

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Rothe-Beinlich (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

und

Antwort

des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Rahmenbedingungen der Frühförderung in Thüringen - Teil II

Der Gesetzgeber stellt für die Frühförderung mit Sozialpädiatrischen Zentren und Interdisziplinären Frühförderstellen zwei zentrale Einrichtungsformen in den Mittelpunkt. § 4 Abs. 2 Pkt. 3.3 der Landesrahmenvereinbarung (LRV) sieht als Leistung der Interdisziplinären Frühförderstellen die "Vermittlung der Diagnose" vor. Um eine Diagnose vermitteln zu können, muss jedoch zuvor eine Diagnostik stattgefunden haben. Allerdings ist unklar, durch wen und in welcher Form das Aufgabenfeld der interdisziplinären Diagnostik ausgeführt werden soll.

Während die fachlichen Empfehlungen zur Frühförderung in Thüringen und die Frühförderverordnung auf Kooperation und Netzwerkarbeit, auf kontinuierliche Netzwerkarbeit der verschiedenen Professionen und Institutionen, auf die verbindliche Ausgestaltung des Förder- und Behandlungsplans durch interdisziplinäre Abstimmung, doppelte Unterschriften und ein gemeinsames Förderkonzept abstellen (vergleiche Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit im Jahr 2012, S. 14 und § 7 Abs. 1 FrühV), fordert § 4 Abs. 1 LRV die Gewährleistung der "Zusammenführung der Leistungen" und deren "fortlaufende fachliche und organisatorische Koordination" lediglich durch einen "Informationsabgleich" und nicht durch eine fachliche Reflexion und die gemeinsame Konzipierung des Hilfebedarfs.

Die fachlichen Empfehlungen zur Frühförderung in Thüringen weisen weiterhin ausdrücklich darauf hin (vergleiche Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit im Jahr 2012, S. 15), dass sich "mobil-ambulante Frühförderung durch Frühförderstellen und teilstationäre Leistungen in Kindertagesstätten [...] nicht gegenseitig [ausschließen]". Die Antwort der Landesregierung auf Frage 3 in Drucksache 7/2312 bezieht sich ausschließlich auf die Zulassung von Einrichtungen, von besonderem Interesse ist jedoch die fallspezifische Bewilligung und Kooperation der beiden Einrichtungsformen. Daher sind dazu ergänzende Fragen notwendig.

Frühförderung soll sich außerdem dem Thüringer Maßnahmenplan 2.0 zufolge nicht mit einer isolierten Betrachtung des Kindes und seiner möglichen Beeinträchtigung begnügen, sondern soll ihren Fokus auch auf die entwicklungsfördernden oder -hemmenden Lebens- und Alltagsbedingungen des Kindes richten. Die Landesrahmenvereinbarung koppelt eine Komplexleistung hingegen immer an ein "Therapie- und Förderziel" (§ 4 Abs. 1 LRV) beziehungsweise reduziert Leistungen der Frühförderung ausschließlich auf einen "individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung" (§ 10 Abs. 1 LRV). Diese Fokussierungen legen ein Verständnis nahe, dass sich ausschließlich an der isolierten Therapie und Behandlung kindlicher Entwicklungsstörungen mit dem Fokus auf dessen Funktionstüchtigkeit orientiert wird, auch wenn diese lediglich Symptome belastender Faktoren in der Lebenswelt des Kindes sind.

Das **Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie** hat die **Kleine Anfrage 7/2223** vom 14. Juni 2021 namens der Landesregierung mit Schreiben vom 9. September 2021 beantwortet:

1. Wer erstellt die in § 12 Abs. 4 LRV erwähnte "Ausgangsdiagnostik"?

Antwort:

Die in § 12 Abs. 4 LRV benannte Ausgangsdiagnostik entspricht der in § 10 LRV beschriebenen Diagnostik zur Erstellung des Förder- und Behandlungsplans. Der Förder- und Behandlungsplan gliedert sich in drei Teile (A/B/C). Teil A ist die Zusammenfassung und wird durch die berechtigten Vertragsärzte oder Ärzte der Sozialpädiatrischen Zentren ausgefüllt sowie durch die heilpädagogischen Fachkräfte der Interdisziplinären Frühförderstellen/Interdisziplinären Überregionalen Frühförderstellen oder Sozialpädiatrischen Zentren. Teil B des Förder- und Behandlungsplans ist die ärztliche Diagnostik und der Befund und wird durch die berechtigten Vertragsärzte oder Ärzte der Sozialpädiatrischen Zentren ausgefüllt, Teil C des Förder- und Behandlungsplans ist die heilpädagogische Diagnostik (Förderplanung), die ausschließlich von den heilpädagogischen Fachkräften der Interdisziplinären Frühförderstellen/Interdisziplinären Überregionalen Frühförderstellen/Sozialpädiatrischen Zentren erstellt wird.

2. Ist es zutreffend, dass in den Frühförderstellen ein offenes Beratungsangebot im Anschluss nicht nahtlos in eine Diagnostik überführt werden kann, sondern zunächst beim Rehabilitationsträger ein Antrag auf Frühförderung zu stellen ist, worauf dieser entscheidet, ob er gegebenenfalls eine Diagnostik in Auftrag gibt?
3. Wenn ja, heißt das, dass eine Diagnostik an andere Institutionen (zum Beispiel Gesundheitsämter) ausgelagert werden soll und wie wäre dies mit den inhaltlichen Ansprüchen der fachlichen Empfehlungen und des Thüringer Maßnahmenplans 2.0 zu vereinbaren?
4. Wenn hierzu von Eltern und Kindern immer wieder unterschiedliche Fachpersonen und Institutionen konsultiert werden müssen: Welche Auswirkungen einer solchen Aufsplitterung sieht die Landesregierung auf einen ganzheitlichen Prozess und auf das Vertrauensverhältnis der zentralen Bezugsperson zu den Familien?

Antwort zu den Fragen 2 bis 4:

Es ist zutreffend, dass nach dem offenen Beratungsangebot nicht nahtlos die Diagnostik erfolgt. Wird im Rahmen des offenen Beratungsangebots ein möglicher Bedarf an Eingliederungshilfe vermutet, so verweist der/die Beratende die Personensorgeberechtigten an den örtlichen Träger der Eingliederungshilfe. Entscheiden sich die Personensorgeberechtigten dem Verweis aus der erhaltenen Beratung zu folgen, nehmen sie zum örtlich zuständigen Träger der Eingliederungshilfe Kontakt auf, dieser wird die Personensorgeberechtigten bei der möglichen Antragstellung beraten. Kommt es im Ergebnis zu einem Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe (Frühförderung) für Kinder bis zum Schuleintritt mittels Anlage 1 der Landesrahmenvereinbarung, hat der Eingliederungshilfeträger die grundsätzlichen Leistungsvoraussetzungen (örtliche und sächliche Zuständigkeit) für das in Rede stehende Kind zu prüfen. In diesem Rahmen kann der Träger der Eingliederungshilfe die Personensorgeberechtigten an einen zugelassenen Kinder- und Jugendmediziner verweisen, beispielsweise wenn das Kind bis dahin dort noch nicht vorstellig gewesen ist.

Der Kinder- und Jugendarzt berät die Personensorgeberechtigten und führt eine medizinische Diagnostik gemäß § 5 Abs. 1 FrühV durch, in deren Rahmen ein möglicher Bedarf an medizinisch-therapeutischen Leistungen geprüft wird. Kommt der Arzt zu dem Schluss, dass es sich seiner Einschätzung nach um eine Komplexleistung handelt, füllt er die ihn betreffenden Teile des Förder- und Behandlungsplans (ärztlicher Teil A und Teil B) aus und übergibt sie an die Personensorgeberechtigten. Die Personensorgeberechtigten übermitteln die durch den Arzt ausgestellten Unterlagen dem örtlichen Träger der Eingliederungshilfe.

Gelten die Leistungsvoraussetzungen als erfüllt, eröffnet der Träger der Eingliederungshilfe das Gesamtplanverfahren gemäß § 117 des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX; zukünftig mittels des Integrierten Teilhabepplans Frühe Kindheit) zur Feststellung des Bedarfs an Eingliederungshilfeleistungen. In die Bedarfsermittlung werden neben den Personensorgeberechtigten auch weitere Akteure aus dem sozialen Umfeld des Kindes einbezogen, um unter anderem bestehende Teilhabe-Einschränkungen zu identifizieren.

Zeichnet sich im Rahmen dieses Verfahrens ab, dass eine Komplexleistung in Betracht kommt, beauftragt der örtliche Träger der Eingliederungshilfe bei der Interdisziplinären Frühförderstelle/Interdisziplinären Überregionalen Frühförderstelle die Erstellung des Teil C des Förder- und Behandlungsplans. Der Förder- und Behandlungsplan ist in dem beschriebenen Verfahren zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu beauftragen.

Durch das eben beschriebene Verfahren soll sichergestellt werden, dass alle am Verfahren beteiligten Akteure (ganzheitlicher Prozess) möglichst frühzeitig von dem leistungsberechtigten Kind Kenntnis erhalten. Eine Auslagerung der Diagnostik, beispielsweise an Gesundheitsämter findet, nicht statt.

Durch die Beteiligung der Personensorgeberechtigten am Verfahren wird aufgrund der dadurch entstehenden Transparenz und dem kontinuierlichen Austausch des (Fach-)Personals untereinander und mit den Personensorgeberechtigten eine gute Vertrauensbasis zwischen allen den Beteiligten geschaffen.

5. Inwiefern bedeuten die inhaltlichen Festlegungen der Landesrahmenvereinbarung ein Mandat an die Einrichtungen der Frühförderung, hierzu eine zentrale Koordinierungsfunktion für die Diagnostik und die Erstellung des Förder- und Behandlungsplans zu übernehmen?
6. Wie wird eine solche verbindliche Abstimmung (auch im Sinne des § 5 Abs. 3 LRV) in der Regel gewährleistet?

Antwort zu den Fragen 5 und 6:

Gemäß § 10 Abs. 1 und 2 ist der Förder- und Behandlungsplan das Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. In diesem sind die voraussichtlich erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die heilpädagogischen Leistungen nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung zusammenzustellen. Dabei ist auf bestehende medizinische, insbesondere fachärztliche, psychologische und pädagogische Vordiagnostiken zurückzugreifen. Liegen Erkenntnisse von Ärzten des kinder- und jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamts vor, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen.

Der Förder- und Behandlungsplan wird von dem für die Durchführung der ärztlichen Diagnostik berechtigten Kinder- und Jugendmediziner (Zulassung über Kassenärztliche Vereinigung Thüringen) oder den Ärzten der Sozialpädiatrischen Zentren sowie der für die Entwicklungsdiagnostik verantwortlichen (heil-)pädagogischen Fachkraft der Interdisziplinären Frühförderstellen/Interdisziplinären Überregionalen Frühförderstellen/Sozialpädiatrischen Zentren ausgefüllt, abgestimmt und unterzeichnet. Das Ergebnis ist mit den Personensorgeberechtigten zu besprechen und durch diese zu unterzeichnen. Die Personensorgeberechtigten erhalten eine Ausfertigung des Förder- und Behandlungsplans.

Gemäß § 11 Abs.3 erhält die Interdisziplinäre Frühförderstelle/Interdisziplinäre Überregionale Frühförderstelle das Mandat, die Abstimmung für die Bedarfsfeststellung mit dem Mediziner vorzunehmen. Unabhängig davon arbeiten die Interdisziplinären Frühförderstellen/Interdisziplinären Überregionalen Frühförderstellen immer mit regionalen Diensten, Einrichtungen sowie mit Kinderärzten, Sozialpädiatrischen Zentren und Interdisziplinären Frühförderstellen/Interdisziplinären Überregionalen Frühförderstellen zusammen, dies impliziert schon die interdisziplinäre Ausrichtung dieser Frühförderstellen.

7. Wer übernimmt in welcher Form die Kosten für die interdisziplinären Absprachen bei den verschiedenen Berufsgruppen?

Antwort:

Wie aus Anlage 4 der Landesrahmenvereinbarung im Leistungselement 3 und 4 ersichtlich, werden Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität sowohl im medizinisch-therapeutischen als auch im heilpädagogischen Bereich bei der Kostenkalkulation berücksichtigt. Die medizinisch-therapeutischen Leistungen werden durch die zuständige Kranken- beziehungsweise Ersatzkasse vergütet und die heilpädagogischen Leistungen werden durch den zuständigen Eingliederungshilfeträger finanziert.

8. Wie erfolgen die inhaltlichen Abstimmungsprozesse zwischen Frühfördereinrichtungen und Kindertagesstätten?

Antwort:

Entsprechend dem Thüringer Gesetz über die Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Kindergärten, anderen Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege als Ausführungsgesetz zum Achten Buch Sozialgesetzbuch (Thüringer Kindergartengesetz - ThürKigaG) erfolgt die gemeinsame Förderung von Kindern, die im Sinne des Achten Buchs Sozialgesetzbuch und des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch behindert oder von Behinderung bedroht sind und daher einen besonderen Förderbedarf haben und Kindern ohne Behinderung inklusiv in allen Kindertageseinrichtungen (Regeleinrichtungen und integrative Einrichtungen), wenn eine dem besonderen Bedarf entsprechende Förderung gewährleistet ist.

Grundlage für die besondere Förderung ist die jeweilige Vereinbarung nach § 125 SGB IX, mit der der behinderungsbedingte Mehrbedarf im Rahmen der Kita-Betreuung abgedeckt wird. Maßgeblich dafür ist der vom Träger der Eingliederungshilfe erarbeitete Gesamtplan nach § 117 SGB IX, an dessen Aufstellung und Durchführung der Leistungen der örtliche Träger der Eingliederungshilfe mit den Eltern des behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes und den sonst im Einzelfall Beteiligten, insbesondere mit den behandelnden Ärzten, dem Gesundheitsamt und dem Jugendamt, zusammenwirkt. Der Gesamtplan beschreibt und regelt den besonderen Betreuungs- und Förderbedarf zur erfolgreichen Teilhabe ausgehend von einer personenzentrierten Feststellung des individuellen Hilfebedarfs des Kindes. Die Kindertageseinrichtungen nehmen entsprechend § 7 Abs. 3 ThürKigaG ihren Auftrag zum Wohl des Kindes im ständigen engen Austausch mit den Eltern wahr und gewährleisten deren Anspruch auf Information und Beratung hinsichtlich aller Fragen zur Entwicklung ihres Kindes. Die pädagogischen Fachkräfte berücksichtigen die Anregungen und Hinweise der Eltern und der anderen für die Entwicklung des Kindes relevanten Personen und Institutionen - also auch Frühfördereinrichtungen - in ihrer Tätigkeit. Sie informieren die Eltern über wesentliche Entwicklungen des Kindes mindestens einmal im Kalenderjahr in einem Entwicklungsgespräch, dessen Inhalt zu dokumentieren ist, und weisen sie auf Angebote zur Familienbildung, der Familienberatung sowie der Frühförderung und weiterer Fördermöglichkeiten hin. Dazu kooperieren die Kindertageseinrichtungen mit geeigneten Einrichtungen, zum Beispiel Frühfördereinrichtungen, in ihrem Sozialraum.

9. In wie vielen Fällen erfolgten im Jahr 2019 gemeinsame Begleitungen durch Frühförderstellen und (integrative) Leistungen der Eingliederungshilfe in Kindertagesstätten?

Antwort:

Der Landesregierung liegen dazu keine Daten vor.

10. Trifft es zu, dass eine (heilpädagogische) Eingliederungshilfe im Rahmen eines integrativen Kindertagesstättenplatzes und einer zeitgleichen ambulant-mobilen Frühförderung fast ausschließlich nur für Kinder mit Sinnesbehinderungen und fast ausschließlich nur durch überregionale Frühförderstellen ermöglicht werden? Inwiefern lässt sich dies mit Zahlen entkräften beziehungsweise belegen?

Über Art und Umfang der bewilligten Frühförderleistungen liegen der Landesregierung keine Kenntnisse vor, da Eingliederungshilfe im eigenen Wirkungskreis der Kommunen erbracht wird.

11. Inwieweit kann den fachlichen Ansprüchen an eine Umfeld- und Alltagsorientierung mit den derzeit vereinbarten Standards in ausreichendem Maße Rechnung getragen werden?

12. Wodurch ist gewährleistet, dass es keine "Dominanz der Kindesförderung ohne direkte Einbindung der Familie beziehungsweise des Lebensumfeldes" (vergleiche Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit im Jahr 2012, S. 5) gibt oder teilt die Landesregierung ein Verständnis, wonach sich der Fokus von Frühförderung überwiegend an den Entwicklungsstörungen des Kindes orientiert? Wie wird dies begründet?

Antwort zu den Fragen 11 und 12:

Den fachlichen Ansprüchen an eine Umfeld- und Alltagsorientierung wird mit dem in der Antwort zu Frage 8 benannten Gesamtplanverfahren nach § 117 SGB IX Rechnung getragen. Seit Juni 2018 ist der Integrierte Teilhabeplan Thüringen für den Personenkreis der erwachsenen Menschen mit Behinderung das verbindliche Instrument der Bedarfsermittlung nach § 118 SGB IX in der Eingliederungshilfe in Thüringen.

ringen. Der Integrierte Teilhabeplan ist ein Verfahren zur Feststellung von Hilfebedarfen von Menschen mit Behinderungen auf Grundlage persönlicher Zielsetzungen, Ressourcen und Beeinträchtigungen. Der Integrierte Teilhabeplan unterstützt den Prozess des Wandels in der Eingliederungshilfe von einer einrichtungszentrierten und pauschalen zu einer personenzentrierten und individuellen Hilfe. Damit kommt dieser den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention nach. Der Integrierte Teilhabeplan greift darüber hinaus auch den Grundgedanken des Bundesteilhabegesetzes nach einem an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientierten Bedarfsermittlungsinstrument auf.

Unter der Zielstellung ein Bedarfsermittlungsinstrument zu entwickeln, welches den gesamten Lebenszyklus abdeckt, arbeitete das Institut für personenzentrierte Hilfen aus Fulda unter der wissenschaftlicher Leitung an einer Weiterentwicklung des Integrierten Teilhabeplans Erwachsene. Im Ergebnis wurden der Integrierte Teilhabeplan Frühe Kindheit, welcher den Zeitraum von Geburt bis zum individuellen Schuleintritt abgedeckt und der Integrierte Teilhabeplan Kinder und Jugendliche für das Alter ab Schuleintritt bis zum Erreichen der Volljährigkeit entwickelt. Sowohl der Integrierte Teilhabeplan Frühe Kindheit als auch der Integrierte Teilhabeplan Kinder und Jugendliche werden aktuell in acht Kommunen modellhaft erprobt. Derzeit ist geplant, den Integrierten Teilhabeplan Frühe Kindheit zeitnah verbindlich einzuführen.

Unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen, Wünsche und Beeinträchtigungen des leistungsberechtigten Kindes bestimmt der Integrierte Teilhabeplan Frühe Kindheit die Bedarfe und Ziele des Kindes für den Planungs- beziehungsweise Bewilligungszeitraum (in der Regel ein Jahr). In die Bedarfsermittlung werden neben den Personensorgeberechtigten auch weitere Akteure aus dem sozialen Umfeld des Kindes, beispielsweise die Kindertageseinrichtung, der behandelnde Kinder- und Jugendarzt und/oder der Interdisziplinären Frühförderstelle/Interdisziplinären Überregionalen Frühförderstelle einbezogen, um unter anderem bestehende Teilhabe-Einschränkungen zu identifizieren.

Zeichnet sich im Rahmen des Gesamtverfahrens (zukünftig mittels Integrierten Teilhabeplans Frühe Kindheit) ab, dass eine Komplexleistung in Betracht kommt, beauftragt der örtliche Träger der Eingliederungshilfe bei der Interdisziplinären Frühförderstelle/Interdisziplinären Überregionalen Frühförderstelle die Erstellung des Teil C des Förder- und Behandlungsplans. Der Förder- und Behandlungsplan ist dabei zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu beauftragen. Die beiden Instrumente Integrierter Teilhabeplan Frühe Kindheit und der Förder- und Behandlungsplan verfügen über Durchschreibefunktionen. In der Praxis füllt die Interdisziplinäre Frühförderstelle/Interdisziplinäre Überregionale Frühförderstelle den Teil C des Förder- und Behandlungsplans aus, wobei sich bestimmte Inhalte automatisch in den Integrierte Teilhabeplan Frühe Kindheit durchschreiben. Durch die kompatible Gestaltung beider Instrumente entstehen Synergien, die den Prozess der Bedarfsermittlung vereinfachen sollen.

13. Inwiefern könnte aus Sicht der Landesregierung auch eine Konzentration auf die Stärkung familiärer Ressourcen bei sogenannten "Risikokindern" ein erfolgreicher Ansatz der Frühförderung sein und wie wird dem bei der Ausgestaltung der Frühförderung in Thüringen Rechnung getragen?
14. Inwiefern teilt die Landesregierung ein präventives Verständnis von Frühförderung im Sinne des SGB IX, welches bereits alle Unsicherheiten der Eltern mit dem Angebot einer Hilfeleistung im Rahmen der Komplexleistung aufgreift, oder steht für die Landesregierung eher ein kuratives Verständnis im Vordergrund, das eine Gewährleistung und Finanzierung einer Komplexleistung Frühförderung von einer zuvor amtlich festgestellten (drohenden) Behinderung abhängig macht? Wie wird dies begründet?
15. Teilt die Landesregierung die Auffassung, wonach frühe präventive Angebote wirksamer sind als spätere kurative Behandlungen von bereits eingetretenen Störungen und wie wird dies begründet?

Antwort zu den Fragen 13 bis 15:

"Risikokinder" sind Kinder, die in ihrer Entwicklung oder ihrem Verhalten deutlich auffällig sind, ohne dass dies als eine Behinderung oder drohende Behinderung (im sozialrechtlichen Sinn) anzusehen ist. Risikokinder bedürfen, je nach Beeinträchtigung und Entwicklungsrisiko, unterschiedlicher Hilfeleistungen.

So sind die Frühen Hilfen beispielsweise lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten (koordinierte Netzwerke) für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Zielsetzung dieser Netzwerke ist es, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Ge-

sellschaft frühzeitig und nachhaltig, insbesondere durch die Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern, zu verbessern. Damit soll Kindern ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen ermöglicht und ihre Teilhabechancen erhöht werden.

Für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder von Geburt bis zum individuellen Schuleintritt können die Leistungen der Frühförderung weitere Hilfen sein. In der Frühförderung gibt es vielfältige Kompetenzen und spezialisiertes Wissen von den dort tätigen Fachkräften über die Entwicklung in der frühen Kindheit. Frühförderung verfügt über diagnostische Verfahren und erbringt unter anderem pädagogische und/oder medizinisch-therapeutische Leistungen. Da in den ersten Lebensjahren in allen Entwicklungsbereichen eines Kindes (beispielsweise Bewegung, Wahrnehmung, Sprache, Denken, Sozialverhalten) wichtige Grundlagen gelegt werden, besteht die Notwendigkeit Frühförderleistungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt in Anspruch zu nehmen. Durch eine gezielte Förderung lernen sich Kinder selbst besser kennen und ihre Fähigkeiten einzuschätzen. Aber auch Eltern erfahren Unterstützung, sie verstehen, was ihr behindertes oder von Behinderung bedrohtes Kind braucht, wie sie ihr Kind fördern und wie sie mit anderen darüber sprechen können. So können Entwicklungsrückstände, Auffälligkeiten oder Beeinträchtigungen in den einzelnen Bereichen gezielt ausgeglichen oder gemildert werden.

Negative Entwicklungsbedingungen so früh wie möglich zu erkennen und ihnen mit zielgerichteten Unterstützungsmaßnahmen für Eltern und Kinder entgegenzuwirken, ist gemeinsames Ziel von Frühförderung und Frühen Hilfen. Eine Kooperation hat sich in den letzten Jahren in vielen Kommunen entwickelt und verstetigt. Durch eine gute Kooperation können Zugänge zu Angeboten der Frühförderung unter anderem niedrigschwellig gestaltet und Kinder mit (drohender) Entwicklungsstörung möglichst frühzeitig unterstützt werden.

Werner
Ministerin