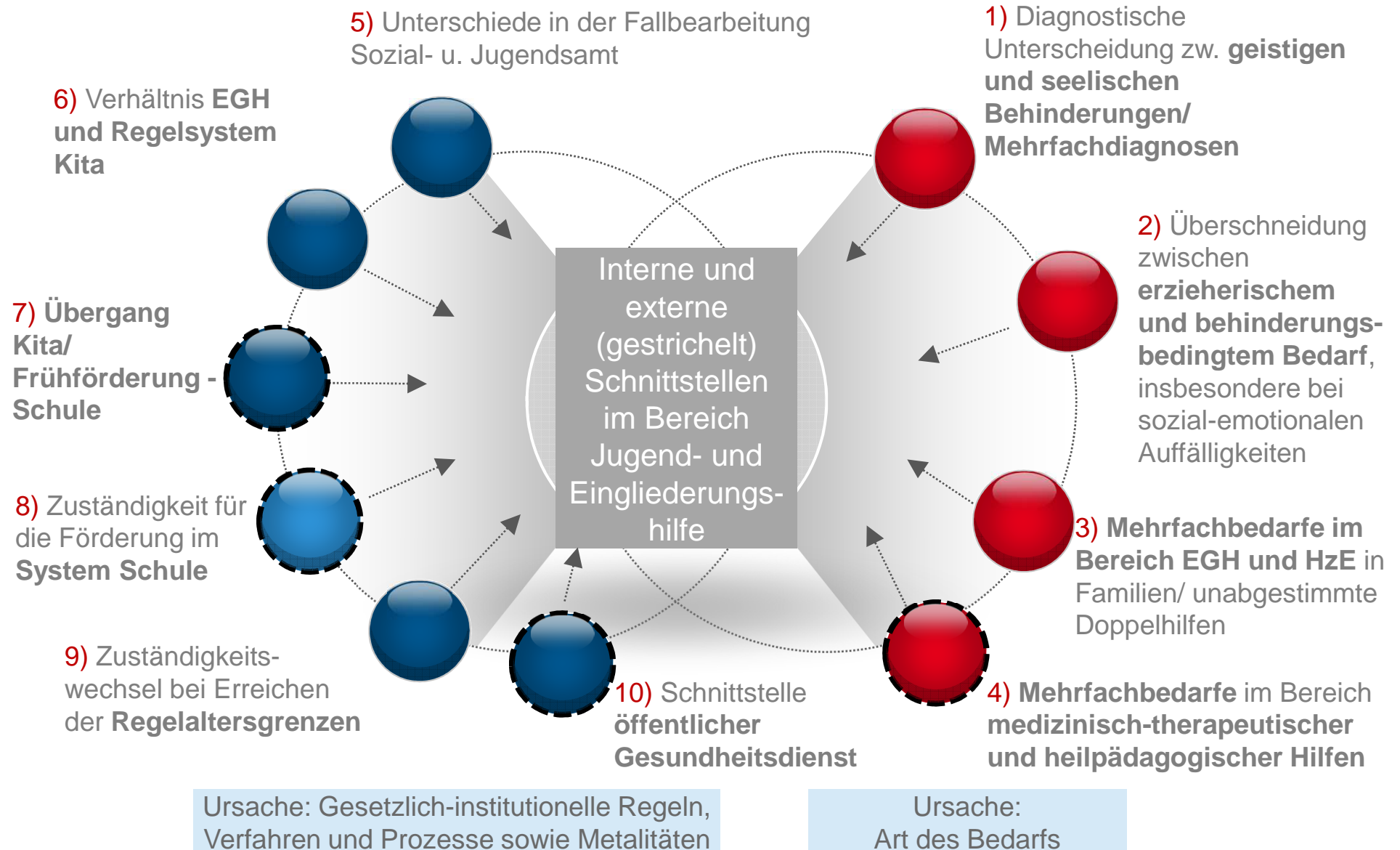


## Schnittstellen der Hilfen zur Erziehung im Fall der „Inklusiven Lösung im SGB VIII“



# Schnittstellen, die in den Praxisregionen virulent sind



## Schnittstelle 1: Diagnostische Unterscheidung zwischen geistigen und seelischen Behinderungen/ Mehrfachdiagnosen

- Eine Unterscheidung zwischen **geistigen und seelischen Beeinträchtigungen** ist gerade bei jungen Kindern aus fachlicher Sicht schwierig bzw. unmöglich. Auch **Doppeldiagnosen** erschweren die Zuordnung. Es bestehen unterschiedliche kommunale **Verfahren zur die Diagnostik geistiger und seelischer Behinderungen**.
- Über die Zuständigkeit des Jugend- oder Sozialamtes wird derzeit unter anderem anhand der Über- bzw. Unterschreitung eines festgelegten **IQ-Wertes** entschieden. Dieses Verfahren werde den Bedarfen der Betroffenen nicht gerecht. Insbesondere die Teilhabebeeinträchtigung wird vom IQ-Wert nicht erfasst.
- Bei einer diagnostizierten „geistigen Behinderung“ werden EGH-Leistungen gewährt und **gleichzeitig Erziehungshilfen ausgeschlossen**. Kriterium hierfür ist ein Intelligenztest mit einer festgelegten Grenze.

Praxisbeispiel einer Region:

- Werden Anträge vom Jugendamt an das Sozialamt weitergeleitet, kommt es zu erheblichen Verzögerungen. **Stellungnahmen** dauerten mitunter **6-9 Monate**. Die Leistungsvoraussetzungen werden z.T. erneut über Ärzte des Landessozialamtes überprüft (**Doppeldiagnostik**). Eine Initiative des Jugendamtes für eine gemeinsame Clearingstelle blieb bislang ohne Erfolg.
- Bei einer Vielzahl von Fällen (**ca. 5-10%**) komme es anschließend von Seiten des Landessozialamtes trotz des unstrittigen Hilfebedarfs zu einer **Ablehnung** mit der Begründung der fehlenden Zuständigkeit. Dies werde mit der Tatsache begründet, dass der notwendigen Eingliederungshilfe **ursächlich ein Bedarf an Hilfen zur Erziehung** zugrunde liege, da die eigentliche Problematik im Elternhaus liege und nicht in der Behinderung des Kindes.
- Derzeit sind **über 20 Klagefälle vor Gericht anhängig**, das seinerseits keine Dringlichkeit bei Rechtsstreitigkeiten zwischen zwei öffentlichen Gebietskörperschaften sehe, solange eine Vorleistung geregelt sei. Zahlreiche Fälle seien nach einer Prozessdauer von 4-6 Jahren vom zuständigen Sozialgericht noch immer nicht entschieden. **Zur Durchführung der Verwaltungs- und Gerichtsstreitigkeiten werde auf beiden Seiten ein eigener Pool an Juristen benötigt.**

## Schnittstelle 2: Überschneidung zwischen erzieherischem und behinderungsbedingtem Bedarf

- Die Schnittstelle tritt vor allem bei **sozial-emotionalen Auffälligkeiten** auf. Gerade bei **kleineren Kindern** ist es **schwierig zu unterscheiden**, ob es sich um einen erzieherischen oder behinderungsbedingten Bedarf handelt („Ein Symptom kann viele Ursachen haben“)
- Auch bei einigen EGH-Leistungen nach dem SGB XII, wie bei **familienunterstützenden Leistungen**, ist nicht trennscharf zwischen behinderungs- und erziehungsbedingten Bedarfen zu differenzieren.
- **Wird Betreuung in einer Pflegefamilie beantragt, lehnen die Sozialämter z.T. die eigene Zuständigkeit ab, sondern sehen das Jugendamt in der Pflicht.**
- Einerseits wird eine gesonderte Bewilligung von **Leistungen nach § 35a SGB VIII** von einigen Jugendämtern **vermieden**, um einer **Stigmatisierung** der Kinder („seelische Behinderung“) vorzubeugen. Stattdessen werden bevorzugt Hilfen zur Erziehung gewährt. Andererseits werden Leistungen nach **§ 35a SGB VIII** von einigen Jugendämtern zum Teil auch gezielt dafür genutzt, um in einer Familie durch die „Hintertür“ **Hilfe zur Erziehung** leisten zu können. Da Eingliederungshilfe auf das Kind fokussiert ist und nicht wie die HzE auf die Eltern, sei die Bereitschaft der Eltern, Unterstützung anzunehmen, bei den § 35a-Leistungen zum Teil höher.

## Schnittstelle 2: Überschneidung zwischen erzieherischem und behinderungsbedingtem Bedarf

### Einschätzungen aus der Jugendhilfe:

- Verfahren der **ärztlichen Diagnostik**, an deren Ende Kinder den Stempel „Behindert“ erhalten, werden z.T. kritisch gesehen. Besser wäre eine **Feststellung von Bedarfen** im interdisziplinären Team.
- **Der Bedarf an Teilhabe kann nicht von Ärzten diagnostiziert werden, daher ist auch das Gesundheitsamt hierzu ungeeignet.**
- ⇒ Spricht gegen eine Trennung amtlicher Zuständigkeiten anhand von Bedarfslagen
- ⇒ Spricht für einen einheitlichen Leistungskatalog „Hilfen zur Entwicklung und Teilhabe“
- ⇒ Spricht für ein gemeinsame, interdisziplinäre Diagnostik und Hilfeplanung



### **Schnittstelle 3: Mehrfachbedarfe im Bereich EGH und HzE in Familien/ unabgestimmte Doppelhilfen**

- **Bei gesplitteter Zuständigkeit für EGH und HzE wissen Sozial- und Jugendamt häufig nichts von der gegenseitigen Hilfestellung.** Da es keine gemeinsame „Fallkoordination“ gibt, kommt auch **kein Gesamtkonzept** zustande. Leistungen werden in **separaten Teilhabe- und Hilfeplänen** beschrieben. Bei der Zusammenlegung der Hilfebereiche wurde eine Vielzahl unabgestimmter Doppelhilfen deutlich.
- **Eine systematische Zusammenarbeit findet nicht statt. Die Einrichtungen erfahren von gemeinsamen Leistungen allenfalls durch die Eltern und versuchen dann von sich aus eine kooperative Abstimmung.**
- **Kompensationen: Informationsaustausch über die Bedarfe von Familien über Präventionsnetzwerke und -ketten. Leistungen nach § 31 SGB VIII werden als „Heilpädagogische Familienhilfe“ durch eine Interdisziplinäre Frühförderstelle und somit beide Leistungsformen durch bereichsübergreifende MitarbeiterInnen als abgestimmtes Gesamtkonzept angeboten.**

h1

⇒ **Spricht für ein gemeinsame, interdisziplinäre Hilfeplanung mit Blick auf das „System Familie“**

## Folie 7

---

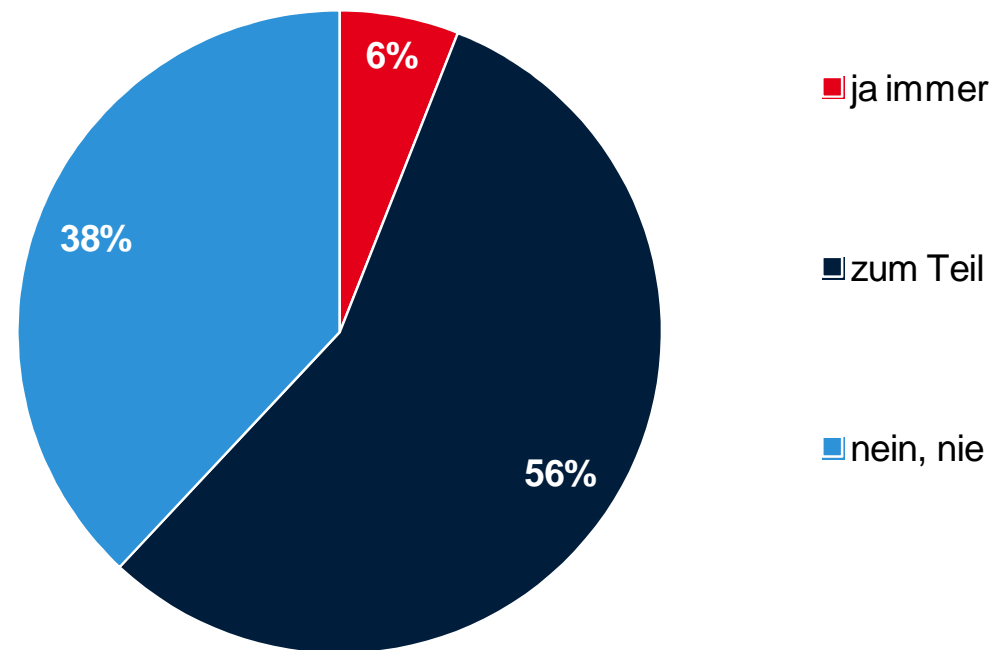
**h1**

hierhin verschoben aus Schnittstelle 2

henkelm; 09.12.2014



**Erhalten Sie als Jugendamt Informationen vom Sozialamt  
darüber, ob ein Kind, für das Hilfen zur Erziehung gewährt  
werden, parallel Eingliederungshilfen des Sozialamtes  
bezieht? (n = 234)**



Quelle: Befragung der örtlichen Jugendämter in Deutschland. Ohne Daten für Hamburg und Bremen. JA mit gültigen Angaben, ohne JA, die selbst für die EH von körperlich oder geistig behinderten Kinder zuständig sind.

## Schnittstelle 4: Mehrfachbedarfe im Bereich medizinisch-therapeutischer und heilpädagogischer Hilfen

- Es besteht im Zusammenhang mit (drohenden) Behinderungen ein grundsätzlicher Bedarf sowohl an medizinisch-therapeutischer Diagnostik (zur Feststellung organischer Einschränkungen) als auch an pädagogisch-psychologischer Diagnostik (zur Feststellung der Teilhabe). Beide müssen miteinander abgestimmt werden. **Daher wird im SGB IX das System einer Komplexeistung vorgegeben, jedoch in weiten Teilen in der Praxis nicht umgesetzt.**
- Überwiegend ist eine Einbindung der GKV in die Mit-Finanzierung interdisziplinärer Frühförderung **nicht** gelungen.
- ⇒ In einzelnen Kommunen übernimmt das **Jugendamt** nach gescheiterten Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und dem Landkreis **aus Steuermitteln** die Finanzierung „interdisziplinärer Absprachen“ zwischen Frühförderstelle und niedergelassenen TherapeutInnen. In Hessen können die Frühförderstellen **aus Mitteln des Landes und des Landeswohlfahrtsverbandes** Absprachen mit ÄrztInnen und TherapeutInnen bezahlen.

## Folie 9

---

**h4**

hier würde ich gerne beim Begriff der Mehrfachbedarfe bleiben, da dies eine Schnittstelle ist, die auf die Art des Bedarfs zurückzuführen ist.  
Abstimmungsbedarfe klingt nach verwaltungsinternen Schwierigkeiten

henkelm; 09.12.2014

- ⇒ Beispiele: Mischfinanzierung der Krankenkassen und Sozialhilfeträger an die Frühfördereinrichtung zur Diagnostik. Auch für die laufende Betreuung: Pauschale Übernahme der Kosten nach einem festgelegten Prozentsatz, interne Verrechnung zwischen den Rehabilitationsträgern.
- ⇒ Neuregelung BTHG
- ⇒ Die Kinderärzte werden grundsätzlich über den Beginn einer Frühförderung informiert mit dem Verweis, dass sie **keine Heilmittel mehr verordnen müssen**.
  
- ⇒ Spricht für eine Einbeziehung des Gesundheitswesens in die Diagnostik und Hilfeplanung
- ⇒ Spricht für eine Grundsatzklärung zur Kostenverantwortung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Eingliederungshilfe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen **und eine Orientierung an Pauschalen** (Schnittstelle wird durch die Große Lösung nicht automatisch gelöst)

## Schnittstelle 5: Unterschiede in der Fallbearbeitung Sozial- u. Jugendamt

- Erhebliche behördeninterne Streitigkeiten um die Zuständigkeit für Kostenübernahmen, selbst wenn der grundsätzliche Bedarf unstrittig ist. h6
  - Fachliche Blickwinkel unterscheiden sich weniger stark als häufig angenommen: Auch für das Ziel Teilhabe ist der **Kontextfaktor Familie** relevant. Die Verfahren unterscheiden sich jedoch gravierend (**behördeninterne** Hilfeplanung vs. **einrichtungsinterne Förder- und Behandlungsplanerstellung**).
  - Es ist nachvollziehbar, dass die Jugendämter Mindeststandards an den Kinderschutz erfüllt wissen wollen. Auch Frühförderung ist ein Beitrag zum Kinderschutz (verstanden als Gewährleistung eines gelingenden Aufwachsens von Kindern), der hier Gewinn bringend einzubeziehen wäre.
- ⇒ Spricht für ein gemeinsame, interdisziplinäre Hilfeplanung unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven und Fachlichkeiten
- ⇒ Spricht für eine Harmonisierung von Standards

M.E. war die Argumentation, dass die Sichtweisen näher beieinander liegen als häufig betont wird  
henkelm; 09.12.2014

## Schnittstelle 6: Verhältnis EGH und Regelsystem Kita

- Unklare Zuständigkeiten / Arbeitsaufträge führen zu **Konkurrenz zwischen mobil-ambulanter Frühförderung und teilstationärer Frühförderung in Integrativen Kitas**. Häufig schließen die Sozialämter parallele heilpädagogische Hilfen in Kitas (teilstationär) und in den Familien (mobil) grundsätzlich aus.
- Problem des Wissenstransfers aus der Eingliederungshilfe in das System Kindertageseinrichtung
- Es bestehen Widerstände bei Kitas, Kinder mit „Verhaltensauffälligkeiten“ aufzunehmen. Diese werden primär an Sondereinrichtungen verwiesen.
- Manche Kindertagesstätten lehnen eine Kooperation mit der Frühförderstelle ab, da deren externe Therapeuten sich nicht angemessen in die Tagesabläufe der Kitas einfügten.



## Schnittstelle 6: Verhältnis EGH und Regelsystem Kita

### Praxisbeispiele:

- Möglichkeit für die Frühförderstellen, „Pool-Stunden“ für Kitas und dortige Hilfen einzusetzen.
  - Alle Frühförderstellen in Hessen haben eine **eigene „Heilpädagogische Fachberatung für Kindertagesstätten“ integriert**. Dies fördert regelmäßige Kooperationsstrukturen.
  - **Modell „Frühförderung Plus“ (Saarland)**: Die **Frühförderstelle** ist auch für die Gewährleistung **integrativer Hilfen** im Rahmen der teilstationären Förderung **zuständig**. Oftmals wird nach der Beendigung der offiziellen Frühförderung die Hilfe als Integrationsmaßnahme weitergeführt und damit die personelle Kontinuität der Fachpersonen gewährleistet bzw. Synergien für den Transitionsprozess genutzt. **Je nach individuellem Bedarf** können heilpädagogische Hilfen auch parallel in der Kita und als mobile Hausfrühförderung erfolgen.
  - **„Frühförderung light“**: Die Frühförderstelle bietet als „Kinderfachdienst“ niedrigschwellige Beratungen für Eltern und Fachkräfte aus Kindertageseinrichtungen an.
- ⇒ Spricht für eine enge Kooperation zwischen Eingliederungshilfe und Regelsystemen (Schnittstelle wird durch die Inklusive Lösung nicht automatisch gelöst)

## Schnittstelle 7: Übergang Kita/ Frühförderung - Schule

- Problem des Wissenstransfers aus der Frühförderung/ aus den Kindertagesstätten in das System Schule
- Problem der Anschlussförderung bei weiter bestehendem Frühförderbedarf nach Schuleintritt

Beispiele: Auf Grundlage von § 12 der Eingliederungshilfe-Verordnung wird die Möglichkeit genutzt, Frühförderleistungen auch über den Schuleintritt hinaus zu gewähren, unter Verweis auf einen Wechsel des Kostenträgers. Ca. 90% dieser Kinder werden nach Schuleintritt von der Jugendhilfe weiter finanziert, ca. 10% verbleiben beim Sozialamt.

Niedrigschwellige Übergangsgestaltung zur Schule durch „**Hilfen zur angemessenen Schulbildung - Schulbegleitung**“ als **grundständiges Angebot des Trägers** der Frühförderstellen. Damit kann Frühförderung als vertrauter Ansprechpartner für Eltern auch den Weg in die Schule begleiten.

- ⇒ Spricht für ein aktives Übergangsmangement in Zusammenarbeit mit dem „System Schule“ und eine Hilfeplanung, die die Leistungen der Regelsysteme berücksichtigt und bei Bedarf ergänzt.
- ⇒ Spricht gegen eine Trennung amtlicher Zuständigkeiten anhand von Diagnosen, Schnittstelle wird durch die Inklusive Lösung nicht automatisch gelöst

## Schnittstelle 8: Zuständigkeit für die Förderung von Kindern im System Schule

- **Unterschiedliche, unabgestimmte Bewilligungspraktiken des Sozial-, Jugend- und Schulamtes, fehlendes (didaktisches) Gesamtkonzept**
  - Bisherige Praxis führt zu **Einzelfalllösungen**, die nicht zum Klassensystem passen. In ein und der selben Klasse können vom JA und vom SA finanzierte Schulbegleiter sitzen, ohne dass eine gemeinsame Absprache stattfindet. Qualifikation und Entlohnung können unterschiedlich sein.
  - Zum Teil haben die vom JA und vom SA finanzierten **Schulbegleiter unterschiedliche Aufträge**: Die durch das Sozialamt bewilligten Schulbegleiter sollen lediglich Assistenz leisten. Bei den über das Jugendamt finanzierten Schulbegleitern ist dagegen auch vorgesehen, dass diese pädagogische Hilfe leisten.
  - **Teilweise können Frühförderstellen selbst Schulbegleitungen fortführen und somit eine Kontinuität der Bezugspersonen gewährleisten. Zumeist scheitert dies jedoch an der zu geringen Qualifikation und der (außertariflichen) Bezahlung der Schulbegleiter.**

Schnittstellen, die in den Praxisregionen  
virulent sind

## **Schnittstelle 9: Zuständigkeitswechsel bei Erreichen der Regelaltersgrenzen**

## Schnittstelle 10: Öffentlicher Gesundheitsdienst

- Es findet noch nicht überall eine konfliktfreie Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst statt
  - Gutachten durch den ÖGD oder externe medizinische Gutachten beinhalten ausschließlich eine medizinische Fragestellung, eine mögliche Teilhabebeschränkung wird innerhalb des Jugend- oder Sozialamtes bewertet.
  - Die Eigenständigkeit des Gesundheitsamts wurde teilweise zum Politikum. In Berlin und Nordfriesland war es in das gemeinsame Amt integriert, wurde jedoch wieder ausgegliedert. Beide Bereiche haben sehr unterschiedliche Sichtweisen und „können noch viel voneinander lernen“.
- ⇒ Spricht für eine Zusammenführung bzw. Klärung von Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen Gesundheitsamt und Jugendhilfe und dem Aufbau von verbindlicheren Kooperationsstrukturen (Schnittstelle wird durch die Große Lösung nicht automatisch gelöst)

## Vorteile aus Sicht der Jugendhilfe:

- Im Gegensatz zum Sozialamt erfolge die Leistungsgewährung durch das Jugendamt stärker auf Basis eines **h7v5 ganzheitlichen Blicks auf die Familien**. Bedarfe werden genauer ermittelt und es werden passgenauere Hilfen gewährt. Bei Bedarf können schnell präventive Konzepte entwickelt und umgesetzt werden (z.B. Begleitung von Frühgeborenen durch die Frühförderung).
- Der **Kinderschutz** sei in dem System des SGB XII nicht immanent. Durch die Zuständigkeit des Jugendamtes würden diese Aspekte auch im Zusammenhang mit Kindern, die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erhalten, stärker berücksichtigt.
- **Die Eingliederungshilfe sieht gerade dies als problematisch an**. Durch das duale Mandat der Jugendhilfe entstünden Zugangsschwellen, da gerade Eltern aus sozial benachteiligtem Milieu keinen Kontakt zur Jugendhilfe als kontrollierende Instanz wollten.
- Aus Sicht der Frühförderung fehlt es dem Jugendamt an kooperativen Ansätzen und einer Wertschätzung für die Eltern, die häufig als potentielle Täter wahrgenommen würden.

## Folie 18

---

- v5** In Berlin, Nordfriesland etc. sind die Jugendämter auch für gesamte EGH (incl. SGB XII) zuständig  
vorlage; 06.12.2014
- h7** Hier geht es ja um die Beschreibung der Kommunen, die noch keine große Lösung umsetzen  
henkelm; 09.12.2014