

# **Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederung nach § 35a SGB VIII**

**Institut für Sozialpädagogische  
Forschung Mainz e.V.**

**Marion Moos, Heinz Müller**

**Kaiserstr. 31**

**55116 Mainz**

**Tel.: 06131/24041-17**

**E-mail: [marion.moos@ism-mainz.de](mailto:marion.moos@ism-mainz.de)**



**Januar 2007**

**Marion Moos, Heinz Müller**

Einführung und Arbeitshilfe  
zur Eingliederung nach § 35a SGB VIII

**Januar 2007**

**ISBN 3-936257-18-3**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>Teil I: Allgemeine Einführung zum § 35a SGB VIII</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Zur Geschichte des § 35a SGB VIII</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Grundthemen, die die Diskussion um die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII prägen</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Der Auftrag der Jugendhilfe im Kontext von Eingliederungshilfe</b> .....	<b>12</b>
<b>4. Zur Zielgruppe der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII</b> .....	<b>12</b>
<b>5. Jugendhilfeplanung und Qualitätsentwicklung im Kontext der Eingliederungshilfe</b> .....	<b>15</b>
5.1 Jugendhilfeplanung im Kontext des § 35a SGB VIII .....	15
5.2 Ausgestaltung der Zusammenarbeit .....	16
<b>Teil II: Arbeitshilfe</b> .....	<b>19</b>
<b>1. Zum § 35a SGB VIII in der Fassung vom 1. Oktober 2005</b> .....	<b>20</b>
<b>2. Begriffsbestimmungen</b> .....	<b>21</b>
2.1 Was versteht man unter einer Eingliederungshilfe? .....	21
2.2 Zum Behinderungsbegriff .....	22
2.3 Seelische Behinderung .....	22
2.4 Seelische Störung .....	23
2.5 Teilhabe am Leben in der Gesellschaft .....	26
2.6 Drohende seelische Behinderung .....	29
<b>3. Zur Zuständigkeit der Jugendhilfe im Verhältnis zu anderen Leistungserbringern</b> .....	<b>29</b>
3.1 Wann ist die Jugendhilfe zuständig, obwohl andere Leistungsträger vorrangig wären? .....	29
3.2 Wann ist das Bildungssystem / die Schule vorrangig zuständig? .....	30
3.3 Wann ist die Sozialhilfe vorrangig zuständig? .....	32
3.4 Wann sind die Krankenkassen vorrangig zuständig? .....	32
3.5 Inwiefern kann eine Kostenerstattung anderer Rehabilitationsträger an die Jugendhilfe erfolgen? .....	34
<b>4. Fallbezogene Verfahrensschritte: von der Klärung der Anspruchsberechtigung bis zum Abschluss der Eingliederungshilfe</b> .....	<b>35</b>
4.1 Antragstellung und zeitliche Fristen .....	35
4.2 Klärung der Anspruchsberechtigung .....	37
4.3 Hilfeentscheidung .....	39
4.4 Hilfeplanung und Hilfeplangespräche .....	40
4.5 Selbstbeschaffung .....	40
<b>5. Frühförderung</b> .....	<b>41</b>
<b>Teil III: Instrumente</b> .....	<b>45</b>
<b>Schlussbemerkung</b> .....	<b>63</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>64</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>65</b>



## Vorwort

---

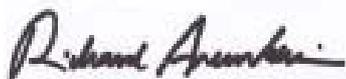
Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen sowie der Landkreis- und Städte- tag Rheinland-Pfalz haben 2004 eine Vereinbarung zum Zwecke einer verbesserten Zusammenarbeit bei den Hilfen zur Erziehung unterzeichnet. Die Ver- einbarung hat eine Laufzeit von 10 Jahren, die im Kern die Entwicklung von Zukunftsperspektiven für ein leistungsstarkes und finanzierbares Erziehungs- hilfeangebot vorsieht. Im Herbst 2005 wurde eine achtköpfige Kommission für die Dauer von zwei Jah- ren eingerichtet, die Vorschläge zur Weiterentwick- lung der Erziehungshilfen erarbeiten soll.



Ein Schwerpunkt der Arbeit bildete die Eingliederungshilfe für seelisch be- hinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII. Dies war notwendig, da die Einführung des § 35 a SGB VIII in der Praxis sowohl zu einem enor- men Fallzahl- und Kostenanstieg als auch zu einer Reihe von Anwendungs- problemen geführt hat. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen sowie der Landkreis- und Städte- tag Rheinland-Pfalz haben sich vereinbart, auf eine möglichst einheitliche Handhabung in der kommunalen Praxis hinzuwirken. Die vorliegende Einführung und Arbeits- hilfe zu § 35a SGB VIII soll hierzu einen Beitrag liefern. Sie umfasst neben einem allgemeinen Teil zur Geschichte, den Grundthemen sowie der Ziel- gruppe der Eingliederungshilfe nach § 35a einen Praxisteil, der sich mit Zuständigkeits- und Prüffragen sowie konkreten Verfahrensschritten be- schäftigt. Im dritten Teil sind Instrumente für die Praxis zusammengestellt. Der Diagnosebogen zur Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung bezieht sich auf die Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung und berücksichtigt dabei die Ergebnisse der ärztlichen/psychotherapeutischen Stellungnahme zum Vor- liegen einer seelischen Störung. Ziel ist die individualisierte Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung durch die Fachkraft im Jugendamt. Mit diesem Instrument wird ein wichtiger Beitrag zur Qualifizierung und Vereinheitli- chung der Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung in den Jugendämtern vor- genommen.

Die Einführung und Praxishilfe zur Eingliederungshilfe nach § 35a wurde vom Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. erarbeitet. Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter Süd und Leiter des Stadtjugendamtes Kaiserslautern - Reinhold Mannweiler - hatte die fachli- che Beratung. Bei der Diskussion zur Erstellung der Einleitung und Arbeits- hilfe waren darüber hinaus Mitglieder des Fachausschusses III - Hilfen zur Erziehung - beteiligt. Ihnen allen sei ganz herzlich für Ihre konstruktive Un- terstützung und Mitarbeit gedankt.

Die Kommission „Hilfen zur Erziehung“ wünscht sich eine breite Anwendung der Arbeitshilfe in den Jugendämtern und bei freien Trägern. Wir würden uns freuen, wenn wir aus der Praxis Hinweise und Anregungen zur Weiter- entwicklung bekommen würden. Diese könnten dann in eine überarbeitete Fassung einfließen.



**Staatssekretär Dr. Richard Auernheimer**  
Vorsitzender der Kommission „Hilfen zur Erziehung“



**Teil I: Allgemeine Einführung zum § 35a SGB VIII**

## 1. Zur Geschichte des § 35a SGB VIII

Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen ist seit Aufnahme der gesetzlichen Regelung des „§35a“ in das Kinder- und Jugendhilfegesetz ein viel diskutierter Aspekt in der Jugendhilfe. Bezüglich der Verortung und der Umsetzung gab und gibt es in der Praxis vielfältige Fragen und Schwierigkeiten. Die Novellierung des SGB VIII bezogen auf den heutigen § 35a im „Gesetz zum qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung und zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe“ (Kick) ist eine Reaktion des Gesetzgebers auf diese Tatsache. Im Folgenden wird kurz die Geschichte der Eingliederungshilfe für junge Menschen im Kontext der Jugendhilfe dargestellt, da hierdurch zentrale Fragestellungen deutlich werden, die die Praxisumsetzung bis heute tangieren. Zusammenfassend werden daran anschließend Fragestellungen und Problemfelder skizziert, die trotz der Klarstellungen der gesetzlichen Neufassung weiterhin bestehen bleiben und der Bearbeitung bedürfen.

### ***Die ursprüngliche Idee zur Integration von seelisch behinderten jungen Menschen in die Jugendhilfe***

Ausgangspunkt der Debatten zur Integration von seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen in die Jugendhilfe, war die Idee, den umfassenden Erziehungs- und Förderungsanspruch, der im Kinder- und Jugendhilfegesetz formuliert ist, für alle Kinder und Jugendlichen geltend zu machen, das heißt auch Leistungen für seelisch behinderte junge Menschen darunter zu bündeln. Behinderte Mädchen und Jungen sollten in erster Linie als junge Menschen mit altersgemäßen Bedürfnissen angesehen werden und nicht primär als „Behinderte“. Die Form der Behinderung sollte dabei keine Rolle spielen. Durch die Integration aller behinderten Kinder und Jugendlichen unter das Dach der Jugendhilfe wäre eine Unterscheidung der verschiedenen Behinderungsformen bei jungen Menschen nicht mehr notwendig gewesen. Abgrenzungsprobleme zwischen Jugend- und Sozialhilfe hätten der Vergangenheit angehört.

Dieser Gesamtwechsel aller behinderten Mädchen und Jungen von der Sozial- zur Jugendhilfe wurde allerdings nicht vollzogen, da Ängste bezüglich der Betreuungsqualität für körperlich und geistig behinderte Kinder und Jugendliche und bezüglich des Zerbrechens von gewachsenen Strukturen formuliert wurden. Es wurde die so genannte „kleine Lösung“ gefunden, indem in einem ersten Schritt nur seelisch behinderte junge Menschen in die Jugendhilfe integriert wurden.

### ***Die Eingliederungshilfe war zuerst unter die Hilfen zur Erziehung subsumiert***

Bei der Einführung des SGB VIII wurde die vorrangige Zuständigkeit der Träger der öffentlichen Jugendhilfe für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 10 Abs. 2 und § 27 Abs. 4), sowie für seelisch behinderte junge Volljährige (§ 41) festgeschrieben. Das SGB VIII ging in der ursprünglichen Fassung davon aus, dass bei jeder (drohenden) seelischen Behinderung auch eine dem „Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung“ nicht gewährleistet sei. Medizinisch-therapeutische Maßnahmen sollten immer auch pädagogische Hilfen einschließen. Dieser Prämisse folgend, wurde kein eigenständiger Leistungstatbestand für seelisch behinderte junge Menschen geschaffen. Die Eingliederungshilfe wurde unter die Hilfen zur Erziehung subsumiert.

### ***Die Eingliederungshilfe wurde zum eigenständigen Leistungstatbestand***

1993 wurde das SGB VIII dahingehend geändert, dass die Eingliederungshilfe zum eigenständigen Leistungstatbestand wurde. Gründe für diese Novellierung waren die Erkenntnis, dass eine seelische Behinderung nicht zwangsläufig mit erzieherischen Problemen der Eltern einhergehen muss. Es gab Vollzugs- und Abgrenzungsprobleme; in der Regel würden Fälle, in denen eine seelische Behinderung nicht mit Erziehungsproblemen einherging, an die Sozialhilfe rückverwiesen. Außerdem schien der Zugangsweg über Ärzte niedrighschwelliger, als über das Jugendamt. Diesen Problemen wollte die Gesetzesänderung Rechnung tragen. Durch den nun eigenständigen Leistungstatbestand musste somit ab diesem Zeitpunkt das Vorliegen einer seelischen Behinderung als Anspruchsvoraussetzung nachgewiesen werden. Der Anspruch auf eine Eingliederungshilfe wurde seit dem durch die zwei Faktoren der Abweichung der seelischen Gesundheit einerseits und der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft andererseits bestimmt.

### ***Der § 35a SGB VIII in der Fassung vom 01. Oktober 2005***

Die Zweigliedrigkeit der Anspruchsberechtigung besteht weiterhin. Konkretisiert wurde, unter welchen Voraussetzungen Kinder und Jugendliche von einer seelischen Behinderung bedroht sind, welcher Personenkreis in welcher Qualität Stellungnahmen zur Abweichung der seelischen Gesundheit erstellen kann und festgelegt, dass grundsätzlich eine Trennung von Stellungnahme und Leistungserbringung erfolgen soll. Des Weiteren sind die Regelungen des Sozialgesetzbuches zur Eingliederungshilfe zu beachten. Die Neuregelungen zielen somit auf Klarstellungen, die die Steuerungskompetenz der Jugendhilfe erhöhen sollen.

## **2. Grundthemen, die die Diskussion um die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII prägen**

Durch die verschiedenen Gesetzesänderungen konnte allerdings die Mehrzahl der bisherigen Vollzugs- und Abgrenzungsprobleme nicht generell beseitigt werden. Sie wurden teilweise nur auf andere Ebenen verschoben. Bis heute gehen die Positionen und die damit verbundenen fachlichen, rechtlichen und fiskalischen Interessen in der Auseinandersetzung um die Bedeutung und die Ausrichtung der Eingliederungshilfe weit auseinander. Ebenso wird mit unterschiedlichen Positionen über Definitions- und Vollzugsfragen in der Praxis diskutiert und dementsprechend wird die Regelung auch im Vergleich verschiedener Jugendämter unterschiedlich umgesetzt. Die den verschiedenen Argumentationssträngen zu Grunde liegenden Aspekte werden im Folgenden aufgezeigt.

### ***Zur Gefahr der Stigmatisierung durch Zuschreibung***

Durch die heute bestehende Rechtsgrundlage werden Kinder und Jugendliche (je nach Bedarf und Problemstellung) in unterschiedlicher Zuständigkeit betreut. Da eine Zuordnung entlang bestimmter Kriterien notwendig ist, müssen entsprechende Störungsbilder diagnostiziert werden. Die Gefahr der Stigmatisierung durch Zuschreibung einer seelischen Behinderung besteht somit als generelles Problem im Kontext der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Diese Diagnose birgt auf der einen Seite das Risiko einer Festbeschreibung von Problemen auf einer medizinisch individuellen Ebene beim jungen Menschen, auf der anderen Seite erleichtert die Diagnose für einen Teil der Eltern die Akzeptanz der Hilfe für ihr Kind, da der Problemfokus (erst einmal durch die Definition) auf das Kind/den Jugendlichen zentriert

ist. Die Aus- und Nebenwirkungen entsprechender Zuschreibungen sollten im Rahmen des Hilfeplanungsprozesses mit den Beteiligten reflektiert werden.

Um die Trennung, die durch die verschiedenen Leistungstatbestände vollzogen wird, nicht im Lebensalltag der jungen Menschen zu verstärken, spielen die Prämissen der Integration und Partizipation eine wichtige Rolle. So werden diese Forderungen auch im SGB IX bezüglich Leistungen zur Teilhabe (Kapitel 2, § 4) explizit formuliert. So sollen Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder so geplant und gestaltet werden, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können. Die Integration in Regeleinrichtungen im Sozialraum der betroffenen jungen Menschen sollte somit immer Vorrang vor Spezialeinrichtungen haben. Das Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit der Betreuung in einem spezifischen Kontext und der Forderung nach größtmöglicher Integration gerade vor dem Hintergrund der Eröffnung von Teilhabemöglichkeiten muss somit im Rahmen der Eingliederungshilfe für junge Menschen immer berücksichtigt werden.

#### ***Zur (Un-)Klarheit der Begriffsdefinitionen***

Die Zuordnung bestimmter Personengruppen zu verschiedenen Leistungstatbeständen suggeriert, dass es hier eindeutige Kriterien für eine entsprechende Auswahl gibt. Die rechtlichen Bestimmungen enthalten allerdings Begriffe, die nicht einfach zu definieren sind. So muss geklärt werden, was unter einer (drohenden) seelischen Behinderung zu verstehen ist. Hierzu muss neben der Abweichung der seelischen Gesundheit bestimmt werden, wann von einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gesprochen werden kann. Eine eindeutige Definition kann es nicht geben, da z.B. gerade bei jungen Kindern Störungsbilder nicht eindeutig zu diagnostizieren sind und sich Entwicklungsfortschritte in relativ kurzen Zeiträumen abzeichnen können. Zudem sind die Ursachen, die zu einer psychischen Beeinträchtigung führen können, vielfältig und die individuellen Beeinträchtigungen, die daraus resultieren, sind immer erst durch Reaktionen und Wechselwirkungen im jeweiligen Kontext des jungen Menschen einschätzbar. Gleichen Störungsbildern wird von Seiten der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrem jeweiligen Umfeld unterschiedlich begegnet. Die aus der Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit resultierenden Folgen für das Individuum können somit sehr unterschiedlich sein und bedürfen deshalb unterschiedlicher Hilfen. Das Vorliegen einer seelischen Behinderung muss deshalb in jedem Einzelfall spezifisch geprüft und unter Beteiligung der Betroffenen festgestellt werden. Gesetzliche Veränderungen können diese begrifflichen Unklarheiten, die eng mit inhaltlichen und fachlichen Einschätzungen im Einzelfall verbunden sind, nicht lösen. Die fachliche Verständigung innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe und zwischen den Professionen muss hier im Diskurs vorangetrieben werden, um zu einer Annäherung zu kommen.

#### ***Zur nicht immer eindeutigen Abgrenzung von Erziehungs- und Eingliederungshilfen***

Nicht nur die Diskussion um die Frage, ob und wann eine seelische Behinderung vorliegt, durchzieht die Debatte um die Eingliederungshilfe wie ein roter Faden, sondern auch die Frage ob und wenn ja, wie sich die Eingliederungshilfe nach dem § 35a SGB VIII von einer Hilfe zur Erziehung abgrenzen lässt. Formal und inhaltlich lassen sich einige Unterschiede benennen, allerdings verbleiben auch hier Grauzonen in der Abgrenzung. Abzuwägen gilt jeweils, ob ein erzieherischer Bedarf, eine Krankheit oder eine (drohende) Behinderung vorliegt. Die Unterscheidung zwischen solchen

ursächlichen Zusammenhängen ist in der Praxis allerdings sehr schwierig. Die hier getrennt benannten Ursachen stehen in einem engen Wechselwirkungsverhältnis zueinander. So können behinderte bzw. kranke Kinder ihre Eltern vor besondere erzieherische Herausforderungen stellen und erzieherische Probleme können Störungen bei Kindern bedingen bzw. einen adäquaten Umgang mit ihnen erschweren. Eine trennscharfe Linie zwischen der Eingliederungshilfe und den Hilfen zur Erziehung gibt es somit nicht in allen Fällen. Die Entscheidung zwischen den beiden Alternativen wird von der Prioritätensetzung auf bestimmte Aspekte und der Akzeptanz der angebotenen Hilfe von Seiten der Betroffenen abhängen. Darüber hinaus besteht die Option, beide Hilfearten parallel zu gewähren. Entscheidend sollte somit im Rahmen der Hilfeentscheidung und –gewährung die Frage sein, welche Hilfe und Unterstützung vor dem Hintergrund des individuellen Bedarfs am zielfdienlichsten ist.

### ***Zu den Herausforderungen der Kooperation***

Nicht nur die Grundsatzfragen der Zuordnung prägen die Debatte um die Eingliederungshilfe, sondern auch Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der Zuständigkeit der unterschiedlichen Sozialleistungsträger, sowie Definitions- und Verfahrensunklarheiten im Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen und Institutionen. So ist die Jugendhilfe im Kontext der Eingliederungshilfe auf die Zusammenarbeit mit anderen Professionen angewiesen. Schnittstellen zur Sozialhilfe, der Medizin, den Krankenkassen und der Schule müssen gestaltet werden. Unterschiedliche Sprachen, verschiedene Interventionslogiken und bislang ungelöste Kompetenzfragen und Finanzierungsaspekte bestimmen oftmals das Verhältnis. Um den Paragraph 35a SGB VIII gelingend umsetzen zu können und effektive Hilfesettings zu arrangieren, müssen entsprechende Verständigungsprozesse auf den verschiedenen Kooperationsebenen vorangetrieben werden. Strukturell ungeklärte Fragen zwischen den verschiedenen Sozialleistungsträgern erschweren ansonsten die Arbeit im Einzelfall. Somit stellt sich die Frage, welche Orte und Strukturen es braucht, um die entsprechenden Kooperationsbeziehungen aufzubauen und auszugestalten. Die kooperative Klärung bestimmter Rahmenbedingungen und fachlicher Fragen ist eine wichtige Voraussetzung der gelingenden Hilfe im Einzelfall.

### ***Zum professionellen Selbstverständnis der Jugendhilfe im Kontext der Eingliederungshilfe***

In der Debatte um die Neuregelung des § 35a SGB VIII ist sehr deutlich geworden, dass dieser Leistungsbereich bislang in seiner gesamten Tragweite und inhaltlichen Ausrichtung noch nicht ausreichend in der Jugendhilfe angekommen ist. Auch die Fachdebatte über die konkrete Ausgestaltung dieses Paragraphen in der Praxis der Jugendhilfe war in mancher Hinsicht stärker durch juristische Abgrenzungsprobleme bestimmt, als von der Frage, wie in der Jugendhilfe Leistungen für von seelischer Behinderung bedrohte oder betroffenen jungen Menschen als gesellschaftliche Integrationshilfen umgesetzt werden können.

Um den Anforderungen einer lebensweltorientierten Jugendhilfe mit ihren Struktur- und Handlungsmaximen gerecht zu werden, stellt sich für die Jugendhilfe somit im Kontext der Eingliederungshilfe die Aufgabe, zunächst zu diagnostizieren, was die Ursachen der gesellschaftlichen Desintegration in Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt sind, um darauf hin Ressourcen, Hilfebedarfe ermitteln und Hilfesettings bestimmen zu können. Damit wird generell eine Perspektive eingenommen, die an den subjektiven Sichtweisen, Bedürfnissen und Möglichkeiten der Betroffenen anknüpft. Die Herstellung von sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit spielen dabei auch immer eine Rolle und so ist die Frage der Teilhabe von Kindern und

Jugendlichen am Leben in der Gesellschaft (auch) eine generelle Frage der Jugendhilfe, die es nun im Kontext der Eingliederungshilfe praxisrelevant umzusetzen gilt.

### **3. Der Auftrag der Jugendhilfe im Kontext von Eingliederungshilfe**

Der vorrangige Leistungsauftrag der Jugendhilfe (Hilfe zur Teilhabe am Leben in Gesellschaft) verweist auf ein eigenständiges Kompetenzprofil der Jugendhilfe in der Ausgestaltung von Eingliederungshilfen. Daraus ergibt sich für die Jugendhilfe die Frage, wie die Folgen einer (drohenden) seelischen Behinderung durch Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abgemildert bzw. abgewendet werden kann, um so die Handlungsfähigkeit des jungen Menschen in sozialen Bezügen und gesellschaftlichen Strukturen wieder herzustellen. Dabei kann eine (drohende) seelische Behinderung als kritisches Lebensereignis verstanden werden, aus dem Integrations-, Interaktions- und/oder Integritätsprobleme hervorgehen können. Diese Probleme können das Streben des jungen Menschen nach subjektiver Handlungsfähigkeit im Einklang von Selbstwertgefühlen und sozialer Anerkennung gefährden, wenn die personalen und sozialen Ressourcen nicht mehr ausreichen. Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Eingliederungshilfe im Kontext der Jugendhilfe kann in diesem Zusammenhang auf unterschiedliche Dimensionen der Kompetenzvermittlung abzielen, so etwa auf Befähigungen zur Alltagsbewältigung, Befähigungen zur Kommunikation und Interaktion und/oder auf Befähigungen zur Persönlichkeitsentwicklung.

Insgesamt geht es um die Erschließung und den Ausbau von Ressourcen, um soziale Bezüge, Orientierungen und Kontakte in alltäglichen Zusammenhängen für den jungen Menschen entwicklungsfördernd zu gestalten, so dass das Bewältigungshandeln des jungen Menschen im Umgang mit der (drohenden) seelischen Behinderung und deren Folgen in sozialen Bezügen gesteigert werden kann und eine Normalisierung eintritt. Diese Hilfe zur Lebensbewältigung richtet sich nie nur an den jungen Menschen, bei dem die (drohende) seelische Behinderung diagnostiziert wurde, sondern versteht die Aufgabe darin, die gestörte Balance von psychischem Selbst und sozialer Umwelt im Kontext sozialräumlich bzw. gesellschaftlich vorderstrukturierter Lebenslagen durch Hilfen wieder herzustellen. Es gilt, Handlungsoptionen zu erweitern, die immer nur im Wechselspiel zwischen Person und Umwelt erkundet werden können. Eingliederungshilfe heißt somit im Kontext der Jugendhilfe, über Hilfen zur Lebensbewältigung für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche Zugang zu gesellschaftlichen Teilsystemen zu schaffen, so dass Individuation, Sozialisation und Integration möglich wird.

### **4. Zur Zielgruppe der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII**

Um bestimmte Praxisfragen hinsichtlich der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII einordnen zu können und um ein deutlicheres Bild des Aufgabefeldes im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe zeichnen zu können, wird im Folgenden auf die Zielgruppe der Eingliederungshilfe für Mädchen und Jungen mit seelischer Behinderung eingegangen. Bundesweit liegen bislang kaum Informationen zur Zielgruppe sowie zur Gewährungspraxis der örtlichen Jugendhilfeträger vor. Allerdings wurden teilweise regionale Erhebungen durchgeführt. Auf die Ergebnisse aus Rheinland-Pfalz (Moos/Müller 2003, Darius u. a. 2006) wird nachfolgend eingegangen. Ausgehend von

diesen Ergebnissen werden daran anschließend Zuständigkeitsfragen der Jugendhilfe bezüglich der Eingliederungshilfe aufgegriffen.

Im Rahmen des 2. Landesberichtes Hilfen zur Erziehung in Rheinland-Pfalz (Darius u. a. 2006) wurde hinsichtlich der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII nach der Anzahl der gewährten Hilfen im Jahr 2005 gefragt (am 31.12.2005 laufende und im Jahr 2005 beendete Hilfen), nach der Art der jeweiligen Maßnahme (differenziert nach ambulant, teilstationär oder stationär sowie Frühförderung) sowie nach dem Geschlecht und dem Alter der Kinder und Jugendlichen, die diese Hilfen in Anspruch genommen haben.

Zur Inanspruchnahme in Rheinland-Pfalz lässt sich somit für das Jahr 2005 sagen, dass insgesamt 5.271 Hilfen gemäß § 35a SGB VIII gewährt wurden, wovon 1654 Hilfen im Rahmen der Frühförderung erbracht wurden, was einem Anteil von 31% entspricht. Ausgehend von der Gesamtzahl der erbrachten Hilfen bedeutet dies in Relation zur Bevölkerung, dass 5,9 von 1.000 jungen Menschen bis unter 21 Jahre in Rheinland-Pfalz eine Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII in Anspruch genommen haben. Bereits anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass die Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zu einem relevanten Aufgabenfeld im Rahmen der Jugendhilfeleistungen geworden sind. Bei der Betrachtung des Eckwerts im interkommunalen Vergleich zeigt sich eine erhebliche Streubreite zwischen den Kommunen. So streut die relative Inanspruchnahme in Rheinland-Pfalz zwischen 0,7 und 18,2 pro 1.000 junger Menschen unter 21 Jahren, d.h. um das 26-fache. Die Hilfen zur Erziehung im interkommunalen Vergleich streuen dagegen nur um das 4,8-fache.

Für die unterschiedlich hohen Eckwerte bei den Kommunen lassen sich verschiedene Gründe vermuten. So ist z.B. die Praxis der Zuordnung der Jugendämter für Hilfen für junge Menschen, die eine seelische Behinderung haben oder von einer solchen Behinderung bedroht scheinen, unterschiedlich. Während manche Jugendämter fast keine Hilfen gemäß 35a SGB VIII gewähren, gibt es ebenso Jugendämter, die einen relativ großen Anteil ihrer Hilfen hierunter subsumieren. Die Unterschiede dafür liegen zumeist nicht bei den Adressatinnen und Adressaten, sondern in unterschiedlichen Rechtsanwendungen bzw. Entscheidungspraktiken und -strukturen der Jugendämter. Die einen vermeiden eine Zuordnung der Hilfen zu § 35a SGB VIII, da sie die Meinung vertreten, dass eine solche Zuordnung dem Integrationsgedanken der Kinder- und Jugendhilfe widerspricht und eine Spezialisierung der Angebote zur Folge hat, was mit der Gefahr der Stigmatisierung der jungen Menschen verbunden ist. Ein anderer Teil der Ämter gewährt bewusst einen Teil ihrer Hilfen gemäß § 35a SGB VIII, um damit die Rechtsposition der Zielgruppe zu stärken und eine qualifizierte Infrastrukturentwicklung zu fördern, um so adäquate Angebote für seelisch Behinderte sicherzustellen (vgl. Moos/Müller 2003). Des Weiteren beeinflusst mit hoher Wahrscheinlichkeit das (nicht) vorhanden sein von Spezialdiensten innerhalb der Jugendämter und der Grad der strukturellen Klärung von Kooperationsfragen (oft zwischen Jugendhilfe und Schule) vor Ort die Höhe der Inanspruchnahme.

Es ist zu vermuten, dass eine weitere Ursache für die regionalen Disparitäten in diesem Bereich in der unterschiedlich ausgebauten und spezialisierten Infrastruktur für Hilfen gemäß § 35a SGB VIII liegt. So spielen im Bereich der Eingliederungshilfen eine Reihe anderer Professionen und Institutionen außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe eine Rolle, die nicht nur im Rahmen der Ausgestaltung der Hilfen von Bedeutung sind, sondern die bereits durch ihre Diagnostik einer seelischen Störung Einfluss auf die Höhe und Entwicklung der Fallzahlen nehmen können, auch wenn die Entschei-

derung über die Gewährung einer Leistung gemäß § 35a SGB VIII letztendlich beim Jugendamt liegt. Die Ergebnisse der vom Ministerium in Auftrag gegebenen Expertise (ebd.) wiesen darauf hin, dass in über 70% der gewährten Hilfen gemäß § 35a SGB VIII von Institutionen wie z.B. Frühförderzentren, Psychiatrien oder „spezialisierten“ Ärzten auf den Bedarf an Eingliederungshilfe hingewiesen wurde.

Die Hilfen gemäß § 35a SGB VIII können analog den Hilfen zur Erziehung entweder in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Form geleistet werden. Es zeigt sich (wenn der Bereich der Frühförderung ausgeklammert wird), dass 88% der Hilfen ambulant erbracht werden. Die stationären Hilfen machen einen Anteil von ca. 10% aus, ca. 3% der Hilfen werden in teilstationärer Form erbracht.

Untersuchungen aus Bayern und Nordrhein-Westfalen konnten ähnliche Ergebnisse bezüglich der Verteilung der Hilfen im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und jugendliche aufzeigen; auch dort fiel der größte Anteil der Hilfen auf den ambulanten Bereich (vgl. Schilling u. a. 2004).

Betrachtet man die Fallzahlen gemäß § 35a SGB VIII, differenziert nach dem Geschlecht der Adressatinnen und Adressaten, so lässt sich feststellen, dass in Rheinland-Pfalz durchschnittlich fast zwei Drittel (65,5%) der Fälle männliche Adressaten sind. Ein ähnliches Ergebnis für den § 35a SGB VIII haben wiederum die Untersuchungen aus Bayern und Nordrhein-Westfalen (vgl. Schilling u. a. 2004) ergeben.

Bei einer altersgruppenspezifischen Betrachtung der Fälle gemäß § 35a SGB VIII (ohne Frühförderung) zeigt sich für das Jahr 2005 in Rheinland-Pfalz folgende Verteilung: 0,3% der Hilfen erhalten die 0- bis unter 3-Jährigen, 5,3% die 3- bis unter 6-Jährigen, 28,5% die 6- bis unter 9-Jährigen und 40,3% die 9- bis unter 12-Jährigen. Die 12- bis unter 15-Jährigen erhalten 17,4% der Hilfen, die 15- bis unter 18-Jährigen 6,3% und die 18-Jährigen und Älteren 1,9 %.

Eine weitere wichtige Frage, die Zielgruppe betreffend, ist welche Störungsbilder und Problemzuschreibungen vordringlich in Stellungnahmen zur Beurteilung der Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit zur Anspruchsbegründung vorliegen. Grundlage der diesbezüglichen Diagnosestellung ist die ICD 10. Die dort verwandten Kategorien wurden jedoch nicht im Rahmen der Expertise (vgl. Moos, Müller 2003) abgefragt. Dem Fragebogen lag ein einfaches Kategorienschema zu Grunde, das sich einerseits an typischen psychischen Störungsbildern orientierte (vgl. Lempp 1996) und andererseits auch Wahrnehmungsmuster und Zuschreibungstypen für andere Formen des „normabweichenden“ Verhaltens enthielt. Bei den Antwortvorgaben wurde zwischen „Aufmerksamkeitsstörungen“, „Legasthenie/Dyskalkulie“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Psychosen/Neurosen“, „Autismus“ und sonstigen, näher zu beschreibenden Problemen und Störungsbildern unterschieden. Mit den Antwortvorgaben „Aufmerksamkeitsstörungen“, „Legasthenie/Dyskalkulie“, und „Verhaltensauffälligkeiten“ sollte auch das breite Spektrum an Beeinträchtigungen erfasst werden, dass unter dem Sammelbegriff der Teilleistungsstörungen subsumiert wird. Zu den bekanntesten so genannten „Teilleistungsstörungen“ gehören beispielsweise das Hyperkinetische Syndrom (HKS), das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS), sowie Störungen des Lesens, Rechtschreibens und Rechnens.

Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen, dass bei etwas mehr als einem Drittel aller gestellten Diagnosen aufgrund derer Leistungen nach § 35a SGB VIII im Jahr 2002 in Rheinland-Pfalz bewilligt wurden, sog. „Aufmerksamkeitsstörungen“ waren. Die betroffenen Mädchen und Jungen fallen meist im frühen Schulalter durch extrem leichte Ablenkbarkeit, rasch wechselnde Aktivitäten, fehlende Ausdauer, große „Vergesslichkeit“, motorische Unruhe in unterschiedlichen Alltagssituationen auf und dies jeweils deutlich mehr als bei gleichaltrigen Kindern üblich. Als zweite große Gruppe wurde in 22% der Fälle Legasthenie und Dyskalkulie (Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwächen) diagnostiziert. Mit 17% folgen an dritter Stelle Verhaltensauffälligkeiten. Psychosen und Neurosen machen 8% und Autismus 2% aller Diagnosen aus. Anteilig sind diese letztgenannten Fälle nicht von großer Bedeutung. Allerdings bleibt zu vermuten, dass hier im Unterschied zu den anderen Problembeschreibungen anders gelagerte Hilfesettings im Hinblick auf die Betreuungsintensität und die Gestaltung des Hilfeverlaufs erforderlich sind und damit auch höhere Kosten einhergehen.

Fasst man die Problemzuschreibungen „Legasthenie/Dyskalkulie“ und „Aufmerksamkeitsstörungen“ zusammen, so zeigt sich, dass sich in 56% aller Fälle die Beschreibung einer (drohenden) seelischen Behinderung auf einen engeren Schul- und Lernkontext bezieht. Geht man ferner davon aus, dass auch die Feststellung von Verhaltensauffälligkeiten ebenso von besonderer Relevanz für die Ausgestaltung von schulischer Teilhabe sind, dann verdeutlichen diese Ergebnisse, dass die Gewährung von Eingliederungshilfe in der bisherigen Praxis sich in hohem Maße auf die Sicherstellung von Schulerfolg und auf die schulische Integration junger Menschen bezieht. Dieses Ergebnis ist keineswegs überraschend und insofern plausibel, da Teilleistungsstörungen häufig erst im Schulalter relevant werden. Zu diesem Zeitpunkt setzt dann die Auseinandersetzung darüber ein, ob hier Aufgaben durch die Schule zu erfüllen oder ob Leistungen nach § 35a SGB VIII durch das Jugendamt zu erbringen sind. Vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse zur Zielgruppe und vor allem bezüglich der Diagnosen, die der Ausgangspunkt zur Feststellung einer seelischen Behinderung waren, stellen sich spezifische Fragen zur Leistungsverpflichtung der Jugendhilfe im Verhältnis zu den anderen Rehabilitationsträgern, denen im folgenden Kapitel nachgegangen wird.

## **5. Jugendhilfeplanung und Qualitätsentwicklung im Kontext der Eingliederungshilfe**

### **5.1 Jugendhilfeplanung im Kontext des § 35a SGB VIII**

Zielsetzung der Jugendhilfeplanung (vgl. § 80 SGB VIII) im Bereich der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII ist, ein ganzheitliches, auf die Lebenswelten und die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Kinder und Jugendlichen abgestimmtes Leistungsangebot an Maßnahmen der Eingliederungshilfe zu schaffen, das über das eigentliche Feld, auf das Jugendhilfe durch Schaffung eigener Angebote Einfluss nehmen kann, hinausgeht. Diese geeigneten und notwendigen Hilfen umfassen nämlich neben den Maßnahmen der Jugendhilfe unter anderem bedarfsgerechte regionalisierte medizinisch-psychiatrische Versorgung, die Vorhaltung einer angemessenen wohnortnahen Beschulung und Möglichkeiten beruflicher Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Schaffung von Teilhabe durch alle Formen von Jugendarbeit. Im Rahmen der Bestandserhebung, der Bestandsbewertung und der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen ist es deshalb für den Bereich der Eingliederungshilfe empfehlenswert, über den Rahmen der engeren Jugendhilfe hinauszuschauen und Jugendhilfeplanung in Kooperation mit Schulbe-

hörden, Sozialleistungsträgern, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärzten, sozialpädiatrischen Zentren usw. durchzuführen und die entsprechenden Bereiche mit ihren jeweils spezifischen Aufgaben in den Bewertungen zu berücksichtigen. (vgl. auch § 4 Abs. 4 SGB IX)

Darüber hinaus ergibt sich durch die Einführung des SGB IX mit den Regelungen des § 4 Abs. 3 SGB IX für die Jugendhilfeplanung eine Ergänzung des § 80 Abs. 2 SGB VIII eine Ergänzung. So muss die gemeinsame Förderung von behinderten und nicht behinderten Kindern bei jeder Leistung, also beispielsweise auch in Tageseinrichtungen nach § 22 SGB VIII, berücksichtigt werden. Dieser Zusatz trägt dem Anspruch der Integration und Normalisierung Rechnung und sollte somit natürlich auch bei Leistungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche Berücksichtigung finden.

## **5.2 Ausgestaltung der Zusammenarbeit**

### ***Arbeitsgemeinschaft nach § 78 SGB VIII***

Da die Umsetzung des § 35a SGB VIII die Kooperation verschiedener Institutionen und Professionen erfordert, empfiehlt es sich, einen Ort der fallübergreifenden Kooperationen (Clearingstelle) zu schaffen. Dies kann in Form einer Arbeitsgemeinschaft nach § 78 SGB VIII oder in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe geschehen. Es empfiehlt sich, alle jeweils betroffenen Fachkräfte einzubinden (Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Schulen, evtl. Schulbehörde, VertreterInnen der Krankenkassen, Sozialleistungsträger, freie Träger etc.). Die Federführung der Arbeitsgruppe muss in diesen Fällen, die eine Abstimmung mit (evtl.) anderen „Leistungsträgern“ oder Fachdiensten im Rahmen der Ausgestaltung und Durchführung des § 35a SGB VIII erfordern, beim Jugendamt liegen, da hier die letztendliche Entscheidung über die geeignete und notwendige Hilfe und das entsprechende Angebot getroffen wird.

Regelungsbedarf dieser Arbeitsgemeinschaft bzw. –gruppe könnten gegebenenfalls sein:

- Entwicklung eines gemeinsamen fachlichen Verständnisses zu Fällen, Angeboten und Zuständigkeiten (Abklärung rechtlicher Voraussetzungen, Kompetenzen und Verfahrensformen)
- Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung als Grundlage für die Zusammenarbeit in der Region
- Entwicklung von Rahmenqualitätsstandards für Anbieter und Angebote im Bereich der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII
- Konfliktmanagement bei Schwierigkeiten zwischen Personensorgeberechtigten des betreffenden jungen Menschen, Gutachtern und Leistungserbringern
- Unterstützung der Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit des Jugendamtes
- Stärkung präventiver Aktivitäten

### ***Empfehlungen zur Zusammenarbeit und zur Qualitätssicherung nach § 13 SGB IX***

Eine weitere Möglichkeit zur Ausgestaltung der Kooperation besteht durch die Vereinbarung von Empfehlungen zur Zusammenarbeit und zur Qualitätssicherung nach § 13 SGB IX. Um eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Trägern der Rehabilitation sicherstellen zu können, sind die Rehabilitationsträger durch dieses Gesetz dazu verpflichtet worden, entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Diese Empfehlungen sollen auch insbesondere Angaben umfassen,

- welche präventiven Angebote geeignet sind
- welche Leistungen in welchen Fällen angeboten werden
- wie die Klärung des Bedarfs erfolgen soll usw.

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind (als Reha-Träger) an der Erarbeitung solcher Empfehlungen zu beteiligen. Träger der freien Jugendhilfe, die als Leistungserbringer in Betracht kommen, müssen sich bei der Gestaltung von Angeboten/Leistungen an diesen Empfehlungen orientieren. Diese Regelung gilt in der Jugendhilfe dort, wo freie Träger nicht von § 78 a SGB VIII erfasst sind, d.h.: verpflichtet zur Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements auf Grund von § 20 Abs. 2 SGB IX sind Erbringer von ambulanten Leistungen nach § 35a SGB VIII (z.B.: Anbieter von Legasthenie-Therapien, sozialpädiatrische Zentren/Frühförderstellen o. ä.).

Darüber hinaus sieht § 20 SGB IX gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungen einschließlich der Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen vor. Die Leistungserbringer werden verpflichtet, ein Qualitätsmanagement sicherzustellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert (§ 20 Abs. 2). Wenn im Bereich der Jugendhilfe Leistungen nach § 35a SGB VIII erbracht werden, kann von den Leistungserbringern die Beachtung dieser Vorschriften verlangt werden.

### **Servicestellen**

Da die unterschiedlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (nach SGB IX) auf verschiedene Rehabilitationsträger aufgesplittet sind, hat der Gesetzgeber die Schaffung von „Gemeinsamen Servicestellen der Reha-Träger“ festgeschrieben (§§ 22-25 SGB IX). Ihre Aufgabe ist die Beratung und Unterstützung der Leistungsberechtigten (nicht der einzelnen Leistungsträger). Information über Leistungsvoraussetzungen und –verfahren sollen ebenso vermittelt werden, wie Hilfe bei der Inanspruchnahme von Leistungen und die Klärung von Zuständigkeitsfragen. Insgesamt sollen die Servicestellen Mittlerfunktion zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern übernehmen. Die Servicestellen sollen somit trägerübergreifend und anbieterneutral umfassende Hilfe benennen. Niemand, der sich mit der Bitte um Unterstützung an eine Servicestelle wendet, darf an einen anderen Rehabilitationsträger verwiesen werden. Alle Reha-Träger müssen in diesen Servicestellen vertreten sein; also auch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Für die Jugendhilfeträger als Rehabilitationsträger ergibt sich ggfs. Im Rahmen der Servicestellenarbeit die Aufgabe, über die Leistungen der Jugendhilfe für seelisch behinderte Kinder, Jugendliche und junge Volljährige zu beraten und die Anspruchsberechtigten bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen zu unterstützen.

Nach § 23 haben die Reha-Träger sicher zu stellen, dass in allen Landkreisen und in kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen. Hierzu können bereits bestehende Strukturen (z.B. Bürgerbüros, zentrale Anlaufstellen) genutzt werden. Die zuständigen obersten Landessozialbehörden sollen mit Unterstützung der Spitzenverbände der Rehabilitationsträger darauf hin wirken, dass die gemeinsamen Servicestellen unverzüglich eingerichtet werden. (Näheres unter [www.sgb-ix-umsetzen.de](http://www.sgb-ix-umsetzen.de) )

In Rheinland-Pfalz sind die Servicestellen eingerichtet und die Koordinationsfunktion obliegt der gesetzlichen Rentenversicherung/LVA RLP.



## **Teil II: Arbeitshilfe**

---

## 1. Zum § 35a SGB VIII in der Fassung vom 1. Oktober 2005

Nach dem § 35a SGB VIII haben Kinder oder Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- a) ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und (!)
- b) daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (= Behindertenbegriff nach § 2 Abs. 1 SGB IX).

Zu beachten ist somit die Zweigliedrigkeit des Leistungstatbestands: Beide Bedingungen müssen erfüllt sein, damit von einer seelischen Behinderung gesprochen werden kann.

In der Neufassung wurde zudem ergänzend konkretisiert, dass Kinder oder Jugendliche von einer seelischen Behinderung bedroht sind, *bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist*. Durch die Änderungen wurde die Definition der drohenden Behinderung sinngemäß der für die Eingliederungshilfe im Rahmen der Sozialhilfe (§ 53 Abs. 2 SGB XII) angepasst.

Zur Feststellung des Anspruchs auf Hilfe nach dem § 35a SGB VIII sind auch zwei verschiedene fachliche Einschätzungen notwendig:

- Zunächst muss die Abweichung der seelischen Gesundheit des jungen Menschen diagnostiziert werden. Der Personenkreis, der vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Stellungnahme hinsichtlich dieser Abweichung beauftragt werden kann, wurde in der Neufassung des SGB VIII benannt. So hat die Stellungnahme zu erfolgen durch: *einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, einen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder einen Arzt oder einen psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt*. Diese Stellungnahme bezieht sich auf das erste Regelungselement.

In der Gesetzesnovellierung wurde ferner klargestellt, welche Kriterien der ärztlichen/psychologischen Stellungnahme zur Abweichung der seelischen Gesundheit zu Grunde gelegt werden und welche Aspekte explizit beinhaltet sein sollen. *Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen (ICD 10). Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht.* (Die Aussagen, ob die Abweichung der seelischen Gesundheit Krankheitswert hat oder kausal auf einer Krankheit beruht, bieten die inhaltliche Grundlage zur Klärung der Zuständigkeitsfragen zwischen Krankenkassen und Jugendhilfe bzw. ggfs. Sozialhilfe).

Außerdem wurde im Rahmen der Novellierung festgehalten, dass die *Hilfe nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden soll*. Durch diese vorgeschriebene Trennung von Diagnose und Leistungserbringung sollen potenzielle Interessenskollisionen ausgeschlossen werden<sup>1</sup>. Diagnose und Therapie sollen unabhängig voneinander erbracht werden.

<sup>1</sup> Zur besonderen Situation bezogen auf die Frühförderung in Rheinland-Pfalz beachten Sie bitte Punkt 5.

- Zum anderen wird die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch die sozialpädagogische Fachkraft im Jugendamt diagnostiziert. Die abschließende Feststellung des Eingliederungsbedarfes erfolgt durch die Fachkräfte im Jugendamt.

Nicht verändert wurden die Regelungen in § 35a SGB VIII Abs. 2 über die Ausführung der Hilfe. Alle Grundformen der Hilfe sind damit in Anlehnung an die Hilfen zur Erziehung auch im Bereich der Eingliederungshilfe möglich.

Nach Abs. 3 sind die entsprechenden Regelungen des Sozialgesetzbuches im Rahmen der Eingliederungshilfe für junge Menschen zu beachten, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden. Generelle Aspekte der Eingliederungshilfe für Erwachsene gelten somit auch für Kinder und Jugendliche. So richten sich Aufgaben und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen nach § 55, § 56 in Verbindung mit § 30 und 58 des SGB IX (und im Rahmen der Sozialhilfe nach § 53, 54 SGB XII).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die wesentlichen Veränderungen des Gesetzes zum einen auf die Anhebung der Schwelle für die drohende Behinderung beziehen und zum anderen auf die Klärung der Bedeutung und der Inhalte der Stellungnahmen zur seelischen Störung durch Ärzte/Psychologen. Diese Konkretisierungen zielen auf eine Stärkung der fachlichen und wirtschaftlichen Steuerungskompetenz des Jugendamtes (vgl. hierzu auch die Neuregelung in § 36a SGB VIII). Trotz dieser Klarstellungen im rechtlichen Kontext bleiben andere Fragen, welche die Eingliederungshilfe inhaltlich und fachlich seit Anbeginn begleiten, weiterhin bestehen.

## **2. Begriffsbestimmungen**

Im Folgenden werden die zentralen Begriffe, die im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem § 35a SGB VIII relevant sind, beschrieben.

### **2.1 Was versteht man unter einer Eingliederungshilfe?**

Hinsichtlich der Bestimmung von Aufgaben und der Art der Leistungen für seelisch behinderte Mädchen und Jungen verweist § 35a SGB VIII auf den § 53 Abs. 3 und 4 SGB XII. Als Aufgabe der Eingliederungshilfe wird hier formuliert, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Dieser Paragraph ist somit also auch allgemeiner Bezugspunkt für die Kinder- und Jugendhilfe, neben den Grundsatzregelungen des SGB IX.

Allerdings ist der Maßnahmenkatalog im SGB XII nicht spezifisch auf seelisch Behinderte ausgerichtet und gilt deshalb nur eingeschränkt für die Jugendhilfe. Es bedarf einer jeweiligen Prüfung des gesamten Maßnahmenkataloges im Hinblick auf seine Eignung für das Ziel der Hilfe, eine drohende (seelische) Behinderung zu verhüten, oder eine vorhandene (seelische) Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Nach § 54 SGB XII sind dies

Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen nach den §§ 33, 41 und 55 des Neunten Buches, wobei zu beachten ist, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit zugeordnet sind.

## 2.2 Zum Behinderungsbegriff

Der Behinderungsbegriff der Eingliederungshilfe nach dem § 35a SGB VIII ist dem des § 2 Abs. 1 SGB IX angepasst worden. So werden in beiden gesetzlichen Vorgaben Menschen als behindert definiert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Die Beeinträchtigung muss sich also über einen längeren Zeitraum erstrecken, damit von einer Behinderung gesprochen werden kann und Folgewirkungen bezüglich der Partizipation im gesellschaftlichen Miteinander müssen mit der Beeinträchtigung einhergehen.

## 2.3 Seelische Behinderung

Von einer seelischen Behinderung kann nur gesprochen werden, wenn zwei der gesetzlich definierten Merkmale zusammen kommen. So muss zum einen eine Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit vorliegen und aus dieser Einschränkung müssen negative Folgen für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für den jungen Menschen erwachsen. Grundsätzlich ist eine psychische Störung im Kindes- und Jugendalter somit eine Voraussetzung, die zu einer seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII führen *kann*. Die Hauptfrage, wenn diese erste Voraussetzung vorliegt, ist allerdings, ob hieraus eine (evtl. krankheitsbedingte) Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft folgt (bzw. mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten wird). Die Abweichung von der seelischen Gesundheit lässt sich medizinisch/psychologisch feststellen. Aus ihr lassen sich Einschränkungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen diagnostizieren, die sich darauf beziehen, dass sie beispielsweise verminderte Möglichkeiten haben, Alltagsaktivitäten in einer als „normal“ geltenden Art und Weise zu bewältigen. Von einer seelischen Behinderung kann also nur dann gesprochen werden, wenn das Vorliegen einer seelischen Störung (Abweichung der seelischen Gesundheit) negative Auswirkungen auf die Interaktion mit anderen Menschen und auf die Integration in das soziale Umfeld haben. Nicht jede psychische Störung führt also „automatisch“ zu einer seelischen Behinderung. Wesentlich sind die Ressourcen, die zum Umgang mit der psychischen Störung zur Verfügung stehen. Als hilfreich bzw. schützend, können sowohl persönliche Ressourcen des Kindes/Jugendlichen, als auch familiäre Faktoren und sonstige soziale Bedingungen und Umstände des Lebensumfeldes angesehen werden.



## 2.4 Seelische Störung

Betrachtet man die erste Voraussetzung näher, so muss definiert werden, wann von einer Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen gesprochen werden kann. Hierzu muss eine seelische Störung vorliegen, die länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht. Durch eine solche Erkrankung sind die Betroffenen maßgeblich daran gehindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.

Generell kann sich eine seelische Störung durch die zeitlich verzögerte Entwicklung einer Fähigkeit ergeben (*zeitliche Norm*). Darüber hinaus ist auch entscheidend, ob die erworbene Fähigkeit tatsächlich altersentsprechende Qualität aufweist (z.B. Stottern statt fließendem Sprachgebrauch; *qualitative Norm*). Wird eine angelegte Fähigkeit zu wenig (z.B. Sprechen bei Autismus) oder zu exzessiv ausgeübt (z.B. Panikreaktionen bei phobischen Erkrankungen), kann dies ebenfalls ein Zeichen einer psychischen Störung sein (*quantitative Norm*). Außerdem ist entscheidend, ob die erworbene Fähigkeit sinngemäß und funktionsgerecht verwendet wird (Beispiel: Eßfähigkeit von anorektischen Patienten wird nicht genutzt; *funktionelle Norm*). (vgl: Mehler-Wex/Warneke 2004)

Grundlage für Rechtsansprüche auf Hilfen nach § 35 a ist die **Klassifikation psychischer Störungen, klinisch-psychiatrisches Syndrom (1. Achse MAS)** nach der jeweils gültigen Internationalen Klassifikation für psychische Störungen, wie sie von der WHO herausgegeben wird. Während früher auf die in § 3 der VO zu § 47 BSHG (sog. Eingliederungshilfe-VO) enthaltenen Aufzählung von (insbesondere erwachsenenpsychiatrischen) Störungsbildern und Krankheiten zurückgegriffen wurde, hat nunmehr der Gesetzgeber im KICK ausdrücklich die jeweilige internationale Klassifikation als Feststellungsgrundlage definiert. Die diagnostische Abklärung und Feststellung, ob eine (drohende) seelische Störung vorliegt, ist nun ausschließlich nach der ICD 10 der WHO zu treffen.

Es werden dort die folgenden wesentlichen Achsen unterschieden:

### **F 0 Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen**

(seelische Störungen als Folge von Krankheiten und Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen).

- Hinweis: Wichtig ist die möglichst exakte Abklärung, um eventuelle vorrangige Leistungsverpflichtungen anderer Reha-Träger (z.B. nach SGB V oder XII) prüfen zu können.

### **F 1 Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**

(Suchtkrankheiten);

- psychische und psychosoziale Probleme sind stets eine wesentliche Voraussetzung für Drogenabhängigkeit und Alkoholmissbrauch.
- Während in der Regel Entzug und Entgiftung nach dem SGB V (Krankenbehandlung) durchgeführt werden, ist die weitere Therapie, Rehabilitation und Wiedereingliederung ein wesentlicher Leistungstatbestand für Eingliederungshilfe nach SGB XII und SGB VIII.

### **F 2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**

(körperlich nicht begründbare Psychosen)

- schizotype Störungen (vgl. **F 21**): bei Jugendlichen, die über Jahre durch exzentrisches und seltsames Verhalten und ihre Tendenz zum „sozialen Rückzug“ auffällig sind
- wahnhafte Störungen (vgl. **F 22**): psychische Störungen, bei denen ein „Wahn“ das zentrale Symptom darstellt
- vorübergehend akute psychotische Störungen (vgl. **F 23**): bedürfen einer fachärztlichen Abklärung und ziehen (in der Regel) keine primäre Teilhabebeeinträchtigung nach sich
- induzierte wahnhafte Störungen (**F 24**) (werden durch einen psychosekranken Elternteil auf die Kinder „induziert“) - sie führen häufig zu massiven psychosozialen Folgen und ziehen große Anstrengungen nach sich, um der Teilhabebeeinträchtigung davon betroffener Kinder entgegen zu wirken.

### **F 3 Affektive Störungen**

(affektive Psychosen - im Kindesalter selten, treten überwiegend im Jugendalter auf)

- für diese Störungen ist typisch, dass sie wieder vollständig verschwinden können
- vgl. F 31 bipolare und F 32 depressive Episoden sowie F 34.1 sog. Dysthymien.

### **F 4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angst- und Panikstörungen und soziale Phobien)**

- gerade bei Kindern ist festzustellen, dass nicht jede Symptomatik automatisch mit einer Teilhabebeeinträchtigung verbunden sein muss
- bestimmte „Ängste“ gehören zu einer normalen Entwicklung eines Kindes
- vgl. F 42: Zwangsstörungen (früher: sog. Zwangsneurosen) - schwere Formen bei Kindern bedürfen häufig einer stationären und medikamentösen Behandlung und zur Behebung einer (in diesen Fällen meist vorliegenden Teilhabebeeinträchtigung) pädagogisch und psychologisch geschulte Hilfspersonen; meist muss der gesamten Familie unterstützende Hilfe zuteil werden.

- F 43: posttraumatische Belastungs- und Anpassungsstörungen (oft im Zusammenhang mit ungünstigen sozialen Umständen und Traumata wie Misshandlung und Missbrauch); die Formen können zur massiven seelischen Behinderung führen und sind dann Anlass für umfassende Eingliederungshilfen.

#### **F 5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**

(Erkrankungen, die vorwiegend jugendliche Mädchen betreffen und die zu lebensbedrohlichen Zuständen führen können) - vgl. insbesondere:

- F 50 Essstörungen F 50: Magersucht - Anorexia nervosa
- F 50.2 „Fress-Kotz-Sucht“ - Bulimia nervosa
- Nichtorganische Schlafstörungen (F 51) und sexuelle Funktionsstörungen (F 52) sind keine typischen Störungen des Kindes- und Jugendalters und führen in der Regel nicht zu einer Teilhabebeeinträchtigung.

#### **F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**

(insbes. dissoziale und emotional instabile Krankheitsbilder, die in der Regel erst im Jugendalter vorkommen)

- Typisch: Missachtung aller sozialen Normen, Regeln und Verpflichtungen; geringe Frustrationstoleranz; Unfähigkeit, enge Beziehungen und Freundschaften einzugehen)
- alle Persönlichkeitsstörungen sind mit erheblichen Beeinträchtigungen psychosozialer Funktionen verbunden
- damit sind diese Jugendlichen grundsätzlich von einer seelischen Behinderung bedroht
- vorrangiges Ziel der Eingliederungshilfe muss der Aufbau stabiler Beziehungen im Alltag sein; hier sind insbesondere abgestimmte Maßnahmen verschiedener Reha-Leistungsträger zu prüfen (vgl. §§ 10, 11 SGB IX).

#### **F 8 Entwicklungsstörungen**

(nach Wegfall des Bezuges auf § 3 der VO zu § 47 BSHG gehören sämtliche Entwicklungsstörungen nun zu den potentiell anspruchsbegründenden psychischen Behinderungen nach § 35a SGB VIII, sofern sie auch zu einer Teilhabebeeinträchtigung führen) - vgl. insbesondere

- **Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F 80)** - führen in der Regel nicht zu einer Teilhabebeeinträchtigung / Leistungen der Krankenkassen sind vorrangig (z.B. Logopädie) – bei schweren Störungsbildern können dennoch ergänzende Leistungen unter den Voraussetzungen des § 35a SGB VIII möglich sein
- **Sprachentwicklungsstörungen** – bedürfen häufig einer heilpädagogischen Behandlung
- **Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (F 81)**
  - hier ist vorrangig der Leistungsauftrag der Schule zu prüfen!
  - nur bei Vorliegen einer seelischen Störung (als kausale Folge von ..) ist eine

Teilhabebeeinträchtigung und damit ein Leistungsanspruch nach § 35a SGB VIII zu prüfen) – Hinweis: vgl. umfangreiche Rechtsprechung zu Legasthenie und Dyskalkulie.

- Als bedeutendste Form der tief greifenden Entwicklungsstörung ist der **frühkindliche Autismus (F 84.0)** zu nennen - beginnt ab dem 3. Lebensjahr und betrifft die soziale Interaktion, die Sprachentwicklung und das Symbolspiel; der frühkindliche Autismus ist eine tief greifende

Störung, die primär einer seelischen Behinderung nach allen Kriterien gleichkommt.

- Das sog. „**Asperger Syndrom**“ (F 84.5) tritt meistens nur bei Knaben auf; geprägt durch mindestens normale Intelligenz, jedoch häufig motorisch ungeschickt; häufig extrem seltsame Sonderinteressen; reagieren bei Einschränkung oft mit heftigen emotionalen Ausbrüchen; eine Zuordnung zur geistigen Behinderung ist wegen der vorhandenen Intelligenz nach heutiger Sicht nicht mehr zu vertreten.

## **F 9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**

vgl. insbesondere:

- Hyperkinetische Störungen (F 90) Aufmerksamkeitsdefizit und motorische Hyperaktivität
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (zuzüglich: massive Regelverstöße und dissoziales Verhalten)
- Störungen des Sozialverhaltens (F 91) - führen nicht selten zu intensiven Maßnahmen der Teilhabe (aufgrund der meist vorliegenden erheblichen Teilhabebeeinträchtigung)
- Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F 93.0) - „Schulphobie“ - in der Regel von einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung bedroht; dieses Störungsbild bedarf oft gleichzeitiger stationärer psychotherapeutischer Intervention
- Störung sozialer Funktionen (F 94) – oft schwere Problemfälle, die eine jahrelange therapeutische Behandlung erfordern; multiple Beeinträchtigung der Teilhabe - hierzu gehören die Bindungsstörungen (F 94.1 und F 94.2) – bei der Bindungsstörung mit Enthemmung in der Regel abgestufte Hilfeplanung und multiprofessionelle Zusammenarbeit nötig.

### **2.5 Teilhabe am Leben in der Gesellschaft**

Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist immer zentraler Bezugspunkt der Einschätzung des Hilfebedarfs, da dies die zweite Voraussetzung zur Feststellung der seelischen Behinderung darstellt. Über die Einschätzung der Teilhabe am Leben in Gesellschaft können maßgeblich die Folgen der seelischen Störung für die betroffene Person abgebildet werden. Die Beschreibung der Aspekte, die zur Teilhabe im Leben in der Gesellschaft gehören, sind sehr vielschichtig und müssen in jedem Fall kontextbezogen konkretisiert werden. Eine Orientierung der im Einzelfall zu beachtenden Ebenen kann die „Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) geben, die 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf verabschiedet wurde. Diese Übersicht soll als Planungs- oder Handlungsbasis für Therapie, Schulung, Integration und Pflege von Menschen mit Behinderungen angewandt werden. Das SGB IX basiert bezüglich des Modells und der Begrifflichkeit unmittelbar auf der ICF.

Nach der ICF werden neun Bereiche der Teilhabe unterschieden:

- Beteiligung am persönlichen Unterhalt,
- Teilnahme an der Mobilität,
- Teilnahme am Informationsaustausch,
- Einbindung in soziale Beziehungen,
- Teilnahme am häuslichen Leben und an der Hilfe für andere,
- Beteiligung am Bildungs- und Ausbildungswesen,
- Beteiligung an Arbeit und Beschäftigung,
- Teilnahme am Wirtschaftsleben und
- Einbindung in die Gemeinschaft, das soziale und staatsbürgerliche Leben.

Damit wird deutlich, dass (anders als bei bisherigen Definitionen) nach dem Behinderungsbegriff des SGB IX alle Bereiche menschlichen Lebens zu betrachten sind. Die benannten Ebenen zielen darauf, den Hilfebedarf und die entsprechenden Hilfeleistungen ganzheitlich den persönlichen Schwächen und Stärken anzupassen. Dieser ganzheitliche Zugang findet sich auch in den Leistungen zur Teilhabe im § 4 SGB IX wieder.

Diese allgemeinen Ebenen und Zielrichtungen der Teilhabe sind im Rahmen der Jugendhilfe altersgemäß auf Kinder und Jugendliche zu spezifizieren, da sie altersspezifische Entwicklungsaufgaben zu berücksichtigen haben. Allerdings gilt es, die Anforderungen für das Erwachsenenalter als anzustrebende Zielsetzung im Blick zu behalten. Bezüglich der Einschätzung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gilt es somit, die Fragen zu beantworten, welche Folgen aus der seelischen Beeinträchtigung für die Beteiligungsmöglichkeiten der jungen Menschen auf den verschiedenen Ebenen erwachsen. Die Orientierung an altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und an der Vergleichsgruppe der Altersgleichen in ähnlichen Lebenskontexten kann diesbezüglich hilfreich sein. Dies könnten beispielhaft sein:

Entwicklungsaufgaben für Vorschulkinder:

- Beziehungsaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb der Familie
- Kindergartenbesuch (Interaktion und Einbindung in der Gruppe, Lernfähigkeit)
- Erlernen von Sprache
- Beherrschung der Motorik
- Eroberung seines altersspezifischen Lebensraumes und Umfeldes.

Entwicklungsaufgaben für Schulkinder:

- Schulbesuch (Erwerb der elementaren Kulturtechniken – Lesen, Schreiben usw.)
- Anschluss an eine Gemeinschaft Gleichaltriger (soziale Entwicklung, soziale Kompetenz)
- Erweiterung des Spiel- und Aktionsradius (Ausdehnung des Lebensbereiches)

Entwicklungsaufgaben für Jugendliche:

- Schulabschluss
- Beginn einer Ausbildung
- Eingehen von ersten Partnerbeziehungen
- schrittweise Ablösung vom Elternhaus (Unabhängigwerden von elterlicher Fürsorge) (vgl. Harnach-Beck 2003, S. 156)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass von einer Teilhabebeeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft bei Kindern und Jugendlichen gesprochen werden kann, wenn sie

- bislang keine altersgemäße Selbständigkeit entwickeln konnten,
- merkliche Ausschlüsse bezüglich altersgemäßer Kontakte und Beteiligungschancen erleben
- und/oder in ihren persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt sind.

Durch das Vorliegen einer seelischen Störung kann es somit zu einer Ausgrenzung aus altersgemäßen sozialen Bezügen kommen. Erst wenn zu einer solchen seelischen Störung die Teilhabebeeinträchtigung hinzukommt, liegt eine seelische Behinderung nach § 35a SGB VIII vor. Um diese Gesamt-

einschätzung vornehmen zu können, bedarf es einer multidimensionalen Betrachtung.

Die abschließende Bewertung der verschiedenen Informationen aus Perspektive unterschiedlicher Personen und Institutionen ist Aufgabe der Jugendämter. Die Gesamtbewertung muss fachlich fundiert und systematisch erfolgen (siehe dazu auch Teil III Instrumente: Diagnosebogen zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung).

**Fallbeispiel: Asperger-Autismus**

*Pascal ist 11 Jahre alt. Er kommt aus einer sozial geordneten Mittelschichtfamilie und hat noch eine ca. 4 Jahre jüngere Schwester. Die Eltern sind engagiert und haben von Anfang an die bestmögliche Förderung des Kindes erreicht.*

*Schon frühkindlich wurden bei Pascal Entwicklungsverzögerungen und soziale Auffälligkeiten festgestellt. Dies zeigte sich im Vermeiden von Blickkontakt. Er zeigte kein Interesse an der Lebenswelt anderer Menschen und hielt Aufforderungen und Grenzen nicht ein. Darüber hinaus zeigte er emotionale Instabilität mit Wutausbrüchen und „Sonderinteressen“ wie Zahlen, Material- und Funktionsanalyse von Gegenständen (z.B. Uhren).*

*Pascal besuchte den Regelkindergarten. Er hatte dort Sonderkonditionen (3-Tage-Woche) und eine Sonderstellung, die Integration gelang nur aufgrund des Engagements und des Einfühlungsvermögens der Erzieherinnen.*

*Während der Zeit im Regelkindergarten erfolgte eine Diagnostik in einem Frühförderzentrum. Darauf hin wurde er in einer heilpädagogischen Kleinstgruppe mit Schwerpunkt soziales Training gefördert.*

*Nach zwei Jahren wurde Pascal in einem Therapiezentrum für autistische Kinder, Jugendliche und Erwachsene vorgestellt. Dort wurde ein Asperger-Syndrom (F 84,5) diagnostiziert und eine spezielle Autismustherapie sowie eine Schulbegleitung empfohlen. Ein weiteres Gutachten einer niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterin bestärkte die Diagnose. Festgestellt wurde: Asperger-Autismus (ICD 10 F 84,5), normale Intelligenzwerte und normale Sprachleistung, Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, wesentliche Störung in der Kommunikation, im Kontakt zu Gleichaltrigen und zu Erwachsenen und im Spielverhalten, Störung der Eigenkontrolle und Eigensteuerung, Stereotypien und Veränderungsängste.*

*Bei Jugendamt wurde ein Antrag auf Eingliederungsmaßnahme gemäß § 35a SGB VIII gestellt. Dieser wurde bewilligt und als Maßnahme wurde eine persönliche Integrationshilfe für den Schulbesuch des Kindes in einer Regelschule implementiert. Diese wurde ausgewählt, da die intellektuelle Eignung des Kindes zum Besuch der Regelschule gegeben war und die soziale Integration des Kindes durch eine möglichst „normale“ Ausbildung gewährleistet werden soll. Die Integrationshilfe ist notwendig, da Pascal die Schulsituation nicht selbständig bewältigen kann und er aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten schnell zum Außenseiter und/oder Sündenbock würde, da sein Verhalten weder für Lehrer noch für Mitschüler einordenbar und verstehbar ist. Die Integrationshelferin hat die Aufgabe einer „Dolmetscherin“, damit Vorurteile und Schwierigkeiten nicht entstehen bzw. sich nicht verfestigen. Außerdem soll sie seine geringe Frustrationstoleranz auffangen und ihn beim gezielten Einüben von sozialem Verhalten in verschiedenen Spielformen unterstützen.*

Die Schule leistet ihren Anteil dadurch, dass der Lernstoff entsprechend der Problematik des Kindes strukturiert wird und die Förderung geplant und durchgeführt wird.

## 2.6 Drohende seelische Behinderung

Zur Feststellung einer *drohenden* seelischen Behinderung muss immer eine prognostische Einschätzung vorgenommen werden. Der Eintritt der Behinderung muss nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sein, damit diese Voraussetzung erfüllt ist. Hohe Wahrscheinlichkeit heißt in diesem Zusammenhang nach rein juristischer Einschätzung „wesentlich mehr“ als 50% (BVG-Entscheid vom 26.11.98/5C3897 zum Urteil des VGH Baden-Württemberg vom 4.11.97/9S1462/96 zu ADS) - die diagnostische Einschätzung lässt sich allerdings nicht so unkompliziert vornehmen.

Trotz der generellen Schwierigkeiten einer Prognose, bietet Harnach-Beck (2003, S. 158 ff) Hinweise zur Einschätzung eines individuellen Behinderungsrisikos. Folgende Regeln, nach denen das Risiko im Einzelfall zumindest grob abgeschätzt werden kann, wurden herausgearbeitet:

- Eine Behinderung droht vor allem bei Störungen, die typischerweise einen sich verstärkenden oder chronischen Verlauf nehmen.
- Eine Behinderung droht desto eher, je mehr seelische oder kognitive Probleme bei einem Kind zusammenkommen.
- Eine Behinderung droht auch dann, wenn die Problematik in besonderem Maße zur Ablehnung und Ausgrenzung des Kindes führt.

## 3. Zur Zuständigkeit der Jugendhilfe im Verhältnis zu anderen Leistungserbringern

Das generelle Verhältnis der Jugendhilfe zu anderen Trägern von Sozialleistungen ist im § 10 SGB VIII festgelegt.

Nach Satz 1 gehen Verpflichtungen und Leistungen anderer den Jugendhilfemaßnahmen vor. Auch dürfen Leistungen von anderen Kostenträgern nicht versagt werden, weil nach dem SGB VIII entsprechende Leistungen vorgesehen sind. Dies bedeutet, dass z.B. Schulen und Krankenkassen ihre Leistungen nicht mit dem Hinweis versagen oder einschränken dürfen, dass diese Leistungen auch im Leistungskatalog des SGB VIII stehen.

Satz 2 formuliert demgegenüber eine Ausnahme zum Nachrang der Jugendhilfe. Bei der Sozialhilfe gilt der grundsätzliche Vorrang der Jugendhilfe. Allerdings gilt dies nicht bei der Eingliederungshilfe für *körperlich* oder *geistig* behinderte junge Menschen, dort hat die Sozialhilfe den Vorrang.

Eine weitere Ausnahme von der Nachrangigkeit der Jugendhilfe bildet in Rheinland-Pfalz der Bereich der Frühförderung (siehe dazu Kapitel 5).

### 3.1 Wann ist die Jugendhilfe zuständig, obwohl andere Leistungsträger vorrangig wären?

Neben den Bestimmungen des SGB VIII zur Zuständigkeit der Jugendhilfe gelten im Kontext des § 35a SGB VIII auch verschiedene Bestimmungen des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. So ist die Jugendhilfe mit der Einführung des SGB IX in den Kreis der Rehabilitations-träger (= Träger der Leistungen zur Teilhabe gem. § 6 SGB IX) aufgenommen worden. Die Jugendhilfe und auch die Sozialhilfe wurden deshalb als Rehabilitationsträger neu aufgenommen, weil sie so von Beginn an in den

Beratungs- und Entscheidungsprozess einbezogen sind. Diese Einbeziehung in die für alle Rehabilitationsträger geltenden Verfahrens- und Abstimmungsvorschriften soll eine engere Zusammenarbeit im Interesse der behinderten Menschen ermöglichen, da neben medizinischen und z.B. beruflichen Leistungen zur Rehabilitation in vielen Fällen auch pädagogische, psychologische und soziale Leistungen gehören, um die Teilhabe sicherzustellen.

Der Status der Jugendhilfe als Rehabilitationsträger ändert nichts daran, dass die Leistungen der Jugendhilfe gegenüber den Leistungen der übrigen Rehabilitationsträger prinzipiell nachrangig sind. In § 14 SGB IX sind klare Verfahrensregeln mit zeitlichen Fristen zur Klärung der Zuständigkeit festgeschrieben worden. In bestimmten Fällen kann durch diese Vorgaben für die Jugendhilfe eine Pflicht zum vorläufigen Tätigwerden erwachsen (vgl. allgemeine Zuständigkeits- und Bedarfsklärung nach § 14 SGB IX S. 38 und Prüfschema zum Antrag nach § 35a SGB VIII S. 44).

### **3.2 Wann ist das Bildungssystem / die Schule vorrangig zuständig?**

Die Schule hat einen eigenständigen Bildungs- und Erziehungsauftrag. Gemäß diesem Auftrag hat die Schule für alle Kinder und Jugendlichen geeignete lernspezifische Angebote bereit zu halten. Behinderte Mädchen und Jungen und Schüler und Schülerinnen mit Lern- und Leistungsproblemen aufgrund von Teilleistungsstörungen sind in das Bildungssystem eingeschlossen. Ein frühzeitiges Erkennen der Problematiken durch systematische Beobachtung und eine früh einsetzende Förderung im schulischen Kontext sind von hoher Bedeutung. Das Schulgesetz des Landes Rheinland-Pfalz weist ausdrücklich darauf hin, dass eine Förderung von Leistungsstarken und Leistungsschwachen gleichermaßen gewährleistet werden soll.

- Legasthenie und Dyskalkulie sind Lernschwierigkeiten, für deren Kompensation und eine entsprechende Förderung die Schule verantwortlich ist. Diesbezüglich heißt es in der Arbeitshilfe für die Kooperation von Schule und Jugendhilfe -Fördermaßnahmen bei Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwäche (Gemeinsame Bekanntmachung des Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen und des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Weiterbildung vom 12. Januar 1999 (1543 B-51 279/31 (1)):

„Wenn Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwächen auftreten, hat die Schule auf Grund ihres vorrangigen Bildungsauftrages dafür Sorge zu tragen, dass Schüler vom Beginn der Schullaufbahn rechtzeitig und professionell gefördert werden, so dass Störungen der kindlichen Psyche gar nicht erst aufkommen können und eine Verfestigung im Sinne einer (drohenden) seelischen Behinderung vermieden wird.“

„Auf Grund ihres vorrangigen Bildungsauftrages hat die Schule dafür Sorge zu tragen, dass die personellen und sachlichen Ressourcen in ausreichendem Umfang für Förderung eingesetzt werden. Die Förderung von Kindern hat Vorrang gegenüber der Einrichtung von zusätzlichen Arbeitsgemeinschaften. Hinsichtlich der leistungsrechtlichen Zuordnung von Lese-/Rechtschreib- und Rechenstörung liegt die primäre Zuständigkeit für die Kompensation dieser Schwierigkeiten bei der Schule.“

- Darüber hinaus hat die Schule die Aufgabe, bei einem sich abzeichnenden Förderbedarf von Schülern und Schülerinnen bei Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten schulinterne Fördermaßnahmen einzuleiten und im Bedarfsfall ergänzende die Förderung durch Sonderschullehrer zu veranlassen.

- Die Verwaltungsvorschrift zur Förderung von Kindern mit Lernschwierigkeiten und Lernstörungen in der Grundschule des Ministeriums für Bildung und Kultur Rheinland-Pfalz vom 30. August 1993 legt fest, dass jedes Kind entsprechend seinen individuellen Lernvoraussetzungen in der Lerngruppe zu fördern ist. Dies gilt für Kinder mit Lernschwierigkeiten ebenso wie für Kinder, denen das Lernen leicht fällt oder die besondere Interessen zeigen. Für die Schule leitet sich daraus die Aufgabe ab, jedes Kind mit den ihm angemessenen Hilfen zu fördern, sobald sich Lernprobleme abzeichnen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch die gesetzlichen Vorgaben eine sehr weit reichende Förder- und Bildungsverpflichtung seitens der Schule gegeben ist.

Treten trotz Förderung und als Folge z.B. von Teilleistungsstörungen und der damit verbundenen Misserfolgserfahrungen und den Reaktionen der Umwelt sekundäre psychische Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme auf, so ist das Jugendamt gemäß § 35a SGB VIII einzubeziehen, um zu prüfen, ob eine seelische Behinderung vorliegt oder droht. Ist die gesellschaftliche Teilhabe auf Grund der schulischen Probleme bedroht bzw. gestört, ist die Jugendhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII für unterstützende Maßnahmen zuständig.

**Fallbeispiel: Lese-Rechtschreibschwäche**

*Bei einem Kind der 4. Klasse stellt eine Diplom-Psychologin eine Lese-Rechtschreibschwäche fest. Die Lese- und Rechtschreibleistungen sind weit unterdurchschnittlich. Seit der 2. Klasse ist das Kind beim Abschreiben von Tafeltexten, Rechtschreibeübungen, Leseübungen und ersten kleinen schriftlichen Äußerungen zurückhaltend geblieben. Die feinmotorische Ausführung von Buchstaben und Formenzeichnen sind nicht ausreichend entwickelt. Das Konzentrationsvermögen sowie das allgemeine Lernverhalten und die passive Rezeption des Stoffes sind durchschnittlich entwickelt. Die Gedächtnisleistung ist normal. Es gibt keine Hinweise auf eine Aufmerksamkeitsstörung und die allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit führt zu guten durchschnittlichen Ergebnissen. Nach Einschätzung der Psychologin ist eine Förderung dringend angeraten.*

*Nach Einschätzung der Schule ist die Stellung des Kindes in der Klasse trotz zurückhaltendem Verhalten recht gut. Signifikante Beeinträchtigungen sind bisher nicht sichtbar geworden. Eventuell seien später Lernbeeinträchtigungen im schriftlichen Aufsatz und in der aktiven Fremdsprachenbeherrschung denkbar. Das Problem der Lese- und Rechtschreibschwäche wirke sich allerdings bisher auf die Selbstbewertung des Kindes, sein Verhalten und seine sozialen Beziehungen nicht eindeutig negativ aus. Die Schule beabsichtigt keine speziellen Hilfsmaßnahmen, allgemeine Rücksichtnahme der Klassenlehrer seien pädagogisch selbstverständlich; eine Versetzungsgefahr besteht nicht.*

*Der Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Lese- und Rechtschreibschwächetherapie wird von Seiten des Jugendamtes abgelehnt, da keine seelische Behinderung droht. Die Tatsache allein, dass ein Kind nicht in allen Leistungsbereichen altersentsprechend entwickelt ist, führt nicht automatisch dazu, dass ein Anspruch auf Zahlung von Leistungen bzw. zur Übernahme von Therapiekosten nach § 35a SGB VIII besteht. Vielmehr müssen diese Leistungsschwächen eine solche Intensität erreichen, dass von einer drohenden seelischen Behinderung gesprochen werden kann.*

*Die Förderung des Kindes bezüglich seiner Lese-Rechtschreibkompetenzen ist Aufgabe der Schule.*

### 3.3 Wann ist die Sozialhilfe vorrangig zuständig?

Das SGB XII (§§ 53-57) regelt im Rahmen der Eingliederungshilfe den Rechtsanspruch für körperlich und geistig behinderte junge Menschen. Dieser Anspruch gilt nur bei einer „wesentlichen“ Behinderung. Bei körperlichen und geistigen Behinderungen, die vorübergehend oder nicht wesentlich sind, handelt es sich um eine Ermessensleistung. Ob die Voraussetzungen vorliegen, ist auch hier durch fachspezifische Gutachten zu klären.

Geistig wesentlich behindert im Sinne des Gesetzes sind Personen, die infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind.

Entscheidend ist, ob die intellektuellen Aufnahme- und Verarbeitungsmöglichkeiten extrem hinter den am Lebensalter orientierten Erwartungen liegen. Als Grenzwert zur geistigen Behinderung gilt ein Intelligenzquotient von 70 IQ.

Ist ein junger Mensch zugleich körperlich, geistig und seelisch behindert, d. h. von einer Mehrfachbehinderung betroffen, so ergibt sich aus § 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII in der Neufassung, dass die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII Vorrang hat vor der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII.

Die Regelung des Vor- und Nachrangs nach §10 Abs. 4 setzt notwendig voraus, dass sowohl ein Anspruch auf Jugendhilfe als auch ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht und beide Leistungen kongruent sind. Die Sozialhilfe ist somit vorrangig, wenn Jugendhilfeleistungen mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII konkurrieren. Besteht hingegen eine solche Konkurrenz nicht, können Leistungen nach dem SGB XII und dem SGB VIII nebeneinander oder Leistungen nach dem SGB VIII trotz des Vorrangs in § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII gewährt werden.

### 3.4 Wann sind die Krankenkassen vorrangig zuständig?

Liegt eine Krankheit vor bzw. wird durch einen Krankenversicherten oder ein mitversichertes Familienmitglied ein Anspruch auf Krankenbehandlung erhoben, so ist die Krankenkasse zuständig (SGB V). Die medizinische Rehabilitation gehört zu den Aufgaben der Krankenkasse und zielt darauf, eine Behinderung (also auch eine seelische) abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Die medizinische Rehabilitation umfasst nach § 30 SGB IX auch nichtärztliche Leistungen wie zum Beispiel psychologische, heilpädagogische oder psychosoziale Leistungen und ist somit relativ weit gefasst. Krankenkassen sind somit auch Rehabilitationsträger nach dem § 14 SGB IX und unterliegen damit den entsprechenden Regelungen.

Generell verweist Wiesner (2006) darauf, dass die Krankenversicherung als vorrangiger Leistungsträger im Kontext der Eingliederungshilfe an Bedeutung gewonnen hat. Er sieht dies in zweifacher Weise: Einmal im Vorfeld seelischer Behinderung, da eine seelische Störung Voraussetzung für, aber für sich alleine noch keine (drohende) Behinderung ist. Solange die (zweigliedrigen) Voraussetzungen des § 35a SGB VIII nicht vorliegen, kommen nicht Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB VIII, sondern ärztliche oder ärztlich delegierte Leistungen der Krankenversicherung in Betracht. Zum zweiten: wird eine (drohende) Behinderung festgestellt, so sind sehr häufig - wenn auch nicht nur - Maßnahmen der so genannten medizinischen Rehabilitation notwendig. Auch diese werden für den Personenkreis der Versicherten durch die Krankenkassen getragen.

Zusammenfassend die Aufgliederung der Zuständigkeitsbereiche:

<b>Leistungsträger</b>	<b>Leistungsträger zuständig bei</b>	<b>Prüffragen für die Jugendhilfe</b>
<b>Krankenkasse</b>	Befunden mit Krankheitswert medizinischer Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handelt es sich um eine Krankheit nach SGB V?</li> <li>• Ist die (drohende) seelische Behinderung als eine kausale Krankheit-(sfolge) einzuschätzen?</li> </ul>
<b>Sozialhilfe</b>	körperlicher Behinderung geistiger Behinderung Mehrfachbehinderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist das Kind/der Jugendliche körperlich behindert? Folgt daraus eine seelische Störung?</li> <li>• Ist das Kind/der Jugendliche geistig behindert?</li> <li>• Liegt eine Mehrfachbehinderung des Kindes/Jugendlichen vor? (Abgrenzung nach der Präponderanztheorie)</li> </ul>
<b>Bildungswesen</b>	ICD 10/F81 umschriebene Störungen der schulischen Fertigkeiten (so genannte „Teilleistungsstörungen“)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es diagnostische Feststellungen, dass bei dem Kind/Jugendlichen solche Störungen vorliegen? Folgt daraus eine sekundäre seelische Störung?</li> <li>• Hat die Schule spezielle Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb des Klassenunterrichts, allein (oder bei weitergehenden Problematiken im Zusammenwirken mit der Jugendhilfe)?</li> </ul>

<b>Jugendhilfe</b>	(drohende) seelische Behinderung (Abweichung seelische Gesundheit + Beeinträchtigung soziale Teilhabe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stellt die ärztliche/psychologische/psychiatrische Stellungnahme die Abweichung der seelischen Gesundheit fest?</li> <li>• Zeigt der junge Mensch besondere Verhaltensweisen/Schwächen, die auf die seelische Krankheit zurückzuführen sind?</li> <li>• Reagiert das soziale Umfeld des jungen Menschen negativ auf diese Verhaltensweisen/Schwächen?</li> <li>• Erfährt das Kind/der Jugendliche selbst Beeinträchtigungen über das gezeigte Verhalten/Schwächen und die Reaktionen des Umfeldes?</li> <li>• Ist die Teilhabe am Leben in Gesellschaft „gefährdet“, gestört bzw. beeinträchtigt?</li> </ul>
	Frühförderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist das Kind unter 6 Jahren alt?</li> <li>• Ist eine klare Zuordnung zum § 35a SGB VIII nicht möglich?</li> <li>• Sind ggfs. Komplexeleistungen erforderlich?</li> </ul>

### 3.5 Inwiefern kann eine Kostenerstattung anderer Rehabilitationsträger an die Jugendhilfe erfolgen?

Ist ein Jugendamt in Vorleistung für einen anderen Rehabilitationsträger getreten, so hat es nach erfolgter Bewilligung der Leistungen einen Kostenerstattungsanspruch gegen den Rehabilitationsträger, der entsprechend dem Nachrang der Jugendhilfe nach § 10 SGB VIII vorrangig verpflichtet wäre, die Leistungen zu erbringen. Der Umfang der Kostenerstattung richtet sich dabei nach den vom Jugendamt erbrachten Leistungen, nicht jedoch nach den Leistungsvorschriften des eigentlich Leistungsverpflichteten (vgl. § 14 Abs.4 S. 1 SGB IX).

Da das SGB IX keine formalen Regelungen über die Geltendmachung der Kostenerstattung nach § 14 SGB IX enthält, gelten die Regelungen nach §§ 108 bis 114 SGB X auch bei der Kostenerstattung nach § 14 SGB IX (vgl. § 37 SGB I). Die Kostenerstattungsregelungen im SGB VIII (§§ 89 ff. SGB VIII) bleiben davon unberührt.

#### **4. Fallbezogene Verfahrensschritte: von der Klärung der Anspruchsberechtigung bis zum Abschluss der Eingliederungshilfe**

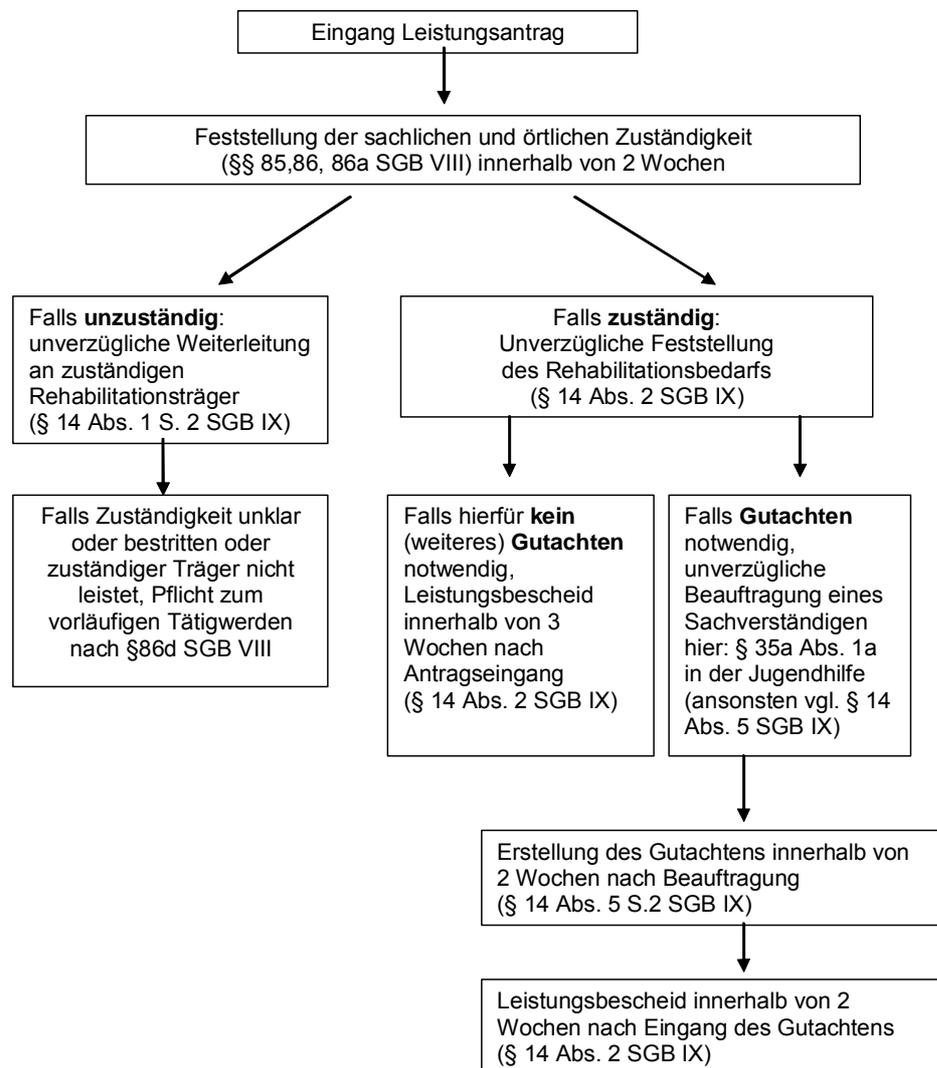
Generell sind die Verfahrensschritte im Hilfeprozess einer Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche stark an die des Hilfeprozesses im Kontext der Hilfen zur Erziehung angelehnt. Die Besonderheiten, die bei der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII zu beachten sind, werden im Folgenden ausgeführt.

##### **4.1 Antragstellung und zeitliche Fristen**

Der Antrag auf Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII ist beim zuständigen Jugendamt zu stellen. Anders als bei den Hilfen zur Erziehung ist gemäß § 35a SGB VIII das Kind bzw. der Jugendliche selbst anspruchsberechtigt. Im Zuge der schriftlichen Antragstellung sollten die Leistungsberechtigten um eine Entbindung der Schweigepflicht von den Stellen gebeten werden, die Informationen zur Feststellung der Leistungsvoraussetzungen beisteuern müssen.

Im Rahmen der Zuständigkeitsklärung gem. § 14 SGB IX ist dem Antragsteller innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags mitzuteilen, ob das Jugendamt nach den geltenden Leistungsgesetzen (SGB VIII) zuständig ist. Falls nicht, leitet das Jugendamt den Antrag unverzüglich an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger. Ist ein Gutachten erforderlich, so soll dieses innerhalb von zwei Wochen erstellt werden. Die abschließende Entscheidung des Rehabilitationsträgers soll innerhalb von zwei weiteren Wochen getroffen werden.

**Allgemeine Zuständigkeits- und Bedarfsklärung  
nach §14 SGB IX  
in Verbindung mit §§ 85, 86 und 86a SGB VIII**



Die vorstehenden Fristen entfalten nur Wirkung, wenn die Antragsunterlagen eine Prüfung der Zuständigkeit ermöglicht.

Nach Wiesner (vgl. Wiesner u. a. SGB VIII Nachtrag zur 2. Auflage, S. 11) sind die gesetzlich festgelegten Fristen kritisch zu betrachten, obwohl eine möglichst rasche Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Leistung als wichtig erachtet wird. So weist er darauf hin, dass die Fristen das vom Gesetzgeber selbst verfolgte Ziel der „Qualität der Leistungserbringung“ und die diesem Ziel dienenden Verfahrensschritte nicht gefährden oder vereiteln sollen. „Eine schnelle Hilfe ist nicht zwangsläufig die bedarfsgerechte Hilfe. Zwar ist eine Überschreitung der Fristen im Interesse der Hilfe suchenden behinderten Menschen nach Möglichkeit zu vermeiden. Andererseits sind Zeitvorgaben kein Selbstzweck, insbesondere können dadurch nicht die Strukturprinzipien des SGB VIII, insbesondere die spezifischen Verfahrensgarantien und Mitwirkungsrechte nach § 36 SGB VIII ausgehebelt werden.“ (s. ebd.)

## 4.2 Klärung der Anspruchsberechtigung

Da die Anspruchsberechtigung für den Leistungstatbestand nach § 35a SGB VIII zweigeteilt ist, erfolgen auch zwei diagnostische Zugänge: Zum einen die Feststellung der Abweichung der seelischen Gesundheit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand; zum anderen die Feststellung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das Vorliegen der ärztlich/psychologisch festgestellten Abweichung der seelischen Gesundheit bildet eine Voraussetzung, des Vorliegens einer seelischen Behinderung. Als zweite Voraussetzung muss eine drohende oder bestehende Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als weitere Voraussetzung hinzukommen. Darüber hinaus kann beim Vorliegen einer Abweichung der seelischen Gesundheit noch zusätzlich eine Hilfe zur Erziehung in Betracht kommen. Diese kann Alternativ oder in Ergänzung zur Eingliederungshilfe bewilligt werden (vgl. § 35a SGB VIII Abs. 4).

### 4.2.1 Ärztliche Stellungnahme

Entsprechend § 35a Abs. 1a SGB VIII hat das Jugendamt (als Träger der öffentlichen Jugendhilfe) eine Stellungnahme hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit einzuholen. Zur Erstellung eines solchen Gutachtens sind Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten, die über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügen, geeignet.

Inhaltlich soll die Stellungnahme darüber Auskunft geben, ob beim vorgestellten Kind/Jugendlichen eine Abweichung der seelischen Gesundheit vorliegt, die länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Diese ist auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Fassung zu erstellen (ICD-10 der WHO).

Das Gutachten soll beinhalten:

- Bezeichnung der angewandten Untersuchungsmethoden und Testverfahren
- die wichtigsten Befunde (Erläuterungen der Klassifizierungsmerkmale nach ICD-10)
- eine Aussage darüber, ob die vorliegende Störung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht
- eine Stellungnahme, ob eine Hilfe bzw. welche Art einer Therapie nötig bzw. geeignet ist, um der festgestellten Beeinträchtigung entgegenzuwirken
- Begründungen, warum die notwendigen Hilfen bzw. Leistungen nicht im Rahmen einer (vorrangigen) medizinischen Akutversorgung (nach SGB V) zu erbringen sind (kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen auf der Basis des Leistungsspektrums der Krankenversicherung)

Die in der Stellungnahme enthaltenen diagnostischen Feststellungen sollten auch für Nicht-Mediziner verständlich sein. Befunde und Interpretationen gilt es getrennt von einander darzustellen. Ergeben sich in den ersten Kontakten mit den AdressatInnen konkrete Fragen von Seiten des Jugendamtes, für deren Beantwortung eine medizinisch-psychologische Einschätzung für den weiteren Prozess der Hilfeplanung bedeutsam ist, so sollten

diese (wenn möglich) vor der Erarbeitung der Stellungnahme konkret formuliert werden.

Im Teil III dieser Arbeitshilfe ist ein Musterbogen für medizinisch-psychologische Stellungnahmen enthalten.

#### 4.2.2 Sozialpädagogische Diagnose: Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung

Die sozialpädagogische Diagnose im Kontext der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII bezieht sich vor allem auf die Einschätzung der altersgerechten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bezogen auf die Lebensbereiche Familie, Kindertagesstätte, Schule, Freunde, Ausbildung, Arbeit und Freizeitverhalten. Es gilt unter Beteiligung des Kindes/Jugendlichen und seiner Eltern herauszuarbeiten, welche Reaktionen der junge Mensch selbst und sein Umfeld auf die Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit zeigen. Neben der Beteiligung der Adressaten und Adressatinnen bei der Erstellung der Diagnose, sind die differenzierte Darstellung, was für welche Beteiligten in welchem Kontext ein Problem darstellt und die multiperspektivische Betrachtung des Falles wichtige Qualitätskriterien. Zu sondieren ist, in wie fern das Kind/der Jugendliche Beeinträchtigung in seinem Umfeld erfährt, die auf die Krankheit zurückzuführen sind und inwiefern das Umfeld bestehende Schwierigkeiten kompensieren kann bzw. auf Hilfe angewiesen ist, um auf Normalisierung, Integration und Rehabilitation hinzuwirken.

Folgende Bereiche sollten bezüglich der Auswirkungen der Abweichung der seelischen Gesundheit überprüft werden:

- Alltagsbewältigung
- Familie
- Kindertagesstätte/Schule/Ausbildung
- Gleichaltrigengruppe/Freundeskreis
- Freizeitaktivitäten/Hobbys

Folgende Fragen können die Exploration dieser Felder unterstützen:

#### **Leitfragen zur Einschätzung der altersgerechten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**

- Zeigt das Kind/der Jugendliche besondere Verhaltensweisen, die auf die gesundheitliche Beeinträchtigung zurückzuführen sind?
- Unter welchen Umständen, in welchen Situationen treten diese Verhaltensweisen auf?
- Welche Reaktionen zeigt das soziale Umfeld (Eltern, Lehrer, Mitschüler, Freunde, Öffentlichkeit...) auf die gesundheitliche Beeinträchtigung/die Verhaltensweisen?
- Welche Beeinträchtigungen erfährt das Kind/der Jugendliche über das gezeigte Verhalten/Schwächen und die Reaktionen des Umfeldes?
- Welche Ausnahmen von den geschilderten Schwierigkeiten/Verhaltensweisen sind zu beobachten?
- Welche Erklärungen haben die Beteiligten für die Schwierigkeiten/Verhaltensweisen/Ausnahmen?
- Inwiefern ist das Kind/der Jugendliche in Kita, Schule, Familie, Ausbildungsbereich integriert?
- Hat das Kind/der Jugendliche Freunde in den verschiedenen Bereichen (Kita, Schule, Verein, Nachbarschaft etc.)?
- Benötigt das Kind/der Jugendliche Unterstützung um mit den altergemäßen Anforderungen der Alltagsbewältigung zu Recht zu kommen?
- Welche Lösungsstrategien wurden, mit welchem Erfolg, bereits verfolgt?
- Welche Ressourcen des jungen Menschen und seines Umfeldes stehen zur Verfügung?

Siehe diesbezüglich auch Teil III dieser Arbeitshilfe: Diagnosebogen zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung

### **4.3 Hilfeentscheidung**

Wie im Rahmen der Hilfen zu Erziehung erfolgt die Hilfeentscheidung bezüglich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen ebenso im Wechselspiel der fachlichen Entscheidung des Jugendamtes (fallzuständige Fachkraft, Team unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der anderen beteiligten Fachdienste) und der Aushandlung mit den Betroffenen. Die Auswahl der Art der Hilfe sollte sich an den erarbeiteten Zielen orientieren und die Prämisse der größtmöglichen Integration beachten.

Außerdem ist darauf zu achten, dass die Hilfe nicht von der Person oder dem Dienst bzw. der Institution erbracht wird, der die Person angehört, die die Stellungnahme bezüglich der Abweichung der seelischen Gesundheit erbracht hat (Ausnahme möglich im Rahmen der Frühförderung in Rheinland-Pfalz).

#### **4.3.1 Abwägung Eingliederungshilfe oder Hilfen zur Erziehung**

Handelt es sich um einen Fall der Jugendhilfe bzw. kristallisiert sich ein jugendhilferelevanter Hilfebedarf heraus, so ist in einer Vielzahl von Fällen relativ klar, ob eine Hilfe zur Erziehung oder eine Eingliederungshilfe zu gewähren ist. Allerdings verbleibt eine Grauzone bei der trotz vorliegen aller Voraussetzungen für eine Eingliederungshilfe auch eine Hilfe zur Erzie-

hung die geeignete Maßnahme darstellen kann. Im Fokus der Abwägung sollte immer die Eignung der Hilfe für das Kind und seine Familie stehen. Die Abwägung erfolgt im Aushandlungsprozess mit den Beteiligten. In der Annäherung an die Frage, welche Hilfeart im Einzelfall die geeignete ist, können einzelne Reflexionsebene unterschieden werden, so etwa die:

- Ebene der Ursache des Hilfebedarfs
- Ebene der Anspruchsberechtigung
- Ebene des Zielfokus der Hilfe
- Ebene der Akzeptanz eines Hilfsangebotes

#### **4.4 Hilfeplanung und Hilfeplangespräche**

Für Hilfen nach dem § 35a SGB VIII gelten im Rahmen der Hilfeplanung die gleichen Qualitätsstandards wie bei den Hilfen zur Erziehung. Bei jeder längerfristigen Hilfe ist ein entsprechender Hilfeplan zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben (i. d. R. halbjährlich). Um Wirkungen und Erfolge von Eingliederungshilfen planen und überprüfen zu können, sind operationalisierte Zielvereinbarungen von großer Bedeutung.

In der Novellierung des SGB VIII (§ 36 Abs. 3 Satz 1) wurde für den Bereich der Hilfeplanung die Aufgabe und Rolle des Arztes (bzw. anderen Fachdisziplinen) im Kontext der Eingliederungshilfe konkretisiert. So soll die Person, die eine Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a abgegeben hat bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplanes sowie bei der Durchführung der Hilfe, beteiligt werden.

#### **4.5 Selbstbeschaffung**

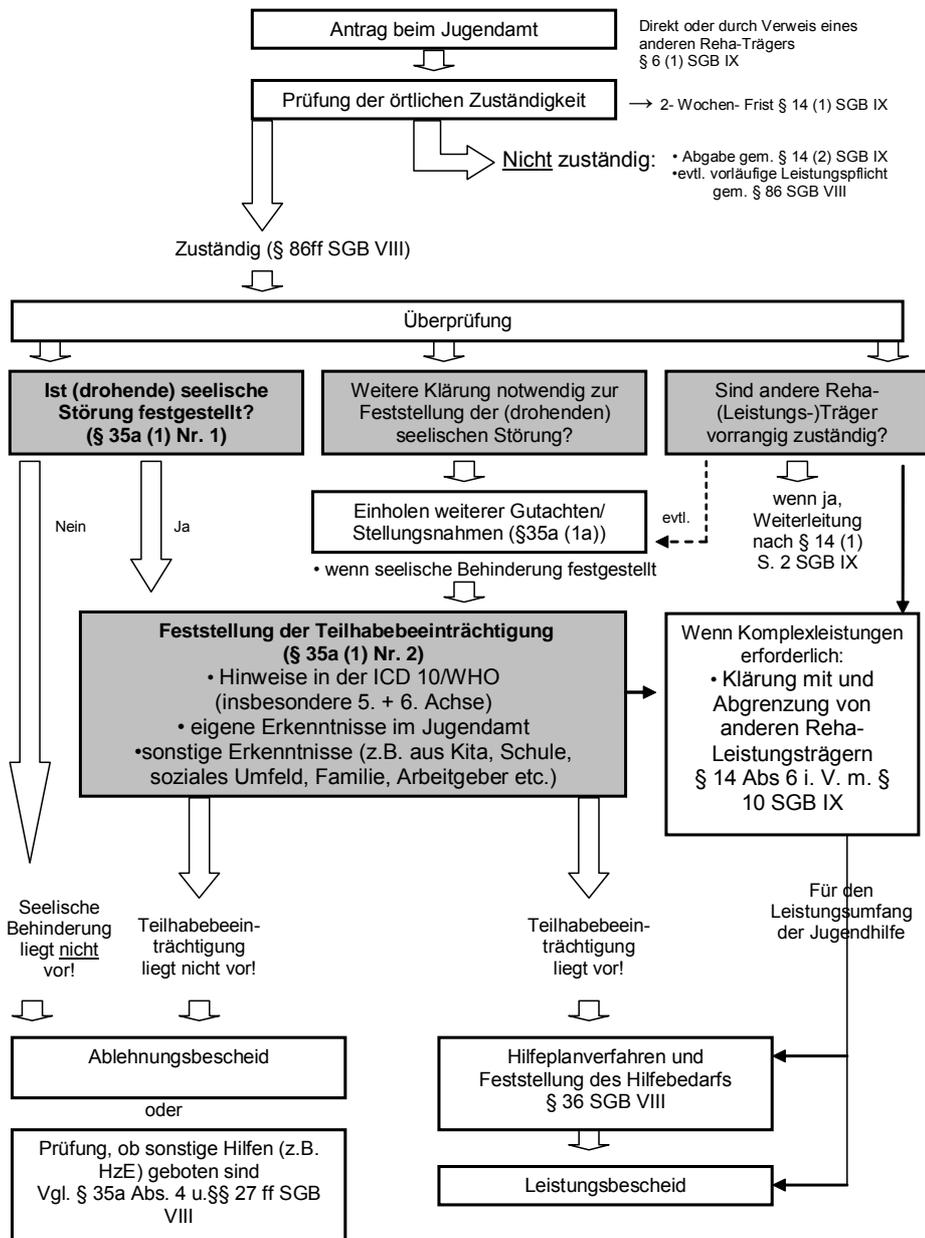
Ein Selbstbeschaffungsrecht besteht in der Regel nicht. Eine diesbezügliche Ausnahme besteht nur dann, wenn der öffentliche Träger zu Unrecht nicht oder nicht rechtzeitig leistet, das heißt, wenn ein Systemversagen vorliegt. Ein solcher Fall liegt vor, wenn die Leistung vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe nicht erbracht wird, obwohl der Hilfesuchende die Leistungserbringung durch eine rechtzeitige Antragstellung und seine hinreichende Mitwirkung ermöglicht hat und auch die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung vorliegen. Überlässt der Träger der Jugendhilfe es dem Hilfe Suchenden, sich die seinen unaufschiebbaren Bedarf deckende Leistung selbst zu beschaffen, kann er der Zulässigkeit der Selbstbeschaffung später nicht entgegenhalten, er hätte eine andere Hilfe für geeignet und notwendig erachtet (vgl. ZfJ 2/2003, S. 68ff).

Ein qualitativ hochwertiger Prozess der Hilfeplanung, welcher zeitnah auf berechnete Bedarfe der AdressatInnen reagiert, ist somit die beste Absicherung gegen gerechtfertigte Selbstbeschaffungen, die, wie gesagt, nur bei nachgewiesenem Systemversagen legitim sind.

Eine Ausnahme hierzu können niedrigschwellige ambulante Hilfen bilden, die unmittelbar in Anspruch genommen werden können, wenn der öffentliche Träger mit den Leistungserbringern Vereinbarungen trifft, in denen die Voraussetzungen und die Ausgestaltung der Leistungserbringung sowie die Übernahme der Kosten geregelt werden (§ 36a Absatz 2 SGB VIII).

Prüfschema: Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII

**Prüfschema: Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII**



**5. Frühförderung**

Je jünger ein Kind ist, desto schwieriger ist die Feststellung, ob eine seelische Behinderung vorliegt und wie sich diese von einer vorübergehenden Störung des Erlebens und Handelns oder von einer geistigen Behinderung abgrenzen lässt. Oftmals liegt ein Bündel an Ursachen und Wirkungen vor, das sich kaum auflösen lässt. Für Kinder vor Vollendung des 6. Lebensjahres, die behindert oder von einer Behinderung bedroht oder entwicklungsverzögert bzw. von einer Entwicklungsverzögerung bedroht sind, gibt es deswegen die Frühförderung, bei der es sich um eine interdisziplinäre Maßnahme handelt. Familien- und wohnortnah soll im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung eine die Fachdisziplinen übergreifende Grundversorgung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern bereitgestellt werden.

Die gesetzlichen Regelungen für den Bereich der Frühförderung finden sich im § 30 SGB IX und in der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderverordnung – FrühV) vom 24. Juni 2003.

Die Leistungen der Früherkennung und Frühförderung umfassen

- medizinische Leistungen (§ 30 Abs. 1 S.1 Nr. 1 SGB IX)
- sonstige nicht ärztliche Leistungen (§ 30 Abs. 1 S.1 Nr. 2 SGB IX)

Wenn erforderlich werden diese Leistungen als Komplexleistungen erbracht (§ 30 Abs. 1 S.2 SGB IX), d.h. eine zuständigkeitsübergreifende Förderung erfolgt. Neben ärztlichen Leistungen werden medizinisch-therapeutische, psychologische, heil- und sonderpädagogische sowie psychosoziale Leistungen realisiert, die im Einzelfall interdisziplinär abgestimmt werden. Die Komplexleistung wird unter Einbezug der Eltern realisiert und beinhaltet Erstberatung, Früherkennung und interdisziplinäre Diagnostik, die Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans sowie die Förderung und Behandlung der Kinder und die Beratung der Eltern.

Die Leistungen der Frühförderung werden durch Frühförderstellen oder Sozialpädiatrische Zentren erbracht.

Träger der Leistungen sind nach § 6 Abs. 1 SGB IX (u. a.)

- die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5, Nr. 1+3
- die Jugendhilfe für Leistungen nach § 5, Nr. 1, 2+4
- die Sozialhilfe für Leistungen nach § 5, Nr. 1, 2+4

Ein Antrag auf die erforderlichen Leistungen kann bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden. Der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt wird, unterrichtet unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten Rehabilitationsträger. Die beteiligten Rehabilitationsträger stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistung (§ 8 FrühV Abs. 1).

Bei Komplexleistungen vereinbaren die an den Leistungen der Frühförderung beteiligten Rehabilitationsträger gemeinsam Entgelte für die Förderung und Behandlung (§ 9 FrühV Abs. 1+2). Die Aufteilung dieser Entgelte kann pauschaliert werden. Entsprechende Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und den Kommunen sind zu treffen. Der Anteil der für *heilpädagogische Leistungen* zuständigen Träger darf 80% bei Frühförderstellen und 20% bei Zentren für Sozialpädiatrie nicht übersteigen.

Die Zuständigkeit im Kontext der Frühförderung richtet sich nach den einzelnen Leistungsgesetzen. Im Rahmen der Jugendhilfe ist dies der § 35a SGB VIII; bei der Sozialhilfe sind es die Hilfen zur Gesundheit (§ 47 SGB XII) und die Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte Menschen (§ 53 SGB XII).

Durch die Schwierigkeit, in den ersten Lebensjahren eindeutig festzustellen, ob ein Entwicklungsrückstand durch eine geistige, eine seelische oder körperliche Behinderung verursacht ist, kann der Landesgesetzgeber die Zuständigkeit unabhängig von der Art der Behinderung einem Leistungsträger zuordnen. Dies ist in den meisten Bundesländern durch Übertragung auf den Sozialhilfeträger geschehen. Rheinland-Pfalz hat allerdings vom Länderrechtsvorbehalt keinen Gebrauch gemacht und so verbleiben die Fälle der Frühförderung im Bereich der seelischen Behinderung in der Zuständigkeit der Jugendhilfe. Körperlich und geistig behinderte Mädchen und Jungen fallen im Rahmen der Frühförderung weiter in den Zuständigkeits-

bereich der Sozialhilfe. Die Zuordnung von mehrfach behinderten jungen Menschen richtet sich nach dem Schwerpunkt der Behinderung.

Trotz der Zuordnungsschwierigkeiten erfolgt im Rahmen der Eingliederungshilfe bei Kindern unter sechs Jahren der Versuch der Unterscheidung, da der § 35a SGB VIII von seinen Voraussetzungen her keine Altersbeschränkung kennt. So gilt es im Rahmen der diagnostischen Feststellung zur Eingliederungshilfe zu prüfen

- ob eine klare Zuordnung zum § 35a SGB VIII (unabhängig vom Alter des Kindes) vorliegt. Ist dies der Fall, so gelten diese Regelungen direkt.
- ob eine klare Zuordnung zum SGB XII bzw. dem (vorrangigen) Leistungsrecht der Krankenkassen (SGB V) erfolgen kann. Ist dies der Fall, so sind diese Leistungsträger verantwortlich.
- ob eine klare Diagnose nicht möglich ist (wegen dem Alter des Kindes und/oder weil eine Mehrfachbehinderung vorliegt). Ist dies der Fall, so handelt es sich um einen Fall der Frühförderung.

Eine Besonderheit für Rheinland-Pfalz ergibt sich im Rahmen der Frühförderung hinsichtlich der mit der Neufassung des § 35a SGB VIII festgeschriebenen Trennung zwischen Diagnostik und Therapie. Aufgrund der Komplexleistungen und der in diesem Zusammenhang intendierten Verbindung von interdisziplinärer Diagnostik und Therapie die sich in Rheinland-Pfalz für junge Kinder bewährt hat, können auch weiterhin die Zentren für Sozialpädiatrie und Frühförderung mit der gutachterlichen Stellungnahme und der Leistungserbringung im konkreten Einzelfall beauftragt werden. Die Entscheidung trifft das örtlich zuständige Jugendamt.

#### **Fallbeispiel: Komplexleistung und Teilhabebeeinträchtigung**

*Kevin ist zum Zeitpunkt der Vorstellung im Jugendamt 5 Jahre alt. Seine Mutter berichtet von Erziehungsschwierigkeiten. Kevin ist zu Hause weder hilfsbereit noch sehr zuverlässig. Er bedarf ständiger Aufforderungen. Er kann sich zwar selbständig anziehen, tut dies aber nicht. Außerdem weigert er sich im eigenen Kinderzimmer zu schlafen und kommt nachts ins Bett der Eltern. Er besucht eine Kindertagesstätte in der er sehr schlecht zu Recht kommt. Er stört regelmäßig das Spiel anderer Kinder und schlägt sie. In der Gruppe hat Kevin eine geringe Konzentrationsfähigkeit, er ist leicht ablenkbar. Oft ist er unruhig und zappelig. Motorische Beschäftigungen sind unter Anleitung möglich, aber nicht altersgemäß. Seine eigenen Bedürfnisse teilt er anderen nicht mit. In der Spontanansprache hat er massive Artikulationsstörungen durch das Fehlen der frontalen Schneidezähne. Er hat einen geringen Wortschatz (max. 3-4 Wortsätze; kann einfache Gegenstände nicht benennen), der dem Stand eines Dreijährigen entspricht. Eine 30%-Hörbeeinträchtigung wurde durch die Kindesmutter benannt.*

*Im Rahmen der Testung wurde festgestellt, dass Kevins intellektuelle Fähigkeiten bei einem Standardwert von 77 liegen, was im Bereich der Lernbehinderung liegt. Insgesamt liegt ein Entwicklungsrückstand des lernbehinderten Jungen vor. Sowohl im motorischen als auch im sprachlichen und kognitiven Bereich liegen seine Fähigkeiten eher im Bereich eines Dreijährigen, so dass zu befürchten ist, dass Kevin ständig in Überforderungssituationen ist, was sicher einen Teil seiner Verhaltensauffälligkeiten erklärt. Andererseits hat der Junge sehr junge Eltern, die große Erziehungsschwierigkeiten haben.*

*Die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus nach der ICD 10 weist eine durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. Eine Frühförderung mit dem vorrangigen Ziel der Förderung im kognitiven Bereich und der Verbesserung der Interaktion des Kindes in die Grup-*

*pe ist primär notwendig. Maßnahmen bezüglich der fehlenden Schneidezähne und der Hörbeeinträchtigung und den jeweiligen Krankheitsfolgen daraus sind von der Krankenkasse zu übernehmen.*

### **Teil III: Instrumente**

---

Im Folgenden wird ein Instrumentenset zur Unterstützung der Arbeit im Kontext der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII vorgestellt.

Das Set besteht aus drei einzelnen Instrumenten:

1. dem Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII (bzw. Frühförderung)
2. der vertraulichen Stellungnahme, die von medizinisch-psychologischer Seite zu erstellen ist
3. einem Diagnosebogen zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35a SGB VIII, der ergänzt wird durch altersspezifische Leitfragen, die die Nutzung des Bogens erleichtern sollen.

## Instrument 1 - Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII (bzw. Frühförderung)

Stadt-/Kreisverwaltung  
Sozialamt/Jugendamt

PLZ, Ort

TherapeutIn: \_\_\_\_\_ Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Gewährung von**  **Eingliederungshilfe**  
 **Frühförderung**

- Anlage: **Vertrauliche fachliche Stellungnahme**  
 **Fachliche Begutachtung** folgt

Name, Vorname des Kindes	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort, Kreis		Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> Dieser Aufenthalt ist bei Pflegeeltern		
Aufenthalt des Minderjährigen Kindes in den letzten 6 Monaten vor Antragstellung:		
Anschrift des Kindergartens/der Schule/der Tagesstätte		
Krankenversichert durch <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:		Name der Krankenkasse
Anschrift der Krankenkasse		Versicherungsnummer der Krankenkasse
InhaberIn der Personensorge <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Bei Kindern nicht verheirateter Eltern: Vaterschaft <input type="checkbox"/> ist nicht festgestellt <input type="checkbox"/> ist festgestellt		
Name, Vorname des Vaters		Name, Vorname der Mutter
Straße, Haus-Nr.		Straße, Haus-Nr.
PLZ, Wohnort		PLZ, Wohnort
Telefon	Handy	Telefon Handy
E-Mail		E-Mail
Ist die Förderung auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuständige Stelle, Anschrift:		

**Rückseite beachten**

Hinweis:

Die Kosten werden von den kommunalen Kostenträgern und ggf. dem Land Rheinland-Pfalz übernommen auf der Grundlage des SGB XII und des SGB VIII. Daher ist es erforderlich, Ihre Personalien und die Ihres Kindes sowie den Anlass der Förderung den Kostenträgern mitzuteilen. Nach SGB XII und des SGB VIII ist die Sozial- bzw. Jugendhilfe anderen Leistungen gegenüber nachrangig; Ansprüche von Drittverpflichteten müssen die Sozial- und Jugendhilfeträger daher verfolgen.

Die Abrechnungsvorgänge erfolgen mittels automatischer Datenverarbeitung. Dadurch werden persönliche Daten gespeichert – es werden selbstverständlich die strengen Bestimmungen des Datenschutzes beachtet.

---

---

**Hiermit beantrage(n) ich / wir:**

- eine Pauschale für das Vorverfahren (maximal bis zum 7. Lebensjahr des Kindes)
- 5 Fördereinheiten für die Diagnostik - bei höherem Bedarf Kurzbegründung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Personenberechtigten

---

**Vollmacht des nicht anwesenden Elternteils bei geteiltem Sorgerecht**

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich bevollmächtige die Mutter/den Vater des Kindes einen Antrag zur Erbringung einer Hilfeleistung durch das Sozialpädiatrische Zentrum der Reha-Westpfalz beim Jugend- bzw. Sozialamt zu stellen.

(Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Entscheidung des/der Kostenträger über den Antrag dem Bevollmächtigten übermittelt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Instrument 2 - Vertrauliche fachliche Stellungnahme

---

### Vertrauliche fachliche Stellungnahme (§ 203 StGB und § 76 SGB X)

- zum Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII
- zum Antrag auf Frühförderung
- zur sonstigen Hilfeplanung (evtl. Hilfe zur Erziehung)
- 

#### Angaben zur Person:

Name, Geburtsdatum:	
Wohnort:	

Mit schriftlicher Einwilligung der/des Personenberechtigten vom (lt. Antrag) nehme(n)  
ich/wir zur Hilfeplanung Stellung:

- auf Grund unserer pers. Untersuchung und Aktenkenntnis vom
- auf Grund unserer stationären Behandlung von/seit bis
- auf Grund unserer teilstationären Behandlung von/seit bis
- allein auf der Basis der Aktenlage.

#### Anspruchsbegründende diagnostische Ergebnisse:

Nach den in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien der WHO (Weltgesundheitsorganisation) liegt bei dem o. g. Patienten

- keine (drohende) seelische Störung** vor (nach § 35 a SGB VIII )

♥ wird empfohlen, die Gewährung von Hilfe zur Erziehung zu prüfen  
 Ja  Nein

- ein diagnostizierbares organisches Krankheitsbild** vor (s. 1.1.3).

#### Die seelische Gesundheit

- weicht** aufgrund dieses Störungsbildes / mit Krankheitswert oder Erkrankung/ schon länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab.

- wird mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen.

Ja  Nein

### 1.1 Störungsbild/ Erkrankung

#### 1.1.1 Psychische Störungen:

- organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen  
 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen  
 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen  
 affektive Störungen  
 neurotische/Belastungs- und somatoforme Störungen  
 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren  
 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (erst ab 16. Lebensjahr)  
 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

#### 1.1.2 Körperliche Erkrankungen/Behinderung:

#### 1.1.3 Weitere Diagnosen:

Dieses Krankheitsbild ist

- allein als psychische Störung  
 allein als geistige Behinderung  
 allein als körperliche Erkrankung/Behinderung  
 als Mehrfachbeeinträchtigung

(Kurzbeschreibung hierzu: .....

.....

.....

einzuordnen.

#### Nur bei der Kombination körperliche Erkrankung und psychische Störung bzw. geistige Behinderung und psychische Störung zu beantworten:

Resultiert die Beeinträchtigung der Teilhabe allein bzw. ganz überwiegend aus der psychischen Störung infolge der körperlichen Erkrankung bzw. der geistigen Behinderung?

- Ja  Nein  nicht eindeutig festzustellen

## 1.2 Entwicklungsstand

- altersentsprechend / entsprechend kognitiver Leistungsfähigkeit
- umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Legasthenie, Rechenstörung etc.)
- umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen
- sonstige Entwicklungsstörungen

## 1.3 Intelligenz

- normal oder überdurchschnittlich
- unterdurchschnittlich / Lernbehinderung
- geistige Behinderung

Beurteilungsquelle:  Eindruck  Testung

Testverfahren: \_\_\_\_\_

Testergebnis: \_\_\_\_\_ (Wert: \_\_\_\_\_ )

## 1.4 Familiäre Belastungen (abnorme psychosoziale Umstände, ICD 10, 5. Achse)

- Keine Angaben möglich
- Belastende intra-familiäre Beziehungen
- Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderungen in der Familie
- Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- Belastende Erziehungsbedingungen
- Akute belastende Lebensereignisse
- Gefährdung möglicherweise durch Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch
- Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule und Arbeit

## 1.4 Einschätzung: Schweregrad der Beeinträchtigung der Teilhabe

(globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus, ICD 10, 6. Achse)

- Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten
- mäßige soziale Funktion mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen
- leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen
- Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen
- ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen
- ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
- funktionsunfähig in den meisten sozialen Bereichen (benötigt ständige Aufsicht und Betreuung)

- schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung (beträchtliche Betreuung erforderlich)
- tiefe und durchgängige soz. Beeinträchtigung/ völliges Fehlen von Kommunikation (braucht ständige Betreuung)
- nicht einschätzbar

**2. Zusätzliche Beschreibung der sozialen Beeinträchtigung bei der Teilhabe in der Schule u. Gesellschaft, welche sich aus der Problematik ergibt.**

Es handelt sich somit aus fachlicher Sicht um

- eine (drohende) seelische Behinderung.
- eine (drohende) wesentliche körperliche bzw. geistige Behinderung.
- eine Mehrfachbehinderung. (vgl. 1.1.3)

**3. Vorschlag zur Umsetzung der Hilfen (Facilitation)**

**3.1 Eingliederungshilfe (Kurzbeschreibung der vorgeschlagenen Hilfemaßnahmen)**

**3.2 Gibt es Hinweise darauf, dass andere Hilfen und Therapien sowie Heilmittel, finanziert durch andere Kostenträger, angemessen sein könnten?**

- Es sollte die Gewährung einer Hilfe zur Erziehung geprüft werden.
- Sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

**3.3 Bei über 18-Jährigen:**

Die beschriebene Beeinträchtigung und vorgeschlagene Hilfe ist „jugendtypisch“.

- Ja     Nein

Das beschriebene psychische Störungsbild ist im Verlauf primär als chronifiziert einzuschätzen, so dass auch im Erwachsenenalter voraussichtlich auf längere Dauer Hilfe nötig sein wird.

- Ja     Nein

**3.4 Förderumfang:**

- Erstantrag     Verlängerungsantrag

Empfohlene Fördereinheiten: \_\_\_\_\_

4. Die Teilnahme der begutachtenden Stelle/Fachkraft an der Hilfekonferenz wird gewünscht.

Ja  Nein

5. Die Stellungnahme wurde erstellt von einem:

- Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, ggf. mit bes. Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (**bei Frühförderung**),
- Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychotherapeuten,
- Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten, der über bes. Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt,
- Dipl.-Psychologen, Dipl.-Pädagogen, Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Heilpädagogen oder sonstiger heil- oder sonderpädagogische Fachkraft (**bei Frühförderung**).

Name der begutachtenden Person: \_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

(Diagnose-) Team aus vorgenannten Fachkräften

Ort	Datum
-----	-------

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

( Praxisstempel )

## **Instrument 3 - Diagnosebogen zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35a SGB VIII**

---

### **Vorbemerkungen zur Nutzung und Anlage des Diagnosebogens**

Um eine seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen zu diagnostizieren, ist es bedeutsam die Zweigliedrigkeit der Anspruchsberechtigung zu berücksichtigen. Das Vorliegen einer seelischen Störung (1. Voraussetzung) ist Vorbedingung zur Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung (2. Voraussetzung). Die seelische Störung muss somit Auswirkungen im Hinblick auf die Teilhabe des Kindes oder Jugendlichen am Leben in der Gesellschaft haben. Erst wenn diese beiden Voraussetzungen gegeben sind, kann von einer seelischen Behinderung gesprochen werden.

Der folgende Diagnosebogen bezieht sich auf die Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung und berücksichtigt dabei die Ergebnisse der ärztlichen/psychotherapeutischen Stellungnahme zum Vorliegen einer seelischen Störung. Ziel ist die individualisierte Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung durch die Fachkraft im Jugendamt.

Teilhabe bedeutet in diesem Zusammenhang die aktive und selbstbestimmte Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche je nach Alter und Entwicklungsstand erst graduell zur Selbstbestimmung fähig sind und somit die Hinführung zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortung Teil des Erziehungsauftrags ist. Stets zu berücksichtigen sind somit die altersbezogenen Anforderungen unterschieden nach Säugling, Kleinkind, Schulkind, Jugendliche(r) und junge(r) Volljährige (siehe hierzu altersspezifische Leitfragen zur Nutzung des Bogens zur Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung). Der Bogen zur Einschätzung der Teilhabe kann für Kinder ab ca. 3 Jahre genutzt werden. Für jüngere Kinder sind die Aspekte kaum bzw. nicht zu prüfen, da andere Perspektiven außerhalb der Familie hinzukommen müssen, um die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft überprüfen zu können. Die Einbindung in Institutionen und Gruppen ist somit von Bedeutung. Die Teilhabebeeinträchtigung kann sich auf alle Lebensbereiche (Familie, Kita/Schule, Freundeskreis, soziales Umfeld etc.) erstrecken und wird deshalb jeweils separat sondiert.

Die WHO unterscheidet nach der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) bei der Definition der Teilhabebeeinträchtigung verschiedene Ebenen: Zum einen die körperliche, bei der Körperfunktion und –struktur differenziert werden. Körperfunktion meint in diesem Zusammenhang physiologische und psychologische Aspekte. Mit Struktur sind die anatomischen Teile des Körpers (z.B. Organe, Gliedmaßen) gemeint. Bei der Beurteilung der Folgen einer Behinderung ist auf dieser Ebene somit das Zurechtkommen hinsichtlich körperlicher Aspekte zu erfassen. Ist diese Ebene beeinträchtigt, so spricht die WHO vom „Impairment“. Zum anderen wird auf einer zweiten Ebene das Aktivitätsniveau und die Teilhabe betrachtet. Hier geht es um das Zurechtkommen auf der individuellen Ebene der Person als Ganzes. Das Aktivitätsniveau beschreibt die Art und Weise der Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen. Teilhabe meint das Einbezogen sein in eine Lebenssituation. Diese zweite Ebene wird im Bogen zur Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung focussiert.

Da die Teilhabe durch Umweltfaktoren, die erleichternd oder einschränkend wirken können und durch persönliche Faktoren, die internal das Zurechtkommen mit einer beeinträchtigenden Situation mitbestimmen, beeinflusst wird, ist es wichtig, die subjektive Krankheitsverarbeitung und das Umgehen mit der Problematik abzubilden. Ein direktes Gespräch zur Einschätzung der Situation mit dem jungen Menschen und seinen Eltern ist deshalb zwingend notwendig und Grundlage der Bearbeitung des Bogens. Andere Fachkräfte und Bezugspersonen geben ihre Beurteilung ggf. schriftlich ab und werden bei Bedarf zum Hilfeplangespräch hinzu gezogen.

Bei der Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung durch die Fachkräfte der Jugendhilfe müssen also subjektive Einschätzungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten sowie Faktoren des sozialen Umfeldes erfasst werden. Notwendig ist immer eine einzelfallbezogene Bewertung.

Das **Ablaufschema im diagnostischen Prozess** sieht somit wie folgt aus:

1. Ärztlich/psychotherapeutische Stellungnahme einholen; falls Abweichung seelische Gesundheit/seelische Störung diagnostiziert wird
2. Gespräche mit dem betreffenden jungen Menschen und seinen/ihren Eltern zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung
3. Beurteilungen aus Kita/Schule/Ausbildungsstelle und sozialem Umfeld einholen
4. Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung und somit Gesamteinschätzung zum Vorliegen einer seelischen Behinderung
5. liegt seelische Behinderung vor: Hilfeplanungsprozess anschließen.

Die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung ist in diesem Zusammenhang zentrale Aufgabe der Jugendhilfe. Um diese Prüfung systematisch zu vollziehen bietet sich ein unterstützendes Instrument an. Im Folgenden wird ein Prüfschema vorgestellt, welches für den Bedarf der Jugendhilfe entwickelt wurde.

Darüber hinaus gibt es eine Anzahl gängiger und in der internationalen Praxis angewandter Instrumente, die ebenfalls zur Erfassung von Belastungen und Teilhabebeeinträchtigungen genutzt werden können. Insbesondere sind hier zu nennen:

- The Brief Impairment Scale (BIS)
- HoNOSCA-I (Hon)
- Basis Raads Onderzoek (BARO)
- The Caregiver Strain Questionnaire (CGSQ)
- The Columbia Impairment Scale (CIS)
- Children´s Global Assessment Scale (CGAS)
- Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD)
- Global Assessment Functioning Scale (GAF)
- Child & Adolescent Measures of Functional Status (CAFAS)

Das im Folgenden vorgestellte Instrument gliedert sich wie folgt: Nachdem in einem Datenteil zentrale Angaben zum jungen Mensch und seiner Familie erhoben wurden, werden anschließend zentrale Aspekte aus der ärztlich/psychologischen Stellungnahme geprüft und zusammengefasst, da diese die Voraussetzungen zur Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung bilden. Die Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung erfolgt dann entlang von vier Kategorien:

1. Interaktion/Beziehungsqualität
2. Integration
3. Selbstfürsorge/Alltagsbewältigung
4. Lernen und Leistung

Diese Kategorien werden entlang verschiedener Kontexte und Aspekte beurteilt. Die Einschätzung erfolgt konsequent perspektivendifferenziert. Die erste wichtige Einschätzung erfolgt durch den jungen Mensch, da der subjektive Umgang mit der Beeinträchtigung eine zentrale Rolle spielt. Daran anschließend beurteilten die Eltern die Situation. Diese Bewertungen werden im direkten Gespräch mit den betroffenen Personen erhoben und an problematischen Punkten vertiefend besprochen. Entsprechende Kommentare und Bemerkungen können im Bogen festgehalten werden. Ergänzend zu diesen beiden Perspektiven schätzt die Fachkraft die Situation zu jedem Aspekt ein. Hier sind fachliche Bezugspunkte relevant. Zum Ende jeder der vier Kategorien erfolgt eine Gesamtbewertung, in die die drei aus dem Gespräch gewonnenen Perspektiven einfließen und zusätzlich die Informationen und Einschätzungen Anderer Berücksichtigung finden (Arzt/ LehrerIn/ ErzieherIn etc.). Alle Informationen aus den verschiedenen Blöcken werden dann zum Abschluss des Bogens aus fachlicher Perspektive durch die Fachkraft des Jugendamtes zusammenfassend bewertet und gewichtet. Der zu betrachtende Zeitraum, auf den sich die Einschätzungen beziehen, könnten die letzten zwölf Monate sein.

**Diagnosebogen zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung**  
(nach der ICF mit Ergänzungen und Anlehnungen an BIS und HON)

**Datenblatt**

**Angaben zum jungen Menschen:**

Name: Junge Mädchen

Anschrift: Telefon:

Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

Besuchte Kita/Schule/Ausbildungsstelle:

Ansprechpartner Kita/Schule/Ausbildungsstelle:

Adresse: Telefon:

Vereinsmitgliedschaft:Ansprechpartner:

Adresse: Telefon:

Hobbies:

Krankenversichert durch: Vater Mutter Sonstige: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse:

Anschrift der Krankenkasse: Versicherungsnummer:

**Angaben zur Familie:**

InhaberIn der Personensorge:

beide Elternteile Mutter Vater Sonstige:

Bei Kindern nicht verheirateter Eltern:

Vaterschaft ist nicht festgestellt ist festgestellt

Name Vater: Name Mutter:

Adresse: Adresse:

Telefon: Telefon:

Geschwister: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum:



Regeln und Grenzen einhalten?				
mit sozialen Anforderungen umgehen?				
mit Konflikten umgehen?				
Sonstiges:				
<b>Wie gestalten sich die Beziehungen des jungen Menschen zu....</b>				
Mutter				
Vater				
Geschwistern				
Freunden				
Erziehern/Lehrern				
Fremden				
Sonstiges:				
<b>Gesamteinschätzung: Interaktion/Beziehungsqualität</b> (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)				
<b>Integration</b> <b>Wie schätzen Sie die Einbindung des jungen Menschen im jeweiligen Kontext ein?</b>				
Familie				
Kita-Gruppe/Klassenverband/Ausbildungsgruppe				
Peer-group				
Andere Erwachsene Bezugspersonen (Nachbarn, Freunde...)				
Vereine				
Freizeitaktivitäten				
Sonstiges:				
<b>Gesamteinschätzung: Integration</b> (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)				
<b>Selbstfürsorge/Alltagsbewältigung</b> Inwiefern kann der junge Mensch altersgemäß...				
seinen Alltag generell bewältigen?				
sich pflegen?				
sich selbst versorgen?				
sich fortbewegen?				
mit Finanzen umgehen?				
Sonstiges:				
<b>Gesamteinschätzung: Selbstfürsorge/Alltagsbewältigung</b> (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)				
<b>Lernen/Leistung</b> (Kita/Schule/Ausbildung) Inwiefern kann der junge Mensch altersgemäß...				
den Anforderungen generell entsprechen?				

Regeln und Grenzen einhalten?				
mit sozialen Anforderungen umgehen?				
mit Konflikten umgehen?				
Sonstiges:				
<b>Wie gestalten sich die Beziehungen des jungen Menschen zu....</b>				
Mutter				
Vater				
Geschwistern				
Freunden				
Erziehern/Lehrern				
Fremden				
Sonstiges:				
<b>Gesamteinschätzung: Interaktion/Beziehungsqualität</b> (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)				
<b>Integration</b>				
<b>Wie schätzen Sie die Einbindung des jungen Menschen im jeweiligen Kontext ein?</b>				
Familie				
Kita-Gruppe/Klassenverband/Ausbildungsgruppe				
Peer-group				
Andere Erwachsene Bezugspersonen (Nachbarn, Freunde...)				
Vereine				
Freizeitaktivitäten				
Sonstiges:				
<b>Gesamteinschätzung: Integration</b> (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)				
<b>Selbstfürsorge/Alltagsbewältigung</b>				
Inwiefern kann der junge Mensch altersgemäß...				
seinen Alltag generell bewältigen?				
sich pflegen?				
sich selbst versorgen?				
sich fortbewegen?				
mit Finanzen umgehen?				
Sonstiges:				
<b>Gesamteinschätzung: Selbstfürsorge/Alltagsbewältigung</b> (unter Berücksichtigung der Aussagen der anderen Fachkräfte)				
<b>Lernen/Leistung</b> (Kita/Schule/Ausbildung)				
Inwiefern kann der junge Mensch altersgemäß...				
den Anforderungen generell entsprechen?				

**Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII wird**

- in ambulanter Form
- in einer teilstationären Einrichtung
- in einer Tageseinrichtung für Kinder
- durch eine geeignete Pflegeperson
- in einer Einrichtung über Tag und Nacht

**gewährt und geleistet**

**Leistungserbringung:**

- Träger der Hilfe
- Ort der Hilfe
- Leistungserbringende Person
- Umfang/Häufigkeit
- Hilfeplan bis spätestens
- Leistungsbescheid bis spätestens
- Kostenbeteiligung
- Wiedervorlage bis spätestens

**Weitere Anmerkungen/Hinweise:**

Datum und Unterschrift der zuständigen Fachkraft

## **Altersbezogene Leitfragen zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung**

---

Die im Folgenden vorgestellten Leitfragen dienen der altersspezifischen Vertiefung der Kategorien zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung.

### **Leitfragen für Vorschulkinder:**

- Inwiefern kann das Kind sich sprachlich verständigen?
- Inwiefern gelingt dem Kind die Beziehungsaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb der Familie?
- Inwiefern kann das Kind sich in seinem engen Wohnumfeld zeitweise selbständig bewegen?
- Inwiefern kann das Kind zeitweise von seinen Hauptbezugspersonen getrennt Aktivitäten nachgehen?
- Inwiefern kann das Kind sich über einen Zeitraum selbständig auf eine Aufgabe konzentrieren?
- Inwiefern gelingen dem Kind Spielaktivitäten mit anderen Kindern?
- Inwiefern hält sich das Kind an die Regeln altersgemäßer Spiele und Anweisungen?
- Kann das Kind die Kindertagesstätte regelmäßig besuchen?

### **Leitfragen für Schulkinder:**

- Inwiefern gelingt es dem Kind sich in die Interaktionen innerhalb der Familie einzubringen?
- Inwiefern gelingt es dem Kind Spielregeln im sozialen Miteinander auszuhandeln, anzuerkennen und einzuhalten?
- Inwiefern gelingt es dem Kind kleine Aufgaben selbständig zu erledigen?
- Inwiefern gelingt es dem Kind mit Rückmeldungen und Kritik umzugehen?
- Inwiefern gelingt es dem Kind seinen Spiel- und Aktionsradius sukzessiv zu erweitern?
- Inwiefern hat das Kind Anschluss an eine Gemeinschaft Gleichaltriger?
- Inwiefern gelingt es dem Kind in der Gruppe mit anderen zusammenzuarbeiten?
- Kann das Kind dem Schulbesuch regelmäßig nachgehen?
- Inwiefern kann das Kind sich über einen längeren Zeitraum selbständig auf eine Aufgabe konzentrieren?
- Inwiefern gelingt dem Kind der Erwerb der zentralen Kulturtechniken?
- Inwiefern geht das Kind einem Hobby nach?

### **Leitfragen für Jugendliche:**

- Inwiefern hat der/die Jugendliche Werte und Normen verinnerlicht, die als Leitfaden für das Verhalten dienen?
- Inwiefern kann der/die Jugendliche zunehmend selbständig seinen/ihren Alltag strukturieren und organisieren?
- Inwiefern kann der/die Jugendliche mit Finanzen umgehen?
- Inwiefern gelingt es dem/der Jugendlichen Perspektiven und Bedürfnisse von Anderen wahrzunehmen und darauf einzugehen?
- Inwiefern kann der/die Jugendliche Beziehungen/Freundschaften zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen?
- Inwiefern hat der/die Jugendliche eine Geschlechtsidentität entwickelt?
- Inwiefern entwickelt der/die Jugendliche zunehmend Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen?
- Inwiefern gelingt es dem/der Jugendlichen einen Schulabschluss zu erlangen?
- Inwiefern gelingt dem/der Jugendlichen die Vorbereitung bzw. der Einstieg ins Berufsleben?
- Inwiefern gelingt es dem/der Jugendlichen sich selbständig fortzubewegen?

## Schlussbemerkungen

---

Durch die Neufassung des § 35a SGB VIII im Oktober 2005 konnten praxisrelevante Aspekte klargestellt werden. Klarer definiert wurde, wann Kinder und Jugendliche von einer seelischen Behinderung bedroht sind, welcher Personenkreis in welcher Qualität Stellungnahmen zur Abweichung der seelischen Gesundheit erstellen kann und dass eine Trennung von Stellungnahme und Leistungserbringung erfolgen soll. Neben diesen Konkretisierungen blieben die vorherigen Grundcharakteristika bestehen, so etwa die Zweigliederigkeit der Anspruchsberechtigung und die Entscheidungs- und Steuerungskompetenz der Jugendhilfe.

So hilfreich diese deutlichen gesetzlichen Vorgaben auch sind, so dürfen die Erwartungen an eine Veränderung der Praxis alleinig aus der rechtlichen Veränderung resultierend nicht zu hoch gesteckt sein. Es besteht weiterhin die dringende Notwendigkeit die fachliche Praxis der Jugendhilfe gemeinsam mit den Kooperationspartnern aus Sozialhilfe, Gesundheits- und Bildungswesen im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche vor Ort in den einzelnen Kommunen weiterzuentwickeln. Strukturelle Fragen der Zusammenarbeit müssen gemeinsam angegangen, inhaltliche Aspekte diskutiert und konkrete Abläufe und Instrumente vereinbart werden. Erst über die Arbeit an den praktischen Vollzugsfragen, können notwendige Klärungsprozesse auf der alltäglichen Arbeitsebene herbeigeführt werden. Darüber hinaus stellt sich für die Jugendhilfe die dringende Aufgabe, die Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung weiter zu qualifizieren. Die Konkretisierung und fachliche Ausformulierung dieses Aspekts ist die zentrale Aufgabe der Jugendhilfe, um die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche professionell zu profilieren und produktiv für die Praxis zu nutzen. Durch die vorgeschlagenen Instrumente sollen hierzu Anstöße zur fachlichen Diskussion und Grundlagen für die Fortentwicklung geben werden. Die Arbeitshilfe möchte insgesamt fachliche Impulse setzen und konkrete Materialien an die Hand geben, um so die Praxis vor Ort zu unterstützen und wirkungsvolle Hilfen für Kinder und Jugendliche sicherzustellen.

## Literaturverzeichnis

---

- Bayerisches Landesjugendamt, Zentrum Familie und Soziales: Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Hinweise zum Vollzug der gesetzlichen Bestimmungen nach § 35a SGB VIII. München 2005
- Darius, S., Müller, H., Rock K., Teupe U.: 2. Landesbericht Hilfen zur Erziehung in Rheinland-Pfalz. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (Hrsg.) Mainz 2006
- Harnach-Beck, V.: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplanung, Bericht und Stellungnahme. Weinheim und München 2003
- Kunkel, P.-C.: § 10 Verhältnis zu anderen Leistungen und Verpflichtungen. In: Becker-Textor, I./Textor, M.: SGB VIII – Online-Handbuch.
- Kunkel, P.-C., Haas, G.: Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII in der Neufassung durch das Kick aus rechtlicher und medizinischer Sicht.
- Lachwitz, K.; Schellhorn, W.; Welts, F.: SGB IX - Rehabilitation. Neuwied/Kriftel 2001.
- Lempp, R.: Seelische Behinderung als Aufgabe der Jugendhilfe. § 35a SGB VIII. 3. Auflage, Stuttgart (1995)
- Lempp, R.: Begutachtung. In: Eggers, C./ Fegert, J./ Resch F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg (2004), S. 285-290
- Mehler-Wex, C., Warnke, A. Diagnostische Möglichkeiten zur Feststellung einer seelischen Behinderung (§ 35a SGB VIII). In: Becker-Textor, I./ Textor, M.: SGB VIII – Online-Handbuch. [www.sgbiii.de/S81.html](http://www.sgbiii.de/S81.html)
- Moos, M., Müller, H.: Bestandsaufnahme und Handlungsbedarfe im Bereich der Eingliederungshilfe (§35a SGB VIII) in Rheinland-Pfalz. Mainz 2003
- Schilling, M., Pothmann, J., Overmann, R.: HzE-Bericht 2002. Dortmund 2004

## Anhang

---

### **Gesetzestext: SGB VIII § 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (Fassung vom 1. Oktober 2005)**

1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Abs. 4 gilt entsprechend.

(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen.

Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

(2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

(3) Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 des Zwölften Buches, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

(4) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam betreut werden.

## Rechtsprechung

### Urteile bezüglich der Voraussetzungen des § 35a

(seelische Behinderung + Teilhabebeeinträchtigung)

#### **1. Revisionsentscheidung des BVG vom 26.11.98 (5 C 38.77) zum Urteil des VGH Baden-Württemberg vom 4.11.97 (95 1462/96) zu**

- „Wahrscheinlichkeit von wesentlich mehr als 50%“
- „bloße Schulprobleme begründen noch keine seelisch Behinderung“ (ADS)

#### **2. VG Sigmaringen, Urteil vom 25.1.05 (4 K 2105/03)**

- „nicht jede Beeinträchtigung in der Schule durch LRS ist gleichzeitig eine Teilhabebeeinträchtigung“
- „Eintreten der Jugendhilfe ist hierbei nicht die Regel“  
(vgl. JAmt 05/2005, S 246 ff)

#### **3. VG Göttingen, Urteil vom 26.1.2006 (2 A 161/05)**

- „dem Jugendhilfeträger steht eine fachpädagogische Einschätzungsprärogative zu“
- „zur Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung ist ausschließlich der Jugendhilfeträger zuständig“
- „eine Übertragung dieser Prüfung auf eine externe Fachstelle ist nicht zulässig“  
(vgl. JAmt 3/2006, S. 150 ff.)

#### **4. BverwG, 12.7.2005 (5 B 56/05)**

- „einer seelischen Behinderung muss nicht in jedem Fall ein erzieherisches Defizit zugrunde liegen“  
(vgl. JAmt 10/2005, S. 524 ff.)

#### **5. DIJuF-Gutachten v. 6.9.2005 (F 3.305 My)**

- Abweichung: Krankheitswert oder „auf Krankheit beruhend“ Beteiligung von Ärzten/ Kinderärzten/ Kinder- und Jugendpsychotherapeuten)  
(vgl. JAmt 10/2005, S. 452 ff.)

### Urteile bezüglich Steuerungsverantwortung und Klärung des Hilfebedarfs

#### **1. BVerwGE 112,98:**

- „Eingliederungshilfemaßnahmen (Bedarf) muss rechtzeitig an Jugendhilfeträger herangetragen werden“

#### **2. BverwG, Urt. V. 11.8.05/5C 18/04**

- Hilfe zur Eingliederung zur angemessenen Schulbildung im Ausland  
(vgl. Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 6/2006, S 301 ff)

#### **3. NasOVG, 23.2.06 (12 ME 474/05)**

- „enthält ein Sachverständigengutachten (neben der Feststellung der seelischen Behinderung), Hinweise auf eine Teilhabebeeinträchtigung, kommt diesem ein „beachtliches Gewicht“ zu“
- „autistisches Syndrom ist oft Mehrfach-Behinderung“
- Voraussetzung für Integrationshelfer im Rahmen des § 35a SGB VIII Abs.1 (Hilfe für angemessene Schulbildung)  
(vgl. JAmt 4/2006, S 200 ff)

#### **4. VG Karlsruhe, 16.10.03 (5 K 2700/03)**

- ohne vorherige Feststellung der Schulbehörde, dass ein besonderer Förderungsbedarf für ein autistische Schüler gegeben ist, besteht kein An-

spruch auf Einzelhilfe nach § 35a SGB VIII  
(vgl. JAmt 01/2004, S. 35 ff)

#### **5. VGH Mannheim, 14. Januar 03, 9 S 2268/02 NDV-RD 3/03**

1. Ob der Besuch einer allgemeinen Schule dem behinderten Kind eine angemessene Schulbildung vermittelt, hat nicht der Träger der Jugend- oder Sozialhilfe zu beurteilen. Dies richtet sich vielmehr nach Schulrecht.
2. Gegenstand der Entscheidung der Schulaufsichtsbehörde ist auch, ob eine – und sei es probeweise – Umschulung eines sonderschulpflichtigen Schülers in eine allgemeine Schule ohne weiteres möglich ist oder zusätzliche Maßnahmen als solche außerhalb des Aufgabenbereichs der Schulverwaltung liegt und auch nicht vom Schulträger bereitgestellt werden muss.
3. Der Sozial- oder Jugendhilfeträger kann die Bereitstellung der besonderen Maßnahme im Wege der Eingliederungshilfe ablehnen, wenn das behinderte Kind eine angemessene Schulbildung gleichermaßen in einer Sonderschule erhalten kann. Ist nur die allgemeine Schule zur Vermittlung einer angemessenen Schulbildung geeignet, so muss – bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen im Übrigen – Eingliederungshilfe gewährt werden. Dem Sozial- oder Jugendhilfeträger bleibt unbenommen, für die Kosten der Maßnahme beim Träger der Schulverwaltung oder beim Schulträger gegebenenfalls mit der Behauptung Rückgriff zu nehmen, diese hätten ihre Einstandspflicht zu Unrecht verneint.

#### **6. OVG Lüneburg, 19. März 03, 4 LB 111/02 NDV-RD 4/03**

Zur Beseitigung oder Milderung einer seelischen Behinderung eines Schulkindes oder zur Verhütung einer drohenden Behinderung und zur Eingliederung des Kindes in die Gesellschaft kann im Einzelfall die Betreuung in einer Internatsschule im Ausland geeignet und erforderlich sein. In diesem Fall hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Kosten der von den Eltern selbst beschafften Maßnahme ab der Antragstellung zu übernehmen, auch wenn das Kind sich schon längere Zeit in dem Internat aufhält und die Eltern bis dahin die Kosten getragen haben. Der Anspruch auf Übernahme der Kosten ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass ein Hilfeplan, Leistungs- und Entgeltvereinbarungen mit dem Träger des Internats nicht bestehen.

#### **7. OVG Münster, 14. März 03, 12 A 1193/01 NDV RD 4/03**

1. Für die Entstehung eines Anspruchs auf Erstattung von Kosten für eine selbst beschaffte Leistung der Jugendhilfe reicht es nicht schon aus, dass die Hilfe vor der Selbstbeschaffung formell beantragt worden ist. Die Bedarfsdeckung muss vielmehr unaufschiebbar sein.
2. Setzt sich die selbstbeschaffte Leistung aus Abschnitten zusammen, die zeitlich voneinander trennbar sind, kann eine zunächst unzulässige Selbstbeschaffung hinsichtlich späterer Abschnitte zulässig werden.

#### **8. OVG Koblenz, 26. Februar 03, 12 A 11452/02 NDV-RD 6/03**

1. Die Zuständigkeit des örtlichen Trägers der öffentlichen Jugendhilfe ergibt sich für einen vor dem 1. April begonnenen Altfall auf Grund der nach § 86 Abs. 1 bis 5 SGB VIII 1993 maßgeblichen Umstände vor und seit Beginn der Leistung. Einen gemeinsamen gewöhnlichen Aufenthalt der Eltern verlangt § 86 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII nicht.
2. Grundsätzlich wird für die Bestimmung der örtlichen Zuständigkeit nicht nach den in den sechs Nummern des § 2 Abs. 2 SGB VIII zusammengefassten Leistungen und Leistungsgruppen unterschieden. Für die Beantwortung der Frage, ob es sich angesichts von Änderungen der Leistung und zusätzlich notwendiger werdender Maßnahmen noch um eine ununterbrochen andauernde, einheitliche Gesamtmaßnahme handelt oder eine neue, andersartige Leistung begonnen hat, für die unter Umständen ein anderer

Jugendhilfeträger örtlich zuständig ist, ist es deshalb entscheidend, ob sich die Leistung trotz aller Modifizierungen, Ergänzungen und Änderungen noch als Fortsetzung der ursprünglichen Leistung darstellt oder aber ob ein von dem früheren Bedarf auf Gewährung einer Leistung zu trennender, andersartiger oder sonst neu entstehender Bedarf an einer Leistung der Jugendhilfe vorliegt.

**9. OVG Münster, 21. August 01, 12 B 582/01 NDV-RD 2/02**

Zur Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrundes in einem Jugendhilfe-rechtlichen Eilverfahren.

**10. OVG Hamburg, 01. Februar 02, Bf 181/00 NDV-RD 3/02**

§ 104 BSHG ist keine - § 97 BSHG ergänzende – „versteckte“ Vorschrift über die örtliche Zuständigkeit, sondern regelt ausschließlich die Kosten-erstattung zwischen den Trägern der Sozialhilfe in sog. Familienpflegefällen (gegen u.a. OVG Lüneburg, ZfF 1995, 160; VGH Kassel NDV-RD 1996, 1340; VGH München, Urteil vom 2. August 2001 –12 B 98.763 -, JURIS)

**11. VG Dessau, 23. August 01, 2 A 550/00 DE NDV- RD 3/02**

1. Beispielhafte Aufzählung der als Eingliederungshilfe in Betracht kommen-den Maßnahmen ist kein Die in § 35a Abs. 1 Satz 2 SGB VIII, § 40 Abs. 1 BSHG und den §§ 6 bis 23 EinglhVO aufgeführte abschließender Katalog der möglichen Hilfen. Der Träger der Kinder- und Jugendhilfe ist deshalb nicht gehindert, auch andere, in den genannten Vorschriften nicht ausdrück-lich erwähnte Maßnahmen – hier: Unterbringung in einem Internat – zu er-greifen oder anzubieten, wenn und soweit diese anderen Maßnahmen ge-eignet und erforderlich sind, die dem Betroffenen drohende Behinderung zu verhüten und ein bereits eingetretene Behinderung zu beseitigen oder zu mildern.

2. § 10 SGB VIII ordnet den Nachrang der Kinder- und Jugendhilfe an, ohne gleichzeitig ein darauf gestütztes Leistungsverweigerungsrecht zu begrün-den.

**12. OVG Münster, 20. Februar 2002, 12 A 5322/00 NDV-RD 5/02**

Zur Vorrangigkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII gegenüber der sozialhilferechtlichen Eingliederungshilfe in einem Fall von atypischem Autismus.

**13. OVG Weimar, 19. April 02; 3 EO 55/00 NDV-RD 5/02**

Die der Pflegeperson eingeräumte Rechtsmacht, für das in die Familien-pflege aufgenommen Kind zu entscheiden und den Inhaber der elterlichen Sorge in Angelegenheiten des täglichen Lebens zu vertreten, verleiht nicht die Rechtszuständigkeit, Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG zu be-antragen, wenn durch Art und Umfang der Hilfe zugleich in erheblicher Wei-se die persönliche Entwicklung des Kindes bestimmt wird.

VGH Mannheim, 12.10.98, 2 S 1988/98 NDV-RD 4/99

Auch bei der dem Grunde nach zulässigen „Selbstbeschaffung“ einer Jugendhilfeleistung ist aus dem Rechtsgedanken des § 5 SGB VIII herzulei-ten, dass die Maßnahme nicht zu „unverhältnismäßigen Mehrkosten“ füh-ren darf.

**VHG München, Beschluss vom 23.02.2005 - 12 CE 04.3152, FEVS 56 (2005), S,562= ZFSH/SGB 2005, S.430**

1. Die Vermittlung einer angemessenen Schulbildung ist eine Angelegenheit des allgemeinen Schulsystems und deshalb haben den schulrechtlichen Anforderungen entsprechende Maßnahmen Vorrang.

2. Ist der Hilfesuchende nach schulischer Beurteilung für den Besuch der gymnasialen Oberstufe nicht geeignet, stellt für ihn ein Schulinternatsbesuch mit dem Ziel des Erwerbs der allgemeinen Hochschulreife keine angemes-

sene Schulbildung nach §35a SGBVIII i.V. m. §54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII dar.

**VG Arnsberg, Urteil vom 02.02.2004 - 11 K 2609/02**

1. Eine Lese- und Rechtschreibschwäche stellt als solche noch keine psychische Störung dar und kann deswegen auch nicht mit einer bestehenden oder drohenden seelischen Behinderung gleichgesetzt werden.
2. Kommen jedoch weitere Funktionsbeeinträchtigungen durch ausgeprägte emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten i.S. einer Anpassungsstörung hinzu liegt ein Teilhaberschwernis i.S. des §35a Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII vor, wenn das betroffene Kind in einem für ihn zentralen Lebensbereich die üblicherweise auftretenden Anforderungen nicht erfüllen kann.
3. Ein Antragssteller kann nur dann darauf verwiesen werden, Leistungen vorrangig verpflichteter Träger (hier: schulische Förderung) in Anspruch zu nehmen, wenn der die Eingliederungshilfe abzudeckende Bedarf auf diese Weise tatsächlich und insbesondere auch rechtzeitig befriedigt werden kann.

**BVerwG, Beschluss vom 11.08.2005 - 5 C 18/04, ZKJ 2006, 301 = FamRZ 2006, S. 947 (LS) = EuG 60 (2006), S.221 = NJW 2006, S. 2201 (LS) = NVwZ 2006, 697 = JAmt 2006, S.310**

1. Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe muss für die Kosten der von Dritten durchgeführten Eingliederungshilfemaßnahmen nur aufkommen, wenn der Hilfebedarf rechtzeitig an ihn herangetragen worden ist (wie BVerwGE 112, 98).
2. Die Verpflichtung eines Jugendhilfeträgers zu vorläufigem Tätigwerden nach § 86d SGB VIII beruht nicht auch einem allgemeinen, auf Fälle ungeklärter sachlicher Zuständigkeit übertragbaren Rechtsgedanken.
3. § 14 SGB IX gilt nicht für die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung im Rahmen der Jugendhilfe.
4. Für den die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Jugendhilfe zu Leistungen an Deutsche im Ausland begründeten tatsächlichen Aufenthalt kommt es nicht auf melderechtlichen Eintragungen an.

**BVerwG, 26.11.98, 5C 38.97 NDV-RD 4/99**

1. Seelische Störungen (allein) genügen noch nicht für die Annahme einer seelischen Behinderung; hinzukommen muss, dass die seelischen Störungen nach Breite, Tiefe und Dauer so intensiv sind, dass sie die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft beeinträchtigt (§35a Abs. 1 SGB VIII, § 3 EinghVO)
2. Danach ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn einerseits bei bloßen Schulproblemen (i. Form d. ADS) und auch bei Schulängsten, die andere Kinder teilen, eine seelische Behinderung verneint und andererseits beispielhaft Störungen die auf Versagensängste beruhende Schulphobie, die totale Schul- und Lernverweigerung, der Rückzug aus jedem sozialen Kontakt und die Vereinzelung der Schule angeführt werden.
3. Von einer seelischen Behinderung bedroht sind Kinder und Jugendliche, bei denen eine seelische Behinderung als Folge seelischer Störungen noch nicht vorliegt, der Eintritt der seelischen Behinderung aber nach allgemeiner ärztlicher oder sonstiger fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit d.h. mit einer Wahrscheinlichkeit von wesentlich mehr als 50% zu erwarten ist (§ 35a Abs. 2 Nr.3 SGB VIII), § 5 EinghVO)
4. Für diese Prognoseentscheidung ist, nach Sinn und Zweck der Eingliederungshilfe, der Beginn der Bedrohung so früh, aber auch nicht früher anzusetzen, dass noch erfolgversprechende Eingliederungshilfemaßnahmen gegen den Eintritt der Behinderung eingesetzt werden können.

**BverwG, 23.9.99, 5C 26.98 NDV-RD 4/00**

1. Hilfe nach § 41 SGB VIII setzt nicht voraus, dass der junge Volljährige seine Verselbständigung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres erreichen wird.

2. Die Vor- und Nachrangregelung in § 10 Abs.2 SGB VIII stellt nicht auf einen Schwerpunkt in Bezug auf ein der beiden Hilfeleistungen ab, sondern allein auf die Art der miteinander konkurrierenden Leistung. Konkurrieren Jugendhilfeleistungen mit den in Satz 2 genannten Maßnahmen der Eingliederungshilfe, so ist nach Satz 2 die Sozialhilfe vorrangig, konkurrieren Jugendhilfeleistungen mit anderen (als den im Satz 2 genannten) Sozialhilfeleistungen, so ist nach Satz 1 die Jugendhilfe vorrangig. Eine Maßnahme der Jugendhilfe (hier Eingliederungshilfe – Drogenentwöhnungstherapie – für einen seelisch behinderten jungen Volljährigen) verliert nicht dadurch ihren Charakter, dass ein Sozialversicherungsträger die Hauptkosten trägt und auch Art und Inhalt der Maßnahme bestimmt. Der örtliche Träger der Jugendhilfe bleibt deshalb verpflichtet, die von dem Sozialversicherungsträger nicht getragenen Nebenkosten (Bekleidungshilfen, Barbetrag) zu übernehmen, und kann vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe nicht verlangen, ihm diese Kosten als Sozialhilfe zu erstatten.

**OVG Lüneburg, Urteil 12.04.00, 4L 2906/99 NDV-RD 4/00**

Eine Maßnahme der Jugendhilfe (hier Eingliederungshilfe – Drogenentwöhnungstherapie – für einen seelisch behinderten jungen Volljährigen) verliert nicht dadurch ihren Charakter, dass ein Sozialversicherungsträger die Hauptkosten trägt und auch Art und Inhalt der Maßnahme bestimmt. Der örtliche Träger der Jugendhilfe bleibt deshalb verpflichtet, die von dem Sozialversicherungsträger nicht getragenen Nebenkosten zu übernehmen, und kann vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe nicht verlangen, ihm diese Kosten als Sozialhilfe zu erstatten.