

**Bestandsaufnahme und Handlungsbedarfe
im Bereich der Eingliederungshilfe (§ 35 a SGB VIII)
in Rheinland-Pfalz**

Expertise

im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit
Rheinland-Pfalz

Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.
Marion Moos und Heinz Müller
Kaiserstraße 31
55116 Mainz
Telefon: 06131-24041-17
E-mail: marion.moos@ism-mainz.de

November 2003

Gliederung

1. Einleitung: Gegenstand, Zielsetzung und methodisches Vorgehen	Seite
2. Zu ausgewählten rechtlichen Aspekten und Fragen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII	Seite
3. Zur Zielgruppe von Eingliederungshilfe	Seite
4. Zur Entwicklung des Ausgaben in der Eingliederungshilfe	Seite
5. Diagnosen, Problembeschreibungen und Zuweisungspraxen	Seite
6. Einschätzungen der Kooperationen zwischen den Jugendämtern und anderen Institutionen	Seite
7. Veränderungen und Hauptprobleme bei der Umsetzung des § 35 a SGB VIII	Seite
8. Vordringliche Handlungsbedarfe aus der Perspektive der Jugendämter	Seite
9. Zusammenfassende Kommentierung der Ergebnisse und Schlussbemerkungen	Seite
Literaturverzeichnis	Seite
Anhang	
1. Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder	Seite
2. Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe zur Anwendung des § 35 a SGB VIII	Seite

1. Einleitung:

Gegenstand, Zielsetzung und methodisches Vorgehen

Der § 35a in der Diskussion

Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben nach § 35a SGB VIII Anspruch auf Eingliederungshilfe. Seit der Novellierung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes 1993 und einer Übergangsregelung bis zum 01.01.1995 handelt es sich hierbei um einen eigenständigen Leistungstatbestand, der nun nicht mehr unter das Spektrum der Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff SGB VIII) subsummiert wird. Diesem Leistungsbereich der Kinder- und Jugendhilfe liegt eine Rechtsnorm zugrunde, die seit ihrer Einführung in das SGB VIII sowohl bezogen auf die Gesetzessystematik, deren fachliche Ausdeutung wie auch im Hinblick auf die praktische Umsetzung höchst strittig diskutiert und mit entsprechenden Folgeproblemen in der Alltagspraxis der Jugendhilfe verbunden war. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass mit den jüngst vorgelegten Änderungsanträgen zum SGB VIII (Deutscher Bundestag 2003), die grundsätzliche Debatte um die Ausgestaltung des § 35a SGB VIII neu entfacht ist.

Wie bereits in den Jahren zuvor gehen die Positionen und die damit verbundenen fachlichen, rechtlichen und fiskalischen Interessen in der Auseinandersetzung mit der Bedeutung und der zukünftigen Ausrichtung der Eingliederungshilfe weit auseinander. Mit dem 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2002) wird weiterhin an der Zielperspektive festgehalten, dass alle Kinder und Jugendliche und damit verbunden in der Konsequenz auch behinderte junge Menschen unter dem Dach der Jugendhilfe und in einer Zuständigkeit zusammengefasst werden. Die Zuordnung der seelisch behinderten oder von einer solchen Behinderung bedrohten jungen Menschen in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe gilt somit als „Kleine Lösung“ und als „Testfall“ auf dem Weg zu dieser weitreichenden Entwicklungsperspektive.

Ganz in eine entgegengesetzte Richtung gehen die derzeit im Bundesrat und Bundestag debattierten Änderungsinitiativen (BR-Drucksache 279/03). Im Kern beziehen sich die hier vorgelegten Änderungen durch eine Unterscheidung zwischen „wesentlich“ und „nicht-wesentlich“ behinderten jungen Menschen auf eine Eingrenzung des Leistungstatbestandes. Einerseits soll hierdurch eine Klarstellung in der bislang oftmals schwierigen Auslegung des Begriffs der „(drohenden) seelischen Behinderung“ erfolgen, die in der Praxis häufig mit Abgrenzungsschwierigkeiten zu anderen Sozialleistungsbereichen einher geht, sowie zu einer höchst unterschiedlichen Hilfestellungspraxis der kommunalen Jugendhilfeträger führt. Neben diesem gesetzessystematischen Klärungsbedarf basiert andererseits der angemahnte Reformbedarf vor allem auf der Feststellung einer bundesweit deutlich gestiegenen Nachfrage- und Kostenentwicklung, vor dem Hintergrund einer angespannten kommunalen Haushaltslage. Der Vorstoß zur Eingrenzung des Leistungstatbestandes zielt deshalb in besonderer Weise auf eine Begrenzung der Ausgaben.

Die zum Teil sehr kontrovers geführten Debatten über den Regelungsbedarf im Bereich der Eingliederungshilfe stützen sich bislang nur auf wenig empirisch ausgearbeitetes Datenmaterial. Neben einer Reihe von Fachpublikationen (z. B. Fegert 1996, Lempp 1999), Tagungsdokumentationen (z.B. Verein für Kommunalwissenschaften 1995, 1997) und Expertisen zu

ausgewählten Fragestellungen (z.B. Fegert 1999), liegen bundesweit kaum Informationen zur Zielgruppe, den Ursachen der Nachfragesteigerung sowie zur Gewährungspraxis der örtlichen Jugendhilfeträger vor. Anders als bei den Hilfen zur Erziehung §§ 27ff SGB VIII, wird die Eingliederungshilfe nicht im Rahmen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik erfasst, so dass weder Angaben zu den Adressaten und Adressatinnen, noch zur Art der gewährten Hilfe oder gar eine zeitreihen- und interkommunal vergleichende Perspektive im Sinne einer systematischen Dauerbeobachtung vorhanden ist. Hinweise zur Inanspruchnahme liefern lediglich einzelne regionale Erhebungen wie sie beispielsweise in Bayern (vgl. www.blja.bayern.de) und in Nordrhein-Westfalen (vgl. Pothmann, Schilling 2000; Pothmann 3/2003) durchgeführt wurden.

Das Fehlen dieser systematischen Informationsquellen wirkt sich in der aktuellen Debatte in besonderer Weise nachteilig aus. Eine fundierte fachliche Zwischenbilanz über die Leistungen und Nachfragebedingungen im Bereich der Eingliederungshilfe ist nur schwer möglich. Damit schwindet auch die Hoffnung, dass die Erfahrungen mit dem § 35a SGB VIII – acht Jahre nach seiner Einführung – als Zwischenschritt auf dem Weg von der Sozialhilfe hin zur Jugendhilfe angesehen werden können, um vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die kommunale Praxis zu einem neuen Hilfetatbestand zu finden (vgl. Wiesner 1997, S.14), der die derzeitigen strukturellen Unklarheiten überwindet. Es ist vor allem die Aufgabe des öffentlichen Jugendhilfeträgers im Rahmen der Planungs- und Gesamtverantwortung die Gestaltungsspielräume, die das rechtliche Konstrukt der Eingliederungshilfe beinhaltet, vor dem Hintergrund der regionalspezifischen Nachfragebedingungen und Kooperationserfordernisse bedarfsgerecht auszugestalten. Personenbezogene soziale Dienstleistungen wie die Eingliederungshilfe lassen sich nur bedingt in ihrer konkreten Ausgestaltung durch Bundes- und Landesrecht eindeutig fassen. Allerdings ist diese Deutungsoffenheit rechtlicher Normierungen nur dann angemessen, wenn sie in einem bestimmten Rahmen zur bedarfsgerechten Ausgestaltung von konkreten Hilfesettings führt und nicht gleichzeitig auch zur Hilfeverweigerung und zu Zuständigkeitsverschiebungen zwischen Systemen. Diese grundsätzlichen Probleme können nur bedingt im Sinne von „best-practise“ von der örtlichen Praxis bearbeitet werden. Eine Vielzahl von Widerspruchsverfahren gegen Jugendamtsentscheidungen zeigen hier Regelungsbedarf. Vor dem Hintergrund dieser fehlenden Informationsbasis wurde das Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz (ism) vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz mit dieser Expertise zur Bestandsaufnahme zur Abbildung der Zielgruppe, zur Hilfestellungspraxis sowie zu Handlungsbedarfen aus der Perspektive der rheinland-pfälzischen Jugendämter beauftragt, um über eine erste Zwischenbilanz Handlungsbedarfe genauer fassen zu können.

Zur methodischen Vorgehensweise und zur Datenqualität

Die Daten der hier vorliegenden Expertise beruhen im Wesentlichen auf einer Fragebogenerhebung bei allen rheinland-pfälzischen Jugendämtern. Der Fragebogen untergliederte sich in drei Blöcke:

Im ersten Block des Fragebogens ging es um eine Bestandsaufnahme zu den in 2002 gewährten Hilfen nach §35a SGB VIII. Erhoben wurden alle laufenden und alle in 2002 abgeschlossenen Hilfen, um nicht nur Stichtagsdaten, sondern die Gesamtzahl aller Hilfen für das Erhebungsjahr zu erhalten. Darüber hinaus wurden Merkmale zur Art der Hilfe sowie zur Zielgruppe (Alter, Geschlecht) erfasst.

In einem zweiten Frageblock ging es im Schwerpunkt um die Erhebung der Zugangswege zum Jugendamt sowie um eine Zuordnung der Fälle zu diagnostischen Merkmalen, die im Kontext der Hilfestellungspraxis und der Nachfragebedingungen von besonderer Bedeutung sind. Mittels dieser Informationen aus den Frageblöcken 1 und 2 sollte ein Zielgruppenprofil erstellt werden, um genauer einschätzen zu können, wo möglicherweise die Ursachen für die Fallzahl- und Kostensteigerung liegen und wie sich die Nachfrage und Hilfestellungspraxis im interkommunalen Vergleich darstellt.

In einem dritten Frageblock wurden Einschätzungen zu Bedingungen gelingender und misslingender Kooperationen ebenso erhoben, wie strukturelle Veränderungen und Handlungsbedarfe, wie sie sich aus der Praxis der kommunalen Jugendhilfe darstellen.

36 von 41 rheinland-pfälzischen Jugendämtern haben sich an der Erhebung beteiligt und den Fragebogen bearbeitet. Das entspricht einer Rücklaufquote von 87,8 Prozent. Aufgrund dieses hohen Rücklaufs kann begründet angenommen werden, dass die quantitativen wie qualitativen Ergebnisse eine verallgemeinerbare Abbildung der rheinland-pfälzischen Erfahrungen mit der Umsetzung der Eingliederungshilfe darstellen.

Zur Datengrundlage muss allerdings einschränkend darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Fragen von allen Jugendämtern beantwortet werden konnten und verschiedentlich Zuordnungsschwierigkeiten bestanden. Zur Zeit erfassen die rheinland-pfälzischen Jugendämter noch nicht edv-technisch fallbezogene Daten in den hier zugrunde liegenden Rastern. Die Beantwortung der hier gestellten Fragen war für die Jugendämter mit einem relativ großen Aufwand verbunden, da zum Teil einzelne Akten gezogen werden mussten. Vor allem Angaben zu Alter und Geschlecht konnten von einigen Jugendämtern nicht gemacht werden, so dass hier nur Tendenzen ablesbar sind. Auch die Frage, welche Fälle nun unter dem § 35a SGB VIII zugeordnet werden und welche nicht, wurden zum Teil uneinheitlich beantwortet. Die Auswertung der Bögen hat gezeigt, dass in einigen Jugendämtern die Fälle im Bereich der Frühförderung nicht unter den § 35a SGB VIII als ambulante Hilfe subsumiert, sondern eigens aufgeführt wurden. Daraus ergeben sich Schwierigkeiten, die Grundgesamtheit zu bestimmen. Trotz dieser Einschränkungen bei der Datenqualität liegt eine valide Informationsbasis vor, um eine erste Zwischenbilanz zur Zielgruppe, Hilfestellungspraxis und Handlungsbedarfen aus der Perspektive der rheinland-pfälzischen Jugendämter ziehen zu können.

Zum Aufbau der Expertise

Bevor die konkrete Situation in Rheinland-Pfalz dargestellt wird, werden im 1. Kapitel die rechtlichen Rahmenbedingungen kurz skizziert. Daran schließen sich die Auswertungen zur Zielgruppe, zu den Zuweisungspraxen und der Kostenentwicklung an. In einem weiteren Kapitel werden die Einschätzungen zur Kooperationsqualität des öffentlichen Jugendhilfeträgers zu anderen Sozialleistungs- und Rehabilitationsträgern, Institutionen (Schule) und Professionen dargestellt. Die Abbildung der Fragebogenergebnisse endet mit den Angaben der Jugendämter zu Veränderungen und Handlungsbedarfen, die sich vor dem Hintergrund des spezifischen örtlichen Erfahrungsgewinns generieren lassen. Die Expertise schließt mit einer zusammenfassenden Darstellung und Kommentierung der Ergebnisse.

An dieser Stelle sei allen Beteiligten, die an der Erstellung der Expertise beteiligt waren, ganz herzlich gedankt. Zunächst allen Fachkräften der Jugendämtern, die mit viel Mühe und

zeitlichem Aufwand das „Fallwissen“ zusammentragen mussten, damit überhaupt Informationen zur Zielgruppe von Eingliederungshilfe erhoben werden konnten. Darüber hinaus gilt unser Dank auch den Mitgliedern der Arbeitsgruppe auf Landesebene (Ministerium, Landesjugendamt, Vertreter der Jugendämter), die von der Fragebogenkonstruktion bis hin zur Dateninterpretation den gesamten Prozess der Expertisenerstellung begleitet haben.

2. Zu ausgewählten rechtlichen Aspekten und Fragen der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII

Der Übertragung der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche von der Sozial- auf die Jugendhilfe ging eine lange Diskussion voraus, die in der vorliegenden Fassung des § 35 a SGB VIII in die so genannte „kleine Lösung“ gemündet ist. Lange Zeit wurde am Kinder- und Jugendhilfegesetz kritisiert, dass es nicht gelungen sei, einen umfassenden Erziehungs- und Förderungsanspruch für alle Kinder und Jugendlichen, das heißt eben auch behinderte junge Menschen in einem Gesetz und unter dem Dach der Jugendhilfe zu bündeln. Mit dem 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung wird diese Forderung wieder erneuert, wohl wissend um die erheblichen fachlichen und fiskalischen Konsequenzen, die mit der Umsetzung der „großen Lösung“ verbunden wären (BMFSFJ 2002, S.229).

Wie in kaum einem anderen Leistungsbereich der Jugendhilfe zeigt sich bei der Frage, wie die Eingliederungshilfe rechtssystematisch zu fassen und auszugestalten sei, eine kontroverse Debatte, die lange vor Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes bereits geführt wurde und bis heute ungebrochen anhält. Nicht nur die Grundsatzfrage der Zuordnung von allen behinderten jungen Menschen zur Jugendhilfe durchzieht diese Debatte wie ein roter Faden, sondern auch Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen unterschiedlichen Sozialleistungsträgern, sowie Definitions- und Verfahrensunklarheiten im Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen und Institutionen.

Die besonderen Schwierigkeiten in der Ausgestaltung der Eingliederungshilfe bestehen nicht nur darin, dass es im engeren Kontext der Beschreibung des Leistungstatbestandes Klärungsbedarf gibt (z.B. dabei, was unter (drohender) seelischer Behinderung zu verstehen ist), sondern dass sich hier eine Reihe struktureller Fragen der Jugendhilfe in jedem Fall mehr oder weniger verdichten.

Vom Unterfall der Hilfen zur Erziehung zum eigenständigen Leistungstatbestand

Bei der Einführung des SGB VIII wurde in § 10 Abs. 2 und § 27 Abs. 4 die vorrangige Zuständigkeit der Träger der öffentlichen Jugendhilfe für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie § 41 für seelisch behinderte junge Volljährige festgeschrieben. Dafür wurde zunächst kein eigenständiger Leistungstatbestand der Eingliederungshilfe für (seelisch) behinderte Kinder und Jugendliche geschaffen. Sichtbar blieb die Zuordnung lediglich in der Anreicherung der Rechtsfolgen der Hilfen zur Erziehung (§ 27 Abs. 4). Die Integration der seelisch behinderten jungen Menschen sollte ein Testfall für die Jugendhilfe sein und eine vorübergehende rechtliche Lösung. Das SGB VIII ging in der ursprünglichen Fassung davon aus, dass bei jeder (drohenden) seelischen Behinderung zugleich auch eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung in der

Familie nicht gewährleistet sei und dass medizinisch-therapeutische Maßnahmen immer auch pädagogische Hilfen einschließen müssen. Mit der Zuordnung der eingliederungsbezogenen Hilfen zu den Hilfen zur Erziehung wurde zu dem die nicht unproblematische Etikette „seelische Behinderung“ vermieden, die dem Normalisierungsanspruch des SGB VIII entgegen steht.

Diese Lösung wurde mit der Änderung des SGB VIII von 1993 abgewandelt. Vor allem mit dem Argument, dass die Gewährung einer Eingliederungshilfe nicht zwangsläufig mit erzieherischen Problemen der Eltern einhergehen muss, Vollzugsprobleme in der Praxis vorlagen und Zugangswege über Ärzte statt über das Jugendamt niedrigschwelliger schienen, wurde die Eingliederungshilfe aus dem Leistungsspektrum der Hilfen zur Erziehung herausgelöst. Zudem sollten über die Neufassung des § 35 a SGB VIII Abgrenzungsprobleme zur Sozialhilfe behoben werden. Diese Abgrenzungsprobleme wurden in verstärktem Maße virulent, als zunehmend „Fälle“, in denen eine (drohende) seelische Behinderung nicht mit „Erziehungsdefiziten“ der Eltern einhergingen, in die Sozialhilfe rückverlagert wurden. Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Mädchen und Jungen wurde mit der Novelle des Kinder- und Jugendhilfegesetzes 1993 im § 35 a SGB VIII als eigener Leistungstatbestand neben den Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff SGB VIII) etabliert.

Allerdings wurden durch die Neuregelung die Zuordnungs- und Zuständigkeitsfragen nicht gänzlich geklärt. Auch weiterhin finden sich unterschiedliche Positionen und Praxen in der kommunalen Jugendhilfe. So wird einerseits weiter daran festgehalten, dass über eine Qualifizierung des § 27 ff SGB VIII ein eigenständiger Leistungstatbestand überflüssig sei. Zu dem könne durch eine Subsummierung zu den Hilfen zur Erziehung eine Spezialisierung der Angebotsstruktur verhindert werden, die mit Stigmatisierungseffekten für diese besondere Zielgruppe verbunden sei. Andererseits zeigt sich aber ebenso die Position, die eine offensive Nutzung des § 35 a SGB VIII vertritt, um damit die Rechtsposition dieser neuen Zielgruppe der Jugendhilfe zu stärken und eine qualifizierte Infrastrukturentwicklung zu fördern (vgl. Wiesener 1996, Gintzel/Schöne 4/1995, Cobus-Schwertner 1998). Es ist zu vermuten, dass diese gegenläufigen Positionen auch zu einer sehr unterschiedlichen Hilfestellungspraxis in den bundesdeutschen Kommunen führen. So stellt das Deutsche Jugendinstitut bei einer repräsentativen Befragung der Jugendämter im Jahr 1999 fest, dass in etwa jedem zwölften Jugendamt überhaupt keine Hilfe nach § 35 a SGB VIII gewährt wird (vgl. van Santen u.a. 2003, S. 309).

Zum Verhältnis der Eingliederungshilfe zu anderen Sozialleistungsbereichen und Rehabilitationsträgern

Das Verhältnis von Jugend- und Sozialhilfe ist im Kontext der seelischen Behinderung ein Besonderes. So schließen einzelne Vorgaben des § 35 a SGB VIII an Definitionen und Ab-

grenzungen des BSHG an, der Personenkreis wird jedoch im § 35 a anders benannt. So haben nach § 39 BSHG nur Personen einen Rechtsanspruch, die wesentlich körperlich, geistig oder seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind. Bei nicht wesentlichen Behinderungen sieht das BSHG nur eine Ermessensleistung vor. Der § 35 a SGB VIII Abs.1 Satz 1 räumt dagegen allen Kindern und Jugendlichen, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, einen Rechtsanspruch ein. Im Kontext der Jugendhilfe muss demnach die Eingliederung in die Gesellschaft nicht in erheblichem Umfang, sondern lediglich beeinträchtigt sein. Die Pflicht zu präventiven Leistungen bei möglicherweise zu erwartenden Behinderungen besteht zudem. Von daher ergibt sich auch die Notwendigkeit, Leistungsabgrenzungen anders zu bestimmen, als dies nach den Vorgaben des BSHG der Fall war (vgl. Münder 1998, S. 317f).

Hinsichtlich der Bestimmung von Aufgaben und der Art der Leistungen für seelisch behinderte Mädchen und Jungen verweist der § 35 a SGB VIII auf den § 40 BSHG. Allerdings ist der Maßnahmenkatalog zum § 40 BSHG 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 (§ 39 Abs.3 Satz 1). Für den Kontext der seelischen Behinderung kommen an Maßnahmen vor allem in Frage:

- a. Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 BSHG, Nr.1)
- b. Heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die nicht im schulpflichtigen Alter sind (Nr. 2 a)
- c. Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung (Nr. 3)
- d. Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Nr. 8)

Durch die Änderung des „SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ im Jahr 2001 ergaben sich nochmals Veränderungen für die Jugendhilfe. So wurden in diesem Kontext die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger (= Träger der Leistungen zur Teilhabe gem. § 6 SGB IX) aufgenommen. Die Jugendhilfeträger kommen allerdings nur als Rehabilitationsträger in Betracht, soweit Leistungen für seelisch Behinderte oder von solcher Behinderung bedrohte junge Menschen zu gewähren sind.

Für den Bereich der Frühförderung hat sich gezeigt, dass gerade bei jüngeren Kindern eine Abgrenzung der Behinderungsformen kaum zu leisten ist. Mit der Novellierung des SGB VIII wurde den Ländern die Ermächtigung erteilt, für Maßnahmen der Frühförderung unabhängig von der Art der Behinderung die Zuständigkeit anderer Leistungsträger als der Jugendhilfe vorzusehen (§ 10 Abs.2 Satz 3 SGB VIII).

Bei sogenannten „Mehrfachbehinderungen“ sieht das Gesetz keine eindeutige Zuordnung vor. So bestehen aus rechtlicher Sicht drei Lösungsmöglichkeiten: 1. die Anknüpfung an die Gesamtzuständigkeit der Sozialhilfe, 2. die Zuordnung nach dem Schwerpunkt der Behinderung bzw. der Primärbehinderung oder 3. die komplementäre Zuständigkeit verschiedener Leistungsträger (vgl. Wiesner 1996, S. 14).

Wann liegt ein Anspruch auf Eingliederungshilfe vor?

Für die Leistungstatbestandsvoraussetzungen des § 35 a SGB VIII wurde eine Konkretisierung vorgenommen. So erfolgt die Prüfung auf zwei Ebenen, die beide nebeneinander erfüllt sein müssen. Zum einen bezieht sie sich auf medizinisch-psychiatrische Sachverhalte, zum anderen auf sozialpädagogische Aspekte. So haben Kinder und Jugendliche gemäß § 35 a SGB VIII 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.

Eine Abweichung der seelischen Gesundheit ist auf Grund der Diagnose eines Arztes, der über besondere Erfahrungen in der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche verfügt, festzustellen. Die meisten Ärzte bzw. Psychologen erstellen die Diagnose entsprechend dem sogenannten multiaxialen Klassifikationsschema. Dieses verläuft entlang der sechs Achsen: 1. Kinderpsychiatrische Diagnose (ICD 10), 2. Entwicklungsverzögerung, 3. Intelligenz, 4. Körperliche Begleit- und Grunderkrankungen, 5. psychosoziale Belastungen, 6. globale Schweregradeinschätzung.

Die medizinisch-psychiatrisch festgestellte Funktionsstörung stellt für sich genommen noch nicht die (drohende) seelische Behinderung dar. Erst die Auswirkungen dieser Beeinträchtigung im Hinblick auf die Teilnahme des Mädchen bzw. Jungen am Leben in der Gesellschaft komplettieren den Tatbestand. Das federführende Jugendamt hat, in Zusammenarbeit mit den beteiligten Fachdisziplinen (vor allem Ärzte und Kinder- und Jugendpsychiatrie), die abschließende Beurteilung zu treffen, ob infolge des festgestellten Abweichens des seelischen Gesundheitszustandes die Teilhabe des Kindes bzw. Jugendlichen am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt bzw. eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Damit wird deutlich, dass „in diesem Feld medizinisch-psychiatrische und sozialpädagogische Kompetenz zusammenwirken müssen, um eine notwendige und angemessene Hilfe zu planen. Auch wenn der medizinischen Profession Kompetenz und Definitionsmacht im Bezugsfeld der „seelischen Störung“ zugesprochen wird, so ist die Frage einer möglicherweise hieraus resultierenden sozialen Beeinträchtigung (Behinderung) keinesfalls allein oder zum wesentlichen Teil aus dem medizinisch-psychiatrischen Bezugssystem abzuleiten. Gefragt ist vielmehr

sozialpädagogisches Wissen, einschließlich der Wissens um die Belastbarkeiten und ggf. die spezifische individuelle Ausgestaltung pädagogischer (auch pädagogisch-therapeutischer) Settings“ (Münder 1998, S. 317). Wie in kaum einem anderen Bereich der Jugendhilfe sind somit im Kontext der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII besondere Kooperationsverpflichtungen festgeschrieben.

Was heißt „seelische Behinderung“?

Auch der Begriff der Behinderung trägt in der Praxis nicht unbedingt zu einer Klärung der rechtlichen Grundlagen der Hilfestellung bei. Da kein allgemeingültiger und fachdisziplinen übergreifender Behinderungsbegriff besteht, bedarf dieser einer entsprechenden Auslegung für die Jugendhilfe. Als behindert können jene jungen Menschen angesehen werden, die in ihrer individuellen sozialen, kognitiven, emotionalen, körperlichen und psychischen Entwicklung so beeinträchtigt sind, dass ihre gesellschaftliche Integration wesentlich erschwert ist und dadurch ein (sozial-)pädagogischer Förderbedarf entsteht. Entsprechend kann unter einer seelischen Behinderung, die Beeinträchtigung durch eine psychische Störung/Erkrankung verstanden werden, die eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und den damit verbundenen Sozialisationsprozessen erschwert. Die Ursachen, die zu einer psychischen Beeinträchtigung führen können, sind vielfältig. Entsprechend bezieht sich eine Eingliederungshilfe bei seelischer Behinderung immer auf Wechselwirkungen zwischen bestimmten Beeinträchtigungen und sozialen Umständen. Seelische Behinderung bezieht sich immer, unabhängig davon, welche Ursache im Einzelfall ausschlaggebend ist, auf eine gefährdete bzw. misslungene soziale Integration.

Im Rahmen der Neudefinition des Behindertenbegriffs durch das SGB IX wurde Teilhabe unterteilt in Teilhabe an der eigenen Alltagsbewältigung, Teilhabe in Verbindung mit Bewegungsfreiheit, Teilhabe am Austausch von Informationen, Teilhabe in sozialen Beziehungen, Teilhabe im häuslichen Leben und bei der Unterstützung anderer, Teilhabe an Bildung, Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, Teilhabe am wirtschaftlichen Leben, Teilhabe in der Gemeinde und am sozialen wie bürgerlichen Leben (vgl. Wiesner u. a. 2002, S. 7). Die gesellschaftliche Teilhabe ist im Kontext der seelischen Behinderung dann als eingeschränkt zu sehen, wenn die Ausübung sozialer Funktionen und Rollen beeinträchtigt ist. Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erfordert Kenntnisse und (teilweise) Anerkennung der Regeln der Gemeinschaft. Eine Auseinandersetzung mit diesen Regeln gehören ebenso dazu, wie die aktive Gestaltung der Spannung von Zugehörigkeit (Sozialität) und Freiheit (Autonomie). Durch die gesellschaftliche Teilhabe wird die Entwicklung von Selbstbild (Identität) und Dialogfähigkeit (Kommunikation) ermöglicht, gleichzeitig setzt sie diese voraus. (vgl. Schrappner, Mainz 2003, Referat SPFZ-Tagung). Aufgabe der Jugendhilfe ist es, einzuschätzen, ob diese Fähigkeiten in ausreichendem Maße vorhanden sind oder ob eine Beeinträchtigung vorliegt.

Eine weitere Besonderheit des § 35 a SGB VIII ist darin zu sehen, dass Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, einen eigenen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben. Anders als bei den Hilfen zur Erziehung sind es nicht die Personensorgeberechtigten. Durch diese Verschiebung des Anspruchs soll eine Verantwortungsentlastung für die mit der Erziehung betrauten Personen einhergehen, da bei einer seelischen Behinderung von den Sorgeberechtigten nicht zu verantwortende Ursachen zu Grunde gelegt werden.

Eingliederungshilfe an der Schnittstelle zum Verantwortungsbereich der Krankenkassen

Neben den Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes sowie des SGB IX gibt es ebenso Vorgaben bezüglich der Zuständigkeit und des Verantwortungsbereichs der Krankenkassen im Verhältnis zur Jugendhilfe. Krankenkassen übernehmen die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, wenn eine krankheitswertige Ausgangssituation vorliegt.

Hervorzuheben ist hier insbesondere der Bereich der Frühförderung, welcher sich auf noch nicht eingeschulte behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder bezieht. So gibt es für Rheinland-Pfalz die „Vereinbarungen über die Entgeltgestaltung der nichtmedizinischen Frühförderung in den Sozialpädiatrischen Zentren und den angeschlossenen Frühförderstellen in Rheinland-Pfalz“, die am 01.01.1996 in Kraft getreten ist. Die „Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV)“¹ vom 24. Juni 2003 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung konkretisiert die Kostenübernahme zwischen Jugendhilfe und Krankenkassen für den Bereich der nichteingeschulten Kinder neu.

Somit fallen unter die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, welche von der Krankenkasse zu übernehmen sind, insbesondere die ärztliche Behandlung einschließlich der zur Früherkennung und Diagnostik erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten, nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, soweit und solange sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Förder- und Behandlungsplan aufzustellen und Heilmittel, insbesondere physikalische Therapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Beschäftigungstherapie, soweit sie auf Grund des Förder- und Behandlungsplans erforderlich sind.

In Abgrenzung zu diesen Leistungen der medizinischen Rehabilitation stehen heilpädagogische Leistungen, welche von der Sozial- bzw. Jugendhilfe (je nach Behinderungsart) übernommen werden. Heilpädagogische Leistungen umfassen alle Maßnahmen, die die Ent-

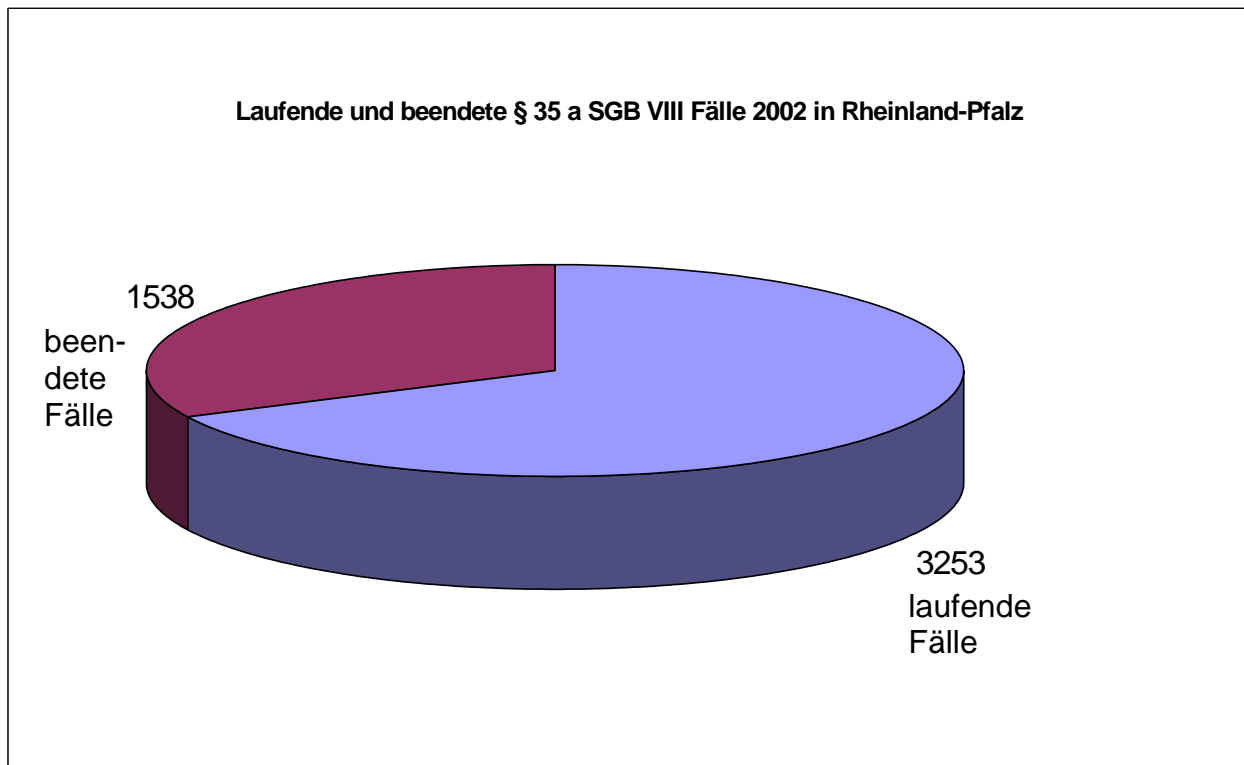
¹ Siehe Anhang

wicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen. Durch die Frühförderverordnung des Bundes haben Krankenkassen als vorrangiger Leistungsträger an Bedeutung gewonnen. Regelungsbedarf besteht bislang noch dahingehend, welche Konsequenzen aus dieser Verordnung auf Landesebene gezogen werden.

Nach mehr als acht Jahren Erfahrung mit der Neuregelung des § 35 a SGB VIII zeigt sich, dass die rechtlichen Grundlagen nicht dazu geführt haben, dass über eine entsprechende Auslegung und etablierte Arbeitsroutinen Zuständigkeitsfragen und Abgrenzungsprobleme zu anderen Leistungsbereichen gut geklärt werden konnten. Die Forderungen des 11. Kinder- und Jugendberichtes verdeutlichen, dass auch die grundsätzliche Diskussion darüber, ob nicht doch alle Kinder und Jugendlichen inklusive der körperlich und geistig behinderten jungen Menschen unter dem einheitlichen Dach der Jugendhilfe integriert werden sollten, nicht abgeschlossen ist. Auch findet die Neufassung des § 35 a SGB VIII, d.h. die Herauslösung aus dem Leistungsspektrum der Hilfen zur Erziehung keine uneingeschränkte Zustimmung. Sowohl die Empfehlungen von Fachverbänden und überörtlichen Trägern der Jugendhilfe, wie auch in Verwaltungsvorschriften der Kommunen findet sich nach wie vor der Hinweis, dass der § 35 a SGB VIII neben den Hilfen zur Erziehung aufgrund der breiten Überschneidungsbereiche keine Anwendung zu finden braucht. Der unbestimmte Begriff der „seelischen Behinderung“ in Verbindung mit der Frage, welche Konsequenzen sich daraus für die konkrete Ausgestaltung von Hilfen zur Befähigung junger Menschen an gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten ergeben, trägt wenig dazu bei, die vielfältigen Abgrenzungsprobleme zum BSHG und zu anderen Leistungsträgern zu klären.

3. Zur Zielgruppe von Eingliederungshilfe

Da die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik den Bereich der Eingliederungshilfe auspart, liegen bundes- und landesweit keine Angaben zu Fallzahlen oder zur Zielgruppe vor. Aus diesem Grund wurden im Fragebogen an die rheinland-pfälzischen Jugendämter Angaben zur Anzahl der Fälle im Jahr 2002 erhoben. Um tatsächlich alle jungen Menschen, die im Laufe eines Jahres eine Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII erhalten haben, zu erfassen, ist es sinnvoll, die Summe aus den zum 31.12. laufenden und den im abgelaufenen Jahr beendeten Maßnahmen zu bilden. Darüber hinaus sollten Alter und Geschlecht sowie eine Zuordnung zur Art der Hilfe (ambulant, teilstationär, stationär) vorgenommen werden. Um herauszufinden, ob sich die Eingliederungshilfe als eigener Leistungstatbestand etabliert hat, wurde ferner danach gefragt, in wie viel Fällen eine Kombination mit den Hilfen zur Erziehung vorliegt oder nicht.



Im Jahr 2002 hat es insgesamt 4791 Fälle² nach § 35 a SGB VIII in den 36 von 41 rheinland-pfälzischen Jugendämtern gegeben. Das heißt, die Fallzahlen in Rheinland-Pfalz müssen noch deutlich über diesem Wert liegen, da nur 87,8 % der rheinland-pfälzischen Jugendämter im Rücklauf erfasst wurden. 68 % dieser Fälle sind zum Stichtag 31.12.02 noch laufend, 32 % beendet.

² Die tatsächliche Fallzahl liegt noch höher, da einige Jugendämter die § 35a SGB VIII Fälle, die in den Bereich der Frühförderung fallen, nicht eingerechnet haben.

Interkommunale Disparitäten prägen die Nachfragesituation

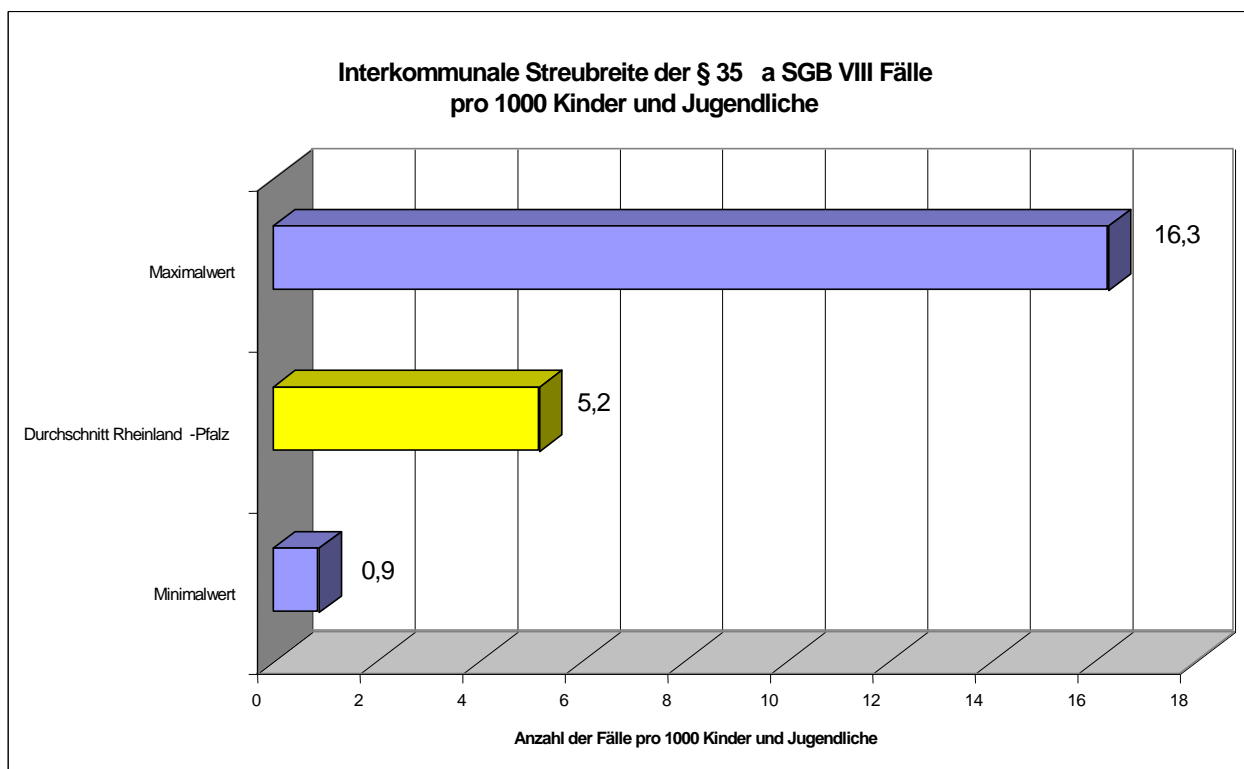
Bezieht man die absolute Fallzahl auf die Zahl der in Rheinland-Pfalz lebenden Kinder und Jugendlichen unter 21 Jahre, d.h. man setzt die Inanspruchnahme ins Verhältnis zur Bevölkerungszahl, dann haben im Jahr 2002 pro 1000 Kinder und Jugendliche im Durchschnitt 5,2 der 0- bis unter 21jährigen Eingliederungshilfen nach § 35 a erhalten. Betrachtet man zum Vergleich die relative Inanspruchnahme von erzieherischen Hilfen (§§ 29-34 KJHG) in Rheinland-Pfalz für das Jahr 2000³, so zeigt sich, dass 12,2 Kinder und Jugendliche pro 1000 der 0-bis unter 21jährigen diese Art von Hilfen erhielten. Sowohl die Auswertung der Fallzahlen wie des Eckwertes für die Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe zeigt, dass sich hier ein eigenständiger Leistungsbereich von erheblicher Relevanz in der Kinder- und Jugendhilfe ausgebildet hat. Die Fallzahlen der Eingliederungshilfe übersteigen mittlerweile die Summe aller ambulanten und teilstationären Hilfen zur Erziehung, die im Jahr 2000 bei 3415 gewährten Hilfen in Rheinland-Pfalz lag (vgl. ism 2003).

In einem weiteren Auswertungsschritt sollte der Frage nachgegangen werden, wie sich die Inanspruchnahme und die Gewährung von Eingliederungshilfe für die einzelnen rheinland-pfälzischen Jugendämter darstellt. Damit sollte die These überprüft werden, ob sich ähnlich der Situation in anderen Bundesländern auch in Rheinland-Pfalz eine erhebliche Streubreite bei der Gewährung der Eingliederungshilfe aufzeigen lässt. Die Streuung des Eckwertes für Eingliederungshilfen nach § 35 a SGB VIII pro 1000 Mädchen und Jungen ist zwischen den einzelnen Jugendämtern erheblich. So liegt der Minimalwert bei 0,9 Fällen und der Maximalwert bei 16,3 Fällen pro 1000 Kinder und Jugendliche. Das heißt, die Nachfrage und Hilfestellung streut zwischen den rheinland-pfälzischen Kommunen um das 16fache und liegt damit deutlich über der Streubreite im Bereich der Hilfen zur Erziehung (ca. 8fach). Damit bestätigt sich auch für Rheinland-Pfalz eine Tendenz, die bereits durch die Untersuchung des Deutschen Jugendinstituts (vgl. van Santen u.a. 2003) und in den HZE-Berichten 2000 und 2001 für Nordrhein-Westfalen (vgl. Pothmann/Schilling 2002, Pothmann 2003) aufgezeigt wurden.

Über die Ursachen, die zu dieser erheblichen interkommunalen Streubreite führen, können an dieser Stelle nur Hypothesen aufgestellt werden, die nur begrenzt mit den vorliegenden Daten überprüft werden können. Auszuschließen ist allerdings, dass diese interkommunalen Disparitäten ausschließlich auf eine unterschiedliche Bedarfssituation zurückgeführt werden können, sondern daneben auch andere Einflußgrößen wirken. Anzunehmen ist, dass auch in einigen rheinland-pfälzischen Jugendämtern, der § 35 a SGB VIII nur in Ausnahmen Anwendung findet und die meisten Fälle nach wie vor den Hilfen zur Erziehung zugeordnet werden.

³ Leider liegen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht die Vergleichswerte des Jahres 2002 vor. Das Jahr 2000 wurde gewählt, da es sich in diesem Jahr um eine Vollerhebung handelt, 2001 war lediglich eine Fortschreibung.

Die These wird durch einige qualitative Anmerkungen in den Fragebögen untermauert. Ferner könnte auch eine regional ungleich ausgestattete Angebotsstruktur die Nachfrage beeinflussen. Demnach wäre anzunehmen, dass in Jugendamtsbezirken mit einer gut ausgebauten Infrastruktur mit Angeboten in den unterschiedlichen Bereichen der Eingliederungshilfe (z.B. Teilleistungsstörungen, Frühförderzentren, Spezialeinrichtungen) die Nachfrage höher liegt, als in Kommunen, in denen nur wenige Angebote vorhanden sind. Diese Hypothese kann im Rahmen der Expertise nicht überprüft werden, da zur Angebotsstruktur in den Kommunen keine ausdifferenzierten Angaben erhoben wurden. Allerdings weisen einige qualitative Anmerkungen aus dem Erhebungsbogen auf diesen Zusammenhang hin. Letztlich deuten einige Aussagen von ExpertInnen darauf hin, dass geringe Fallzahlen und Eckwerte einiger Kommunen auch dadurch bedingt werden, dass weiterhin überwiegend Zuordnungen zum BSHG erfolgen oder auch Leistungen über die Krankenkassen abgerechnet werden können, die in anderen Kommunen unter dem § 35 a SGB VIII erfasst werden.



Keinen nennenswerten Unterschied macht eine Differenzierung nach Landkreisen und Städten. Anders als im Bereich der Hilfen zur Erziehung, wo das relative Fallaufkommen in den Städten deutlich höher liegt als in den Landkreisen (vgl. MASFG 2003, S. 10), ist diese Tendenz im Bereich der Eingliederungshilfen nach § 35 a SGB VIII nicht zu erkennen. Eine mögliche Erklärung für die im Kontext der Eingliederungshilfe nicht vorhandenen Differenzen zwischen Stadt und Land könnte sein, dass die soziokulturellen Belastungen- die in den Städten in der Regel deutlicher ausgeprägt und die für Hilfen zur Erziehung von großer Be-

deutung sind, im Rahmen der (drohenden) seelischen Behinderung keine bzw. weniger Bedeutung erlangen. Für den Bereich der Hilfen zur Erziehung kann nachgewiesen werden, dass es einen Zusammenhang zwischen soziostrukturellen Belastungsfaktoren und der Höhe der Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen gibt. Dieser Zusammenhang lässt sich auch empirisch belegen (vgl. Bürger 1999, LWV 2002), kann aber auch fachlich gut erklärt bzw. begründet werden. Mit zunehmenden gesellschaftlichem Ausgrenzungserfahrungen (z.B. Armut, Arbeitslosigkeit) wachsen auch die Bewältigungsanforderungen, die an Familien gestellt werden. Je stärker diese Belastungsfaktoren ausgeprägt sind, desto größer ist auch das Risiko, dass ein gelingender Alltag und positive Sozialisationsbedingungen für Kinder und Jugendliche nicht hergestellt werden können. Demnach steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass Erziehungsprozesse scheitern, Überforderungssituationen, Krisen und Vernachlässigung eintreten und professionelle Unterstützungsleistungen z.B. in Form einer erzieherischen Hilfe erforderlich werden (vgl. Ism 2003). Es ist anzunehmen, dass die Zielgruppe der § 35 a SGB VIII Fälle in weiten Teilen nicht mit der Zielgruppe der Hilfen zur Erziehung übereinstimmt. Dies lässt sich zum einen auf Grund der unterschiedlichen Fallverteilung zwischen Stadt und Land im Vergleich zu den Hilfen zur Erziehung vermuten. Zum anderen finden sich in den Erhebungsbögen zahlreiche Hinweise darauf, dass es sich hier um eine gänzlich neue Zielgruppe für die Jugendhilfe handelt, die bisher so nicht über die Hilfen zur Erziehung oder andere Jugendhilfeleistungsbereiche erfasst wurde.

Die Fallzahlen und die dadurch entstehenden Kosten zeigen die faktische Bedeutung des § 35 a SGB VIII für die Jugendhilfe. Das neue umfangreiche Aufgaben- und Leistungsfeld der Eingliederungshilfe wurde in die Jugendhilfe integriert, ohne dass Bedeutung und Umfang dieser Umstrukturierung im Vorfeld absehbar waren. Die Kommunen wurden landes- und bundesweit relativ unvorbereitet mit der neuen fachlichen und rechtlichen Grundlage konfrontiert. In der Regel mussten diese neuen Aufgaben personalneutral bewerkstelligt werden.

Männliche Kinder und Jugendliche sind bei den AdressatInnen von Eingliederungshilfe überrepräsentiert

Betrachtet man die Fallzahlen geschlechterdifferenziert, so lässt sich herausstellen, dass **ca. zwei Drittel der § 35 a SGB VIII Fälle männlichen Geschlechtes** sind. Eine ähnliche Verteilung von männlichen und weiblichen Kindern und Jugendlichen findet sich bei den Fällen des Jahres 1999 in Bayern⁴ und den Untersuchungen aus Nordrhein-Westfalen (vgl. Pothmann/Schilling 2002, Pothmann 2003). Vergleicht man diesen Wert mit anderen einschlägigen Untersuchungen (vgl. Hartwig 2001) zur Geschlechterverteilung in den Erziehungshilfen,

⁴ Vgl.: <http://www.blja.bayern.de/Aufgaben/PlanungStatistik/Jugendhilfestatistik/StatistikJugendhilfe/Eingliederungshilfe.htm>
Stand 1.09.2003

so zeigt sich ebenfalls, dass Mädchen unterrepräsentiert sind. Eine ähnliche Überrepräsentanz männlicher Kinder und Jugendlicher wird schon seit langer Zeit konstant auch bei der Inanspruchnahme von Erziehungsberatung (vgl. Menne 2001, S. 99) festgestellt. Eine Hypothese, wie diese Unterrepräsentanz zu erklären ist, geht in die Richtung, dass Mädchen belastende Situationen und Lebenslagen eher „still“ und nach außen unauffälliger als Jungen verarbeiten. Die Unterrepräsentanz von Mädchen könnte auch damit zusammenhängen, dass sie in einigen Bereichen eher krankheitswertige Störungsbilder, wie z.B. Bulimie oder Magersucht ausbilden und damit nicht in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe fallen. Das bedeutet jedoch nicht, dass ihre Problemlagen als weniger schwerwiegend einzuschätzen sind, sie werden nur anders wahrgenommen. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Nachfrage nach Eingliederungshilfe nicht nur etwas mit der geschlechtsspezifischen Ausprägung „psychische Störung“, sondern auch geschlechtsspezifischer Ausdrucksformen von Bewältigungshandeln zu tun haben, die wiederum entsprechende Reaktionen der Bezugspersonen bzw. professionelle Wahrnehmungsmuster beeinflussen. Das heißt, finden „psychische Störungen“ ihren Ausdruck in als normabweichend definierten Handlungen, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass professionelle Unterstützungssysteme eingebunden werden. „Stille“ Reaktionsweisen bleiben länger folgenlos. Betrachtet man die Ergebnisse im Kapitel Diagnose näher, so liegt die Vermutung nah, dass dieses Phänomen auch für den Bereich der Eingliederungshilfe gilt, da „auffällige“ Verhaltensweisen und Aufmerksamkeitsstörungen einen Großteil der indizierten Probleme ausmachen.

Zur Altersstruktur der Kinder und Jugendlichen in Eingliederungshilfe

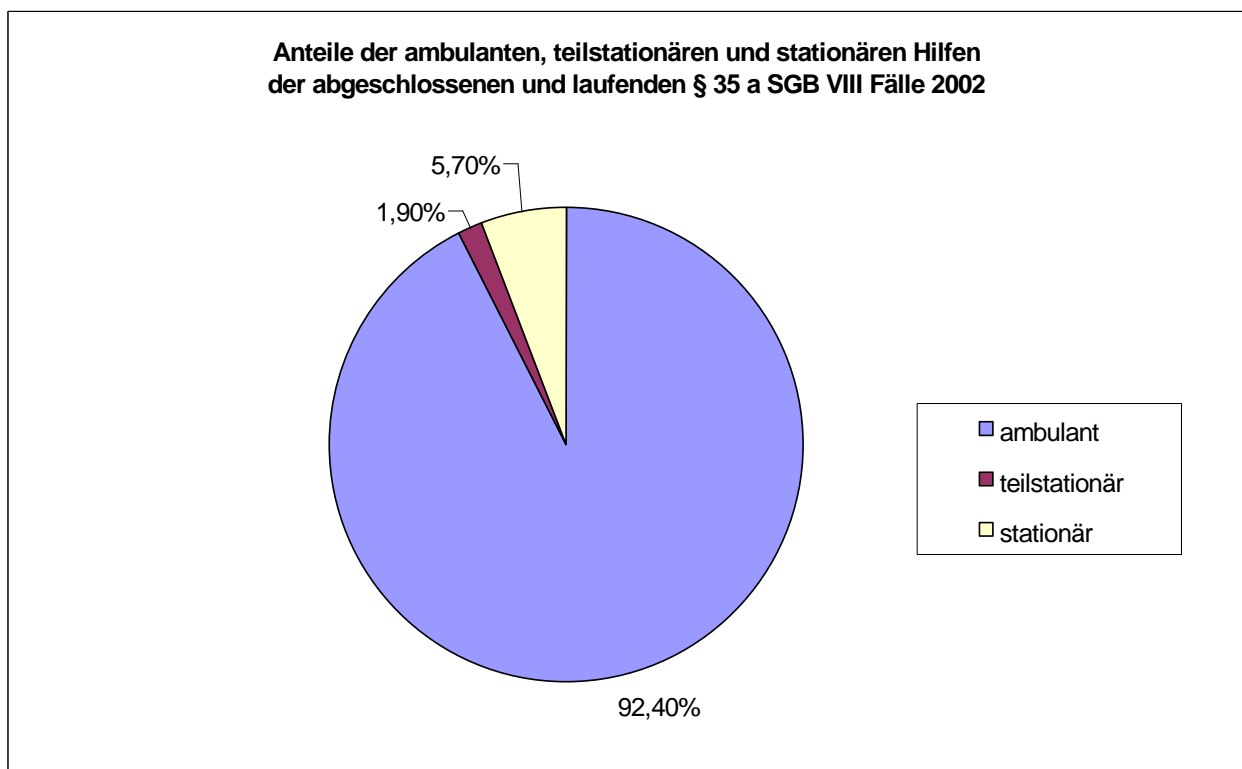
Zur Alterstruktur der erhobenen Fälle muss einschränkend angemerkt werden, dass ein Teil der Jugendämter zu dieser Frage keine Aussagen machen konnte, so dass die Angaben nicht für die Grundgesamtheit insgesamt vorliegen. Ein weiterer Faktor, der zur Verzerrung beiträgt ist, dass einzelne Jugendämter die Frühförderfälle bei der Befragung nicht zur Summe aller Fälle, sondern separat gezählt haben. So liegt die Zahl der Frühförderfälle in einigen Jugendämtern über der der Fälle im ambulanten Bereich insgesamt. Tendenziell müsste deshalb die Gruppe der nicht schulpflichtigen Mädchen und Jungen größer sein, als im Folgenden benannt. Die nachfolgenden Werte bilden somit lediglich Tendenzen ab.

Nach Angaben der Jugendämter bildet die Gruppe der Grundschüler und –schülerinnen mit 46 % aller Fälle den mit Abstand größten Teil. Nicht schulpflichtige Mädchen und Jungen und Kinder und Jugendliche an weiterführenden Schulen bilden Anteile von jeweils 27 %. **Insgesamt zeigt sich, dass sich die Hilfen nach § 35 a SGB VIII in etwa drei Viertel aller Fälle an Kinder unter 12 Jahre richten.** Im Gegensatz zu den Hilfen zur Erziehung (vgl. Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2001) ist die Zielgruppe der Eingliederungshilfe

damit jünger. Die Schnittstellen der Jugendhilfe zur Frühförderung und zur Grundschule werden damit besonders wichtig.

Zum Stellenwert ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen im Spektrum der möglichen Formen der Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfen für Mädchen und Jungen, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, können entsprechend der Ausführungen des SGB VIII in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen, durch geeignete Pflegepersonen und in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet werden.



Die Daten der Befragung belegen, dass die Maßnahmen des § 35 a SGB VIII fast ausschließlich in ambulanter Form erfolgen. 95,1 % der Leistungen, dies entspricht 4416 Fällen, werden ambulant durchgeführt. Nur 4,9 % der Hilfen erfolgen in nicht ambulanter Form. Teilstationäre Hilfeformen sind mit 1,3 %, dies entspricht 92 Fällen, am geringsten repräsentiert. Stationär wurden im Jahr 2002 in Rheinland-Pfalz 283 Fälle betreut. Vergleicht man diese Zahlen mit der Verteilung in Bayern, so zeigt sich, dass der ambulante Bereich ebenfalls ab-

solut dominiert. An zweiter Stelle folgen dort jedoch teilstationäre Maßnahmen und an dritter Stelle stationäre⁵.

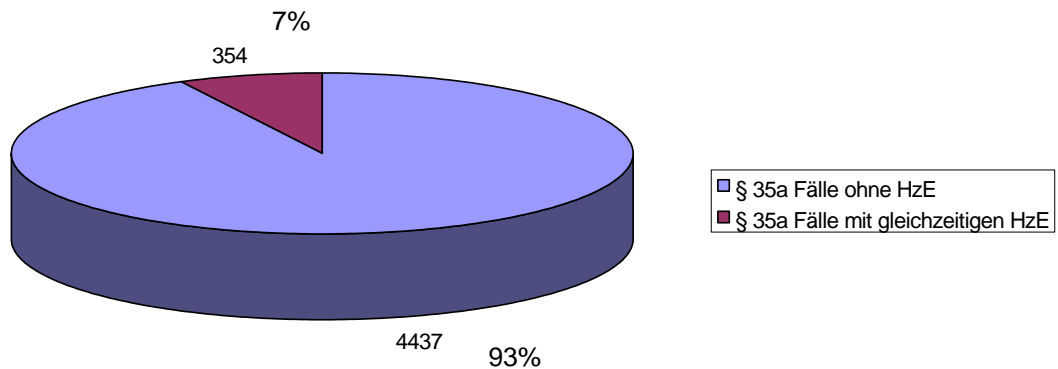
Eingliederungshilfe und Hilfen zur Erziehung

Über die Fragen der Abgrenzung zwischen seelischer Behinderung und den Hilfen zur Erziehung wurde in der Vergangenheit, mit zum Teil gegensätzlichen Positionen diskutiert. So wird zum einen die fachliche Position vertreten, dass eine Unterscheidung zwischen Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen in der Praxis grundsätzlich nicht möglich sei und dass durch eine offensive Anwendung des §§ 27ff SGB VIII Hilfe zur Erziehung auf den § 35 a SGB VIII verzichtet werden könnte. Zum anderen wird in der Integration der seelisch behinderten jungen Menschen in die Jugendhilfe ein erster Schritt dahin gesehen, alle behinderten Kinder und Jugendlichen perspektivisch der Jugendhilfe zuzuordnen. Der eine Pol tendiert somit dazu, möglichst viel unter die Hilfen zur Erziehung zu subsumieren, der andere Pol sieht im § 35 a SGB VIII eine spezialisierte und abgrenzbare Hilfe für eine spezifische Zielgruppe. Im Rahmen der Expertise stellt sich die Frage, wie sich die Umsetzung der Eingliederungshilfe zwischen diesen Polen in der rheinland-pfälzischen Praxis vollzieht.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, dass sich die Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII eindeutig als eigenständiger Leistungstatbestand durchgesetzt hat. Wenn auch in einzelnen Jugendämtern die Eingliederungshilfe kaum Bedeutung hat, so zeigt sich in der Gesamtschau der Ergebnisse, dass 93% der Fälle eindeutig dem § 35 a SGB VIII zugewiesen wurden. Die Rechtsfolgenseite wird somit klar definiert, obwohl in der Beschreibung der Ausgangssituation nicht immer eindeutig (vor allem im stationären Bereich) zwischen Eingliederungshilfe und Hilfen zur Erziehung unterschieden werden kann.

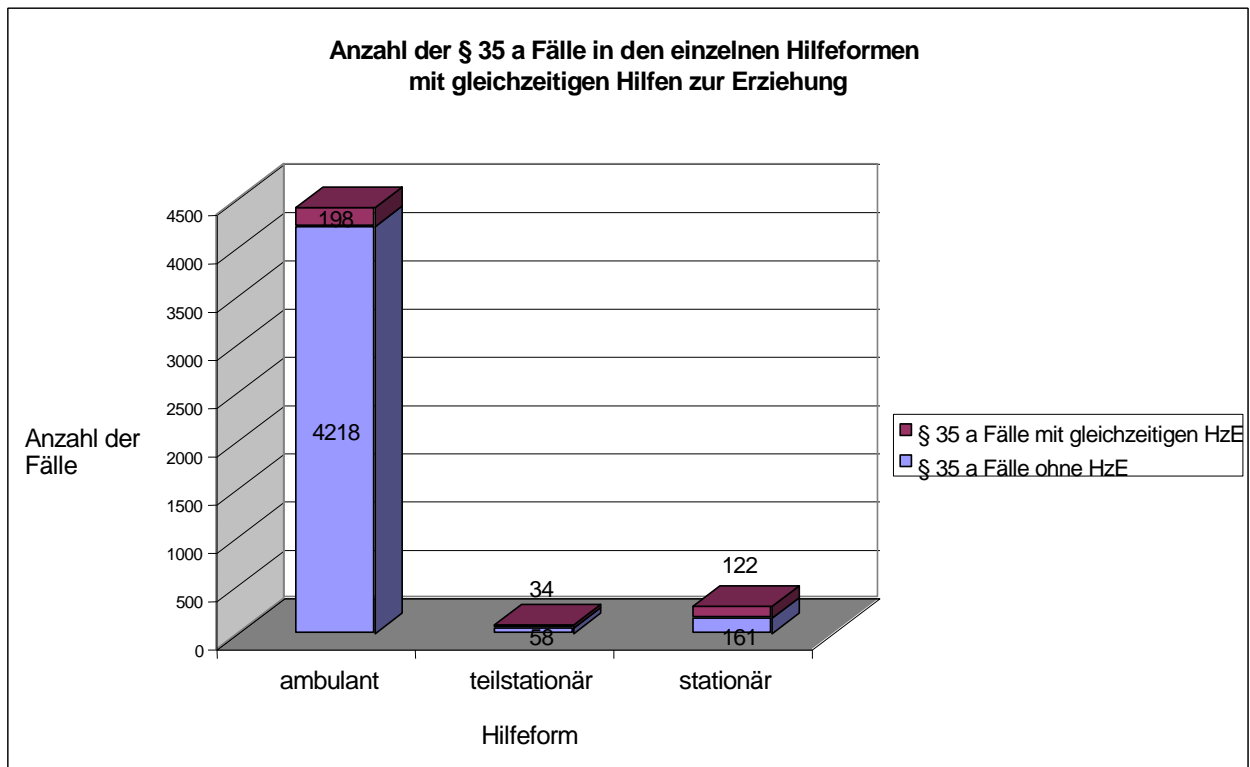
⁵ Vgl. : www.blja.bayern.de/Aktuelles/Statistiken§35a_Bayern/EntwicklungsvergleichFälle_Bayern.html Stand 30.08.2002

Anteil der § 35a SGB VIII Fälle mit gleichzeitigen Hilfen zur Erziehung



Der Anteil der § 35 a SGB VIII Fälle, der gleichzeitig Hilfen zur Erziehung erhält, liegt bei 7 %. Dieser geringe Anteil macht deutlich, dass es in der Praxis eine überwiegend klare Abgrenzung der Eingliederungshilfe zu den Hilfen zur Erziehung gibt.

Ferner wurde danach gefragt, um welche Form der Hilfe es sich handelt, wenn eine Eingliederungshilfe oder eine Kombination mit den Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff SGB VIII) vorliegt. Auch hier ergeben die Ergebnisse ein deutliches Bild. Wird eine Eingliederungshilfe im Rahmen eines eigenständigen Leistungstatbestandes gewährt, so handelt es sich in 95% der Fälle um eine ambulante Hilfe.



Von allen ambulanten § 35 a SGB VIII Fällen erhalten 4,5% gleichzeitig Hilfen zur Erziehung, im teilstationären Bereich sind es 37% und im stationären Bereich 43,1% der Fälle. Im teilstationären und stationären Bereich treten damit seelische Behinderungen verstärkt in Kombination mit erzieherischen und familiären Problemen auf.

Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, dass sich in der rheinland-pfälzischen Praxis nicht nur eine klare Abgrenzung in der Hilfeentscheidung für eine bestimmte Zielgruppe herausgebildet hat, sondern auch ein eigenständiges Angebotssegment vorliegt, das Unterscheidungen zu den Hilfen zur Erziehung zulässt. Überschneidungen zu den Hilfen zur Erziehung scheint es erst dann zu geben, wenn betreuungsintensive Hilfesettings erforderlich sind, die zudem eine familienentlastende oder gar ersetzende Funktion übernehmen. Das heißt auch, dass eine Eingliederungshilfe in der Regel nicht auf die Verbesserung der Erziehungssituation in der Familie ausgerichtet ist, sondern sich ausschließlich auf die Integration des Kindes oder Jugendlichen in seine lebensweltlichen Bezugssysteme konzentriert.

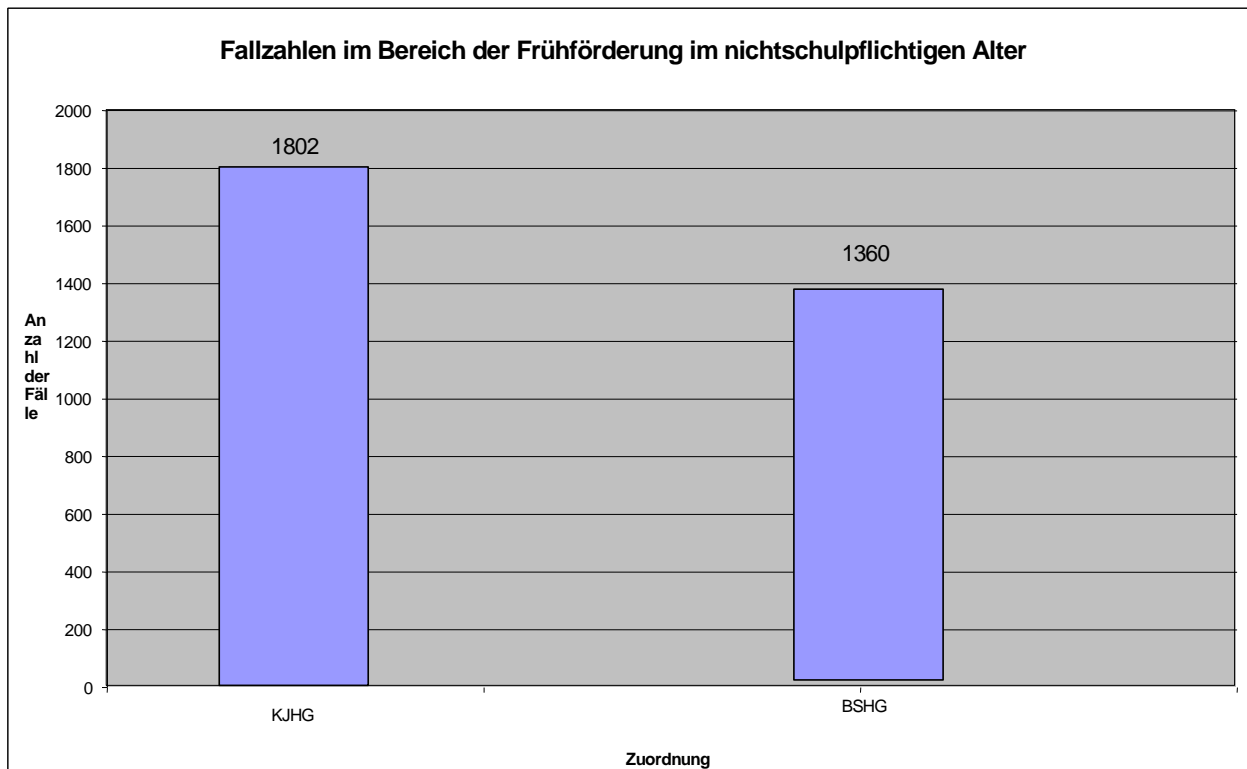
Eine große Überschneidung gibt es allerdings zwischen der Eingliederungshilfe und den Hilfen zur Erziehung innerhalb der Arbeitsabläufe in den befragten Jugendämtern. So wenden über 80 % der Jugendämter das gleiche Verfahren der Hilfeplanung bei längerfristigen Eingliederungshilfen an, wie bei den Hilfen zur Erziehung. Genauer untersucht werden müsste allerdings die Praxis der Hilfeplanung bei ambulanten und in kürzeren Zeiträumen verlaufende Eingliederungshilfen. Über diese Expertise kann eine genauere Beschreibung dieser Hilfeplanungsprozesse bezogen auf die Fragen der Häufigkeit von Hilfeplangesprächen, der Beteiligung der AdressatInnen und der Beratung des Hilfebedarfs und –setting in einem in-

terdisziplinären Team nicht abgebildet werden. Während anzunehmen ist, dass bei längerfristigen Eingliederungshilfen die Standards der Hilfeplanung in den Jugendämtern angewendet werden, scheint dies bezogen auf die Vielzahl der ambulanten Fälle und begrenzten Personalressourcen doch eher fraglich. Darauf deuten einige qualitative Anmerkungen aus den Fragebögen hin.

Der Stellenwert der Frühförderung für Kinder im nichtschulpflichtigen Alter im Kontext der Eingliederungshilfe

Die Frühförderung richtet sich an Kinder vor Vollendung des 6. Lebensjahres, die behindert oder von einer Behinderung bedroht oder entwicklungsverzögert bzw. von einer Entwicklungsverzögerung bedroht sind. Je jünger ein Kind ist, desto schwieriger ist allerdings 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. Aus diesem Grund kann Landesrecht regeln, dass Maßnahmen der Frühförderung für Kinder unabhängig von der Art der Behinderung vorrangig von anderen Leistungsträgern (als der Jugendhilfe) gewährt werden (§ 10 KJHG). So haben einzelne Bundesländer, wie etwa Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, das Saarland und Hamburg bestimmt, dass die Zuständigkeit anderer Leistungsträger –i.d.R. Sozialhilfeträger- begründet wird. In Rheinland-Pfalz verbleiben die Fälle der Frühförderung im Bereich der seelischen Behinderung in der Zuständigkeit der Jugendhilfe. Körperlich und geistig behinderte Mädchen und Jungen fallen bei der Frühförderung weiter in den Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfe. Die Zuordnung von mehrfach behinderten jungen Menschen richtet sich nach dem Schwerpunkt der Behinderung, was allerdings oftmals nicht einfach festzulegen ist.

Da Rheinland-Pfalz bislang nicht auf den Länderrechtsvorbehalt zurückgegriffen hat, stellte sich im Zusammenhang dieser Erhebung die Frage, wie viele Fälle im Bereich der Frühförderung im nichtschulpflichtigen Alter nach dem KJHG, und wie viele nach BSHG zugeordnet werden.



Nach Angaben der Jugendämter gab es im Jahr 2002 in Rheinland-Pfalz 1802 Fälle im Bereich der Frühförderung im nichtschulpflichtigen Alter, die dem KJHG zugeordnet wurden. Dies entspricht etwa 40 % aller ambulanten Fälle nach § 35 a SGB VIII. Bei der Zuordnung zum BSHG wurden 1360 Fälle benannt. Allerdings muss bei der Einordnung dieser Zahl in Betracht gezogen werden, dass zu den Fallzahlen nach dem BSHG nur von 20 Jugendämtern Angaben gemacht wurden. Die Fallzahlen beim KJHG beziehen sich hingegen auf Angaben von 35 Jugendämtern. Zieht man also in Betracht, dass Angaben zur Frühförderung beim BSHG von 15 Jugendämtern fehlen, so lässt sich vermuten, dass die Zahl der Frühförderfälle, die dem BSHG zugeordnet sind, mindestens genauso hoch oder höher einzuschätzen ist, wie die nach dem KJHG.

Mit diesem Ergebnis schärft sich auch das Profil der Eingliederungshilfe. Wenn eine Eingliederungshilfe als eigenständiger Leistungstatbestand gewährt wird, dann handelt es sich zu einem erheblichen Anteil um Kinder unter sechs Jahren, die eine Unterstützung, Beratung oder Therapie durch die Frühförderzentren erhalten. Gerade auch unter Kostengesichtspunkten handelt es hier somit um eine relevante Gruppe innerhalb der Eingliederungshilfe. Die Frühförderverordnung des Bundes vom 24. Juni 2003 könnte hier zu einer finanziellen Entlastung der Jugendhilfe führen, da der Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen erweitert wurde. Auf den diesbezüglichen Regelungsbedarf der Entgeltvereinbarung Frühförderung in Rheinland-Pfalz wurde bereits im Kontext der rechtlichen Rahmenbedingungen verwiesen.

Auch die geschlossene Vereinbarung zwischen dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, dem Landkreis- und Städtetag, sowie den Krankenkassen zur vorläufigen Kostenübernahme für alle im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung zu erbringenden Leistungen sollte vor diesem Hintergrund überprüft werden. Sie sieht vor, dass die Träger der Jugend- (und Sozial)hilfe für die ambulanten Leistungen von noch nicht eingeschulten Kindern, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, die vorläufigen Kosten bei medizinischen und heilpädagogischen Leistungen als Komplexleistung übernehmen.

Kernbefunde zur Zielgruppe im Überblick:

- In den 36 Jugendämtern, die sich an dieser Erhebung beteiligt haben (87,7 % aller Jugendämter in Rheinland-Pfalz), wurden 2002 4791 Eingliederungshilfen nach § 35 a SGB VIII gewährt. Damit wird deutlich, dass sich hier ein relevanter und eigenständiger Leistungsbereich der Jugendhilfe etabliert hat.
- Pro 1000 Kinder und Jugendliche erhalten im Durchschnitt 5,2 der 0- bis unter 21jährigen Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII.
- Auch für Rheinland-Pfalz bestätigt sich die These, dass es bei der Nachfrage und Hilfefgewährung zwischen den Kommunen erhebliche interkommunale Streuungen gibt, die weit größer als bei den Hilfen zur Erziehung ausfallen. Diese Streuungen können nicht ausschließlich durch divergierende Bedarfslagen begründet werden. Anzunehmen ist, dass sich landesweit hier eine sehr heterogene Praxis in der Abgrenzung zu den Hilfen zur Erziehung sowie zum BSHG oder anderen Sozialleistungsbereichen ebenso zeigt, wie Nachfragebedingungen aufgrund einer sehr unterschiedlichen Infrastrukturausstattung.
- Die Eingliederungshilfe wird zu 92,4 % ambulant geleistet. Teilstationäre und stationäre Hilfen spielen nur eine untergeordnete Rolle.
- Männliche Kinder und Jugendliche sind mit zwei Dritteln überrepräsentiert. Hier zeigt sich bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung der Zielgruppe von Eingliederungshilfe eine ähnliche Verteilung wie in den Hilfen zur Erziehung oder der Erziehungsberatung.
- In etwa drei Viertel aller Fälle richten sich die Hilfen nach § 35 a SGB VIII an Kinder unter 12 Jahre.
- 7% der Fälle erhalten gleichzeitig Eingliederungshilfe und Hilfen zur Erziehung. Im teilstationären und stationären Bereich werden die Überschneidungen von Eingliederungshilfe und Hilfen zur Erziehung größer.
- Ca. 40 % aller ambulanten Fälle sind Frühförderfälle von Kindern im nichtschulpflichtigen Alter.

4. Zur Entwicklung der Ausgaben in der Eingliederungshilfe⁶

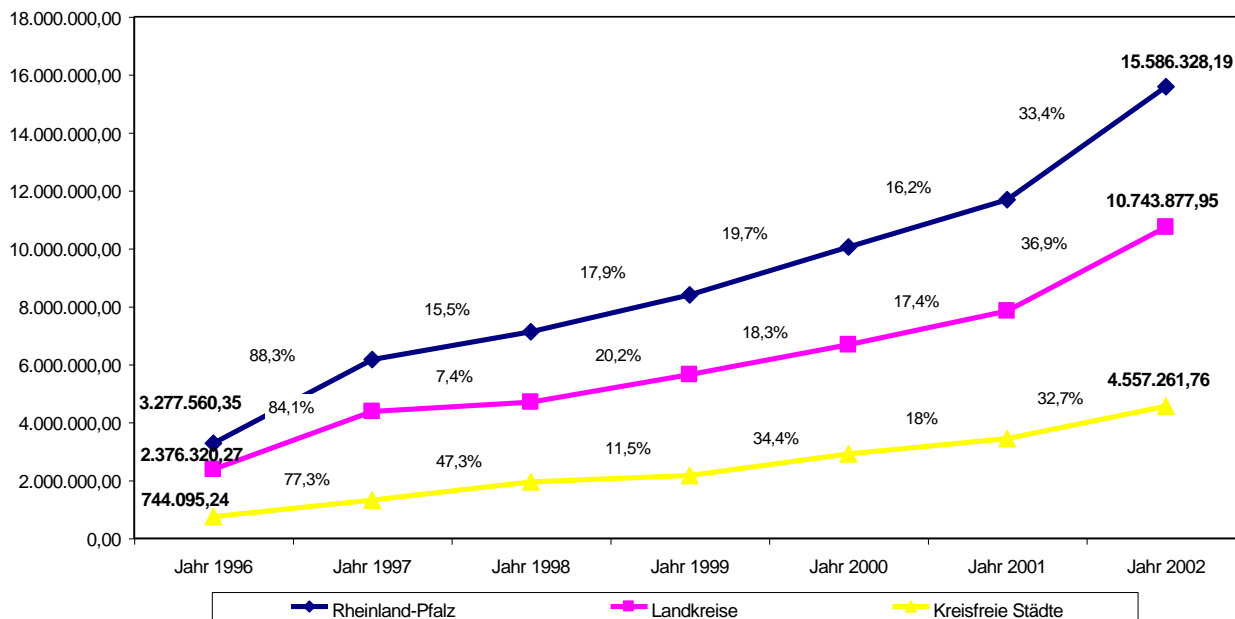
Die neuerdings entbrannte Debatte über die Notwendigkeit zur Neufassung des § 35 a SGB VIII ist weniger der Tatsache geschuldet, dass es rechtlicher Klarstellungen bezüglich dieses Leistungsbereiches bedarf, sondern viel mehr der Feststellung, dass die Ausgaben drastisch angestiegen sind. Vor dem Hintergrund der angespannten kommunalen Haushaltslage sind seit Jahren kontinuierlich steigende Aufwendungen für Eingliederungshilfen Anlass, nach Mitteln und Wegen zu suchen, diesen Leistungsbereich einzugrenzen. Deshalb soll es im nächsten Analyseschritt um die Frage gehen, wie sich die Aufnahme der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen in das Leistungsangebot des KJHG auf die Ausgabenentwicklung im Bereich der Erziehungshilfen ausgewirkt hat. Dazu wird zunächst die Entwicklung der Nettoausgaben für Eingliederungshilfe gemäß § 35a KJHG seit 1996 betrachtet.

Während im Folgejahr der Einführung sich die Aufwendungen für Eingliederungshilfe in Rheinland-Pfalz auf 3.277.560,3 Euro beliefen, wurden 2002 bereits fast fünfmal so viel, nämlich 15.586.328 Euro ausgegeben. In den kreisfreien Städten sind die Ausgaben sogar um ein achtfaches angewachsen. Im Sinne einer zunehmenden Etablierung der Eingliederungshilfe in der Praxis sind die Ausgaben im Beobachtungszeitraum von Jahr zu Jahr – sowohl in den Landkreisen als auch in den Städten - kontinuierlich gestiegen. Allerdings kam es anfänglich zu höheren Kostenaufwendungen (von 1996 bis 1997 ein Zuwachs von 88,3%), die sich in den Folgejahren auf eine jährliche Steigerung zwischen 16% und 20% eingependelt haben. Ein auffälliger Kostenzuwachs ist im Jahr 2002 zu verzeichnen, der sich in den Landkreisen wie in den Städten auf etwa 30% belief.

Dieselbe Dynamik zeigt sich bei Betrachtung des prozentualen Anteils, den die Ausgaben für Eingliederungshilfe an den Gesamtausgaben für Hilfen zur Erziehung (§§ 29-35 SGB VIII) haben. War dieser Anteil 1996 mit 3,3% verständlicherweise noch gering, ist er bereits im Folgejahr auf 5,6% angewachsen und dann kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2002 entfallen bereits 7,9% der Nettogesamtausgaben für Hilfen zur Erziehung auf die Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII.

⁶ Dieses Kapitel wurde im wesentlichen der Expertise zu Ursachen der Fallzahl- und Ausgabensteigerung erzieherischer Hilfen in Rheinland-Pfalz entnommen, das vom ism im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz 2003 erstellt wurde.

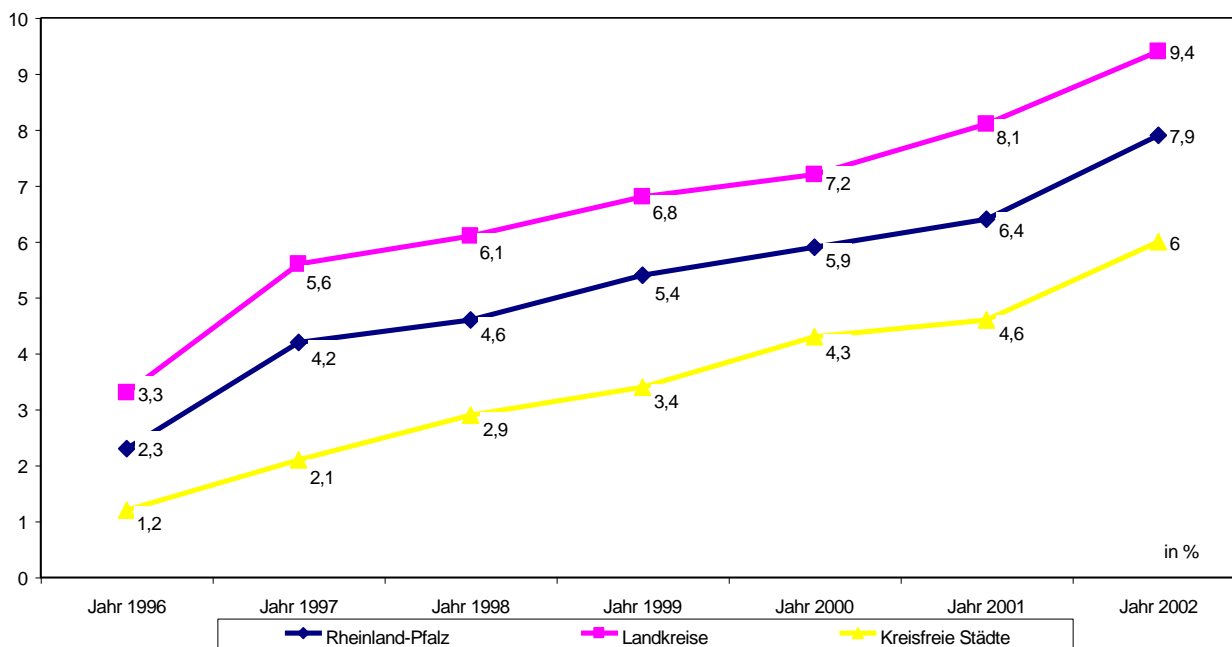
Entwicklung der Nettoausgaben (in €) für Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen gemäß § 35a KJHG von 1996 bis 2002 in Rheinland-Pfalz



Quelle: Datensatz des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz, eigene Berechnungen

* HzE = Hilfen §§ 29-35 KJHG

Entwicklung des prozentualen Anteils der Nettoausgaben für Eingliederungshilfe gemäß § 35a KJHG an den HzE* gesamt von 1996 bis 2002



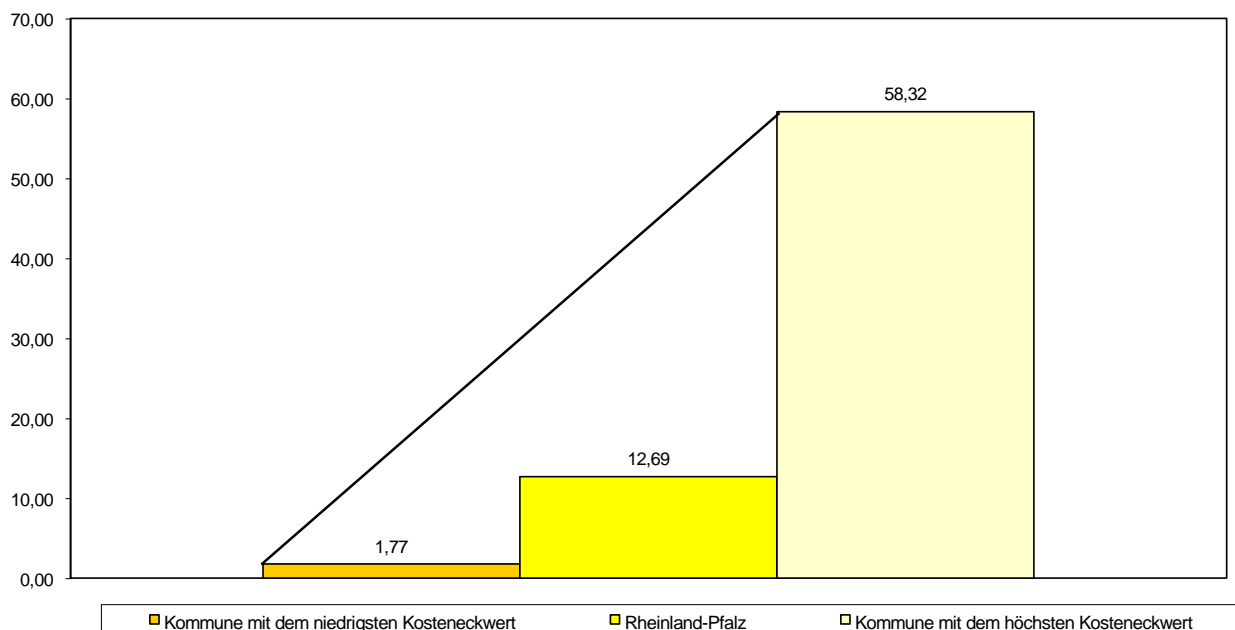
Quelle: Datensatz des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz, eigene Berechnungen

* HzE = Hilfen §§ 29-35 KJHG

Entsprechend der interkommunalen Streubreite bei den Fallzahlen und Eckwerten zeigen sich auch bei den Ausgaben erhebliche Diskrepanzen zwischen den rheinland-pfälzischen Kommunen. Auch hier belegt die große Streubreite der Ausgaben, die 2002 in den einzelnen Kommunen für Eingliederungshilfe aufgewendet wurden, dass der Umgang mit § 35a KJHG

in den Jugendämtern und die Art der Fälle möglicherweise sehr unterschiedlich sind. Die Aufwendungen reichen von 1,62 Euro bis zu 58,32 Euro pro Kind und Jugendlichen unter 21 Jahren. Diese Zahlenwerte bilden jedoch nur Tendenzen ab, da auf Grund fehlender Daten nichts über die Verteilung nach Art der Fälle (ambulant, teilstationär, stationär) in den einzelnen Kommunen gesagt werden kann. Das heißt ein einfacher kausaler Zusammenhang zwischen der Anzahl der Fälle und der Höhe der Kosten kann nicht hergestellt werden, da zum Beispiel ein § 35 a Fall im stationären Kontext im Verhältnis wesentlich höhere Kosten verursacht als ein ambulanter Fall.

Interkommunale Streubreite der Nettoausgaben (in €) pro in der Kommune lebendem Kind bis 21 Jahre für Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen in 2001



Quelle: Datensatz des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz, eigene Berechnungen

Es ist nicht anzunehmen, dass diese erhebliche interkommunale Streubreite allein auf die unterschiedliche Nachfrage zurückgeführt werden kann. Vielmehr ist zu vermuten, dass auch in Rheinland-Pfalz in einigen Kommunen der § 35 a SGB VIII so gut wie keine Anwendung findet, da Hilfen nach §§ 27 ff SGB VIII gewährt und entsprechend abgerechnet werden. Anzunehmen ist ferner, dass die unterschiedliche Nachfrage auch durch die Dichte des Angebotes beeinflusst wird. Hier kann die These aufgestellt werden, dass Zugangswege zu diesem Angebot auch dadurch eröffnet werden, dass entsprechende Gutachten zur Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung erstellt werden können oder nicht. Im Unterschied zu den Hilfen zur Erziehung, bei denen das Jugendamt die zentrale Anlaufstelle zur Gewährung eines Rechtsanspruchs auf eine notwendige und geeignete Hilfe darstellt, kann im Bereich der Eingliederungshilfe eine ärztliche Diagnose den Anlass für eine Hilfestellung darstellen. Das heißt bedarfsbeeinflussend wirkt hier das Vorhandensein oder

nicht Vorhandensein fachärztlicher Kompetenzen, die auf die Möglichkeit der Eingliederungshilfe hinweisen.

Ein weiterer Faktor, der die erheblichen Ausgabenunterschiede zwischen den Kommunen beeinflussen könnte, liegt auch in der strategischen Nutzung des § 35 a SGB VIII. Je schwieriger es in den Kommunen vor dem Hintergrund restriktiver Sparnotwendigkeiten ist, eine teure Maßnahme nach §§ 27 ff SGB VIII durchzusetzen, desto eher besteht die Tendenz mit dem Begriff der Behinderung und gutachterlichen Stellungnahmen aus dem Bereich der Medizin oder der Psychiatrie zu argumentieren. Über die Anwendung des § 35 a SGB VIII können so auch strategische Ziele zur Begründung der Notwendigkeit einer erzieherischen Hilfe verfolgt werden, die auf Grund des hohen Stigmatisierungseffektes von Gutachten fachlich fraglich sind, jedoch zur Umsetzung des Rechtsanspruchs führen.

Mit dem Blick auf diese Ausgabenentwicklung stellt sich in der Tat die Frage, worin die Ursachen für die anhaltend hohen Zuwachsraten liegen. Das heißt, es bedarf genauerer Analysen über die Zielgruppe, die Eingliederungshilfen in Anspruch nehmen und über die Zugangswege zum Jugendamt.

Kernbefunde Kosten:

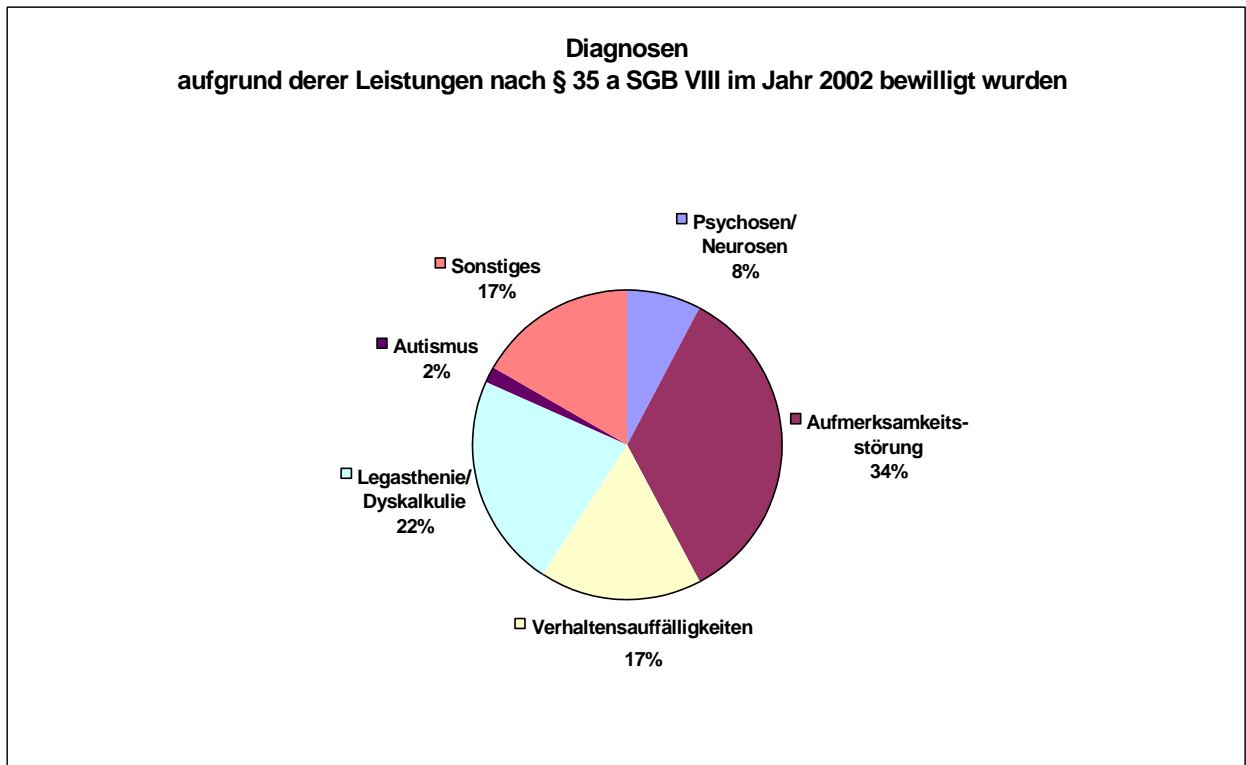
- Die Ausgaben für Eingliederungshilfe gemäß § 35a KJHG sind seit Einführung kontinuierlich gestiegen und machen inzwischen 7,9% der Nettogesamtausgaben für erzieherische Hilfen in Rheinland-Pfalz aus.
- Ebenso wie die Gesamtkosten sind 2002 auch die Ausgaben für Eingliederungshilfe gegenüber den Vorjahren deutlich gestiegen, so dass hierin eine relevante Einflussgröße auf die Ausgabenentwicklung insgesamt zu sehen ist.
- Die Aufwendungen für § 35a KJHG und damit die kommunale Nutzung der Eingliederungshilfe variieren erheblich zwischen den rheinland-pfälzischen Jugendamtsbezirken. Diesbezüglich besteht bundesweit Reflexions- und Klärungsbedarf in den Jugendämtern.

5. Diagnosen, Problembeschreibungen in Gutachten und Zuweisungspraxen

Um die Voraussetzungen zur Gewährung einer Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII zu überprüfen, bedarf es eines Gutachtens, das aus medizinisch oder psychiatrischer Perspektive das zugrundeliegende Leiden bzw. die Störung feststellt. Diese Diagnose erstellt nicht die Jugendhilfe selbst, sondern Ärzte bzw. Psychologen werden dazu herangezogen. Diese Diagnose/Gutachten soll einerseits die Funktion erfüllen, die individuelle „seelische Störung“ und die damit einhergehende Einschränkung zu beschreiben und gegebenenfalls auch Notwendigkeiten anderer Leistungsträger aufzuzeigen, andererseits sollen vor diesem Hintergrund die möglichen oder tatsächlichen sozialen Beeinträchtigungen genauer beurteilt werden können. Im Unterschied zum BSHG zieht die ärztliche Stellungnahme nicht automatisch eine Setzung der einzuleitenden Hilfe und der dadurch verursachten Kosten nach sich. Im Rahmen der Gewährung der Eingliederungshilfe bedarf es viel mehr noch der „sozialpädagogischen Diagnose“, die der Frage nachgeht, inwiefern die diagnostizierte „seelische Störung“ auch zu Eingliederungsproblemen führt, wie es um die Ressourcen des Kindes und seines Lebensumfeldes bestellt ist und welches Hilfesetting zur Normalisierung und Integration beitragen kann. Insofern stehen hier zunächst zwei professionell unterschiedlich ausgestaltete „Diagnoseverfahren“ nebeneinander, die in der Beurteilung der Anspruchs begründung sinnvoll zueinander in Bezug gebracht werden müssen.

Im Rahmen dieser Erhebung sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Störungsbilder und Problemzuschreibungen vordringlich in Gutachten und Stellungnahmen zur Beurteilung der Anspruchs begründung vorliegen. In der Regel wird im Rahmen der Diagnosestellung im Zusammenhang mit der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung ein multiaxiales Klassifikationssystem („ICD-10“ oder das diagnostische und statistische Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft) zugrunde gelegt. Da es sich bei dieser Expertise nicht um eine Grundlagenstudie handelt, sondern lediglich Tendenzen festgestellt werden sollten, wurde in dem Fragebogen ein einfaches Kategorienschema vorgelegt, das sich einerseits an typischen psychischen Störungsbildern orientiert (vgl. Lempp 1996) und andererseits auch Wahrnehmungsmuster und Zuschreibungstypen für andere Formen des „normabweichenden“ Verhaltens enthält. 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 „Auffälligkeiten“ erfasst werden, dass unter dem Sammelbegriff der Teilleistungsstörungen subsumiert wird. Zu den bekanntesten Teilleistungsstörungen gehören beispielsweise das Hy-

perkinetische Syndrom (HKS), das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) oder auch die kaum noch verwendete Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD). Sowie Störungen des Lesens, Rechtschreibens und Rechnens. Aus arbeitspragmatischen Erwägungen wurde bewusst auf eine zu große Ausdifferenzierung der Erhebungsmerkmale verzichtet, damit der Bogen für die Jugendämter in einem vertretbaren zeitlichen Rahmen ausfüllbar blieb.



Bei etwas mehr als **einem Drittel** aller gestellten Diagnosen aufgrund derer Leistungen nach § 35 a SGB VIII im Jahr 2002 bewilligt wurden, waren **Aufmerksamkeitsstörungen** ausschlaggebend. In Deutschland ist das Thema der Aufmerksamkeitsstörung in den letzten Jahren zunehmend diskutiert worden. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 2-10 % aller Kinder an Aufmerksamkeitsstörungen oder am hyperkinetischen Syndrom leiden, Jungen dabei deutlich häufiger als Mädchen. Die betroffenen Kinder fallen meist im frühen Schulalter durch extrem leichte Ablenkbarkeit, rasch wechselnde Aktivitäten, fehlende Ausdauer, große "Vergesslichkeit", motorische Unruhe in unterschiedlichen Alltagssituationen auf; jeweils deutlich mehr als bei gleichaltrigen Kindern üblich. Oftmals geht eine medikamentöse Behandlung mit sozialer und schulischer Unterstützung einher. (vgl. www.ads-hyperaktivitaet.de)

Legasthenie und Dyskalkulie, d.h. Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwächen wurden in 22 % der Fälle diagnostiziert. 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. Die Schule hat dafür Sorge zu tragen, dass die personellen und sachlichen Ressourcen in ausreichendem Umfang für Förderung eingesetzt werden. Eine Einbeziehung der Jugendhilfe ist dann erforderlich, wenn die Probleme mit einer Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwächen mit schulischen Mitteln allein nicht mehr zu beheben sind und sich dahingehend verstärken, dass die Entwicklung einer seelischen Behinderung zu befürchten ist. (vgl. www.grundschule.bildung-rp.de/gs/amtliches/arbeitshilfe.html)

Mit 17 % folgen an dritter Stelle Verhaltensauffälligkeiten.

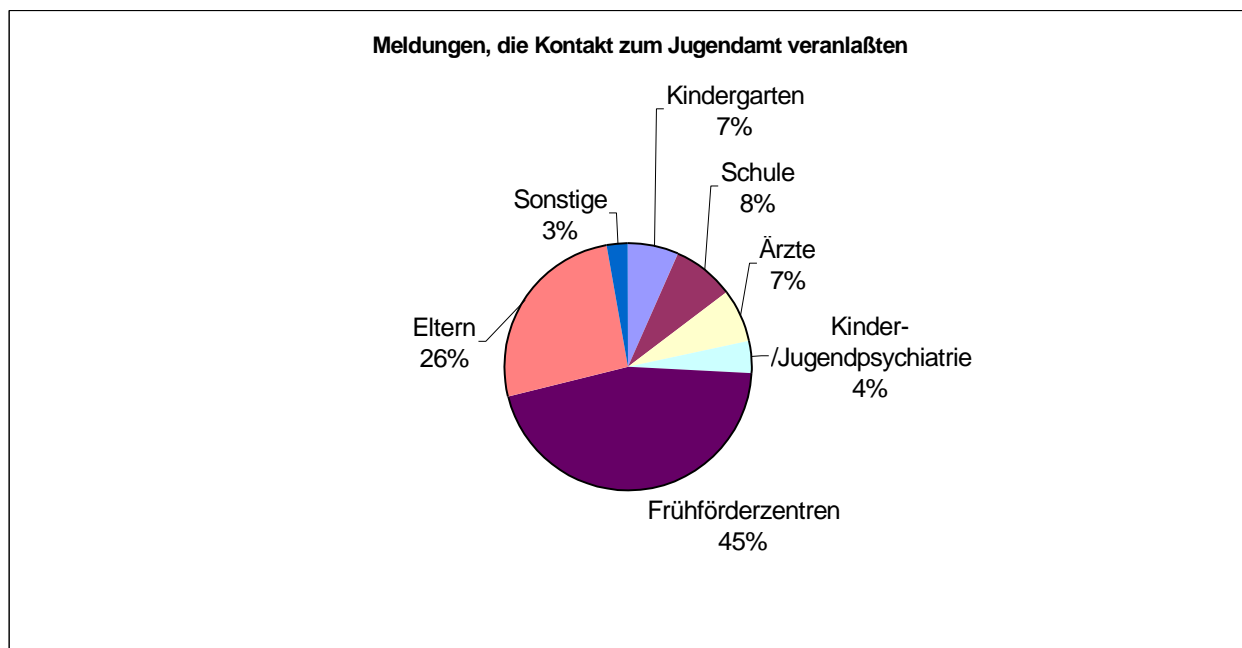
Psychosen und Neurosen machen 8 % und Autismus 2 % aller Diagnosen aus. Anteilig sind diese Fälle nicht von großer Bedeutung. Allerdings bleibt zu vermuten, dass hier im Unterschied zu den anderen Problembeschreibungen anders gelagerte Hilfesettings im Hinblick auf die Betreuungsintensität und die Gestaltung 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 sich in hohem Maße auf die Sicherstellung von Schulerfolg und 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 der Schule zu erfüllen oder ob Leistungen nach § 35 a SGB VIII zu erbringen sind.

Wer veranlasst den Kontakt zum Jugendamt?

Insgesamt gibt es vielfältige Möglichkeiten, wie und durch wen der Kontakt zum Jugendamt hergestellt werden kann. Hinter der Frage, durch wessen Meldung der Kontakt zum Jugend-



amt aufgenommen wurde, steht die Vermutung, dass dieser Faktor einen Einfluss auf die Nachfrageentwicklung haben kann. Denn Anspruchserwartungen und Zugangswege bestimmen eben auch Bedarfe. Wenn die Anspruchsberechtigten bereits vor Beginn des Hilfeplanungsprozesses eine recht klare Vorstellung darüber haben (eventuell durch Beratung anderer), welches die richtige Hilfe ist und in welcher Art und Weise sie diese erhalten möchten, dann ist dies eine andere Voraussetzung, als wenn lediglich das generelle Problem erkannt wurde und offen geprüft werden kann, welche Hilfe die angemessene sein könnte.

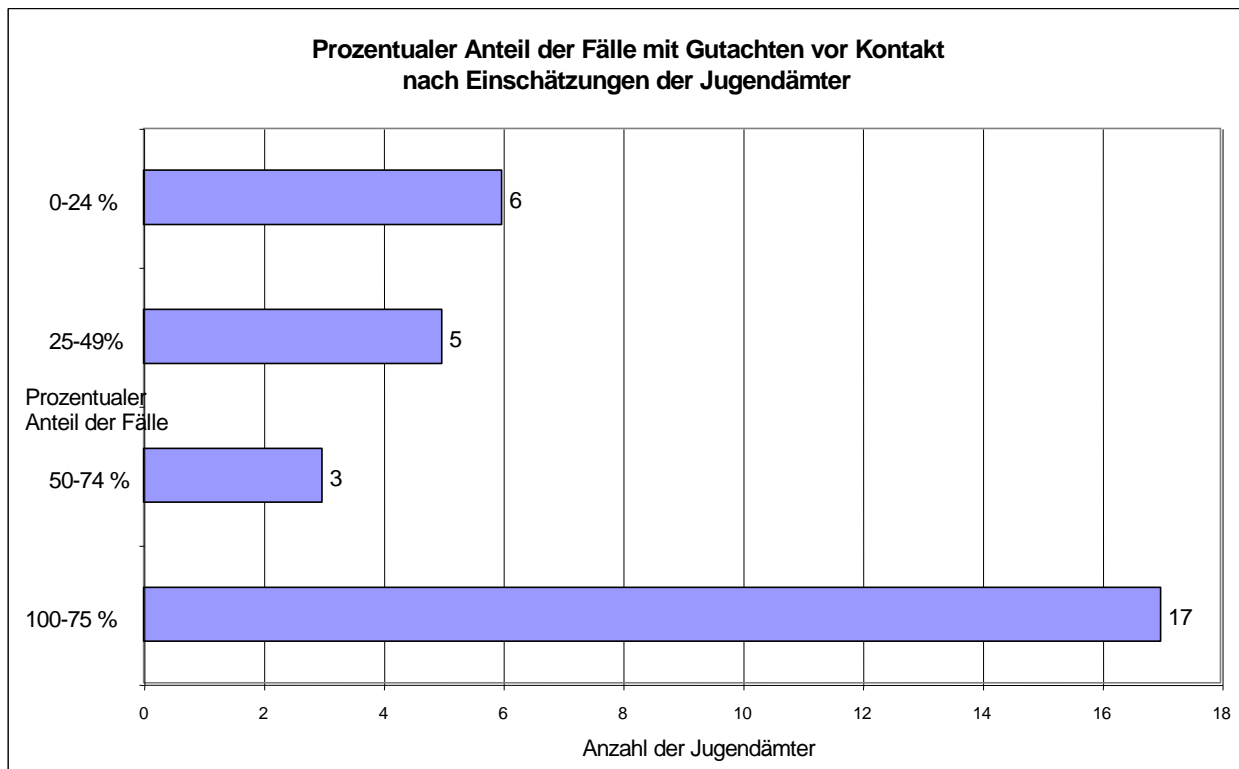
Generell zeigt sich beim § 35 a SGB VIII eine breite Palette an Zugangsmöglichkeiten. In 26 % der Fälle sind es die Eltern selbst, die den Kontakt zum Jugendamt veranlassten. Den mit Abstand größten Anteil machen allerdings die Frühförderzentren mit 45 % aus. Ruft man sich noch einmal in Erinnerung, dass etwa 40 % aller ambulanten Maßnahmen im Bereich § 35 a SGB VIII Fälle der Frühförderung im nichtschulpflichtigen Alter sind, so wird deutlich, welche große Rolle die Frühförderzentren im Kontext der Eingliederungshilfen in Rheinland-Pfalz spielen.

Über Kindergärten und Schulen werden zusammen 15 % der Kontakte veranlasst. Diese beiden Institutionen sind insofern bedeutsam, da dort strukturell alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden und Auffälligkeiten durch das pädagogische Personal erkannt werden können. Ärzte (7 %) und die Kinder- und Jugendpsychiatrien (4%) folgen mit geringen Anteilen in der Folge der Nennungen.

Auch dieses Ergebnis zeigt in deutlicher Weise, dass es sich bei der Eingliederungshilfe um die Umsetzung einer sozialrechtlichen Konstruktion handelt, die in erster Linie von Professionellen angewendet wird, um eine Anspruchsbegründung vorzunehmen. Es sind in der Regel eben nicht die Eltern, die sich direkt an das Jugendamt wenden und dort nach geeigneten Unterstützungsmöglichkeiten anfragen, sondern professionell ausgerichtete Institutionen aus der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen. In der Regel wird scheinbar hier zunächst ein Bedarf im Rahmen der sozialrechtlichen Konstruktion der Eingliederungshilfe festgestellt, der dann über das zuständige Jugendamt bewilligt werden soll.

Betrachtet man die Zuweisungspraxis näher, so spielt, einer weiteren Hypothese folgend, der Zeitpunkt zu dem das Gutachten vorliegt, eine Rolle. Dadurch, dass nämlich die Prüfung, ob die Voraussetzungen des § 35 a SGB VIII vorliegen, zumeist auf Grundlage eines Gutachtens erfolgen und dann die eigenen Erkenntnisse und Erhebungen der örtlichen Jugendhilfeträger hinzukommen, spielen diese Gutachten eine wesentliche Rolle bei der Entscheidungsfindung. Vorrangig handelt es sich dabei um ärztliche oder psychologische Gutachten, häufig um Gutachten von Fachärzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie. (vgl. Münder 1998, S.316). Liegt bei der Kontaktaufnahme zum Jugendamt noch kein solches Gutachten vor, wird die Frage, ob Hilfen zur Erziehung oder Eingliederungshilfe indiziert sind, wahrscheinlich offener diskutiert, als wenn das Gutachten bereits vorliegt und die Erwartungshaltung der Anspruchsberechtigten über die Form der Leistungserbringung dadurch bereits sehr klar ist. Liegen solche Gutachten bereits vor Beginn des Hilfeplanungsprozesses vor, so wird es für die Jugendämter schwieriger, sich gegen die dort ausgesprochenen Empfehlungen zu entscheiden. Jedoch ist die Rechtslage dieselbe, ob jemand sich zuerst an das Jugendamt wendet und das Jugendamt den Arzt als Gutachter einschaltet, oder ob der Arzt direkt aufgesucht wird: das Jugendamt erhält ein medizinisches Gutachten, muss dieses einschätzen und die verantwortliche Entscheidung treffen.

In wie viel Prozent der Fälle das Gutachten bereits vor Kontaktaufnahme zum Jugendamt vorliegt, schwankt erheblich zwischen den Jugendämtern. So liegt der Minimalwert bei lediglich 5 % aller Fälle, der Maximalwert hingegen bei 100 %, d.h. dass in diesem Jugendamt das Gutachten immer schon vorher vorliegt. Betrachtet man die Unterschiede zwischen den einzelnen Ämtern etwas genauer, so zeigt sich, dass in über der Hälfte der Jugendämtern, die zu dieser Frage geantwortet haben (N=31), in 75-100 % der Fälle bereits vorher ein Gutachten vorliegt.



Mit diesem Ergebnis kann auch erklärt werden, warum sich die Eingliederungshilfe als eigenständiger Leistungstatbestand durchgesetzt hat. Liegt bereits ein Gutachten vor, dass auf eine (drohende) seelische Behinderung verweist und werden vor allem Aufmerksamkeitsstörungen, Legasthenie/Dyskalkulie oder Verhaltensprobleme in der Schule als Ursache benannt, die eindeutig am Kind und nicht an der Erziehungs- und Lebenssituation in der Familie festgemacht werden, dann liegt eine Zuordnung zum § 35 a SGB VIII nahe. Auch präferieren einige Eltern die Zuschreibung einer (drohenden) seelischen Behinderung bei ihrem Kind gegenüber einer Zuschreibung von Erziehungsdefiziten.

Kernbefunde zu Diagnosen und Zuweisungspraxis :

- Bei etwas mehr als einem Drittel aller gestellten Diagnosen aufgrund derer Leistungen nach § 35 a SGB VIII im Jahr 2002 bewilligt wurden, waren Aufmerksamkeitsstörungen ausschlaggebend.
- Legasthenie/Dyskalkulie und Aufmerksamkeitsstörungen machen zusammen ca. 56 % aller Diagnosen aus.
- 71 % aller Kontakte zum Jugendamt werden von Professionellen hergestellt.
- Die Frühförderstellen sind mit großem Abstand, insgesamt 45 % aller Meldungen, diejenigen, die den Kontakt zum Jugendamt am öftesten veranlassen.
- In 26 % der Fälle veranlassen die Eltern selbst den Kontakt zum Jugendamt.
- Nach Einschätzung der Jugendämter liegt in über der Hälfte der Jugendämter in 75-100% der Fälle bereits vor Kontaktaufnahme ein Gutachten vor.

6. Einschätzungen der Kooperationen zwischen den Jugendämtern und anderen Institutionen

In kaum einem anderen Bereich der Jugendhilfe sind so viele Kooperationsverpflichtungen festgeschrieben, wie im Rahmen der Umsetzung des § 35 a SGB VIII. Sowohl die Fragen der Zusammenarbeit, als auch die Fragen der Abgrenzung zum Sozialamt, zu Ärzten, zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, zu den Krankenkassen und zur Schule müssen zum einen generell, aber auch in jedem Einzelfall auf´s Neue gut geklärt werden, damit für das Mädchen bzw. den Jungen die jeweils adäquate Hilfe gewährleistet werden kann. Die Einschätzung der Kooperationsqualität wurde nur aus der Perspektive der Jugendämter erfragt. In dem Fragebogen wurden zu ausgewählten Institutionen Einschätzskalen zur Beurteilung der Kooperationsqualität vorgegeben, die von 1 (nicht gelingend) bis 5 (sehr gut gelingend) reichen. Zu den Skalen gab es offene Antwortfelder, um die Einschätzung qualitativ zu erläutern. Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

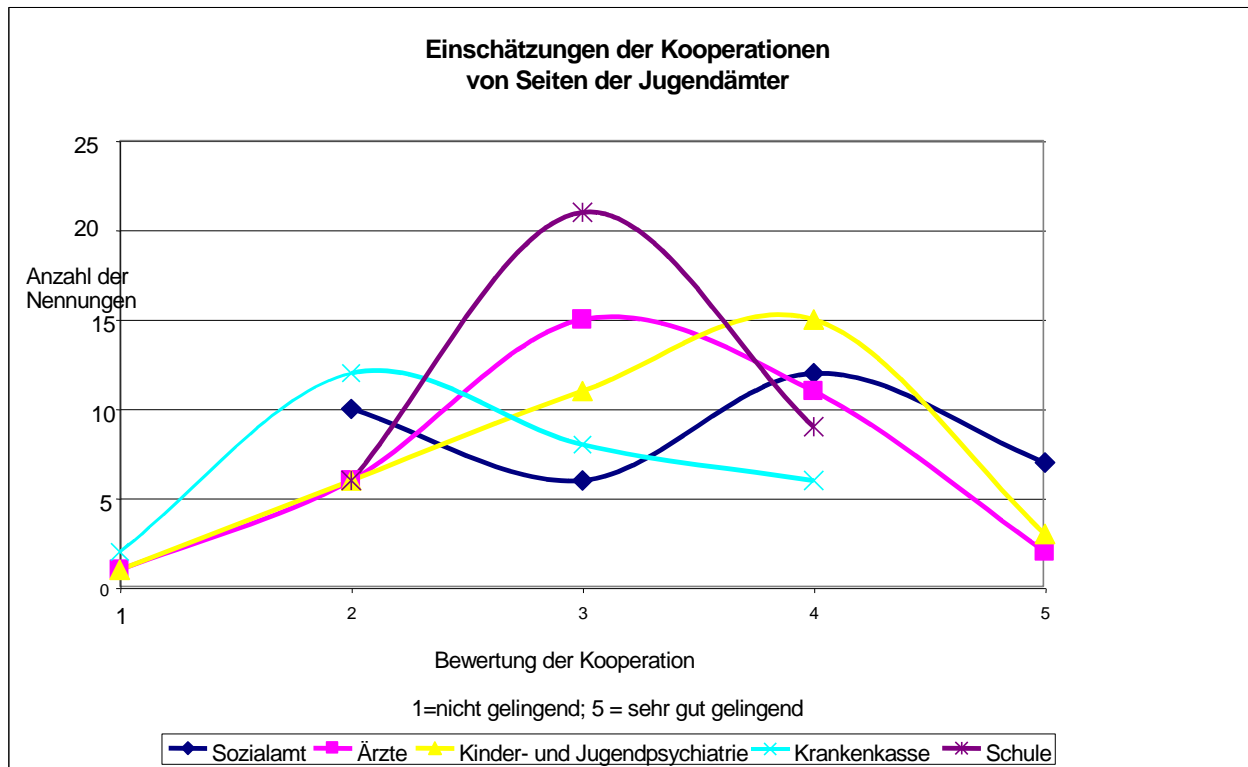
Kooperationen werden im Durchschnitt als befriedigend eingeschätzt

Betrachtet man den Durchschnitt der Bewertungen, die die Jugendämter gegenüber dem jeweiligen Kooperationspartner abgegeben haben, so ergeben sich Werte zwischen 2,6 und 3,5, auf einer Skale von 1 bis 5. Um so höher der Wert, desto besser wird die Zusammenarbeit eingeschätzt. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, wird von den befragten Jugendämtern die Kooperation zu den Sozialämtern am besten gewertet, gefolgt von der Kinder- und Jugendpsychiatrie, den Ärzten und der Schule. Das Schlusslicht bilden die Krankenkassen. Mit ihnen funktioniert das Zusammenspiel am schlechtesten.

Einschätzung Kooperationen (N=36)

Kooperation	1 nicht gelingend	2	3	4	5 sehr gut gelingend	Keine Angaben	Durchschnittliche Bewertung
Sozialamt	0	10	6	12	7	1	3,5
Ärzte	1	6	15	11	2	1	3,2
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	6	11	15	3	0	3,4
Krankenkasse	2	12	8	6	0	8	2,6
Schule	0	6	21	9	0	0	3,1

Aussagekräftiger als der Durchschnittswert ist allerdings die Verteilung der Nennungen und die entsprechende Begründung, warum die jeweilige Wertung abgegeben wurde. Das folgende Schaubild verdeutlicht die Streuung und die Anzahl der Werte für den jeweiligen Kooperationspartner.



Die Verteilung der Werte zeigt, dass zum Beispiel die Erfahrungen von Seiten der Jugendämter mit Schulen weniger variieren, als die, die mit Ärzten oder auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemacht werden. Alle Bewertungen zur Schule liegen zwischen Zwei und Vier mit einer deutlichen Spitze bei der Drei. Im Feld der Schule gibt es damit keine gar nicht gelingenden Kooperationen, jedoch auch keine als sehr gut eingeschätzten Kooperationen. In allen anderen Bereichen sind die Streuungen breiter.

Im folgenden werden nun für jeden Kooperationspartner der Jugendämter die qualitativ ausformulierten Begründungen zu den jeweiligen Werten zusammengefasst, so dass ein detaillierteres Bild der Zusammenarbeit entsteht und mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Kooperation sichtbar werden. Deutlich wird bei den Begründungen allerdings auch, dass für gleiche Argumente unterschiedliche Werte vergeben wurden. Die Wahrnehmung dessen, was als wie gravierend angesehen wird, differiert also.

Kooperationen mit Sozialämtern

Die Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Sozialämtern ist im Kontext der Eingliederungshilfe von großer Bedeutung, da sie eine der dichtesten Schnittstellen markiert, die allerdings in der Praxis mit einer Unsicherheit in der Zuordnung von Fällen einhergeht.

Bei der Neuregelung des KJHG wurden lediglich seelisch behinderte junge Menschen der Jugendhilfe zugeordnet. Für Kinder und Jugendliche mit wesentlicher körperlicher und geistiger Behinderung bzw. für Kinder und Jugendliche, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, ist weiterhin der Sozialhilfeträger leistungs verpflichtet. Liegen körperliche oder geistige Behinderungen als Primärbehinderung vor, zu denen dann eine seelische Behinderung hinzukommt, verbleibt die Zuständigkeit weiterhin beim Sozialamt. Im Kontext der seelischen Behinderung gibt es damit eine komplementäre Zuständigkeit zwischen Jugend- und Sozialamt. Keine ausdrückliche Lösung gibt es für die Zuständigkeit bei Mehrfachbehinderungen, wenn nicht eine Behinderung klar dominiert.

Im Rahmen der Kooperation mit den Sozialämtern haben zehn Jugendämter den *Wert 2*, d. h. wenig gelingend, vergeben. Begründet wurde dies vor allem mit unterschiedlichen Rechtsauffassungen in der Abgrenzung zwischen KJHG und BSHG, strittigen Zuständigkeiten generell, Abgrenzungsproblemen bei multiplen Behinderungen und Unklarheiten in den Arbeitsabläufen. Der *Wert 3* wurde sechs mal verteilt. Hier wurden wiederum Konfliktpunkte aufgrund unterschiedlicher Rechtsauffassungen benannt. Ebenso wurde auf fehlende Standards der Zusammenarbeit und schwierige Zuständigkeitsverhandlungen verwiesen. Die *Werte 4 und 5*, die für eine gut bis sehr gut gelingende Kooperation stehen und insgesamt 19 mal benannt wurden, wurden vor allem in den Fällen gewählt, in denen Jugend- und Sozialamt in einem Amt bzw. einer Abteilung zusammengeschlossen sind, bzw. dort, wo eine Fachkraft bei Minderjährigen sowohl für die Eingliederungshilfen sowohl nach BSHG als auch nach KJHG zuständig ist.

Fazit: Die Kooperation zwischen Jugend- und Sozialamt ist besonders schwierig, wenn Abgrenzungen und Zuständigkeiten nicht klar sind. Sie läuft dann besonders gut, wenn Verantwortung unter einem Dach vereint ist bzw. in einer Hand liegt.

Kooperationen mit Ärzten

Die Rolle des Arztes im Rahmen des Hilfeplanungsprozesses bei (drohender) seelischer Behinderung ist die eines Gutachters. Erscheinen Hilfen für den Personenkreis nach § 35 a SGB VIII erforderlich, so soll bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplanes sowie der Durchführung der Hilfe gemäß § 36 KJHG Abs. 3 ein Arzt, der über besondere Erfahrungen

in der Hilfe für Behinderte verfügt, mitwirken. Die Fachkompetenz, gerade für seelische Behinderung, steht allerdings nicht überall flächendeckend zur Verfügung.

Gutachten können erstellt werden von Ärzten im öffentlichen Gesundheitswesen oder in Kliniken, sozialpädiatrisch erfahrenen Kinderärzten oder aber auch von behandelnden Ärzten.

Die Schwierigkeit der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Medizin wird in der theoretischen Auseinandersetzung zum einen über verschiedene Sprachregelungen begründet, zum anderen über verschiedene Zugänge und Blickwinkel auf das Kind bzw. den Jugendlichen. Die Medizin oder die Psychiatrie „sieht das Kind, den Jugendlichen aus dem Blickwinkel der Klinik, der Arztpraxis und ist gleichzeitig konzentriert auf die Störung oder Beeinträchtigung, mit der ein Minderjähriger vorgestellt wird. Das Jugendamt/der ASD sieht das Kind, den Jugendlichen aus dem Blickwinkel seines Lebensortes, seiner sozialen Bezüge, seiner Erfahrungen im sozialen Umfeld“ (Winter 1997, S. 52). Der Anspruch des § 35 a SGB VIII ist, dass medizinische Befunde in sozialpädagogische Diagnosen integriert werden sollen, um die notwendige und geeignete Eingliederungshilfe ausgestalten zu können. Allerdings muss im Kontext dieses Anspruchs die unterschiedliche gesellschaftliche Position der beiden Professionen berücksichtigt werden. Im Unterschied zur Sozialpädagogik wird der Medizin in der Regel eine stärkere Definitionsmacht zugesprochen, da sie über ausgeprägtere und anerkannte Diagnoseverfahren verfügt, die häufig zudem direkt eine medizinische oder sozialstaatliche Leistung auslösen. Der Stellenwert „sozialpädagogischer Diagnosen“ ist hingegen häufig strittig. Zum einen gibt es bislang noch keine allgemein anerkannten Muster und Verfahren für „sozialpädagogische Diagnosen“ oder sie sind stark angelehnt an Klassifikations-schemata der Psychologie (vgl. Uhlendorff 1997). „Sozialpädagogische Diagnosen“ unterscheiden sich durch die Alltagsnähe pädagogischer Deutungsmuster auch sprachlich von denen anderer Professionen, und werden deshalb als wenig professionell eingestuft. Im Rahmen der Hilfen zur Erziehung, deren Anspruchsbegründung auch eine „sozialpädagogische Diagnose“ voraussetzt, wird über den Hilfeplanungsprozess (§ 36 SGB VIII) nicht nur eine fachliche Einschätzung, sondern auch die Aushandlung mit den AdressatInnen der Hilfe als Verfahrensbestandteil des Diagnoseprozesses vorgesehen, den es in der Form in anderen „expertokratisch“ ausgerichteten Professionen nicht gibt.

Welche Erfahrungen in den rheinland-pfälzischen Jugendämtern zur Kooperation mit Ärzten vorliegen, wird im folgenden erläutert:

Die *Bewertung 1* (nicht gelingend) wurde damit begründet, dass Ärzte lediglich „Gutachterfunktion“ ausüben. Der *Wert 2*, der sechs Mal benannt wurde, wurde inhaltlich damit gefüllt, da häufig eine fehlende Bereitschaft, ausführliche Diagnosen durchzuführen und schriftlich zu fixieren und Pauschalformulierungen wahrgenommen werden. Darüber hinaus stießen Rückfragen von Seiten der Jugendhilfe auf Befremden, weil Ärzte sich in ihrer Fachkompetenz in Frage gestellt fühlten. Auf der anderen Seite wurde die geringe Kooperation damit

begründet, dass die Jugendhilfe nur wenig medizinisches Fachwissen hat. Der *Mittelwert 3, 15 mal angegeben*, ergibt sich bei einigen der Befragten daraus, dass mit unterschiedlichen Leistungserbringern unterschiedliche Erfahrungen gemacht wurden und die Zusammenarbeit vom Einzelfall und der Hilfeart abhängig ist. Schwierigkeiten kämen auch dadurch zustande, dass der Bedarf aus ärztlicher Sicht nicht immer dem Jugendhilfeblickwinkel entspreche und es Unklarheiten darüber gäbe, ob ein erzieherischer Bedarf oder ein Bedarf auf Grund einer körperlichen oder geistigen Behinderung im Vordergrund steht. Gut und sehr gut gelingende Kooperation (*Werte 4/5*) wurde darauf zurückgeführt, dass eine direkte Kontaktaufnahme, Rücksprachen und Teilnahmen an Hilfeplanung und Hilfeplangesprächen möglich seien. Darüber hinaus wurden Runde Tische für eine enge Zusammenarbeit als förderlich angesehen.

Fazit: Unterschiedliche fachliche Zugänge und Sprachen erschweren die Kommunikation zwischen Jugendhilfe und Medizin. Kooperation funktioniert dann gut, wenn es gemeinsame Verständigungsorte gibt, wie z.B. runde Tische oder gemeinsame Hilfeplangespräche, bei denen Übereinkünfte über Aufgaben, Prozesse und Kompetenzen getroffen werden.

Kooperationen mit Kinder- und Jugendpsychiatrien

Von der Grundaufgabenstellung kommt der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen des Hilfeplanungsprozesses beim § 35 a SGB VIII eine ähnliche Rolle wie den Ärzten zu. Sie haben Gutachterfunktion und stehen ebenfalls für den medizinisch/psychiatrischen Zugang zur Beschreibung der Ausgangsvoraussetzungen des Leistungstatbestandes. Kinder- und Jugendpsychiater sind gerade im ländlichen Raum nicht flächendeckend vorhanden.

Wie die Zusammenarbeit zwischen Jugendämtern und den Kinder- und Jugendpsychiatrien eingeschätzt wurde, soll folgend näher erläutert werden.

Der *Wert 1*, d.h. nicht gelingend, wurde wiederum (wie schon bei den Ärzten) damit begründet, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrien lediglich „Gutachterfunktion“ ausüben. Die *Bewertung 2* wurde wegen spärlichem Informationsfluss, mangelnder Akzeptanz der Vorschläge seitens der Jugendämter und Fixierung der Eltern auf einseitige Hilfevorstellungen vergeben. Darüber hinaus wurde benannt, dass es Differenzen in den Handlungsroutinen aufgrund des medizinischen Krankheitsmodells gibt. Die mittlere *Wertung 3* wurde mit einer fehlenden ambulanten Versorgung und teilweise langen Wartezeiten beschrieben. Positiv konnotiert wurde die gute persönliche Abstimmung in Einzelfällen und eine klare und kompetenzorientierte Abgrenzung der medizinischen Indikationen. Die gute *Bewertung 4* erfolgte, wenn über regelmäßige Gespräche und Kooperationstreffen eine wechselseitige Verständigung erreicht wurde und sich verlässliche Arbeitsroutinen zu Kinder- und Jugendpsychiatern eingespielt haben.

Fazit: Kooperation ist dann schwierig, wenn es keine gemeinsamen Handlungsrouninen gibt. Lange Wartezeiten und fehlende Kapazitäten sind erschwerende Rahmenbedingungen, die zu Konflikten führen. Gemeinsame Orte erleichtern das gegenseitige Verstehen.

Kooperationen mit Krankenkassen

Durch die Zuständigkeitserweiterung der Jugendhilfe hat sich auch die Schnittstelle zu den Krankenkassen vergrößert. So hat die Krankenversicherung (SGB V) als vorrangiger Leistungsträger an Bedeutung gewonnen. Dies gilt in zweifacher Weise. Einmal im Vorfeld seelischer Behinderung: eine seelische Störung ist Voraussetzung für, aber selbst noch keine (drohende) Behinderung. Sie muss sich gewissermaßen erst verfestigt haben. Solange dies nicht der Fall ist, kommen nicht Leistungen der Eingliederungshilfe, 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 sogenannten medizinischen Rehabilitation notwendig. Auch diese werden für den Personenkreis der Versicherten durch die Krankenkassen getragen (vgl. Wiesner 1997, S. 21). Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen müssten demnach auch die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Krankenkassen bestimmen.

Im folgenden werden die Ergebnisse der Befragung der rheinland-pfälzischen Jugendämter zusammengefasst.

Insgesamt wurde die Kooperation zwischen Krankenkassen und Jugendämtern im Vergleich zu den anderen Kooperationspartnern am schlechtesten eingestuft. Zu dieser Bewertung hinzu kommt, dass acht Jugendämter (über ein Fünftel) keine Bewertung abgegeben haben mit der Begründung, dass keine Kooperation stattfindet und es keine Berührungspunkte gäbe. Demnach werden die Krankenkassen in der Alltagspraxis dieser Jugendämter bei § 35 a SGB VIII Fällen gar nicht sichtbar. Der *Wert 1 (nicht gelingend)* wurde ebenfalls auf Grund einer gar nicht stattfindenden Kooperation vergeben. Die *Bewertung 2* (12 Ämter) erfolgte hauptsächlich mit der Begründung, dass eine pauschale Ablehnung von Maßnahmen von Seiten der Krankenkassen erfolgt. Darüber hinaus wurde benannt, dass Psychologen und Psychotherapeuten keine Kostenzulassung erhalten und dass es strittige Zuständigkeiten gäbe. Der *Wert 3* (8 Ämter) wurde ebenfalls wegen geringer Berührungspunkte und Unklarheiten bei der Zuordnung der Kostenübernahme bei heilpädagogischen und psychologischen Leistungen vergeben. Sind die Zuständigkeiten und Abgrenzungen hingegen geklärt, wurde der *Wert 4* (6 Ämter) markiert.

Fazit: Eine Kooperation zwischen Krankenkasse und Jugendamt findet in vielen Kommunen nicht statt, gleichwohl es Unklarheiten in Kostenfragen gibt. Insgesamt werden wenig Berüh-

ungspunkte und die Tendenz der Ablehnung von Maßnahmen von Seiten der Krankenkassen beschrieben. Nur dort, wo Zuständigkeiten geklärt sind, wird die Kooperation als gut eingeschätzt.

Kooperationen mit Schulen

Gemäß des allgemeinen Bildungsauftrages hat die Schule für alle Kinder und Jugendlichen geeignete Angebote bereit zu halten. Behinderte Mädchen und Jungen und Schüler und Schülerinnen mit Lern- und Leistungsproblemen aufgrund von Teilleistungsstörungen sind damit eingeschlossen. Das Schulgesetz des Landes weist ausdrücklich darauf hin, dass eine Förderung von Leistungsstarken und Leistungsschwachen soll gleichermaßen gewährleistet werden soll.

Legasthenie und Dyskalkulie sind mit 22 % der Diagnosen, auf Grund derer Leistungen nach § 35 SGB VIII in Rheinland-Pfalz bewilligt wurden, relativ häufig. Liegen Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwächen vor, so gehört dies zunächst in den Verantwortungsbereich der Schulen. Durch geeignete Förder- und Stützangebote sollen die Schwächen behoben werden. Die Jugendhilfe hat nur dann Verantwortung, wenn infolge der schulischen Schwierigkeiten sekundäre psychische Reaktionen und Störungen auftreten. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, ob dadurch die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Maße und nicht nur vorübergehend beeinträchtigt ist und ob infolge der bestehenden Schwierigkeiten ein Abbruch sozialer Beziehungen eingetreten ist oder ob ein entsprechender Prozess begonnen hat. Die Leistungen der Jugendhilfe beschränken sich nicht darauf, eine Verbesserung der Lese-, Rechtschreib- oder Rechenfähigkeit herbeizuführen, sondern sie haben zum Ziel, das Selbstwertgefühl des Kindes zu stärken, seine Fähigkeiten zu verbessern mit den vorhandenen Problemen umzugehen und seine soziale Integration zu fördern. Das Verhalten in der Schule führt bei 17 % aller Diagnosen zu einer Hilfe nach § 35 a. Rechnet man den Bereich der Aufmerksamkeitsstörungen (34 %) noch hinzu, der ja ebenfalls im schulischen Kontext zum tragen kommt, so wird deutlich, wie wichtig die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Schule ist.

Wie diese Kooperation von Seiten der rheinland-pfälzischen Jugendämter eingeschätzt wurde, wird im folgenden näher ausdifferenziert.

Insgesamt wird die Kooperation als befriedigend eingeschätzt. Der Wert 1, d.h. eine nicht gelingende Kooperation wurde nicht vergeben. Der Wert 2 (6 Ämter) wurde damit begründet, dass schulische Förderung weitestgehend fehlt, vorgegebene Standards nicht berücksichtigt werden und die Schulen nicht mit der Problematik vertraut sind. Darüber hinaus wurde benannt, dass Schulen das Jugendamt als „Erfüllungshilfen“ behandeln. Bei der Bewertung 3, die von über der Hälfte der Jugendämter vergeben wurde, fand sich vor allem in den Kom-

mentierungen der Hinweis darauf, dass hier begrenzte Möglichkeiten bzw. die fehlende Bereitschaft der Schule zur Förderung gesehen wurden. Als Gründe für diesen Mangel wurden finanzielle und personelle Ressourcen von Seiten der Schulen benannt. Die Jugendhilfe fordert in ihren Kommentierungen die stärkere Einbindung der Schulen ein und sieht Handlungsbedarf zur besseren Ausschöpfung der Möglichkeiten der Schulen. Die Erwartungen von Schulen bezüglich der Hilfen durch die Jugendämter wurden als überzogen eingeschätzt. Eine gute Kooperation mit dem Wert 4 (9 Ämter) wurde angegeben, weil klare Kooperationsstrukturen und Abläufe vereinbart wurden und eine ständige Kontaktpflege gegeben war. Mehrmals wurde bei unterschiedlichen Wertungen auch darauf aufmerksam gemacht, dass die Qualität der Kooperation von den persönlichen Beziehungen zu einzelnen Lehrkräften abhängt und von Schule zu Schule variieren könne.

Fazit: Die Fördermöglichkeiten der Schulen können und sollen aus der Perspektive der Jugendämter besser genutzt werden. Eine wechselseitige Klärung der Möglichkeiten und Grenzen der beiden Institutionen bei Eingliederungsproblemen von Kindern und Jugendlichen kann zur Verbesserung der Kooperation beitragen.

Kernbefunde zu Kooperationen:

- Aus der Perspektive der Jugendämter werden die Kooperationen zu Sozialämtern, Ärzten, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Krankenkassen und Schulen, also zu den Institutionen, die in der Umsetzung der Eingliederungshilfe von zentraler Relevanz sind durchschnittlich als befriedigend eingeschätzt.
- Die Kooperationen mit den Sozialämtern werden vergleichsweise positiver eingeschätzt. Sie wird dort als eher gelingend angesehen, wo in den Verwaltungen Kompetenzen gebündelt wurden bzw. kurze Wege vorhanden sind.
- Die Zusammenarbeit mit Ärzten und der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird durch verschiedene fachliche Zugänge und Sprachen erschwert. Gemeinsame Kommunikationsorte erleichtern die Kooperation.
- Eine Kooperation zwischen Krankenkassen und Jugendamt findet in vielen Kommunen nicht statt.
- Aus der Perspektive der Jugendämter wurde herausgestellt, dass Handlungsbedarf in der besseren Ausnutzung der Fördermöglichkeiten der Schulen besteht.
- Dort, wo es Kooperationsprobleme gibt, dominieren Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen, die in jedem Einzelfall neu verhandelt werden müssen und gegebenenfalls zu Konflikten führen. Eine einzelfallübergreifende und strukturelle Klärung der Schnittstellen hat hier oftmals nicht stattgefunden.

7. Veränderungen und Hauptprobleme bei der Umsetzung des § 35 a SGB VIII

In einem offenen Frageblock sollte über die Zielgruppenbeschreibung und die Einschätzung der Kooperationsqualität hinaus auch in Erfahrung gebracht werden, welche Veränderungen und Hauptprobleme sich aus der Perspektive der Jugendämter mit der Umsetzung des § 35 a SGB VIII ergeben haben. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen auf qualitativen Aussagen. Die Nennungen der einzelnen Jugendämter wurden zusammengestellt und zu Kernaussagen verdichtet.

„Mehr Fälle, mehr Kosten, mehr Arbeit“ in Verbindung mit neuen fachlichen Anforderungen

Die Einführung und Neuregelung des SGB VIII führte zu einschneidenden Veränderungen in der Jugendhilfe, die sowohl fachliche, als auch fiskalische Auswirkungen nach sich zogen. Wie die folgenden Beschreibungen der Jugendämter veranschaulichen, war die Praxis auf diesen neuen Leistungstatbestand relativ wenig vorbereitet. Die Konsequenzen der rechtlichen Veränderung waren im Vorfeld für die Jugendhilfe nicht deutlich.

Die offen gestellte Frage nach Veränderungen, die sich für das jeweilige Jugendamt aus der Einführung des § 35 a SGB VIII ergeben haben, wurde sehr einhellig beantwortet und lässt sich in der Kurzformel: **„Mehr Fälle, mehr Kosten, mehr Arbeit“** zusammenfassen. Über 70 % der Jugendämter stellen diese Aspekte heraus. In einigen wenigen Fällen wurden zusätzliche Fachkräfte eingestellt, um die neue Aufgabe zu bearbeiten.

Ein weiterer Aspekt der mehrfach benannt wurde, ist die Häufung von **Widersprüchen** gegen Entscheidungen der Jugendämter. So führten Ablehnungen (gerade bei Legasthenie und Dyskalkulie) ins Verwaltungsstreitverfahren.

Neue fachliche Anforderungen und ein daraus resultierender Fort- und Weiterbildungsbedarf zu Störungsbildern des Kinder- und Jugendalters aus medizinischer Sicht wurden ebenfalls als Veränderungen beschrieben. Bislang jugendhilfeatypische Kenntnisse werden zur Einschätzung der Gutachten benötigt.

Darüber hinaus wurde angemerkt, dass sich der **Personenkreis** der Antragsteller gegenüber den sonstigen Hilfen durch das Jugendamt beim § 35 a SGB VIII **verändert** habe, so beantrage überwiegend die „Mittelschicht“ solche Leistungen.

„Kaum Einfluss auf Leistungsgewährung“

Die meistgenannten Punkte bei der Frage nach den Hauptproblemen bei der Umsetzung des § 35 a SGB VIII betreffen das Verhältnis von Gutachten und Leistungsgewährung. Der Gestaltungsspielraum des Jugendamtes wird als eingeschränkt bzw. als nicht vorhanden wahrgenommen. Häufiger wurde beschrieben, dass die Diagnostik eine Leis-

tungspflicht suggeriere. Durch direktive und klinisch-kurative Aussagen in den ärztliche Gutachten würden sozialpädagogische Aspekte und Ressourcen in den Hintergrund rücken. Verfolgt man Rechtsurteile im Kontext des § 35 a SGB VIII, so sieht man diese Tendenz bestätigt. Kommt es zu einer Klage, wird in der Regel den Empfehlungen des ärztlichen Gutachten entsprochen.

Es wurde beschrieben, dass die ärztliche Diagnose zum Dogma der Eltern werde. Die Arbeitsweise des ASD würde dadurch als eingegrenzt erlebt, da sich die Eltern nur noch schwer auf andere Hilfsangebote einließen. Ein gestiegenes Anspruchsdenken der Klienten wurde darüber hinaus benannt. Das Jugendamt werde demzufolge auf die Kostenträgerschaft reduziert. Aus der Perspektive der Jugendämter nehmen Ärzte und Therapeuten Entscheidungsbefugnisse für sich in Anspruch, die ihnen rechtlich nicht zustehen. Darüber hinaus akzeptierten Eltern, Schulen und Therapeuten häufig die Leistungsvoraussetzungen nicht und würden durch die Rechtsprechung bestätigt.

Definitions- und Abgrenzungsfragen

Weitere Probleme bei der Umsetzung des § 35 a SGB VIII liegen für die Jugendämter bei Definitions- und Abgrenzungsfragen. So ist schon die theoretische Frage danach, was eine (drohende) seelische Behinderung ist, nicht leicht zu beantworten. Auf den Einzelfall heruntergebrochen ist diese Definitionsfrage ebenfalls problematisch. Arbeitshilfen und Richtlinien wurden zur Klärung als nicht ausreichend empfunden, da sie zu unklar seien. Dadurch, dass diese grundlegende Frage schon nicht eindeutig zu beantworten sei, resultieren dem folgend für die Jugendämter Abgrenzungsschwierigkeiten (z.B. zum BSHG). Für einzelne Jugendämter schließt sich die Frage an, über welche Qualifikationen Gutachter verfügen müssen und wie Eigeninteressen und Gefälligkeitsgutachten herausgefiltert werden können.

Die nicht eindeutige Abgrenzung zu den Hilfen zur Erziehung zeigt darüber hinaus innerhalb der Jugendhilfe Klärungsbedarfe auf. Jedoch ist dies nicht lediglich eine fachliche Frage. Auch für Sorgeberechtigte spielt die Definition des Problems eine Rolle. So zeigte sich in einzelnen Jugendämtern, dass von Eltern die Hilfe nach § 35 a SGB VIII den Hilfen zur Erziehung teilweise vorgezogen würde.

Zuordnung zu den unterschiedlichen Kostenträgern

Da die Zuordnung einer Behinderung nicht immer eindeutig ist und verschiedene Leistungserbringer Voraussetzungen unterschiedlich definieren, entstehen damit einherge-

hend für einige Jugendämter Probleme bei der Kostenträgerschaft. Es kann zu Verschiebungen einzelner Fälle zwischen den Systemen kommen.

Es wurde außerdem benannt, dass pädagogisch/therapeutische Interventionen in einzelnen Fällen nicht ausreichen. Medizinische Interventionen seien zusätzlich nötig. Aufgrund der fehlenden bzw. schlechten Kooperation mit den Krankenkassen würden jedoch zusätzliche medizinische Maßnahmen abgelehnt.

Jugendhilfe als „Ausfallbürge“ der Schule

Die bereits bei der Kooperation mit den Schulen aufgeführten Probleme wurden bei den Hauptproblemen abermals erwähnt. Die mangelnde Qualität, wie auch die zu spät einsetzende schulische Förderung, wurde in diesem Zusammenhang hervorgehoben. Als weiteres Problem wurde benannt, dass die Vorrangigkeit der Schule bei Leserechtschreibschwächen gelte, dass die Jugendhilfe zur Zeit diese Aufgabe allerdings oftmals übernehme. Außerdem wurde die nicht ausreichende Mitwirkung von Schulen bei der Erstellung von Gutachten bemängelt.

Zusammenfassende Kommentierung

Diese qualitativen Einschätzungen der Jugendämter zu den maßgeblichen Veränderungen und Hauptproblemen, die mit der Umsetzung des § 35 a SGB VIII verbunden sind, decken sich in weiten Teilen mit den Diskussionspunkten, die auch immer wieder in der Literatur gefunden werden. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass infolge einer rechtlich unklaren Definition der Anspruchsberechtigung mit deutlichen Abgrenzungserfordernissen zu anderen Leistungsbereichen Praxisprobleme vorzufinden sind, die hier auch nur in begrenztem Maße gut bearbeitet werden können. Folgt man den Kommentierungen zum KJHG (vgl. Münder 1999), so waren diese Folgeprobleme schon mit der Einführung des neuen § 35 a SGB VIII klar. Allerdings wurde zugleich auch damit die Hoffnung verbunden, dass aus der Praxis heraus sich über die Jahre Erkenntnisse verdichten würden, wie dem Anspruch der Integration von behinderten Kindern und Jugendlichen unter dem Dach der Jugendhilfe besser Rechnung getragen werden könnte. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen der rheinland-pfälzischen Jugendämter ist dieses Experiment nicht geglückt. Sicherlich hat dies auch damit etwas zu tun, dass in den Jugendämtern nicht die erforderlichen und fachlichen Ressourcen aufgebaut wurden, um die neuen Anforderungen adäquat bearbeiten zu können. Immerhin hat sich mittlerweile auch das Ausmaß des Fallaufkommens zu einem relevanten Arbeitsfeld neben den Hilfen zur Erziehung entwickelt, das entsprechend organisiert und inhaltlich profiliert werden muss.

Die in dieser Befragung benannten Hauptprobleme in der Umsetzung des § 35 a SGB VIII sind strukturell gesehen allerdings nicht neu, sondern verdichten sich lediglich durch die immanenten Strukturmerkmale der Eingliederungshilfe an den Schnittstellen zu anderen Institutionen, Professionen und Sozialleistungsbereichen. Dass die Jugendhilfe zunehmend auch Ausfallbürge für „schulische Probleme“ wird, ist ebenso im Bereich der Hilfen zur Erziehung vorhanden. In der Mehrzahl der erzieherischen Hilfen gehen die Erziehungs- und Lebenslagenprobleme auch mit Schulschwierigkeiten einher. Auch hier ist längst nicht klar, wie eine gelingende Kooperation, verbunden mit wechselseitigen Kompetenz- und Aufgabenklärungen zur Vermeidung von Kriseninterventionen und ganzheitlichen Hilfeprozessen führen kann. Zwar war der gesellschaftliche Tenor, dass Jugendhilfe und Schule und damit verbunden Bildung, Erziehung und Hilfe näher zueinander rücken müssen, noch nie so groß wie heute. Die praktischen Schwierigkeiten bleiben davon aber zunächst noch unberührt.

Auch die Konfliktlinie zwischen Sozialer Arbeit und der Medizin/Psychiatrie ist keinesfalls neu. Als „alltagsorientierte“ Profession ist es der Sozialen Arbeit längst nicht gelungen neben den klassischen Professionen wie der Medizin oder der Psychologie als gleichberechtigt in ihrer Kompetenz anerkannt zu werden. Dieses Problem verdichtet sich in besonderer Weise bei der Eingliederungshilfe, in der eine Kooperationsverpflichtung besteht und die Schnittstelle sowie das Verfahren eine Zwangssituation des „Auf-einander-angewiesen-seins“ erzeugen. Dass ärztliche Diagnosen nicht zwangsläufig eine Hilfeentscheidung herbeiführen, ist keine Machtfrage, sondern ein juristisch vorgegebener Sachverhalt. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass hier ein großes Problemfeld vorliegt, dass aber durch entsprechende Arbeitsformen (z.B. Arbeitskreise) und wechselseitige Verständigungen herbei geführt werden können. Insofern verweisen diese Ergebnisse auf unterschiedlichen Ebenen auf Handlungsbedarfe, die im nachfolgenden Kapitel ebenfalls aus der Perspektive der Jugendämter zusammenfassend dargestellt werden.

8. Vordringliche Handlungsbedarfe aus der Perspektive der Jugendämter

Aus den Antworten auf die Frage, welche Handlungsbedarfe sich für die Jugendämter aus dem Umgang mit dem § 35 a SGB VIII ergeben, ließen sich neun Themenfelder herauskristallisieren, die im folgenden benannt und kurz ausgeführt werden:

Begriffs- und Zuständigkeitsklärungen herbeiführen

Das Problem der unklaren Begriffsdefinition der (drohendem) seelischen Behinderung zieht sich durch die gesamte Debatte um den § 35 a SGB VIII und so ist der Wunsch nach Klärung bzw. Eindeutigkeit des Sachverhaltes auch bei den Handlungsbedarfen von Seiten der Jugendämter relativ oft benannt worden. So wurde formuliert, dass wer von seelischer Behinderung bedroht bzw. wer behindert ist, zu „schwammig“ und nach Belieben deutbar sei. Vor allem eine eindeutige Abgrenzung bzw. Zuordnung nach BSHG/KJHG wurde als erforderlich erachtet. Darüber hinaus wurde sich für eine Zuständigkeitsklärung bei Lese-, Rechtschreibschwächen angemahnt. Außerdem wurde die Einschaltung amtsärztlicher Gutachter vereinzelt für erforderlich gehalten.

Veränderungen der Gesetzeslage

Einige Jugendämter haben sich für eine Gesetzesänderung beim § 35 a SGB VIII ausgesprochen. Eine große Bandbreite und widersprüchliche Tendenzen möglicher Veränderungen wurden in diesem Kontext benannt. So gab es zum einen die generelle Forderung, dass im Bezug auf das Tatbestandsmerkmal „drohende seelische Behinderung“ klarere gesetzliche Regelungen getroffen werden müsse und konkurrierende Anspruchsg Grundlagen abzuschaffen seien. Dann wurden Rechtsänderungen dahingehend vorgeschlagen, dass „drohend“ zu streichen und „wesentlich“ wieder zu ergänzen oder aber den § 35 a SGB VIII in die Hilfen zur Erziehung zu integrieren. Auch gab es die Forderung, alle behinderten Kinder dem KJHG zuzuordnen. Außerdem wurde die explizite Herausnahme schulischer Teilleistungsstörungen aus den Hilfen nach § 35 a SGB VIII und die Reintegration der restlichen Inhalte in das BSHG gefordert.

Ein weiterer Vorschlag für eine gesetzliche Neufassung wurde bezüglich Kostenbeteiligungen gemacht. Demnach sollten Eltern an den Kosten der ambulanten Maßnahmen analog der Beteiligung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung an Heilmitteln beteiligt werden. Bislang sei dies nach den Vorgaben des § 91 SGB VIII nicht möglich.

Stärkung der Rolle des Jugendamtes

Dadurch, dass durch die Einführung des § 35 a SGB VIII inhaltlich und fachlich neue Anforderungen an die Jugendämter gestellt wurden, die bislang nicht zu ihrem Aufgabengebiet gehörten, ohne dass entsprechend mehr Personal zur Verfügung gestellt wurde; durch den de facto Stellenwert des Gutachtens aus medizinisch/psychiatrischer Perspektive und die Zuweisungspraxis der Fälle durch andere Institutionen, sehen sich die Jugendämter in ihrer Position geschwächt. Um dieser Situation entgegen zu wirken, wurde von einem Teil der rheinland-pfälzischen Jugendämter gefordert, dass die Jugendhilfe erster Adressat für die Inanspruchnahme der Beratung werden müsse und Antragsverfahren vor Beginn der Therapiesitzungen zwingend notwendig seien. Einzelne Jugendämter benannten, dass es innerhalb des Jugendamtes strengerer Prüfungen bezüglich des § 35 a SGB VIII und vermehrte Abstimmungen zwischen den einzelnen Fachkräften bedürfe. Allerdings wurden die beschriebenen Veränderungen und die notwendige inhaltliche Auseinandersetzung mit diesem Aufgabenfeld nur bei verbesserter Personal- und Finanzausstattung als realistisch eingeschätzt, welche allerdings nicht als erwartbar angesehen wird.

Qualitätsstandards einführen

Für den Bereich der Eingliederungshilfen nach § 35 a SGB VIII wurde von einigen Jugendämtern als negativ eingeschätzt, dass eine Debatte über Standards und Qualitätsanforderungen bislang kaum geführt werde. Das Fehlen von Qualitätsstandards wurde von einzelnen vor allem bei Anbietern im ambulanten Bereich betont. Darüber hinaus wurde eine spezielle Zulassung Freier Träger, vor allem bei Lese-, Rechtschreibschwäche und Dyskalkulietherapie gefordert. Ein entsprechender Diskussions- und Entwicklungsprozess solle nach Einschätzung der Jugendämter auf Landesebene vorangetrieben werden.

Weiterentwicklung der Angebote

Bei der Weiterentwicklung von Angeboten wurden zwei Schwerpunkte deutlich, die sich zum einen auf die Jugendhilfe selbst und zum anderen auf schulische Angebote bezogen. Innerhalb der Jugendhilfe wurde benannt, dass insgesamt Spezialeinrichtungen für § 35 a SGB VIII Fälle fehlen, vor allem wurde die Schaffung von stationären Angeboten von einzelnen betont. Darüber hinaus wurde die Schaffung einer behördenübergreifenden Clearingstelle (incl. Kinder- und Jugendpsychiater) mit Entscheidungskompetenzen auf der Seite des Jugendamtes angeregt.

Im Kontext der Schule wurde von einem Großteil der Jugendämter gefordert, dass Förderangebote in den Schulen ausgebaut werden sollten. Vor allem die Angebote der

Schule bei Teilleistungsstörungen sollten aus Perspektive der Jugendämter erweitert werden. Ferner wurde die Einrichtung von ortsnahen V-Schulen bzw. V-Klassen vorgeschlagen, um nicht notwendige überregionale vollstationäre Unterbringungen zu vermeiden.

Fort- und Weiterbildung

Insgesamt wurde ein großer Fortbildungsbedarf bei allen JugendamtsmitarbeiterInnen in den Sozialen Diensten gesehen, sofern keine Spezialisierung angestrebt und eingeführt werde. Durch eine vertiefte Einarbeitung in die Thematik des § 35 wurde eine größere Handlungssicherheit erwartet. Angestrebt wurden regelmäßige Fortbildungen mit Austausch- und Reflexionsmöglichkeiten für die Fachkräfte.

Spezialisierung der Dienste für § 35 a SGB VIII Fälle

Von einzelnen Jugendämtern wurde als Handlungsbedarf die Spezialisierung von Mitarbeitern des Jugendamtes für diesen Bereich formuliert, da für die Einschätzung von § 35 a SGB VIII Fällen spezifische, teilweise jugendhilfeeotypische Kenntnisse erforderlich seien. Die Einrichtung eines Sonderdienstes innerhalb des ASD wurde angeregt. Von einer Spezialisierung mit vertiefter Fachlichkeit wurden sich zeitnähere und qualifiziertere Entscheidungen mit entsprechenden Bewilligungen bzw. Ablehnungen erhofft.

Verbesserungen der Kooperationen

Die Forderung nach Verbesserung der Kooperation wurde zum einen auf andere Leistungsträger, wie Sozialämter, Krankenkassen und Schulen, aber auch auf eine verstärkte Zusammenarbeit innerhalb der Jugendhilfe bezogen. In der Kooperation mit den Sozialämtern wurden vor allem Vorschläge bezüglich Verfahrensregelungen und klareren Abgrenzungen gemacht. Bezüglich der Krankenkassen wurde gefordert, dass Leistungsinhalte transparenter sein sollten. Außerdem sollten die Wartezeiten bei psychotherapeutische Behandlung durch anerkannte Psychologen verringert werden, damit die vorrangigen Leistungen der Krankenkassen in Anspruch genommen und nicht ersatzweise Jugendhilfeleistungen beantragt werden. Im Kontext der Schulen wurde benannt, dass vor allem der besondere Förderbedarf von auffälligen bzw. rechtschreibschwachen Schülern der Grundschule sichergestellt werden müsste, damit diese Fälle nicht Fälle der Jugendhilfe werden. Innerhalb der Jugendhilfe wurde dafür plädiert, dass angrenzende Jugendämter verstärkt kooperieren und den fachlichen Austausch verstärken sollten. Außerdem wurde von einzelnen angeregt, dass die Jugendhilfe Arbeitskreise für alle am Prozess beteiligten initiieren solle.

Trennung von Diagnostik und Therapie

Als ein Weg, bestimmte Zuweisungspraxen von § 35 a SGB VIII Fällen zu minimieren, wurde von einigen Jugendämtern die strengere Trennung von Diagnostik und Therapie angesehen, da bei freien Trägern mit Einzelfall- und Stundenvergütung ein wirtschaftliches Interesse (Refinanzierung) nicht ausgeschlossen werden könne. Vor allem bei Frühförderzentren wurde von einzelnen dieses Problem gesehen, da sie die Diagnostik erstellen und die Therapiemaßnahme durchführen.

9. Zusammenfassende Kommentierung der Ergebnisse und Schlussbemerkungen

Anlass und Zielsetzung der Expertise

Die hier vorliegende Bestandsaufnahme zum § 35 a SGB VIII in den rheinland-pfälzischen Jugendämtern liefert zum ersten Mal Daten zur Größenordnung der Inanspruchnahme des § 35 a SGB VIII in Rheinland-Pfalz. Die Ergebnisse zeigen auf, um welche Fälle es sich handelt, benennen Kooperationsaspekte zu anderen Institutionen und verweisen aus der Perspektive der Jugendämter auf Probleme und Handlungsbedarfe.

Über die Bestandsaufnahme sollte einerseits eine valide Informationsbasis zur Beschreibung dieses Jugendhilfeleistungsbereichs geschaffen werden, vor deren Hintergrund eine Bilanzierung der Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung des § 35 a SGB VIII nach nunmehr acht Jahren nach seiner Einführung in das Kinder- und Jugendhilfegesetz möglich ist. Andererseits steht diese Expertise aber auch unter dem Vorzeichen einer politischen Debatte, die darauf ausgerichtet ist, den Leistungsbereich einzugrenzen. In dem jüngst vom Bundesrat vorgelegten Gesetzentwurf zur Änderung des SGB VIII (Drucksache 15/1406) geht es im wesentlichen darum, die Zielgruppe von Eingliederungshilfe deutlich enger zu fassen, als dies in der vorliegenden Fassung des SGB VIII der Fall ist. Unabhängig davon, ob und wie das SGB VIII im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen nun verändert wird, basiert die aktuelle Diskussion nicht nur auf dem Ziel mehr Rechtsklarheit zu schaffen, sondern Einsparungen zu erzielen, die die angespannten kommunalen Haushalte entlasten. Gleichwohl ist mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung nicht das SGB VIII in seiner Grundausrichtung in Frage gestellt.

Für die Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Expertise ist es wichtig, beide Perspektiven, nämlich einerseits fachlich-konzeptionelle und andererseits ökonomische Aspekte zunächst voneinander zu trennen. Bisher gibt es bundesweit keine systematische Praxisforschung zu diesem Handlungsfeld, deren Ergebnisse ein qualifiziertes Fundament für die aktuelle politische Debatte liefern könnten. Zumindest zu einzelnen ausgewählten Fragestellungen können die dargestellten Ergebnisse eine Entwicklungsperspektive andeuten, mit Hilfe derer fachliche wie ökonomische Implikationen in Teilbereichen zusammengefasst werden können.

Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche hat sich mit Blick auf die Fallzahlen und Kosten zu einem relevanten Arbeitsfeld innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt

Die politische Debatte über die Änderung des § 35 a SGB VIII basiert vor allem auf der Feststellung, dass seit seiner Einführung die Ausgaben in erheblichem Umfang gestie-

gen sind. In Rheinland-Pfalz sind die Ausgaben für Eingliederungshilfe von 1996 mit knapp 6,5 Millionen DM auf 30,5 Millionen DM im Jahr 2002 angestiegen. Das heißt, die Ausgaben haben sich in diesem Zeitraum fast verfünffacht. Auch mit Blick auf die Fallzahlen im Jahr 2002 zeigt sich, dass dieser Leistungsbereich eine erhebliche Größenordnung angenommen hat, die längst keine Randerscheinung der Kinder- und Jugendhilfe darstellt. Insgesamt hat es im Jahr 2002 in den untersuchten 36 von 41 Jugendämtern in Rheinland-Pfalz 4791 Fälle nach § 35 a SGB VIII gegeben. Die Gesamtzahl aller Fälle liegt demnach weit über diesem Wert. Setzt man diese Zahl ins Verhältnis zur Bevölkerung bedeutet dies, dass in Rheinland-Pfalz pro 1000 Kinder und Jugendliche 5,2 Mädchen und Jungen der 0- bis unter 21jährigen eine Eingliederungshilfe erhalten haben. Der vergleichbare Eckwert der Hilfen zur Erziehung (§§ 29-35 SGB VIII) lag im Jahr 2000 etwa bei 12,2 Kindern und Jugendlichen pro 1000 der unter 21jährigen. Gemessen an den Ausgaben für Hilfen zur Erziehung (§§ 29-35 SGB VIII) beträgt der Anteil der Eingliederungshilfe im Jahr 2002 etwa 8 %.

Die Nachfrage und die Hilfgewährungspraxis zeigt eine erhebliche interkommunale Streubreite zwischen den rheinland-pfälzischen Jugendämtern

Die Fallzahlen und auch die Kosten bei der Eingliederungshilfe streuen zwischen den rheinland-pfälzischen Kommunen erheblich. Während in einigen Jugendamtsbezirken weniger als ein junger Mensch pro 1000 unter 21 Jahren Eingliederungshilfe erhält, sind es in anderen etwa 16. Anders ausgedrückt, streut die Inanspruchnahme um das 16fache. Ähnlich verhält es sich bei den Ausgaben, die im unteren Bereich bei etwa 1,8 Euro pro 1000 junge Menschen in einem Jugendamtsbezirk liegen und bei anderen bei etwa 59 Euro. Hier streut das Ausgabenniveau um das 32fache. Anders als im Bereich der Hilfen zur Erziehung zeigen sich bei den Fallzahlen und Kosteneckwerten keine signifikanten Unterschiede zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten. Bei den Hilfen zur Erziehung wird in den kreisfreien Städten im Vergleich zu den Landkreisen etwa das 2,6fache pro Kind und Jugendlichen an Mitteln aufgewendet. Hier können die interkommunalen Disparitäten auch mit den unterschiedlichen soziostrukturellen Belastungsfaktoren erklärt werden, die im Zusammenhang mit der Nachfrage nach Erziehungshilfen zu sehen sind. Diese Ergebnisse legen als Vermutung nahe, dass das Niveau der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfen nicht im Zusammenhang mit soziostrukturellen Belastungsfaktoren steht und sich dahinter auch Unterschiede in der Zielgruppe festmachen lassen. Ein weiteres Erklärungsmodell für die erheblichen interkommunalen Disparitäten könnte auch auf eine sehr unterschiedliche Zuordnungs- bzw. Abgrenzungspraxis zu den Hilfen zur Erziehung basieren. Ähnlich der bundesweiten Debatte, die keine Ei-

nigkeit darüber zeigt, ob der § 35a SGB VIII nicht besser in den Leistungskanon der Hilfen zur Erziehung (wieder) integriert werden sollte, so gibt es Jugendämter, die eine Eingliederungshilfe auch überwiegend als Hilfe zur Erziehung gewähren. Diese Zuordnungspraxis wird damit begründet, dass bei einer „langfristigen“ seelischen Störung Erziehungsprobleme immer auch Ursache oder Begleiterscheinung seien, die bei der Ausgestaltung einer wirkungsvollen Eingliederungshilfe mit bedacht werden müssten. Inwiefern auch die Zugangswege und die Angebotsstruktur auf die Inanspruchnahme wirken, müsste genauer untersucht werden, um die interkommunale Streubreite erklärbar zu machen.

Kinder unter 12 Jahren bilden die Hauptzielgruppe von Eingliederungshilfe

In etwa drei Viertel der Fälle handelt es sich um Kinder unter 12 Jahren. Den größten Anteil an allen Altersgruppen bilden mit 46% die Grundschüler und -schülerinnen im Alter zwischen 6 und 10 Jahren. Überrepräsentiert sind auch die Jungen. Etwa zwei Drittel aller Hilfen richten sich an männliche Kinder und Jugendliche. Bei einer geschlechtsspezifischen Auswertung der Fälle zeigen sich ähnliche Verteilungen wie bei der Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung und Erziehungsberatung, in denen Mädchen aufgrund ihrer „stillen“ Bewältigungsformen von belastenden Situationen auch unterrepräsentiert sind.

Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII wird fast ausschließlich ambulant geleistet. Dabei kommt der Frühförderung eine zentrale Rolle zu

Etwa 92% aller Eingliederungshilfen wurden im Jahr 2002 in ambulanter Form erbracht. Knapp 6% der Hilfen erfolgten in Form einer stationären Unterbringung und nur 2% wurden in Form einer Tagesgruppe durchgeführt. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zu den Erziehungshilfen, bei denen der Anteil der ambulanten Hilfen im Landesdurchschnitt lediglich bei ca. 25% liegt. An den ambulanten Fällen haben die Fälle im Bereich der Frühförderung einen erheblichen Anteil. Etwa 40% aller ambulanten Hilfen werden von den Frühförderzentren geleistet und richten sich an Kinder im nicht-schulpflichtigen Alter. Eine kostenmäßige Entlastung für die Jugendhilfe könnte die Frühförderverordnung des Bundes vom 24. Juni 2003 in diesem Zusammenhang bewirken.

Anders als in einigen anderen Bundesländern hat Rheinland-Pfalz nicht von dem Länderrechtsvorbehalt Gebrauch gemacht, die der Zuständigkeit anderer Leistungsträger für den Bereich der Frühförderung (z.B. der Sozialhilfeträger) Vorrang gaben. Dies wurde vor allem damit begründet, dass im frühen Kindesalter eine eindeutige Feststellung einer

Behinderungsform noch nicht möglich sei. Die Entscheidung, nicht von dem Länderrechtsvorbehalt Gebrauch zu machen, führt in der Praxis sicherlich in Einzelfällen zu Abgrenzungsproblemen zu anderen Leistungsträgern, orientiert sich aber auch an der Grundausrichtung des SGB VIII. Die zentrale Leitnorm des Kinder und Jugendhilfegesetzes bezieht sich auf alle Kinder und Jugendliche, die in ihrer Entwicklung gefördert und für die positive Lebensbedingungen geschaffen werden sollen (§1 SGB VIII). Insofern ist die Einbeziehung der seelisch behinderten Kinder im nicht-schulpflichtigen Alter folgerichtig und orientiert sich auch an den fachlichen Kompetenzen, die in der Jugendhilfe zur Ausgestaltung von Integrationsmöglichkeiten vorliegen. Weiter kann argumentiert werden, dass die Integration für diese Zielgruppe auch dem Präventionsgedanken Rechnung trägt. Ist die Jugendhilfe auch für junge Kinder zuständig, bei denen sich schon im frühen Alter Entwicklungsbeeinträchtigungen zeigen, so lassen sich hier über eine qualifizierte Hilfeplanung Unterstützungssysteme aufbauen, die weitere Ausgrenzungen und soziale Benachteiligungen vermeiden. Die Voraussetzung dafür allerdings ist, dass die Gewährung einer Eingliederungshilfe nicht nur als formaler Akt aufgrund von fachärztlichen Gutachten vollzogen wird, sondern auch der Leistungstatbestand „Eingliederungshilfe“ sozialpädagogisch ausformuliert und in der Einzelfallarbeit entsprechend ausgestattet wird. Dem Jugendamt kommt hier eine zentrale Steuerungs- und Planungsfunktion zu, damit das präventive Potential der Frühförderung auch ausreichend genutzt werden kann.

Die Eingliederungshilfe hat sich neben den Hilfen zur Erziehung als eigenständiger Leistungstatbestand etabliert

Nicht nur die Fallzahlen und das Ausgabenvolumen zeigen, dass die Eingliederungshilfe ein relevantes Aufgabenfeld innerhalb der Jugendhilfe darstellt, sondern auch die Auswertung der Schnittstelle zu den Hilfen zur Erziehung. Nach wie vor ist umstritten, ob der § 35a SGB VIII eine eigenständige Daseinsberechtigung haben soll, oder ob eine Zuordnung zu dem Bereich der Hilfen zur Erziehung in der ursprünglichen Fassung des SGB VIII nicht weniger stigmatisierend und dem Integrationsgedanken des Gesetzes näher sei. Die Geister scheiden sich an der Frage, ob nicht bei seelischer Behinderung immer auch Erziehungsprobleme vorliegen oder eben häufiger nicht. Für die rheinland-pfälzische Praxis zeigt sich, dass zumindest eine Kombination von Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen eher eine Randerscheinung darstellt. Lediglich in 7% aller § 35a Fälle gab es die Kombination mit einer Erziehungshilfe. Die geringste Bedeutung hat diese Kombination im ambulanten Bereich. Lediglich im stationären und teilstationären Bereich nimmt die Kombination dieser beiden Leistungsbereiche deutlich an Bedeutung zu. Überschneidungen zu den Hilfen zur Erziehung scheint es erst dann zu geben, wenn im Bereich der Eingliederungshilfe betreuungsintensivere Hilfesettings erforderlich sind, die

zudem eine familienentlastende oder gar -ersetzende Funktion übernehmen. Diese Ergebnisse verdeutlichen ferner, dass sich eine Eingliederungshilfe in der Regel nicht auf die Verbesserung der Erziehungssituation in der Familie bezieht, sondern auf die Integration des Kindes. Dadurch wird die Abgrenzung zu den Hilfen zur Erziehung am deutlichsten herausgestellt. Ebenso ist vor dem Hintergrund der recht klaren Trennung dieser beiden Leistungsbereiche zu vermuten, dass vor allem im ambulanten Bereich auch ein ebenso abgrenzbares Angebotssegment entstanden ist, dass die erheblich gestiegene Nachfrage nach Eingliederungshilfe bedienen kann und wenig Überschneidungen zu den Hilfen zur Erziehung aufweist.

Den vorrangigen Bildungsauftrag der Schule stärker in den Blick nehmen

Bei der praktischen Handhabung des § 35 a SGB VIII kommt der Schnittstelle zwischen Schule und Jugendhilfe eine besondere Bedeutung zu. Rund 75% der beschriebenen Anlässe für eine Eingliederungshilfe stehen im Zusammenhang mit schulischen Schwierigkeiten bzw. werden dort auffällig. Bei den in diesem Gutachten am häufigsten genannten Störungsbildern handelt es sich um „Aufmerksamkeitsstörungen“ (z.B. ADS) (34%), „Legasthenie/Dyskalkulie“ (22%) und um „Verhaltensprobleme in der Schule“ (17%). Dieses Ergebnis verweist sehr eindeutig darauf, dass es sich häufig um Formen der seelischen Behinderung handelt, die im Kontext der Schule virulent werden. Bezieht man die Auswertung der Alterstruktur zur Präzisierung der Zielgruppe mit ein, so handelt es sich schwerpunktmäßig um Grundschul Kinder. Gut begründet kann an dieser Stelle die Frage aufgeworfen werden, ob in diesen Fällen die Schnittstelle zu dem Verantwortungsbereich der Schule hinreichend geklärt ist, oder ob nicht hier auch die Jugendhilfe zum Ausfallbürgen für schulische Probleme wird. Hier zeigt sich landesweit dringender Klärungsbedarf um die gemeinsamen und eigenen Aufgaben klar zu definieren. Die Schule hat einen eigenständigen Bildungs- und Erziehungsauftrag. Sie hat 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. Um die Förderung an den Schulen umsetzen zu können, werden personelle und sachliche Ressourcen in ausreichendem Umfang benötigt. Die Verwaltungsvorschrift „Integrierte Fördermaßnahmen gemäß § 29 der GschO“ regelt, dass Schüler und Schülerinnen in Regelschulen mit einem sonderpädagogischen Förderbedarf unabhängig von dem Lernbereich von Sonderschullehrkräften durch integrierte Fördermaßnahmen gefördert werden können. Beide Verwaltungsvorschriften bilden mit Blick auf die hier untersuchte Zielgruppe eine gute Grundlage, Zuständigkeiten und Aufgaben der Systeme Schule und Jugendhilfe zu regeln. Wenn politisch über die Leistungsbegrenzungen bei der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII nachgedacht wird, muss auch geprüft werden, ob und wie die Schule in der Ausübung ihres Bildungsauftrages gestärkt werden kann, damit stigmatisierende Zuschreibungen und Verschiebungen von Leistungsansprüchen zwischen Schule und Jugendhilfe vermieden werden können. Mit Blick auf eine Hauptzielgruppe der Eingliederungshilfe fällt dieser Bereich auch fallzahlenmäßig deutlich ins Gewicht.

Neben diesen Voraussetzungen, die in der Schule für eine adäquate Förderung von jungen Menschen mit Aufmerksamkeits- oder Lernschwierigkeiten geschaffen werden sollten, gilt es auch verstärkt über die Inhalte der Lehrer- und Lehrerinnenausbildung nachzudenken. Bezogen auf das Ausmaß dieser „Auffälligkeiten“, die am Ort Schule sichtbar werden, handelt es sich längst nicht mehr um eine Randerscheinung, die durch eine Delegation von Zuständigkeiten zu anderen Institutionen und Professionen bearbeitet werden kann. Vielmehr stellt sich hier die Frage, wie durch eine stärkere Integration pädagogischer Inhalte in die Ausbildung und gezielte Fort- und Weiterbildung, die Handlungskompetenzen von Lehrern und Lehrerinnen gestärkt werden könnten, damit die Schule ihrem rechtlichen Auftrag nachkommen und Ausgrenzungen von Schülern und Schülerinnen vermieden werden können.

Das sozialrechtliche Konstrukt der Eingliederungshilfe wird vor allem durch Professionelle realisiert

Über eine Auswertung von Zugangswegen wurde deutlich, dass sich in 26% der Fälle die Eltern direkt an das Jugendamt wenden. Das heißt im Umkehrschluss auch, dass es in 74% der Fälle Professionelle aus bestimmten Institutionen sind, die auf einen Bedarf an Eingliederungshilfe hinweisen. Innerhalb dieser Gruppe kommt den Frühförderzentren mit einem Anteil von 45% eine hohe Bedeutung zu. Die restlichen ca. 30% verteilen sich

fast gleichmäßig auf Kindertagesstätten, Schulen, Ärzte oder Psychiatrie. Damit wird auch erklärbar, dass in der Mehrzahl der Fälle vor einer Kontaktaufnahmen zum Jugendamt bereits ein Gutachten zur Feststellung einer seelischen Behinderung vorliegt.

In der Konsequenz zeigt dieses Ergebnis, dass der Leistungstatbestand „seelische Behinderung“ vor allem professionellen Zuordnungen entspricht, die vorab definierte individuelle Defizite eines jungen Menschen zum Ausgangspunkt für bestimmte Hilfen machen. Trotz aller Unklarheiten, die weiterhin bei der Definition von seelischer Behinderung bestehen, scheint das damit zu beschreibende „Störungsbild“ ein fester Bestandteil von Diagnosen bestimmter Professionen zu sein. Dieses Konstrukt ist einmalig in der Jugendhilfe, da im Kontext der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII andere Professionen die Voraussetzungen für einen Leistungstatbestand prüfen. Die hohe Bedeutung, die dabei den Frühförderzentren im Zugang zu Leistungsansprüchen (45%) und der Realisierung von ambulanten Hilfen (40%) zukommt, bleibt dennoch erklärungsbedürftig.

Definitions-, Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen prägen die Kooperationspraxis bei der Realisierung von Eingliederungshilfe

Wie in kaum einem anderen Jugendhilfeleistungsbereich ist die gelingende Realisierung von Eingliederungshilfen auf eine funktionierende Kooperation mit anderen Professionen und Institutionen angewiesen. Von der Gutachtenerstellung über die Klärung von Zuständigkeiten mit anderen Leistungs- und Rehabilitationsträgern bis hin zur interdisziplinären Ausgestaltung von Hilfesettings, ist die Jugendhilfe zur Zusammenarbeit mit der Medizin, Psychiatrien, Sozialämtern, Schulen und Krankenkassen verpflichtet. Auch wenn das SGB VIII vor dem Hintergrund einer lebensweltlichen Verankerung der Jugendhilfe in vielen Paragraphen Kooperationen strukturell vorsieht, so gibt es keinen anderen Leistungsbereich, in dem die Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Institutionen in dieser Intensität zwingend erforderlich ist. Wie unter einem Brennglas verdichten sich in Bereich der Eingliederungshilfe nicht nur spezielle Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen, sondern insgesamt die häufig ungeklärten Schnittstellen der Jugendhilfe zu angrenzenden Disziplinen und Institutionen. Um diese Schwierigkeiten wissend, die in der Fachdebatte der Jugendhilfe eine lange Tradition haben, hat der Gesetzgeber mit der Eingliederungshilfe einen „Kooperationsparagrafen“ geschaffen, der ein hohes Potential an interdisziplinärem Klärungsbedarf und Fragen der Leistungsträgerschaft enthält.

Vor diesem Hintergrund verwundert nicht, dass die Bewertungen der Kooperationsbeziehungen der Jugendämter zu anderen Leistungsträgern oder Professionen eher verhalten ausfallen. Die Einschätzungen zu Kooperationen mit anderen Institutionen bewegen sich

im Durchschnitt im mittleren Bereich. Die Zusammenarbeit mit den Sozialämtern wurde im Vergleich am besten eingeschätzt, die mit den Krankenkassen am schlechtesten, wobei in vielen Kommunen gar keine Kooperation zwischen Jugendamt und Krankenkasse besteht. In der Zusammenarbeit mit Ärzten und der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden die unterschiedlichen fachlichen Zugänge und Sprachen als erschwerend erlebt. Im Bereich der Schulen wurde vor allem ein Handlungsbedarf im Bereich der Ausschöpfung der Fördermöglichkeiten gesehen. Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen dominieren insgesamt bei den Kooperationsproblemen.

Die Ergebnisse können dahingehend zusammengefasst werden, dass Kooperationen dann scheitern, wenn der Zusammenarbeit im Einzelfall keine institutionenübergreifenden - grundsätzlichen - Verständigungen über Zuständigkeiten, Verfahrenswege und wechselseitigen Erwartungen vorausgehen. Müssen in jedem Einzelfall diese grundsätzlichen Klärungen neu herbeigeführt werden, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Verständigungen und Ausgestaltungen einer konkreten Hilfe konflikthaft verlaufen und den Hilfeprozess erschweren. Diese Situation scheint in vielen Jugendamtsbezirken die alltägliche Realität zu beschreiben. Die Ergebnisse stimmen aber auch hoffnungsvoll, da ebenso deutlich wird, dass es scheinbar praxistaugliche Wege und institutionell verankerbare Arbeitsroutinen gibt, die zu solchen Klärungen beitragen können. Die Ergebnisse der Jugendamtsbefragungen lassen sich auch so lesen, dass ein kontinuierlicher Austausch in Form von Arbeitsgemeinschaften oder Runden Tischen erheblich dazu beiträgt, die unterschiedlichen professionellen Selbstverständnisse kommunizierbar zu machen, dass darauf aufbauend Verfahrensabläufe und Zuständigkeiten geklärt und Vereinbarungen über gemeinsame Zielperspektiven getroffen werden können. Damit sind zwar längst nicht alle Unbestimmtheiten, die sich weiterhin in der Einzelfallarbeit aufgrund einer diffusen Begriffsbestimmung von seelischer Behinderung ergeben aus der Welt, allerdings scheint das Konfliktpotential erheblich minimiert zu sein. Der größte Handlungsbedarf scheint hier im Aufbau von Kooperationsstrukturen zu Krankenkassen zu bestehen. Die Realisierung solcher einzelfallbezogenen Kooperationsstrukturen setzt allerdings zusätzliche Ressourcen beim öffentlichen Jugendhilfeträger voraus, der im Rahmen seiner Gesamt- und Planungsverpflichtung (§§ 79,80 SGB VIII) für die Initiierung solcher Arbeitszusammenhänge verantwortlich ist. Auf diese Weise ließe sich auch der angemahnte Handlungsbedarf zur Stärkung der Rolle des Jugendamtes angehen.

„Mehr Fälle, mehr Kosten, mehr Arbeit“: Konsequenzen für die Ausgestaltung der Eingliederungshilfen beim öffentlichen Jugendträger

Die Integration der Zuständigkeit für seelische behinderte junge Menschen zieht eine Reihe von Konsequenzen für die Ausgestaltung dieses Arbeitsfeldes für den öffentlichen

Jugendhilfeträger nach sich. Die Fallzahlen- und Kostenentwicklung zeigt, dass ein qualifizierter Umgang mit der Umsetzung von Eingliederungshilfen nicht einfach „nebenbei“ erledigt werden kann. Heute zeigt sich, dass die Jugendämter auf diese Zuständigkeits-erweiterung und eine neue Zielgruppe weder fachlich noch personell eingestellt waren. Mit der Neuregelung des § 35 SGB VIII wusste niemand, was in den Folgejahren quantitativ und qualitativ auf die Jugendämter zukommen würde. Vor dem Hintergrund der restriktiven Sparbemühungen der Kommunen waren Ausgabenanstiege jugendhilfepolitisch ebenso schwer zu begründen wie notwendige Personalaufstockungen in den Sozialen Diensten.

Hier zeigt sich ein erhebliches Dilemma. Werden aufgrund fehlender personeller Ressourcen Anträge auf Eingliederungshilfe lediglich formal abgewickelt, ohne dass ein qualifiziertes Hilfeplanverfahren mit einer entsprechenden Ausrichtung der Hilfe auf die Realisierung gesellschaftlicher Teilhabemöglichkeiten durchgeführt wird, dann etabliert sich ein Leistungsbereich, der von der Jugendhilfe nicht gesteuert und möglicherweise mit nicht berechtigten Kostenentwicklungen verbunden ist. Dann kann es eben auch passieren, dass nicht der Bedarf, sondern das Angebot die Nachfrage bestimmt. Eine entsprechende Ausstattung der Sozialen Dienste ist eine notwendige Voraussetzung für eine fachliche und wirtschaftlich effiziente Ausgestaltung der Eingliederungshilfe. Hier scheint landesweit Handlungsbedarf zu bestehen. Ob allerdings die Einrichtung von Spezialdiensten, wie von einigen Jugendämtern vorgeschlagen, der richtige Weg ist, bleibt klärungsbedürftig. Die Vorteile von Spezialdiensten zeichnen sich dadurch aus, dass sie über ein vermeintlich abgrenzbares Profil durch klare Zuständigkeiten und vertiefendes Fachwissen verfügen. Die negativen Seiten der Spezialisierung zeigen aber eben auch, dass bei komplexeren Lebenslagenproblemen sich Zuständigkeiten eben nicht segmentieren lassen. Sicherlich bedarf es bei der Eingliederungshilfe einiger spezieller Fachkompetenzen im Umgang mit Gutachten und zur Beurteilung von „Störungsbildern“. Allerdings ist es nicht Aufgabe des Jugendamtes eigene medizinische, psychiatrische oder psychologische Kompetenzen auszubilden, die mit anderen Professionen um die Richtigkeit von Diagnosen konkurrieren. Vielmehr ist es Aufgabe der Sozialen Dienste zu beurteilen, ob aufgrund seelischer Beeinträchtigungen Eingliederungshilfen notwendig sind, die sich auf die Sozialisationsbedingungen der jungen Menschen beziehen. Damit unterscheidet sich zwar der Anlass, aber nicht die eigentliche Aufgabe von den Hilfen zur Erziehung, bei denen häufig auch Stellungnahmen, Gutachten und das Zusammenwirken mit anderen Disziplinen und Institutionen im Rahmen der Hilfeplanung erforderlich sind.

Welche Diagnose ist die richtige? Die Hilfeplanung als fachliches Steuerungsinstrument stärken

Aus der Perspektive der Jugendämter wurde als ein zentrales Problem formuliert, dass Gutachten quasi automatisch einen Leistungsanspruch suggerieren und dass sozialpädagogischen Diagnosen dabei zu wenig Bedeutung beigemessen wird. Damit wird auf ein strukturelles Problem verwiesen, dass sowohl auf strukturelle Handlungsbedarfe innerhalb der Jugendhilfe als auch auf untypische Ablaufprozesse verweist. Da aus der medizinischen Sicht „Diagnosen“ bei anderen Sozialleistungs- und Rehabilitationsträgern oftmals automatisch eine Leistungsbegründung hervorrufen, ist dieses Auftreten der Medizin gegenüber der Jugendhilfe verständlich. Allerdings liegt die Lösung dieser Konfliktsituation nicht in der Bearbeitung der Frage, wer über welche „Machtpotentiale“ in der Durchsetzung von Standesinteressen verfügt, sondern hier gilt nur der Verweis auf eine eindeutige rechtliche Grundlage, die die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Eingliederungshilfe der öffentlichen Jugendhilfe zuspricht. Viel schwieriger gestaltet sich die Frage, welche Qualitätsstandards an eine sozialpädagogische Diagnose anzulegen sind, die innerhalb, aber auch gegenüber anderen Professionen Bestand hat. Hier bewegt sich die Jugendhilfe noch auf unsicherem Terrain, dass nicht nur im Bereich der Eingliederungshilfe, sondern auch bei den Hilfen zur Erziehung weiter qualifiziert werden muss. Aber unabhängig davon, wie die Qualität „sozialpädagogischer“ Diagnosen zur Zeit eingeschätzt wird, verfügt die Jugendhilfe über ein beispielgebendes fachliches Steuerungsinstrument, das die Umsetzung von Rechtsansprüchen nicht nur an objektiv vermeintlichen Tatsachen, sondern auch an Verfahrensregeln und Beteiligungsformen festmacht. Die richtige Hilfe ist eben auch die, die in der gemeinsamen Zielbestimmung aller am Hilfeprozess Beteiligten zu den angestrebten Wirkungen führt. Eine Eingliederungshilfe, die eben nicht nur an beschreibbaren Mängellagen orientiert ist (Diagnose), sondern sich auch über gemeinsam erarbeitete Sozialisations- und Integrationsziele begründen lässt, ist nicht nur notwendig, sondern auch geeignet und wirkungsvoll. Zudem lässt sich oftmals erst über den Hilfeplanungsprozess im Zusammenwirken aller Beteiligten klären, welche Aufgaben und Kompetenzen erforderlich sind, damit Hilfen gelingen. Auf diese Weise lassen sich Zuständigkeits- und Abgrenzungsprobleme entlang konkreter Aufgaben und gemeinsamer Ziele besser klären, als nach Aktenlage und gutachterlichen Stellungnahmen. Die Umsetzung einer qualifizierten Hilfeplanung setzt allerdings entsprechende Personalkapazitäten in den Jugendämtern voraus.

Die Jugendhilfeplanung als infrastrukturelles Regelungsinstrument

Die erheblichen interkommunalen Disparitäten machen die Frage nach den Ursachen offenkundig. Ob nun die Bedarfslagen tatsächlich von Region zu Region streuen, oder ob die Zugangswege oder die örtliche Angebotsstruktur die Nachfrage nach Eingliederungshilfe beeinflussen, kann an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden. Auch fehlen valide Datengrundlagen, um die Zielgruppe von Eingliederungshilfe genauer beschreiben zu können. Anders als im Bereich der Hilfen zur Erziehung werden fallbezogene Daten durch die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe nicht erfasst, die eine kontinuierliche Beobachtung dieses Leistungsbereiches ermöglichen würden. Hier zeigt sich zunächst auf Bundesebene Handlungsbedarf, damit die Eingliederungshilfe zukünftig im Rahmen der Pflichtstatistik erfasst wird. Damit könnten auch Planungsgrundlagen der Jugendämter qualifiziert, Entwicklungen beobachtbar und interkommunale Disparitäten aufgedeckt werden.

Jugendhilfeplanung umfasst aber mehr als nur die Auswertung von Statistiken. Der Gesetzgeber beschreibt die Jugendhilfeplanung als einen kontinuierlichen Prozess, in den alle Akteure aus der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen einzubinden sind, um entlang von Bedarfslagen qualitativ und quantitativ eine effiziente Infrastrukturentwicklung zu gestalten. Der Bereich der Eingliederungshilfe scheint bislang kein Arbeitsfeld der Jugendhilfeplanung zu sein. Vor diesem Hintergrund ist auch der Handlungsbedarf zur Qualifizierung der Angebotsformen zu verstehen, der aus der Perspektive der Jugendämter angemahnt wurde. Im Rahmen von Jugendhilfeplanungsprozessen wäre es insofern notwendig, mit den Anbietern von Eingliederungshilfen Konzept- und Qualitätsentwicklungen zu betreiben, damit Leistungstransparenz hergestellt werden kann. Ein weitergehender Schritt könnte auch darin bestehen, die Regelung des § 78 a-g SGB VIII auch auf den Bereich der Eingliederungshilfe auszuweiten, um für den öffentlichen Jugendhilfeträger ähnlich wie im Bereich der Hilfen zur Erziehung eine Steuerung über Kosten, Leistung und Qualität zu ermöglichen. Auch wird sich die Bearbeitung der Handlungsbedarfe daran entscheiden, ob die Jugendämter personell und fachlich in die Lage versetzt werden, ihrer rechtlich zugeschriebenen Planungsverantwortung nachzukommen. Diese Anforderungen lassen sich wie viele andere nicht nebenbei erledigen.

Institutionen und professionsübergreifende Fortbildung als pragmatischer Schritt zu Klärung von Sprachregelungen, Zuständigkeiten und Angebotsformen

Von fast allen Jugendämtern wurden Handlungsbedarfe im Bereich der Fortbildung aufgezeigt. Bei der Ausgestaltung von Fortbildungsangeboten wäre überlegenswert, dass diese nicht nur speziell auf das Aufgabenfeld der Sozialen Dienste ausgerichtet, sondern

gleich institutionsübergreifend (z.B. Schule, Frühförderung, Medizin, Psychiatrie) geöffnet werden. Dadurch könnte die Fortbildung eine doppelte Funktion übernehmen. Zum einen ginge es um Wissensvermittlung, wie in vielen anderen Fortbildungen auch, zum anderen könnte im Rahmen des Fortbildungssettings gezielt an den unterschiedlichen professionellen Selbstverständnissen gearbeitet und ein Aufbau einer gemeinsamen Kommunikationsstruktur gearbeitet werden. Zudem würde sich anbieten, dass sich die Zusammensetzung der Fortbildungskurse an regionalen Strukturen orientiert, so dass reale Arbeitszusammenhänge angeknüpft werden könnte.

Schluss: Kein Königsweg aber viele Baustellen

Mit der vorliegenden Expertise wurden keine Antworten auf die Frage gegeben, was der richtige Weg der Jugendhilfe im Umgang mit § 35 a SGB VIII ist, um den erheblichen Handlungsdruck, vor dem die Kommunen stehen, abzuwenden. Es wurden eine Reihe von Handlungsalternativen und -bedarfen aufgezeigt, die im Rahmen des bestehenden rechtlichen Rahmens eine Qualifizierung der Eingliederungshilfe und sicherlich auch einen effizienten Umgang mit begrenzten öffentlichen Haushaltsmitteln beschreiben können. Insbesondere mit Blick auf die Rolle der Schule und der Frühförderzentren lässt sich eine quantitativ große Gruppe von Hilfefällen aufzeigen, die genauer untersucht werden müsste, um das Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe genauer zu beschreiben und daraus Konsequenzen ziehen zu können. Eine Gesetzesänderung alleine löst noch nicht das Problem, dass vor allem der öffentliche Jugendhilfeträger in die Lage versetzt wird, um verantwortungsvoll und kompetent sowohl in der Ausgestaltung der Einzelfallarbeit wie mit Blick auf die Infrastrukturentwicklung seiner Planungs- und Steuerungsfunktion nachzukommen. Letztlich entscheidet sich auch daran die Frage, ob der § 35a SGB VIII zu einem Testfall für eine mögliche Integration aller behinderten jungen Menschen wird, wie es der 11. Kinder- und Jugendhilfebericht fordert, oder ob diese Vision nach den vorliegenden Erfahrungen und praktischen Zwängen nicht zu realisieren ist.

Literaturverzeichnis

- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 28: Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Bonn 2003
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Elfter Kinder- und Jugendbericht. Berlin 2002.
- Bürger, U.: Die Bedeutung sozialstruktureller Bedingungen für den Bedarf an Jugendhilfeleistungen. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.): Soziale Indikatoren und Sozialraumbudgets in der Kinder- und Jugendhilfe. Münster 1999.
- Deutscher Bundestag: Entwurf eines dritten Gesetzes zur Änderung des achten Buches Sozialgesetzbuch (Drittes SGB VIII – Änderungsgesetz – 3. SGB VIII -) Drucksache 15/1114. Berlin 2003
- Fegert, J. M.: Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35a KJHG, Münster 1996.
- Fegert, J. M.: Die Bedeutung der Eingliederungshilfe für die Integration seelisch behinderter Kinder unter der besonderen Berücksichtigung der Kinderperspektive. In: Fegert, J.M./ Frühauf, Th. (Hrsg.): Integration von Kindern mit Behinderung. Materialien zum Zehnten Kinder- und Jugendbericht. Bd. 4. München 1999
- Gintzel, U. / Schone, R.: Der § 35 a KJHG – Stein der Weisen oder altes Eisen? In: Forum Erziehungshilfen. 4/1995
- Hartwig, L.: Mädchenwelten-Jungenwelten und Erziehungshilfen. In: Birtsch, V./Münstermann, K./Trede, W. (Hrsg.): Handbuch Erziehungshilfen. Münster 2001, S. 46-68.
- Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz (ism) e.V.: Projektkonzeption: Qualitätsentwicklung durch Berichtswesen. Mainz 2003. www.ism-mainz.de
- Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz (ism) e.V.: Die erzieherischen Hilfen in Rheinland-Pfalz von 1995-2000 im Spiegel der Statistik. (Unveröffentlichtes Manuskript) Mainz 2003.
- Lemp, R.: Seelische Behinderung als Aufgabe der Jugendhilfe § 35a SGB VIII. 4. Auflage, Stuttgart 1999.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz: Expertise zu Ursachen der Fallzahl- und Ausgabensteigerung erzieherischer Hilfen in Rheinland-Pfalz. Mainz, 2003.
- Münder u.a.: Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum Kinder- und Jugendhilfegesetz. Münster 1998.
- Pothmann, J. / Schilling, M.: HzE-Bericht 2000. Entwicklung und Stand der Hilfen zur Erziehung in Nordrhein-Westfalen. Dortmund 2002.

- Pothmann, J.: Inanspruchnahme und Gewährung von Eingliederungshilfen für seelisch behinderte junge Menschen in Nordrhein-Westfalen. In: Forum Jugendhilfe 3/2003.
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Jugendhilfe 2000. Bad Ems 2001.
- Uhlendorff, U.: Sozialpädagogische Diagnosen. Münster 1997.
- Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.): Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher – eine neue Aufgabe der Jugendämter. Berlin 1995.
- Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.): Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe. Erfahrungen – Probleme – Entwicklungen. Berlin 1997.
- Van Santen u.a. (Hrsg.): Kinder- und Jugendhilfe in Bewegung – Aktion oder Reaktion? München 2003.
- Wiesner, R.: Seelische Behinderung aus jugendhilferechtlicher Sicht. In: Hilfe für seelisch behinderte junge Menschen als Aufgabe der Jugendhilfe gemäß § 35 a SGB VIII. Bayrisches Landesjugendamt 1996. S. 7-16
- Wiesner, R.: Aktuelle Diskussion um den § 35a – eine erste Bilanz der Aufgabenwahrnehmung durch die Kinder- und Jugendhilfe. In: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.): Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe. Erfahrungen. Berlin 1997. S. 11-22
- Wiesner/Mörsberger/Oberloskamp/Struck: SGB VIII Kinder und Jugendhilfe. Nachtrag zur 2. Auflage 2002.
- Winter, H.: Zusammenarbeit der Jugendämter mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie mit Diensten und Einrichtungen, die im Rahmen des § 35 a SGB VIII tätig werden. In: Verein für Kommunalwissenschaften: Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe. Erfahrungen – Probleme – Entwicklungen. Berlin 1997. S. 47-54

Anhang 1

Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV)

Vom 24. Juni 2003

Auf Grund des § 32 Nr. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), der zuletzt durch Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 3. April 2003 (BGBl. I S. 462) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

§ 1 Anwendungsbereich

Die Abgrenzung der durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführten Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 des Neunten Buch Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung noch nicht eingeschulter behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, die Übernahme und die Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie die Vereinbarung der Entgelte richtet sich nach den folgenden Vorschriften.

§ 2 Früherkennung und Frühförderung

Leistungen nach § 1 umfassen

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5) und
2. heilpädagogische Leistungen (§ 6).

Die erforderlichen Leistungen werden unter Inanspruchnahme von fachlich geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder ausgeführt. Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren kann durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden.

§ 3 Interdisziplinäre Frühförderstellen

Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne dieser Verordnung sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht.

§ 4 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren im Sinne dieser Verordnung sind die nach § 119 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigten Einrichtungen. Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen (§ 3) behandelt werden können.

§ 5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Die im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung zu erbringenden medizinischen Leistungen umfassen insbesondere

1. ärztliche Behandlung einschließlich der zur Früherkennung und Diagnostik erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten,
2. nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, soweit und solange sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Förder- und Behandlungsplan aufzustellen,
3. Heilmittel, insbesondere physikalische Therapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Beschäftigungstherapie, soweit sie auf Grund des Förder- und Behandlungsplans nach § 7 Abs. 1 erforderlich sind.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 umfassen auch die Beratung der Erziehungsberechtigten, insbesondere

1. das Erstgespräch,
2. anamnestische Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen,
3. die Vermittlung der Diagnose,
4. Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans,
5. Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen,
6. Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags,
7. Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung,
8. Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
9. Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten.

(3) Weiter gehende Vereinbarungen auf Landesebene bleiben unberührt.

§ 6 Heilpädagogische Leistungen

Heilpädagogische Leistungen nach § 56 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch umfassen alle Maßnahmen, die die Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten; § 5 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 7 Förder- und Behandlungsplan

(1) Die interdisziplinären Frühförderstellen und die sozialpädiatrischen Zentren stellen die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach §§ 5 und 6 in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich zusammen und legen diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des § 14 des Neunten Buch Sozialgesetzbuch zur Entscheidung vor. Der Förder- und Behandlungsplan wird entsprechend dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst, spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf. Der Förder- und Behandlungsplan wird von dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet. Die Erziehungsberechtigten erhalten eine Ausfertigung des Förder- und Behandlungsplans.

(2) Der Förder- und Behandlungsplan kann auch die Förderung und Behandlung in einer anderen Einrichtung, durch einen Kinderarzt oder die Erbringung von Heilmitteln empfehlen.

§ 8 Erbringung der Komplexeistung

(1) Die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 und 6 erforderlichen Leistungen werden von den beteiligten Rehabilitationsträgern auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexeistung erbracht. 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 Komplexeistung beteiligten Rehabilitationsträger. Die beteiligten Rehabilitationsträger stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistung.

(2) Sofern die beteiligten Rehabilitationsträger nichts anderes vereinbaren, entscheidet der für die Leistungen nach § 6 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexeistungen interdisziplinärer Frühförderstellen und der für die Leistungen nach § 5 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexeistungen sozialpädiatrischer Zentren.

(3) Erbringt ein Rehabilitationsträger im Rahmen der Komplexeistung Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, ist der zuständige Rehabilitationsträger erstattungspflichtig. Vereinbarungen über pauschalierte Erstattungen sind zulässig.

(4) Interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren arbeiten zusammen. Darüber hinaus arbeiten sie mit Ärzten, Leistungserbringern von Heilmitteln und anderen an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Soweit nach Landesrecht an der Komplexeistung weitere Stellen einzubeziehen sind, sollen diese an Arbeitsgemeinschaften der an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen beteiligt werden.

§ 9 Teilung der Kosten der Komplexeistung

(1) Die an den Leistungen der interdisziplinären Frühförderstelle oder des sozialpädiatrischen Zentrums jeweils beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsam mit diesen die Entgelte für die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 und 6 zu erbringenden Leistungen. Dabei werden Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach dieser Verordnung berücksichtigt.

(2) Über die Aufteilung der Entgelte für Komplexeistungen schließen die Rehabilitationsträger auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder, Vereinbarungen; regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt.

(3) Die Aufteilung der Entgelte kann pauschaliert werden. Der auf die für die Leistungen nach § 6 jeweils zuständige Träger entfallende Anteil der Entgelte darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen 80 vom Hundert und in sozialpädiatrischen Zentren 20 vom Hundert nicht übersteigen.

§ 10 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den 24. Juni 2003

Die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ulla Schmidt

Quelle:

Bundesgesetzblatt Nr. 28 vom 30. Juni 2003

Anhang 2

Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe zur Anwendung des § 35 a SGB VIII

Mit Einführung des § 35a in das SGB VIII (1. SGB VII – ÄnderG vom 16.02.1993) wurde die Eingliederungshilfe in das SGB VIII eingefügt. Damit sind Leistungen für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche und entsprechend § 41 SGB VIII junge Volljährige in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe gegeben worden.

Hilfen nach dem SGB VIII sind gegenüber der Eingliederungshilfe des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) vorrangig und nicht auf wesentliche Behinderungen beschränkt, sondern sie umfassen alle Stufen einer Behinderung.

In dem aktuellen Gesetzesentwurf zur Änderung des SGB VIII sollen die Leistungen für seelisch behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder- und Jugendliche gekürzt und denen des BSHG angeglichen werden. Zu den in der Novellierung vorgesehenen Änderungen im Einzelnen hat sich die Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe in ihrer Stellungnahme positioniert. Sie lehnt die angestrebten Änderungen des § 35a SGB VIII ab, da mit ihnen die seit Einführung der Vorschrift entstandenen Probleme mit fachlichen und finanziellen Auswirkungen nicht gelöst, sondern sogar teilweise noch verstärkt werden.

Es ist, wie in der Begründung des o. g. Gesetzesentwurfes ausgeführt, richtig, dass Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII einen wachsenden Teilbereich der Jugendhilfe darstellen. Dies belegen die vorhandenen bundesweiten Angaben zu der entsprechenden Ausgabensteigerung von 20-30%. Allerdings sind die Inanspruchnahmewerte in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich und es gibt deutliche Unterschiede zwischen Bundesländern, aber auch zwischen einzelnen Jugendämtern. Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Ein Grund ist die teilweise sehr unterschiedliche Umsetzung des § 35a SGB VIII und die Gewährung von Eingliederungshilfe vor Ort. Hier liegt aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe der wesentliche Punkt zur Lösung der fachlichen und finanziellen Probleme, an den mit den nachfolgenden Empfehlungen angeknüpft werden soll. Hilfen nach § 35a SGB VIII werden bei seelischen Behinderungen gewährt, die auf verschiedensten seelischen Störungen (z. B. Suchtkrankheiten, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, körperlich nicht begründbare Psychosen oder seelische Störungen als Folge von Krankheiten) beruhen können. Die Behinderung und die Störung werden gesondert festgestellt und sind voneinander zu trennen. Es sind zwei aufeinander aufbauende Diagnosen vorzunehmen. Die Feststellung der seelischen Störung fällt in den Zuständigkeitsbereich des Arztes bzw. der Ärztin. In einem zweiten Schritt erfolgt die sozialpädagogische Prüfung, ob auch eine seelische Behinderung im jeweiligen Fall vorliegt oder droht. Diese Prüfung gestaltet sich in der Praxis als sehr schwierig und aufwändig. Als Grundlage dient das multiaxiale Klassifikationsschema für psychologische Störungen im Kindes- und Jugendalter ICD 10, anerkannt durch die Weltgesundheitsorganisation-WHO. Darin sind verschiedenste seelische Störungen aufgeführt, die dann als seelische Behinderung zu bewerten sind, wenn zur Funktionsstörung eine Gefährdung der Entwicklung sowie der gesellschaftlichen Eingliederung bzw. der altersgerechten Teilhabe an verschiedensten Lebensbereichen des jungen Menschen hinzukommt.

Da sich die Kostensteigerungen der vergangenen Jahre vor allem auf den Bereich der Hilfen bei Teilleistungsstörungen ¹ und daraus resultierenden seelischen Behinderungen beziehen und die Leistungseinschränkungen der angestrebten Novellierung vorrangig diese Hilfen

betreffen, wurde der Schwerpunkt der Empfehlungen ebenfalls hier gelegt.

Empfehlungen

(1) Fortbildung der Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen des Jugendamtes / Allgemeinen Sozialen Dienstes

Nach der medizinischen Diagnose der seelischen Störung bei einem Kind bzw. Jugendlichen folgt das sozialpädagogische Diagnostikverfahren, in dem geprüft wird, ob darüber hinaus eine seelische Behinderung vorliegt und wenn ja, welche Leistungen der Jugendhilfe gewährt werden.

Die Entscheidung, ob eine Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII bejaht wird, liegt ausschließlich beim Jugendamt / ASD, dessen sozialpädagogische Bewertung allein ist ausschlaggebend. Die Erfahrungen der bisherigen Praxis zeigen jedoch, dass Entscheidungen des Jugendamtes aufgrund der oben bereits beschriebenen Unschärfe des Behinderungsbegriffes oftmals willkürlich getroffen werden und vor allem die ausschlaggebende Einschätzung der altersgerechten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben - insbesondere bezogen auf die Lebensbereiche Familie, Schule, Ausbildung, Arbeit sowie verschiedene Freizeitbereiche – den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendamtes schwer fällt. Die in dem aktuellen Gesetzesentwurf enthaltene Bestrebung, eine Unterscheidung zwischen wesentlicher und nicht wesentlicher Behinderung in den Tatbestand des § 35a SGB VIII aufzunehmen, würde zur weiteren Verkomplizierung des ohnehin schon schwierigen diagnostischen Prüfungsverfahrens führen und ist daher abzulehnen. Im Ergebnis ist eine einheitliche Leistungsgewährung gegenwärtig nicht erkennbar. Zu eng ist darüber hinaus die Orientierung am ärztlichen Befund zur seelischen Störung. Die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen daher in ihrer eigenständigen sozialpädagogischen Diagnosefähigkeit bestärkt werden. Um die Integrationsfähigkeit des betroffenen Kindes bzw. Jugendlichen fundiert bewerten zu können, müssen allgemeingültige Kriterien zur Bejahung einer Teilhabe einschränkung entwickelt werden und die Mitarbeiterschaft in der Anwendung dieses Kriterienkataloges geschult und fortgebildet werden. Die Landesjugendämter sollen entsprechende Fortbildungsangebote vorhalten.

(2) Einrichtung interdisziplinärer Fallkonferenzen

Das Jugendamt führt das Verfahren und entscheidet über den Antrag auf Leistungsgewährung und Kostenübernahme. Auf Grundlage des medizinischen Gutachtens, in dem eine seelische Störung festgestellt wurde, wird von den Fachkräften im Jugendamt federführend geprüft, ob darüber hinaus auch eine soziale Beeinträchtigung der Eingliederung und damit eine seelische Behinderung, die eine Hilfe nach § 35a SGB VIII notwendig macht, vorliegt. An dieser Entscheidung sollten neben den zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendamtes weitere Beteiligte Gelegenheit zur Mitwirkung erhalten. Insbesondere die Betroffenen und ihre Personensorgeberechtigten, die Schule (Klassenleitung, Schulleitung, Schulamt), der schulpädagogische Dienst und die medizinische Gutachterin, der Gutachter sollten mit einbezogen werden. Darüber hinaus entscheidet das Jugendamt darüber, ob noch weitere Stellen in diese interdisziplinäre Fallkonferenz zur gemeinsamen Beratung und Planung einbezogen werden wie z. B. die Erziehungsberatungsstelle oder ein Kinder- und Jugendpsychiater bzw. eine -psychiaterin. Ob diese entscheidende interdisziplinäre Abklärung und Beratung schriftlich oder im Wege einer Konferenz erfolgt, liegt ebenfalls in der Entscheidungsmacht des Jugendamtes. Für eine differenzierte Wahrnehmung der betroffenen Kinder, ihrer Problemlagen und Ressourcen sowie eine gute Hilfevermittlung ist eine möglichst umfassende Mitwirkung aller Beteiligten notwendig. Zur Bildung kompetenter und

flexibler interdisziplinärer Teams können auch mehrere kleinere Jugendämter zusammenarbeiten.

(3) Zuverlässigkeit der Diagnosegutachten verbessern

Für die Jugendämter ist es von entscheidender Bedeutung, ob eine Teilleistungsstörung medizinisch diagnostiziert wird, da diese zu konkreten seelischen Behinderungen im Sinne von § 35 a SGB VIII führen kann bzw. dazu, dass eine solche droht. Wie unter Punkt (1) erwähnt, orientieren sich die Fachkräfte des Jugendamtes und des ASD bei der Bewertung, ob eine seelische Behinderung vorliegt, in hohem Maße an der vorherigen medizinischen Diagnose zur seelischen Störung. Zu oft werden sie bejaht, obwohl die vorhandenen Störungen und Auffälligkeiten andere Ursachen haben. Eine Unterscheidung zwischen wesentlicher und nicht wesentlicher Behinderung, wie im aktuellen Gesetzesentwurf gefordert wird, hätte einen noch höheren Stellenwert der medizinischen Diagnostik und eine noch stärkere Ausstrahlungswirkung auf die spätere sozialpädagogische Beurteilung der seelischen Behinderung zur Folge (s. o.). In der Praxis ist jedoch eine hohe Fehlerquote bei der gutachterlichen Feststellung von Teilleistungsstörungen festzustellen. Daher sind Qualitätsstandards zu entwickeln, die bei allen Gutachten einheitliche Anwendung finden: Die Erstellung des Gutachtens setzt medizinisch-psychologische, differentialdiagnostische Spezialkenntnisse und ein wissenschaftlich anerkanntes Testverfahren voraus. Es sollte daher nur von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und –psychiatern oder Kinderfachärztinnen und –ärzten, soweit sie über eine psychologisch-psychotherapeutische Zusatzqualifikation verfügen oder Diplompsychologinnen und –psychologen erstellt werden. Kinderfachärztinnen und –ärzte sind vor allem dann hinzuzuziehen, wenn Symptome für das Vorliegen einer Krankheit gegeben sind, wenn also der Verdacht besteht, dass Teilleistungsstörungen Krankheitsfolge oder –anzeichen sind. Die Diagnostik zum Nachweis von Teilleistungsstörungen muss im Ergebnis zeigen, dass diese nicht auf körperlichen Erkrankungen wie Sinnesfunktionsstörungen (Hör- bzw. Sehstörungen) oder chronischen sowie neurologischen Erkrankungen zurückzuführen sind. Bei der Auswahl der Gutachterin, des Gutachters muss darauf geachtet werden, dass kein Zusammenhang mit der späteren Therapeutin bzw. dem Therapeuten besteht.

Inhaltlich muss das Gutachten den Nachweis der Teilleistungsstörung durch medizinische und psychologische Untersuchungen enthalten. Als Grundlage kann das multiaxiale Klassifikationsschema für psychologische Störungen im Kindes- und Jugendalter ICD-10 (s. o.) dienen. Das Gutachten soll die angewandten Untersuchungs- und Testverfahren sowie die wichtigsten Befunde aufzeigen, zusammenfassend darlegen und dazu Stellung nehmen, ob eine Maßnahme (Therapie) nötig bzw. geeignet ist, der festgestellten Beeinträchtigung entgegenzuwirken. Wichtig ist des Weiteren eine Aussage darüber, ob im betreffenden Einzelfall die Teilleistungsstörung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht, da in diesen Fällen die Zuständigkeit der Krankenkasse nach SGB V oder der Beihilfe eingreift. Dagegen ist es nicht Aufgabe des Gutachters oder einer Gutachterin, dem Jugendamt eine 4 Therapeutin bzw. einen Therapeuten vorzuschlagen. Dennoch Vorgeschlagene binden das Jugendamt in keiner Weise. Es ist ferner darauf zu achten, dass Mehrfachuntersuchungen der betroffenen Kinder zum gleichen Untersuchungsauftrag vermieden werden. Zudem sollte der zeitliche Abstand zwischen Gutachtenerstellung, Therapiebewilligung und Therapiebeginn im Interesse der Kinder möglichst kurz bemessen sein.

(4) Frühdiagnostik und Prävention in Kindertagesstätten

Teilleistungsstörungen, die Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII erforderlich machen, sind nicht erst im Schulalter erkennbar. Vielfach sind betroffene Kinder bereits im Vorschulalter auffällig. Eine effektive Frühdiagnostik, die in der Kindertagesstätte einsetzt und Entwicklungsstörungen erkennt, sollte daher konsequent durchgeführt werden.

Die Anwendung von Frühförderverfahren wie dem Bielefelder Screening oder dem Würzburger Trainingsprogramm, bei denen das phonologische Bewusstsein der Kinder geprüft und geschult wird, ist auszubauen und weiterzuentwickeln. Diese Früherkennungsverfahren haben sich zur Vermeidung von Teilleistungsstörungen bewährt. Es handelt sich um einfache und im Vergleich mit den Therapiekosten, die im Falle der Ausbildung einer Teilleistungsstörung entstehen, um sehr kostengünstige Verfahren. Kinder mit diagnostizierten Entwicklungsstörungen können so frühzeitig gefördert werden. Voraussetzung für eine flächendeckende Anwendung der Früherkennungsprogramme sind entsprechende Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen bei den Erzieherinnen und Erziehern.

(5) Zuständigkeit der Schule einfordern

Ein Hauptgrund für die oben bereits dargestellten Ausgabensteigerungen für Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII ist die verstärkte Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen durch Eltern bei Teilleistungsstörungen ihrer Kinder im schulischen Bereich. Immer häufiger übernehmen Jugendämter die Kosten für Therapien und Fördermaßnahmen bei Teilleistungsstörungen. Aufgrund von offensichtlichen Defiziten des Schulsystems im Umgang mit diesen Störungen und gefördert durch massive Werbemaßnahmen einer stetig steigenden Anzahl privater Leistungsanbieter und Nachhilfeinstitute, beantragen Eltern immer bereitwilliger Jugendhilfeleistungen mit dem Ziel, dem Schulversagen und den enttäuschten Schullaufbahnerwartungen ihrer Kinder Abhilfe zu schaffen. Hier müssen Schulen nachdrücklicher ihre vorrangige Verantwortung wahrnehmen und die notwendigen Hilfsangebote vorhalten.

Die Kinder- und Jugendhilfe kann nicht länger gänzlich fehlende oder unzureichende Angebote der Schulen kompensieren und deren Systemschwächen mit eigenen kostenintensiven Leistungen ausgleichen. Die Aufgaben der Schulen sind in den Schulgesetzen der Länder festgelegt. Danach sind Schulen verpflichtet, adäquate Förderangebote für von Teilleistungsstörungen betroffene Schüler und Schülerinnen bereit zu halten und dem Bedarf entsprechend fortzuentwickeln (z. B. durch individuelle Förderung innerhalb des regulären Unterrichts oder spezifische intensive Förderung in Klassenverbänden, die ausschließlich Schülerinnen und Schüler mit Teilleistungsstörungen umfassen).

Als Voraussetzung dafür muss das Lehrpersonal Störungen und Auffälligkeiten der Schülerklientel fachlich richtig einschätzen können. Diagnostische Kompetenzen der Lehrerinnen und Lehrer müssen daher mit dem Ziel der sensibleren Wahrnehmung und Einordnung von Teilleistungsstörungen verbessert werden und entsprechende 5 Fortbildungsmaßnahmen für die Lehrerschaft vorgehalten werden. Diese zusätzliche Qualifizierung bedarf einer gesonderten finanziellen Unterstützung.

Analog zu den oben unter Punkt (4) erwähnten Prüfungsschemata des Bielefelder Screenings und des Würzburger Trainingsprogramms, die im Primärbereich anzuwenden sind, sollte auch für die Schule ein Diagnoseverfahren entwickelt werden, das vor allem in den unteren Klassenstufen ein frühes Erkennen von Teilleistungsstörungen bei auffälligen Schülerinnen und Schülern und die umgehende Einleitung von Förderunterricht ermöglicht. Dessen Methodik und Konzept bedarf einer verstärkten Flexibilisierung im Hinblick auf die zu fördernde Klientel. Dabei müssen geschlechterspezifische Besonderheiten ebenso wie Migrationsaspekte Berücksichtigung finden.

Falls vom Lehrpersonal zwar eine Auffälligkeit erkannt jedoch keine Teilleistungsstörung diagnostiziert wird, muss sichergestellt werden, dass Maßnahmen eingeleitet werden, die weitere Diagnosemaßnahmen und Hilfeleistungen für die betroffenen Schüler bzw. Schülerinnen zur Folge haben (z. B. durch Informierung des zuständigen Jugendamtes).

Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe
Berlin, im September 2003
Kontakt: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (AGJ)
Mühlendamm 3
10178 Berlin
Tel.: 030/40040200
Fax:030/40040232
E-Mail:agj@agj.de