

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Departement 1: Studiengang Sonderpädagogik
Vertiefungsrichtung Heilpädagogische Früherziehung
Masterarbeit

**Prävention im Kontext der
Heilpädagogischen Früherziehung**
Eine Inhaltsanalyse

Eingereicht von: Katrin Nagelsdiek

Begleitung: Matthias Lütolf

1. Dezember 2014

Abstract: Im Bereich der Heilpädagogischen Früherziehung (HFE) ist in den vergangenen Jahren ein grosser Wandel zu beobachten. Die Zielgruppe der HFE hat sich wesentlich verändert, womit die Prävention als ein Aufgabenfeld der HFE an Bedeutung gewinnt. Es ergeben sich in diesem Zusammenhang einige offene Fragen. In der vorliegenden Arbeit wird das Thema der Prävention im Kontext der HFE mittels einer qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse aufgearbeitet, um einen Überblick darüber zu geben, wie dieses Aufgabenfeld in der heilpädagogischen Fachliteratur der letzten 10 Jahre thematisiert wurde. Es zeigte sich, dass das Thema der Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung regelmässig und auf unterschiedlichen Ebenen aufgegriffen wurde. Prävention ist als Aufgabenfeld der HFE anerkannt. Es verbleibt Handlungsbedarf auf struktureller, inhaltlicher und praktischer Ebene.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Ausgangslage.....	5
1.2	Fragestellung und Zielsetzung.....	6
1.3	Aufbau und Vorgehen.....	6
2	Theoretischer Bezugsrahmen.....	9
2.1	Heilpädagogische Früherziehung	9
2.1.1	Definition	9
2.1.2	Entwicklungen in der Heilpädagogischen Früherziehung.....	10
2.1.3	Zielgruppen	12
2.1.4	Aufgabenfelder	13
2.2	Prävention	14
2.2.1	Terminologie.....	14
2.2.2	Zielgruppen und damit verbundene Dilemmata	22
2.2.3	Prävention und Früherkennung	23
2.2.4	Prävention und Behandlung	24
2.3	Heilpädagogische Früherziehung und Prävention.....	26
3	Fragestellung	27
4	Forschungsmethodisches Vorgehen – qualitativ strukturierende Inhaltsanalyse.....	28
4.1	Bestimmung des Ausgangsmaterials (1. Schritt).....	29
4.2	Fragestellung (2. Schritt)	32
4.3	Ablaufmodell und Bestimmung der Analyseeinheiten (3. Schritt)	32
4.4	Festlegung und Definition des Kategoriensystems (4. Schritt)	35
4.5	Theoriegeleitete Formulierung des Kodierleitfadens (5. Schritt).....	39
4.6	Materialdurchgang (6. Schritt).....	41
4.7	Überarbeitung des Kategoriensystems (7. Schritt).....	41
4.8	Ergebnisaufbereitung (8.Schritt)	43
5	Ergebnisse	44
5.1	Darstellung der Ergebnisse	44
5.1.1	Früherkennung (FE)	44
5.1.2	Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung (P)	46
5.1.3	Definition (D)	49
5.1.4	Einflussfaktoren (EF)	50
5.1.5	Methodik (M)	51

5.1.6 Ziele (Z).....	53
5.1.7 Zielgruppe (ZG)	54
5.1.8 Weiteres (W)	55
5.2 Interpretation der Ergebnisse.....	56
5.2.1 Früherkennung (FE)	56
5.2.2 Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung (P)	57
5.2.3 Definition (D)	59
5.2.4 Einflussfaktoren (EF)	59
5.2.5 Methodik (M)	60
5.2.6 Zielgruppe (ZG)	61
5.2.7 Ziele (Z).....	61
5.2.8 Weiteres (W)	61
6 Beantwortung der Fragestellung.....	63
7 Schlussfolgerung und Konsequenzen für die Heilpädagogische Früherziehung.....	65
8 Methodenkritik.....	67
9 Fazit und Ausblick	68
10 Verzeichnisse	69
10.1 Abbildungsverzeichnis.....	69
10.2 Tabellenverzeichnis.....	69
10.3 Literaturverzeichnis	69
10.4 Literaturverzeichnis Literaturcorpus.....	74
11 Anhang.....	77

1 Einleitung

In diesem Kapitel wird zu Beginn die Ausgangslage, die dieser Arbeit zugrunde liegt, beschrieben. Darauf aufbauend werden die Fragestellung und die Zielsetzung abgeleitet. Das Kapitel schliesst mit der Darstellung des Aufbaus und der Vorgehensweise ab.

1.1 Ausgangslage

Im Bereich der Heilpädagogischen Früherziehung (HFE) sind laut Burgener Woeffray (2014, S. 11) grosse Veränderungen zu beobachten. So hat sich in den letzten 30 Jahren die Zielgruppe der Heilpädagogischen Früherziehung gewandelt (vgl. Burgener Woeffray & Bortis, 2009, S. 33). Es handelt sich zum Einen um „andere Kinder“, zum Anderen aber auch um „veränderte Aufgaben“ (vgl. Leyendecker, 2010, S. 19). In der Heilpädagogischen Früherziehung werden immer weniger Kinder mit einer eindeutig definierbaren Behinderung begleitet. Verstärkt treten Kinder in den Vordergrund, welche undefinierbare Entwicklungsstörungen und psychosoziale Auffälligkeiten zeigen und mit vorliegenden Risikobelastungen aufwachsen. Gründe hierfür lassen sich einerseits in veränderten familiären und ausserfamiliären Bedingungen finden, andererseits auch in den Fortschritten der Medizin (vgl. Burgener Woeffray, 2014, S. 11; Leyendecker, 2010, S. 20). Die komplexen Ursachen der Auffälligkeiten führen dazu, dass die Interventionen vielschichtiger werden und es vor allem schwierig ist, die Ursachen zu erfassen und angemessene Fördermassnahmen abzuleiten (vgl. Burgener Woeffray & Bortis, 2009, S. 33). Wenn dies allerdings gelingt, ist es „... im Sinne einer indizierten Prävention eine äusserst erfolgreiche Massnahme“ (ebd.).

Da Kinder im frühen Alter in einer wichtigen Entwicklungsphase sind, können hier Problementwicklungen mit Dauerfolgen ihren Anfang nehmen. Die Wirkungsketten zwischen frühkindlichen Entwicklungsrisiken und späteren Problemen können zu diesem Zeitpunkt aber auch durchbrochen werden (vgl. Mayr, 2003, S. 32). „Diese Tatsachen sprechen eindeutig für eine umfassende und frühzeitige primäre Prävention“ (Burgener Woeffray, 2014, S. 11). Die Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) empfahl bereits im Jahr 2007 nicht nur behinderte Kinder zu unterstützen und zu fördern, sondern auch Kindern, deren Entwicklung eingeschränkt oder gefährdet ist Massnahmen zukommen zu lassen (vgl. EDK 2007a, S. 3). Im Hinblick auf die Heilpädagogische Früherziehung wird dies dahingehend konkretisiert, dass es deren Aufgabe ist, Kinder mit Behinderungen, mit Entwicklungsverzögerungen, -einschränkungen oder -gefährdungen auch präventiv zu behandeln (vgl. ebd.). „Während in den Anfängen der HFE die tertiäre Prävention im Vordergrund stand, wurde sie mit der Zeit ... auch in der sekundären Prävention zuständig“ (Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2013b, S. 2). So ist heute für die Heilpädagogische Früherziehung das möglichst frühzeitige Erkennen von Entwicklungsrisiken ein vorrangiges Ziel. Somit stellt sich auch mehr und mehr die Frage, „... wie weit sie als Präventionsangebot im System der frühen Förderung und Bildung auch einen Beitrag zur primären

Prävention leisten kann“ (ebd.). Durch die Erfahrungen der Heilpädagogischen Früherziehung mit unterschiedlichsten Systemen und Aufgaben ist eine hohe Kompetenz vorhanden, „... die für Angebote in der frühen Förderung, im Sinne der Prävention genutzt werden sollte“ (Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2013c, S. 1).

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Wie in Kapitel 1.1 deutlich wurde, wird der Heilpädagogischen Früherziehung zum Einen ein Präventionsauftrag zugeschrieben, zum Anderen ist für die Heilpädagogische Früherziehung Prävention unstrittig Teil ihres Aufgabengebiets. Damit wird Prävention mit dem veränderten und erweiterten Aufgabenfeld in der Heilpädagogischen Früherziehung vermehrt zum Thema. Jedoch ergeben sich damit auch einige Unklarheiten, vor allem für die Praxis. Es stellt sich die Frage, was es eigentlich heisst, präventiv tätig zu sein und ob sich dazu, in der jetzigen Praxis der Heilpädagogischen Früherziehung, etwas ändern muss; und wenn ja, an welcher Stelle (Früherziehungsdienste, politische Rahmenbedingungen,...) diese Änderungen vorgenommen werden müssen.

In diesem Zusammenhang lohnt es sich, das Thema Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung auf theoretischer Ebene zu betrachten, woraus sich folgende Fragestellung ergibt:

Wie wird Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung in der heilpädagogischen Fachliteratur thematisiert?

Ziel dieser Arbeit ist es damit, mittels qualitativ strukturierender Inhaltsanalyse (vgl. Kapitel 4) das Thema der Prävention in der Heilpädagogischen Früherziehung aufzuarbeiten und einen Überblick darüber zu geben, wie dieses Aufgabenfeld in der Literatur thematisiert wird.

1.3 Aufbau und Vorgehen

In der vorliegenden Arbeit wird das Thema Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung mittels qualitativ strukturierender Inhaltsanalyse betrachtet.

Zu Beginn wird in Kapitel 2 ein theoretischer Bezugsrahmen hergestellt. Zum Einen wird die Heilpädagogische Früherziehung mit ihrer Definition, ihren Entwicklungen, Zielgruppen und Aufgabenfeldern beschrieben und zum Anderen die Prävention aufgegriffen. In den Unterkapiteln zur Prävention geht es um die Erläuterung der Terminologie, der Zielgruppen mit den damit verbundenen Dilemmata, der Zusammenhang von Früherkennung und Prävention sowie Prävention

und Behandlung. Das Kapitel 2 schliesst mit der Verknüpfung von Prävention und der Heilpädagogischen Früherziehung ab.

Im darauffolgenden Kapitel 3 wird die bereits aus der Ausgangslage abgeleitete Fragestellung und Zielsetzung erneut aufgegriffen.

Kapitel 4 stellt die einzelnen Schritte des forschungsmethodischen Vorgehens, der qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse dar und stellt jeweils den Bezug zum konkreten Vorgehen der vorliegenden Arbeit her.

Die Ergebnisdarstellung und Interpretation der Ergebnisse folgt anschliessend in Kapitel 5. Diese werden dabei anhand der gebildeten Kategorien dargestellt.

Nach der Ergebnisdarstellung und Interpretation wird die Fragestellung beantwortet (Kapitel 6), woraufhin in Kapitel 7 Schlussfolgerungen und Konsequenzen für die Heilpädagogische Früherziehung gezogen werden.

In Kapitel 8 folgt die Methodenkritik.

Die Arbeit schliesst mit einem Fazit und Ausblick in Kapitel 9 ab.

Grundlage zur Bearbeitung des Themas Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung bildet Fachliteratur (Bücher und Zeitschriften) aus den Bereichen der Heilpädagogischen Früherziehung, der allgemeinen Heilpädagogik und ihren Nachbargebieten wie beispielsweise der Sozialen Arbeit, den Erziehungswissenschaften oder der Medizin. Im theoretischen Bezugsrahmen werden bewusst keine Zeitschriftenartikel zum Thema Prävention aus den letzten 10 Jahren der Frühförderung Interdisziplinär, der Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), der Schweizerischen Zeitschrift für Heilpädagogik (SZH) und dem Forum des Berufsverbandes Heilpädagogische Früherziehung verwendet, da diese der Inhaltsanalyse zu Grunde gelegt werden.

Die Begrifflichkeiten Früherziehungsdienst, Heilpädagogischer Dienst (HPD) und Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFS) werden synonym verwendet, auch wenn in der Praxis Unterschiede zu verzeichnen sind. Die unterschiedlichen Begrifflichkeiten rühren von den unterschiedlichen Angebotsstrukturen der Kantone beziehungsweise Deutschlands her. Zudem sind in Deutschland für die Heilpädagogische Früherziehung andere Begrifflichkeiten geläufig.

Damit gilt auch, dass unter dem Begriff der Frühförderung oder der Interdisziplinären Frühförderung, wie sie in Deutschland für die Heilpädagogische Früherziehung verwendet werden, in der vorliegenden Arbeit stets die Heilpädagogische Früherziehung gemeint ist.

In der Verwendung des Ausdrucks der Frühen Hilfen, umfasst dieser hier stets die Heilpädagogische Früherziehung und bezieht sich auf diese.

Alle Texte beziehen sich grundsätzlich mit der allgemeinen Anrede sowie den Funktionen auf Damen und Herren.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

In diesem Kapitel wird der theoretische Bezugsrahmen zum Thema Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung hergestellt. Im ersten Teil wird die Heilpädagogische Früherziehung dargestellt. Zu Beginn steht dabei eine einleitende Definition. Auch wenn die Grundzüge der Heilpädagogischen Früherziehung gleichgeblieben sind, haben Veränderungen stattgefunden, welche anschliessend aufgegriffen werden. In einem weiteren Schritt geht es um die Darstellung der Zielgruppe. Der erste Teil schliesst mit den heutigen, erweiterten Aufgabenfeldern der Heilpädagogischen Früherziehung. Im zweiten Teil wird das Thema der Prävention aufgegriffen. Dabei wird zu Beginn die Terminologie der Prävention ausgeführt. Anschliessend wird das Thema der Zielgruppen und den damit verbundenen Präventionsdilemmata aufgegriffen. In einem nächsten Schritt wird der Zusammenhang zwischen Prävention und Früherkennung beschrieben. Der zweite Teil schliesst mit dem Thema Prävention und Behandlung.

Im 3. Teil wird der Bezug zwischen Heilpädagogischer Früherziehung und Prävention hergestellt.

2.1 Heilpädagogische Früherziehung

2.1.1 Definition

Heilpädagogische Früherziehung wird nach Thurmair und Naggl (2010) als ein „... Hilfsangebot für Kinder im Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter, die eine Behinderung haben oder davon bedroht sind, und auch für deren Eltern und andere Personen, die Elternfunktionen wahrnehmen“ (S. 13) definiert. Die Heilpädagogische Früherziehung hat dabei mit ihren angebotenen Hilfen zum Ziel, dass sich die Kinder möglichst gut entwickeln. Sie sollen ihre Kompetenzen entfalten und sich in ihre Lebenswelt integrieren können (vgl. ebd.).

Der schweizerische Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung weist darauf hin, dass die Heilpädagogische Früherziehung als ein Pfeiler in der Frühen Bildung gilt und in der Schweiz flächendeckend angeboten wird (vgl. Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2013a, S. 4). So werden in der Heilpädagogischen Früherziehung, „...Kinder mit Behinderungen, mit Entwicklungsverzögerungen, -einschränkungen oder -gefährdungen ab Geburt bis maximal zwei Jahre nach Schuleintritt mittels Abklärung, präventiver und erzieherischer Unterstützung sowie angemessener Förderung im familiären Kontext behandelt“ (EDK 2007a, S. 3). Anhand dieser Definitionen werden die Veränderungen der Zielgruppe und Aufgaben deutlich.

Die Heilpädagogische Früherziehung gehört zum sonderpädagogischen Grundangebot (vgl. EDK 2007b, S. 8). Das Angebot der Heilpädagogischen Früherziehung ist freiwillig und für die Familien kostenlos. Zur Heilpädagogischen Früherziehung gehören Diagnostik, Förderung, Beratung und Begleitung (vgl. Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2013a, S. 4). Auch Sarimski, Hintermair und Lang definieren die Heilpädagogische Früherziehung in diesem Sinne. Sie „... bezeichnet ein komplexes System früher Hilfen von der Geburt bis zum Schuleintritt. Es umfasst

Diagnostik, Therapie und pädagogische Förderung der Kinder ebenso wie Beratung, Anleitung und Unterstützung der Eltern“ (Sarimski et al., 2013b, S. 7). In Zusammenarbeit mit den Eltern und im Austausch mit dem interdisziplinären Team geht es darum, dem Kind bestmögliche Entwicklungsbedingungen bereit zu stellen (vgl. Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2013b S. 4). Thurmair und Naggl (2010) konkretisieren die Ziele der Heilpädagogischen Früherziehung in dem Sinne, dass sie diese in kindbezogene und elternbezogene Ziele aufteilen. Auf der Ebene des Kindes handelt es sich dabei um die Förderung der Kompetenzen, des Selbsterlebens und des Selbstwertgefühls, sowie um Hilfen zur Integration in ihre Lebenswelt. Auf der Ebene der Eltern geht es zum Einen um die fachliche Anleitung und Beratung, zum Anderen aber vor allem auch um die Unterstützung in der Auseinandersetzung mit ihrer Situation (S. 22ff). Dabei gilt stets die Haltung der Ganzheitlichkeit, Familienorientierung, Interdisziplinarität, Vernetzung, Ressourcenorientierung und des Empowerments (vgl. Eisner-Binkert & Kofmel, 2008, S. 74; Thurmair & Naggl, 2010, S. 26ff). „[Es ist] ein wichtiges Prinzip in der Frühförderung, das Kind in seiner Kompetenz ernst zu nehmen und seine eigenen Aktivitäten in einem gemeinsamen Handeln zusammenzuführen. Frühförderung stellt immer ein interaktives, kooperatives und komplexes Geschehen dar. Es ist ein gemeinsames Handeln: Kinder, deren Eltern und die Fachleute wirken zusammen“ (Leyendecker, 2008, S. 23). Die Dauer der Heilpädagogischen Früherziehung ist abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes und den Bedürfnissen der Eltern (vgl. Gutweniger & Kofmel, 2011, S. 29).

2.1.2 Entwicklungen in der Heilpädagogischen Früherziehung

Die Heilpädagogische Früherziehung hat sich seit ihrer Entstehung in der Schweiz 1968 rasant und erfolgreich weiterentwickelt. So entwickelte sich aus einem zu Beginn kindzentrierten Modell ein differenziertes, systemisches Modell. Dies bedeutet, dass neben dem Fokus der Förderung des Kindes mit einer Behinderung auch die Beteiligung der Eltern und der Einbezug ihrer Lebenswelten einen grossen Stellenwert bekam (vgl. Bieber et al., 1989, S. 9; Eisner-Binkert & Kofmel, 2008, S. 68). Diese Rolle der Eltern musste sich allerdings erst entwickeln. So waren zu Beginn Ideen wie Machbarkeit, Therapie und Kindzentrierung im Mittelpunkt und führten schliesslich dazu, Eltern als Co-Therapeuten anzusehen (vgl. Eisner-Binkert & Kofmel, 2008, S. 71). Daraus entstanden allerdings Probleme, da viele Eltern die Aufgabe der Co-Therapeuten aus verschiedenen Gründen nicht übernehmen konnten. Veränderte Sichtweisen, wie beispielsweise die Bedeutung von förderlichen Beziehungen und Interaktionen zwischen Eltern und Kind, führten schliesslich dazu, die Bedürfnisse, Sorgen und Nöte der Eltern verstärkt zu betrachten (vgl. Sarimski et al., 2013b, S. 10). Schwerpunkte sind heute „Familien- und Umfeldzentrierung, systemisches Arbeiten, Beziehungsunterstützung, Ressourcenorientierung und Empowerment ...“ (Eisner-Binkert & Kofmel, 2008, S. 71). Auch Sarimski et al. verweisen darauf, dass „Die Wirksamkeit der Frühförderung ... in

hohem Maße davon abhängig [ist], inwieweit es gelingt, die Eltern mit ins Boot zu holen und deren entwicklungsförderliche Ressourcen zu aktivieren und zu stärken“ (2013b, S. 10).

Mit dieser Entwicklung in der Heilpädagogischen Früherziehung ist auch die Veränderung der Sichtweise von der Defektorientierung hin zur Kompetenz- beziehungsweise Ressourcenorientierung eng verbunden. So sind heute nicht nur die Dinge im Zentrum, welche ein Kind einschränkt oder was es noch nicht kann, sondern vorrangig seine Kompetenzen. Es werden also sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren betrachtet. Diese stehen wiederum mit der Umwelt und den Erziehungsbedingungen in Zusammenhang und spiegeln sich in der Eltern-Kind-Interaktion wider. Diese Sichtweise führt dazu, gemeinsam mit dem Kind und den Eltern einen Weg für seine bestmögliche Entwicklung zu gestalten (vgl. Leyendecker, 2008, S. 27f).

Neben diesen veränderten Sichtweisen innerhalb der Heilpädagogischen Früherziehung gibt es auch grosse Veränderungen bezüglich der Zielgruppe (vgl. 3.1.3). Auf der einen Seite hat die Zahl der Kinder in der Heilpädagogischen Früherziehung insgesamt zugenommen. Gründe hierfür liegen in den gegenwärtigen Lebensbedingungen (sozioökonomische Faktoren, Wertewandel und -pluralismus, Verunsicherung der Eltern) und in ökonomischer Ungleichheit und gesellschaftlichen Disparitäten, welche zu prekären Lebenslagen und psychosozialen Risiken führen können. Auch der kulturelle Druck, für eine optimale Entwicklung der Kinder alles zu tun, spielt eine Rolle. Entwicklungsgefährdete Kinder aus Migrantenfamilien nehmen zu und auch bei der Gruppe der Kinder mit Behinderung ist ein Anstieg zu verzeichnen, was auf die Fortschritte in der Pränatal-, Neonatal- und Intensivmedizin zurückzuführen ist. Andererseits sind die Erscheinungsbilder, Entwicklungsprobleme und Förderbedürfnisse vielfältiger geworden (vgl. Weiß, Neuhäuser & Sohns, 2004, S. 56ff). Kinder mit eindeutig definierbaren Behinderungen werden weniger, dafür bilden Kinder mit allgemeinen Entwicklungsstörungen und psychosozialen Auffälligkeiten neue oder grössere Zielgruppen. Auch Kinder mit Teilleistungsschwächen und Kinder mit komplexen Schwerstbehinderungen nehmen zu (vgl. Leyendecker, 2010, S. 20; Leyendecker, 2008, S. 28). „Durch einen Anstieg frühgeborener Kinder, durch Kinder psychisch kranker Eltern und Kinder aus sozial benachteiligten Familien sowie durch Kinder mit Migrationshintergrund stellen sich neue Aufgaben“ (Leyendecker, 2008, S. 28f). Daneben sind heutzutage veränderte familiäre Bedingungen, wie alleinerziehende Mütter, Trennungen, Scheidungen und Patchworkfamilien, vorzufinden. Psychosoziale und ökonomische Verarmung nehmen zu und die Schere zwischen arm und reich weitet sich mehr und mehr (vgl. Leyendecker 2008, S. 29). Daneben wird auch eine Fragmentierung der Lebenszusammenhänge beobachtet, was soviel bedeutet, als dass die Aktivitäten der Kinder immer weniger in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld und der Gemeinde stattfinden, als vielmehr auf unzusammenhängenden Inseln (allein vor dem Fernseher, herausgerissen zur nächsten Aktivität, zum Erlebnispark,...) (vgl. Honig; zitiert nach Leyendecker, 2008, S. 29; Leyendecker, 2008, S. 29). Auch hilfreiche Rituale finden sich immer weniger im Lebensalltag. Ein anderer Punkt, die (Re-)Traditionalisierung der Strukturen bei Familien mit

behinderten Kindern kann zu denken geben (vgl. Leyendecker, 2008, S. 29). „Es sind also eine Menge von notwendigen Aufgaben in der Förderung hinzugekommen. Dies erfordert ein interdisziplinäres Handeln“ (ebd.).

2.1.3 Zielgruppen

Grundsätzlich richtet sich das Angebot der Heilpädagogischen Früherziehung an Kinder „... die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, sowie an deren Eltern“ (Thurmair & Naggl, 2010, S. 16) (vgl. 3.1.1). Dies bedeutet, dass sie ihre Aufmerksamkeit besonders auf Säuglinge und frühgeborene Kinder mit Entwicklungsrisiken, mehrfachbehinderte Kinder, Kinder mit Verhaltensbesonderheiten, Kinder mit Lern- und Leistungsstörungen, entwicklungsgefährdete Kinder aus sozial benachteiligten Familien sowie auf verunsicherte Eltern und Familien richtet (vgl. Thurmair & Naggl, 2010, S. 19).

Bei Frühgeborenen und Säuglingen mit Entwicklungsrisiken handelt es sich vor allem um sehr unreife Frühgeborene, welche immer häufiger werden. Für sie ist das Risiko einer Entwicklungsbeeinträchtigung vergleichsweise hoch. Des Weiteren zählen auch Säuglinge mit Anpassungsschwierigkeiten vermehrt zur Zielgruppe der Heilpädagogischen Früherziehung (vgl. Thurmair & Naggl, 2010, S. 20).

Kinder mit einer Behinderung sind zwar in der Heilpädagogischen Früherziehung eine relativ unspezifische Kategorie, wobei es eine Kernaufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung ist, Kindern mit einer Behinderung und ihren Familien sehr frühzeitig Angebote zu machen (vgl. ebd.)

Kinder mit Verhaltensbesonderheiten und Kinder mit Lern- und Leistungsstörungen, vor allem im Kindergartenalter, sind eine weitere grosse Gruppe in der Heilpädagogischen Früherziehung. Im Lern- und Leistungsbereich sind besonders Teilleistungsstörungen und umschriebene Entwicklungsrückstände zu beobachten. Im Bereich des Verhaltens fallen vor allem expansive Probleme auf. Zurückgezogenheit, Ängstlichkeit und ähnliche Probleme werden seltener wahrgenommen (vgl. Thurmair & Naggl, 2010, S. 21).

Eine weitere Zielgruppe der Heilpädagogischen Früherziehung bilden entwicklungsgefährdete Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Auch wenn Thurmair und Naggl zufolge hierfür bislang noch keine systematische Prävention aufgebaut werden konnte, ist dies eine wichtige Gruppe. „Durch zunehmende Armut, die vor allem die Kinder betrifft, verdient diese Gruppe intensive Aufmerksamkeit. Frühförderung hat für diese Arbeit nützliche Ressourcen und Erfahrungen (z.B. Alltagsorientierung, aufsuchende Angebote, Vernetzungskompetenzen)“ (ebd.).

Vermehrt kommen auch verunsicherte Eltern als weitere Zielgruppe hinzu. Vor allem entwicklungsdiagnostische Abklärungen und beratende Unterstützung im Alltagsbereich sind gefragt. Hier kann die Heilpädagogische Früherziehung präventiv handeln, da sie Erfahrung mit Entwicklungsverläufen von Kindern unter kritischen Bedingungen und eine entwicklungsdiagnostische Kompetenz hat (vgl. Thurmair & Naggl, 2010, S. 22).

2.1.4 Aufgabenfelder

Zu den Aufgabenfeldern der Heilpädagogischen Früherziehung gehören Diagnostik, Förderung, Beratung und Begleitung der Eltern und Bezugspersonen, präventive Massnahmen und Früherkennung sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation (vgl. Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2013a, S. 4; Weiß et al., 2004, S. 81).

Beim Aufgabenfeld der Diagnostik handelt es sich um eine umfassende Diagnostik, welche unter verschiedenen fachspezifischen Blickwinkeln erfolgt, um so den „... unterschiedlichen Bedürfnissen nach einer kompetenten Einschätzung der Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes gerecht zu werden“ (Weiß et al., 2004, S. 84). Das bedeutet, dass die Diagnostik interdisziplinär erfolgt und die Bezugspersonen des Kindes immer mit einbezieht. Welche Fachdisziplinen beteiligt sind, ist je nach Kind einzuschätzen. Am Ende der Eingangsdiagnostik steht fest, ob Heilpädagogische Früherziehung erforderlich ist oder nicht. Das Ergebnis wird mit den Eltern besprochen. Wird Heilpädagogische Früherziehung eingeleitet, findet kontinuierlich eine Förder- und Verlaufsdagnostik statt (Weiß et al., 2004, S. 85f).

Bei der Förderung im Rahmen der Heilpädagogischen Früherziehung steht das Kind mit seinen Entwicklungsgefährdungen im Mittelpunkt. Ausgehend von seinen Bedürfnissen ist es Aufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung die Förderung zu planen und durchzuführen (vgl. Weiß et al., 2004, S. 87). „In der Förderung selber kommt es darauf an, da zu beginnen, wo das Kind schon steht, Motivation zu schaffen und durch geeignete Hilfestellungen ... dem Kind zu ermöglichen, einen Schritt nach dem anderen auch zu tun“ (Thurmair & Naggl, 2010, S. 98). Dabei nimmt das Spiel eine bedeutende Rolle ein (vgl. Thurmair & Naggl, 2010, S. 98ff). Um dem Anspruch der Lebensweltorientierung und dem Ziel der sozialen Integration gerecht zu werden, findet die Förderung meist in den Familien statt (vgl. Weiß et al., 2004, S. 87f).

Bei der Beratung und Begleitung der Eltern und/oder anderer Bezugspersonen lassen sich grundsätzlich zwei Formen unterscheiden. Zum Einen die fachliche Beratung (consulting) und zum Anderen eine begleitende, psychotherapeutisch orientierte Beratung (counseling) (vgl. Thurmair & Naggl, 2010, S. 199f). Bei der fachlichen Beratung handelt es sich um ein Informations- und Klärungsangebot an die Eltern. Fragen zur Entwicklung, Pflege, Erziehung, Förderung und Therapie sowie der Austausch über Besonderheiten im Verhalten des Kindes finden hier ihren Platz. Im Gegensatz dazu handelt es sich beim Counseling darum, die Eltern in ihrem Prozess der Auseinandersetzung, ein Kind mit einer Behinderung oder Entwicklungsauffälligkeit zu haben, zu unterstützen und zu begleiten (vgl. Weiß et al., 2004, S. 90). Die beratende Unterstützung ist aber auch zentral für Fachpersonen der ausserfamiliären Betreuung (vgl. Sarimski et al., 2013a, S. 202).

Bei den präventiven Massnahmen und der Früherkennung steht vor allem die „... Förderung der das Kind stärkenden Faktoren in seinem Umfeld – vorrangig in der Familie [im Zentrum]“ (Weiß et al., 2004, S. 82). Dabei handelt es sich zum Einen um die allgemeine Stärkung von Kompetenzen und Ressourcen, zum Anderen um die Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen. Für Ersteres

bieten sich neben einer allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit die gezielte Vermittlung von Erziehungskompetenzen an. Der Berufsverband zählt des Weiteren zur präventiven Unterstützung auch die Beratung von Fachpersonen und Laien im Frühbereich, Casemanagement und die Umsetzung von Präventionsprogrammen dazu (vgl. Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2013a, S. 4). Bezüglich der Früherkennung lässt sich feststellen, dass die Heilpädagogische Früherziehung einen wesentlichen Teil dazu beitragen kann (vgl. Weiß et al., 2004, S. 83). Dafür bieten Einrichtungen der Heilpädagogischen Früherziehung „... eine Fülle von Angeboten, die Eltern von Kindern mit einer Behinderung oder bei bestehender Sorge um eine möglicherweise nicht altersgemäße Entwicklung in Anspruch nehmen können. Für sie sind kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit, gute Kooperationsstrukturen und niedrigschwellige Aufnahmeverfahren von hoher Relevanz“ (ebd.).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gehört ebenfalls zu den Aufgaben der Heilpädagogischen Früherziehung. Durch die zunehmende Komplexität von Belastungssituationen in den Familien sind vielfältigere Unterstützungsangebote für Kinder und deren Umfeld erforderlich, wodurch ein interdisziplinär vernetztes Vorgehen unabdingbar wird. Diese interdisziplinäre Kooperation gilt als wichtige Voraussetzung für ein umfassendes Angebot, welches auf die individuelle Entwicklung von Kindern und auf die Unterstützung ihrer Familien ausgerichtet ist (vgl. Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2011, S. 4). „Frühförderung kann als Hilfeangebot nur dann effektiv sein, wenn die verschiedenen Angebote nach fachlichen Gesichtspunkten ... gegeneinander abgewogen und miteinander verknüpft werden. Dazu gehört auch, diagnostische Erkenntnisse ... an kooperierende Kollegen weiterzugeben... . Gleichzeitig stärkt ein kollegialer Austausch die fachliche Sicherheit, die sich in einem abgestimmten Auftreten gegenüber den sensibilisierten Eltern auszahlt“ (vgl. Weiß et al., 2004, S. 92). Daneben gehört auch die gegenseitige Beratung von Fachpersonen zur interdisziplinären Vernetzung und Zusammenarbeit (vgl. Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2011, S. 4).

2.2 Prävention

2.2.1 Terminologie

Das Wort Prävention leitet sich vom lateinischen Wort „*praevenire*“ ab, was so viel bedeutet wie „*zuvorkommen*“ (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2009, S. 245). Obwohl Prävention in der Gegenwart zu einem unverzichtbaren Schlüsselbegriff geworden ist, gibt es keine einheitliche oder sogar praxisfeldübergreifende Definition des Begriffes (vgl. Holthusen, Hoops, Lüders & Ziegleder, 2011, S. 22; Lüders, 2011, S. 5). Auch Hafen (2001) weist auf die unklare Begrifflichkeit hin. Er konstatiert, dass die bestehenden Begriffe, „... in der praxisorientierten Literatur mit einer Beliebigkeit verwendet [werden], die vermuten lässt, dass es ihnen an theoretisch fundierter Trennschärfe fehlt“ (ebd.).

Eine vereinfachende Kurzdefinition wäre, Prävention als Ursachenbehandlung zu betrachten, dabei würde der Ursachenbegriff allerdings mono-kausal ausgelegt. Es liegen jedoch meist hoch komplexe Konstellationen von Einflussfaktoren vor, die wiederum in den verschiedenen Systemen zu unterschiedlichen Anpassungsleistungen führen (vgl. Hafen, 2013, S. 101). Somit entspricht Prävention vielmehr einer Metapher, „... die für eine besondere *Perspektive* steht: die Perspektive der Verhinderung zukünftiger Probleme durch die Reduktion von Belastungsfaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren“ (ebd., Hervorh. i. Orig.). Damit zeigt sich, dass das Konzept der Prävention ein sehr anspruchsvolles und voraussetzungsvolles Konzept ist (vgl. Holthusen et al, 2011, S. 22).

Des Weiteren wird in Zusammenhang mit der Prävention auf die Unterscheidung des Verhältnisses von professionell gestalteten Präventionsmassnahmen und der Prävention im Alltag hingewiesen, also der Unterscheidung zwischen professioneller Prävention und präventivem (Alltags-)Handeln beziehungsweise präventivem Erleben (vgl. Hafen, 2013, S. 101).

Von präventivem Handeln wäre die Rede, wenn ein Beobachter bestimmten Tätigkeiten – dem Aufsetzen eines Fahrradhelmes, dem Essen eines Apfels, dem Treppensteigen oder eben einer ‚guten‘ Erziehung – präventiven Charakter zuschreibt. Von (professioneller) Prävention würden wir sprechen, wenn in organisierter Form und gegen Bezahlung Anstrengungen unternommen werden, um dieses präventive Handeln zu bewirken oder (in einem sozialen System) die Entwicklung von Strukturen zu unterstützen, welche präventives Handeln begünstigen. Ebenso beim Erleben: Dem Erleben der Wirksamkeit des eigenen Handelns und den entsprechenden Erwartungen in Bezug auf weitere Handlungen ... wird gerne präventive Wirkung zugeschrieben. Wir würden dieses präventiv wirksame Erleben von den Massnahmen unterscheiden, die zum Ziel haben, Selbstwirksamkeit beim Individuum zu fördern resp. soziale Systeme in seiner Umwelt im Hinblick auf die Etablierung von Strukturen zu begleiten, welche die Selbstwirksamkeit der psychischen Systeme in deren Umwelt begünstigen.

(Hafen, 2013, S. 101f)

Die Beachtung der wichtigsten Aspekte, die für eine professionelle Prävention von Bedeutung sind, sieht Hafen (2013) in den Problemen/Ursachen (Einflussfaktoren), der Systemreferenz (Verhalten/Verhältnis), der Methodik, den Zielgruppenfaktoren und den externen Einflussfaktoren. Bezüglich den Einflussfaktoren muss zwischen den Problemen, welche mittels der Prävention verhindert werden sollen und den Belastungs- und Schutzfaktoren, welche für das Problem (mit)ursächlich sind und an denen die Präventionsmassnahmen ansetzen sollen, unterschieden werden. Bei der Systemreferenz geht es darum zwischen einer Verhaltens- und Verhältnisprävention zu unterscheiden; also ob die Präventionsmassnahme sich direkt an eine Person richtet und deren Verhalten oder ein Zustand verhindert werden soll oder ob Veränderungen im System angestrebt werden, welche für die betroffene Person relevant sind. Mit der Auswahl der

Methodik sollen theoretische Konzepte erfolgreich in die Praxis umgesetzt werden können. Des Weiteren müssen Faktoren festgelegt werden, welche zur Eingrenzung der Zielgruppe, an welche sich die Massnahmen richten, beitragen. Zudem müssen externe Einflussfaktoren, wie öffentliche Meinung, Politik, Recht, Massenmedien, Wirtschaft und Wissenschaft, welche die Präventionsmassnahmen massgeblich beeinflussen, berücksichtigt werden (S. 141f).

Präventionsmassnahmen können grundsätzlich nach unterschiedlichen Gesichtspunkten kategorisiert werden (vgl. von Suchodoletz, 2007, S. 2), welche im Folgenden nun ausgeführt werden.

Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention

Die Einteilung der Prävention in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention wird auch als die klassische Einteilung des Präventionsbegriffs bezeichnet. Diese Unterscheidung geht auf den israelischen Psychiater Caplan (1964) zurück und teilt die Prävention nach ihren Interventionszeitpunkten ein (vgl. Hafen, 2013, S. 102; Tröster, 2009, S. 16; von Suchodoletz, 2007, S. 2).

Bei der *primären Prävention* geht es darum, das Auftreten einer möglichen Krankheit zu verhindern. Dabei ist ihre Perspektive langfristig und setzt in einer möglichst frühen Lebensphase ein (vgl. Gutzwiller & Jeanneret, 1999, S. 28; Tröster, 2009, S. 16). Caplan definiert primäre Prävention folgendermassen:

Primary prevention is a community concept. It involves lowering the rate of new cases of mental disorder in a population over a certain period by counteracting harmful circumstances before they have had a chance to produce illness. It does not seek to prevent a specific person from becoming sick. Instead, it seeks to reduce the risk for a whole population, so that, although some may become ill, their number will be reduced. ... When a program of primary prevention deals with an individual, he is seen as the representative of a group, and his treatment is determined not only by his own needs but in relation to the extent of the community problem he represents and the resources available to deal with it. (Caplan, 1964, S. 26)

Folglich bietet also ein Problem Anlass für präventive Massnahmen. Das Problem ist zwar gesellschaftlich präsent, aber bei der Zielgruppe noch nicht aufgetreten. Die Adressaten sind damit gesunde Personen oder Personen ohne manifeste Symptomatik. Damit setzten Massnahmen der primären Prävention vor dem Auftreten einer Störung ein. Sogenannte Belastungsfaktoren (harmful circumstances) werden definiert, um ihnen anschliessend entgegenzuwirken beziehungsweise diese zu behandeln (counteracting). Dabei richten sich die Massnahmen immer an alle Mitglieder einer Gruppe; die einzelne Person ist nur im Hinblick auf die Behandlung des als ursächlich definierten Problems von Bedeutung (vgl. Hafen, 2013, S. 103; Leppin, 2010, S. 36; Tröster, 2009, S. 17).

Neben den umweltbedingten Belastungsfaktoren, sind aber auch Umweltfaktoren, welche im Widerstand gegen das Problem unterstützend wirken, sogenannte Schutzfaktoren, von Bedeutung. Zudem sollen durch Massnahmen der primären Prävention Belastungs- und Schutzfaktoren auch auf individueller Ebene verringert beziehungsweise gefördert werden (vgl. Caplan, 1964, S. 27).

Primäre Prävention soll möglichst frühzeitig und flächendeckend einsetzen (vgl. Holthusen et al., 2011, S. 23). Damit geht aber auch das Problem einher, dass „... der Bezug zu dem, was verhindert werden soll, nur noch sehr mittelbar besteht“ (ebd.). Holthusen et al. machen sogar darauf aufmerksam, dass durch die Verwendung des Präventionsbegriffs im Zusammenhang mit primärer Prävention betroffenen Personen per se eine mögliche negative Entwicklung unterstellt wird, und somit mit einem ungerechtfertigten Generalverdacht gearbeitet wird (ebd.).

Teilweise lässt sich zudem im Bereich der Primärprävention noch die Abgrenzung zu *primordialer Prävention* finden. „Unter dem Begriff der *primordialen Prävention* werden Massnahmen zusammengefasst, die darauf abzielen, unspezifische Risiken auszuschalten“ (Tröster, 2009, S. 23, Hervh. i. Orig.). Das heisst, es werden also Belastungsfaktoren für die Belastungsfaktoren des zu verhindernden Problems gesucht, um diese auszuschalten (vgl. Hafén, 2013, S. 103). Primordiale Präventionsmassnahmen sind vor allem sozial- und gesundheitspolitisch, und haben die Verbesserung der Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen zum Ziel. Genauso zählen auch Massnahmen zur Förderung von einer gesunden Lebensweise dazu. Damit ist die Zielgruppe die gesamte Bevölkerung oder grosse Bevölkerungsgruppen (vgl. Tröster, 2009, S. 23).

Bei der *sekundären Prävention* werden die präventiven Aspekte viel weniger betont als bei der primären Prävention (vgl. Hafén, 2013, S. 104). Die Caplan'sche Definition der sekundären Prävention lautet:

‚Secondary prevention’ is the name given by public health workers to programs which reduce the disability rate due to a disorder by lowering the prevalence of the disorder in the community. ‚Prevalence’ is the rate of established cases of the disorder in the ‚population at risk’ at a certain point or period in time. ‚Established cases’ included both new and old cases of the disorder. ‚Population at risk’ includes all members of the population who under appropriate circumstances might suffer from the disorder; thus, if the disorder under consideration is puerperal psychosis, defined as a mental illness of indefinite duration occurring, within three months following childbirth. The population at risk will be all women who have ever given birth ... A reduction in prevalence can occur in two ways: either the rate of new cases can be lowered by altering the factors which led to the disorder ... or the rate of old cases through early diagnosis and effective treatment. It is customary to restrict the discussion of secondary prevention to the later, with realization that the secondary prevention also includes primary prevention.
(Caplan, 1964, S. 89)

Sander (2007) bezieht sich in seiner Definition vor allem auf Kinder. So beschreibt er, dass sekundäre Präventionsmassnahmen so früh als möglich bei denjenigen Kindern einsetzen müssen, die Anzeichen einer Entwicklungsbeeinträchtigung zeigen oder unter Risikoverhältnissen aufwachsen. Durch besondere Fördermassnahmen soll die Beeinträchtigung soweit wie möglich vermindert werden. Sekundäre Prävention zielt also auf bestimmte betroffene Menschen ab und geschieht durch gezielte Interventionen (S. 210). Mit anderen Worten: „Sie greift in Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden“ (Gutzwiller & Jeanneret, 1999, S. 28).

Hafen (2013) weist allerdings darauf hin, dass die Unterscheidung von Primär- und Sekundärprävention zur Klassifizierung von präventiven Massnahmen wenig geeignet ist und schlägt deshalb eine Neudefinition vor (s.u.). Den Hauptgrund für die Schwierigkeit der Trennung von sekundärpräventiven und primärpräventiven Massnahmen sieht er in der Vermischung der beiden Hauptaspekte der Sekundärprävention; also der Prävention für Risikogruppen (population at risk) und der Früherkennung (early diagnosis), weil Sekundärprävention Primärprävention einschliesst (S. 105).

Bei der *tertiären Prävention* geht es um Massnahmen, welche Folgeprobleme eines bestehenden Problems verhindern sollen und umfasst auch eine Rückfallprophylaxe (vgl. Gutzwiller & Jeanneret, 1999, S. 28; Hafen, 2013, S. 106). „Tertiary prevention aims to reduce the rate in a community of defective functioning due to mental disorder. In the same way that secondary prevention encompasses primary prevention, tertiary prevention encompasses the other two...“ (Caplan, 1964, S. 113). Damit zielt tertiäre Prävention eindeutig auf Personen ab, die ein bestimmtes, zu behandelndes Problem haben. Damit kann Tertiärprävention auch der Behandlung (s.u.) zugeteilt werden, „... welche den Blick auf die Zukunft richtet und Risiken verhindern will, die durch das bestehende Problem bedingt sind“ (Hafen, 2013, S. 106). Ungünstige Folgen einer Behinderung sollen also möglichst gering gehalten werden und eine Ausstrahlung auf andere Entwicklungsbereiche verhindert werden. Zudem soll Sekundärbeeinträchtigungen entgegengewirkt werden (vgl. Sander, 2011, S. 211). Leppin weist explizit auf die Begriffsüberschneidung mit der Behandlung und Rehabilitation hin. Bei der Tertiärprävention „...gibt es keine genuin ‚präventiven‘ oder ‚kurativ-therapeutischen Massnahmen‘, sondern es ist eine Frage der Perspektive bzw. der Zielrichtung der Massnahme, ob eine bestimmte Intervention als kurativer oder als präventiver Eingriff verstanden wird“ (2010, S. 36).

Universelle, selektive und indizierte Prävention

Neben der oben dargestellten Einteilung von Prävention gibt es auch die Einteilung der universellen, selektiven und indizierten Prävention. Diese Einteilung geht auf Gordon (1987) zurück. Dabei werden die Zielgruppen der Prävention nach dem Ausmass der Gefährdung unterschieden (vgl. Hafen, 2013, S. 108; Tröster, 2009, S. 25).

Bei der *universellen Prävention* handelt es sich um präventive Massnahmen, welche sich an die gesamte Bevölkerung oder grosse Bevölkerungsgruppen richten, die keine spezifischen Belastungsfaktoren aufweisen. Ziel ist es, mögliche Risikofaktoren zu beseitigen und schützende Faktoren zu stärken. Beispiele hierfür wären beispielweise Impfschutzkampagnen oder gesetzliche Vorschriften zur Benutzung von Sicherheitsgurten (vgl. Hafen, 2013, S. 108; Tröster, 2009, S. 25).

The most generally applicable type, which we shall call universal, is a measure that is desirable for everybody. In this category fall all those measures that can be advocated confidently for the general public and that, in many cases, can be applied without professional advice or assistance. (Gordon, 1987, S. 24)

Burgener Woeffray (2014) verweist auf die Vor- und Nachteile der universellen Prävention. Auf der einen Seite werden allen Mitgliedern einer Gruppe dieselben Massnahmen angeboten. Damit kommt es zu keiner Stigmatisierung und es kann eine grosse Breitenwirkung erzielt werden. Auf der anderen Seite erfordern solche universellen Massnahmen einen grossen Aufwand und es werden viele Personen mit einbezogen, welche von vornherein ein geringes Risiko haben. Somit sind die erzielten Wirkungen oft gering (S. 11).

Die *selektive Prävention* richtet sich im Gegensatz zur universellen Prävention an „...Personen mit einem erhöhten biologischen, psychischen oder sozialen Risiko für eine Störung“ (Tröster, 2009, S. 25).

With many measures, however, the balance of benefits against risk and cost is such that the procedure can be recommended only when the individual is a member of a subgroup of the population distinguished by age, sex, occupation, or other obvious characteristic whose risk of becoming ill is above average. These measures we shall call selective. (Gordon, 1987, S. 24)

Bei einer Zielgruppe liegen also bestimmte Belastungsfaktoren bezüglich des zu verhindernden Problems vor und die präventiven Massnahmen sollen dazu beitragen, gezielt die Auswirkungen von Risikofaktoren zu mindern beziehungsweise die Schutzfaktoren aufzubauen und zu stärken. Möglicherweise werden dabei Personen als risikogefährdet stigmatisiert, obwohl sie es unter Umständen gar nicht sind. Dies wird bei der selektiven Prävention in Kauf genommen. Beispiele für selektive Präventionsmassnahmen sind zum Beispiel Grippeimpfungen für ältere Menschen oder Sprachförderprogramme für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund (vgl. Burgener Woeffray, 2014, S. 11f; Hafen, 2013, S. 108; Tröster, 2009, S. 25).

Als *indizierte Prävention* werden alle Massnahmen bezeichnet, welche sich an Personen richten, die Anzeichen für das zu verhindernde Problem aufweisen oder das Problem in einer Frühphase diagnostiziert wird (vgl. Hafen, 2013, S. 108; Tröster, 2009, S. 26).

The third class of preventive measures, which we propose to term indicated, encompasses those that are advisable only for persons who, on examination, are found to manifest a risk factor, condition, or abnormality that identifies them, individually, as being at sufficiently high risk to require the preventive intervention.

(Gordon, 1987, S. 24)

Die indizierte Prävention soll somit einer Ausweitung des Problems entgegenwirken und Folgeproblemen vorbeugen (vgl. Tröster, 2009, S. 26).

Burgener Woeffray (2014) betrachtet diese Einteilung der Prävention als drei Arten der primären Prävention (S. 11). Tröster (2009) hingegen sieht die indizierte Prävention weitgehend als sekundäre Prävention an. Die universelle und selektive Prävention ordnet er nicht zu (S. 26). Hafen (2013) wiederum ordnet gemäss seiner Neudefinition (s.u.) die universelle und selektive Prävention der Prävention zu, wobei er die indizierte Prävention der (Früh-)Behandlung zuordnet (S.108).

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Präventionsmassnahmen lassen sich neben den oben dargestellten Massnahmen auch bezüglich ihrer Interventionsebene einteilen. So wird zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden.

Die *Verhaltensprävention* setzt beim Individuum an und wird deshalb auch als individuumsorientierter Ansatz oder personale Prävention bezeichnet. Es wird angestrebt, das Verhalten des Einzelnen zu verändern. Einerseits versucht sie dies durch Information und Aufklärung, andererseits setzt sie sich auch mit innerpsychischen Prozessen auseinander. Durch die Stärkung von Persönlichkeit versucht sie präventiv zu wirken (vgl. Gutzwiller & Jeannert, 1999, S. 27; Hafen, 2012, S. 19; Tröster, 2009, S. 21; von Suchodoletz, 2007, S. 2).

Bei der *Verhältnisprävention*, auch setting-orientierter Ansatz oder strukturelle Prävention genannt, (vgl. Hafen, 2012, S. 19; von Suchodoletz, 2007, S. 2) geht es darum, „... gesundheitsgefährdende Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen zu verändern, um Krankheitsrisiken abzubauen oder zu verringern und gesundheitsförderliche Bedingungen herzustellen oder zu erhalten“ (Tröster, 2009, S. 22). Dabei können sich die präventiven Massnahmen auf einen sozialen Nahraum der Person oder auf eine bestimmte soziale Gruppe, wie beispielsweise die Familie, beziehen. Aber auch globale Bereiche der Gesellschaft wie die Jugend- und Familienpolitik oder die Sozialpolitik, gehören dazu (vgl. Gutzwiller & Jeannert, 1999, S. 27).

Perrez (1998) spricht in diesem Zusammenhang auch von systemorientierter Prävention, da sie alle Massnahmen bezeichnet, „... die auf eine Veränderung der räumlichen, sozialen, ökologischen, gesetzlichen und kulturellen Umwelt von Personen oder Personengruppen abzielen, um das Störungsrisiko zu verringern“ (S. 374).

Vorschlag einer Neudefinition

Da sich die gängigen Präventionsbegriffe laut Hafén (2013) nicht eindeutig von der Behandlung trennen lassen (vgl. Tertiärprävention und indizierte Prävention) oder nicht eindeutig zu unterscheiden sind (vgl. Primär- und Sekundärprävention), schlägt er eine neue Definition der Prävention vor (S. 108f). So ist sein Vorschlag, die „...Unterscheidungskette ‚Primärprävention‘, ‚Sekundärprävention‘ und ‚Tertiärprävention‘ in der Unterscheidung von Prävention, Früherkennung und Behandlung aufgehen zu lassen“ (Hafén, 2013, S. 110).

Er bezeichnet mit Prävention die Massnahmen, welche Interventionsversuche, mit dem Ziel noch nicht bestehende Probleme zu verhindern, darstellen. Dabei setzen diese entweder beim Individuum oder dem sozialen System seiner Lebenswelt an (vgl. Hafén 2005b, S. 295). Massnahmen, die jedoch bei einem manifesten Problem ansetzen, bezeichnet Hafén als Behandlung. Früherkennung wären demzufolge Massnahmen, „...die Beobachtung von Problemen in einem frühen Stadium systematisieren, den Austausch dieser Beobachtungen regeln und entsprechende behandelnde Massnahmen einleiten“ (Hafén, 2013, S. 110).

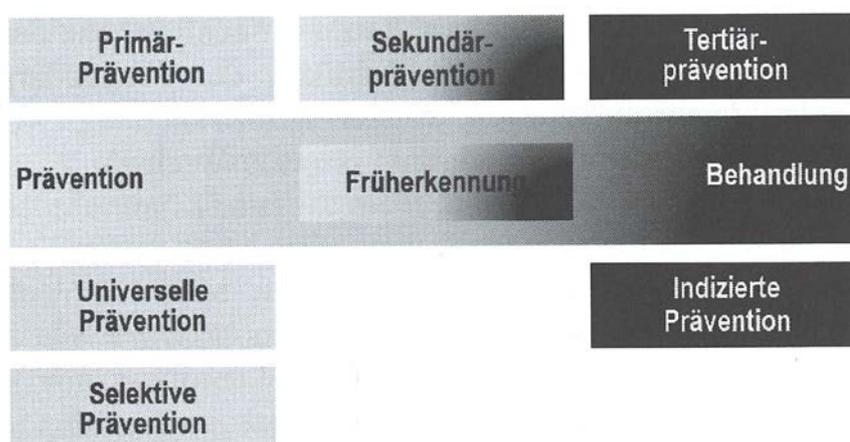


Abb. 1: Die Begrifflichkeit der Prävention (Hafén, 2013, S. 111)

Trotz Haféns Neudefinition auf der Basis einer nachvollziehbaren Argumentationslinie (vgl. dazu Hafén, 2013, S. 108ff) macht der Autor selbst darauf aufmerksam, dass seine vorgeschlagene Begrifflichkeit keinen Anspruch auf absolute Geltung erhebt und die anderen Begrifflichkeiten sich weiter zur Verwendung anbieten und in der Praxis wiederzufinden sind (vgl. Hafén 2013, S. 111).

2.2.2 Zielgruppen und damit verbundene Dilemmata

Präventive Massnahmen richten sich immer an bestimmte Zielgruppen, welche durch Risikofaktoren, Altersklassen, Geschlecht oder andere sozio-demographische Merkmale bestimmt werden. Präventive Massnahmen sind somit auf eine Adressabilität angewiesen. Dafür muss möglichst viel über die Zielpersonen in Erfahrung gebracht werden, denn nur mit diesem Wissen über die Systeme steigt die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit der entsprechenden Massnahmen, welche auf eine bestimmte Veränderung abzielen (vgl. Hafén, 2012, S. 20; Hafén 2001). „Weil Prävention immer auch einen ... Eingriff in das Leben der Betroffenen darstellt, bedarf es ... genau genommen eigentlich besonderer Begründung und Legitimation – gerade in Anbetracht der möglichen Nebenwirkungen“ (Holthusen et al., 2011, S. 23).

Die Bestimmung der sogenannten Risikogruppen birgt aber Probleme in sich. Eine Risikogruppe stellt eine statistische Grösse dar, welche keine Informationen darüber gibt, wer von den Zielpersonen das zu verhindernde Problem überhaupt entwickeln wird. Meist ist es so, dass in einer Risikogruppe die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des Problems im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nur verhältnismässig wenig erhöht ist und die Mehrzahl der Mitglieder einer Risikogruppe das Problem nie entwickelt. Damit zeigt sich das Problem der Stigmatisierung, welche Prävention mit sich bringt. Umso wichtiger ist es, das Risiko für Stigmatisierungen möglichst gering zu halten (vgl. Hafén, 2013, S. 93; Hafén 2012, S. 20; Hafén, 2005a, S. 338).

Der Fokus von Prävention liegt somit nicht nur auf der Sachebene (aus Problemen Risiken konstruieren), sondern auch auf der Sozialebene, auf welcher Personen bestimmt werden sollen, die mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit ohne entsprechende Intervention das Problem entwickeln werden (vgl. Hafén, 2013, S. 93).

Trotz der Problematik der Risikogruppenbestimmung und der damit verbundenen Gefahr der Stigmatisierung, spricht sich Hafén (2005a) deutlich für eine sorgfältige Bestimmung von Risikogruppen aus, denn „... eine solche Bestimmung ist ein wichtiger Schritt (neben vielen anderen) auf dem Weg zu einer effizienteren Prävention“ (S. 338).

[Umso mehr]...muss sich die Prävention darum bemühen, deutlicher konturierte Adressen entweder über den Umweg der Beobachtung und Behandlung von Einflussfaktoren zu erhalten oder aber über die Schulung der Beobachtung von Anzeichen für die zu verhindernden Probleme, also über die Früherkennung. (Hafén, 2013, S. 93)

Lanfranchi und Burgener Woeffray (2013) machen im Zusammenhang mit den Zielgruppen auf zwei Präventionsdilemmata aufmerksam. Zum einen besteht das Problem darin, dass in einer Gruppe, in der die Personen unterschiedliche Risiko-Ausprägungen haben, die Personen am meisten profitieren, die über vergleichsweise gute Ressourcen verfügen. Dies wird auch als Matthäus-Effekt bezeichnet (S. 609; Stamm, 2010, S. 511ff). Zum anderen zeigt sich im Rahmen der selektiven

Prävention ein weiteres Problem. Dadurch, dass noch keine Auffälligkeiten oder Behinderungen sichtbar sind und allenfalls Risikofaktoren vorhanden sind, besteht für die Betroffenen und deren Umfeld kein unmittelbarer Handlungsbedarf. Damit besteht die Herausforderung, Zugang zu diesen Gruppen zu finden (vgl. Lanfranchi & Burgener Woeffray, 2013, S. 609; Klein, 2002, S. 59).

2.2.3 Prävention und Früherkennung

Früherkennung hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. Hafen, 2013, S. 93), denn „...Früherkennung ... ist immer auch Prävention“ (Burgener Woeffray, 2014, S. 10). Die Früherkennung setzt in einer Phase ein, in der eine Störung bereits vorhanden ist, sich aber noch nicht entfaltet hat. Sie hat damit zum Ziel, eine Therapie oder Förderung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu ermöglichen, so dass das Ausmass der Störung begrenzt und Folgebeeinträchtigungen vermieden werden können (vgl. Tröster, 2009, S. 61).

Früherkennung ist nach Hafen (2005b) als Übergangsbereich zwischen Prävention und Behandlung anzusiedeln (S. 573) (vgl. 2.2.1; 2.2.4). Sie kann mit den Begrifflichkeiten von Caplan der Sekundärprävention zugeordnet werden; Gordons indizierte Prävention wäre hingegen eher der Frühbehandlung zuzuordnen (vgl. Hafen, 2012, S. 15) (vgl. 2.2.1).

Der natürliche Verlauf von Krankheiten kann generell in eine asymptomatische und eine symptomatische Phase eingeteilt werden. Im asymptomatischen Stadium ist die Krankheit zwar biologisch schon vorhanden, es werden jedoch noch keine Symptome bemerkt. Vom symptomatischen Stadium wird gesprochen, wenn manifeste Symptome auftreten. Im Rahmen der Früherkennung geht es also darum im asymptomatischen Stadium eine Krankheit zu diagnostizieren oder Anzeichen für das zu verhindernde Problem zu erkennen. Entweder soll also eine Diagnose von Krankheitssymptomen in einer frühen Phase gestellt oder Belastungsfaktoren aufgefunden gemacht werden (vgl. Bucher & Morabia, 1999, S. 198; Hafen, 2013, S. 93; Tröster, 2009, S. 61). „Bei beiden Fassungen geht es um eine *diagnostische* Massnahme, wobei die erste Diagnose direkt am fokussierten Problem ... ansetzt, während bei der zweiten das Problem ... noch nicht aufgetreten, aber wahrscheinlich ist“ (Hafen, 2013, S. 93, Hervorh. i. Orig.).

Damit eine Früherkennung möglich ist, braucht es Indikatoren, die auf eine Störung hinweisen. „[Denn] nur wenn *Frühindikatoren* der Störung vorhanden und zuverlässig erfassbar sind, ist es möglich, die Störung im Frühstadium zu entdecken“ (Tröster 2009, S. 65, Hervorh. i. Orig.). Somit geht es bei der Früherkennung um eine spezifische Form von Beobachtung, die es erlaubt, Problemsymptome zu erkennen, um so erste Anzeichen einer Fehlentwicklung oder Frühsymptome einer Störung zu erfassen (vgl. Hafen, 2013, S. 94; Tröster, 2009, S. 65).

Nach Hafen (2013) führt „Früherkennung ... zwangsläufig zur Frühbehandlung“ (S. 95). Das heisst, dass die Früherkennung die Voraussetzung dafür schafft, mit einer Therapie oder Förderung zu beginnen, bevor sich die Störung voll entwickelt hat und Folgeprobleme nach sich zieht. Dabei ist die Effektivität der Intervention im Allgemeinen grösser, wenn die Intervention in einem frühen

Stadium einsetzen kann. Die Früherkennung ermöglicht demnach einen grösstmöglichen Erfolg (vgl. Tröster, 2009, S. 65). Diese Annahme wird im Zusammenhang mit der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch die Entwicklungspsychologie und Neurologie gestützt. So spielen für die Früherkennung mit der nachfolgenden Intervention vor allem die sensiblen Phasen, die Plastizität des Gehirns und das Verhindern von kumulativen Effekten von Entwicklungsstörungen eine bedeutende Rolle (vgl. Tröster, 2009, S. 66f).

Da es im Gegensatz zur Medizin bei psychosozialen Problemen keine technischen Geräte zur Früherkennung gibt und sich schriftbasierte Diagnoseinstrumente nur eingeschränkt einsetzen lassen, kommen in der Regel spezifische Früherkennungsstrukturen zum Einsatz, wodurch die Beobachtung im Hinblick auf entstehende Probleme systematisiert wird (vgl. Hafén, 2012, S. 15). Diese Systematisierungsleistung soll nach Hafén auf drei Ebenen geschehen. Erstens auf der Ebene der Beobachtung von Anzeichen für bestimmte Probleme (Sensibilisierung, Information), zweitens auf der Ebene des Austausches der Beobachtungen (Gelegenheiten für regelmässigen und verbindlichen Austausch zur Verfügung stellen) und drittens auf der Ebene der Einleitung von Massnahmen der (Früh-)Behandlung (Koordination) (vgl. Hafén, 2012, S. 15f).

Da die Früherkennung also eine (Früh-)Behandlung nach sich zieht, führt sie nach Hafén's Neudefinition (vgl. 2.2.1) zur „...Aktivierung der Behandlungsseite der Unterscheidung Prävention/Behandlung“ (Hafén, 2013, S. 95).

2.2.4 Prävention und Behandlung

Die Begrifflichkeit der Behandlung im Zusammenhang mit Prävention und dessen Auseinandersetzung damit, ist ausschliesslich bei Hafén zu finden. Sie geht auf seine Neudefinition der Prävention zurück (vgl. 2.2.1) und wird an dieser Stelle aufgegriffen, da interessante Aspekte bezüglich der Auffassung von Prävention zu finden sind.

Hafén unterscheidet Prävention von Behandlung. So richtet die Behandlung ihren Fokus auf die Gegenwart und Vergangenheit. Dabei steht ein aktuelles Problem im Vordergrund. Eine Behandlung setzt also dann ein, wenn ein Problem bereits aufgetreten ist (vgl. Hafén, 2013, S. 86; Hafén, 2010, S. 392)

...[es] lässt sich festhalten, dass sich bei der Behandlung ein unerwünschter ‚Zustand‘ ... manifestiert, der durch die Interventionsversuche in einen künftigen erwünschten Zustand ... ‚überführt‘ oder bei dem zumindest eine Verschlimmerung verhindert werden soll. Dies kann direkt ... und indirekt ... geschehen. (Hafén, 2013, S. 86f)

Im Gegensatz dazu richtet die Prävention ihren Blick auf die Zukunft und hat mit noch nicht bestehenden Problemen, also mit Problemen, die auftreten könnten, zu tun. Diese Probleme sollen

durch präventive Interventionen verhindert werden, da der gegenwärtige Zustand bezüglich des zu verhindernden Problems als positiv bewertet wird (vgl. Hafen, 2013, S. 86f; Hafen, 2010, S. 393). An dieser Stelle wird deutlich, dass die Prävention eine paradoxe Aufgabe darstellt. Sie soll „...eine an sich erwünschte Gegenwart (die Probleme bestehen ja noch nicht) so ... verändern, dass sie bleibt, wie sie ist“ (Hafen, 2012, S. 13). Um diese Paradoxie aufzulösen, werden für das zu verhindernde Problem gegenwärtige Belastungs- und Schutzfaktoren bestimmt, die reduziert beziehungsweise gestärkt werden. Wenn dies gelingt, sinkt die Wahrscheinlichkeit des zukünftigen Auftretens des Problems (vgl. Hafen, 2013, S. 87; Hafen, 2012, S. 13; Hafen, 2010, S. 393).

In diesem Moment findet der ‚cross‘ zur Behandlungsseite statt, denn jetzt richtet sich auch die Prävention auf einen gegenwärtigen unerwünschten Zustand ... aus, den sie durch ihre Interventionsversuche ... in einen erwünschten ... zu überführen trachtet. ‚Prävention‘ bleibt sie lediglich durch das Problem ..., das sie durch ihre (behandelnden) Massnahmen zu verhindern hofft. (Hafen, 2013, S. 87f)

Ein wichtiges Ziel der Behandlung ist es aber auch eine Verschlimmerung zu verhindern oder Folgeproblemen zuvorzukommen. Damit schliessen sich Prävention und Behandlung nicht gegenseitig aus, sondern bedingen sich wechselseitig und können als Kontinuum verstanden werden. Jede Behandlung umfasst somit auch präventive Aspekte. Bei Caplan entspricht dies der Tertiärprävention (vgl. 2.2.1). Durch die Beseitigung von Belastungsfaktoren und Stärkung von Schutzfaktoren wird der Prävention die Behandlung zuteil. Ob eine Tätigkeit als Prävention oder Behandlung bezeichnet wird, ist an eine Beobachtung gebunden, welche die Tätigkeit entweder als Prävention oder als Behandlung bezeichnet und die andere als nicht deklariert mitlaufen lässt (vgl. Hafen, 2013, S. 83ff; Hafen, 2012, S. 13f). „Eine klare Trennung der beiden Disziplinen wäre nur zu erwarten, wenn das Kreuzen zur anderen Seite unmöglich wäre“ (Hafen, 2013, S. 85) beziehungsweise „... wenn deklariert wird, worauf sich die zur Diskussion stehenden Maßnahmen beziehen“ (Hafen, 2010, S. 394).

2.3 Heilpädagogische Früherziehung und Prävention

In den beiden vorangegangenen Kapiteln 2.1 und 2.2 hat sich gezeigt, dass zum Einen Prävention zum Aufgabenbereich der Heilpädagogischen Früherziehung gehört und zum Anderen, dass das Thema der Prävention sehr aktuell ist. Dennoch gibt es einige Unklarheiten und Unstimmigkeiten bezüglich der Terminologie, der Zielgruppenbestimmung, der Massnahmen, usw.

[Gerade aber weil] die Wurzeln für viele Auffälligkeiten in der (frühen) Kindheit liegen, ist es sinnvoll, dass möglichst frühzeitig präventive Hilfen für Eltern und Kinder realisiert werden, um die Verfestigung von Entwicklungsauffälligkeiten zu vermindern oder zu verhindern.

(Fröhlich-Gildhoff, 2009, S. 245)

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren definiert, dass die Heilpädagogische Früherziehung „...Kinder mit Behinderungen, mit Entwicklungsverzögerungen, -einschränkungen oder -gefährdungen ab Geburt bis maximal zwei Jahre nach Schuleintritt mittels Abklärung, präventiver und erzieherischer Unterstützung sowie angemessener Förderung im familiären Kontext behandelt“ (EDK, 2007a, S. 3). Verschiedene Autoren beschreiben darüber hinaus die Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung (vgl. z.B. Thurmair & Naggl, 2010, S. 16ff; Weiß et al., 2004, S.82ff). Durch die Erfahrung der Heilpädagogischen Früherziehung mit Entwicklungsverläufen von Kindern unter kritischen Bedingungen, und aufgrund ihrer entwicklungsdiagnostischen Kompetenz, kann sie präventiv wirksam handeln (vgl. Thurmair & Naggl, 2010, S. 22). Maelicke, Fretschner, Köhler und Frei (2013) weisen jedoch darauf hin, dass die Prävention in der Heilpädagogischen Früherziehung sich in erster Linie auf die sekundäre und tertiäre Prävention bezieht (S. 43). Der Berufsverband der Früherzieherinnen und Früherzieher zieht die Konsequenz, dass die Heilpädagogische Früherziehung auch bereits im Übergang von der primären zur sekundären Prävention in Projekten und mit kontinuierlichen Angeboten tätig sein soll (Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, 2013c, S. 2).

3 Fragestellung

Aufgrund der in Kapitel 2.3 dargestellten Sachlage bezüglich Prävention und Heilpädagogischer Früherziehung ist eine genaue Betrachtung des Themas Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung in heilpädagogischer Fachliteratur interessant.

Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie wird Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung in der heilpädagogischen Fachliteratur thematisiert?

4 Forschungsmethodisches Vorgehen – qualitativ strukturierende Inhaltsanalyse

In diesem Kapitel wird das forschungsmethodische Vorgehen in dieser Arbeit beschrieben. Nach einer allgemeinen Einführung in die qualitativ strukturierende Inhaltsanalyse werden die einzelnen Schritte dieser Analyseform dargestellt und jeweils ein Bezug zum konkreten Vorgehen für diese Arbeit gemacht.

Für die vorliegende Arbeit mit ihrer Fragestellung eignet sich das Verfahren der qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (vgl. Mayring, 2002, S. 114ff; Mayring, 2010).

Dabei liegt der in dieser Arbeit durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse das Forschungsdesign der Dokumentenanalyse zu Grunde.

Dokumentenanalyse will Material erschließen, das nicht erst vom Forscher durch die Datenerhebung geschaffen werden muss. Dokumentenanalyse zeichnet sich durch die Vielfalt ihres Materials aus. Die qualitative Interpretation des Dokuments hat einen entscheidenden Stellenwert. (Mayring, 2002, S. 47)

Die Dokumentenanalyse lässt sich in vier Stufen einteilen. In einem ersten Schritt steht die klare Formulierung der Fragestellung, woraufhin in einem zweiten Schritt definiert werden muss, was als Dokument gelten soll, so dass das Ausgangsmaterial bestimmt und gesammelt werden kann. In einem weiteren Schritt setzt die Quellenkritik an, das heisst, es wird eingeschätzt, was die Dokumente aussagen können und welchen Wert sie bezüglich der Beantwortung der Fragestellung haben. Abschliessend folgt die Interpretation der Dokumente (vgl. Mayring, 2002, S. 48f).

Um das ausgewählte Material letztlich interpretieren zu können, geht dessen Analyse voraus. Hierzu wird die qualitative Inhaltsanalyse angewendet. Ihr Ziel ist es, Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt, zu analysieren. Dabei ist die schrittweise Analyse streng methodisch strukturiert. Das Material wird in Einheiten zerlegt und nacheinander bearbeitet. Dabei ist ein erstelltes Kategoriensystem das zentrale Arbeitsinstrument, welches auch ein entscheidender Punkt bezüglich der Vergleichbarkeit der Ergebnisse, der Abschätzung der Reliabilität der Analyse, darstellt (vgl. Mayring, 2002, S. 114; Mayring, 2010, S. 11/49f). Eine Inhaltsanalyse will also

- „Kommunikation analysieren.
- *fixierte* Kommunikation analysieren.
- dabei *systematisch* vorgehen.
- dabei also *regelgeleitet* vorgehen.

- dabei auch *theoriegeleitet* vorgehen.
- das Ziel verfolgen, *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen*“. (Mayring, 2010, S. 13, Hervorh. i.Orig.)

Mayring (2010) weist darauf hin, dass der Begriff der Inhaltsanalyse problematisch ist, da diese nicht nur Inhalte der Kommunikation zum Gegenstand hat. Genauer wäre ihm zufolge, es „kategoriegeleitete Textanalyse“ zu nennen (S. 13).

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden drei Grundformen des Interpretierens unterschieden. Es handelt sich dabei um die Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Für die Auseinandersetzung mit dem Thema Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung eignet sich die Form der Strukturierung. Das Ziel der Analyse ist dabei „... bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring, 2010, S. 65). Kuckartz (2012) macht drauf aufmerksam, dass es bei der qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse sowohl um vollständig induktive Kategorienbildung am Material als auch bis zur weitgehend deduktiven Bildung von Kategorien kommen kann. Meistens kommt es zu einem mehrstufigen Verfahren der Kategorienbildung und Kodierung (S. 77).

Hauptanliegen der qualitativen Inhaltsanalyse ist das systematische Vorgehen. Das bedeutet vor allem die Orientierung an vorab festgelegten Regeln der Textanalyse. Dabei ist die Festlegung eines konkreten Ablaufmodells der Analyse, welches die einzelnen Analyseschritte definiert und in ihrer Reihenfolge festlegt, am Zentralsten. Allerdings ist die Inhaltsanalyse kein Standardinstrument, so dass sie immer an das Material angepasst und auf die spezifische Fragestellung hin konstituiert sein muss (vgl. Mayring, 2010, S. 48f) (vgl. 4.1.3).

4.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials (1. Schritt)

Zu Beginn der Inhaltsanalyse muss eine genaue Analyse des Ausgangsmaterials stattfinden. Dazu werden drei Analyseschritte unterschieden (vgl. Mayring, 2010, S. 52).

Festlegung des Materials:

Es wird genau bestimmt, welches Material der Analyse zugrunde liegen soll. Dieser sogenannte Corpus wird in der Regel während der Analyse nicht mehr verändert, ausser es liegen begründbare Notwendigkeiten zur Veränderung und/oder Erweiterung vor. Meist muss eine Auswahl des Materials aus einer grösseren Menge getroffen werden (vgl. Mayring, 2010, S. 52f).

Im vorliegenden Fall handelt es sich um Artikel aus den für die Heilpädagogische Früherziehung und Heilpädagogik allgemein, relevanten Zeitschriften. Der Zeitraum wird auf Januar 2004 - Juni 2014 festgelegt. Es handelt sich dabei um folgende Zeitschriften:

- Früherziehung interdisziplinär (FI)
- Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN)
- BVF-Forum
- Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik (SZH)

Die Zeitschrift „Frühförderung interdisziplinär“ ist eine Fachzeitschrift, „...welche wissenschaftliche Grundlagen und Überblicke aus allen in der Frühförderung relevanten Fachdisziplinen... [bietet]“ (Reinhardt Verlag, n.d.a). Sie berichtet für die Entwicklungsphase der ersten sechs Lebensjahre über Praxis, Methoden und Modelle in Therapie, Förderung, Teamarbeit und Zusammenarbeit mit den Eltern. Die Fachbeiträge sind peer reviewed. Die Herausgeber der Zeitschrift sind Speck, Otto; Neuhäuser, Gerhard; Peterander, Franz; Schulte-Körne, Gerd; Simoni, Heidi und Walthes, Renate. Diese Zeitschrift erscheint vierteljährlich im Reinhardt Verlag (vgl. Reinhardt Verlag, n.d.a).

„Die VHN ist die älteste wissenschaftliche Fachzeitschrift für Sonder- und Heilpädagogik im deutschsprachigen Europa“ (Reinhardt Verlag, n.d.b). Sie berücksichtigt sowohl die schulische als auch die ausserschulische Heilpädagogik und bezieht ihre Nachbargebiete wie Psychologie, Soziologie, Sozialarbeit, Psychiatrie, Medizin und Rechtswissenschaft mit ein. Durch ein peer-review-Verfahren seit 2005 wird die wissenschaftliche Qualität der Fachbeiträge garantiert. Die Herausgeber der VHN sind Haeberlin, Urs; Beck, Iris und Kronig, Winfried. Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich im Reinhardt Verlag (vgl. Reinhardt Verlag, n.d.b).

Beim BVF-Forum (bis 2006: Informationsblatt) handelt sich um die Zeitschrift des Berufsverbandes Heilpädagogische Früherziehung in der Schweiz. Sie ist nicht peer-reviewed. Sie wird dreimal im Jahr vom Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung herausgegeben (vgl. Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung, n.d.).

Die SZH gilt als das „... nationale Kommunikationsforum für Fachleute der Heil- und Sonderpädagogik“ (Edition SZH/CSPS, n.d.). Sie unterliegt keinem peer-review-Verfahren. Die SZH erscheint neunmal im Jahr und wird von der Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik herausgegeben (vgl. ebd.).

Diese vier Zeitschriften wurden aus unterschiedlichen Gründen gewählt. Zum Einen handelt es sich bei allen vier Zeitschriften um Zeitschriften, welche in der Schweiz aktuell für die Heilpädagogik und Heilpädagogische Früherziehung relevant sind. Zum Anderen wird durch die Kombination von Fachzeitschriften, welche peer reviewed sind und Zeitschriften, welche praxisnah sind, sowohl der Wissenschaftlichkeit als auch den Erfahrungen und Meinungen aus der Praxis Rechnung getragen. Des Weiteren spiegelt sich durch die Wahl des BVF-Forums und der SZH klar die Situation in der

Schweiz zum Thema Prävention in der Heilpädagogischen Früherziehung wider. Mit der Wahl der FI und VHN werden neben Beiträgen aus der Schweiz auch vorwiegend Beiträge aus Deutschland hinzugezogen. Dies erscheint sinnvoll, da sich die Heilpädagogische Früherziehung in Deutschland und in der Schweiz, auch trotz einiger Unterschiede, sehr Nahe steht.

Es werden bewusst keine Zeitschriften aus dem anglo-amerikanischen Raum gewählt, da die rechtliche und sozio-ökonomische Situation sowie das Angebot der Heilpädagogischen Früherziehung von der Situation in der Schweiz stark abweichen kann und somit das Verständnis von Prävention in der Heilpädagogischen Früherziehung nicht die Situation in der Schweiz widerspiegeln kann.

Alle Ausgaben im definierten Zeitraum (vgl. 4.3) der vier ausgewählten Zeitschriften wurden gesichtet, so dass die einzelnen, letztlich verwendeten Artikel, ausgewählt werden konnten. Dabei wurden nach den Schlagwörtern Prävention und Früherkennung in Zusammenhang mit der Heilpädagogischen Früherziehung gesucht. Die Abstracts der Artikel waren dabei hilfreich. Einzelne ausgewählte Artikel erwiesen sich bei der späteren Inhaltsanalyse als unbrauchbar, was jedoch einen geringen Teil ausmacht.

Abstracts wurden nicht kodiert und kategorisiert.

Analyse der Entstehungssituation:

Bei der Analyse der Entstehungssituation wird genau beschrieben, „...von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde“ (Mayring, 2010, S. 53).

Dabei interessiert in diesem Falle vor allem der Verfasser und die Zielgruppe der Artikel (vgl. ebd.).

Die ausgewählten Artikel zur vorliegenden Inhaltsanalyse wurden von Heilpädagogischen Früherzieherinnen, Heilpädagoginnen und Fachpersonen aus den Nachbargebieten der Heilpädagogik verfasst. Vereinzelt finden sich auch Artikel von fachfremden Autoren wider.

Die Zielgruppen werden bei keiner Zeitschrift explizit genannt, setzten sich aber vorwiegend aus Fachpersonen zusammen, welche in der Heilpädagogik, Heilpädagogischen Früherziehung oder in Nachbardisziplinen tätig sind.

Formale Charakteristika des Materials

Im letzten Schritt wird beschrieben, in welcher Form das Material vorliegt (vgl.ebd.).

Die verwendeten Zeitschriftenartikel dieser Inhaltsanalyse liegen in ausgedruckter, schriftlicher Form vor. Es handelt sich insgesamt um 29 Artikel, 28 Artikel deutschsprachig und ein Artikel französischsprachig.

4.2 Fragestellung (2. Schritt)

„Ohne spezifische Fragestellung,... ist keine Inhaltsanalyse denkbar“ (Mayring, 2010, S. 56). Nach der Beschreibung des Ausgangsmaterials erfolgt somit im nächsten Schritt, die Ausarbeitung der Fragestellung.

Aufgrund der theoretischen Auseinandersetzung (vgl. Kapitel 2) in Bezug auf die Ausgangslage (vgl. 1.1) ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie wird Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung in der heilpädagogischen Fachliteratur thematisiert?

4.3 Ablaufmodell und Bestimmung der Analyseeinheiten (3. Schritt)

Im dritten Schritt geht es darum, die Analysetechniken festzulegen und ein Ablaufmodell der Analyse aufzustellen. Damit wird die Analyse für andere nachvollziehbar, intersubjektiv überprüfbar, für andere benutzbar und somit zur wissenschaftlichen Methode. Für den jeweils konkreten Fall wird das Ablaufmodell der Analyse an das jeweilige Material und die Fragestellung angepasst (vgl. Mayring, 2010, S. 59).

Der vorliegenden Arbeit wird in Anlehnung an Mayring (2002, S. 114ff; 2010) folgendes Ablaufmodell zu Grunde gelegt:

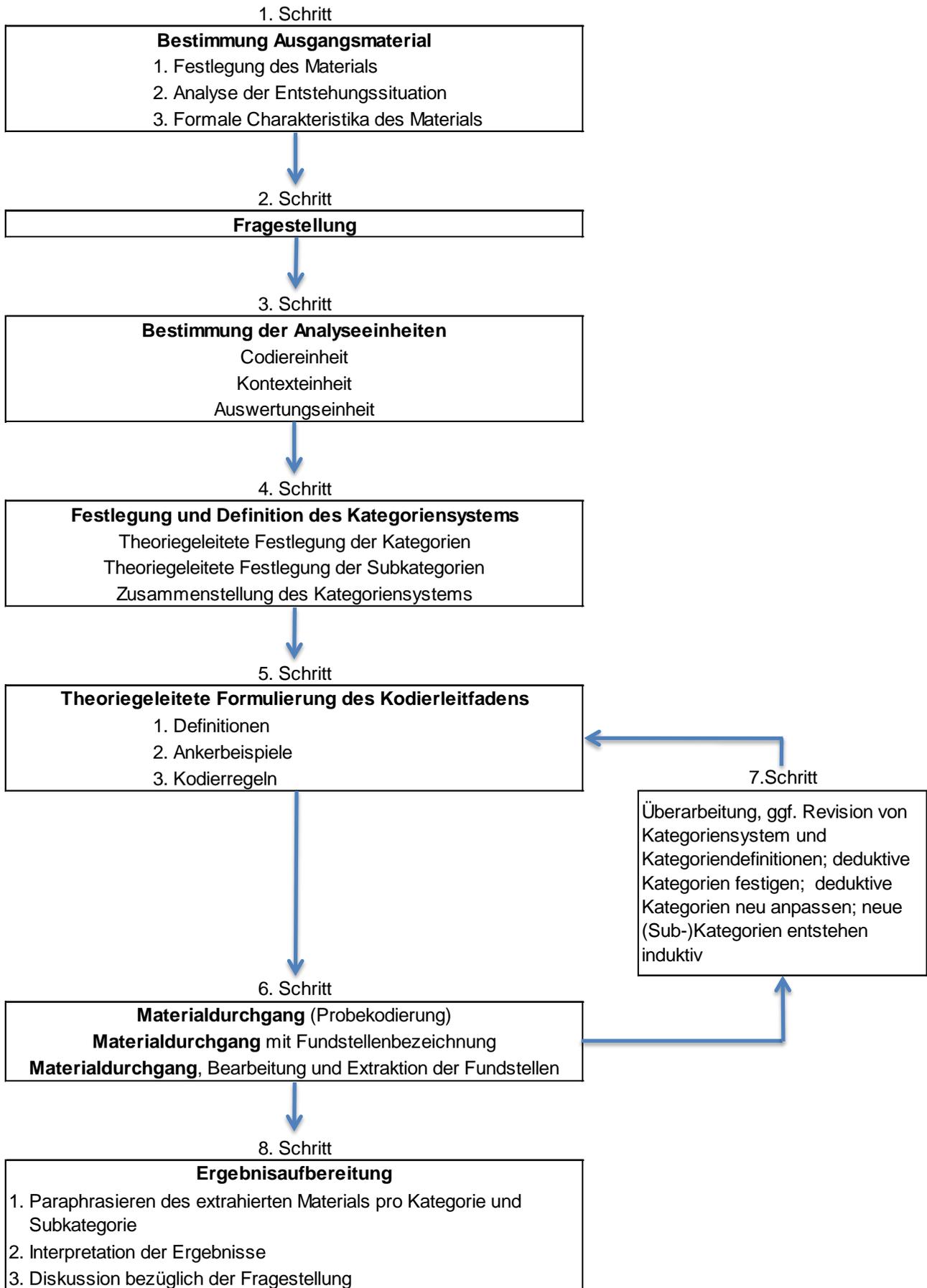


Abb. 2: Ablaufmodell qualitativ strukturierende Inhaltsanalyse

Die Bestimmung der Analyseeinheiten dient zur Erhöhung der Präzision der Inhaltsanalyse. Folgende drei Analyseeinheiten werden festgelegt:

- Die *Kodiereinheit* legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die *Kontexteinheit* legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann.
- Die *Auswertungseinheit* legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden. (Mayring, 2010, S. 59, Hervorh. i. Orig.)

Kuckartz (2012) macht darauf aufmerksam, dass in der qualitativen Inhaltsanalyse, im Gegensatz zur quantitativen, eher von Textsegment oder Fundstelle anstatt von Kodiereinheit gesprochen wird (S. 48). Dennoch wird weiterhin der Begriff Kodiereinheit verwendet.

In der vorliegenden Arbeit gilt für die *Kodiereinheit*, dass mindestens ein vollständiger Satz kodiert wird. Teilweise wird der kodierte Satz im Kategorienraster von vorhergehenden und/oder nachfolgenden Sätzen umgeben. Dies dient dem Gesamtverständnis des Satzes in seinem Kontext. Werden solche Abschnitte mehrmals kodiert, handelt es sich bei dem eigentlich kodierten Satz um verschiedene Sätze. Der gesamte Abschnitt, ist dann aber zum Verständnis des kodierten Satzes notwendig. Der eigentlich kodierte Satz wird in solchen Fällen durch Unterstreichung hervorgehoben. Einzelne Wörter oder Satzfragmente werden nicht kodiert. Damit wird dem Leser stets die Kodierung in ihrem Kontext ersichtlich.

Die *Kontexteinheit* umfasst maximal einen Textabschnitt, welcher eine Kategorie oder Subkategorie repräsentiert.

Für die *Auswertungseinheit* gilt im vorliegenden Fall, dass die kodierten Textstellen nach Zeitschriften ausgewertet werden. Dabei wird bei 2004 begonnen und mit 2014 geschlossen. Dadurch wird bei der späteren Auswertung und Interpretation der Textstellen ein Vergleich zwischen den Zeitschriften bezüglich der Repräsentiertheit in wissenschaftlichen beziehungsweise praxisnahen Artikeln und im Verlauf der Jahre möglich.

Es liegen 238 kodierte Textstellen vor.

4.4 Festlegung und Definition des Kategoriensystems (4. Schritt)

Die Inhaltsanalyse steht und fällt mit ihren Kategorien. Dabei hängt die Art der Kategorienbildung in hohem Masse von der Forschungsfrage und dem Vorwissen über das zu behandelnde Thema ab. Es wird zwischen deduktiver und induktiver Kategorienbildung unterschieden (vgl. Kuckartz, 2012, S. 59).

Bei der deduktiven Kategorienbildung werden die Kategorien aufgrund einer bereits vorhandenen Theorie gebildet, das heisst, die bei der Inhaltsanalyse verwendeten Kategorien werden aus einer bereits vorhandenen Systematisierung hergeleitet (z.B. Theorie). Wichtig ist dabei, Kriterien zur Abgrenzung der Kategorien aufzustellen, sie möglichst präzise zu formulieren, damit es zu keinen Überschneidungen kommt und dass sie vollständig sind (vgl. Kuckartz, 2012, S. 60f). „Deduktiv gebildete Kategorien werden also in der empirischen Sozialforschung an das Material herangetragen, d.h. sie existieren bereits, *bevor* das Datenmaterial gesichtet und codiert wird“ (Kuckartz, 2012, S. 62, Hervorh. i. Orig.). Es kann sich allerdings bei der Anwendung der deduktiven Kategorien herausstellen, dass diese nicht trennscharf sind oder viele Textstellen unter „Sonstiges“ fallen. In diesem Falle werden Kategorien verändert oder neue Kategorien gebildet (vgl. ebd.). Es wird also nicht ausgeschlossen, „...dass während der Analyse Veränderungen am Kategoriensystem (und an den Kategoriendefinitionen) stattfinden und damit von der strengen Einhaltung der Vorab-Definitionen abgewichen wird“ (ebd.). Dadurch kommt es dann zur Bildung von induktiven Kategorien. „Werden die Kategorien ... am Material, d.h. aufgrund der empirischen Daten, gebildet, so spricht man auch von *induktiver Kategorienbildung*“ (Kuckartz, 2012, S. 59, Hervorh. i. Orig.).

„Für die qualitative Inhaltsanalyse als einem regelgeleiteten Verfahren sind Mischformen der Entwicklung des Kategoriensystems charakteristisch, die man als *deduktiv-induktive Kategorienbildung* bezeichnen kann“ (Kuckartz, 2012, S. 69, Hervorh. i. Orig.).

Bei einer Inhaltsanalyse wird immer das komplette Material kodiert; es wird also auf der Basis des Kategoriensystems systematisch bearbeitet. Dabei gelten für die Anwendung des Kategoriensystems stets dieselben Regeln und Standards, unabhängig davon, ob die Kategorien deduktiv oder induktiv gebildet wurden (vgl. Kuckartz, 2012, S. 60).

Strukturierende Inhaltsanalysen werden in unterschiedliche Strukturierungsdimensionen eingeteilt. So wird zwischen der formalen, inhaltlichen, typisierenden und skalierenden Strukturierung unterschieden (vgl. Mayring, 2010, S. 94). Bezüglich der Strukturierungsdimension wurde aufgrund der Fragestellung für die vorliegende Inhaltsanalyse die inhaltliche Strukturierung gewählt. „Eine *inhaltliche Strukturierung* will Material zu bestimmten Themen, zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahieren und zusammenfassen“ (ebd., Hervorh. i. Orig.). Um zu bestimmen, welche Inhalte aus dem Material extrahiert werden sollen, wird durch die entwickelten Kategorien und Subkategorien definiert. Im ersten Schritt müssen die Strukturierungsdimensionen (Kategorien und Subkategorien) genau bestimmt werden. Sie müssen aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet

werden. In einem nächsten Schritt werden die Strukturierungsdimensionen meist noch differenziert, indem sie in ihre Ausprägungen aufgespaltet werden (weitere Subkategorien). Diese Kategorien und Subkategorien werden dann zu einem Kategoriensystem zusammengestellt. Das Arbeiten mit einem Kodierleitfaden bewährt sich dabei (vgl. Mayring, 2010, S. 92) (vgl. 4.1.5).

Für die inhaltlich strukturierende Analyse wird von Kuckartz (2012) folgender Ablauf beschrieben:

1. Initiierende Textarbeit, Markieren wichtiger Textstellen und Schreiben von Memos
2. Entwickeln von thematischen Kategorien
3. Erster Kodierprozess (Kodieren des gesamten Materials mit den Kategorien)
4. Zusammenstellung aller mit der gleichen Kategorie kodierten Textstellen
5. Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material
6. Zweiter Kodierprozess (kodieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem) (S. 78ff).

Bei der in dieser Arbeit dargestellten Inhaltsanalyse wird die deduktiv-induktive Kategorienbildung angewendet. Der Ablauf orientiert sich dabei weitgehend an dem oben aufgezeigten Ablaufschema nach Kuckartz (2012).

In einem ersten Schritt wurden anhand der theoretischen Ausarbeitung des Themas Prävention und Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung deduktive Kategorien und teilweise auch bereits Subkategorien gebildet. Anhand dieser Kategorien wurde das Material das erste Mal gesichtet und kodiert. Dadurch ergaben sich neue, also induktiv gebildete Kategorien und Subkategorien. In einem zweiten Materialdurchlauf wurden dann alle Texte erneut mit dem neu erstellten Kategoriensystem (vgl. 4.1.7) analysiert und kodiert.

Den einzelnen Kategorien und Subkategorien wurden in der vorliegenden Arbeit zum Einen Codes und zum Anderen jeder Kategorie eine Farbe zugeteilt. So wurden die entsprechenden kodierten Textstellen mit der jeweiligen Farbe unterstrichen und parallel dazu mit dem entsprechenden Code versehen. Es wurden auf Grundlage der Auseinandersetzung mit der Theorie (vgl. Kapitel 2) acht Kategorien gebildet. Bei drei Kategorien wurden zudem bereits deduktiv Subkategorien gebildet.

Im Folgenden werden die deduktiv bestimmten Kategorien und Subkategorien dargestellt. Diese wurden dabei aus dem Theorieteil abgeleitet und entsprechen damit Aspekten, welche in der Fachliteratur zum Thema Prävention und Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung zu finden sind. Nach dem ersten Materialdurchgang (vgl.4.6) ergaben sich neue, induktive Kategorien und Subkategorien, vereinzelt entfielen deduktiv gebildete Kategorien, so dass das Kategoriensystem überarbeitet wurde (vgl. 4.7).

Kategorie FE:	Früherkennung
Kategorie P:	Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung
Kategorie D:	Definition
Subkategorien:	D 1: Definition übergeordnet D 2: Definition primär, sekundär, tertiär D 3: Definition universell, selektiv, indiziert D 4: Neudefinition nach Hafen D 5: Sonstiges
Kategorie EF:	Einflussfaktoren
Subkategorien:	EF 1: Probleme, Ursachen zu verhindern EF 2: Belastungs-/Schutzfaktoren EF 3: Externe Einflussfaktoren
Kategorie M:	Methodik
Kategorie Z:	Ziele
Kategorie ZG:	Zielgruppe
Kategorie W:	Weiteres

Die einzelnen Fundstellen der Kategorien und Subkategorien wurden in einem Kategorienraster zusammengestellt, wobei dabei der Kodierleitfaden (vgl. 4.1.5) massgebend war. Parallel dazu ergaben sich allerdings die Ankerbeispiele für den Kodierleitfaden wiederum aus dem Kategorienraster. Mit jedem Materialdurchgang kann es dabei zu Veränderungen und Anpassungen des Kategoriensystems, Kategorienrasters und Kodierleitfadens kommen (vgl. Abb. 2).

An dieser Stelle dient ein Auszug aus dem Kategorienraster der Veranschaulichung (vgl. Tab. 1). Im Kategorienraster ist ersichtlich, welche Textstellen welchen Kategorien beziehungsweise Subkategorien zugeordnet wurden. Die Zahl in der Klammer gibt dabei die entsprechende Seitenzahl des Artikels an. Zudem ist die entsprechende Zeitschrift mit Nummer und Jahr angegeben. In der letzten Spalte werden die einzelnen Fundstellen mit einer laufenden Nummer (Lfd. Nr.) versehen. Das gesamte Kategorienraster ist im Anhang 1 zu finden.

Tab.1: Auszug Kategorienraster

Anhang 1: Kategorienraster

Kategorie	Subkategorie	Kodierte Textstellen	Zeitschrift	Nummer	Jahr	Lfd. Nr.
Früherkennung (FE)	Ausgangslage (FE 1)	Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter werden häufig nicht oder zu spät erkannt (158).	FI	4	2005	1
		Primär sind in fast allen beteiligten Ländern Einrichtungen des Gesundheitswesens zuständig, teilweise sind auch soziale Dienste oder pädagogisch-orientierte Institutionen eingebunden oder verantwortlich. <u>Es ist klar, dass so schnell wie möglich gehandelt werden muss: Früherfassung ist zentral.</u> Es zeigte sich jedoch, dass diesem Aspekt unterschiedlich Rechnung getragen wird. Teilweise bestehen beträchtliche Lücken zwischen der Früherkennung, ihrer Evaluation und der Weiterweisung an zuständige Stellen der Frühförderung. Gründe dafür können sein: mangelnde Koordination zwischen den Stellen und Diensten, späte Erkennung von sozialen und/oder psychischen Schwierigkeiten ... eine Strategie des <<Abwartens>> bei weniger augenfälligen Problemen (46).	SZH	5	2006	2
		Sie zeigen aber auch, dass vielerorts im Hinblick auf die frühe Erfassung noch Handlungsbedarf besteht. Es ist wichtig, dass Kinder, bei denen HFE indiziert ist, frühestmöglich erfasst und angemeldet werden... (15).	SZH	2	2010	3
		Ein nach wie vor ungeklärtes Anliegen ist die frühere Erfassung der Kinder. Immer noch werden viele Kinder, vor allem jene, die unspezifische Auffälligkeiten zeigen, allzu spät angemeldet (18).	SZH	2	2010	4
	Ursachen mangelnder Früherkennung (FE 2)	Der grosse Anteil von Kindern, deren Probleme erst bei der Einschulungsuntersuchung offenkundig werden, macht deutlich, dass es im Rahmen der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen nicht gelingt, Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten zuverlässig zu entdecken (159).	FI	4	2005	5
		Neben der im Vergleich zu den ersten U-Untersuchungen geringeren Teilnehmerquote der U 8 und U 9 ... dürfte vor allem das Fehlen standardisierter Verfahren zur Entwicklungs- und Verhaltensdiagnostik für die geringe Effektivität der U-Untersuchungen zur Früherkennung von Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich sein (159).	FI	4	2005	6
		So werden die Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (sog. U-Untersuchungen) von sozial und bildungsmässig benachteiligten und randständigen Familien weniger in Anspruch genommen (217).	VHN	3	2008	7
		Einen viel versprechenden Weg, dieses Qualitätsproblem zu beheben, sehen Naggl und Thurmair (2008, 60) darin, dass (Kinder-)Ärzte die entwicklungsdiagnostischen Kompetenzen und Ressourcen der Interdisziplinären Frühförderstellen bei Bedarf zur genaueren Abklärung nutzen. <u>Dass bei der Früherkennung von psychosozialen Entwicklungsrisiken die entwicklungsdiagnostischen Kompetenzen und Ressourcen der Interdisziplinären Frühförderstellen zu wenig genutzt werden, weist auf bestehende Mängel in der Zusammenarbeit bzw. in der fehlenden Vernetzung von Hilfesystemen hin, die für entwicklungsgefährdete Kinder in Armut und Benachteiligung Bedeutung haben (219).</u>	VHN	3	2008	8
		Primär sind in fast allen beteiligten Ländern Einrichtungen des Gesundheitswesens zuständig, teilweise sind auch soziale Dienste oder pädagogisch-orientierte Institutionen eingebunden oder verantwortlich. Es ist klar, dass so schnell wie möglich gehandelt werden muss: Früherfassung ist zentral. Es zeigte sich jedoch, dass diesem Aspekt unterschiedlich Rechnung getragen wird. Teilweise bestehen beträchtliche Lücken zwischen der Früherkennung, ihrer Evaluation und der Weiterweisung an zuständige Stellen der Frühförderung. Gründe dafür können sein: mangelnde Koordination zwischen den Stellen und Diensten, späte Erkennung von sozialen und/oder psychischen Schwierigkeiten ... eine Strategie des <<Abwartens>> bei weniger augenfälligen Problemen (46).	SZH	5	2006	9
		Aber auch aus dieser Perspektive ist festzuhalten, dass es noch an einem Verfahren fehlt, welches diese Kinder nachweislich und begründet als entwicklungsgefährdet erfasst und darauf gestützt eine geeignete, wohnortnahe Massnahme der zuweisenden Stelle empfehlen kann. ... Ein solches Verfahren wird im Rahmen eines Projektes an der HfH in Zürich entwickelt (34).	SZH	5	2009	10
	Zuständigkeit und Methodik (FE 3)	Um Risikokinder zuverlässig zu entdecken, kann auf die Verhaltensbeobachtung durch die Erzieherinnen zurückgegriffen werden (159).	FI	4	2005	11
		Im Unterschied zum Arzt, der das Kind häufig nur bei der Früherkennungsuntersuchung sieht, können die Erzieherinnen das Kind in unterschiedlichen Anforderungssituationen und in Interaktionen mit anderen Kindern beobachten und verfügen damit insbesondere dann, wenn standardisierte Screening-Verfahren eingesetzt werden, über gute Voraussetzungen für eine zuverlässige Beurteilung von Entwicklungs- und Verhaltensproblemen des Kindes (159).	FI	4	2005	12
		Zur Früherkennung von <u>Entwicklungsauffälligkeiten wurde das Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten ... eingesetzt (159).</u>	FI	4	2005	13
		Zur Früherkennung von <u>Verhaltensauffälligkeiten wurde der Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder ... in der Version für Erzieherinnen ... eingesetzt (160).</u>	FI	4	2005	14
		Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Risikokinder im Kindergarten mit Hilfe standardisierter Screening-Verfahren zuverlässig entdeckt werden können (166).	FI	4	2005	15
		Beide Screening-Verfahren sind jedoch schon bei Kindern ab drei Jahren einsetzbar, so dass eine Früherkennung von Entwicklungs- und Verhaltensproblemen weit vor dem Schuleintritt des Kindes möglich ist (166).	FI	4	2005	16
		Sehen alleine reicht jedoch nicht, und auch unter Ärzten ist die geringe Sensitivität der U-Untersuchungen für Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern bekannt. Es gibt <u>verschiedene Versuche, diese entwicklungsdiagnostische Qualität in den Arztpraxen selbst zu verbessern (59).</u>	FI	2	2008	17
		... ; ein viel versprechenderer Weg scheint uns zu sein, dass <u>Ärzte und Kinderärzte die Kompetenzen und Ressourcen der Interdisziplinären Frühförderstellen in der Entwicklungsdiagnostik für sich nutzen (59).</u>	FI	2	2008	18

4.5 Theoriegeleitete Formulierung des Kodierleitfadens (5. Schritt)

Besonders wichtig ist bei der qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse das Kategoriensystem so genau wie möglich zu definieren, damit eine eindeutige Zuordnung des Textmaterials zu den einzelnen Kategorien und Subkategorien möglich ist. Dazu müssen die Kategorien und Subkategorien definiert, Ankerbeispiele angeführt und Kodierregeln aufgestellt werden (vgl. Mayring, 2002, S. 118f).

Bei der Definition der Kategorien wird also genau festgelegt, welche Textteile einer Kategorie zugeordnet werden. Ankerbeispiele sind konkrete Textstellen einer Kategorie beziehungsweise Subkategorie, welche beispielhaft angeführt werden und die jeweilige (Sub)Kategorie repräsentieren. Dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen einzelnen Kategorien oder Subkategorien bestehen, werden Regeln, sogenannte Kodierregeln, formuliert, damit eine eindeutige Zuordnung möglich wird (vgl. Mayring, 2010, S. 92). Schliesslich werden diese Bestimmungen in einem Kodierleitfaden gesammelt. Dieser dient als Leitlinie für den Auswerter, wobei während der Analyse weitere Ankerbeispiele aufgenommen und bei strittigen Kodierungen neue Kodierungen formuliert werden können (vgl. Mayring, 2002, S. 119).

Der folgende Auszug aus dem Kodierleitfaden für die Inhaltsanalyse dieser Arbeit hat repräsentativen Charakter und dient dessen Veranschaulichung (vgl. Tab. 2). Dabei werden bei den Ankerbeispielen die jeweilige Zeitschriftenangaben sowie die laufende Nummer der Kodiereinheit angegeben.

Der vollständige Kodierleitfaden ist im Anhang 2 dokumentiert.

Tab. 2: Auszug Kodierleitfaden

Anhang 2: Kodierleitfaden

Kategorie	Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel	
P Prävention als Aufgabenfeld der HFE	P 1	Bereichsbestimmung allgemein	In dieser Subkategorie werden die Textstellen aufgenommen, die allgemeine Aussagen zur Prävention im Zusammenhang mit der HFE treffen.	BVF 67/2008, 25/54 Gerhard Heese hat schon 1978 die Prävention als eine von fünf Prinzipien der HFE bezeichnet.	Das Wort Prävention, präventiv oder weitere Arten des Wortstammes sind enthalten. Es sind keine bestimmten Arten von Prävention enthalten, ansonsten werden sie der Subkategorie "Bereichsbestimmung spezifisch" zugeteilt.
	P 2	Bereichsbestimmung spezifisch	Es werden die Textstellen aufgegriffen, welche Aussagen zu einer bestimmten Art von Prävention im Zusammenhang mit HFE nennen.	SZH 6/2014, 14/72 Die HFE ist allerdings meist eine Massnahme der sekundären oder tertiären Prävention.	Das Wort Prävention wird in Verbindung mit primär/sekundär/tertiär, universell/selektiv/indiziert, oder Verhalten/Verhältnis aufgegriffen.
	P 3	Übergeordnete Aufgaben	Hier werden Textstellen zugeteilt, welche die Prävention als übergeordnetes Aufgabenfeld der HFE nennt.	SZH 10/2011, 40/86 Es wird dann im Speziellen der Heilpädagogischen Früherziehung die Aufgabe zugewiesen, <<Kinder mit Behinderungen, mit Entwicklungsverzögerungen, -einschränkungen oder -gefährdungen präventiv zu behandeln>>.	Es werden keine konkreten Zielgruppen oder Aufgaben genannt, die HFE aber für Prävention als zuständig erklärt.
	P 4	Konkrete Aufgabenstellungen	Diese Subkategorie enthält alle Aussagen, welche Vorgehensweisen und/oder Zielgruppen bezüglich der Aufgabenstellung aufgreifen.	SZH 5/2009, 27/98 Die Heilpädagogische Früherziehung strebt auch Armutsprävention an, wenn sie schon frühzeitig bei kleinen Kindern und deren Familien unterstützend wirken kann.	Es werden Aussagen bezüglich der konkreten Aufgabenstellung mit Fokus auf Vorgehensweise und/oder Zielgruppen gemacht.
	P 5	Abgrenzung	An dieser Stelle finden sich alle Aussagen wieder, welche die HFE in gewissen Bereichen der Prävention als nicht zuständig erklären.	BVF 67/2008, 26/103 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.	Es werden Teilaspekte, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der HFE fallen oder von dieser nicht abgedeckt werden sollen, genannt.
	P 6	HFE-Tätige	Aussagen, welche HFE-Tätige in Zusammenhang mit der Prävention beinhalten, werden hier aufgegriffen.	SZH 2/2006, 14/111 Selbstverständlich ist es den in der Heilpädagogischen Früherziehung Tätigen nicht entgangen, dass durch vorbeugende Massnahmen die Verfestigung sozial unangemessener Handlungsmuster frühzeitig verhindert, erwünschte angebahnt und dadurch die Entwicklung positiv beeinflusst werden kann.	Es werden Aussagen über HFE-Tätige oder zu HFE-Tätigen gemacht.
	P 7	Sonstiges	Alle Aussagen, welche zu keiner der anderen Subkategorien zugeteilt werden können, werden an dieser Stelle zugeteilt.	BVF 64/2007, 22/113 Viele der bisherigen Präventionsbemühungen haben im Rahmen des ökosystemischen, ressourcenorientierten Ansatzes ganz direkt das Kind im Fokus.	Alle Aussagen die P 1-P 6 nicht zugeordnet werden können.

4.6 Materialdurchgang (6. Schritt)

In einem ersten Materialdurchgang wird an einem Teil des Materials erprobt, ob die Kategorien und Subkategorien greifen und ob die Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln eine eindeutige Zuordnung erlauben. Dazu werden zwei Arbeitsschritte benötigt. Zuerst werden alle Textstellen im Material gekennzeichnet, die einer (Sub)Kategorie zugeteilt werden können. In diesem Fall wurde dies mittels verschiedenfarbiger Unterstreichungen und zugeteilten Codes vorgenommen (vgl. 4.4). Anschliessend wird das so gekennzeichnete Material extrahiert und im Kategorienraster festgehalten (vgl. Mayring, 2010, S. 92ff).

Für diese Inhaltsanalyse wurde der Kodierleitfaden und eine Auswahl an Textmaterial einer aussenstehenden Person zur „Probekodierung“ gegeben, um so die Exaktheit des Kodierleitfadens zu überprüfen.

Nach diesem Probedurchlauf wird der Hauptmaterialdurchlauf vorgenommen, welcher sich auch in die oben beschriebenen zwei Arbeitsschritte aufteilt (vgl. Mayring, 2010, S. 94). Diesem können weitere Materialdurchgänge folgen (vgl. Abb. 2).

4.7 Überarbeitung des Kategoriensystems (7. Schritt)

Nach dem ersten Hauptmaterialdurchlauf kommt es meist zu einer Überarbeitung und gegebenenfalls zu einer Revision des Kategoriensystems und der Kategoriendefinitionen (vgl. Mayring, 2010, S. 93). Dies kann selbstverständlich auch nach jedem weiteren Materialdurchgang geschehen (vgl. Abb. 2). In welcher Form und wie oft es zu einer Überarbeitung des Kategoriensystems und der Kategoriendefinitionen kommt (vgl. Schritt 7, Abb. 2), und wann mit der Ergebnisaufbereitung begonnen wird, liegt im Ermessen des Kodierers, wobei die Anzahl der Materialdurchläufe angemessen sein muss und sich an der Ergiebigkeit des Materials orientiert.

Im Ergebnis ergab sich ein Kategoriensystem, welches die deduktiven, induktiven und überarbeiteten Kategorien aufzeigt, welche der weiteren Textanalyse zu Grunde gelegt wurden. Es haben sich bei dem ursprünglich erstellten Kategoriensystem (vgl. 4.4) Veränderungen bezüglich der Kategorien und Subkategorien ergeben.

Bei fünf Kategorien ergaben sich jeweils induktiv gebildete Subkategorien. Das heisst, den Kategorien zugehörige Textstellen konnten nochmals aufgeteilt und zusammengefasst werden, so dass sich Subkategorien bilden liessen. Bei zwei Kategorien sind einzelne Subkategorien im Laufe der Materialdurchgänge weggefallen, da sich zu den aus der Theorie gebildeten deduktiven Subkategorien keine Textstellen zuordnen liessen. Eine Kategorie konnte so bestehen bleiben, da sie sich bei den Materialdurchläufen bestätigt und bewährt hat.

Im Folgenden wird das endgültige, das heisst überarbeitete Kategoriensystem dargestellt.

Kategorie FE: Früherkennung

Subkategorien: FE 1: Ausgangslage
 FE 2: Ursachen mangelnder Früherkennung
 FE 3: Zuständigkeit und Methodik
 FE 4: Bedingungen und Wege für die Früherkennung
 FE 5: Zielgruppe

Kategorie P: Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung (P)

Subkategorien: P 1: Bereichsbestimmung allgemein
 P 2: Bereichsbestimmung spezifisch
 P 3: Übergeordnete Aufgaben
 P 4: Konkrete Aufgabenstellungen
 P 5: Abgrenzung
 P 6: HFE-Tätige
 P 7: Sonstiges

Kategorie D: Definition (D)

Subkategorien: D 1: Definition übergeordnet
 D 2: Definition primär, sekundär, tertiär
 D 3: Definition universell, selektiv, indiziert
 D 4: Definition Verhaltens-/Verhältnisprävention

Kategorie EF: Einflussfaktoren (EF)

Subkategorien: EF 1: Belastungs-/Schutzfaktoren
 EF 2: Externe Einflussfaktoren

Kategorie M: Methodik (M)

Subkategorie: M 1: Allgemeines Handeln
 M 2: Allgemeines Handeln mit Theorieansatz
 M 3: Konkrete Programme
 M 4: Fehlende/mangelnde Methodik
 M 5: Interdisziplinarität
 M 6: Rahmenbedingungen

Kategorie Z: Ziele (Z)

Subkategorien: Z 1: Übergeordnete Ziele
 Z 2: Spezifische Ziele

Kategorie ZG: Zielgruppen (ZG)

Subkategorien: ZG 1: Behinderung/biologische Faktoren
 ZG 2: Psychosoziale Risiken
 ZG 3: Übergeordnete Zielgruppe
 ZG 4: Risikokinder

Kategorie W: Weiteres

Eine Gegenüberstellung des ursprünglichen und endgültigen Kategoriensystems ist im Anhang 3 zu finden.

4.8 Ergebnisaufbereitung (8.Schritt)

Nachdem das gesamte Material mittels Kategoriensystem und Kodierleitfaden bearbeitet ist, „... wird das in Form von Paraphrasen extrahierte Material zunächst pro Unterkategorie, dann pro Hauptkategorie zusammengefasst“ (Mayring, 2010, S. 98). Dabei ist es wichtig, die inhaltlichen Ergebnisse in qualitativer Weise zu präsentieren und nicht nur die Häufigkeit der Themen und Subthemen aufzuzeigen. Vermutungen und Interpretationen sind dabei durchaus möglich. Neben dieser Darstellung ist die Analyse der Zusammenhänge zwischen Subkategorien einer Kategorie beziehungsweise zwischen Kategorien spannend (vgl. Kuckartz, 2012, S. 94f). Zudem wird noch einmal zusammenfassend der Bogen zur ursprünglichen Forschungsfrage geschlagen (vgl. Kuckartz, S. 97).

Für die Darstellung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wird an dieser Stelle auf Kapitel 5 verwiesen.

5 Ergebnisse

Im ersten Teil dieses Kapitels (5.1) werden die aus den Materialdurchgängen extrahierten Fundstellen nach den einzelnen Kategorien und jeweiligen Subkategorien dargestellt. Dabei geht es um das Aufzeigen der wichtigsten Erkenntnisse. Für die Darstellung aller extrahierten Fundstellen wird an dieser Stelle auf Anhang 1 verwiesen. Entwicklungen über die letzten zehn Jahre oder einzelne Jahre werden dann aufgegriffen, wenn sie als relevant beurteilt werden.

Im zweiten Teil (5.2) werden die Ergebnisse interpretiert. Dabei wird nach den einzelnen Kategorien vorgegangen, um so Verbindungen zwischen den Subkategorien besser aufgreifen zu können.

5.1 Darstellung der Ergebnisse

5.1.1 Früherkennung (FE)

Ausgangslage (FE 1)

Die frühe Erfassung von Kindern mit spezifischem Förderbedarf wird als enorm wichtig dargestellt und betont. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass „Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter ... häufig nicht oder zu spät erkannt [werden]“ (Tröster & Reineke, 2005, S. 158). Die Früherfassung verläuft häufig nicht lückenlos und oft wird abgewartet. Es besteht also Handlungsbedarf. Vor allem Kinder mit unspezifischen Auffälligkeiten werden häufig noch zu spät angemeldet.

Aussagen mit diesen Inhalten lassen sich, ohne inhaltliche Veränderung, zwischen den Jahren 2005 und 2010 finden.

Ursachen mangelnder Früherkennung (FE 2)

Eine Ursache mangelnder Früherkennung wird der geringen Effektivität der Früherkennungsuntersuchungen, den sogenannten U-Untersuchungen, zugeschrieben. In diesem Rahmen werden Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten nicht zuverlässig entdeckt. Einerseits ist dafür das Fehlen von standardisierten Verfahren und andererseits auch die geringe Teilnehmerquote bei der U 8 und U 9 verantwortlich. Im Allgemeinen werden die U-Untersuchungen von sozial und bildungsmässig benachteiligten Familien weniger genutzt.

Eine weitere Ursache stellt die unzureichende Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Ärzten und Früherziehungsdiensten dar. Ärzte nutzen die entwicklungsdiagnostischen Ressourcen und Kompetenzen der Früherziehungsstellen, wenn es um die Früherkennung von psychosozialen Entwicklungsrisiken geht, zu wenig.

Bei Kindern mit weniger augenfälligen Problemen wird häufig zu lange abgewartet. Dies stellt eine dritte Ursache dar.

Allgemein gesehen, fehlt ein Verfahren „... welches Kinder nachweislich und begründet als entwicklungsgefährdet erfasst und darauf gestützt eine geeignete, wohnortsnahe Massnahme der zuweisenden Stelle empfehlen kann“ (Burgener Woeffray & Bortis, 2009, S. 34).

Zuständigkeit und Methodik (FE 3)

Das Thema der Zuständigkeit und Methodik der Früherkennung wurde in den ausgewählten Zeitschriften vor allem in den Jahren 2005-2008 aufgegriffen. Für die Früherkennung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten werden am Häufigsten Kindergartenlehrpersonen und (Kinder-)Ärzte als zuständige Fachpersonen genannt.

Kindergartenlehrpersonen haben die Möglichkeit der Verhaltensbeobachtung in verschiedenen Situationen und parallel dazu den Vergleich mit gleichaltrigen Kindern. Werden dann noch zusätzlich standardisierte Screeningverfahren angewendet, wird eine zuverlässige Beurteilung von Entwicklungs- und Verhaltensproblemen möglich.

Kinderärzte und Allgemeinärzte haben die Möglichkeit über die U-Untersuchungen Kinder mit einer auffälligen Entwicklung zu erkennen. Weil aber die U-Untersuchungen eine geringe Sensitivität aufweisen, werden in den Praxen Versuche unternommen die entwicklungsdiagnostische Qualität zu verbessern. Dazu trägt der Einsatz von Elternfragebögen als Screeninginstrument und die Zusammenarbeit mit Früherziehungsdiensten bei. So können die Ärzte neben den U-Untersuchungen und eingesetzten Screeninginstrumenten die Kompetenzen und Ressourcen der Heilpädagogischen Früherziehung im Bereich der Entwicklungsdiagnostik nutzen. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Früherziehungsdiensten beziehungsweise zwischen dem medizinischen System (Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, Neugeborenen-Screening, Untersuchungen beim Kinderarzt) muss für eine gute Früherkennung reibungslos verlaufen.

Neben den Kindergärten und Ärzten sind aber auch Kinderkrippen ein wichtiges Element für die Früherkennung. Auch sie haben die Möglichkeit der Verhaltensbeobachtung, können das Kind umfassend kennenlernen und haben zudem noch intensive Elternkontakte. Heilpädagogische Fachdienste, wie sie in Bayern existieren, nehmen in diesem Zusammenhang eine wichtige Funktion ein. Durch entsprechende Kooperationen mit Kindertagesstätten, aber auch mit Kindergärten, ist eine Unterstützung für Erzieherinnen und Eltern im diagnostischen, beratenden und weitervermittelnden Bereich möglich. Eine weitere Möglichkeit sind Reihenuntersuchungen durch die Gesundheitsämter in Kindertagesstätten, wie sie im Bundesland Brandenburg in Deutschland stattfinden.

So gehört zu den Aufgaben der Heilpädagogischen Früherziehung auch die Früherkennung.

Bedingungen und Wege für die Früherkennung (FE 4)

Bei den Bedingungen und Wegen für die Früherkennung sind unterschiedliche Ebenen auszumachen.

Zum Einen ist auf internationaler politischer Ebene (UNO) empfohlen, dass die einzelnen Staaten anstreben, Programme anzubieten, welche der Früherkennung, Frühbeurteilung und -behandlung dienen und von multidisziplinären Fachteams verantwortet werden.

Zum Anderen wird die „konkrete“ Ebene betrachtet. Ein kontextorientierter Früherkennungsansatz ist nötig, damit Entwicklungsauffälligkeiten und -verzögerungen unter Einbezug der Lebens- und Entwicklungsbedingungen des Kindes beurteilt werden können. Auch die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und den Früherziehungsdiensten, sowie zwischen Angeboten der Frühen Hilfen und den Früherziehungsdiensten, trägt zu einer Verbesserung der Früherkennung bei, da so die Ressourcen genutzt werden. Jedoch ist ein einsetzbares, aussagekräftiges Verfahren zur Risikoerkennung und -dokumentation für den Bereich der frühen Kindheit noch nicht vorhanden.

Grundsätzlich muss die Heilpädagogische Früherziehung nachhaltig ihre Ressourcen und Kompetenzen aufzeigen, mit denen sie zur Verbesserung der Früherkennung und Früherfassung beitragen kann.

Zielgruppe (FE 5)

Als Zielgruppe für die Früherkennung und -erfassung treten psycho-sozial belastete Kinder und ihre Familien besonders in den Vordergrund. Konkret handelt es sich dabei um entwicklungsgefährdete Kinder in Armut und Benachteiligung und deren Familien, sowie um Familien mit eingeschränkten Ressourcen für die Erziehung und Begleitung ihrer Kinder.

Neben dieser Zielgruppe gehören des Weiteren entwicklungsauffällige und behinderte Kinder ab Geburt bis zum vollendeten 7. Lebensjahr zur Zielgruppe.

5.1.2 Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung (P)

Bereichsbestimmung allgemein (P1)

Prävention wird im Allgemeinen als eine wesentliche Aufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung gesehen. Bereits 1978 hat Gerhard Heese Prävention als ein Prinzip der Heilpädagogischen Früherziehung bezeichnet. Auch auf anderen Ebenen findet sich die Prävention als Aufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung wieder. So wird von der EDK gemäss Definition im Jahr 2007 der Heilpädagogischen Früherziehung eine präventive Aufgabe zu Teil (vgl. EDK, 2007a, S. 3). Auch auf der Ebene des Studiums in Heilpädagogischer Früherziehung wird zu präventiver Tätigkeit befähigt.

Dennoch wird im Jahr 2006 darauf aufmerksam gemacht, dass die Heilpädagogische Früherziehung ihre präventiven Möglichkeiten auch überdenken und für sich klären muss, in welchen weiteren Handlungsfeldern (z.B. Familien aus sozialen Brennpunkten, in erschwerten Lebenslagen,

integrative Massnahmen im Kindergarten) sie präventiv und integrativ noch oder in Zukunft tätig sein möchte.

Bereichsbestimmung spezifisch (P 2)

Heilpädagogische Früherziehung hat in der Vergangenheit vorwiegend tertiäre Prävention geleistet; diese tritt nun eher in den Hintergrund. Es wurde erkannt, dass die Heilpädagogische Früherziehung auch im Bereich der sekundären Prävention tätig ist, so dass nun die sekundäre Prävention eine wichtige Rolle spielt und einen neuen Schwerpunkt bildet. Dies ist auch in der Definition der EDK (2007) so festgehalten. 2014 wird darauf hingewiesen, dass die Heilpädagogische Früherziehung meist sekundäre und tertiäre Prävention leistet.

Eine Aussage (2006) hingegen weist darauf hin, dass die Heilpädagogische Früherziehung primäre, sekundäre und tertiäre Prävention leiste.

Heilpädagogische Früherziehung erfasst und fördert darüber hinaus grundlegende Fertigkeiten der sozialen Interaktion, der Wahrnehmung, des Spiels und der Kognition. Auch die Erhöhung der Resilienz und die Erweiterung der elterlichen Kompetenzen kann dazugezählt werden.

Übergeordnete Aufgaben (P 3)

„Die präventive Aufgabe der HFE, die von der EDK erstmals 1991 empfohlen wird, umfasst Massnahmen, welche die vorhandenen kindlichen Entwicklungspotentiale sowie die Kompensationsmöglichkeiten einer Schädigung möglichst optimal nutzen“ (Lütolf et al., 2014, S.14). Zudem soll Heilpädagogische Früherziehung sogenannten allfälligen Folgebehinderungen vorbeugen, möglichst optimale Entwicklungsbedingungen schaffen, indem sie die emotionale und soziale Entwicklung so unterstützt, dass das Kind sich zurechtfinden kann, lernt, mit seiner Behinderung umzugehen und seine Ressourcen zur Kompensation nutzen kann.

Des Weiteren trägt die Heilpädagogische Früherziehung zur Prävention von Entwicklungsgefährdungen bei. Sie interveniert bei Kindern mit Behinderungen, mit Entwicklungsverzögerungen, -einschränkungen oder -gefährdungen. Auch der präventive Kinderschutz gehört zu ihren Aufgaben.

Die heilpädagogische Früherziehung arbeitet sowohl mit dem Kind als auch mit dessen Umfeld. Die Eltern werden aktiv mit einbezogen, so dass sie ideale Rahmenbedingungen für die präventive Arbeit mitbringt. Somit kann sie die Aufgabe einer angemessenen Förderung im familiären Kontext als präventive und erzieherische Unterstützung umsetzen und auch ihre Präventionsaufgabe im Sinne einer Unterstützung bei der Bewältigung von Erziehungsaufgaben wahrnehmen.

Die Heilpädagogische Früherziehung muss sich aber bemühen, die Erfassung von Entwicklungsauffälligkeiten und alle Arten der Präventionsbemühungen zu verbessern, sowie neue Angebote zu prüfen.

Übergeordnete Aufgaben der Heilpädagogischen Früherziehung im Rahmen der Prävention werden in den vergangenen acht Jahren immer wieder thematisiert.

Konkrete Aufgabenstellungen (P 4)

Aussagen zu konkreten Aufgabenstellungen beziehen sich auf die Jahre 2006 bis 2009. Aktuellere Aussagen zu dieser Kategorie konnten nicht kodiert werden. Es zeigt sich, dass die konkreten Aufgabenstellungen, bezogen auf präventive Massnahmen, sich mehrheitlich auf Kinder und Familien mit sozio-ökonomischen Schwierigkeiten beziehen. Hier ist es an der Früherziehung sich stärker präventiv auszurichten. Die Heilpädagogische Früherziehung hat an dieser Stelle mit ihrer Alltags- und Lebensweltorientierung, der Förderung und Begleitung in den Familien, ihrem interdisziplinären Arbeiten und der Vernetzung mit anderen Hilfesystemen gute Voraussetzungen für die präventive Arbeit. Die Förderung der Erziehungs- und Beziehungskompetenz der Eltern trägt zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung bei.

Auch Kinder mit grösseren Verhaltensauffälligkeiten und einem Entwicklungsrückstand mit unterschiedlichen und komplexen Ursachen gehören zum präventiven Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung.

Abgrenzung (P 5)

Die primäre Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Heilpädagogische Früherziehung trägt im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit und der Erarbeitung von Präventionsprogrammen zur primären Prävention bei.

Grundsätzlich gilt der Präventionsbeitrag der Heilpädagogischen Früherziehung als zentral. Die allumfassende Unterstützung kann aber nicht immer durch diese geleistet werden. Der globale Ruf nach Prävention erfordert damit auch ein Überdenken der präventiven Möglichkeiten und Grenzen der Heilpädagogischen Früherziehung.

HFE-Tätige (P 6)

Heilpädagogische Früherzieherinnen wissen, dass sie präventiv arbeiten, auch wenn es unter Umständen nicht direkt so umschrieben ist. Sekundäre Prävention geschieht dabei aus dem Selbstverständnis der einzelnen Heilpädagogischen Früherzieherinnen heraus, da sie in den Familien bereits intervenieren. Zudem wissen die in der Heilpädagogischen Früherziehung Tätigen um die Effektivität der Prävention.

Dennoch können spezifische Präventionsprogramme (z.B. Prävention von Infantizid) das System der Heilpädagogischen Früherziehung entlasten.

Sonstiges (P 7)

Prävention wird immer mehr gefordert, wohl auch weil die Wichtigkeit der frühen Kindheit unbestritten ist. Die Zielgruppenbestimmung ist jedoch nicht einfach. Viele Präventionsbemühungen hatten bisher das Kind direkt im Fokus; weitere Bemühungen haben es auch indirekt im Fokus. Bei der direkten Prävention gibt es bereits viele Forschungsergebnisse, auf die zurückgegriffen werden kann.

5.1.3 Definition (D)

Definition übergeordnet (D 1)

Prävention ist in erster Linie kein pädagogischer Begriff, sondern stammt vielmehr aus der Rechtslehre des 19. Jahrhunderts und wurde später in der Medizin bedeutsam. Der Begriff Prävention leitet sich vom lateinischen Wort „*praevenire*“ ab, was soviel wie „*zuvorkommen*“/„*verhüten*“ bedeutet. Das Wort „*Prophylaxe*“ wird häufig als Synonym verwendet. Ein Antonym zu Prävention gibt es nicht. Durch präventive Massnahmen sollen länger dauernde und schwerwiegende Probleme verhindert werden.

Präventive Massnahmen beinhalten immer Zuschreibungen, da vorab definiert werden muss, was die Norm wäre und was erwünscht und dienlich ist. Gleichzeitig muss aber auch berücksichtigt werden, dass der Mensch generell den Wunsch nach Zugehörigkeit und Normalität hat, so dass ihm präventive Massnahmen nicht vorenthalten werden dürfen, ohne diese bei ihm möglicherweise Unerwünschtes eintreten würde.

Damit präventive Massnahmen effektiv sind, werden verschiedene Qualitätskriterien genannt. Dazu gehört, dass die präventiven Massnahmen früh einsetzen, längere Zeit andauern, es sich um intensive und umfassende Massnahmen handelt und die Effektivität besonders hoch ist, wenn eine Unterstützung durch das soziale Umfeld vorhanden ist.

Definition primär, sekundär, tertiär (D 2)

Das Ziel von primärer Prävention ist es, Ursachen für die Zunahme von Entwicklungsauffälligkeiten zu erforschen und dann den Ursachen gezielt entgegen zu wirken. Es handelt sich also um Interventionen, die vor dem eigentlichen Beginn einer Entwicklungsbeeinträchtigung oder -störung beginnen. Globaler betrachtet geht es um das Erkennen von menschlichen Bedürfnissen, um anschliessend solche gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, die eine Erkrankung verhindern oder nicht fördern.

Bei der sekundären Prävention ist in der Regel noch keine Auffälligkeit oder Behinderung diagnostiziert. Allerdings besteht ein Anfangsverdacht oder eine Beunruhigung. Der Fokus liegt damit auf der Früherfassung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten. Hier sollen möglichst schnell und rechtzeitig Massnahmen greifen, um die Entwicklungsauffälligkeiten rechtzeitig zu behandeln oder um zur Schaffung eines Lebensraums beizutragen, welcher einen günstigen

Entwicklungsverlauf fördert. Kommt es schnell zu Massnahmen kann die Anzahl der beeinträchtigten Situationen gehemmt beziehungsweise verringert werden.

Im Bereich der tertiären Prävention liegt bereits eine diagnostizierte Beeinträchtigung vor. Die tertiäre Prävention hat zum Ziel, dass sich behinderungsspezifische Lern- und Lebensgegebenheiten nicht verschlechtern und möglichen Folgeschäden, Fehlentwicklungen und sekundären Behinderungen vorgebeugt werden kann. Es geht um die Verringerung der mit der problematischen Situation zusammenhängenden Komplikationen und Wirkungen. Mittel der tertiären Prävention sind Diagnostik, Behandlung und Beratung. „Bei kindbezogenen Massnahmen im Bereich der tertiären Prävention ist Prävention immer auch Förderung und Förderung ist vielfach gleichzeitig Prävention (von Folgeschäden oder Folgebehinderungen)“ (Schlienger, 2008, S. 25).

Definition universell, selektiv, indiziert (D 3)

Die einzige Textstelle, welche die universelle, selektive und indizierte Prävention aufgreift, definiert die primäre indizierte Prävention (im Unterschied zur selektiven und universellen). Diese bezeichnet Massnahmen für Personen, bei denen bereits eine Manifestation eines Problemverhaltens vorliegt. Eine Verbesserung ihrer zukünftigen Entwicklung wird also angestrebt. Eine indizierte Prävention benötigt vorab allerdings ein Screening. Indizierte Prävention umfasst Intervention und Therapie.

Definition Verhaltens-/Verhältnisprävention (D 4)

Die Verhaltensprävention beziehungsweise individuumorientierte Prävention wird als die direkte Arbeit mit dem Kind bezeichnet. Die Verhältnisprävention beziehungsweise setting-orientierte Prävention wird als die Arbeit mit der für das Kind relevanten Umwelt bezeichnet.

5.1.4 Einflussfaktoren (EF)

Belastungs-/Schutzfaktoren (EF 1)

Es wird darauf hingewiesen, dass beeinträchtigte Lebens- und Erziehungsbedingungen für die Entwicklung von Kindern ein Risiko darstellt.

Externe Einflussfaktoren (EF 2)

Bei den externen Einflussfaktoren steht von 2006 bis 2013 vor allem die politische und finanzielle Dimension im Zentrum. In Deutschland werden Kinder, deren Entwicklung durch eine Behinderung gefährdet ist oder denen eine Behinderung durch biologische Risikofaktoren droht, auf gesetzlicher Ebene eindeutig dem Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung zugeordnet. Je nach Auslegung der Gesetzeslage aber, werden psychosoziale Risikofaktoren, solange beim Kind selbst noch keine Auffälligkeiten zu beobachten sind, von den Leistungsträgern nicht als Indikationsgrund für Heilpädagogische Früherziehung anerkannt. In der Schweiz zählte Prävention bei Kindern aus erschwerten Lebenslagen bis 2006 nicht zur Aufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung, was

mit der fehlenden Finanzierung begründet wird. Der Neue Finanzausgleich (NFA) wurde 2007 dann als Chance gesehen, die bereits praktizierten Präventionsbemühungen in den Aufgabenkatalog der Heilpädagogischen Früherziehung mit einzubeziehen. Gleichzeitig wird aber darauf aufmerksam gemacht, dass weiterhin die Tendenz besteht, Kindern, die nicht den bis anhin für die Heilpädagogische Früherziehung geltenden Kriterien der Invalidenversicherung (IV-Kriterien) entsprechen, Heilpädagogische Früherziehung nicht zukommen zu lassen. Dies hat zur Folge, dass primäre, und teilweise auch sekundäre Prävention nicht geleistet werden kann. Bei der sekundären Prävention muss bereits um die Finanzierung aufgrund ökonomischer Rahmenbedingungen gekämpft werden. Die tertiäre Prävention bleibt dabei unumstritten. Ein Grund für die gegebenen politischen Rahmenbedingungen liegt in der mangelnden Kenntnisnahme wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die Jahresbudgetrechnung und eine mangelnde langfristige Rechnung führen dazu, dass Zusammenhänge zwischen nicht geleisteter Prävention und den dadurch entstandenen Kosten nicht deutlich werden. Diejenigen, die diese Zusammenhänge erkennen beziehungsweise sehen, sind meist nicht in Entscheidungen eingebunden.

Neben der politisch-ökonomischen Dimension wird der Transdisziplinarität eine verstärkte Bedeutung zugemessen. Durch die vielen Angebote für Familien ist eine transdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig. Aber auch hier sind wiederum die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen ausschlaggebend.

Neben diesen Einflussfaktoren wird gefordert, dass sich Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung auch im Anforderungsprofil der Ausbildung in Heilpädagogischer Früherziehung niederschlägt.

5.1.5 Methodik (M)

Allgemeines Handeln (M 1)

Präventionsbemühungen können zum Einen durch Entwicklungsunterstützung direkt beim Kind ansetzen und zum Anderen aber auch indirekt durch Erziehungsunterstützung.

Frühe Entwicklungsunterstützung im Sinne des ganzen sozialen Prozesses durch den ein Mensch unter Mitwirkung seiner Umwelt von Anfang an lernt, seine Identität und Lebenswelt aufzubauen, um in ihr sinnvoll wirken zu können, kann mit Speck (2003) nur dann sinnvoll sein, wenn sie primär als Hilfe zur Stärkung elterlicher Erziehungsautonomie verstanden wird. Dieses Präventionspotential muss gezielt genutzt werden. In der Arbeit mit den Eltern der durch HFE betreuten Kinder leistet die HFE seit langem diese geforderte Erziehungsberatung, -begleitung und -anleitung. (Eisner-Binkert, 2007, S. 23)

Vielfach werden Elternkurse, Kurzberatungen, etc. angeboten, welche einen positiven Einfluss auf die Lebensbedingungen haben können und eine Früherkennung fördern. Durch all diese

Unterstützungsangebote werden relevante Belastungsfaktoren verringert und Schutzfaktoren gestärkt.

Bezüglich des präventiven Kinderschutzes wird darauf hingewiesen, dass der Beziehungsaufbau zwischen der heilpädagogischen Früherzieherin und der Mutter, sowie das Interesse an deren Bedürfnissen, bei der Mutter dazu beiträgt, Interesse für die Bedürfnisse ihres Kindes zu entwickeln. Interaktionsorientierte Angebote helfen die Eltern-Kind-Interaktion zu entlasten. Des Weiteren tragen eine ökologisch-lebensweltorientierte Heilpädagogische Früherziehung, das Vermitteln der kindlichen Bedürfnisse und die Weiterweisung an andere Fachstellen zu einem präventiven Kinderschutz bei.

Allgemeines Handeln mit Theorieansatz (M 2)

Bezüglich der Methodik in der sekundären und tertiären Prävention gibt es Unterschiede. So bekommt in der sekundären Prävention Beobachtung, Beratung, Gespräch, Unterstützung, Vernetzung und Interdisziplinarität noch mehr Gewicht als in der tertiären Prävention.

Für die Prävention hat die Heilpädagogische Früherziehung verschiedene Methoden und Mittel zur Verfügung. Dazu gehören beispielsweise Empowerment, Beziehungsunterstützung, Resilienzförderung und Stärkung des Kohärenzgefühls.

Daneben gibt es noch eine Fülle an sekundärpräventiven Angeboten wie Verhaltenstraining, kognitives Training, eine Kombination beider, sowie Beratungs- und Betreuungsprogramme.

Konkrete Programme (M 3)

Es existieren verschiedene Förderprogramme, welche ab dem Jahr 2008 bis 2011 genannt werden, von denen die Heilpädagogische Früherziehung profitieren kann und teilweise einsetzt. Dazu gehört „PAT-mit Eltern lernen“, interaktionsorientierte Präventionsprogramme wie „STEEP“, „SAFE“ oder die „Entwicklungspsychologische Beratung“ sowie verschiedene Frühförderprogramme wie zum Beispiel für Kinder mit Migrationshintergrund.

Neben diesen Programmen wird das Programm „schritt:weise“ beschrieben, bei dem die Heilpädagogische Früherziehung allerdings mehr die Rolle der Koordination übernehmen soll anstatt in die Familien zu gehen.

Fehlende/mangelnde Methodik (M 4)

Die Heilpädagogische Früherziehung muss – wenn sie sich für die sekundäre Prävention zuständig erklärt – passende Angebote haben. Hier besteht Nachholbedarf an Austausch, Reflexion, Bis anhin arbeiten alle Dienste für sich und es fehlen Mittel zur Evaluation. Eine Zusammenarbeit wird gefordert.

2007 wird darauf aufmerksam gemacht, dass aufgrund fehlender Präventionssysteme solche zur Erkennung von Entwicklungsgefährdungen initiiert werden sollen.

In Deutschland ist seit 2013 das Ziel, ein gesetzlich verankertes, abgestimmtes Gesamtsystems präventiver, inklusionsorientierter Hilfen für Kinder in erschwerten Lebens- und Entwicklungskontexten und deren Familien zu etablieren.

Interdisziplinarität (M 5)

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist im Zusammenhang mit präventiven Massnahmen ein zentraler Punkt. Eine einzelne Disziplin kann nicht mehr alleine einen Präventionsbeitrag leisten. Erst durch eine intensive und kooperative Zusammenarbeit des sozialen, medizinischen und psychologischen Bereichs wird ein erweiterter Präventionsbeitrag möglich. Vor allem in der sekundären Prävention ist die Interdisziplinarität von grosser Bedeutung.

Rahmenbedingungen (M 6)

In den Jahren 2008 und 2009 wurde festgehalten, dass es politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen erfordert, um präventive Arbeit leisten zu können. Aber auch jede Trägerschaft und jeder Kanton muss sich zum Präventionsauftrag der Heilpädagogischen Früherziehung bekennen, damit genügend Rückhalt besteht und die Finanzierung gesichert werden kann. Dazu gehört auch, dass jeder Dienst die Prävention in seinen Leistungskatalog aufnimmt. Im Jahr 2008 wird auf die Gefahr hingewiesen, dass die Heilpädagogische Früherziehung ihre Erfahrungen und Möglichkeiten in der Arbeit mit Kindern und Familien in prekären Lebenslagen aufgrund struktureller Gegebenheiten nicht einbringen kann oder diese nicht gefragt sind. Um so wichtiger ist es, dass die Heilpädagogische Früherziehung ihre Bedeutung und ihre Kompetenzen für entwicklungsgefährdete Kinder in Armut und Benachteiligung aufzeigt. Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung sind also zentral. Durch eine Verbesserung und Optimierung der Zusammenarbeit können Reibungsverluste vermieden werden, welche eine effektive Hilfe im präventiven Kinderschutz sonst gefährden können. Aber auch Supervision und Weiterbildung für die Heilpädagogischen Früherzieherinnen sind zentral. Vor allem bezüglich der sekundären Prävention müssen sich die in der Heilpädagogischen Früherziehung Tätigen weiterbilden.

5.1.6 Ziele (Z)

Übergeordnete Ziele (Z 1)

Ein Ziel der Prävention ist die Vorbeugung und das Abwenden von Unerwünschtem, Normabweichendem oder Undienlichem.

Bezogen auf die primäre Prävention ist es das Ziel, gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, welche eine Erkrankung verhindern beziehungsweise nicht fördern. Dazu werden zuerst die menschlichen Bedürfnisse erfasst.

Spezifische Ziele (Z 2)

Das Ziel der Heilpädagogischen Früherziehung in Bezug auf die Prävention ist die Schaffung von möglichst günstigen Entwicklungsbedingungen und dem Entgegenwirken von späteren Schwierigkeiten und Schädigungen sowie dem Vorbeugen von Folgebehinderungen. Es gehört auch die Unterstützung der emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes dazu, so dass es lernt, sich später in der Gesellschaft zurecht zu finden, lernt, mit Schwierigkeiten umzugehen und seine Stärken zur Kompensation zu nutzen.

Bezüglich Kindern mit einem Entwicklungsrückstand in Risikosituationen gilt es im Sinne ihrer physischen und psychischen Gesundheit, die Entwicklung zu beobachten, pädagogische und psychologische Begleitung im Lebensumfeld des Kindes zu ermöglichen und die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken.

5.1.7 Zielgruppe (ZG)

Behinderungen/biologische Faktoren (ZG 1)

Kinder mit klassischen Behinderungen werden anteilmässig zwar abnehmen, dennoch werden sie als Zielgruppe für präventive Massnahmen, im Sinne der sekundären und tertiären Prävention beschrieben. Als spezielle Zielgruppe mit biologischen Faktoren werden frühgeborene Kinder und ihre Eltern genannt. Sie benötigen frühe und kompetente Unterstützung.

Auch im Bereich der Ausbildung zur Heilpädagogischen Früherzieherin ist die präventive Tätigkeit bezüglich dieser Zielgruppe von Bedeutung.

Psychosoziale Risiken (ZG 2)

„...Kinder mit diffusen Symptomen, Kinder, die in beeinträchtigten Lebensverhältnissen aufwachsen oder die traumatisiert sind, werden zunehmend in den Fokus gelangen“ (Schlienger, 2008, S. 28). Es herrscht Einigkeit darüber, dass diese Kinder und ihre Familien Unterstützung benötigen und präventive Massnahmen an dieser Stelle wirksam sind.

Kinder mit psychosozialen Risiken gelten damit für die Heilpädagogische Früherziehung in den letzten neun Jahren als eine wichtige Zielgruppe für die Prävention, und gleichzeitig wird betont, dass die Heilpädagogische Früherziehung gute Voraussetzungen für die präventive Arbeit mit diesen Kinder und ihren Familien mitbringt. So wird konstatiert, dass die Heilpädagogische Früherziehung beispielsweise in diesem Kontext eine Präventionsaufgabe im Sinne einer Unterstützung bei der Bewältigung von Erziehungsaufgaben hat. Daneben ist sie für den präventiven Kinderschutz von Bedeutung. Damit stellt die Heilpädagogische Früherziehung ein zentrales Glied in dieser Präventionskette dar. Somit wird die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit einer stärker präventiven Ausrichtung in der Heilpädagogischen Früherziehung auf Kinder mit psychosozialen Risiken und deren Familien zum Thema. Die Heilpädagogische

Früherziehung muss dennoch für sich klären, ob sie ihr Angebot für diese Zielgruppe verteidigen will beziehungsweise sich dieser Zielgruppe noch annehmen will.

Übergeordnete Zielgruppe (ZG 3)

Im Rahmen der primären Prävention gelten die gesamte Gesellschaft beziehungsweise bestimmte Bevölkerungsgruppen als Zielgruppe. Einzelne Kinder oder Familien werden hier ausgeschlossen.

Risikokinder (ZG 4)

Sogenannte Risikokinder werden bereits 2005 im Zusammenhang mit der Früherkennung, der primären Prävention aber auch mit dem Begriff Prävention allgemein genannt. Durch den Wegfall der IV-Kriterien wird nun auch diesen Kindern der Zugang zur Heilpädagogischen Früherziehung eröffnet.

5.1.8 Weiteres (W)

Mit der Prävention soll flächendeckend alles Ungewollte verhindert werden, was in der heutigen Zeit grossen Anklang findet. Es gilt das Motto „je früher umso besser“, wobei vor allem neurobiologische Beweise ausschlaggebend sind. Allerdings besteht so die Gefahr der Übertreibung und steigert auch die Unbekümmertheit. Prävention ist jedoch nicht per se sinnvoll, werthaltig und zweckmässig, sondern muss auch bezüglich Umfang und Mass in Frage gestellt werden dürfen.

Da Prävention von Zuschreibungen abhängig ist, kann es im Bereich der sekundären und primären Prävention zu Fehlinterpretationen kommen. Dabei spielt es eine Rolle, was als „normal“ und „bedrohlich“ angesehen wird, was sehr individuell sein kann. Deshalb müssen die Betroffenen immer in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden.

2014 wird darauf aufmerksam gemacht, dass es an Strategien und an politischer Prioritätensetzung bezüglich der Frühen Förderung als Instrument der Prävention im Allgemeinen und der Armut im Besonderen mangelt. So ist es unhaltbar, dass die am stärksten belasteten Kinder die geringsten Unterstützungsangebote erhalten, obwohl nachgewiesen ist, dass eine Unterstützung und Begleitung dieser Kinder und Familien im Sinne der Prävention sehr effizient ist.

Die Forderung nach Prävention ist zwar da, sie wird allerdings kaum umgesetzt und finanziert. Oft ist unklar wer der Auftraggeber ist und wer für die Umsetzung zuständig ist.

Die Heilpädagogische Früherziehung selbst befindet sich in einem Präventionsdilemma, denn Kinder mit psychosozialen Risiken erhalten erst dann Heilpädagogische Früherziehung wenn bereits Anzeichen für eine drohende Behinderung zu beobachten sind.

Wichtig ist, dass die Heilpädagogische Früherziehung neue Wege der Prävention von kindlichen Entwicklungsstörungen beschreitet.

5.2 Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung zeigt, dass das Thema Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung in den Jahren 2004-2014 auf unterschiedlichen Ebenen aufgegriffen wird. Das heisst, das Thema der Prävention wurde bereits vor zehn Jahren in der Heilpädagogischen Fachwelt diskutiert und ist bis heute relevant. Es wird deutlich, dass im Grossen und Ganzen dieselben Themenschwerpunkte über die Jahre hinweg besprochen werden, so dass daraus geschlossen werden kann, dass dem Bereich der Prävention schon lange eine Bedeutsamkeit zugesprochen wird. Es ist aber bis heute noch nicht gelungen, dieses Aufgabengebiet für die Heilpädagogische Früherziehung klar zu umschreiben und damit konkrete Aufgabenstellungen und Zuständigkeiten zu definieren. Dies liegt zum Einen im Wesen der Prävention selbst und zum Anderen steht dies aber auch im Zusammenhang mit politischen Veränderungen und Definitionen. Im Folgenden wird nun auf die einzelnen Kategorien eingegangen.

5.2.1 Früherkennung (FE)

Es herrscht Einigkeit darüber, dass die frühe Erfassung von Kindern mit spezifischem Förderbedarf enorm wichtig ist, diesbezüglich aber weiterer Handlungsbedarf besteht, da sich die Art und Weise der Erfassung dieser Kinder im Laufe der Jahre nicht wesentlich verändert hat. Die Früherkennung konnte also nicht verbessert werden. Die Ursachen mangelnder Früherkennung wurden demnach nicht effektiv genug angegangen. Dies bedeutet, dass zum Einen die Effektivität von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern nicht angegangen beziehungsweise aus unbekanntem Gründen nicht verändert werden konnte. Zudem sind diese Untersuchungen von Seiten des Gesundheitssystems weiterhin freiwillig sind. Zum Anderen spielt aber auch die mangelnde Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Früherziehungsdiensten eine bedeutende Rolle. Es ist in jedem Kanton die Aufgabe jedes einzelnen Dienstes und jedes einzelnen Arztes die Zusammenarbeit zu stärken und zu verbessern, um eine effektive Früherkennung zu ermöglichen. Möglicherweise spielt auch eine zu geringe Sensibilität oder Unsicherheit bei den für die Früherkennung zuständig erklärten Personen eine Rolle, was zu einer „Kultur des Abwartens“ führt und die Kinder zu spät erfasst. Für entwicklungsgefährdete Kinder fehlte bis anhin ein geeignetes Verfahren, welches diese Kinder nachweislich und begründet erfasst. Solch ein Verfahren ist nun vorhanden (vgl. Burgener Woeffray, 2014) und lässt durch dessen Einsatz von verschiedenen Fachpersonen eine verbesserte Früherkennung dieser Kinder erwarten.

Veränderte gesellschaftliche Bedingungen und Strukturen erklären, warum Kinder aus sogenannt psychosozial-belasteten Familiensystemen vermehrt in den Vordergrund der Früherkennung treten (vgl. 2.1.2).

Kindergartenlehrpersonen, Ärzte und Krippenpersonal werden zu den wichtigsten Berufsgruppen im Rahmen der Früherkennung gezählt. Auch die Autorin erachtet diese Gruppen als bedeutsam. Vor allem Kindergartenlehrpersonen und Krippenpersonal sehen die Kinder regelmässig und haben

dadurch die Chance, die Kinder in vielseitigen Situationen gezielt zu beobachten und mit Gleichaltrigen zu vergleichen, eventuell auch Screeningverfahren einzusetzen. Diese Beobachtungen und der anschließende Schritt zum Gespräch mit den Eltern hängt jedoch in grossem Masse vom Engagement und dem Wissensstand der einzelnen Personen ab. Vermutlich führen Unsicherheiten, unzureichendes Fachwissen bezüglich Entwicklungsauffälligkeiten/-verzögerungen,... zu einer mangelnden Früherkennung. Vor allem für Krippen, aber auch Kindergärten sind enge Kooperationen mit der Heilpädagogischen Früherziehung angeraten, um die Früherkennung zu verbessern. Ärzte haben die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchungen und Screeningverfahren, wobei wie oben dargestellt die Sensitivität der Vorsorgeuntersuchungen unbefriedigend ist, da die Untersuchungen nicht verpflichtend sind. Dadurch werden längst nicht alle Kinder mit einem spezifischen Förderbedarf erfasst. Zudem sehen Ärzte die Kinder mit ihren Eltern eher selten. In den kurzen Sprechstunden ist es eine Herausforderung, die Eltern für Unterstützungsangebote zu gewinnen, wobei dies dennoch im Sinne der Prävention notwendig ist. Bei Bedarf gilt es, Alternativen zur Verbesserung dieser Situation zu schaffen. Auch die Heilpädagogische Früherziehung selbst, hat den Auftrag der Früherkennung, so dass es an ihr beziehungsweise an jedem Früherziehungsdienst ist, die Möglichkeiten und Ressourcen aufzuzeigen und auszuschöpfen. Für alle zuständigen Berufsgruppen bedingt die Früherkennung (politische) Rahmenbedingungen, die diese ermöglichen. Diese sind zum jetzigen Zeitpunkt unzureichend beziehungsweise werden nicht vollumfassend zur Verfügung gestellt.

5.2.2 Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung (P)

Prävention wurde bereits 1978 und wird bis heute als eine Aufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung betrachtet und ist so auch politisch verankert (vgl. EDK, 2007a, S. 3). Das heisst, den verschiedenen Ebenen ist die Bedeutung der Prävention bewusst und die Heilpädagogische Früherziehung ist als wichtiger Berufszweig für deren Umsetzung angesehen. Kritische Stimmen regen allerdings zu einem Überdenken der präventiven Möglichkeiten und Grenzen der Heilpädagogischen Früherziehung an. Die Autorin sieht im Überdenken eine Chance. So muss die Heilpädagogische Früherziehung sich konkret überlegen, welche derzeitigen Ressourcen sie in Bezug auf präventive Massnahmen zur Verfügung hat, wo sie Verbesserungsmöglichkeiten sieht und welche Kooperationen und Zusammenarbeit notwendig sind, um ihre präventiven Möglichkeiten weiter zu verbessern. Es geht weniger darum, ein Aufgabenfeld (teilweise) aufzugeben.

Die Heilpädagogische Früherziehung war vor allem lange im Bereich der tertiären Prävention tätig. Vermehrt tritt nun aber die sekundäre Prävention in den Vordergrund. Dies lässt sich durch die Veränderung und Erweiterung des Klientels der Heilpädagogischen Früherziehung in Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Wandel, und dessen Bedürfnissen und Erwartungen erklären; aber auch durch medizinische Fortschritte (vgl. 1.1, 2.1.2, 2.1.3). Häufig wird der Bereich der Prävention nicht genauer definiert und allein das Wort „präventiv“ verwendet. Dies liegt unter

Umständen daran, dass durch die verschiedenen Definitionsmöglichkeiten und -arten eine Unsicherheit und Unklarheit bezüglich der Terminologie herrscht. Die verschiedenen Definitionen werden oft nicht einheitlich verwendet, so dass einfachheitshalber, allgemein verständlicher nur „präventiv“ eingesetzt wird. Dies birgt die Gefahr, dass je nach Adressat, „präventiv“ unterschiedlich ausgelegt und individuell definiert wird. Dadurch ist nicht eindeutig klar, wie dieses Aufgabenfeld auf struktureller und inhaltlicher Ebene von der Heilpädagogischen Früherziehung selbst und von anderen definiert wird, was wiederum zu Auftrags-, Abgrenzungs- und Finanzierungsschwierigkeiten führt.

Es zeigt sich, dass die Heilpädagogische Früherziehung mit ihren verschiedenen Aufgaben (vgl. übergeordnete Aufgaben (P 3) und konkrete Aufgabenstellungen (P 4)) einen grossen Beitrag zur Prävention leisten kann. Zum Einen durch die Arbeit mit dem Kind selbst, aber speziell auch durch die intensive Zusammenarbeit mit den Eltern. Die Forderung, dass die Heilpädagogische Früherziehung dennoch die Erfassung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten optimieren muss, sowie ihre Arten der Präventionsbemühungen verbessern und neue Angebote prüfen muss, zeigt, dass die Heilpädagogische Früherziehung vieles im Bereich der Prävention leistet. Dennoch besteht grosser Handlungsbedarf, wobei das Aufgabenfeld der Prävention auf eine konkretere, fassbarere Ebene gebracht werden muss. Bis 2009 entsteht der Eindruck, dass die Heilpädagogische Früherziehung ihre guten Voraussetzungen für die präventive Arbeit mit Kindern und Familien mit sozio-ökonomischen Schwierigkeiten nicht optimal nutzt. Möglicherweise sind hier Gründe in dem damals relativ neuen Klientel und den damit verbundenen Unsicherheiten und mangelnden Erfahrungswerten zu suchen. Zur heutigen Situation liessen sich keine Aussagen finden. Es kann davon ausgegangen werden, dass in diesem Zusammenhang inzwischen eine verbesserte Nutzung der Ressourcen zu verzeichnen ist. Die Auseinandersetzung und Erfahrungswerte in der Zusammenarbeit mit Familien lassen auf eine Weiterentwicklung in der Ressourcennutzung schliessen, wobei weitere Anstrengungen unabdingbar sind.

Primäre Prävention wird nicht als Aufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung gesehen, was durch die Betrachtung der Definition von Prävention und Heilpädagogischer Früherziehung (vgl. Kapitel 2) nachvollziehbar und logisch ist. Auch, dass Heilpädagogische Früherziehung den Präventionsbeitrag, die Autorin schliesst an dieser Stelle die Früherkennung mit ein, nicht alleine leisten kann und damit überdenken sollte, erscheint durchaus sinnvoll, wenn sie ein wichtiger Partner in der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation bleiben soll (vgl. 5.2.1). Folglich muss die Heilpädagogische Früherziehung für sich entscheiden, welche anderen oder neuen Formen der Zusammenarbeit für ihre Präventionsbemühungen sinnvoll sind, welche Angebote sie anbieten kann und was sie bewusst nicht anbietet.

Heilpädagogische Früherzieherinnen wissen um ihren Beitrag zur Prävention und um ihre Aufgabe. Dennoch erscheinen die Aussagen vage. Dies lässt sich dadurch erklären, dass der Präventionsauftrag genauso vage definiert beziehungsweise nicht konkret beschrieben wird.

Dadurch geschieht Prävention einfach, aber es bleibt unklar was denn nun genau das präventive Handeln ist und wie es wirkt. Dies liegt wiederum in der Definition der Prävention selbst. Verschiedene allgemein gehaltene Terminologien und Auslegungen und nicht allgemeingültige Festlegungen für die Heilpädagogische Früherziehung führen zu dieser Situation (vgl. 2.2.1, 2.3). Daraus ergeben sich ein nicht klar umschriebener Auftrag und fehlende oder unzureichende interne Konzepte, an denen sich die einzelne Heilpädagogische Früherzieherin orientieren kann. So entstehen uneinheitliche Formen des präventiven Handelns.

5.2.3 Definition (D)

Der ursprüngliche Präventionsbegriff stammt aus dem 19. Jahrhundert, allerdings nicht aus der Pädagogik. Hier wurde er erst später eingeführt. Da Prävention etwas zuvorkommen soll, beinhaltet sie aber auch Zuschreibungen. Hier wird von der Autorin ein gewichtiger Punkt gesehen. Denn die Heilpädagogische Früherziehung, beziehungsweise die Heilpädagogik im Allgemeinen, tut sich aufgrund ihres Menschenbildes schwer, solche Zuschreibungen zu machen. Gleichzeitig setzt sie sich aber auch genau für ihre Zielgruppen ein, damit diese angemessene Unterstützung und Begleitung erhalten. Möglicherweise liegt hier einer der Gründe, warum schon so lange über verschiedene Aspekte der Prävention in der Heilpädagogischen Früherziehung diskutiert wird, dennoch noch keine grossen Veränderungen im Bereich der präventiven Angebote zu verzeichnen sind.

In der inhaltsanalytisch bearbeiteten Literatur kommen vorwiegend die Begrifflichkeiten der primären, sekundären und tertiären Prävention zum Zuge. Universelle, selektive und indizierte Prävention sowie Verhaltens-/Verhältnisprävention sind selten zu finden. Ein Grund hierfür liegt wahrscheinlich darin, dass primäre, sekundäre und tertiäre Prävention eine relativ geläufige und bekannte Einteilung der Prävention ist. Universelle, selektive und indizierte Prävention sowie Verhaltens-/Verhältnisprävention scheinen neuere Begrifflichkeiten zu sein, die sich noch nicht etabliert haben. Auch wenn die Einteilung der Prävention in primär, sekundär und tertiär häufig verwendet wird, bleibt dennoch das Problem einer einheitlichen Definition und Auslegung bestehen. Die Begrifflichkeiten werden unterschiedlich definiert und verwendet; meist aber nicht für den konkreten Fall definiert (vgl. 2.2.1). Hier besteht Klärungsbedarf.

5.2.4 Einflussfaktoren (EF)

Die politische und finanzielle Dimension steht für die Umsetzung von präventiven Massnahmen klar im Vordergrund. Dabei spielt, wie in Deutschland, häufig die Auslegung der Gesetzeslage eine bedeutende Rolle. In der Schweiz wurde der Neue Finanzausgleich (NFA) als Chance für präventive Bemühungen in der Heilpädagogischen Früherziehung gesehen. Durch den NFA haben sich einige Kantone zwar zu einem Konkordat verpflichtet, jedoch liegt dessen Interpretation in deren Händen.

Die EDK lässt mit ihrer Definition der Heilpädagogischen Früherziehung und ihren Aufgaben (vgl. u.a. 2.1.1) einen grossen Interpretationsspielraum zu, welcher im Rahmen des NFA grosszügig ausgelegt eine Chance darstellt, eng ausgelegt aber eher zu Sparmassnahmen führt. Die mangelnde Kenntnisnahme wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Politik und die Fokussierung auf aktuelle und weniger auf langfristige finanzielle Aspekte führen zu entsprechenden Rahmenbedingungen, welche für die Betroffenen nicht immer zufriedenstellend sind.

Daneben spielt aber auch verstärkt ein transdisziplinäres Arbeiten eine bedeutende Rolle. Aktuell wird diesem Aspekt bei den präventiven Massnahmen sicherlich noch zu wenig Beachtung geschenkt (vgl. 5.2.1, 5.2.2), dies auf Seiten der Heilpädagogischen Früherziehung selbst aber auch bei den anderen Berufsgruppen.

5.2.5 Methodik (M)

Präventionsbemühungen können direkt über das Kind oder indirekt durch Erziehungsunterstützung erfolgen. Beide Aspekte kann die Heilpädagogische Früherziehung durch ihre Arbeitsweise erfüllen. Als bedeutsam und enorm wichtig gilt die Möglichkeit des Beziehungsaufbaus zwischen der Heilpädagogischen Früherziehung und den Eltern verbunden mit dem Einbezug in die Förderung des Kindes, was für die Heilpädagogische Früherziehung im Vergleich zu anderen Berufszweigen einzigartig ist. So können durch den intensiven Kontakt mit den Eltern die jeweiligen aktuellen Themen aufgegriffen und besprochen werden.

Vor allem in der sekundären Prävention werden Beobachtung, Beratung, Gespräche, Unterstützung, Vernetzung und Interdisziplinarität betont (vgl. 2.1.1, 2.1.4). Diesen Aspekten wird in der Heilpädagogischen Früherziehung eine grosse Bedeutung zugemessen, wofür sie eine Fülle an Möglichkeiten hat. Weiterbildungsangebote, Supervision und Intervision sind in diesem Zusammenhang wichtig, um die Ressourcen und Fähigkeiten jeder einzelnen Heilpädagogischen Früherzieherin auszuschöpfen.

Des Weiteren kann die Heilpädagogische Früherziehung von konkreten Präventionsprogrammen profitieren. Deren Einsatz geschieht in unterschiedlichem Ausmass, was mit dem Engagement der einzelnen Dienste sowie den ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen in den einzelnen Kantonen zusammenhängt. Hier besteht Verbesserungspotential.

Da der Bereich der sekundären Prävention relativ neu ist, wird auf mangelnde Methodik in diesem Bereich hingewiesen und ein Nachholbedarf konstatiert. Es ist also wichtig, dass der Bereich der sekundären Prävention ein fester Bestandteil im Weiterbildungsangebot wird und wo bereits vorhanden, bestehen bleibt.

Damit all diese Möglichkeiten und Ressourcen genutzt und Weiterbildungsangebote bestehen bleiben und ausgebaut werden können – vor allem im Bereich der sekundären Prävention – braucht es die entsprechenden politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf Bundes- und Kantonsebene sowie das Engagement der einzelnen Trägerschaften. Zum jetzigen Zeitpunkt

erscheinen die Rahmenbedingungen noch nicht hinreichend gegeben. Die Heilpädagogische Früherziehung muss hier also noch vermehrt ihre Möglichkeiten und Vorteile aufzeigen, damit eine Anpassung der äusseren Rahmenbedingungen erfolgt. Es stellt sich auch die Frage, wie stark der Präventionsgedanke in den einzelnen Dienststellen verankert ist und nach aussen vertreten wird. An dieser Stelle besteht Nachholbedarf und interne Veränderungen sind von Nöten.

5.2.6 Zielgruppe (ZG)

Zur Zielgruppe von Prävention werden im Sinne der tertiären und sekundären Prävention Kinder mit „klassischen Behinderungen“ gezählt, eine spezielle Gruppe bilden dabei verstärkt frühgeborene Kinder. Eine weitere, wichtige Zielgruppe sind Kinder mit psychosozialen Risiken und Risikokinder. Alle drei Zielgruppen gehören auch zur Zielgruppe der Heilpädagogischen Früherziehung (vgl. 2.1.3). Vor allem die zweite und dritte Zielgruppe gewinnt an Bedeutung. Die Heilpädagogische Früherziehung ist bei diesen Zielgruppen tätig und hat mit der Veränderung und Erweiterung ihrer Zielgruppe in den letzten Jahren einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Entwicklungsverzögerungen und zum präventiven Kinderschutz beigetragen.

Für übergeordnete Zielgruppen, also bestimmte Bevölkerungsgruppen ist die Heilpädagogische Früherziehung nicht in erster Linie tätig. Denkbar sind aber dennoch deren Einbindung im Bereich der Sensibilisierung, Öffentlichkeitsarbeit, Kooperationen beispielsweise mit Krippen und Kindergärten (vgl. 5.2.1), und bei der Vernetzung mit anderen allgemeinen Präventionsprogrammen.

5.2.7 Ziele (Z)

Die Heilpädagogische Früherziehung hat vor allem ihren Schwerpunkt im Bereich der spezifischen Ziele (Schaffung möglichst günstiger Entwicklungsbedingungen, Vorbeugen von Folgebehinderungen, Eltern-Kind-Beziehung stärken). Hier können die Kompetenzen und Ressourcen der Heilpädagogischen Früherzieherinnen zum tragen kommen und sie hat eine Auswahl an Möglichkeiten (Empowerment, Marte Meo, Elterngruppen,...) zu bieten, um diese Ziele zu erreichen.

Im Gegensatz dazu sind die übergeordneten Ziele auf gesamtgesellschaftlicher und politischer Ebene anzusiedeln, an denen die Heilpädagogische Früherziehung nur bedingt mitwirken kann. Berufspolitisches Engagement auf Verbands- und Dienstebene ist jedoch unabdingbar.

5.2.8 Weiteres (W)

Präventionsbemühungen werden unter anderem in Umfang und Mass in Frage gestellt; also im Sinne eines „Präventionswahns“. Diesem Gedankengang kann durchaus gefolgt werden, denn gerade in der heutigen Gesellschaft ist das Bestreben und Bedürfnis nach Perfektion und Leistung

präsent. Abweichungen haben wenig Platz. Und trotzdem ist Prävention enorm wichtig. Es gilt also die Herausforderung anzunehmen und ein Gleichgewicht zu finden.

Als wichtig zeigt sich, die Betroffenen in den Entscheidungsprozess, Angebote anzunehmen oder nicht, einzubeziehen. Die Heilpädagogische Früherziehung wird dieser Forderung gerecht, da sie ihre Angebote und Empfehlungen mit den Eltern bespricht und diskutiert. Letztlich sind es die Eltern, die entscheiden, da Heilpädagogische Früherziehung vorrangig ein freiwilliges Angebot ist.

Eine fehlende politische Pioritätensetzung im Rahmen der Prävention kann regelmässig beobachtet werden. So sieht die Umsetzung des Sonderschulkonkordats im Zuge des NFAs in den einzelnen Kantonen unterschiedlich aus. Teilweise zu Gunsten der Heilpädagogischen Früherziehung, teilweise zu deren Nachteil.

Die Forderung nach Prävention ist da, wobei die Frage der Zuständigkeit und Finanzierung nicht eindeutig ist. Es ist wichtig, dass die Heilpädagogische Früherziehung ihr Aufgabenfeld der Prävention für sich klar definiert, denn nur so können sich ihre Präventionsbemühungen etablieren, verbessern und publik werden.

6 Beantwortung der Fragestellung

Dieses Kapitel hat die Beantwortung der Fragestellung zum Inhalt.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, das Thema Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung mittels einer qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse aufzuarbeiten und einen Überblick darüber zu geben, wie dieses in der Literatur thematisiert wird.

Leitend war dabei folgende Fragestellung:

Wie wird Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung in der heilpädagogischen Fachliteratur thematisiert?

Es ist unumstritten, dass Prävention ein Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung ist. So ist es nicht zufällig, dass das Thema Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung in der ausgewählten Literatur zwischen 2004 und 2014 immer wieder auf unterschiedlichen Ebenen aufgegriffen und thematisiert wurde. Die verschiedenen Ebenen lassen sich dabei hauptsächlich den Bereichen der Früherkennung, Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung, Definition, Einflussfaktoren, Methodik, Zielgruppe und Ziele zuordnen. Grundsätzlich sind die verschiedenen Aussagen durch Einigkeit gekennzeichnet, auch wenn durchaus einige kritische Stimmen zu finden sind.

Bezeichnend ist, dass vor allem die Aspekte der Früherkennung und Prävention als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung sowie die Methodik ausführlich und umfassend aufgegriffen werden. Hingegen wirken die Aspekte Definition, Einflussfaktoren, Zielgruppe und Ziele untergeordneter beziehungsweise klarer.

Die Früherfassung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten ist in Bezug auf Präventionsmassnahmen enorm wichtig. Es besteht allerdings weiterhin Handlungsbedarf, um die Früherfassung zu verbessern. An dieser Stelle kann die Heilpädagogische Früherziehung durch Kooperationen mit anderen Berufsfeldern einen wichtigen Teil beitragen. Zudem trägt das Aufzeigen und Ausschöpfen ihrer Ressourcen und Möglichkeiten zu einer Verbesserung der Früherkennung bei.

Prävention ist wie bereits oben erwähnt eine Aufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung und ist politisch verankert. Die Heilpädagogische Früherziehung leistet durch die direkte Arbeit mit dem Kind und dessen Eltern einen wesentlichen Beitrag zur Prävention. Neben der tertiären Prävention tritt für die Heilpädagogische Früherziehung verstärkt die sekundäre Prävention in den Vordergrund. Für die Umsetzung von Präventionsmassnahmen sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperationen notwendig.

Im Bereich der Terminologie von Prävention fehlt eine einheitliche Definition und Auslegung. Hier besteht Klärungsbedarf, damit eine gemeinsame Definitions- und Handlungsbasis geschaffen werden kann.

Bei den politischen und finanziellen Rahmenbedingungen, die einen grossen Einfluss auf die Umsetzung von präventiven Massnahmen haben, besteht Handlungsbedarf. Daneben spielt die Umsetzung transdisziplinären Arbeitens für das Gelingen von präventiven Bemühungen eine Rolle. Die Heilpädagogische Früherziehung hat eine Fülle an methodischen Möglichkeiten für präventives Arbeiten. Ihr wesentlicher Vorteil besteht in der direkten Arbeit mit dem Kind, dem Einbezug der Eltern in die Förderung des Kindes und der gleichzeitigen Erziehungsunterstützung. Der Einsatz von Präventionsprogrammen kann unterstützen. Der Bereich der sekundären Prävention ist noch durch mangelnde Methodik gekennzeichnet und muss verbessert werden.

Zur Zielgruppe von präventiven Massnahmen zählen Kinder mit sogenannt „klassischen“ Behinderungen und Kinder mit psychosozialen Risiken und Risikokinder, welche immer mehr an Bedeutung gewinnen. Alle Zielgruppen der Prävention gehören auch zur Zielgruppe der Heilpädagogischen Früherziehung. Die Einbindung der Heilpädagogischen Früherziehung in präventive Massnahmen für übergeordnete Zielgruppen ist sinnvoll, wobei sie an dieser Stelle nicht primär zuständig ist.

Die Heilpädagogische Früherziehung hat mit ihren Kompetenzen und Ressourcen das Erreichen von spezifischen Zielen wie beispielsweise die Schaffung von günstigen Entwicklungsbedingungen oder das Stärken der Eltern-Kind-Beziehung, als Schwerpunkt. Bei den übergeordneten Zielen kann sie durch berufspolitisches Engagement mitwirken.

Es kann festgestellt werden, dass Prävention ein wichtiger Aufgabenbereich in der Heilpädagogischen Früherziehung ist. Sie wird im Kontext der sekundären und tertiären Prävention von Entwicklungsauffälligkeiten und im präventiven Kinderschutz als äusserst wichtig empfunden. Gleichzeitig wird aber auch betont, dass die Heilpädagogische Früherziehung diesen Präventionsauftrag nicht alleine leisten kann und die interdisziplinäre Zusammenarbeit somit noch mehr an Bedeutung gewinnt.

7 Schlussfolgerung und Konsequenzen für die Heilpädagogische Früherziehung

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit den Schlussfolgerungen und Konsequenzen für die Heilpädagogische Früherziehung, die sich aus den vorangegangenen Kapiteln ableiten lassen.

Das Thema der Prävention hat im Allgemeinen und im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung eine grosse Bedeutung. Die Effektivität von präventiven Massnahmen ist grundsätzlich unumstritten.

Der Aspekt der Früherkennung ist für Präventionsmassnahmen zentral, so dass die Früherkennung verbessert werden muss. Für eine optimale Früherkennung sind Bemühungen auf unterschiedlichen Ebenen unabdingbar.

Damit Präventionsmassnahmen bestmöglichst greifen, sind zum Einen die entsprechenden politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen zu schaffen und zum Anderen eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit von Nöten. Die Heilpädagogische Früherziehung kann und muss an dieser Stelle aktiv werden. Es ist an ihr, ihren Teil durch berufspolitische Aktivitäten und durch Aufklärungsarbeit und Kooperationen im Sinne von Beratungsangeboten, Vortragsreihen und Öffentlichkeitsarbeit beizutragen.

Prävention ist als Aufgabenfeld der Heilpädagogischen Früherziehung anerkannt. Sie kann vor allem im Zuge der Erweiterung ihrer Zielgruppe einen massgeblichen Beitrag zur Prävention leisten. Präventive Massnahmen sind für Kinder mit psychosozialen Risiken und für sogenannte Risikokinder, aber auch für Kinder mit „klassischen“ Behinderungen wichtig. Die Heilpädagogische Früherziehung kann mit ihren Erfahrungen und ihrem Angebot, verbunden mit intensiver interdisziplinärer Zusammenarbeit, der Aufgabe Prävention gerecht werden.

Eine klare Terminologie mit einheitlichen Inhalten und deren Verwendung ist notwendig. Es ist an der Heilpädagogischen Früherziehung ihr Aufgabenfeld der Prävention zu umschreiben und zu vertreten. Ihre Möglichkeiten und Ressourcen sind aufzuzeigen und auszubauen. Zudem müssen weitere Überlegungen angestellt werden welche neuen Möglichkeiten und Angebote im Bereich von Präventionsmassnahmen sinnvoll sind.

Die Heilpädagogische Früherziehung bringt für den Präventionsauftrag gute Voraussetzungen mit. Als eine Stärke stellt sich dabei die intensive Zusammenarbeit mit den Eltern heraus, welche für sich schon einen präventiven Charakter hat. Ein weiterer Baustein ist das in der Heilpädagogischen Früherziehung grundlegend verankerte interdisziplinäre Denken.

Eine effektive Prävention ist nur durch eine intensive Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Partnern möglich. Das Bewusstsein, welche Wichtigkeit die Zusammenarbeit gerade bei präventiven Massnahmen hat, muss sich bei allen beteiligten Fachpersonen durchsetzen und

festigen. Von allen Seiten sind hierzu verstärkte Bemühungen erforderlich, um die Zusammenarbeit auszubauen.

Der vermehrte Einsatz beziehungsweise die Angliederung von konkreten Präventionsprogrammen, wie beispielsweise „schritt:weise“, an die einzelnen Früherziehungsdienste und die Übernahme von Koordinationsaufgaben muss überprüft werden.

Die Heilpädagogische Früherziehung soll auf keinen Fall zu einem „Präventionswahn“, wozu in der heutigen Zeit latent eine Gefahr besteht, beitragen. Sie soll und muss aber ihre Ressourcen und Kompetenzen im Rahmen der Prävention nutzen, um Kindern mit besonderen Bedürfnissen gemeinsam mit ihren Bezugspersonen bestmögliche Entwicklungsbedingungen, und damit auch bestmögliche Chancen zur Inklusion, zu ermöglichen.

8 Methodenkritik

Das Kapitel Methodenkritik beurteilt die gewählte Forschungsmethode zur Bearbeitung des Themas. Dabei werden Vor- und Nachteile aufgegriffen und eine kritische Betrachtung vorgenommen.

Die Wahl der qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse als Methodik für die Bearbeitung des vorliegenden Themas mit seiner Fragestellung und Zielsetzung hat sich bewährt. Sie ermöglicht eine intensive, theoretische Auseinandersetzung mit einem Thema unter einem spezifischen Fokus. Ein grosser Vorteil der gewählten Methodik liegt darin, dass bereits vorhandene Dokumente analysiert wurden. „Die Daten unterliegen damit weniger den Fehlerquellen der Datenerhebung; nur bei der Auswahl der Dokumente, nicht aber bei der Erhebung spielt die Subjektivität des Forschers herein“ (Kuckartz, 2012, S. 47). Eine weitere Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse ist ein für sie vorab festgelegtes Ablaufmodell. Damit wird diese für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar. Dieses Ablaufmodell unterliegt dabei nicht strengen Vorgaben, so dass es von den Forschern an den jeweiligen Gegenstand angepasst werden kann und soll (vgl. Mayring 2002, S. 149; Mayring, 2010, S. 59).

Die intensive Auseinandersetzung mit der Fachliteratur für den Theorieteil stellte sich für die spätere theoriegeleitete deduktive Kategorienbildung und deren Definitionen als äusserst wichtig heraus. Dabei steht die Kategorienbildung immer in enger Verbindung zur Fragestellung und Zielsetzung, was unterstützend wirkt. Umso mehr, weil in der Methodenliteratur die Kategorienbildung als allgemein bekannt und selbsterklärend verstanden und somit nicht weiter ausgeführt wird. Andererseits wird genau der Kategorienbildung eine hohe Relevanz zugesprochen. (vgl. Kuckartz, 2012, S. 59).

Das Aufstellen von Kodierregeln war nicht immer einfach und zu Beginn nicht trennscharf möglich. Die flexible Handhabung der Methodik mit Anpassungsmöglichkeiten ermöglichte dann aber eine Veränderung der Kategorien, so dass klare Kodierregeln möglich wurden.

„Häufig werden, ..., über das eigentliche Forscherteam hinaus Personen speziell für die Codierung des Materials beschäftigt“ (Kuckartz, 2012, S. 48). Dies war im Rahmen dieser Arbeit selbstverständlich nicht möglich, was allerdings den Nachteil mit sich brachte, dass eine genaueste Kodierung nicht eindeutig überprüft werden konnte. Diesem Problem wurde zum Einen durch eine Probekodierung an einer Teilmenge des Materials und zum Anderen durch eine „Kontrollkodierung“ durch eine aussenstehende Person an einem kleinen Teil des Materials entgegengewirkt. So konnten die Kategorien und Kodierregeln überprüft werden.

Trotz genauester Handhabung qualitativ strukturierend inhaltsanalytischer Vorgehensweisen bleibt wie bei allen Forschungsmethoden ein gewisser subjektiver und interpretativer Teil übrig, welcher bei der Ergebnisbetrachtung stets mit einbezogen werden muss.

9 Fazit und Ausblick

Mit dem Fazit und Ausblick bildet dieses Kapitel den Abschluss dieser Arbeit. Dabei werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und der Blick für wünschenswerte zukünftige Forschungsprojekte geöffnet.

Mit der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass das Thema der Prävention im Kontext der Heilpädagogischen Früherziehung trotz seiner Komplexität und Unklarheiten schon lange und bis heute von Bedeutung ist, ein wichtiges Aufgabenfeld darstellt und regelmässig in einschlägigen Publikationen diskutiert wird. Die Heilpädagogische Früherziehung bringt viele Ressourcen und Kompetenzen mit, um ihrem Präventionsauftrag auf unterschiedliche Art und Weise und auf den unterschiedlichen Ebenen gerecht zu werden. Dabei muss die Zusammenarbeit und Kooperationen weiter gestärkt und deren Wichtigkeit aufgezeigt, sowie ständige Weiterbildungen durchgeführt werden. Des Weiteren gilt es, aktuelle Bemühungen und Möglichkeiten regelmässig zu reflektieren und anzupassen. Zudem muss sich die Heilpädagogische Früherziehung für den Bereich der Prävention weiter berufspolitisch einsetzen. Langfristige, verlässliche politische und finanzielle Rahmenbedingungen sind für die Umsetzung wirksamer Präventionsmassnahmen Voraussetzung. Für den Bereich der Früherkennung besteht auf allen Ebenen Handlungsbedarf.

Für die Zukunft wären qualitative Studien zum Thema Prävention (Einstellungen, Umsetzung, Chancen und Grenzen,...) an den einzelnen Früherziehungsdiensten sowie Langzeitstudien zur Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen im Rahmen der Heilpädagogischen Früherziehung von Interesse.

10 Verzeichnisse

10.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Die Begrifflichkeit der Prävention	21
Abb. 2: Ablaufmodell qualitativ strukturierende Inhaltsanalyse	33

10.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Auszug Kategorienraster.....	38
Tab. 2: Auszug Kodierleitfaden	40

10.3 Literaturverzeichnis

Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung (BVF) (n.d.). *Forum*. Zugriff am 05. September 2014 unter frueherziehung.ch

Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung (BVF) (2011). *Heilpädagogische Früherziehung im Feld der Frühen Förderung*. Zugriff am 05. März 2014 unter http://www.frueherziehung.ch/uploads/1/7/9/4/17948117/positionspapier_hfe_im_feld_der_frhen_frderung_endfassung_farbig.pdf

Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung (BVF) (2013a). *Berufsbild. Heilpädagogische Früherziehung - ein sonderpädagogisches Berufsfeld*. Zugriff am 16. April 2014 unter http://www.frueherziehung.ch/uploads/1/7/9/4/17948117/berufsbild_definitiv.pdf

Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung (BVF) (2013b). *Definitionen Prävention*. Zugriff am 16. April 2014 unter http://www.frueherziehung.ch/uploads/1/7/9/4/17948117/def__prvention_bvf-ag-03_10.pdf

Berufsverband Heilpädagogische Früherziehung (BVF) (2013c). *Prävention in der Heilpädagogischen Früherziehung. Heilpädagogische Früherziehung im System der frühen Förderung und Bildung*. Zugriff am 16. April 2014 unter http://www.frueherziehung.ch/uploads/1/7/9/4/17948117/prvention_in_der_heilpdagogischen_hfe_frhe_frderung.pdf

Bieber, K., Burgener, A., Jeltsch-Schudel, B., Lang, B., Möhle-Hüppi, S. & Schlienger, I. (1989). *Früherziehung ökologisch*. Luzern: Edition SZH/CSPS.

- Bucher, H. & Morabia, A. (1999). Sekundärprävention: Konzepte und Kriterien. In F. Gutzwiller & O. Jeanneret (Hrsg.), *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health* (2. Aufl.) (S. 198-203). Bern, Göttingen, Toronto und Seattle: Hans Huber.
- Burgener Woeffray, A. (2014). *Entwicklungsgefährdung früh erkennen. FegK 0-6: Ein Verfahren zur Früherkennung entwicklungsgefährdeter Kinder bis 6 Jahre und zur Ermittlung ihres Unterstützungsbedarf. Handbuch*. Bern: Edition SZH/CSPS.
- Burgener Woeffray, A. & Bortis, R. (2009). Erfassung des Förderbedarfs von Kindern mit Entwicklungsgefährdung in früher Kindheit. Auszüge aus einem Entwicklungsprojekt. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15 (5), 32-38.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Edition SZH/CSPS (n.d.). *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik (SZH)*. Zugriff am 05. September 2014 unter <http://www.szh.ch/zeitschrift>
- EDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren) (2007a). *Einheitliche Terminologie vom 25. Oktober 2007 für den Bereich der Sonderpädagogik*. Zugriff am 04. Juli 2014 unter http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/terminologie_d.pdf
- EDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren) (2007b). *Interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik. Kommentar zu den einzelnen Bestimmungen*. Zugriff am 04. Juli 2014 unter http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/kommentar_d.pdf
- Eisner-Binkert, B. & Kofmel, S. (2008). Heilpädagogische Früherziehung in der Schweiz: Entwicklung und Perspektiven. In P. Friedsam & J. Figura (Hrsg.), *Frühförderung und vorschulische Bildung. Sonderheft* (S. 68-79). Berlin: Eigenverlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2009). Prävention und Resilienz. In K. Fröhlich-Gildhoff, C. Misch & A. Castello (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie für Fachkräfte in der Frühpädagogik* (S. 245-257). Köln und Kronach: Carl Link.
- Gutweniger, D. & Kofmel, S. (2011). Frühe Förderung-Heilpädagogische Früherziehung-„schritt:weise“. Das Projekt schritt:weise im Kanton Solothurn. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 17 (4), 28-33.
-

- Gutzwiller, F. & Jeanneret, O. (1999). Konzepte und Definitionen. In F. Gutzwiller & O. Jeanneret (Hrsg.), *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health* (2. Aufl.) (S. 23-29). Bern, Göttingen, Toronto und Seattle: Hans Huber.
- Gordon, R. (1987). An operational Classification of Disease Prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Hrsg.), *Preventing mental disorders. A research perspective* (S. 20-26). Washington DC: Steinberg Books.
- Hafen, M. (2001). *Was „ist“ Prävention?*. Zugriff am 15. Mai 2014 unter http://www.fen.ch/texte/mh_form.htm
- Hafen, M. (2005a). Sekundärprävention als Früherkennung. Eine Chance für Prävention und Behandlung. *Soziale Arbeit*, 54 (9), 337-343.
- Hafen, M. (2005b). *Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Hafen (2010). Grundlagen der systemischen Prävention. Auf dem Weg zu einer umfassenden Theorie präventiver Massnahmen. In W. Krieger (Hrsg.), *Systemische Impulse. Theorieansätze, neue Konzepte und Anwendungsfelder systemischer Sozialer Arbeit* (S. 387-409). Stuttgart: ibidem.
- Hafen, M. (2012). *„Better Together“ – Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Graphisch neu gestaltete, inhaltlich unveränderte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit*. Luzern: Hochschule Luzern- Soziale Arbeit.
- Hafen (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (2. vollständig überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Holthusen, B., Hoops, S., Lüders, C. & Ziegleder, D. (2011). Über die Notwendigkeit einer fachgerechten und reflektierten Prävention. Kritische Anmerkungen zum Diskurs. *DJI Impulse*, (2), 22-25.
- Klein, G. (2002). *Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken*. Stuttgart: Kolhammer.

- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Lanfranchi, A. & Burgener Woeffray, A. (2013). Familien in Risikosituationen durch frühkindliche Bildung erreichen. In M. Stamm & D. Edelmann (Hrsg.), *Handbuch frühkindliche Bildungsforschung* (S. 603-616). Wiesbaden: Springer.
- Leppin, A. (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. vollständig überarbeitete Aufl.) (S. 35-44). Bern: Hans Huber.
- Leyendecker, C. (2008). Der Weg von der Behandlung zum gemeinsamen Handeln. In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gemeinsam Handeln statt Behandeln. Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung* (S. 22-33). München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Leyendecker, C. (2010). Veränderter Alltag, riskante Umbrüche, hemmende Risiken und förderliche Chancen. In C. Leyendecker (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern* (S. 15-29). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lüders, C. (2011). Von der scheinbaren Selbstverständlichkeit präventiven Denkens. *DJI Impulse*, (2), 4-25.
- Mayr, T. (2003). Früherkennung von Entwicklungsrisiken in Kindertageseinrichtungen. *KiTa spezial*, (1), 32-38.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. aktualisierte und überarbeitete Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Maelicke, B, Fretschner, R., Köhler, N. & Frei, F. (2013). *Innovation und Systementwicklung in der Frühförderung. Neue Fachlichkeit – Neue Finanzierung – Neue Allianzen*. Wiesbaden: Springer.
- Perrez, M. (1998). Prävention und Gesundheitsförderung. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S.366-391). Bern: Huber.

- Reinhardt-Verlag (n.d.a). *Frühförderung interdisziplinär. Über die Zeitschrift*. Zugriff am 05. September 2014 unter http://www.reinhardt-verlag.de/de/zeitschrift/4443/Fruehfoerderung_interdisziplinaer/
- Reinhardt-Verlag (n.d.b). *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN). Über die Zeitschrift*. Zugriff am 05. September 2014 unter http://www.reinhardt-verlag.de/de/zeitschrift/5126/Vierteljahresschrift_fuer_Heilpaedagogik_und_ihre_Nachbargebiete_VHN_p_#Infotext
- Sander, A. (2007). Prävention. In K. Bundschuh, U. Heimlich & R. Krawitz (Hrsg.), *Wörterbuch Heilpädagogik* (3. überarbeitete Aufl.) (S. 209-212). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Sarimski, K., Hintermair, M. & Lang, M. (2013a). „Auf die Familie kommt es an“. Familienorientierte Frühförderung und inklusive Krippenförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 32 (4), 195-205.
- Sarimski, K., Hintermair, M. & Lang, M. (2013b). *Familienorientierte Frühförderung von Kindern mit Behinderung*. München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Stamm, M. (2010). Wer hat dem wird gegeben? Zur Problematik von Matthäuseffekten in Förderprogrammen. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*, 32 (3), 511-531.
- Thurmair, M. & Nagel, M. (2010). *Praxis der Frühförderung* (4. Aufl.). München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Tröster, H. (2009). *Früherkennung im Kindes- und Jugendalter. Strategien bei Entwicklungs-, Lern- und Verhaltensstörungen*. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen und Stockholm: Hogrefe.
- von Suchodoletz, W. (2007). Möglichkeiten und Grenzen von Prävention. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Prävention von Entwicklungsstörungen* (S. 1-9). Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam und Kopenhagen: Hogrefe.
- Weiß, H., Neuhäuser, G. & Sohns, A. (2004): *Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie*. München: Ernst Reinhardt.

10.4 Literaturverzeichnis Literaturcorpus

- Bauloz, F., Cevey, A. & Métral, E. (2009). Le Service Educatif Itinérant de Genève. 40 ans de Soutien, d'Ecoute et d'Itinérance. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15 (5), 19-25.
- Burgener Woeffray, A. & Eisner-Binkert, B. (2006). Vom ungeklärten Verhältnis der Heilpädagogischen Früherziehung zu entwicklungsgefährdeten Kindern im Vorschulalter. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 12 (2), 10-16.
- Burgener Woeffray, A & Bortis, R. (2009). Erfassung des Förderbedarfs von Kindern mit Entwicklungsgefährdung in früher Kindheit. Auszüge aus einem Entwicklungsprojekt. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15 (5), 32-38.
- Burgener Woeffray, A. & Meier, S. (2011). Entwicklungsgefährdete Kinder – frühe Erfassung – geeignetes Verfahren zur Diskussion. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 17 (10), 39-45.
- Burgener Woeffray, A. & Jenny-Fuchs, E. (2014). Passt – angepasst – unpassend – verpasst... . Über alte und neue Passungsprobleme in der Heilpädagogischen Früherziehung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 83 (2), 94-98.
- Bürkler, S. (2007a). Das Sonderschulkonkordat und die heilpädagogische Früherziehung. *BVF-Forum*, 65, 5-6.
- Bürkler, S. (2007b). Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr – ein Plädoyer für Frühförderung und frühe Förderung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 13 (7/8), 8-13.
- Bürkler, S. & Stalder, R. (2008). Ausbildungssituation der Heilpädagogischen Früherziehung in der Schweiz. Eine Standortbestimmung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 14 (2), 34-37.
- Cajochen, A. & Wyrsh, C. (2007). Ressourcen der Heilpädagogischen Früherziehung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 13 (1), 21-26.
- Eisner-Binkert, B. (2007). HFE – Präventionsbeitrag als Ziel?. *BVF-Forum*, 64, 22-25.
- Eisner-Binkert, B. (2009). HFE ist 40 Jahre alt – und noch immer voller Energie. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15 (5), 6-11.

- Gutweniger, D. & Kofmel, S. (2011). Frühe Förderung – Heilpädagogische Früherziehung - <<schritt:weise>>. Das Projekt <<schritt:weise>> im Kanton Solothurn. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 17 (4), 28-33.
- Hafen, M. (2011). Prävention im Frühbereich. Frühe Förderung aus präventions-soziologischer Perspektive. *BVF-Forum*, 76, 13-20.
- Hürlimann, R & Jenny-Fuchs, E. (2010). NFA: Trotz Sonderschulkonkordat unterschiedliche Konzepte für die Heilpädagogische Früherziehung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 16 (2), 13-18.
- Kobi, E. E. (2008). Den Knaben wagen! Prävention und Präventions-Prävention. *BVF-Forum*, 67, 14-23.
- Kofmel, S., Lanners, R. & Meier Rey, C. (2009). Ressourcenarme Familien in der Früherziehung – Gemeinsame Ausbildungstage der Ausbildungsinstitute HFE der deutschsprachigen Schweiz vom 5./6. März 2009 in Olten. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15 (5), 26-31.
- Kölliker Funk, M. (2007). Heilpädagogische Früherziehung in der Basisstufe: 3 Modelle. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 13 (1), 16-20.
- Kronenberg, B. (2006). HFE – quo vadis?. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 12 (2), 1.
- Kummer Wyss, A. (2006). Heilpädagogische Früherziehung oder <<Early Childhood Intervention>>. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 12 (5), 44-50.
- Lanfranchi, A. (2013). Frühförderung als Allheilmittel für die Krankheiten der Schule?. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 19 (4), 19-24.
- Lanfranchi, A. (2014). Frühkindliche Bildung und die Erhöhung von Bildungschancen. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 20 (6), 38-41.
- Lütolf, M., Venetz, M. & Koch, C. (2014). Aufgaben der Heilpädagogischen Früherziehung – ein aktueller Diskurs. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 20 (6), 12-18.
- Naggl, M. & Thurmair, M. (2008). Frühförderung und Kindeswohl – Frühe Hilfen für entwicklungsgefährdete Kinder. *Frühförderung interdisziplinär*, 27 (2), 52-66.
-

- Sarimski, K. (2014). Entwicklungsrisiken bei Kleinkindern drogenabhängiger Eltern – Herausforderung für Fachkräfte der Frühförderung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 83 (3), 221-231.
- Schlienger, I. (2008). Prävention als Aufgabe der Heilpädagogischen Früherziehung. Ein E-Mail-Gespräch mit Ines Schlienger. *BVF-Forum*, 67, 24-34.
- Strasser, U. (2008). Die Umsetzung der Erklärung von Bologna im sonderpädagogischen Bereich. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 14 (2), 6-10.
- Tröster, H. & Reineke, D. (2005). Früherkennung von Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter. *Frühförderung interdisziplinär*, 24 (4), 158-167.
- Weiß, H. (2008). Entwicklungsgefährdete Kinder in Armut und Benachteiligung – der Beitrag der Frühförderung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 77 (3), 212-225.
- Weiß, H. (2013). Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen: Kooperationspartner in präventiven Netzwerken für entwicklungsgefährdete Kinder und deren Familien. *Frühförderung interdisziplinär*, 32 (2), 67-81.

11 Anhang

Der Anhang ist in einem separaten Dokument beigefügt.

Anhang 1: Kategorienraster

Anhang 2: Kodierleitfaden

Anhang 3: Kategoriensystem - Gegenüberstellung