

Fördert Förderung?

Zum Stellenwert von Förderung in der Kita

Das Paradigma des „Je früher, desto besser“ ist uns dermaßen in Fleisch und Blut übergegangen, dass es pauschal für alle Fälle von Entwicklungsverzögerung richtig erscheint. Dabei ist ein differenzierter Blick angezeigt.

Wenn Sie rechtzeitig gekommen wären, hätten wir den Blinddarm ohne Probleme entfernen können und Ihr Kind wäre nicht an einer Bauchfellentzündung erkrankt.“ – „Ohne Krankengymnastik könnte Ihr Kind mit sieben Jahren im Rollstuhl sitzen.“

Der Vorwurf im einen, die Drohung im anderen Fall scheinen sich zu entsprechen: Jedes Mal geht es um die Rechtzeitigkeit einer medizinischen Maßnahme, die ihre Legitimation aus deren Zeitpunkt und technischen Voraussetzung herleitet. Im einen Fall ist es die Operation, im anderen Fall eine ebenfalls als „medizinisch“ eingestufte Technik, die Krankengymnastik. Doch der Unterschied ist evident: Während die Wirksamkeit der Operation nicht infrage steht – vorausgesetzt, die Diagnose stimmt und es kommt nicht zu Fehlern beim Eingriff –, gibt es Kinder, die auch mit Krankengymnastik später nicht laufen können und andere, die mit derselben Prognose auch ohne Therapie frei herumspringen.

Unter dem Druck der frühen Förderung

Gemeinsam ist beiden das medizinische Modell. Der Chirurg stellt durch eine Operation am erkrankten Organ die körperliche Gesundheit wieder her – je früher, desto sicherer. Bewegungsentwicklung wird als ein Prozess verstanden, der über ungestörte Verbindungen im Nervensystem vermittelt wird. Durch Krankengymnastik sollen auch hier Störungen behoben werden. Die Vorstellung von der beim jungen Gehirn noch am stärksten ausgeprägten Plastizität hat das „Möglichst früh“ neurobiologisch legitimiert und zur „Frühförderung“ geführt. „Die Entwicklungsrehabilitation benutzt die einzigartigen Chancen der frühkindlichen Entwicklung, um durch Frühdiagnostik, Frühtherapie und frühe soziale Eingliederung geschädigte Kinder davor zu bewahren, behindert zu werden ...“ Mit diesen Worten formuliert Hellbrügge in den 70er-Jahren die Hoffnung, durch eine möglichst früh einsetzende Therapie die zu Beginn besonders ausgeprägte Plastizität des Gehirns

zu nutzen, um bei geschädigten Kindern eine Behinderung gar nicht erst entstehen zu lassen. Um diese Chance optimal zu nutzen, sollten die Eltern als „Ko-Therapeuten“ in die Behandlung einbezogen werden. Die Vorstellung vom Zentralnervensystem als dem für Entwicklung zuständigen Organ wird verstärkt durch neurobiologische Modelle wie dem von „Zeitfenstern“, die irgendwann offen sind und zu einem bestimmten Zeitpunkt geschlossen werden. Wieder kann es „zu spät“ sein.

Kein Wunder, dass solche Vorstellungen die Fachkräfte in Kitas unter Druck setzen, wenn sie bei einem Kind Entwicklungsprobleme sehen und die Eltern (gelegentlich auch der Kinderarzt) alles „ganz normal“ finden. Es können sich dann jene fruchtlosen Diskussionen entwickeln, mit denen Eltern dazu gebracht werden sollen, notwendig erscheinende Maßnahmen endlich einzuleiten, und sie diese oft umso stärker blockieren, je dringender ihnen es nahegelegt wird. Obwohl der auf beiden Seiten anwachsende Ärger den gewünschten Erfolg immer aussichtsloser macht, können Erzieherinnen und Erzieher aus Sorge um das Kind oft nicht anders, als den eigenen Druck an die Eltern weiterzugeben. In zusätzliche Konflikte geraten sie schließlich, wenn Eltern berichten, ihr Kind wehre sich schreiend gegen eine begonnene Therapie.

Was ist eigentlich Förderung?

Hier scheint es angebracht, die Kriterien für solche Einschätzungen und die daraus abgeleiteten Konsequenzen zu überprüfen. Am Anfang steht die Frage: Was ist eigentlich Förderung? Der Begriff wirkt denkbar unverfänglich. Genauerer Hinsehen zeigt jedoch, dass hier eine Richtung, in die etwas bewegt werden soll, vorgegeben ist – ein „Vorwärts“ im Gegensatz zu einem „Rückwärts“. Dabei werden zwei Annahmen als selbstverständlich vorausgesetzt: das Vorwärts ist die gewünschte Richtung, der „Fortschritt“ – hier also auch der Entwicklungsfortschritt –, und es sind Kräfte von außen für diese Bewegung zuständig; schließ-



Was oder wer fördert? Förderlich ist allemal die authentische Beziehung, in der verhandelt und abgestimmt wird

lich muss jemand fördern, auch Erze kommen nicht von selbst aus der Erde. Botschaften sind immer dann am mächtigsten, wenn die Begründung verborgen bleibt. Bei der Entwicklungsförderung ist es einmal jenes „nach vorn“, das auch noch ausreichend schnell geschehen soll. Schließlich ist eine der häufigsten Indikationen für Fördermaßnahmen die „Entwicklungsverzögerung“. Wer eigentlich die Richtung, wer das Tempo festlegt, wird nicht gefragt, auch nicht, ob dieses „vorn“ immer nur gut ist. Die Antwort erscheint selbstverständlich. Auch steht nicht infrage, folgt man der sprachlichen Bedeutung, dass von außen ansetzende Kräfte jene Förderung bewirken. Das Kind wird zum Objekt.

Antworten auf die Frage, *was* (und nicht *wer*) Entwicklung fördert, gibt es seit Langem in der Pädagogik. Bereits Pestalozzi legte die Grundlage für jenes „Hilf mir, es selbst zu tun“ von Maria Montessori. Für Emmi Pikler zeigt schon der kleinste Säugling eigene Initiativen. Förderung bedeutet bei ihr nicht, etwas Förderndes mit ihm zu machen (zu üben), sondern ihn bei seinen Initiativen nicht zu stören, ihm die Möglichkeit zu geben, sie zu entfalten. Jahrzehnte später findet sich diese Vorstellung in der Säuglingsforschung, etwa bei Stern in seinem Kon-

zept der „self agency“ (Urheberschaft, Handlungsfähigkeit, Wirkmächtigkeit) als einem der Grundelemente des Empfindens eines Kern-Selbst bereits vor der Geburt. Dabei geht es nicht nur um äußerlich sichtbares (motorisches) Handeln, sondern auch um die aktive Mitgestaltung von wechselseitigen dialogischen Beziehungen durch einen in dieser Hinsicht „kompetenten Säugling“. Das klare Gegenüber ist von entscheidender Bedeutung. Fehlt ein solches Gegenüber (etwa bei einer depressiven Mutter), kann die Entwicklung sogar stärker gefährdet sein als durch Konfrontation mit Gewalt – bei der es immer noch ein Gegenüber gibt. Für die Entwicklung geht es vor allem darum, dass unterschiedliche Positionen authentisch im Sinne einer „Abstimmung“ verhandelt werden.

Abstimmung unterscheidet sich grundlegend von jenem „Grenzen setzen“, das sich heute in der Diskussion um störendes Verhalten großer Beliebtheit erfreut. Letztlich geht es bei diesen Grenzen nicht um Hilfen für ein Zusammenspiel, sondern um die Basis für Schuldzuweisungen an die Eltern – denn wer sollte sonst verantwortlich gemacht werden, wenn der Mangel an Grenzen die Ursache für Verhaltensauffälligkeiten ist?

Die Kehrseite therapeutischer Maßnahmen

Gelten diese Aspekte auch für Kinder mit Behinderungen, seien es körperliche, kognitive oder emotionale? Zunächst ist hier von Bedeutung, dass Erwachsene mit Behinderungen berichten, sie hätten sich anfangs als normal empfunden. Erst die Konfrontation mit der Umwelt, nicht selten durch therapeutische Maßnahmen, hat sie ihre Einschränkungen wahrnehmen lassen. Eine blinde Frau berichtet, dass sie erst durch die Angst ihrer Mutter die Blindheit „gelernt“ hat. Ein Säugling mit Dysmelie (der rechte Arm war nur als ein kurzer Fortsatz angelegt) wehrte sich mit großer Heftigkeit gegen das Anlegen einer Prothese, sodass die Eltern schließlich darauf verzichteten. Mit sieben Jahren konnte das Mädchen (ohne Prothese) nicht nur jeden Ball fangen, sondern sich auch mühelos an- und ausziehen. Gelegentlich besteht also die Gefahr, dass therapeutische Maßnahmen die Möglichkeiten selbstbestimmten Handelns eher behindern als fördern.

Das Leben kann nicht in Therapie verwandelt werden, ohne seine Qualität als Leben zu verlieren.

Adriano Milani Comparetti

Solche Maßnahmen nicht nur an der Korrektur von Funktionseinschränkungen zu orientieren, sondern an Möglichkeiten von Beziehungserfahrungen, war das Anliegen von Adriano Milani Comparetti, des italienischen Neuropädiaters, der als einer der Vorkämpfer für die Integration Behinderter bereits in den 70er-Jahren eigentlich Inklusion meinte, wenn er davon sprach, dass sein Ziel die Nicht-Aussonderung sei. Ihm war es beispielsweise wichtig, ein dauerhaft gehbehindertes Kind nicht Jahr für Jahr nur mit Krankengymnastik zu behandeln, sondern ihm Hilfen zum aufrechten Sitzen zu geben, damit es Augen und Hände für die Kommunikation mit der Umwelt, also auch zur Gestaltung von Beziehungen nutzen kann. Er spricht von der „Kreativität als Fähigkeit, sich selbst aufzubauen, auf die Umwelt einzuwirken, selbst Vorschläge zu machen, um damit die Basis für den Dialog und die Beziehung zu legen“.

Damit wäre Entwicklungsförderung wieder bei jener Pädagogik angekommen, für die Handlungsfähigkeit durch den Aufbau dialogischer Strukturen entscheidend ist. Förderung bedeutet dann erneut, nicht nach einem vorgegebenen Modell mit dem Kind etwas zu „machen“, sondern sich erst für dessen vielleicht verborgene Handlungsfähigkeiten zu interessieren. Das Problem der medizinischen Modelle ist nicht ihre mögliche Fehlerhaftigkeit, sondern die Anwendung auf ein Gebiet, für das sie nicht

geeignet sind. Das Sieb ist sicher eine sinnvolle Konstruktion, aber nicht geeignet, damit Wasser zu schöpfen. So erklärt sich der Unterschied zwischen den oben angeführten Beispielen. Krankengymnastik kann hilfreich sein, aber keine Behinderung „operieren“.

Wird der neurobiologische Aspekt genügend berücksichtigt?

Hirnforscher wie Gerhard Roth gehen davon aus, dass auch das Gehirn sich unter Umwelteinflüssen entwickelt. Wahrgenommen wird nur, was Bedeutung hat. Erneut sind dafür Beziehungserfahrungen entscheidend. Welche Rolle spielt das Lebensalter? Wird doch der Plastizität des jungen Gehirns eine so wichtige Rolle für die Förderung zugeschrieben. Hier liegt ein Problem: je jünger das Kind, desto größer zwar die Plastizität des Gehirns, desto größer aber auch die Schwierigkeit, sich mit dem Kind über den Sinn einer Therapie und damit deren Bedeutung zu verständigen. Beim älteren gelingt dies eher. Ein Säugling reagiert auf die klassische Vojta-Therapie¹ in der Regel mit Widerstand. Für ein älteres Kind kann die Hoffnung, eine Hürde für die Aufnahme in den Fußballverein zu überwinden, dieser Therapie Bedeutung geben und zur Kooperation anregen. Ein Erwachsener mit vielfältigen Einschränkungen der Beweglichkeit hat einmal gesagt, die Vojta-Therapie sei das Beste gewesen, was er je bekommen habe. Hier zeigt sich ein Aspekt, der nicht nur bei Therapien von Bedeutung ist: In einem System erhält das einzelne Element seine Bedeutung erst durch den Kontext, auch im Gehirn. Der Neuropädiater Hans Schlack hat Studien zur Wirksamkeit von Therapien ausgewertet. Das Ergebnis: für keine Therapiemethode ist die Wirksamkeit bewiesen. Auch die Methode gewinnt ihre Wirksamkeit erst im Kontext, in erster Linie dem von Beziehungserfahrungen.

Welche Konsequenzen hat das für die Fachkräfte in Kitas?

Oft bleibt der Zeitfaktor weiterhin von Bedeutung, etwa für eine möglichst frühe Korrektur von Seh- oder Hörstörungen. Auch kann frühzeitige Krankengymnastik bei einer Spastik in den Beinen zur Entlastung der Hüftgelenke von Bedeutung sein. Solch komplexe Probleme können nicht Thema in der Kita sein. Andererseits sind die Fachkräfte damit konfrontiert. Nicht selten richtet sich die Hoffnung, eine irritierende Verhaltensauffälligkeit klären und einer gezielten Therapie zuführen zu können, auf eine Diagnose durch medizinische oder psychologische Spezialisten. So wichtig diese Diagnostik sein kann, etwa bei Verdacht auf Anfallsleiden, Stoffwechsel-

AUF EINEN BLICK

Die Vorstellung von der beim jungen Gehirn stark ausgeprägten Plastizität hat das „Möglichst früh“ neurobiologisch legitimiert und zu Konzepten wie „Frühförderung“ und „Zeitfenster“ geführt, bei denen es gilt, einen „richtigen Zeitpunkt“ nicht zu verpassen. Erzieher/innen können aus Sorge um das Kind oft nicht anders, als den eigenen Druck an die Eltern weiterzugeben. Daher wird der Förderbegriff problematisiert: Entwicklungsfortschritte werden als selbstverständlich vorausgesetzt, Richtung und Tempo von Erwachsenen vorgegeben. Das Kind wird zum Objekt gemacht, statt eine Verständigung mit ihm und seine Mitgestaltung herbeizuführen. Diagnosen können auch stigmatisieren, therapeutische Maßnahmen Entwicklung behindern. Beim differenzierten Blick auf das Kind müssen Erzieher/innen stärker beteiligt werden.

störungen oder bei körperlichen Fehlbildungen, so enttäuschend ist deren Ergebnis oft bei Verhaltensauffälligkeiten. Häufig bieten die ermittelten Diagnosen kaum Hilfen für ein besseres Verstehen. Auf der Grundlage des medizinischen Modells benennen sie oft nur die Störung mit fachspezifischen Begriffen. Als Ergebnis von Testuntersuchungen gewinnen sie den Status objektiver Fakten. Alle Tests beruhen jedoch auf vorgegebenen Denkmodellen, den jeweiligen Krankheitskonzepten entsprechend. So kommt es nicht selten zu Diskrepanzen, etwa bei Themen wie Autismus oder AD(H)S.

Unabhängig von ihrer Berechtigung wirken Diagnosen auf den Beobachter zurück. Ein Kind mit der Diagnose Autismus wird von vornherein anders wahrgenommen als ein Kind ohne Diagnose, auch wenn es sich ähnlich verhält. Dies wirkt auf das Kind zurück. Hier ist die Tatsache, dass Fachkräfte in Kitas nicht für Diagnosen zuständig sind, eine Chance – vorausgesetzt, sie können sich von der Suggestion populärer Mode-Diagnosen (etwa sogenannter Bindungsstörungen) abgrenzen. Dann haben sie auf der Grundlage ihrer langen Vertrautheit und täglichen Beobachtung die Möglichkeit, im zeitlichen Verlauf und bei Varianten des Verhaltens Aspekte wahrzunehmen, die der Momentaufnahme in einer Institution unter den für Kinder oft irritierenden Untersuchungsbedingungen entgehen. Zeigt das Kind nach einem Jahr möglicherweise gar nicht mehr jene „autistischen Züge“, die seine Diagnose bestimmen? Spielt der Junge mit den aggressiven Verhaltensstörungen – vielleicht bereits als „AD(H)Sler“ etikettiert – zeitweilig auch kooperativ mit anderen in der Bauecke? Solche Beobachtungen können darüber entscheiden, ob zusätzlich therapeutische Fachkräfte hinzugezogen werden müssen oder ob die beste Förderung gerade darin besteht, das Kind am normalen Alltag der Kita teilnehmen zu lassen und ihm dabei vor allem bestätigende Rückmeldungen über seine Fähigkeiten zu geben. Hier wäre es die Erfahrung von Resilienz, die seine Entwicklung fördert.

Zum Glück ist heute auch die Frühförderung nicht mehr dem unterworfen, was oben aus dem Be-

griff der Förderung abgeleitet wurde. Das Konzept von Milani Comparetti hat in Frühförderstellen und sozialpädagogischen Zentren Verbreitung gefunden. Dringlich wäre eine bessere Kooperation. Nicht selten werden Beobachtungen in den Kitas von anderen Fachkräften nicht angemessen bewertet, Diagnostik- und Therapiekonzepte den Erziehern und Erzieherinnen nicht vermittelt. Es geht darum, unterschiedliche Verstehens-Modelle nicht gegeneinander auszuspielen, sondern die unterschiedlichen Blickwinkel für eine wechselseitige Bereicherung zu nutzen. Bei Fachkräften in Kitas ist das Bewusstsein der Grenzen medizinischer Modelle von Bedeutung, um sich nicht verunsichern zu lassen und die eigenen Beobachtungen und Einschätzungen kritisch, aber auch selbstbewusst aufrechterhalten und weitergeben zu können. Wie in jedem System auch kleine Veränderungen das ganze System verändern, wird auch im System der Helfer dies nicht ohne Wirkung bleiben. ■

Literatur

- Kobelt Neuhaus, Daniela (2008): Dialogisches Lernen beflügelt Verständigung. Mit „Vorschlag“ und „Gegenvorschlag“ kommunizieren. TPS Heft 4, S. 27–29
- Lüpke, H. von (2011): Was Milani Comparetti schon wusste. Das Problem der unkalkulierbaren Komplexität. TPS Heft 1/2011, S. 14–17
- Lüpke, H. von (1915a): Die Macht der Diagnose. Wer den Namen weiß, hat die Macht. In: Heilmann, J., Eggert-Schmid-Noerr, A., Pforr, U. (Hg.): „Neue Störungsbilder – Mythos oder Realität?“ Psychoanalytisch-pädagogische Diskussion zu ADHS, Asperger-Autismus und anderen Diagnosen. Psychosozial-Verlag, Gießen 2015, S. 53–61
- Lüpke, H., von (2015b): Dialog mit dem Säugling. Der Ansatz Emmi Piklers im Kontext der Modelle von Milani Comparetti, Winnicott und Stern. In: Gilles-Bacciu, A., Heuer, R. (Hg.): Pikler. Ein Theorie- und Praxisbuch für die Familienbildung. Beltz Juventa, Weinheim und Basel 2015, S. 134–140

Anmerkung

- 1 Die Vojta-Therapie ist eine physiotherapeutische Behandlungsmethode bei Störungen des zentralen Nervensystems und des Haltungs- und Bewegungsapparates.