommensschwächsten Familien, aber auch für die Ureinwohner⁷⁰ werden die Hilfen völlig abgedeckt.

4.9 Bedeutung und Wirksamkeitsforschung von Förderungsangeboten

In der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „Früherkennung und Frühförderung“ wird durchgängig die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer frühestmöglichen Förderung bei entwicklungs-

⁷⁰ Archäologische Funde belegen, dass es vor 12.000 bis 15.000 Jahren prähistorische menschliche Siedlungen auf Taiwan gab und dass die Ureinwohner Taiwans hauptsächlich aus Südchina und aus Austronesien einwanderten (vgl. Kap. 2 „People and Language“ in GOVERNMENT INFORMATION OFFICE, ROC 2003). Da sich die Nachkommen der Ureinwohner Taiwans bemühten, mit der schnellen Modernisierung Schritt zu halten, veränderten sich trotz der Aufrechterhaltung einiger ihrer Stammestraktionen ihre Kultur und Lebensgewohnheiten. Bei der Demokratisierung Taiwans wurde auch Rücksicht auf die Rechte der Ureinwohner genommen, z.B. durch Gewährleistung von Aus-/Berufsbildungsmöglichkeiten, einer bestimmten Quote im Parlament. Da die meisten Ureinwohner einkommensschwach sind, bekommen sie i.d.R. von der Stadt bzw. den Landkreisen finanzielle Unterstützung. Es gibt z.B. Fördermittel für Ureinwohner (Comprehensive Development Fund for Indigenous Peoples) für den Hausbau, für selbständige Geschäftsgründung (vgl. Kap. 15 „Social Welfare“ in GOVERNMENT INFORMATION OFFICE, ROC 2003).

verzögerten Kindern betont. Man ist davon überzeugt, dass die Wirksamkeit der Förderung umso höher ist, je früher der Interventionszeitpunkt liegt (vgl. FU, Shiou-Mei 1998, 5). In dieser Weise wird häufig in der taiwanesischen Frühförderliteratur argumentiert, weil die Frühförderung

- die physische, kognitive und sprachliche Entwicklung sowie die soziale Fähigkeit und Selbstständigkeit des Kindes verbessern kann;
- der Verschlimmerung der Beeinträchtigung des Kindes vorbeugen kann;
- die Belastung der Familie vermindern und bei den Eltern entwicklungsverzögerter Kinder adäquate Vorstellungen und Vertrauen zu sich selbst und zu ihrem Kind ermöglichen kann;
- die Möglichkeit der sozialen Abhängigkeit und einer Heimunterbringung des Kindes verringern kann;
- die Notwendigkeit einer sonderpädagogischen Betreuung des eingeschulten Kindes minimieren und damit langfristig Erziehungs-, Bildungs- und Sozialwohlfahrtskosten senken kann

(vgl. HUANG, Shi-Yu 1997, 28; FU, Shiou-Mei 1998, 5; KE, Ping-Shung ²1998, 14-18; HUANG, Shu-Wen & LIN, Yo-Wen 1999, 268; YEH, Qiong-Hua 2000, 40).

Neben der Förderung des Kindes und der Unterstützung seiner Familie kann gerade der letzte Punkt – Sparen langfristiger Kosten in der Erziehung, Bildung und Sozialwohlfahrt – bei den Politikern das Interesse für den Ausbau der Frühförderung wecken.

Um die Bedeutung und Erforderlichkeit der Frühförderung zu untermauern, stützt man sich auf wissenschaftliche Grundlagen, die in der taiwanesischen Förderliteratur zurückgeführt werden können auf

- Entwicklungstheorien,
- psychoanalytische Theorien,
- behavioristische Theorien,
- kompensatorische Erziehung,
- kognitive Psychologie

(vgl. HUANG, Shi-Yu 1997, 5; KE, Ping-Shung ²1998, 29ff.).

Im medizinisch-therapeutischen Bereich lieferten vor allem die neuropsychologischen Entwicklungstheorien, welche die Bedeutung der Plastizität des Gehirns nachwiesen, überzeugende Beweise für die Wirksamkeit der Frühförderung und trugen somit bedeutsam zu ihrer Entwicklung bei (vgl. CHUANG, Huang-Ju 1996, 18; vgl. auch Kap. 3.5).

Im Gegensatz zu den umfangreichen Evaluationsforschungen zur Frühförderung in den USA existieren in Taiwan nur vereinzelte Studien, wobei die Untersuchungen kaum repräsentativ sind. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um zwei Forschungsschwerpunkte:

(1) die Wirksamkeitsanalyse zur Verbesserung bzw. Schulung der kindlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten, z.B.

- soziale Kommunikationsfähigkeit mittels eines „Fading Prompting System“⁷¹ für geistig behinderte Kinder (CHEN, Tzu-Jung 1999),
- Kommunikationstraining durch ein Kommunikationssystem mit Bildertausch („Picture Exchange Communication System“)⁷² für entwicklungsverzögerte Kinder (HSIEH, Shu-Chen 2002),
- Aufbau gewünschten Verhaltens durch Verhaltensmodifikation bei einem autistischen und einem mehrfachbehinderten Kind (WANG, Chih-Chuan 2002).

(2) die Evaluation des programmierten Curriculums, z.B.

- zur Untersuchung des Einflusses der strukturierten Unterrichtsmethode („Structure Teaching“) von TEACCH⁷³ auf autistische Kinder (NI, Chi-Lean 1999),
- das selbst erstellte Förderprogramm für entwicklungsverzögerte Kinder zwischen drei und fünf Jahren (HUANG, Rong-Zhen 1999).

⁷¹ Beim „Prompting System“ handelt es sich um unterschiedliche Darbietungsmöglichkeiten, z.B. Bilder, Demonstrieren, sprachliche bzw. gestisch-mimische Signale/Hinweise, gemischte Formen der oben genannten Möglichkeiten. Die Untersuchung von CHEN, Tzu-Jung (1999) zielt darauf ab, die gewünschten sozialen Fertigkeiten der geistig behinderten Kinder in einer vorbereiteten Umgebung durch Verstärkung, Belohnung und Verwendung des „Prompting System“ aufzubauen. Wenn sich Fortschritte der sozialen Fertigkeiten der Kinder zeigen, dann wird das „Prompting System“ nach und nach entzogen (fade).

⁷² Das „Picture Exchange Communication System“ wurde von BONDY und FROST zuerst für das Kommunikationstraining autistischer, entwicklungsverzögerter und anderer sozialkommunikationsgestörter Kinder entwickelt und hat sich jetzt auf kommunikationsgestörte Erwachsene erweitert. Durch dieses System wird das kommunikationsgestörte Kind instruiert, mittels Bildertausches mit seinem Partner seine gewünschten Gegenstände zu erhalten. Ziel ist es, dem kommunikationsgestörten Kind zu helfen, selbst und aktiv den Kontakt mit anderen aufzunehmen (vgl. HSIEH, Shu-Chen 2002, 31ff.).

⁷³ TEACCH ist die Abkürzung von „Treatment and Education of Autistic and Communication handicapped Children“ (NI, Chi-Lean 1999, 5). Dieses Förderprogramm ist durch die medizinische Fakultät an der North Carolina State University entwickelt worden.

Neben einer quantitativen Auswertung von Entwicklungsskalen/-tests und Videoaufnahmen von Kindern werden Interviews bzw. Fragebögen für sonderpädagogisches Personal und Eltern herangezogen. Alle diese Effektivitätsstudien erzielten positive Ergebnisse, die sich sowohl auf die erlernten Fertigkeiten oder das eingeübte Verhalten des Kindes als auch auf die Unterrichtsmethode und das Förderprogramm für die kindliche Gesamtentwicklung bezogen. Nach der Strukturunterrichtsmethode von TEACCH zeigte sich bei den untersuchten autistischen Kindern ein größerer Fortschritt in den Bereichen der Begriffs-/Umweltvorstellung, Kognitionsoperation und Nachahmung als in denen der Kommunikationsäußerung und Kognitionssprache (vgl. NI, Chi-Lean 1999, 171). Die Evaluation von HUANG, Rong-Zhen (vgl. 1999, IV/V/153f.) zeigte, dass die Versuchsgruppe im Bereich der Begriffsvorstellung (nach „Minnesota Child Development Inventory“) und in der Grobmotorik, Sprache, Selbstständigkeit und in den sozialen Fertigkeiten (nach „Denver Developmental Screening Test“) der Kontrollgruppe deutlich überlegen war. Im Besonderen zeigte sich die Bedeutung der Mitarbeit der Eltern und dadurch indirekt die Auswirkung auf ihr Erziehungsverhalten (vgl. WANG, Chih-Chuan 2002, 97; vgl. auch NI, Chi-Lean 1999, 172-174/176-177).

Allerdings gibt es bei der Gültigkeit dieser Studien Einschränkungen. Alle hier erwähnten Effektivitätsforschungen richteten sich auf Kinder zwischen drei und sechs Jahren. Außerdem fand die Förderung zum großen Teil (außer in der Untersuchung von WANG, Chih-Chuan 2002) in einer Institution und in der Gruppensituation statt. Es stellt sich die Frage, ob diese positiven Resultate auch auf Kinder unter drei Jahren übertragen werden können. Auch die Übertragung der erlernten Fertigkeiten des Kindes auf neue Situationen ist noch nicht nachgewiesen. Eine weitere Unklarheit ergibt sich aus der Frage, ob das funktional-strukturierte Förderprogramm und das damit verbundene Elterntaining (i.d.R. der Mutter) nach Lerntheorien und Verhaltensmodifikationen zu Langzeiteffekten oder eher zu einer Überlastung der Eltern bzw. zu einer Ambivalenz zwischen Eltern-, Therapeuten- und Partnerrollen führen. Ungeklärt ist, ob es deutliche Unterschiede bei der Wirksamkeit der Frühfördererziehung zwischen einem familienunterstützenden und einem kindzentrierten Förderplan gibt.

Bei der heutigen Wirksamkeitsforschung der Frühförderung in den USA wird von der zweiten Generation gesprochen (GURALNICK 1997; Kap. 3.9). Dabei geht es nicht ausschließlich um das Kind, sondern die Familie steht durch eine systemisch-ökologische Betrachtungsweise als Ganzes im Mittelpunkt. Was die tatsächlichen Auswirkungen elternbezogener Interventionen in den amerikanischen Untersuchungen anbelangt, werden unterschiedliche Akzente ge-

setzt (Kap. 3.9). Dennoch können bestimmte Voraussetzungen zum Erfolg elternbezogener Interventionen beitragen. Dementsprechend liefern in Taiwan einige empirische Forschungen den Nachweis, dass positive Auswirkungen auf die Frühförderarbeit durch elternbezogene Intervention wie psychologische Unterstützung (z.B. Gründung einer Elternselbsthilfegruppe), Beratung und Bildung der Erziehungsfertigkeiten und Vermittlung der Verwendung von frühförderbezogenen Ressourcen erzielt werden können (vgl. OU, Zi-Xiu 1997). In der Arbeit von HUANG, Shu-Wen (2001) wurden die Familien mit geistig behinderten Kindern sowohl hinsichtlich der Inanspruchnahme der Angebote der Frühförderung und der Förder- bzw. Hindernisfaktoren als auch hinsichtlich des Einflusses auf die Familien während der Frühförderung untersucht. Nachgewiesen wurde durch die Auswertung semi-strukturierter Interviews, dass der Mangel an familienunterstützenden Maßnahmen den Hauptbetreuer bei der Förderarbeit belastet (vgl. ebd.).

Trotz dieser indirekten positiven Wirkung der psychosozialen Familienhilfen auf die Frühförderung besteht in Taiwan bis jetzt noch ein großes Defizit an familienbezogener Effektivitätsforschung – es fehlen besonders Langzeitstudien. Die relativ unterrepräsentierte Wirksamkeitsforschung der Frühförderung in Taiwan muss in Zukunft mehr forciert werden.

4.10 Entwicklungstendenzen und Herausforderungen in Taiwan

Bei einer Rückschau auf die in mehrjähriger Arbeit errungenen Erfolge ist weiterhin mit folgenden Tendenzen im Frühfördersystem Taiwans zu rechnen (vgl. WANNE, Yu-We & CHUANG, Huang-Ju 1995, 51f.; HUANG, Shi-Yu 1997, 51-54; PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC 1999b, 26ff.; CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 700ff.):

- eine normalisierte, kontinuierliche und wohnortnahe Förderung sowie Sozialwohlfahrt bezogen auf die Inklusion;
- Ganzheitlichkeit der Frühförderung in der inter- und transdisziplinären Teamarbeit;
- Professionalität und Systematisierung in der Aus, Fort- und Weiterbildung von Frühförderkräften;
- Familienorientierung und individuelle Elternbildung.

Nach der Analyse der aktuellen politischen Pläne des Sozialen, der Gesundheit und der Bildung ist die Frühförderung weiterhin als einen wichtigen Arbeitsschwerpunkt zu betrachten (vgl. MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2004a; 2004b; MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2004; THE EXECUTIVE YUAN OF THE REPUBLIC OF CHINA 2004).

Wie in den USA und in Europa, wie auch in den benachbarten asiatischen Staaten Japan, Korea und Hongkong, gewinnt in Taiwan die Integration behinderter Menschen von großer Bedeutung. Im Rahmen der Frühförderstufe II, d.h. im Elementarbereich, stellt daher im Besonderen die integrative Erziehung und Förderung einen zukunftsweisenden Trend dar. Der internationalen Tendenz (Betonung des Empowerment und der Selbstbestimmung des Klienten) folgend bemüht man sich in Taiwan ebenfalls zunehmend um die Rechte und Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie.

Obwohl die Frühförderung in Taiwan durch die Bemühungen aller Beteiligten vorwärts gebracht wurde, gibt es in der Gegenwart noch viele Herausforderungen. Zu nennen sind z.B.

- der Mangel an sozialen Ressourcen und die davon abgeleitete Konkurrenz im Frühförderbereich;
- die reaktive und verlangsamte Aufstellung und Revidierung der politischen Richtlinien;
- Schwierigkeiten der Kooperation und Koordination zwischen Verwaltung und Fachleuten in der Frühförderung;
- die Unzulänglichkeit empirischer Forschungen und praxisbezogener Erfahrungsberichte;
- die unzureichende Familienarbeit

(vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 703ff.).

4.11 Resümee und Ausblick

Die anfängliche Initiative der Elternverbände trug dazu bei, dass das *Kinderwohlfahrtsgesetz* bezüglich der Frühförderung modifiziert wurde und 1993 in Kraft trat. § 42 des *Kinderwohlfahrtsgesetzes* (§ 23 Abs. 1 im neuen *Kinder- und Jugendhilfegesetz*) machte außerdem die Frühförderung zur Aufgabe der Regierung, die mit ihrem Entwicklungsplan jedoch zumeist die nichtstaatlichen Organisationen beauftragt. Neben einem Entwicklungskomitee auf der Ebene der zentralen Regierung existiert in jeder Stadt und in jedem Landkreis Taiwans eine

Entwicklungskommission bzw. eine -arbeitsgruppe, welche die Aufgaben der Frühförderung plant und vermittelt. Zu erwähnen ist, dass das zentrale und einheitliche Schulbildungssystem, das dem Bildungsministerium untersteht, keinen bedeutenden Einfluss auf die Frühförderung hat. Aufgrund der bis jetzt noch nicht gesetzlich geregelten vorschulischen Pflichterziehung sind für den Frühförderbereich drei zentrale Behörden zuständig: das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums, das Gesundheits- und das Bildungsministerium. Zu nennen sind überdies die Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbehörden auf der örtlichen Ebene.

Durch die mehrjährige Tätigkeit und Errungenschaften zentraler und örtlicher Behörden, nichtstaatlicher Institutionen, Experten und Eltern ist bis heute ein Rohentwurf des Frühfördersystems in Taiwan entstanden. Neben den verschiedenartigen Organisationsstrukturen besteht aber auch eine Konzeptvielfalt. In der ökologisch-systemischen Betrachtungsweise steht dabei die Familienorientierung im Mittelpunkt. Erforderlich ist hierzu eine inter- und transdisziplinäre Teamarbeit. Ein derzeit bedeutendes Thema ist in diesem Zusammenhang die vernetzte Zusammenarbeit zwischen den administrativen Behörden und dem Frühförderpersonal aus unterschiedlichen Fachdisziplinen.

Wie es der internationalen Tendenz der Sonderpädagogik entspricht, sieht die Bildungspolitik in Taiwan vor allem in der zweiten Frühförderstufe für Kinder von drei bis sechs Jahren eine Inklusionserziehung vor. Das Ziel ist eine wohnortnahe Förderung entwicklungsverzögerter Kinder in ihrem Lebensumfeld.

Gegenwärtig liegen die primären Schwerpunkte der Frühförderung bei der Erfassung von Geburt an, der Früherkennung und der Frühdiagnose entwicklungsverzögerter Kinder, da sich aus Praxiserfahrungen ergab, dass ohne diese Schritte keine weitere Frühfördermaßnahme möglich ist. Allerdings stößt die Durchsetzung dieses Vorgehens durchaus auf Probleme. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Zu nennen sind mangelnde Öffentlichkeitsarbeit, Angst vor der Stigmatisierung des Kindes, Unsicherheit und unzureichende Kenntnisse über die kindliche Entwicklung bzw. fehlende Bereitschaft (z.B. zur Teilnahme an Kindervorsorgeuntersuchungen) der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten. Die Früherkennung und Früherfassung stoßen um so mehr auf Schwierigkeiten, je schwerer erkennbar die Entwicklungsrisiken der Kinder sind (z.B. bei Kindern aus deprivierenden Entwicklungsbedingungen) und je stärker sich die Eltern bzw. die Erziehungsberechtigten der Annahme bzw. Anerkennung einer Be-

hinderung bzw. einer drohenden Behinderung des Kindes verweigern. Des Weiteren existieren Defizite bei der Diagnostik, der Therapie und der Förderung sowie beim Übergang des Kindes zu weiteren Förderinstitutionen, zum Kindergarten bzw. zur Schule. Unter diesen Umständen ist ein kontinuierliches und sichergestelltes Förderangebot für Frühförderkinder und ihre Familien noch nicht garantiert.

Insgesamt bilden im Rahmen des Verbundsystems der Frühförderung die gesetzlichen Bestimmungen und deren Finanzierung eine solide Grundlage für die künftige Entwicklung der Frühförderung. Dennoch zeigt die Frühförderung derzeit in unterschiedlichen Städten und Landkreisen Taiwans eine heterogene Entwicklung. Für die Weiterentwicklung der Frühförderung sind die Regionen im Nachteil, die Finanzierungsdefizite aufweisen und deren Sozialsystem noch nicht vollständig aufgebaut ist. Nicht selten klagen betroffene Familien über zu geringe Unterstützungsgelder und über streng überprüfte Hilfeanträge für die Frühförderungsfinanzierung. In diesem Zusammenhang befinden sich vor allem die frühförderbedürftigen Kinder und ihre Familien aus sozial benachteiligten Lebensverhältnissen in einer ungünstigen Situation.

5 Die Frühfördersysteme in Deutschland und in Taiwan im Vergleich

Nach der Darstellung der Frühfördersysteme in der Bundesrepublik Deutschland und in Taiwan werden in diesem Kapitel die vergleichenden Aspekte thematisiert. Ansätze der Frühförderung in sehr verschiedenen Ländern (siehe z.B. ODOM& KAUL 2003) zeigen, dass die Ausgestaltung der Frühförderung vom kulturellen und gesellschaftlichen Kontext abhängt. In dieser Hinsicht lassen sich die beiden Frühfördersysteme nur hinreichend und sachgerecht vergleichen, wenn man ihre Einbettung in demographische, soziale, politische und wirtschaftliche Gegebenheiten beachtet und sich nicht nur auf ihre Kernbereiche (z.B. Ziele, Aufgaben, Prinzipien, Fachleute und Eltern, Organisationsformen, Finanzierung) bezieht (vgl. BÜRLI 1997, 125). Daher ist es sinnvoll, zunächst einen Überblick über diese nicht-pädagogischen Kontexte zu geben. Anschließend erfolgt eine ganzheitliche und deduktive Analyse des gesamten Systems des Bildungswesens und der -verwaltung sowie der Sonderpädagogik bis hin zu den Kernbereichen der Frühförderung (Abbildung 11).

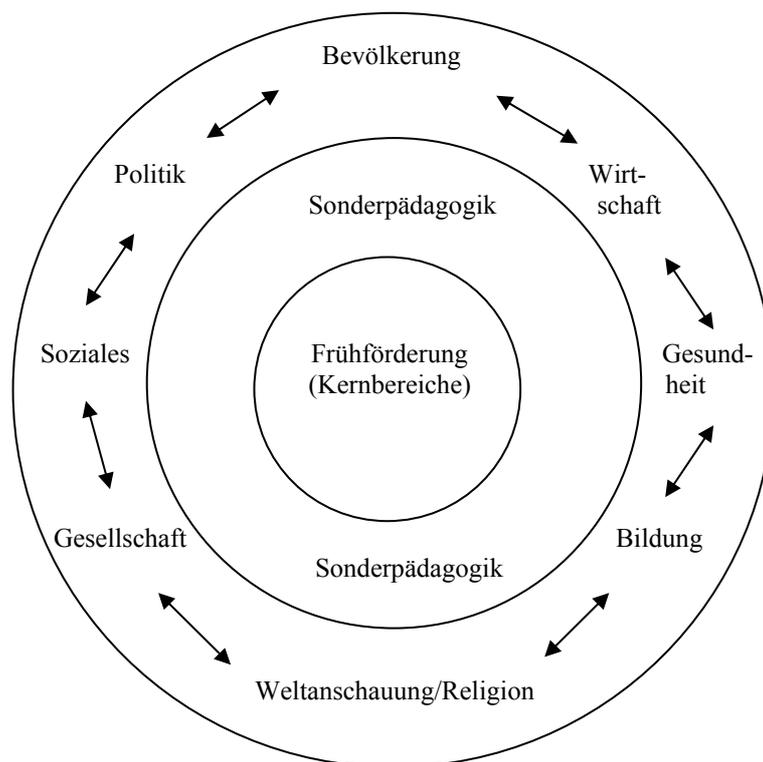


Abbildung 11: Ganzheitliche und deduktive Analyse des Vergleichs (die Kontextdimensionen Politik, Bevölkerung, Gesundheit, Wirtschaft, Weltanschauung und Religion, Soziales und Gesellschaft sowie Bildung orientieren sich an BÜRLI 1997).

Abbildung 12 zeigt die Interdependenz der Kontextdimensionen bezogen auf die Frühförderung:

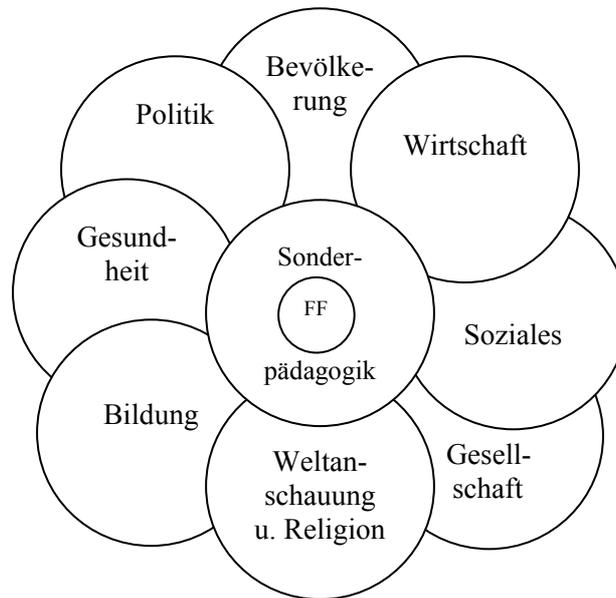


Abbildung 12: Interdependenz der Kontextdimensionen bezogen auf die Frühförderung (FF) (Modifiziert nach BÜRLI 1997, 21/23).

5.1 Politischer, wirtschaftlicher, weltanschaulicher, gesundheitlicher, sozialgesellschaftlicher und demographischer Hintergrund im Vergleich

Das Anliegen dieses Vergleichs ist es, mit Bezug auf den gesellschaftspolitischen Kontext Deutschlands und Taiwans Herausforderungen, Tendenzen sowie Auswirkungen auf die Sonderpädagogik und die Frühförderung für die beiden Länder darzustellen. Zunächst wird ein Überblick über einige wichtige soziale, demographische und wirtschaftliche Indikatoren gegeben (Tabelle 22). Anschließend werden die nicht-pädagogischen Kontextdimensionen

- der Politik,
 - der Wirtschaft,
 - der Gesundheit,
 - des Sozialen,
 - der Gesellschaft,
 - der Bevölkerung,
 - der Weltanschauung und Religion
- in beiden Ländern analysiert.

	Taiwan	Deutschland	Europa	USA	Japan	Welt	Entwicklungsländer ⁷⁴
Fläche (km ²) ⁷⁵	36.006	357.020	22.968.722	9.809.155	377.837	133.617.169	82.495.543
Bevölkerung Mitte 2004 (in Mio.)	22,6	82,6	728	293,6	127,6	6.396	5.190
Einwohner pro km ²	628	231	32	30	338	48	63
Geburten pro 1.000 Einwohner	10	9	10	14	9	21	24
Todesfälle pro 1.000 Einwohner	6	10	12	8	8	9	8
Natürliche Wachstumsrate ⁷⁶ (in Prozent)	0,4	-0,2	-0,2	0,6	0,1	1,3	1,5
Bevölkerungsprojektion (in Mio.)	2025	24,4	82,0	722	349,4	121,1	6.677
	2050	22,1	75,1	668	419,9	100,6	8.019
Säuglingssterblichkeit ⁷⁷	6,0	4,1	7	6,7	3,0	56	62
Gesamtfruchtbarkeitsrate ⁷⁸	1,2	1,3	1,4	2,0	1,3	2,8	3,1
Bevölkerung nach Alter (in Prozent)	< 15 J.	20	15	17	21	14	30
	> 65 J.	9	17	15	12	19	7
Lebenserwartung bei der Geburt (Jahre)	ges.	76	78	74	77	82	67
	männl.	73	75	70	75	78	65
	weibl.	79	81	78	80	85	69
BSP bei KKP ⁷⁹ pro Einwohner, 2002 (US-\$)	12.730 (2003) ⁸⁰	26.980	17.730	36.110	27.380	7.590	3.850
Arbeitslosenquote 2004 in Prozent ⁸¹	4,99 ⁸²	8,9	8,0 ⁸³	6,1	5,6	-	-

Tabelle 22: Wichtige soziale, demographische und wirtschaftliche Indikatoren im internationalen Vergleich unter besonderer Berücksichtigung von Deutschland und Taiwan (DSW [DEUTSCHE STIFTUNG WELTBEVÖLKERUNG] 2004; vgl. auch DSW 2003; BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2004b; DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2004d).

⁷⁴ Nach der Definition der Vereinten Nationen werden als Entwicklungsländer die weniger entwickelten Länder bezeichnet, die sich zu den entwickelten Regionen der Industrieländer (ganz Europa, Nordamerika, Australien, Japan und Neuseeland) abgrenzen (vgl. DSW 2004, 14).

⁷⁵ Quelle: DSW 2003.

⁷⁶ „Geburtenrate minus Sterberate ergibt die jährliche Wachstumsrate der Bevölkerung, ohne die Auswirkungen von Migration mit einzubeziehen. Sie wird in Prozent ausgedrückt“ (DSW 2004, 15).

⁷⁷ „Jährliche Anzahl der Todesfälle von Säuglingen im ersten Lebensjahr pro 1.000 Lebendgeborene“ (ebd.).

⁷⁸ Durchschnittliche Anzahl von Kindern, die eine Frau gebärt, wenn die heutigen altersspezifischen Geburtenraten während ihrer fruchtbaren Jahre (i.d.R. zwischen dem 15. und 49. Lebensjahr) konstant bleiben (ebd.).

⁷⁹ KKP ist die Abkürzung von Kaufkraftparität. „Das Bruttosozialprodukt (BSP) bezeichnet das gesamte Ergebnis des Wirtschaftsprozesses in einem Staat während eines Jahres. BSP bei KKP ist das zum KKP-Wechselkurs in internationale Dollar umgerechnete BSP“ (ebd., 16).

⁸⁰ Quelle: DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC (2004d); Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner, 2003 (US-\$).

⁸¹ Arbeitslosenquote (geschätzte Zahlen im Jahre 2004) bezogen auf Anteil der registrierten Arbeitslosen an der zivilen Erwerbsbevölkerung; für USA und Japan Stichprobenerhebung über die Arbeitskräfte. Quelle: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (2004b, 9.14).

⁸² Quelle: DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC (2004d).

⁸³ Diese Arbeitslosenquote bezieht sich auf die EUR-15 (Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Finnland, Schweden und Vereinigtes Königreich). Quelle: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (2004b, 9.14).

5.1.1 Politischer Hintergrund

Nach dem Zweiten Weltkrieg 1945 erfolgte entsprechend dem Beschluss der Siegermächte die Aufteilung Deutschlands in eine amerikanische, eine britische, eine französische und eine sowjetische Besatzungszone. 1949 wurde Deutschland in zwei Staaten aufgeteilt: Während im Mai 1949 mit der Verabschiedung des Grundgesetzes auf dem Gebiet der drei westlichen Besatzungsmächte die Bundesrepublik Deutschland (BRD) errichtet wurde, wurde auf dem Gebiet der sowjetischen Besatzungszone im Oktober 1949 die Deutsche Demokratische Republik (DDR) gegründet (vgl. KMK 2003a, 13). 1989 erfolgte nach der Massenflucht der DDR-Bürger nach Ungarn und in die Tschechoslowakei sowie nach den gewaltfreien Demonstrationen der Deutschen in der DDR der Zusammenbruch des kommunistischen Regimes der SED (Sozialistische Einheitspartei Deutschlands) (vgl. ebd.). Am 3. Okt. 1990 wurden die beiden Länder wiedervereinigt und der Geltungsbereich des *Grundgesetzes* auf das gesamte Landesgebiet ausgedehnt. Die Grundlage des demokratischen und sozialen Bundesstaates (Art. 20) sind die Grundrechte wie Menschenwürde, Menschenrechte (Art. 1), persönliche Freiheitsrechte (Art. 2), Gleichheit vor dem Gesetz (Art. 3). Ein wichtiges Prinzip ist der Föderalismus im Bundesstaat: „Die Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung der staatlichen Aufgaben ist Sache der Länder, soweit dieses *Grundgesetz* keine andere Regelung trifft oder zulässt“ (Art. 30). Trotz der noch verbleibenden ideologischen und politischen Unterschiede zwischen Ost und West (STATISTISCHES BUNDESAMT 2002)⁸⁴ sind die meisten Deutschen heute von der Richtigkeit der Einheit überzeugt (vgl. INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT KÖLN 2000).

Derzeit gibt es in Deutschland 16 Bundesländer, die aus elf westdeutschen und fünf ostdeutschen Ländern bestehen. Die Hauptparteien sind die Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU), die Christlich Soziale Union (CSU), die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), die Freie Demokratische Partei (FDP), die Partei des Demokratischen Sozialismus (PDS) (Nachfolgerin der SED, der früheren DDR-Staatspartei) und Bündnis

⁸⁴ Gegenüber Demokratie und Sozialismus gibt es noch unterschiedliche Vorstellung zwischen Ost und West. Nach Eurobarometer zwischen 1991 und 2000 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2002, 608/610) wird bei der Zufriedenheit mit dem Funktionieren der Demokratie in Deutschland eine deutliche und mit der Zeit stabilere Differenz zwischen West und Ost ermittelt, deren durchschnittliche Zufriedenheit zwischen 1991 und 2000 im Westen 62% (60% im Jahre 2000) und im Osten 39% (38% im Jahre 2000) betrug. Der Aussage „Der Sozialismus ist im Grunde eine gute Idee, die nur schlecht ausgeführt wurde“ stimmen über das gesamte Jahrzehnt hinweg (1991-2000) durchschnittlich 76% der Bürger der neuen Bundesländer zu (auch 76% im Jahre 2000) (STATISTISCHES BUNDESAMT 2002, 609). In den alten Bundesländern sind es im Durchschnitt 44% (aber 51% im Jahre 2000) (ebd.).

90/Die Grünen. Die Regierung wird zurzeit von einer Koalition der SPD und des Bündnisses 90/Die Grünen gestellt.

Politisch gesehen spielt Deutschland sowohl in Europa als auch weltweit eine wichtige Rolle in der internationalen Zusammenarbeit. Als ein demokratischer und sozialer Staat verfolgt es nicht nur politische und wirtschaftliche Interessen. Vielmehr werden so auch Rechte für sozial schwächere Gruppen garantiert. In sonderpädagogischer Hinsicht werden diese im Rahmen der Sozialpolitik, der Bildungspolitik und der Gesundheitspolitik konkretisiert (vgl. BÜRLI 1997, 143). Die Verankerung von Gleichheit, Menschenwürde, Freiheit, Demokratie und Sozialem im *Grundgesetz* verpflichtet Deutschland zur Organisation von sonderpädagogischen Maßnahmen. Der Frühförderung ist es in weiten Teilen Deutschlands gelungen, eine hohe politische Akzeptanz mit den dazugehörigen Standards und stark präventiven Angeboten zu erreichen. Allerdings bleibt auch das Frühfördersystem von den Veränderungen der sozialpolitischen Landschaft nicht verschont (vgl. SOHNS 2000b, 325). Trotz der Betonung der Freiheit, der Gleichheit und des Sozialen durch die Regierungsparteien droht in der Gegenwart ein Abbau erreichter sozialen Leistungen.

Die Republik China (Republic of China [ROC]) wurde 1912 von Dr. Sun Yat-sen errichtet. Der am 25.12.1947 in Kraft getretenen Verfassung der ROC liegen die „Drei Prinzipien des Volkes“ zugrunde, die Dr. Sun, der Gründungsvater, folgendermaßen formulierte: Volkstum (Gleichheit für alle ethnischen Gruppierungen), Volksherrschaft (Demokratie) und Volkswohl (zum Wohl des Volks). Nach dem Zweiten Weltkrieg brach ein Bürgerkrieg zwischen Kommunisten und Kuomintang (Volkspartei und damalige Regierungspartei der ROC) aus. Im Dezember 1949 sah sich die Regierung der ROC gezwungen, ihren Sitz nach Taiwan zu verlegen. Seitdem ist die ROC wie ehemals Deutschland in zwei Länder aufgeteilt: die ROC (Taiwan) und die VRC (Volksrepublik China). In Abgrenzung zu der kommunistischen VRC ist Taiwan als ein demokratischer Rechtsstaat in der Verfassung verankert, der ebenfalls Freiheit und Gleichheit betont. In den letzten Jahren wirkten sich die Demokratisierungsbemühungen Taiwans positiv aus. Nachdem 1989 die Aufhebung des Gründungsverbots für Parteien in Kraft trat, wurden viele neue politische Parteien gegründet. Die Hauptparteien sind die Volkspartei Kuomintang (KMT), die Demokratische Progressive Partei (Democratic Progressive Party, DPP), die Volksnahe Partei (People First Party, PFP) und die Taiwan Solidarität Union (Taiwan Solidarity Union, TSU). Die derzeitige Regierungspartei ist die DPP.

Politisch gesehen befindet sich Taiwan einerseits wegen des Kampfes um die internationale Anerkennung als ein souveränes Land in einer benachteiligten Situation, spielt aber andererseits wegen seines wirtschaftlichen Potenzials und der günstigen Lage eine wichtige Rolle. Betrachtet man die historischen Tatsachen wie die andauernden Auseinandersetzungen zwischen Taiwan und dem chinesischen Festland, wird deutlich, dass China die bilaterale Zusammenarbeit durch Gewaltandrohung verhindert. Um sich von der Bedrohung durch China zu befreien, bemüht sich Taiwan durch internationale Kontakte um eine selbstständige Existenz und eigene Entwicklungsmöglichkeiten. Im Interesse des gesamten chinesischen Volkes fanden um 1987 die ersten privaten Kontakte zwischen Taiwan und dem chinesischen Festland statt (vgl. Kap. 3 „History“ in GOVERNMENT INFORMATION OFFICE, ROC 2003).

Ungeachtet der offiziellen diplomatischen Schwierigkeiten setzt Taiwan im Rahmen der pragmatischen Außenpolitik diesbezüglich seine Bemühungen fort und engagiert sich stark für die inoffiziellen internationalen Beziehungen. Die Demokratisierungsströmungen, vor allem in den westlichen Ländern, wirkten sich im Besonderen seit Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre auf Taiwan aus. Viele politische Verbote wurden aufgehoben, den Interessen behinderter Menschen wurde größere Aufmerksamkeit von Seiten politischer Administrationen geschenkt (vgl. KE, Ping-Shung ²1998, 10). Betont werden heute sowohl das Bildungsrecht und die Chancengleichheit behinderter Menschen als auch ihre Integration in die Gesellschaft. Im Vergleich zu Deutschland setzte die Frühförderung in Taiwan historisch gesehen viel später ein, findet aber inzwischen unter Betonung ihrer präventiven Funktion hohe politische Resonanz.

5.1.2 Wirtschaftlicher Hintergrund

Die Entwicklung der Arbeit mit behinderten Menschen ist stark abhängig von der finanziellen und wirtschaftlichen Situation des Landes. Wirtschaftlich spielt Deutschland in der Welt eine bedeutende Rolle. Die Gesamtsumme deutschen Außenhandels war im Jahre 2002 hinter den USA die weltweit zweithöchste (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2004b, 280f.). Allerdings bedeuten die derzeitige Stagnation der Wirtschaftserträge und die stark gestiegene Arbeitslosigkeit erhebliche Zusatzbelastungen für alle öffentlichen Haushalte. Aus der bisherigen Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen ergibt sich ein Finanzierungssaldo von -56,5 Mrd. Euro; daraus können jedoch keine Rückschlüsse auf die endgültige Höhe des Finanzierungssaldos 2004 gezogen werden (BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN 2004b, 12).

Demzufolge gilt die sparsame Haushaltspolitik als einer der drei Grundsätze in der finanzpolitischen Strategie der Bundesregierung für den Haushalt 2005 und die mittelfristige Finanzplanung bis 2008 (vgl. ebd. 2004a).

In einer Zeit der Sparpolitik in den öffentlichen Haushalten ist die Frage nach den Bildungsausgaben bzw. Bildungsinvestitionen bezogen auf den Zugang zu Bildungschancen und auf die Verteilung der verfügbaren Ressourcen von großem Interesse (vgl. BÜRLI 1997, 140). In Deutschland werden Bildungsinvestitionen und Bildungsausgaben als unerlässlich im bildungspolitischen Handeln von Bund und Ländern betrachtet, da „Investitionen in Bildung [...] wesentliche Voraussetzungen für individuellen und gesellschaftlichen Fortschritt und Wohlstand [sind]“ und „Ausgaben für Bildung [...] Investitionen in die Zukunft eines Landes [sind]“ (BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2004c, 1/8). Nach jahrelangen Kürzungen im Bereich Bildung und Forschung zeigt sich derzeit trotz des Rückgangs der Gesamtausgaben des Bundeshaushalts eine Wende. Für 2005 ist ein Etat in Höhe von rund 8,464 Mrd. Euro vorgesehen; das sind über 3,6 Prozent mehr als im vergangenen Jahr und eine Steigerung um 36,5 Prozent seit 1998 (ebd. 2004d). Im Zusammenhang mit der PISA-Studie will die Bundesregierung die Länder finanziell bei ihren Reformanstrengungen unterstützen; mit dem Programm „Zukunft Bildung“ wird im Besonderen der Auf- und Ausbau von Ganztageschulen mit insgesamt 4 Mrd. Euro in den Jahren 2003 bis 2007 gefördert (vgl. ebd. 2004b).

Wie sich die derzeitige Bilanz in Bezug auf die OECD-Studie (2004) darstellt, bleiben Investitionen in Bildungsinstitutionen in Deutschland hinter dem OECD-Mittel zurück. Im Jahre 2001 lag Deutschland mit 5,3% des Bruttoinlandsprodukts (BIP)⁸⁵ leicht unter dem Wert, den die OECD-Mitgliedsstaaten für die Bildungssysteme aufwendeten (insgesamt 5,6% des BIP) (ebd.; OECD 2004). Die Bildungsausgaben je Schüler/Studierenden aller OECD-Staaten 2001 stiegen vom Primar- zum Tertiärbereich stark an. Im Gegensatz zum Primar- und Sekundarbereich I übertraf Deutschland im Elementarbereich (d.h. für dreijährige Kinder und Ältere) mit 0,6% des Bruttoinlandsprodukts (Ausgaben je Schüler bei 4.956 US-\$) den OECD-Durchschnitt mit 0,4% (Ausgaben je Schüler bei 4.187 US-\$) (OECD 2004). Trotzdem zeigt sich das ungünstige Betreuungsverhältnis besonders in Kindergärten. In Deutschland ist die Schüler/Lehrer-Relation (Anzahl der Schüler pro Erzieher in Vollzeitäquivalenten) im Ele-

⁸⁵ Das Bruttoinlandsprodukt (BIP), das die Produktion von Waren und Dienstleistungen im Inland nach Abzug der Vorleistungen misst, ist ein Maß für die wirtschaftliche Leistung einer Volkswirtschaft in einem bestimmten Zeitraum (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2004b, 721).

mentarbereich (rund 24 Kinder kommen auf eine Betreuungsperson) viel höher als im internationalen Durchschnitt (OECD-Mittel: rund 15 Kinder/Betreuungsperson).

Obwohl Taiwans Wirtschaft im Vergleich zu anderen Industrieländern noch zurückliegt, war sie bis zum Finanzchaos in Ostasien Anfang Juni 1997 in guter Verfassung. Das Wirtschaftswachstum betrug zwischen 1986 und 1997 jährlich über 5% (DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2004c). Der verschlechterten Wirtschaftslage zwischen 2000 und 2001 folgte eine erhöhte Arbeitslosigkeit.

Getreu dem traditionellen chinesischen Gedanken „Nur Bildung und Gelehrsamkeit zählen, alles andere ist ohne Wert“ (wan ban jie xia pin wei you du shu gao) wird in Taiwan der Bildung ein hoher Wert beigemessen. Dies zeigt sich auch in der Gegenwart. Nach einer Umfrage des „Magazins unter dem Himmel“ (Tianxia Zazhi) im Jahre 2002 waren für die Befragten Erziehung und Bildung neben der wirtschaftlichen Entwicklung von größtem Interesse (Xiu, Shu-Fen 2002). Aufgrund des Stellenwertes von Bildung für die nächste Generation erreichte der Anteil der Bildungsausgaben des BSP (Bruttonetozialprodukt) seit 1991 immer über 6%. Allerdings war der wirtschaftliche Rückgang für die Bildungspolitik von großem Nachteil. 2000 fielen die Ausgaben aufgrund der negativen Wirtschaftslage seit fast zehn Jahren erstmals unter die 6%-Marke (5,45%). Im Juli 2002 stiegen die Ausgaben auf 6,08% des BSP (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2003a, 38/62). Um den gekürzten Bildungsausgaben in den letzten Jahren entgegenzusteuern, wurde die Forderung nach einer Gewährleistung des Bildungsbudgets zur Sicherung der Bildungsqualität laut. Nach dem am 13.12.2000 bekannt gegebenen *Gesetz zu Verteilung und Management des pädagogischen Etats (Law of Educational Budget Allocation and Management)* soll ein bestimmter Prozentsatz auf den Bildungssektor (nicht weniger als 21,5% des Durchschnittswerts der Jahresnettoeinnahmen der ersten drei Jahre) entfallen (§ 3). Die Bildungsausgaben steigen in Taiwan wie in den OECD-Ländern mit zunehmender Bildungsstufe und sind im Elementarbereich am niedrigsten. Im Gegensatz zum Primarbereich lag Taiwan im Jahre 2001 im Sekundarbereich und Tertiärbereich deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (vgl. DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2004d; OECD 2004). Unter Betonung einer holistischen Erziehung und der Wichtigkeit der vorschulischen Erziehung haben die Bildungsausgaben je Schüler im Elementarbereich in den zehn Jahren von 1992 bis 2002 um das 1,8-fache zugenommen (vgl.

DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2004e). Im Jahre 2001 wurden in Taiwan je Schüler im Elementarbereich 3.739 US-\$ aufgewendet. Dies lag jedoch unter dem OECD-Durchschnitt, nach dem die durchschnittlichen Ausgaben je Schüler 4.187 US-\$ betragen.

5.1.3 Gesundheitlicher Hintergrund

Was die Gesundheit anbelangt, so besteht kein Zweifel, dass Deutschland mit dem guten Ausbau der medizinischen Versorgung und des Krankenversicherungssystems hinsichtlich Gesundheitserziehung, -schutz und -pflege als vorbildlich gilt, zumal die Ärztedichte weiter steigt. Im Jahre 2002 stand ein Arzt für 274 Einwohner zur Verfügung (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004b, 330). Beachtet werden muss jedoch dabei, dass die Ärzte noch sehr unterschiedlich zwischen Land und Stadt verteilt sind.

Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 11. Februar 2004 betragen die Gesundheitsausgaben im Jahre 2002 234,2 Mrd. Euro, d.h. 2.840 Euro pro Einwohner (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004a). Die Gesundheitsausgaben lagen zwischen 1992 und 2002 immer über 10% des BIP, im Jahre 2002 sogar bei 11,1% (ebd. 2003c). Wie das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung am 2. März 2004 mitteilte, ergab sich für die Krankenkassen im Jahre 2003 ein Defizit von rund 2,9 Mrd. Euro; die Ausgaben der Kassen stiegen damit um rund 1,7% (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2004a). Im Blickpunkt der Öffentlichkeit steht momentan das am 01.01.2004 in Kraft getretene Modernisierungsgesetz des Gesundheitswesens. Mit dessen umfassenden strukturellen Erneuerungen soll die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert werden und zugleich soll das Gesundheitssystem bezahlbar bleiben. Im Besonderen sollen bei den Krankenkassen durch die Reform mittels Leistungstreihungen (z.B. Sterbe-, Entbindungsgeld) und Zuzahlungen (z.B. bei Arzneimitteln, Praxisgebühr) bis zum Jahr 2007 66 Mrd. Euro gespart werden (vgl. RAKOWITZ 2003). Damit werden die Kosten für die Gesundheitsvorsorge überwiegend auf die Versicherten verlagert (vgl. ebd.). Aus der Sicht des VdK-Präsidenten HIRRLINGER sind die Verlierer der Gesundheitsreform chronisch kranke und behinderte Menschen (vgl. SOZIALVERBAND VDK DEUTSCHLAND 2004).

In Taiwan wurde erst seit den 1970er Jahren dem medizinischen Gesundheitsschutz auch auf dem Land Aufmerksamkeit geschenkt. 1986 begannen erste Projekte mit der Vernetzung der

medizinischen Versorgung, um die medizinischen Ressourcen gleichmäßig zu verteilen. Nach der Pressemitteilung des Gesundheitsministeriums am 25.08.1997 (DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC 1997) wurde in seinem nationalen Gesundheitsweißbuch ein zehnjähriger gesundheitlicher Aufbauplan (1997-2006) erstellt, der wichtige Arbeitsschwerpunkte wie Gesundheitsschutz und -pflege, Aufbau eines modernen Impfsystems, Entwicklung eines vollständigen medizinischen Systems, Sicherheit der Arzneimittel, Verbesserung der medizinischen Ausstattungen, Entwicklung der medizinisch-gesundheitlichen Technik und Förderung der internationalen Kooperation umfasst. Im Jahre 2002 standen für 10.000 Menschen 16 Ärzte zur Verfügung (DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2004d). Umgerechnet war ein Arzt für 625 Menschen zuständig. Die Gesundheitsausgaben in Taiwan betrugen im Jahre 2002 nur 5,99% des BIP (HEALTH AND NATIONAL HEALTH INSURANCE ANNUAL STATISTICS INFORMATION SERVICE, DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC 2004). Zwar fing der Ausbau des Gesundheitsschutzsystems für die ganze Bevölkerung in Taiwan später an als in Deutschland, derzeit bemüht man sich aber sehr stark um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Dabei spielt in Taiwan seit einiger Zeit die Sorge um Geburt, Erziehung und Bildung einer gesunden nächsten Generation eine große Rolle.

Schließlich erhöht die verbesserte medizinische Versorgung in Deutschland und in Taiwan nicht nur die menschliche Lebenserwartung, sondern auch immer mehr behinderte Menschen bleiben dadurch am Leben, weil vor allem Frühgeborene und schwerstbehinderte Säuglinge immer höhere Überlebenschancen haben.

5.1.4 Religiöser und weltanschaulicher Hintergrund

Für die Arbeit mit behinderten Menschen haben Religion, Glaube und Weltanschauung eine große Bedeutung. Art. 4 des *Grundgesetzes* der Bundesrepublik Deutschland garantiert die Glaubensfreiheit und Art. 140 das Recht der Religionsgemeinschaften. Ihr Verhältnis zum Staat ist in den Art. 136-139 und 141 der deutschen (Weimarer) Verfassung von 1919, deren Ideen unter anderem Bestandteil des *Grundgesetzes* sind, festgelegt und durch das Prinzip der Trennung von Kirche und Staat gekennzeichnet (vgl. KMK 2003a, 18). Die Deutschen sind mehrheitlich Christen. Im Jahre 2002 waren 26.466.000 Mitglieder in der römisch-katholischen Kirche (ca. 32.07% der Bevölkerung), die evangelische Kirche in Deutschland hatte

26.211.000 Mitglieder (ca. 31.76% der Bevölkerung) (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004b, 63f.). Außerdem gibt es griechisch-orthodoxe Kirchen, jüdische Gemeinden und rund 3 Millionen Moslems, deren größte Gruppe Türken sind (vgl. KMK 2003a, 18).

Anzumerken ist, dass der Religionsunterricht nach dem *Grundgesetz* (Art. 7 Abs. 3) an den öffentlichen Schulen, mit Ausnahme der bekenntnisfreien Schulen, ordentliches Lehrfach ist (außer Bremen und Berlin) (vgl. KMK 2003a, 18). Bislang wurde in keinem Land islamischer Religionsunterricht als ordentliches Lehrfach eingeführt (vgl. ebd.), aber in einzelnen Ländern werden gegenwärtig im Rahmen des muttersprachlichen Unterrichts religionskundliche Aspekte des Islam vermittelt. Nach Art. 7 Abs.2 des *Grundgesetzes* bestimmen die Eltern über die Teilnahme des Kindes am Religionsunterricht. Vom 12. Lebensjahr an bedarf eine Entscheidung der Eltern auch der Zustimmung des Kindes; nach Vollendung des 14. Lebensjahres kann das Kind selbst entscheiden, ob es am Religionsunterricht teilnehmen will, soweit das Landesrecht keine andere Regelung vorsieht (vgl. ebd., 19). In den meisten Ländern findet Ethikunterricht als Alternativ- oder Ersatzfach für die Schüler statt, die nicht am Religionsunterricht teilnehmen.

Im Verlauf der letzten Jahre ist die Zahl der Katholiken und Evangelen immer weiter zurückgegangen (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2003b, 2004b). Nach BÜRLI (1997,128) nahm das Vertrauen in die Kirche in den letzten zehn Jahren stark ab und die abendländische Kultur ist durch eine ständig zunehmende Säkularisierung gekennzeichnet. Deutschland wird heute einerseits vom traditionellen Erbe Europas, wie der Philosophie der Antike, dem Humanismus, der Rationalität der Aufklärung und der Kraft des Christentums, andererseits durch die markanten Kennzeichen der Moderne und Postmoderne, wie Menschen-/Bürgerrechte, Individualität, Pluralismus und Gesellschaftsdynamik, geprägt (vgl. ebd., 129). Die Sonderpädagogik und damit die Frühförderung sind von diesem Wertepluralismus (vgl. KOCH 1999, 130), dem Wertewandel und der Werteverunsicherung betroffen. Parallel zur Beratungs- und Betroffenenliteratur wird eine heftige Eugenik-Diskussion, bezogen auf die pränatale Diagnostik und die Euthanasie schwerstbehinderter Neugeborener, geführt (vgl. Kap. 3.4.3 und Kap. 3.10).

In Taiwan ist die Freiheit des Glaubens in § 13 der *Verfassung* der ROC verankert. Im Jahre 2001 gehörten ca. 12.960.000 Menschen in Taiwan – mehr als 50 Prozent der Bevölkerung – einem religiösen Glauben an (vgl. Kap. 22 „Religion“ in GOVERNMENT INFORMATION

OFFICE, ROC 2003). Davon waren 5.486.000 Menschen buddhistisch (ca. 24,48% der Bevölkerung) und 4.546.000 taoistisch (ca. 20,29% der Bevölkerung). Allerdings gab es mit 8.604 (37,17%) deutlich mehr taoistische als buddhistische Tempel (4.037 = 17,44%) (ebd.). Die meisten Taiwanesen sind gleichzeitig Anhänger der Volksreligionen, deren Glaubensvorstellungen, Rituale und Amtsträger stark mit anderen weltlichen und gesellschaftlichen Bereichen verwoben sind und die über ein Pantheon mit weiblichen und männlichen Gottheiten verfügen. Aufgrund der Neigung zu Polytheismus und Synkretismus ist die taiwanesisch (chinesische) Gesellschaft stark von Ahnenkult, Taoismus und Buddhismus geprägt, hat sich zudem aber auch nie dem Einfluss anderer einheimischer und ausländischer Religionen verschlossen (vgl. Kapitel 22 „Religion“ in GOVERNMENT INFORMATION OFFICE, ROC 2003). Einzelne Richtungen des Buddhismus, Taoismus und der Volksreligion sind schwierig voneinander zu trennen. Manchmal werden auch die im Volk sehr populäre Meerese Göttin Matsu und die buddhistische Göttin der Barmherzigkeit Kuanyin in ein und demselben Tempel verehrt. Traditionell bildeten und bilden in Taiwan religiöse Vereinigungen das Rückgrat des kommunalen Dienstleistungssystems für Ambulanzen, Kliniken, Seniorenheime, Behindertenzentren, Schulen, Colleges und Universitäten.

Neben den vielfältigen religiösen Kräften hatte in der traditionellen taiwanesischen (chinesischen) Gesellschaft die Philosophie der Antike, vor allem der Konfuzianismus, wichtigen Einfluss auf die Sonderpädagogik. Die sonderpädagogischen Wissenschaftler führen das uneingeschränkte Bildungsrecht behinderter Menschen (zero rejection) immer auf den ursprünglichen Gedanken „Bei der Bildung gibt es keine Klassenunterschiede“ zurück (vgl. Kap. 4.2). Im Hinblick auf die Offenheit gegenüber Religionen gehört aber auch eine Anzahl von Taiwanesen keiner festen Religionsgemeinschaft an. Ihre Weltanschauung orientiert sich an einer Weltreligion, in der kein einzelner Gott existiert. In der Schule wurde daher nicht Religionsunterricht, sondern Ethik als Unterrichtsfach eingerichtet. Durch das industrielle und wirtschaftliche Wachstum wandelt sich Taiwan wie die westlichen Länder allmählich zu einer modernen und konsumorientierten Gesellschaft. Dabei entwickeln sich Individualität und Pluralismus. Die Arbeit mit behinderten Menschen und die Frühförderung werden von diesem Wertpluralismus und von den Konflikten zwischen Tradition und Moderne in immer stärkerem Maße betroffen.

5.1.5 Sozialer und gesellschaftlicher Hintergrund

Die Frühförderung hängt eng mit sozialgesellschaftlichen Strukturen und Bedingungen zusammen. In Deutschland ist heute eine zunehmende Individualisierung der Gesellschaft zu beobachten. Das Erscheinungsbild der Familien und Haushalte im Europäischen Wirtschaftsraum hat sich in den letzten dreißig Jahren verändert (vgl. BÜRLI 1997, 136). Seit 1970 leben in der Bundesrepublik Deutschland durchschnittlich weniger als drei Personen in einem Haushalt (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004b, 45). Die Eheschließungen gingen seit 1960 immer weiter zurück (ebd., 50). Gestiegen ist dagegen die Zahl der Scheidungen (vgl. ebd. 2003b, 75; 2004b, 57). Dadurch wächst auch die Zahl allein erziehender Elternteile (vgl. ebd. 2003b, 64; 2004b, 46).

Zu einem aktuellen sozialen Problem ist die sich mit dem wirtschaftlichen Rückgang erhöhende Arbeitslosigkeit geworden. Ihre Bekämpfung ist derzeit eine der dringlichsten Aufgaben. Die Langzeitrezession und die Langzeitarbeitslosigkeit gehören zu den Ursachen der sogenannten neuen Armut (vgl. BÜRLI 1997, 137). Laut Bericht des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) lebt durchschnittlich jeder elfte Deutsche in Armut, wobei das Armutsrisiko für Arbeitslose, Alleinerziehende und kinderreiche Familien besonders hoch ist (vgl. DIE WELT am 09.07.2004). Für Kinder, die in solchen sozial benachteiligten Familien aufwachsen, bestehen erhöhte Entwicklungsrisiken in Form von psychosozialen Vernachlässigungen und Deprivationen (vgl. Kap. 3.10). Untersuchungen belegten die Wirksamkeit einer frühen Intervention bei Kindern mit psychosozialen Entwicklungsrisiken (vgl. Kap. 3.9).

Deutlich wird ebenso, dass die Bevölkerungsstruktur in Deutschland durch die großen Bevölkerungsbewegungen und -verschiebungen der Nachkriegszeit bestimmt wird (vgl. KMK 2003a, 20). Ein weiterer Faktor in der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur ist die Zahl der in Deutschland lebenden Ausländer. Die Ausländerquote erreichte am 31.12.2003 ca. 8,9% der gesamten Bevölkerung, davon sind die Türken mit 25,6 % aller Ausländer die größte Gruppe (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004b, 47). Diese Zahlen begründen die Notwendigkeit der Beachtung kultureller Unterschiede und der Integration der Ausländer im Unterricht. Auffallend ist bei ausländischen Migranten der um 18% (DIE WELT am 09.07.2004) bzw. 28,5% (gegenüber 8,2% bei deutschen Familien in SOHNS 2000b, 108) deutlich höhere Armutsanteil an der Bevölkerung. Ebenfalls hat der Anteil der Kinder aus ausländischen Fa-

milien in den letzten zwanzig Jahren in der Frühförderung nach HOHMEIER (1996, 241 in SCHATNER 2004, 69) ständig zugenommen. Unterschiedliche Anteile ausländischer Kinder in der Frühförderung ergaben einzelne Befragungen (HOHMEIER 1996 [in SOHNS 2000b, 108]: 14,3%, jedoch deutlich höher in Ballungsgebieten, z.B. in Köln: 26,6%; SCHATNER 2001 [in SCHATNER 2004, 76f.]: ca. 25%⁸⁶). In der Interdisziplinären Frühförderstelle Stuttgart war in den vergangenen Jahren ein unerwartet hoher Klientenanteil nicht-deutscher Herkunft (43-47%) bei einem Bevölkerungsanteil von 31% (WERNER 2004, 25). Im Hinblick darauf ist es notwendig, dass die Frühfördermitarbeiter über Bereitschaft und fachliche Kenntnisse verfügen, sich mit den unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und den sich daraus ergebenden speziellen Bedürfnissen näher auseinander zu setzen. Die Befragungen von SCHATNER (2004) an 21 Sonderpädagogischen Beratungsstellen und acht Interdisziplinären Frühförderstellen in Baden-Württemberg im Jahre 2001 zeigten Probleme zwischen Mitarbeitern in der Zusammenarbeit mit Migrantenfamilien am häufigsten im Bereich der Sprache/Kommunikation (76,3%) als Folge von Differenzen in den Erziehungsvorstellungen (47,4%) und in kulturellen Unterschieden (23,7%) (vgl. ebd., 72ff.). Gleichzeitig wurden beim erfolgreichen Aufbau eines gegenseitigen Vertrauens zwischen Mitarbeitern und Migrantenfamilien aber auch positive Eigenschaften von Migrantenfamilien beschrieben: Kooperationsbereitschaft, Gastfreundschaft, Aufgeschlossenheit und Dankbarkeit, ein hoher Stellenwert der Kinder in der Familie und ein großer Rückhalt in der Groß- oder Kleinfamilie (vgl. ebd., 74f.). Dennoch besteht Verbesserungsbedarf in der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter (vgl. ebd., 77).

In den 1980er Jahren setzten in Taiwan nicht nur wirtschaftliche und politische, sondern auch soziale Veränderungen ein. Politisch unterschiedliche Meinungen wurden zugelassen und Demokratisierungsbewegungen entstanden. Zugleich begannen die Behindertenvereine, sich öffentlich für die Erziehung und Bildung behinderter Menschen und verbesserte soziale Bedingungen zu engagieren (vgl. KE, Ping-Shung ²1998, 10). Taiwan öffnete sich in Richtung einer modernen Gesellschaft, in der man den Wertepluralismus akzeptiert und sich traut, eigene Interessen zu vertreten – das gilt auch für die Eltern behinderter Kinder. Sie fordern vom Staat bessere soziale Maßnahmen für behinderte und sozial schwächere Menschen.

⁸⁶ Der Anteil basierte auf der durchschnittlichen Auswertung von acht an der Untersuchung teilnehmenden Interdisziplinären Frühförderstellen (16,6%) und 21 an der Untersuchung teilnehmenden Sonderpädagogischen Beratungsstellen (ca. 33%) (SCHATNER 2004, 71)

Die veränderten sozialgesellschaftlichen Bedingungen führen andererseits möglicherweise zu neuen Gefährdungen für die Kinder. Zunächst ist die Veränderung der familiären Strukturen zu nennen. Früher war die Großfamilie das Fundament sozialer Wohlfahrt in der chinesischen Gesellschaft. Traditionell lebten alle Mitglieder einer Bauernfamilie (i.d.R. drei Generationen, ideal sogar fünf Generationen) in einem Haushalt zusammen und unterstützten sich gegenseitig. Durch die moderne und industrielle Wirtschaft ist das klassische Konzept der von der Familie getragenen gegenseitigen Unterstützung ins Wanken geraten. Immer mehr junge Menschen gründen Kleinfamilien, welche im Jahre 2002 von allen Familien in Taiwan 47,74% ausmachten (DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2002). Die durchschnittliche Personenzahl der privaten Haushalte nahm deutlich ab; sie betrug im Jahre 2003 3,2 Personen (DEPARTMENT OF POPULATION, MINISTRY OF THE INTERIOR, ROC 2004). Die Scheidungsrate in Taiwan hat sich zwischen 1990 und 2003 verdoppelt (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2004b). Aus der Instabilität der Ehen ergaben sich in den letzten zehn Jahren immer mehr Familien mit allein erziehenden Elternteilen – im Jahre 2002 machten sie 8,09% aus (DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2002).

Auffällig ist der hohe Anteil allein erziehender Väter in Taiwan (durchschnittlich ca. 43% der allein erziehenden Familien zwischen 1991 und 1998) (vgl. XUE, Cheng-Tai 2001). Hintergrund dafür ist zum einen, dass die Väter früher bei der Scheidung i.d.R. das Vormundschaftsrecht für die Kinder erhielten⁸⁷, zum anderen orientiert sich die taiwanesishe Gesellschaft nach wie vor am Patriarchat. Zugleich wird größere Aufmerksamkeit auf die Problematik der finanziellen Lage und Erziehung in der Ein-Eltern-Familie gelenkt. Aus einer Untersuchung des Familieneinkommens von 1994 und 1998 ergibt sich, dass der Anteil armer Kinder und Jugendlicher in drei Jahren von 6,16% auf 6,31% gestiegen ist; umgerechnet bedeutet dies: Eines von 16 Kindern (bzw. Jugendlichen) lebt in einer armen Familie (vgl. XUE, Cheng-Tai 2001; vgl. auch LIN, Hui-Fen 2001). Die Armutswahrscheinlichkeit ist bei allein erziehenden Eltern im Jahre 1998 (9,84%) deutlich höher als bei Ehepaaren mit Kindern unter 18 Jahren (5,59%) und über 18 Jahren (3,57%) (XUE, Cheng-Tai 2001). Negativ ist dies besonders für allein erziehende, geschiedene Frauen, da ihnen in der patriarchalisch orientierten taiwanesischen Gesellschaft allgemein noch wenig Akzeptanz entgegengebracht wird. Sie sind in höherem Maße als die allein erziehenden Väter von Armut betroffen (feminization of

⁸⁷ Nach § 1115 des „Volksgesetzes“ im Jahre 1996 haben die Väter keinen Vorrang beim Vormundschaftsrecht mehr, sondern das Interesse des Kindes ist entscheidend (vgl. XUE, Cheng-Tai 2001).

poverty) und sind häufiger sowohl der doppelten Erziehungsverantwortung als auch sozialer Benachteiligung, Isolation und psychischen Belastungen ausgesetzt (vgl. ZHENG, Li-Zhen 2001). Vergleicht man jedoch die hohe Armutswahrscheinlichkeit allein erziehender Mütter mit der allein erziehender Väter, so sieht man, dass auch allein erziehende Väter in zunehmendem Maße unter Armut leiden (vgl. XUE, Cheng-Tai 2001). Für Kinder, die unter solchen ungünstigen Lebensbedingungen aufwachsen, erhöhen sich die Entwicklungsrisiken. Diese Tatsache wird in der Frühförderung in Taiwan jedoch noch kaum berücksichtigt (vgl. ebd.).

Eine weitere Problematik ist die sich erhöhende Diskrepanz zwischen Arm und Reich. Nach der Umfrage des „Magazins unter dem Himmel“ (Ti Xia zazi) spürte im Jahre 2002 die Mehrheit der Befragten (75%) diese Diskrepanz (vgl. XIU, Shu-Fen 2002). Verschärft wird die Problematik durch die höhere Zahl der Arbeitslosen. Im Jahre 2002 erreichte die Arbeitslosenquote mit 5,17% den höchsten Wert seit vierzig Jahren. Für die Befragten war die Arbeitslosigkeit die aktuell größte Sorge (vgl. ebd.).

Zwar steigen seit 1994 die Ausgaben für die Sozialleistungen, aber aufgrund des Rückgangs des Wirtschaftswachstums im Jahre 2001 ist die Überprüfung der Bedürftigkeit durch Städte und Landkreise strenger geworden. Die Unterstützungsgelder für Behinderteninstitutionen erfuhren einen neuen Verteil- und Finanzierungsmodus, der besonders für die einkommensschwachen Familien sehr von Nachteil ist (vgl. PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC 2001). Betrachtet man die taiwanesischen Ausgaben für die Sozialleistungen bezogen auf das BIP von 1991 bis 2001, so waren sie zwar niedriger als in Japan, jedoch höher als in Singapur und in China; im Jahre 2004 betragen sie 5,3% des BIPs (DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2004b). Im Vergleich zu Deutschland, dessen Sozialbudget im Jahre 2002 32,5% betrug (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2004b, 7.2), ist der Anteil in Taiwan als mangelhaft zu bezeichnen.

Gesellschaftlich bedeutungsvoll ist derzeit die ansteigende Rate der Eheschließungen zwischen Taiwanern und Ausländern, die nach Mitteilung des Statistischen Amtes des Innenministeriums im Jahre 2003 11,45% der angemeldeten Hochzeitspaare erreichte (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2004a). Diese Tatsache wirft Fragen nach dem Aufenthalt, der Erziehung und der Bildung bezogen auf das zunehmend multikulturelle Zusammenleben auf. Aufgrund der militärischen Bedrohung durch China nach

dem Zweiten Weltkrieg befand sich Taiwan in politischer Unruhe. Daher wanderten viele Personen in westliche Länder, vor allem in die USA, aus. Seitdem in den 1990er Jahren der Friedensprozess zwischen Taiwan und China angebahnt wurde, und nicht zuletzt auch aufgrund des industriellen Wachstums, ist die Zahl der Auswandernden nicht mehr so deutlich gestiegen. Die Zahl der ausländischen Arbeiter nimmt zu. Sie betrug im April 2004 298.480⁸⁸, das entspricht ca. 1,32% der gesamten Bevölkerung, wovon Thailänder mit 34,12% die größte Gruppe darstellten (EMPLOYMENT AND VOCATIONAL TRAINING ADMINISTRATION, CLA, ROC 2004). Der steigende Anteil ausländischer Arbeitskräfte bedroht vor allem die Arbeitsplätze der Ureinwohner⁸⁹ in Taiwan, die im Jahre 2003 ca. 1,97% der gesamten Bevölkerung ausmachten (DEPARTMENT OF POPULATION, MINISTRY OF THE INTERIOR, ROC 2004). Im Gegensatz zu Deutschland ist Taiwan kein Einwanderungsland und die multikulturelle Gesellschaft ist nicht so ausgeprägt, aber sie äußert sich doch im täglichen Leben. Darüber, wie die Mitarbeiter der Frühförderung die speziellen Anforderungen durch die Konfrontation mit anderen Normen und Werten bewältigen, gibt es in Taiwan gegenwärtig keine aktuellen Berichte.

5.1.6 Demographischer Hintergrund

Was das Weltbevölkerungswachstum anbelangt, treten deutliche Unterschiede zwischen den Industrieländern und den Entwicklungsländern⁹⁰ auf. Das Wachstum findet zu 99 Prozent in den Entwicklungsländern statt (vgl. DSW 2004, 2). Im Gegensatz dazu sind in den meisten Industrieländern Alterung und Bevölkerungsrückgang zu vermerken (vgl. ebd. 2f.). Im Jahre 2004 betrug die natürliche Wachstumsrate in Deutschland sogar -0,2% (ebd., 10). Nach der Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes am 6. Juni 2003 wird im Jahre 2050 jeder dritte Deutsche 60 Jahre oder älter sein (STATISTISCHES BUNDESAMT 2003a). Die zunehmende Überalterung dürfte zu einer Zunahme behinderter und pflegebedürftiger Menschen führen und der Stellenwert der Senioren dürfte sich verändern, wobei die beschränkten Ressourcen für die soziale Wohlfahrt wahrscheinlich zu einem neuen Spannungsverhältnis zwischen den Generationen, d.h. zwischen jungen und alten Bedürftigen, führen werden (vgl. BÜRLI 1997, 150). Darüber hinaus bringt die Überalterung der Gesellschaft auch die bisherigen Infrastrukturen für Bildung und Gesundheit in Schwierigkeiten. BÜRLI (ebd.) verdeut-

⁸⁸ Im April 2004 gab es in Taiwan insgesamt 22.627.000 Einwohner (Quelle: Government Information Office, ROC 2004).

⁸⁹ Die genauere Information über Ureinwohner Taiwans siehe Kap.4.8.2.

⁹⁰ Siehe Kap. 5.1.

licht: „Erstens sind sie infolge des Rückgangs der erwerbsfähigen Bevölkerung nicht mehr leicht zu finanzieren. Zweitens sind die Strukturen im schulischen Bereich angesichts des Rückgangs der Kinderzahlen nicht im bisherigen Ausmass aufrechtzuerhalten.“

Die demographische Entwicklung in Taiwan ist nicht wie in Europa von Alterung und Bevölkerungsrückgang geprägt, aber der Baby-Boom in den Nachkriegsjahren setzte die Wirtschaft Taiwans einem übermäßigen demographischen Druck aus. Deswegen initiierte die Regierung ein Programm zur Familienplanung und ergriff auch andere Maßnahmen, um die Probleme in den Griff zu bekommen. So geht die Geburtenrate seit 1958 stetig zurück. Zu diesem Rückgang trugen z.B. längere Ausbildungszeiten, der Anstieg der Arbeitsbeteiligungsquote der Frauen und spätere bzw. gar keine Heirat bei (vgl. FENG, Yan 2002). Des Weiteren stieg die Lebenserwartung deutlich an. Im Jahre 2004 betrug die natürliche Wachstumsrate in Taiwan 0,4% (vgl. DSW 2004, 12). Was die Altersstruktur anbelangt, lag der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahren im Jahre 2004 bei 9% (ebd.); für das Jahr 2051 wird dieser Anteil in Taiwan jedoch auf 29,8% geschätzt (COUNCIL FOR ECONOMIC PLANNING AND DEVELOPMENT, EXECUTIVE YUAN, ROC 2002).

In Taiwan spürt man heute noch eine starke moralische Verpflichtung gegenüber älteren Menschen und diese spiegelt sich in der taiwanesischen Gesetzgebung und dem zunehmenden Finanzbudget für alte Menschen in den letzten Jahren wider. Im Jahre 2004 stieg der Etat der Regierung, verglichen mit dem Jahr zuvor, um 25,2% (DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2004a). Dies kann man auf die Zeit vor Konfuzius zurückführen, wo Respekt der Kinder vor den Eltern als die Kardinaltugend im ethischen Beziehungsgefüge der Chinesen galt. Anders als in Europa, herrscht in Taiwan daher bis jetzt noch keine Konkurrenz um die sozialen Ressourcen zwischen jungen und alten Menschen.

5.2 Bildungshintergrund im Vergleich

Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelten sich die politischen Grundlagen des Bildungswesens in der BRD und der DDR sehr unterschiedlich. Während die BRD staatsrechtlich an den Föderalismus im Kaiserreich (1871-1918) und die Weimarer Republik (1919-1933) anknüpfte, war das Bildungssystem in der DDR zentral verwaltet und wurde ideologisch im Sinne der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) gelenkt (vgl. KMK 2003a, 24f.). Nach der

Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten waren u.a. „die Neugestaltung des Schulwesens auf der Basis der einschlägigen Vereinbarungen der Kultusministerkonferenz sowie die Reform des Hochschulwesens in den ostdeutschen Ländern“ zentrale bildungspolitische Aufgaben, wie die KMK (ebd., 26) berichtet. Seitdem wird die Verantwortung für das Bildungswesen in Deutschland durch die föderative Struktur und die Kulturhoheit der Länder bestimmt.

Das *Grundgesetz* gibt nur einige grundlegende Bestimmungen für die Bildung, Erziehung, Kultur und Wissenschaft des Staates vor. Der überwiegende Teil der Verantwortung für die Gesetzgebung und Verwaltung im Bildungswesen liegt bei den Ländern, soweit das *Grundgesetz* nicht dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht (vgl. KMK 2003a, 26/36). Zur Koordinierung der Zusammenarbeit der Länder in den Bereichen Bildung und Erziehung, Hochschulen und Forschung sowie kulturelle Angelegenheiten wurde 1948 die „Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder“ (KMK) gegründet, in der die Länder seither ständig zusammenarbeiten (vgl. ebd., 17). Innerhalb der Bundesregierung ist vor allem das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für die Aufgabenbereiche des Bundes zuständig. Notwendige Abstimmungen zwischen Bund und Ländern erfolgen nach der KMK (2003a, 35f.) u.a. im Bundesrat, in der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK), im Wissenschaftsrat und im Planungsausschuss für den Hochschulbau. Im *Grundgesetz* (Art. 91b) ist das Zusammenwirken von Bund und Ländern vorgeschrieben. Des Weiteren erstreckt sich eine bilaterale Zusammenarbeit im Rahmen von Kulturabkommen mit auswärtigen Staaten über die multilaterale Zusammenarbeit im Europarat, der UNESCO, der OECD und der OSZE (Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa) bis hin zur supranationalen Zusammenarbeit in der EU. In der auswärtigen Kulturpolitik steht der Zuständigkeit des Bundes für die auswärtigen Beziehungen (Art. 32 *Grundgesetz*) die innerstaatliche Verantwortung der Länder für Bildung und Kultur gegenüber (Art. 30 *Grundgesetz*) (ebd., 44).

Die Struktur des Bildungswesens gliedert sich horizontal nach Altersstufen in den Elementarbereich (3-6 Jahre), den Primarbereich (6-10 Jahre), die Sekundarstufe I (z.B. Hauptschule, Realschule, gleiche Klassenstufen im Gymnasium; 10/12-15/16 Jahre), die Sekundarstufe II (z.B. gymnasiale Oberstufe, berufliche Bildung, 15/16-18/19 Jahren), den tertiären Bereich (z.B. Universitäten, Fachhochschulen; ab 18/19 Jahre) und den quartären Bereich (berufliche und allgemeine Weiterbildung; ab 18/19 Jahren) (vgl. SANDER ²2002a, 47ff.; vgl. auch

KMK 2003a, 28-34). Die Selektion für eine wissenschaftliche oder berufliche Bildung fängt schon im fünften Schuljahr an und die Weiterbildung ist ein bedeutendes Element des Bildungswesens. Die allgemeine Schulpflicht beginnt für alle Kinder nach der Vollendung des 6. Lebensjahres und beträgt i.d.R. neun Vollzeitschuljahre (in Berlin, Brandenburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt zehn Vollzeitschuljahre) (vgl. KMK 2003a, 27).

Die Schulverwaltung arbeitet im Allgemeinen in einem zweistufigen System, in dem die oberste Ebene vom Kultusministerium und die untere Ebene von den staatlichen Schulämtern auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte gebildet werden (vgl. ebd., 45). Ihre Aufgabe ist die Planung und Organisation des gesamten Schulwesens. Im März 1999 verständigten sich 16 Länder innerhalb der Kultusministerkonferenz darauf, „die Zusammenarbeit verstärkt auf die Vereinbarung qualitativer Standards auszurichten“ (ebd., 41). Während die Klassenfrequenz 22,0 Schüler je Klasse betrug, lag die Schüler-Lehrer-Relation (alle Schüler auf Vollzeitlehrer-Einheiten bezogen) im Jahre 2002 an den Grundschulen bei 19,9 Schülern je Lehrer (KMK 2003c, XI/XII/38/42/108) und damit unter dem OECD-Mittel (rund 17). Nach den Diskussionen um PISA (Kap. 3.2) ist die Qualitätssicherung im deutschen Schulwesen ein zentrales Thema.

Die vorschulische Erziehung von Kindern im Alter von drei Jahren bis zum Schuleintritt hat in der Bundesrepublik Deutschland eine lange Tradition, die an die Weimarer Republik anknüpft. In erster Linie ist es die Aufgabe der vorschulischen Einrichtungen, wie der Kindergartengründer Fröbel schreibt, die Erziehung der Familie zu ergänzen (vgl. KMK 2003a, 82). Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs entwickelten sich die Systeme der vorschulischen Erziehung in der DDR und der BRD unterschiedlich: Während die Familienerziehung in der BRD Vorrang vor der öffentlichen Erziehung hat, hatte in der DDR die gesellschaftliche Erziehung Priorität (vgl. ebd., 82f.; vgl. auch KOCH 1999). Nach der Wiedervereinigung Deutschlands wurden die Einrichtungen des Elementarbereichs 1991 in den ostdeutschen Ländern auch Bestandteil des Kinder- und Jugendhilfebereichs. Rechtsgrundlage dafür ist das *Kinder- und Jugendhilfegesetz* vom 26.06.1990, das zwischenzeitlich mehrfach geändert wurde. Inzwischen sind die Einrichtungen des Elementarbereichs in den ostdeutschen Ländern weitgehend vergleichbar mit denen der westdeutschen Länder (vgl. KMK 2003a, 83). Das quantitative Betreuungsangebot in Deutschland betrug 1998 bezüglich der verfügbaren Plätze je 100 Kinder im Alter von drei bis sechseinhalb Jahren durchschnittlich 100,3% (in den ost-

deutschen Ländern 111,8% und in westlichen Ländern 88,8%) (vgl. KMK 2003a, 87), was bedeutet, dass für jedes Kind ein Platz vorhanden war.

Die Zuständigkeit für die Einrichtungen des Elementarbereichs liegt in den meisten Ländern bei den Jugend- und Sozialministerien. Die Gesamtverantwortung übernehmen die Jugendämter auf örtlicher Ebene. Nur die Vorklassen für Fünfjährige, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind und die Vorklassen für Sechsjährige, die noch nicht schulfähig sind, unterstehen i.d.R. den Schulaufsichtsbehörden (vgl. ebd., 44). Der Schulaufsicht unterstehen auch die Schulkindergärten, die in einigen Ländern für noch nicht schulfähige Sechsjährige bestehen (vgl. ebd.).

Die vorschulische Erziehung ist in Deutschland nicht Bestandteil des öffentlichen Schulsystems, daher ist der Besuch des Kindergartens nicht kostenlos. Die Kindergärten in öffentlicher Trägerschaft werden durch Zuschüsse der Kommune, des Landes und Elternbeiträge finanziert; die Kindergärten in freier Trägerschaft werden zusätzlich mit Eigenmitteln des Trägers (im Durchschnitt 20%) unterstützt (vgl. ebd., 71). Bei der Trägerschaft in Deutschland zeigen sich Unterschiede zwischen Ost und West. Während Kindergärten in den westdeutschen Ländern überwiegend (rund 66% im Jahre 1998) von freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe (vor allem die Kirchen und Wohlfahrtsverbände, aber auch Elternvereine u.a.) betrieben wurden, erreichten die freien Träger in den ostdeutschen Ländern bis 1998 nur einen Anteil von rund 33%, da in der DDR die Kindergärten bis 1990 grundsätzlich in staatlicher bzw. kommunaler Trägerschaft waren (vgl. ebd., 52).

Der Kindergartenbesuch ist in Deutschland ebenfalls nicht obligatorisch und die Anzahl der Kinder steigt mit zunehmendem Alter. Die Grund- und Strukturdaten 2003 (in KMK 2003a, 87) zeigten, dass im Jahre 2000 56,3% der Kinder im Alter von drei bis vier Jahren in den Kindergarten gingen, im Alter von vier bis fünf Jahren 82,9% und im Alter von fünf bis sechs Jahren 89,8%. Die vorschulische Erziehung findet i.d.R. in altersgemischten Gruppen statt, wobei eine Vielfalt von Bildungsinhalten und didaktischen Methoden zur Verfügung steht.

Wie in Deutschland waren nach dem Zweiten Weltkrieg aufgrund der unterschiedlichen bildungspolitischen Ideologien auch in Taiwan (ROC) und in der VRC zwei unterschiedliche Bildungssysteme entstanden. Bis heute sind sie nicht wiedervereinigt, aber auf der 7. Nationalen Bildungskonferenz Taiwans im Jahre 1994 hob man die Bedeutung des Wissenschafts-

austauschs über die Straße von Taiwan mit der VRC hervor (vgl. Kap. 18 „Education“ in GOVERNMENT INFORMATION OFFICE, ROC 2003). In Taiwan als einem demokratischen und rechtlichen Staat dient das Bildungswesen der Verwirklichung der „Drei Prinzipien des Volkes“ von Dr. Sun Yat-sen: Volkstum, Volksherrschaft und Volkswohlfahrt (vgl. Kap. 5.1).

Aufgrund der zentralistischen Bildungsverwaltung besitzt das Bildungsministerium den höchsten Stellenwert und entwirft im Auftrag der zentralen Regierung die grundlegenden Gesetze des Bildungswesens. Es ist nicht nur für die nationale Wissenschaft, Kultur, Bildungsaufsicht und -verwaltung sowie die internationale Zusammenarbeit zuständig, sondern es verfügt auch über Einstellungs- bzw. Entlassungsrecht für Personal. Darüber hinaus besitzt es die Befugnis, Anordnungen zu erlassen und Disziplinarmaßnahmen für die örtlichen Bildungsbehörden zu verhängen (vgl. LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan³2000, 130f.).

Die Struktur des Bildungswesens kann auf das 1922 von der zentralen Regierung erstellte „6-3-3-4“ Schulsystem zurückgeführt werden. Sie erfuhr, wie in Deutschland auch, eine plurale Entwicklung und ist ebenfalls horizontal nach Alter eingeteilt in den Elementarbereich (Kindergarten; 4-6 Jahre), die Primarstufe (Primary School; 6-12 Jahre), die Sekundarstufe I (Junior High School; 12-15 Jahre), die Sekundarstufe II (Senior Secondary School, z.B. Senior High School und Senior Vocational School; 15-18 Jahre) und die höhere Ausbildung (von College/University über Master Programm bis zum Doctoral Programm) (vgl. DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2003a). Die Trennung zwischen einer wissenschaftlichen und einer beruflichen Ausbildung findet in der Sekundarstufe II statt, die damit später als in Deutschland beginnt. Die Weiterbildung ist nicht institutionalisiert, da sich die Grundstruktur des Bildungswesens in Taiwan auf das Schulsystem konzentriert. Sie ist zwar nicht so weit entwickelt wie in Deutschland, gewinnt aber derzeit auch verstärkte Aufmerksamkeit. Die Schulpflicht beginnt in Taiwan für alle ab Vollendung des sechsten Lebensjahres und dauert einheitlich 9 Jahre.

Die Verwaltungsorgane für das Bildungswesen sind in ein dreistufiges System unterteilt: das Bildungsministerium (Ministry of Education) in der zentralen Regierung, die Bildungsbehörden (Municipal Bureau of Education) in den regierungsunmittelbaren Städten (Definition siehe 4.8.1.1) Taipei und Kaohsiung und die Bildungsbehörden in den anderen Städten und Landkreisen (County/City Bureaus of Education). Die oberste Ebene ist das Bildungsministe-

rium, das für die nationale Bildungspolitik, die staatlichen Schulen und die höhere Ausbildung sowie die Planung und Organisation des Schulwesens verantwortlich ist. Es hat auch das Entscheidungsrecht bezogen auf die Verwaltung des Personals und die Erstellung der Richtlinien und Lehrpläne für die örtlichen Bildungsbehörden. Seit einigen Jahren gilt das Prinzip der kleinen Schulklassen, um die qualitativen Standards des Bildungswesens der Industrieländer aufzuholen. Die Schüler-Lehrer-Relation erreichte im Schuljahr 2002/2003 an den Grundschulen 18,39 Schüler je Lehrer, während die Klassenfrequenz noch bei 30,12 Schüler je Klasse lag (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2003a, 35/60).

Im Vergleich zu Deutschland entwickelte sich die vorschulische Erziehung in Taiwan später. Der Name „Kindergarten“ (Youeryuan) für Bildungseinrichtungen für Kinder unter sechs Jahren wurde 1922 mit der Einführung des neuen Schulsystems vom Bildungsministerium festgesetzt (vgl. LI, Wen-Yi 2000b, 98/100). Die vorschulischen Einrichtungen dienen in erster Linie der Ergänzung der Familienerziehung. Traditionell sind die Frauen für die Kindererziehung verantwortlich. Der Bedarf an Kinderbetreuung ist aber mit der Zunahme von allein erziehenden bzw. berufstätigen Frauen enorm gestiegen. Die rechtlichen Bestimmungen für Kindergärten für Vier- bis Sechsjährige beruhen ursprünglich auf der 1943 bekannt gegebenen *Methode der Kindergartenerrichtung* und dem 1981 erlassenen *Kindergartengesetz* (vgl. ebd., 105f.). Nach diesem bezieht sich die vorschulische Erziehung im Kindergarten auf Kinder von vier bis sechs Jahren. Die Kindergärten beanspruchten 3,04% des gesamten Bildungsbudgets im Haushaltsjahr 2002 (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2003a, 38f.). Das Bildungsministerium ist für Kindergärten für Vier- bis Sechsjährige verantwortlich. Anzumerken ist, dass die Zuständigkeit für die Kindertagesstätten für Kinder von der Geburt bis zu sechs Jahren und die Kinderkrippen für Kinder bis zu drei Jahren beim Innenministerium und den örtlichen Sozialämtern liegt. In Hinblick auf die Altersüberlappung und die Funktionsähnlichkeit zwischen Kindergärten und Kindertagesstätten für Kinder von vier bis sechs Jahren wurde am 26.02.2001 vom Bildungsministerium und Innenministerium ein Komitee gegründet, um die unterschiedlichen Verwaltungen der Kindergärten und Kindertagesstätten zu integrieren (vgl. MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2002). Die Etablierung des integrierten Modells stellt auch eine wichtige Richtlinie der Bildungspolitik im Jahre 2005 dar (ebd. 2004b).

Der Besuch des Kindergartens in Taiwan ist nicht obligatorisch. Im Jahre 1996 gingen 60,3% der fünfjährigen Kinder in den Kindergarten (MINISTRY OF EDUCATION, ROC 1998a). Im Hinblick auf die niedrige Besuchsquote ist die vorschulische Erziehung für alle als ein Schwerpunkt der fünfjährigen pädagogischen Reform von 1999 bis 2003 festgelegt worden. Ziel war es, bis 2001 den Besuch der fünfjährigen Kinder in Kindergärten bzw. Kindertagesstätten auf bis zu 80% zu erhöhen. Aufgrund des „Kindererziehungsscheins“ für die in privaten Kindergärten betreuten fünfjährigen Kinder stieg der Kindergarten-/Kindertagesstättenbesuch der fünfjährigen Kinder nach der nationalweiten Untersuchung der vorschulischen Erziehung durch die National Chiayi University im Schuljahr 2000/2001 auf 96% (NATIONAL CHIAYI UNIVERSITY 2002, 224). Festzustellen ist, dass mit zunehmendem Alter immer mehr Kinder in den Kindergarten gehen (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2004).

Nach der pädagogischen Reformkonferenz im Jahre 2001 setzte das Bildungsministerium darüber hinaus fest, dass im Schuljahr 2005/2006 die fünfjährigen Kinder in das öffentliche Schulsystem einbezogen werden, aber noch nicht der obligatorischen Bildung unterliegen. Nach einer bedeutsamen bildungspolitischen Richtlinie des Ministeriums für Bildungswesen im Jahre 2003 sollte dieser Versuch zuerst im Schuljahr 2004 in den Landkreisen Jing-Men und Ma-Zu beginnen. Für die Verwirklichung gibt es neben den finanziellen Schwierigkeiten auch ein Problem bezüglich des pädagogischen Personals. Laut der landesweiten Untersuchung der vorschulischen Erziehung der National Chiayi University waren im Schuljahr 2000/2001 41,63% des pädagogischen Personals in Kindergärten unterqualifiziert, wobei der Anteil in privaten Kindergärten bei 54,25% lag (NATIONAL CHIAYI UNIVERSITY 2002, 229). Im Gegensatz zu den altersgemischten Gruppen in Deutschland findet die vorschulische Erziehung i.d.R. in altershomogenen Gruppen statt. Im Schuljahr 2002/2003 wurden durchschnittlich 11,79 Kinder durch eine pädagogisch ausgebildete Person in einer Kindergarten-Gruppe betreut (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2003a, 34f.). Die Bildungsinhalte und die Didaktik sind zumeist nach einem festen Stundenplan strukturiert.

Da die vorschulische Erziehung in Taiwan nicht verpflichtend ist, ist der Besuch des Kindergartens auch nicht kostenfrei. Ähnlich wie in den westlichen Bundesländern Deutschlands gibt es in Taiwan knapp 1,5-mal so viele private Kindergärten (ca. 58,9% im Schuljahr 2003/2004) wie öffentliche (ca. 41,1%) (vgl. DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY

OF EDUCATION, ROC 2004). Die Finanzierung der meisten privaten Kindergärten ist jedoch nicht so gesichert und deren personelle Ausstattung ist zumeist nicht so qualifiziert wie die der öffentlichen. Die Eltern müssen zudem hohe Gebühren bezahlen, damit ihre Kinder den privaten Kindergarten besuchen können. Um ihre Kinder in den öffentlichen Kindergarten schicken zu können, müssen die Eltern um die Plätze losen. Im Hinblick auf die 3,4- bis 3,6-mal teureren Beiträge in privaten Kindergärten im Vergleich zu öffentlichen Kindergärten, die in Taiwan an öffentliche Schulen angeschlossen sind und mehr öffentliche Zuschüsse bekommen, gibt das Bildungsministerium seit dem Jahr 2000 den Eltern der in privaten Kindergärten betreuten fünfjährigen Kinder jährlich pro Kind 10.000 NTD (Taiwan Dollar) Unterstützungsgeld (auch „Kindererziehungsschein“ genannt), um so die Eltern zu entlasten und den Besuch eines Kindergartens zu ermöglichen.

5.3 Entwicklung der Sonderpädagogik

Betrachtet man die Entwicklung der Sonderpädagogik, so verläuft sie in beiden Ländern trotz der unterschiedlichen Anfänge ähnlich (Kap. 3 und Kap. 4):

- Die systematischen Bildungsprogramme begannen für Taubstumme und Blinde und weiteten sich auf die anderen Personengruppen der Sonderpädagogik aus.
- Die privaten Initiativen (zumeist religiös motiviert) kamen vor den Bemühungen der Regierung.
- Mit Demokratisierungsprozessen zur Beachtung der Menschenrechte wurden Bildungsrechte behinderter Menschen in Gesetzen garantiert und es wurde eine Vielfalt von Fördermaßnahmen in separaten Einrichtungen aufgebaut.
- In den letzten Jahren wird international großer Wert auf die Integration, d.h. die gemeinsame Erziehung und Unterrichtung behinderter und nichtbehinderter Kinder, gelegt („Erklärung von Salamanca“ im Jahre 1994; „Die Madrider Deklaration“ auf dem Europäischen Kongress über behinderte Menschen vom 20.-23. März 2002 in Madrid).
- Wie in Deutschland gelten auch in Taiwan Sonderschulen als unverzichtbar, aber die institutionelle Aufteilung spielt keine entscheidende Rolle. Wichtig ist es, auf das Kind mit seinen speziellen Bedürfnissen individuell einzugehen und eine Vielfalt von Fördermöglichkeiten mit unterschiedlichen pädagogischen Organisationsformen zu gewährleisten.

Dabei muss beachtet werden, dass die Sonderpädagogik in Taiwan zwei Systeme umfasst: eines für behinderte und eines für hochbegabte Kinder und Jugendliche. In dieser Hinsicht ist sie inhaltlich umfassender definiert als in Deutschland. Wie die internationale Tendenz zur Vermeidung von Stigmatisierung behinderter Kinder zeigt, spricht man im Allgemeinen von „Special Educational Needs“ (in Deutschland „Sonderpädagogischer Förderbedarf“). Im Gegensatz zum Sonderschulwesen gibt es in der Frühförderung in Deutschland und in Taiwan i.d.R. keine Unterteilung nach Behinderungsarten wie Körper-, Lern- und geistige Behinderung. Alle Behinderungsformen und -grade werden aufgenommen und bei Bedarf, z.B. bei bestimmten Sinnesbeeinträchtigungen wie Blindheit und Gehörlosigkeit sowie Autismus, an spezielle medizinisch-therapeutische bzw. pädagogische Facheinrichtungen weitervermittelt.

Zu ergänzen sind weiterhin einige wichtige statistische Daten zu Behinderung, Sonderbeschulung und Integration in Deutschland und in Taiwan (Tabelle 23). Berücksichtigt werden muss dabei, dass sich die Erhebungsdaten auf unterschiedliche Definitionen und Kategorisierungen von Behinderung (vgl. Kap. 3.1.2 und Kap. 4.1.2) stützen.

Land	Deutschland	Taiwan
Prozentualer Anteil Behinderter an der Gesamtbevölkerung	10,4 (1992)	3,8 (2003)
Prozentualer Anteil des Sonderschulbesuchs/Prozentualer Anteil der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf an der Schulpopulation ⁹¹	4,803/5,539 ⁹² (2002)	-/2,121 ⁹³ (1990/1991)
Prozentualer Anteil der integrativ geförderten Schüler	13,3 (2002)	64,0 (2002)
Bildungsausgaben für einen Grundschüler und einen Sonderschüler in Relation	1: 3 (2001)	1: 6 (2002)
Lehrer-Schüler-Verhältnis an Sonderschulen	1: 6,8 ⁹⁴ /7,0 ⁹⁵ (2002)	1: 3,5 (2002/2003) ⁹⁶

Tabelle 23: Wichtige statistische Angaben bezogen auf Sonderpädagogik in Deutschland und in Taiwan.

⁹¹ Inklusive der Schüler, die allgemeine Schulen besuchen.

⁹² Die sonderpädagogische Förderung richtet sich auf die von der KMK im Jahre 1994 empfohlenen acht Förderschwerpunkte Lernen, Sehen, Hören, Sprache, körperliche und motorische Entwicklung, geistige Entwicklung, emotionale und soziale Entwicklung, Kranke und zusätzlich noch Förderschwerpunkt übergreifend bzw. ohne Zuordnung (Kap. 3.1.2).

⁹³ In dieser Untersuchung in Taiwan waren viele Schüler mit leichtgradigen Behinderungen nicht erfasst (siehe Kap. 4.1.3).

⁹⁴ Quelle: KMK 2003c, 216.

⁹⁵ Quelle: KMK 2003b, 8.

⁹⁶ Quelle: DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC 2003b, 35.

In Deutschland erfolgt die Finanzierung des öffentlichen Schulwesens grundsätzlich auf dem Wege der Aufgabenteilung zwischen Ländern und Gemeinden. Die Länder übernehmen ca. 80% und die Gemeinden ca. 20% der gesamten Kosten zur Finanzierung des Schulwesens (vgl. KMK 2003a, 72). Dies gilt auch für das öffentliche Sonderschulwesen. Im Jahre 2001 wurden je Grundschüler 3.800 Euro aufgewendet, je Sonderschüler sogar 11.300 Euro (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004b, 149). Die Ausgaben für einen Sonderschüler sind demzufolge fast dreimal so hoch wie die für einen Grundschüler.

In Taiwan werden die Kosten für Sonderpädagogik von der zentralen Regierung und den örtlichen zuständigen Behörden mitgetragen. Das *Sonderpädagogikgesetz* (§ 30) regelt: „Die Regierungen auf allen Ebenen sollen den Sonderpädagogiketat großzügig erstellen. In der zentralen Regierung soll er nicht weniger als 3% des Etats der zuständigen Bildungsbehörde betragen; in örtlichen Regierungen nicht weniger als 5%. Bei der Erstellung des Etats hat die Bildung von behinderten Schülern Vorrang.“ Allerdings wird diese rechtliche Empfehlung von Stadt zu Stadt und von Landkreis zu Landkreis unterschiedlich berücksichtigt. Wenn die örtliche Regierung in finanzielle Schwierigkeiten gerät, wird die Entwicklung der Sonderpädagogik vernachlässigt. Im Haushaltsjahr 2002 wurden in der Primarstufe je Schüler 94.048 NTD aufgewendet, je Sonderschüler waren es 572.931 NTD (DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC 2004e, Table 39: Structure of Educational Expenditure at All Level). Die Ausgaben für einen Sonderschüler sind etwa sechsmal so hoch wie für einen Grundschüler.

Der bisherige Entwicklungsstand der Sonderpädagogik bildet in Deutschland und in Taiwan eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Frühförderung. Die Qualität des Systems Frühförderung ist mit dem Ausbau und der Qualität des gesamten sonderpädagogischen Systems eng verbunden. In dieser Hinsicht leidet Taiwan trotz der vermehrten Aufgabenübernahme des Staates noch an mangelnden Ressourcen für die Entwicklung der Sonderpädagogik. Im Hinblick auf die Tendenz zur Integration ist die Kooperation zwischen Allgemeinpädagogen und Sonderpädagogen noch unzulänglich.

5.4 Ausgangslage, Zielsetzung und Entwicklung der Frühförderung im Vergleich

Bevor die institutionalisierte Frühförderung in beiden Ländern entstand, gab es bereits Einzelinitiativen und professionelle Dienste im jeweiligen fachlichen System. Allerdings hat sich das Frühfördersystem in der Bundesrepublik zwanzig Jahre früher entwickelt als das in Taiwan. Trotzdem gibt es in beiden Ländern folgende gemeinsame Schwerpunkte:

- Die Entwicklung der Frühförderung ist auf die international beachteten Erkenntnisse und Theorien über die große Bedeutung früher Lernprozesse in der kindlichen Entwicklung zurückzuführen.
- Für die anfängliche Phase der Entwicklung der Frühförderung spielten der optimistische Glaube an die Beseitigung bzw. Kompensation der bestehenden Beeinträchtigungen und Behinderungen durch frühe Intervention und ebenso die damit gesparten Kosten in der Bildungspolitik eine wichtige Rolle.
- Die Zielsetzungen der Frühförderung beziehen sich nicht nur auf die Ebene des Kindes, sondern erweitern sich auf die Ebene der Familie und der Gesellschaft. Die Frühförderung fungiert besonders als Maßnahme der Prävention und Integration.
- Die Zielsetzungen stellen zwar ein gesellschaftliches Anliegen dar, aber die vielfältigen Angebote der Frühförderung werden nach dem Freiwilligkeitsprinzip individuell von den Eltern und Familien selbst bestimmt
(vgl. Kap. 3 und Kap. 4).

Die Entwicklung der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland ist aufgrund des Föderalismus in einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich und die Umsetzung der Vorgaben des Bundesgesetzgebers ist Ländersache. Als Vorreiter in der Entwicklung von Frühförderstrukturen gelten Bayern und Baden-Württemberg. Auf der politischen Ebene hängen die ministeriellen Zuständigkeitsbereiche von den einzelnen Bundesländern ab. Federführend ist entweder das Kultusministerium (z.B. Baden-Württemberg, Bayern), das Sozialministerium (z.B. Hessen) oder die Sozialpädiatrischen Zentren (z.B. Rheinland-Pfalz) (vgl. SOHNS 2000b; vgl. auch Kap. 3.7.1).

In Taiwan ergriffen die Eltern die Initiative für die Entwicklung der Frühförderung, veranlassten die Revision des vorhandenen gesetzlichen Rahmens und machten die Frühförderung

zur Aufgabe der Regierung. Allerdings begann die Frühförderung zuerst nur in einzelnen ausgewählten Städten und Landkreisen. Ihre Entwicklung ist in hohem Maße von der finanziellen Lage der Landkreise und Städte abhängig. Als Vorbild gilt die Stadt Taipei. Für die Entwicklung der Frühförderung sind in Taiwan das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums, das Gesundheits- und das Bildungsministerium zuständig. Die Entscheidungsträger sind das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums und die örtlichen Sozialbehörden (vgl. Kap. 4.8.2).

5.5 Inhaltlich-konzeptionelle Entwicklung sowie Einrichtungsstrukturen und -modelle in der Frühförderung im Vergleich

5.5.1 Inhaltlich-konzeptionelle Entwicklung in der Frühförderarbeit

In der Bundesrepublik Deutschland lässt sich eine deutliche Veränderung der inhaltlich-konzeptionellen Entwicklung in der Frühförderarbeit beobachten: Von den ersten Ansätzen der kindzentrierten Förderung in den 1970er Jahren über die isolierte Fokussierung der Mutter-Kind-Beziehung bis zu den ökologisch-systemischen Förderansätzen seit Ende der 1980er Jahre hat sich eine bedeutende Entwicklung vollzogen.

Nach der systemischen Sichtweise konzentriert sich die Frühförderung nicht einseitig auf das Kind, sondern das gesamte soziale Umfeld wird mit einbezogen. Frühförderung, Familie und deren Lebenswelten werden als soziales System in ihrer interdependenten Autonomie und gegenseitigen Abstimmung betrachtet (vgl. Kap. 3.3.2.5). Bei der Förderung und Therapie spielt die Berücksichtigung des Beziehungssystems (die Eltern-Kind-Interaktion, die Beziehung zwischen Kind und Frühförderpersonal, die Beziehung zwischen Mutter/Eltern und Frühförderpersonal sowie die Beziehung aller untereinander) eine immer wichtigere Rolle (vgl. Kap. 3.6.4). In der Gegenwart deutet sich die integrative Förderung von medizinisch-therapeutischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Diensten zugunsten der Frühförderkinder und ihrer Familien als Zukunftstrend der Frühförderung an (ökologisch-integratives Konzept) (vgl. Kap. 3.10). Von der Empfehlung des Deutschen Bildungsrats 1973 über die KMK-Empfehlungen 1994 bis hin zu dem am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen *SGB IX* (§ 4 Abs. 3/ § 19 Abs. 3) wird eine gemeinsame Betreuung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder mit nichtbehinderten Kindern angestrebt.

Aufgrund des späteren Beginns des Aufbaus der Frühförderung stand in Taiwan der ökologisch-systemische Ansatz von Anfang an in der Frühförderarbeit im Mittelpunkt. Im Vergleich zu Deutschland tritt das Konzept der Eigenaktivität, Selbstgestaltung und Selbstkompetenz des Kindes jedoch eher in den Hintergrund. Parallel zur ökosystemischen Arbeitsweise sind die strukturierten Förderprogramme dominant (vgl. Kap. 4.3.2). Der internationalen Hochschätzung der Integration nacheifernd, bemüht man sich in Taiwan auch um die integrative Erziehung und Bildung behinderter und nichtbehinderter Kinder, die vor allem durch § 7 der *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes* empfohlen wird. In Fachkreisen der Frühförderung wird tendenziell der ökologisch-integrative Ansatz favorisiert. Zugleich besteht aber weiterhin die Notwendigkeit zum Ausbau der separativen Erziehung und Bildung behinderter Schüler in Taiwan (vgl. Kap. 4.1.3).

5.5.2 Einrichtungsstrukturen und -modelle

In der Gegenwart ergibt sich in der Bundesrepublik Deutschland eine Vielfalt von organisatorischen Einrichtungsstrukturen. Der Gesetzgeber (*FrühV*) spricht von zwei institutionellen Hauptsäulen: Sozialpädiatrische Zentren (Kap. 3.7.2.1) und Interdisziplinäre Frühförderstellen (Kap. 3.7.2.2).

In Taiwan wurde nach dem 1993 in Kraft getretenen ehemaligen *Kinderwohlfahrtsgesetz* die Etablierung der Frühförderzentren (§ 23 Abs. 1 Nr. 5) geregelt. Ihre Funktion und Rolle in diesem Paragraph bezogen sich deutlich auf Förderorte für Waisen und Kinder mit schweren körperlichen und geistigen Behinderungen, was zu Missverständnissen führte. Nach dem neuen *Kinder- und Jugendhilfegesetz* (§ 50 Abs.1 Nr. 2) werden Frühfördereinrichtungen als Kinderwohlfahrtsinstitutionen kategorisiert und die obige Definition wurde als ausschließlich für Heime geltend abgeschafft. Eigentlich sollten solche Frühförderzentren nach dem *Durchführungsvorhaben der Frühförderung für entwicklungsverzögerte Kinder* die Aufgabenfelder Früherkennung und Screening, Meldung und Überweisung, interdisziplinäre Diagnostik, Fördermaßnahmen, Öffentlichkeitsarbeit und Fort-/Weiterbildungsangebote umfassen. Es wird weiterhin, neben der Errichtung der Sozialzentren zur Früherfassung durch die örtliche Regierung, empfohlen, überregionale interdisziplinäre Diagnostikzentren und wohnortnahe Förderzentren aufzubauen. In der Praxis sind diese Förderzentren sehr heterogen und zumeist in unterschiedliche Einrichtungstypen unterteilt, z.B. Sozialzentrum zur Früherfassung, Early Intervention Center, Frühförderzentrum, Diagnostikzentrum, Zentrum für Einzelfallhilfe und

pädagogische Frühförderung, die sich auf jeweils eigene Arbeitsschwerpunkte in der Frühförderung konzentrieren (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 1; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 201). Die Sozialzentren zur Früherfassung sowie die Zentren für Einzelfallhilfe werden von Sozialarbeitern geleitet, die Diagnostikzentren und Kinderrehabilitationszentren sind medizinische Modelle und die frühe Förderung in pädagogischen bzw. interdisziplinären Einrichtungen, Kindertagesstätten und Kindergärten ist als pädagogisches Konzept anerkannt. Dennoch sollten alle zusammenarbeiten und sich gegenseitig ergänzen. Insgesamt handelt es sich in Taiwan um ein viergliedriges System. Eine Gegenüberstellung der Einrichtungsstrukturen der Frühfördersysteme in Deutschland und in Taiwan wird in Tabelle 24 dargestellt.

Land	Einrichtungssysteme
Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> (1) Überregionale, zentrale Einrichtungen im medizinischen Bereich (Sozialpädiatrische Zentren, spezialisierte Kliniken bzw. Fachabteilungen für Sozial- und Neuropädiatrie) (2) Regionale (im Bereich sinnesgeschädigter und autistischer Kinder auch überregionale) Frühförderstellen, die ihren fachlichen Schwerpunkt zum großen Teil in sonder- und heilpädagogischen, psychologischen sowie sozialpädagogischen Bereichen haben (3) Niedergelassene und frei praktizierende Ärzte, Therapeuten, Psychologen und (Heil-)Pädagogen
Taiwan	<ul style="list-style-type: none"> (1) Sozialzentren zur Früherfassung (2) Zentren für Einzelfallhilfe (3) Interdisziplinäre Diagnostikzentren (4) Medizinisch-therapeutische Praxen und Einrichtungen sowie pädagogische bzw. interdisziplinäre Förderinstitutionen

Tabelle 24: Gegenüberstellung der gegliederten Einrichtungsstrukturen in den Frühfördersystemen in Deutschland und in Taiwan (vgl. Kap. 3.7.1 und Kap. 4.7).

In Deutschland entstanden die Frühfördereinrichtungen in den meisten Bundesländern dezentral strukturiert auf örtlicher Ebene. Nach Recherchen von WAGNER (1997, 5; vgl. WAGNER-STOLP 1999, 24; SOHNS 2000b, 256) gibt es ca. 70 bis 75% regionale und allgemeine Frühförderstellen, ca. 12 bis 16% überregionale Frühförderstellen für Kinder mit Sinnesbeeinträchtigungen und ca. 3,5% Frühförderstellen für Kinder mit autistischen Verhaltensweisen. Der Anteil überregionaler Zentren unter fachärztlicher Leitung (besonders Sozialpädiatrische Zentren) beträgt zwischen 3,5% (Bayern) und 12,5% (Hessen) (ebd.), während in Rheinland-Pfalz die gesamte Frühförderung über Sozialpädiatrische Zentren organisiert ist (30 SPZ mit

Außenstellen für 4.030.773 Einwohner; KLEIN 2002, 42). Die niedergelassenen Praxen sind nicht mitgerechnet. Teilweise sind diese Frühförderangebote, vor allem in neuen Bundesländern, an Kindertagesstätten angeschlossen (vgl. SOHNS 2000b, 256). Sie können aber auch an Schulen angebunden sein; zu nennen sind vor allem die „Sonderpädagogischen Beratungsstellen“ in Baden-Württemberg und die „Pädagogische Frühförderung für Kleinkinder“ sowie die „Mobile Sonderpädagogische Hilfe“ als Unterstützung in Kindergärten in Bayern, die ihre Schwerpunkte auf die pädagogische Arbeit legen.

Trotz der Vielfalt von Frühfördereinrichtungen stehen Fachleute und Förderinstitutionen unterschiedlicher Disziplinen in ihrer interdisziplinären Kooperation und Koordination im Mittelpunkt. Integration und Vernetzung aller Einrichtungen und Maßnahmen in der Frühförderung sind oberstes Ziel. Hervorzuheben ist, dass die Frühförderung die Funktion der Einzelfallhilfe („Case-Management“-Funktion) für frühförderbedürftige Kinder und ihre Familien übernimmt (vgl. Kap. 3.4.4.4).

In Taiwan werden die frühförderbezogenen Einrichtungen im Wesentlichen nach ihren Aufgaben im Frühförderprozess unterschieden. In jeder Stadt bzw. jedem Landkreis gibt es ein Sozialzentrum zur Früherfassung, das für Meldung, Überweisung und Einzelfallbetreuung von entwicklungsverzögerten Kindern und ihren Familien zuständig ist. Je nach Konzept wurden in manchen Städten bzw. Landkreisen eigene Zentren für Einzelfallhilfe für Familien in problematischen und schwierigen Situationen errichtet. Außerdem bestehen überregionale interdisziplinäre Diagnostikzentren, die den Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland ähnlich sind und i.d.R. über ein interdisziplinäres Team einschließlich Sonderpädagogen verfügen. Im Landkreis Hualien ist eine sonderpädagogische Vorschulklasse an das Kinderrehabilitationszentrum angegliedert (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 23).

Die Stadt Taipei gründete 1997 ein „Early Intervention Center“, das die Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbehörden miteinander verbindet und aus drei Hauptabteilungen besteht: dem Sozialzentrum zur Früherfassung, dem interdisziplinären Diagnostikzentrum und der sonderpädagogischen Förderung (maximal für sechs Monate, wenn das Kind nicht in einer Fördereinrichtung untergebracht werden kann bzw. noch beobachtet werden muss). Außerdem beauftragte Taipei die nichtstaatlichen Institutionen mit der Etablierung der vier Zentren für Einzelfallhilfe. Eine Einzelfallbetreuung für das Kind wird i.d.R. vom Sozialzentrum zur

Früherfassung und in schwierigen Fällen vom Zentrum für Einzelfallhilfe selbst übernommen. Für eine Vernetzung aller Maßnahmen der Frühförderung sind zwar das Sozialzentrum zur Früherfassung und zum Teil auch die Zentren für Einzelfallhilfe zuständig, aber in der Praxis stoßen die Kooperation und Koordination mit den regionalen medizinisch-therapeutischen Praxen und Einrichtungen sowie pädagogischen und interdisziplinären Förderinstitutionen auf Schwierigkeiten. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass sie der Sozialwohlfahrt angehören und keine Kerneinrichtungen für Therapie und Förderung sind. Unter diesem Aspekt ist es zum einen schwierig, die Frühförderressourcen für betroffene Kinder und ihre Familien zu vermitteln und sie zu integrieren, zum anderen eine kontinuierliche Förderung sicherzustellen. Erwähnenswert ist auch das Modell im Landkreis Kaohsiung. Anders als in anderen Städten und Landkreisen Taiwans wurden dort in den Gebieten Feng-Shan, Qi-Shan und Gang-Shan Frühförderentwicklungszentren gegründet, die ein kontinuierliches Frühförderangebot von Meldung, Überweisung, Teamdiagnostik, Einzelfallbetreuung, Fördermaßnahmen und Übergang umfassen (vgl. FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b, 23; vgl. auch YOU, Mei-Gue 2000c, 59). Zu zeigen, wie wirksam dieses Modell in der Praxis ist, bleibt weiteren Forschungen überlassen.

Letztlich spielen die medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und interdisziplinären Fördereinrichtungen im Rahmen der frühen Hilfen in Deutschland und in Taiwan eine ausschlaggebende Rolle für eine kontinuierliche Frühförderung der betroffenen Kinder und die Unterstützung ihrer Familien. In der Praxis existieren in beiden Ländern unterschiedliche Organisationsformen für Therapie und Förderung (Tabelle 25).

In Deutschland weist WEISS (2000b, 196) darauf hin, dass die Förderung in der Krippe oder im Kindergarten Teil der „frühen Hilfen“ für ein entwicklungsgefährdetes Kind und seine Familie, aber doch „keine Frühförderung“ ist. Nach KLEIN (2002, 44f.) sind aber auch Kindergärten, Sonderkindergärten und Kindertagesstätten Institutionen zur Frühförderung, wenn auch nicht immer im administrativen Sinne.

In Taiwan findet die Frühförderung i.d.R. in bestimmten Frühförderzentren, frühförderbezogenen Kinderentwicklungszentren und Fördereinrichtungen statt; die Kindergärten, Sonderkindergärten bzw. Kindertagesstätten arbeiten auch mit den Frühförderungseinrichtungen zusammen, zählen aber bei einigen Wissenschaftlern eher zu vorschulischen pädagogischen Institutionen.

Land	Deutschland	Taiwan
Organisationsformen der Fördereinrichtungen im Rahmen der frühen Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> (1) Mobil und ambulant arbeitende allgemeine Frühförderstellen (2) Mobil und ambulant arbeitende Frühförderstellen, die an Kindertageseinrichtungen und Schulen (vor allem in den östlichen Bundesländern) angeschlossen sind (3) Ambulant arbeitende Frühförderstellen an Kindertageseinrichtungen und Schulen (vor allem in den östlichen Bundesländern) (4) Spezialisierte Frühförderstellen, z.B. für Kinder mit Hör- oder Sehstörungen (mit überregionalem Betreuungsauftrag) (5) Frühförderangebote für Kinder mit autistischen Verhaltensweisen (6) Frühförderangebote mit Zentrierung auf Kinder mit zerebralen Bewegungsstörungen (CP-Ambulanzen, mobile Therapie, Physiotherapie, auch an Schulen für Körperbehinderte) (7) Sonstige spezifische Stellen (an Sonderkindergärten, Frühförderung speziell für Kinder mit Spina-Bifida, für Kinder mit zerebralen Dysfunktionen u.a.m.) (8) Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen mit Frühförderangeboten (9) Sozialpädiatrische Zentren in Berlin (9.1) Ambulanzbetriebe (hervorgegangen aus den frühen Risikoberatungsstellen unter ärztlicher Leitung in den Bezirken von Berlin-West) (9.2) Mobile und ambulante Angebote (Sozialpädiatrische Zentren in freier Trägerschaft in Berlin) (10) Sozialpädiatrische Zentren (z.T. mit Dependenz, z.B. in Rheinland-Pfalz) (11) Sozialpädiatrische Zentren (angegliedert an Kinderkliniken) mit ambulanten sowie stationären Angeboten (12) Schulvorbereitende Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> (1) Mobile und ambulant arbeitende Frühförderentwicklungszentren (neben Förderangeboten auch für Meldung und Überweisung zuständig) (2) Mobile und ambulant arbeitende Frühförderabteilungen an Sozialwohlfahrtsinstitutionen bzw. an Kindertageseinrichtungen (3) Ambulant arbeitende Frühförderabteilungen an Sozialwohlfahrtsinstitutionen bzw. an Kindertageseinrichtungen (4) Allgemeine Frühförderangebote von Stiftungen (z.B. Frühförderstiftung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC) (5) Spezialisierte Frühförderangebote, z.B. für Frühgeborene, für Kinder mit geistiger Behinderung, mit Hör- oder Sehstörung, mit autistischen Verhaltensweisen, mit Sprachstörungen, mit zerebralen Bewegungsstörungen, angeschlossen an Stiftungen bzw. Elternverbände (6) Spezialisierte Förderklassen bzw. -zentren (z.B. Logopädie, Sensomotorische Integration) (7) Interdisziplinäre Diagnostikzentren (8) Medizinisch-therapeutische Praxen (9) Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen an Kliniken (10) Kinderrehabilitationszentren (11) Schulvorbereitende Einrichtungen

Tabelle 25: Überblick über die Organisationsformen der medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und interdisziplinären Förderinstitutionen in den Frühfördersystemen in Deutschland und in Taiwan (vgl. HUANG, Shi-Yu 1997; WAGNER 1997, 4; FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 1999; PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC 1999a; WAGNER-STOLP 1999, 22f.; YEH, Qiong-Hua 2000; KLEIN 2002; vgl. auch BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2003a).

Die meisten Frühförderstellen in Deutschland gehören zur Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege und arbeiten sowohl mobil als auch ambulant. Im Gegensatz zu den Frühförderstellen in westlichen Bundesländern sind die meisten Einrichtungen in östlichen Bundesländern ausschließlich ambulant organisiert. Es gibt auch Bundesländer, in denen die frühen Hilfen fast nur durch Sozialpädiatrische Zentren und deren Dependenzen angeboten werden (z.B. Rheinland-Pfalz). Für die Kinder mit Sinnesbeeinträchtigungen (Seh-/Hörstörungen) und Autismus stehen i.d.R. aufgrund der geringeren Häufigkeit überregionale spezialisierte Dienste mit einem weiten Einzugsgebiet zur Verfügung (vgl. Kap. 3.7.1).

Im Unterschied zu Deutschland sind in Taiwan die allgemeinen Frühförderangebote zumeist an bestehende Strukturen, z.B. an Kinderentwicklungszentren, Kliniken oder an spezialisierte Trainingsklassen bzw. Stiftungen angeschlossen. Die pädagogische Frühförderung auf institutioneller Ebene ist in Taiwan weiter gefasst als in der Bundesrepublik Deutschland, da die meisten frühförderbezogenen pädagogischen bzw. interdisziplinären Einrichtungen nicht nur eine individuelle ambulante und/oder mobile Frühförderung, sondern auch eine Gruppenförderung und eine Tagesbetreuung⁹⁷ (als „pädagogischer Förderort“) anbieten. Die meisten Fördereinrichtungen unterliegen aber wie in Deutschland einer privaten Trägerschaft. Es gibt auch überregionale spezielle Stiftungen, Vereinigungen und Elternverbände, die spezialisierte Dienste für Kinder mit besonderen Behinderungsformen wie Autismus, Hör- und Sehschädigung zur Verfügung stellen. Ähnlich wie in den östlichen Bundesländern Deutschlands arbeiten die meisten Fördereinrichtungen in Taiwan ambulant.

In den meisten Ländern Deutschlands ist der organisatorische und konzeptionelle Ausbau der Frühförderung quantitativ und qualitativ abgeschlossen. In Taiwan sind die quantitativen wohnortnahen Frühförderangebote noch nicht flächendeckend ausgebaut; weiterhin besteht noch ein großer Nachholbedarf an qualifizierten Angeboten. Aktuell bemüht man sich in Deutschland um den Erhalt und Ausbau der Frühförderung sowie den Qualitätsnachweis der Frühfördermitarbeiter. Ihre Arbeit soll, wie in den entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen (§75 Abs. 3 *SGB XII*; § 20 *SGB IX*) gefordert wird, transparenter werden. Die Frühförderkinder und ihre Eltern werden nicht mehr als passive Hilfeempfänger, sondern als Anspruchsberechtigte (Nutzer/Kunden) betrachtet (vgl. Kap. 3.3.3). Diese Absicht spürt man in Taiwan mit der sprachlichen Hervorhebung „Dienst“ und den direkten Beitragszahlungen der Eltern noch deutlicher als in Deutschland.

⁹⁷ Die Tagesbetreuung (halbtags/ganztags) wird überwiegend für Kinder zwischen drei und sechs Jahren angeboten (in manchen Fördereinrichtungen auch für jüngere Kinder).

Durch die Notwendigkeit des Qualitätsnachweises in der Frühförderarbeit wurden in Deutschland darüber hinaus Begriffe wie Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eingeführt und ihre Umsetzung in der Praxis wurde und wird diskutiert. Immer mehr Konzepte bzw. Handbücher zu Qualitätsmanagement und -sicherung werden entwickelt (vgl. Kap. 3.3.3). In Deutschland und in Taiwan werden darüber hinaus derzeit aktuelle Techniken und Medien wie spezielle Computerprogramme oder Internet zur Unterstützung der Frühförderpraxis eingesetzt.

5.6 Zentrale Aufgabenbereiche der Frühförderung im Vergleich

Die Aufgabenbereiche in der Frühförderung ähneln sich in der Bundesrepublik Deutschland und in Taiwan: Früherfassung, Früherkennung, Frühdiagnostik, frühe Therapie und Förderung bis zum Übergang zum Kindergarten bzw. zur Schule. Zusätzlich bildet die Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Grundlage für den Präventionsgedanken der Frühförderung. Dennoch zeigen sich sowohl inhaltliche als auch strukturelle Unterschiede in den Kernaufgabenbereichen der Frühförderung beider Ländern. Bevor darauf eingegangen wird, ist es hier jedoch notwendig, zuerst über den prognostizierten Bedarf der Frühförderung in beiden Ländern zu informieren und den Personenkreis und die Altersbegrenzung der Frühförderung zu definieren.

5.6.1 Bedarfsprognose, Personenkreis und Altersbegrenzung der Frühförderung

Der Bedarf an Frühförderung hängt von Inhaltskriterien sowie der Definition des Personenkreises und dessen Altersstruktur ab. Aufgrund der Vielzahl von Kriterien gibt es in Deutschland bezüglich der betroffenen Kinder und ihres Alters sehr unterschiedliche Angaben. Diese variieren zwischen 2,5% der Kinder (ohne Entwicklungsauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen) bzw. 6% aller Kinder im Vorschulalter und bis zu 10-15% der förderbedürftigen Kinder unter Einbeziehung aller Formen von Sprachbehinderungen, Lernbehinderungen, Verhaltensauffälligkeiten, seelischen Behinderungen und leichten Entwicklungsverzögerungen (vgl. SOHNS 2000b, 259f.). Der tatsächliche Versorgungsgrad liegt in den allgemeinen Frühförderstellen und den Sozialpädiatrischen Zentren je nach Bundesland relativ deutlich unter dem Schätzwert von 6% (in den bayerischen Frühförderstellen regional unterschiedlich zwischen 2% und 3,5%, in Mecklenburg-Vorpommern lediglich bei 1,3%) (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 69). Taiwan orientiert sich an der Häufigkeitsschätzung der

WHO, die ca. 6-8% der Kinder im Vorschulalter als entwicklungsverzögert prognostiziert (vgl. YEH, Qiong-Hua 2000, 46).

Der Personenkreis der Frühförderung in der gegenwärtigen Literatur beider Länder zeigt sich vielschichtig. Nicht nur Kinder mit deutlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen sind eingeschlossen; unter Berücksichtigung des präventiven Aspekts wird zunehmende Aufmerksamkeit auf Kinder mit leichten Entwicklungsverzögerungen und auf Risikokinder (Frühgeborene, misshandelte, vernachlässigte Kinder bzw. Kinder aus sozial deprivierendem Milieu) gerichtet. Außerdem stellt in Deutschland zurzeit – als Reaktion auf die PISA-Studie – die sprachliche Förderung der Vorschulkinder einschließlich der Migrantenkinder ein wichtiges Thema der Bildungspolitik dar (vgl. Kap. 3.2). Auch in Taiwan ist, aufgrund der steigenden Zahl der Eheschließungen von Taiwanesen mit Ausländern, die Förderung solcher Familien verstärkt in das Interesse des Bildungs- und Innenministeriums gerückt.

Ausgehend von der systemisch-ökologischen Betrachtungsweise wird in Deutschland darüber hinaus die Einbeziehung der Bezugspersonen (Familien) in die notwendige Therapie gefordert (vgl. Kap. 3.10). In Taiwan sind zwar die Familien in die Frühförderung mit einbezogen, jedoch ausschließlich hinsichtlich psychologischer Unterstützung und sozialrechtlicher Hilfen; in die Therapiemaßnahmen der Frühförderung werden die Bezugspersonen nicht eingebunden.

Der vergrößerte Personenkreis in der Frühförderung führt in Deutschland des Öfteren zur Konkurrenz um die knappen öffentlichen Ressourcen. Nach dem Rundbrief NR. 10 der VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. LANDESVEREINIGUNG BAYERN (2003, 5) hat man derzeit mit zwei gegenläufigen Trends zu kämpfen: „Einerseits wird offensichtlich die Zahl der ‚Problemkinder‘ in der Frühförderung immer größer, andererseits werden die Ressourcen der Frühförderstellen angespannter.“

In Taiwan obliegt die Hauptbetreuung behinderter Kinder der Familie. Die sozialen Ressourcen sind bis jetzt trotz der zunehmenden Beachtung der Sonderpädagogik noch nicht zufriedenstellend. Durch den Anstieg der Personengruppe der Frühförderung herrscht nicht nur Konkurrenz zwischen den unterschiedlichen Förderbedürftigkeiten, sondern auch innerhalb derselben Bedürfnisart.

In Hinblick auf die Altersbereiche der Frühförderung gibt es in Deutschland zwar eine Differenzierung in einzelnen Bundesländern, aber im Allgemeinen sind die „heilpädagogischen Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind“, im neuen *SGB IX* (Kap. 3.4.2) festgelegt.

In Taiwan bestimmten die ehemaligen *Ausführlichen Richtlinien des Kinderwohlfahrtsgesetzes* (§11), dass sich Frühförderung auf entwicklungsverzögerte Kinder unter sechs Jahren bezieht. Daraus ergeben sich nicht zuletzt Übergangsprobleme einer kontinuierlichen Frühförderung für Kinder, die zwar schon sechs Jahre alt, aber noch nicht eingeschult sind. In der 5. Besprechung des Entwicklungskomitees der Frühförderung wurde vorgeschlagen, die sechsjährigen entwicklungsverzögerten Kinder nach § 6 der *Ausführlichen Richtlinien der Volksbildung* in die Frühförderung mit einzubeziehen und in der nächsten Modifizierung des *Kinderwohlfahrtsgesetzes* sowie seiner *Ausführlichen Richtlinien* zu berücksichtigen (vgl. CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC ²2000, 267). Dieser Vorschlag wurde jedoch in den neuen *Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes* (§ 5 Abs. 1) außer Acht gelassen; enttäuschenderweise bezieht sich die Frühförderung immer noch nur auf Kinder unter sechs Jahren. Die Abschaffung dieser Restriktion und die Einbeziehung der noch nicht eingeschulten Sechsjährigen in die Frühförderung sollten als wichtige künftige Aufgaben für die Gesetzgeber gelten.

5.6.2 Früherkennung und Früherfassung

Die Einführung der Kindervorsorgeuntersuchungen in Taiwan erfolgte über zwanzig Jahre später als in der Bundesrepublik Deutschland. Wie in Deutschland werden diese zumeist von niedergelassenen Kinderärzten durchgeführt. Da die Prävention in beiden Ländern ein vorrangiges Ziel ist, wird großer Wert auf genetische Beratung und Schwangerschaftsuntersuchungen gelegt. Das Mutter-Kind-Vorsorgenetz in der Bundesrepublik Deutschland wird in Tabelle 26 dem in Taiwan gegenübergestellt.

Land/Arten der Vorsorgeuntersuchungen	Deutschland	Taiwan
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens zwölf Arztbesuche während der Schwangerschaft, deren Kosten von Krankenkassen übernommen werden • Vorsorgeuntersuchungen bis zur 32. Schwangerschaftswoche (SW) alle vier Wochen und ab der 32. SW alle zwei Wochen • Bei einer Überschreitung des Geburtstermins alle zwei Tage • Gesetzlich vorgeschrieben sind drei Ultraschalluntersuchungen (1. Screening in der 9.-12. Woche, 2. Screening in der 19.-22. Woche, 3. Screening in der 29.-32. Woche) 	<ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt zehn kostenlose Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft • In der ersten Periode der Schwangerschaft wird bis zur 17. Woche zweimal bezahlt • In der zweiten Periode der Schwangerschaft wird zwischen der 17. und 29. Woche zweimal bezahlt • In der dritten Periode der Schwangerschaft nach der 29. Woche wird sechsmal bezahlt
Neugeborenenuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Apgar-Test und Bluttest zur Entdeckung von Stoffwechsel- und seltenen Krankheiten, z.B. Schilddrüsenerkrankungen (TSH), Phenylketonurie (PKU), Galaktosämie u.a. (U1) ➤ Die Untersuchungen sind kostenlos 	<ul style="list-style-type: none"> • Apgar-Test und Bluttest zur Entdeckung von Stoffwechsel- und seltenen Krankheiten, z.B. Schilddrüsenerkrankungen (TSH), Phenylketonurie (PKU), Galaktosämie u.a. (U1) ➤ In den Landkreisen Hualien, Taitung, Penghu sind die Untersuchungen kostenlos; in den anderen Städten und Landkreisen wird die Hälfte der Untersuchungskosten übernommen.
Termine der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • U1: Unmittelbar nach der Geburt • U2: 3.-10. Lebenstag • U3: 4.-6. Lebenswoche • U4: 3.-4. Lebensmonat • U5: 6.-7. Lebensmonat • U6: 10.-12. Lebensmonat • U7: 21.-24. Lebensmonat • U8: 43.-48. Lebensmonat • U9: 60.-64. Lebensmonat ➤ Alle Vorsorgeuntersuchungen sind kostenfrei 	<ul style="list-style-type: none"> • U1: 1. Lebensmonat • U2: 2.-3. Lebensmonat • U3: 4.-5. Lebensmonat • U4: 6.-7. Lebensmonat • U5: 9.-10. Lebensmonat • U6: 1. Lebensjahr • U7: 18. Lebensmonat • U8: 2. Lebensjahr • U9: 3. Lebensjahr • U10: 4. Lebensjahr • U11: 5. Lebensjahr • U12: 6. Lebensjahr ➤ sechsmal Kostenübernahme von Krankenkassen, und zwar vor der Vollendung des 4. Lebensjahrs

Tabelle 26: Vergleich des Mutter-Kind-Vorsorgenetzes in Deutschland und in Taiwan.

In beiden Ländern ergeben sich ähnliche Kritikpunkte für das Früherkennungssystem (vgl. Kap. 3.6.2 und Kap. 4.5.2.1):

- Die Inanspruchnahme der Untersuchungen nimmt mit zunehmendem Alter des Kindes ab. Besonders betroffen sind Kinder aus sozial deprivierten Familien, die aufgrund der mangelnden Initiative ihrer Bezugspersonen die Vorsorgeuntersuchungen nicht ausreichend in Anspruch nehmen.
- Fraglich sind die Qualifikation des Untersuchenden, die Qualität der Untersuchungsmethoden und die Untersuchungsdauer.

- Kritisiert wird vor allem die Qualität der Allgemeinärzte, die zwar die Kindervorsorgeuntersuchungen vornehmen können, aber weder Erfahrungen noch Vergleichsmöglichkeiten haben, um ein Kind mit Entwicklungsrisiken rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Insgesamt ist das Mutter-Kind-Vorsorgenetz in Taiwan nicht so gut entwickelt wie in der Bundesrepublik Deutschland. Während die Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kinder in Deutschland kostenfrei sind, werden diese Kosten in Taiwan nur begrenzt übernommen. Im Gegensatz zur Situation in Deutschland ist vielen taiwanesischen Eltern die Wichtigkeit der Früherkennungsuntersuchungen noch nicht bewusst. Es mangelt weiterhin an standardisierten Screeningverfahren. Zwar bemühen sich die Gesundheitsämter und die Gemeindefrühfördererinnen darum, mit Kindergärten und -krippen zu kooperieren und dort Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen, in unangemeldeten Kindergärten werden diese jedoch völlig unterlassen. Hinzu kommt, dass die Eltern aus dem sozial benachteiligten Milieu aufgrund der hohen Gebühren privater Kindergärten den Kindergartenbesuch möglichst lange hinauszögern (vgl. Kap. 4.5.2.1).

Als eine Schwachstelle im System Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland wird die Früherfassung, d.h. die Verbindung zwischen Früherkennung und Frühfördermaßnahmen, betrachtet (vgl. KOCH 1998; 1999). Es gibt keine gesetzlichen Bestimmungen für eine staatliche Meldepflicht. Aufgrund der Angst vor der frühkindlichen Stigmatisierung, aber auch durch Abraten der Ärzte, zögern die Eltern i.d.R., das Kind mit Entwicklungsrisiken bzw. -verzögerungen bei einer Frühfördereinrichtung anzumelden (vgl. Kap. 3.6.2). Daher ist es kein Wunder, dass die betreuten Kinder im Durchschnitt schon älter sind. Die Mehrheit der Frühförderkinder gehört zu den Kindergartenkindern (vgl. SOHNS 2000b, 312). Untersuchungen, bezogen auf die Altersgruppen der Frühförderkinder in Brandenburg, zeigten sogar, dass mehr als die Hälfte der Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme älter als fünf Jahre ist (vgl. ebd., 273). Die hohe Dunkelziffer in der Früherfassung beinhaltet vor allem die Kinder aus sozialen Risikogruppen.

Unter besonderer Berücksichtigung des Freiheitsprinzips und des Schutzes des Kindes und seiner Familie kommt eine erzwungene Erfassung in der Bundesrepublik Deutschland nicht infrage. Da es in der Bundesrepublik Deutschland keine staatliche Meldepflicht gibt, werden die Erfassungsquoten in der Frühförderung i.d.R. durch den Betreuungsgrad berechnet. Während in Baden-Württemberg etwa fünf Prozent aller Kinder durch Frühförderstellen (der

höchste Prozentsatz in allen Bundesländern Deutschlands) betreut werden (vgl. SOHNS 2000b, 312), liegt die Betreuungsquote in Mecklenburg-Vorpommern nach der Untersuchung von KOCH (1999, 182f.) 1995/1996 nur bei 0,77% bzw. 0,82% (inkl. der Pädoaudiologie Güstrow). Die Ursache für diesen großen Unterschied liegt darin, dass ca. zwei Drittel der baden-württembergischen Kinder in Einrichtungen für Sprachgestörte untergebracht sind (etwa 50% mit der Diagnose Sprachstörung) und über 90% dieser Kinder ausschließlich ambulant betreut werden (vgl. SOHNS 2000b, 312).

In Taiwan ergab sich aus einer landesweiten Häufigkeitsuntersuchung von entwicklungsverzögerten Kindern unter sechs Jahren 1998 eine Gesamterfassungsquote von 0,49% (WANG, Tien-Miau et al. 1999). Bemerkenswert ist ebenfalls, dass diese Erfassung nicht nur durch pädagogische, medizinische und soziale Fördereinrichtungen, sondern hauptsächlich durch die pädagogischen, medizinischen und sozialen Behörden geschah. In dieser Hinsicht bedeutet deshalb die frühe Erfassung noch keine Inanspruchnahme einer Frühförderung. Darüber hinaus waren die angemeldeten Kinder zumeist zwischen drei und sechs Jahre alt (75,9%), wobei die Anzahl der erfassten Kinder mit zunehmendem Alter steigt. 56,1% der Kinder waren zum Zeitpunkt der Meldung schon älter als vier Jahre (ebd., 45).

Es gibt in Taiwan bis jetzt noch kein zentrales und landesweites Meldernetz für entwicklungsverzögerte Kinder. Zwar legt § 21 des neuen *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* die Fingerabdruckpflicht der Eltern und Vormünder eines mutmaßlich entwicklungsverzögerten bzw. behinderten Kindes fest sowie § 22 die Meldepflicht für Frühfördereinrichtungen, aber in Wirklichkeit wird sowohl von Eltern als auch von Fachleuten aufgrund der Angst vor einer frühen Stigmatisierung entwicklungsverzögerter Kinder bzw. aufgrund mangelnder Fachkenntnisse die Meldung möglichst lang verzögert (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 8f.; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 203). Unter diesen Umständen ist es kein Wunder, dass die angemeldeten Kinder i.d.R. bereits älter als drei Jahre sind und viele entwicklungsverzögerte Kinder unerfasst bleiben (vgl. Kap. 4.5.2.1).

Eine Zwangserfassung ist in Taiwan ebenso wie in der Bundesrepublik Deutschland aufgrund des Freiheitsprinzips in einem demokratischen Staat auszuschließen. Die Koordination der verschiedenen Meldesysteme stellt eine wichtige Aufgabe in der Frühförderung dar. Häufig wird in Berichten der zuständigen Organe gefordert, die Qualifikationen der mit Kindern arbeitenden unterschiedlichen Berufsgruppen für die Früherkennung entwicklungsverzögerter

Kinder zu erhöhen, damit diese ihre Meldepflicht verstärkt wahrnehmen können. Beachtet werden muss, dass in Taiwan die Anmeldung nicht nur durch die Eltern, sondern auch durch Dritte wie Kindergärten oder Ärzte akzeptiert werden kann. Im Falle der Vermittlung durch Dritte erfolgt die Aufnahme einer Frühförderung dennoch nur mit Einverständnis der Eltern.

5.6.3 Vermittlungsinstanzen, Aufnahmeverfahren und Wartelisten

Um den Erfolg der Frühförderung zu gewährleisten, wird großer Wert auf die Vermittlung der Frühförderkinder an geeignete Einrichtungen gelegt. Festzustellen ist aus den wenigen aussagekräftigen Angaben in der Bundesrepublik Deutschland die allgemeine Tendenz, dass die frühförderbedürftigen Kinder im Allgemeinen von ärztlichen Fachkräften oder von Kindergärten als Vermittlungsinstanzen an entsprechende Frühfördereinrichtungen überwiesen werden (vgl. SOHNS 2000b, 262ff./312). In den neuen Bundesländern zeigt sich nach der Abschaffung der Meldepflicht, wie SOHNS (ebd., 262) berichtet, „eine Tendenz zur späteren Aufnahme und einer Konkurrenzsituation mit Kindertagesstätten, die eine Kooperation und gegenseitige Vermittlung nicht begünstigt“.

Die Aufnahmeverfahren durch die Behörden in Deutschland sind wie die Organisations- und Angebotsstrukturen vielfältig. Bisher ist bei der medizinisch-therapeutischen Frühförderung eine Kontrolle durch Ärzte gegeben, während für die pädagogische Frühförderung einzelne Kostenträger auf eine Kontrolle und Namensnennung der betreuten Kinder (Pauschalfinanzierung) verzichten⁹⁸ (vgl. SOHNS 2000b, 264). Allerdings haben die meisten Kreise und kreisfreien Städte Kontrollverfahren, die für die Aufnahme einer pädagogischen Frühförderung erforderlich sind. Die behördliche Kontrolle erfolgt zumeist durch Ärzte, im Allgemeinen „durch Fachkräfte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes; in manchen Regionen wird auch die Bestätigung eines externen Arztes (z.B. einer Klinik, ggf. auch in niedergelassener Praxis) akzeptiert“ (ebd.). In der neuen *FrühV* zur Ergänzung des *SGB IX* wurde im Einvernehmen mit den Krankenkassen erreicht, dass die von diesen zu finanzierende Diagnostik und Erstellung des Förder- und Behandlungsplans durch die Verordnung eines Vertragsarztes oder auch durch einen Arzt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt wird (vgl. BUNDESVERBAND FÜR KÖRPER- UND MEHRFACHBEHINDERTE E.V. 2003, 3f.).

⁹⁸ Beispielsweise gibt es in Baden-Württemberg für die Kostenbewilligung einer Betreuung durch sonderpädagogische Beratungszentren weder eine Überprüfung der Kinder zum Nachweis einer Behinderung noch die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung (vgl. SOHNS 2000b, 265).

Erwähnenswert sind weiterhin die Wartelisten in der Frühförderung. Obwohl in Deutschland in der Theorie der frühestmögliche Zeitpunkt als entscheidend für die Wirksamkeit der Frühförderung gilt, gibt es in der Praxis, vor allem in den westlichen Bundesländern, oftmals lange Wartelisten. SPECK (2001a, 16) betrachtet diese als ein Defizit in der Frühförderung, das verbessert werden muss. Die Wartezeit ist i.d.R. abhängig von den Betreuungskapazitäten und -handhabungen einer Einrichtung (vgl. SOHNS 2000b, 266f.). Um Wartezeiten zu vermeiden, sind nach dem *SGB IX* (§ 23 Abs. 3) gemeinsame Servicestellen einzurichten.

In Taiwan können sich die Eltern auch direkt an die Fördereinrichtung wenden; unter diesen Umständen sollen die Fördereinrichtungen mit dem Einverständnis der Eltern das Sozialzentrum zur Früherfassung in der Stadt bzw. im Landkreis benachrichtigen. In dieser Hinsicht spielen die Sozialzentren zur Früherfassung neben dem zentralen sonderpädagogischen Meldesystem und dem Meldesystem des Gesundheitsministeriums eine Hauptrolle bei der Vermittlung und Organisation. Nach der Statistik des Innenministeriums am 18.12.2003 (DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2003) waren die wesentlichen Vermittlungsinstanzen für Sozialzentren zur Früherfassung die Ärzte und das medizinisch-therapeutische Personal (insgesamt 41,47%, davon 25,22% in Gesundheitsämtern und 16,25% in medizinisch-therapeutischen Praxen und Einrichtungen) sowie das pädagogische Personal (insgesamt 29,10%, davon 23,59% in Kindertagesstätten und 5,51% in Kindergärten). Die Vermittlung durch die Eltern bzw. die Sorgeberechtigten betrug nur 8,39%. Die Öffentlichkeitsarbeit zur Ausweitung der Elternkenntnisse über ihr entwicklungsverzögertes Kind stellt derzeit in Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbehörden eine wichtige Aufgabe dar, um die Früherfassung des entwicklungsverzögerten Kindes auch durch Eltern zu ermöglichen (vgl. Kap. 4.5.1 und Kap. 4.6.1.1).

In Taiwan ist i.d.R. die ärztliche Bescheinigung (in öffentlichen Kliniken bzw. von den Städten/Landkreisen beauftragten Kliniken) zur Erlangung eines Behindertenausweises oder eines Ausweises für Entwicklungsverzögerung Voraussetzung für eine Frühförderung.

Es gibt in Taiwan noch keine repräsentativen Zahlen über Wartelisten und die Dauer der Wartezeit. Nur in der Untersuchung von CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying (2000b, 131/134) in der Stadt Taipei wird das Problem der Wartelisten nach der Anmeldung beim Sozialzentrum zur Früherfassung genannt. Ein wesentlicher Grund hierfür besteht in den eingeschränkten Frühförderressourcen. Wenn es wenige gemeldete Fälle gibt, erfolgt eine Auf-

nahme in das Frühfördersystem schnell. Bei mehreren Meldungsfällen erfolgt die Aufnahme verzögert.

5.6.4 Frühdiagnostik und -diagnose

In Deutschland wie in Taiwan bildet die Diagnostik die notwendige Grundlage für einen Förderplan. Statt einer einmaligen und endgültigen Diagnose begleitet die Diagnostik dynamisch den Förderprozess des Kindes, indem sie in regelmäßigen Zeitabständen (i.d.R. halbjährlich) den Entwicklungsstand des Kindes kontrolliert und sich mit der Therapie bzw. der pädagogischen Förderung rückkoppelt (vgl. Kap. 3.6.3 und 4.5.2.3).

Wie bereits im Kap. 3.6.3 verdeutlicht wurde, zeigt die Entwicklung der Diagnostik in der Bundesrepublik Deutschland eine deutliche konzeptionelle Profilveränderung von der anfänglichen Feststellung einer Normabweichung des Kindes in seiner Entwicklung bis zu den heutigen Formen (z. B. „alltagsorientierte Förderdiagnostik“, „verstehende Diagnostik“, „multivariate Diagnostik“), die aufgrund neuer Entwicklungserkenntnisse verwendet werden. Heute wird nach systemisch-ökologischer Sichtweise nicht nur das Kind bezogen auf seine Autonomie, Selbstgestaltung und Kompetenz berücksichtigt, sondern auch seine Lebensumwelt wird mit einbezogen. Die Umsetzung der neuen Formen der Diagnostik stößt in der Praxis jedoch auch auf Schwierigkeiten. Beispielsweise ist für die Ärzte vor allem eine Diagnostik im häuslichen Umfeld fast nicht durchführbar und die neuen Formen der Diagnostik bedürfen hoher Qualifikationen der Untersucher.

Aufgrund des späteren Entwicklungsbeginns des Frühfördersystems existiert in Taiwan bereits eine ganzheitliche und interdisziplinäre Diagnostik. Neben einer medizinischen Diagnostik und einer allgemeinen Entwicklungsdiagnostik des Kindes soll auch eine Beurteilung des Umfeldes erfolgen. Eine Umfelddiagnostik kann zwar theoretisch von Pädagogen und Sozialarbeitern durchgeführt werden, in der praktischen Umsetzung bestehen jedoch noch Schwierigkeiten (vgl. Kap. 4.5.2.3).

In beiden Ländern ist eine interdisziplinäre Diagnostik erforderlich, in der die Frühförderfachleute aus unterschiedlichen Disziplinen bezüglich ihrer fachlichen und diagnostischen Sichtweisen kontinuierlich im Frühförderprozess zusammenwirken und sich ergänzen. Dabei be-

steht die Notwendigkeit der Einbeziehung der Eltern in die Diagnostik, wobei jedoch deren Überbeanspruchung zu vermeiden ist.

Es stellt sich die Frage, mit welchen Diagnosen Kinder in den Frühförderstellen betreut werden. Einige Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland zeigen, dass es ein breites Spektrum von Entwicklungsgefährdungen und Behinderungen gibt (vgl. SOHNS 2000b, 274ff.; HECKMANN & PALUBITZKI 2001, 2f.). Die Kinder werden in den zugänglichen Diagnostikübersichten zumeist nicht im klassischen Sinne in körperliche, geistige und seelische Behinderung kategorisiert und auch der Begriff „Behinderung“, wie eine Untersuchung zur Situation heilpädagogischer Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen belegt, wurde bei der Anmeldung zur heilpädagogischen Förderung verhältnismäßig selten verwendet (vgl. HECKMANN & PALUBITZKI 2001, 3). Vor allem bilden Kinder mit Verhaltensbesonderheiten, Lern- und Leistungsstörungen im Kindergartenalter in den Frühförderstellen eine große Gruppe (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 20; vgl. auch SOHNS 2000b, 274ff.). Verstärkt zeigt sich diese Tendenz in sozialen Brennpunkten. Außerdem kommen vermehrt verunsicherte Eltern und Familien in die Frühförderstellen, um eine entwicklungsdiagnostische Aufklärung einzuholen und sich nach beratender Unterstützung in Alltagsbereichen zu erkundigen.

Im Vergleich zu Deutschland gibt es in Taiwan zu diesem Punkt noch wenige nationale Untersuchungen. Die Pionierstudie von CHEN, Jing-Jiang (1993, 19f.) verdeutlicht, mit welchen Beeinträchtigungen und Behinderungen die Kinder den Fördereinrichtungen zugeführt wurden. Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland zeigten hier die meisten Kinder trotz der allgemeinen Verwendung des Begriffs „entwicklungsverzögerte Kinder“ deutliche Beeinträchtigungen und Behinderungen. Häufiger zitiert ist des Weiteren die statistische Erfassung von jungen entwicklungsverzögerten Kindern von WANG, Tien-Miau et al. (1999). Es geht bei dieser Untersuchung vornehmlich darum, mit welchen Störungsbildern die Kinder bei medizinischen, pädagogischen und sozialen Behörden gemeldet sind. Auffällig ist, dass 85,2% der angemeldeten Kinder einen Behindertenausweis hatten (WANG, Tien-Miau et al. 1999, 47), wobei ein hoher Anteil der Kinder deutliche klassische Beeinträchtigungen und Behinderungen wie Körperbehinderungen (22,8%), Mehrfachbehinderungen (19,6%), Störungen wichtiger Organe (19,3%) und geistige Behinderungen (10,3%) zeigte (ebd., 48). Kinder, die keinen Behindertenausweis hatten, waren zumeist als entwicklungsverzögert diagnostiziert (ebd.). Es liegt nahe, dass es trotz der theoretischen Erweiterung des Personenkreises

der Frühförderung in der Praxis noch eine hohe Dunkelziffer von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und -risiken gibt.

5.6.5 Fördermaßnahmen und Arbeitsformen in der Frühförderung

In Deutschland beginnen die Förderangebote nach der Anmeldung durch die Eltern in einer Frühfördereinrichtung, wo sich i.d.R. eine kontinuierliche Förderung entwickelt, die bis zum Übergang des Kindes in die Schule fort dauert, es sei denn, die Eltern brechen die Förderung ab.

In Taiwan beginnen die Frühfördermaßnahmen für das Kind und seine Eltern im Allgemeinen nach der Anmeldung durch die Vermittlung des Sozialzentrums zur Früherfassung. Manche Eltern setzen sich selbst auch direkt mit Fördereinrichtungen in Verbindung.

In Deutschland und in Taiwan gibt es eine Konzeptvielfalt in der Frühförderung (vgl. Kap. 3.6.4 und Kap. 4.5.2.4). Beachtenswert ist, dass sich in beiden Ländern die jeweiligen medizinisch-therapeutischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen an einem interdisziplinär abgestimmten Förderplan ausrichten und in das individuelle Gesamtkonzept sinnvoll eingepasst werden, um eine ganzheitliche Förderung des Kindes und seiner Familie gewährleisten zu können. In beiden Ländern ist auch eine regelmäßige Prüfung des individuellen Förderplans im Gesetz festgelegt (z.B. § 7 Abs. 1 der *FrühV* in Deutschland und § 19 der *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes* in Taiwan), um sicherzustellen, ob dieser dem jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes entspricht.

In der Bundesrepublik Deutschland kann man einen interdisziplinär abgestimmten Förderplan in der Frühförderung als „Gesamtplan“ (§ 58 des *SGB XII*), als „Hilfepplan“ (§ 36 des *KJHG*), als einen „individuellen Behandlungsplan“ (§ 30 Abs.1 Nr.2 des *SGB IX*) oder als „Förder- und Behandlungsplan“ (§ 7 der *FrühV*) bezeichnen.

In Taiwan wird der interdisziplinär abgestimmte Förderplan entweder nach dem „Individuellen Erziehungsplan“ (IEP) oder nach dem „Individuellen Plan für die systemische Familienhilfe“ (IFSP) erstellt. Während der IEP in Gesetzen (§§ 17/27 des *Sonderpädagogikgesetzes*; §§ 18/19 der *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes*) verankert ist, gibt es derzeit noch keine gesetzlichen Bestimmungen über den IFSP.

Festzustellen ist in beiden Ländern das allgemeine Einverständnis, dass die Förderangebote der Entwicklung des Kindes entsprechen sollen und nur durch die Kooperation mit Eltern und Familien Wirkung zeigen können.

Zudem muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Inhalt des individuellen Plans zur sonderpädagogischen Förderung in Deutschland nicht im bundesweit geltenden Gesetz verankert ist, sondern auf der Ebene der einzelnen Länder (E-Mail von Dr. C. LEUSMANN von der KMK am 02.04.2003).

Dagegen ist er in Taiwan in § 18 der *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes* festgelegt. Er umfasst folgende Punkte:

- Entwicklungsstand des Kindes,
- Situation der Familie,
- Auswirkung der Behinderung bzw. Beeinträchtigung auf den Unterricht und das Leben in der Regelklasse,
- dem Schüler entsprechende Beurteilungsformen,
- administrative Unterstützung und Handlung bei Kindern mit Lernschwierigkeiten aufgrund von Verhaltensproblemen,
- Zielsetzungen für das Schuljahr und das Semester, eine dem Schüler angepasste sonderpädagogische Förderung,
- Möglichkeiten des Schülers bezüglich der Zeit und Formen zur Beteiligung am Regelunterricht,
- Beurteilungsdatum und -kriterien der Zielsetzungen der vorschulischen Erziehung,
- Inhalte zum vorschulischen und schulischen Übergang.

Besonders kritisiert wird in Taiwan die Ineffektivität der Durchführung des IEPs. Des Weiteren wird der IEP bzw. IFSP häufiger in Sozialwohlfahrtsinstitutionen als in Sonderschulen und -klassen benutzt (vgl. HUANG, Shu-Wen & LIN, Yo-Wen 1999, 284).

Der Betreuungsumfang variiert in den einzelnen Bundesländern Deutschlands (vgl. SOHNS 2000b, 276-279). I.d.R. beträgt eine Förderstunde ohne Vor- und Nachbereitung 45 bzw. 60 Minuten (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 142).

In Taiwan hängt die Förderstunde eng mit den Konzepten der Fördereinrichtungen zusammen, sie dauert im Allgemeinen zwischen 50 und 90 Minuten (vgl. TAIPEI CITY BUREAU OF HEALTH & TAIPEI CITY BUREAU OF SOCIAL AFFAIRS 2000).

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es unterschiedliche Durchführungsmodelle der Frühförderung. Unter dem Gesichtspunkt der „Familiennähe“ und „Lebensweltorientierung“ wird vor allem die mobile Hausfrühförderung, die durch den Deutschen Bildungsrat 1973 empfohlen wurde, favorisiert (vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 144). Die ambulanten Angebote wurden um die institutionelle Entwicklung der Dienste und die zweite Förderstufe (Kinder zwischen drei und sechs Jahren) erweitert, so dass heutzutage an Frühförderstellen meist mobile wie ambulante Arbeit möglich ist (vgl. ebd.). Nicht selten bleiben die Frühförderer flexibel und wenden eine gemischte Form mobiler und ambulanten Förderung an. Dennoch ist die mobile Hausfrühförderung trotz vermehrter ambulanter Angebote der Frühförderstellen bis heute ein „Markenzeichen“ der Frühförderung geblieben (ebd., 209).

Wegen des späteren Beginns der Frühförderung stehen in Taiwan bereits von Anfang an mobile, ambulante, gemischte und beratende Arbeitsformen der Frühförderung zur Verfügung (vgl. Kap. 4.7.5). Die meisten Förderinstitutionen sind mobil und ambulant und arbeiten sowohl individuell als auch in Gruppen. Im Prinzip wird für Kinder von der Geburt bis zu drei Jahren, für Kinder in schwachem körperlichen Zustand und für Kinder mit entlegendem Wohnort eine Hausfrühförderung empfohlen. Für Kinder zwischen drei und sechs Jahren steht die ambulante Förderung in den entsprechenden Institutionen im Mittelpunkt. Im Vergleich zu Deutschland kann aber die Hausfrühförderung aufgrund der Ausstattung sowie des Konzepts der Förderinstitutionen, des Verkehrs in den Städten bzw. den Landkreisen und der Tätigkeit der Mütter nur in einigen gut ausgestatteten Fördereinrichtungen durchgeführt werden. Hinzu kommt, dass es in der Praxisarbeit nicht zuletzt an qualifiziertem Frühförderpersonal zur Durchführung der Hausfrühförderung fehlt und viele Familien die Hausfrühförderung möglicherweise noch nicht akzeptieren (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 9). Im Hinblick auf diese Defizite gewinnt in der Gegenwart die Fortbildung für Hausfrühförderer immer mehr Aufmerksamkeit und eine Reihe von Fortbildungskursen werden angeboten. Anlass hierfür war die Veröffentlichung des Handbuchs zur Fortbildung der Hausfrühförderung von der Sozialbehörde der Stadt Taipei im Jahre 2001.

In Deutschland und in Taiwan bieten die medizinischen Einrichtungen fast ausschließlich ambulante Angebote an.

Schließlich wird sowohl in Deutschland als auch in Taiwan häufig die Frage nach der Effektivität der Frühförderangebote gestellt (vgl. Kap. 3.9 und Kap. 4.9). Die Forschung zum Nachweis der Wirksamkeit der Frühförderangebote bildet in beiden Ländern eine unverzichtbare Grundlage für die Weiterentwicklung des Systems Frühförderung.

5.7 Stellung der Eltern in der Frühförderung im Vergleich

In der Bundesrepublik Deutschland zeigt sich die inhaltlich-konzeptionelle Entwicklung der Frühförderung vor allem an der Rolle der Eltern: Der Phase der kindzentrierten Förderung, in der sie als Laien bzw. Ko-Therapeuten betrachtet wurden, folgte die ökologisch-systemische Betrachtungsweise in den 1980er Jahren mit der Rolle der Eltern als Kooperationspartner. Hervorgehoben wurde in den 1990er Jahren vor allem das Eltern-Empowerment-Konzept (vgl. Kap. 3.3.2.5). Nach PETERANDER (2000b, 57; vgl. dazu 2002, 96) ist der Kooperationsprozess zwischen Eltern und Fachleuten „als bedeutsames Element einer qualitätsvollen Frühförderung“ anzusehen. Auf der juristisch-gesetzlichen Ebene sind daher die Sorgeberechtigten intensiv in die Planung und Gestaltung der Hilfen mit einzubeziehen (vgl. § 4 Abs.3 des *SGB IX*). Die Mitwirkungspflicht der Eltern ist i.d.R. im Schulgesetz auf der Ebene der einzelnen Länder geregelt. Weiterhin haben die Leistungsberechtigten, d.h. das Kind und seine Eltern, Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 des *SGB IX*). Dabei werden die Stärken und Fähigkeiten der Eltern im sozialen System Familie akzeptiert und geschätzt. In diesem Zusammenhang ist der Begriff „Elternpartizipation“ bzw. „Partizipationsmodell“ eine Weiterentwicklung des „Kooperationsmodells“, das nicht nur Elternarbeit, -bildung und -beratung umfasst, sondern die Beteiligung der Eltern am Frühförderprozess in den Vordergrund stellt.

Wie in Kapitel 3.3.2.5 dargestellt, wird das Partizipationsmodell trotz der Anerkennung in Fachkreisen in der Praxis sehr eingeschränkt umgesetzt. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass Fähigkeiten und Fertigkeiten der Eltern in der Frühförderarbeit nicht selbstverständlich sind. Sie müssen während der Frühförderung erst lernen, auf die Initiativen des Kindes richtig reagieren zu können. Daher wird in Fachkreisen immer wieder diskutiert, wie das Partizipationsmodell in die Praxis umgesetzt werden kann. Der Begriff „Haltungsmodell“ kann in Wirklichkeit das Verhältnis der Zusammenarbeit mit den Eltern zutreffender beschreiben als

der Begriff „Handlungsmodell“. Im Hinblick auf dieses Defizit sucht man neue Konzepte, um die Partizipation der Eltern auf der Handlungsebene zu konkretisieren. Derzeit werden die Resilienzfaktoren der Eltern untersucht und das Resilienzparadigma der Eltern wird als Handlungsinstrument der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Frühförderfachleuten postuliert.

In Taiwan berücksichtigte man aufgrund der später einsetzenden Entwicklung des Frühfördersystems die Kooperation mit den Eltern schon von Anfang an. Durch den Einfluss internationaler Tendenzen der Sonderpädagogik wird derzeit auch das Eltern-Empowerment-Konzept betont, in dem die Eltern als aktive Partner zu betrachten sind (vgl. Kap. 4.6.3). Das Beteiligungsrecht der Eltern an den schulischen Angelegenheiten ist gesetzlich festgelegt (§§ 12/26/27/31 des *Sonderpädagogikgesetzes*). Neben dem Mitspracherecht der Eltern am IEP ihres Kindes (§ 27 des *Sonderpädagogikgesetzes*) wird auch großer Wert auf den IFSP gelegt. Bemerkenswert ist bei der Entscheidung über den Förderort, dass sich Eltern zwar an der Besprechung bezüglich Beurteilung und Unterstützung des behinderten Schülers beteiligen können, jedoch nicht stimmberechtigt sind (vgl. § 11 der *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes*).

Trotz der Bemühung um die Durchführung des IFSP in Fachkreisen, fehlt es in der Praxis in Taiwan an konkreten Handlungsmodellen zur Umsetzung der Partizipation der Eltern in der Frühförderarbeit. In welchem Maße die „Kooperation“ bzw. die „Partizipation“ der Eltern in der Frühförderarbeit umgesetzt wird, hängt von Konzeptionen und persönlichen Ausstattungen der Institutionen ab. In einigen Fördereinrichtungen, die ausschließlich eine Gruppenförderung und Tagesbetreuung anbieten, ist nicht nur eine Hausfrühförderung ausgeschlossen, sondern auch eine Einbeziehung der Eltern in die Förderung ist fast unmöglich (nur wenn die Mutter als freiwillige Mitarbeiterin in einer Gruppe einmal in der Woche mitarbeitet). Unter Berücksichtigung des Konzepts des IFSP bemüht man sich in der institutionellen Förderung daher häufig durch regelmäßige Gespräche außerhalb der Förderzeit, durch Telefongespräche und durch Elternhefte, ggf. Elterntraining und gemeinsame Veranstaltungen um die Zusammenarbeit mit den Eltern. Insgesamt richten die meisten pädagogischen und medizinischen Fördereinrichtungen in Taiwan jedoch ihr Augenmerk auf die kindbezogenen Leistungen; die Familien werden, im Widerspruch zum IFSP, noch zu wenig einbezogen (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 9).

Nach einer Pilotstudie von CHEN, Jing-Jiang et al. (1993, 35) aus der Zeit der Anfänge des Frühfördersystems in Taiwan zeigten 95,5% der Eltern durchaus Kooperationswillen, ihr Kind zu Hause zu fördern. Die meisten Eltern (83,6%) wünschten aber eine Förderung in Institutionen, bei der sie mitwirken wollten (ebd., 34/43). De facto können nur einige engagierte Eltern und Familien aktiv an der Frühförderung partizipieren. In der Praxis spielen die Fachleute deutlich die führende Rolle. Viele Eltern wissen nicht, wie sie mitarbeiten sollen. Sie benötigen noch viel Anleitung und Unterstützung, um sich an der Frühförderung beteiligen zu können. Im Frühförderprozess beklagen die Einzelfallbetreuer der Sozialzentren zur Früherfassung auch, dass den Eltern und Familien oft die Zeit und die Eignung zur Mitdurchführung des IFSP fehlen (vgl. YANG, Ling-Fang 2000, 5). Im Allgemeinen fehlt es den Eltern in Taiwan noch an Kooperationsbewusstsein.

In der deutschen Fachliteratur der Frühförderung werden des Weiteren die Kompetenzanforderungen an das Frühförderpersonal bezüglich der Zusammenarbeit mit Familien mit besonderen Problemen (sozial deprivierte, benachteiligte und arme Familie) und ausländischen Familien thematisiert (vgl. Kap. 3.10). Dies bezieht sich auf die unterschiedlichen Wertvorstellungen, Normen und lebensweltspezifischen Deutungsmuster der Beteiligten. Im Vergleich zu Deutschland fehlt es in Taiwan noch an diesbezüglichen Forschungen, erst in letzter Zeit deuten sich solche Kooperationsschwierigkeiten zwischen Frühförderfachleuten und derartigen Familien an (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 10; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 202).

5.8 Fachpersonal und inter-/transdisziplinäre Zusammenarbeit in der Frühförderung im Vergleich

Im Prinzip sind in beiden Ländern Fachleute aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pädagogik und Sozialarbeit an der Frühförderung beteiligt. Es besteht kein spezifisch festgelegter Ausbildungsweg bezogen auf die Frühförderung. Daraus ergeben sich unterschiedliche Berufsbilder der Mitarbeiter, die auf deren Grundausbildung und Abschlussbezeichnung basieren. Auch die Fortbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten gestalten sich vielfältig, z.B. berufsspezifisch, berufsübergreifend, innerinstitutionell, außerinstitutionell (vgl. Kap. 3.7.4 und Kap. 4.7.6).

Die Zusammensetzung des Fachpersonals zeigt in beiden Ländern ein breites Spektrum, das von der Konzeption und Zielsetzung der Einrichtungen sowie deren Träger abhängt. Sie ist in Deutschland deutlich von der Struktur in einzelnen Regionen (z.B. die Richtlinie der einzelnen Bundesländern, die territoriale Nähe zu medizinischen Zentren bzw. Sozialpädiatrischen Zentren) geprägt (vgl. KOCH 1999, 166; SOHNS 2000b, 289ff.; BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2003a; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 48ff.). Im Allgemeinen wird die pädagogische Frühförderung von heil- und sonderpädagogischen Fachkräften angeboten, aufgrund der verschiedenen strukturellen Rahmenbedingungen in den einzelnen Ländern betreuen aber z.B. in Baden-Württemberg zum großen Teil Sonderschullehrer die Frühförderkinder und ihre Familien (vgl. SOHNS 2000b, 255). Im anteiligen Vergleich der pädagogischen Fachkräfte sind in Deutschland die Psychologen in der Frühförderung eine relativ kleine Gruppe, allerdings bei regional sehr unterschiedlicher Verteilung (vgl. ebd. 184). Während beispielsweise in Bayern der Anteil der Psychologen in der Frühförderung relativ hoch ist, sind sie in Hessen nur selten vertreten (vgl. ebd., 289). Die Krankenschwestern werden in der deutschen Frühförderliteratur nicht weiter erwähnt; in Mecklenburg-Vorpommern ist nach der Untersuchung von KOCH (vgl. 1999, 183) ein geringer Teil der Mitarbeiter als Krankenschwestern angegeben.

In Taiwan wird eine gleichmäßige Verteilung der medizinischen und pädagogischen Ressourcen angestrebt, wobei die Voraussetzungen in einzelnen Regionen jedoch diese Verteilung auch beeinflussen (vgl. FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 1999; FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b). In den pädagogischen und interdisziplinären Fördereinrichtungen arbeiten überwiegend Erzieher und sonderpädagogisches Personal, da es dort häufig auch eine Tagesbetreuung für Kinder bis zum Schuleintritt gibt. Die Sonderschullehrer in Taiwan arbeiten – wegen der niedrigeren Bezahlung in den Kindergärten privater Träger – i.d.R. in öffentlichen Schulen und Kindergärten. Im Allgemeinen ist in Taiwan der Anteil der Psychologen in pädagogischen und interdisziplinären Fördereinrichtungen relativ gering; sie sind zumeist als klinische Psychologen in Kliniken und als Berater in der Schule tätig. Die Krankenschwestern werden in der taiwanesischen Frühförderliteratur als Mitarbeiter in der Frühförderung anerkannt. Sie stehen aber zumeist im Dienst der Gesundheitsämter und sind in interdisziplinären Diagnostikzentren präsent, arbeiten nur zum kleinen Teil in Frühförderzentren und Kinderentwicklungszentren (z.B. im Mei-Lun Kinderentwicklungszentrum in Hualien) (vgl. FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICK-

LUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 1999; FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC 2000b).

In Deutschland wie in Taiwan wird auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Einbeziehung von Praktikanten und freiwilligen Mitarbeitern in der Frühförderung hingewiesen (vgl. Kap. 3.7.3 und Kap. 4.6.2).

Dennoch gibt es in beiden Ländern derzeit noch keine rechtlichen Bestimmungen über die Mindestanzahl von Mitarbeitern aus den Bereichen Medizin, Pädagogik, Psychologie und Sozialarbeit in der Frühförderung.

Im Vergleich zu Deutschland mangelt es in Taiwan nicht nur an Qualität, sondern auch an Quantität des Fachpersonals in der Diagnostik, Beratung, Therapie und Förderung (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a; 2000b; SU, Shu-Zhen 2000; WANNE, Yu-We et al. 2001; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002). In diesem Zusammenhang werden vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten in Städten und Landkreisen angeboten, die durch das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums, das Gesundheits- und das Bildungsministerium finanziell unterstützt werden (vgl. Kap. 4.7.6).

Aufgrund des komplexen und vielschichtigen Prozesses in der Frühförderung stellt in Deutschland und in Taiwan das interdisziplinäre Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen eine unerlässliche Basis dar, um durch gegenseitige Abstimmung und gegenseitigen Austausch eine ganzheitliche Förderung des Kindes und seiner Familie zu ermöglichen (vgl. Kap. 3.4.4.3 und Kap. 4.4.4).

Im Grunde genommen wird in Deutschland eine inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit in der Frühförderung als notwendig erachtet und findet je nach regionaler Situation auch statt. In der Praxis stehen jedoch berufsgruppenspezifische Abgrenzung, heterogene Denk- und Handlungsweisen mit differenzierter Terminologie sowie konkurrierende Institutions- und Geschäftsinteressen und fehlende Zeitbudgets einer solcher Abstimmung entgegen (vgl. WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 92f.). Als unzureichend und schwierig gilt in Fachkreisen vor allem die Kooperation mit externen Fachkräften (vgl. SOHNS 2000b, 309; SPECK ⁵2003, 459; THURMAIR & NAGGL ²2003, 30). Es gibt auch Nachholbedarf zwischen ärztlichen und pädagogischen Berufsgruppen (vgl. SOHNS 2000b, 314; vgl. auch

BERGER & MICHAELIS 2004). Es scheint an einer verbindlichen Festlegung von Koordinationsfunktionen zu fehlen (vgl. SOHNS 2000b, 314; WEISS, NEUHÄUSER & SOHNS 2004, 92), weswegen die Kooperation und Koordination der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen z.B. durch die Einrichtung regionaler Arbeitsgemeinschaften (§ 12 Abs. 2, § 19 Abs. 6 *SGB IX*) sichergestellt und verbessert werden sollen.

In Taiwan wurde der Aufbau der medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fördereinrichtungen von Anfang an angestrebt und die fachliche Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen als selbstverständlich und notwendig betrachtet. Eine fachliche Teamarbeit ist inzwischen in gesetzlichen Bestimmungen verankert (vgl. Kap. 4.6.2 und Kap. 4.8.1.1). Für diese Umsetzung sind aber die Städte und Landkreise verantwortlich. Im Unterschied zur Bundesrepublik Deutschland werden kaum Konflikte zwischen Medizinern und Pädagogen in der fachlichen Diskussion erwähnt.

Allerdings stößt auch in Taiwan die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachleuten in der Praxis auf Schwierigkeiten. Zurückzuführen sind diese, wie in Deutschland, auf heterogene Ausbildungshintergründe und unterschiedliche Vorgehensweisen der Mitarbeiter aus verschiedenen Fachdisziplinen (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 704; WANNE, Yu-We et al. 2001, 15; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 204; vgl. auch GUO, Huang-Zong 1999a, 10; 1999b, 66). Über die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen wird zwar viel diskutiert, aber die Umsetzung in der Praxis ist noch nicht erreicht (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 14; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 204). Problematisch und mangelhaft sind weiterhin die Kooperation und Koordination zwischen Fachleuten in unterschiedlichen Frühfördereinrichtungen. Nicht zuletzt besteht eine Konkurrenz um die Zuteilung von Unterstützungsgeldern durch die zuständigen Ministerien sowie Städte und Landkreise (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 704).

5.9 Finanzierung der Frühförderung

Wie bereits in Kap. 3.8 erwähnt, wurde in Deutschland das neue *SGB IX* am 01.07.2001 in Kraft gesetzt, um die bisherigen Lücken einer Verbundfinanzierung der Frühförderung auszufüllen. Dadurch erhält die Frühförderung erstmals eine eigenständige Verankerung in einem Bundesgesetz. Unter besonderer Berücksichtigung der familienorientierten und interdisziplinären

nären Frühförderung sollten medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Leistungen sowie Beratung der Eltern in einem interdisziplinären Prozess als Komplexleistung erbracht werden.

Im Hinblick auf die Verunsicherungen durch das *SGB IX* trat die *Frühförderungsverordnung* am 01.07.2003 in Kraft. In der Realität kann diese Rechtsverordnung aufgrund der Mehrdeutigkeit aber nicht als zufriedenstellend bezeichnet werden. Infrage gestellt wird vor allem, dass Früherkennung und Diagnostik der medizinischen Rehabilitation zugeordnet werden und die Krankenkassen dafür zuständig sein sollen (vgl. Kap. 3.8).

Immerhin werden die Zuständigkeitsstreitigkeiten der Rehabilitationsträger durch diese nicht weiter auf dem Rücken der betroffenen Familien ausgetragen, da in Deutschland die Frühförderung für Kind und Eltern kostenlos ist. Aufgrund des enormen wirtschaftlichen Drucks im Bundeshaushalt sowie im Gesundheits- und Sozialwesen ist aber zu befürchten, dass sich Kosten-Nutzen-Denken und Sozialabbau in den Einrichtungen für behinderte Menschen und in den Frühförderstellen verstärken werden (vgl. AWO-EN-MAGAZIN 2003; vgl. auch SPECK 2004). In diesem Zusammenhang sind die Kostenträger bestrebt, ihre Leistungen auf die eindeutig bzw. wesentlich behinderten Kinder zu beschränken und treten daher für eine Hörschwelligkeit des Zugangs zur Frühförderung ein (vgl. Kap. 3.8.2 und Kap. 3.10).

Im Vergleich zu Deutschland müssen sich die Eltern in Taiwan je nach ihrem Einkommen und Vermögen an den Kosten der Frühförderung beteiligen. Bezogen auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer sichergestellten Finanzierung als Basis für die quantitative und qualitative Entwicklung der Frühförderung, gewähren die zentralen und örtlichen Zuständigkeitsorgane Zuschüsse, um der Familie den Zugang zur Frühförderung zu ermöglichen und sie finanziell zu entlasten (vgl. Kap. 4.8.2).

In Taiwan sind die Sozialbehörden und das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums Hauptträger der Frühförderung. Allerdings entfiel ein großer Teil des Etats des Kinder- und Jugendbüros im Jahre 2004 (ca. 2.500 Mio. NTD) auf die Sicherstellung der medizinisch-therapeutischen Hilfen für Kinder unter drei Jahren; die Subventionen für die allgemeinen Frühfördermaßnahmen waren dagegen gering (ca. 100 Mio. NTD) (telefonische Auskunft des Kinder- und Jugendbüros des Innenministeriums vom 05.07.2004). Die finanzielle Unterstützung empfanden die betroffenen Eltern zumeist als unzureichend und den Antrag bei den Be-

hörden als langwierig (vgl. Kap. 4.8.2). Die Untersuchung von WANG, Wai-Yi & JONG, Yuh-Jyh (vgl. 2000, 625) bestätigte, dass das Einkommen der Familie ein wichtiger Faktor für die Kontinuität der Therapie und Förderung des Kindes ist.

5.10 Resümee und Ausblick

Der Vergleich der Frühfördersysteme in Deutschland und in Taiwan geschieht vor dem Hintergrund unterschiedlicher Kontextdimensionen wie Politik, Wirtschaft, Gesundheitswesen, Weltanschauung und Religion, Soziales und Gesellschaft sowie Demographie. Was den politischen Kontext anbelangt, sind in Deutschland und Taiwan Freiheit, Gleichheit, Würde des Einzelnen sowie die Rechte des Volkes im *Grundgesetz* bzw. in der *Verfassung* verankert. In beiden Ländern besitzt die Frühförderung seit ihrer Ausbauphase hohe politische Akzeptanz. Wirtschaftlich gesehen ist Deutschland viel weiter entwickelt als Taiwan, aber Taiwan kann inzwischen dank seines gestiegenen Wohlstandes auch höhere Kosten in der sonderpädagogischen und allgemeinen Pädagogik übernehmen.

Hinsichtlich des Gesundheitswesens sind in beiden Ländern die Überlebenschancen für schwerstbehinderte Säuglinge und Frühgeborene durch die intensive Gesundheitserziehung und -pflege sowie die bessere medizinische Versorgung stark gestiegen. Die religiösen und weltanschaulichen Aspekte spiegeln in beiden Ländern die Freiheit des Glaubens und den Wertpluralismus wider, wenngleich ein großer Unterschied zwischen dem christlich geprägten Deutschland und dem taoistisch, buddhistisch und konfuzianisch beeinflussten Taiwan besteht.

Die Frühförderung steht ebenfalls in Wechselwirkung mit sozialen und gesellschaftlichen Strukturen und Bedingungen. In Deutschland existiert ein gutes staatliches Sozialversicherungssystem, das die soziale Verantwortung für sozial Bedürftige trägt. Mit der derzeitigen Krise des Sozialversicherungssystems geht jedoch der Sozialabbau einher. Die zunehmende Zahl der Familien mit heterogenen Bedürfnissen, z.B. allein erziehende Elternteile, Familien mit Armuts- bzw. Multiproblemlagen (Arbeitslosigkeit, Alkohol, Gewalt, sozial Deprivierte), führt zu Konkurrenz zwischen den unterschiedlich Hilfsbedürftigen.

Noch deutlicher ist die Problematik in Taiwan zu erkennen. Traditionell steht in Taiwan die Familie als Stütze behinderter Menschen im Vordergrund. Zwar wird seit einiger Zeit in der

Politik dem Sozialwelfare-System große Aufmerksamkeit gewidmet, es ist jedoch finanziell noch nicht sichergestellt.

In Deutschland ist die zunehmende Zahl der Kinder aus Migrationsfamilien in der Frühförderung auch ein Thema. Verbesserungsbedürftig ist diesbezüglich die Aus- und Weiterbildung der Frühfördermitarbeiter, die sich mit den unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und den speziellen Bedürfnissen ausländischer Familien auseinandersetzen müssen. In Taiwan werden Migrantenkinder zwar als ein Teil des alltäglichen Lebens begriffen, aber im Vergleich zu Deutschland sind sie doch seltene Fälle in der Frühförderung und werden bis jetzt kaum erforscht.

Der demographische Hintergrund in Deutschland ist durch eine zunehmende Überalterung der Gesellschaft geprägt. Daraus könnte sich angesichts der derzeitigen beschränkten Ressourcen Streit um die sozialen Leistungen nicht nur zwischen den jungen Hilfsbedürftigen, sondern auch zwischen den Generationen ergeben. Im Vergleich zu Deutschland wird in Taiwan für die alten Menschen in der traditionellen Gesellschaft große Verantwortung übernommen. Die Konkurrenz um finanzielle Mittel zeigt sich nicht zwischen jungen und alten Hilfsbedürftigen, sondern eher zwischen den Kindern mit unterschiedlichem Förder- bzw. Hilfebedarf.

Die Entwicklung der Frühförderung ist eng verbunden mit dem System der allgemeinen Pädagogik sowie dem der Sonderpädagogik. Während in Deutschland die föderative Struktur und die Kulturhoheit der Länder eine wichtige Rolle spielen, besitzt Taiwan trotz des Selbstverwaltungsprinzips der Städte und Landkreise eine zentralisierte Bildungsverwaltung. Die unterschiedlichen Bildungssysteme und -konzeptionen in Deutschland und in Taiwan basieren jedoch auf ähnlichen Prinzipien wie Chancengleichheit, Individualisierung und Pluralismus. Bei den theoretischen Grundlagen und praxisbezogenen Erfahrungen ist in beiden Ländern ein Bestreben nach integrativer und inklusiver Erziehung und Bildung behinderter Kinder zu beobachten. Dies bedeutet dennoch nicht die Abschaffung der Sondereinrichtungen und Sonderschulen; vielmehr wird unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Kindes eine kontinuierliche und flexible Förderung gewährleistet.

Die theoretischen Konzeptionen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland und in Taiwan orientieren sich heute am international üblichen ökologisch-integrativen Förderansatz. Nach dreißigjähriger Entwicklung hat sich das Frühfördersystem in der Bundesrepublik

Deutschland quantitativ und qualitativ bewährt und der Aufbau ist in den meisten Bundesländern abgeschlossen. In Taiwan ist die systematische Entwicklung nach zehnjähriger intensiver Zusammenarbeit aller Beteiligten bis heute nicht abgeschlossen und bedarf der quantitativen sowie qualitativen Etablierung. In beiden Ländern wird durch die Kooperation aller Einrichtungen und die Koordination aller Maßnahmen die Vernetzung des Systems angestrebt, um eine wohnortnahe Frühförderung zu gewährleisten. In beiden Ländern spielt der ökonomische Aspekt für die Entwicklung der Frühförderung eine ausschlaggebende Rolle.

In Deutschland und in Taiwan orientieren sich alle Frühförderangebote für frühförderbedürftige Kinder am Freiwilligkeitsprinzip. Insgesamt werden in der Bundesrepublik Deutschland zwar die Schwachstellen – Früherfassung und Früherkennung – des Systems Frühförderung häufig kritisiert, aber ein vernetztes Angebot für Frühförderkinder und ihre Familie ist dennoch gewährleistet. In Taiwan sind neben der Problematik der Früherfassung und Früherkennung die Verbindungen zwischen Meldung, Diagnostik und Fördermaßnahmen noch lückenhaft. Dies beeinträchtigt die kontinuierliche Frühförderung und ist daher noch sehr verbesserungsbedürftig. Kritisiert werden die Quantität und Qualität der Frühförderfachkräfte. Außerdem müssen die Erziehungsfertigkeit und das Verständnis der Eltern für die kindliche Entwicklung besser geschult werden.

Schließlich bedarf es in Deutschland im Hinblick auf die politischen Tendenzen in Richtung Sozialabbau und die Komplexleistung durch das *SGB IX* und die *Frühförderungsverordnung* Verhandlungen und Vereinbarungen mit Kostenträgern, um die Finanzierung der Frühförderung zu sichern. Trotzdem ist die Frühförderung für das Kind und seine Familie in Deutschland kostenlos.

Zwar werden in Taiwan die medizinischen Hilfen finanziell inzwischen besser unterstützt, aber die Subventionen für die allgemeine Frühförderung sind noch unzulänglich. Im Vergleich zu Deutschland ist die Finanzierung in Taiwan für das Kind und seine Familie noch nicht völlig staatlich abgedeckt.

6 Kritische Würdigung und Konsequenzen für die quantitative und qualitative Weiterentwicklung des Frühfördersystems in Taiwan

Nach der sorgfältigen Betrachtung und der kritischen Reflexion der Frühförderung in Theorie und Praxis in Deutschland und in Taiwan sollen in diesem Kapitel Konsequenzen für die quantitative und qualitative Weiterentwicklung des vorhandenen Systems Frühförderung in Taiwan abgeleitet werden. Zunächst werden die Organisationsmechanismen des Systems Frühförderung in Taiwan schematisch aufgezeigt (Abbildung 13). Es folgt die komprimierte Darstellung des aktuellen politisch-juristischen Rahmens und der administrativen Handhabung der Frühförderung sowie der Anregungen zu deren Verbesserung. Die Schwerpunkte dieser Empfehlungen liegen im Wesentlichen bei den Aufgabenfeldern, die sich auf das Kind und dessen Familie beziehen. Die Anregungen zum System Frühförderung werden anschließend in eigenen Kapiteln dargestellt. Dabei werden auch die betreffende administrative Verwaltung und politische Richtlinien der Frühförderung mit einbezogen. Einige Forderungen zur quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung des Systems Frühförderung in Taiwan könnten sich evtl. auf mögliche Vorschläge zur Qualifizierung der Weiterentwicklung des Systems Frühförderung in Deutschland beziehen. Sie werden unter den Vorschlägen im System Frühförderung in Taiwan in Klammern genannt.

In dieser schematischen Darstellung der Organisationsmechanismen (Abbildung 13) zeigen die nach unten gerichteten Pfeile den Prozess der allgemeinen Entwicklung des Systems Frühförderung von der politisch-juristischen und der administrativen Ebene bis zur praktischen Umsetzung in frühförderbezogenen Einrichtungen. Die Pfeile nach oben deuten die Rückkopplung zwischen der institutionellen Umsetzung der Frühförderarbeit und den administrativen Organen an, die notwendig ist, um eine bessere Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik zur Vervollkommnung des Systems Frühförderung durch die gesetzliche Verankerung zu veranlassen.

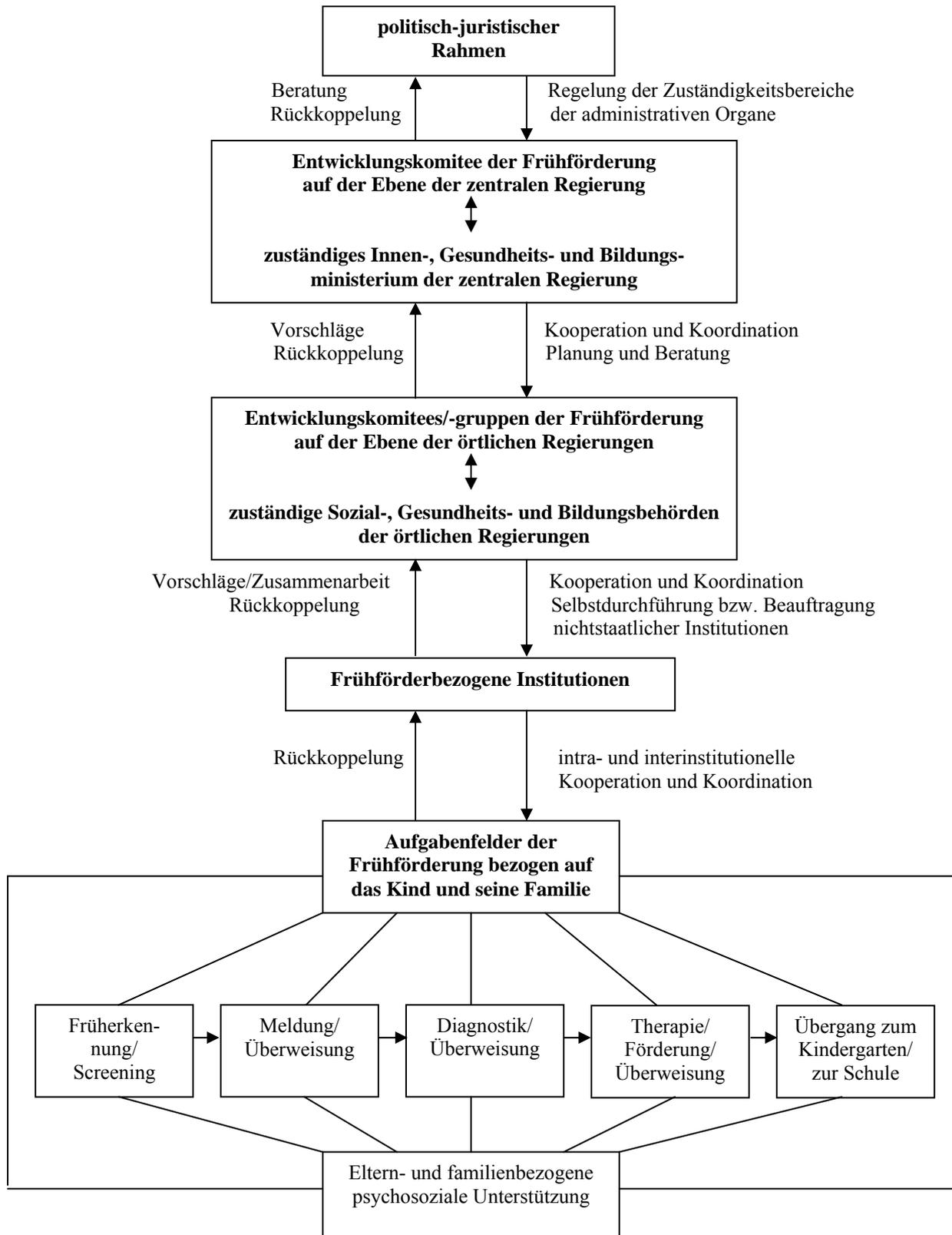


Abbildung 13: **Idealprozess** der Organisationsmechanismen zur Entwicklung des Systems Frühförderung von der politisch-juristischen über die administrative bis zur institutionellen Ebene.

6.1 Politisch-juristischer Rahmen der Frühförderung

Die Entwicklung der Frühförderung ist ohne die politisch-legislative Verankerung unmöglich. § 156 der *Verfassung* der ROC regelt: „Die Nation soll die Mütter schützen und eine soziale Wohlfahrtspolitik für Frauen und Kinder durchführen, um die Grundlage der Existenz und die Entwicklung des Volkes zu schaffen.“ In den letzten zehn Jahren wurden nacheinander eine Reihe von frühförderbezogenen rechtlichen Bestimmungen erlassen und modifiziert (Kap. 4.8). In dem am 28.05.2003 erlassenen *Kinder- und Jugendhilfegesetz* wurde erstmals eine kontinuierliche Hilfe für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr verankert. Nach § 24 haben Kinder und Schwangere Vorrang in der Fürsorge. Die Erziehungsverantwortung der Eltern gegenüber ihren Kindern wird ebenfalls in verstärktem Maße bewusst gemacht (§ 3). Allerdings betrachten traditionell verwurzelte Eltern ihre Kinder noch als Eigentum und die administrative Beaufsichtigung der Eltern ist in Wirklichkeit sehr unzureichend.

Des Weiteren gestaltet sich das Politik- und Sozialwohlfahrtssystem in Taiwan nicht ohne Probleme. Aufgrund der Veränderungen in der Sozial- und Familienstruktur (Kleinfamilien, allein erziehende Elternteile) sowie in der Wirtschaft (größerer Unterschied zwischen Armen und Reichen, erhöhte Arbeitslosenrate) gibt es, wie die Untersuchungen im Bereich der Soziologie, Sozialwissenschaft und Erziehungswissenschaft zeigen, immer mehr neue komplexe soziale Probleme; davon sind auch viele Kinder betroffen, z.B. vernachlässigte, misshandelte, migrierte oder sozial benachteiligte Kinder (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 703).

Dennoch wird diese Situation in der heutigen Gesetzeslage nicht berücksichtigt. Kritisiert wird ebenfalls das „reparierende“ bzw. „defensive“ Politik- und Sozialwohlfahrtssystem. Dieses verändert sich immer erst nach dem Auftreten von Missständen (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 703; vgl. auch WANG, Guo-Yu 1996, 345f.). Infrage gestellt wird ferner die Sozialpolitik, die allgemein in hohem Maße auf moralischen und ethischen Aspekten beruht, wissenschaftliche und praxisbezogene Studien jedoch außer Acht lässt (vgl. WANG, Guo-Yu 1996, 344ff.). Eine Reform der Sozialpolitik, die einseitig durch den emotionalen Streit von Vertretern unterschiedlicher Seiten bestimmt wird, ist wenig gerecht und stellt nicht die notwendigen Maßnahmen sicher.

Im Grunde genommen fehlt es den zentral zuständigen Organen an einer ganzheitlich ausgerichteten Planungspolitik, die sich, aufgrund der unterschiedlichen Finanzkraft, in einer ungleichmäßigen Entwicklung von Städten und Landkreisen zeigt (vgl. CHILDREN'S BUREAU MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002b, 63). Das System Frühförderung ist in den Städten und Landkreisen mit ausreichender Finanzkraft weiter entwickelt. Die einzelnen rechtlichen Bestimmungen im Hinblick auf die Frühförderung sind noch nicht effektiv umgesetzt. Sie werden in den folgenden Kapiteln „Aufgabenfelder der Frühförderung“ erläutert.

Vorschläge für eine ganzheitliche und präventive Sozialpolitik sind:

- Öffentlichkeitsarbeit bezüglich der Wichtigkeit und Notwendigkeit der Beachtung von Individualität und Schutz des Kindes sowie Verstärkung der Umsetzung der Strafmaßnahmen für die Eltern bei Verstoß gegen die rechtlichen Regelungen (dies könnte auch für Deutschland gelten);
- Überlegungen zu einer ganzheitlich ausgerichteten Planungspolitik und Festlegung des Mindestausgabenetats bezüglich der Frühförderung in einzelnen Städten und Landkreisen sowie höherer finanzieller Beihilfe durch die zentral zuständigen Behörden für finanziell schwache Städte und Landkreise;
- Verbesserung des noch unvollständigen Sozialwohlfahrtssystems;
- Vermeidung von Sozialabbau und marktorientierter Konkurrenz zwischen sozialen Institutionen besonders in Zeiten wirtschaftlicher Rezession des Staates (dies könnte auch für Deutschland gelten; vgl. KOCH 1999, 214; SOHNS 2000b, 334-338).

6.2 Administrative Kooperation und Koordination

Die Umsetzung der Frühförderung betrifft in erster Linie die administrativen Subsysteme. Wie die unterschiedlichen Verwaltungsorgane miteinander effektiv kooperieren und koordinieren, stellt daher eine wesentliche Herausforderung dar. Allerdings stoßen die bisherigen Kooperations- und Koordinationsmechanismen auf Schwierigkeiten und Hindernisse. In der Praxis übernehmen das Kinder- und Jugendbüro des Innenministeriums und die Sozialbehörden die Hauptverantwortung (vgl. Kap. 4.8). Die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums und der Gesundheitsbehörden kann in der rechtlichen Verordnung (§ 25 des *Sonderpädagogikgesetzes*) nicht umgesetzt werden (vgl. YOU, Mei-Gue 2000c, 65). Dies trifft ebenfalls auf das Bildungsministerium und die -behörden zu (vgl. ebd.). Ein weiteres Problem ist, dass die

einzelne administrative Behörde aus dem tief verwurzelten Glauben an die eigene Ehrenhaftigkeit oft nach eigenem Gutdünken handelt und ungern mit anderen zusammenarbeitet (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 704). Es mangelt den zuständigen Behördenvertretern, vor allem in entfernten und abgelegenen Landkreisen, an Kenntnissen über die Frühförderung (vgl. TAIPEI EARLY INTERVENTION CENTER 2000, 94f.). Sie kommen weder mit den eigenen Aufgabenbereichen zurecht noch sind sie in der Lage, mit anderen administrativen Behörden zusammenzuarbeiten.

In der Aufbauphase der Frühförderung schien die Etablierung eines Entwicklungskomitees auf nationaler Ebene und jeweils eines Entwicklungskomitees bzw. einer Entwicklungsgruppe auf der örtlichen Ebene in allen Städten und Landkreisen notwendig. Dieses sollte das ganze Frühfördersystem umfassend planen und die unterschiedlichen Verwaltungsministerien bzw. -behörden aufeinander abstimmen und beraten. Nach der Untersuchung von WANNE, Yu-We et al. (2001, 10) und WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan (2002, 203) errichteten auf örtlicher Ebene zunächst nur 79% der Städte und Landkreise ein Entwicklungskomitee bzw. eine -gruppe, bestehend aus Experten, Wissenschaftlern und Vertretern aus Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbehörden. Davon hielten jedoch erst ca. 21% eine Frühförderbesprechung ab, und nur in vier Städten und Landkreisen waren Frühpädagogen daran beteiligt. Inzwischen gibt es in allen Städten und Landkreisen Taiwans jeweils ein Entwicklungskomitee bzw. eine -gruppe (insgesamt 25). Allerdings haben diese keine wirklichen Befugnisse; die negative Folge ist der Mangel an Kooperation und Koordination der Sozial-, Gesundheits- und Bildungssysteme (vgl. GUO, Huang-Zong 1998, 201; CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 704; vgl. auch YOU, Mei-Gue 2000c, 65). Daneben wird auch an der Kommunikationsweise zwischen Entwicklungskomitees/-gruppen und zuständigen Behördenvertretern in einzelnen Städten und Landkreisen Kritik geübt. Eigentlich sollten die Entwicklungskomitees/-gruppen Letztere mit der Planung der konkreten Frühförderarbeit beauftragen und im turnusmäßigen Abstand von drei Monaten beraten. Da die Behördenvertreter sehr beschäftigt sind und den Planungsbericht oft zum letztmöglichen Zeitpunkt erledigen, können die Mitglieder des Komitees/der Gruppe oft keine konkreten Vorschläge machen. Gibt es diese dennoch, können die administrativen Abteilungen wegen des Zeitdrucks den Bericht nicht noch einmal neu gestalten (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000b, 124).

Administrative Kooperation und Koordination könnten besser gestaltet und organisiert werden durch

- Übernahme von mehr Verantwortung durch das Gesundheits- und das Bildungsministerium sowie die Gesundheits- und die Bildungsbehörden in der Frühförderung;
- Beaufsichtigung der Arbeitsteilung und Zusammenarbeit der örtlich zuständigen Behörden bei der Entwicklung der Frühförderung in Städten und Landkreisen durch zentral zuständige Ministerien;
- Planung und Etablierung eines national einheitlichen und kompatiblen elektronischen Informationsaustauschzentrums durch die Regierung auf allen Ebenen, damit die administrativen Subsysteme nicht nur untereinander, sondern auch mit Institutionen, Gemeinschaften und anderen Regierungsorganen in Verbindung treten können (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 704);
- Versammlungen bzw. Fortbildungen zur theoretischen Erkenntniserweiterung und zum praxisbezogenen Erfahrungsaustausch für die Mitarbeiter der zuständigen Behörden, um die Entwicklung der Frühförderung zu begünstigen;
- Festlegung einer klaren Trennung der Aufgabenbereiche zwischen örtlichen Entwicklungskomitees/-gruppen und Behörden und Beauftragung von einigen Mitgliedern des Komitees/der Gruppe zur konkreten und umfassenden Planung und Erarbeitung von Umsetzungsstrategien des ganzen Frühfördersystems (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000b, 142), damit die Behördenvertreter von der Planungsarbeit entlastet werden und deren Tätigkeiten der Frühförderung ausgeführt sowie auf der institutionellen Ebene verwirklicht werden können.

6.3 Aufgabenfelder der Frühförderung

6.3.1 Früherkennung

Für eine erfolgreiche Früherkennung ist zunächst eine präventive und ganzheitliche Gesundheitsplanung unerlässlich. Betrachtet man die Aspekte der Gesundheitsförderung und der präventiven Maßnahmen in Taiwan, stehen die Erwachsenen und vor allem ältere Menschen aufgrund der Verehrung der Senioren in der traditionellen chinesischen Gesellschaft im Mittelpunkt, während die Kinder und Jugendlichen lange Zeit wenig beachtet wurden. Erst 1995

wurden die Kindervorsorgeuntersuchungen gesetzlich verankert. Zu diesem Zeitpunkt wurde das Mutter-Kind-Vorsorgenetz ins Leben gerufen, das allerdings noch Lücken aufweist (vgl. Kap. 4.5.2.1). Die derzeitige Gesundheitspolitik ist den neuen Herausforderungen – im Besonderen die somatische und psychosoziale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen und die durch die sozialgesellschaftliche Umwandlung entstandenen neuen Risiken (z.B. Sucht, Armut, Leistungsdruck) – noch nicht gewachsen. Zu begrüßen ist, dass der Staat in zunehmendem Maße die soziale Verantwortung übernimmt, um die Familien dadurch zu entlasten. Die Eltern sollten sich aber ihren Pflichten gegenüber ihren Kindern nicht entziehen. Die engagierte und motivierte Beteiligung der Eltern – im Besonderen der Eltern aus sozialen Randgruppen – an der Früherkennung und Frühförderung ihres Kindes stellt eine notwendige Grundlage für die Früherkennung dar.

Die präventive Gesundheitsförderung/-erziehung und das Mutter-Kind-Vorsorgenetz könnten durch folgende Maßnahmen verbessert werden:

- Unterstützung der biomedizinischen, gesundheitspsychologischen und -soziologischen Forschungen zur Vorbeugung von Krankheiten und Behinderungen sowie zur Früherkennung der neuen Risikofaktoren in der modernen Gesellschaft im Kinder- und Jugendalter als Grundlage einer präventiven Gesundheitspolitik (dies könnte auch für Deutschland gelten);
- Erziehung zu einem persönlichen Gesundheitsbewusstsein und zum richtigen Gesundheitsverhalten für Kinder und Jugendliche sowie sexuelle Aufklärung der Jugendlichen zur Vermeidung einer ungewollten und unvorbereiteten Schwangerschaft (dies könnte auch für Deutschland gelten);
- Informationen über Säuglingspflege und -ernährung für werdende Eltern durch Kurse in regionalen Kliniken oder in Familienberatungsstellen/-erziehungszentren; Verstärkung der Unterstützung von Schwangeren in sozialen Brennpunkten durch Gemeindefrauen;
- Öffentlichkeitsarbeit, um den Eltern Kenntnisse über die kindliche Entwicklung zu vermitteln, sowie Angebote zur Elternbildung durch Städte und Landkreise, um elterliche Kompetenzen bei der Erziehung des Kindes zu stärken;
- Öffentlichkeitsarbeit zur gesunden Schwangerschaft und zur Wichtigkeit der Schwangerschaftsuntersuchungen sowie zu evtl. negativen Folgen bei deren Versäumnis; zehn kostenlose Schwangerschaftsuntersuchungen als verpflichtende Maßnahme (die ver-

pflichtenden Schwangerschaftsuntersuchungen könnten auch wie in der DDR für Deutschland gelten; vgl. KOCH 1999, 155-163);

- Öffentlichkeitsarbeit zur Bedeutung der Kindervorsorgeuntersuchungen und zu evtl. negativen Folgen bei deren Versäumnis; Ausweitung der verpflichtenden kostenlosen Kindervorsorgeuntersuchungen bis zum sechsten Lebensjahr unter besonderer Berücksichtigung der Kinder aus sozial benachteiligten Milieus bzw. aus Problemfamilien (die verpflichtenden Früherkennungsuntersuchungen könnten auch wie in der DDR für Deutschland gelten; vgl. KOCH 1999, 155-163);
- Gewährung einer turnusmäßigen Nachbetreuung für Neugeborene mit biologischen Risiken durch die Geburtsklinik in Zusammenarbeit mit anderen medizinisch-therapeutischen Einrichtungen und pädagogischen sowie interdisziplinären Frühförderinstitutionen (diese könnte auch für Deutschland gelten).

Die Durchführung der Früherkennung ist vorrangig die Aufgabe der Ärzte. Kritisiert wird aber neben der Fachqualität der Kinder- und Allgemeinärzte die Untersuchungsqualität (vgl. Kap. 4.5.2.1 und Kap. 5.6.2). Nach der Untersuchung von LIN, Yu-Ping (2002) haben sogar die meisten befragten praktizierenden Kinderärzte in der Stadt Kaohsiung selten mit entwicklungsverzögerten Kindern zu tun und sind daher wenig mit der Thematik Entwicklungsverzögerung vertraut (99). Es mangelt auch in hohem Maße an Ergo-, Physiotherapeuten und Logopäden. Zur medizinischen Prophylaxe können im Prinzip die medizinischen Gemeindeberatungsdienste bzw. die Gemeindeschwestern der Gesundheitsämter regelmäßige Hausbesuche machen und Screenings bei Kindern mit biologischen und sozialen Entwicklungsrisiken (Familien mit Erbkrankheiten wie geistiger Behinderung bzw. psychischer Krankheit) durchführen sowie verdächtige Fälle zur weiteren Diagnose, Beratung und Betreuung überweisen (vgl. ZOU, Guo-Su 1997, 10). Infrage gestellt wird jedoch besonders die Qualität dieser Gemeindedienste hinsichtlich der Erkennung kindlicher Entwicklungsstörungen. In manchen Regionen mit zu wenig Personal und knappen Finanzmitteln sind die medizinischen Gemeindeberatungsdienste und die Gemeindeschwestern der Gesundheitsämter oft überlastet. Teilweise werden diese Dienste sogar überhaupt nicht angeboten.

Für ein effizienteres Früherkennungssystem könnten, bezogen auf die Ärzte und das medizinisch-therapeutische Personal, folgende Empfehlungen gegeben werden:

- gerechte Kostenübernahme der Krankenkassen bei Kindervorsorgeuntersuchungen;
- regelmäßige Überprüfung der bestehenden Vorsorgemethoden sowie Einführung und Entwicklung neuer Vorsorgemethoden (dies könnte auch für Deutschland gelten);
- Standardisierung und Evaluierung der Beratungsinhalte durch vertragsärztliche Leistungen (dies könnte auch für Deutschland gelten; vgl. LEYENDECKER & HORSTMANN 1997, 443; WIRTZ 1997, 78ff.; KOCH 1999, 216);
- Gewährleistung der Qualifizierung für Vorsorgeuntersuchungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Kinderärzte sowie Berechtigung der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen nur für derart ausgebildete und qualifizierte Kinderärzte (dies könnte auch für Deutschland gelten; vgl. KOCH 1999, 216);
- Sicherstellung fachlicher Qualifikation mit speziellen Kenntnissen in Sozial- und Neuropädiatrie sowie Vermittlung neuer medizinisch-therapeutischer Erkenntnisse und Techniken und deren Anwendung in der Kindervorsorge durch turnusmäßige Fortbildungen bzw. Tagungen (dies könnte auch für Deutschland gelten; vgl. WIRTZ 1997, 79f.; MÜLLER 2003, 9);
- Errichtung von Lehrstühlen für praktische Pädiatrie, die mit erfahrenen Ärzten besetzt werden, welche mit der Thematik der Vorsorgeuntersuchungen vertraut sind (vgl. WIRTZ 1997, 79f.; KOCH 1999, 216);
- Ausweitung von Lehrstühlen für Physio-, Ergotherapie und Logopädie und von Möglichkeiten einer Ausbildung als Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden;
- frühestmögliche Einzelfallhilfe durch die medizinischen Gemeindeberatungsdienste bzw. die Gemeindecrankenschwestern der Gesundheitsämter für Kinder mit Entwicklungsrisiken und für Kinder aus Familien mit Erbkrankheiten wie geistiger Behinderung bzw. psychischer Krankheit und Beratungsangebote für Eltern zur Pflege und Ernährung von Neugeborenen; Kenntnisse über die kindliche Entwicklung als Lehrinhalte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung;
- finanzielle Beihilfe durch das Gesundheitsministerium für Regionen mit geringer Finanzkraft zur Unterstützung der Früherkennungsmaßnahmen der medizinischen Gemeindeberatungsdienste bzw. der Gemeindecrankenschwestern der Gesundheitsämter.

Für gesundheitsfördernde Maßnahmen sind gerade Kindergärten und -tagesstätten bedeutsame Interventionsfelder (vgl. BODENBENDER 1997, 87; vgl. auch ABEL & SCHNEIDER 2000, 116-120). Große Bedeutung für die Früherkennung von Kindern mit Entwicklungsrisiken wird daher dem pädagogischen Personal in Kinderbetreuungseinrichtungen beigemessen, da dieses gute Möglichkeiten zum Vergleich der Entwicklung gleichaltriger Kinder hat und frühe Fördermaßnahmen ergreifen kann. Eine große Schwachstelle ist das unqualifizierte pädagogische Personal in Kindergärten, vor allem in privaten Einrichtungen (54,25%) (vgl. Kap. 5.2). Da immer mehr Frauen in Taiwan berufstätig sind, spielen für Kinder unter drei Jahren Tagesmütter eine große Rolle; auch diese sollten in das Früherkennungssystem mit einbezogen werden. Die Sozialbehörden in Städten und Landkreisen vermitteln zwar nur ausgebildete Tagesmütter, aber es gibt dennoch viele Tagesmütter, die unausgebildet und ohne Berufserfahrung eine Kinderbetreuung anbieten, ohne bei einer Sozialbehörde gemeldet zu sein.

Sinnvolle Maßnahmen zur quantitativen und qualitativen Teilnahme des Pflegepersonals und des pädagogischen Personals an der Früherkennung könnten ergriffen werden durch

- Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Erkennung der normalen und abweichenden Entwicklung des Kindes und zur Durchführung des allgemeinen Screeningtests;
- Vermittlung von vorhandenen Screeningtests durch Städte und Landkreise an möglichst alle Kindergärten und -tagesstätten;
- Gesundheitserziehung in Kindergärten und -tagesstätten; die Aus-, Fort- und Weiterbildung für das Kindergartenpersonal zu allen Themen der Gesundheitsförderung (dies könnte auch für Deutschland gelten; vgl. STRASSBURG ³2003a, 32);
- Aufbau eines qualifizierten Tagesmuttersystems in Vernetzung mit der Stadt/dem Landkreis; der kindliche Entwicklungsverlauf sowie die Bedeutung der Kindervorsorgeuntersuchungen als Lehrinhalte der Schulung für Tagesmütter.

Unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der psychosozialen Vorsorge wird ein Gemeindesozialdienst, der von der Sozialbehörde der Stadt bzw. des Landkreises ernannt wird, für die problembelasteten bzw. sozial deprivierten Familien bereitgestellt. Im Allgemeinen bieten die Gemeindesozialarbeiter beim Hausbesuch psychosoziale Beratung (Familien-, Schulden-, Ernährungsberatung), soziale Hilfemaßnahmen sowie Anleitung zur Selbsthilfe an. Größere Aufmerksamkeit wird mit dem Aufbau des Frühfördersystems in Taiwan auf die

Früherkennung von Kindern mit sozialen Risikofaktoren gelegt. Zudem haben die Gemeindefacharbeiter eine initiiierende und motivierende Funktion. Durch deren Einzelfallbetreuung können Zugangsbarrieren für die Früherkennung zumeist abgebaut werden. Trotzdem besteht immer noch die schwierige und heikle Aufgabe, solche Familien dauerhaft zur weiteren Teilnahme an der Verlaufsdiagnostik, der Therapie oder einer Förderung zu motivieren.

Anstöße zur Verbesserung der aktiven und qualifizierten Früherkennung durch die Sozialarbeiter sind:

- Ausbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Erkennung kindlicher Entwicklungsstörungen und Befähigung zur Durchführung von Screeningtests durch Aus-, Fort- und Weiterbildung; Beachtung möglicher sozialer Entwicklungsrisiken des Kindes beim Hausbesuch;
- Entwicklung neuer und weiterer Strategien zur Motivation der Familien für fortführende Maßnahmen wie Diagnostik, Therapie bzw. Förderung bei Erkennung der potentiellen Entwicklungsgefährdungen des Kindes (dies könnte auch für Deutschland gelten).

Schließlich ist zu beachten, dass die Früherkennung des Ausbaus eines verbindlichen Koordinierungsnetzes von vorbeugenden Maßnahmen durch medizinisch-therapeutische, pädagogische, psychologische und soziale Dienste bedarf (dies könnte auch für Deutschland gelten).

6.3.2 Meldung und Überweisung

Nach dem Frühförderkonzept der Sozialabteilung des Innenministeriums sollen alle entwicklungsverzögerten Kinder zuerst bei Sozialzentren zur Früherfassung gemeldet werden. Diese vermitteln den Kindern und ihren Familien einen Einzelfallbetreuer (i.d.R. einen Sozialarbeiter) zur weiteren Diagnostik, Therapie und Förderung und gewährleisten so eine kontinuierliche Frühförderung. Allerdings zeigt sich hier in der Praxis eine große Lücke. Es besteht kein national einheitliches Meldesystem. Daher gibt es keine konkrete Zahl, wie viele Kinder von Entwicklungsverzögerungen betroffen sind (z.B. aufgrund von Doppelerfassungen). Beklagt werden ferner die niedrige Erfassungsquote und das späte Erfassungsalter vieler Kinder.

Die größte Gruppe der Kinder ist die mit einem Behindertenausweis. In Taiwan wird eine Meldung zwar sehr empfohlen, aber sie ist nicht zwingend (vgl. Kap. 4.5.2.2 und Kap. 5.6.2).

Für eine wirksamere Früherfassung könnten folgende Möglichkeiten in Betracht gezogen werden:

- Öffentlichkeitsarbeit zur Propagierung der Wichtigkeit der Früherfassung und Verstärkung des Problembewusstseins bei allen Beteiligten (dies könnte auch für Deutschland gelten; vgl. KOCH 1999, 214/220);
- Abbau der Ängste und Hemmschwellen sowie Gewährleistung unterschiedlicher offener und vernetzter Zugangsmöglichkeiten für Eltern zur Meldung in Beratungsstellen, Arztpraxen, Kliniken, Kindergruppen, -gärten, -tagesstätten usw.; evtl. Einrichtung einer leicht einprägsamen Sondertelefonnummer zur örtlichen Meldung und deren Bekanntmachung durch Massenmedien in allen Städten und Landkreisen (dies könnte auch für Deutschland gelten);
- verstärkte Kooperation zwischen Geburtskliniken/Ärzten und dem Sozialzentrum zur Früherfassung der Stadt/des Landkreises und Aufbau des Systems zur Beobachtung von Säuglingen mit hohen Entwicklungsrisiken in den Geburtskliniken, um diese Fälle aktiv betreuen zu können;
- Etablierung eines gemeinsamen elektronischen Informationssystems (z.B. Verwaltungssystem der Einzelfallbetreuung von entwicklungsverzögerten Kindern; vgl. CHILDREN'S BUREAU, MINISTRY OF INTERIOR, ROC 2002a, 33) in Verbindung mit Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbehörden sowie Frühfördereinrichtungen zur konkreten Erfassung von entwicklungsverzögerten Kindern und zur Integration der Frühförderressourcen (vgl. Kap. 6.2).

Die Überweisung bereitet ebenfalls noch Schwierigkeiten. Zurückzuführen sind diese hauptsächlich auf den unklaren und ineffektiven Überweisungsprozess von der Meldung bis zur Diagnostik, Therapie und Förderung und bis zum Übergang zwischen sozialen, medizinischen und pädagogischen Systemen (vgl. GUO, Huang-Zong 1998, 200f.; vgl. auch CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000b). Außerdem sind die Frühförderressourcen in Taiwan noch sehr unzulänglich (vgl. Kap. 4.5.2.4). Ob die erfassten Kinder in das Frühfördersystem aufgenommen werden können, hängt von der Anzahl der Melfälle ab. Bis jetzt gibt es aber keine genaueren Angaben über die Wartelisten. Ein weiteres Problem ist, dass viele

Frühförderkräfte mit den vorhandenen frühförderbezogenen Ressourcen selbst noch nicht vertraut und daher auch nicht in der Lage sind, das Kind und seine Familie an geeignete Einrichtungen zu vermitteln (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000b).

Die Verbesserung der Überweisungspraxis bedarf

- der Erhöhung pädagogischer und medizinisch-therapeutischer Ressourcen und der Integration unterschiedlicher vorhandener Frühförderressourcen, um die Kapazität der Frühförderung zu vergrößern und Wartelisten bei der Überweisung zu vermeiden;
- der Entwicklung eines wirksamen Überweisungsprozesses zwischen Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbehörden;
- der Veröffentlichung eines örtlichen Handbuchs, neben dem nationalen Handbuch der Frühförderressourcen, zur Detaildarstellung von unterschiedlichen sozialen, medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Frühförderressourcen durch die Stadt bzw. den Landkreis, um einen allgemeinen Überblick über die vorhandenen verfügbaren Ressourcen zu geben und die Überweisung an nachfolgende Fördereinrichtungen zu erleichtern; diese örtlichen Handbücher der Frühförderung sollten im Internet abrufbar sein und zum Download zur Verfügung stehen.

6.3.3 Entwicklungseinschätzung und Diagnostik

Aufgrund des späteren Beginns der Frühförderung in Taiwan wird im Frühförderkonzept von Anfang an eine umfassende, ganzheitliche und interdisziplinäre Diagnostik betont, die im Prinzip von Fachleuten aus unterschiedlichen Disziplinen unter ärztlicher Leitung durchgeführt wird. Dafür sind im Wesentlichen die interdisziplinären Diagnostikzentren verantwortlich. Parallel dazu beteiligen sich durch Bemühungen des Gesundheitsministeriums und der -ämter immer mehr Kliniken daran. Die pädagogischen und interdisziplinären Fördereinrichtungen arbeiten häufig mit Ärzten und Kliniken zusammen.

Trotz der zunehmend positiven Entwicklungen müssen noch viele Hindernisse aus dem Weg geräumt werden (vgl. Kap. 4.5.2.3). Während die zu diagnostizierenden Fälle mit erforderlicher Verlaufsdagnostik bzw. einer nachsorgenden Diagnostik zunehmen, mangelt es bis jetzt noch an Kompetenz und Quantität des diagnostischen Personals und an Kliniken zur Durchführung einer interdisziplinären Diagnostik. Daher ist es nicht verwunderlich, dass bei den meisten überwiesenen Kindern vor allem auffallende Beeinträchtigungen und Behinderungen

diagnostiziert wurden. Des Weiteren gibt es einen großen Unterschied in der Qualität einzelner Kliniken, die eine interdisziplinäre Diagnostik anbieten. Die meisten Eltern vertrauen nur berühmten Kliniken in großen Städten, die im Allgemeinen lange Wartelisten haben. Viele Eltern zweifeln auch an der ersten Diagnose und holen sich deshalb eine zweite in einer sog. „besseren und bekannteren“ Klinik ein. Diese „Doppeldiagnostik“ verschwendet jedoch sowohl medizinisch-therapeutische Ressourcen als auch kostbare Förderungszeit des Kindes (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000b, 133). Darüber hinaus sind nicht alle Diagnostikinstrumente standardisiert, wodurch sich unterschiedliche Ergebnisse in der Diagnostik bei verschiedenen Kliniken ergeben könnten.

Theoretisch sollte sich die Diagnostik am Umfeld und am Alltag des Kindes orientieren, aber in Wirklichkeit ist dies in interdisziplinären Diagnostikzentren und Kliniken kaum möglich. Überdies sollte das Diagnostikteam eine Besprechung über die Diagnose und die Förderungsmöglichkeiten zusammen mit den Eltern und dem Sozialarbeiter im Sozialzentrum zur Früherfassung anberaumen, die von einigen Kliniken jedoch sowohl aus Zeit- als auch aus Kostengründen eingespart wird. Daneben stellt ein Diagnosebericht für die interdisziplinären Diagnostikzentren zwar den Regelfall, für die unerfahrenen Kliniken und Kinderärzte jedoch ein Novum dar.

Gegen die Missstände in der Diagnostik könnten folgende Vorkehrungen getroffen werden:

- Anreiz für Ärzte und Kliniken zur Durchführung einer interdisziplinären Diagnostik durch eine höhere Kostenübernahme der Krankenkassen;
- Regelmäßige Evaluierung der diagnostischen Qualität durch interdisziplinäre Diagnostikzentren, Vertragskliniken und Ärzte der Gesundheitsämter, um bei den Eltern Vertrauen zu erwecken und eine Doppeldiagnostik zu vermeiden;
- Gewährleistung von Fähigkeiten und Fertigkeiten des Fachpersonals zur Durchführung einer interdisziplinären Diagnostik, zur Organisation einer Diagnosebesprechung und zur Erstellung eines Diagnoseberichtes durch Aus-, Fort- und Weiterbildung;
- Sicherstellung der Durchführung einer Umfeld- und Alltagsdiagnostik durch ein Mitglied des Teams (Sozialarbeiter bzw. pädagogisches Personal) in interdisziplinären Diagnostikzentren;
- Standardisierung der diagnostischen Instrumente;

- Aufschlüsselung der Verantwortungsbereiche des interdisziplinären Diagnostikteams; verpflichtende Einladung der Eltern und des Sozialarbeiters durch das Sozialzentrum zur Früherfassung zu der interdisziplinären Diagnostikbesprechung.

6.3.4 Therapie und Förderung

Grundsätzlich wird das frühförderbedürftige Kind nach einer interdisziplinären Diagnostik an passende Fördereinrichtungen vermittelt, die medizinisch-therapeutische oder/und psychologisch-pädagogische Fördermaßnahmen bereitstellen. Wie bereits erwähnt, ist diese Überweisung zur Therapie und Förderung schwierig zu gewährleisten. Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass es dem Staat, trotz vieler Bemühungen um die Fürsorge und Bildung der behinderten Menschen, an Ressourcen mangelt. Es fehlt an sonderpädagogischen Fachkräften und Fördereinrichtungen im vorschulischen Bereich, und zwar sowohl hinsichtlich Quantität als auch Qualität (vgl. Kap. 4.7.6). Weiterhin führt die Untersuchung von LIAO, Hua-Fang et al. (vgl. 1999, 170; vgl. auch WANNE, Yu-We et al. 2001, 8; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 203) das geringe Interesse der medizinisch-therapeutischen Einrichtungen an der Frühförderung auf zu wenige und schlecht qualifizierte Therapeuten, unzureichende Therapieräume sowie hohe Selbstbeteiligungskosten zurück.

Häufig kritisiert wird in Taiwan die ungleichmäßige Verteilung der Frühförderressourcen, im Besonderen der medizinisch-therapeutischen; es bestehen große regionale Unterschiede zwischen Städten und abgeschiedenen Landkreisen sowohl in der Quantität als auch in der Qualität (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 9f.; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 202). Schließlich werden die Fördermaßnahmen trotz der Hervorhebung des ökologisch-systemischen Aspekts in hohem Maße in Fördereinrichtungen durchgeführt, obwohl diese dem IFSP nicht wirklich entsprechen. Es fehlt einerseits noch an ausreichend qualifiziertem Fachpersonal zur Durchführung der Hausfrühförderung, andererseits wollen viele Familien die Therapie und Förderung zu Hause noch nicht akzeptieren (vgl. Kap. 5.6.5).

Zur Verbesserung von Therapie und Förderung könnten folgende Anregungen gegeben werden:

- ganzheitliche Planung zur Entwicklung von neuen Frühförderressourcen (vgl. Kap. 6.3.2);

- quantitative Sicherstellung qualifizierter medizinisch-therapeutischer und pädagogischer Fachkräfte durch Aus-, Fort- und Weiterbildung;
- Ausbau wohnortnaher Fördereinrichtungen sowie Integration von vorhandenen sozialen, medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Ressourcen durch regionale Vernetzung;
- Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung der Hausfrühförderung sowie Öffentlichkeitsarbeit zur Bedeutung häuslicher Förderung;
- finanzielle Unterstützung durch die zuständigen Ministerien zum Ausbau frühförderbezogener Ressourcen und zum Ausgleich der Nachteile abgeschiedener Landkreise; evtl. Verträge zwischen abgeschiedenen Landkreisen und benachbarten größeren Städten, die über mehr soziale, medizinisch-therapeutische und pädagogische Ressourcen verfügen und eine vernetzte Unterstützung im Frühfördersystem für die abgeschiedenen Landkreise anbieten können.

Nach dem Konzept der Sozialabteilung des Innenministeriums sind die sozialen Einrichtungen wie Sozialzentren zur Früherfassung bzw. Zentren für Einzelfallhilfe für die Integration der Dienste im Frühförderprozess (z.B. Einzelfallhilfe/Einzelfallbetreuung) zuständig. Dennoch gibt es einige Probleme bei der Überweisung zur Therapie und Förderung. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass die sozialen Institutionen keine Kerneinrichtungen für Therapie und Förderung darstellen und i.d.R. mit medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Ressourcen nicht umgehen können (vgl. Kap. 5.5.2). In diesem Zusammenhang stößt die Überweisung zu medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fördereinrichtungen nicht selten auf Schwierigkeiten. Unter diesen Umständen ist es kein Wunder, dass viele Eltern unzufrieden sind mit den vom Sozialzentrum zur Früherfassung vermittelten Fördereinrichtungen und möglicherweise die Therapie bzw. Förderung abbrechen.

Möglichkeiten zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Frühförderung in der Phase der Therapie und Förderung sind:

- Gewährleistung fachlicher Integrations- und Kommunikationsfähigkeiten/-fertigkeiten des Einzelfallbetreuers durch Aus-, Fort- und Weiterbildung, um ein kontinuierliches und qualitativ hochwertiges Frühförderangebot für das Kind und seine Familie sicherzustellen;

- vorherige Besichtigung der Fördereinrichtungen durch die Eltern in Begleitung des Sozialarbeiters des Sozialzentrums zur Früherfassung, um die Eignung der Einrichtung für das Kind und seine Familie zu überprüfen;
- Erwägung einer Einzelfallbetreuung für Säuglinge und Kleinkinder durch medizinisch-therapeutische Fachkräfte, z.B. Gemeindeschwestern, Säuglingskrankenschwestern (CHIU, Yi-Wen & HUANG, Hsiu-Li 1999) bzw. Frühförderer und für Kinder von drei Jahren bis zur Einschulung (evtl. auch für Säuglinge und Kleinkinder) durch Sonderschullehrer (TSAO, Ling-Ling 1998) bzw. Frühförderer (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000b, 136/143).

6.3.5 Übergang in den Kindergarten und in die Schule

In den *Ausführlichen Richtlinien des Sonderpädagogikgesetzes* wird der Übergang der behinderten Schüler in weiterführende Schulen geregelt (§ 18 Abs. 1 Nr. 10). Allerdings bezieht er sich ausschließlich auf den Schulbereich bis zum Arbeitsantritt (Sekundarstufe II in Deutschland). Erst in den letzten Jahren wird eine ganzheitliche und umfassende Planung des Übergangs im Hinblick auf die unterschiedlichen Phasen der Bildungsgänge behinderter Menschen (vom Frühförderbereich bis zur Universität)⁹⁹ und des ganzen Lebens (von der Geburt bis zum Alter)¹⁰⁰ in Betracht gezogen. In der Praxis bietet ein Teil der Fördereinrichtungen nach Bitte der Eltern um Rat schon einen Übergangsdienst an. Einige befinden sich noch in der Entwurfsphase.

In Taiwan gibt es bis jetzt nur vereinzelte Forschungen über die Übergänge in den Kindergarten und in die Schule. Aus den Interviews von WU, Yi-Wen (2000, 186) mit Frühfördereinrichtungen in Taipei ergab sich, dass der Übergang in der Praxis oft negativ verläuft. Im Prinzip sollen die Sozialarbeiter nach der Überweisung des Frühförderkindes in den Kindergarten und in die Schule weiterhin zwischen sechs Monaten und einem Jahr für eine Einzelfallbetreuung und regelmäßige Beobachtung des Kindes zur Verfügung stehen. In der Realität wird das Frühförderpersonal bzw. die Leitung der Frühförderinstitutionen jedoch meistens nur von Eltern konsultiert, die aufgrund aufgetretener Probleme und Schwierigkeiten beim Übergang eine Beratung suchen. In diesem Fall existiert die Einzelfallbetreuung nur dem Namen nach.

⁹⁹ Siehe *Durchlässigkeit des Bildungssystems* (Kap. 4.8.1.7).

¹⁰⁰ Siehe *Durchführungsprojekt zur Integration der Übergänge im Leben behinderter Menschen* (Kap. 4.8.1.7).

Ferner konzentrieren sich die derzeitig verfügbaren Frühförderressourcen übermäßig auf Kinder mit augenfälligen Beeinträchtigungen und Behinderungen (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 9; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 202). Für entwicklungsverzögerte Kinder werden zwar zunehmend Förderungsmöglichkeiten angeboten, aber es fehlt noch an geeigneten Förderorten. Probleme treten in Taiwan überdies häufig mit der Integration beim Übergang zu öffentlichen Regelkindergärten und -schulen auf. Wesentliche Gründe dafür sind zum einen, dass – nach Meinung mancher Lehrer – die Aufnahme von behinderten und entwicklungsverzögerten Kindern die Qualität des Lernens der anderen Kinder beeinträchtigen kann; zum anderen halten manche Lehrer sich selbst aufgrund unzulänglicher Fachkenntnisse für unqualifiziert, solche Kinder richtig zu fördern (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000b, 135). Fraglich ist tatsächlich, ob diese Kinder in den Regeleinrichtungen wirklich umfassend und optimal gefördert werden können. Nach einigen wissenschaftlichen Untersuchungen ist vor allem die Eignung des pädagogischen Personals in privaten Kindergärten und -tagesstätten noch nicht sichergestellt und es fehlt meist an sonderpädagogischen Fachkenntnissen (vgl. Kap. 5.2). Die Interviews von LIN, Chu-Sui (2002, 492/497/501) ergaben, dass 75,7% der befragten Eltern den schulischen Übergang als ein wichtiges Thema in der Elternbildung betrachteten, wobei nur 28,3 % damit zufrieden waren (ebd., 501).

Somit kommen folgende Verbesserungsmöglichkeiten für den Übergang zum Kindergarten bzw. zur Schule infrage:

- Übergang zum Kindergarten und zur Schule als ein Aufgabenfeld des IFSP und als Inhaltspunkt der Elternbildung;
- vorherige Besichtigung des künftigen Kindergartens bzw. der künftigen Schule durch die Eltern und Überweisung erst nach dem Gespräch über die Übergangsmöglichkeiten des Kindes mit dem künftigen Betreuungspersonal bzw. dem Lehrer;
- unter dem Aspekt der integrativen und inklusiven Erziehung und Bildung Vermittlung sonderpädagogischer Erkenntnisse an das pädagogische Personal sowohl im Schul- als auch im Vorschulbereich in Aus-, Fort- und Weiterbildung; Abbau der Vorurteile gegenüber behinderten Kindern und Sicherstellung eines IFSP in Regelkindergärten und -schulen des förderbedürftigen Kindes;
- Verträge zwischen Kindereinrichtungen, mobilen sonderpädagogischen Schulberatungsdiensten und Frühfördereinrichtungen zur Unterstützung der Förderung von entwicklungsverzögerten und behinderten Kindern in Regelkindergärten und -tages-

stätten, um die Konkurrenz untereinander zu vermeiden (dies könnte auch für Deutschland gelten);

- Verstärkung der Fähigkeiten und Fertigkeiten des Einzelfallbetreuers zur wirklichen Umsetzung des Übergangs und Sicherstellung eines kontinuierlichen Frühförderangebotes für das Kind und seine Familie;
- Rückmeldung der ehemaligen medizinisch-therapeutischen bzw. pädagogischen Betreuer an das Sozialzentrum zur Früherfassung, wenn die Eltern bei Problemen des Übergangs Beratung und Unterstützung suchen.

6.3.6 Eltern- und familienbezogene psychosoziale Unterstützung

Unter dem ökologisch-systemischen Aspekt orientiert sich die Frühförderung in Taiwan nicht nur am Kind, sondern an der gesamten Familie. Die eltern- und familienbezogene psychosoziale Unterstützung wird als ein bedeutender Aufgabenbereich betrachtet.

Trotz dieses hohen Stellenwerts ist sie in der Praxis noch nicht ganz gewährleistet. Nach der Untersuchung von HUANG, Shu-Wen (2001) zeigt sich, dass die Hauptbetreuer von behinderten Kindern in der Familie während des Frühförderprozesses einem gewissen Druck ausgesetzt sind, da es an der Familienunterstützung mangelt. Manche Eltern fühlen sich unsicher und sogar ängstlich, vor allem wenn das Frühförderpersonal fremde Fachbegriffe benutzt (ebd.). Die finanzielle Bezuschussung kann die Eltern in großem Maße entlasten, aber die meisten Eltern sind unzufrieden mit der komplizierten und lang andauernden administrativen Prozedur zur Beantragung der finanziellen Hilfe, der geringen Beihilfe zu den Frühförderkosten und den strengen Bedingungen zu deren Erlangung (vgl. Kap. 4.8.2). In manchen Regionen, besonders in großen Städten, wird eine Hausfrühförderung durch das hohe Verkehrsaufkommen erschwert (vgl. Kap. 4.7.4). Die Kosten eines Fahrdienstes müssen von den Eltern selbst getragen werden. Es fällt auch vielen Eltern schwer, nach passenden wohnortnahen Kinderkrippen, -gärten bzw. -tagesstätten für ihr Kind zu suchen. Des Weiteren sind die Beiträge in privaten Kinderkrippen, -gärten bzw. -tagesstätten 3,4- bis 3,6-mal höher als in öffentlichen, deren Plätze i.d.R. verlost werden (vgl. Kap. 5.2). Daraus ergibt sich eine große Belastung für die Eltern. Erwähnenswert ist die finanzielle Beihilfe in Form des „Kindererziehungsscheins“ durch das Bildungsministerium für die Fünfjährigen, die einen Kindergarten besuchen. Trotzdem stehen die Ausgaben der Eltern nach dem Magazin READER'S DIGEST (2003, 55) z.B. in Taipei für die Erziehung ihrer Kinder im Kindergarten an zweiter Stelle

(auf dem ersten Platz: College und Universität) der familiären Ausgaben. Es ist also kein Wunder, dass die Kindergartenbesuchsquote erst mit zunehmendem Alter ansteigt.

Eine sichergestellte eltern- und familienbezogene psychosoziale Unterstützung könnte gekennzeichnet sein durch

- Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten des Frühförderpersonals in Aus-, Fort- und Weiterbildung, um mit den vielseitigen Möglichkeiten der begleitenden psychosozialen Hilfen für die Familien vertraut zu werden; zu beachten sind präzise und einfache Kommunikationsfertigkeiten, um die Angst der Eltern vor fachlichen Begriffen zu reduzieren und einen verständlichen Leitfaden für Eltern zur Hilfe bei der Hausfrühförderung zu erstellen (vgl. HUANG, Shu-Wen 2001);
- Möglichkeiten zum Download der Formulare zur Beantragung der finanziellen Unterstützung sowie Hilfsangebote von Frühförderfachleuten für die Eltern im Umgang mit den zuständigen Behörden und bei der Ausfüllung des Beantragungsformulars;
- Erweiterung der finanziellen Unterstützung „Kindererziehungsschein“ ab dem dritten Lebensjahr, um einen Kindergartenbesuch vor allem für Kinder aus sozial deprivierten Familien zu erhöhen und die Arbeitsmöglichkeiten der Mütter zu verbessern;
- psychologische Unterstützung für die Familie bzw. Vermittlung der Eltern bzw. Familien an eine psychologische Fachberatung in Krisenzeiten;
- Überlegungen zum Aufbau des Familienhelfersystems unter Aufsicht der Sozialbehörden der Stadt/des Landkreises zur Entlastung der Familien in problematischen und/oder schwierigen Lagen;
- Konzept für die Errichtung eines Elternratgebernetzwerks im nationalen Informationsverbindingssystem für die Einzelfallbetreuung im Internet, das in Verbindung mit dem Informationsnetz der Kinderkrippen, -gärten und -tagesstätten steht (vgl. LIN, Chu-Sui 2002, 500f.); sinnvoll ist es dabei, über eine Etablierung der Familien- und Gemeindedienstvernetzung des Frühfördersystems nachzudenken.

6.4 Elternpartizipation

Parallel zu den Fördermaßnahmen des Kindes müssen sich die Eltern gerade in der Anfangsphase der Frühförderung auf eine Auseinandersetzung mit den veränderten und evtl. noch unklaren Perspektiven in Bezug auf die Entwicklung ihres Kindes einlassen, was einer psy-

chosozialen Begleitung und Beratung bedarf. In dieser stellen die Eltern aber keine passiven Hilfsempfänger dar. Eltern werden gemäß des Empowerment-Konzepts in der familienorientierten Frühförderung bei der Kooperation zwischen Familien und Fachleuten als autonome und kompetente Partner betrachtet (vgl. Kap. 4.6.3 und Kap. 5.7). Das Beteiligungsrecht der Eltern ist auch in Gesetzen verankert.

Leider besteht in Taiwan ein großer Unterschied zwischen Theorie und Praxis. Unter dem Einfluss des traditionellen Gedankens der Wahrung der familiären Geheimnisse vor der Öffentlichkeit und der modernen Hochschätzung der Privatsphäre, hegen einige Eltern bzw. Familien dem Frühförderpersonal gegenüber Zweifel und wenig Vertrauen (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000a, 705). Unter diesen Umständen fehlt der Wille zur Beteiligung an Veranstaltungen mit Elternbildungsangeboten sowie an der Frühförderarbeit. Besonders betroffen sind Familien aus sozialen Unterschichten, sozial deprivierte Familien und Familien aus abgeschiedenen Regionen (vgl. Kap. 4.6.3). In diesem Zusammenhang ist es kein Wunder, dass es Eltern gibt, die einen Frühförderdienst trotz der Überweisung durch Ärzte oder Kindergärten ablehnen. Um die Eltern zu aktiven Selbsthelfern auszubilden, wird hoher Wert auf die Elternbildung gelegt. Jedoch können die Eltern wegen der derzeitigen Unzulänglichkeit der Elternbildung oft nicht zufrieden gestellt werden (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 10; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 202; vgl. dazu auch LIN, Chu-Sui 2002, 495).

In Taiwan gibt es nur vereinzelte empirische Untersuchungen zu diesem Thema. Elternpartizipierende bzw. familienbezogene Effektivitätsforschungen und Längsschnittstudien fehlen gänzlich (vgl. Kap. 4.9). Die Elternpartizipation zeigt sich in der Frühförderpraxis eher als eine konzeptionelle „Haltung“. In Taiwan existieren noch keine konkreten Handlungsmodelle für die Zusammenarbeit mit den Eltern, vor allem mit denen aus sozialen Unterschichten, sozial deprivierten und ausländischen Familien.

Handlungsansätze zur Motivation und zur Befähigung der aktiven Partizipation der Eltern an der Frühförderung könnten umgesetzt werden durch

- finanzielle Unterstützung der Forschung zur Untersuchung der Bedürfnisse der Eltern sowie der fördernden bzw. hemmenden Faktoren für die Elternpartizipation;

- Bewusstmachen der Wichtigkeit der Elternpartizipation in der Frühförderung und Entwicklung konkreter Handlungsmodelle zur Motivierung des Kooperationswillens der Eltern sowie zur Verstärkung ihrer Fähigkeiten unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Familien, ausländischer Familien, Problemfamilien und der Eltern, die einen Frühförderdienst verweigern; dafür sollen evtl. frühe sozialpädagogische Hilfen eingesetzt werden, die eine von Vertrauen geprägte Beziehung zwischen Fachleuten und Eltern als Grundlage für die Frühförderarbeit schaffen;
- Verbesserung der sozioökonomischen Lage sozial benachteiligter Familien bzw. Familien in Armut, da diese als eine wesentliche Bedingung zur Verbesserung der Sozialisations- und Erziehungssituation angesehen wird (dies könnte auch für Deutschland gelten; vgl. KOCH 1999, 224; SCHMUTZLER ³2000, 116);
- Vermittlung von Kompetenzen an Eltern durch eine Vielfalt von Elternbildungsangeboten (z.B. Vortragsserien, Studienkollegs, Tage der offenen Tür in Fördereinrichtungen, Eltern als freiwillige Mitarbeiter in Fördereinrichtungen) sowie durch individuelle Beratung und Begleitung der Eltern durch Frühförderfachleute (vgl. TSAI, Shu-Gui 2002, 382), wobei vor allem für sozial benachteiligte Familien und Problemfamilien der Hilfe zur Selbsthilfe Rechnung zu tragen ist;
- gesetzliche Verankerung eines elterlichen Stimmrechts bei der Entscheidung über den Förderort ihres Kindes im IFSP;
- Ausbau stützender Strukturen (z.B. kollegiale Beratung, inner-/außerinstitutionelle Supervision) für das zuständige Frühförderpersonal und Verbesserung dessen Fähigkeiten und Fertigkeiten in Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Unterstützung der Zusammenarbeit mit Eltern – im Besonderen mit denen aus sozial benachteiligten Familien, ausländischen Familien und Problemfamilien (dies könnte auch für Deutschland gelten; vgl. THURMAIR & NAGGL ²2003, 125-131).

6.5 Intra- und interinstitutionelle Kooperation und Koordination

Um eine umfassende und ganzheitliche Frühförderung des Kindes und seiner Familie gewährleisten zu können, besteht in Taiwan allgemeiner fachlicher Konsens über die Unerlässlichkeit und Bedeutung einer Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen. Derartige Teamarbeit wurde in den letzten Jahren auch gesetzlich verankert (z.B. § 22 des *Sonderpädagogikgesetzes, Etablierungs- und Durchführungsmethoden eines behindertenpädagogischen Fachteams*). Die Teamarbeit wird zwar in der Theorie betont, die praktische Umsetzung lässt in

Taiwan bis jetzt aber noch stark zu wünschen übrig. Bemängelt werden vor allem Zusammenarbeit ohne Absprachen, Durchsetzung individueller Interessen usw. (vgl. WANNE, Yu-We et al. 2001, 14; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 204). Ferner gibt es keine genauere gesetzliche Festlegung über die Zusammensetzung des Teams in Frühfördereinrichtungen. Diese unterscheidet sich von Region zu Region und von Institution zu Institution. Aufgrund der heterogenen Ausbildungsgrundlagen der Mitarbeiter ergeben sich unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte/-strukturen, Vorgehens-/Handlungsweisen und fachliche Terminologien, die möglicherweise zu gegenseitigen Verständnisschwierigkeiten führen und eine gute Zusammenarbeit verhindern (vgl. Kap. 5.8). Es mangelt noch an gemeinsamen Fortbildungs- und Weiterbildungsangeboten von verschiedenen Berufsgruppen.

Die fachliche institutionsübergreifende Teamarbeit gilt als heikler und mühsamer als die Arbeit in der eigenen Institution. Schwierigkeiten zeigen sich besonders in den Einrichtungen, die unterschiedlichen Behörden unterstehen und eigene Arbeitsmodelle entwickeln (Kap. 5.5.2). Selbst wenn es sich um homogene Frühfördereinrichtungen handelt, ist es möglich, dass sie miteinander um die Unterstützungsgelder in Konkurrenz treten. Es fehlt an verbindlichen Kooperationsmechanismen für alle Frühfördereinrichtungen. Die außerinstitutionelle Zusammenarbeit beruht in Taiwan allgemein auf den privaten Beziehungen zwischen dem Fachpersonal und Außeninstitutionen in einer unverbindlichen Kombination (vgl. CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000b, 137). Diese wirkt sich aber ungünstig auf die interinstitutionelle Kooperation und Koordination aus, da die privaten Beziehungen ohne feste Bindung häufig durch den Wechsel des Personals abgebrochen werden und der Nachfolger sich erneut um eine Verbindung bemühen muss. Am schlimmsten betroffen sind deshalb die Fördereinrichtungen mit hoher personeller Fluktuation.

Qualifiziertes Fachpersonal und Qualität der intra- und interinstitutionellen Kooperation und Koordination in der Frühförderung könnten gewährleistet werden durch

- gesetzliche Verankerung der Mindestanzahl der Mitarbeiter aus bestimmten Fachbereichen der Medizin, Sonderpädagogik, Psychologie und Sozialarbeit (dies könnte auch für Deutschland gelten);
- Entwicklung eines Kooperations-/Koordinationsbewusstseins für die Frühfördermitarbeiter aus unterschiedlichen Fachdisziplinen durch Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Praktika (vgl. FU, Shiou-Mei 2002b, 18; vgl. auch WANNE, Yu-We et al. 2001,

90; WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan 2002, 219; dies könnte auch für Deutschland gelten);

- verbindliche Kooperationsverträge (CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying 2000b, 144) zwischen den regionalen, vor allem benachbarten Frühfördereinrichtungen wie
 - Sozialzentren zur Früherfassung,
 - interdisziplinäre Diagnostikzentren,
 - medizinisch-therapeutische, pädagogische und interdisziplinäre Fördereinrichtungen,
 - ärztliche und therapeutischen Praxen einerseits und den Regierungsorganen wie
 - Sozial-,
 - Gesundheits- und
 - Bildungsbehörden andererseits (verbindliche Kooperationsverträge zwischen regionalen und benachbarten frühförderbezogenen Einrichtungen könnten auch für Deutschland gelten);
- verbindliche Regelungen zu den Bereichen Früherkennung, Meldung, Überweisung, Früh-/Verlaufs-/Kontrolldiagnostik, Förder-/Behandlungspläne, Teamsitzungen, Fallbesprechungen, Supervision, Fort- und Weiterbildung, Beteiligung an der Quantitäts-/Qualitätsentwicklung und Evaluation (vgl. VIFF 2003, 2; dies könnten auch für Deutschland gelten).

6.6 Fazit und Perspektiven

Die hier genannten Anstöße für die quantitative und qualitative Weiterentwicklung des Systems Frühförderung in Taiwan bleiben nicht unveränderlich. Stattdessen passen sie sich, unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse und der Lebensumfelder der Kinder und deren Familien, flexibel den sich ändernden politischen, wirtschaftlichen, gesundheitlichen, religiösen und weltanschaulichen, sozialgesellschaftlichen, demographischen sowie allgemein-/sonderpädagogischen Strukturen an.

Obwohl die Zuständigkeit für das Wohl des Volks, einschließlich der Menschen mit Behinderungen, seit langem laut gesetzlicher Festlegung beim Staat liegt, tragen die Familien in Taiwan die Hauptverantwortung für die Fürsorge für ihre behinderten Familienmitglieder. Dies

wirkt sich in hohem Maße negativ auf die sozial benachteiligten Familien und die Familien in Multiproblemlagen aus. In den letzten zehn Jahren nahm der Staat den Frühförderbereich bewusst wahr und machte ihn zu einem eigenen Aufgabenfeld. Mit der Hoffnung auf eine progressive Sozialpolitik wurden das *Kinderwohlfahrtsgesetz* und das *Jugendwohlfahrtsgesetz* am 28.05.2003 in einem *Kinder- und Jugendhilfegesetz* zusammengefasst und modifiziert. Die *Ausführlichen Richtlinien des Kinder- und Jugendhilfegesetzes* traten am 03.06.2004 in Kraft. Laut § 23 Abs. 3 des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* soll sich das Innenministerium mit dem Gesundheits- sowie dem Bildungsministerium um die Kooperation und Koordination aller Maßnahmen der Frühförderung kümmern. Dies schreiben die Richtlinien des Kinder- und Jugendbüros des Innenministeriums für das Jahr 2005 zu Gunsten der Weiterentwicklung der Frühförderung verbindlich vor. Ein weiterer Hauptpunkt des mittelfristigen Plans von 2002 bis 2005 des Innenministeriums ist die medizinisch-therapeutische Beihilfe für Kinder unter drei Jahren. In der Bildungspolitik werden die frühe Förderung und die vorschulische Sonderpädagogik für behinderte Kinder zwischen drei und sechs Jahren betont; diese Forderung ist auch zu einem Schwerpunkt der Richtlinien des Bildungsministeriums des Jahres 2005 geworden. Des Weiteren forciert Taiwan derzeit gesundheitspolitisch den präventiven Schutz ungeborenen Lebens. Nach der Internet-Ausgabe der „China Times“ vom 03.05.2004 (vgl. HUANG, Ting-Yu & HUANG, Xiao-Pei 2004) wurde vom Gesundheitsministerium ein neuer Entwurf zum *Gesetz zur Vermeidung der Gesundheitsgefährdung durch Tabak (Tabaco Endangerment Prevention Law)* vorgelegt, der vor allem den Schutz von Schwangeren vorsieht. Diese juristischen Aussagen und administrativen Richtlinien in die Praxis konkret umzusetzen, stellt eine wichtige Aufgabe für die Weiterentwicklung des Frühfördersystems dar.

Insgesamt muss sich der Staat Taiwan trotz der fortschrittlichen Entwicklung in der Frühförderung im Vergleich zu den USA, Europa (im Besonderen Großbritannien, Skandinavien, Deutschland, Frankreich) und Japan noch mehr engagieren. Wichtig ist, dass die taiwanische Forschung in Verbindung mit den neuen internationalen Erkenntnissen der Sonderpädagogik eine solide wissenschaftliche Grundlage für eine ganzheitliche und vorausblickende Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik schafft. Zum Wohle der Frühförderkinder und ihrer Familien sollten hierarchische Strukturen durch eine gleichberechtigtere Zusammenarbeit zwischen administrativen Organen, Fördereinrichtungen und Eltern ersetzt werden.

Schon 1995 kündigte das Bildungsministerium bei der „Nationalen Behindertenpädagogischen Tagung“ an, dass es sich in Verbindung mit dem Kinder- und Jugendbüro des Innen-

ministeriums und dem Gesundheitsministerium als langfristiges Ziel die kostenfreie Frühförderung für alle Kinder unter drei Jahren setzt. Bis heute ist dieses Ziel in Taiwan noch nicht erreicht worden. In Zukunft sollte eine kostenlose Frühförderung gewährleistet werden, um die finanzielle Situation der Familien mit frühförderbedürftigen Kindern zu entschärfen. Der Staat sollte nicht ausschließlich nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten handeln. Eine präventive und ganzheitliche Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik darf nicht Opfer einer wirtschaftlichen Rezession werden. Dies kann jedoch nur durch die Bemühungen und Anstrengungen aller an der Frühförderung Beteiligten erreicht werden.

7 Literaturverzeichnis

- ABEL, M. & SCHNEIDER, U. (2000): Die Förderung von Kindern im Kindergartenalter – ein Konzept zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 116-120.
- ALTENHOFEN, L. (1998): Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern: Inanspruchnahme und Datenlage. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Köln, 24-33.
- ARBEITSSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN (Hrsg.) (1999): Leistungsbeschreibung der interdisziplinären Frühförderung an Frühförderstellen. München: Druckerei Weiss.
- ASENCIO, A. M. (2000): Ein flexibles System früher Hilfen: Dienst für den Schutz von Mutter und Kind. In: KÜHL, J. (Hrsg.): Die Autonomie des jungen Kindes in der Frühförderung. Dokumentation des 10. Symposiums Frühförderung der „Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung“ März 1999, Dresden. Würzburg: edition bentheim, 247-266.
- AWO-EN-MAGAZIN (2003): Trommeln und Pfeifen gegen den Sozialabbau. Nr. 3. Online verfügbar unter: <http://www.awo-en.de/en-mag/033/protest.htm>. Zugriff: 02.03.2004.
- AYRES, A. J. (2002): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Barcelona/Hongkong/London/Mailand/Paris/Tokio: Springer (Erstauflage 1984).
- BARTH, R. (2000): Präventive Konzepte für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern am Beispiel der Beratungsstelle „Menschenskind“. In: Frühförderung interdisziplinär 19, 1-9.
- BECKER, R. (1992): Frühförderung in der ehemaligen DDR – was nun? In: FINGER, G. & STEINEBACH, C. (Hrsg.): Frühförderung: zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 178-187.
- BEHINDERTENVEREINIGUNG, ROC (2001): 2001 Shenxin zhangai chujing baogao 2001 身心障礙處境報告 [Report zur Situation der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen im Jahre 2001]. Online verfügbar unter: <http://enable.onweb.idv.tw/res/res2001.htm>. Zugriff: 14.04.2003.
- BEHRINGER, L. & HÖFER, R. (2004): Kooperation mit niedergelassenen ÄrztInnen in der interdisziplinären Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 23, 3-15.
- BERGER, R. & MICHAELIS, R. (2004): Entwicklungsneurologische Aufgaben in einer interdisziplinären Frühförderstelle nach dem SGB IX. In: Frühförderung interdisziplinär 23, 99-107.
- BERUFSVERBAND DEUTSCHER HÖRGESCHÄDIGTENPÄDAGOGEN (1999): Die Förderung, Erziehung und Bildung hörgeschädigter Kinder und Jugendlicher. In: HÖRPÄD 53 (1), 3-9.
- BEYERSMANN, I. (2000): Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in einem sozialen Brennpunkt im Rahmen von Netzwerkstrukturen. In: Frühförderung interdisziplinär 19, 10-22.
- BIEBER, K. (2002): Vom Machbaren, Möglichen und Fremden im Frühbereich. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 41-49.
- BLEIDICK, U. (Hrsg.) (1999a): Allgemeine Behindertenpädagogik (Studientexte zur Geschichte der Behindertenpädagogik; Bd. 1). Neuwied/Berlin: Luchterhand.
- BLEIDICK, U. (1999b): Auf der Suche nach dem Besonderen. Allgemeines und Spezielles zur Theorie der Behindertenpädagogik. In: STURNY-BOSSART, G.; FRÖHLICH, A. & BÜCHNER, C. (Hrsg.): Zukunft Heilpädagogik. Luzern: Ed. SZH/SPC, 19-27.

- BLEIDICK, U. & HAGEMEISTER, U. (1998): Einführung in die Behindertenpädagogik. (Bd. 1. Allgemeine Theorie der Behindertenpädagogik). Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer (Erstauflage 1977).
- BODE, H. (2002): Die Bedeutung der Eltern für eine erfolgreiche Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 88-95.
- BODENBENDER, W. (1997): Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 85-89.
- BÖLLING-BECHINGER, H. (1998): Frühförderung und Autonomieentwicklung: Diagnostik und Interventionen auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele.
- BOLTZ, W. (1999): Die Aufgaben des Arztes in der Frühförderung. In: WILKEN, E. (Hrsg.): Frühförderung von Kindern mit Behinderung: eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, 59-68.
- BRONFENBRENNER, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BÜCHNER, C. (2000): Frühförderung in Europa – Gemeinsames und Unterschiedliches. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik X, 4-8.
- BÜRLI, A. (1997): Sonderpädagogik international: Vergleiche, Tendenzen, Perspektiven. Luzern: Ed. SZH/SPC.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2004a): Ärztliche Fortbildung heute. 23.01.2004. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Fortbildung/10Fort.html>. Zugriff: 18.10.2004.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2004b): Neue (Muster-) Weiterbildungsordnung. Stand Mai 2004. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Weiterbildung>. Zugriff: 18.10.2004.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2004c): Ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. 21.07.2004. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Ausbildung/05ausbild.html>. Zugriff: 18.10.2003.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2004d): (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. 11.08.2004. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/10Mbo>. Zugriff: 18.10.2004.
- BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN (2004a): Finanzpolitische Strategie der Bundesregierung I und Finanzpolitische Strategie der Bundesregierung II. Haushalt 2005 und Mittelfristige Finanzplanung bis 2008. Online verfügbar unter: <http://www.Bundesfinanzministerium.de/Anlage25255/FinanzpolitischeStrategien-der-Bundesregierung.pdf>. Zugriff: 22.09.2004.
- BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN (Hrsg.) (2004b): Monatsbericht des BMF. September 2004. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.bundesfinanzministerium.de/Anlage26698/Monatsbericht_0904_gesamt.pdf. Zugriff: 22.09.2004.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2004a): Was kommt nach PISA? Online verfügbar unter: <http://www.bmbf.de/de/899.php>. Zugriff: 09.07.2004.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2004b): Ganztagschulen – das Investitionsprogramm „Zukunft Bildung und Betreuung“. Online verfügbar unter: <http://www.bmbf.de/de/1125.php>. Zugriff: 09.07.2004.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2004c): OECD-Veröffentlichung „Bildung auf einen Blick“. Wesentliche Aussagen in der Ausgabe 2004. Online verfügbar unter: http://www.bmbf.pub/bildung_auf_einen_blick_wesentliche_aussagen.pdf. Zugriff: 21.09.2004.

- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2004d): Bundeshaushalt 2005 setzt Priorität bei Bildung und Forschung. BMBF-Pressedienst am 23.06.2004. Online verfügbar unter: <http://www.bmbf.de/press/1188.php>. Zugriff: 23.09.2004.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2004e): Die neue PISA-Studie der OECD. Online Verfügbar unter: <http://www.bmbf.de/de/3292.php>. Zugriff: 08.12.2004.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hrsg.) (2003a): Frühförderung. Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland – Ein Adressverzeichnis. Leck: Clausen & Bosse GmbH.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (2003b): Frühförderung gesichert. Pressemitteilung vom 30. Juni 2003. Online verfügbar unter: http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/sicherheit/teilhabe/index_3488.cfm. Zugriff: 09.01.2004.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (2004a): Klaus Theo Schröder: Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung 2003 geringer als erwartet – Vorzieheffekte beeinflussen Finanzergebnisse. Pressemitteilung vom 2. März 2004. Online verfügbar unter: <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/index-4926.cfm>. Zugriff: 03.03.2004.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hrsg.) (2004b): Statistisches Taschenbuch. Arbeits- und Sozialstatistik. Online verfügbar unter: <http://www.bmgs.bund.de/downloads/STB-2004.pdf>. Zugriff: 23.09.2004.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hrsg.) (2004c): Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen als Beitrag zur Umsetzung des Benachteiligungsverbot im Grundgesetz. Paderborn: Bonifatius GmbH.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hrsg.) (2004d): Arzt im Praktikum zum 1. Oktober abgeschafft. Pressemitteilung vom 01.10.2004. Online verfügbar unter: http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs04/6040_6042.cfm. Zugriff: 20.10.2004.
- BUNDESVERBAND FÜR KÖRPER- UND MEHRFACHBEHINDERTE E.V. (2003): Arbeitshilfe zur Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. 25.06.2003. Düsseldorf. Online verfügbar unter: <http://bvkm.de/recht/gesetze/fruehfoerderungsverordnung-arbeitshilfe.pdf>. Zugriff: 10.12.2003.
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.) (⁵1998): Frühe Hilfen. Frühförderung aus Sicht der Lebenshilfe. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- BUNDSCHUH, K. (²2002a): Entwicklung. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 62-67.
- BUNDSCHUH, K. (²2002b): Lernen. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 189-192.
- BUNDSCHUH, K. (³2002): Heilpädagogische Psychologie. München/Basel: E. Reinhardt.
- BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH U. & KRAWITZ, R. (²2002a): Behinderung. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 38-40.
- BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (²2002b): Integrationspädagogik. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 148-152.

- BUNDSCHUH, K. & KANNEWISCHER, S. (2002): Gehirn. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 93-95.
- BURGENER WOEFFRAY, A. (1998): Frühförderung in systemischen Zusammenhängen: Zur Begrenzung von Machbarem und Möglichem. In: VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. (Hrsg.): Frühförderung und Integration: Beiträge vom 9. Symposium Frühförderung, Köln 1997 (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 4). München/Basel: E. Reinhardt, 106-115.
- BURGENER WOEFFRAY A. & JENNY-FUCHS, E. (1995): Qualifikation für die Heilpädagogische Früherziehung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 46 (6), 282-287.
- CHATELANAT, G. (2002): Was wollen Eltern – und was kann die Frühförderung? In: Frühförderung Interdisziplinär 21, 113-120.
- CHEN, Jing-Jiang et al. (1993): Xueqian shenxin zhangai ertong jiaoyu moshi zhi yanjiu 學前身心障礙兒童教育模式之研究 [Untersuchung des Erziehungsmodells für Vorschulkinder mit Behinderungen und Beeinträchtigungen]. Kaohsiung: Special Education Center at National Kaohsiung Normal University.
- CHEN, Li-Fen (2000): Gongli tuersuo tuidong zaoqi liaoyu xiangquan fuwu dui fazhan chihuan youer jiating zhi yingxiang – yi taibeishi weili 公立托兒所推動早期療育相關服務對發展遲緩幼兒家庭之影響 – 以台北市為例 [Der Einfluss des Frühförderdiensts in öffentlichen Kindertagesstätten auf Familien mit Kindern mit Entwicklungsverzögerungen – Taipei als ein Beispiel]. In: FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (Hrsg.): Quanguo zaoqi liaoyu kuazhuanye shiwu yantao ji xueshu fabiaohui – zaoliao lunwenji 全國早期療育跨專業實務研討暨學術發表會 – 早療論文集 [Transdisziplinäres Symposium der Frühförderung – Aufsatzsammlung zur Frühförderung]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC, 154-158.
- CHEN, Lu-Ping (1998): Teshu jiaoyu de qushi yu guihua 特殊教育的趨勢與規劃 [Tendenzen und Zielsetzungen der Sonderpädagogik]. In: Guoxiao teshu jiaoyu 25, 47-51.
- CHEN, Ming-Cong (2000): Gebiehua jiaoyu jihua 個別化教育計劃 [Der Individuelle Erziehungsplan]. In: LIN, Bao-Qui (Hrsg.): Teshu jiaoyu lilun yu shiwu 特殊教育理論與實務 [Theorie und Praxis der Sonderpädagogik]. Taipei: Xinli chubanshe, 361-402.
- CHEN, Tzu-Jung (1999): Zhujian tunchu tishi xitong jiaoxue celue dui cujin zhineng zhangai youer shejiao jineng xuexi chengxiao zhi yanjiu 逐漸褪除提示系統教學策略對促進智能障礙幼兒社交技能學習成效之研究 [Untersuchung zur Wirkung des „Fading Prompting System“ beim Erwerb von sozialen Fähigkeiten bei Kindern mit intellektuellen Beeinträchtigungen]. Magisterarbeit, Institute of Special Education, National Changhua University of Education.
- CHENG, Fin-Land & TSAI, Huei-Ling Agnes (2002): Denver ertong fazhan shaijian ceyan bentuhua zhi shitan yanjiu – yi jingxidongzuo yu cudongzuo wei li 丹佛兒童發展篩檢測驗本土化之試探研究 – 以精細動作與粗動作為例 [Untersuchung zum inländischen Einsatz von Denver II am Beispiel der Feinmotorik und Grobmotorik]. In: Psychological Testing 49 (1), 89-106.
- CHIANG, Chia-Jung (2000): Yiwei fazhan chihuan youer muqin de jingyan 一位發展遲緩幼兒母親的經驗 [Die Erfahrungen der Mutter eines Kindes mit Entwicklungsverzögerungen]. Magisterarbeit, Institute of Special Education, National Taiwan Normal University.
- CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying (2000a): Zaoqi jieru 早期介入 [Frühe Intervention]. In: LIN, Bao-Qui (Hrsg.): Teshu jiaoyu lilun yu shiwu 特殊教育理論與實務 [Theorie und Praxis der Sonderpädagogik]. Taipei: Xinli chubanshe, 651-711.

- CHIANG, Ming-Shan & SHEN, Ching-Ying (2000b): Taibeishi zaoqi liaoyu fuwu tixi zhi yunzuo kunjing yu zhenghe fenxi 台北市早期療育服務體系之運作困境與整合分析 [Analyse der Probleme und der Integration des Frühfördersystems in der Stadt Taipei]. In: Taida shegong xuekan 3, 111-149.
- CHILDREN'S BUREAU, MINISTRY OF INTERIOR, ROC (²2000): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fagui huibian 發展遲緩兒童早期療育法規彙編 [Sammlung von Gesetzen zur Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. Taichung: Children's Bureau, Ministry of Interior, ROC.
- CHILDREN'S BUREAU, MINISTRY OF INTERIOR, ROC (2001): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu tuidong xiaozu diqici huiyi ziliao 發展遲緩兒童早期療育服務推動小組第七次會議資料 [Materialien der 7. Tagung des Entwicklungskomitees für Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. Taichung: Children's Bureau, Ministry of Interior, ROC.
- CHILDREN'S BUREAU, MINISTRY OF INTERIOR, ROC (2002a): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu tuidong xiaozu dibaci huiyi ziliao 發展遲緩兒童早期療育服務推動小組第八次會議資料 [Materialien der 8. Tagung des Entwicklungskomitees für Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. Taichung: Children's Bureau, Ministry of Interior, ROC.
- CHILDREN'S BUREAU, MINISTRY OF INTERIOR, ROC (2002b): Neizhengbu ertongju jiushi yi niandu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu ziyuan zhenghe yantaohui 內政部兒童局九十一年度發展遲緩兒童早期療育資源整合研討會 [Tagung des Kinder- und Jugendbüros des Innenministeriums 2002 zur Integration der Frühförderressourcen für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen]. Taichung: Children's Bureau, Ministry of Interior, ROC.
- CHIU, Yi-Wen & HUANG, Hsiu-Li (1998): Taibeishi fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu yiliao ziyuan diaocha 臺北市發展遲緩兒童早期療育醫療資源調查 [Untersuchung zu medizinischen Ressourcen zur Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen in der Stadt Taipei]. In: Zhonghua gonggong weisheng zazhi 17(5), 432-437.
- CHIU, Yi-Wen & HUANG, Hsiu-Li (1999): Huli ren yuan dui fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu yingyou de renshi 護理人員對發展遲緩兒童早期療育應有的認識 [Grundlegendes Wissen für Krankenschwestern in der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. In: Huli zazhi 46(3), 67-72.
- CHOU, Yueh-Ching et al. (2001): Xiezhu jujue jieshou fuwu zhi jiating jinru zaoliao tixi - fangan fazhan yu pinggu 協助拒絕接受服務之家庭進入早療體系 - 方案發展與評估 Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Unterstützung von Hilfsdienste ablehnenden Familien im System Frühförderung]. In: Taida shegong xuekan 4, 97-161.
- CHU, Yun-Hui (2001): Wuli zhiliaoshi zai zaoqi liaoyu de jiaose 物理治療師在早期療育的角色 [Die Rolle der Physiotherapeuten in der Frühförderung]. In: DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC (Hrsg.): Jiushiniandu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhuan yeh ren yuan peixung gongtong kecheng yanxihui 九十年度發展遲緩兒童早期療育專業人員培訓共同課程研習會 [Symposium zur Fortbildung des Fachpersonals in der Frühförderung 2001]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC, 21-24.
- CHUANG, Huang-Ju (1996): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhuanjie zhongxin shiyan jihua pinggu 發展遲緩兒童早期療育轉介中心實驗計畫評估 [Evaluation des Versuchsplans zu Überweisungszentren für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen in der Frühförderung]. Magisterarbeit, Institute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming University.

- CONRADS, B. & FRÜHAUF, T. (2003): Selbsthilfe. In: NEUHÄUSER, G. & STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer, 314-324.
- COUNCIL FOR ECONOMIC PLANNING AND DEVELOPMENT, EXECUTIVE YUAN, ROC (2002): Zhonghua minguo taiwan diqu minguo jiushiyi nian zhi yishiling nian renkou tuiji 中華民國台灣地區民國91年至140年人口推計 [Einschätzung der demographischen Entwicklung zwischen 2002 und 2051 in Taiwan, ROC]. Juli 2002. Aktennummer: (91) 027.805. Online verfügbar unter: <http://www.cepd.gov.tw/manpower/Population/main.htm>. Zugriff: 10.10.2003.
- DACHENEDER, W. (2003): Psychologische Beurteilung und Grundsätze der Betreuung. In: STRASSBURG, H.-M.; DACHENEDER, W. & KRESS, W. (Hrsg.): Entwicklungsstörungen bei Kindern. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 181-267.
- DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC (1997): Weisheng baipishu – Kua shiji weisheng jianshe xinwenkao 「衛生白皮書 – 跨世紀衛生建設」新聞稿 [Gesundheitsweißbuch – Ein Schritt zum Ausbau des Gesundheitswesens im neuen Jahrhundert]. Pressemitteilung vom 25.08.1997. Online verfügbar über: <http://www.doh.gov.tw>. Zugriff: 09.07.2004.
- DEPARTMENT OF POPULATION, MINISTRY OF THE INTERIOR, ROC (2004): zhonghua minguo taimin diqu zhongyao renkou zhibiao 中華民國臺閩地區重要人口指標 [Wichtige demographische Indikatoren in der ROC]. Aktualisiert am 08.06.2004. Online verfügbar unter: <http://www.ris.gov.tw>. Zugriff: 02.07.2004.
- DEPARTMENT OF SOCIAL AFFAIRS, MINISTRY OF INTERIOR, ROC (2003): Zhonghua minguo jiushier nian shezheng nianbao 中華民國九十二年社政年報 [2003 Jahresbericht Soziales und Politik der ROC.]. Taipei: Department of Social Affairs, Ministry of Interior, ROC. Online verfügbar unter: <http://sowf.moi.gov.tw/17/92/index.htm>. Zugriff: 09.07.2004.
- DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC (ed.) (2003a): 2003 Education in the Republic of China. Taipei: Ministry of Education, ROC.
- DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC (Hrsg.) (2003b): Jiushier niandu teshu jiaoyu tongji nianbao 九十二年度特殊教育統計年報 [Sonderpädagogisches Statistisches Jahrbuch 2003]. Taipei: Ministry of Education, ROC.
- DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC (2003c): Education Statistical Indicators, Republic of China 2002. II. Educational Development: 1. Preschool Education. Aktualisiert am 04.06.2003. Online verfügbar unter: <http://www.edu.tw/statistics/index.htm>. Zugriff: 30.06.2004.
- DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC (2003d): Education Statistical Indicators, Republic of China 2002. II. Educational Development: 5. Social Education – (3) Special Schools. Aktualisiert am 04.06.2003. Online verfügbar unter: <http://www.edu.tw/statistics/index.htm>. Zugriff: 30.06.2004.
- DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF EDUCATION, ROC (2004): Summary of kindergartens. SY (Schoolyear) 2003-2004. Online verfügbar unter: <http://www.edu.tw/statistics/index.htm>. Zugriff: 30.06.2004.
- DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF INTERIOR, ROC (2003): Fazhan chihuan ertong zhaoqi liaoyu fuwu gaikuang 發展遲緩兒童早期療育服務概況 [Zur Situation des Frühförderdiensts für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen]. 18.12.2003. Online verfügbar unter: <http://www.moi.gov.tw/stat>. Zugriff: 02.07.2004.
- DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF INTERIOR, ROC (2004a): Waiji peiou renshu tongji 外籍配偶人數統計 [Statistik zur Zahl der ausländischen Ehepaare]. 05.02.2004. Online verfügbar unter: <http://www.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>. Zugriff: 02.07.2004.

- DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF INTERIOR, ROC (2004b): Population affairs. Online verfügbar unter: <http://www.moi.gov.tw/stat/english/index.asp>. Zugriff: 02.07.2004.
- DEUTSCHER BILDUNGSRAT (Hrsg.) (1973): Empfehlungen der Bildungskommission: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher (verabschiedet auf der 34. Sitzung der Bildungskommission am 12./13. Oktober 1973). Bonn.
- DEUTSCHES PISA-KONSORTIUM (Hrsg.) (2001): Pisa 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen: Leske/Budrich.
- DIE WELT (2004): DGB: Jeder elfte Deutsche lebt in Armut. 09.07.2004. Online verfügbar unter: <http://www.welt.de/daten/2000/10/05/1005wi194532.htx>. Zugriff: 09.07.2004.
- DIERKS, A. & SCHALLA, B. (2004): Das Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern im SOS-Kinderzentrum Garmisch-Partenkirchen. In: Frühförderung interdisziplinär 23, 79-85.
- DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC (Hrsg.) (2002): Jiushiyinain Taiwan diqu jiating shouzhi diaocha baogao 91年台灣地區家庭收支調查報告 [Untersuchungsreport zum Familieneinkommen in Taiwan 2002]. Taipei: Directorate General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan, ROC.
- DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC (2004a): Zhonghua minguo jiushisan niandu zhongyang zhengfu zongyusuanan zongshuoming 中華民國九十三年度中央政府總預算案總說明 [Die Erklärung des Etats in ROC 2004]. Online verfügbar unter: <http://www.dgbas.gov.tw/dgbas01/92xdoc/92-c03.htm>. Zugriff: 02.07.2004.
- DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC (2004b): Zhuyao guojia shehui fuli zhichu zhan GDP bili 主要國家社會福利支出占GDP比率 [Sozialleistungsquoten einiger wichtiger Nationen in % des Bruttoinlandsprodukts]. Online verfügbar unter: <http://www.dgbas.gov.tw/dgbas03/bs7/effect/swe.htm>. Zugriff: 02.07.2004.
- DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC (2004c): Jingji chengzhang lv 經濟成長率 [Wirtschaftswachstumsquoten]. 09.06.2004. Online verfügbar unter: <http://www.dgbas.gov.tw/dgbas03/bs7/effect/table-3.htm>. Zugriff: 02.07.2004.
- DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC (2004d): Zhuyao guojia zhongyao jingshe zhibiao 主要國家重要經社指標 [Soziale und wirtschaftliche Indikatoren einiger wichtiger Nationen]. 22.09.2004. Online verfügbar unter: <http://www.dgbas.gov.tw/dgbas03/div8all.htm>. Zugriff: 28.09.2003.
- DIRECTORATE GENERAL OF BUDGET, ACCOUNTING AND STATISTICS, EXECUTIVE YUAN, ROC (ed.) (2004e): 2003 Social Indicators. Taipei: Directorate General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan, ROC. Online verfügbar unter: <http://www.dgbas.gov.tw/dgbas03/bs2/93chy/catalog2.htm>. Zugriff: 07.07.2004.
- DORNES, M. (¹⁰2001): Der kompetente Säugling. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag (zuerst 1993).
- DRAVE, W.; RUMPLER, F. & WACHTEL, P. (2000): Einführung. In: DRAVE, W.; RUMPLER, F. & WACHTEL, P. (Hrsg.): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung: allgemeine Grundlagen und Förderschwerpunkte (KMK). Würzburg: Ed. Bentheim, 9-24.
- DSW (Hrsg.) (2003) (DEUTSCHE STIFTUNG WELTBEVÖLKERUNG): DSW-Datenreport 2003. Soziale und demografische Daten zur Weltbevölkerung. Hannover. On-

- line verfügbar unter: <http://www.weltbevoelkerung.de/pdfs/dswdatenreport03.pdf>. Zugriff: 10.10.2003.
- DSW (Hrsg.) (2004) (DEUTSCHE STIFTUNG WELTBEVÖLKERUNG): DSW-Datenreport 2004. Soziale und demografische Daten zur Weltbevölkerung. Hannover. Online verfügbar unter: <http://www.dsw-online.de/pdfs/dswdatenreport04.pdf>. Zugriff: 21.09.2004.
- DUDENREDAKTION (⁴2001): DUDEN. Deutsches Universalwörterbuch. Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag.
- DUNST, C. J.; SYNDER, S. W. & MANKINEN, M. (1989): Efficacy of early intervention. In: WANG, M.C.; REYNOLDS, M.C. & WALBERG, H.J. (eds.): Handbook of special education. Research and practice, Vol. 3: Low incidence conditions. Oxford, 259-294.
- DUPUIS, G. & KERKHOFF, W. (Hrsg.) (1992): Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete (unter Mitarbeit von 114 namhaften Fachleuten). Berlin: Marhold.
- EBERWEIN, H. & KNAUER, S. (Hrsg.) (⁶2002): Integrationspädagogik. Kinder mit und ohne Beeinträchtigung lernen gemeinsam. Weinheim/Basel: Beltz.
- EMLEIN, G. (2001): Beraten, Begleiten, Anleiten – Die Beziehung zu „Frühförder“-Eltern. In: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM UND BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.): An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 51-59.
- EMLEIN, G. & BOLLER, R. (1995): Wider die Psychotherapeutisierung von Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 14, 1-10.
- EMPLOYMENT AND VOCATIONAL TRAINING ADMINISTRATION, CLA (Council of Labor Affairs, Executive Yuan), ROC (2004): Taimin diqu waiji laogong zai hua renshu an diqu ji guoji fen 臺灣地區外籍勞工在華人數按地區及國籍分 [Zahl der ausländischen Arbeiter in Taiwan nach Region und Nationalität]. April 2004. Online verfügbar unter: <http://www.evta.gov.tw/stat/9305/sex08.txt>. Zugriff: 02.07.2004.
- ENDERS, A. (2000): Das Castillo Morales Konzept in der Frühförderung. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 39-45.
- ENDERS, A. & HABERSTOCK, B. (2004): Das Castillo Morales Konzept. In: Frühförderung interdisziplinär 23, 31-34.
- EULITZ, R. & GEBHARDT, E. (1996): Vermitteln diagnostischer Ergebnisse an die Eltern behinderter Kinder. Schritte eines gemeinsamen Bewältigungsprozesses. In: Frühförderung interdisziplinär 15, 152-159.
- FEGERT, J. M. (²2000): Sozialpädiatrisch relevante gesetzliche Bestimmungen und Begutachtung. In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 365-388.
- FEGERT, J. M. (2003): Editorial. In: Frühförderung interdisziplinär 22, 97-99.
- FENG, Yan (2002): Yi jiating jiegou gongneng biantqian lun jiating zhengce – fenxi xianjin jiating xiankuang 以家庭結構功能變遷論家庭政策 – 分析現今家庭現況 [Durch den Funktionswandel der Familienstruktur zur Diskussion der Familienpolitik – Analyse der derzeitigen Situation der Familien] In: CHILDREN'S BUREAU, MINISTRY OF INTERIOR (Hrsg.): Quanguo shehui fuli huiyi yitiliu "Ruhe jianquan jiating gongneng tisheng shenghuo pinzhi" fenchu baogao 全國社會福利會議議題六「如何健全家庭功提昇生活品質」分組報告 [Der Arbeitsgruppenbericht des 6. Gesprächsthema der nationalen Wohlfahrtskonferenz: Wie kann man das Familienleben verbessern und die Lebensqualität erhöhen]. 04.03.2002. Taichung: Children's Bureau, Ministry of Interior. Online verfügbar unter: <http://volnet.moi.gov.tw/sowf/23/fer.htm> Zugriff: 14.02.2003.

- FEUSER, G. (1995): Behinderte Kinder und Jugendliche zwischen Integration und Aussonderung. Darmstadt.
- FINGERLE, M. (1999): Diskussion: Resilienz – Vorhersage und Förderung. In: OPP, G., FINGERLE, M. & FREYTAG, A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München/ Basel: E. Reinhardt, 94-98.
- FORNEFELD, B. (2004): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München/Basel: E. Reinhardt.
- FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (2000a): Bianzhuang fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu gongzuo shouce – beiqu daibiao zuotanhui ziliao 編撰發展遲緩兒童早期療育工作手冊 – 北區代表座談會資料 [Erarbeitung eines Handbuchs für Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen – Materialien der Tagung der Repräsentanten im Norden Taiwans]. Taipei (unveröffentlichtes Manuskript).
- FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (2000b): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu gongzuo shouce 發展遲緩兒童早期療育工作手冊 [Handbuch zur Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. Taipei: Qianyue qiye youxiangongsi.
- FRÜHFÖRDERSTIFTUNG FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (2000c): Zhonghuaminguo fazhan chihuan ertong jijinhui ji zhigongtuan chengli dahui shouce 中華民國發展遲緩兒童基金會暨志工團成立大會手冊 [Leitfaden zur Gründung der Frühförderstiftung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen ROC und ihres ehrenamtlichen Teams]. Unveröffentlichtes Manuskript.
- FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (Hrsg.) (1999): Taiwan diqu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu shehui ziyuan shiwu shouce 台灣地區發展遲緩兒童早期療育社會資源實務手冊 [Praktisches Handbuch über soziale Ressourcen in der Frühförderung bei Kindern mit Entwicklungsverzögerungen in Taiwan]. Banqiao: Fanya guanggau sheji youxiangongsi.
- FU, Shiou-Mei (1998): Teshu youer jiaoyu zhenduan 特殊幼兒教育診斷 [Diagnostik in der speziellen Vorschulpädagogik]. Taipei: Wunan tushu chuban yoxiangongsi.
- FU, Shiou-Mei (2002a): Xueqian jieduan shenxin zhangai teshuban pingjian xiangmu zhi diaocha yanjiu 學前階段身心障礙特殊班評鑑項目之調查研究 [Untersuchung zu Beurteilungskriterien für Sonderklassen auf Vorschulebene]. In: Taizhong shiyuan xuebao 16, 353-381.
- FU, Shiou-Mei (2002b): Zaoqi liaoyu zhong kuazhuanye tuandui pinggu moshi xiangquan wenti yanjiu 早期療育中跨專業團隊評估模式相關問題研究 [Analyse der Probleme eines transdisziplinären Modells in der Frühförderung]. In: Teshu jiaoyu xuebao 16, 1-22.
- GIERING, D. (2000): „Qualität“ = Wissen, wie man's machen kann. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 330-336.
- GOLL-KOPKA, A. (1997): Familiäre Gewalt gegen Kinder – (k)ein Thema für die Frühförderung?! In: Frühförderung interdisziplinär 16, 75-81.
- GONG, Ming-Juan (1999): Zhineng zhiliao zai zaoqi liaoyu de jiaose yu gongneng 職能治療在早期療育的角色與功能 [Die Funktion und Rolle der Ergotherapie in der Frühförderung]. In: FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (Hrsg.): Taiwan diqu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu shehui ziyuan shiwu shouce 台灣地區發展遲緩兒童早期療育社會資源實務手冊 [Praktisches Handbuch für soziale Ressourcen der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen in Taiwan]. Banqiao: Fanya guanggau sheji youxiangongsi, 20-21.

- GOVERNMENT INFORMATION OFFICE, ROC (ed.) (2003): Taiwan Yearbook 2003. Taipei: Government Information Office, ROC. Online verfügbar unter: <http://www.gio.gov.tw/taiwan-website/5-gp/yearbook>. Zugriff: 30.09.2003.
- GOVERNMENT INFORMATION OFFICE, ROC (2004): Zhonghua minguo zhongyao tongji shuju yilanbiao 中華民國重要統計數據一覽表 [Wichtige statistische Data in der ROC]. 10.06.2004. Online verfügbar unter: <http://www.gio.gov.tw/info/98html/stat-c.htm>. Zugriff: 05.07.2004.
- GRÖSCHKE, D. (1997): Praxiskonzepte der Heilpädagogik: anthropologische, ethische und pragmatische Dimensionen. München/Basel: E. Reinhardt.
- GROND, J. (1995): Heilpädagogische Früherziehung in der Schweiz – Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven. In: GROND, J.: Verletzungen: zur Sozialisierung des Sozialen; ein heilpädagogisches Lesebuch. Zizers: Z-Verlag, 223-261.
- GUO, Huang-Zong (1998): Mafan xiaotianshi – fazhan chihuan ertong yu zaoqi zhiliao jiaoyu 麻煩小天使 – 發展遲緩兒童與早期治療教育 [Sorgenkind – Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und frühe Heilerziehung]. Taipei: Yuanliu chubangongsi.
- GUO, Huang-Zong (1999a): Fazhan chihuan ertong de zaoqi zhiliao jiaoyu 發展遲緩兒童的早期治療教育 [Die frühe Heilpädagogik für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen]. In: FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (Hrsg.): Taiwan diqu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu shehui ziyuan shiwu shouce 台灣地區發展遲緩兒童早期療育社會資源實務手冊 [Praktisches Handbuch für soziale Ressourcen der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen in Taiwan]. Banqiao: Fanya guanggau sheji youxiangongsi, 8-11.
- GUO, Huang-Zong (1999b): Fazhan chihuan youer de pinggu yu liaoyu 發展遲緩幼兒的評估與療育 [Diagnostik und Förderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. In: Guoli pindong shifan xueyuan (Hrsg.): Guoli pindong shifan xueyuan bashiqi xueniandu teshu jiaoyu yanxi chengguo huibian 國立屏東師範學院八十七學年度特殊教育研習成果彙編 [Sammelband der sonderpädagogischen Studien des nationalen Pingtung Teachers College 1998]. Pingtung: Donghua yinshuaju, 57-63.
- GUO, Sheng-Yu (1999): Xinli yu jiaoyu yanjiufa 心理與教育研究法 [Forschungsmethoden der Psychologie und Pädagogik]. Zhong-He: Jinghua shuju (Erstauflage 1981).
- GUO, Wei-Fan (1992): Teshu ertong xinli yu jiaoyu 特殊兒童心理與教育 [Psychologie und Pädagogik für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf]. Taipei: Wenjing shuju (Erstauflage 1984).
- GURALNICK, M. J. (1997): Secondgeneration research in the field of early intervention. In: GURALNICK, M. J. (ed.): The effectiveness of early intervention. Baltimore/London/Toronto/Sydney: Paul H. Brookes Publishing Co., 3-20.
- HACKENBERG, W. (2003): Beziehung in der Frühförderung – Konsequenzen für die Ausbildung. In: Frühförderung interdisziplinär 22, 3-11.
- HAEBERLIN, U. (1996a): Gesellschaftliche Entsolidarisierungsprozesse: Braucht die Heilpädagogik neue ethische Grundlagen? In: OPP, G. & PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft. München: E. Reinhardt, 172-184.
- HAEBERLIN, U. (1996b): Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft. Ein propädeutisches Einführungsbuch in Grundfragen einer Pädagogik für Benachteiligte und Ausgegrenzte (Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik; 20). Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.
- HAEBERLIN, U. (1998): Allgemeine Heilpädagogik. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.
- HANNIG, C. (2000): Zu den Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung der Kultusministerkonferenz (KMK). In: DRAVE, W.; RUMPLER, F. & WACHTEL, P. (Hrsg.): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung: allgemeine Grundlagen und Förderungsschwerpunkte (KMK); mit Kommentaren. Würzburg: Ed. Bentheim, 41-43.

- HARTWIG, P. (2001): Übergänge: Verbindungen an den Schnittstellen Frühförderung, Kindergarten, Schule. In: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM & BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.): An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 217-230.
- HARZER, W.; KOTTMANN, G. & SCHILLMAIER, A. (2000): Organisationshandbuch zur Qualitätsentwicklung an interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/ Basel: E. Reinhardt, 346-351.
- HE, Hua-Guo (³2001): Teshu ertong xinli yu jiaoyu 特殊兒童心理與教育 [Psychologie und Pädagogik der exzeptionalen Kinder]. Taipei: Wunan tushu chuban gongsi (Erstauflage 1987).
- HEALTH AND NATIONAL HEALTH INSURANCE ANNUAL STATISTICS INFORMATION SERVICE, DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC (2004): Health Statistics. Table 1: Statistic of Expenditure for Health, 1991-2002. 18.06.2004. Online verfügbar unter: <http://www.doh.gov.tw/statistic/國民醫療保健支出/91.htm>. Zugriff: 23.06.2004.
- HECKMANN, C. & PALUBITZKI, J. V. (2001): Zur Situation heilpädagogischer Frühförderstellen in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse einer Einrichtungsbefragung zur Struktur- und Prozessqualität. In: Frühförderung interdisziplinär 20, 1-12.
- HEIMLICH, U. (²2002a): Frühförderung. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 88-91.
- HEIMLICH, U. (²2002b): Methodologie, heilpädagogische. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 206-210.
- HELLBRÜGGE, T. (³1999): Vom Deprivationssyndrom zur Entwicklungs-Rehabilitation. In: HELLBRÜGGE, T. (Hrsg.): Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung. Lübeck: Hansisches Verlagskontor, 205-228.
- HELLBRÜGGE, T. (Hrsg.) (⁶1999): Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Lübeck: Hansisches Verlagskontor.
- HENNINGSSEN, G. & SORIANO, V. (1996): Vorwort. In: PETERANDER, F. (ed.): Helios II final report. Thematic group I of the Helios II programme with the support of the European Commission DGV Social Affairs and Employment (Unit for Integration of disabled persons) and DGXXII (Education, Training and Youth). Munich: Druck-Service Schwarz GmbH, 66.
- HENSLE, U. (⁵1994): Einführung in die Arbeit mit Behinderten. Psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte. Heidelberg/Wiesbaden: Quelle & Meyer (Erstauflage 1979).
- HENSLE, U. & VERNOOIJ, M. A. (⁷2002): Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen. Wiebelsheim: Quelle & Meyer (Erstauflage 1979).
- HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM & BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (2001): Fachliche Handlungsanweisungen für die Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter sowie entwicklungsgefährdeter oder entwicklungsverzögerter Kinder. In: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM & BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.): An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 337-348.
- HEUBROCK, D. & PETERMANN, F. (2000): Neuropsychologische Grundlagen der Entwicklungsstörungen. In: PETERMANN, F.; NIEBANK, K. & SCHEITHAUER, H.

- (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe-Verlag, 173-195.
- HINTERMAIR, M. (2001): Welche Erkenntnisse die Frühförderung aus den Erfahrungen von Eltern mit älteren behinderten Kindern gewinnen kann. In: Frühförderung interdisziplinär 20, 49-61.
- HINZE, D. (1992): Väter und Mütter behinderter Kinder im Vergleich. In: FINGER, G. & STEINEBACH, C. (Hrsg.): Frühförderung zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 151-163.
- HOLTHAUS, H. (1989): Brief einer Mutter. In: SPECK, O. & WARNKE, A. (Hrsg.): Frühförderung mit den Eltern. München/Reinhardt: E. Reinhardt, 21-24 (Erstauflage 1983).
- HORSTMANN, T. (1988): Erfahrungen in der Frühförderung von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen (unter Einschluss der Elternarbeit). Frühförderung interdisziplinär 7, 20-26.
- HORSTMANN, T. & OSKAMP, U. (2000): Konduktive Förderung von cerebralbewegungsgestörten Kindern im Vorschulalter unter den Bedingungen eines Frühförderzentrums. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 49-64.
- HSIEH, Shu-Chen (2001): Teshu xuqiu youer zhuanxian fuwu zhi tantao 特殊需求幼兒轉銜服務之探討 [Untersuchung des Übergangsdienstes für Kleinkinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf]. In: Guoxiao teshu jiaoyu 31, 48-54.
- HSIEH, Shu-Chen (2002): Fazhan chihuan youer goutong jiaoxue chengxiao zhi yanjiu 發展遲緩的幼兒溝通教學成效之研究 [Untersuchung der Wirksamkeit des „Pictures Exchange Communication System“ bei Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. Magisterarbeit, Institute of Special Education, National Changhua University of Education.
- HUANG, Hwei-Ju & HO, Li-Po (2002): Zhong mei ying sanguo ronghe jiaoyu shishi zhi bijiao – cong zaoqi liaoyu zhi guandian tanqi 中美英三國融合教育實施之比較 – 從早期療育之觀點談起 [Vergleich der inklusiven Erziehung und Bildung der drei Länder ROC, USA und England – ausgehend vom Gesichtspunkt der Frühförderung]. In: Ertong fuli qikan 2, 35-59.
- HUANG, Jun-Wei (1998): Zaoqi jieru fuwu moshi zhi tantao 早期介入服務模式之探討 [Untersuchung zu Modellen der Frühinterventionsdienste]. In: Tejiao yuanding jikan 13 (4), 3-7.
- HUANG, Mei-Juan et al. (1997): Jing jianhua de taiwan ertong fazhanliangbiao zhi sheji ji qi linchuang shiyong 經簡化的臺灣兒童發展量表之設計及其臨床試用 [Entwurf einer vereinfachten taiwanesischen Kinderentwicklungsskala und deren Validation]. In: Taiwan yixue 1 (4), 424-439.
- HUANG, Mei-Juan (2000): Zaoliao zhi pinggu jianding yewu – yuanei fushe moshi 早療之評估鑑定業務 – 院內附設模式 [Diagnostik in der Frühförderung – innerklinisches Modell]. In: TAIPEI EARLY INTERVENTION CENTER (Hrsg.): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu beiqun xunhui fudao zuotanhui chengguo baogao 發展遲緩兒童早期療育服務北區巡迴輔導座談會成果報告 [Ergebnisbericht des Symposiums über den Frühförderdienst für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen im Norden Taiwans]. Taipei: Taipei Early Intervention Center, 58-59.
- HUANG, Rong-Zhen (1999): Fazhan chihuan youer kecheng yingyong chengxiao zhi yanjiu 「發展遲緩幼兒課程」應用成效之研究 [Untersuchung zur Effektivität des Curriculums für entwicklungsverzögerte Kleinkinder]. Doktorarbeit, Institute of Special Education, National Taiwan Normal University.

- HUANG, Shi-Yu (1997): Teshu youer jiaoyu lilun yu shiwu 特殊幼兒教育理論與實務 [Theorie und Praxis der Sondervorschulpädagogik]. Taipei: Wunan tushu chuban gongsi.
- HUANG, Shu-Wen (2001): Zaoqi liaoyu fuwu jieru hou dui xinzhizhangai ertong jiating de yingxiang 早期療育服務介入後對心智障礙兒童家庭的影響 [Die Wirkung der Dienstintervention der Frühförderung auf die Familien mit Kindern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen]. Magisterarbeit, Institute of Child Welfare, Chinese Culture University.
- HUANG, Shu-Wen & LIN, Yo-Wen (1999): Zhongmei ertong zaoqi liaoyu fuwu neirong zhi bijiao 中美兒童早期療育服務內容之比較 [Vergleich der Frühförderdiensthalte in den USA und in ROC]. In: Discourse of Child Welfare 3, 256-292.
- HUANG, Ting-Yu & HUANG, Xiao-Pei (2004): Shoukai guoji xianli Weishu ni xiufa Xianzhi yunfu xiyan 首開國際先例 衛署擬修法限制孕婦吸煙 [Ein internationaler Präzedenzfall: Das Gesundheitsministerium entwirft die Revision des Gesetzes zur Empfehlung zum Nichtrauchen während der Schwangerschaft]. In: Internet-Zeitung „Chinatimes“ am 03.05.2004. Online verfügbar unter: <http://news.yam.com/chinatimes/focus/news/200405/20040503819809.html>. Zugriff: 07.05.2004.
- HÜLSKEN, H. (2000): Beschreibung des Projektes „Qualität als Weg“ und Arbeitshilfe zur Entwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuches in Heilpädagogischen Frühförderstellen der Diözesen Münster, Paderborn und Essen. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/ Basel: E. Reinhardt, 342-345.
- HURRELMANN, K. (2000): Primäre Prävention und Gesundheitsförderung. In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 57-63.
- INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT KÖLN (2000): Wiedervereinigung. Der inneren Einheit näher (iwd Nr. 24 vom 15. Juni 2000).
- JENSEN, L.M. (1997): Manufacturing Confucianism. USA: Duke University Press.
- JETTER, K. (1995a): Familienalltag und Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 14, 49-58.
- JETTER, K. (1995b): Vision „Frühförderung“! In: Frühförderung interdisziplinär 14, 97-107.
- JETTER, K. (1999): Diagnostik in der Frühförderung. In: WILKEN, E. (Hrsg.): Frühförderung von Kindern mit Behinderung: eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, 69-81.
- JETTER, K. (2003): Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung: Ein neuer Standard? Dieses Referat wurde auf dem 12. Symposium der Vereinigung Interdisziplinäre Frühförderung e.V. (VIFF) vorgetragen (Freitag 21. Februar 2003). Online verfügbar unter: <http://www.fruehfoerderung-viff.de>. Zugriff: 30.06.2003.
- JIAN, Ming-Jian & QIU, Jin-Man (2000): Teshu jiaoyu de fazhan yu zhibiao 特殊教育的發展與指標 [Entwicklung und Planziele der Sonderpädagogik]. In: LIN, Bao-Qui (Hrsg.): Teshu jiaoyu lilun yu shiwu 特殊教育理論與實務 [Theorie und Praxis der Sonderpädagogik]. Taipei: Xinli chubanshe, 87-111.
- JIANG, Yao-Min et al. (2000): Fuqin canyu zaoqi liaoyu zhi wenjuan diaocha baogao 父親參與早期療育之問卷調查報告 [Bericht über den Fragebogen zur Beteiligung der Väter an der Frühförderung]. In: FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (Hrsg.): Quanguo zaoqi liaoyu kuazhuanye shiwu yantao ji xueshu fabiaohui – zaoliao lunwenji 全國早期療育跨專業實務研討暨學術發表會 – 早療論文集 [Transdisziplinäres Symposium der Frühförderung – Sammelband zur Frühförderung]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC, 142-153.

- JONAS, M. (⁵1996): Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder. Ein feministischer Beitrag. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- JUUL, K. D. (1987): Vereinigte Staaten von Amerika (USA). In: KLAUER, K. J. & MITTER, W. (Hrsg.): Vergleichende Sonderpädagogik (Handbuch der Sonderpädagogik; Bd. 11). Berlin: Marhold, 565-586.
- KAUTTER, H.; KLEIN, G.; LAUPHEIMER, W. & WIEGAND H.-S. (⁴1998): Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele (Erstauflage 1988).
- KE, Gui-Mei (1998): Cong jiaoyu gaige sheng zhong tan teshu jiaoyu de zhuanxing 從教育改革聲中談特殊教育的轉型 [Von der pädagogischen Reform zur Diskussion über die Wandlung der Sonderpädagogik]. In: Guoxiao teshu jiaoyu 25, 52-59.
- KE, Ping-Shung (²1998): Yingyouer teshu jiaoyu 嬰幼兒特殊教育 [Sonderpädagogik für Säuglinge und Kleinkinder]. Taipei: Xinli chubangshe (Erstauflage 1995).
- KIPHARD, E. J. (¹¹2002): Wie weit ist ein Kind entwickelt? Dortmund: Verl. Modernes Lernen.
- KLAUER, K. J. & MITTER, W. (1987): Grundfragen einer vergleichenden Sonderpädagogik. In: KLAUER, K. J. & MITTER, W. (Hrsg.): Vergleichende Sonderpädagogik (Handbuch der Sonderpädagogik; Bd. 11). Berlin: Marhold, 3-22.
- KLEIN, F. (²2002): Kompensatorische Erziehung. In: BUNDSCHUH, K., HEIMLICH U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 174-176.
- KLEIN, G. (1973): Die Frühförderung potentiell lernbehinderter Kinder. In: MUTH, J. (Hrsg.): Behindertenstatistik, Früherkennung, Frühförderung. Gutachten und Studien der Bildungskommission; Bd. 25. Stuttgart: Ernst Klett Verlag, 151-186.
- KLEIN, G. (1996): Frühförderung als Spielförderung oder Training nach Förderprogrammen? In: Zeitschrift für Heilpädagogik 47, 373-380.
- KLEIN, G. (1998): Integration – ein Leitbegriff für die Frühförderung. In: VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. (Hrsg.): Frühförderung und Integration: Beiträge vom 9. Symposium Frühförderung, Köln 1997 (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 4).. München/Basel: E. Reinhardt, 9-20.
- KLEIN, G. (2000): Frühförderung in Sozialen Brennpunkten. Erfahrungen aus dem Reutlinger Projekt Frühförderung. In: WEISS, H. (Hrsg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 7). München/Basel: E. Reinhardt, 198-208.
- KLEIN, G. (2002): Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken. Stuttgart: Kohlhammer.
- KMK (1994) (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland): KMK-Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland. Beschluss der KMK vom 6. Mai 1994. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 45 (7), 484-494.
- KMK (Hrsg.) (2003a) (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2002. Bonn. Online verfügbar unter: http://www.kmk.org/dossier/dossier_2002/dossier_2002_dt_ebook.pdf. Zugriff: 31.01.2004.
- KMK (Hrsg.) (2003b) (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland): Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1993 bis 2002 (Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz. Dokumentation Nr. 170 – Dezember 2003). Bonn. Online verfügbar unter: <http://www.kmk.org/statist/Dok170.pdf>. Zugriff: 31.01.2004.
- KMK (Hrsg.) (2003c) (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland): Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen

- 1993 bis 2002 (Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz. Dokumentation Nr. 171 – Dezember 2003). Bonn. Online verfügbar unter: <http://www.kmk.org/statist/Dok171.pdf>. Zugriff: 31.01.2004.
- KMK (2004) (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland): Neue Daten zur Entwicklung der sonderpädagogischen Förderung in Schulen in den Jahren 1993 bis 2002. KMK-Pressmitteilung am 03.02.2004. Online verfügbar unter: <http://www.kmk.org/aktuell/pm040203.htm>. Zugriff: 25.02.2004.
- KOCH, K. (1998): Früherkennung sozial bedingter Lernbeeinträchtigungen – Ein innerdeutscher Vergleich mit perspektivischem Ausblick. In: ANGERHOEFER, U. & DITTMANN, W. (Hrsg.): Lernbehindertenpädagogik: Eine institutionalisierte Pädagogik im Wandel. Neuwied/Berlin: Luchterhand, 60-81.
- KOCH, K. (1999): Frühfördersystem – Überblick, Analyse und perspektivischer Ausblick. Neuwied/Berlin: Luchterhand.
- KRAUSE, M. P. (2003): Zur Frage der Wirksamkeit von Frühförderung. In: Kindheit und Entwicklung 12 (1), 35-43.
- KRIES, R. VON (²2000): Sekundäre Prävention und Screening. In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 63-68.
- KRÜGER-BRAND, H. E. (2004): TOP VI: Tätigkeitsbericht – Approbationsordnung. Langer Atem erforderlich. 20. Mai 2004. In: Deutsches Ärzteblatt 101 (22).
- KÜHL, J. (1995): Medizin, Pädagogik und Recht im Widerstreit um das Menschenbild in der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 14, 153-159.
- KÜHL, J. (2002): Was bewirkt Frühförderung? Über die Schwierigkeit, Wirkungszusammenhänge zu objektivieren. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 1-10.
- KÜHL, J. (2003): Kann das Konzept der „Resilienz“ die Handlungsperspektiven in der Frühförderung erweitern? In: Frühförderung interdisziplinär 22, 51-60.
- LAMBERT, J.-L. (2001): Früherziehung von Kindern mit einer geistigen Behinderung: Ist die kindliche Entwicklung ein valides Kriterium für deren Wirksamkeit? In: VHN, 70 (1), 1-13.
- LANNERS, R. (2002): Die Zufriedenheit der Eltern mit Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 121-129.
- LARGO, R. H. (²2000): Kindliche Entwicklung und psychosoziale Umwelt. In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 7-25.
- LARGO, R. H. (2002): Die Frühförderung aus der Sicht des Zürcher Fit-Konzeptes. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 65-73.
- LAUCHT, M.; ESSER, G. & SCHMIDT, M. H. (1999): Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In: OPP, G.; FINGERLE, M. & FREYTAG, A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München/Basel: E. Reinhardt, 71-93.
- LAUCHT, M.; SCHMIDT, M. H. & ESSER, G. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Frühförderung interdisziplinär 19, 97-108.
- LEONHARDT, A. (²2002): Hörschädigung. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 133-135.
- LEYENDECKER, C. (1998): „Je früher, desto besser?!“. Konzepte früher Förderung im Spannungsfeld zwischen Behandlungsakteuren und dem Kind als Akteur seiner Entwicklung. In: Frühförderung interdisziplinär 17, 3-10.
- LEYENDECKER, C. (1999): Wissenschaftliche Grundlagen, Konzepte und Perspektiven der Frühförderung körperbehinderter Kinder. In: BERGEEST, H. & HANSEN, G. (Hrsg.): Theorien der Körperbehindertenpädagogik. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 297-318.

- LEYENDECKER, C. (2003): Frühförderung – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Kindheit und Entwicklung 12 (1), 1-2.
- LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (1997): Zusammenfassung: Ergebnisse und Perspektiven. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 441-460.
- LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.) (2000): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt.
- LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (2000a): Ergebnisse und Perspektiven. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 358-373.
- LEYENDECKER, C. & WACKER, E. (2000): Qualität in der Frühförderung sichern und managen = Wissen, was wir tun. Ein Dialog zwischen Theorie und Praxis. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 312-325.
- LI, De-Gao (1992): Teshu ertong jiaoyu 特殊兒童教育 [Erziehung und Bildung von Kindern mit besonderem pädagogischen Bedarf]. Taipei: Wunan tushu chuban gongsi.
- LI, Pei-Qin (2001): Zhineng zhiliaoshi zai zaoqi liaoyu de jiaose 職能治療師在早期療育的角色 [Die Rolle der Ergotherapeuten in der Frühförderung]. In: DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC (Hrsg.): Jiushiniandu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhuan yeh ren yuan peixung gongtong kecheng yanxihui 九十年發展遲緩兒童早期療育專業人員培訓共同課程研習會 [Symposium zur Fortbildung des Fachpersonals in der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen 2001]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC, 74-77.
- LI, Wen-Yi (2000a): Tuoyu zhengce yu faling 托育政策與法令 [Politik und Gesetze der Kinderbetreuung]. LI, Wen-Yi & YOU, Mei-Gue (Hrsg.): Youer baoyu zhengce yu faling 幼兒保育政策與法令 [Politik und Gesetze des Kinderschutzes und der Kinderbetreuung]. Taipei: Huateng wenhua gufen youxiangongsi, 73-96.
- LI, Wen-Yi (2000b): Xueqian jiaoyu zhengce yu faling 學前教育政策與法令 [Politik und Gesetze der Vorschulpädagogik]. LI, Wen-Yi & YOU, Mei-Gue (Hrsg.): Youer baoyu zhengce yu faling 幼兒保育政策與法令 [Politik und Gesetze des Kinderschutzes und der Kinderbetreuung]. Taipei: Huateng wenhua gufen youxiangongsi, 97-121.
- LIAO, Hua-Fang (1998): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhuan yeh tuandui hezuo moshi 發展遲緩兒童早期療育專業團隊合作模式 [Das Teammodell in der Frühförderung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen]. In: Zhonghua minguo wuli zhiliao xuehui zazhi 23(2), 127-140.
- LIAO, Hua-Fang et al. (1999): Taibeishi yiliao jigou ertong zaoqi liaoyu fuwu zhi diaocha 台北市醫療機構兒童早期療育服務之調查 [Untersuchung zum Frühförderdienst in medizinisch-therapeutischen Institutionen Taipeis]. In: Zhonghua minguo wuli zhiliao xuehui zazhi 24(3), 161-173.
- LIN, Bao-Gui & Sun, Shu-Rou (1996): Fazhan chihuan ertong qin zhi jiaoyu jiaocai 發展遲緩兒童親職教育教材 [Lehrmaterial für Eltern von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. Taipei: Guoli taiwan shifan daxue teshu jiaoyu zhongxin.
- LIN, Bao-Shan & LI, Shui-Yuan (2000): Teshu jiaoyu daolun 特殊教育導論 [Leitfaden der Sonderpädagogik]. Taipei: Wunan tushu chuban gongsi (Erstaufgabe 1992).

- LIN, Chu-Sui (2002): Taoyuanxian zaoqi liaoyu fuwu zhixing chengxiao yanjiu 桃園縣早期療育服務執行成效研究 [Untersuchung der Wirksamkeit der Frühförderung im Landkreis Tao-Yuan]. In: Zhongyuan xuebao 30 (4), 489-504.
- LIN, Grace Bao-Guey (1987): Republik China (Taiwan). In: KLAUER, K. J. & MITTER, W. (Hrsg.): Vergleichende Sonderpädagogik (Handbuch der Sonderpädagogik; Bd. 11). Berlin: Marhold, 717-723.
- LIN, Hui-Fang (1999): Zaoqi jieru fuwu zhong shehui gongzuozhe de jiaose yu gongneng 早期介入服務中社會工作者的角色與功能 [Rolle und Funktion der Sozialarbeiter in der Frühintervention]. In: FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (Hrsg.): Taiwan diqu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu shehui ziyuan shiwu shouce 台灣地區發展遲緩兒童早期療育社會資源實務手冊 [Praktisches Handbuch für soziale Ressourcen der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen in Taiwan]. Banqiao: Fanya guanggau sheji youxiangongsi, 12-13.
- LIN, Hui-Fang (2001): Minjian liaoyu jigou yu zhengfu danwei de fengong yu hezuo – yi taiwan weili 民間療育機構與政府單位的分工與合作 – 以台灣為例 [Die Arbeitsteilung und Zusammenarbeit von nichtstaatlichen Förderinstitutionen und Regierungsabteilungen – Taiwan als Beispiel]. In: Tuibo yinshui 31, 1-7.
- LIN, Hui-Fen (2001): Danqin jiating ershao xuqiu yu zhengce jianshi 單親家庭兒少需求與政策檢視 [Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen aus allein erziehenden Familien im Spiegel der Sozialpolitik]. Research Report von NATIONAL POLICY FOUNDATION am 20.12.2001. Online verfügbar unter: <http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/090/SS-R-090-030.htm>. Zugriff: 14.02.2003.
- LIN, Mei-Xue (1996): Xianggang fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu guanmo baogao 香港發展遲緩兒童早期療育觀摩報告 [Hospitationsbericht über die Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen in Hongkong]. In: Shehui fuli 127, 45-48.
- LIN, Mei-Zhuan (2001): Fazhan chihuan ertong de zaoqi liaoyu 發展遲緩兒童的早期療育 [Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. In: DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC (Hrsg.): Jiushiniandu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhuan yeh ren yuan peixung gongtong kecheng yanxihui 九十年發展遲緩兒童早期療育專業人員培訓共同課程研習會 [Symposium zur Fortbildung des Fachpersonals in der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen 2001]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC, 5-7.
- LIN, Mei-Zhuan & Liou, Mei-Fang (1998): Shenxin zhangai ertong ruxue zhuanxian fangan jingyan fenxiang 身心障礙兒童入學專銜方案經驗分享 [Erfahrungsanalyse zur Einschulung und zum schulischen Übergang der Kinder mit Behinderungen und Beeinträchtigungen]. In: Tejiao yuanding jikan 13(4), 20-26.
- LIN, Wen-Ling & LEE Yong-Zhang (1997): Zaochaner zai fujian shang de zaoqi faxian zaoqi liaoyu 早產兒在復健上的早期發現早期療育 [Früherkennung und Frühförderung in der Rehabilitation von Frühgeborenen]. In: Caituan faren zhonghuaminguo zaochaner jijinhui huixun 21, 20-22.
- LIN, Yu-Ping (2002): Zhuanjia yisheng, yiban yisheng yu zhiliaoshi dui fazhan chihuan de renzhi 專家醫生，一般醫生與治療師對發展遲緩的認知 [Wahrnehmung von Entwicklungsverzögerungen durch spezialisierte Ärzte, allgemeine Ärzte und Therapeuten]. In: Ertong shehui fuli qikan 3, 73-110.
- LÖSSLEIN, H. & DEIKE-BETH, C. (2000): Hirnfunktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Neuropsychologische Untersuchungen für die Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag (Erstauflage 1997).

- LÖWE, A. (1996): Hörerziehung für hörgeschädigte Kinder: Geschichte – Methoden – Möglichkeiten; eine Handreichung für Eltern, Pädagogen und Therapeuten. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele.
- LÖWE, A. (2001): Schriftsprachkompetenz ist heute für hochgradig hörgeschädigte Kinder notwendiger denn je. In: HÖRPÄD 55(6), 267-274.
- LUMER, B. (2002): Heilpädagogik, vergleichende. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 129-131.
- MASUCH, P. (Hrsg.) (2001): SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen: Kommentar. Berlin: Erich Schmidt.
- MAYR, T. (2000): Entwicklungsrisiken bei armen und sozial benachteiligten Kindern und die Wirksamkeit früher Hilfen. In: WEISS, H. (Hrsg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 7). München/Basel: E. Reinhardt, 142-163.
- MEYER-PROBST, B.; TEICHMANN, H. & REIS, O. (1997): Von der Geburt bis 25: Was wird aus Risikokindern? In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 191-203.
- MICHAELIS, R. (2000): Interdisziplinäre Beiträge der Kinderneurologie zur Frühförderung. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München; Basel: E. Reinhardt, 24-30.
- MINISTRY OF EDUCATION, ROC (1998a): Jiaoyubu jiaoyu gaige xingdong fangan fuji-
aner 教育部教育改革行動方案附件二 [Anlage II des Bildungsreformprogramms des Bildungsministeriums]. Online verfügbar unter: <http://www.edu.tw/minister/action87/1-8-2.htm>. Zugriff: 24.02.2003.
- MINISTRY OF EDUCATION, ROC (1998b): Luoshi xueqian shenxin zhangai youtong ru-
xue nianling xiangxia yanzhi sansui jiaogai jihua 落實學前身心障礙幼童入學年齡
向下延至三歲教改計劃 [Pädagogischer Reformplan zur Senkung des Einschulalters von
Kindern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen auf das dritte Lebensjahr]. In: Tejiao
yuanding jikan 13 (4), 1-2.
- MINISTRY OF EDUCATION, ROC (1999): Fazhan yu gaijin teshu jiaoyu jihua 發展與
改進特殊教育計劃 [Plan zur Entwicklung und Verbesserung der Sonderpädagogik].
20.05.1999. Online verfügbar unter: <http://www.edu.tw>. Zugriff: 20.03.2001.
- MINISTRY OF EDUCATION, ROC (2002): Youtuo zhenghe fangan guihua zhuanan bao-
gao 「幼托整合方案規劃」專案報告 [Sonderbericht über den „Plan zur Integration der
Kindergärten und Kindertagesstätten“]. 22.04.2002. Online verfügbar unter: <http://www.edu.tw>. Zugriff: 25.02.2003.
- MINISTRY OF EDUCATION, ROC (2004a): Jiaoyubu zhongcheng shizheng jihua jiushi-
yi zhi jiushisi niandu 教育部中程施政計畫 九十一至九十四年度 [Der mittelfristige Plan
des Bildungsministeriums 2002 bis 2005]. Revidiert am 23.03.2004. Online verfügbar un-
ter: <http://www.rdec.gov.tw>. Zugriff: 06.05.2004.
- MINISTRY OF EDUCATION, ROC (2004b): Jiaoyubu jiushisi niandu shizheng fangzhen
教育部九十四年度施政方針 [Richtlinien des Bildungsministeriums 2005]. Online verfü-
gbar unter: <http://www.edu.tw>. Zugriff: 06.05.2004.
- MINISTRY OF INTERIOR, ROC (2004): Neizhengbu zhongcheng shizheng jihua jiushi-
yi zhi jiushisi niandu 內政部中程施政計畫 九十一至九十四年度 [Der mittelfristige Plan
des Innenministeriums 2002 bis 2005]. Revidiert am 23.03.2004. Online verfügbar unter:
<http://www.rdec.gov.tw>. Zugriff: 06.05.2004.

- MÜHL, H. (²2000): Pädagogische Angebote in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In: MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, 83-93.
- MÜHL, H. (³2003): Sonderpädagogische Maßnahmen. In: NEUHÄUSER, G. & STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer, 248-261.
- MÜLLER, I. (2003): Stellenwert der Kinderneurologie im interdisziplinären Ansatz der Frühförderung. In: Kindheit und Entwicklung 12 (1), 3-11.
- MÜLLER, W. (2004): Das Vojta-Prinzip. In: Frühförderung interdisziplinär 23, 122-126.
- MÜNDER, J. et al. (⁴2003): Frankfurter Kommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim: Beltz Votum (Erstauflage 1991).
- NATIONAL CHIAYI UNIVERSITY (2002): Quanguo youer jiaoyu pucha jihua 全國幼兒教育普查計畫 [Nationale Untersuchung zur vorschulischen Erziehung]. Chiayi: National Chiayi University.
- NATIONALE KOORDINIERUNGSSTELLE BEIM BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (2002): Leitfaden zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen (EJMB) 2003. Dieser Leitfaden ist durch die Nationale Koordinierungsstelle erarbeitet und in der Sitzung vom 24. Juni 2002 vom Koordinierungsausschuss beschlossen worden. Online verfügbar unter: <http://www.EJMB2003.de>. Zugriff: 02.10.2002.
- NEUHÄUSER, G. (1996): Plastizität des Zentralnervensystems. Konsequenzen für therapeutische und pädagogische Maßnahmen. In: OPP, G. & PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft. München: E. Reinhardt, 217-223.
- NEUHÄUSER, G. (2000): Kindliche Entwicklungsgefährdungen im Kontext von Armut, sozialer Benachteiligung, und familiärer Vernachlässigung. Erkenntnisse aus medizinischer Sicht, Probleme und Handlungsmöglichkeiten. In: WEISS, H. (Hrsg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 7). München/Basel: E. Reinhardt, 34-49.
- NEUHÄUSER, G. (2002): Erwartungen an Therapie und Förderung. Hinweise für mögliche Entscheidungshilfen. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 20-28.
- NEUHÄUSER, G. (2004): Editorial. Genetik – auch in der Frühförderung? In: Frühförderung interdisziplinär 23, 1-2.
- NI, Chi-Lean (1999): Jiegou jiaoxuefa dui xuelingqian zibizheng ertong xuexi chengxiao zhi yanjiu 結構教學法對學齡前自閉症兒童學習成效之研究 [Untersuchung des Einflusses der sturkurierten Unterrichtsmethode „TEACCH“ (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) auf vorschulische autistische Kinder]. Doktorarbeit, Institute of Special Education, National Taiwan Normal University.
- NISS, N. (1995): Leserzuschrift zum Artikel von Emlein/Boller „Wider die Psychotherapeutisierung von Frühförderung – eine systemische Reorientierung“, Frühförderung interdisziplinär Heft 1, 1995. In: Frühförderung interdisziplinär 14, 139-140.
- NÖCKER-RIBAUPIERRE, M. (1999): Musiktherapie als Weg für die Mutter-Kind-Bindung. Frühförderung interdisziplinär 18, 126-130.
- NORDAHL, T. (1996): Knowledge-Zentren und die Reorganisation der Sondererziehung – Erfahrungen in Norwegen. In: PETERANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa. München/Basel: E. Reinhardt, 41-48.
- ODOM, S. L. & KAUL, S. (2003): Early intervention themes and variations from around the world: Summary. In: ODOM, S. L.; HANSON, M. J; BLACKMAN, J. A. & KAUL, S. (eds.): Early intervention practices around the world. Baltimore/London/Sydney: Paul H. Brookes Publishing Co.

- OECD (Hrsg.) (2004) (ORGANISATION FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG): Bildung auf einen Blick – OECD Indikatoren 2004. Bonn: UNO-Verlag.
- OHLMEIER, G. (²1994): Frühförderung behinderter Kinder. Dortmund: Verl. Modernes Lernen.
- OHNESORGE, C. VON (2001): Gedanken zum Thema: Menschenbild und Wertorientierung. Eine Herausforderung. In: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM & BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.) (2001): An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 21-28.
- OHRT, B. & GEENEN, R. (2004): Das Bobath-Konzept. In: Frühförderung interdisziplinär 23, 86-89.
- OPP, G. & FINGERLE, M. (2000): Risiko und Resilienz in der frühen Kindheit am Beispiel von Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien: amerikanische Erfahrungen mit Head Start. In: WEISS, H. (Hrsg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 7). München/Basel: E. Reinhardt, 164-174.
- OSSWALD, I. (2000): Raus aus der Einbahnstraße. In: Zusammen 10, 14-16.
- OU, Zi-Xiu (1997): Fuli fuwu jieru dui shenxin zhangai youer jiating yingxiang zhi yanjiu – yi taibeishi yidian shehui fuli jijinhui weili 福利服務介入對身心障礙幼兒家庭影響之研究 – 以台北市伊甸社會福利基金會為例 [Untersuchung zum Einfluss des Sozialwohlfahrtsdiensts auf Familien mit jungen Kindern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen – die Yidian-Stiftung der Stadt Taipei als Beispiel]. Magisterarbeit, Institute of Child Welfare, Chinese Culture University.
- OY, C. M. VON & SAGI, A. (¹¹ 1997): Lehrbuch der heilpädagogischen Übungsbehandlung: Hilfe für das behinderte und entwicklungsgestörte Kind. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele (zuerst 1984).
- PAPOUŠEK, M. (1998): Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -Psychotherapie. In: KLITZING, K. VON (Hrsg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 88-118.
- PAPOUŠEK, M. (³1999): Frühe Eltern-Kind-Beziehungen: Gefährdungen und Chancen in der Frühentwicklung von Kindern mit genetisch bedingten Anlagestörungen. In: HELLBRÜGGE, T. (Hrsg.): Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung. Lübeck: Hansisches Verlagskontor, 137-152.
- PAPOUŠEK, M. (2001): Vom ersten Schrei zum ersten Wort: Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber.
- PAPOUŠEK, M. & PAPOUŠEK, H. (³1999a): Intuitive elterliche Früherziehung in der vorsprachlichen Kommunikation. In: HELLBRÜGGE, T. (Hrsg.): Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung. Lübeck: Hansisches Verlagskontor, 113-123.
- PAPOUŠEK, M. & PAPOUŠEK, H. (³1999b): Kritische Belastungen der intuitiven elterlichen Früherziehung. In: HELLBRÜGGE, T. (Hrsg.): Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung. Lübeck: Hansisches Verlagskontor, 124-135.
- PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC (1999a): Baobao ni yiqie dou hao ma? Fazhan chihuan ertong jiazhang shouce 寶寶，你一切都好嗎？發展遲緩兒童家長手冊 [Wie geht's dir, mein Baby? Handbuch für Eltern von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. Taipei: Parents' Association for Persons with Intellectual Disability, ROC.
- PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC (1999b): Bashiba niandu zaoqi liaoyu yanxi xunlian – wuxianshi zaoqi liaoyu chengguo fabiao 八十八年度早期療育研習訓練 – 五縣市早期療育成果發表 [Frühförderung

- 1999 – Veröffentlichung der Ergebnisse der Frühförderung in fünf Städten und Landkreisen]. Unveröffentlichtes Manuskript.
- PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC (2000): Zaoqi liaoyu ge'an guanli shiwu gongzuo shouce 早期療育個案管理實務工作手冊 [Das praxisbezogene Handbuch für Einzelfallbetreuung in der Frühförderung]. Taipei: Parents' Association for Persons with Intellectual Disability, ROC.
- PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC (2001): Shesuan zhidu dui shenxin zhangaizhe jigou jiaoyang buzhuifei de yingxiang 設算制度對身心障礙者機構教養補助費的影響 [Der Einfluss des Abrechnungssystems auf die Bezuschussung der Erziehung und Pflege für die Behinderteninstitutionen]. Juni 2001. Online verfügbar unter: <http://www.papmh.org.tw>. Zugriff: 11.02.2003.
- PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC & PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, TAIPEI (1994): Fazhan chihuan ertong zaoqi faxian zaoqi liaoyu guoji yantaohui 發展遲緩兒童早期發現早期療育國際研討會 [Internationale Tagung zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. Taipei: Parents' Association for Persons with Intellectual Disability, ROC & Parents' Association for Persons with Intellectual Disability, Taipei.
- PETERANDER, F. (1996a): Fort- und Weiterbildung von Fachleuten. Kapitel V.1. In: PETERANDER, F. (ed.): Helios II final report. Thematic group I of the Helios II programme with the support of the European Commission DGV Social Affairs and Employment (Unit for Integration of disabled persons) and DGXXII (Education, Training and Youth). Munich: Druck-Service Schwarz GmbH, 83-85.
- PETERANDER, F. (1996b): Frühförderung im gesellschaftlichen Umbruch: Entwicklungspotentiale. In: OPP, G. & PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft. München: E. Reinhardt, 311-324.
- PETERANDER, F. (1996c): Neue Medien in der Frühförderung: Perspektiven für Forschung und Praxis. In: PETERANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa. München/Basel: E. Reinhardt, 145-157.
- PETERANDER, F. (2000a): Vom Beobachten zum Wissen – Computerbasierte Analyseprogramme zur Unterstützung einer praxisnahen Qualitätsentwicklung in der Frühförderung. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 337-341.
- PETERANDER, F. (2000b): Der Kooperationsprozess Eltern – Fachleute als bedeutsames Element einer qualitätsvollen Frühförderung. In: SIEPMANN, G. (Hrsg.): Frühförderung im Vorschulbereich. Frankfurt am Main/Berlin/Bern/Bruxelles/New York/Oxford/Wien: Peter Lang, 57-65.
- PETERANDER, F. (2002): Qualität und Wirksamkeit der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 96-106.
- PETERANDER, F. (2003): Multivariante Diagnostik in der Frühförderung. In: Kindheit und Entwicklung 12 (1), 24-34.
- PETERANDER, F. (2004): Neue Technologien und Qualitätsentwicklung in sozialen Einrichtungen. In: PETERANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. München/Basel: E. Reinhardt, 311-325.
- PETERANDER, F. & Da GAMA NOGUEIRA, F. (1996): Definition von Frühförderung. Kapitel II. In: PETERANDER, F. (ed.): Helios II final report. Thematic group I of the Helios II programme with the support of the European Commission DGV Social Affairs and Employment (Unit for Integration of disabled persons) and DGXXII (Education, Training and Youth). Munich: Druck-Service Schwarz GmbH, 70-72.

- PETERANDER, F. & GIARDINA, F. (1996): Kooperation zwischen Fachleuten und Eltern. Kapitel IV.1. In: PETERANDER, F. (ed.): Helios II final report. Thematic group I of the Helios II programme with the support of the European Commission DGV Social Affairs and Employment (Unit for Integration of disabled persons) and DGXXII (Education, Training and Youth). Munich: Druck-Service Schwarz GmbH, 75-78.
- PETERANDER, F. & SPECK, O. (1994): Elternbildung, Autonomie und Kooperation in der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 13, 108-120.
- PETERANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.) (1996): Frühförderung in Europa. München/Basel: E. Reinhardt.
- PIXA-KETTNER, U. (2001): Elternarbeit, Elternberatung, Elternbildung – Konzepte der Zusammenarbeit mit Eltern (sprach-) behinderter Kinder im Wandel. In: Die Sprachheilarbeit 46 (3), 125-132.
- PÖLD-KRÄMER, S. (2001): Die Position der Frühförderstellen nach dem Recht des SGB IX. In: Frühförderung interdisziplinär 20, 175-183.
- POMMER-IRMISCH (2000): Stärkung elterlicher Kompetenz – Frühe Angebote präventiv bis therapeutisch. In: Frühförderung interdisziplinär 19, 23-29.
- POSTMANN, T. (1993): Heilpädagogische Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder. Eine Bestandsaufnahme mit besonderem Augenmerk auf die Aus- und Weiterbildung von Pädagogen im deutschsprachigen Raum. Eine vergleichende Studie. Frankfurt am Main: Haag & Herchen.
- PRETIS, M. (1998): Das Konzept der „Partnerschaftlichkeit“ in der Frühförderung. Vom Hal- tungs- zum Handlungsmodell. In: Frühförderung interdisziplinär 17, 11-17.
- PRETIS, M. (2001): Frühförderung planen, durchführen, evaluieren: mit 21 Tabellen (Beiträ- ge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 8). München/Basel: E. Reinhardt.
- PRETIS, M. (2002): Was ist „gute Arbeit“ in der Frühförderung? 10 Thesen zur Qualität und zur Qualitätsentwicklung. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 29-40.
- QIU, Yu-Ling (2001): Zibizhengzhe fumu zhaogu xuqiu zhi tantao 自閉症者父母照顧需求 之探討 [Untersuchung zu Bedürfnissen der Eltern bei der Betreuung von Autisten]. Magis- terarbeit, Institute of Social Work, TungHai University.
- QIU, Zhi-Peng (Hrsg.) (2001): Taiwan youer jiaoyu baike cidian 臺灣幼兒教育百科辭典 [Enzyklopädie der vorschulischen Erziehung Taiwans]. Taipei: Wunan tushu chuban gongsi.
- RAKOWITZ, N. (2003): Besser: nie mehr krank. In: Express, Zeitschrift für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, Nr. 11-12/2003. Online verfügbar unter: <http://www.labournet.de/diskussion/wipo/gesund/niekrank.html>. Zugriff: 04.03.2004.
- READER'S DIGEST (2003): Haizi chengcai yao duoshao qian 孩子成材要多少錢 [Wie viel Geld kostet die Erziehung eines Kindes zu einem nützlichen Menschen]? Juli, 52-60.
- RIEMANN, I. (2001): Selbstevaluation in der Frühförderung. In: HESSISCHES SOZIAL- MINISTERIUM UND BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.): An-Sichten über Frühförderung. Er- gebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 231-244.
- RITTERFELD, U. (2001): Wider den Ideologien. Ein Kommentar zu dem Beitrag von Ursula Pixa-Kettner. In: Die Sprachheilarbeit 46 (3), 132-134.
- ROTH, L. (2001): Forschungsmethoden der Erziehungswissenschaft. In: ROTH, L. (Hrsg.): Pädagogik: Handbuch für Studium und Praxis. München: Oldenbourg, 43-80.
- ROUSSEAU, J.-J. (1762): Emil oder Über die Erziehung. Vollständige Ausgabe in neuer deutscher Fassung besorgt von SCHMIDTS, L. (131998). Paderborn/München/Wien/Zü- rich: Schöningh.
- SANDER, A. (1973): Die statistische Erfassung von Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland. In: MUTH, J. (Hrsg.): Behindertenstatistik, Früherkennung, Frühförderung.

- Gutachten und Studien der Bildungscommission; Bd. 25. Stuttgart: Ernst Klett Verlag, 13-109.
- SANDER, A. (²2002a): Bildungssystem. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 47-49.
- SANDER, A. (²2002b): Prävention. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 222-225.
- SANDER, A. (²2002c): Sonderschulsystem. In: BUNDSCHUH, K.; HEIMLICH, U. & KRAWITZ, R. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, 260-262.
- SARIMSKI, K. (1996): Bedürfnisse von Eltern mit behinderten Kindern. In: Frühförderung interdisziplinär 15, 97-101.
- SARIMSKI, K. (1997): Prävention von sozialen Entwicklungsauffälligkeiten bei frühgeborenen Kindern durch frühe interaktionsorientierte Elternberatung. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 259-271.
- SARIMSKI, K. (2000a): Frühförderung. In: BORCHERT, J. (Hrsg.): Sonderpädagogische Psychologie. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe-Verlag, 304-313.
- SARIMSKI, K. (2000b): Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Eltern schwerbehinderter Kinder. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 272-274.
- SCHÄDLER, J. (1999): Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung in Einrichtungen und Diensten für Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- SCHARTNER, F. H. (2004): Migrantenfamilien in der Frühförderung. Ergebnisse einer Umfrage an Frühförderstellen in Baden-Württemberg. In: Frühförderung interdisziplinär 23, 69-78.
- SCHEITHAUER, H.; PETERMANN, F. & NIEBANK, K. (2000): Frühkindliche Entwicklung und Entwicklungsrisiken. In: PETERMANN, F., NIEBANK, K. & SCHEITHAUER, H. (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe-Verlag, 15-38.
- SCHELL, W. (1997): Schweigepflicht der Gesundheitsberufe und Datenschutz. In: Deutsche Behinderten-Zeitschrift 4, 40.
- SCHELLHORN, H. & SCHELLHORN, W. (¹⁶2002): Das Bundessozialhilfegesetz.: ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft. Neuwied/Kriftel/Berlin: Luchterhand.
- SCHLACK, H. G. (1989): Paradigmawechsel in der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 8, 13-18.
- SCHLACK, H. G. (1996): Kinder mit Behinderungen. Veränderungen des Spektrums, Veränderung der Aufgaben. In: OPP, G. & PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft. München: E. Reinhardt, 186-193.
- SCHLACK, H. G. (1997): Neue Konzepte in der Frühbehandlung und Frühförderung. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 15-22.
- SCHLACK, H. G. (2000): Handeln statt Behandeln. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 31-38.

- SCHLACK, H. G. (²2000a): Was ist Sozialpädiatrie? In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 1-6.
- SCHLACK, H. G. (²2000b): Tertiäre Prävention und Rehabilitation. In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 68-71.
- SCHLACK, H. G. (²2000c): Lebenswelten – Einfluss sozialer Faktoren auf Gesundheit und Entwicklung. In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 89-103.
- SCHLACK, H. G. & SCHLACK, U. (²2000): Strukturen der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen. In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 141-152.
- SCHMIDT, M. H.; ESSER, G. & LAUCHT, M. (1997): Die Entwicklung nach biologischen und psychosozialen Risiken in der frühen Kindheit. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 174-191.
- SCHMUTZLER, H.-J. (³2000): Handbuch Heilpädagogisches Grundwissen. Einführung in die Früherziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Freiburg im Breisgau: Herder (zuerst 1994).
- SCHÖFFEL, R. H. (2001): Indikation zur Frühförderung durch den niedergelassenen Kinderarzt: Zeitpunkt, Methode und Abgrenzung. In: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM UND BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.): An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 105-118.
- SCHUCHARDT, E. (¹2002): Warum gerade ich ...?: Leben lernen in Krisen – Leiden und Glaube; Fazit aus Lebensgeschichten eines Jahrhunderts. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SCHUSTER, H. (2002): Aufgabenfeld: Prävention und Integration im Vorschulalter. In: Behindertenpädagogik in Bayern 45 (1), 15.
- SECRETARIATE OF PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC (2001): Zaoqi liaoyu zai taiwan de tuidong yu fazhan xiankuang 早期療育在台灣的推動與發展現況 [Förderung und aktueller Entwicklungsstand der Frühförderung in Taiwan]. In: Tuibo yinshui 31, 8-20.
- SGB IX (³2002): SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen; Vorschriften mit erläuternden Gesetzmaterialien. Regensburg/Berlin: Walhalla-Fachverlag.
- SHEEHAN, R.; SNYDER, S. & SHEEHAN H. C. (1996): Frühförderung zu Beginn des 21. Jahrhunderts: Was ist zu erwarten? In: PETERANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa. München/Basel: E. Reinhardt, 158-171.
- SHELHAV, C. (2000): Das Feldenkraiskonzept in der Frühförderung. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 276-279.
- SHI, Ming-Ying (1999): Fazhanchihuaner zhi zaoqi jiaoyu 發展遲緩兒之早期教育 [Die Früherziehung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. In: FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (Hrsg.): Taiwan diqu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu shehui ziyuan shiwu shouce 台灣地區發展遲緩兒童早期療育社會資源實務手冊 [Praktisches Handbuch für soziale Ressourcen der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen in Taiwan]. Banqiao: Fanya guanggau sheji youxiangongsi, 26-28.
- SINGER, P. (²1994): Praktische Ethik. Stuttgart: Philipp Reclam jun. (zuerst 1984).

- SKOLUDA, S. & HOLZ, G. (2003): Armut im frühen Kindesalter – Lebenssituation und Ressourcen der Kinder. In: Frühförderung interdisziplinär 22, 111-120.
- SOHNS, A. (2000a): Rechtliche Grundlagen der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 19, 63-79.
- SOHNS, A. (2000b): Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland. Weinheim/Basel: Beltz.
- SOHNS, A. (2002): Die Komplexeleistung Frühförderung im Rehabilitationsgesetz. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 50-60.
- SOHNS, A. & PÖTTER, G. (2001): Der Qualitätsaspekt und seine praktische Umsetzung für die Frühförder- und Frühberatungsstellen. In: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM UND BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.): An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 245-255.
- SONDEREGGER, H. U. (1997): Wahrnehmungsstörungen überwinden durch Lernen im Alltag (AFFOLTER) oder Sensorische Integration (AYRES). In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 136-146.
- SOZIALVERBAND VDK DEUTSCHLAND (2004): Sozialkürzungen sind ein Rückschlag. In: Vdk-Zeitung – Ausgabe Februar 2004. Online verfügbar unter: <http://www.vdk.de/de6360>. Zugriff: 27.09.2004.
- SPECK, O. (1973): Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder. In: MUTH, J. (Hrsg.): Behindertenstatistik, Früherkennung, Frühförderung. Gutachten und Studien der Bildungskommission; Bd. 25. Stuttgart: Ernst Klett Verlag, 111-150.
- SPECK, O. (1989a): Entwicklungen im System der Frühförderung. In: SPECK, O. & THURMAIR, M. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder. München/Basel: E. Reinhardt, 11-27.
- SPECK, O. (1989b): Frühförderung als System. In: Frühförderung interdisziplinär 8, 148-156.
- SPECK, O. (1989): Das gewandelte Verhältnis zwischen Eltern und Fachleuten in der Frühförderung. In: SPECK, O. & WARNKE, A. (Hrsg.): Frühförderung mit den Eltern. München/Basel: E. Reinhardt, 13-20 (zuerst 1983).
- SPECK, O. (1995): Wandel der Konzepte in der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 14, 116-130.
- SPECK, O. (1996a): Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder unter ökologisch-integrativem Aspekt. In: PETERANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa. München/Basel: E. Reinhardt, 15-23.
- SPECK, O. (1996b): Wirkungen der Konduktiven Förderung unter pädagogischem Aspekt. In: Frühförderung interdisziplinär 15, 83-88.
- SPECK, O. (2000): Autonomie und Lernen in der Entwicklung des kleinen Kindes. Frühförderung interdisziplinär 19, 49-62.
- SPECK, O. (2001a): Leitgedanken. In: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM UND BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.): An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 15-17.
- SPECK, O. (2001b): Der Sinn von Frühförderung. Entstehung, Entwicklung und Perspektiven eines komplexen Systems. In: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM UND BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.): An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 269-287.

- SPECK, O. (2001c): Die Frühförderung im SGB IX – ein Gordischer Knoten? In: Frühförderung interdisziplinär 20, 170-174.
- SPECK, O. (2002): Befunde der PISA-Studie. Folgerungen für das sonderpädagogische Schulsystem. In: Behindertenpädagogik in Bayern 45 (1), 48-55.
- SPECK, O. (2003): System Heilpädagogik: eine ökologische reflexive Grundlegung. München/Basel: E. Reinhardt.
- SPECK, O. (2004): Offene Perspektiven der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär 23, 16-24.
- SPECK, O. (2004): Marktgesteuerte Qualität – eine neue Sozialphilosophie? In: PETE-RANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. München/Basel: E. Reinhardt, 15-30.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2002): Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. (In Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung [WZB] und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim [ZUMA]). Fulda: Druckerei Parzeller.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2003a): Im Jahr 2050 wird jeder Dritte in Deutschland 60 Jahre oder älter sein. Pressemitteilung vom 6. Juni 2003. Online verfügbar unter: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2300022.htm>. Zugriff: 10.10.2003.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2003b): Statistisches Jahrbuch 2003 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2003c): Entwicklung der Gesundheitsausgaben Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Online verfügbar unter: <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra2.htm>. Zugriff: 02.03.2004.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2004a): Gesundheitsausgaben sind weiter angestiegen. Pressemitteilung vom 11. Februar 2004. Online verfügbar unter: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/p0660095.htm>. Zugriff: 03.03.2004.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2004b): Statistisches Jahrbuch 2004 für die Bundesrepublik Deutschland und für das Ausland – CD-ROM. Wiesbaden.
- STEINEBACH, C. (1992): Entwicklungslinien. In: FINGER, G. & STEINEBACH, C. (Hrsg.): Frühförderung. Zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 50-63.
- STEINEBACH, C. (1997): Familienberatung in der Frühförderung: Bedingungen, und Wirkungen aus der Sicht der Mütter. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 15-35.
- STEINER, S. (2002): Das Resilienzparadigma als handlungsleitender Gedanke der Zusammenarbeit mit den Eltern, und die „Orientierungshilfe zur Planung der Frühförderung“ als Handlungsinstrument für die Praxis. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 130-139.
- STEMPFLE, S. (1999): Frühförderung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum. In: WILKEN, E. (Hrsg.): Frühförderung von Kindern mit Behinderung: eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, 34-44.
- STRASSBURG, H.-M. (2003a): Einführung. In: STRASSBURG, H.-M.; DACHENEDER, W. & KRESS, W. (Hrsg.): Entwicklungsstörungen bei Kindern. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 1-32.
- STRASSBURG, H.-M. (2003b): Biologische Grundlagen der Entwicklung. In: STRASSBURG, H.-M.; DACHENEDER, W. & KRESS, W. (Hrsg.): Entwicklungsstörungen bei Kindern. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 33-45.
- STRASSBURG, H.-M. (2003c): Ethische und rechtliche Probleme. In: STRASSBURG, H.-M.; DACHENEDER, W. & KRESS, W. (Hrsg.): Entwicklungsstörungen bei Kindern. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 315-319.
- STRASSMEIER, W. (2002): Frühförderung konkret. 260 lebenspraktische Übungen für entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder. München/Basel: E. Reinhardt.

- STURNY-BOSSART, G.; FRÖHLICH, A. & BÜCHNER, C. (1999): Zur Einführung: Des Bischofs Kind. In: STURNY-BOSSART, G.; FRÖHLICH, A. & BÜCHNER, C. (Hrsg.): Zukunft Heilpädagogik. Luzern: Ed. SZH/SPC, 11-15.
- SU, Shu-Zhen (2000): Yiliao weisheng xingzheng tixi duiyu zaoqi liaoyu yewu de guihua neirong yu zhixing xiankuang 醫療衛生行政體系對於早期療育業務的規劃內容與執行現況 [Inhalte der Planung und aktueller Stand der Durchführung des Frühförderdienstes im medizinisch-gesundheitlichen administrativen System]. In: TAIPEI EARLY INTERVENTION CENTER (Hrsg.): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu beiqun xunhui fudao zuotanhui chengguo baogao 發展遲緩兒童早期療育服務北區巡迴輔導座談會成果報告 [Ergebnisbericht des Symposiums über den Frühförderdienst von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen durch mobile Beratungsdienste im Norden Taiwans]. Taipei: Taipei Early Intervention Center, 10-13.
- SÜSS-BURGHART, H. (2002): Vernachlässigung und Missbrauch: Gibt es spezifische Fähigkeitsprofile bei den betroffenen Kindern? In: Frühförderung interdisziplinär 21, 145-156.
- TAIPEH VERTRETUNG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND (2000): Die Republik China auf einen Blick. Bonn. Online verfügbar unter: <http://www.roc-taiwan.de/fingertip.html>. Zugriff: 04.02.2003 & 06.02.2003.
- TAIPEI CITY BUREAU OF HEALTH & TAIPEI CITY BUREAU OF SOCIAL AFFAIRS (Hrsg.) (2000): Wei chihuaner dazao yige xiwang de chengbao 為遲緩兒打造一個希望的城堡 [Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen eine Burg der Hoffnung bauen]. Taipei: Taipei City Bureau of Health & Taipei City Bureau of Social Affairs.
- TAIPEI EARLY INTERVENTION CENTER (Hrsg.): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu beiqun xunhui fudao zuotanhui chengguo baogao 發展遲緩兒童早期療育服務北區巡迴輔導座談會成果報告 [Ergebnisbericht des Symposiums über den Frühförderdienst von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen durch mobile Beratungsdienste im Norden Taiwans]. Taipei: Taipei Early Intervention Center.
- TAIWAN PROVINCIAL DEPARTMENT OF EDUCATION (1997): Education for Students with Disabilities in Taiwan Province ROC. Taichung: Taiwan Provincial Department of Education.
- THE EXECUTIVE YUAN OF THE REPUBLIC OF CHINA (2004): Xingzhengyuan jiuhsiniandu shizheng fangzhen 行政院九十四年度施政方針 九十一至九十四年度 [Richtlinien für die politische Praxis 2005 des Exekutiv-Yuans]. 28.04.2004. Online verfügbar unter: <http://www.ey.gov.tw>. Zugriff: 30.05.2004.
- THEUNISSEN, G. & PLAUTE, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- THIMM, K. (2003): Jeden Tag ein neues Universum. In: Der Spiegel 43, 198-210.
- THURMAIR, M. (1998): Früherkennung und Frühförderung: 25 Jahre Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates – und was ist daraus geworden? In: Gemeinsam leben, 6 (2), 57-61.
- THURMAIR, M. (1998): Zur Situation der Frühförderung in der Bundesrepublik. In: ROSENBERGER, M. (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 59-70 (zuerst 1988).
- THURMAIR, M. (2001): Vom Helfen Wollen zum Helfen Können: Handwerkliche Elemente der Elternarbeit in der Frühförderung. In: KLINGSHIRN, E. & WEISS, H. (Hrsg.): 25 Jahre Frühförderung. Entscheidung für das familiennahe und interdisziplinäre System der Frühförderung. Dokumentation der Fachtagung vom 05.11.1999 in Regensburg. Regensburg: KJF, 31-38.
- THURMAIR, M. (2003a): SGB IX und kein Ende. In: Frühförderung interdisziplinär 22, 100.

- THURMAIR, M. (2003b): Heilpädagogische Schwerpunkte in der interdisziplinären Frühförderung. In: *Kindheit und Entwicklung* 12 (1), 12-19.
- THURMAIR, M. (2004): Frühförderung und benachbarte Hilfesysteme. Eine Hintergrundrecherche zur Versorgungslage in Bayern. In: *Frühförderung interdisziplinär* 23, 35-40.
- THURMAIR, M. & NAGGL, M. (2000): Frühförderung für Kinder in Armutslagen: Handlungsmöglichkeiten und bewährte Praxis. In: WEISS, H. (Hrsg.): *Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen* (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 7). München/Basel: E. Reinhardt, 209-235.
- THURMAIR, M. & NAGGL, M. (2003): *Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld*. München/Basel: E. Reinhardt.
- TIETZE-FRITZ, P. (1997): *Integrative Förderung in der Früherziehung. Entwicklungsgefährdete Kinder und ihre psychomotorischen Fähigkeiten. Ein Handbuch nicht nur für den Kindergarten*. Dortmund: borgmann publishing GmbH.
- TOMELE, G. (1999): Entwicklungs-Rehabilitation beim Deprivationssyndrom. In: HELLBRÜGGE, T. (Hrsg.): *Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung*. Lübeck: Hansisches Verlagskontor, 229-244.
- TONG, Bao-Juan (2001): Yuyan zhiliaoshi zai zaoqi liaoyu de jiaose 語言治療師在早期療育的角色 [Die Rolle der Logopäden in der Frühförderung]. In: DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC (Hrsg.): *Jiushiniandu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhuan ye renyuan peixung gongtong kecheng yanxihui 九十年 度發展遲緩兒童早期療育專業人員培訓共同課程研習會* [Symposium zur Fortbildung des Fachpersonals in der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen 2001]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC, 71-72.
- TOUWEN, B. C. L. (1996): Variabilität motorischer Funktionen und ihre Bedeutung für die Frühförderung. In: PETERANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.): *Frühförderung in Europa*. München/Basel: E. Reinhardt, 80-89.
- TSAI, Chia-Fen; Tu, Jing-Yi & SONG, Jen-Ji (1998): Zhongmei liangguo ge'an guanli zai zaoqi liaoyu zhi yunyong bijiao - yi taibeishi, dezhou weili 中美兩國個案管理在早期療育之運用比較 - 以台北市、德州為例 [Vergleich des Case Managements in der Frühförderung in den USA und ROC - Taipei und Texas als Beispiel]. In: *Discourse of Child Welfare* 2, 144-178.
- TSAI, Shu-Gui (2002): Fazhan chihuan youer zhi jiazhang qinzhi jiaoyu shishi chengxiao ji qi xiankuang wenti zhi yanjiu 發展遲緩幼兒之家長親職教育實施成效及其現況問題之研究 [Untersuchung zur Effektivität von Bildungsmaßnahmen für Eltern von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und damit zusammenhängende aktuelle Fragestellungen]. In: *Journal of National Taipei Teachers College*, Vol. XV, 363-386.
- TSAO, Ling-Ling (1998): Tejiao laoshi zai zaoqi liaoyu zhong banyan de jiaose 特教老師在早期療育中扮演的角色 [Die Rolle der Sonderschullehrer in der Frühförderung]. In: *Teshu jiaoyu jikan*, 66, 1-3.
- VATER, W. & BONDZIO, M. (1992): *Frühförderungs- und Entwicklungshilfen für behinderte Kinder*. Bonn: Reha-Verlag (zuerst 1979).
- VEITH-DÖRING, M. (2001): Die Idee der Partnerschaftlichkeit im System Frühförderung. In: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM UND BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. (Hrsg.): *An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 75-87.
- VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. (Hrsg.) (1998): *Frühförderung und Integration: Beiträge vom 9. Symposium Frühförderung, Köln 1997* (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 4). München/Basel: E. Reinhardt.

- VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. (2001a): Plattform „Frühe Hilfen“: Memorandum zum SGB IX. In: Frühförderung Interdisziplinär 20,78-83.
- VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. (Hrsg.) (2001b): Qualifikation der Mitarbeiter(innen) in der Frühförderung.
- VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. (2002): Umsetzung des SGB IX für die Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern. Stellungnahme der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V., Landesvereinigung Bayern. In: Frühförderung Interdisziplinär 21, 61-62.
- VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. (2003): Handreichungen zu Leistungsvereinbarungen gemäß SGB IX (Erstes Arbeitskonzept – Stand Juni 2003). Online verfügbar unter: <http://www.fruehfoerderung-viff.de>. Zugriff: 10.10.2003.
- VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. (2004): Handreichungen zur interdisziplinären Diagnostik, zur Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes und des Zugangs zur „Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung“. In: Frühförderung Interdisziplinär 23, 43-46.
- VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V., LANDESVEREINIGUNG BAYERN (2003): Rundbrief Nr. 10. Januar 2003.
- VOSS, H. VON (2000): Familien, Familienersatz, familienergänzende Einrichtungen. In: SCHLACK, H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. München/Jena: Urban & Fischer Verlag, 105-140.
- WAGNER, H.-V. (1997): Aufbau der Frühförderung in Deutschland. Vielfalt und aktuelle Perspektiven. Vortrag anlässlich der Fortbildungsveranstaltung der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V., Landesvereinigung Hessen am 30. November 1996 in Gießen. 13. Februar 1997. Marburg, unveröffentlichtes Manuskript.
- WAGNER-STOLP, W. (1999): Aufbau und Organisation der interdisziplinären Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland – Sozialrechtlicher, sozialpolitischer und institutioneller Handlungsrahmen. In: WILKEN, E. (Hrsg.): Frühförderung von Kindern mit Behinderung: eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, 13-33.
- WAN, Ming-Mei (2000): Shijue zhangai 視覺障礙 [Sehbehinderung]. In: XU, Tian-Wei; XU, Xiang-Liang & ZHANG, Sheng-Cheng (Hrsg.): Xin teshu jiaoyu tonglun 新特殊教育通論 [Neue allgemeine Sonderpädagogik]. Taipei: Wunan tushu chubangongsi, 265-294.
- WANG, Chih-Chuan (2002): Zuohao xunlian zai jiazhang canyushi zaoqi liaoyu gean shang de yingyong 坐好訓練在家長參與式早期療育個案上的應用 [Anwendung der Elternbeteiligung an der Frühförderung am Beispiel des Trainings zu gutem Sitzen]. In: Ertong fuli qikan 2, 83-101.
- WANG, Feng-Xie (1998): Zhongguo jiaoyushi 中國教育史 [Geschichte der Pädagogik China]. Taipei: Zhengzhong shuju (Erstauflage 1945).
- WANG, Guo-Yu (1996): Shenxin zhangai ertong zaoqi liaoyu zhengce de xiangguan lilun moshi yu taiwan faling zhi jixi 身心障礙兒童早期療育政策的相關理論模式與臺灣法令之解析 [Analyse der Theoriemodelle und Gesetze der Frühförderpolitik in Taiwan]. In: Dongwu shehui gongzuo xuebao 2, 333-350.
- WANG, Ru-Zhe (1994): Bijiao jiaoyu de yanjiu leixing 比較教育的研究類型 [Die Forschungstypen der vergleichenden Pädagogik]. In: Jiaoyu yanjiu zixun, 75-80.
- WANG, Tien-Miau (1997): Zonghe taolun zhong zhi fayan 綜合討論中之發言 [Rede in einer zusammenfassenden Diskussion]. Taipeishi tuizhan fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu yantaohui – chengguo baogao 臺北市推展發展遲緩兒童早期療育服務研討會 –

- 成果報告 [Symposium zur Frühförderung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen Taipeis – Ergebnisbericht], 52-54.
- WANG, Tien-Miau et al. (1999): Taiwan diqu fazhan chihuan youer renkou diaocha yanjiu 臺灣地區發展遲緩幼兒人口調查研究 [Untersuchung zur statistischen Erfassung von jungen Kindern mit Entwicklungsverzögerungen in Taiwan]. In: Teshu jiaoyu yanjiu xuekan 17, 37-57.
- WANG, Wai-Yi & JONG, Yuh-Jyh (2000): Parents' psychological problems influencing the continuity of early intervention treatment in children with developmental delay. In: The Kaohsiung Journal of Medical Sciences 16 (12), 620-625.
- WANG, Wen-Ke (2000): Teshu jiaoyu de dingyi, fazhan yu qushi 特殊教育的定義、發展與趨勢 [Definition, Entwicklung und Tendenz der Sonderpädagogik]. In: XU, Tian-Wei; XU, Xiang-Liang & ZHANG, Sheng-Cheng (Hrsg.): Xin teshu jiaoyu tonglun 新特殊教育通論 [Neue allgemeine Sonderpädagogik]. Taipei: Wunan tushu chubangongsi, 1-38.
- WANNE, Yu-We (2000): Zaoqi liaoyu ziyuan wanglu de jiehe yu yunyong 早期療育資源網路的結合與運用 [Vernetzung und Verwendung der Frühförderressourcen]. In: TAIPEI EARLY INTERVENTION CENTER (Hrsg.): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu beiqu xunhui fudao zuotanhui chengguo baogao 發展遲緩兒童早期療育服務北區巡迴輔導座談會成果報告 [Ergebnisbericht des Symposiums über den Frühförderdienst für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen durch mobile Beratungsdienste im Norden Taiwans]. Taipei: Taipei Early Intervention Center, 17-22.
- WANNE, Yu-We & CHUANG, Huang-Ju (1995). Cong yiliao yu fuli zhenghe de jiaodu tantao woguo fazhan chihuan ertong zhi zaoqi liaoyu zhi guihua 從醫療與福利整合的角度探討我國發展遲緩兒童之早期療育之規劃 [Vom Standpunkt der Integration von Medizin und Sozialwohlfaahrt aus die Planung der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen in Taiwan untersuchen]. In: Community Development Journal (Quarterly) 72, 48-61.
- WANNE, Yu-We et al. (1997): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhi yanjiu – zhuanjie zhongxin jiangding zhongxin hezuo moshi zhi guihua 發展遲緩兒童早期療育之研究 – 轉介中心鑒定中心合作模式之規劃 [Untersuchung zur Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen: Entwurf zum Kooperationsmodell von Überweisungs- und Diagnostikzentren]. Unveröffentlichtes Manuskript.
- WANNE, Yu-We et al. (2001): Zaoqi liaoyu zhongxin jiaose yu dingwei zhi yanjiu – xiudingben 早期療育中心角色與定位之研究 (修訂本) [Untersuchung zur Rolle und Position der Frühförderzentren (überarbeitete Auflage)]. Taichung: Children's Bureau Ministry of Interior.
- WANNE, Yu-We & WANG, Wen-Juan (2002): Zaoqi liaoyu zhongxin jiaose yu dingwei 早期療育中心角色與定位 [Rolle und Funktion der Frühförderzentren]. In: Ertong fuli qikan 3, 201-236.
- WARNKE, A. (2000): Elternarbeit in der Frühförderung. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 156-164.
- WARNKE, A. (2003): Frühförderung und Zusammenarbeit mit der Familie. In: NEUHÄUSER, G. & STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer, 300-313.
- WEBER, K. S. (1997): Konduktive Förderung: Eine integrative Lösung? In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung: wissen-

- schaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 156-166.
- WEIGEL-TICHY, N. (2000): Qualität begrifflich gesehen. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Große Pläne für kleine Leute. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 6). München/Basel: E. Reinhardt, 326-329.
- WEISS, H. (1993): Kontinuität und Wandel in der Frühförderung. Zu Erfahrungen und Perspektiven der „frühen Hilfen“. In: Frühförderung interdisziplinär 12, 21-36.
- WEISS, H. (1996): Veränderte heilpädagogische Praxiskonzepte: Ansätze ökologischer Neuorientierungen (Resümee). In: OPP, G. (Hrsg.): Heilpädagogik in der Wendezeit: Brüche, Kontinuitäten, Perspektiven [Bericht der 32. Arbeitstagung der Dozentinnen und Dozenten für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern in Halle (D)]. Luzern: Ed. SZH/SPC, 226-235.
- WEISS, H. (1998): Behinderte Kinder und ihre Familien im Spannungsfeld von Desintegration und Integration. In: VEREINIGUNG FÜR INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG E.V. (Hrsg.): Frühförderung und Integration: Beiträge vom 9. Symposium Frühförderung, Köln 1997 (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 4). München/Basel: E. Reinhardt, 28-46.
- WEISS, H. (1999a): Frühförderung als protektive Maßnahme – Resilienz im Kleinkindalter. In: OPP, G.; FINGERLE, M. & FREYTAG, A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München/Basel: E. Reinhardt, 124-141.
- WEISS, H. (1999b): Armut: Möglichkeiten und Grenzen der Frühförderung. In: ARBEITSTELLE FRÜHFÖRDERUNG BAYERN (Hrsg.): Kind sein, und behindert. Bericht vom Münchener Symposium Frühförderung 1998. München: Druckerei Weiss, 171-184.
- WEISS, H. (2000a): Kindliche Entwicklungsgefährdungen im Kontext von Armut und Benachteiligung. Erkenntnisse aus psychologischer und pädagogischer Sicht. In: WEISS, H. (Hrsg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 7). München/Basel: E. Reinhardt, 50-70.
- WEISS, H. (2000b): Frühförderung bei sozioökonomisch bedingten Entwicklungsgefährdungen: Stellenwert, fachliche Orientierungen und Aufgaben. In: WEISS, H. (Hrsg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; Bd. 7). München/Basel: E. Reinhardt, 176-197.
- WEISS, H. (2001a): Fragen der Entscheidung für die Frühförderung auf dem Hintergrund der bisherigen Entwicklung. In: KLINGSHIRN, E. & WEISS, H. (Hrsg.): 25 Jahre Frühförderung. Entscheidung für das familiennahe und interdisziplinäre System der Frühförderung. Dokumentation der Fachtagung vom 05.11.1999 in Regensburg. Regensburg: KJF, 7-18.
- WEISS, H. (2001b): Eltern stark machen! Eltern und Therapeut(inn)en – ein Verhältnis, das in Spannung hält. In: Geistige Behinderung 40 (3), 210-222.
- WEISS, H. (2002): Was wirkt in der Frühförderung? – Eine Analyse aus einem pädagogischen Blickwinkel. In: Frühförderung interdisziplinär 21, 74-87.
- WEISS, H. (2004): Evaluation in der Frühförderung unter dem Aspekt der fachlichen Qualität. In: PETERANDER, F. & SPECK, O. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. München/Basel: E. Reinhardt, 152-168.
- WEISS, H.; NEUHÄUSER, G. & SOHNS, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. München/Basel: E. Reinhardt.
- WERNER, E. E. (1999): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: OPP, G., FINGERLE, M. & FREYTAG, A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München/ Basel: E. Reinhardt, 25-36.
- WERNER, M. (2004): Interdisziplinäre Frühförderung mit Migrantenfamilien als interkulturelle Aufgabe. In: Frühförderung interdisziplinär 23, 25-30.

- WIEGAND, H.-S. (1998): Piagets Entwicklungsbegriff und seine pädagogischen Konsequenzen – Sechs Thesen zur Frühförderung. In: KAUTTER, H.; KLEIN, G., LAUPHEIMER, W. & WIEGAND H.-S. (Hrsg.): Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele (Erstauflage 1988), 143-173.
- WILKEN, E. (1999): Therapie in der Frühförderung. In: WILKEN, E. (Hrsg.): Frühförderung von Kindern mit Behinderung: eine Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, 100-113.
- WIRTZ, P. (1997): Frühförderung aus der Sicht der Kinderärzte. In: LEYENDECKER, C. & HORSTMANN, T. (Hrsg.): Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele, 62-80.
- WU, Fu-Mei (2000): Zaoqi liaoyu fuwu yewu – jigou moshi ~ yi xinzhu huaguang zhineng fazhan zhongxin weili 「早期療育」服務業務 – 機構模式 ~ 以新竹華光智能發展中心為例 [Frühförderdienst – Institutionsmodell ~ das Entwicklungszentrum Huaguang in Hinzhu als Beispiel]. TAIPEI EARLY INTERVENTION CENTER (Hrsg.): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu beiqu xunhui fudao zuotanhui chengguo baogao 發展遲緩兒童早期療育服務北區巡迴輔導座談會成果報告 [Ergebnisbericht des Symposiums über den Frühförderdienst für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen durch mobile Beratungsdienste im Norden Taiwans]. Taipei: Taipei Early Intervention Center, 66-70.
- WU, Shu-Mei (1999): Ronghe jiaoyu de shishi yu kunjing 融合教育的實施與困境 [Durchführung und Schwierigkeiten der inklusiven Erziehung und Bildung]. In: Guojiao shiji (The Journal of Elementary Education) 188, 6-11.
- WU, Wu-Tien (1994): Woguo shenxin zhangai ertong jiaoyu anzhi zhi jiantao 我國身心障礙兒童教育安置之檢討 [Untersuchung zur Unterbringung von Kindern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen Taiwans]. In: Shida xuebao 39, 134-181.
- WU, Yi-Wen (2000): Fazhan chihuan ertong jiating zhuanxian xuqiu zhi yanjiu – yi taibeishi weili 發展遲緩兒童家庭轉銜需求之研究 – 以台北市為例 [Untersuchung der Übergangsbedürfnisse von Familien mit Kindern mit Entwicklungsverzögerungen – Taipei als Beispiel]. In: FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN, ROC (Hrsg.): Quanguo zaoqi liaoyu kuazhuanye shiwu yantao ji xueshu fabiaohui – zaoliao lunwenji 全國早期療育跨專業實務研討暨學術發表會 – 早療論文集 [Landesweites transdisziplinäres Symposium der Frühförderung – Sammelband zur Frühförderung]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC, 184-187.
- XIE, Shu-Zhen (2001): Teshu xuqiu youer zhuanxian fuwu zhi tantao 特殊需求幼兒轉銜服務之探討 [Untersuchung des vorschulischen und schulischen Übergangs von jungen Kindern mit besonderem pädagogischen Förderbedarf]. In: guoxiao teshu jiaoyu 31, 48-54.
- XIU, Shu-Fen (2002): si cheng liu taiwan ren bu xingfu 4成6 : 台灣人 不幸福 [46% der Taiwanesen sind unglücklich]. 27.12.2002. Online verfügbar unter: <http://yam.chinatimes.com/ctnews/focus/news/200212/N91C274115230814.html>. Zugriff: 31.01.2003.
- XU, Jing-Min (2002): Fazhan chihuaner muzhi jingyan yu tizhi zhi tantao – yi nüxing zhuyi guandian fenxi 發展遲緩兒母職經驗與體制之探討：以女性主義觀點分析 [Die Erfahrungen der Mütter von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und die Untersuchung des Systems – vom feministischen Standpunkt aus analysiert]. Magisterarbeit, Institute of Sozialwissenschaft, National Taiwan University.
- XUE, Cheng-Tai (2001): Taiwan danqin ji pinqiong jiating zhi qushi fenxi 台灣單親戶及貧窮之趨勢分析 [Analyse der Entwicklung alleinerziehender Familien und der Armut in Taiwan]. Research Report von NATIONAL POLICY FOUNDATION. 12.03.2001. Online

- verfügbar unter: <http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/090/SS-R-090-003.htm>. Zugriff: 14.02.2003.
- YANG, Jing-Ching (1997): Neizhengbu guihua fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhidu zhi jianli 內政部規劃發展遲緩兒童早期療育制度之建立 [Entwurf des Innenministeriums zur Etablierung des Frühfördersystems für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen]. Taibeishi tuizhan fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu yantaohui – chengguo baogao 台北市推展發展遲緩兒童早期療育服務研討會 – 成果報告 [Symposium zu Frühförderdiensten für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen Taipeis – Ergebnisbericht], 18- 20. Unveröffentlichtes Manuskript.
- YANG, Kun-Tang (1999): Teshu jiaoyu 特殊教育 [Sonderpädagogik]. In: NATIONAL INSTITUTE OF EDUCATIONAL RESOURCES AND RESEARCH (Hrsg.): Zhonghua minguo jiaoyu nianbao 中華民國教育年報 [Bildungsjahrbuch in der ROC]. Taipei: National Institute of Education Resources and Research, 121-146.
- YANG, Ling-Fang (2000): Zaoqi liaoyu fuwu ge'an guanlizhe zhixing gongzuo neihan yu kunjing xiangguan yinsu zhi yanjiu 早期療育服務個案管理者執行工作內涵與困境相關因素之研究 [Untersuchung der Arbeitsinhalte und der Problemursachen der Einzelfallbetreuung in der Frühförderung]. In: FRÜHFÖRDERVEREIN FÜR KINDER MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERUNGEN ROC (Hrsg.): Quanguo zaoqi liaoyu kuazhuanye shiwu yantao ji xueshu fabiaohui – zaoliao lunwenji 全國早期療育跨專業實務研討暨學術發表會 – 早療論文集 [Landesweites transdisziplinäres Symposium der Frühförderung – Sammelband zur Frühförderung]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen ROC, 1-6.
- YANG, Si-Wei (1996): Dangdai bijiao jiaoyu yanjiu de qushi 當代比較教育研究的趨勢 [Die Forschungstendenzen der modernen vergleichenden Sonderpädagogik]. Taipei: Shida shuyan.
- YEH, Qiong-Hua (2000): Xueqian teshu ertong zhi jiaoyu 學前特殊兒童之教育 [Vorschulpädagogik für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf]. In: XU, Tian-Wei, XU; Xiang-Liang & ZHANG, Sheng-Cheng (Hrsg.): Xin teshu jiaoyu tonglun 新特殊教育通論 [Neue allgemeine Sonderpädagogik]. Taipei: Wunan tushu chuban gongsi, 39-69.
- YOU, Mei-Gue (2000a): Youer baoyu zhengce yu faling de jiben gainian 幼兒保育政策與法令的基本概念 [Grundbegriff der Politik und Gesetze des Kinderschutzes und der Kinderbetreuung]. In: LI, Wen-Yi & YOU, Mei-Gue (Hrsg.): Youer baoyu zhengce yu faling 幼兒保育政策與法令 [Politik und Gesetze des Kinderschutzes und der Kinderpflege]. Taipei: Huateng wenhua gufen youxiangongsi, 1-16.
- YOU, Mei-Gue (2000b): Ertong baohu zhengce yu faling 兒童保護政策與法令 [Politik und Gesetze des Kinderschutzes]. In: LI, Wen-Yi & YOU, Mei-Gue (Hrsg.): Youer baoyu zhengce yu faling 幼兒保育政策與法令 [Politik und Gesetze des Kinderschutzes und der Kinderpflege]. Taipei: Huateng wenhua gufen youxiangongsi, 17-44.
- YOU, Mei-Gue (2000c): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhengce yu faling 發展遲緩兒童早期療育政策與法令 [Frühförderpolitik und -gesetze für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen]. In: LI, Wen-Yi & YOU, Mei-Gue (Hrsg.): Youer baoyu zhengce yu faling 幼兒保育政策與法令 [Politik und Gesetze des Kinderschutzes und der Kinderpflege]. Taipei: Huateng wenhua gufen youxiangongsi, 45-71.
- YU-LIAO, Mei-Yi (1994): Early identification and coordinated referral system for preschool services for disabled children. In: PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC & PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, TAIPEI (Hrsg.): Fazhan chihuan ertong zaoqi faxian zaoqi liaoyu guoji yantaohui 發展遲緩兒童早期發現早期療育國際研討會 [Internationale Tagung zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungs-

- verzögerungen]. Taipei: Parents' Association for Persons with Intellectual Disability, ROC & Parents' Association for Persons with Intellectual Disability, Taipei, 11-18.
- ZHANG, Xiu-Yu (2002): Yingxiang zaoqi liaoyu fuwu tongbao zhuanjie zhengce zhixing yinsu zhi tantao 影響早期療育服務通報轉介政策執行因素之探討 [Untersuchung der Einflüsse auf die Durchführung der Meldungs- und Überweisungspolitik in der Frühförderung]. In: Shequ fazhan jikan 97, 329-341.
- ZHENG, Li-Zhen (2001): Ka ku ye shi ruan yiren – lun danqin jiating jingji anquan 「卡苦也是阮一人」 – 論單親家庭經濟安全 [Die Bitternis allein zu tragen: Diskussion um die finanzielle Sicherheit alleinerziehender Familien]. In: Diliujie quanguo funü guoshi huiyi/quyu luntan anquanpian 第六屆全國婦女國是會議/區域論壇安全篇 [Der sechste Frauenkongress/Kapitel zur Sicherheit der Regionen]. Online verfügbar unter: <http://taiwan.yam.org.tw/nwc/nwc6/safe/09.htm>. Zugriff: 14.02.2003.
- ZHENG, Ling-Yi & HUANG, Hui-Ling (2001): Linchuang xinlishi zai zaoqi liaoyu de jiaose 臨床心理師在早期療育的角色 [Die Rolle der klinischen Psychologen in der Frühförderung]. In: DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC (Hrsg.): Jiushiniandu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhuankeh renyuan peixung gongtong kecheng yanxihui 九十年發展遲緩兒童早期療育專業人員培訓共同課程研習會 [Symposium zur Fortbildung des Fachpersonals in der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen 2001]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC, 16-18.
- ZHOU, Wen-Li et al. (2000): Taiwan zaoqi liaoyu de fazhan yu weilai zhanwang 台灣早期療育的發展與未來展望 [Entwicklung und Perspektive der Frühförderung Taiwans]. In: Wenjiao xinchao 5 (4), 7-12.
- ZHU, Jing-Ming (1997): Teshu jiaoyu yu diannao keji 特殊教育與電腦科技 [Sonderpädagogik und Computertechnologie]. Taipei: Wunan tushu chuban gongsi.
- ZHU, Yun-Hui (2001): Wuli zhiliaoshi zai zaoqi liaoyu de jiaose 物理治療師在早期療育的角色 [Die Rolle der Physiotherapeuten in der Frühförderung]. In: DEPARTMENT OF HEALTH, EXECUTIVE YUAN, ROC (Hrsg.): Jiushiniandu fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu zhuankeh renyuan peixung gongtong kecheng yanxihui 九十年發展遲緩兒童早期療育專業人員培訓共同課程研習會 [Symposium zur Fortbildung des Fachpersonals in der Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen 2001]. Hualien: Frühförderverein für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, ROC, 21-24.
- ZIEMEN, K. (2003): Kompetenzen von Eltern behinderter Kinder. In: Frühförderung interdisziplinär 22, 28-37.
- ZIMMERMANN, P. (2000): Bindung, interne Arbeitsmodelle und Emotionsregulation: Die Rolle von Bindungserfahrungen im Risiko-Schutz-Modell. In: Frühförderung interdisziplinär 19, 119-129.
- ZOU, Guo-Su (1994): Taibeishi ruhe jinxing fazhan zhangai ertong zhi zaoqi faxian zaoqi liaoyu gongzuo – chubu gousi 台北市如何進行「發展障礙兒童」之早期發現、早期療育工作 – 初步構思 [Gegenwärtiger Stand der Arbeit der Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen in der Stadt Taipei – Erste Konzeption]. In: PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, ROC & PARENTS' ASSOCIATION FOR PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY, TAIPEI (1994): Fazhan chihuan ertong zaoqi faxian zaoqi liaoyu guoji yantaohui 發展遲緩兒童早期發現早期療育國際研討會 [Internationale Tagung der Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen]. Taipei: Parents' Association for Persons with Intellectual Disability, ROC & Parents' Association for Persons with Intellectual Disability, Taipei, 60-62.

- ZOU, Guo-Su (1997): Fazhan chihuan ertong zhi zaoqi faxian zaoqi liaoyu gongzuo 發展遲緩兒童之早期發現早期療育工作 [Die Arbeit der Früherkennung und Frühförderung von entwicklungsverzögerten Kindern]. Taibeishi tuizhan fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu yantaohui – chengguo baogao 台北市推展發展遲緩兒童早期療育服務研討會 – 成果報告 [Symposium zur Frühförderung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen Taipeis – Ergebnisbericht], 7-13.
- ZOU, Guo-Su (2000): Fazhan chihuan ertong pinggu zhenduan yewu – yuanwai moshi 發展遲緩兒童評估診斷業務 – 院外模式 [Beurteilung und Diagnostik von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen – außerklinisches Modell]. In: TAIPEI EARLY INTERVENTION CENTER (Hrsg.): Fazhan chihuan ertong zaoqi liaoyu fuwu beiqu xunhui fudao zuotanhui chengguo baogao 發展遲緩兒童早期療育服務北區巡迴輔導座談會成果報告 [Ergebnisbericht des Symposiums über den Frühförderdienst für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen durch mobile Beratungsdienste im Norden Taiwans]. Taipei: Taipei Early Intervention Center, 60-64.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Ko
Vorname	Chiou-Shiue
Geboren am	2. September 1967
Geboren in	Chiayi, Taiwan (ROC)
Familienstand	verheiratet, ein Tochter
Staatsangehörigkeit	taiwanesisch (ROC)

Darstellung des Bildungsweges

Schulausbildung	1973-1979	Grundschule in Chiayi, Taiwan
	1979-1982	Sekundarstufe I (Junior High School) in Chiayi, Taiwan
	1982-1985	Sekundarstufe II (Senior High School) in Chiayi, Taiwan
Studium	1986-1990	Studium der Anglistik an der National Central University in Chungli, Taiwan
	1993-1999	Studium der Sonderpädagogik an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Germany
	Seit 1999	Arbeit an der Dissertation im Fach Sonderpädagogik an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Germany

Berufstätigkeit

1990-1992	wissenschaftliche Mitarbeiterin an der National Central University in Chungli, Taiwan
-----------	---