

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

1.1 Wer trägt die Verantwortung für eine soziale Gesellschaft?

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Wo ordnen sich Frühförderung und Sozialpädiatrie ein?

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

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

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

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

„spezielle Hilfeangebote für Kinder im Vorschulalter mit körperlichen, geistigen oder seelischen Auffälligkeiten und ihre Bezugspersonen mit dem

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

1.3 Teilsysteme der Frühförderung

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

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