



IBN-Projekt „Erarbeitung standardisierender Empfehlungen zu §35a SGB VIII“

Handreichung zum §35a SGB VIII

Erstellt im Rahmen der Integrierten Berichterstattung (IBN)

BETEILIGTE INSTITUTIONEN

Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
Am Waterlooplatz 11
30169 Hannover

In Zusammenarbeit mit

Gesellschaft für Beratung sozialer Innovation und Informationstechnologie (GEBIT) in Münster

Projektleitung:

Joachim Glaum (Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie)
Sabrina Langenohl (GEBIT Münster)

Die Arbeitsgruppe¹:

Erika Beyland, Frauke Hoch, Holger Melchert (JUGENDHILFE SÜD-NIEDERSACHSEN E.V. – VERBUND SÜDNIEDERSÄCHSISCHER JUGENDÄMTER), Uwe Banse, Annette Kleine-Gödde, Nicole Jarosch (LANDKREIS HAMELN-PYRMONT), Annett Ebert, Gotthard Schnarr, Josef-Godehard Wolpers (LANDKREIS HILDESHEIM), Michael Albers, Ulrike Dehmel, Anne Deike, Valeria Niessen, Catherine Tannahill (LANDKREIS NIENBURG), Joachim Krenz, Helmut Maliers (LANDKREIS PEINE), Christian Röttschke (LANDKREIS UELZEN), Stephan Schaper (LANDKREIS VERDEN), Karin Deiters-Winkler, Dieter Luczak, Holger Thiermann (REGION HANNOVER), Marion Janys, Dörthe Kreutz (STADT DELMENHORST), Carola Kirsch (STADT WOLFSBURG), Doris Lau (LANDESAMT FÜR SOZIALES, JUGEND UND FAMILIE)

Gestaltung:

Merten Durth, Disegno GbR Visuelle kommunikation

Hannover, Mai 2012

¹ bestehend aus Personen, die den Arbeitsprozess ganz oder in Teilen begleitet haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	1
2	Erkenntnisse der IBN zur Praxis der Hilfegewährung	4
3	Rechtliche Grundlagen der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII	7
3.1	Aktuelle rechtliche und politische Debatten	7
3.2	Der aktuell gültige rechtliche Rahmen	7
3.2.1	Leistungsvoraussetzungen der Eingliederungshilfe - Der zweigledrige Behinderungsbegriff des SGB IX	8
3.2.2	Eingliederungshilfe für junge Volljährige	8
3.2.3	Abgrenzungskriterien zur Zuständigkeit der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII	9
3.2.4	Abgrenzung zur Hilfe zur Erziehung gem. §§27 ff. SGB VIII	12
3.3	Der §35a SGB VIII im Spiegel der Rechtsprechung	12
4	Feststellung der Abweichung der seelischen Gesundheit	17
4.1	Diagnostik nach ICD-10	17
4.1.1	Klassifikation psychischer Störungen nach ICD 10	19
4.1.2	Diagnostikkriterien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Forschungsgesellschaft (AWMF)	20
	Exkurs: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)	22
5	Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung	27
	Exkurs: Die Aufgaben der Schule in der Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben	29
6	Das Verwaltungsverfahren im Jugendamt	31
6.1	Ablaufschema für die Hilfegewährung nach §35a SGB VIII	32
6.2	Falleingang	33
6.3	Diagnose Teil I: Prüfung der Abweichung der seelischen Gesundheit	34
6.4	Diagnose Teil II: Teilhabebeeinträchtigung	34
6.5	Diagnose Teil III: Kausalitätsprüfung – seelische Behinderung	35
6.6	Bewilligung bzw. Ablehnung	35
	Exkurs: Das Klageverfahren vor dem Verwaltungsgericht	35

6.7	Hilfeplanung	36
6.8	Das persönliche Budget	38
7	Anforderungen an die Leistungserbringer	40
7.1	Durchführung ambulanter Leistungen	40
7.2	Durchführung teilstationärer und stationärer Leistungen	41
7.3	Eingliederungshilfe bei geeigneten Pflegepersonen	42
8	Anhang	43
8.1	Formulare	43
8.2	Gesetze, Erlasse und Verordnungen	43
8.3	Rechtsprechung	44
8.4	Leitlinien des AWMF	45
8.5	KiGGS	45
8.6	Sonstiges	45

1 Vorwort

Der Dauerbrenner Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche nach §35a SGB VIII beschäftigt natürlich auch die niedersächsischen Jugendämter in besonderem Maße. Festzustellen war und ist dieser Umstand u.a. an der häufigen Thematisierung in den Sitzungen der Vergleichsringe im Rahmen der IBN.

Wie Sie Kapitel zwei dieser Handreichungen entnehmen können, lässt sich in Niedersachsen an den Ergebnissen der Kennzahlenanalysen im Rahmen der IBN eine stark voneinander abweichende Gewährungspraxis bei den Jugendämtern erkennen. Während im Bereich der Hilfen zur Erziehung die Inanspruchnahmequote zwischen den Jugendämtern mit den höchsten und den niedrigsten Fallzahlen bezogen auf 1000 unter 18-jährige um den Faktor 3,5 voneinander abweicht (21,7 bzw. 77,4 Fälle pro 1000 unter 18-jährige), variiert diese Quote bei den Eingliederungshilfe für Kinder- und Jugendliche um mehr als das 17-fache. Und während im Bereich der Hilfen zur Erziehung zumindest ein Teil der Inanspruchnahme auf dem Hintergrund der Sozialstruktur der Kommunen erklärbar ist, entziehen sich die Daten aus der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII jedem statistischen Analyseverfahren.

Dieses Phänomen bildete vor ca. zwei Jahren den Ausgangspunkt für das IBN-Projekt „Erarbeitung standardisierender Empfehlungen zu §35a SGB VIII“, dessen Ergebnisse Ihnen nun vorliegen. Mit der Beteiligung von Fachkräften aus mehr als zehn Jugendämtern wurde eine Arbeitshilfe für die kommunale Praxis entwickelt, die den komplexen Ansprüchen an eine Hilfestellung und Hilfeplanung einer Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII entspricht. Vor diesem Hintergrund liegt der Schwerpunkt der Handreichung in der Abstimmung eines umfangreichen Formularwesens, das die Vielschichtigkeit der Hilfeplanung und die zentrale Verantwortung der Jugendhilfeträger bei der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII unterstreichen soll.

Die 14 beteiligten Jugendämter am Modellprojekt haben sich gemeinsam auf den Weg gemacht, inhaltlich-fachliche Fragen zu klären. Dazu gehören Fragen nach der Diagnostik von Teilleistungsstörungen, danach wie sich die Jugendhilfe gegenüber dem Bildungssystem positioniert aber auch im Verhältnis zu den Gutachterinnen und Gutachtern, die die seelische Gesundheit diagnostizieren. Es wurden Fragen diskutiert wie: Muss man jede Stellungnahme akzeptieren, auch wenn sie mit veralteten Methoden erstellt wurde bzw. zur Vorgehensweise gar keine Angaben enthält? Wie soll man sich verhalten, wenn deutlich wird, dass die Schule bei Teilleistungsstörungen bisher keinerlei eigene Fördermaßnahmen in die Wege geleitet hat?

Neben dem Blick nach außen war aber insbesondere der Blick nach innen wichtig. Hier wurden vor allem Haltungen als auch Ziele diskutiert. Das gemeinsam entwickelte Verfahren gibt keine Empfehlungen zu einer Organisationsstruktur ab. Ob die Bearbeitung innerhalb von Spezialdiensten oder im ASD erfolgt, ist aus unserer Sicht nicht entscheidend. Wichtig ist, dass das notwendige Wissen um das Verfahren und die inhaltlichen Standards vorhanden sind. Geleitet hat uns vor allem, ein Verfahren zu entwickeln, das allen Anspruchsberechtigten Zugang zu ei-

ner qualitativ hochwertigen Hilfe gewährleistet und dass die Jugendhilfe in diesem Zusammenhang als eigenständiger Akteur auftritt. Geleitet hat uns auch der immer wieder notwendige Verweis darauf, dass ALLE beteiligten Akteure im Sinne des Kindes mit einer Teilhabebeeinträchtigung zusammenwirken sollten.

Ziel der Handreichung ist die Weiterentwicklung der Hilfeplanungsprozesse in der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII. Aus diesem Grund verstehen wir unser Arbeitsergebnis nicht als abgeschlossenes Produkt, sondern sehen vor dem dynamischen Hintergrund dieses Arbeitsfeldes und dieses Rechtsgebietes die Notwendigkeit, die Handreichungen in regelmäßigen Abständen einer Überarbeitung zu unterziehen. Der umfassende Anhang soll es den zuständigen Fachkräften in den Kommunen ermöglichen, auch in komplizierten Einzelfällen die notwendigen fachlichen Informationen und bei unklarer Rechtslage die wichtigsten Gerichtsurteile direkt einsehen zu können.

Es gibt in der Kinder- und Jugendhilfe wenige Bereiche, die in den vergangenen 20 Jahren derart häufig Ziel gesetzlicher Reformbemühungen waren, wie die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Es gibt kaum einen Bereich, über den so viel Literatur existiert. Und trotzdem begegnet man andererseits auch in keinem anderen Gebiet der Kinder- und Jugendhilfe so vielen Unsicherheiten, Halb- und Unwahrheiten. Wir hoffen, mit dieser Handreichung etwas mehr Klarheit schaffen zu können.

Unser Dank gilt natürlich zunächst der Arbeitsgruppe, die es mit ihrem Engagement ermöglicht hat, das Projekt in vergleichsweise kurzer Zeit umzusetzen. Unser Dank gilt auch den nachfolgend genannten Expertinnen und Experten, die uns für Fachgespräche zur Verfügung gestanden haben und uns bei den Überlegungen zur Konzipierung dieser Handreichungen wertvolle Hinweise geben konnten:

- Dr. Ulrike Behrens, Niedersächsisches Kultusministerium
- Barbara Büscher-Zühlsdorff, Fachstelle Eingliederungshilfe Landkreis Osnabrück
- Burkhardt Lange, Richter am Verwaltungsgericht Hannover
- Brigitte Merz-Bender, Vizepräsidentin des Verwaltungsgerichts Hannover
- Dr. Gerd Patjens, Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Osnabrück
- Marlene Wolter, Niedersächsisches Kultusministerium
- Christa Wulfert-Voigt, Fachstelle Eingliederungshilfe Landkreis Osnabrück

ZUR NUTZUNG DIESER HANDREICHUNG

Unser Anspruch war es, eine Handreichung zu entwickeln, die einerseits umfassendes Hintergrundwissen für den komplexen Bereich der Eingliederungshilfe für seelische behinderte Kinder und Jugendliche bereitstellt und andererseits eine Strukturierungshilfe für die Praxis der Jugendämter anbietet.

Um diese unterschiedlichen Wissensformen geeignet zu verbinden, haben wir die in der Arbeitsgruppe bearbeiteten relevanten Themen in möglichst kurzer und knapper Form in den folgenden sechs Kapiteln zusammengefasst. Vertiefende Wissensbestände zu Gesetzen, Erlassen, Diagnoserichtlinien und medizinischen Wissensbeständen werden in Form von (zumeist) Originaldokumenten im Anhang zur Verfügung gestellt. Diese sind mit dem Fließtext über [Links](#) verbunden, so dass Sie diese Dokumente bei Interesse direkt aus dem Text heraus aufrufen können, ohne umständlich über die Ordnerstruktur der CD gehen zu müssen. Dies gilt ebenso für die Formulare, die in Kapitel 6 erwähnt werden.

2 Erkenntnisse der IBN zur Praxis der Hilfestellung

Das IBN-Projekt „Erarbeitung standardisierender Empfehlungen zu §35a SGB VIII“ ist aus den Diskussionszusammenhängen der Integrierten Berichterstattung Niedersachsen entstanden, wo im Kennzahlenvergleich immer wieder die sehr unterschiedlichen Ausprägungen der Zahlen in Bezug auf die Eingliederungshilfen nach §35a SGB VIII aufgefallen sind.

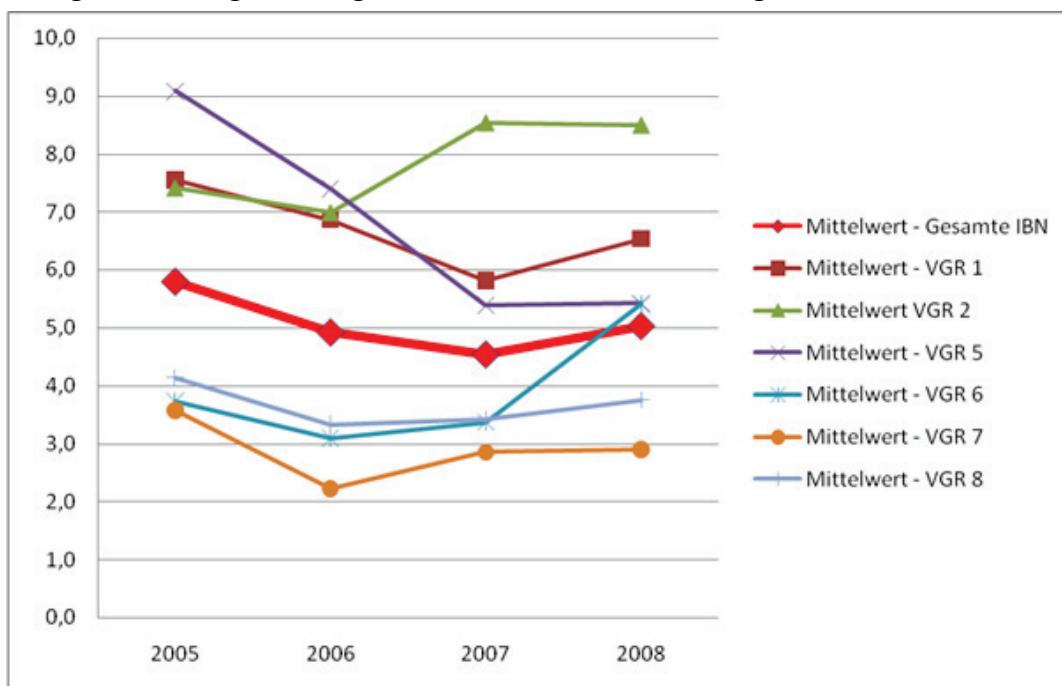


Abbildung 1: Hilfen nach §35a pro 1.000 Kinder und Jugendliche im Vergleich der Mittelwerte der Vergleichsringe (VGR) von 2005 bis 2008²

Die Abbildung 1 zeigt deutlich die Unterschiede zwischen den einzelnen Vergleichsringen in den Quoten für Hilfen nach §35a. Da die Vergleichsringe über die Sozialstrukturdaten gebildet werden, könnte man davon ausgehen, dass dies der Grund für die Unterschiedlichkeit der Mittelwerte ist. Dies erklärt allerdings noch nicht die – teilweise sprunghaften und gegenläufigen – Entwicklungen (z.B. die Mittelwerte der Vergleichsringe 2 und 5 in den Jahren 2006 und 2007).

Ein Beispiel aus dem Vergleichsring 5 soll dies untermalen (vgl. Abbildung 2). Hier werden die Unterschiede zwischen zwei Gebietskörperschaften aus ein und demselben Vergleichsring deutlich, während die eine sich konstant auf einem sehr niedrigen Niveau hält, ist bei der anderen ein sehr hoher Wert im Jahr 2005 zu sehen, der kontinuierlich bis auf den Mittelwert des Vergleichsringes sinkt.

² Hier sind die Zahlen der „alten“ Vergleichsringe abgebildet. Seit 2010 wurden die Vergleichsringe neu gebildet.

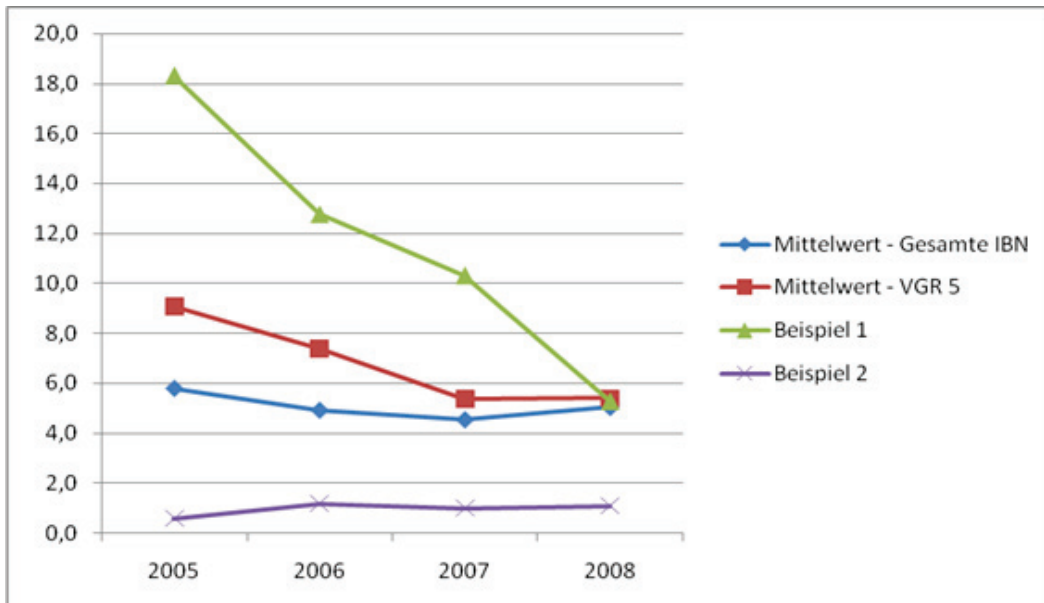


Abbildung 2: Hilfen nach §35a pro 1.000 Kinder und Jugendliche im Vergleich zweier Gebietskörperschaften aus dem Vergleichsring 5 von 2005 bis 2008

Dies spiegelt sich auch in den Unterschieden in Bezug auf ambulante und stationäre Eingliederungshilfen sowie die Hilfen für junge Volljährige wieder, wie Abbildung 3 darstellt.

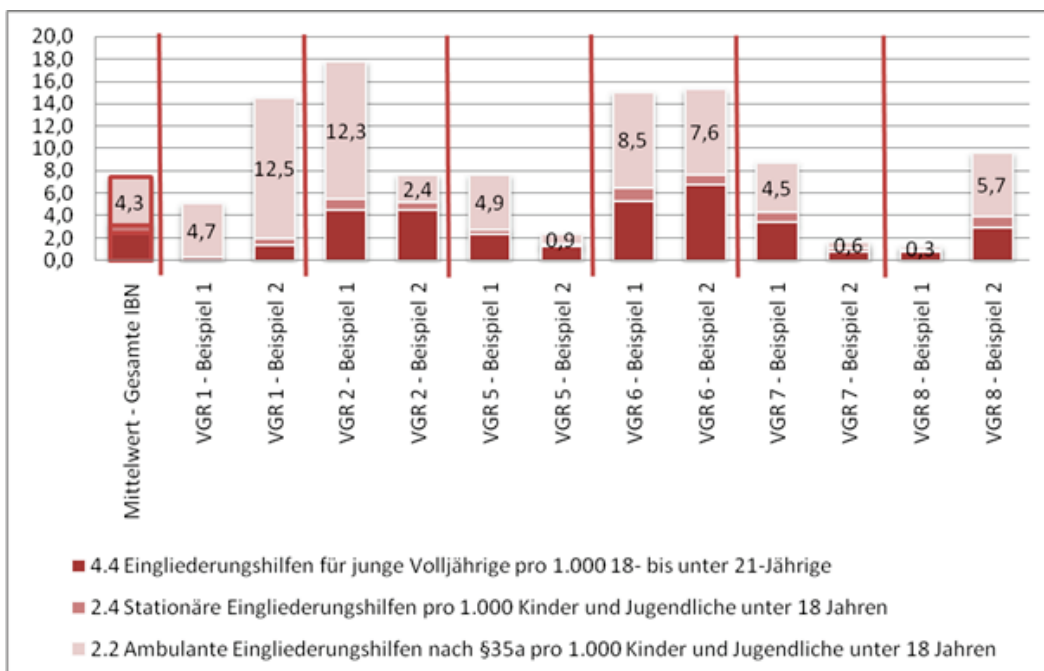


Abbildung 3: Vergleich ambulanter und stationärer Eingliederungshilfen und Hilfen für junge Volljährige im Vergleich von Gebietskörperschaften (2008)

Diese unterschiedlichen Zahlen gaben Anlass zu Diskussionen innerhalb der Vergleichsringe – wenn nicht die Sozialstruktur die Quoten erklären kann, was sind dann die Ursachen?

Schnell wurde deutlich, dass die Bearbeitungsstandards für eine Eingliederungshilfe in den einzelnen Jugendämtern auf vielen Ebenen differieren. Dies bezieht sich auf strukturelle und inhaltlich-fachliche sowie auf die Rahmenbedingungen.

Die Organisationsstrukturen für die Bearbeitung von Eingliederungshilfen zeigt eine hohe Vielfalt. Teilweise erfolgt die Eingangssachbearbeitung in der wirtschaftlichen Jugendhilfe, teilweise im ASD oder in Spezialdiensten. Die Diagnostik wiederum kann im ASD, bei Spezialdiensten, internen anderen Stellen (wie z.B. Beratungsstellen, psychologische Dienste, Gesundheitsamt) oder externen Fachstellen liegen. Die Hilfestellung liegt entweder in Spezialdiensten oder im ASD, wobei insbesondere bei Spezialdiensten die Binnendifferenzierung bei kombinierten Hilfen unterschiedlich gehandhabt wird. Außerdem sind die Zuständigkeiten häufig nach Teilleistungsstörungen, sonstigen ambulanten und stationären Eingliederungshilfen aufgeteilt.

Auch die fachlich-inhaltlichen Standards und Positionen sind in den einzelnen Jugendämtern sehr unterschiedlich. Die Unterscheidung in „seelische Störung“ und „Teilhabebeeinträchtigung“ erscheint teilweise unscharf. Welche Diagnoseverfahren für die Teilhabebeeinträchtigung gewählt werden, differiert ebenso stark. Hier zeigen sich auch große Unterschiede im fachlichen Selbstverständnis der sozialpädagogischen Fachkräfte im Verhältnis zu Ärzten und Therapeuten. Ob und bei welchen Eingliederungshilfen ein Hilfeplanverfahren nach §36 und wie insgesamt eine Hilfestellung – insbesondere bei ambulanten Hilfen – durchgeführt wird, ist ebenfalls von Jugendamt zu Jugendamt verschieden.

Insgesamt weisen die internen Standards eine extreme Unterschiedlichkeit auf, bis hin zu amts-internen Haltungen, die sich auch darin äußern, dass manche Gebietskörperschaften bestimmte Ausgestaltungen von ambulanten Eingliederungshilfen (z.B. Schulhelfer) gar nicht anbieten oder Hilfen feste Befristungen und Kontingente zugewiesen bekommen.

Gerade im Bereich der Eingliederungshilfen sind auch die örtlichen Rahmenbedingungen sehr wichtig. Die geforderte Einbindung von Schule und Gesundheitswesen sowohl in die Diagnostik als auch in die Umsetzung der Hilfen ist hier besonders ausgeprägt und vom Gesetzgeber gefordert. So ist die Qualität der eingebrachten Gutachten zur seelischen Gesundheit regional unterschiedlich, ebenso wie die Vielfalt und Ausgestaltung der Angebote zur Therapie. Einen Einfluss scheinen ebenfalls die Einrichtungen vor Ort zu haben, ebenso wie die Haltung der Schulen, insbesondere bei den Teilleistungsstörungen.

Welchen Einfluss jeder dieser genannten Faktoren auf die Hilfequoten hat ist ebenso unbeantwortet, wie die Frage danach, was denn eine „gute“ Quote ist. Die Zielsetzung des Modellprojekts ist allerdings nicht, diesen Fragen nachzugehen. Dass die IBN sich darauf verständigt hat, sich diesem Thema intensiv zu widmen, ist vor allem dem Anspruch geschuldet, Handreichungen zu entwickeln, wie eine qualitativ hochwertige Bearbeitung von Eingliederungshilfen innerhalb der Jugendämter erfolgen kann und damit Orientierung zu bieten. Dies gilt vor allem für eine Positionierung der Jugendhilfe zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem und eine Erhöhung der Rechtssicherheit.

3 Rechtliche Grundlagen der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII

3.1 Aktuelle rechtliche und politische Debatten

Die für die zukünftige Ausgestaltung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche bestimmenden inhaltlichen und rechtlichen Veränderungsprozesse hängen sehr stark mit der Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zusammen, die in Deutschland zum 01.01.2009 Gesetzeskraft erlangt hat.³ Zur Umsetzung des dort verankerten Leitbildes der Inklusion ist 2010 von der Konferenz der Arbeits- und Sozialministerinnen und -minister sowie der Konferenz der Jugend- und Familienministerinnen und -minister eine gemeinsame Arbeitsgruppe „Inklusion von jungen Menschen mit Behinderung“ eingerichtet worden. Diese Arbeitsgruppe hat im Herbst 2011 einen [Zwischenbericht](#) vorgelegt und wird bis Ende 2012 einen Abschlussbericht erstellen.

3.2 Der aktuell gültige rechtliche Rahmen

Die Arbeitsgruppe „Inklusion von jungen Menschen mit Behinderung“ befasst sich insbesondere mit der Bearbeitung der Schnittstellenproblematik der Hilfen nach dem SGB VIII und dem SGB XII. Solange der für Ende 2012 in Aussicht genommene Abschlussbericht nicht vorliegt und über die Umsetzung der daraus gewonnenen Erkenntnisse nicht entschieden ist, kann sich diese Handreichung nur auf die derzeitige Rechtslage beziehen.

Auf Grund der großen Zuordnungsschwierigkeiten an der Schnittstelle seelische Behinderung/ Verhaltensstörung bzw. Verhaltensauffälligkeit wurde mit Inkraft-Treten des KJHG die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in das SGB VIII übertragen. Zunächst als Unterpunkt der Hilfen zur Erziehung (ab 01.01.1991 als §27 Abs. 4 SGB VIII), und ab April 1993 als inzwischen schon mehrfach reformierter §35a SGB VIII.

Mit dieser „kleinen Lösung“ wurde eine große Schnittstelle beseitigt, jedoch mehrere neue geschaffen, beispielsweise zwischen seelischer und geistiger Behinderung.

Der §35a SGB VIII ist seit seiner Einführung in das SGB VIII zahlreichen Änderungen unterworfen worden. Mit dem [„Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen \(SGB IX\)“](#) wurde zum 01.07.2001 der zweigliedrige Behindertenbegriff des SGB IX in die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche übernommen.

³ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35 v. 31.12.2008 S. 1419 ff.

3.2.1 Leistungsvoraussetzungen der Eingliederungshilfe - Der zweigliedrige Behinderungsbegriff des SGB IX

Der in das SGB VIII übernommene zweigliedrige Behindertenbegriff des SGB IX legt die kumulative Erfüllung zweier Voraussetzungen fest, um einen Anspruch auf Eingliederungshilfe begründen zu können:

- Die Abweichung der seelischen Gesundheit (mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate abweichend vom für das Lebensalter typischen Zustand).
- Die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (oder die nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartende Beeinträchtigung der Teilhabe).

Während beide Bedingungen als Voraussetzungen einer Leistungsverpflichtung im SGB IX in einem Satz geregelt sind (§2 Abs. 1 SGB IX), lässt der Gesetzgeber im SGB VIII durch die vorgenommene Trennung in §35a Abs. 1 Nrn. 1 und 2 und Abs. 1a SGB VIII schon im Gesetzestext anklingen, dass die Feststellung der Abweichung der seelischen Gesundheit und die Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung im SGB VIII über voneinander getrennte Verfahren durchgeführt werden (siehe Kapitel 4).

Im Unterschied zu den Regelungen des SGB XII, die Menschen mit geistiger und/ oder körperlichen Behinderungen betreffen, findet bei der Anwendung des §35a SGB VIII das Kriterium der „Wesentlichkeit“ keine explizite Beachtung. In der geschilderten Zweistufigkeit der Antragsprüfung sieht der Gesetzgeber gleichzeitig auch die Prüfung der Wesentlichkeit einer Behinderung als erfüllt an.

3.2.2 Eingliederungshilfe für junge Volljährige

Die Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII richtet sich an Kinder und Jugendliche und endet mit dem Eintritt der Volljährigkeit. Die Hilfe kann als Hilfe für junge Volljährige nach §41 SGB VIII fortgeführt werden.

Im Übergang zur Volljährigkeit ergeben sich regelmäßig Probleme in der Abgrenzung zur Leistungsverpflichtung des Sozialhilfeträgers. Hier wird von einer Leistungsverpflichtung nach dem SGB VIII mindestens bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, in begründeten Einzelfällen bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres ausgegangen.⁴ Werden erstmals Leistungen der Eingliederungshilfe für einen jungen Volljährigen gewährt, so endet der Vorrang der Jugendhilfe hinsichtlich des Leistungsbeginns mit der Vollendung des 21. Lebensjahres.⁵ Mit dem Beginn der Volljährigkeit endet für seelisch behinderte junge Menschen nicht der Anspruch auf Eingliederungshilfe sondern mit der Vollendung des 21. bzw. 27. Lebensjahres endet lediglich der Vorrang der Jugendhilfe.

⁴ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS): Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen v. 24.11.2009, S. 31-32

⁵ Vgl. Wiesner: SGB VIII, zu §41 RdNr. 52, 4. Auflage

Mit der Änderung des niedersächsischen Ausführungsgesetzes zum BSHG vom 01.01.2001 wurde die Finanzierung der Eingliederungshilfe zwischen Land und Kommunen mit der Einführung des sog. Quotalen Systems neu geregelt. In diesem Zusammenhang wurde hinsichtlich der Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Volljährige nach §41 i.V.m. §35a SGB VIII eine [Abgrenzungsvereinbarung](#) zwischen Land und Kommunen geschlossen, der viele Kommunen beigetreten sind.⁶

3.2.3 Abgrenzungskriterien zur Zuständigkeit der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII

ANWENDUNG DES §35A SGB VIII AUF VORSCHULKINDER – ABGRENZUNG ZUR FRÜHERKENNUNG UND FRÜHFÖRDERUNG BEHINDERTER KINDER

Mit den Vorschriften des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) in Verbindung mit den §§53 und 54 des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) wurde vom Gesetzgeber die rechtliche Grundlage dafür geschaffen, Früherkennung und Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder zu erbringen und als so genannte Komplexleistung zu gestalten.⁷ Sie umfasst zwei Leistungskomponenten: Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die heilpädagogischen Leistungen.

Da die Leistungsträger und die Leistungserbringer sich auf Bundesebene nicht auf „Gemeinsame Empfehlungen“ zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben verständigen konnten, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zum 01.03.2003 entsprechend §32 SGB IX eine Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ([Frühförderverordnung](#) - FrühV) erlassen.

Niedersachsen hat nach langen intensiven Verhandlungen als Grundlage für die interdisziplinären Frühförderstellen die [Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung](#) 2008 ratifiziert und in Kraft gesetzt.

Gemäß der Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung werden die medizinischen Leistungen und die heilpädagogischen Leistungen mit Pauschalen von den Krankenkassen und den örtlichen Sozialhilfeträger abgegolten.

In Niedersachsen sind neben den Niedersächsischen Landesbildungszentren für Hörgeschädigte und dem Niedersächsischen Landesbildungszentrum für Blinde eine Vielzahl von Frühförderstellen in unterschiedlicher Trägerschaft für die Beratung und Frühförderung zuständig. In erster Linie handelt es sich hierbei um heilpädagogische Frühförderstellen. Die Frühförderung kann von dem Auftreten der Behinderung (Diagnosezeitpunkt) bis zum Schuleintritt geleistet werden.

⁶ Rundschreiben des Nds. Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben Nr. 10/ 2000 vom 14.12.2000

⁷ Unter Komplexleistung wird in diesem Zusammenhang verstanden, dass Ärztinnen und Ärzte, medizinisch-therapeutische Berufsgruppen, Psychologinnen und Psychologen, Heilpädagoginnen und -pädagogen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen und andere ihre Leistungen in aufeinander abgestimmte Weise erbringen und die Eltern in die Planung und Umsetzung der Hilfen einbeziehen.

Darüber hinaus gibt es in Niedersachsen auch sogenannten Früherkennungsstellen, die sich vor allem der Diagnose und der Aufstellung eines Behandlungsplans widmen. Außerdem nehmen die Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) als ärztlich geleitete Einrichtungen die Aufgaben der Diagnostik und der speziellen Therapie für Kinder und Jugendliche wahr. Die Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren erfolgt aufgrund ärztlicher Verordnung.

Die Zuständigkeit für die Frühförderung ist gesetzlich in [§17 Abs. 2 AG KJHG](#) geregelt und benennt die vorrangige Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers. Hiermit sind jedoch leider nicht alle Abgrenzungsprobleme zwischen den Trägern der Jugend- und Sozialhilfe in diesem Bereich behoben. Unstrittig ist die Frühförderung eine ambulante, familien- und wohnortnah erbrachte Leistung, wie oben beschrieben.

Bei den teilstationären Leistungen in einer Kindertagesstätte, beispielsweise einer heilpädagogischen oder integrativen Kindergartengruppe, handelt es jedoch nicht um Frühförderung. So definiert der „Gemeinsame Ausschuss nach §5 AG SGB XII⁸“ in einer Positionsbestimmung vom 18.11.2010 die Leistungen einer Kindertageseinrichtung als teilstationäre Maßnahme, die bei seelisch behinderten oder von einer seelischen Behinderung bedrohten Kindern die vorrangige Verpflichtung des Jugendhilfeträgers – also die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII - vorsieht.

Die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für teilstationäre Leistungen bei seelisch behinderten oder von einer seelischen Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen verbleibt somit nach §35a SGB VIII bei den öffentlichen Trägern der Kinder- und Jugendhilfe. Nur bei ambulanten Komplexleistungen im Sinne der FrühV oder bei ambulanten Leistungen der heilpädagogischen Frühförderung ist der Sozialhilfeträger für den Personenkreis der Kinder mit einer seelischen Behinderung zuständig.

Die hiermit verbundenen Unklarheiten bzw. Unsicherheiten liegen jedoch nicht ausschließlich im rechtlichen Bereich. Problematisch aus Sicht der Jugendhilfeträger ist bei Kindern unter sechs Jahren primär die Frage der Diagnostik, die bei kleinen Kindern häufig kaum in der gewünschten Klarheit zu leisten ist. Gerade auch vor diesem Hintergrund ist die nach wie vor bestehende Schnittstellenproblematik zwischen SGB VIII und SGB XII bei noch nicht schulfähigen Kindern als besonders kritisch anzusehen.

⁸ AG SGB XII v. 16.12.2004: §5 Gemeinsamer Ausschuss (1) Der überörtliche Träger und die örtlichen Träger der Sozialhilfe bilden einen paritätisch besetzten Gemeinsamen Ausschuss, der die ihm in diesem Gesetz ausdrücklich zugewiesenen Aufgaben wahrnimmt und daneben insbesondere 1. die Entwicklung der Aufwendungen nach §12 Abs. 2 ständig überwacht, 2. die aufgabengerechte Verteilung der Lasten überprüft sowie 3. dem überörtlichen Träger und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe Empfehlungen zur Steuerung der Ausgabenentwicklung sowie zur Zusammenarbeit und fachlichen Weiterentwicklung der Leistungen der Sozialhilfe gibt. (2) ¹ Beschlüsse zu §12 Abs. 2 Nr. 2, §13 Abs. 4 Satz 2, Abs. 5 Satz 3 sowie §14 Abs. 2 und 3 Satz 2 bedürfen der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder des Gemeinsamen Ausschusses; sonstige Beschlüsse bedürfen der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder des Gemeinsamen Ausschusses. ² Das Fachministerium regelt das Nähere über die Zahl der Mitglieder, die Bestellung und Abberufung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Geschäftsführung, das Verfahren und die Beschlussfassung des Gemeinsamen Ausschusses durch Verordnung.

MEHRFACHBEHINDERUNG

Der Begriff Mehrfachbehinderung wird von verschiedenen Disziplinen unterschiedlich verwendet. Im Rahmen der Eingliederungshilfe versteht man unter Mehrfachbehinderung das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Behinderungstypen, z.B. einer seelischen und/ oder einer körperlichen bzw. geistigen Behinderung.⁹

Generell ergibt sich aus [§10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII](#) bei einer Mehrfachbehinderung der Vorrang der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII vor der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII¹⁰.

Mit dieser Regelung ist jedoch nicht verbunden, dass damit der Anspruch auf Hilfe zur Erziehung gem. §§27 ff. SGB VIII entfällt, womit natürlich auch an dieser Stelle Abgrenzungsprobleme zwischen Jugend- und Sozialämtern entstehen. Unstrittig ist, dass der Träger der Sozialhilfe im Überschneidungsbereich zwischen der Eingliederungshilfe (z.B. bei Leistungen im pflegerischen Bereich) und einer Hilfe zur Erziehung vorrangig verpflichtet ist. „Ein Nachrang der Jugendhilfe bewirkt auf der Ebene der Leistungsverpflichtung zum Hilfesuchenden keine Freistellung des nachrangig verpflichteten Jugendhilfeträgers und damit auch keine alleinige Zuständigkeit des vorrangig verpflichteten Sozialhilfeträgers“. ¹¹

Um den Bedarf an Leistungen nach dem SGB VIII sicherzustellen, sollte sich das Jugendamt an der Aufstellung des Förderplans nach SGB XII beteiligen.¹²

Somit ist jeweils im Einzelfall zu prüfen, ob beispielsweise die Unterbringung außerhalb des Elternhauses ursächlich in der körperlichen oder geistigen Behinderung, beispielsweise in der Schwere der Behinderung, der Wohnverhältnisse oder des Wohnortes der Eltern liegt, oder ob die seelische Behinderung ursächlich für die Inanspruchnahme einer Leistung ist.

In einem [neuen Urteil vom Oktober 2011](#)¹³ hat das Bundesverwaltungsgericht bei kongruenter Leistungspflicht zwischen Jugend- und Sozialhilfeträger die Vorrangigkeit der Sozialhilfe nach §10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII betont. Es handelte sich um einen Fall eines geistig behinderten Kindes, bei dem nach der Trennung der Eltern kein Elternteil in der Lage war, die Erziehung und Betreuung des Kindes alleine zu übernehmen. Die Eltern beantragten Hilfe zur Erziehung, gleichzeitig bestand aufgrund der geistigen Behinderung ein Anspruch auf Eingliederungshilfe nach §§53, 54 SGB XII.

⁹ Vgl. BAGÜS: Orientierungshilfe zum Behinderungsbegriff, RdNr. 3.5.1

¹⁰ Vgl. Kunkel/ Haas, ZKJ 2006, S. 148 ff.

¹¹ BVerwG, v. 23.9.1999 sowie OVG Lüneburg, v. 25.07.2007

¹² Wiesner: SGB VIII, 4. Auflage, §35a RdNr. 38

¹³ BVerwG v. 19.10.2011

3.2.4 Abgrenzung zur Hilfe zur Erziehung gem. §§27 ff. SGB VIII

Die Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII ist seit nunmehr 20 Jahren Bestandteil des Leistungskatalogs der Kinder- und Jugendhilfe. Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfen zur Erziehung stehen als eigenständige Regelung nebeneinander, die Verbindung beider Leistungsarten ist in §35a Abs. SGB VIII geregelt.

Einerseits ist unstrittig, dass es zwischen der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII und einer Hilfe zur Erziehung gem. §§27 ff. SGB VIII große Schnittmengen gibt. Der Schluss der Beliebigkeit - also die Durchführung einer Ermessensentscheidung des Jugendamtes - der Zuordnung einer Hilfe zum einen oder anderen Bereich ist jedoch nicht zulässig. Die Aufgabe des Jugendamtes liegt im Einzelfall darin, im Hilfeplanverfahren einen Klärungsprozess vorzunehmen, ob der Hilfebedarf eher auf eine seelische Störung oder auf eine erzieherische Mangelsituation zurückzuführen ist.¹⁴

3.3 Der §35a SGB VIII im Spiegel der Rechtsprechung

Im Kinder- und Jugendhilferecht gibt es wenige Bereiche mit einer so differenzierten Rechtsprechung wie zum §35a SGB VIII. Die Dokumentation einiger wichtiger Urteile (im Anhang als Volltext verfügbar) erfolgt hier zur Unterstützung der Entscheidungsfindung in den Jugendämtern. Die aufgeführten „Leitsätze“ sollten in diesem Zusammenhang so genutzt werden, dass sie lediglich ein Anhaltspunkt sein können, um das entsprechende Urteil als Volltext einzubeziehen.

Thema	Gericht/ Datum/ AZ	Leitsätze
Bundesverwaltungsgericht		
Zuständigkeit bei Mehrfachbehinderung	BVerwG v. 19.10.2011 5 C 6/ 11	In einem Fall kongruenter Leistungspflichten bestimme §10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII, dass der Sozialhilfeträger vorrangig leistungspflichtig sei.
Kostenerstattung bei selbstbeschaffter Maßnahme	BVerwG v. 17.02.2011 5 B 43/ 10	Die Gewährung von Eingliederungshilfe setzt grundsätzlich eine vorherige Antragstellungvoraus. Für den Antrag ist keine besondere Form vorgeschrieben. Er kann auch in Form schlüssigen Verhaltens gestellt werden.
Zusatzkosten	BVerwG v. 22.07.2009 5 C 32.05	Nach §35a SGB VIII besteht ein Anspruch gegen den Jugendhilfeträger auf Erstattung von Kosten für Fahrt und Begleitung zu ambulanter therapeutischer Behandlung als Annexkosten auch dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung nur noch die Behandlungskosten selbst zu tragen hat.
Antrag als Erfordernis für jugendhilfe-rechtliche Eingliederungshilfe	BVerwG v. 11.08.2005 5 C 18.04	Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe muss für die Kosten der von Dritten durchgeführten Eingliederungshilfe nur aufkommen, wenn der Hilfebedarf rechtzeitig an ihn herangetragen worden ist.

¹⁴ ders.: RdNr. 35

Thema	Gericht/ Datum/ AZ	Leitsätze
Anspruchsvoraussetzungen	BVerwG v. 26.11.1998 5 C 38.97	1. Bei bloßen Schulproblemen, auch bei Schulängsten, kann noch keinesfalls von einer krankhaften Normabweichung gesprochen werden. Eine neurotische Entwicklungsstörung liegt erst vor etwa bei einer z.B. auf Versagensängsten beruhenden Schulphobie, bei totaler Schul- und Lernverweigerung, Rückzug aus jedem sozialen Kontakt und Vereinzelung in der Schule oder dergleichen. 2. Von einer seelischen Behinderung bedroht sind Kinder und Jugendliche, bei denen eine seelische Behinderung noch nicht vorliegt, der Eintritt der seelischen Behinderung aber nach allgemeiner ärztlicher oder sonstiger fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit, d.h. mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % zu erwarten ist
Niedersächsisches Oberverwaltungsgericht		
Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung	OVG v. 25.03.2010 4 LA 43/ 09	Das VG ist durch einen Hilfeplan des JA nicht gehindert, sich ein eigenes Bild über das Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung zu verschaffen.
Voraussetzungen für Legasthenietherapie	OVG Lüneburg v. 04.02.2009 4 LC 514/ 07	Es besteht kein Anspruch auf die Gewährung von Eingliederungshilfe nach §35 a SGB VIII für die Fortsetzung einer Legasthenietherapie, wenn die Voraussetzungen des §35 a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII nicht mehr vorliegen.
Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung	OVG Lüneburg v. 11.06.2008 4 ME 184/ 08	1. Die Feststellung, ob eine Beeinträchtigung der Teilhabe des Kindes oder Jugendlichen am Leben in der Gesellschaft als Voraussetzung für die Gewährung von Eingliederungshilfe nach §35 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII vorliegt, ist ebenso wie die Entscheidung nach §35 a Abs. 2 SGB VIII, ob eine bestimmte Hilfe zur Deckung des Bedarfs im Einzelfall geeignet und erforderlich ist, vom Jugendamt aufgrund seiner eigenen Fachkompetenz zu treffen, ohne dass insoweit eine fachärztliche oder psychotherapeutische Stellungnahme erforderlich ist. 2. Der nach §35 a Abs. 1 a SGB VIII zur Feststellung der Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit (§35 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII) einzuholenden fachärztlichen Stellungnahme kann jedoch auch für die Beurteilung dieser Fragen eine sowohl vom Jugendamt als auch vom Verwaltungsgericht bei seiner Entscheidung zu berücksichtigende beachtliche Aussagekraft zukommen. 3. Das Fehlen eines schriftlichen Hilfeplans nach §36 Abs. 2 SGB VIII steht dem Erlass einer auf die Durchführung einer bestimmten geeigneten und notwendigen Hilfemaßnahme gerichteten und wegen der Eilbedürftigkeit der Hilfe erforderlichen einstweiligen Anordnung nach §123 VwGO nicht entgegen.
Zur Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts im Rahmen der Jugendhilfe	OVG Lüneburg v. 18.10.2006 4 LA 42/ 05	1. Das für alle Leistungen nach §35 a SGB VIII geltende Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten nach §5 SGB VIII ist vom Jugendhilfeträger zwingend zu beachten. 2. Entstehen keine unverhältnismäßigen Mehrkosten und ist die vom Leistungsberechtigten gewählte Einrichtung / Form der Hilfe in gleicher Weise zur Behandlung der festgestellten Beeinträchtigung geeignet, ist der Jugendhilfeträger nach der Soll-Vorschrift des §5 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII gehalten, der Wahl und den Wünschen des Leistungsberechtigten zu entsprechen, sofern kein atypischer Fall vorliegt, der ein Abweichen von der in einem solchen Fall regelmäßig in der gewünschten Form zu be-

Thema	Gericht/ Datum/ AZ	Leitsätze
		willigenden Hilfe rechtfertigt.
Eingliederungshilfe durch Übernahme der Kosten für eine Internatsunterbringung	OVG Lüneburg v. 20.10.2006 12 ME 300/ 06	Vor dem Hintergrund der beim Antragsteller ausgeprägten Kombination von Teilleistungsstörungen - Hochbegabung einerseits und Legasthenie andererseits - und der dadurch verursachten emotionalen Störung und Störung in seinem Sozialverhalten mit Ansätzen einer Depression und - auch im Gymnasium in M. erkennbar gewordenen - Rückzugstendenzen erscheint die fachärztlich dringend empfohlene Internatsunterbringung und - beschulung sachgerecht und erforderlich.
Oberverwaltungsgerichte außerhalb Niedersachsen		
Heilp. Reiten als Leistung der Eingliederungshilfe	OVG Rheinland-Pfalz v. 15.06.2011 7 A 10420/ 11	Eine heilpädagogische Leistung – hier: heilp. Reiten – kann als Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation) auch von einem bereits eingeschulten seelisch behinderten oder von einer solchen Behinderung bedrohten Kind oder Jugendlichen und auch dann bewilligt werden, wenn sich die heilp. Leistung nicht als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung darstellt.
Essstörungen als Ursache einer Teilhabebeeinträchtigung	VG Würzburg v. 18.03.2010 W 3 K 08.700	Essstörungen können nach fachlicher Erkenntnis in der Regel in ihrem Verlauf dazu führen, dass es bei den Betroffenen zu einer Teilhabebeeinträchtigung kommt. (RdNr. 39)
Dyskalkulie	OVG Sachsen v. 09.06.2009 1 B 288/ 09	Dyskalkulie ist eine geistige Teilleistungsstörung. Ein Abweichen der seelischen Gesundheit i. S. v. §35a Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII verlangt deshalb zusätzlich die Feststellung hierin begründeter Sekundärfolgen im seelischen Bereich. Dies müssen dann zu einer (drohenden) Beeinträchtigung an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft führen, um einen Hilfeanspruch nach §35a Abs. 1 SGB VIII auf die Bewilligung von Eingliederungshilfe begründen zu können.
Legasthenie	OVG Rheinland-Pfalz v. 26.03.2007 7 E 10212/ 07.OVG	1. Eine Lese-Rechtschreibstörung oder Legasthenie (ICD 10 - F 81.0) stellt keine seelische Störung dar und führt deshalb als solche nicht zu einer Abweichung der seelischen Gesundheit eines Kindes oder Jugendlichen vom alterstypischen Zustand im Sinne von §35a Abs. 1 SGB VIII. 2. Zwar kann es als Sekundärfolge einer Legasthenie zu einer seelischen Störung oder psychosomatischen Reaktion des Kindes oder Jugendlichen kommen. Die Voraussetzungen des §35a Abs. 1 SGB VIII sind jedoch auch dann nur erfüllt, wenn die sekundäre seelische Störung nach Breite, Tiefe und Dauer so intensiv ist, dass dadurch die Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen zur Eingliederung in die Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Bloße Schulprobleme und Schulängste genügen hierfür nicht. 3. Die Auslegung und Anwendung der unbestimmten Rechtsbegriffe in §35a Abs. 1 SGB VIII unterliegt einer uneingeschränkten verwaltungsgerichtlichen Kontrolle. Ein - verwaltungsgerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer - Beurteilungsspielraum steht dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe erst im Hilfeplanverfahren aufgrund des dort gebotenen kooperativen pädagogischen Entscheidungsprozesses bezüglich der im Einzelfall angezeigten Hilfe zu.

Thema	Gericht/ Datum/ AZ	Leitsätze
Verwaltungsgerichte		
Kosten einer Legasthenietherapie	VG Darmstadt v. 16.04.2010 5 K 550/ 08.DA (3)	1. Die einem Kind entstandenen Kosten zur Durchführung einer Legasthenietherapie im Rahmen einer bewilligten Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII sind grundsätzlich in voller Höhe zu erstatten. 2. Das Kind kann seinen Therapeuten grundsätzlich frei wählen, wenn dadurch keine unverhältnismäßigen Mehrkosten entstehen 3.< + 20 % der ortsüblichen Kosten..... 4.
Teilleistungsstörung und sog. „sekundäre Neurotisierung“	VG Hannover v. 20.05.2008 3 A 3648/ 07	1. Im Zusammenhang mit Teilleistungsstörungen ist eine Abweichung von der für das Lebensalter typischen Gesundheit nur zu bejahen, wenn zusätzlich zu der Teilleistungsstörung eine seelische Störung vorliegt (sog. sekundäre Neurotisierung). 2. Eine Auslegung des Begriffs der "Teilhabe am Leben in der Gesellschaft" im Sinne von §35 a Abs. 1 S.1 Nr. 2 SGB VIII hat sich an der grundlegenden Zielbestimmung in §1 Abs. 1 SGB VIII zu orientieren, nach der jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit hat. Die soziale Teilhabe ist daher im Hinblick auf die altersgemäßen Entwicklungsaufgaben mit konkreten Inhalten zu füllen. 3. Es lässt sich nicht rechtfertigen, das Vorliegen der Voraussetzung von §35 a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VIII nur zu bejahen, wenn die (drohende) Teilhabebeeinträchtigung eine besonders gravierende Intensität hat. 4. Eine Beeinträchtigung der Teilhabe liegt bereits vor, wenn sich die Störung in einem der relevanten Lebensbereiche auswirkt. Sie kann nicht nur durch eine Ausgrenzung von Seiten der Umwelt, sondern auch durch subjektive Schwierigkeiten des Betroffenen, aktiv am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen, bedingt werden. 5. Im Hinblick auf die Dauer einer erfolversprechenden Therapie ist es sachgerecht, bereits ein gutes Jahr vor dem Schulwechsel dessen wahrscheinliche Auswirkungen auf die Teilhabe eines Kindes zu bewerten, um noch vorbeugend Hilfe leisten zu können.
Hilfe für junge Volljährige	VG Regensburg v. 29.08.02 RO 8 K 02.157	1. Der Anspruch auf Hilfe für junge Volljährige setzt nicht voraus, dass die Aussicht besteht, eine Verselbständigung des Hilfeempfängers bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres oder in einem begrenzten Zeitraum darüber hinaus zu erreichen. 2. Zum grundsätzlichen Vorrang der Jugendhilfe gegenüber der Sozialhilfe und des damit korrespondierenden Nachrangs der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten.
Sozialgerichte		
Vorrang der Sozialhilfe bei Mehrfachbehinderung	Landessozialgericht Niedersachsen/ Bremen v. 31.01.2011 L 8 SO 366/ 100 B ER	1. Bei einer sog. Mehrfachbehinderung beurteilt sich der Hilfebedarf eines behinderten Schülers grundsätzlich nach den Vorschriften des SGB XII und nicht nach §35a SGB VIII. 2. Es ist Aufgabe des Sozialhilfeträgers, den tatsächlichen Bedarf eines behinderten Menschen festzustellen.

Thema	Gericht/ Datum/ AZ	Leitsätze
Vorrang der Eingliederungshilfe vor der Jugendhilfe bei mehrfach behindertem Kind	Sozialgericht Aachen v. 01.03.2011 S 20 (19) SO 139/ 09	1. Für die Frage, welcher Sozialleistungsträger bei einer Mehrfachbehinderung in Form geistiger und seelischer Störungen vorrangig leistungs verpflichtet ist, kommt es nicht darauf an, wo der Schwerpunkt des Bedarfs der erbrachten Hilfe liegt. 2. Wenn gleichartige Ansprüche sowohl nach Jugendhilfe- als auch nach Sozialhilferecht bestehen, bestimmt §10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII den Vorrang der Sozialhilfe. (Rd. Nr. 23 u. 26)

4 Feststellung der Abweichung der seelischen Gesundheit

Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK)“ hat der Gesetzgeber zum 01.10.2005 mit der Einfügung des §35a Abs. 1a SGB VIII die Aufgaben und die Rolle der Ärztin/ des Arztes bzw. Psychotherapeutin/ des Psychotherapeuten bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen klargestellt. Mit der Formulierung „hat der Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe eine Stellungnahme (hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit) einzuholen“ sollen die bis dahin immer wieder aufgetretenen Konflikte zwischen den Fachkräften des Jugendamtes und den medizinischen Gutachterinnen und Gutachtern über die jeweiligen Kompetenzen minimiert werden.

4.1 Diagnostik nach ICD-10

Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) dient der Verschlüsselung von Diagnosen. Die [ICD 10](#)¹⁵ gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten „Familie“ von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit. Die derzeit aktuelle Version trägt die Bezeichnung „ICD-10-GM Version 2012“, herausgegeben am 23.09.2011¹⁶.

Die WHO-Familie der Internationalen Klassifikationen stellt einen Rahmen zur Kodierung eines breiten Spektrums von Informationen zur Gesundheit zur Verfügung (z.B. Diagnosen, Funktionsfähigkeit und Behinderung, Gründe für die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung) und verwendet eine standardisierte allgemeine Sprache, welche die weltweite Kommunikation über Gesundheit und gesundheitliche Versorgung in verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften ermöglicht. Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen usw.) werden innerhalb der Internationalen Klassifikationen der WHO hauptsächlich in der ICD-10 klassifiziert, Funktionsfähigkeit und Behinderung, verbunden mit einem Gesundheitsproblem, sind in der [ICF](#)¹⁷ klassifiziert. Deshalb ergänzen die ICD-10 und die ICF einander und Anwender sind aufgerufen, beide Klassifikationen der WHO-Familie der Internationalen Klassifikationen gemeinsam zu verwenden.

MULTIAXIALE DIAGNOSTIK IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Das multiaxiale Klassifikationsschema der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 ist seit über 10 Jahren die etablierte Grundlage einer multimodalen Diagnostik und Therapieplanung. Es basiert auf der ICD-10 und eröffnet die Möglichkeit, das ICD-10-System in

¹⁵ Kurzbezeichnung für die Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, die 11. Revision (ICD 11) wird derzeit vorbereitet

¹⁶ Quelle: Homepage des „Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – www.dimdi.de“

¹⁷ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

multiaxialer Form anzuwenden. Der multiaxiale Ansatz wurde auf sechs Achsen erweitert, wodurch ein mehrdimensionales Bild der Störung entsteht.

Achse 1: Psychiatrische Diagnose

Achse 2: umschriebene Entwicklungsstörungen

Achse 3: Intelligenzdiagnostik

Achse 4: körperliche Symptomatik

Achse 5: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände – auffällige intrafamiliäre Beziehungen

Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Beurteilung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben)

DIE AUFGABE DER ÄRZTIN/ DES ARZTES ODER PSYCHOTHERAPEUTIN/ PSYCHOTHERAPEUTEN IM DIAGNOSTISCHEN VERFAHREN

Die Aufgabe der Ärztin/ des Arztes bzw. der Psychotherapeutin/ des Psychotherapeuten im Zusammenhang der Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen des Jugendhilfeträgers bei einer Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII umfasst den Bereich der medizinischen Diagnostik. Das Jugendamt ist verpflichtet, eine Stellungnahme einzuholen. Es soll sich zur Diagnostik einer Ärztin/ eines Arztes oder einer psychologischen Psychotherapeutin/ Psychotherapeuten bedienen, die/ der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt. Diese(r) nimmt zur Frage der Abweichung der seelischen Gesundheit Stellung und muss beurteilen, ob diese länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Gleichzeitig muss die Stellungnahme eine Prognose beinhalten, dass dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauern wird. Neben dem Wissen über den üblicherweise zu erwartenden Verlauf einer Krankheit fließen in diesen prognostischen Teil der Stellungnahme auch das Wissen um Schutz-, Belastungs- und Risikofaktoren des jungen Menschen und seiner Familie ein.

Über die Frage, welche Kriterien eine derartige Stellungnahme zu erfüllen hat, gibt es keine Regelungen von Seiten des Bundes- oder Landesgesetzgebers. Die Projektgruppe hat zu dieser Fragestellung Fachgespräche mit klinischen und außerklinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geführt und empfiehlt, dass eine Stellungnahme mindestens auf folgender Basis erstellt worden sein sollte:

- Grundsätzlich sollte immer eine Intelligenzdiagnostik durchgeführt werden
- Die Stellungnahme sollte i.d.R. auf den Ergebnissen weiterer testpsychologischer Untersuchungen basieren
- Die Stellungnahmen sollen Aussagen zur Frage des Krankheitswertes und der Chronizität (...voraussichtlich länger als sechs Monate) enthalten
- Fachärztliche Stellungnahmen anderer Fachrichtungen sind einzubeziehen
- Die genutzten Testverfahren sollen in der aktuell gültigen Version angewandt werden

Die Stellungnahme sollte sämtliche Testergebnisse enthalten, sofern diese für die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen relevant sind. Hierzu gehören vor allem:

- die Prozentränge und T-Werte des verwendeten Rechtschreibtests bzw. Rechentests mit qualitativer Fehleranalyse
- eine Kopie des Rechtschreibtests
- eine Kopie des Auswertungsprofils des Gesamtintelligenztests

Diese Informationen benötigt das Jugendamt u.a. für

- die Bildung der sog. T-Wert-Differenz,
- für die Beurteilung der Schwere einer Teilleistungsstörung,
- um im Rahmen einer Hilfeempfehlung den Umfang festlegen zu können,
- um bei Verlängerungsanträgen den Verlauf der Hilfe beurteilen zu können oder
- um ggf. auf eine sonderpädagogische Überprüfung hinwirken zu können.

Sollten in der Stellungnahme unaufgefordert Aussagen zur Teilhabebeeinträchtigung oder konkrete Vorschläge für eine Jugendhilfeleistung enthalten sein, so ist das Jugendamt nicht an die Vorschläge der Ärztin/ des Arztes bzw. der Psychotherapeutin/ des Psychotherapeuten gebunden. Allerdings geht der Gesetzgeber gem. §36 Abs. 3 SGB VIII grundsätzlich von einer Mitwirkung der benannten Berufsgruppen bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplanes sowie bei der Durchführung der Eingliederungshilfe aus.

Die Krankenkasse übernimmt zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang einer medizinisch notwendigen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung die Kosten ärztlicher Befunde. Voraussetzung ist, dass der Betroffene krankenversichert ist. Im Übrigen muss das Jugendamt die Kosten für die in seinem Auftrag erstellten Gutachten für die Hilfeplanung im Einzelfall übernehmen.

4.1.1 Klassifikation psychischer Störungen nach ICD 10

Die ICD 10 sieht die Einteilung psychischer Störungen und Verhaltensstörungen in folgende Bereiche vor:

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

- Seelische Störungen als Folge von Krankheiten und Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- Psychische Probleme durch riskanten oder abhängigen Drogenkonsum

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

- Körperlich nicht begründbare Psychosen, paranoide Schizophrenie, wahnhaftige Störungen etc.

F30-F39 Affektive Störungen

- Psychosen mit depressiven, manischen oder bipolaren Ausprägungsformen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- Angststörungen, Panikstörungen, Phobien, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

- Nahezu ausschließlich Essstörungen

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

- Paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile, histrionische (schauspielerisch, theatralisch), ängstlich vermeidende, abhängige oder andere Persönlichkeitsstörung

F70-F79 Intelligenzstörung / Intelligenzminderung

- IQ < 70

F80-F89 Entwicklungsstörungen

- Des Sprechens und der Sprache
- Schulischer Fertigkeiten
- Frühkindlicher Autismus

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- ADS / ADHS
- Störungen des Sozialverhaltens
- Bindungsstörungen des Kindesalters
- Ticstörungen
- Einnässen, Einkoten

F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

4.1.2 Diagnostikkriterien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Forschungsgesellschaft (AWMF)

In nahezu jeder Literatur zum Kontext findet sich mehr oder weniger häufig der Hinweis auf die Leitlinien der „Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Forschungsgesellschaft (AWMF)“. An dieser Stelle sind die wichtigsten Leitlinien zu psychiatrischen Grunderkrankungen und/ oder seelischen Störungen der AWMF dokumentiert und jeweils als [Volltext](#) im Anhang gespeichert. Bitte beachten Sie, dass es sich um Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften mit dem entsprechenden Aufbau und unter Verwendung der entsprechenden Fachtermini handelt. Die Aufnahme der Leitlinien in die Handreichungen geschieht ausdrücklich nicht mit dem Ziel, die fallzuständigen Sachbearbeiterinnen und Sozialarbeiter in den Jugendämtern in eine Konkurrenzsituation zu den diagnostizierenden Berufsgruppen nach §35 a Abs. 1 Nr. 1 zu setzen. Wir haben uns für die Aufnahme der Leitlinien entschieden, um den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, die die Einzelfallentscheidung vorzunehmen haben, den schnellen Zugriff auf die Hintergründe einer medizinischen und/ oder psychiatrischen Diagnostik zu ermöglichen.

In der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) sind derzeit 158 wissenschaftliche Fachgesellschaften aus allen Bereichen der Medizin zusammengeschlossen. Die AWMF berät über grundsätzliche und fachübergreifende Fragestellungen in der wissenschaftlichen Medizin, fördert die Zusammenarbeit ihrer Mitgliedsgesellschaften bei der Wahrnehmung ihrer wissenschaftlich-medizinischen Aufgaben und Ziele sowie den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die ärztliche Praxis. Darüber hinaus vertritt sie in Kooperation mit anderen ärztlichen Organisationen die Interessen der wissenschaftlichen Medizin gegenüber den zuständigen politischen Gremien und der Öffentlichkeit und strebt eine enge Zusammenarbeit mit vergleichbaren Organisationen an.¹⁸

KLASSIFIZIERUNG VON LEITLINIEN¹⁹

Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften der AWMF werden in drei, auf die Entwicklungsmethodik bezogene Klassen eingeteilt:

- S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet (Ergebnis: Empfehlungen)
- S2: eine formale Konsensfindung ("S2k") und/ oder eine formale "Evidenz"-Recherche ("S2e") hat stattgefunden
- S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und "outcome"-Analyse)
- Nationale Versorgungsleitlinien entsprechen methodisch der Klasse S3.

DIE WICHTIGSTEN AWMF-LEITLINIEN:

AWMF übergreifend:

- Nationale Versorgungs-Leitlinie [„Unipolare Depression“](#)

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) u.a.:

- [Therapie der Adipositas](#) im Kindes- und Jugendalter

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM) u.a.:

- [„Folgen psychischer Traumatisierung“](#).

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) u.a.:

- [„Posttraumatische Belastungsstörung \(F 43.1\)“](#)

Fachgesellschaft Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin u.a.:

- [„Stationäre Rehabilitation](#) in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes und Jugendalter“

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:

¹⁸ S. „AWMF-Online“

¹⁹ S. AWMF-Leitlinien-Glossar

- „[Phobische Störungen](#) bei Kindern- und Jugendlichen (F40, F93.1, F93.2)“
- „[Psychische und Verhaltensstörungen](#) durch psychotrope Substanzen (F1)“
- „[Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen](#) (F2)“
- „Manische und bipolare affektive Störungen (F30, F31)“
- „[Depressive Episoden und Rezidivierende depressive Störungen](#) (F32, F33)“
- „Anhaltende affektive Störungen (F34)“
- „[Zwangsstörungen](#) (F 42)“
- „[Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen](#) (F43)“
- „[Somatoforme Störungen](#) (F 45)“
- „[Intelligenzminderung](#) (F70-79) und grenzwertige Intelligenz“
- „[Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten](#) (F 81)“
- „[Störungen des Sozialverhaltens](#) (F91.1, F91.2, F91.3, F92)“
- „[Hyperkinetische Störungen](#) (F 90)“
- „[Tief greifende Entwicklungsstörungen](#) (F84)“
- „[Angststörungen](#) (F 41, F 93.0)“
- „[Bindungsstörungen](#) (F 94.1, F 94.2)“
- „[Ticstörungen](#) (F 95)“
- „[Suizidalität](#) im Kindes- und Jugendalter“
- „[Persönlichkeitsstörungen](#) (F 60, F 61)“
- „[Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch](#)“
- „[Sexuell delinquentes Verhalten](#)“

Exkurs: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)

Wie im Vorwort erwähnt und in Kapitel 2 an Hand der IBN-Daten ausgeführt, unterliegt die Inanspruchnahme der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII in Niedersachsen immensen Unterschieden und Schwankungen, die sich Erklärungsversuchen – beispielsweise über sozialstrukturelle Zusammenhänge – weitestgehend entziehen. In diesem Exkurs soll der Versuch unternommen werden, über einen Blick in die sog. „KiGGS-Studie“ aus dem Bereich der seelischen Gesundheit empirische Befunde darzustellen, die Anhaltspunkte geben können, in welchem Maße und in welcher Schwankungsbreite seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen auftreten.

WAS IST ÜBERHAUPT DIE KiGGS-STUDIE?

KiGGS²⁰ ist eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Die erste KiGGS-Studie (KiGGS-Basiserhebung) wurde von 2003 bis 2006 durchgeführt mit dem Ziel, zum ersten Mal umfassende und bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen von 0 bis

²⁰ s. www.kiggs.de

17 Jahren zu erheben. Die Datenerhebungen wurden in 167 Orten in ganz Deutschland durchgeführt. Insgesamt haben 17.641 Jungen und Mädchen mit ihren Eltern an der Studie teilgenommen. Zum Bereich der psychischen Gesundheit wurde parallel zur KiGGS-Studie die Modulstudie „Befragung seelisches Wohlbefinden und Verhalten (BELLA)“ durchgeführt. Die Ergebnisse beider Studien wurden 2007 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht. [Ausgewählte Aufsätze zur KiGGS-Studie](#) sind dem Anhang beigelegt. Aktuell (2009-2012) läuft die Datenerhebungsphase für die erste Fortsetzungsstudie (KiGGS Welle 1).

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE ZUM THEMA PSYCHISCHE GESUNDHEIT SOWIE VERHALTENS AUFFÄLLIGKEIT:

Die Autorinnen und Autoren der KiGGS-Studie sprechen zusammenfassend vom Phänomen einer „neuen Morbidität“, das eine Verschiebung von den somatischen hin zu den psychischen Störungen bezeichnet.

Anteil der Befragten mit wahrscheinlicher psychischer Auffälligkeit:²¹

- 9,7 % im Gesamtdurchschnitt
- 13,2 % bei Befragten mit niedrigem sozioökonomischem Status
- 8,4 % der Mädchen und 10,9 % der Jungen

Auftretenshäufigkeit spezifischer psychischer Auffälligkeiten:²²

- Depression 5,5 % im Durchschnitt (Höchstwert 7,3 bei niedrigem sozioökonomischem Status)
- Störung des Sozialverhaltens 7,6 % im Durchschnitt (11,3 % bei niedrigem sozioökonomischem Status)

Verhaltensauffälligkeiten²³ wurden in der KiGGS-Studie über Angaben zu den 5 Bereichen „Emotionale Probleme“, „Hyperaktivitätsprobleme“, „Verhaltensprobleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ erfragt. Die Klassifizierung erfolgte dann in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“.

Einzelergebnisse aus der Gesamterhebung:

- 7,2 % aller Befragten wurden als „auffällig“ eingestuft.
- Der höchste Einzelwert von 15,6% zeigt sich bei 7-10jährigen mit niedrigem sozioökonomischem Status
- 9,0 % aller Jungen wurden im Durchschnitt als „auffällig“ eingestuft, Mädchen mit 5,3 %
- Kinder und Jugendliche mit Migrationsstatus wurden überdurchschnittlich häufig (9,8 %) als „auffällig“ eingestuft

Im Unterpunkt „Verhaltensprobleme“ werden Hinweise auf dissoziales und deviantes Verhalten über Items wie z.B. „leicht wütend werden“ oder „sich häufig schlagen“ erfasst.

²¹ S. Bundesgesundheitsblatt 5/ 6 2007 S. 875

²² Ebda.

²³ Ebda., S. 784 ff.

- 21,4 % der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozialen Status weisen demnach ein hohes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten auf
- 17 % der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit Migrationsstatus und 14,4 % ohne Migrationsstatus werden als auffällig eingestuft.
- Die Jungen liegen auch hier mit 17,6% deutlich vor den Mädchen (11,9 %)

Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)²⁴:

ADHS ist eine der am häufigsten auftretenden Störungen im Kindesalter mit Auswirkungen auf viele Aspekte der kindlichen Entwicklung und auf die soziale, kognitive und emotionale Funktionsfähigkeit. Darüber hinaus ist ADHS mit einem stark erhöhten Risiko für Unfälle und traumatische Verletzungen verbunden.²⁵ Mittlerweile gilt es als bewiesen, dass ein Großteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS eine entsprechende genetische Disposition aufweist und diese für bis zu 70-90 % der ADHS-Störungen verantwortlich sind.

Durch die oben beschriebenen Auswirkungen von ADHS auf Kinder und Jugendliche treten viele sog. komorbide Störungen²⁶ auf. Dazu zählen Störungen des Sozialverhaltens, aggressive und Verhaltensstörungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Lernstörungen, Teilleistungsschwächen etc. Daneben ist festzustellen, dass Kinder mit ADHS ein erhebliches Belastungspotential für das gesamte Familiensystem mit sich bringen und sich u.a. die Wahrscheinlichkeit gestörter Eltern-Kind-Beziehungen stark erhöht. Die nachweisbaren Auswirkungen von ADHS reichen weit in das Erwachsenenleben hinein und gehen bis hin zu einer erhöhten Delinquenzneigung.

Die Schwerpunkte in der Behandlung von ADHS liegen auf Grund des hohen Anteils genetischer Faktoren weniger im präventiven Bereich, sondern in der Minimierung der Folgen u.a. durch eine frühzeitige Diagnosestellung sowie eine rechtzeitige und konsequente sog. multimodale Therapie, d.h. eine auf den Säulen „Aufklärung“, „Elterntraining“, „Verhaltenstraining“ und „medikamentöse Therapie“ beruhende Gesamtbehandlung der Störung.

Ausgewählte Ergebnisse:

- 4,8 % der Kinder und Jugendlichen haben eine ärztliche oder von einer Psychologin/ einem Psychologen diagnostizierte ADHS-Störung
- Jungen im Alter von 11-13 Jahren sind mit 11,3 % am stärksten betroffen
- Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen
- Kinder und Jugendliche mit Migrationsstatus sind durchschnittlich weniger betroffen (allerdings kehrt sich dieses Verhältnis bei den ADHS-Verdachtsfällen um, so dass die Forscher hier von einer „Unterdiagnostizierung“ ausgehen)

²⁴ Vgl. Schlack/ Hölling/ Kurth/ Huss: „Die Prävalenz der Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ in Bundesgesundheitsblatt 5/ 6 2007 S. 827 ff.

²⁵ Ebda.

²⁶ Als Komorbide Störung wird eine psychische Störung bezeichnet, die neben einer anderen, primären psychischen Störung vorhanden ist.

- Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko (6,4 zu 3,2 % bei hohem sozialem Status)

Essstörungen im Kindes- und Jugendalter²⁷

- 21,9 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren zeigen Anzeichen einer Essstörung
- Der Anteil der Mädchen liegt mit 28,9 % signifikant höher
- Der Anteil der betroffenen Mädchen steigt mit zunehmendem Alter (bei 17-jährigen Mädchen auf 30,1%)
- Bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist der Anteil der Auffälligen fast doppelt so hoch (27,5 % zu 15,6 % bei hohem sozialen Status)
- Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationsstatus liegt die Prävalenz von Essstörungen signifikant höher (30,3 % gegenüber 20,2 %)
- Essstörungen gehen einher mit einer doppelt so hohen psychischen Auffälligkeit wie bei der nicht auffälligen Vergleichsgruppe
- Der Zusammenhang zwischen einer Essstörung und negativen sexuellen Erlebnissen ist sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen sehr bzw. hochsignifikant

Personale Schutzfaktoren²⁸

Ein weiterer Ansatz der KiGGS-Studie befasst sich mit der Frage nach den Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, also der Frage der Entstehung von Gesundheit (salutogenetischer Ansatz). Die Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren ist vor dem Hintergrund einer Prävention psychischer Störungen bedeutsam, bietet sie doch Ansatzpunkte für die Identifikation und Entschärfung von Risiken.

Über Fragen zur Selbstwirksamkeit, Optimismus, Wohlbefinden oder zum Familienklima wurden personale Schutzfaktoren von den Forschern erfragt.

Ergebnisse:

- 11,2 % der Befragten 11-17jährigen zeigen deutliche Defizite ihrer personalen Ressourcen auf, weitere 8,9 % sind als „grenzwertig“ einzuschätzen
- Auch hier steigen die als „defizitär“ Bewerteten bei niedrigem sozioökonomischem Status an (13,8 %).
- Mädchen wurden überdurchschnittlich häufig (13,0 % gegenüber 9,5 % Jungen) als „defizitär im Hinblick auf ihre personalen Schutzfaktoren eingestuft.
- Kinder und Jugendliche mit Migrationsstatus haben ebenfalls signifikant höhere Defizitwerte hinsichtlich ihrer personalen Ressourcen (13,0 % gegenüber 10,9 %), allerdings weisen hinsichtlich der familiären Ressourcen Kinder und Jugendliche mit Migrationssta-

²⁷ Hölling/ Schlack: „[Essstörungen im Kindes- und Jugendalter](#)“ in: Bundesgesundheitsblatt 5/ 6 2007 s. 794 ff.

²⁸ Eckhart/ Hölling/ Bettge/ Ravens-Sieberger/ Schlack: „[Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen](#)“ in Bundesgesundheitsblatt 5/ 66 2007 s. 801 ff.

tus einen leicht höheren Anteil an unauffälligem Befund gegenüber den gleichaltrigen ohne Migrationsstatus aus (80,7 % zu 79,1 %)

5 Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung

Die Teilhabe wird von der WHO als „Teilhabe an Situationen des sozialen Lebens (Involvement in life situations)“ beschrieben. Der Begriff der Teilhabe und die starke Betonung der sozialen Faktoren gehen auf die [ICF](#)²⁹ zurück und haben über den Behinderungsbegriff im SGB IX direkten Einfluss auf die deutsche Gesetzgebung genommen. Die Dimensionen der Teilhabe beziehen sich somit auf das gesamte gesellschaftliche Leben, wobei bei Kindern und Jugendlichen die familiäre Situation und die Bereiche „Bildung/ Schule“ und „außerfamiliäre Beziehungen/ Freizeit“ im Mittelpunkt stehen.

Die Prüfung der Teilhabe ist somit keine isoliert zu erbringende Teilleistung, sondern Ergebnis der Gesamtschau und Integration aller Teilinformationen auf der Basis sozialpädagogischer Fachlichkeit.

Sind die Voraussetzungen nach §35a Abs. 1 Nr. 1 gegeben (s. Kapitel 4), fließen in der Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung letztlich alle im Einzelfall vorhandenen Informationen zusammen, die die Entscheidungsgrundlage des Jugendamtes unter Berücksichtigung der ärztlichen/ psychotherapeutischen oder psychologischen Stellungnahme bilden. An dieser Stelle wird das vom Gesetzgeber intendierte Ziel der zweistufigen Prüfung einer seelischen Behinderung deutlich. In der Abwägungsentscheidung sollen die Sichtweisen und Ansätze der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen/ psychologischen Diagnostik mit der sozialpädagogischen Diagnostik zusammenwirken in der Zusammenführung zweier unterschiedlicher Sichtweisen auf das Individuum. Während die medizinisch geprägte Diagnostik durch ihre verschiedenen Diagnose- und Testverfahren ein relativ präzises Ergebnis bezüglich einer seelischen Störung liefert, fügt die sozialpädagogische Diagnostik den Blickwinkel der Lösungs- und Ressourcenorientierung und der kompletten Lebenswelt des jungen Menschen hinzu und schnürt daraus ein entscheidungsfähiges Paket im Hinblick auf das jugendhilferechtliche Hilfeplanverfahren.

In der Praxis erweist sich die Umsetzung dieser Zusammenarbeit oft als durchaus schwierig, fehlt es doch häufig an gegenseitiger Akzeptanz oder an der benötigten Kommunikationskultur. Diese aufzubauen ist jedoch zuallererst die Aufgabe der Akteure vor Ort und lässt sich auf Landesebene nur schwer beeinflussen.

Der Umstand, dass die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung innerhalb des Jugendhilfe-rechts eher zu den Spitzenreitern in der Häufigkeit der gerichtlichen Auseinandersetzungen gehört, deutet auf eine relative Unsicherheit bei der Durchführung der Antragsprüfung in den Jugendämtern hin. Die hohe Variabilität der Inanspruchnahme der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (s. Kapitel 2) hängt u.a. auch mit den höchst unterschiedlichen

²⁹ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Standards in der Praxis der Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung zusammen.³⁰ Im Rahmen eines vom BMFSFJ geförderten Projekts zur Beurteilung der bisherigen Praxis der Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung wurden zwei Kategorien von Grenzfällen identifiziert, bei denen sich die hohe Variabilität zeigt und in deren Beurteilung es zu den größten Divergenzen kommt:³¹

- Fälle der drohenden seelischen Behinderung mit drohender oder beginnender Teilhabebeeinträchtigung mit Tendenz zur Verschlechterung bei Nichtbehandlung
- Fälle mit schweren Beeinträchtigungen in nur einer Dimension der Teilhabe (z.B. des Lernens oder der Kommunikation).

Die Autoren der genannten Studie (Fegert u.a.) plädieren vor diesem Hintergrund schon seit langem für eine größere Einheitlichkeit in den Diagnoseinstrumenten und bei der Standardisierung des Verfahrens der Überprüfung der Teilhabebeeinträchtigung.

BEREICHE DER TEILHABE

Bei Kindern und Jugendlichen ist zunächst festzuhalten, dass die verschiedenen relevanten Lebensbereiche in Bezug auf die Teilhabe immer in Abhängigkeit zum jeweiligen Lebensalter zu sehen sind. Ob eine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt oder nicht, lässt sich daher bei Minderjährigen zuallererst in der Einbeziehung entwicklungspsychologischer Kenntnisse feststellen.

Die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wird bei Kindern und Jugendlichen vor allem in den Bereichen

- Beziehungsqualität/ Kommunikation
- Einbindung/ Stellung in Familie, Kindergarten/ Schule, Peergroup, Vereine, Freizeit
- Selbstfürsorge/ Alltagsbewältigung
- Lernen/ Leistung

überprüft.

ERFASSUNG VON ASPEKTEN DER TEILHABEBEEINTRÄCHTIGUNG

Im schon erwähnten Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) nach ICD-10 findet die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Beurteilung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben) auf der Achse 6 statt. Achse 6 umfasst die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung in den Stufen 0 (herausragende soziale Funktionen mit guten zwischenmenschlichen Beziehungen in und außerhalb der Familie, mit adäquaten Interessen und Freizeitaktivitäten) bis 8 (tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung, Fehlen von Kommunikation, Gefahr der Eigen- oder Fremdgefährdung). Die Beurteilung sollte sich auf die Art der Beziehungen des Kindes oder Jugendlichen zu Familie, Gleichaltrigen und Außenstehenden, auf die sozialen Kompetenzen, schulische/ berufliche Adaptation, Interessenlage und Freizeitaktivitäten stützen.

³⁰ Vgl. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung: Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem, S. 1012 ff.

³¹ ebenda

Hier ist zu beachten, dass das MAS zunächst ein medizinisch geprägtes Instrument ist, das die oben schon erwähnten Arbeitsansätze einer sozialpädagogischen Diagnostik nur unzureichend widerspiegelt. „Als Grundlage für die im Rahmen der Gesamtschau vorzunehmende Prüfung der Teilhabe wären im Rahmen der Gesamtbeurteilung neben den Beeinträchtigungen auch Bedingungen und Beziehungen einzubeziehen, die sich günstig und fördernd auf Motivation und Selbstvertrauen ausgewirkt haben oder auswirken können. Festzustellen wäre, welche förderlichen oder kompensatorischen Möglichkeiten bereits erprobt wurden oder noch ausgeschöpft werden können. Ärztliche/ psychotherapeutische Gutachten enthalten Informationen dieser Art grundsätzlich nicht.“³²

Der Anhang enthält einen differenziert aufgebauten [Diagnosebogen](#) zur sozialpädagogischen Diagnostik, der für die Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung entwickelt wurde.

Exkurs: Die Aufgaben der Schule in der Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben

In der Praxis der Jugendämter nimmt der Kontakt zu den Schulen im Hinblick auf die Prüfung der Voraussetzungen für eine Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII einen breiten Raum ein, lässt sich doch eine Beeinträchtigung der Teilhabe bei Kindern und Jugendlichen ohne die Beachtung des schulischen Bereiches nicht beurteilen. Vor dem Hintergrund, dass der Beantragung einer Eingliederungshilfe häufig eine Teilleistungsstörung – beispielsweise eine Legasthenie oder Dyskalkulie – zugrunde liegt und der Kontakt der Antragsteller zum Jugendamt über eine Schule zustande gekommen ist, soll an dieser Stelle die Aufgabe der Schule hinsichtlich der Schülerinnen und Schüler mit Teilleistungsstörungen dargestellt werden. Alle Aussagen hierzu können nur allgemeinen Charakter haben, hat sich doch in der Arbeitsgruppe sehr klar gezeigt, wie unterschiedlich die gelebte Praxis im Zusammenspiel von Jugendhilfe und Schule im Kontext der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII ist.

Grundlegend für die Aufgabenbeschreibung der Schulen ist der [Erlass zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen](#).³³

Der Erlass wird derzeit überarbeitet, unter anderem in Anlehnung an den neuen Beschluss der Kultusministerkonferenz zu dieser Thematik.³⁴

Der Erlass bezieht sich grundsätzlich auf alle Kinder, die Schwierigkeiten mit Lesen, Schreiben und/ oder Rechnen haben, und nicht ausschließlich auf Kinder, die eine diagnostizierte Störung im Sinne einer Legasthenie oder Dyskalkulie haben. Die Aufgabe der Schule in der Förderung liegt dabei zunächst in der Erfassung der Lernausgangslage. Vorliegende außerschulische Gutachten werden pädagogisch ausgewertet und interpretiert. Die Vorlage eines Gutachtens kann

³² Holger Melchert: „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“, unveröffentlichtes Manuskript, S. 3

³³ s. Schulverwaltungsblatt 2005, 560

³⁴ „Grundsätze zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben oder Rechnen“, Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK) i. d. F. v. 15.11.2007

andererseits von der Schule nicht als Voraussetzung für Fördermaßnahmen eingefordert werden.

„Die Schule hat aus pädagogischer Sicht abzuwägen, ob aufgrund der Befunde in einem Gutachten schulische Fördermaßnahmen zu ergreifen sind. Dabei ist allerdings immer zu bedenken, dass alle Fördermaßnahmen der Schule pädagogisch begründet und unter pädagogisch-didaktischen Gesichtspunkten gestaltet werden. Therapeutische Maßnahmen sind nicht Aufgabe der Schule.“³⁵

Alle Schulen haben Möglichkeiten, ihre Schülerinnen und Schüler im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu fördern. Dabei kommt die Förderung im binnendifferenzierten Unterricht ebenso in Betracht wie die Förderung durch separate Förderstunden. Fachliche Unterstützung erhalten sie dabei durch Fachberaterinnen und Fachberater für Deutsch und Mathematik.

Wenn Probleme in der Zusammenarbeit mit Schulen auftreten, ist stets die Schulleiterin oder der Schulleiter erster Ansprechpartner. Falls Schwierigkeiten nicht im direkten Kontakt mit der einzelnen Schule ausgeräumt werden können, kann die Landesschulbehörde einbezogen werden.

³⁵ vgl. „Dr. Ulrike Behrens: Förderung von Schülerinnen und Schülern....“, Schulverwaltungsblatt 5/ 2006, s. 188 ff.

6 Das Verwaltungsverfahren im Jugendamt

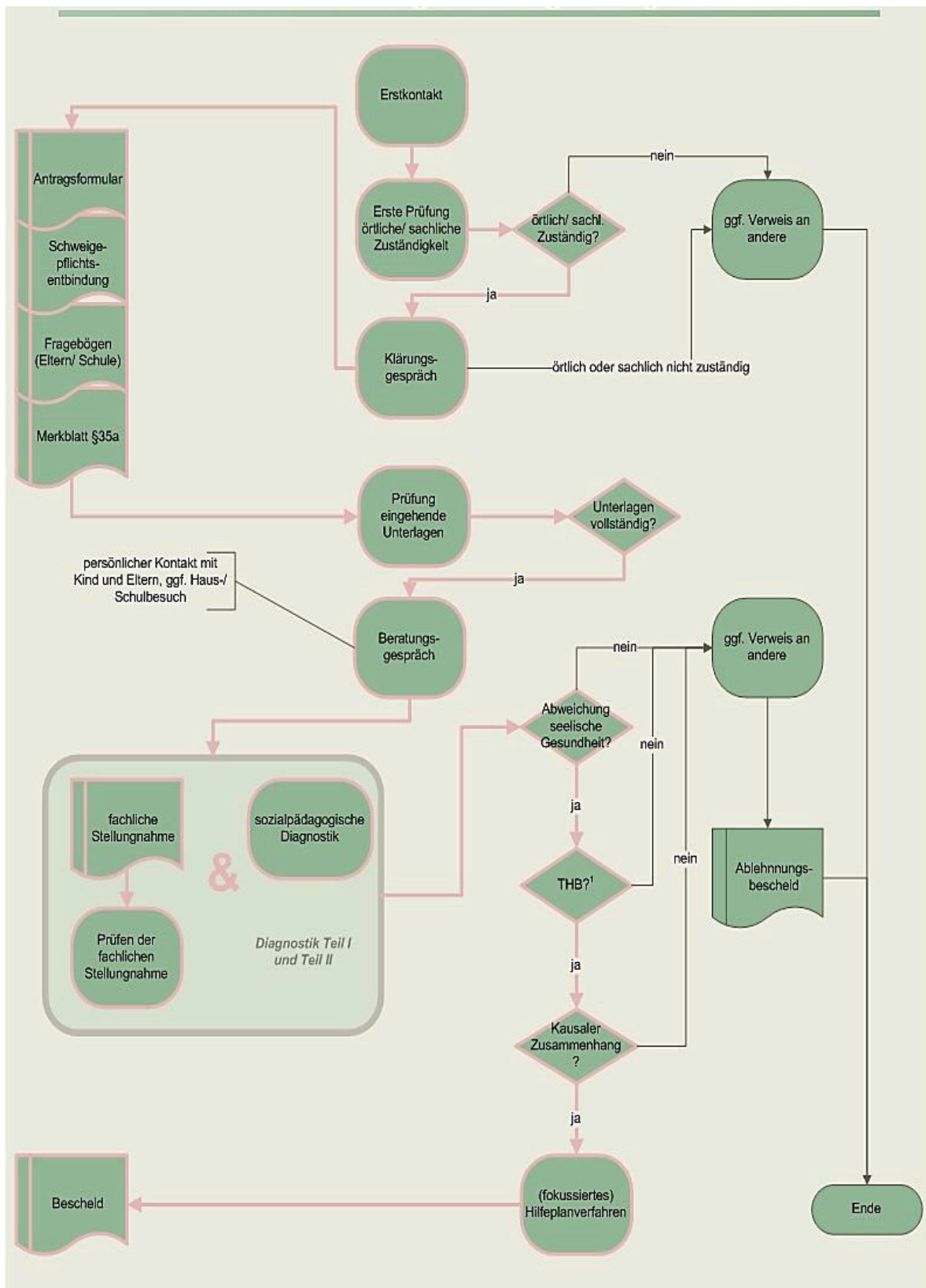
In diesem Kapitel soll der verwaltungsinterne Ablauf vorgestellt werden, wie er einer Hilfe nach §35a SGB VIII vorangeht, bzw. wie diese durch den öffentlichen Träger begleitet wird (Hilfeplanverfahren). Zu Beginn stellt ein Flussdiagramm die Schritte bis zu Bewilligung vor. Die relevanten Punkte werden im Folgenden genauer dargestellt und beschrieben. Das Verfahren trifft keine Aussage darüber, ob die Bearbeitung im ASD, (teilw.) in Spezialdiensten oder in Fachstellen erfolgt, alle diese Varianten sind möglich. Aufgrund der notwendigen speziellen Fachkenntnisse und der Komplexität sowohl im Verfahren als auch insbesondere der notwendigen Kooperation mit dem Gesundheitswesen wird eine (Teil-) Spezialisierung zumindest empfohlen.

Das hier geschilderte Verfahren verweist immer wieder auf den Formularteil im Anhang und erläutert auch teilweise den Gebrauch der dort vorgestellten Formulare und Dokumente. Auf diese Dokumente wird in einem Kasten verwiesen:

Formular/ Dokument

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

6.1 Ablaufschema für die Hilfegewährung nach §35a SGB VIII



³⁶ THB = Teilhabebeeinträchtigung

6.2 Falleingang

Organisatorisch ist der Falleingang in den Jugendämtern unterschiedlich geregelt, er kann sowohl über Fachkräfte des ASD, Spezialdienste, die wirtschaftliche Jugendhilfe und/ oder Verwaltungskräfte erfolgen.

Zu Beginn sollte direkt in einem (persönlichen oder telefonischen) Erstkontakt eine erste örtliche und sachliche Zuständigkeitsprüfung erfolgen. Hier kann ggf. eine Weiterverweisung an das zuständige Jugendamt oder andere zuständige Institutionen erfolgen. Falls die erste Überprüfung eine Zuständigkeit des angesprochenen Jugendamtes vermuten lässt, sollte ein erstes Klärungsgespräch mit den Eltern und ggf. dem Kind/ Jugendlichen erfolgen. In diesem Klärungsgespräch sollte genauer das Anliegen und die Begleitumstände erfragt werden. Außerdem sollte hier eine genaue Aufklärung über das weitere Verfahren erfolgen:

- Welche Unterlagen müssen beigebracht werden und warum?
- Die beiden relevanten Diagnostikteile und der notwendige kausale Zusammenhang
- Die zeitliche und inhaltliche Abfolge der Antragsbearbeitung
- Ziele, Möglichkeiten und Grenzen einer Hilfe nach §35a.

Die erforderlichen Unterlagen ([Antrag](#), [Schweigepflichtsentbindung](#) und Fragebögen sowie ein [Merkblatt](#)) werden den Eltern (bzw. den jungen Volljährigen) im Anschluss an das Klärungsgespräch ausgehändigt.

a Schweigepflichtsentbindung
b Antrag
c Merkblatt
d Checkliste
f_i – f_vi Elternfragebogen
g_i – g_iv Schulbericht

Unterstützt wird der gesamte Ablauf über die [Checkliste zum Antrag](#). Hier werden sowohl die relevanten Grunddaten gesammelt, als auch Antrag und die verschiedenen diagnostischen Teilschritte auf Vollständigkeit überprüft. Die Teilschritte fließen in die abschließende Stellungnahme der Fachkraft ein. Diese Checkliste verfolgt dabei zwei Anliegen: Sie soll der Fachkraft zur Orientierung dienen und gleichzeitig den Nachweis erbringen, dass Standards und Abläufe rechtssicher eingehalten wurden.

6.3 Diagnose: Prüfung der Abweichung der seelischen Gesundheit

Die Eltern können die fachliche Stellungnahme selber beibringen, oder es werden ihnen mindestens drei Vorschläge über diagnostizierende Stellen unterbreitet. Diese fachliche Stellungnahme bezieht sich ausschließlich auf die Diagnostik der Abweichung von der seelischen Gesundheit und nicht auf die Teilhabebeeinträchtigung bzw. auf die Feststellung einer seelischen Behinderung. Zu empfehlen ist, dass die fachliche Stellungnahme auf einem vom Jugendamt vorgelegten [Formblatt](#) (siehe Formularteil) erfolgt.

e Fachliche Stellungnahme

Andere Stellungnahmen werden anerkannt, wenn sie die notwendigen Aussagen in der ausreichenden Qualität nachvollziehbar enthalten. Die fallzuständige Fachkraft (ggf. in Zusammenarbeit mit Spezialdiensten oder anderen Fachkräften) ist aufgerufen, die beigebrachte Diagnostik zu überprüfen:

- Wurden die richtigen Diagnosekriterien angewandt?
- Wurden aktuelle Testinstrumente verwendet?
- Ist die Stellungnahme in sich schlüssig?

Ggf. muss eine weitere Stellungnahme anhand des vorgegebenen Rasters eingeholt bzw. die vorliegende Stellungnahme ergänzt werden.

Die in manchen Stellungnahmen abgegebene Empfehlung für eine Hilfe nach §35a SGB VIII hat für die Fachkraft im Jugendamt keine bindende Wirkung, die Stellungnahme ist ausschließlich relevant für die Diagnostik der Abweichung der seelischen Gesundheit.

6.4 Diagnose: Teilhabebeeinträchtigung

Eine Informationsgewinnung zu den Lebensbereichen Familie, Schule, Freizeit und Persönlichkeit des Kindes steht hier im Mittelpunkt. Hierbei soll ein Gesamtbild über die Lebenssituation gewonnen werden.

Für die Diagnostik einer Teilhabebeeinträchtigung wird ein persönliches Kennenlernen des Kindes und der Eltern als unerlässlich angesehen.

h_i Multidimensionale Teilhabe- einschätzung h_ii Diagnosebogen THP

Unterstützend für die Diagnostik der Teilhabebeeinträchtigung können verschiedene Diagnostikbögen sein. Die *Checkliste zum Antrag* enthält den Verweis auf mehrere dieser Bögen unter: *Teil II: Teilhabebeeinträchtigung*

6.5 Diagnose: Kausalitätsprüfung – seelische Behinderung

Im Teil III der Diagnostik ist die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen dem Vorliegen einer Abweichung von der seelischen Gesundheit und der Teilhabebeeinträchtigung zentral. Die Fachkraft trifft nach sorgfältiger Abwägung aller diagnostischen Ergebnisse ihre Entscheidung und dokumentiert sie in der abschließenden Stellungnahme.

6.6 Bewilligung bzw. Ablehnung

Die Bescheiderstellung erfolgt in vielen Jugendämtern nicht durch die jeweiligen Fachkräfte, sondern durch die wirtschaftliche Jugendhilfe. Hier ist es wichtig, dass die relevanten Informationen und die schlüssigen Begründungen als Grundlage für die Bescheiderstellung der wirtschaftlichen Jugendhilfe zur Verfügung gestellt werden.

i_i Bewilligungsbescheid
i_ii Ablehnungsbescheid

Exkurs: Das Klageverfahren vor dem Verwaltungsgericht

Vor dem Hintergrund häufiger gerichtlicher Auseinandersetzungen in den Fragen der Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII gehörte auch dieser Komplex zu den Bereichen, mit denen sich die Arbeitsgruppe auseinandergesetzt hat. Im Zusammenhang etwaiger Klageverfahren sind hier die aus unserer Sicht wichtigsten Fragen und Antworten rund um das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht dokumentiert:

Welche Angaben braucht das Verwaltungsgericht – Wie sollte die Stellungnahme eines Jugendamtes aussehen?

- Der Verwaltungsvorgang muss vollständig sein – durchnummeriert, wenn möglich mit Inhaltsverzeichnis
- Kurze Darstellung des Streitfalls – Übersicht
- Stellungnahme zu den Streitpunkten – mit Angabe der Blattzahlen der wichtigen Dokumente
- Wenn möglich getrennte Aktenführung bei getrennt lebenden Eltern – falls nicht, bei der Vorlage vor Gericht die nicht benötigten Aktenteile ausheften und als Leerseiten vermerken

Wünscht sich das VG eher die Teilnahme der für den jeweiligen Fall zuständigen sozialpädagogischen Fachkraft oder von Juristinnen bzw. Juristen an einer Verhandlung über die Rechtmäßigkeit eines Anspruchs auf Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII?

- Fachleute und wenn möglich eine Person, die sich im Verwaltungsverfahrensrecht auskennt
- Wenn ausschließlich Juristinnen oder Juristen an den Verhandlungen teilnehmen, erschwert dies möglicherweise eine notwendige fachliche Erörterung der zugrunde liegenden Problematik
- Fachleute alleine sind oft zu unsicher hinsichtlich des Verfahrensablaufs vor Gericht
 - Deshalb: wenn möglich zu zweit!

Soll das Jugendamt während des Verlaufs eines Verfahrens weiter ermitteln und in der Verhandlung den aktuellen Sachstand vortragen, auch wenn dieser vom Sachstand eines beklagten Bescheides abweicht?

- Es wird grundsätzlich alles zu Grunde gelegt, was zum Zeitpunkt der Entscheidung bekannt ist
- Der maßgebliche Zeitpunkt für die gerichtliche Entscheidung ist nicht der Zeitpunkt des beklagten Bescheides sondern der Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung
- Das Gericht ist jeweils verpflichtet, darzulegen, welchen rechtlichen Sachverhalt es zugrunde legt – hier hat das Jugendamt Gelegenheit, Stellung zu nehmen
- Im Hinblick auf die prozessuale Ebene hat das Jugendamt zu jeder Zeit die Möglichkeit, seinen Bescheid bei Vorliegen neuer Erkenntnisse abzuändern
- Führen zwischen dem Zeitpunkt der Bescheiderteilung und der mündlichen Verhandlung neue Erkenntnisse zu einem abgeänderten Bescheid des Jugendamtes, trägt die Klägerin bzw. der Kläger trotzdem die Gerichtskosten
- Bei ablehnenden Bescheiden eines Antrags auf Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII und der gleichzeitigen Empfehlung einer anderen Hilfe (z.B. HzE) sollte das Jugendamt dies offensiv und gut begründet darstellen
- Eine erneute Diagnostik der seelischen Störung (§35a Abs. 1 Nr. 1) ist nur notwendig, wenn diese streitig ist – dann erfolgt jedoch in der Regel ein diesbezüglicher Hinweis des Gerichts
- Wenn die Teilhabebeeinträchtigung streitig ist, sollte vor der mündlichen Verhandlung ein Hinweis an das Jugendamt erfolgen, ob eine aktualisierte Überprüfung der Teilhabebeeinträchtigung erwartet wird

6.7 Hilfeplanung

Unterschieden wird bei der Hilfeplanung nach Teilleistungsstörungen und anderen Formen der seelischen Behinderung. Grundsätzlich wird ein Hilfeplangespräch, auch bei dieser Hilfeform, als sinnvoll erachtet. U.U. ist es nicht realisierbar, bzw. nur in eingeschränkter Version unter Beteili-

gung der Familie und des Jugendamtsmitarbeiters. Dann erhalten die Leistungserbringer/ Therapeuten das Hilfeplanprotokoll.

j_i Ersthilfeplan
j_ii Fortschreibung

Die empfohlene Vorgehensweisen Erstbewilligung und Fortschreibung stellt die folgende Tabelle unterschieden nach Teilleistungsstörungen und anderen Hilfe getrennt übersichtsartig zusammen:

	Teilleistungsstörungen	Andere Hilfen
Ersthilfeplan		
Wann	Mit Beginn der Hilfe	
Wer	Eltern(teil), ggf. Kind/ Jugendlicher	Eltern(teil), ggf. Kind/ Jugendlicher
	Mitarbeiter(in) Jugendamt	Mitarbeiter(in) Jugendamt
	ggf. Leistungserbringer	Leistungserbringer
		Mitarbeiter(in) des freien Trägers/ der Institution
	ggf. Lehrer(in), bzw. hat schriftlich berichtet	ggf. Lehrer(in)
Was	Anlass der Hilfe aus Sicht aller Beteiligten	
	kurze Situation- und Problembeschreibung	
	Vereinbarung von Zielen und schriftliche Fixierung im Hilfeplan	
	Umfang, Dauer und Art der Hilfe	
Hilfeplanfortschreibung		
Wann	Nach Ablauf der bewilligten Stunden – bei Vorlage eines Folgeantrages	halbjährlich
Wer	Eltern(teil), ggf. Kind/ Jugendlicher	Eltern(teil), ggf. Kind/ Jugendlicher
	Mitarbeiter(in) Jugendamt	Mitarbeiter(in) Jugendamt
	ggf. Leistungserbringer, bzw. hat schriftlich berichtet	Leistungserbringer
	ggf. Lehrer(in), bzw. hat schriftlich berichtet	Mitarbeiter(in) des freien Trägers/ der Institution
		ggf. Lehrer(in)
Was	Frage nach der Zielerreichung klären	
	Wenn Zielerreichung nicht erreicht, warum nicht	
	Erneute Zielvereinbarungen und schriftliche Fixierung im Hilfeplan	

	Teilleistungsstörungen	Andere Hilfen
Beendigung		
Wann	Bei Zielerreichung oder ungeeigneter Hilfe	Nach Ablauf der bewilligten Stunden oder bei Abbruch der Hilfe
	Abschluss bei Ende der Stunden	wenn Einrichtung keine Notwendigkeit weiterer Hilfe sieht oder keine Entwicklungsmöglichkeit
		wenn Eltern keine Notwendigkeit weiterer Hilfe sehen oder keine Entwicklungsmöglichkeit
Wer		Eltern(teil), ggf. Kind/ Jugendlicher
		Mitarbeiter(in) Jugendamt
		Leistungserbringer
		Mitarbeiter(in) des freien Trägers/ der Institution
Was	Abschlussbericht des Leistungserbringers	Frage nach der Zielerreichung
		Wenn Ziele nicht erreicht, wie oder wodurch (Änderung der Hilfe) können sie erreicht werden?
		Fixierung des Ergebnisses und ggf. weitere Perspektiven entwickeln

6.8 Das persönliche Budget

Jugendämter sind gem. §6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX Rehabilitationsträger und in dieser Funktion für junge Menschen mit seelischer Behinderung auch grundsätzlich für die Leistung in Form eines Persönlichen Budgets nach §17 Abs. 2 SGB IX zuständig.³⁷

In der Literatur sowie zwischen den verschiedenen Kommentatoren des SGB VIII ist die Frage der Anwendbarkeit auf seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie die sozialrechtliche Bewertung der Fragestellung äußerst umstritten. In der Praxis spielt das Persönliche Budget für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche bislang keine Rolle.

Da seit dem 01.01.2008 ein nicht abweisbarer Anspruch auf ein Persönliches Budget besteht³⁸, wird empfohlen, Antragstellerinnen bzw. Antragsteller auf die mit dem Persönlichen Budget verbundenen Anforderungen an die antragstellende Person (Auswahl eines geeigneten Anbieters, Berücksichtigung der pädagogischen Fragestellungen bei der Rehabilitationsleistung für einen jungen Menschen etc.) hinzuweisen und entsprechend zu beraten.

³⁷ S. Gila Schindler: Persönliches Budget als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe – oder: Nur Mut zum Unbekannten!“ in JA 10/ 2011 S. 499 ff.

³⁸ Gem. §159 Abs. 5 SGB IX

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAGLJÄ) weist in ihrem Diskussionspapier zum Persönlichen Budget³⁹ insbesondere auf folgende Punkte hin, die besonders zu beachten sind:

BESCHRÄNKTE GESCHÄFTSFÄHIGKEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN:

In Angelegenheiten mit einer gewissen Tragweite – und hierzu gehört zweifelsfrei die Beschaffung nötiger Eingliederungshilfen – ist bei einer Minderjährigen bzw. einem Minderjährigen also stets die Zustimmung oder Genehmigung des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Erst mit Eintritt der Volljährigkeit ändert sich das.

LEISTUNG ALS PERSÖNLICHES BUDGET (PB):

- Die Höhe des PB soll die Kosten aller individuell festgestellten zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten.
- Das PB wird in der Regel als Geldleistung oder in begründeten Fällen auch in Form von Gutscheinen gewährt.
- In einer Zielvereinbarung wird die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele zwischen der Antrag stellenden Person und dem Beauftragten geregelt (Hilfeplanung).
- An die Entscheidung ist die antragstellende Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.
- Die Verwendung des PB ist nachzuweisen.

³⁹ Diskussionspapier: „Das Persönliche Budget (PB) in der Jugendhilfe“ beschlossen auf der 106. Arbeitstagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter vom 25. bis 27. März 2009 in Halle

7 Anforderungen an die Leistungserbringer

7.1 Durchführung ambulanter Leistungen

Wird Eingliederungshilfe in ambulanter Form gewährt, zählen zum Leistungsspektrum zunächst alle Leistungen, die durch psychosoziale Dienste, in Beratungsstellen sowie in psychologischen oder ärztlichen Praxen erbracht werden.

Die an den durchführenden Träger zu richtenden Anforderungen sind natürlich jeweils in Abhängigkeit zur zu Grunde liegenden psychischen Störung und dem Ergebnis der Hilfeplanung zu sehen. In jedem Fall sind – neben einer Fachausbildung insbesondere in den Berufen

- Klinische Psychologie
- Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und/ oder –psychotherapie
- Sonder- und Heilpädagogik
- Sozialpädagogik

folgende Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer zu richten:

- Kenntnis der Systematik des ICD 10
- Kenntnisse über psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters
- Kenntnisse psychologischer Testverfahren und ihrer Auswertung
- Kenntnisse über psychotherapeutische Erklärungsweisen und Behandlungsformen
- Einbeziehung heilpädagogischer Methoden
- Kenntnisse und Fertigkeiten zur Erstellung eines Therapieplans

Die sonstigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Voraussetzungen richten sich nach der speziellen Ausrichtung des Leistungserbringers und der damit verbundenen speziellen Qualifikation.

Eine besonders häufig im Zusammenhang mit der Eingliederungshilfe erbrachte ambulante Therapieleistung ist beispielsweise die Behandlung umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (z.B. Legasthenie). Wird vom Jugendamt Eingliederungshilfe in diesem Kontext gewährt, sind an die Leistungserbringer zusätzlich zu dem Genannten noch folgende Qualitätsanforderungen zu richten:

- Kenntnisse über den regulären Verlauf erfolgreicher Aneignung der Schriftsprache bzw. der Rechenfertigkeiten
- Kenntnisse und Fertigkeiten in der speziellen Diagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- Kenntnisse und Fertigkeiten des speziellen Übungsvorgehens bei Störungen des Lesens und Schreibens und Rechnens

Zu den Anforderungen, die an die Leistungserbringer zu richten sind, gehören neben der Qualifikation des Personals auch räumliche und strukturelle Rahmenbedingungen zu beachten:

- Behandlungsräume
- Sachliche Ausstattung
- Systematische Leistungs- und Verlaufsdokumentation
- Dokumentation und Berichtswesen
- Regelmäßige, nachgewiesene Fortbildung und Supervision

7.2 Durchführung teilstationärer und stationärer Leistungen

Der Träger einer Einrichtung, in der Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten, bedarf für den Betrieb der Einrichtung der Erlaubnis (§45 Abs. 1 SGB VIII).

Jeder Träger, der teilstationäre und/ oder stationäre Leistungen der Jugendhilfe anbietet und eine Betriebserlaubnis beantragt, hat hierfür bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Eine Regelung hierfür ergibt sich aus den [„Hinweise\(n\) für die Erteilung der Betriebserlaubnis von Einrichtungen und sonstigen betreuten Wohnformen nach §§45 ff SGB VIII durch das Landesamt“](#). Grundlage für die Betriebserlaubnis ist eine Leistungsbeschreibung. Beabsichtigt ein Träger in einem teilstationären oder stationären Leistungsangebot (auch) die Aufnahme und Betreuung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher, ist die vom Landesamt erarbeitete [„Orientierungshilfe“](#) zur Erstellung einer Leistungsbeschreibung für Träger von Einrichtungen, die beabsichtigen, Hilfen gem. §35 a SGB VIII anzubieten“ zu Grunde zu legen.

Vor dem Hintergrund der Anforderungen des Personenkreises der seelisch behinderten jungen Menschen hat der Träger weitergehende Anforderungen zu erfüllen, um in seinem Angebot der Betreuung dieses Personenkreises gerecht zu werden. Es ist unumgänglich, dass sich die Einrichtung mit den Störungen des zu betreuenden Personenkreises und den daraus resultierenden Verhaltensauffälligkeiten auseinandersetzt und über entsprechende Fachkenntnisse verfügt. Dies ist in der Leistungsbeschreibung darzustellen.

Es sollten daher Aussagen enthalten sein, die verdeutlichen, wie die Eingliederungshilfe in der Einrichtung konkret umgesetzt werden soll:

- Durchführung der Eingliederungshilfe als spezialisiertes Leistungsangebot oder durch die Bereitstellung von Einzelplätzen im Sinne eines integrativen Angebotes
- Beschreibung der Zielgruppe (Störungsbilder nach ICD-10)
- Benennung der Ausschlusskriterien
- Beschreibung der (ausreichenden und geeigneten) räumlichen Gegebenheiten (i.d.R. Einzelzimmer, ggf. Therapieräume)
- Darstellung der Geeignetheit des Personals (Betreuungspersonal, Fachberatung und Leitung), Aus- oder Zusatzausbildung, Qualifikation zur Betreuung/ Beratung des Personen-

kreises. Alle Betreuungs-, Beratungs- oder Leitungspersonen, die im engen Betreuungsauftrag zu dem Kind stehen oder einen entsprechenden Beratungsauftrag der Betreuungsperson haben, müssen über entsprechende Fachkenntnis über das bezeichnete Störungsbild des Kindes/ Jugendlichen nach ICD-10 verfügen.

- Darstellung der Fördermöglichkeiten schulischen Bereich
- Beschreibung der Kriseninterventionsmöglichkeiten
- Zusammenarbeit mit Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie bzw. mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern bzw. -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
- Darstellung der vorhandenen Therapiemöglichkeiten (sofern die Einrichtung keine eigenen Fachkräfte, z.B. Psychologinnen und Psychologen und/ oder Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigt, ist zu beschreiben, wie diese fachliche Hilfe durch externe Kräfte – auch kurzfristig – sichergestellt werden kann).

Laut statistischer Erhebung durch das Landesamt ist festzustellen, dass die Unterbringungen in Jugendhilfeeinrichtungen auf der Rechtsgrundlage des §35 a SGB VIII jedes Jahr kontinuierlich weiter ansteigen. Es ist weiterhin zu beobachten, dass die fachlichen Anforderungen an die Jugendhilfeeinrichtungen ebenfalls ansteigen. Die alleinige Benennung einer Aufnahme von Kindern auf der Rechtsgrundlage des §35 a SGB VIII in der Leistungsbeschreibung, ohne dass ein fachlich fundierter Hintergrund für die Betreuung des Personenkreises der seelisch Behinderten verdeutlicht wird, ist nach heutigen Ansprüchen an die Mindestvoraussetzungen für die Betriebserlaubnis nicht (mehr) ausreichend.

7.3 Eingliederungshilfe bei geeigneten Pflegepersonen

Die Eingliederungshilfe im Rahmen der Vollzeitpflege (§35a Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII) kann im Einzelfall eine geeignete Hilfeform darstellen. An Eignung und Belastbarkeit von Pflegepersonen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sind in Abhängigkeit zum Einzelfall besondere Anforderungen zu stellen.⁴⁰

⁴⁰ Die Anforderungen an Pflegepersonen sind in „Weiterentwicklung der Vollzeitpflege – Anregungen und Empfehlungen für die niedersächsischen Jugendämter“ (im Internet u.a. unter www.soziales.niedersachsen.de) S. 1-8 ff. detailliert beschrieben.

8 Anhang

Der umfassende Anhang enthält zum einen die in der Arbeitsgruppe gemeinsam entwickelten Formulare, die das Verwaltungsverfahren für die Bearbeitung eines Antrages nach §35a SGB VIII unterstützen sollen. Des Weiteren sind hier Auszüge aus Gesetzen, Urteilen und Verordnungen gesammelt, sowie unterschiedliche Wissensbestände aus dem medizinisch-diagnostischen Bereich und Berichte und Artikel zu Ergebnissen der KiGGS Studie.

Eine Übersicht über die Materialien bietet das folgende Inhaltsverzeichnis:

8.1 Formulare

- a_Schweigepflichtsentbindung
- b_Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII
- c_Merkblatt
- d_Checkliste zum Antrag auf Eingliederungshilfe
- e_Fachliche Stellungnahme
- f_i_Elternfragebogen Legasthenie/ Dyskalkulie
- f_ii_Elternfragebogen Legasthenie/ Dyskalkulie_Wiederholungsantrag
- f_iii_Elternfragebogen Psychomotorik
- f_iv_Elternfragebogen Psychomotorik_Wiederholungsantrag
- f_v_Elternfragebogen Hausaufgaben
- f_vi_Elternfragebogen Schulbegleitung
- g_i_Schulbericht Legasthenie/ Dyskalkulie
- g_ii_Schulbericht Legasthenie/ Dyskalkulie_Wiederholungsantrag
- g_iii_Schulbericht Psychomotorik
- g_iv_Schulbericht Schulbegleitung
- h_i_Multidimensionale Teilhabe einschätzung
- h_ii_Diagnosebogen_THP
- i_i_Bewilligungsbescheid ambulante Hilfen
- i_ii_Ablehnungsbescheid
- j_i_Ersthilfeplan
- j_ii_Fortschreibung

8.2 Gesetze, Erlasse und Verordnungen

- § 17 AG KJHG Frühförderung
- Auszüge aus den Sozialgesetzbüchern, dem BGB und StGB
- Nds-AG SGB XII: Niedersächsisches Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buchs des Sozialgesetzbuchs (Nds.AG SGB XII)
- Rundschreiben NLZSA 14_12_2000: Gesetz zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes vom 15.11.2000; Einführung des Quotalen Systems
- Frühförderungsverordnung: Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder

- Erlass Legasthenie 2005: Erlass zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen
- Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung (FrühV)
- Hinweise für die Erteilung der Betriebserlaubnis von Einrichtungen und sonstigen betreuten Wohnformen nach §§ 45 ff SGB VIII durch das Landesamt

8.3 Rechtsprechung

Gericht/ AZ	Thema
BVerwG 5 B 43/ 10	Kostenerstattung bei selbstbeschaffter Maßnahme
BVerwG 5 C 18.04	Antrag als Erfordernis für jugendhilferechtliche Eingliederungshilfe
BVerwG 5 C 32.05	Zusatzkosten
BVerwG 5 C 38.97	Anspruchsvoraussetzungen
BVerwG 5 C 6/ 11	Zuständigkeit bei Mehrfachbehinderung
LSG Niedersachsen/ Bremen L 8 SO 366_100 B ER	Vorrang der Sozialhilfe bei Mehrfachbehinderung
OVG Lbg 4 ME 184/ 08	Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung
OVG Lbg 12 ME 300/ 06	Eingliederungshilfe durch Übernahme der Kosten für eine Internatsunterbringung
OVG Lbg 4 LA 42/ 05	Zur Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts im Rahmen der Jugendhilfe
OVG Lbg 4 LA 43/ 09	Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung
OVG Lbg 4 LC 514/ 07	Voraussetzungen für Legasthenietherapie
OVG RLP 7 A 10420/ 11	Heilp. Reiten als Leistung der Eingliederungshilfe
OVG RLP 7 E 10212/ 07.OVG	Legasthenie
OVG Sachsen 1 B 288/ 09	Dyskalkulie
SG Aachen S 20 (19) SO 139/ 09	Vorrang der Eingliederungshilfe vor der Jugendhilfe bei mehrfach behindertem Kind
VG Darmstadt 5 K 550/ 08.DA (3)	Kosten einer Legasthenietherapie
VG Hannover 3 A 3648/ 07	Teilleistungsstörung und sog. „sekundäre Neurotisierung“
VG Regensburg RO 8 K 02.157	Hilfe für junge Volljährige
VG Würzburg W 3 K 08.700	Essstörungen als Ursache einer Teilhabebeeinträchtigung
VHG München 12 BV 02.969	Schnittstelle Sozialhilfe

8.4 Leitlinien des AWMF

- Akute Folgen psychischer Traumatisierung (kurz)
- Akute Folgen psychischer Traumatisierung
- Angststörungen
- Bindungsstörungen
- Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen
- Diagnostik, Therapie: Essstörungen
- Hyperkinetische Störungen
- Intelligenzminderung und grenzwertige Intelligenz
- Kindesmisshandlung und Vernachlässigung
- Persönlichkeitsstörung
- Phobische Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- Reaktion auf eine schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- Sexuell delinquentes Verhalten
- Somatoforme Störungen
- Stationäre Rehabilitation in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
- Störungen des Sozialverhaltens
- Suizidalität im Kinder- und Jugendalter
- Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- Tic-Störungen
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- Unipolare Depression
- Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch
- Zwangsstörungen

8.5 KiGGS

- Essstörungen im Kindes- und Jugendalter
- Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland
- Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
- Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
- Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

8.6 Sonstiges

- Abgrenzungsvereinbarung Jugendhilfe und Sozialhilfe bei jungen Volljährigen
- Zwischenbericht Inklusion
- ICD 10
- ICF
- KMK Lese-Rechtschreibschwäche
- Literaturhinweise
- Orientierungshilfe für stationäre Einrichtungen

8.7 Literatur

- Arbeitsgruppe der JFMK, ASMK u.a.: Inklusion von jungen Menschen mit Behinderung. Zwischenbericht 09/2011
- Behrens, Ulrike: Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen, Nds. Schulverwaltungsblatt Heft 5/2006, S. 188 ff.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAGLJÄ): Diskussionspapier: Das persönliche Budget in der Jugendhilfe. Mrz 09
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGÜS): Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und die Umsetzung in der Sozialhilfe. Stand: 24.11.2009
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGÜS): Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen. Stand: 24.11.2009
- Fegert, Jörg M.: Führt der Weg zum Jugendamt der Zukunft über § 35a SGB VIII als Einstieg zur "großen Lösung"? Jugendamt, Heft 07/08 2010 S. 267 ff.
- Fegert, Jörg M. u.a.: Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. Das Jugendamt, Heft 04/2008, S. 177 ff.
- Fegert, Jörg M. und Besler, Tanja: Psychisch belastete Kinder- und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung 2009
- Fegert, Jörg M. und Schrappner, Christian (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie. Weinheim/München 2004
- Greß, Stefan; Rixen, Stephan und Wasem, Jürgen: Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche: Abgrenzungsprobleme und Reformszenarien. Vierteljahresschrift f. Sozialrecht, Heft 1/2009, S. 2009 ff.
- Kölch, Michael: Teilhabebeeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen - Versuch der Operationalisierung und Standardisierung. Universität Ulm (ohne Datum)
- Kölch, Michael; Wolff, Mechthild und Fegert, Jörg M.: Teilhabebeeinträchtigung - Möglichkeiten der Standardisierung im Verfahren nach § 35a SGB VIII. Das Jugendamt, Heft 01/2007, S. 1 ff.
- Kunkel, Peter-Christian: § 35a SGB VIII aus rechtlicher und rechtspolitischer Sicht. www.sgbviii.de
- Kunkel, Peter-Christian und Haas, Gerhard. Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII in der Neufassung durch das KICK aus rechtlicher und medizinischer Sicht. Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Heft 3/2006, S. 148 ff.
- Mehler-Wex, Claudia und Warnke, Andreas: Diagnostische Möglichkeiten zur Feststellung einer seelischen Behinderung. www.sgbviii.de
- Melchert, Holger: Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. unveröffentlichtes Manuskript
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz: Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Jan 07
- Münder, Johannes u.a.: Frankfurter Kommentar zum SGB VIII. 5. Auflage 2006
- Nds. Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Anforderungen an Diagnostik und Behandlung umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Mrz 02
- Nds.Landtag Drs. 16/3604: Kleine Anfrage: Einsparung von Geldern von Kindern, die eine heilpädagogische Frühförderung benötigen? Ausgegeben am 12.05.2011
- Rabeneck, Jörn: Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII - Anforderungen an ein homogenes Jugendhilferecht. www.sgbviii.de
- Reuter-Liehr, Carola: Legasthenie - Diagnose und Therapie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. www.lrs-therapie.de
- Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)
- Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)
- Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)
- Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)
- Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)

- Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)
- Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)
- Rundschreiben des Nds. Landesamtes für Zentrale Soziale Aufgaben Nr. 10/2000: Abgrenzungsvereinbarung Jugendhilfe – Eingliederungshilfe vom 14.12.2000
- Schindler, Gila: Persönliches Budget als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe - oder: Nur Mut zum Unbekannten. Das Jugendamt Heft 10/2011, S. 499 ff.
- Stähler, Thomas P. und Wimmer, Dirk: Die Neuordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts. NZS, Heft 11/2002, S. 570 ff.
- Wiesner, Reinhard: SGB VIII - Kommentar 4. Auflage. München 2011
- Wiesner, Reinhard: Der § 35a SGB VIII - ein Weg in die richtige Richtung? Blickpunkt Jugendhilfe, Heft 5/2010, S 3 ff.