

# Forum

Nr. 67 • September 2008



## Impressum

### Herausgeber

**Forum Nr. 67 September 2008**

Berufsverband der Früherzieherinnen und Früherzieher der deutschen, rätoromanischen und italienischen Schweiz (BVF)

### Einsenden an

geschaeftsstelle@frueherziehung.ch

### Redaktion

Geschäftsstelle und Regula Ulrich-Kamer

### Geschäftsstelle

Brigitte Eisner-Binkert, Kreuzbuchstr. 29  
6006 Luzern, Tel. 041 240 56 71,  
E-Mail geschaeftsstelle@frueherziehung.ch

### Korrektorat

Annette Frey Keller

### Drucksachen bestellen

BVF Sekretariat, Judith Duft-Waser  
E-Mail: sekretariat@frueherziehung.ch  
Tel. 041 240 15 82 / Fax 041 240 07 54

### Abonnemente

Für BVF-Mitglieder im Mitgliederbeitrag inbegriffen  
Einzelnummer Fr. 12.–

### Inseratekosten

unter [www.frueherziehung.ch](http://www.frueherziehung.ch)

### Inserate einsenden an

sekretariat@frueherziehung.ch

### Postcheck

70-7318-3

### Erscheinungsdaten

April, September, Dezember

### Redaktionsschluss

15. Februar, 15. Aug., 1. Nov.

### BVF-Website

[www.frueherziehung.ch](http://www.frueherziehung.ch)

### Spenden

PC 70-7318-3

### Hinweis

Der Inhalt der veröffentlichten Beiträge von AutorInnen muss nicht mit der Auffassung des Vorstandes und der Geschäftsstelle übereinstimmen.

Das Copyright der im FORUM veröffentlichten Artikel unterliegt der Redaktion.



BERUFSVERBAND  
DER FRÜHERZIEHERINNEN  
UND FRÜHERZIEHER  
der deutschen, rätoromanischen  
und italienischen Schweiz

Schwerpunktthema:  
**Prävention**



## Prävention als Aufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung

Ein E-Mail-Gespräch mit Ines Schlienger

*Prävention hat in der HFE seit jeher eine wichtige Rolle gespielt. Der globale Ruf nach Prävention erfordert ein Überdenken der präventiven Möglichkeiten (und Grenzen) der HFE.*

*Welche Ziele verfolgt die Prävention in der Heilpädagogischen Früherziehung?*

Prävention war und ist ein sehr zentrales Anliegen der HFE, das stimmt. Prävention ist ein heilpädagogisches Prinzip, und die HFE definiert sich ja seit ihren Anfängen als heilpädagogisch. Prävention soll etwas abwenden, was eintreten könnte und von der Norm abweicht, nicht erwünscht oder nicht dienlich ist. Sie beugt vor. Wir haben es also bei präventiven Massnahmen immer mit einer Zuschreibung zu tun: Vorgängig muss definiert werden, was die Norm wäre, was erwünscht oder dienlich ist.

*Wo liegt der präventive Aspekt in der Entwicklungsförderung?*

Jeder Früherzieherin ist auf Anhieb klar, dass ein wesentlicher Teil ihrer Arbeit ein präventiver ist,

auch wenn es vielleicht nicht direkt so umschrieben ist.

Wenn die Früherzieherin mit einem Kind entwicklungsförderliche Spiele spielt und dabei mit einem diagnostischen Blick das kognitive Entwicklungsalter des Kindes einschätzt, wenn sie mit einem Kind Sprechförderung macht oder ein Gesteninventar erarbeitet, wenn sie mit einer Mutter die Situationen vor dem Schlafengehen durchspricht und dieser hilft, klare Regeln aufzustellen, so arbeitet sie immer auch präventiv: Diagnostik, Behandlung, Beratung dienen der tertiären Prävention, der Verhütung von Folgeschäden, von Fehlentwicklungen oder von sekundären Behinderungen bei schon bestehender und diagnostizierter Schädigung. In diesem Sinne ist die gesamte früherzieherische Arbeit als präventiv anzusehen.

Was den tertiären Bereich betrifft, umfasst der Begriff der Prävention also sehr vieles, was die Früherzieherin tut.

*Wie unterscheidet sich Prävention von indizierter Förderung?*

*Oder: Wann spreche ich von Prä-*

*vention, wann von Förderung?*

Bei kindbezogenen Massnahmen im Bereich der tertiären Prävention ist Prävention immer auch Förderung und Förderung ist vielfach gleichzeitig Prävention (von Folgeschäden oder Folgebehinderungen). Gerhard Heese hat schon 1978 die Prävention als eine von fünf Prinzipien der HFE bezeichnet. Daneben definierte er die Korrektur, die Reedukation, die Kompensation und die Integration. Alle fünf Prinzipien dienen der Förderung. Förderung beinhaltet also die Prävention, aber auch noch viel mehr.

*Während Jahren stand die tertiäre Prävention im Vordergrund. Mit der Zeit kam die sekundäre dazu – wobei es sich stets um indizierte Massnahmen handelte.*

Den Früherziehungsstellen wurden immer mehr auch Kinder gemeldet, die nicht eindeutig eine Schädigung oder Behinderung hatten, deren Entwicklung aber gefährdet war.

In der sekundären Prävention werden Schädigungen oder Normabweichungen aufgespürt, damit sie rechtzeitig behandelt werden können – oder damit rechtzeitig Lebensbedingungen geschaffen werden können, die einen günstigen Entwicklungsverlauf fördern. In der Regel ist noch keine Schädigung,

Auffälligkeit oder Behinderung diagnostiziert, aber ein Anfangsverdacht oder eine Beunruhigung sind da.

*Ist präventive Förderung nicht einfach Gleichmacherei bzw. Angleichung Anderer an unsere gesellschaftlichen Forderungen? Wollen die Betroffenen das denn?*

Wie eingangs gesagt, ist jede präventive Intervention von einer Zuschreibung abhängig. Und im Feld der sekundären (und primären) Prävention öffnen sich damit Tür und Tor für Fehlinterpretationen beziehungsweise Interessenskonflikte. Was für die einen bedrohlich erscheint, kann für jemand anderen ein absolut normales Phänomen sein. Insofern dürfen präventive Massnahmen nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg entschieden und eingeleitet werden. Dies würde auch den Erkenntnissen aus der Empowermentbewegung oder der Resilienzforschung widersprechen.

Gleichzeitig wissen wir aber auch, dass der Mensch als soziales Wesen neben aller Individualität auch ein Bedürfnis nach Zugehörigkeit und „Normalität“ hat und dieses gilt es ebenso zu berücksichtigen. Insofern darf man ihnen die präventiven Massnahmen, die eine Randstellung in der Gesellschaft, eine Erkrankung oder eine zusätz-

liche Behinderung verhindern könnten, nicht vorenthalten. Eine redliche Wertereflexion ist aber in jedem Fall wichtig, insbesondere als unsere pluralistische Gesellschaft an sich viele verschiedene Lebensentwürfe zulassen könnte.

Diese Frage hat auch eine ökonomische Dimension. Seit der Begriff der Entwicklungsvariabilität allgemein bekannt ist, wird es auch immer schwieriger, Beobachtungen und Verhaltensweisen von Kindern eindeutig als Störung zu bezeichnen. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden manchmal nicht einmal von Fachkräften wirklich ernst genommen, geschweige denn von politischen Vertreter/innen. Solche Umstände machen es sowohl den Fachkräften als auch den Kostenträgern und den politischen Entscheidungsträgern nicht einfach. Ich sehe das deutlich: früherzieherische Massnahmen sind im Bereich der tertiären Prävention weiterhin unumstritten. Sobald wir uns jedoch im Bereich der sekundären Prävention bewegen, wird es heikler, und die Früherziehungsstellen müssen enorm um die Finanzierung kämpfen.

*Ich teile Deine Meinung, bin aber der Ansicht, dass unsere Chancen aktuell viel besser sind als auch*

*schon (Umsetzung des Konkordates zur Zusammenarbeit im sonderpädagogischen Bereich) und dass wir die „Gunst der Stunde“ sinnvoll nutzen sollten.*

Dann also: an die Arbeit!

*Kann HFE auch einen Beitrag leisten zu primärer Prävention? Zum Beispiel im Sinne von Klein (1999), der fordert, dass auch beeinträchtigte Lebens- und Erziehungsbedingungen Indikationsgrund für HFE sein sollten?*

Die primäre Prävention erachte ich eher als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie setzt sich ja zum Ziel, menschliche Bedürfnisse zu erkennen und mitzuhelfen, gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, die eine Erkrankung des einzelnen verhindern oder nicht fördern. Die Massnahmen der primären Prävention sind also auf die Gesellschaft als Ganzes oder auf bestimmte Bevölkerungsgruppen zugeschnitten, nicht auf einzelne Kinder oder Familien. Insofern erachte ich die primäre Prävention nicht als Aufgabe der HFE – ausser im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit oder in der Mitwirkung bei der Erarbeitung von Präventionsprogrammen im Sozial- oder Bildungsbereich.

Beeinträchtigte Lebens- und Erziehungsbedingungen sind für Kinder, das ist erwiesen, in höchstem Masse ein Risiko für Entwicklungsbe-

einträchtigungen. In diesem Sinne kann und soll die HFE sich auch hier als zuständig erklären, allerdings nur im Sinne der sekundären Prävention bei bestehendem Anfangsverdacht und bezogen auf ein bestimmtes Kind und seine Familie – nicht im Sinne von generellen Angeboten für alle Kinder, die in schwierigen Verhältnissen aufwachsen. Dafür müssen sich andere Instanzen als zuständig erklären – das Anliegen als solches ist dringlich.

*Wenn sich HFE zuständig erklärt für sekundäre Prävention, muss sie auch passende Angebote haben. In welcher Form soll sie das tun? Braucht es hier nicht noch vermehrt Anstrengungen, die ange-dachten und vereinzelt erprobten „neuen“ Formen zu institutionalisieren?*

Ganz sicher. Hier besteht ein enormer Nachholbedarf an Austausch, kritischer Reflexion, Lernen am Modell usw. Viele Dienste erarbeiten etwas, sie tun das aber isoliert und haben nicht die Mittel zur Evaluation. So muss jeder Dienst das Rad wieder neu erfinden. Natürlich gibt es lokale Verschiedenheiten und Schwerpunkte von einzelnen Diensten. Trotzdem sehe ich einen grossen Nachholbedarf im selbstbewussten Austausch (der übrigens auch die Fehlerkultur

einbezieht).

Hier sähe ich übrigens auch eine Aufgabe der Fachstelle des BVF. Diese könnte eine Drehscheibe bilden für Erfahrungen, sie könnte Knowhow, resp. Personen vermitteln, könnte Methoden und Verfahren kritisch bewerten usw.. Mit einer rege besuchten, gut verwalteten Internetplattform z.B. oder mit Blogs zu einzelnen Themen, wäre vielen Fachkräften oder Dienststellen möglicherweise sehr gedient. Zudem könnte der BVF im Bezug auf die Evaluation Anregungen geben oder selbst Studien durchführen oder in Auftrag geben. Eine intensive Zusammenarbeit mit einer Fachhochschule könnte interessant sein.

Als zweiten Punkt denke ich, dass es notwendig sein wird, die Früherzieherinnen immer wieder mit neuen Modellen des qualifizierten Arbeitens in der sekundären Prävention weiterzubilden. Es gibt inzwischen viele evidenzbasierte Methoden (besonders aus dem nordeuropäischen oder englischsprachigen Raum), die sich eine Heilpädagogin aneignen kann. Drittens ist in diesem Bereich sicher auf das Arbeiten in interdisziplinären regionalen Verbänden zentral. Die Aufgaben können nicht mehr von einer Disziplin allein wahrgenommen werden.



*Was kann die HFE dazu beitragen, dass man auch erkennt, dass auch HFE sich für sekundäre Prävention zuständig erklärt und etwas anzubieten hat? Genügen vermehrte Öffentlichkeitsarbeit und insbesondere auch Vernetzungsbestrebungen?*

Diese sind wichtig. Gleichzeitig ist zentral, dass qualitativ gute Arbeit geleistet wird, die mit Supervision und Weiterbildung garantiert wird. Ich möchte noch auf einen weiteren Umstand hinweisen: Das Selbstverständnis der einzelnen Früherzieherin, des einzelnen Früherziehers. Diese Arbeit der sekundären Prävention wird ja schon lange gemacht – einfach, weil die Familien da waren, weil die Kinder und die Familien gelitten haben, und weil sich sonst niemand so niederschwellig um diese Familien gekümmert hat. Es ist allerdings nicht einfach, den Auftrag der sekundären Prävention in Worte zu fassen und für andere nachvollziehbar zu machen – vor allem, wenn man nicht defizitorientiert argumentieren will. Diese Sprache für den eigenen Auftrag zu finden ist vorgängig zur Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung zu leisten, sonst greifen letztere nicht.

*Was müssen wir aus der „alten“ Früherziehung loslassen, was beibehalten?*

Von der Entwicklung her sehe ich es so, dass die allgemeine HFE mit Schwerpunkt tertiäre Prävention immer weiter in den Hintergrund treten wird zugunsten des Schwerpunktes sekundäre Prävention. Die Kinder mit „klassischen Behinderungen“ werden anteilmässig abnehmen und Kinder mit diffusen Symptomen, Kinder, die in beeinträchtigenden Lebensverhältnissen aufwachsen oder die traumatisiert sind, werden zunehmend in den Fokus gelangen.

Die Aufgaben und das methodische Vorgehen sind in der sekundären Prävention anders als in der tertiären: Die Beobachtung, die Diagnostik, das Gespräch, die Beratung und Unterstützung, vernetztes Arbeiten, Interdisziplinarität usw., werden mehr Gewicht erhalten. Es werden also, neben der Arbeit direkt mit dem Kind, vermehrt Aufgaben mit anderen Erwachsenen, sei es Eltern, anderen Fachkräften, Behörden usw., anfallen. Wichtig ist, dass dabei das Wissen um entwicklungsförderliche Methoden nicht verloren geht oder vernachlässigt wird.

*Der heilpädagogische Präventionsgedanke hat heute viel zu tun mit Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Aus politisch-wirtschaftlicher Sicht steht eher die Wirksamkeit im Hinblick auf öko-*

*nomische Interessen im Vordergrund. Wo liegen Chancen und Gefahren der beiden Sichtweisen? (Prävention als primärer Grund für HFE?)*

Wenn es gelingt, diese zwei Seiten als dialektischen Widerspruch und nicht als unversöhnliche Gegensätze zu verstehen, sind wir schon ein Stück weiter. Die heilpädagogisch Tätigen sollten sich darum bemühen, den Begriff der Lebensqualität zu operationalisieren – z.B. mit den Konzepten der Resilienzforschung und der Salutogenese. Dann wird sehr bald deutlich, dass kein grosser Widerspruch bestehen muss zwischen den beiden Ansätzen. Menschen, die sich gut fühlen in ihrem Leben, die handlungs- und bindungsfähig sind, Menschen, die das, was ihnen geschieht verstehen und die den Ereignissen, die ihnen widerfahren Bedeutung geben können, haben eine erhöhte Lebensqualität und gleichzeitig sind sie gesünder, können mit Schwierigkeiten und Krisen im Leben besser umgehen und sind demzufolge weniger abhängig von gesellschaftlichen Hilfen.

Das Problem sehe ich an einem anderen Ort: Da sich präventive Massnahmen erst langfristig „rechnen“, sind die Zusammenhänge nur in langfristig angelegten Studien nachzuweisen (und sie sind mittlerweile nachgewiesen!).

Doch die Ergebnisse dieser Studien werden von den Entscheidungsträgern selten zur Kenntnis genommen. Politisch Tätige und Entscheidungsträger haben in der Regel das Jahresbudget, beziehungsweise die nächsten Wahlen im Auge. Die Kosten für verpasste Prävention fallen i.d.R. erst in späteren Jahren und in einer anderen Kostenstelle an. So werden die Zusammenhänge nicht offensichtlich, und denjenigen Personen, die die Zusammenhänge sehen, sind oft auch die Hände gebunden. Hier steht noch viel politische Arbeit an.

*Beim Präventionsaspekt ging es in der HFE immer darum, bei Kind und Eltern Fähigkeiten zu stärken und Möglichkeiten auszuweiten. Dabei konnte HFE auf verschiedene Methoden und Mittel zurückgreifen. Diese haben sich aufgrund von Erfahrungen und Forschungsergebnissen stark entwickelt. Gängige Mittel waren und sind Entwicklungsförderung, der „freundliche Blick“, Empowerment, Beziehungsunterstützung, Stärkung von Kohärenzgefühl, Resilienzförderung. Würdest Du den gleichen Mitteln Wichtigkeit zuschreiben?*

Ich möchte hier, was die theoretischen Hintergründe betrifft, zwei grundsätzliche Richtungen unterscheiden: Die sozialwissenschaftli-



chen und die neurobiologischen Ansätze. Im sozialwissenschaftlichen Bereich sind neben den Bindungs-, Entwicklungs- und Lerntheorien, die ich immer noch für sehr grundlegend erachte, vor allem der Empowermentansatz, die Salutogenese und das Resilienzkonzept von Bedeutung. Letztere verweisen auf die genannten Stichworte Beziehungsunterstützung, Stärkung von Kohärenzgefühl, Resilienzförderung, „freundlicher Blick“.

Seit die Entdeckung der Spiegelneuronen auch in der Heilpädagogik „eingeschlagen“ hat, werden neurobiologische Ansätze immer wichtiger. Zum einen bestätigen die neurobiologischen Forschungen sehr vieles, was in den sozialwissenschaftlichen Forschungen schon erkannt wurde und was jedem Praktiker, jeder Praktikerin aus Erfahrung bekannt ist. Zum anderen entsteht die Angst vor einem neuen „Biologismus“: Man sieht die Handlungs- und Willensfreiheit des Menschen eingeschränkt, wenn nicht gar verneint: Wir müssen sehen, alle neurobiologischen Forschungen bestätigen die zentrale Wirkung früher Beziehungs- und Bindungserfahrung für die Entwicklung von neuronalen Strukturen.

*Die Erkenntnis der Neurobiologie betreffend zentraler Wirkung früher Beziehungs-, Bindungs- und auch Bildungserfahrungen ist für die HFE sicher eine positive. Die Methoden, die die HFE zur Unterstützung der Entwicklung einsetzt, erzielen jedoch keine schnelle Wirkung. „Zeit ist Geld“ könnte dazu führen, dass die Entwicklung vermehrt durch psychopharmakologische Mittel beschleunigt und manipuliert wird. Was kann Heilpädagogische Früherziehung diesem „Biologismus“ entgegenstellen? Nachhaltigkeit?*

Die Entwicklung in Richtung Psychopharmakologie beunruhigt mich auch etwas. Es handelt sich dabei allerdings um eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung. Auch bei Kopfschmerz ist es billiger, eine Tablette zu schlucken, als sich während der Arbeit hinzulegen oder eine Entspannungsmassage zu nehmen. Trotzdem wissen wir alle, Kopfweg ist nicht ein Symptom für Aspirinmangel. Medikamente dienen in der Regel der Symptombekämpfung und lösen das zu Grunde liegende Problem nicht. Das Gefährliche für die Kinder in der HFE besteht darin, dass die meisten Medikamente nicht an Kindern erprobt wurden und damit kaum Erfahrungen bestehen über deren langfristigen Folgen. Vielleicht schützt aber gerade unser

inzwischen etabliertes Wissen um die Plastizität des Gehirns in den ersten Lebensjahren das Kind davor, dass es unkontrollierbaren Eingriffen in sein neuronales System (und das tun Psychopharmaka) ausgesetzt wird.

Allerdings darf auch nicht ausser Acht gelassen werden, dass vielfach Eltern solche einfachen Mittel wünschen. Hier sind auch intensive Gespräche mit Eltern angesagt – oder die Thematisierung an Elternabenden.

Was die Nachhaltigkeit betrifft, natürlich arbeitet die HFE nachhaltig. Nur: Dieser Begriff ist, ähnlich wie der der Ganzheitlichkeit, ziemlich in Verruf geraten. Nachhaltigkeit müsste also genauer umschrieben, operationalisiert, werden: Gute Beziehungs-, Bindungs- und Bildungserfahrungen fördern die Entwicklung von günstigen neuronalen Strukturen und hormonellen Zuständen, die die autonome Lebensführung, Handlungs- und Beziehungsfähigkeit des Kindes unterstützen. Sie machen es resilienter gegenüber Krisen und insofern unabhängiger von späterer staatlicher Hilfe.

Als weiteres Argument könnte dienen, dass bei allem neurobiologischen Wissenszuwachs – und der ist in der Tat in den letzten Jahren überwältigend gewesen – nicht wirklich erklärt wird, wie Bezie-

hung und Bildung wirken. Je mehr wir wissen über das Funktionieren des menschlichen Gehirns, umso grösser werden auch die Rätsel, die verbleiben. Da darf man sich nicht blenden lassen. Otto Speck hat dieses Jahr zu diesem Thema einen interessanten Diskussionsbeitrag geliefert.

*Du hast früh die Wirkung des „freundlichen Blicks“ erkannt. Die Erkenntnisse betreffend Spiegelneuronen stützen nun Deine These.*

Die Spiegelneuronen sind sehr zentral für das menschliche Zusammenleben, für das gegenseitige Verstehen und für das sich Wohlfühlen in der Welt. Aber auch die Erkenntnisse über die motivationalen Systeme, also, wie die Hormone Dopamin, Oxitozin und die körpereigenen Opioide (Schmerz- und Beruhigungsmittel) im menschlichen Organismus funktionieren, belegen eine neurobiologische Wirkung des „freundlichen Blicks“: Wertschätzung, zwischenmenschliche Anerkennung, Zuwendung und Zuneigung werden als Kern aller Motivation für menschliches Handeln bezeichnet. Dopamin zum Beispiel (der Glücksbotsstoff schlechthin) wird benötigt, um sich ein Ziel zu setzen und die Energie dafür zu erzeugen und dieses Hormon wird durch Zuwendung und erlebtes Wohlfühlen, durch ge-



meinsames Lachen (aber auch durch Musikhören) ausgelöst. Da fühle ich mich schon bestätigt.

*Je früher, desto wirksamer sind Präventionsbemühungen. Der Run um den Vorschulbereich hat begonnen. Wieder sind es neurobiologische Beweise, die der frühen Kindheit einen sehr hohen Stellenwert zuschreiben.*

*Frühförderprogramme entstehen, Logopädie und Psychomotorik „drängen“ vermehrt in den Vorschulbereich. Welchen Bereich muss, kann oder soll HFE selbstbewusst „verteidigen“, wo soll sie vermehrt Zusammenarbeit suchen und wo soll sie sich zurückhalten?*

Die verschiedenen Frühförderprogramme, die in den letzten Jahren in einzelnen Städten eingerichtet wurden (z.B. für Kinder mit Migrationshintergrund) sind sehr zu begrüßen. Ich betrachte sie als Massnahmen der primären Prävention, die ich, wie schon gesagt, nicht als Aufgabe der HFE sehe. Wenn sich Heilpädagoginnen in solchen Projekten engagieren, finde ich das sehr begrüßenswert. Sie könnten als Berater/innen, Supervisor/innen usw. in Erscheinung treten. Solche Gruppen oder Projekte dürfen auf keinen Fall als Konkurrenz aufgefasst werden.

Dass Logopädie und Psychomotorik „in den Vorschulbereich drän-

gen“ kann ich zunächst vom fachlichen Standpunkt her auch nur begrüßen. Lange Zeit erfuhren sich die Heilpädagog/innen als einsame „Rufer/innen in der Wüste“. Solange die Hauptaufgabe der HFE in der tertiären Prävention bestand, konnte man dies noch hinnehmen. Dadurch aber, dass die Entwicklungsstörungen der Kinder immer komplexer werden, ihre Umwelten immer schwieriger, und der Ruf nach gezielter, direkter und effizienter Förderung von Seiten der Eltern lauter, kann eine Profession allein diese Aufgabe nicht mehr schaffen. Es braucht eine differentielle Indikation von Massnahmen.

Es sollte also um jeden Preis verhindert werden, dass eine Profession die andere als Eindringling wahrnimmt, dass es ein Gerangel um Klienten gibt. Netzwerke, Verbundsysteme, zentrale Entscheidungsinstanzen, die sich interdisziplinär absprechen, wären hier notwendig. Dies insbesondere angesichts sich verknappender finanzieller Ressourcen.

*Vom Auftrag zur Ausführung: Wie kommen wir als Früherziehungsstelle, aber auch als einzelne Früherzieherin von der Ideensammlung zu der praktischen Tätigkeit in diesem neuen Gebiet?*

Wie meine Ausführungen gezeigt haben sollten, ich empfinde die Prävention nicht als „neues Gebiet“. Neu ist, dass endlich erkannt wurde, dass die einzelne Fachfrau in der HFE und die Dienststellen alles leisten, auch im Bereich der sekundären Prävention, und dass dies in der EDK-Definition bezüglich HFE nun festgeschrieben ist. Als nächstes gilt es, dies auch in den Leistungskatalog der einzelnen Früherziehungsstellen aufzunehmen. Jede einzelne Trägerschaft, jeder Kanton muss sich dazu bekennen, dann erhalten die einzelnen Früherzieher/innen oder die Dienststellen hinreichend Rückhalt, und die Finanzierung der Tätigkeiten ist gesichert.

Des Weiteren erachte ich es als sehr sinnvoll, zunächst zu reflektieren, was man als Dienst oder als einzelne Personen schon anbietet, vor allem im Bereich der sekundären Prävention. Die in der HFE tätigen Fachkräfte zeichnen sich ja durch Selbständigkeit und Innovationskraft aus. Trotzdem würde ich nun nichts überstürzen. Erst die Besinnung auf den eigenen Standort macht es möglich, in die Zukunft zu blicken, frei nach Nadolny in seinem Buch „Die Entdeckung der Langsamkeit“: „Wie soll ich wissen, wo ich hin will, wenn ich nicht weiss, wo ich bin?“

*Liebe Ines, herzlichen Dank für dieses E-Mail-Gespräch!  
Brigitte Eisner-Binkert*

#### Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München
- Bauer, J. (2006): Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. Hamburg
- Brooks, Robert & Goldstein, Sam (2007): Das Resilienz-Buch. Wie Eltern ihre Kinder fürs Leben stärken – Das Geheimnis der inneren Widerstandskraft. Klett-Cotta: Stuttgart
- Herriger, N. (1991): Empowerment – Annäherung an ein neues Fortschrittsprogramm der sozialen Arbeit. In: Neue Praxis, S. 221-229
- Keupp, H. (1993): Aufrecht gehen lernen. In einer Welt riskanter werdender Chancen. Eine Empowermentperspektive. In: Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zs. für Sozialarbeit, S. 52-55
- Knuf, A. (2006): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn.
- Lorenz, R. (2004): Salutogenese. München/Basel
- Rappaport, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit:



Ein sozialpolitisches Konzept des „Empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2, S. 257-278.

- Speck, O. (2008): Hirnforschung und Erziehung. Eine Pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen. München
- Theunissen, G. & Plaute W. (1995): Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg
- Weiss H. (1992): Annäherung an den Empowerment-Ansatz als handlungsorientierendes Modell in der Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär, 11.Jg., S.157-169
- Weiss, H. (1999): Empowerment in der Heilpädagogik und speziell in der Frühförderung - ein neues Schlagwort oder eine handlungs-

leitende Idee? In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. 68.Jg., S. 23-35

- Wustmann, C. (2005): Resilienz. Kapitel B in Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung. Bildungsreform Band 16. Bonn/Berlin, S. 119-181. link: [www.bmbf.de/pub/bildungsreform\\_band\\_16.pdf](http://www.bmbf.de/pub/bildungsreform_band_16.pdf)

Dr. Ines Schlienger  
Weggengasse 3  
8001 Zürich  
[ines.schlienger@gmx.ch](mailto:ines.schlienger@gmx.ch)



**Primäre Prävention** zielt auf eine Verringerung der Anzahl neuer Fälle bei bekannten Problemen in der Bevölkerung (Inzidenz) ab, beispielsweise durch die Identifizierung von gefährdeten Kindern.

**Sekundäre Prävention** versucht die Anzahl bestehender Fälle zu verringern, indem zwar nach der Problementstehung, aber vor seiner vollen Entwicklung gehandelt wird (Prävalenz).

**Tertiäre Prävention** zielt auf eine Verringerung der mit einem ermittelten Problem zusammenhängenden Komplikationen, auf die Begrenzung oder Reduzierung der Effekte einer Störung oder Beeinträchtigung, indem Massnahmen ergriffen werden, nachdem eine Störung oder Beeinträchtigung bereits eingetreten ist.

(European Agency for Development in Special Needs Education: Frühförderung – Untersuchung der Strukturen in europäischen Ländern, 2005, S. 19/20)

Meja Kölliker

## Auswirkung früher Spracherwerbsstörungen auf die sprachliche Entwicklung und Möglichkeiten einer frühen Intervention

### Spracherwerbsstörung und ihre Auswirkungen

Spracherwerbsstörung ist eine Behinderung, die erst dann sichtbar wird, wenn mit dem Kind kommuniziert wird. Die Kinder mit Spracherwerbsstörungen beginnen später zu sprechen, haben mit zwei Jahren einen Wortschatz von weniger als 50 Wörtern, reihen mit drei Jahren ihre Wörter in der Grundform aneinander, ohne Sätze zu bilden und verstehen einzelne Schlüsselwörter, die sie nur anhand der konkreten Situation interpretieren können. In der Schule beginnen sie Sätze wie Floskeln anzuwenden und benötigen für alle sprachlichen Aufgaben sehr viel Zeit, oft gelingt Ihnen das Lesen-, Schreiben- und Rechenlernen nicht. Die Langsamkeit der sprachlichen Informationsverarbeitung führt dazu, dass diese Kinder unerwartet und anders reagieren, weil sie nur einen Teil der relevanten Information berücksichtigen können. In Gesprächen gelingt es ihnen nicht, die nötige Information sprachlich mitzuteilen. So erfahren sie wenig Akzeptanz und werden von Bezugspersonen, Kindergärt-

nerinnen und Lehrerinnen als pragmatisch und kognitiv unreifer eingeschätzt und auch von Peers negativer beurteilt als sprachunauffällige Kinder. Sie entwickeln ein niedriges Selbstwertgefühl, beurteilen sich negativ und ziehen sich auf eine Aussenseiterposition zurück. (Rice 1993; Grimm 1999; Hartmann 2003). Rice sieht diese Entwicklung als Spirale (Abbildung siehe Seite 36).

### Entwicklung der frühen sprachlichen Kommunikation

Kinder kennen mit vier Monaten die rhythmischen und prosodischen Merkmale ihrer Muttersprache und können mit acht Monaten hochfrequente Wörter wieder erkennen (Kauschke 2007). In diesen vier Monaten zeigen die Kinder in ihren Äusserungen zunehmend Lallwörter mit der Prosodie (d.h. Rhythmus, Betonung und Sprachmelodie) der Muttersprache, die bei den Bezugspersonen eine verbale Reaktion auslösen: Sie wiederholen das Lallwort des Kindes. Das Kind erfährt, dass seine vokale Produktion für seine Bezugspersonen interessant ist und eine ganz bestimm-