

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg,

Fakultät Wirtschaft und Soziales,

Department Soziale Arbeit

**Frühförderung in Deutschland –
Chancen und Grenzen des Systems im Kontext
kindlicher Entwicklungsgefährdungen**

Bachelor-Thesis

Vorgelegt von:

Eßling, Yvonne

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gerhard Suess

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Andreas Voss

Tag der Abgabe: 28.02.2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	3
1 Einleitung.....	4
2 Begriffsklärung und Aufgaben der Frühförderung	6
3 Historische Entwicklung des Frühfördersystems	10
4 Strukturelle Aspekte der Frühförderung	11
4.1 Versorgungslage in Deutschland	11
4.2 Rechtliche und finanzielle Grundlagen	13
4.3 Adressat*innen der Frühförderung	15
4.4 Institutionen innerhalb der Frühförderung.....	16
4.5 Interdisziplinarität.....	18
5 Frühförderung im Kontext von Entwicklungsgefährdungen	19
5.1 Kindliche Entwicklungsgefährdungen.....	19
5.2 Förderung des Kindes	24
5.3 Stellung der Eltern	27
6 Chancen des Systems	29
7 Grenzen des Systems.....	36
8 Resümee	41
9 Ausblick	43
Literaturverzeichnis.....	46
Eidesstattliche Erklärung	60

Abkürzungsverzeichnis

BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BTHG	Bundesteilhabegesetz
FrühV	Frühförderungsverordnung
GStrukG	Gesundheitsstrukturgesetz
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, dt.: Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version, dt.: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
NICHHD	National Institute of Child Health and Human Development
PISA	Programme for International Student Assessment
SGB VIII	Sozialgesetzbuch, achtes Buch: Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch, neuntes Buch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XII	Sozialgesetzbuch, zwölftes Buch: Sozialhilfe
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum

1 Einleitung

Die frühe Förderung und Bildung von Kindern ist spätestens seit dem vergleichsweise schlechten Abschneiden Deutschlands in der PISA-Studie¹ aus dem Jahr 2000 wieder Gegenstand öffentlicher Diskussion (vgl. Heimlich, 2008, S. 510). Dieser sogenannte PISA-Schock brachte unter anderem neue Kenntnisse über die Rahmenbedingungen des Kompetenzerwerbs von Kindern und Jugendlichen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S. 11). Die Feststellung, dass Bildungsprozesse bereits vor dem Schuleintritt stattfinden, führte zu zahlreichen Entwicklungen in der deutschen Erziehungs- und Bildungslandschaft und hatte vor allem eine Aufwertung der Elementarbildung in Kindertagesstätten zur Folge (vgl. Bröckling, 2010, S. 38). Diese gewann zunehmend an Wichtigkeit und etablierte sich daraufhin als erste Stufe des Bildungssystems (vgl. Bröckling, 2010, S. 38).

Die besondere Bedeutung der ersten Lebensjahre für die weitere kindliche Entwicklung sind der Hirnforschung schon seit Jahrzehnten bekannt, jedoch rückte der Bildungsschock die Notwendigkeit früher Förderung wieder in den Mittelpunkt bildungspolitischer Diskussionen (vgl. Heimlich, 2008, S. 510). Die Relevanz der frühen Kindheit für die Entwicklung eines Kindes ergibt sich aus den biologischen Grundlagen des kindlichen Gehirns. Dieses findet sich in den ersten Jahren noch im physischen Aufbau und kann durch frühe Stimulation, Erfahrung und Lernprozesse in seiner Entwicklung beeinflusst werden (vgl. Speck, 2003, S. 451). Diese umweltabhängige Variabilität wird in der Hirnforschung als Plastizität bezeichnet (vgl. von Loh, 2017, S. 19). In dieser Zeit ist es demnach entscheidend, dass das Kind genügend äußere Anreize und Informationen erhält, damit sich Synapsen bilden und verbinden können und das Gehirn sich entwickeln kann (vgl. von Loh, 2017, S. 19). Hierbei ist jedoch nicht nur die Menge der Anregungen entscheidend, sondern auch der Zeitpunkt. Für verschiedene Entwicklungsbereiche gibt es sogenannte sensible oder sensitive Phasen, in denen bestimmte Fähigkeiten besonders leicht erworben werden können (vgl. Scheich & Braun, 2009, S. 953). Nach Abschluss einer solchen Phase ist es daher schwieriger, die jeweiligen Entwicklungsdimensionen zu beeinflussen und eine Kompensation von bereits eingetretenen Defiziten ist meist nur unter zeitintensivem Aufwand möglich (vgl. Scheich & Braun, 2009, S. 953). Diese Gehirnplastizität und die Bedeutung konkreter Zeitfenster bilden die wissenschaftliche Grundlage für jegliche Maßnahmen und Interventionen der frühkindlichen Entwicklung (vgl. von Loh, 2017, S. 21). Das System der Frühförderung greift ebendiese Kompensationsfähigkeit des kindlichen

¹ PISA = Programme for International Student Assessment (Baumert, Artelt, Carstensen, Sibbers & Stanat, 2002, S. 11f.).

Gehirns auf und versucht, sowohl Fehlentwicklungen frühzeitig zu korrigieren als auch mögliche Folgen von bereits eingetretenen Abweichungen zu minimieren (vgl. Hasselhorn, 2010, S. 170).

Da sich die Frühförderung an Menschen mit speziellem Förderbedarf richtet, lässt sie sich in der Sonder- und Heilpädagogik verorten. Während sich Erstere hierbei vor allem auf schulische Bereiche bezieht, beschreibt Letztere außerschulische Tätigkeitsfelder (vgl. Heimlich, 2008, S. 510). Diese beiden Teilgebiete beschreiben eine Subdisziplin der Erziehungswissenschaft und existieren auf einer Ebene mit weiteren Disziplinen wie beispielsweise der Sozial- oder Kindheitspädagogik (vgl. Gudjons & Traub, 2012, S. 22f.). Das Klientel der Sonder- und Heilpädagogik umfasst Menschen, die aufgrund von Behinderungen oder anderen physischen und psychischen Beeinträchtigungen auf eine spezielle Unterstützung für die Bewältigung ihres Alltags angewiesen sind (vgl. Heimlich, 2008, S. 513). Die Expertise von Sonder- und Heilpädagog*innen besteht vor allem in der Entwicklung von individuell abgestimmten Förder- und Unterstützungsangeboten für ebendiese Personen (vgl. Heimlich, 2008, S. 530). Die Frühförderung stellt ein Beispiel eines solchen Angebots dar und steht im Fokus der folgenden Arbeit. Bezüglich dieser wissenschaftlichen Einordnung gilt es, diese jedoch von dem System der *Frühen Hilfen* abzugrenzen. Während bei der Frühförderung vor allem (drohende) Behinderungen als Indikationskriterium gelten, richten sich die Frühen Hilfen an Familien mit hohen psychosozialen Belastungen (vgl. Weiß, 2016, S. 207). Sie verfolgen unter anderem das Ziel, Risiken für das Kindeswohl frühzeitig zu erkennen und negative Auswirkungen zu verhindern (vgl. Weiß & Sann, 2013, S. 2f.). Demnach kann Frühförderung als ein wichtiges System innerhalb des Netzwerkes der Frühen Hilfen betrachtet werden. Ersteres bildet den Schwerpunkt dieser Arbeit, jedoch wird aufgrund der vielen Überschneidungen an entsprechenden Stellen auch auf die Frühen Hilfen eingegangen.

Aufgrund der zuvor erläuterten Plastizität und Kompensationsfähigkeit des kindlichen Gehirns erscheint es nachvollziehbar, dass Frühförderung die oben beschriebenen Zielsetzungen durchaus erreichen und zu Erfolgen in der kindlichen Entwicklung führen kann (vgl. Hasselhorn, 2010, S. 169). Vor dem Hintergrund einer geringen empirischen Fundierung stellt sich jedoch die Frage, inwiefern dies der Fall ist und worin die Chancen und Grenzen des deutschen Frühfördersystems im Kontext kindlicher Entwicklungsgefährdungen liegen. Diese Frage ist leitend für die folgende Arbeit, in dessen Fokus deshalb die Möglichkeiten und Herausforderungen dieses Systems stehen. Nach einer allgemeinen Begriffsklärung und einem historischen Abriss der Entwicklung in Deutschland folgen die strukturellen Aspekte der Frühför-

derung. In diesem Zuge werden zunächst die Versorgungslage in Deutschland und die gesetzlichen Rahmungen näher beleuchtet. Im Anschluss daran folgen Angaben zu den Adressat*innen und Institutionen der Frühförderung sowie zu der interdisziplinären Arbeitsweise. Daraufhin wird das Frühfördersystems im Kontext kindlicher Entwicklungsgefährdungen betrachtet und zentrale Aspekte der Förderung erläutert. Auf Grundlage dieser Informationen werden in den Kapiteln 6 und 7 die Chancen und Grenzen der Frühförderung in Deutschland dargestellt. Die gewonnenen Ergebnisse werden danach zusammenfassend aufgeführt, woraufhin ein Ausblick die Arbeit abschließt.

Für eine genderneutrale Darstellung wird das * verwendet. Sofern an entsprechenden Textpassagen eine Differenzierung der Berufsgruppen nicht essentiell ist, wird der Begriff Frühförder*in genutzt. Dies soll für einen besseren Lesefluss sorgen und schließt alle in der Frühförderung beteiligten Fachkräfte ein.

Entscheidende Schlagworte werden durch eine kursive Schreibweise kenntlich gemacht und sollen den Leser*innen einen besseren Überblick geben.

2 Begriffsklärung und Aufgaben der Frühförderung

Der Begriff „Frühförderung“ bildet einen Sammelbegriff für verschiedene Hilfen, die junge Kinder und ihre Familien unterstützen sollen (vgl. Sohns, 2000, S.14). Der Diplompädagoge Sohns fasst die wichtigsten Aspekte verschiedener Begriffsklärungen zusammen und definiert Frühförderung als

„spezielle Hilfeangebote für Kinder im Vorschulalter mit körperlichen, geistigen oder seelischen Auffälligkeiten und ihre Bezugspersonen mit dem Ziel, eine kindliche Entwicklungsgefährdung möglichst früh zu erkennen und mittels fachlicher und menschlicher Hilfen dazu beitragen, dem Kind die bestmöglichen Bedingungen zum Aufbau seiner Persönlichkeit und zur Entwicklung seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung zu schaffen“ (Sohns, 2000, S. 17).

In Specks Verständnis von Frühförderung spielen über Sohns Auffassung hinaus die verschiedenen beteiligten Disziplinen eine entscheidende Rolle. So beschreibt der Sonderpädagoge Frühförderung als eine komplexe und interdisziplinäre Aufgabe (vgl. Speck, 1977, S. 16). Diese Definitionen decken sich weitestgehend mit den von der Bundesregierung im Jahr 1999 festgelegten inhaltlichen Kriterien von Frühförderung. Demnach ist eine fachübergreifende Zusammenarbeit erforderlich, um dem Kind trotz eventueller Auffälligkeiten bestmögliche Entwicklungschancen bieten zu können (vgl. Sohns, 2000, S. 14). Auf diese Interdisziplinarität wird in Kapitel 4.5 genauer eingegangen.

Anhand dieser Begriffsbestimmungen wird bereits deutlich, dass Frühförderung verschiedene Teilbereiche und Aufgaben umfasst. Sie bildet das Gesamt von „Früherfassung, -erkennung, -diagnose, -therapie [und] spezielle Früherziehung“ (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006, S. 500). Heese fügt außerdem den Bereich der Frühberatung hinzu (vgl. Heese, 1978, S. 4). Um für das weitere Verständnis dieser Arbeit die obigen Begrifflichkeiten abgrenzen zu können, werden diese im Folgenden erläutert.

Bevor Frühförderung angeboten werden kann, muss die Entwicklungsverzögerung oder die (drohende) Behinderung als ebendiese erkannt werden (vgl. Koch, 1999, S. 110). Eine solche *Früherkennung* kann sowohl von den Eltern und Bezugspersonen des Kindes als auch beispielsweise von den zuständigen Kinderärzt*innen bei den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen erfolgen (vgl. Schmutzler, 1994, S. 114f.).

Um von einer *Früherfassung* sprechen zu können, ist über die Früherkennung hinaus der Kontakt zu einer spezialisierten Einrichtung notwendig (vgl. Heese, 1978, S. 5). Für prä- und perinatale Risiken² sowie Störungen spielen die Geburtskliniken und dortigen Fachkräfte eine entscheidende Rolle, da sie den ersten Kontakt zu den Neugeborenen haben (vgl. Sohns, 2000, S. 59). Werden schon hier Auffälligkeiten bei dem Kind festgestellt, können weitere Diagnostiken und Maßnahmen eingeleitet werden, die den Weg zu einer Frühfördereinrichtung ebnen (vgl. Sohns, 2000, S. 59). Liegen zu diesem Zeitpunkt jedoch noch keine Entwicklungsabweichungen vor, findet der erste Kontakt zur Frühförderung meist über die zuständige Kinderärzt*in statt. Hier dienen vor allem die Vorsorgeuntersuchungen („U-Untersuchung“) der Erkennung von Unregelmäßigkeiten in der Entwicklung (vgl. Sohns, 2000, S. 65). Ist nach Annahme dieser Ärzt*innen eine solche Auffälligkeit nicht nur von vorübergehender Dauer, sondern könnte in eine Entwicklungsverzögerung oder -störung münden, leiten diese die Familien in der Regel an Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) oder Frühfördereinrichtungen weiter. Dort kann eine anschließende ausführliche und differenzierte Diagnostik erfolgen (vgl. Ohrt, 1983, S. 189).

Diese erste *Frühdiagnostik* innerhalb einer Frühfördereinrichtung wird *Eingangsdagnostik* genannt und umfasst sowohl eine medizinische als auch eine psychologisch-pädagogische Betrachtung des Kindes (vgl. Speck, 1977, S. 81). Am Anfang des Diagnostiktermins steht die Anamnese mit dem Ziel, die Vorgeschichte des Kindes sowie dessen Familie zu erfahren (vgl. Klein, Meinertz & Kausen, 1999, S. 33). In diesem Gespräch können so erste

² Pränatal = vorgeburtliche; perinatal = sich aus/unter der Geburt ergebene Risikofaktoren (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 19f.), s. Kapitel 5.1.

Informationen über die Ätiologie³ und den Krankheitsverlauf gewonnen werden, die als Hilfe für die Diagnostik hinzugezogen werden können (vgl. Tietze-Fritz, 1992, S. 34). Die Fragestellungen der Diagnostiker*in umfassen verschiedene relevante Gebiete und tragen zur Gewinnung von „erbbiologische[n], medizinische[n], verhaltenspsychologische[n], soziale[n], pädagogische[n] und individuelle[n]“ (Tietze-Fritz, 1992, S. 34) Daten bei. Für die medizinische Diagnosestellung sind in der Regel Kinderärzt*innen zuständig, die erkennbare Symptome möglichen Störungsbildern zuweisen. Hierbei orientieren sie sich vor allem an dem international gängigen Klassifikationssystem ICD-10⁴, in dem alle Krankheiten und Störungen kategorisch zusammengefasst werden (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 36f.). Bei dieser Diagnostik steht nach Wevelsiep die „objektivierte Zuordnung von krankhaften Merkmalen“ (Wevelsiep, 2015, S. 107) im Vordergrund, nicht aber die „soziale Interpretation der Sinndimension der Auffälligkeit“ (Wevelsiep, 2015, S. 107). Demnach können zwar medizinische Zusammenhänge hergestellt werden, unklar bleibt jedoch, wie sich diese Abweichungen auf das Kind und dessen Familie auswirken (vgl. Wevelsiep, 2015, S. 107). Diese rein medizinischen Aspekte reichen deshalb nicht aus, um die ganze Bandbreite eines Krankheitsbildes zu erfassen, sodass darüber hinaus auch psychologisch-pädagogische Diagnoseverfahren zum Einsatz kommen (vgl. Speck, 1977, S. 81). Für diesen Teil der Diagnostik sind in der Regel Heil- oder Sozialpädagog*innen zuständig. Mithilfe standardisierter Testverfahren und kontrollierter Beobachtungen wird versucht, den Intelligenz- und Entwicklungsstand des Kindes festzustellen (vgl. Sohns, 2000, S. 68).

Anhand einer solchen umfassenden multiaxialen Eingangsdagnostik wird überprüft, ob das zu fördernde Kind einer *Komplexleistung* bedarf (vgl. Weiß, Neuhäuser & Sohns, 2004, S. 86). Der Begriff Komplexleistung beschreibt ebendiese Verknüpfung von medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-psychologischen Maßnahmen (vgl. Leyendecker, 2008, S. 30). Auf dieser Grundlage wird daraufhin ein Förder- und Behandlungsplan erstellt, in dem Ziele für die anschließende Förderung aufgeführt werden (vgl. Weiß et al., 2004, S. 86). Der Bewilligungszeitraum für die jeweiligen Maßnahmen beträgt in der Regel ein Jahr, kann unter Umständen aber auch verkürzt werden. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn das Kind zeitnah eingeschult wird oder eine Änderung des Förderbedarfs aus Sicht der Frühförderstelle notwendig scheint (vgl. Winkler, 2012, S. 206). Um zwischen Eltern und den Fachkräften eine

³ Ätiologie = Ursachen/Bedingungshintergründe für Entstehung einer Problematik (vgl. Bundschuh, 2002, S. 53f.).

⁴ ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, dt.: Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (vgl. „DIMDI - ICD-10-GM“, o. J.).

gemeinsame Sprache für diese Ziele zu finden, dient das ICF-CY⁵ als Hilfe bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans. Diese „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ geht über die reine Klassifizierung nach ICD-10 hinaus und bildet eine Grundlage, die sowohl von den Eltern als auch von allen beteiligten Berufsgruppen verstanden werden kann (vgl. Pretis, 2016, S. 64). Ein solches einheitliches Verständnis steigert die Nachvollziehbarkeit für die aufgeführten Maßnahmen und erhöht somit auch die Chance, dass diese zielführend sind (vgl. Pretis, 2016, S. 11).

Diagnostiken, die im weiteren Förderprozess stattfinden, werden *Verlaufsdagnostik* genannt und dienen zum einen einer kontinuierlichen Überprüfung des kindlichen Entwicklungsstandes sowie zum anderen einer Anpassung der im vorherigen Förder- und Behandlungsplan festgelegten Ziele (vgl. Weiß et al., 2004, S. 86).

Den wesentlichen Kern der Frühförderung stellen die *Frühtherapie* und die *Früherziehung* dar (vgl. Heese, 1978, S. 5f.). Während Erstere sich besonders auf medizinsch-therapeutische Tätigkeiten bezieht, beschreibt Letztere vor allem die (heil)pädagogisch ausgerichteten Handlungen innerhalb der Frühförderung (vgl. Heese, 1978, S. 5f.). Oft gehen diese beiden Bereiche jedoch ineinander über und lassen sich nicht eindeutig voneinander trennen. Diese Verknüpfung beider Aspekte bildet die Komplexleistung und stellt die Voraussetzung für eine optimale Förderung der Kinder dar (vgl. Heese, 1978, S. 6f.). Beispiele für die Inhalte dieser Förderung sind ergotherapeutische, logopädische oder heilpädagogische Hilfen (vgl. Heese, 1978, S. 6f.). In Kapitel 5.2 werden diese Fördermaßnahmen ausführlicher dargestellt.

Ein wichtiges Aufgabenfeld in der Frühförderung ist außerdem die *Frühberatung* (vgl. Heese, 1978, S. 7). Hierbei stehen die Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen der Frühförderstelle den Eltern beratend zur Seite und klären sie über verschiedene Fragen und mögliche Sorgen auf. Dazu gehören beispielsweise Informationen über die Diagnose, mögliche Auswirkungen dieser, sowie Erziehungsfragen in Bezug auf das zu fördernde Kind. Auch bei Fragen zu notwendigen Amtsbesuchen oder der Vermittlung zu weiteren Hilfen werden die Eltern und Bezugspersonen unterstützt (vgl. Schmutzler, 1994, S. 117). Inwiefern sich diese Elternarbeit genau ausgestaltet, wird in Kapitel 5.3 erklärt.

Über diese zuvor erläuterten fünf großen Aufgabenbereiche hinaus beschreibt Sohns vier Grundprinzipien für die Arbeit in der Frühförderung. Diese sind *Interdisziplinarität*, *Ganzheitlichkeit*, *Familienorientierung*, *soziale Integration* (vgl. Sohns, 2000, S. 27-29). Für ein besseres Leseverständnis werden diese Prinzipien jedoch nicht in diesem Kapitel erklärt,

⁵ ICF-CY = International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version (vgl. World Health Organization, 2007, S. 7).

sondern an den entsprechenden Stellen im Verlauf der Arbeit eingebaut, sodass diese im jeweiligen Kontext verstanden werden können.

3 Historische Entwicklung des Frühfördersystems

Ehe sich das Frühfördersystem in dem zuvor dargestellten Ausmaß ausgestalten konnte, bedurfte es einer gewissen Entwicklung, die im Folgenden als ein Abriss der Geschichte dargestellt wird.

Die ersten Vorläufer des heutigen Frühfördersystems lassen sich im 19. Jahrhundert finden. Als Beispiel kann hier der Armenschullehrer Traugott Weise angeführt werden, der bereits im Jahr 1820 die Wichtigkeit früher geistiger Erziehung erkannt hat (vgl. Speck, 2003, S. 452). Aufgrund der Feststellung, dass schulische Probleme auch auf die Bedingungen vor der Schulzeit zurückzuführen sind, gibt er in seiner „Betrachtung über geistesschwache Kinder“ Anregungen für die Förderung im dritten bis fünften Lebensjahr (vgl. Speck, 2003, S. 452). Eine weitere Entwicklung in diese Richtung waren gezielte Angebote für Kinder mit sinnesspezifischen Beeinträchtigungen, wie beispielsweise hör-, sprach- oder sehgeschädigte Kinder (vgl. Sohns, 2000, S. 30). So etablierten sich in Deutschland seit 1959 spezielle Förderangebote für hörgeschädigte Kinder, die von Gehörlosenlehrer*innen durchgeführt wurden (vgl. Speck, 1977, S. 13).

Zwar gab es in der Geschichte der Frühförderung immer wieder vereinzelt Ansätze zur gezielten Förderung behinderter Kinder, jedoch lässt sich ein systematischer Aufbau von Frühförderansätzen in Deutschland erst seit den 1960er Jahren beobachten (vgl. Sohns, 2007, S. 272). So ebneten die im Jahr 1966 verfassten „Empfehlungen für eine Frühförderung behinderter Kinder“ des Europarats den Weg für das heute bekannte Frühfördersystem (vgl. Leyendecker, 2008, S. 22). Zwei Jahre später eröffnete daraufhin unter der Leitung von Theodor Hellbrügge das erste Sozialpädiatrische Zentrum in München (vgl. Sohns, 2007, S. 272). Ab 1970 folgten sowohl weitere SPZ als auch die ersten Frühförderstellen (vgl. Sohns, 2007, S. 272). Worin der genaue Unterschied dieser beiden Institutionen liegt, wird in Kapitel 4.4 genauer erläutert. Wesentliche Ausgangspunkte für diese Entwicklungen waren außerdem die im Jahr 1971 eingeführten gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung (vgl. Leyendecker, 2008, S. 22) sowie die 1973 veröffentlichten Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder

und Jugendlicher“ (vgl. Weiß et al., 2004, S. 148). Zur Verbesserung der Früherfassung schlagen diese Empfehlungen sowohl „Zentren für pädagogische Frühförderung“ sowie „Klinische Einrichtungen für Frühdiagnostik und Frühtherapie“ vor (vgl. Speck, 1977, S. 14). Auch wenn es zunächst nur in Baden-Württemberg und Bayern konkrete Initiativen zur Umsetzung dieser Empfehlungen gab, führten sie zu einer dynamischen Entwicklung im Frühfördernetz Deutschlands. Bereits sechs Jahre nach Veröffentlichung der Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates existierten 481 Frühförderstellen in der damaligen Bundesrepublik (vgl. Weiß et al., 2004, S. 149). Am Ende des Jahres 2006 beträgt die Anzahl solcher Frühfördereinrichtungen 635, zu denen 108 Sozialpädiatrische Zentren und 332 Sonderpädagogische Beratungsstellen in Baden-Württemberg⁶ hinzukommen (vgl. Engel, Engels & Pfeuffer, 2008, S. 41). Die aktuelle Versorgungslage in Deutschland wird im kommenden Kapitel ausführlicher dargestellt.

4 Strukturelle Aspekte der Frühförderung

4.1 Versorgungslage in Deutschland

Im vorherigen Kapitel zur Historie sind bereits einige Zahlen zu vorhandenen Einrichtungen der Frühförderung genannt worden. Dieses Kapitel soll dazu dienen, diese weiter auszuführen sowie einen Überblick über die aktuelle Versorgungsstruktur in Deutschland zu geben. In der Literatur lassen sich jedoch nur wenige Informationen bezüglich dieser Verteilung im Bundesgebiet finden. Eine ausführliche Datenerhebung zu den Strukturen stationärer und teilstationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe in Deutschland ist im Jahr 1996 von dem Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben worden (vgl. Bormann, Häußler & Wacker, 1996). Zur Datengewinnung kamen dabei sowohl eine Sichtung veröffentlichter Verzeichnisse zu Versorgungsstrukturen als auch eine gezielte Recherche bei zuständigen Dienststellen innerhalb jeweiliger Bundesländer zum Einsatz (vgl. Bormann et al., 1996, S. 19). Ein Teil dieser Untersuchung befasste sich dabei mit der Verteilung von Frühfördereinrichtungen in Deutschland (vgl. Bormann et al., 1996, S. 61-66; 139-143). Die Erhebung ergab ein Gesamt von 987 Frühfördereinrichtungen im ganzen Bundesgebiet. Davon befinden sich 826 Stellen in den alten und 161 in den neuen Bundesländern (vgl. Bormann et al., 1996, S. 221; 281). Bezüglich des Verhältnisses zwischen Institutionen und Einwohnerzahl kommen in den alten Bundesländern

⁶ Sonderpädagogische Beratungsstellen in Baden-Württemberg = „besondere Form spezieller Frühförderstellen, die überwiegend bei oder in Zuordnung zu den Sonderschulen angesiedelt sind“ (Engel, Engels & Pfeuffer, 2008, S. 21).

im Durchschnitt 12,4 Frühförderstellen auf eine Million Einwohner*innen, während es in den neuen Bundesländern 7,4 sind (vgl. Bormann et al., 1996, S. 62; 142). Die meisten Institutionen befinden sich nach dieser Auswertung in Baden-Württemberg. Dort stehen pro eine Million Einwohner*innen 28,4 Einrichtungen zur Verfügung (vgl. Bormann et al., 1996, S. 62). Die geringste Versorgungsdichte ist in Brandenburg gegeben, wo es nach Analyse der Daten lediglich 0,4 Frühförderstellen pro eine Million Einwohner*innen gibt (vgl. Bormann et al., 1996, S. 142).

Die oben genannte Gesamtzahl von Frühförderstellen geht in etwa einher mit aktuellen Zahlen von Weiß. Demnach existieren in Deutschland 130 Sozialpädiatrische Zentren sowie 1.000 bis 1.100 Frühförderstellen (vgl. Weiß, 2016, S. 204). Die umfangreichsten aktuellsten Angaben zu vorhandenen Frühfördereinrichtungen finden sich unter anderem im Adressverzeichnis des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (vgl. „Datenbank ‚Frühförderung‘“, o. J.). Dort sind derzeit 1086 Institutionen aufgelistet, zu denen jedoch auch integrative Kindertagesstätten und therapeutische Einrichtungen gehören (vgl. Engel et al., 2008, S. 41). Eine weitere Auflistung von Frühförderstellen ist unter „www.fruehfoerderstellen.de“ abzurufen (vgl. „Frühförderstellenfinder“, o. J.). Diese Website führt aktuell 1251 Einrichtungen auf. Auch hier sind integrative Kindertagesbetreuungen sowie Sozialpädiatrische Zentren mitinbegriffen (vgl. „Frühförderstellenfinder“, o. J.). Da die zuvor aufgeführten Verteilungen des Bundesministeriums für Gesundheit schon älter als 20 Jahre sind, war es zunächst die Absicht der Verfasserin, auf Grundlage der beiden aktuellen Adressverzeichnisse eine grafische Übersicht zu erstellen, um den Leser*innen einen besseren Überblick über die Versorgungslage in Deutschland sowie in den jeweiligen Bundesländern bieten zu können. Bei der konkreten Durchsicht der Daten stellte sich jedoch eine große Uneinheitlichkeit heraus. So sind manche Frühförderstellen beispielsweise doppelt in der Zählung erfasst worden, sodass die Gesamtzahl der Einrichtungen dadurch verfälscht wurde (vgl. „Datenbank ‚Frühförderung‘“, o. J.). Außerdem zeigte sich keine konsequente Einbeziehung integrativer Kindertagesstätten. So wurden beispielsweise für die Stadt Hamburg ebendiese nicht aufgelistet (vgl. „Datenbank ‚Frühförderung‘“, o. J.). Da eine Übersicht auf Basis dieser Verzeichnisse deshalb nur eine unzureichende Qualität hätte vorweisen können, ist letztendlich darauf verzichtet worden. Als Grundlage für die weitere Arbeit gelten demnach die Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die durchschnittliche Anzahl von 1.000 Frühförderstellen in Deutschland.

4.2 Rechtliche und finanzielle Grundlagen

Wie in Kapitel 3 bereits erläutert, gab es schon vor dem 21. Jahrhundert erste Ansätze zu einer speziellen Förderung von Kindern (vgl. Speck, 2003, S. 452). Zwar haben sich so seit 1949 langsam spezifische Rechtsgrundlagen angebahnt, die den Weg für die heutige Frühförderung geebnet haben, jedoch findet sich der wesentliche Ausgangspunkt im Jahr 1974 (vgl. Sohns, 2000, S. 123). Mit Einführung des dritten Änderungsgesetzes des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) erhielten nun auch Kinder unter drei Jahren einen Anspruch auf heilpädagogische Hilfen (vgl. Sohns, 2000, S. 120). Eine weitere wesentliche Änderung war die Gleichstellung der „von Behinderung Bedrohten“. Mit Inkrafttreten dieses Gesetzes hatten demnach auch solche Kinder einen Anspruch auf die Hilfen, bei denen eine Behinderung noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist (vgl. Sohns, 2000, S. 125). Diese Gesetzesänderungen verhalfen der Frühförderung zu unmittelbaren Umsetzungsmöglichkeiten und legten so den Grundstein für das heutige Frühfördersystem (vgl. Sohns, 2000, S. 123; 126).

Zu einer Wendung der rechtlichen Grundlagen kam es im Jahr 1990: Durch die Inkraftsetzung des achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII), dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) wechselte die Zuständigkeit für seelisch Behinderte oder von Behinderung Bedrohte von der Sozial- zur Jugendhilfe (vgl. Sohns, 2000, S. 123). Demnach regelte nicht mehr das BSHG die Eingliederungshilfe dieser Kinder sondern nun das KJHG (vgl. Sohns, 2000, S. 134). Diese Hilfen sind in §§27-40 aufgeführt, wobei §35 die Frühförderung umfasst. Diese wird hier als „Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung“ (*Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §35 SGB VIII) verstanden. Für die körperlich behinderten Kinder blieb weiterhin das BSHG, also die Sozialhilfe, die geltende Rechtsgrundlage (vgl. Sohns, 2000, S. 134).

Da die oben genannten Regelungen lediglich die gesetzliche Grundlage für pädagogische Frühförderstellen bildeten und das System der Sozialpädiatrischen Zentren weitestgehend unkoordiniert nebenher bestand, kam es im Jahr 1992 zu einer Klärung dieses Verhältnisses: Mit Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GStruktG) wurde den SPZ ein definierter Behandlungsauftrag zugeschrieben, der seit 2003 in §4 der Frühförderungsverordnung (FrühV) verortet ist (vgl. Sohns, 2007, S. 273). Demnach sind Sozialpädiatrische Zentren auf die Kinder ausgerichtet, „die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen [...] behandelt werden können“ (*Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §4 S.2 FrühV).

Mit der Einführung des Rehabilitationsgesetzes (SGB IX) im Juli 2001 konnten ebendiese Aspekte vereint werden, sodass es erstmals eine einheitliche gesetzliche Grundlage

für die Frühförderung und ihren jeweiligen Institutionen gab (vgl. Weiß et al., 2004, S. 73). Nach §30 SGB IX umfassen Früherkennung und Frühförderung sowohl „medizinische [als auch] nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische [...] und psychosoziale Leistungen“ (*Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §30 Abs.1 S.1 SGB IX). Die ersteren medizinischen Maßnahmen werden nach §30 Abs.1 S.2 als „Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen“ (*Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §30 Abs.1 S.2 SGB IX) erbracht. Welche Leistungen unter anderem dazuzählen, wird in §§55 und 56 SGB IX aufgelistet (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §§ 55; 56 SGB IX).

Die konkreten Vorschriften für die Umsetzung des §30 SGB IX finden sich in der im Juni 2003 in Kraft getretenen Frühförderungsverordnung. Diese Verordnung weist den jeweiligen Institutionen eindeutige Leistungen zu und stellt die Grundlage für die Bundesländer dar, jeweilige Landesrahmenempfehlungen für die dortige Frühförderarbeit auszuarbeiten (vgl. Müntefering, 2008, S. 19). Inwiefern solche Vereinbarungen in den Ländern vorliegen, wird in Kapitel 7 genannt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auf Bundesebene das Rehabilitationsgesetz (SGB IX) sowie die Frühförderungsverordnung den rechtlichen Rahmen für die Frühförderung in Deutschland bilden (vgl. Müntefering, 2008, S. 20). In den jeweiligen Bundesländern gelten die dortigen Landesrahmenvereinbarungen als Grundlage für die Arbeit der Frühförderung (vgl. Müntefering, 2008, S. 19).

Die Finanzierung und die Kostenaufteilung der Frühförderleistungen ist in §9 der Frühförderungsverordnung festgeschrieben (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §9 FrühV). Demnach vereinbaren die Rehabilitationsträger (vorrangig örtliche Jugend- und Sozialämter sowie Krankenkassen) mit der interdisziplinären Frühförderstelle oder dem Sozialpädiatrischen Zentrum Entgelte für die Förderung und Behandlung des Kindes nach §5 (medizinische Rehabilitation) oder §6 (heilpädagogische Leistungen) (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §9 Abs.1 S.1 FrühV). Hierbei kann die Kostenteilung auch pauschalisiert werden, wobei der Anteil der Entgelte für heilpädagogische Leistungen in Frühförderstellen 80% und in SPZ 20% nicht übersteigen darf (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §9 Abs.3 FrühV).

Die Maßnahmen nach §§5 und 6 der Verordnung sollen dabei als Komplexleistung „aus einer Hand“ erfolgen, sodass jeweils nur *ein* Rehabilitationsträger für die Erbringung der Leistung verantwortlich ist. Auf Grundlage des Förder- und Behandlungsplans wird demnach innerhalb von zwei Wochen entschieden, welcher Träger für die Leistung zuständig ist (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §8 Abs.1 FrühV). Zwar können diese Vereinbarungen auch andere Aufteilungen ergeben, jedoch kommen in der Regel die Krankenkassen für die

ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Leistungen auf, während der Sozialhilfeträger für heilpädagogische Leistungen verantwortlich ist (vgl. Baudisch, Schulze & Wüllenweber, 2004, S. 202).

Da diese Vereinbarungen lediglich zwischen den Rehabilitationsträgern und den zuständigen Institutionen stattfinden und für die Eltern keine Kosten anfallen, werden die Familien nicht zusätzlich mit Finanzierungsfragen belastet (vgl. Koch, 1999, S. 164; von Loh, 2017, S. 93).

4.3 Adressat*innen der Frühförderung

Nach der obigen Begriffsklärung in Kapitel 2 ist die Frühförderung für Kinder mit Auffälligkeiten und Gefährdungen im Vorschulalter ausgerichtet (vgl. Sohns, 2000, S. 17). Auch der Deutsche Bildungsrat, der eine entscheidende Rolle in der Entwicklung des Frühfördersystems hat, grenzt die Zielgruppe von Frühförderung ein. Demnach sollten alle Kinder, die „während ihrer ersten Lebensjahre in ihrer physischen, emotionalen, sozialen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung auffällig werden bzw. benachteiligenden Lernbedingungen ausgesetzt sind“ (Deutscher Bildungsrat, 1973, S.44 zit. n. Kißgen, 2008, S. 404) einen Zugang zur pädagogischen Frühförderung haben (vgl. Kißgen, 2008, S. 404). In diesem Kapitel gilt es diese Zielgruppe unter anderem anhand von Gesetzesgrundlagen genauer zu differenzieren, sodass deutlich wird, welche Personen einen Anspruch auf Frühförderung haben.

Der §39 Abs.1 des zuvor bereits erläuterten Bundessozialhilfegesetzes galt nach Einführung als Grundlage für den Personenkreis, der für Leistungen der heutigen Frühförderung anspruchsberechtigt ist (vgl. Sohns, 2000, S. 125). Nach Außerkrafttretens dieses Gesetzes im Jahre 2005 übernahm das zwölfte Sozialgesetzbuch (SGB XII) die Bestimmungen zum anspruchsberechtigten Personenkreis (vgl. Werding & Becker, o. J.). So kann nach §53 SGB XII denjenigen Personen Eingliederungshilfe gewährleistet werden, die nach §2 Abs.1 S.1 SGB IX behindert oder von Behinderung bedroht sind (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §53 SGB XII). Nach dieser Definition sind Menschen 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.“ (*Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §2 Abs.1 SGB IX).

Menschen gelten als von Behinderung bedroht, wenn eine ebensolche Beeinträchtigung zu erwarten ist (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §2 Abs.1 S.2 SGB IX). Konkrete Beispiele

für Entwicklungsgefährdungen werden in Kapitel 5.1 erläutert. Bezogen auf diese Eingrenzung der Zielgruppe lässt sich Frühförderung sowohl als sekundäre als auch als tertiäre Präventionsmaßnahme definieren (vgl. Hasselhorn, 2010, S. 170). Während Ersteres zum Ziel hat, Fehlentwicklungen möglichst frühzeitig zu korrigieren, geht es bei der tertiären Prävention darum, mögliche Folgen von bereits vorliegenden Störungen zu minimieren (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 60). In diesem Zuge lassen sich Frühfördermaßnahmen auch als selektive und indizierte Präventionen verstehen, da sie nicht alle Kinder und Familien als Zielgruppe ansprechen (universelle Prävention). Stattdessen sind sie an bestimmte Risikogruppen (selektive Prävention) gerichtet oder beziehen sich auf solche Kinder, bei denen bereits Entwicklungsstörungen oder Behinderungen vorliegen (indizierte Prävention) (vgl. Hasselhorn, 2010, S. 170).

Wie in Kapitel 4.2 erläutert, bezogen sich die Hilfen der Frühförderung zunächst auf das Alter zwischen drei und sechs Jahren. Erst mit Einführung des dritten Änderungsgesetzes des BSHG erhielten mit §40 Abs.1 S.2 auch unter Dreijährige einen Anspruch auf ebendiese Leistungen (vgl. Koch, 1999, S. 103). Demnach kann für das heutige Frühfördersystem zusammengefasst werden, dass sich die Angebote der Frühförderung vorwiegend auf Kinder zwischen null und sechs Jahren beziehen (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 183).

Weitere Definitionen von Frühförderung und ihren Aufgabenfeldern verweisen neben den zu fördernden Kindern auf eine weitere Adressat*innengruppe: die Eltern des Kindes (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 183). Um das Kind angemessen fördern und in seiner Entwicklung stärken zu können, ist deshalb auch sein näheres Lebensumfeld, die Familie, miteinzubeziehen (vgl. Speck, 1983, S. 13). Die genaue Art der Elternmitarbeit und die Wichtigkeit dieser werden in Kapitel 5.3 erläutert.

4.4 Institutionen innerhalb der Frühförderung

Die Frühförderungsverordnung differenziert zwischen interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §§3; 4 FrühV). Diese zwei institutionellen Teilbereiche verfolgen zwar sehr ähnliche Zielsetzungen, unterscheiden sich jedoch in ihrer Ausgestaltung (vgl. Schmutzler, 1994, S. 118; 120). Im Folgenden gilt es diese Verschiedenheiten darzustellen, um die Arbeit beider Einrichtungen voneinander abgrenzen zu können.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen Einrichtungen besteht in der Personalausstattung. Während Frühförderstellen in der Regel von einer heilpädagogischen Fachkraft geleitet werden, stehen Sozialpädiatrische Zentren meist unter ärztlicher Führung

(vgl. Schmutzler, 1994, S. 118; 120). Auf diese Weise greifen Letztere besonders dann, wenn spezielle Differentialdiagnosen gefordert werden, die von niedergelassenen Kinderärzt*innen oder Frühförderstellen nicht gewährleistet werden können (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 201). Detailliertere Informationen zu den Mitarbeiter*innen in den jeweiligen Institutionen finden sich im anschließenden Kapitel 4.5.

Eine weitere Abgrenzung zwischen diesen Teilinstitutionen kann bezüglich ihrer Verteilung in Deutschland vorgenommen werden. Pädagogische Frühförderstellen existieren mittlerweile flächendeckend über das Bundesgebiet und bilden so wohnortnahe Hilfen für die Familien (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 200). Aufgrund dieser regionalen Angebote werden diese Einrichtungen auch als offene Anlaufstelle gesehen, die für die Eltern oder Bezugspersonen eine niedrigschwellige Unterstützung darstellt (vgl. Weiß et al., 2004, S. 36). Sozialpädiatrische Zentren hingegen sind überregional ausgerichtet und bieten den Familien entsprechende Unterstützungsangebote, wenn vor Ort keine geeigneten Hilfen zu finden sind (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 201). Diese zentrale, überregionale Verortung erklärt auch die in Kapitel 3 beschriebene geringere Anzahl von SPZ in Deutschland.

Die Ausgestaltung der Angebote unterscheidet sich bei den beiden Institutionen ebenfalls: Während SPZ vorrangig ambulante Untersuchungen und Behandlungen in den jeweiligen Zentren unternehmen, arbeiten interdisziplinäre Frühförderstellen sowohl ambulant als auch mobil (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 202). Eine solche mobile Förderung findet in der Regel in den Wohnräumen der Familie oder gegebenenfalls auch in der Kindertagesstätte, in der das zu fördernde Kind betreut wird, statt (vgl. Biewer, 2010, S. 201). Diese aufsuchende Konzeption der mobilen Arbeit unterstützt die zuvor erläuterte Niedrigschwelligkeit, da Eltern keine langen Fahrtwege für die Förderung auf sich nehmen müssen (vgl. Weiß et al., 2004, S. 97).

In der Entwicklung der Frühförderung zeigten sich zunächst Diskrepanzen zwischen diesen beiden Institutionen: Während sich die Pädagog*innen für die dezentral organisierten Frühförderstellen aussprachen, signalisierten die Ärzt*innen die Wichtigkeit zentraler Einrichtungen (vgl. Speck, 1977, S. 14). Diese Unstimmigkeiten führten dazu, dass beide Institutionen in den 70er Jahren kritisch zueinander standen und zunächst in Konkurrenz arbeiteten. Die heutige Betrachtung beider Systeme zeigt jedoch eine sinnvolle Ergänzung und Kooperation beider Institutionen (vgl. Weiß et al., 2004, S. 41). Als mögliche Ursache für das Beilegen der Unstimmigkeiten kann unter anderem die zuvor erläuterte Einführung des Rehabilitations-

gesetzes (SGB IX) und der Frühförderungsverordnung gesehen werden, da diese eine einheitliche gesetzliche Grundlage für beide Teilbereiche darstellen (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, FrühV; Weiß et al., 2004, S. 73).

4.5 Interdisziplinarität

In den Anfängen der Frühförderung arbeiteten verschiedene Fachdisziplinen jeweils für sich selbst und versuchten mit ihren zur Verfügung stehenden Mitteln die Kinder bestmöglich in ihrer Entwicklung zu unterstützen (vgl. Speck, 2003, S. 456). Dieser sogenannte monodisziplinäre Ansatz führte jedoch zu zwei Problemen: Zum einen bedeutete dieses System für die Eltern viele Anfahrtswege zu den verschiedenen Experten. Zum anderen konnten diese Fachkräfte lediglich den Teilaspekt des Kindes erfassen, für den sie spezialisiert waren (vgl. Speck, 2003, S. 457). Dieses Dilemma ebnete den Weg für eine interdisziplinäre Förderung, in der die verschiedenen Experten zusammengeführt werden. Ebendiese Zusammenarbeit ist in der Frühförderungsverordnung gesetzlich festgehalten (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §8 Abs.4 FrühV). Ziel einer solchen *Interdisziplinarität* ist die Bereitstellung einer möglichst umfassenden Hilfe für das zu fördernde Kind (vgl. Ludwig-Körner, 2014, S. 90). Dabei geht es nicht um die reine Summierung verschiedener Förderansätze, sondern um ein komplementäres Verständnis der Interdisziplinarität, sodass die einzelnen Fachgebiete sich gegenseitig ergänzen (vgl. Klein et al., 1999, S. 24). Insgesamt umfasst die Frühförderung drei große Berufsgruppen: den medizinischen und medizinisch-therapeutischen Bereich, den psychologischen Bereich, sowie den pädagogischen und sozialen Bereich (vgl. Weiß et al., 2004, S. 45). Die Aufteilung dieser verschiedenen Berufsfelder variiert jedoch je nach Institution. So sind in Sozialpädiatrischen Zentren der medizinische und psychologische Bereich stärker vertreten als in Frühförderstellen, in denen nicht immer Ärzt*innen oder Psycholog*innen angestellt sind (vgl. Ludwig-Körner, 2014, S. 90).

Zum erstgenannten *medizinischen* Feld gehören beispielsweise „(Kinder-)Ärzte, Physiotherapeuten [...], Ergotherapeuten und Logopäden“ (Weiß et al., 2004, S. 45). Während Letztere auf besondere Teilbereiche der Entwicklung wie beispielsweise Bewegung oder Sprache spezialisiert sind, spielen beim Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten Kinderärzt*innen eine wichtige Rolle. Diese wissen um die medizinischen Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung und können Auffälligkeiten so schnell erfassen (vgl. Berger, 2008, S. 350f.). Darüber hinaus besitzen sie oft auch Informationen über die familiären Hintergründe des Kindes,

da sie die Kinder meist mit einer gewissen Regelmäßigkeit sehen, zum Beispiel bei den Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Berger, 2008, S. 350). Zu dem *pädagogischen* und *sozialen* Bereich gehören unter anderem „Erzieher mit Zusatzausbildung, Heilpädagogen, Diplompädagogen mit heil- bzw. sonderpädagogischem Schwerpunkt, Sonderpädagogen [...] und Sozialpädagogen“ (Weiß et al., 2004, S. 45). Diese sind vor allem für die pädagogische Förderung des Kindes zuständig (vgl. Weiß et al., 2004, S. 44). Für *psychologische* Angelegenheiten in der Frühförderung stehen besonders Psycholog*innen und gelegentlich auch Psychotherapeut*innen zur Verfügung (vgl. Weiß et al., 2004, S. 45). Diese können beispielsweise die Pädagog*innen oder Therapeut*innen dabei unterstützen, psychodynamische Prozesse innerhalb der Familie sowie Interaktionen zwischen dem Kind und seinem Umfeld besser zu verstehen (vgl. Speck, 1977, S. 52). Über diese in der Frühförderung beschäftigten Berufsfelder hinaus, ist jedoch auch eine Kooperation mit externen Institutionen unabdingbar. Hierzu zählen beispielsweise das Gesundheits- oder Jugendamt (vgl. Schmutzler, 1994, S. 121).

Um die interdisziplinäre Arbeit bestmöglich an den individuellen Bedürfnissen des Kindes auszurichten, ist der fachliche Austausch zwischen diesen beschriebenen Berufsgruppen von entscheidender Bedeutung (vgl. Behringer, 2008, S. 362). Für eine gelingende Kooperation und Zusammenarbeit empfiehlt Behringer daher eindeutige Kriterien zu den Rahmenbedingungen des Austausches sowie zu Fallbesprechungen einzelner Kinder (vgl. Behringer, 2008, S. 362).

5 Frühförderung im Kontext von Entwicklungsgefährdungen

5.1 Kindliche Entwicklungsgefährdungen

Wie in der Einleitung bereits erläutert, befindet sich das kindliche Gehirn in den ersten Lebensmonaten und -jahren noch im Aufbau (vgl. Speck, 2003, S. 451). Während dieser Entwicklungsprozesse verändern sich sowohl physische als auch neurologische Gegebenheiten des Kindes fast täglich (vgl. von Loh, 2017, S. 24). Doch ungünstige Bedingungen können diese Prozesse negativ beeinflussen und durch ihre Folgen die Entwicklung beeinträchtigen (vgl. Tietze-Fritz, 1992, S. 31). In der Literatur werden solche Risikofaktoren meist entsprechend ihres Auftretens im Entwicklungsverlauf betrachtet. So wird zwischen prä-, peri-, und postnatalen Faktoren unterschieden. Während ersteres vorgeburtliche Bedingungen umfasst, beschreibt „perinatal“ Risiken, „die sich aus der Geburt“ (Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 20) erge-

ben (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 19f.). „Postnatal“ bezieht sich auf die Entwicklungsbedingungen des Kindes nach der Geburt (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 21).

Zu den *pränatalen* Risikofaktoren gehören unter anderem genetische Defekte, wie beispielsweise Trisomie 21 (Down-Syndrom). Hier kommt es aufgrund von genetischen Abweichungen zu Veränderungen des Chromosomenbestands, die schwere physische und psychische Folgen mit sich führen können (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 19). Darüber hinaus stellen auch schädliche, äußere Einwirkungen, sogenannte Teratogene, ein Risiko für die Entwicklung des Kindes dar (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 20). Beispiele solcher gesundheitsgefährdenden Einflüsse sind Alkohol, Nikotin, Drogen oder spezifische Medikamente. Je nach Schwangerschaftsmonat können diese Teratogene unter Umständen zu kleineren bis großen Fehlbildungen bei dem noch ungeborenen Kind führen (vgl. von Loh, 2017, S. 26).

Ein *perinatales* Risiko stellt beispielsweise die Frühgeburt dar. Als frühgeborene Kinder gelten solche, die vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden (vgl. Wolff, 1997, S. 290). Zwar ermöglicht der medizinische Fortschritt zunehmend auch schon Kinder ab der 24. Schwangerschaftswoche am Leben zu erhalten, jedoch ist hier die Wahrscheinlichkeit für medizinische Komplikationen und die Entwicklung von Spätfolgen besonders hoch (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 20). So konnte zum Beispiel eine „direkte Korrelation zwischen einer kurzen Schwangerschaftsdauer (unter 33 Wochen) und dem Auftreten von spastischen Bewegungsstörungen [...], [sowie] sprachlichen, visuellen und kognitiven Störungen“ (Karch, 2007, S. 34f.) festgestellt werden. Ein weiterer perinataler Risikofaktor sind Komplikationen während der Geburt, bei denen das Kind zum Beispiel zeitweise an einer Sauerstoffunterversorgung leidet, die wiederum zu Hirnschädigungen führen kann (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 20). Diese Schädigungen können unterschiedlich stark ausgeprägt sein und sowohl die körperlichen als auch die psychischen und kognitiven Funktionen des zentralen Nervensystems betreffen (vgl. Klein et al., 1999, S. 68).

Postnatale Gefährdungsfaktoren können unter anderem die sozialen Gegebenheiten, in die das Kind hinwächst, sein. So können fehlende elterliche Zuwendung oder das elterliche Erziehungsverhalten ein Risiko für die weitere Entwicklung des Kindes darstellen (vgl. Schmutzler, 1994, S. 46f.). Besonders wenn die körperlichen und emotionalen Grundbedürfnisse des Kindes durch die Eltern nicht sichergestellt werden, kann dies Auswirkungen auf die Entwicklung haben (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 22). Auch die soziale Schicht oder der Bildungsgrad der Eltern bzw. Bezugspersonen können Folgen für den kindlichen Entwicklungsverlauf mit sich führen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn diese den Kindern nicht

genügend Umweltreize anbieten können, sodass das Kind nicht gefordert wird (vgl. Schmutzler, 1994, S. 58; 62). Darüber hinaus können jedoch auch schwere Unfälle, Impfschädigungen oder Hirnhautentzündungen zu Veränderungen im Gehirn führen, sodass das Kind bleibende Entwicklungsstörungen davonträgt (vgl. Schmutzler, 1994, S. 46).

Aus diesen möglichen Risikofaktoren heraus kann es beim Kind zu Entwicklungsbeeinträchtigungen kommen. Es gilt jedoch zu beachten, dass Entwicklung ein multifaktorieller Prozess ist, sodass nicht alle Risikofaktoren erfasst werden oder einem späteren Störungsbild zugeordnet werden können (vgl. von Loh, 2017, S. 25). Aus diesem Grund handelt es sich bei den oben beschriebenen Faktoren nicht um eine vollständige Auflistung aller Einflüsse, die die Entwicklung eines Kindes negativ bedingen können. In der Wissenschaft werden in Bezug auf Entwicklungsbeeinträchtigungen vor allem drei verschiedene Begrifflichkeiten unterschieden, die im Folgenden kurz erläutert werden.

Von *Entwicklungsauffälligkeiten* oder *-abweichungen* ist die Rede, wenn ein Kind gewisse Fähigkeiten, nicht innerhalb der Zeitspanne erlernt, in der 90-95% der gleichaltrigen Kinder diese Funktion, wie beispielsweise das Laufen, erreicht haben (vgl. von Loh, 2017, S. 29). Aus medizinischer Sicht gilt es dann in engen Zeiträumen zu überprüfen, inwiefern dieser „Rückstand“ aufgeholt werden kann (vgl. von Loh, 2017, S. 29).

Sind die oben genannten Auffälligkeiten über einen längeren Zeitraum zu beobachten, kann es sich um eine Retardierung, das heißt eine *Entwicklungsverzögerung* handeln (vgl. von Loh, 2017, S. 29). Hierbei verläuft die kindliche Entwicklung in verschiedenen Bereichen verlangsamt ab und weicht diesbezüglich von der Normgruppe ab. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass mithilfe einer frühzeitigen Erfassung und abgestimmten Förderung diese Verzögerung aufgeholt werden kann (vgl. von Kries, Straßburg, Ipsiroglu & Aksu, 2013, S. 973).

Während bei der Entwicklungsverzögerung lediglich die Geschwindigkeit der Entwicklung betroffen ist, leidet bei einer *Entwicklungsstörung* zudem die Qualität der Entwicklung (vgl. von Loh, 2017, S. 29). Das bedeutet, dass das Kind gewisse Fähigkeiten und Funktionen nicht erlernen kann, sodass dem Kind eine gesunde Entwicklung nicht möglich ist (vgl. von Loh, 2017, S. 30). Solche Störungen können in kognitiven, sozio-emotionalen, psychischen oder körperlichen Bereichen der Entwicklung auftreten (vgl. Krause, 2008, S. 73). Im Klassifikationssystem ICD-10 werden diese Entwicklungsstörungen unter F80 bis F89 geführt (vgl. „ICD-10-GM-2018. F80-F89 Entwicklungsstörungen.“, o. J.). Je nach Ausprägung können sie das Leben des Kindes unterschiedlich stark einschränken und bedürfen einer geeigneten Förderung, um mögliche Auswirkungen gering zu halten (vgl. von Loh, 2017, S. 31).

Eine solche eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist ein wesentliches Kriterium für das Vorliegen einer *Behinderung* (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §2 Abs.1 SGB IX). Der Behinderungsbegriff ist umstritten und wird je nach Disziplin (zum Beispiel medizinisch, soziologisch, heilpädagogisch) definiert und ausgelegt (von Loh, 2017, S. 31f.; vgl. Schmutzler, 1994, S. 15f.). Da sich die Frühförderung jedoch auf die Kinder bezieht, die nach §2 Abs.1 SGB IX behindert oder von Behinderung bedroht sind, gilt diese Definition als maßgebend (s. Kapitel 4.3).

Für das Verständnis dieser Arbeit ist es hilfreich, diese Begrifflichkeiten voneinander abgrenzen zu können, jedoch wird im weiteren Verlauf nicht speziell auf diese Differenzierung eingegangen. Vielmehr stehen die verschiedenen Funktionsbereiche im Vordergrund, die von einer solchen Beeinträchtigung betroffen sein können. Im Folgenden werden deshalb die wesentlichen Entwicklungsdimensionen Wahrnehmung, Sprache, Motorik, Sozio-Emotionalität und Kognition kurz beschrieben. Im anschließenden Kapitel wird darauf eingegangen, inwiefern Frühförderung diesen Einschränkungen entgegenwirken kann.

Der Prozess der *Wahrnehmung* gestaltet sich dadurch, dass äußere Reize aufgenommen, verarbeitet und in eine Handlung umgesetzt werden (vgl. Knauf, Kormann & Umbach, 2006, S. 21). Voraussetzung für eine solch funktionierende Informationsverarbeitung sind sowohl gesunde Sinnesorgane als auch entsprechende Hirnareale, die für die Wahrnehmungsverarbeitung verantwortlich sind (vgl. Knauf et al., 2006, S. 21). Durch verschiedene Krankheiten, Verletzungen oder Hirnfehlbildungen kann es jedoch zu Störungen in diesem Verarbeitungsprozess kommen, was zu einer verminderten Wahrnehmungsfunktion bei den Betroffenen führen kann (vgl. von Loh, 2017, S. 279). Solche Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung werden als „Umschriebene Entwicklungsstörung der Wahrnehmung“ bezeichnet und können verschiedene Sinnesempfindungen wie Hören, Sehen, oder Berühren betreffen (vgl. von Loh, 2017, S. 279; 287).

Der Erwerb der *Sprache* ist ein komplexer Prozess, der eng mit der Entwicklung von kognitiven und sozialen Fähigkeiten verbunden ist (vgl. Grimm, 2012, S. 15). Voraussetzungen für eine mögliche Sprachentwicklung sind unter anderem gesunde Sprechorgane, ein funktionierendes Gehör sowie entsprechende Hirnzentren (vgl. von Loh, 2017, S. 326). Der erfolgreiche Spracherwerb kann jedoch durch verschiedene Einflüsse gestört werden (vgl. von Loh, 2017, S. 327). Ursachen für eine sogenannte Sprachentwicklungsstörung sind sowohl genetische Faktoren, als auch psychosoziale Umweltbedingungen. So können beispielsweise eine unzureichende Förderung oder ein zweisprachiges Aufwachsen genetisch bedingte Dispositionen verstärken und manifestieren (vgl. von Suchodoletz, 2003, S. 33). Störungen der Sprache

können verschiedene Bereiche betreffen und Auswirkungen auf „Teilfunktionen des Sprechens, der Sprache, der Stimme des Sprachverstehens oder der Kommunikationsfähigkeit“ (von Loh, 2017, S. 331) haben.

Die *Motorik* beschreibt die Gesamtheit aller menschlichen Bewegungen (vgl. von Loh, 2017, S. 297). Dazu gehören unter anderem die Körper-, Hand- und Mundmotorik (vgl. Zinke-Wolter, 1994, S. 5f.). Sind die Bewegungsabläufe bei einem Kind gehemmt oder laufen langsamer und weniger flüssig ab, kann eine „Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen“ (von Loh, 2017, S. 297) vorliegen. Diese kann die Grob- oder Feinmotorik, aber auch die Koordination oder Bewegungsplanung betreffen und bringt demzufolge verschiedene Auswirkungen mit sich (vgl. Warnke, 2013, S. 997). Im Alltag erscheinen diese Kinder deshalb oft ungeschickt und haben beispielsweise Schwierigkeiten beim Zubinden der Schuhe, beim Umgang mit Schere und Stift oder beim Fahrradfahren (vgl. Warnke, 2013, S. 997). Bisher sind keine eindeutigen Ursachen für diese motorischen Beeinträchtigungen bekannt, jedoch werden prä- und perinatale Bedingungen von Mutter und Kind als ein möglicher Risikofaktor vermutet (vgl. von Loh, 2017, S. 300).

Die *sozio-emotionale* Entwicklung beschreibt das Erwerben sozialer und emotionaler Kompetenzen (vgl. Wiedebusch & Petermann, 2013, S. 731). Ersteres bezieht sich vor allem auf die Fähigkeit, positive soziale Interaktionen mit anderen Menschen zu gestalten (vgl. Viernickel, 2013, S. 633). Zur emotionalen Kompetenz eines Kindes gehören das Bewusstsein über eigene Gefühle, die Fähigkeit, diese zum Ausdruck zu bringen und zu regulieren sowie das Verstehen und Einschätzen von den Emotionen Anderer (vgl. Wiedebusch & Petermann, 2013, S. 731). Die enge Verknüpfung zwischen sozialen und emotionalen Fertigkeiten wird zum Beispiel daran deutlich, dass die Regulation eigener Emotionen wesentliche Auswirkungen auf eine angemessene Interaktion mit anderen Menschen haben kann (vgl. Dimitrova & Lüdmann, 2011, S. 121f.). In der Literatur wird deshalb meist von sozio-emotionaler Kompetenzentwicklung gesprochen (vgl. Wiedebusch & Petermann, 2013, S. 731). Eine notwendige Voraussetzung ist unter anderem die Perspektivenübernahme. Dies beschreibt die Fähigkeit der Kinder, „die Gedanken, Gefühle und Motive eines anderen Menschen zu verstehen“ (Siegler, DeLoache & Eisenberg, 2011, S. 353). Verschiedene Einflüsse können jedoch dazu führen, dass Kinder diese Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht erwerben und daher in ihrer sozio-emotionalen Entwicklung beeinträchtigt sind (vgl. Speck, 2003, S. 210). Beispiele für solche Einflussfaktoren sind anlagebedingte Persönlichkeitsfaktoren wie Impulsivität oder Extra-/Introvertiertheit, somatische Ursachen wie Hirnerkrankungen oder psychosoziale Einflüsse wie mangelnde emotionale Zuwendung oder ein unangemessener Erziehungsstil (vgl. Speck, 2003,

S. 210f.). Da durch eine sozio-emotionale Beeinträchtigung das Verhalten des Kindes wesentlich beeinflusst wird, ist in der Literatur häufig auch von Verhaltensstörung oder -auffälligkeit die Rede (vgl. Hillenbrand, 2008, S. 30-32).

Die *kognitive* Entwicklung des Menschen umfasst neben der Entwicklung des Denkens, Urteilens und Wissens die geistige Welterfassung und -verarbeitung (vgl. Gröschke, 2007, S. 208; Schmutzler, 1994, S. 96). Nach Piaget durchlaufen Kinder bis zur Adoleszenz vier Stadien der kognitiven Entwicklung, in der sie zunehmend geistige Fähigkeiten erwerben (vgl. Siegler et al., 2011, S. 16). Werden diese Funktionen jedoch nur eingeschränkt angeeignet, wird von einer kognitiven Beeinträchtigung gesprochen (vgl. Klein et al., 1999, S. 150). Diese kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein und wird im ICD-10 als Intelligenzstörung unter F70 bis F79 aufgeführt (vgl. „ICD-10-GM-2018. F70-F79 Intelligenzstörung.“, o. J.). Demnach sind die geistigen Fähigkeiten eines Menschen nicht vollständig entwickelt und können andere Entwicklungsdimensionen wie beispielsweise die Sprache, Motorik oder soziale Fähigkeiten stark einschränken (vgl. „ICD-10-GM-2018. F70-F79 Intelligenzstörung.“, o. J.). Die Ursachen einer geistigen Behinderung basieren auf Hirnschädigungen, die prä-, peri- oder postnatal eingetreten sind (vgl. Ipsiroglu, Krägeloh-Mann, Schöning & Schöckler-Ipsiroglu, 2013, S. 246).

Beeinträchtigungen treten selten nur in einem der oben beschriebenen Bereiche auf, sondern liegen bei Kindern oft auch gekoppelt vor. So gehen kognitive Beeinträchtigungen in der Regel auch mit motorischen oder sprachlichen Einschränkungen einher (vgl. „ICD-10-GM-2018. F70-F79 Intelligenzstörung.“, o. J.). Unabhängig von diesen Störungsbildern ist es bei der Diagnostik und Förderplanerstellung wichtig zu beachten, wie groß der Leidensdruck des Kindes ist und wie stark es in seinem alltäglichen Leben eingeschränkt wird (vgl. Weiß et al., 2004, S. 87f.).

Diese Darstellung beispielhafter kindlicher Entwicklungsgefährdungen dient als Ausgangslage für den weiteren Verlauf dieser Arbeit. Besonders in den Kapiteln 6 und 7 gilt es zu überprüfen, inwiefern das deutsche Frühfördersystem auf diese Einschränkungen der kindlichen Entwicklung eingehen kann und an welchen Stellen es an Grenzen stößt.

5.2 Förderung des Kindes

Wie in Kapitel 2 erläutert, werden die Leistungen der Frühförderung als Komplexleistung erbracht, sodass sowohl medizinisch-therapeutische als auch pädagogisch-psychologische Maßnahmen ergriffen werden (vgl. Leyendecker, 2008, S. 30). Auf Grundlage des erstellten Förder- und Behandlungsplans werden die notwendigen Therapien individuell auf das

Kind abgestimmt und nach den jeweiligen Bedürfnissen und Entwicklungsbeeinträchtigungen des Kindes ausgerichtet (vgl. Weiß et al., 2004, S. 87). Da der Rahmen dieser Arbeit nicht ausreicht, um alle vorherrschenden Therapieformen für die oben beschriebenen Entwicklungsstörungen vollständig aufzuzeigen, folgt ein kurzer Abriss möglicher Interventionen. Im Anschluss werden „übergeordnete“ Aspekte der Frühförderung am Kind aufgezeigt.

Eine umschriebene Entwicklungsstörung der *Wahrnehmung* ist zwar nicht heilbar, jedoch können mithilfe einer entsprechenden Therapie mögliche Auswirkungen gering gehalten werden (vgl. von Loh, 2017, S. 291). Beispiele solcher Therapieansätze sind Ergotherapie und eine heilpädagogische Förderung mit dem Ziel, den jeweiligen betroffenen Bereich der Wahrnehmung zu fördern (vgl. von Loh, 2017, S. 292). Wie zuvor beschrieben, ist Wahrnehmung die Verarbeitung von äußeren Reizen und Sinneseindrücken. Dieser Prozess wird auch sensorische Integration genannt (vgl. Ayres, 2013, S. 6). Die von Jean Ayres entwickelte Sensorische Integrationstherapie ist ein spezieller Teil der Ergotherapie und setzt an diesem Prozess an. Mithilfe einer speziellen Sinnesanregung verfolgt sie das Ziel, den betroffenen Kindern zu einer besseren Sinnesverarbeitung und dadurch zu angemessenen physischen, emotionalen und kognitiven Funktionen zu verhelfen (vgl. Ayres, 2013, S. 195; von Loh, 2017, S. 87).

Sollte bei dem Kind eine allgemeine Entwicklungsverzögerung vorliegen, die mit einer *Sprachverzögerung* einhergeht, kann das Kind mittels heilpädagogischer Ansätze gefördert werden (vgl. von Loh, 2017, S. 341). Innerhalb dieser Förderung kann mithilfe einer alltagsintegrierten Sprachförderung versucht werden, der Sprachverzögerung entgegenzuwirken. Des Weiteren hat sich in der Frühförderung der Einsatz von Gebärden bewährt. Bei einer gebärden-unterstützten Kommunikation kann so die sprachliche Interaktion mithilfe von basalen Gebärden unterstützt werden (vgl. Wilken, 2006, S. 39). Bei einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung reicht eine alleinige heilpädagogische Frühförderung nicht aus. Stattdessen ist eine auf die jeweilige Störung angepasste logopädische Förderung notwendig (vgl. von Loh, 2017, S. 341). Aufgrund der interdisziplinären Arbeit in der Frühförderung kann diese nötige Hilfe im Rahmen der Komplexleistung erbracht werden (vgl. Weiß et al., 2004, S. 45).

Bei der Verzögerung oder Störung *motorischer* Fertigkeiten werden in der Regel Physiotherapie, Ergotherapie oder eine heilpädagogische Förderung angewandt (vgl. von Loh, 2017, S. 301). Auch hier kann mittels der interdisziplinären Arbeit individuell auf die kindlichen Bedürfnisse eingegangen werden, sodass der entsprechende Therapieansatz ausgewählt wird (vgl. Weiß et al., 2004, S. 45). Eine umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen ist zwar nicht heilbar, jedoch leiden die Betroffenen im Alltag häufig unter ihrer Ungeschicklichkeit. Mithilfe der zuvor genannten Therapieangebote kann versucht werden, diesen

Leidensdruck weitestgehend zu minimieren, sodass das Kind auch positive Erfolgserlebnisse mit Bewegung verknüpfen kann (vgl. von Loh, 2017, S. 301).

Bei Beeinträchtigungen der *sozio-emotionalen* Entwicklung orientiert sich die Frühförderung an den Risiko- und Schutzfaktoren des Kindes und dessen Familie, da diese maßgebend für die Ausprägung der seelischen und sozialen Beeinträchtigung sein können (vgl. Gerber, 2009, S. 394). So wird dem elterlichen Verhalten eine entscheidende Rolle bei der sozio-emotionalen Entwicklung des Kindes beigemessen (vgl. Speck, 2003, S. 211). Über Beratungsangebote der Frühförderung hinaus kann bezüglich der Eltern-Kind-Interaktion deshalb auch der Einsatz von Elterntrainings eine geeignete Hilfe darstellen (vgl. Hahlweg & Heinrichs, 2007, S. 186f.). Mithilfe von Gruppensettings innerhalb der Frühförderung können im heilpädagogischen Kontext außerdem soziale Interaktionen erprobt und gefördert werden, jedoch scheint bei sozio-emotionalen Einschränkungen vor allem der Einsatz von Psycholog*innen sinnvoll zu sein. Als Beispiel können hier verhaltens- oder spieltherapeutische Hilfen genannt werden (vgl. Gerber, 2009, S. 388).

Liegen bei einem Kind *kognitive* Beeinträchtigungen vor, bedarf es in der Regel keiner medizinischen Therapie, da es sich hierbei nicht um eine Gesundheitsstörung handelt (vgl. von Loh, 2017, S. 379). Stattdessen steht vor allem die Unterstützung in lebenspraktischen Bereichen im Fokus der Frühförderung. Diese umfassen beispielsweise „Kommunikation, Selbstversorgung [...], Wohnen, Gesundheit [und] Sozialverhalten“ (Gerber, 2009, S. 392). Diese Hilfen können zum Beispiel im Rahmen einer heilpädagogischen Frühförderung erfolgen, in der günstige Entwicklungsbedingungen und eine reizvolle Umwelt das Kind zur Eigenaktivität anregen können (vgl. von Loh, 2017, S. 380).

Aufgrund des interdisziplinären Grundsatzes zeigt sich, dass in der Frühförderung auf verschiedene Entwicklungsgefährdungen und Beeinträchtigungen eingegangen und mittels individuell abgestimmter Förderung entgegengewirkt werden kann (vgl. Weiß et al., 2004, S. 45). Über diese einzelnen Therapie- und Förderansätze hinaus gibt es weitere übergeordnete Aspekte, die bei der Frühförderung des Kindes zentral sind. Diese gilt es im Folgenden zu erläutern.

Wie in Kapitel 2 genannt, ist *Ganzheitlichkeit* ein wichtiges Grundprinzip der Frühförderung (vgl. Sohns, 2000, S. 27). Demnach geht es in der Förderarbeit nicht darum, dass die einzelnen Defizite und Störungen des Kindes getrennt voneinander behandelt werden, sondern es gilt „eine Förderung seiner gesamten Persönlichkeit mit all seinen Fähigkeiten und seiner ganzen Erfahrungswelt anzustreben“ (Sohns, 2000, S. 28). Hiermit ist gemeint, dass bereits in der Diagnostik das Kind sowohl in seinen Stärken und Schwächen, seinem körperlichen

Wohlbefinden und Selbstwertgefühl, aber auch im Kontext seines fördernden oder hemmenden Lebensumfeldes betrachtet wird (vgl. Weiß et al., 2004, S. 113). Die anschließende Förderung sollte sich dann auf ebendiese ganzheitlich orientierten Aspekte beziehen (vgl. Weiß et al., 2004, S. 113). Auf diese Weise wird das Kind im Zuge eines ganzheitlichen Ansatzes zwar in seiner individuellen Einmaligkeit gesehen, es steht jedoch nicht allein im Mittelpunkt der Förderung, da seine Lebenswelt mit einbezogen wird (vgl. Gerber, 2009, S. 389).

Als ein weiterer wesentlicher Bestandteil der kindlichen Förderung kann an dieser Stelle das Ziel der *sozialen Integration* genannt werden. Demnach soll Frühförderung dem Kind dabei helfen, trotz vorliegender Einschränkungen ein möglichst eigenständiges und selbstverantwortliches Leben führen zu können (vgl. Sohns, 2000, S. 29). Dies kann unter anderem mittels einer Förderung im wohnortnahen Umfeld der Familie ermöglicht werden. Auf diese Weise können neue Erfahrungen aus der Frühförderstunde in alltägliche Gegebenheiten integriert werden (vgl. Weiß et al., 2004, S. 88).

Speck beschreibt im Zuge der Ganzheitlichkeit außerdem das Spiel als einen entscheidenden Therapieansatz (vgl. Sohns, 2000, S. 27). Unabhängig von dem in sich geschlossenen Setting der Spieltherapie wird dem Spiel im Allgemeinen eine wesentliche Rolle für die kindliche Entwicklung zugeschrieben (vgl. Klein et al., 1999, S. 134). Das Spielen stellt eine natürliche Handlung von Kindern dar und bietet sich unter anderem deshalb besonders für eine heilpädagogische Förderung an (vgl. Hillenbrand, 2008, S. 140; Speck, 2003, S. 333). Auf diesem spielerischen Weg können die Frühförder*innen einen Zugang zum Kind finden und an den Entwicklungsstand anknüpfen, in dem sich das Kind gerade befindet (vgl. Bundschuh, 2002, S. 272). Mithilfe entsprechender Spielmöglichkeiten und -gegenstände kann dem Kind so ein Erprobungsfeld für verschiedene Entwicklungsprozesse geboten werden (vgl. Speck, 2003, S. 333). Als Beispiele lassen sich hier kognitive und soziale Kompetenzen nennen, die im Spiel erworben werden können (vgl. Fritz, 1997, S. 432).

5.3 Stellung der Eltern

Wie bereits in Kapitel 4.3 erläutert, sind nicht nur die zu fördernden Kinder, sondern auch deren Bezugspersonen, Adressat*innen der Frühförderung (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 183). Der Grundsatz der Ganzheitlichkeit, der im vorherigen Kapitel aufgezeigt wurde, beschreibt bereits die Relevanz des Lebensumfeldes des Kindes. Doch nach Sohns reicht es an dieser Stelle nicht aus, die Eltern und Bezugspersonen nur mit einzubeziehen, sondern sie bedürfen auch eigener Angebote und Hilfen (vgl. Sohns, 2000, S. 28). Auch Speck betont, dass

die *Familienorientierung* wichtig für die Entwicklung des Kindes ist, sofern die Eltern selbst die erforderlichen Hilfen erhalten (vgl. Speck, 1977, S. 34). So unterscheidet er zwischen zwei Formen elternbezogener Arbeit: zum einen die indirekte Förderung bezogen auf die kindlichen Entwicklungsänderungen und zum anderen die direkte Förderung der Eltern mithilfe von Beratungsangeboten (vgl. Speck, 2003, S. 460). Dieses Kapitel zielt demnach darauf ab, die Stellung der Eltern sowohl als Helfende in Bezug auf die kindliche Förderung als auch als Hilfesuchende darzustellen.

Im Sinne der Familienorientierung werden die Eltern mit in die Frühförderung ihrer Kinder einbezogen, um so „deren entwicklungsförderliche Ressourcen zu aktivieren und zu stärken“ (Weiß et al., 2004, S. 114). Mit der Integration in spezielle entwicklungsfördernde Übungen wurden sie in den Anfängen der Frühförderung daher häufig als Ko-Therapeut*in aktiv, indem sie die Förderung zuhause fortsetzten (vgl. Schmutzler, 1994, S. 121). Speck sieht diese Rolle der Eltern jedoch als problematisch an und empfiehlt den Institutionen stattdessen eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Eltern (vgl. Speck, 1983, S. 16). Im Vordergrund dieser Kooperation stehen der Erfahrungsaustausch sowie die offene Kommunikation zwischen Expert*innen und Eltern (vgl. Speck, 1983, S. 17). Auf Basis einer solchen von gegenseitiger Achtung geprägten Partnerschaft kann das Expert*innenwissen um individualisiertes Wissen seitens der Eltern sinnvoll ergänzt werden, sodass durch diese Verknüpfung eine bestmögliche Förderung des Kindes begünstigt wird (vgl. Speck, 1983, S. 16f.). Die Eltern sollen außerdem dabei unterstützt werden, die Ausdrucksmöglichkeiten ihrer Kinder einschätzen und verstehen zu können, sodass Interaktionen besser darauf abgestimmt werden können (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 199).

Wie bereits erläutert, ist es über diese partnerschaftliche Zusammenarbeit hinaus von entscheidender Bedeutung, den Eltern entsprechende Hilfsangebote zukommen zu lassen (vgl. Speck, 1977, S. 34). Die Notwendigkeit solcher Hilfen ergibt sich oft bereits nach der Diagnosestellung, von der die Eltern und Bezugspersonen in der Regel stark betroffen sind und bei dem anschließenden Verarbeitungsprozess verschiedene Gefühlszustände wie beispielsweise Angst oder Schuld erleben (vgl. Weiß et al., 2004, S. 89). Speck spricht an dieser Stelle von der Störung der Ich-Identität der Eltern aufgrund der Tatsache, ein Kind zu haben, „das den Erwartungen so diametral⁷ entgegensteht“ (Speck, 1977, S. 36). Diese möglicherweise entstehende Angst kann daraufhin zu einer Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Interaktion führen (vgl.

⁷ Diametral = „entgegengesetzt, gegensätzlich“ („Duden | dia-me-t-ral | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft“, o. J. Online unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/diametral>. Letzter Zugriff: 20.01.2018).

Speck, 1977, S. 36). Ähnliche Feststellungen machten auch McKinney und Peterson in einer Untersuchung bezüglich der erlebten Belastungen von Eltern mit geistig behinderten Kindern. Demnach äußerten diese Eltern höhere subjektive Beeinträchtigungen in der Elternrolle als Eltern mit einem gesunden Kind (vgl. McKinney & Peterson, 1987, S. 145). An dieser Stelle wird die Wichtigkeit einer elterlichen Unterstützung deutlich. Bereits in den Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ aus dem Jahr 1973 ist festgeschrieben, dass die Eltern einer Anleitung und Beratung bedürfen (vgl. Weiß, 1989, S. 29). Diese soll den Eltern unter anderem dabei helfen, die Behinderung als solche sowie die neue Lebenssituation zu akzeptieren und mögliche Schuldgefühle zu überwinden (vgl. Weiß, 1989, S. 30). Solche Elternberatungen können je nach Bedarf zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf der Förderung angeboten werden (vgl. Weiß et al., 2004, S. 90).

Anhand dieser Beispiele zeigt sich, dass sowohl die elterliche Anleitung in Bezug auf die kindliche Förderung als auch die Beratung und Unterstützung der Eltern selbst entscheidende Aspekte der Elternarbeit in der Frühförderung sind (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 199). Peterander und Giardina fassen diesbezüglich sechs Schwerpunkte zusammen, die es bei der Elternarbeit zu beachten gilt. Demnach ist neben der Aufklärung über die vorliegende Entwicklungsstörung oder Behinderung eine Vermittlung von Erziehungskompetenzen wichtig, um die Eltern-Kind-Interaktion zu verbessern (vgl. Sohns, 2000, S. 89). Für die Fördermaßnahmen am Kind ist außerdem eine Kooperation zwischen den Eltern und den Fachkräften notwendig (vgl. Sohns, 2000, S. 89). Um die Eltern in ihrem Alltags- und Familienleben stärken zu können, sind darüber hinaus die „Bearbeitung [...] familiärer Dynamiken; ein Aufbau sozialer Netzwerke [sowie] Hilfen im materiell-organisatorischen Bereich“ (Sohns, 2000, S. 89) nötig. Mit welchen Möglichkeiten und Herausforderungen diese Elternarbeit einhergeht, wird in den folgenden Kapiteln genauer erläutert.

6 Chancen des Systems

Auf Basis der in den vorherigen Kapiteln beschriebenen Grundlageninformationen der Frühförderung in Deutschland gilt es nun die Chancen dieses Systems herauszuarbeiten. Neben der Wirksamkeit von Frühförderung soll der Blick außerdem auf die äußere Struktur und Organisation gerichtet werden.

Es liegen verschiedene Studien zu den Effekten von Frühfördermaßnahmen vor,

die es im Folgenden im Hinblick auf kindliche Entwicklungsgefährdungen genauer zu betrachten gilt. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder keine homogene Untersuchungsgruppe bilden, da beispielsweise auch innerhalb eines Krankheitsbildes sehr unterschiedliche Entwicklungsverläufe zu beobachten sind (vgl. Krause, 2003, S. 35f.). Dies geht einher mit der Tatsache, dass die getesteten Kinder jeweils unterschiedlichen Entwicklungsbedingungen ausgesetzt sind sowie dass der Behinderung diverse Ursachen zugrunde liegen können (vgl. Krause, 2003, S. 36). Dennoch sollen die folgenden Studien einen Überblick über mögliche positive Effekte von Frühförderung darstellen.

Eine der ersten empirischen Studien zur Wirksamkeit von früher Förderung erfolgte durch Cunningham und Sloper (vgl. Sarimski, 2009, S. 93). Die zwischen 1973 und 1982 durchgeführte Untersuchung beschäftigte sich mit der frühen Entwicklung und Förderung eines Kindes mit Down-Syndrom (vgl. Cunningham, 1996, S. 88). Im Zuge dieser Studie wurde eine Stichprobe von 181 Kindern mit Trisomie 21 ab der sechsten Lebenswoche regelmäßig von Frühförder*innen zu Hause besucht (vgl. Sarimski, 2009, S. 93). Hier erhielten die Familien sowohl strukturierte Förderprogramme und Trainingseinheiten als Anregung für den Alltag mit ihren Kindern als auch Beratungen zu ihren Sorgen und Fragen (vgl. Cunningham, 1996, S. 88). Bei diesen Kindern konnte im Alter von einem Jahr ein höherer Entwicklungsstand festgestellt werden als bei denen, die erst ab einem Alter von sechs Monaten in das Programm aufgenommen wurden (vgl. Sarimski, 2009, S. 93). Zwar konnte diese Studie noch keine langfristigen Effekte feststellen, jedoch zeigten sich hier unmittelbare mittlere Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder, die innerhalb der ersten zwei Lebensjahre an dieser Förderung teilnahmen (vgl. Cunningham, 1996, S. 92).

Da die Ausgestaltung von Frühfördermaßnahmen sehr unterschiedlich sein kann und jeweils individuell auf das Kind abgestimmt wird, ist es schwierig, vorliegende Studienergebnisse miteinander zu vergleichen (vgl. Schlack, 2011, S. 9). Jedoch können Studien mit ähnlicher inhaltlicher Ausrichtung im Zuge einer Meta-Studie vergleichbar gemacht werden (vgl. Schlack, 2011, S. 9). Eine der umfangreichsten Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Interventionen in der Frühförderung stammt von Dunst et al. und wurde im Jahr 1989 veröffentlicht (vgl. Schlack, 2011, S. 9). Sie umfasst die Auswertung von 105 Studien bezüglich der Wirkungsweisen von Frühförderung (vgl. Schlack, 2011, S. 9). Mithilfe dieser Meta-Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die größten Nachweise zur Wirksamkeit bei den Kindern verzeichnet werden konnten, die unter umweltabhängigen Risikobedingungen aufwachsen (vgl. Schlack, 2007, S. 35). So konnte mittels therapeutischer Maßnahmen auf psychosozialer Ebene sowohl der Entwicklungsstand des Kindes als auch die Eltern-Kind-Interaktion und die soziale

Kompetenz der Eltern positiv beeinflusst werden (vgl. Schlack, 2001, S. 119, 2007, S. 35). Interventionen, die speziell die Einbeziehung des Systems Familie fokussierten, konnten demnach die effektivsten Nachweise bezüglich früher Förderung erbringen (vgl. Schlack, 2007, S. 35f.).

Eine weitere Meta-Analyse von Trivette et al. umfasst acht Studien aus den Jahren 1987 bis 2007, die Rückschlüsse familiärer Interventionen sowohl auf die Eltern-Kind-Interaktion als auch auf die kindliche Entwicklung ziehen lassen (vgl. Trivette, Dunst & Hamby, 2010, S. 3). Im Fokus dieser Untersuchung standen die Faktoren Hilfe zur Selbsthilfe, soziale Unterstützung und Ressourcen, familiäre Bedürfnisse sowie die Stärken der Familien (vgl. Trivette et al., 2010, S. 3). Die Teilnehmer*innen der acht Studien waren 910 Kinder im vorschulischen Alter und ihre Eltern. Die Stichprobe der Kinder umfasste dabei Kinder mit diagnostizierten organisch bedingten Behinderungen, Kinder mit Entwicklungsverzögerungen aufgrund psychosozialer Ursachen sowie Kinder, die von solchen medizinischen oder umweltbedingten Entwicklungsgefährdungen bedroht waren (vgl. Trivette et al., 2010, S. 7). Auch Kinder mit einer altersgemäßen Entwicklung waren Teil der Untersuchung (vgl. Trivette et al., 2010, S. 7). Mithilfe verschiedener Skalen konnten Zusammenhänge zwischen den oben genannten Faktoren und der Eltern-Kind-Interaktion sowie kindlicher Entwicklungsänderungen gemessen und untersucht werden (vgl. Trivette et al., 2010, S. 7-9). Wesentliche Ergebnisse dieser Meta-Analyse zeigen eindeutige Korrelationen zwischen der Hilfe zur Selbsthilfe und der elterlichen Selbstwirksamkeit sowie ihrem Wohlbefinden. Dieser direkte Zusammenhang wirkt sich indirekt auch positiv auf die Eltern-Kind-Interaktion sowie auf die Entwicklung des Kindes aus (vgl. Trivette et al., 2010, S. 14). An dieser Stelle wird die Bedeutung der Elterneinbeziehung deutlich, da nicht nur die in Kapitel 5.2 beschriebene Förderung am Kind, sondern auch die Arbeit mit den Eltern die Wirksamkeit von Frühförderung beeinflussen kann (vgl. Peterander & Weiß, 2016, S. 34). Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Meta-Analyse von Dunst aus dem Jahr 2007, die 47 Studien bezüglich familienorientierter Unterstützung untersucht (vgl. Dunst, Trivette & Hamby, 2007, S. 370). Insgesamt umfasste die Stichprobe 11.187 Teilnehmer*innen zwischen 25 und 41 Jahren, deren Kinder im durchschnittlichen Alter von sieben Monaten bis 13 Jahren waren. Die Bandbreite dieser Kinder reichte ähnlich wie bei der obigen Untersuchung von einer altersgemäßen Entwicklung über Risikokinder bis hin zu Kindern mit Entwicklungsverzögerungen oder diagnostizierten Behinderungen (vgl. Dunst et al., 2007, S. 373). Diese Kinder und Eltern nahmen unterschiedliche Interventionen wie beispielsweise Frühförderung, schulische Förderprogramme oder Hilfen in Rehabilitationszentren wahr (vgl. Dunst et al., 2007, S. 373). Aufgrund der Verschiedenheit an institutionellen Hilfen ist auch die Bandbreite

der hilfegebenden Personen groß und umfasst unter anderem Frühförder*innen, Krankenschwester*innen und Therapeut*innen (vgl. Dunst et al., 2007, S. 373). Im Fokus dieser Studie stand vor allem der Zusammenhang zwischen der familienorientierten Ausrichtung der Hilfen und den Faktoren Selbstwirksamkeitsglaube, Teilnehmer*innenzufriedenheit, elterliches Erziehungsverhalten, persönliches und familiäres Wohlbefinden, soziale Unterstützung und kindliches Verhalten (vgl. Dunst et al., 2007, S. 373). In allen sechs Analysebereichen konnten signifikante Ergebnisse festgestellt werden. Dabei hat sich gezeigt, dass diese Faktoren umso stärker positiv beeinflusst wurden, je familienbasierter die Intervention ausgerichtet war (vgl. Dunst et al., 2007, S. 373f.). Außerdem konnte dargestellt werden, dass diese Familienorientierung zwar keine direkten Entwicklungsänderungen beim Kind hervorrufen kann, jedoch wird davon ausgegangen, dass die Kinder indirekt durch die gestärkte Persönlichkeit der Eltern profitieren (vgl. Dunst et al., 2007, S. 376). Aufgrund eines stabileren Selbstwirksamkeitsempfindens sowie einer positiveren Einstellung dem Kind und seiner Stärken gegenüber lässt sich deshalb schlussfolgern, dass eine familienbasierte Ausrichtung von Interventionen sowohl positiven Einfluss auf die Eltern als auch auf das Kind und dessen Entwicklung hat (vgl. Dunst et al., 2007, S. 376).

Die in den obigen Meta-Analysen gewonnenen Erkenntnisse gehen mit den Ergebnissen der NICHD-Studie⁸ aus dem Jahr 1991 einher. Zwar stand in dieser breit angelegten Studie die Krippenbetreuung im Fokus der Untersuchung, jedoch ist der besondere Einfluss der Eltern auf die kindliche Entwicklung eine der entscheidenden Kernaussagen (vgl. NICHD Early Child Care Research Network, 2005, S. 423). Demnach haben diese einen größeren Einfluss auf die Entwicklung ihrer Kinder als Krippen (vgl. NICHD Early Child Care Research Network, 2005, S. 423). Diese Ergebnisse stützen die Annahme, dass eine familienorientierte Frühförderung unter Einbeziehung der Eltern unabdingbar für die Wirksamkeit von Frühförderung ist (vgl. Rothlaender & Kuschel, 2014, S. 314). In einer Untersuchung aus dem Jahr 1993 ging Speck diesbezüglich außerdem der Frage nach, wie Eltern von Kindern in der Frühförderung diese Elternarbeit bewerten (vgl. Speck, 2003, S. 461). Die Ergebnisse der Befragung von 1.100 Eltern zeigen insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der Frühförderarbeit und der Kooperation mit den Fachkräften. So erleben beispielsweise 86,6% der Eltern die Gespräche mit den Frühförder*innen als hilfreich, 93,6% vertrauen der Förderarbeit und 94,7% empfinden die Zusammenarbeit als angenehm (vgl. Speck, 2003, S. 463). Zwar handelt es sich hierbei lediglich um stichprobenartige Anhaltspunkte, jedoch zeichnet sich ab, dass die oben beschriebene

⁸ „NICHD“ = National Institute of Child Health and Human Development (NICHD Early Child Care Research Network, 2005, S. 1).

Familienorientierung und Elterneinbeziehung in den Frühfördereinrichtungen umgesetzt und von den Eltern wertgeschätzt wird (vgl. Speck, 2003, S. 463).

Über diese Untersuchungen hinaus ergeben sich weitere Möglichkeiten der Frühförderung, wie beispielsweise die oben beschriebene mobile Arbeit von Frühförderstellen (s. Kapitel 4.4). Die Tatsache, dass die Familien mit dem zu fördernden Kind die Option haben, die Förderung im eigenen Wohn- und Lebensumfeld stattfinden zu lassen, bringt verschiedene positive Aspekte mit sich. Zum einen kann dies eine Erleichterung für die Eltern bedeuten, da eventuell lange oder umständliche Anfahrtswege auf diese Weise zu vermeiden sind (vgl. Weiß et al., 2004, S. 97). Zum anderen erfährt das Kind die Förderung in einem ihm vertrauten Umfeld, sodass es sich lediglich an die Fachkraft und die spezielle Fördersituation, nicht aber an unbekannte Räumlichkeiten gewöhnen muss. Dies kann den Zugang zum Kind erleichtern, sodass schneller in die Förderung eingestiegen werden kann (vgl. Weiß et al., 2004, S. 98). Darüber hinaus kann die vertraute Umgebung bei dem Transfer in den Alltag helfen, da die Frühförder*in den Eltern direkte Anregungen für den Alltag mitgeben kann, die diese außerhalb der Förderstunde umsetzen können (vgl. Weiß et al., 2004, S. 98). Im Zuge der in Kapitel 5.3 erläuterten Familienorientierung kann eine solche mobile Frühförderung ebenfalls hilfreich sein. Durch die regelmäßigen Besuche bei den Familien erhalten die Fachkräfte einen Einblick in das Familienleben und lernen außerdem weitere Personen dieses Systems wie beispielsweise Geschwisterkinder oder Großeltern kennen. Auf diese Weise können mögliche einschränkende Entwicklungsbedingungen, Belastungen oder auch Ressourcen der Familien aufgefunden werden, die für die weitere Förderung als wichtige Grundlage dienen können (vgl. Weiß, 2012, S. 44). Es hat sich gezeigt, dass eine solche mobile Frühförderung vor allem für die Familien viele Chancen bergen kann, die aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen oder einer prekären Lebenslage nicht in der Lage sind, regelmäßig eine Frühförderstelle aufzusuchen (vgl. Thurmair & Naggl, 2010, S. 230). Durch diese „Geh-Struktur“ (Maelicke, Fretschner, Köhler & Frei, 2013, S. 48) kann so auch den Kindern eine Förderung gewährleistet werden, die in schwierigen sozialen Kontexten leben und von ambulanten Fördermaßnahmen aufgrund der Rahmenbedingungen möglicherweise nicht profitieren können (vgl. Maelicke et al., 2013, S. 47f.). Die mobile Arbeit geht demnach mit einer Niedrigschwelligkeit einher, sodass möglichst viele Familien die Förderung erhalten, die sie benötigen (vgl. Maelicke et al., 2013, S. 47f.).

Eine weitere Chance des Frühfördersystems kann in der interdisziplinären Arbeit liegen, sofern diese im Sinne der kindlichen und familiären Bedürfnisse ausgeübt wird (vgl. Weiß et al., 2004, S. 118). Dazu gehören beispielsweise eine Komplexität der Arbeitsbereiche sowie eine aufeinander abgestimmte und sich ergänzende Arbeit (vgl. Weiß et al., 2004, S.

118f.). Aufgrund dieser Vielfalt an Berufsgruppen können kindliche Entwicklungsauffälligkeiten aus der jeweiligen fachspezifischen Sicht wahrgenommen und ein entsprechender Förderansatz entwickelt werden (vgl. Hafen, 2013, S. 104). Dies wird bereits in Kapitel 5.2 deutlich, da je nach betroffenem Entwicklungsbereich spezifische Therapieansätze verfolgt werden können (vgl. Weiß et al., 2004, S. 45). Ähnlich wie bei der zuvor beschriebenen Mobilität kann der Aspekt Interdisziplinarität außerdem die Eltern in dem Sinne entlasten, dass sie nicht mehr viele verschiedene Spezialist*innen aufsuchen müssen, wie dies noch in der monodisziplinären Arbeit der Fall war (vgl. Speck, 2003, S. 457). Diese Erleichterung im Alltag kann sich wiederum positiv auf die möglicherweise empfundene Stressbelastung der Eltern auswirken (vgl. Speck, 2003, S. 457).

Im Zuge der Chancen von Frühförderung ist außerdem der präventive Kinderschutz zu nennen (vgl. Weiß, 2016, S. 205). In einer Studie aus dem Jahr 2000 konnten Sullivan und Knutson einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Entwicklungsauffälligkeit und einer Kindeswohlgefährdung nachweisen (vgl. Sullivan & Knutson, 2000, S. 1265). Die untersuchten Entwicklungsgefährdungen umfassten unter anderem Verhaltensstörungen, geistige und körperliche Behinderungen, Lernstörungen sowie sprachliche und sensorische Entwicklungsdefizite (vgl. Sullivan & Knutson, 2000, S. 1261). Insgesamt ist die Prävalenz bei Kindern mit einer solchen Entwicklungsauffälligkeit durchschnittlich um bis zu 3,4 mal höher, Opfer von elterlicher Misshandlung und Vernachlässigung zu werden als bei altersgemäß entwickelten Kindern (vgl. Sullivan & Knutson, 2000, S. 1266). Die Ursachen und Bedingungsgefüge für das Auftreten einer Kindeswohlgefährdung sind vielfältig und lassen sich nicht pauschal vorhersagen. Jedoch zeigen verschiedene Langzeitstudien, dass unter anderem familiäre Stressbelastung eine entscheidende Rolle in der Entstehung einer solchen Gefährdung spielen kann (vgl. Reinhold & Kindler, 2006a, S. 19-1)⁹. So wirkt sich dieser Stress beispielsweise auf das Erziehungsverhalten in Form von „erhöhte[r] Reizbarkeit, Strafbereitschaft und einer verringerten Feinfühligkeit“ (Reinhold & Kindler, 2006a, S. 19-2) aus. Darüber hinaus konnten Rodriguez und Green einen direkten Zusammenhang zwischen elterlichem Stress und dem Risiko einer Kindesmisshandlung feststellen (vgl. Rodriguez & Green, 1997, S. 372). Wie die in Kapitel 5.3 genannte Untersuchung von McKinney und Peterson gezeigt hat, treten solche Belastungen vor allem bei Eltern mit einem behinderten Kind auf (vgl. McKinney & Peterson, 1987, S. 145). Sollten Misshandlungen oder Vernachlässigungen demnach eine Folge elterlicher Überforderung oder unzureichender Erziehungskompetenz sein, die durch die kindlichen

⁹ Die Seitenangaben in Kindler et al. (2006) ergeben sich jeweils aus Kapitelnummer und Seitenzahl des jeweiligen Kapitels (Anm. d. Verfass.).

Verhaltensweisen noch verstärkt werden, kann die Frühförderung an dieser Stelle dem Kinderschutz dienen (vgl. Weiß, 2016, S. 206). Mithilfe einer Stärkung der elterlichen Kompetenzen sowie eine Verringerung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten besteht die Möglichkeit, einem solchen Risiko frühzeitig entgegenzuwirken (vgl. Reinhold & Kindler, 2006b, S. 17-5). Aufgrund der zuvor erläuterten zentralen Aspekte in der Frühförderung kann daher geschlossen werden, dass das Frühfördersystem mit dem Bereitstellen von kindlicher Förderung sowie elterlicher Einbeziehung und Unterstützung einen wesentlichen Teil zum präventiven Kinderschutz leisten kann (vgl. Weiß, 2016, S. 206).

Eine weitere Möglichkeit des Frühfördersystems stellt die Resilienzförderung dar (vgl. Hafen, 2014, S. 20). Resilienz beschreibt das „individuelle Potenzial, trotz einer Vielzahl von Entwicklungsrisiken eine günstige Entwicklung zu zeigen“ (Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 27). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass diese Fähigkeit kein stabiler und unveränderlicher Zustand ist, sondern sich in verschiedenen Entwicklungsabschnitten und zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich darstellen kann (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 27). Die Resilienzforschung bildet ein sehr umfangreiches Feld der Entwicklungspsychologie und soll nicht im Fokus dieser Arbeit stehen. Dennoch spielt die Förderung von Resilienz im Kontext kindlicher Entwicklungsgefährdungen eine wichtige Rolle, die es im Folgenden zu erläutern gilt (vgl. Hafen, 2014, S. 20). Fröhlich-Gildhoff benennt wesentliche Schutzfaktoren, die für die Resilienz eines Kindes verantwortlich sein können und differenziert diese nach personalen und sozialen Ressourcen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2015, S. 30). Zu ersterem zählen beispielsweise das kindliche Selbstwirksamkeitsempfinden, soziale Kompetenzen sowie Problemlösefähigkeiten (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2015, S. 30). Soziale Faktoren beschreiben unter anderem das Vorhandensein von mindestens einer stabilen Bezugsperson, einem hohen Bildungsniveau und sozioökonomischen Status der Eltern sowie positive Freundschaftsbeziehungen und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2015, S. 30f.). Durch die Stärkung oder Schwächung dieser Ressourcen entwickelt sich die Resilienz eines Kindes (vgl. Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2011, S. 362). Frühförderung kann an ebendiesem Punkt ansetzen und versuchen, die oben genannten Resilienzfaktoren zu stärken. Betrachtet man dazu die zwei Ebenen der Resilienzförderung nach Wustmann, wird deutlich, dass diese äquivalent zu den Ansätzen der Frühförderung sind: So kann die Resilienz eines Kindes auf individueller Ebene und auf der Beziehungsebene gefördert werden (vgl. Weiß, 2011, S. 335). Hierbei gilt es zwar zu beachten, dass Resilienz nicht trainierbar ist, jedoch können die jeweiligen Frühförder*innen dazu beitragen, dass entspre-

chende Entwicklungsbedingungen geschaffen werden, die dem Kind einen Aufbau der personalen und sozialen Ressourcen ermöglichen (vgl. Wustmann, 2011, S. 350f.). Dies geht unter anderem einher mit der zuvor beschriebenen Feststellung, dass Frühfördermaßnahmen besonders bei Kindern mit psychosozial bedingten Entwicklungsrisiken wirksam sind (vgl. Schlack, 2007, S. 35). Als ein Beispiel, inwiefern Frühförderung hier greifen kann, kann die oft langjährige Begleitung einer Familie durch eine Frühförder*in genannt werden. Auf diese Weise erhält das Kind neben den Eltern einen verlässlichen Kontakt zu einer außerfamiliären Person, die für das Kind ein positives Rollenvorbild darstellen kann (vgl. Weiß et al., 2004, S. 109f.). Zwar ist die Resilienzförderung nicht primäres Ziel des Frühförderansatzes, jedoch kann Frühförderung im Rahmen ihrer Möglichkeiten für möglichst günstige Umweltbedingungen sorgen (vgl. Hafen, 2014, S. 21).

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die Chancen der Frühförderung vor allem in der hohen Wirksamkeit bei psychosozial bedingten Entwicklungsauffälligkeiten liegen. Außerdem stellen neben dem präventiven Kinderschutz und der Resilienzförderung eine familienorientierte Ausgestaltung der Fördermaßnahmen und die Einbeziehung der Eltern wesentliche Möglichkeiten dieses Systems dar. Die mobile und interdisziplinäre Arbeit in der Frühförderung unterstützen diese positiven Aspekte.

7 Grenzen des Systems

Neben den zuvor erläuterten Chancen des Frühfördersystems lassen sich wesentliche Herausforderungen finden, mit denen die Frühförderung konfrontiert wird (vgl. Sohns, 2007, S. 276f.). Diese gilt es im Folgenden darzustellen.

Eine erste Grenze des Frühfördersystems lässt sich in den rechtlichen Vereinbarungen und der Versorgungslage in Deutschland feststellen. So liegt seit 2003 eine einheitliche gesetzliche Regelung auf Bundesebene vor, die die Bundesländer in den jeweiligen Landesrahmenempfehlungen konkretisieren sollen (vgl. Müntefering, 2008, S. 19). Doch bereits in der Entwicklung dieser Vereinbarungen zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Fünf Jahre nach Inkrafttreten der Frühförderungsverordnung lagen lediglich in acht Ländern (Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Sachsen) solche Rahmenempfehlungen vor (vgl. Müntefering, 2008, S. 19). Mittlerweile existieren zwar in allen Ländern ebendiese Vereinbarungen, jedoch unterscheiden

diese sich in ihrer Ausgestaltung, sodass in der Umsetzung der Frühförderungsverordnung länderspezifische Verschiedenheiten vorzufinden sind (vgl. Engel et al., 2008, S. 30). Diese umfassen beispielsweise die Mindestanforderungen für die Durchführung der Komplexleistung, die Finanzierungsformen sowie unterschiedliche Strukturen der landesweiten Vernetzung (vgl. Maelicke et al., 2013, S. 171). So gibt es zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen keine landeseinheitlichen Standards, da diese den jeweiligen regionalen Gegebenheiten angepasst werden (vgl. Maelicke et al., 2013, S. 178). Solche Unterschiede zwischen den Bundesländern schlagen sich auch in der Anzahl von Frühförderstellen nieder (s. Kapitel 4.1). Demnach stehen den westlichen Bundesländern durchschnittlich fünf Frühförderstellen pro eine Million Einwohner*innen mehr zur Verfügung als den östlichen (vgl. Bormann et al., 1996, S. 141). Trotz eines flächendeckenden Frühfördernetzes in Deutschland ist keine gleichmäßige Verteilung auf die Bundesländer gegeben (vgl. Gerber, 2009, S. 387). Zwar wirken sich diese strukturellen Aspekte nicht direkt auf die kindliche Entwicklung und deren Förderung aus, jedoch stellen diese Unterschiede in den Bundesländern ungleiche Voraussetzungen für den Zugang zu Frühfördermaßnahmen dar und können so als eine Einschränkung im System gesehen werden (vgl. Gerber, 2009, S. 387).

Des Weiteren lässt sich auf die zuvor beschriebene positive Wirksamkeit von Frühförderung eingehen. Zwar konnten in einigen Studien positive Effekte auf die kindliche Entwicklung festgestellt werden, jedoch bleibt zu beachten, dass die empirische Basis sehr gering ist (vgl. Hasselhorn, 2010, S. 175). Auch Koch kritisiert diesen Mangel an wissenschaftlicher Fundierung im deutschsprachigen Raum (vgl. Koch, 1999, S. 124). Darüber hinaus scheint der Großteil der vorhandenen Untersuchungen nicht alle Einflussfaktoren miteinzubeziehen. So bleiben beispielsweise die „interindividuellen Differenzen in der [...] Beeinflussbarkeit des Verhalten[s] [und] seiner Entwicklungsveränderungen“ (Hasselhorn, 2010, S. 175) außen vor. Demnach ist es über allgemeine Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung hinaus auch wichtig zu wissen, inwiefern sich Kinder in ihrer Beeinflussbarkeit unterscheiden, da nicht alle Faktoren die gleichen Auswirkungen auf verschiedene Kinder haben (vgl. Hasselhorn, 2010, S. 175). Schon Ende der 80er-Jahre beschreibt Guralnick ebendiese methodischen Ungenauigkeiten und fordert unter anderem spezifischere Untersuchungsmethoden und Studiendesigns (vgl. Guralnick, 1989, S. 2f.). Trotz vorhandener Meta-Analysen über vergleichbare Studien (s. Kapitel 6) sieht Kißgen an dieser Stelle ähnliche Mängel an den Untersuchungen zur Wirksamkeit: Da sich sowohl die Zielgruppen als auch die Organisationsstrukturen und Hilfsangebote unterschiedlich ausgestalten, lassen sich nur schwer eindeutige Bedingungsbeziehungen feststellen (vgl. Kißgen, 2008, S. 406). Darüber hinaus stehen bei ebendiesen Untersuchungen oft nur

die Wirkungszusammenhänge zwischen der Förderung und den kindlichen Entwicklungsforschritten im Vordergrund. Mögliche Auswirkungen auf die Eltern und ihre Erziehungskompetenzen oder Einstellungsänderungen zum Kind werden so nicht erfasst (vgl. Weiß et al., 2004, S. 104). Da im Sinne der Familienorientierung jedoch auch das familiäre Umfeld des Kindes für die Wirksamkeit einer Fördermaßnahme entscheidend ist, scheint es notwendig, auch diese Faktoren in den Untersuchungen zu erfassen, um daraus Schlüsse für die Frühförderung ziehen zu können (vgl. Dunst et al., 2007, S. 376). Blickt man trotz dieser Kritikpunkte bezüglich der Untersuchungsmethoden nochmals auf die Resultate einzelner Studien, sind den oben festgestellten positiven Effekten ernüchternde Ergebnisse gegenüberzustellen (vgl. Kißgen, 2008, S. 406f.). Besonders im Kontrast zur nachgewiesenen Wirksamkeit von Frühförderung bei umweltbedingten Entwicklungsgefährdungen (s. Kapitel 6) ergeben sich nur unzureichende Belege für Kinder mit biologisch bedingten Behinderungen (vgl. Weiß et al., 2004, S. 102f.). Demnach konnten beispielsweise bei Kindern mit Down-Syndrom keine Langzeiterfolge in Form einer Entwicklungsbeschleunigung nachgewiesen werden (vgl. Carr & Carr, 1995, S. 177). Cunningham verweist außerdem auf den Aspekt der Verallgemeinerung von Förderangeboten und konnte in einer Studie belegen, dass sich generalisierte Fördermaßnahmen für jegliche Kinder mit Down-Syndrom nicht als effektiv erweisen (vgl. Cunningham, 1996, S. 94). Dies begründet er mit den individuellen Unterschieden dieser Kinder und Familien und empfiehlt daher eine differenzierte Elternpartnerschaft und eine Anpassung an die familiären Bedürfnisse und Ressourcen (vgl. Cunningham, 1996, S. 94).

Die Aspekte der oben aufgeführten empirischen Forschung stellen insofern eine Grenze der Frühförderung dar, dass nicht mit vollständiger Sicherheit nachgewiesen kann, in welcher Weise Frühfördermaßnahmen auf die jeweiligen Kinder wirken und inwiefern sie Entwicklungsgefährdungen und Behinderungen kompensieren können (vgl. Kißgen, 2008, S. 406).

Die Tatsache, dass vor allem psychosoziale Risikofaktoren durch Frühförderung ausgeglichen werden können, organisch bedingte Behinderungen jedoch nicht, stellt die in der Einleitung erläuterte Plastizität des kindlichen Gehirns in Frage (vgl. Schlack, 2007, S. 35). Demnach scheint ein „biologisch intakte[s] Gehirn“ (Schlack, 2007, S. 35) am stärksten von Frühfördermaßnahmen profitieren zu können. So konnte beispielsweise in der Zürcher Längsschnittstudie gezeigt werden, dass das Ausmaß der sozialen Anregungen und Anreize bei Kindern ohne biologisch bedingte Einschränkungen Auswirkungen auf alle Entwicklungsdimensionen hatte. Bei Kindern mit einer schweren Behinderung ließen sich jedoch keine Effekte auf die Entwicklung nachweisen (vgl. Schlack, 2007, S. 35). Wie in der Einleitung bereits erläutert wurde, stehen für Familien mit ebendiesen psychosozialen Belastungen vor allem die *Frühen*

Hilfen als Unterstützungsangebot bereit (vgl. Weiß, 2016, S. 207). An diesem Punkt stellt sich deshalb die Frage, wie diese beiden Systeme zueinander stehen und ob sie sich bezüglich ihrer Klientel sinnvoll ergänzen können. Die Grenze der Frühförderung kann hierbei darin liegen, dass für die Bewilligung von Frühfördermaßnahmen insbesondere das Kind im Mittelpunkt steht. Liegen bei diesem Entwicklungsauffälligkeiten vor, kann mithilfe einer umfangreichen Diagnostik die Notwendigkeit von Frühförderung überprüft werden (vgl. Weiß, 2016, S. 208). Ist die kindliche Entwicklung jedoch unauffällig, besteht die Gefahr, dass keine weiteren Maßnahmen unternommen werden. Unbeachtet bleibt hierbei, ob die Familie möglicherweise mit psychosozialen Belastungen konfrontiert ist (vgl. Weiß, 2016, S. 208). Dies kann dazu führen, dass der Hilfebedarf einer solchen Familie nicht erkannt oder erst dann wahrgenommen wird, wenn sich die umweltbedingten Risikofaktoren bereits auf die Entwicklung des Kindes ausgewirkt haben (vgl. Weiß, 2016, S. 208). Dieser Sachverhalt verdeutlicht die Notwendigkeit einer engen Kooperation beider Systeme, um ein möglichst frühes Greifen der angebotenen Hilfen zu gewährleisten (vgl. Weiß, 2016, S. 208).

Zwar konnte in Kapitel 5.3 die Wichtigkeit der Elternarbeit in der Frühförderung herausgearbeitet werden, jedoch lassen sich auch hier Aspekte finden, die die praktische Arbeit in der Frühförderung erschweren und demzufolge an ihre Grenzen stoßen lassen (vgl. Weiß, 1983, S. 48). Es konnte zuvor bereits gezeigt werden, dass Frühförderung besonders bei Kindern mit psychosozial bedingten Entwicklungsauffälligkeiten wirksam ist (vgl. Schlack, 2007, S. 35). Jedoch kann bei ebendiesen Familien die Elterneinbeziehung oft eine Herausforderung für die Frühförder*innen darstellen. Eine Untersuchung von Strothmann und Zeschitz befasste sich in diesem Zuge mit möglichen Gründen für einen Abbruch der Kooperation seitens der Eltern innerhalb der Frühförderung (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 86). Die Stichprobe dieser Analyse umfasste 75 Familien. Insgesamt wurden 19 Faktoren untersucht, die die elterliche Kooperation negativ beeinflussen können (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 91–95). Hierzu gehörten unter anderem sozioökonomische Faktoren wie gestörte Familienverhältnisse, Probleme mit der direkten sozialen Umwelt wie Nachbarn, physische oder psychische Krankheiten eines Elternteils oder schlechte wirtschaftliche Verhältnisse (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 91f.). Darüber hinaus stellten auch Kriterien, die sich auf das Kind beziehen, einen Teil der Untersuchung dar. Dazu zählten sowohl der Schweregrad der Behinderung als auch Misserfolge der Interventionen aufgrund zu geringer Entwicklungsfortschritte (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 93). Unter den Aspekten, die das Eltern-Kind-Verhältnis betreffen, ließen sich unter anderem die subjektive Einschätzung der Behinderung durch die Eltern, Schuldproblematiken seitens der Eltern oder der Erziehungsstil zusammenfassen (vgl.

Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 93f.). Zu weiteren sonstigen Einflussfaktoren zählten beispielsweise Sprachbarrieren und die Beziehung zwischen der Frühförder*in und den Eltern (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 95). Insgesamt brachen zwölf der 75 Familien die Kooperation ab, was einem Anteil von 16% entspricht. Bei einem Drittel dieser Abbrüche lagen die Ursachen in sozioökonomischen Faktoren wie beispielsweise schlechter wirtschaftlicher Verhältnisse (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 112f.). Eine Erklärung dafür kann unter anderem in den existenziellen Sorgen gefunden werden, die das Familienleben negativ beeinflussen und dazu führen können, dass die Eltern nicht in der Lage sind, für das entwicklungs-auffällige Kind die nötigen Kräfte und Ressourcen aufzubringen (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 112). Einen weiteren wesentlichen Einfluss auf das Abbrechen der elterlichen Zusammenarbeit hatte die subjektive Einschätzung der Behinderung sowie irrationale Lösungsstrategien durch Eltern (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 113). So hatten 15% der zwölf Familien aufgrund dieser Faktoren eine verzerrte Sichtweise auf das Störungsbild des Kindes und waren nicht in der Lage, rationale Vorschläge der Frühförder*innen anzunehmen (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 113). In diesem Zuge konnte außerdem festgestellt werden, dass zusätzlich zu anderen hemmenden Einflussfaktoren in der Hälfte aller Abbrüche eine Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung vorlag. In diesen Fällen wurden häufig die Fortschritte des Kindes seitens der Mutter nicht wahrgenommen, was unter anderem in eine Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit mündete und die Bemühungen der Mutter keine positiven Rückmeldungen zur Folge hatten (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 114). Insgesamt zeigen diese Gründe für eine gescheiterte Elternzusammenarbeit, dass die Möglichkeiten der Frühförderung nicht immer in vollem Rahmen ausgeschöpft werden können und so an ihre Grenzen stoßen (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 114). Im Zuge dieser Eltern- und Familienarbeit sieht Weiß außerdem eine mögliche Herausforderung in der „fördersituative[n] Dreier-Konstellation Kind-Mutter-Fachperson“ (Weiß, 1989, S. 62). Aufgrund verschiedener Erwartungen an das Kind und Intentionen an die Frühförderung kann diese zu einer Konfliktsituation werden, die es zu lösen gilt (vgl. Weiß, 1989, S. 62). Werden große Diskrepanzen zwischen den Eltern und der Frühförder*in nicht bearbeitet, können Belastungen und Beeinträchtigungen der kindlichen Förderung eine Folge sein (vgl. Weiß, 1989, S. 62). Um dies zu vermeiden, empfiehlt Weiß deshalb eine offene und respektvolle Kommunikation, in der die jeweiligen Interessen und Vorstellungen bezüglich der Förderung angesprochen werden (vgl. Weiß, 1989, S. 62f.). Auch Speck sieht in diesen möglichen Meinungsverschiedenheiten eine Gefahr für die Effizienz der Frühförderung. Demnach sollten die Eltern und die Fachkräfte gemeinsame Ziele bezüglich der Zusammenarbeit festlegen, sodass eine gegenseitige Abstimmung der Ausgangspunkt für die

Kooperation ist (vgl. Speck, 2003, S. 463). Anhand dieser Ausführungen zur Elternarbeit kann geschlussfolgert werden, dass diese zwar einen entscheidenden Teil der Frühförderung ausmacht, jedoch auch davon abhängig ist, inwiefern die Partizipation der Eltern überhaupt möglich ist (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 114).

Zusammenfassend lässt sich demnach sagen, dass die Grenzen des Frühfördersystems vor allem in der geringen empirischen Basis sowie der begrenzten Nachweisbarkeit positiver Effekte auf die kindliche Entwicklung liegen. Weitere Herausforderungen stellen außerdem die Landesunterschiede, die Abgrenzung zu den Frühen Hilfen sowie die Ausgestaltung der Elternarbeit dar.

8 Resümee

Abschließend lassen sich die gewonnenen Erkenntnisse dieser Arbeit zusammenführen. Hierbei werden zunächst die wesentlichen allgemeinen Informationen aus den Kapiteln 1 bis 4 kurz und prägnant wiedergegeben. Daran anschließend werden Schlussfolgerungen bezüglich des Frühfördersystems im Kontext kindlicher Entwicklungsgefährdungen sowie dessen Chancen und Grenzen gezogen.

Frühförderung stellt ein System verschiedener Unterstützungsangebote für entwicklungsgefährdete Kinder und ihre Familien dar und verfolgt das Ziel, Entwicklungsauffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und diesen entgegenzuwirken (vgl. Sohns, 2000, S. 17). Diese Hilfen umfassen die Aufgabengebiete Früherfassung, -erkennung, -diagnostik, -therapie, -erziehung und -beratung (vgl. Blanz et al., 2006, S. 500; Heese, 1978, S. 4-7).

Das Frühfördersystem in Deutschland hat eine relativ kurze Geschichte und etablierte sich bundesweit seit den 1960er Jahren (vgl. Sohns, 2000, S. 272). Entscheidende Ausgangspunkte für diese Entwicklungen waren sowohl die Einführung der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 1971 als auch die zwei Jahre später veröffentlichten Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates (vgl. Leyendecker, 2008, S. 22; Weiß et al., 2004, S. 148).

In Deutschland existieren etwas mehr als 1.000 Einrichtungen der Frühförderung (vgl. Weiß, 2016, S. 204). Daten aus den neunziger Jahren belegen hierbei eine unterschiedliche Versorgungsrate zwischen den Bundesländern (vgl. Bormann et al., 1996, S. 62; 142). Das System der Frühförderung ist in §30 des Rehabilitationsgesetzes sowie in der Frühförderungsverordnung gesetzlich verankert (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §30 SGB IX; FrühV). Für die Umsetzung dieser bundesweiten Vorgaben gelten die in den jeweiligen Bundesländern

erarbeiteten Landesrahmenvereinbarungen (vgl. Müntefering, 2008, S. 19). §9 der Frühförderungsverordnung regelt die Finanzierung der Fördermaßnahmen. Dafür werden zwischen einem Rehabilitationsträger und der jeweiligen Frühförderinstitution Entgelte vereinbart (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §9 FrühV). Für die Eltern fallen dabei keine Kosten an (vgl. von Loh, 2017, S. 93). Die Adressat*innen der Frühförderung sind Kinder im vorschulischen Alter, die nach §2 Abs.1 SGB IX behindert oder von Behinderung bedroht sind (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 183; *Gesetze für die Soziale Arbeit*, 2015, §2 Abs.1 SGB IX). Die Eltern dieser Kinder zählen ebenfalls zur Zielgruppe der Maßnahmen (vgl. Baudisch et al., 2004, S. 183). Die zwei wesentlichen Institutionen im Bereich der Frühförderung sind interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren (vgl. Schmutzler, 1994, S. 118; 120). Um den Kindern und Familien möglichst umfassende und sich ergänzende Hilfen bieten zu können, arbeiten diese interdisziplinär zusammen und vereinen somit medizinische, therapeutische, psychologische, soziale und pädagogische Arbeitsbereiche (vgl. Weiß et al., 2004, S. 45).

Prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren können die Entwicklung eines Kindes negativ beeinflussen und unter Umständen zu Entwicklungsbeeinträchtigungen führen (vgl. von Loh, 2017, S. 25). Je nach Ausmaß dieser Einschränkung wird in der Literatur zwischen Entwicklungsauffälligkeit, -abweichung, -verzögerung, -störung und Behinderung differenziert (vgl. von Loh, 2017, S. 29–31). Diese können alle Entwicklungsbereiche (Wahrnehmung, Sprache, Motorik, Sozio-Emotionalität und Kognition) eines Kindes betreffen (vgl. Gröschke, 2007, S. 208). Auf Grundlage eines Förder- und Behandlungsplans können die Maßnahmen individuell auf die kindlichen Bedürfnisse und Beeinträchtigungen abgestimmt werden (vgl. Weiß et al., 2004, S. 87). Beispiele für solche Interventionen mit dem Kind sind neben der heilpädagogischen Förderung auch Ergotherapie oder Logopädie (vgl. von Loh, 2017, S. 86f.; 88f.; 93). Darüber hinaus gelten Ganzheitlichkeit und soziale Integration als wichtige Prinzipien sowie das Spiel als entscheidendes Medium der Frühförderung (vgl. Sohns, 2000, S. 27; 29; Speck, 2003, S. 333). Die Eltern nehmen hier eine doppelte Position ein: Zum einen spielen sie eine wichtige Rolle für die kindliche Entwicklung innerhalb der Förderung, zum anderen werden sie selbst mittels verschiedener Beratungs- und Hilfsangebote unterstützt (vgl. Speck, 2003, S. 460).

Zur Beantwortung der zu Beginn dieser Arbeit gestellten Leitfrage lassen sich folgende Möglichkeiten und Herausforderungen des Frühfördersystems im Kontext kindlicher Entwicklungsgefährdungen zusammenfassen:

Die Chancen der Frühförderung in Deutschland liegen unter anderem in der mobilen und interdisziplinär ausgerichteten Arbeit, da diese eine individuelle Anpassung an die Bedürfnisse der Kinder und Familien ermöglicht (vgl. Weiß et al., 2004, S. 97; 118f.). Empirische Studien konnten darüber hinaus positive Effekte auf die kindliche Entwicklung nachweisen. Demnach sind Frühfördermaßnahmen besonders dann wirksam, wenn es sich zum einen bei den Entwicklungsabweichungen um psychosozial bedingte Auffälligkeiten handelt und zum anderen die Frühförderprogramme familienorientiert und in Kooperation mit den Eltern arbeiten (vgl. Dunst et al., 2007, S. 373f.; Schlack, 2007, S. 35). Im Rahmen des präventiven Kinderschutzes sowie der Resilienzförderung wird dem Frühfördersystem ebenfalls eine entscheidende Rolle beigemessen, da sie mittels kindlicher Förderung, elterlicher Stärkung und der Schaffung von günstigen Umweltbedingungen die Gegebenheiten der Familie positiv beeinflussen kann (vgl. Hafen, 2014, S. 20f.; Weiß, 2016, S. 206).

Die Grenzen des Frühfördersystems finden sich unter anderem in der unterschiedlichen Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen sowie der ungleichen Verteilung von Frühfördereinrichtungen im Bundesgebiet (vgl. Engel et al., 2008, S. 30; Gerber, 2009, S. 387). Eine relativ geringe empirische Fundierung konnte außerdem nur in Teilen eine Wirksamkeit von Frühfördermaßnahmen nachweisen, die keine ausreichenden Schlüsse zu Langzeiteffekten zulassen (vgl. Hasselhorn, 2010, S. 175; Kißgen, 2008, S. 406f.; Weiß et al., 2004, S. 102f.). Herausforderungen der Frühförderung liegen darüber hinaus auch in der Elternarbeit, die nicht immer in vollem Rahmen ausgeschöpft werden kann sowie in der Abgrenzung zu den Frühen Hilfen, bei der es einer intensiven Kooperation bedarf (vgl. Strothmann & Zeschitz, 1983, S. 114; Weiß, 1983, S. 48, 2016, S. 207f.).

Aufgrund dieser Chancen und Grenzen lässt sich das Fazit ziehen, dass das Frühfördersystem in Deutschland bei der Umsetzung seiner Arbeit zwar einigen Herausforderungen ausgesetzt ist, aber es im Gesamten viele Möglichkeiten und Vorzüge für die betroffenen Kinder und Familien mit sich bringt.

9 Ausblick

Aus den obigen Erkenntnissen ergeben sich folgende Schlüsse für die weitere Auseinandersetzung mit dem System der Frühförderung.

Die geringe empirische Forschung zeigt, dass noch weitere Studien zur Wirk-

samkeit notwendig sind, um sowohl Kurz- als auch Langzeiteffekte von Frühförderung nachweisen zu können (vgl. Hasselhorn, 2010, S. 175). Dies bezieht sich vor allem auf organisch bedingte Ursachen, die im Vergleich zu psychosozialen Schwierigkeiten weniger stark von Frühfördermaßnahmen beeinflusst werden konnten (vgl. Schlack, 2007, S. 35). In diesen Untersuchungen sollte versucht werden, neben den üblich getesteten Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung auch ihre Beeinflussbarkeit (s. Kapitel 7) zu berücksichtigen (vgl. Hasselhorn, 2010, S. 175). Damit ist beispielsweise gemeint, dass Entwicklungsveränderungen nicht nur alters- und behinderungsspezifisch gemessen werden, sondern auch am individuellen Niveau des Kindes (vgl. Krause, 2003, S. 40). Der zuvor kritisierten Beschränkung auf Wirkzusammenhängen zwischen Förderung und kindlicher Entwicklung (Kapitel 7) könnte insofern entgegengewirkt werden, dass auch die „subjektive emotionale Befindlichkeit und Lebensqualität von Kind [...] und Eltern [...]“ (Krause, 2003, S. 40) sowie eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktionen mit in neue Studien aufgenommen werden (vgl. Krause, 2003, S. 40).

Aufgrund stetiger Forschung im medizinischen, neurobiologischen und pädagogisch-psychologischen Bereich wird die Frühförderung auch in Zukunft von neuen Erkenntnissen profitieren können (vgl. Weiß et al., 2004, S. 155f.). Deshalb ist es wichtig, dass sich das Frühfördersystem fortlaufend dem aktuellen Forschungsstand anpasst, um den Familien die bestmögliche Unterstützung anbieten zu können (vgl. Weiß et al., 2004, S. 156). Dies betrifft sowohl die interdisziplinäre Arbeit selbst, als auch eine verstärkte Vernetzung mit anderen Systemen wie beispielsweise den Frühen Hilfen (vgl. Weiß & Sann, 2013, S. 33f.). Eine solche Abstimmung auf aktuelle Entwicklungen fordert gleichzeitig eine regelmäßige selbstkritische Reflexion der Arbeit innerhalb der Frühförderung (vgl. Weiß et al., 2004, S. 158).

Die Anpassung an aktuelle Prozesse bezieht sich außerdem auf gesetzliche Neuerungen. So soll das im Januar 2017 in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz (BTHG) die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung verbessern (vgl. *Gesetze für die Soziale Arbeit: Textsammlung*, 2018, SGB IX). Da die Umsetzung dieses Gesetzes stufenweise bis 2023 erfolgt, werden für die Frühförderung ab dem 01.01.2018 erste wesentliche Änderungen gültig. Diese belaufen sich vor allem auf die Überarbeitung des SGB IX und der Frühförderungsverordnung (vgl. Walhalla Fachredaktion, 2017, S. 330; 449). Aufgrund der hohen Aktualität und bislang nur weniger wissenschaftlicher Beiträge sind die Neuerungen im Rahmen dieser Arbeit nicht näher behandelt worden. Dennoch werden diese Gesetzesänderungen in Zukunft Auswirkungen auf die Frühförderarbeit haben. Als Beispiele sind hier eine Konkretisierung der Frühförderleistungen, Änderungen in der Finanzierung sowie eine höhere Verbindlichkeit auf Landesebene zu nennen (vgl. *Gesetze für die*

Soziale Arbeit: Textsammlung, 2018, SGB IX, FrühV).

Abschließend lässt sich schlussfolgern, dass sich das Frühfördersystem in einem ständigen Entwicklungsprozess befindet und die in der Frühförderung tätigen Mitarbeiter*innen sich dieser fortlaufenden Anpassung bewusst sein müssen (vgl. Weiß et al., 2004, S. 157f.). Bei einer zukünftigen Auseinandersetzung mit dem deutschen Frühfördersystem gilt es demnach, die Auswirkungen dieser Neuerungen in die Betrachtung miteinzubeziehen.

Literaturverzeichnis

- Ayres, A. J. (2013). *Bausteine der kindlichen Entwicklung: Sensorische Integration verstehen und anwenden - Das Original in moderner Neuauflage*. (E. Soechting, Übers.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Baudisch, W., Schulze, M. & Wüllenweber, E. (2004). *Einführung in die Rehabilitationspädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumert, J., Artelt, C., Carstensen, C. H., Sibberns, H. & Stanat, P. (2002). Untersuchungsgegenstand, Fragestellungen und technische Grundlagen der Studie. In J. Baumert, C. Artelt, E. Klieme, M. Neubrand, M. Prenzel, U. Schiefele et al. (Hrsg.), *PISA 2000: Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich* (S. 11–38). Opladen: Leske + Budrich.
- Baumert, J., Artelt, C., Klieme, E., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U. et al. (Hrsg.). (2002). *PISA 2000: Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Behringer, L. (2008). Die Kooperation mit Kinderärzten in der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär). In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gemeinsam Handeln statt Behandeln: Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung* (Band 14, S. 357–363). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Berger, R. (2008). Die Aufgaben einer Kinderärztin in der Frühförderung (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär). In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gemeinsam Handeln statt Behandeln. Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung* (Band 14, S. 350–356). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Biewer, G. (2010). *Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik* (2., durchges. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

- Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Warnke, A. (2006). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Bormann, B., Häußler, M. & Wacker, E. (1996). *Dokumentationsstand der Strukturen stationärer und teilstationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland: Eine sekundärstatistische Erhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bröckling, B. (2010). *Von der Kinderpflegerin zur Erzieherin. Professionalität im Wandel?* München: Akademische Verlagsgemeinschaft München. Zugriff am 6.2.2018. Verfügbar unter: <http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=5199985>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2002). *Die bildungspolitische Bedeutung der Familie - Folgerungen aus der PISA-Studie* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Band 224). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Bundschuh, K. (2002). Diagnostik/ Förderdiagnostik. In K. Bundschuh, U. Heimlich & R. Krawitz (Hrsg.), *Wörterbuch Heilpädagogik* (2. durchges. Aufl., S. 50–56). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Carr, J. & Carr, J. H. (1995). *Down's Syndrome: Children Growing Up*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cunningham, C. C. (1996). Families of children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 4 (3), 87–95.
- Datenbank „Frühförderung“. (o. J.). . Zugriff am 26.1.2018. Verfügbar unter: <http://www.adressen.bmas.de/>

- DIMDI - ICD-10-GM. (o. J.). . Zugriff am 22.1.2018. Verfügbar unter:
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>
- Dimitrova, V. & Lüdmann, M. (2011). Die Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen. In M. Limbourg & G. Steins (Hrsg.), *Sozialerziehung in der Schule* (S. 115–130). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Duden | dia-me-t-ral | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft. (o. J.). . Zugriff am 20.1.2018. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/diamet-ral>
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13 (4), 370–378.
- Engel, H., Engels, D. & Pfeuffer, F. (2008). *Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder: Abschlussbericht*. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Köln: Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik.
- Faulstich-Wieland, H. & Faulstich, P. (Hrsg.). (2008). *Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs* (Rowohlts Enzyklopädie). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Fritz, A. (1997). Spiel - ein Medium zur Vermittlung kognitiver und sozialer Kompetenzen. Beschreibung und erste Evaluationsergebnisse einer spiel- und bewegungsorientierten Förderung für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten. In C. Leyendecker & T. Horstmann (Hrsg.), *Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit* (S. 430–440). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter - Programm „Edition Schindele“.

- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2015). *Resilienz* (4., aktual. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Frühförderstellenfinder. (o. J.). . Zugriff am 26.1.2018. Verfügbar unter: <https://www.fruehforderstellen.de/index.php?id=106>
- Gebhard, B., Henning, B. & Leyendecker, C. (Hrsg.). (2012). *Interdisziplinäre Frühförderung: exklusiv - kooperativ - inklusiv. Im Auftrag der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V.* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Gerber, J. (2009). Frühförderung (Springer-Lehrbuch). In E. Wild & J. Möller (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie: mit 27 Tabellen* (S. 383–403). Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Gesetze für die Soziale Arbeit: Textsammlung* (Nomos Gesetze). (2015). (5. Aufl., Ausg. 2015/16, Stand: 1. August 2015.). Baden-Baden: Nomos.
- Gesetze für die Soziale Arbeit: Textsammlung* (Nomos Gesetze). (2018). (7. Aufl., Ausg. 2017/18, Stand: 15. August 2017.). Baden-Baden: Nomos.
- Grimm, H. (2012). *Störungen der Sprachentwicklung Grundlagen - Ursachen - Diagnose - Intervention - Prävention* (3., überarb. Aufl.). Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Gröschke, D. (2007). Entwicklung. In H. Greving (Hrsg.), *Kompendium der Heilpädagogik. Band 1: A - H* (S. 202–210). Troisdorf: Bildungsverlag Eins.
- Gudjons, H. & Traub, S. (2012). *Pädagogisches Grundwissen: Überblick - Kompendium - Studienbuch* (UTB Pädagogik) (11., grundl. überarb. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Guralnick, M. J. (1989). Recent developments in early intervention efficacy research: Implications for family involvement in PL 99-457. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9 (3), 1–17.

- Hafen, M. (2013). Interdisziplinarität in der Frühen Förderung: Notwendigkeit, Herausforderung und Chance. *Frühförderung interdisziplinär*, 32 (2), 98–107.
- Hafen, M. (2014). Prävention durch frühe Förderung. *Pädiatrie & Pädologie*, 49 (5), 19–24.
- Hahlweg, K. & Heinrichs, N. (2007). Prävention von kindlichen Verhaltensstörungen mit dem Triple P-Elterntaining. In W. Von Suchodoletz (Hrsg.), *Prävention von Entwicklungsstörungen* (S. 182–201). Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Hasselhorn, M. (2010). Möglichkeiten und Grenzen der Frühförderung aus entwicklungspsychologischer Sicht. *Zeitschrift für Pädagogik*, 56 (2), 168–177.
- Heese, G. (1978). Frühförderung behinderter Kinder als pädagogische Aufgabe (Sonderpädagogische Beiträge : Schriften zur Pädagogik und Psychologie behinderter Kinder.). In G. Heese (Hrsg.), *Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder* (Band 25, S. 3–25). Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Heimlich, U. (2008). Heil- und Sonderpädagogik (Rowohlts Enzyklopädie). In H. Faulstich-Wieland & P. Faulstich (Hrsg.), *Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs* (S. 510–531). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Heinrichs, N. & Lohaus, A. (2011). *Klinische Entwicklungspsychologie kompakt: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Hillenbrand, C. (2008). *Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen: mit 25 Abbildungen, 6 Tabellen und 45 Übungsaufgaben* (UTB Sonderpädagogik) (4., überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- ICD-10-GM-2018. F70-F79 Intelligenzstörung. (o. J.). . Zugriff am 27.1.2018. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F70-F79.html>.
- ICD-10-GM-2018. F80-F89 Entwicklungsstörungen. (o. J.). . Zugriff am 27.1.2018. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F80-F89.html>.

- Ipsiroglu, O. S., Krägeloh-Mann, I., Schöning, M. & Schöckler-Ipsiroglu, S. (2013). Nervensystem. In C.P. Speer & M. Gahr (Hrsg.), *Pädiatrie* (4. Aufl., S. 225–266). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Karch, D. (2007). Prävention von kognitiven Entwicklungsstörungen und geistiger Behinderung. In W. Von Suchodoletz (Hrsg.), *Prävention von Entwicklungsstörungen* (S. 29–43). Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Abteilung Familie.
- Kißgen, R. (2008). Frühförderung (Handbuch Sonderpädagogik.). In B. Gasteiger-Klicpera, H. Julius & C. Klicpera (Hrsg.), *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung* (Band 3, S. 401–422). Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Klein, F., Meinertz, F. & Kausen, R. (1999). *Heilpädagogik: ein pädagogisches Lehr- und Studienbuch* (10., überarb. und erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Knauf, T., Kormann, P. & Umbach, S. (2006). *Wahrnehmung, Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung im Grundschulalter*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Koch, K. (1999). *Frühfördersystem: Überblick, Analyse und perspektivischer Ausblick*. Neuwied [u.a.]: Luchterhand.
- Krause, M. P. (2003). Zur Frage der Wirksamkeit von Frühförderung. *Kindheit und Entwicklung*, 12 (1), 35–43.
- Krause, M. P. (2008). Frühförderung bei Entwicklungsstörungen (Heil- und Sonderpädagogik). In Borchert, B. Hartke & P. Jogschies (Hrsg.), *Frühe Förderung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher* (S. 73–83). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- von Kries, R., Straßburg, H.-M., Ipsiroglu, O. S. & Aksu, F. (2013). Epidemiologie - Sozialpädiatrie. In C.P. Speer & M. Gahr (Hrsg.), *Pädiatrie* (4. Aufl., S. 965–984). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Lentze, M. J., Schaub, J., Schulte, F. J. & Spranger, J. (Hrsg.). (2001). *Pädiatrie: Grundlagen und Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Leyendecker, C. (2008). Der Weg von der Behandlung zum gemeinsamen Handeln (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär.). In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gemeinsam Handeln statt Behandeln. Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung* (Band 14, S. 22–33). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Leyendecker, C. & Horstmann, T. (Hrsg.). (1997). *Frühförderung und Frühbehandlung: wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit*. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter - Programm „Edition Schindele“.
- Limbourg, M. & Steins, G. (Hrsg.). (2011). *Sozialerziehung in der Schule*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- von Loh, S. (2017). *Entwicklungsstörungen bei Kindern: medizinisches Grundwissen für pädagogische und therapeutische Berufe* (2., erweit. u. überarb. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Ludwig-Körner, C. (2014). *Frühe Hilfen und Frühförderung: eine Einführung aus psychoanalytischer Sicht* (Psychoanalyse im 21. Jahrhundert : Klinische Erfahrung, Theorie, Forschung, Anwendungen). Stuttgart: Kohlhammer.
- Maelicke, B., Fretschner, R., Köhler, N. & Frei, F. (2013). *Innovation und Systementwicklung in der Frühförderung: Neue Fachlichkeit - Neue Finanzierung - Neue Allianzen*. Wiesbaden: Springer VS.

- Mall, V. & Friedmann, A. (Hrsg.). (2016). *Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen - intervenieren - vernetzen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- McKinney, B. & Peterson, R. A. (1987). Predictors of stress in parents of developmental disabled children. *Journal of Pediatric Psychology*, 12 (1), 133–150.
- Müntefering, F. (2008). Frühförderung behinderter Kinder als Auftrag an alle (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär. Band 14). In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gemeinsam Handeln statt Behandeln. Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung* (S. 15–21). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- NICHD Early Child Care Research Network. (2005). *Child Care and Child Development: Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development*. New York: Guilford Press.
- Ohr, B. (1983). Arzt und Eltern in der Frühförderung (Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie.). In O. Speck & A. Warnke (Hrsg.), *Frühförderung mit den Eltern* (Band 13, S. 185–200). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Peterander, F. & Weiß, H. (2016). Stichwort: Wirksamkeit Familienorientierter Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 36 (1), 34–36.
- Pretis, M. (2016). *ICF-basiertes Arbeiten in der Frühförderung* (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär. - München [u.a.] : E. Reinhardt, 1991-) (Band 19). Ernst Reinhardt Verlag.
- Reinhold, C. & Kindler, H. (2006a). Was ist über familiäre Kontexte, in denen Gefährdungen auftreten, bekannt? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 19-1 - 19-4). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Abteilung Familie.

- Reinhold, C. & Kindler, H. (2006b). Gibt es Kinder, die besonders von Kindeswohlgefährdung betroffen sind? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 17-1 - 17-7). München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Abteilung Familie.
- Rodriguez, C. M. & Green, A. J. (1997). Parenting Stress and Anger Expression as Predictors of Child Abuse Potential. *Child Abuse & Neglect*, 21 (4), 367–377.
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2011). Präventionsprogramme für Kindertageseinrichtungen - Förderung von seelischer Gesundheit und Resilienz. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 360–382). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rothlaender, P. & Kuschel, A. (2014). Elternpartizipation in der Frühförderung - Bedingungsanalyse gelingender Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachkräften. *Empirische Sonderpädagogik*, 6 (4), 313–332.
- Sarimski, K. (2009). *Frühförderung behinderter Kleinkinder: Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Scheich, H. & Braun, A. K. (2009). Bedeutung der Hirnforschung für die Frühförderung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157 (10), 953–964.
- Schlack, H. G. (2001). Sozialpädiatrie und Recht. In M.J. Lentze, J. Schaub, F.J. Schulte & J. Spranger (Hrsg.), *Pädiatrie: Grundlagen und Praxis* (S. 100–123). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Schlack, H. G. (2007). Brennpunkt Frühförderung: Notwendige Korrekturen überkommener Konzepte. In M. Wiczorek & U. Haupt (Hrsg.), *Brennpunkte der Körperbehindertenpädagogik* (S. 32–49). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Schlack, H. G. (2011). Interventionsweisen der Frühförderung und ihre Wirksamkeit. Zugriff am 19.1.2018. Verfügbar unter: <https://www.kita-fachtexte.de/texte-finden/detail/data/interventionsweisen-der-fruehfoerderung-und-ihre-wirksamkeit/>
- Schmutzler, H.-J. (1994). *Handbuch heilpädagogisches Grundwissen: Einführung in die Früherziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau [u.a.]: Herder.
- Siegler, R., DeLoache, J. & Eisenberg, N. (2011). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. (S. Pauen, Hrsg., J. Grabowski & E. Schönfeldt, Übers.) (3. Aufl.). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Sohns, A. (2000). *Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland: Handbuch der fachlichen und organisatorischen Grundlagen* (Beltz-Handbuch). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Sohns, A. (2007). Frühförderung. In H. Greving (Hrsg.), *Kompendium der Heilpädagogik. Band 1: A - H*. (S. 272–277). Troisdorf: Bildungsverlag Eins.
- Speck, O. (1977). *Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder: der pädagogische Beitrag zu einer interdisziplinären Aufgabe* (Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie.) (Band 1). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Speck, O. (1983). Das gewandelte Verhältnis zwischen Eltern und Fachleuten in der Frühförderung (Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie.). In O. Speck & A. Warnke (Hrsg.), *Frühförderung mit den Eltern* (Band 13, S. 13–20). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Speck, O. (2003). *System Heilpädagogik: eine ökologisch reflexive Grundlegung ; 7 Tabellen* (5., neu bearb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Speer, C. P. & Gahr, M. (Hrsg.). (2013). *Pädiatrie* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

- Stamm, M. & Edelmann, D. (Hrsg.). (2013). *Handbuch frühkindliche Bildungsforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Strothmann, M. & Zeschitz, M. (1983). Grenzen elterlicher Kooperation in der Frühförderung - Eine Analyse der Randbedingungen von Abbrüchen der Mitarbeit innerhalb eines Modellversuchs zur Frühförderung (Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie). In O. Speck & A. Warnke (Hrsg.), *Frühförderung mit den Eltern* (Band 13, S. 85–115). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- von Suchodoletz, W. (2003). Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151 (1), 31–37.
- Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and Disabilities: A Population- Based Epidemiological Study. *Child Abuse & Neglect*, 24 (10), 1257–1273.
- Thurmair, M. & Naggl, M. (2010). *Praxis der Frühförderung: Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld* (4. Aufl.). Stuttgart: Reinhardt; UTB.
- Tietze-Fritz, P. (1992). *Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik: Konzepte zum Erkennen senso- und psychomotorischer Auffälligkeiten in der interdisziplinären Frühförderung*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J. & Hamby, D. W. (2010). Influences of Family-Systems Intervention Practices on Parent-Child Interactions and Child Development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30 (1), 3–19.
- Viernickel, S. (2013). Soziale Entwicklung. In M. Stamm & D. Edelmann (Hrsg.), *Handbuch frühkindliche Bildungsforschung* (S. 633–652). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- von Suchodoletz, W. (Hrsg.). (2007). *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.

- Walhalla Fachredaktion. (2017). *Das gesamte Behinderten- und Rehabilitationsrecht: Ausgabe 2017/2018; Mit den Neuerungen 2017 und 2018 durch das Bundesteilhabegesetz*. Regensburg: Walhalla Fachverlag.
- Warnke, A. (2013). Psychische Störungen. In C.P. Speer & M. Gahr (Hrsg.), *Pädiatrie* (4. Aufl., S. 985–1022). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Weiß, H. (1983). Diskussionsanstöße und Orientierungslinien zur Eltern- und Familienarbeit (Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie). In O. Speck & A. Warnke (Hrsg.), *Frühförderung mit den Eltern* (Band 13, S. 43–59). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Weiß, H. (1989). *Familie und Frühförderung: Analysen und Perspektiven der Zusammenarbeit mit Eltern entwicklungsgefährdeter Kinder* (Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Weiß, H. (2011). So früh wie möglich - Resilienz in der interdisziplinären Frühförderung. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 330–349). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weiß, H. (2016). Interdisziplinäre Frühförderung im Kontext der Frühen Hilfen. In V. Mall & A. Friedmann (Hrsg.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen - intervenieren - vernetzen* (S. 203–211). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Weiß, H., Neuhäuser, G. & Sohns, A. (2004). *Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie: mit 5 Tabellen und 9 Abbildungen* (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (Band 3). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Weiß, H. & Sann, A. (2013). Interdisziplinäre Frühförderung und frühe Hilfen: Wege zu einer intensiveren Kooperation und Vernetzung. (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Hrsg.).

- Werding, M. & Becker, J. (o. J.). Definition » Sozialhilfe « | Gabler Wirtschaftslexikon. *Gabler Wirtschaftslexikon*. Springer Gabler. Zugriff am 10.2.2018. Verfügbar unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/sozialhilfe.html>.
- Wevelsiep, C. (2015). *Pädagogik bei emotionalen und sozialen Entwicklungsstörungen* (Kompendium Behindertenpädagogik). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Wiedebusch, S. & Petermann, F. (2013). Entwicklung und Förderung emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. In M. Stamm & D. Edelmann (Hrsg.), *Handbuch frühkindliche Bildungsforschung* (S. 731–744). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Wild, E. & Möller, J. (Hrsg.). (2009). *Pädagogische Psychologie: mit 27 Tabellen* (Springer-Lehrbuch). Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Wilken, E. (2006). Präverbale sprachliche Förderung und Gebärden-unterstützte Kommunikation in der Frühförderung. In E. Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis* (2. Aufl., S. 29–46). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Winkler, Y. (2012). Komplexleistung Interdisziplinäre Frühförderung - Leistungsangebot in der Heilpädagogischen Praxis. In B. Gebhard, B. Henning & C. Leyendecker (Hrsg.), *Interdisziplinäre Frühförderung: exklusiv - kooperativ - inklusiv. Im Auftrag der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V.* (S. 201–210). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Wolff, F. (1997). Prä- und perinatale Risiken: Früherkennung und Frühbehandlung aus Sicht des Geburtshelfers. In C. Leyendecker & T. Horstmann (Hrsg.), *Frühförderung und Frühbehandlung. Wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit* (S. 289–293). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter - Programm „Edition Schindele“.
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version : ICF-CY*. World Health Organization.

Wustmann, C. (2011). Resilienz in der Frühpädagogik - Verlässliche Beziehungen, Selbstwirksamkeit erfahren. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 350–359). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zinke-Wolter, P. (1994). *Spüren - Bewegen - Lernen: Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen* (3., unverän. Aufl.). Dortmund: Borgmann.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift
