

Weiß / Neuhäuser  
Sohns

Soziale Arbeit in  
der Frühförderung  
und Sozialpädiatrie

Reinhardt **UTB**



UTB 2548

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Beltz Verlag Weinheim · Basel

Böhlau Verlag Köln · Weimar · Wien

Wilhelm Fink Verlag München

A. Francke Verlag Tübingen und Basel

Haupt Verlag Bern · Stuttgart · Wien

Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft Stuttgart

Mohr Siebeck Tübingen

C. F. Müller Verlag Heidelberg

Ernst Reinhardt Verlag München und Basel

Ferdinand Schöningh Verlag Paderborn · München · Wien · Zürich

Eugen Ulmer Verlag Stuttgart

UVK Verlagsgesellschaft Konstanz

Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen

Verlag Recht und Wirtschaft Heidelberg

VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

WUV Facultas Wien

## **Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Band 3**

Herausgegeben von Hans-Günther Homfeldt, Trier, und  
Albert Mühlum, Heidelberg

Hans Weiß • Gerhard Neuhäuser •  
Armin Sohns

# **Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie**

Mit 5 Tabellen und 9 Abbildungen

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Prof. Dr. phil. *Hans Weiß*, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg, Fakultät für Sonderpädagogik Reutlingen, Professur für Körperbehindertenpädagogik  
Prof. em. Dr. med. *Gerhard Neuhäuser*, ehem. Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums im Universitätsklinikum Gießen (Abt. Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie des Zentrums für Kinderheilkunde und Jugendmedizin).  
Prof. Dr. phil. *Armin Sohns*, FH Neubrandenburg, Professur für Sozial- und Behindertenpädagogik

**Außerdem im Reinhardt Verlag erschienen:**

Weiß, H.: (Hrsg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen  
Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; 7  
2000. ISBN 3-497-01539-3

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

UTB-ISBN 3-8252-2548-8

ISBN 3-497-01691-8

© 2004 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Satz: Hanseatisches Satzkontor e. K.

Druck und Bindung: Hubert & Co., Göttingen

Printed in Germany

ISBN 3-8252-2548-8 (UTB-Bestellnummer)

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München  
Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

# Inhalt

<b>Vorwort der Herausgeber</b> . . . . .	9
<b>1 Selbstverständnis und professionsbezogene Verortung Sozialer Arbeit in Frühförderung und Sozialpädiatrie</b> . .	11
1.1 Wer trägt die Verantwortung für eine soziale Gesellschaft?	11
1.2 Wo ordnen sich Frühförderung und Sozialpädiatrie ein? . .	13
1.3 Teilsysteme der Frühförderung . . . . .	14
1.4 Fachliches Selbstverständnis der Frühförderung . . . . .	17
1.5 Zwischen individueller Hilfe und öffentlicher Kontrolle . .	18
<b>2 Strukturbezogene Merkmale der Frühförderung</b> . . . . .	23
2.1 Institutionelle Strukturen. . . . .	23
2.1.1 Praxis des Kinder- und Jugendarztes . . . . .	24
2.1.2 Sozialpädiatrische Aufgaben im öffentlichen Gesundheitsdienst . . . . .	27
2.1.3 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) . . . . .	29
2.1.4 Sozialpädiatrische Stationen in Sozialpädiatrischen Zentren, Kinderkliniken und Rehabilitationseinrichtungen	34
2.1.5 Frühförderstellen . . . . .	34
2.1.6 Ergänzende oder „benachbarte“ Systeme . . . . .	36
2.1.7 Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderstellen – ein notwendiges Ergänzungsverhältnis . . . . .	41
2.2 Personelle Bedingungen . . . . .	43
2.2.1 Beteiligte Berufsgruppen . . . . .	43
2.2.2 Präsenz und Aufgaben von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern . . . . .	45
2.3 Versorgungsauftrag und Versorgungswirklichkeit . . . . .	48

<b>3</b>	<b>Zielgruppen der Frühförderung</b> .....	52
3.1	Begriffe und Abgrenzungsversuche .....	52
3.2	Quantitative und qualitative Veränderungen der Adressaten .....	56
3.3	Bedarf und Versorgungsgrad .....	62
3.3.1	Armut und Entwicklungsgefährdung – ein komplexer Zusammenhang .....	63
3.3.2	Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen im Kontext von Armut .....	66
<b>4</b>	<b>Rechtliche und finanzielle Grundlagen</b> .....	70
4.1	Rechtsgrundlagen und Teilsysteme .....	70
4.2	Das neue Rehabilitationsrecht .....	73
4.2.1	Frühförderung als Komplexleistung .....	73
4.2.2	Kriterien zur Ausgestaltung des Rechtsanspruchs .....	74
4.3	Vorgaben durch die Frühförderungsverordnung .....	76
4.4	Finanzierung der Komplexleistung .....	79
<b>5</b>	<b>Aufgaben, Konzepte und Organisationsformen</b> .....	81
5.1	Aufgabenfelder .....	81
5.1.1	Präventive Maßnahmen und Früherkennung .....	82
5.1.2	Diagnostik .....	84
5.1.3	Förderung und Therapie des Kindes .....	87
5.1.4	Beratung und Begleitung der Bezugspersonen .....	88
5.1.5	Koordinierung der Hilfesysteme .....	91
5.2	Frühförderung und Sozialpädiatrie im Rehabilitationssystem	93
5.3	Mobile, ambulante, teilstationäre und stationäre Konzepte	94
5.3.1	Stationäre Frühförderung .....	94
5.3.2	Teilstationäre Frühförderung .....	94
5.3.3	Ambulante Frühförderung .....	96
5.3.4	Mobile Frühförderung .....	97

<b>6</b>	<b>Schwerpunkte und Kriterien professionellen Handelns</b>	100
6.1	Ursprünglicher Ansatz	100
6.2	Ergebnisse der Evaluationsforschung	102
6.2.1	Beeindruckende Nachweise der Wirksamkeit bei umweltbedingten Entwicklungsgefährdungen	102
6.2.2	Ernüchternde Belege für direkte Entwicklungsfortschritte bei manifesten Behinderungen	103
6.2.3	Wirkungszusammenhänge im weiteren Bezugsrahmen	104
6.3	Erkenntnisse der Resilienzforschung	109
6.4	Merkmale einer fachlich weiterentwickelten Frühförderung	110
6.5	Tragende Arbeitsprinzipien	113
6.5.1	Ganzheitlichkeit	113
6.5.2	Familienorientierung	114
6.5.3	Interdisziplinarität	116
6.5.4	Vernetzung	119
6.6	Berufliche Anforderungen und fachliche Qualifikationen	123
<b>7</b>	<b>Ethische Aspekte</b>	130
7.1	Prinzipien verantwortlichen Handelns	130
7.2	Entscheidungen in Grenzsituationen des Lebens	132
7.3	Bildung, Förderung und Behandlung bei schwerer Behinderung	134
7.4	Dilemmata: Pränatale Diagnose und Präimplantationsdiagnostik	135
7.5	Ethischer Diskurs	136
7.6	Das „Annahme-Postulat“	137
<b>8</b>	<b>Historische Aspekte</b>	140
8.1	Geschichte der Sozialpädiatrie	140
8.2	Geschichte der Frühförderung	146

8 Inhalt

8.2.1 Ideen und erste institutionelle Ansätze . . . . . 146  
8.2.2 Systematischer Aufbau und Entwicklungslinien. . . . . 148

**9 Frühförderung – Anforderungen und Perspektiven . . . . 153**

9.1 Fachliche und strukturelle Anforderungen . . . . . 153

9.2 Weiterentwicklung der Infrastruktur . . . . . 154

9.3 Perspektiven . . . . . 155

Literatur . . . . . 160

Sachregister . . . . . 172

# Vorwort der Herausgeber

## *I Zur Buchreihe „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“*

Gesund sein will jeder Mensch, und gleichzeitig ist Gesundheit ein gesellschaftliches Gut von hohem Rang. Erstaunlicherweise ist aber das, was der Einzelne und die Gemeinschaft dafür aufzuwenden bereit sind, erheblichen Schwankungen unterworfen. Erst im 19. Jahrhundert wurde Gesundheit zu einem öffentlichen Wert – und damit die Gesundheitssicherung zu einer öffentlichen Aufgabe. Gesundheitspflege und -fürsorge differenzierten sich dann im Verlauf des 20. Jahrhunderts zu einer Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen aus, die als präventive, kurative, rehabilitative, begleitende und nachsorgende „Gesundheitsarbeit“ wachsende Bedeutung erlangte. Im Kontext von Armut und Krankheit, Behinderung und sozialer Benachteiligung findet sie zu Beginn des 21. Jahrhunderts in ambulanten wie stationären Diensten vielfältigen Ausdruck. Die gesundheitsförderlichen Funktionen und Tätigkeitsbereiche zu präzisieren und ihre Qualität zu steigern, sind – nicht zuletzt gestützt auf die gesundheitspolitische Agenda der Vereinten Nationen – dringliche Anliegen der Profession und Disziplin Sozialer Arbeit. In dieser Reihe bieten ausgewiesene Fachleute eine Grundorientierung in den wichtigsten Gesundheitsfeldern an und tragen damit zur weiteren Professionalisierung bei.

## *II Zum 3. Band: Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie*

Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren müssen sich mit ihren jeweiligen Ansätzen – zum einen eher medizinisch-therapeutisch, zum anderen eher pädagogisch-psychologisch – ergänzen und interinstitutionell kooperieren. Frühförderung wirkt in Kooperation mit den Eltern der drohenden Entwicklungshemmung eines Kindes entgegen, indem entwicklungsförderliche Ressourcen aus der Lebenswelt des Kindes in den Blick genommen werden (sozialökologischer Ansatz). Die sozial-

pädiatrische Versorgung befasst sich überdies mit der Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die langfristig gesundheitlich, psychisch, geistig und sozial entwicklungsbeeinträchtigt sind.

Früherkennung und Frühförderung sind ein interprofessionell abgestimmtes System früher Hilfe, die mit der Diagnose eines Entwicklungsrisikos von Kindern beginnt und ihre Fördertätigkeit familiennah, niederschwellig und lebensweltorientiert gestaltet, wobei die sozialpädiatrische Betrachtung wichtige somatische, neurologische, aber auch psychoemotionale Befunde einbringt. Die Kooperation zwischen beiden Bereichen ist sowohl konzeptionell als auch praktisch wirkungsvoll, da sie Entwicklungsbedingungen und -gegebenheiten eines Kindes im Person-Umfeld-Bezug betrachtet und ihre Leitbilder in Konzept und Praxis partizipations- und ressourcenorientiert im Sinne der Philosophie des SGB IX begründet. Soziale Arbeit kann dabei Sachwalter und Garant für Partizipations- wie Ressourcenorientierung sein, die hohe Fachlichkeit und Interprofessionalität voraussetzen. Ihre aufgabenbezogene Tradition und Stärke liegen im Person-Umfeld-Bezug im Sinne von Planung und Management, aber auch in der Gestaltung klientenbezogener „direkter“ Praxis in und mit der Familie, dem Kindergarten und der Schule.

Mit dem Band „Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie“ betreten die Autoren erkenntnisbezogenes Neuland, indem sie die konzeptionelle Verankerung und den professionellen Beitrag Sozialer Arbeit in diesem Segment des Gesundheitswesens herausarbeiten. Damit verbindet sich – wie bei den anderen Bänden dieser Reihe – die Hoffnung auf die der Sozialen Arbeit gebührende Anerkennung und der Wunsch, diese weiter auszubauen. Das bedeutet gleichzeitig, einer Entwicklung entgegenzutreten, nach der die Soziale Arbeit zwar ideenschaffende Leihmutter war (z. B. in der Ottawa-Charta von 1986), im Berufsfeld jedoch kaum präsent ist (etwa im sich entfaltenden Quartiersmanagement).

Hans Günther Homfeldt und Albert Mühlum  
Trier und Heidelberg, im März 2004

# 1 Selbstverständnis und professions- bezogene Verortung Sozialer Arbeit in Frühförderung und Sozialpädiatrie

## 1.1 Wer trägt die Verantwortung für eine soziale Gesellschaft?

Soziale Arbeit muss sich in ihren fachlichen Ansätzen stetig weiterentwickeln, ist sie doch gezwungen, auf sich immer schneller verändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen stets neue Antworten und Ansätze zu finden. Im Zuge der Globalisierung finden dabei immer mehr grundlegende Ziele einer professionellen Sozialen Arbeit über unterschiedliche Gesellschaftsstrukturen hinweg breite Akzeptanz. Im Mittelpunkt stehen die Entwicklung und Stärkung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen sowie die Kompensation sozialer Nachteile.

Unterschiede gibt es – je nach Gesellschaftsform – bei den Instanzen, die für das Einlösen sozialer Ziele verantwortlich gemacht werden. Haben manche Gesellschaftsformen in hohem Maße das Individuum und damit die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft als selbstverantwortliche Gewährleister von Gerechtigkeit im Sinne eines sozialen Ausgleichs im Blick, fußen andere noch stärker auf einer Tradition, welche die Obrigkeit und damit den Staat in der Verantwortung sieht; ihm wird die primäre Zuständigkeit für soziale Gerechtigkeit beigemessen. In unserer Gesellschaft vollzieht sich in zunehmendem Maße eine Werteverlagerung in Richtung größerer individueller Selbstverwirklichung mit allen ihren Freiheiten und Risiken (Risikogesellschaft, Egoismusfalle) einerseits und ein Zurückdrängen von solidarischen Werten andererseits. Die Gesellschaft steht damit in einem Spannungsfeld zwischen

- den persönlichen Egoisten ihrer Mitglieder, verbunden mit einem persönlichen Rückzug aus sozialer Verantwortung
- und dem Anspruch, für die Integration sozial schwächerer Menschen Sorge zu tragen, und damit dem Einlösen sozialer Grundprinzipien und Aufgaben, die in unserer ethischen, moralischen und rechtlichen Grundordnung ebenfalls als Anforderung an die einzelnen Gesellschaftsmitglieder gestellt werden.

Dieses Spannungsfeld wird tendenziell dadurch aufgelöst, dass die Verantwortung an eine abstrakte Autorität delegiert wird. Das heißt, die Gesellschaftsmitglieder betrachten soziale Verantwortung vorrangig als staatliche Aufgabe, sie gilt schon qua Definition des Grundgesetzes als oberste Aufgabe des Staates: Dieser hat die Würde des Menschen zu achten und zu schützen. Als wesentliches Instrument hierzu setzt der Staat *Soziale Arbeit* ein (Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, 12ff). Hierunter sind alle professionellen Maßnahmen zu verstehen, die zur Unterstützung eines sozialen Ausgleichs im Sinne eines Zuwachses an sozialer Gerechtigkeit dienen. Ein Schwerpunkt der Sozialen Arbeit ist gemäß der fachlichen Ausgestaltung unserer Gesetze die pädagogische Aufgabe: Professionelle Erziehung ist traditionell in erster Linie dafür zuständig, soziale Gerechtigkeit und soziales Klima in der Gesellschaft zu stärken – als Fundament für Integration und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Da die „soziale Zielbestimmung“ spätestens mit In-Kraft-Treten des Rehabilitationsgesetzes ins Zentrum der gesamten Rehabilitation rückt, werden gleichzeitig die anderen in der Rehabilitation tätigen Professionen (z. B. die medizinische) in den Dienst dieser Aufgabe gestellt.

Lange Zeit war dabei die Entwicklung – fachlich wie strukturell – von einer starken Ausdifferenzierung unterschiedlicher Hilfesysteme geprägt. Diese stetig anwachsende Spezialisierung der einzelnen Systeme mit dem Ziel, die Hilfen gezielt gegen Defizite sozialer Auffälligkeiten oder medizinischer Störungen auszurichten, hat – vor allem in der Medizin – zu großen Erfolgen geführt. Gleichzeitig verfestigten sich die einzelnen Disziplinen und ihre sich ausdifferenzierenden Teilsysteme grenzten sich voneinander ab, deutlich erkennbar beispielsweise an den vielfältigen Sonderschulformen. Die dadurch entstehenden Spannungsfelder wurden teilweise ignoriert, indem insbesondere die medizinischen und pädagogischen Angebote unvermittelt nebeneinander wirkten, und teilweise wurden sie durch hierarchische Strukturen überdeckt (z. B. eine Führungsrolle der Medizin und eine zuarbeitende „Ancilla-Funktion“ der Heilpädagogik; Kobi 1972). Heute gibt es einen fachlichen und spätestens seit In-Kraft-Treten des Rehabilitationsgesetzes (SGB IX) auch einen rechtlichen Anspruch darauf, dass die unterschiedlichen Hilfesysteme sich koordinieren und inhaltlich ergänzen.

Zur Umsetzung der staatlich festgelegten Rechte für Bedürftige wird ebenfalls gesetzlich bestimmt (SGB I, §10), dass die Hilfen „rechtzeitig und in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen“ müssen. Rechte ohne Ressourcen sind keine Rechte. Diesbezüglich lässt sich die Frage

nach staatlich gewollten Hilfen von der Ausgestaltung der Hilfeangebote, die zur Einlösung bestehender Ansprüche zur Verfügung stehen, nicht trennen.

## **1.2 Wo ordnen sich Frühförderung und Sozialpädiatrie ein?**

Die erforderliche Verknüpfung rechtlicher Ansprüche mit den zu ihrer Realisierung notwendigen Ressourcen gilt in hohem Maße für den Bereich der Eingliederungshilfe. Vor allem schwächere Mitglieder benötigen den besonderen Schutz der Gesellschaft; gerade für sie sind Werte wie Hilfsbereitschaft, Rücksichtnahme und Toleranz wichtig. Da Kinder per se auf besondere Unterstützung angewiesen sind, benötigen Kinder mit Entwicklungsstörungen in doppelter Hinsicht besondere Zuwendung. Im Selbstverständnis des Sozialstaates sind Rechtsansprüche auf besondere Hilfen verankert, die den Kindern und ihren Erziehungsberechtigten (und -verpflichteten) zur Seite stehen und sie in ihrer schwierigen Aufgabe entlasten sollen (Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, 62ff). Ein solches verbindliches Hilfeangebot ist die Frühförderung einschließlich der Sozialpädiatrie für Kinder im Vorschulalter.

Mit Frühförderung und Sozialpädiatrie hat sich seit den 70er Jahren ein besonderes Feld der Sozialen Arbeit entwickelt, das bundesweit zunehmend an Bedeutung gewann: In mehr als 1.000 Einrichtungen sind inzwischen präventive und unterstützende Angebote für Kinder im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter und deren Familien etabliert (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2002). Frühförderung ist bewusst als offenes Angebot definiert. Mit Speck (1996, 15f) verstehen wir damit

„einen Komplex medizinisch, pädagogisch, psychologisch und sozialrehabilitativer Hilfen, die darauf gerichtet sind, die Entwicklung eines Kindes und sein Leben-Lernen in seiner Lebenswelt in den ersten Lebensjahren unterstützend zu begleiten, wenn diesbezüglich Auffälligkeiten oder Gefährdungen vorliegen“.

Sohns (2000, 17) bezieht darüber hinaus ausdrücklich Maßnahmen einer verbesserten Früherkennung in seine Definition ein; Frühförderung beinhaltet dieser Definition zufolge

„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 beizutragen, dem Kind die bestmöglichen Bedingungen zum Aufbau seiner Persönlichkeit und zur Entwicklung seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung zu schaffen. Die Hilfeangebote dienen der Kompetenzsteigerung des Kindes, werden jedoch nicht vom Leistungsstand des einzelnen Kindes oder dessen vermuteten Perspektiven abhängig gemacht. Die Eckpfeiler Früher Hilfen, Prävention, Förderung und Kooperation mit den Bezugspersonen, können in vielfältiger Art und durch verschiedene Berufsgruppen in der Praxis begründet und entwickelt werden; sie sind dabei stets den Grundsätzen Interdisziplinarität, Ganzheitlichkeit, Familienorientierung, Hilfe zur Selbsthilfe und sozialer Integration verpflichtet und beziehen das soziale Umfeld mit ein.“

### 1.3 Teilsysteme der Frühförderung

Die Sozialpädiatrie beteiligt sich zwar an der Frühförderung, durch die Versorgung auch von Kindern im Schul- und Jugendalter gehen ihre Aufgaben aber über die zumeist altersmäßig begrenzten Angebote der Frühförderung hinaus. Sie ist ein integraler Bestandteil der Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Neben individualmedizinischen Aufgaben der Gesundheitsfürsorge und Vorbeugung sowie der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten und chronischen Erkrankungen gibt es auch bevölkerungsmedizinische Anliegen, die epidemiologische Erhebungen als Grundlage für sozialpolitische Entscheidungen erfordern und damit gesundheitspolitische Planungen wesentlich beeinflussen (Bode 2003).

Der Gesetzgeber spricht in der Frühförderungsverordnung (FrühV, s. auch Kap. 4.3) von zwei Einrichtungsformen, die Maßnahmen zur Frühförderung anbieten: Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren (SPZ). Frühförderstellen stellen eine „gemeinde- und familiennahe Grund- und Flächenversorgung“ für entwicklungsgefährdete Kinder von der Geburt bis zu ihrer Einschulung und für die Familien zur Verfügung (Thurmair/Naggl 2003, 33). Ihr komplexer Versorgungsauftrag hinsichtlich Diagnostik, Förderung und Beratung bzw. Begleitung ist auf die vielfältigen Bedürfnisse der Kinder in ihren Familien und anderen Lebenswelten (z. B. Kindergarten) abgestellt. Sie stehen für eine vorwiegend pädagogische und psychologische Ausrichtung mit einem eher dezentralen und familienorientierten Ansatz. Dazu gehören auch überregionale Frühförderstellen für blinde und sehbehin-

Tab. 1: Institutionen der Frühförderung

Teilsystem A	Teilsystem B		Teilsystem C
frei praktizierende bzw. niedergelassene Ärzte, Therapeuten, Psychologen, (Heil-)Pädagogen	regionale Frühförderstellen  (allgemeine Anlaufstellen für entwicklungsgefährdete Kinder, unabhängig von Art und Ausmaß der Gefährdung)	spezielle Frühförderdienste  (z. B. mobile sonderpädagogische Hilfen in Bayern; sonderschulbezogene Frühberatungsstellen in Baden-Württemberg)	überregionale Frühfördereinrichtungen für blinde und sehbehinderte sowie für gehörlose und hörbehinderte Kinder  Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)  sowie spezialisierte Kliniken und Fachabteilungen für Neuro- und Sozialpädiatrie an Kliniken
<b>regionale Angebote</b>		<b>teilweise regionale Angebote</b>	<b>überregionale Angebote</b>

derte sowie für gehörlose und hörbehinderte Kinder; sie sind den entsprechenden Sonderschulen zugeordnet und halten ebenfalls regionale Angebote bereit. Hingegen haben Sozialpädiatrische Zentren und ähnliche zentrale Einrichtungen des medizinischen Bereichs einen überregionalen Versorgungsauftrag hinsichtlich spezialisierter Diagnostik sowie spezieller, gegebenenfalls auch stationärer Therapie und sind eher medizinisch orientiert. Beide Einrichtungsformen haben jedoch einen interdisziplinären Anspruch und stehen zueinander in einem komplementären Verhältnis (Kap. 2 und 4). Neben den beiden zentralen Frühfördereinrichtungen sind in eine Kooperation auch die Systeme der niedergelassenen Fachkräfte einzubinden, sodass mit Wagner-Stolp (1999, 23) die frühförderspezifischen Angebote drei komplementären Teilsystemen zugeordnet werden können (siehe Abb. 1).

Obwohl also das Aufgabenspektrum von Sozialpädiatrischen Zentren hinsichtlich des Alters der zu betreuenden Patienten weit über den Bereich der Frühförderung hinausgeht, liegt ein wichtiger inhaltlicher Schwerpunkt ihrer Tätigkeit in der Frühförderung.

Über diese drei Teilsysteme hinaus wird der Begriff Frühförderung auf der institutionellen Ebene noch umfassender verstanden. So ordnet Klein (2002, 42 und 131) Sonderkindergärten und integrative Plätze in Regelkindergärten (nach §24 KJHG/SGB VIII) dem „System Frühförderung“ zu und sieht auch „in der Krippe als Ganztageseinrichtung für Kleinkinder ... eine Möglichkeit zur Frühförderung“ insbesondere von

Kindern mit psychosozialen Risiken. Darüber hinaus fordert er, dass sich beispielsweise die Sozialpädagogische Familienhilfe „nicht nur als ‚Hilfe zur Erziehung‘, sondern auch als präventive Maßnahme der Frühförderung versteht ...“ (Klein 2002, 124). Mit den oben zitierten offenen Definitionen von Frühförderung nach Speck (1996) und Sohns (2000) ist diese Ausweitung des Begriffs auf der institutionellen Ebene kompatibel. Auch in der US-amerikanischen Fachdiskussion werden Förderangebote für kleine Kinder (z. B. in Krippen) als „*center-based intervention*“ der Frühförderung (*early intervention*) zugeordnet. Diese sehr weit gefasste Definition birgt allerdings die Gefahr, nicht mehr hinreichend aussagekräftig zu sein hinsichtlich der Kernaufgaben der Frühförderung. Wir schlagen deshalb vor, zwischen dem fachlichen Inhalt der Frühförderung und den sie durchführenden Institutionen zu differenzieren. Frühförderung ist definiert als Komplexleistung (Kap. 4.2.1), die für entwicklungsgefährdete Kinder und ihr Umfeld in jedem Einzelfall interdisziplinär abgestimmt ist und somit sehr spezifisch für jedes Kind und seine Bezugspersonen (Familie, Kindertagesstätte oder andere Bezugssysteme) die bestmöglichen Hilfemaßnahmen anbietet. Damit unterscheidet sich der (interdisziplinäre) deutsche und österreichische Frühförderbegriff von anderen: Während in Deutschland und Österreich die Bezeichnung „Frühförderung“ oder „Interdisziplinäre Frühförderung“ üblich ist, hält sich im englisch- und französischsprachigen Raum noch der zentrale Begriff der „Intervention“ (*early intervention, intervention précoce*). In der Schweiz hat sich der Begriff „Heilpädagogische Früherziehung“ als „Teilgebiet der Heilpädagogik“ etabliert. Diese richtet sich als „pädagogische Frühmaßnahme“ (Burgener Woeffray/Mehrhof 2000, 158) im Prinzip an den gleichen Personenkreis, der zu Beginn dieses Kapitels genannt wurde.

Abzugrenzen hiervon sind die Institutionen der Frühförderung. Gemeinsam mit kooperierenden, frei praktizierenden Fachkräften bilden vor allem die Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren die primären Frühförderinstitutionen, während weiterführende Betreuungssysteme (z. B. Kindertagesstätten oder Sozialpädagogische Familienhilfe) die Funktion sekundärer Frühfördereinrichtungen wahrnehmen können.