

# Aspekte der Früherziehung Behinderter in der Schweiz

J. Grond<sup>1</sup>

Heilpädagogisches Seminar Zürich

## 1. Zweck der Früherziehung

Durch Früherziehung, wie sie hier verstanden wird, will man das Erziehungsverhältnis zwischen Eltern und ihrem behinderten Kind im Vorschulalter mit pädagogischen Mitteln positiv beeinflussen. Der Früherzieher als Berater der Eltern und Miterzieher des Behinderten versucht, bei beiden die Lernmöglichkeiten bestmöglich auszuschöpfen, Störverhalten abzubauen, die Entwicklung von konsekutiven Beeinträchtigungen zu verhindern und bedrohte Erziehungsverhältnisse zu sanieren [4, 14, 19, 42, 45].

## 2. Zur Entwicklung der Früherziehung

Die institutionalisierte Früherziehung ist einerseits die jüngste Sparte der pädagogischen Behindertenhilfe, andererseits aber auch jener Teil, der am stärksten auf Interdisziplinarität ausgerichtet ist. Ihre Entwicklung, ihr gegenwärtiger Stand und ihr weiterer Ausbau werden deshalb besser verständlich, wenn sie im Zusammenhang mit der jeweiligen Situation der Sondererziehung betrachtet werden.

Fragen wir deshalb, wie sich die Früherziehung entwickelte? Damit soll auch aufgezeigt werden, dass Früherziehung weder eine moderne Erscheinung noch eine revolutionäre Entdeckung ist, sondern nichts anderes als die längst fällige Realisierung eines jahrhundertalten Postulats. Behinderten Kindern, insbesondere Schwerbehinderten (Geistigbehinderten, Körperbehinderten, Gehörlosen, Blinden) wurde in der Geschichte der Menschheit stets eine ausserordentliche Rolle zugesprochen. Bald wurden sie als Inbegriff des Bösen, als Ärgernis, Bedrohung und Unzumutbarkeit exorzistischen Praktiken unterzogen, getötet, zur straflosen Tötung zugelassen oder dann in Tollhäusern, Heilanstalten und dergleichen mit oder ohne Pflege von der Öffentlichkeit abgesondert, bald mit übernatürlichen Kräften besetzt, hochverehrt und karitativ umsorgt und bald als Belustigungsobjekte vermarktet [22]. Lange Zeit galten sie als seelenlos, geistig tot und damit als unheilbar, vor allem aber als bildungsunfähig. Diese Verdinglichung und damit Ent-Menschlichung und Entwertung des Behinderten erklärt zu einem ansehnlichen Teil, dass man sich in den Humanwissenschaften, insbesondere in der Pädagogik, abgesehen von wenigen löblichen Ausnahmen (etwa *Comenius* 1592–1670, *John Locke* 1632–1704, *J. H. Pestalozzi* 1746–1827, *H. J. Guggenbühl* 1816–1863), erst unter dem Einfluss der Aufklärung von der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts an intensiver mit Behinderten befasste [32].

Von 15 500 sondererziehungsbedürftigen Kindern im Vorschulalter wurden 1976 deren 3600 von insgesamt 53 heilpädagogischen Diensten betreut. Was geschieht mit den anderen? Der Autor zeigt, dass sich die Notwendigkeit der heilpädagogischen Früherziehung Behinderter begründen lässt und dass das methodische Rüstzeug und die organisatorische Infrastruktur heute vorhanden sind.

So entstanden zwischen 1849 und 1881 in der Schweiz zehn Heime für schwachsinnige Schüler, die, abgesehen vom Heim in Aubonne, von privaten, oft kirchlichen Trägern geführt wurden, die ihre Aufwendungen mit gesammelten Geldern und Elternbeiträgen finanzierten [3]. Obschon die besondere Hilfsbedürftigkeit der Behinderten allgemein anerkannt war, wurden gesetzliche Grundlagen, die auch eine angemessene Förderung der pädagogischen Behindertenhilfe ermöglichten, erst 1959 erlassen (Sondergesetz über die Invalidenversicherung), zu einer Zeit also, als das Bildungswesen für Nichtbehinderte längst voll ausgebaut war. Dass dank der Invalidenversicherung eine empfindliche Lücke im Sonderschulwesen geschlossen werden konnte, zeigt die Entwicklung der Sonderschulplätze: Sie stiegen von etwa 3000 im Jahre 1960 auf 17 600 im Jahre 1976 an. Wie ausbaubedürftig das Sonderschulwesen in der BRD noch heute ist, kann man den verschiedenen Gutachten zur Sonderpädagogik der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates, die ab 1973 erschienen, entnehmen [11, 12, 38].

Bemerkenswert ist nun, dass die professionelle pädagogische Behindertenhilfe vorerst auf das Schulalter beschränkt blieb. Dies, obschon *Comenius* (1592–1670) in seiner Mutterschule [10] überaus konkrete Lerninhalte und methodische Hinweise zu einer gezielten Erziehung und Förderung des Kindes in der Familie bereits ab Geburt vorlegte. Er äussert hier Vorstellungen einer ganzheitlichen Früherziehung unter Einbezug der ganzen Familie, wie man sie heute kaum besser vertritt, allerdings nach manchen Irrfahrten im Bereiche der kompensatorischen Erziehung [8]. Ferner sei auch an *Rousseau* (1712–1778), *Pestalozzi* (1746–1827) und *Fröbel* (1782–1852) erinnert, die alle die Wichtigkeit einer sorgfältigen Erziehung auf der frühesten Lebensstufe betonten. Die Zeit war offensichtlich für den Gedanken einer Früherziehung noch nicht reif, so dass auch die erfolgreichen praktischen Versuche mit Früherziehung von Geistigbehinderten von *Guggenbühl* und jene mit Gehörlosen von

<sup>1</sup> Dipl. Psych., Dozent und Abteilungsleiter am Heilpädagogischen Seminar Zürich, Kantonsschulstrasse 1, CH-8001 Zürich

J. K. Amann im 17. Jahrhundert und Graser im 19. Jahrhundert [41] Einzelfälle blieben.

Erst die aufsehenerregenden Versuche in der Frühförderung von Geistigbehinderten, vor allem aus niederen sozialen Schichten von Skeels, Kirk und Sarason [21, 39, 44], sowie die vielfältigen multidisziplinären Ergebnisse aus der internationalen Forschung, welche die hohe pädagogische Relevanz der frühen Kindheit nachwiesen, liessen Ärzte, Sonderschullehrer, Schulpsychologen, Sozialarbeiter und Eltern von Behinderten immer nachhaltiger Institutionen zur professionellen interdisziplinären Frühziehung fordern.

Vorerst wurden Schulreifeabklärungen auf breiter Basis durchgeführt, damit Behinderte wenigstens bei Schuleintritt erfasst und sofort einer ihnen angemessenen Sonderschulung zugeführt werden konnten. Gleichzeitig wurden Sonderkindergärten eingerichtet. Bald aber wurde der Begriff der Frühziehung auf das gesamte Vorschulalter, und zwar ab Geburt, ausgedehnt.

Besonders starke Impulse erhielt die Idee der Frühziehung entwicklungsgefährdeter Kinder aus den positiven Erfahrungen mit der Früherfassung und Frühbehandlung von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen, vor allem nach Bobath [5] und Köng [24, 25]. Das Prinzip der Vikarianz und des Schaltungsgesetzes von Magnus sollte auch in der Frühziehung Nichtkörperbehinderter angewandt werden, dies, obschon Köng darauf hinwies, dass Kinder mit ausgedehnten Hirnschädigungen verbunden mit Geistesschwäche und/oder Epilepsie weniger gut auf die Behandlung ansprechen [24]. Doch auch auf heilpädagogischem Gebiet konnte man mit verblüffenden Erfolgen durch Frühziehung aufwarten. Angeregt durch das Home-Training des englischen Ehepaares Ewing baute man in der BRD und in der Schweiz ab 1958 in rascher Folge Beratungsstellen für Eltern Hörbehinderter und die Haussprachfrühziehung für Hörbehinderte auf [17, 31]. Dabei lernte man, dass die Behinderung den gesamten Entwicklungsverlauf prägt, aber auch, dass der Behinderte seine Behinderung prägt, dass konsekutiven somato-psychischen Entwicklungsabnormalitäten vorgebeugt werden kann und dass die Frühziehung am effizientesten ist, wenn sie durch die Eltern erfolgt, die hierfür besonders zu beraten sind.

Der Ableseunterricht und das Hörtraining wurden in der Schweiz bereits ab 1960 durch die Invalidenversicherung finanziert. Es waren unter anderem die positiven Erfahrungen mit den Beratungsstellen für Hörbehinderte und Körperbehinderte, die zur Erweiterung der Finanzierung von Massnahmen für behinderte Kinder im vorschulpflichtigen Alter durch die Invalidenversicherung führten. 1968 hatten die verschiedenen Vereinigungen von Eltern Behinderter, die teils seit 1960 sich für den Ausbau der Frühziehung einsetzten, verschiedene Fachleute aus der Behindertenhilfe, sowie die Pro Infirmis mit ihren Fachverbänden ihr Ziel erreicht: Der Ausbau der Frühziehung für verschiedene Behindertengruppen war finanziell durch die Invalidenversicherung gesichert. Von 1967 bis

1977 wurden denn auch allein in der deutschsprachigen Schweiz 34 privatrechtliche und 2 staatliche und in der französischsprachigen Schweiz 17 private Institutionen zur Frühziehung, sogenannte Heilpädagogische Dienste, gegründet, die heute das gesamte Gebiet der Schweiz umfassen [14].

### 3. Die heutige Situation der Frühziehung in der deutschsprachigen Schweiz

#### 3.1 Vorbemerkung

Obschon detaillierte Übersichtsstudien noch nicht abgeschlossen sind, lässt sich die heutige Situation der Frühziehung in der Schweiz wie folgt skizzieren: Eindeutig Sinnesbehinderte werden von behinderungsspezifischen Diensten betreut; die Hörbehinderten von pädoaudiologischen Beratungsstellen, die teils Kinderkliniken, teils Sonderschulen für Hörbehinderte angeschlossen sind. Nach Aussagen von Experten scheint dieser Bereich befriedigend abgedeckt zu sein. Anders verhält es sich mit den Sehbehinderten, insbesondere mit den sehbehinderten mehrfachbehinderten Kindern. Eine 1975 durchgeführte Studie [30] in der deutschsprachigen Schweiz zeigt, dass in vielen Gegenden der Schweiz noch keine blindenpädagogische Frühberatung besteht. Bisher werden sehgeschädigte mehrfachbehinderte Kinder in funktionsbezogenen und nichtbehinderungsspezifischen Heilpädagogischen Diensten betreut. Ob dies so bleiben soll, ist zurzeit nicht endgültig geklärt.

#### 3.2 Gesetzliche Grundlagen

Was wir hier Frühziehung nennen, ist seit 1968 in der Invalidenversicherungs-Gesetzgebung als pädagogisch-therapeutische Massnahmen im Vorschulalter verankert. Sie zählen gemäss Artikel 19 des Invalidenversicherungs-Gesetzes zu den Massnahmen für die Sonderschulung im vorschulpflichtigen Alter. Umschrieben werden sie in Artikel 12 der Invalidenversicherungs-Verordnung (Fassung vom 1.1.1977) als «Pädagogisch-therapeutische Massnahmen, einschliesslich Sprachheilbehandlung, für Schwerbehinderte zur Vorbereitung auf den Besuch des Sonderkindergartens, der Sonderschule oder der Volksschule» und unter Randziffer 2.5 des Kreisschreibens über die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen vom 1.3.1975 als «Heilpädagogische Förderung bei hochgradig Geistigbehinderten, Sinnesbehinderten und schwer Körperbehinderten im Kleinkindesalter, ausnahmsweise auch im Kindergarten- oder Schulalter, wenn eine Schulung in einer Kindergarten- oder Schulgruppe aus pädagogischen Gründen noch nicht möglich ist». Auf dieser recht allgemeingesetzlichen Grundlage, die weder Inhalte, Aufgaben, Methoden, Intensität, Durchführungsform der Frühziehung noch Zulassungsbedingungen für das Fachpersonal genau festlegt, entstanden die verschiedenen Heilpädagogischen Dienste. Aufgrund der gemachten Erfahrungen in den letzten 11 Jahren versucht man zurzeit im Rahmen der Neufassung des Kreisschreibens über die Sonderschulung die Frühziehung genauer zu um-

schreiben [14]. Dabei zeigt sich bereits jetzt deutlich, dass der Bund ein vermehrtes Engagement der Kantone in Sachen Früherziehung erwartet. Bis anhin besitzen aber nur 7 Kantone entsprechende gesetzliche Bestimmungen, die zudem meist recht vage abgefasst sind. In verschiedenen Kantonen sind aber Bestrebungen im Gange, um diesen wichtigen und in der Praxis bewährten Zweig der Behindertenhilfe gesetzlich zu verankern und zu stützen. Die Entwicklungstrends in der Gesetzgebung scheinen inskünftig eine heilpädagogisch fundierte Früherziehung zu ermöglichen, und zwar so, dass der Bund für die in Artikel 9 der Invalidenversicherungs-Verordnung aufgeführten Schwerbehinderten und die Kantone für leichter Behinderte Früherziehung gewährleisten. Früherziehung ist für die Eltern eine fakultative Massnahme.

### 3.3 Finanzierung

Zurzeit wird die Früherziehung als pädagogisch-therapeutische Massnahme im Sinne einer Individualleistung über Tarifverträge zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherung und Trägerschaften nach einem sehr komplizierten Abrechnungsverfahren von der Invalidenversicherung im allgemeinen kostendeckend finanziert [14]. Vereinzelt Heilpädagogische Dienste, die auch Nicht-IV-Kinder betreuen, erhalten bereits heute Kantonsbeiträge. Pro Infirmis, die Schweizerische Vereinigung Eltern Geistigbehinderter, die Schweizerische Stiftung für das cerebrally gelähmte Kind und vereinzelt auch verschiedene Fachverbände unterstützen die Heilpädagogischen Dienste mit Startbeiträgen und helfen mit, allfällige Defizite zu decken. Eine befriedigende Früherziehung ist also auch heute noch zum Teil auf gesammelte oder gebettete Gelder angewiesen.

Für die Inhaber der elterlichen Gewalt ist die Früherziehung zurzeit noch überall unentgeltlich.

### 3.4 Personelle Besetzung der Heilpädagogischen Dienste

Die personelle Besetzung der Heilpädagogischen Dienste ist sehr unterschiedlich. Es gibt Dienste als «Einmannbetrieb» bis hin zu Diensten mit 15 Mitarbeitern unter kundiger fachlicher Leitung. Berufsbild und die berufliche Ausbildung des Früherziehers sind noch nicht genügend umschrieben. Heute sind Absolventen verschiedenster Ausbildungen (Heilpädagogen, Kindergärtnerinnen, Ergotherapeutinnen, Psychologen, Physiotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen, Heimerzieherinnen, Kinderpflegerinnen, Rythmiklehrerinnen) als Früherzieher tätig, wobei die Heilpädagogen mit etwa 75 % die grösste Berufsgruppe stellen [14]. Früherziehung wird aber eindeutig und unangefochten als heilpädagogische Aufgabe verstanden. Deshalb wird auch die Fortbildung für Früherzieher seit 1976 durch das Heilpädagogische Seminar Zürich durchgeführt. Heute gilt es als unumstritten, dass die heilpädagogischen Ausbildungsinstitute besondere Ausbildungsgänge für Früherzieher einführen sollten [48]. Das Institut für spezielle Pädagogik und Psychologie

der Universität Basel eröffnete in Zusammenarbeit mit der Basler Berufsschule für Heimerziehung 1977 den ersten zweijährigen Ausbildungskurs für Heilpädagogen im Vorschulbereich, in dem auch auf die Früherziehung vorbereitet wird. Das Heilpädagogische Seminar Zürich dürfte demnächst eine spezielle Ausbildung für Früherzieher anbieten.

### 3.5 Durchführungsform der Massnahmen

Früherziehung wird, ausser in wenigen Heimen, als ambulante Massnahme, meist in Form von Einzelförderung und selten als Förderung in kleinen Gruppen, durchgeführt. Der Früherzieher arbeitet im Durchschnitt einmal pro Woche während 1 bis 2 Stunden mit Kind und Eltern, in der Regel in der Wohnung des Behinderten (Hausfrüherziehung), teils aber auch in speziellen Behandlungsstellen. Gearbeitet wird, je nach Verständnis der Früherziehung, nach verschiedenen theoretischen Ansätzen und nach unterschiedlichen Methoden, stets aber wird eine ganzheitliche Früherziehung angestrebt, die Kind und Eltern als Einheit versteht und bestrebt ist, das in den Förderstunden Gelernte in den Alltag zu übertragen.

### 3.6 Zielgruppe

Die Verwertung von Jahresberichten der Heilpädagogischen Dienste aus der ganzen Schweiz zeigt, dass 1978 etwa 3600 vorwiegend Geistigbehinderte, Körperbehinderte und Mehrfachbehinderte betreut wurden. Verhaltensgestörte, leichter Intelligenzbehinderte und vor allem von Behinderung Bedrohte wurden nur in Ausnahmefällen erfasst, obschon die Früherziehung gerade hier ausserordentlich erfolversprechend ist.

Dies aus folgenden Gründen:

- Die Finanzierung dieser Massnahmen ist nicht gewährleistet.
- Es fehlt an praktikablen und mächtigen differentialdiagnostischen Mitteln zur Erfassung von leichteren Behinderungen.
- Leichtere Behinderungen zeigen sich relativ spät, etwa in Auffälligkeiten der Sprache, des Spiels, der Motorik, des emotionalen Verhaltens und werden von den Eltern nicht erkannt, oder dann hofft man auf eine spontane Besserung.
- Die Heilpädagogischen Dienste sind relativ neu und daher bei Eltern und einweisenden Fachinstanzen, zum Beispiel Ärzten, wenig bekannt.
- Noch weit verbreitete Hemmungen halten die Eltern davon ab, bei Erziehungsauffälligkeiten fachmännischen Rat zu holen. Eigene Untersuchungen zeigen, dass selbst 80 % der Eltern von Schwerbehinderten ein Jahr Bedenkzeit benötigen, bis sie ihr Kind einem Heilpädagogischen Dienst melden.
- Nach Aussagen der Früherzieher ist ein Teil der Ärzte von der Notwendigkeit einer Früherziehung selbst bei Schwerbehinderten nicht überzeugt und unterlässt deshalb eine rechtzeitige Anmeldung. So wurden 65 % der heute betreuten schwerbehinderten Kinder erst nach dem 3. Lebensjahr angemeldet.

In internationalen Fachkreisen ist man sich einig, dass die Erfassung auch leichter Behinderter durch die Früherziehung nicht nur ein Gebot der Chancengerechtigkeit, sondern auch volkswirtschaftlich und gesellschaftspolitisch von bisher unerhörter Bedeutung ist [4, 11, 14, 45].

### 3.7 Stand der Früherziehung

Hierüber Zuverlässiges auszusagen ist in Anbetracht der immer noch fehlenden Behindertenstatistik in der Schweiz sehr schwierig. Gestützt auf Schätzwerte der Schülerstatistik [13] und auf angenommene Anteile von früherziehungsbehinderten Kindern kann man folgende Schätzwerte angeben:

- 1976 waren in der Schweiz etwa 3600 Kinder von Heilpädagogischen Diensten erfasst.
- Bei einem Anteil der bereits im 1. Lebensjahr diagnostizierbaren Schwerbehinderten von 1,2 % ohne 0,35 % Hörbehinderte [11, 38] an einer geschätzten Bevölkerung der 0- bis 6jährigen (Jahrgänge 1970–1976) von 571 500 (Berechnungen aufgrund der Tabelle S. 16 und der Graphik S. 18 in [13] ergibt dies 6858 früherziehungsbedürftige Kinder. Aufgrund dieser Berechnung waren also 43,7 % aller Schwerbehinderten erfasst. Da gegenwärtig Kinder unter 3 Jahren eher selten erfasst werden, ist die Erfassung der 4- bis 6jährigen deutlich besser als das Ergebnis unserer Schätzung. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Güte der Erfassung unter den verschiedenen Diensten beträchtlich variiert.
- Will man aber eine ganzheitliche Früherziehung anstreben, durch die auch leichter Behinderte ab dem 4. Lebensjahr erfasst werden, so ist das Ergebnis noch unbefriedigender. Schätzung: Angenommener Anteil der Sondererziehungsbedürftigen gemäss Schülerstatistik [13] = 4,0 % ohne 0,35 % Hörbehinderte. (Der Deutsche Bildungsrat rechnet mit 5,7 % [11, 38].) Davon 1,2 % Schwerbehinderte bereits erfasst. Anteil leichter Behinderte = 2,8 %. Geschätzte Population der Jahrgänge 1970–1973 = 343 500 Kinder [13]. 2,8 % davon sind 9618 Kinder.

#### Zusammenfassung:

6 858 Schwerbehinderte 0- bis 6jährige  
 9 618 Leichtbehinderte 3- bis 6jährige

Total 15 476 sondererziehungsbedürftige Kinder

Davon sind durch die Heilpädagogischen Dienste etwa 3600 oder 23 % erfasst. Das Ergebnis sieht zweifellos günstiger aus, wenn wir berücksichtigen, dass ein unbestimmter Teil der Behinderten ab Kindergartenalter im Normal- oder im Sonderkindergarten gefördert wird. Dies allein ist zwar sehr viel, es vermag aber eine gezielte Einzelförderung aufgrund des heutigen heilpädagogischen Wissensstandes nicht zu ersetzen.

Im internationalen Vergleich, soweit er sich aufgrund der spärlichen und stets unvollständigen Übersichten überhaupt anstellen lässt, scheint die Früherziehung in

der Schweiz relativ weit fortgeschritten zu sein. Angaben über die Situation in der BRD finden sich in [11, 35, 45], für Österreich in [9] und für die Osteuropäischen Länder, insbesondere die DDR, in [4].

### 3.8 Früherfassung

Aufgrund des heutigen wissenschaftlichen Standes und der praktischen Erfahrung mit Früherziehung sind Massnahmen zur verbesserten Früherfassung von Behinderten dringend notwendig. Unter Früherfassung verstehen wir hier das Auffinden, Registrieren und Anmelden des Behinderten zur pädagogischen Diagnostik [14]. Damit wird angestrebt, dass behinderte Kinder primär durch andere Stellen, in der Regel durch medizinische Fachleute, erfasst werden. Heute werden aber immer noch etwa 20 % der Behinderten, vor allem älterer Behinderter, durch Fürsorgestellen, Sonderschulen oder durch die Eltern selber angemeldet. Zur Verbesserung der Früherfassung sehen wir folgende kombinierte Möglichkeiten:

#### a) Indirekte Massnahmen

- Generelle Aufklärung der Öffentlichkeit über Behinderungen und behinderte Menschen. In erster Linie muss erreicht werden, dass Behinderungen nicht mehr als statische Persönlichkeitsmerkmale, sondern als dynamische lernabhängige Phänomene mit starker sozialer und politischer Dimension betrachtet werden [33, 36]. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass wir teilweise auch heute noch in einer gestörten Beziehung zu Behinderten leben, immer noch vorwiegend das Absonderliche sehen, immer noch nicht fähig sind, in ihnen einen Teil unser selbst zu akzeptieren, Behindertenprobleme gerne tabuisieren und vor allem über Behinderte schlecht informiert sind. Dies zeigen in eindrücklicher Weise Ergebnisse aus der Sozialpsychologie [7].
- Vertiefte Aufklärung in Einzelbereichen: Hier ist insbesondere an sachliche Information über Behinderungen im Rahmen der Lebenskunde an höheren Schulen zu denken. Versuche, nichtbehinderte Sekundar- und Mittelschüler mit Behinderten zu konfrontieren, verliefen vielversprechend.
- Stärkere Gewichtung von pädagogischen Lerninhalten in der Aus- und Fortbildung von Fachleuten der Behindertenhilfe, insbesondere aus dem medizinischen Bereich. Die Information über Möglichkeiten und Grenzen einer Früherziehung und die Befähigung zur partnerschaftlichen interdisziplinären und nicht bloss multidisziplinären Zusammenarbeit müssten besonders betont werden. Dass das medizinische Modell allein zum Verständnis von Behinderungen und behinderten Menschen heute nicht mehr ausreicht, dürfte eindeutig nachgewiesen sein [23].

#### b) Direkte Massnahmen

- Massnahmen im Sinne der primären Prävention, wobei es nebst der eigentlichen medizinischen Prävention auch um die Behebung oder Kompensation ökologischer und sozialer Momente geht, welche zu

Schädigungen führen können. Dass vor allem leichtere Behinderungen, aber auch solche schwerer Art, durch soziokulturelle Momente mitbedingt werden, muss heute als sehr wahrscheinlich betrachtet werden [8, 29].

- Die wirksamste Verbesserung verspricht man sich in pädagogischen Fachkreisen von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen [4, 45]. Über deren Entwicklungsstand in der Schweiz informiert *Vuille* [49]. Wie *Vuille*, haben auch wir in der Praxis der Früherziehung erfahren, dass die Leiterinnen von Mütterberatungsstellen am effizientesten früherfassen, sofern sie entsprechend durch Früherzieher angeleitet und permanent beraten wurden. Dabei wurde ausschliesslich über freie Verhaltensbeobachtung gearbeitet.

#### 4. Begründung einer Früherziehung

Es gibt vielfältige wissenschaftliche Ergebnisse, welche die Bedeutung einer möglichst frühen ganzheitlichen Förderung des Kindes nahelegen, aber keine, welche die immer noch zu weit verbreitete Irrmeinung des Wachsenlassens von und des Abwartens und blossen Geduldhabens mit Behinderten belegen. Wer heute die Fülle an Belegen für eine möglichst frühe und systematische Förderung vor allem behinderter Kinder kennt und trotzdem, aus was für Gründen auch immer, darauf verzichtet, handelt fahrlässig.

Die wichtigsten Gründe für eine Früherziehung seien in der Folge thesenartig dargestellt.

##### 4.1 Neurophysiologische Begründung

Die Substanz- und Oberflächenzunahme des Gehirns sowie die Ausbildung der Dendriten ist in den ersten drei Jahren, insbesondere im 1. Lebensjahr, so gross, dass man begründet annehmen darf, dass das Gehirn in gesteigerter Reiz-Reaktionsbereitschaft [35] und der Mensch während dieser Periode besonders stör- und lernempfindlich ist. Lernerfahrungen vermögen das Gehirn nicht nur funktionell, sondern auch morphologisch-strukturell zu verändern, und zwar so nachhaltig, wie dies sonst nur eine genetische Anlage tut [51]. Diese günstige neurophysiologische Grundlage gilt es besonders bei behinderten Kindern, die wohl meistens in Reizdeprivation leben, auszunützen. Denn eine Vielzahl an experimentellen Befunden «lassen keinen Zweifel daran, dass ein Mangel an spezifischer sensorischer, motorischer und sozialer Stimulation zu Retardation oder sogar zu Entwicklungsstörungen mit anhaltender Wirkung führen kann» [34, S. 69].

Das Gehirn ist in dieser frühen Entwicklungsphase auch besonders kompensationsfähig [35]. Funktionelle Schäden lassen sich um so besser ausgleichen, etwa durch Vikarianz, je früher gezielt trainiert wird. Die Erfahrungen mit dem frühen Training der Motorik [5, 16, 24, 25], der Wahrnehmungsverarbeitung [16, 17, 31, 40] und der Sensusmotorik [50], diese bei Down-Kindern, zeigen, dass bisher nichtgeahnte Lernerfolge erzielt werden können, wenn es auch derzeit eher unwahrscheinlich ist, dass bei Menschen so tiefgreifende

Anpassungen durch Frühtraining erreicht werden können wie in Tierversuchen. Wie *Wilken*, machten auch wir die Erfahrung, dass Down-Kinder, aber auch andere Schwerbehinderte, erst durch eine sensumotorische Stimulation normale elementare Bewegungsmuster entwickelten, die zum Beispiel vorerst zu einer annähernd normalen Nahrungsaufnahme, Artikulation, Phonation und schliesslich auch zu Grundlagen für eine im Vergleich mit bisherigen Erfahrungen weit bessere Beherrschung der täglichen Verrichtungen, wie Lokomotion, An- und Auskleiden, Sauberkeit und Betätigung mit Material führte. Dass solche Fortschritte den Eltern den Zugang zu ihren Kindern wesentlich erleichtern und damit das Erziehungsverhältnis ganz allgemein günstig beeinflussen können, weiss jeder, der jemals näher mit Familien von behinderten Kindern und deren Bejahungs- und Erziehungsproblemen zu tun hatte [7, 47].

##### 4.2 Das Phänomen der sensiblen Phasen und des primären Lernens

Unter einer sensiblen Phase versteht man einmal eine Zeit, in der der Organismus, verglichen mit den vorangehenden und nachfolgenden Perioden, in erhöhtem Masse, das heisst rascher, genauer und mit weniger Vergessen, lernt. In der Tierverhaltensforschung sind solche sensiblen Phasen eindeutig nachgewiesen [20]. Will man bei Menschen solche Phasen nachweisen, so stösst man auf grosse Schwierigkeiten. Übereinstimmend ist man aber heute der Meinung, dass die frühe Kindheit als Ganzes als besonders empfängliche Phase zu betrachten ist [26, 36], die, will man nicht Entwicklungschancen vergeben und einer Fehlentwicklung Vorschub leisten, durch gezielte Förderung ausgenützt werden sollte.

Sensible Phasen, oder besser kritische Perioden, werden aber noch in einem andern Sinne verwendet. Es sind dies Zeiten, in denen bestimmte Erfahrungen gemacht werden müssen. Wird diese Periode verpasst, so sind die Lerndefizite nur sehr mühsam aufholbar. Eindrückliche Beweise für dieses Phänomen im Bereiche der visuellen und taktilen Wahrnehmungsentwicklung liefert *Hebb* [18]. Er konnte tierexperimentell und mit klinischen Berichten über Menschen, die mit einem grauen Star, also blind, geboren wurden, aber später als Jugendliche oder Erwachsene operiert und sehend wurden, nachweisen, dass selbst gesunde Gesichts- und Tastsinne nur dann ihre volle Funktionstüchtigkeit erlangen, wenn sie ab Geburt vielgestaltig und variierend stimuliert werden [18]. Geschieht dies nicht, so sind diese Menschen nur schwer in der Lage, sich visuell und taktil zu orientieren. Nun haben wir wiederholt beobachtet, dass verwahrte, isolierte, versteckte Behinderte, die zwar gepflegt wurden, aber sonst weitgehend in ihrer Apathie in monotoner und reizarmer Umgebung dahindösten, zu Beginn der Früherziehung sowohl visuell wie auch taktil sehr undifferenziert reagierten. Sie waren kaum ansprechbar. Diese Defizite konnten dort, wo keine schweren Sinnesschädigungen vorlagen, durch intensive, längerdauernde Sinnesschu-

lung und nach Einbezug des Behinderten in die Familie in der Regel weitgehend behoben werden. Entscheidend ist dabei, dass die Fortschritte in diesen Bereichen schliesslich grösser waren als etwa die im kognitiven Bereich. Obschon aus pädagogischer Sicht genaue Ergebnisse zu diesem Phänomen noch fehlen, dürfte unbestritten sein, dass bei behinderten Kleinkindern der so häufig, mitunter auch von ärztlicher Seite, gehörte Ratschlag, man solle zuwarten, das Kind schonen, auch vom Wahrnehmungspsychologischen her sehr fragwürdig ist. Nun ist Wahrnehmung kein passiver, sondern ein aktiver Vorgang, der dann am effizientesten ist, wenn die Wahrnehmungsleistung dem Lernstand des Kindes angepasst ist. Und dies bedeutet: Nebst einem möglichst unauffälligen Einbezug des Behinderten in das Familienleben, benötigt er so früh wie möglich eine gezielte Wahrnehmungsschulung, die selbstverständlich in spielerischer ganzheitlicher Form geschehen muss.

#### 4.3 Früherziehung als Sozialisationshilfe

Die Literatur über die frühkindliche Sozialisation ist kaum mehr überblickbar. Übersichten lieferten unter anderen Rutter [37], Kreppner [26–28], Moog/Moog [34]. Im Mittelpunkt der Betrachtungen steht immer mehr die Interaktion, der Dialog zwischen Kind und Bezugsperson. Dabei steht einzig fest, dass eine gestörte Beziehung in früher Kindheit kurz- und langfristig zu Entwicklungsauffälligkeiten führen kann, wobei Kinder sehr verschieden auf ungenügende Betreuung reagieren. Die Art der Beziehung scheint aber in jedem Fall die weitere Persönlichkeitsentwicklung wesentlich zu beeinflussen [37].

Zu berücksichtigen ist, dass nicht nur affektive, sondern auch kognitive Bedürfnisse befriedigt und entfaltet werden müssen. Kognition und Emotionalität müssen vor allem auf dieser frühen Stufe als Einheit betrachtet werden [36], was uns auf eine zu engfeldige Lerntherapie [35] zugunsten einer ganzheitlichen Erziehung verzichten lässt. Einerseits muss sich das Kind affektiv geborgen, bejaht fühlen, damit es überhaupt «wagt», die Umwelt zu erkunden. Andererseits muss es aber auch das, was es erlebt, verstehen, bewältigen können, damit es sich der Umwelt nicht hilflos ausgeliefert fühlt. Bei Behinderten ist ferner die behinderungsspezifische Lerneigenart, die stets eine Lerner-schwernis ist, zu berücksichtigen. Häufige Ausfallerscheinungen im Sinnesbereich, in der Motorik, in der sprachlichen und nichtsprachlichen Verständigung, Orientierungsschwierigkeiten, meist quantitativ und qualitativ eingeengte Interessen, häufig mangelnde Spontaneität, langsames Lerntempo, meist raschere Ermüdung und die Schwierigkeiten im Transferieren erschweren es dem Behinderten, die Umwelt ohne besondere fremde Hilfe zu erfassen [11, 12, 16, 33]. Wie die Beziehung in früher Kindheit insbesondere bei behinderten Kindern im einzelnen sein sollte, ist nicht bekannt. Sicher ist, dass der Erzieher sich stets neu um eine tragende Beziehung zu jedem einzelnen Kinde bemühen muss. Hingegen kann man folgende allge-

meine Aussagen machen: Entscheidend für eine gesunde Entwicklung ist eine konstante Person, die auch wirklich Bezugs-Person wird. Viel häufiger als der Verlust dieser Person wirkt eine chronisch gestörte oder mangelhafte Beziehung schädigend [37]. Besonders gefährdet ist das Erziehungsverhältnis, wenn die Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson oberflächlich, ablehnend, ambivalent, feindselig ist, wenn sie durch Missverständnisse geprägt oder kognitiv wenig anregend ist. Bei Kindern, die in solchen Beziehungen leben, kann man häufig eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen beobachten: Sie sind feindselig, distanzunsicher, bald distanzlos klebrig, bald abweisend, bindungsschwach, ängstlich, apathisch, desinteressiert, in der Entwicklung insbesondere im Bereiche der Sprache, der Intelligenz und der Emotionalität rückständig und weisen Verhaltensauffälligkeiten zum Beispiel in Form von motorischen Stereotypen auf [1, 2, 6, 46]. Einen auch für die Früherziehung interessanten Ansatz zur Erklärung dieser Auffälligkeiten stammt von Seligman [43]. Für ihn sind sie die Folge von Hilflosigkeit. Diese entsteht dann, wenn das Kind erfährt, dass es seiner Umgebung ausgeliefert ist, dass es diese nicht beeinflussen, kontrollieren kann. Dies wiederum trifft zu, wenn Kind und Mutter einander nicht oder nur ungenügend verstehen, so dass es mit seinen Handlungen (Schreien, Strampeln, Lallen usw.) nicht die erwartete Reaktion bei der Mutter auslöst, eben Misserfolg hat. Und dies ist bei vorliegender Behinderung oft der Fall. Viele Eltern klagen, dass die oben beschriebenen Lerneigenarten ihrer Kinder sie verunsichern, dass sie Mühe haben, ihr Kind zu verstehen und Angst haben, sich falsch zu verhalten, dass ihr Kind ihnen entfremdet. Diese gegenseitige Verunsicherung gefährdet eine gesunde tragfähige Beziehung. Hinzu kommt, dass die Geburt eines Behinderten häufig als Schock erlebt wird. Gefühle der «Angst, Verwirrung, Leugnung, Auflehnung, Schuld, Scham und Trauer» [47], der Minderwertigkeit können zur Ablehnung des Kindes und der Elternschaft an sich führen. Ferner ist zu beachten, dass behinderte Kinder objektiv sehr viel Mühe, Zeit, Geduld und Verständnis benötigen und dass viele Eltern unter einer wirklichen oder vermeintlichen erheblichen Diskriminierung von seiten der Öffentlichkeit leiden [7]. Diese Problematik wird noch weitgehend tabuisiert und ist deshalb nur ungenügend erforscht. Trotzdem decken sich die spärlichen Ergebnisse [7, 47] mit den vielfältigen praktischen Erfahrungen: Die Beziehung zwischen Behinderten und Eltern ist in der frühen Kindheit häufiger als bei Nichtbehinderten gefährdet, belastet, gestört. Behinderte reagieren nun auf gestörte Sozialisationsbedingungen ähnlich wie Nichtbehinderte. Deshalb gehören viele der häufigen, uns besonders imponierenden und das Erziehungsverhältnis belastenden Verhaltensstörungen nicht obligat zur Behinderung. Sie können durch angemessene Erziehung weitgehend verhindert oder unter bestimmten Bedingungen auch abgebaut werden. Hierzu benötigen die Eltern aber die Hilfe von aussen. In der Früherziehung

versucht man, die Eltern angemessen über pädagogische Aspekte der Behinderung zu informieren, sie in der direkten Förderung in den verschiedenen Funktionsbereichen anzuleiten und in der Erziehung zu beraten. Dabei sollte stets darauf geachtet werden, dass die Erziehungskompetenz der Eltern und nicht deren Abhängigkeit vom Fachmann erhöht wird. Dass diese Aufgaben oft nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit geschehen kann, versteht sich in Anbetracht der Komplexität der Problematik von selbst.

Dass sekundäre Verhaltensstörungen in Form von motorischen Stereotypen durch Früherziehung abgebaut werden können, zeigt folgendes Beispiel aus unserer Praxis:

Population: 35 Kinder (24 Knaben, 11 Mädchen) im Alter zwischen 1,5 und 5 Jahren mit einem Entwicklungsalter (Bühler/Hetzer) zwischen 0,2 und 2,6 Jahren aus vollständigen und erziehungstüchtigen Familien. *Massnahmen*: 8 Monate Früherziehung im Sinne von Förderung der Basisfunktionen und Beratung der Eltern. Veränderung der motorischen Stereotypen: Bei 19 Kindern verschwanden sie ganz, bei 7 weitgehend und bei 6 mit schweren hirnrorganischen Schädigungen, davon 4 mit Epilepsie, konnte kein Erfolg erzielt werden und bei 3 verstärkte sich das Störverhalten vorübergehend. In allen Fällen wurden die Stereotypen nicht direkt angegangen. Obschon eine genaue Kontrolle der Bedingungen weder möglich noch erwünscht war, ist der Schluss verantwortbar, dass die Befreiung aus den die Entwicklung so stark hemmenden Stereotypen einerseits auf die verbesserte Mutter-Kind-Beziehung und andererseits auf die systematisierte Hinlenkung des Kindes auf angepasste sozialisierte Tätigkeiten zurückführbar sind, so dass diese Leerlauf-, Ersatz- und Übersprunghandlungen nicht mehr nötig waren. Dies um so mehr, als bei nichtbetreuten Kindern die Stereotypen in der Regel anhalten.

## 5. Aufgaben und Methoden der Früherziehung (Abriss)

### 5.1 Früherkennung (pädagogische Diagnostik)

#### a) Ziel und Zweck

Es werden Grundlagen erarbeitet, damit die Massnahmen in der Früherziehung, nämlich solche der Differentialdiagnose, der Frühförderung, Anleitung und Beratung der Eltern geplant, in ihrer Wirkung überprüft und den jeweiligen Verhältnissen von Kind, erzieherischer Umwelt und den interdisziplinären Forderungen angepasst werden können [14, 48].

#### b) Erfassungsbereiche

Das Kind ist permanent zu erfassen in seiner Persönlichkeitsstruktur, in seinem Lernverhalten, in seinem erzieherischen Bedingungsgefüge, in seinem Entwicklungsverlauf und in seiner Entwicklungsdynamik.

#### c) Arbeitsschritte

1. Zumindest grobe Kenntnis der konkreten pädagogischen Situation und der Erziehungsbedürfnisse.

- Dies setzt eine subjektive Beziehung zwischen Heilpädagogen, Kind und Erzieher (z. B. Eltern) voraus.
2. Daraus ableitend: Wahl der angemessenen diagnostischen Methoden und Mittel.
  3. Einsatz der Mittel (Durchführung, quantitative und qualitative Registrierung).
  4. Interpretation der Ergebnisse, gestützt auf Erkenntnisse verschiedener Fachbereiche und ihrer unterschiedlichen Paradigmata. Bei Bedarf Einsatz neuer Mittel.
  5. Pädagogische Entscheidung aufgrund anthropologischer Werthaltung und persönlicher Erfahrung. Festlegen der Massnahmen, der Erziehungsziele, Erziehungsmittel und -methoden.
  6. Pädagogischer Versuch, womit der diagnostische Prozess wieder bei 2. beginnt. Pädagogische Diagnostik ist nicht ein einmaliger, sondern ein permanenter Prozess.

#### d) Methoden

- Fragebogen zur Erhebung einer pädagogisch relevanten Anamnese.
- Freie und gebundene Verhaltensbeobachtung für Eltern und Kind.
- Einsatz von psychodiagnostischen Mitteln (es stehen dazu 25 verschiedene mehr oder weniger zuverlässige und mehr oder weniger spezifische Verfahren zur Verfügung [15]. (Beachtliches Forschungsdefizit vor allem in bezug auf Schwerstbehinderte.)
- Informationen aus dem interdisziplinären Bereich (Arzt, Sozialarbeiterin).
- Verarbeitung auf der Basis einer Psychologie und Pädagogik der einzelnen Behinderungen.

## 5.2 Frühförderung

### a) Ziel und Zweck

Gezielte Anwendung von heilpädagogischen Verfahren, um Störverhalten abzubauen und um die Fähigkeiten in den Bereichen der Kognition, Psychomotorik, Sinnesfunktionen und Wahrnehmung, Affektivität, Soziabilität und Kommunikation zu fördern [14, 48]. Es ist besonders darauf zu achten, dass nicht nur isolierte Funktionen trainiert werden. Das Kind muss befähigt werden, die einzelnen Erfolge zu integrieren, im Alltag anzuwenden.

### b) Methoden

Es gibt eine Vielfalt an bewährten Methoden, die in spielerischer Form angewandt werden [15, 48], aber wenig erprobte Programme. Früherziehung ist aber mehr als Lerntherapie.

## 15.3 Frühberatung

### a) Ziel und Zweck

Die Eltern sollen befähigt werden, ihr Kind nach heilpädagogischen Prinzipien angemessen zu fördern und das in den Förderstunden Gelernte im Alltag anzuwenden. Erhöhung der Erziehungskompetenz der Eltern, die immer Haupterzieher bleiben.

**b) Methoden**

Demonstrationen, Anleitungen zur Beobachtung und Förderung, Gespräche über Erziehungsfragen einzeln und in Gruppen, Elternrunden zum Erfahrungsaustausch, gemeinsame Anlässe von Familien mit Behinderten, Rundbriefe, Fortbildungstage [15, 48].

**5.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

**a) Ziel und Zweck**

Optimaler Informationsaustausch unter Wahrung der beruflichen Geheimhaltung zur bestmöglichen partnerschaftlichen und koordinierten und nicht zur konkurrierenden Arbeit bei Einsatz von optimal wenig verschiedenen Spezialisten. Wahrung der Interessen von Kind und Eltern und nicht Verteidigung berufständischer Privilegien.

**b) Methoden**

Persönliche Gespräche, Korrespondenz, Erfahrungsaustausch, gemeinsame Fortbildungen (ein unerfülltes Desiderat!), Informationen über die verschiedenen Sparten der Behindertenhilfe während der Ausbildung (auch ein weitgehend unerfüllter Wunsch!).

**Zusammenfassung**

Früherziehung ist eine pädagogische Hilfe für behinderte Kinder in den ersten Lebensjahren und für deren Eltern. Seit Jahrhunderten propagiert, wurde sie auch in der Schweiz erst in den letzten 12 Jahren stark ausgebaut und institutionalisiert. Das gesamte Gebiet unseres Landes ist heute erfasst. In 53 Heilpädagogischen Diensten werden ausser Hörbehinderten alle Formen von Behinderungen erfasst. 65 % der Kinder werden erst nach dem 3. Lebensjahr erfasst und nur 80 % durch Ärzte gemeldet. Von den 1,2 % Schwerbehinderten sind die 4- bis 6jährigen gut, die 0- bis 3jährigen ebenso wie die 2,8 % leichtbehinderten 0- bis 6jährigen schlecht erfasst. Es werden kombinierte Massnahmen zur Verbesserung der Früherfassung vorgeschlagen.

Dass Früherziehung notwendig und begründet ist, wird durch vielfältige wissenschaftliche Ergebnisse belegt. Die Aufgaben und Methoden der Früherziehung (Diagnostik, Förderung, Beratung der Eltern) sind abrisshaft dargelegt. Oberstes Ziel der Früherziehung: Erhöhung der Erziehungskompetenz der Eltern.

**Résumé**

**Quelques aspects de l'éducation précoce des handicapés en Suisse**

L'éducation précoce est une aide pédagogique pour enfants handicapés et leurs parents. L'éducation précoce, proclamée, mais peu pratiquée depuis des siècles, a beaucoup évolué durant les 12 dernières années. Elle est aujourd'hui institutionalisée dans tout les cantons. Des enfants avec toutes formes d'handicapement, sauf les sensoriels, pour lesquels existent des services spécialisés, sont pris en charge par 53 services éducatifs itinérants dans toute la Suisse. 65 % des enfants handicapés ne sont pris en charge qu'après leurs 3me anniversaire et seulement 80 % sont signalés par des médecins. Parmi les 1,2 % d'enfants gravement handicapés, la situation est la suivante: les enfants âgés de 4–6 ans sont bien, ceux de 0–3 ans mal enregistrés. L'éducation précoce doit partout être réalisée encore pour les enfants légèrement handicapés. Des mesures combinées sont proposées pour améliorer l'éducation précoce.

Un choix de la grande quantité de résultats scientifiques montrent la nécessité et l'importance de l'éducation précoce. Les devoirs et les méthodes de l'éducation précoce (diagnostique, mesures éducatives précoces, consultation des parents) sont retenus dans un aperçu. Le but principal de l'éducation précoce est l'extension de la compétence des parents concernant l'éducation de l'handicapé.

**Summary**

**Some aspects of the early education of handicapped children in Switzerland**

Early education for young handicapped children is an aid both for the children and their parents. It has been propagated for centuries, and due to a serious research-programme it has also been developed and institutionalized in Switzerland during the last twelve years. The whole of Switzerland is included in this programme. The results of the investigation presented hereby are as follows: 65 % of the children are reached after their third year of age only, and only 80 % are referred by doctors. Of the 1.2 % severely handicapped the 4- to 6-year-old children are well represented, the 0- to 3-year-old children as well as the 2.8 % slightly handicapped 0- to 6-year-old children are badly represented. Combined methods are proposed for improving the early detection of the Mentally Handicapped. The fact that early education for young Mentally Handicapped is necessary and important has been proved by thorough scientific research. The aim and method of early education for young mentally handicapped children (diagnosis, education, counselling of parents) are sketchily represented. The principal aim is: improvement of the parental competence concerning the education of mentally handicapped children.

**Literatur**

- [1] Ainsworth M. D. and Bell S. M., Mother-infant interaction and the development of competence, in: Conolly K. J. and Bruner J. S., The growth of competence, Acad. Press, New York 1974, pp. 97–118.
- [2] Ainsworth M. D., Bell S. M. and Stayton D. J., Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals, in: Richards M. P. M. (ed.): The integration of a child into a social world, Cambridge Univ. Pr. 1974, 99–135.
- [3] Alther K., Geschichte der Schwachsinnigenfürsorge in der Schweiz, Lieferung 1, Glarner Nachrichten, Glarus, 1928.
- [4] Becker Ruth u. a., Früherziehung geschädigter Kinder, Volk und Gesundheit, Berlin-Ost 1978.
- [5] Bobath K., Die Neuropathologie der cerebralen Kinderlähmung und ihre Bedeutung für die Früherfassung und Behandlung, Düsseldorf 1963.
- [6] Bowlby J., Attachment and loss, Vol. 2: Separation, anxiety and anger, Hogarth, London 1973.
- [7] v. Bracken H., Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen, Marhold, Berlin 1976.
- [8] Bronfenbrenner V., Wie wirksam ist kompensatorische Erziehung?, Klett, Stuttgart 1974.
- [9] Bruckmüller Maria, Früherfassung der Behinderten, Heilpädagogik, 52–58 (1972).
- [10] Comenius J. A., Die Mutterschule. K. Würzburger (Hrsg.), Zürich 1943.
- [11] Deutscher Bildungsrat (Hrsg.), Empfehlungen der Bildungskommission zur pädagogischen Förderung Behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher, Klett, Stuttgart 1974.
- [12] Deutscher Bildungsrat (Hrsg.), Sonderpädagogik 5. Blinde, Sehbehinderte, Mehrfachbehinderte, Klett, Stuttgart 1975.
- [13] Eidgenössisches Statistisches Amt (Hrsg.), Schülerstatistik Schuljahr 1976/77, Bern 1978.
- [14] Grond J. (Hrsg.), Früherziehung behinderter Kinder, SZH, Luzern 1978<sup>2</sup>.
- [15] Grond J., Methoden in der Früherziehung Behinderter (in Vorbereitung).
- [16] Hallahan D. P. and Cruickshank W. M., Lernstörungen bzw. Lernbehinderung, Ernst Reinhardt, München/Basel 1979.
- [17] Hartmann N., Die Früherziehung des hörgeschädigten Kindes, Schindele, Rheinstetten 1976<sup>2</sup>.
- [18] Hebb D. O., Einführung in die moderne Psychologie, Beltz, Weinheim/Berlin 1968.
- [19] Heese G. (Hrsg.), Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, Marhold, Berlin 1978.
- [20] Hess E. H., Prägung. München 1975.
- [21] Kirk S. A., Early Education of the Mentally Retarded, Urbana, Illinois 1958.

- [22] *Kirmse M.*, Der Schwachsinnige und seine Stellung im Kulturleben der Vergangenheit und der Gegenwart, in: *Z. f. d. Behandlung Schwachsinniger* 6, 42. Jg. (1922).
- [23] *Kobi E. E.*, Modelle und Paradigmen in der heilpädagogischen Theoriebildung, in: *Bürli A.* (Hrsg.), *Sonderpädagogische Theoriebildung, vergleichende Sonderpädagogik*, SZH, Luzern 1977.
- [24] *Köng Elisabeth*, Frühbehandlung cerebraler Lähmungen und Elterninstruktion in der Schweiz, in: *Früherfassung und Frühbehandlung, eine Notwendigkeit für spastisch gelähmte Kinder*, Düsseldorf 1963.
- [25] *Köng Elisabeth*, Was versteht man unter cerebralen Bewegungsstörungen?, in: *Schweiz. Vereinigung zugunsten cerebraler gelähmter Kinder* (Hrsg.), *Behandlung und Erziehung von Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen*, Zürich o. J., S. 3–14.
- [26] *Kreppner K.*, Frühkindliche Sozialisation, in: *Z. f. Päd.* 22, 35 (1976).
- [27] *Kreppner K.*, Grundlagenforschung im Bereich der frühkindlichen Sozialisation, in: *Z. f. Päd.* 23, 224 (1977).
- [28] *Kreppner K.*, Überlegungen zur Entwicklung eines theoretischen Rahmens zur Analyse frühkindlicher Sozialisationsprozesse, in: *Neue Sammlung, Heft 1*, 18. Jg., Klett-Cotta, 1978, 30–54.
- [29] *Liepmann Mirjam C.*, *Geistigbehinderte Kinder und Jugendliche*. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1979.
- [30] *Locher H.* und *Steiner Th.*, *Ergebnisse der Umfrage über sehgeschädigte mehrfachbehinderte Kinder von 0 bis 18 Jahren im deutschsprachigen Raum der Schweiz 1975/76*. Unveröff. Man.
- [31] *Löwe A.*, *Früherfassung, Früherkennung, Frühbetreuung hörgeschädigter Kinder*, Marhold, Berlin 1970.
- [32] *Meyer Dorothea*, *Erforschung und Therapie der Oligophrenien in der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Marhold, Berlin 1973.
- [33] *Meyer H.*, *Zur Psychologie der Geistigbehinderten*, Marhold, Berlin 1977.
- [34] *Moog W.* und *Moog Susanne*, *Die entwicklungspsychologische Bedeutung von Umweltbedingungen im Säuglings- und Kleinkindalter*, Marhold, Berlin 1976<sup>2</sup>.
- [35] *Pechstein J.*, *Sozialpädagogische Zentren*, in: *Deutscher Bildungsrat* (Hrsg.): *Sonderpädagogik* 6. Klett, Stuttgart 1975.
- [36] *Piaget J.*, *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*, Klett, Stuttgart 1975.
- [37] *Rutter M.*, *Bindung und Trennung in der frühen Kindheit*, Juventa, München 1978.
- [38] *Sander A.*, *Die statistische Erfassung von Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland*, in: *Muth J.* (Hrsg.): *Sonderpädagogik* 1. Klett, Stuttgart 1973.
- [39] *Sarason S. B.*, *Psychological Problems in Mental Deficiency*, Hauper u. Brothers, New York 1959<sup>3</sup>.
- [40] *Schamberger R.*, *Frühtherapie bei geistig behinderten Säuglingen und Kleinkindern*, Beltz, Weinheim/Basel 1978.
- [41] *Schuhmann P.*, *Geschichte des Taubstummenwesens*, Diesterweg, Frankfurt 1940, 297–298.
- [42] *Schweizerische Heilpädagogische Gesellschaft* (Hrsg.): *Früherziehung in der Schweiz Gegenwart und Zukunft*, SHG, Lenzburg, o. J. (1978).
- [43] *Seligman M. P. E.*, *Eerlente Hilflosigkeit*, Urban und Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore 1979.
- [44] *Skeels H. M.*, *Study of the Effects of Differential Stimulation on Mentally Retarded Children: A Follow-up Report*, in: *Am. J. of Mental Deficiency* 46, 340–350 (1942).
- [45] *Speck O.*, *Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder*, Ernst Reinhardt, München/Basel 1977.
- [46] *Spitz R. A.*, *Vom Säugling zum Kleinkind*, Klett, Stuttgart 1967.
- [47] *Sporken P.*, *Eltern und ihr geistig behindertes Kind*, Patmos, Düsseldorf 1975.
- [48] *Verband der Heilpädagogischen Ausbildungsinstitute der Schweiz (VHPA)* (Hrsg.), *Überlegungen zum Problem Ganzheitliche Früherziehung und mögliche Konsequenzen für die Ausbildung von Früherziehern in der Schweiz*, SZH, Luzern 1979.
- [49] *Vuille J. C.*, *Vorsorgeuntersuchungen im Vorschulalter durch den praktizierenden Arzt*, in: *Sozial- und Präventivmedizin* 23, 168 (1978).
- [50] *Wilken Etta*, *Sprachförderung bei Kindern mit Down-Syndrom*, Marhold, Berlin 1975<sup>2</sup>.
- [51] *Zerbin-Rüdin E.*, *Neuere Trends und Ergebnisse der Oligophrenieforschung mit besonderer Berücksichtigung genetischer Aspekte*, Sonderdruck *Z. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Bd. 1, Heft 3, Huber, Bern 1973, 171–194, 270–294.