

Teilhabebeeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung erkennen

Rechtliche Anforderungen an Einschätzungen nach
Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz und
Vorstellung eines darauf abgestimmten Instruments
für die Jugendhilfe



Klinik
für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie
UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM



Deutsches
Jugendinstitut

Impressum

Herausgeber:

Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie des
Universitätsklinikums Ulm
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm

Autoren:

Birgit Möhrle, Claudia Dölitzsch,
Sarah Habel, Ute Ziegenhain,
Jörg M. Fegert
Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie des
Universitätsklinikums Ulm

Johann Hartl, Heinz Kindler
Deutsches Jugendinstitut
München

Lydia Schönecker,
SOCLES – International Centre
for Socio-Legal Studies

Layout: kiz, Abteilung Medien

Druck: DATADRUCK GmbH

© Februar 2019, Ulm

Inhalt

1	Teilhabebeeinträchtigungen erkennen und individuelle Hilfen planen– Herausforderungen für die Jugendämter bei der Bedarfsermittlung nach § 35a SGB VIII	3
2	Pilotprojekt „Entwicklung eines Verfahrens zur leistungsbegründenden Einschätzung von (drohenden) Teilhabebeeinträchtigungen durch Fachkräfte der Jugendhilfe“ – Projektbeschreibung, Rückblick auf die Umsetzung	7
2.1	Ein Instrument zur Teilhabeeinschätzung für die Kinder- und Jugendhilfe	7
2.2	Einbettung des Teilhabe-Instruments in die gesetzlichen Bestimmungen des § 35a SGB VIII und die Bestimmungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)	9
2.3	Das Instrument zur Einschätzung von (drohenden) Teilhabebeeinträchtigungen (BTHG)	13
2.4	Aus der Praxis – für die Praxis: Ein Teilhabe-Instrument für die öffentliche Jugendhilfe	21
2.5	Literatur	23
3	Rechtsexpertise	25
3.1	Hintergrund	27
3.2	Rechtsfragen	29
3.2.1	Verbindliche Mindestanforderungen an die Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX)	29
3.2.2	Verpflichtung zur ICF-Orientierung und Diskrepanz der Behinderungsbegriffe (§ 2 SGB IX i.V.m. § 35a SGB VIII)?	31
3.2.3	Notwendigkeit eines ursächlichen Zusammenhangs?	37
3.2.4	Verbindlichkeit der Begutachtungsergebnisse für die Teilhabeprüfung?	38
3.2.5	Verschränkung der Bedarfsermittlung	41
	a) ... mit der Hilfeplanung (§ 36 SGB VIII)	41
	b) ... mit der Hilfeplanung (§ 36 SGB VIII)	42
3.2.6	Zu beachtende Fristen (§ 14, 15 SGB IX)	45
3.2.7	Vorrang von Teilhabeleistungen (§ 9 SGB IX) und frühzeitige Bedarfserkennung (§ 12 SGB IX)	49
3.3	Zusammenfassende Hinweise	52
3.4	Literatur	53



Einleitung



1 Teilhabebeeinträchtigungen erkennen und individuelle Hilfen planen – Herausforderungen für die Jugendämter bei der Bedarfsermittlung nach § 35a SGB VIII

Kinder und Jugendliche, die von Behinderungen bedroht oder betroffen sind, haben wie alle Kinder und Jugendlichen ein Recht auf selbstbestimmte Teilhabe am Leben. Das System der Eingliederungshilfe unterstützt alle Menschen mit Behinderungen und koordiniert die gesetzlich festgelegten Leistungen zur Teilhabe. Je nachdem, ob Kinder und Jugendliche von körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen bzw. von Mehrfachbehinderungen bedroht oder betroffen sind, ergeben sich innerhalb der Eingliederungshilfe unterschiedliche Zuständigkeiten und Leistungsansprüche. Während Leistungen für Kinder und Jugendliche mit (drohenden) körperlichen oder geistigen Behinderungen derzeit noch im Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfe als Träger der Eingliederungshilfe liegen, wo das Kriterium „wesentliche Behinderung“ eine zentrale Rolle spielt, ist bei (drohenden) seelischen Behinderungen nach § 35a SGB VIII die öffentliche Jugendhilfe Träger der Eingliederungshilfe und damit Reha-Träger.

Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurden neue verbindliche Rahmenbedingungen und Vorgaben zu Verfahrensregelungen eingeführt, die für alle Rehabilitationsträger verbindlich sind. Daraus ergeben sich für alle Akteure und Träger im Bereich der Eingliederungshilfe neue Aufträge und Aufgaben für die Praxis der Hilfestellung. Alle Rehabilitationsträger – auch die Jugendämter – sind demnach verpflichtet, Maßnahmen zur frühzeitigen Bedarfserkennung durchzuführen (§ 12 SGB IX) und Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs einzusetzen (§ 13 SGB IX). Diese Instrumente sollen u. a. erfassen, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, wie sich diese im Zusammenwirken mit Kontextfaktoren und vorhandenen Ressourcen und Barrieren auf die Teilhabe des Kindes/Jugendlichen auswirkt und welche Ziele durch Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (§ 13 SGB IX). Diese Neuerungen stellen die Jugendämter vor große Herausforderungen. Gleichzeitig bieten einheitliche Rahmenbedingungen mit Vorgaben zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung die Chance, eine „gemeinsame Sprache“ über die Träger- und Zuständigkeitsgrenzen hinweg zu finden. Die interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen verschiedener Hilfesysteme (wie z. B. Krankenkassen, Eingliederungshilfe und Jugendhilfe) kann dadurch erleichtert werden.

Trotzdem stellt sich für die Fachkräfte der Jugendhilfe die Herausforderung, mit ihren eigenen Feststellungen zu drohenden Teilhabebeeinträchtigungen an Einschätzungen anderer Disziplinen mit eigener Fachsprache anknüpfen zu müssen. Dies gilt insbesondere für die ärztliche bzw. psychotherapeutische Feststellung einer Abweichung der seelischen Gesundheit nach § 35a Abs. 1a als Voraussetzung für die sozialpädagogische Prüfung des

Vorliegens einer (drohenden) Teilhabebeeinträchtigung. Die Abweichung von der seelischen Gesundheit wird derzeit in der Sprache des ICD-10 Klassifikationssystems festgestellt, so dass sich Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit den dort enthaltenen Kategorien auseinandersetzen müssen. Mit der bevorstehenden Einführung von ICD-11 muss nach der Erstellung einer amtlichen deutschen Fassung (ICD-11 GM) durch das DIMDI hier auch bei den Feststellungsgrundlagen ein gewisser Systemwechsel erfolgen, der Fortbildungsbedarf auch bei sozialpädagogischen Fachkräften nach sich ziehen wird und eine Intensivierung des interdisziplinären Informationsaustauschs nahelegt, um wechselseitige Transparenz bei der Hilfeplanung zu fördern.

Die Besonderheit für Jugendämter ist, dass sie grundsätzlich in einer Doppelrolle als Jugendhilfe- und Rehabilitationsträger agieren. Als Jugendhilfeträger ist ihre Arbeit durch sozialpädagogische Zugänge geprägt, was z. B. partizipativ gestaltete Hilfeplanungsprozesse, systemisches Denken in der Zusammenarbeit mit Familien und die Berücksichtigung verschiedener Settings und entwicklungsrelevanter Faktoren im Umfeld des Kindes einschließt. In ihrer Rolle als Rehabilitationsträger stellen sie auf der Basis heilberuflicher Stellungnahmen (notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung) und auf der Basis der Informationen der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien sowie wichtiger Bereiche im Lebensumfeld (nach § 36 SGB VIII) die Eingliederungsbedarfe nach § 35a SGB VIII im Rahmen der Hilfeplanung fest und gewähren Hilfen, um drohende Teilhabebeeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen zu verhindern bzw. bestehende Teilhabebeeinträchtigungen abzubauen oder zu beseitigen.

Aufgabe der sozialpädagogischen Fachkräfte im Jugendamt ist es dabei unter anderem, Teilhabebeeinträchtigungen als Folge einer seelischen Störung einzuschätzen und die sich daraus ergebenden Hilfe- und Leistungsansprüche festzustellen. Dabei zeigt sich im Feld, besonders vor dem Hintergrund der neuen Entwicklungen und Vorgaben im Kontext des BTHG, ein großer Bedarf an standardisierten und qualitativ gesicherten Instrumenten zur Teilhabe einschätzung. Aktuelle Instrumentenentwicklungen im Bereich der sozialhilferechtlichen Eingliederungshilfe fokussieren dabei häufig stark auf verfahrensrechtliche Vorgaben oder ausschließlich auf medizinisch orientierte Kategorien. Vielfach gehen sie auch implizit von Erwachsenen aus und berücksichtigen daher Entwicklungsaspekte bei Kindern und Jugendlichen kaum. Die Jugendämter benötigen aber Lösungen, die zu ihren spezifischen Vorgehens- und Arbeitsweisen mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien an der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Hilfen zur Erziehung passen.

Durch die Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) konnte in einem Pilotprojekt zur „Entwicklung eines Verfahrens zur leistungsbegründenden Einschätzung von (drohenden) Teilhabeeinträchtigungen durch Fachkräfte der Jugendhilfe“ ein onlinebasiertes Instrument zur Teilhabeeinschätzung entwickelt und in der Jugendamtspraxis erprobt werden. Der Entwicklungsprozess wurde von Beginn an konsequent partizipativ gestaltet. Konzeption, Entwicklung und Erprobung fanden in enger Zusammenarbeit mit den sozialpädagogischen Fachkräften aus sechs Jugendämtern statt („aus der Praxis für die Praxis“). Basis der Entwicklung war außerdem die im Rahmen des Projekts in Auftrag gegebene Rechtsexpertise zu Fragen bei der Instrumentenentwicklung aufgrund der Änderungen durch das BTHG.

Die vorliegende Broschüre ist im Kontext des durchgeführten Projekts entstanden. Darin wird neben einer Beschreibung des Projekts auch die nun vorliegende Pilotversion des Teilhabe-Instruments als Vorschlag beschrieben, in der Kinder- und Jugendhilfepraxis die neuen gesetzlichen Anforderungen durch das BTHG umzusetzen. Im Weiteren enthält diese Broschüre die Rechtsexpertise, die von Lydia Schönecker (SOCLES International Centre for Socio-Legal Studies, Heidelberg) erstellt wurde.

Wir freuen uns über die bislang sehr positive Resonanz auf unser Projekt und die große Nachfrage nach der Expertise. Unser Dank gilt Lydia Schönecker und Dr. Thomas Meysen für die unterstützende und hilfreiche Beratung in nicht immer ganz eindeutig zu beantwortenden rechtlichen Fragen.

Unser weiterer Dank gilt den Mitgliedern des Projektbeirats. Dieser aus Mitgliedern der Jugendhilfepraxis, Sozialpolitik, Praxisforschung, freien Trägern und Verbänden bestehende Beirat hat durch dessen Expertise, seine konstruktive Beratung und engagierte Unterstützung einen erheblichen Anteil am positiven Verlauf des Projekts.

Unser besonderer Dank gilt unseren Praxispartnern aus den (Kreis-)Jugendämtern Rosenheim, Stuttgart, Kaiserslautern, Mülheim an der Ruhr, Saarpfalz-Kreis und Jena. Das nun vorliegende Teilhabe-Instrument trägt zu einem großen Anteil die Handschrift der Jugendhilfe-Praxis. Durch die trotz hoher Arbeitsbelastungen engagierte, aufgeschlossene und konstruktive Mitarbeit in den vielen Workshops, den auch auf kurzem Wege möglichen Austausch sowie die Bereitschaft, das Teilhabe-Instrument parallel zum etablierten Standardvorgehen zu erproben, haben unsere Praxispartner erheblich zum Gelingen des Projekts beigetragen. **Vielen herzlichen Dank dafür.**

Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain und Heinz Kindler



Pilotprojekt

Birgit Möhrle, Claudia Dölitzsch, Sarah Habel,
Ute Ziegenhain, Jörg M. Fegert
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
des Universitätsklinikums Ulm

Johann Hartl, Heinz Kindler
Deutsches Jugendinstitut München



Klinik
für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie
UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM



Deutsches
Jugendinstitut

2 Pilotprojekt

„Entwicklung eines Verfahrens zur leistungsbegründenden Einschätzung von (drohenden) Teilhabebeeinträchtigungen durch Fachkräfte der Jugendhilfe“ – Projektbeschreibung, Rückblick auf die Umsetzung

2.1 Ein Instrument zur Teilhabeeinschätzung für die Kinder- und Jugendhilfe

Ziel des Projekts war die Entwicklung einer anwendungsorientierten und praxistauglichen Pilotversion eines onlinebasierten und standardisierten Instruments zur leistungsbegründenden Einschätzung und Dokumentation von (drohenden) Teilhabebeeinträchtigungen für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe in Jugendämtern im Rahmen von Verfahren nach § 35a SGB VIII.

Im Mittelpunkt der Bemühungen stand dabei die Prämisse, das Instrument mit besonderem Blick auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe zu entwickeln. In den Prozess wurden daher von Beginn an Leitungs- und Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe aus den beteiligten Praxisstandorten eingebunden, ebenso der Projektbeirat, der umfangreiche Expertise u. a. aus Jugendhilfepraxis, Sozialpolitik, Praxisforschung, freien Trägern und Verbänden einbringen konnte.

In einem partizipativen Ausarbeitungsprozess im Rahmen von Standortbesuchen, Interviews mit Expertinnen und Experten sowie gemeinsamen Entwicklungsworkshops zur Diskussion von Entwürfen, Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen und Klärung von Bedarfen waren die Mitarbeitenden der beteiligten Jugendämter und deren vielfältige Expertise direkt an der Ausgestaltung des Instruments beteiligt. Daneben wurden auf Grundlage ausführlicher Hintergrundrecherchen öffentlich verfügbare Informationen zu den Vorgehensweisen und Praktiken der Jugendämter (z. B. in Form von Arbeitshilfen, Dokumentationen oder Handreichungen von (Landes-)Jugendämtern) zusammengefasst, gebündelt und systematisiert.

In diesem Entwicklungsprozess galt es, mehrere inhaltliche und konzeptionelle Ansprüche/Anforderungen zu vereinen, die das nun vorliegende Teilhabe-Instrument auszeichnen und von anderen in diesem Kontext relevanten Instrumenten zur individuellen Bedarfsermittlung abhebt.

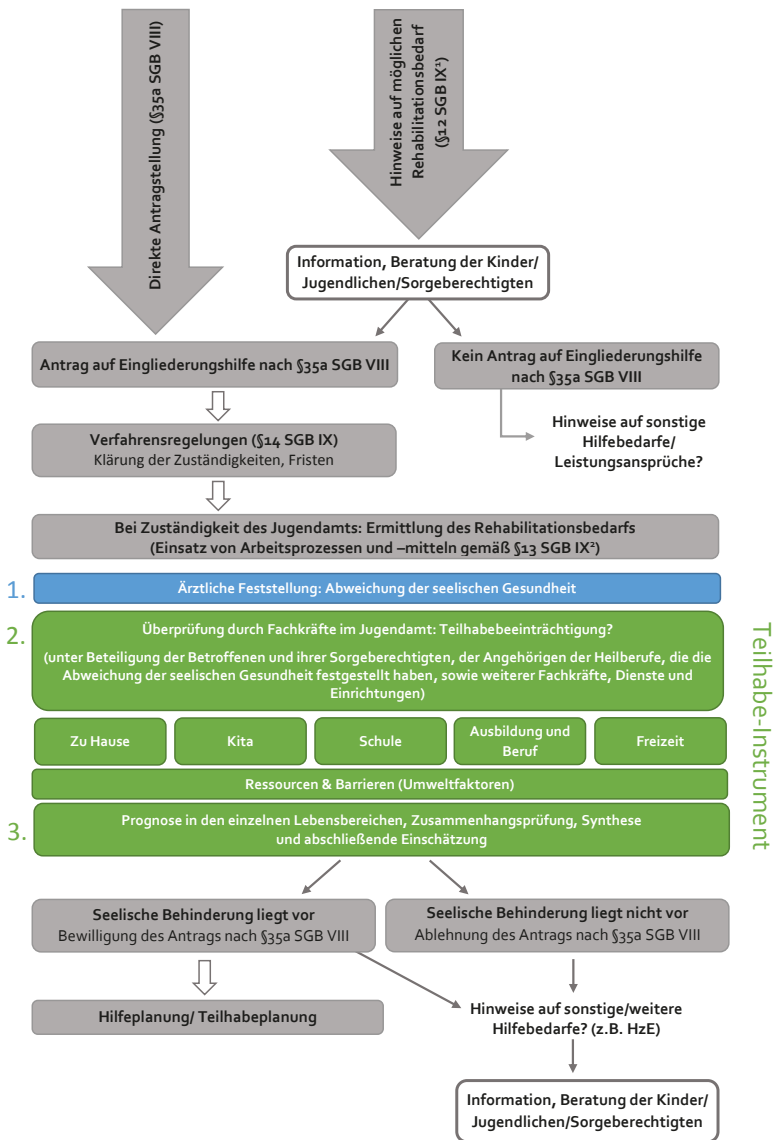


Abbildung 1 Das Teilhabe-Instrument zur Einschätzung (drohender) Teilhabebeeinträchtigungen im Verfahrensverlauf. <https://teilhabe-instrument.de>.

2.2 Einbettung des Teilhabe-Instruments in die gesetzlichen Bestimmungen des § 35a SGB VIII und die Bestimmungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)

Besonders wichtig war, dass das entwickelte Instrument zur Teilhabeeinschätzung sich gut in den rechtlichen Rahmen einfügt und systematisch relevante Teilhabebereiche sowie Ressourcen und Hindernisse für Teilhabe im Umfeld der Kinder und Jugendlichen abbildet. Abbildung 1 zeigt die Einbettung des Instruments in den seit Inkrafttreten des BTHG im Januar 2018 geltenden rechtlichen Rahmen.

Die in § 14 SGB IX geregelten engen zeitlichen Fristen für die Sachverhaltsermittlung und Entscheidung bei Rehabilitationsträgern, also auch den Jugendämtern, rückt die Bedeutung von Instrumenten zur Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs in den Mittelpunkt (§ 13 SGB IX).

Die eingesetzten Instrumente sollen den Grundsätzen entsprechen, die von den Rehabilitationsträgern für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Absatz 2 Nummer 7 vereinbart wurden (vgl. § 13 Abs. 1, Satz 2) und auf diese Weise sowohl die Vergleichbarkeit aufgrund trägerübergreifend geteilter Maßstäbe als auch trägerübergreifende Zusammenarbeit ermöglichen. Als wesentliche Anforderungen werden im § 13 SGB IX die *individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung* und *Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung* (§ 13 Abs. 2 SGB IX) genannt. Entsprechend gilt für die einzusetzenden Instrumente und daher auch das hier vorgestellte Instrument die Vorgabe, insbesondere zu erfassen,

1. „ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
2. welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.“ (§ 13 Abs. 2, S. 1-4 SGB IX).

Ausbuchstabiert wurden diese gesetzlichen Anforderungen in den gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs.

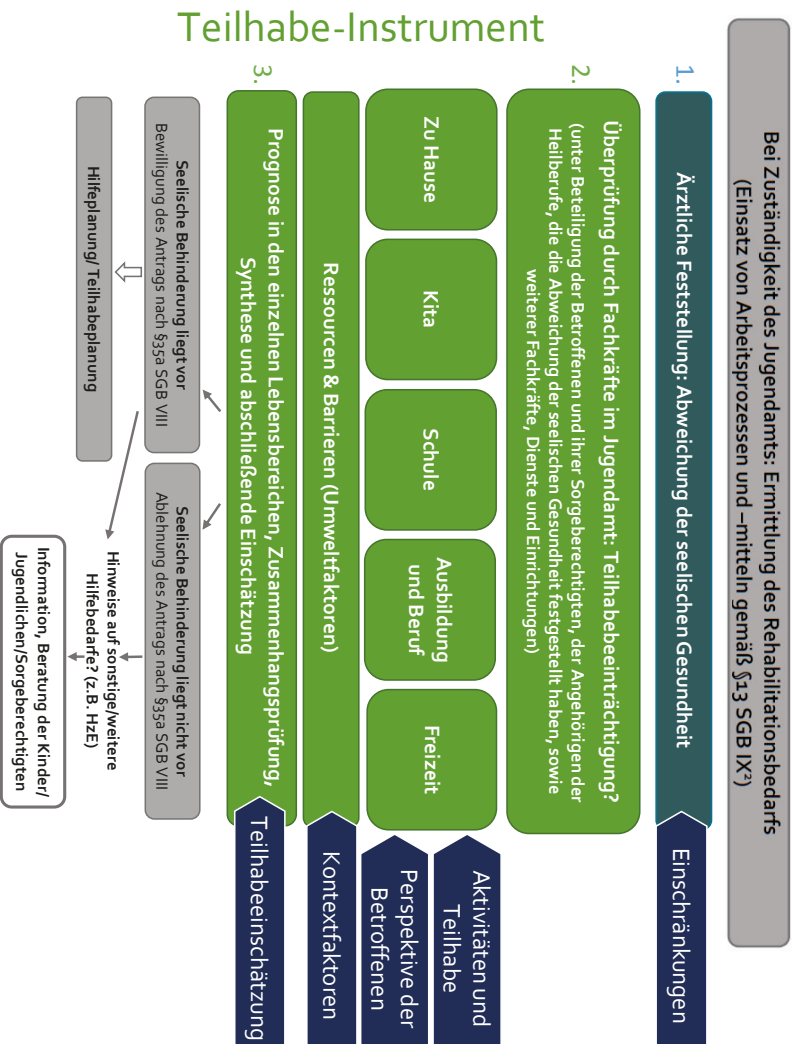


Abbildung 2 Umsetzung der rechtlichen Vorgaben in der Pilotversion des Teilhabe-Instrument.
<https://teilhabe-instrument.de>.

Die darin in § 36 enthaltenen Empfehlungen greifen die Gesetzesformulierung der „individuell und funktionsbezogen“ zu erfolgenden Bedarfsermittlung auf (vgl. BAR 2018, S. 31) und spezifizieren **individuelle Bedarfsermittlung** in dem Sinne, dass „die aktuelle Lebenssituation des Individuums mit seinen jeweiligen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfen den Ausgangspunkt der Ermittlung darstellen“ (§ 36 Abs.2; vgl. BAR 2018, S. 31). Zentral an dieser Stelle erscheint die Ergänzung, dass im weiteren Verlauf (ebenfalls mit Fokus auf die Besonderheiten des Einzelfalls) die „Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse und Ziele des Leistungsberechtigten zu ermitteln und einzubeziehen“ sind (§ 36 Abs.2; vgl. BAR 2018, S. 31).

Als **funktionsbezogen** wird die **Bedarfsermittlung** anerkannt, wenn sie unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO erfolgt und sich an der ICF orientiert. Dies beinhaltet v. a. die Erfassung aller erforderlichen Informationen zu den Ausprägungen und Auswirkungen des Gesundheitsproblems in verschiedenen Lebensbereichen, den Einbezug der individuell relevanten Kontextfaktoren sowie der Wechselwirkungen untereinander (§ 36 Abs. 3 S 1 -3; vgl. BAR 2018).

Die nun vorliegende Pilotversion des Instruments zur Einschätzung von (drohenden) Teilhabebeeinträchtigungen berücksichtigt diese seit Inkrafttreten des BTHG verbindlichen gesetzlichen Anforderungen (vgl. Abbildung 2). Bei Vorliegen einer inhaltlichen wie auch sachlichen Zuständigkeit des Jugendamtes (§ 14 SGB IX) kann die Überprüfung der Teilhabebeeinträchtigung anhand des Teilhabe-Instruments durch die Mitarbeitenden der Jugendämter erfolgen. Dabei wird die Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder vorzuliegen droht, durch Vertreter der medizinischen bzw. psychotherapeutischen Profession in einem eigenständigen Gutachten nach ICD-10 getroffen (§ 35a Abs.1a SGB VIII).

Die eigentliche individuell und funktionsbezogene Einschätzung einer vorliegenden Teilhabebeeinträchtigung wird dann im Hauptteil des Teilhabe-Instruments sozialpädagogisch vorgenommen und zwar in den Teilhabebereichen zu Hause, Kita, Schule, Ausbildung/Beruf und Freizeit. Dabei wird im Sinne des bio-psychosozialen Modells Teilhabe auf Ebene von Aktivitäten (vgl. z. B. Schuntermann 2018) erfasst (vgl. nachfolgende Beschreibung zum inhaltlichen Aufbau).

Zugleich werden in diesem Einschätzungsschritt die Perspektiven, also individuell in diesem Zusammenhang bestehende Wünsche, Bedürfnisse oder Ziele der Klientinnen und Klienten sowie Kontextfaktoren im Sinne von vorliegenden Ressourcen und Barrieren differenziert nach den genannten Teilhabebereichen berücksichtigt. Die Bewertung bzw. Einschätzung der Teilhabe erfolgt in einem nachfolgenden, eigenständigen Schritt. In diesem dritten Teil des Teilhabe-Instruments werden die gesammelten Informationen zusammengefasst und in ihren Wechselwirkungen fachlich bewertet, Ziele von Leistungen formuliert und voraussichtlich hierzu geeignete Leistungen festgehalten.

Neben den beschriebenen (verfahrens-)rechtlichen Aspekten lag ein besonderer Schwerpunkt auf der inhaltlich zentralen Frage, wie Teilhabe bzw. Teilhabebeeinträchtigung sinnvoll operationalisiert, d. h. sinnvoll erfasst werden kann. Die Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe weisen ein weit gefächertes Altersspektrum von der frühen Kindheit (ca. 3-6 Jahre) bis ins frühe Erwachsenenalter (27 Jahre) auf. Entwicklungsmeilensteine und Teilhabeziele sind über diesen Zeitraum enorm variantenreich, sie reichen vom Sauber werden im frühen Kindesalter bis zum Auszug vom elterlichen Zuhause, Berufseinstieg und eigener Elternschaft.

Zur Vermeidung der gerade hier gegebenen Gefahr, dass sich Fachkräfte einzeln Orientierungen ausdenken müssen, wurden auf Basis entwicklungspsycho(patho)logischer Forschung nach Altersgruppen und Handlungsfeld differenziert die jeweils als zentral beschriebenen Anforderungen an individuelle kognitive, soziale und emotionale Entwicklung herausgearbeitet und in Form von Leitfragen und Ankerbeispielen im Instrument zur Verfügung gestellt.

2.3 Das Instrument zur Einschätzung von (drohenden) Teilhabebeeinträchtigungen

Das Teilhabe-Instrument besteht aus drei Fragebogen-Teilen. Es untergliedert sich in die Bereiche „Allgemeine Angaben“, „Partizipation“ mit den Teilhabebereichen zu Hause, Kita, Schule, Ausbildung/Beruf und Freizeit sowie Abschließende Einschätzung“, welche im Folgenden beschrieben werden.

Die Nutzung des Teilhabe-Instruments ist im Rahmen des Projekts zunächst ausschließlich für Fachkräfte der teilnehmenden Jugendämter möglich. Nach erfolgter Einverständniserklärung zur Teilnahme am Pilotprojekt durch die Mitarbeitenden wird jeweils ein Profil mit separatem Anmeldenamen und Passwort individuell angelegt und freigeschaltet.

Im **ersten Teil des Fragebogens** („Allgemeines“) macht die Fachkraft Angaben zum soziodemographischen und familiären Hintergrund der Klientinnen/Klienten, zum Gutachten, zu Behinderungen, zu vorausgehenden Hilfen, zur Kindertagesbetreuung, Schule und Ausbildung sowie zur Datengrundlage und Informationsquellen für die nachfolgenden Einschätzungen. Es können Diagnosen nach der ICD-10 und weitere vorliegende Gutachten dokumentiert werden, ebenso wie vorausgehende Hilfen oder festgestellte Behinderungen. Dieser Teil, der auf Grundlage einer Systematisierung und Bündelung von bereits in der Praxis eingesetzten (Best-Practice-) Arbeitshilfen erarbeitet wurde, dient der zusammenfassenden Dokumentation von bereits erhobenen Informationen zur/zum Klientin/Klienten.

Das Herzstück des Instruments ist der **zweite Fragebogen-Teil**. Nach dem Vorliegen des ärztlichen Gutachtens zur Abweichung der seelischen Gesundheit erfolgt im Partizipationsteil des Fragebogens abhängig vom Alter der Klientinnen/Klienten die Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung durch die Fachkräfte im Jugendamt. Auf einer vierstufigen Farbskala werden relevante Aktivitäten und Kompetenzen in den Dimensionen (bzw. Teilhabebereichen) „Zu Hause“, „Kita“ bzw. „Schule“, „Ausbildung und Beruf“ sowie „Freizeit“ bewertet. Für jede dieser Teilhabedimensionen wurden zwei Leitfragen formuliert. Bei einem 3-6-jährigen Kind wird beispielsweise nach der Beziehungsqualität und sozialen Eingebundenheit des Kindes in der Kita gefragt. Was diese Frage inhaltlich umfasst, wird über die als „Komponenten“ bezeichneten Impulsgeber „Erfahrung von Wertschätzung und Gegenseitigkeit“, „Sich einbringen und mitentscheiden“ und „Sozialverhalten und Konfliktfähigkeit“ verdeutlicht (vgl. Abb. 3). Die zweite Leitfrage in diesem Zusammenhang thematisiert die Fähigkeit des Kindes, den Alltag in der Kita bewältigen zu können, sowie die Fähigkeit, selbstständig am Leben in der Kita teilnehmen zu können. Verdeutlicht werden diese Frageaspekte wiederum über die Impulsgeber (Komponenten) „Kompetenzerleben, Lernanforderung und Motivation“ sowie „Selbststeuerung und Selbstständigkeit“.

	Partizipation	Ressourcen & Barrieren	Prognose	Code: Y98NJTY7
Profil	✓			
Allgemeines	✓			
Zu Hause	✓			
Kita	✓			
Freizeit	✓			
Abschließende Einschätzung				
Berichte				
Bewilligung				

● ●

Bitte bewerten Sie die Beziehungsqualität und soziale Eingebundenheit des Kindes in der Kita.

Komponenten

- Erfahrung von Wertschätzung und Gegenseitigkeit
- Sich einbringen und mitentscheiden
- Sozialverhalten und Konfliktfähigkeit

altersentsprechend/ohne Einschränkung möglich
①

starke Beeinträchtigung/kann aktuell nicht umgesetzt werden
①

Begründung Ihrer Einschätzung

Beschreiben Sie wichtige Anhaltspunkte, Probleme und konkrete Beispiele, die relevant für diese Bewertung im Teilhabebereich Kita sind.

Abbildung 3. Struktur des Online-Instruments (grüner Bereich links) Screen 1 des Teils „Partizipation“. <https://teilhabe-instrument.de>

Um das Kontinuum der Bewertungsskala greifbarer zu machen und entwicklungspsychologisch zu fundieren, wurden als weitere Hilfestellung im Rahmen des Einschätzungsprozesses sogenannte Ankerbeispiele entwickelt. Bei den Ankerbeispielen werden verschiedene Altersstufen unterschieden: 3 bis 6 Jahre (Setting Kita), 6 bis 10 Jahre (Setting Grundschule) und 11 bis 16 (18) Jahre (Setting weiterführende Schule bzw. Ausbildung und Beruf). Die Ankerbeispiele beschreiben alterstypische und entwicklungspsychologisch relevante Verhaltensweisen, Kompetenzen und teilhaberelevante Aktivitäten für den Positiv- und Negativpol der Skala. Alters- bzw. settingspezifisch können Ankerbeispiele neben der vierstufigen Farbskala aufgerufen werden. Es wurden Ankerbeispiele für alle Partizipationsfragen in jedem Teilhabebereich und für jedes Setting entwickelt. Die Abbildungen 4 und 5 zeigen beispielhaft Operationalisierungen zu altersangemessenen bzw. deutlich vom Altersdurchschnitt abweichenden Verhaltensbeispielen für den Positiv- und Negativpol der Teilhabebereiche „Zu Hause“ und „Schule“ für die Altersgruppe 6-10.

- Das Kind zeigt/erfährt in der Beziehung zu Eltern, anderen engen Bezugspersonen oder Geschwistern im Alltag klar erkennbar Wärme und Zuwendung, wird verstanden, ermutigt und unterstützt.
- Das Kind bemerkt, wenn es Eltern, anderen engen Bezugspersonen oder Geschwistern schlecht geht, zeigt Mitgefühl (Empathie).
- Das Kind sucht und erfährt in überfordernden, emotional schwierigen Situationen Unterstützung und Trost bei Eltern, anderen engen Bezugspersonen oder Geschwistern.
- Das Kind zeigt gegenüber Eltern, anderen engen Bezugspersonen oder Geschwistern ein breites Repertoire an Gefühlsqualitäten (Freude, Wut/Ärger, Furcht, Traurigkeit, Überraschung, Stolz oder Scham) und kann diese der Situation angemessen zum Ausdruck bringen (das Kind berichtet z. B. stolz, dass es schon einmal anderen zu Hause geholfen hat, zeigt, dass es sich auf etwas freut).
- Das Kind übernimmt bei gemeinsamen Aktivitäten oder im Haushalt kleinere Aufgaben.
- Gespräche mit Eltern/Betreuungspersonen und Kind vermitteln den Eindruck, dass das Kind selbstverständlich als Teil der Familie/Wohngruppe gesehen wird und sich selbst auch so sieht.
- Das Kind hält es gut aus, wenn es sich die Aufmerksamkeit der Eltern oder anderer enger Bezugspersonen teilen muss (z. B. mit Geschwistern).
- Das Kind hält Konflikte aus, zieht sich nicht sofort zurück.
- Das Kind gibt auf Spielsachen und andere Gegenstände zu Hause acht, macht nichts absichtlich kaputt.
- Das Kind akzeptiert den erzieherischen Rahmen der Eltern bzw. anderer enger Bezugspersonen weitgehend und hält sich überwiegend an alltägliche Regeln, z. B. zu Schlafens- und Essenszeiten oder zur Mediennutzung. Der Alltag mit dem Kind wird entsprechend als nicht besonders konfliktträchtig beschrieben.

Abbildung 4. Positivpol (Teilhabebereich zu Hause) der Ankerbeispiele für die Altersgruppe 6-10 (Auswahl).

- Das Kind geht nicht gerne zur Schule, fühlt sich schlecht eingebunden in die Klasse, in den Unterricht und andere Aktivitäten außerhalb des Unterrichts (z. B. in Pausen, freien Spielzeiten, Betreuungsangebote).
- Es gibt keine konkreten Beispiele dafür, dass das Kind in überfordernden, emotional schwierigen Situationen oder bei Problemen Unterstützung durch Mitschüler*innen und Lehrkräfte sucht oder es erfährt dann kein Verständnis.
- Das Kind zeigt wenig bis kein prosoziales Verhalten, kooperiert nicht mit anderen Mitschüler*innen und verweigert Unterstützung (z. B. bei Gruppenarbeiten oder gemeinschaftlichen Aufgaben wie z. B. Aufräumen des Klassenzimmers).
Oder: Das Kind ärgert oder beleidigt anhaltend andere oder stiftet andere zu regelwidrigem oder störendem Verhalten an (verdeckt-aggressives Verhalten wie z. B. (Cyber-)Bullying, Lästern).
- Das Kind hat ein geringes Selbstwertgefühl und kann keine eigenen Stärken benennen.
Oder: Das Kind überschätzt sich im sozialen und leistungsbezogenen Vergleich deutlich.
Oder: Das Kind verfügt über sehr wenig Frustrationstoleranz und ist bei Misserfolgen maßlos enttäuscht oder wird wütend.
- Das Kind missachtet sehr häufig den erzieherischen Rahmen im Schulalltag, kommt schlecht mit Regeln zurecht und zeigt gegenüber Lehrkräften und Betreuungskräften eine eher oppositionelle Haltung.
- Das Kind ist häufig in (z. T. auch körperliche) Konflikte mit Mitschüler*innen oder Lehrer*innen verwickelt (das Kind beschimpft z. B. seine Mitschüler*innen oder Lehrkräfte, wird handgreiflich, stört permanent im Unterricht und bei außerunterrichtlichen Aktivitäten). Das Kind hat mehrere Verwarnungen bekommen, ist von Schulausschluss bedroht und akzeptiert Strafen nicht.
- Das Kind gibt wenig auf eigene und fremde Sachen acht. Es achtet zum Beispiel nicht auf Lernmaterialien, Spielgeräte und Mobiliar, zerstört oder verliert Sachen, gibt geliehene Sachen nicht zurück.

Abbildung 5. Negativpol (Teilhabebereich Schule) der Ankerbeispiele für die Altersgruppe 6-10 (Auswahl).

	Partizipation	Ressourcen & Barrieren	Prognose	Code: Y98NJTY7
Profil	✓			
Allgemeines	✓			
Zu Hause	✓			
Kita	✓			
Freizeit	✓			
Abschließende Einschätzung				
Berichte				
Bewilligung				

Welche Kontextfaktoren beeinflussen Partizipation und Teilhabe der Klientin/des Klienten in der Familie/in der Wohngruppe (im Bereich Zu Hause)? ⓘ Informationstext zu Ressourcen und Barrieren

Notieren Sie bitte relevante Ressourcen und Barrieren, die im Hinblick auf vorhandene Probleme und Teilhabebeeinträchtigungen Ihrer Klientin/Ihres Klienten in diesem Bereich eine Rolle spielen.

Persönliche Ressourcen/Barrieren (z.B. individuelle Einstellungen und Haltungen der Klientin/des Klienten, Fähigkeiten, Kompetenzen, Gesundheitszustand) im Teilhabebereich Zu Hause ⓘ

(+) Ressourcen	(-) Barrieren
- interessiert und begeisterungsfähig - kümmert sich liebevoll um Geschwister - hilfsbereit	- sehr geringes Selbstvertrauen - körperliche Beschwerden vor Schulbesuch

Abbildung 6. Ressourcen und Barrieren im Teilhabebereich Zu Hause (Ausschnitt).
<https://teilhabe-instrument.de>

Aus den Ankerbeispielen können Fragen an die Familie bzw. das Kind oder die/den Jugendliche(n) abgeleitet werden. Es ist allerdings nicht erforderlich, dass alle im Verfahren angesprochenen Punkte systematisch abgefragt werden. Ziel ist vielmehr, die Fachkräfte beim Erfassen der Situation zu unterstützen, indem Anregungen für möglicherweise wichtige Aspekte geboten werden. Die Fachkräfte können auf dieser Grundlage Aspekte notieren, die für oder gegen eine Teilhabebeeinträchtigung sprechen, um ihre Einschätzung zu begründen. Des Weiteren besteht im Partizipationsteil des Fragebogens die Möglichkeit, in Freitextform für jeden Teilhabebereich die Perspektive der Klientinnen/Klienten und deren Sorgeberechtigten festzuhalten.

Neben den Fragen zur Teilhabesituation gehört zum zweiten Fragebogen-Teil auch der rechtlich wie fachlich erforderliche Abschnitt zu Ressourcen und Barrieren, in dem stärker betrachtet wird, warum die Teilhabesituation so ist, wie sie ist. Hier werden anhand einer vorgegebenen Struktur (personenbezogene, soziale und materielle/institutionelle) Ressourcen und Barrieren dokumentiert. Auch in diesem Abschnitt werden ergänzend Beispiele und Informationstexte zur Systematik bereitgestellt. Festgehalten werden alle im Hinblick auf die Förderung von Teilhabe relevanten unterstützenden oder hemmenden Faktoren und Lebensbedingungen (Abbildung 6).

Der am Ende jedes Teilhabebereichs abgefragte Aspekt der „Prognose“ ermöglicht eine teilhabebereichsspezifische Einschätzung, inwiefern in den nächsten 6 bis 12 Monaten Veränderungen bzgl. des Hilfebedarfs zu erwarten sind (z. B. aufgrund eines Übergangs von der Kita in die Schule oder eines Umzugs der Familie).

Nach Abschluss der Bearbeitung der ersten beiden Fragebogen-Teile besteht die Möglichkeit, sich einen Zwischenbericht ausgeben zu lassen. Dieser Zwischenbericht fasst die Ergebnisse der Fragen und Antworten zur Partizipation sowie zu den Ressourcen und Barrieren grafisch auf einer Seite zusammen und kann zum Beispiel als übersichtliches Dokument die abschließende Einschätzung unterstützen.

Als **dritter Fragebogen-Teil** schließt sich an die differenzierte Beschreibung der Teilhabeeinträchtigungen die abschließende Einschätzung an. Dieser Abschnitt enthält ein Set an Fragen, das die strukturierte Zusammenfassung, Synthese und Bewertung der benannten Probleme, Hilfebedarfe und Ressourcen im Hinblick auf zu bewilligende Leistungen ermöglicht. Hierfür werden Eingliederungsbedarf und interventionsbedürftige Problemlagen in den Teilhabebereichen stichwortartig notiert und zudem festgehalten, in welchem Teilhabebereich der Schwerpunkt der Teilhabeeinträchtigung (und damit der größte Unterstützungs-/Integrationsbedarf) gesehen wird. Ziele von Leistungen sowie voraussichtlich zu deren Erreichung geeignete Leistungen werden ebenfalls notiert. Die Antragsbewilligung bzw. Nicht-Bewilligung wird dokumentiert und gegebenenfalls wird die Auswahl der notwendigen und geeigneten Hilfe sowie deren Zielperspektive benannt.

Nach vollständiger Bearbeitung aller Fragebogenteile (mit Ausnahme der Frage zur Bewilligung, welche für diesen Schritt noch nicht erforderlich ist) kann der Abschlussbericht angefordert werden. Der Abschlussbericht dokumentiert vollständig alle im Tool bearbeiteten Fragen und Antworten der Teilhabeeinschätzung und kann als pdf-Datei gespeichert oder zur Ergänzung der Fallakte ausgedruckt werden.

Der abschließende Teil des Teilhabe-Instruments bietet damit eine schlüssige Dokumentationsvorlage für die fachliche Einschätzung, um Begründungszusammenhänge und Schlussfolgerungen transparent und für alle Beteiligten (Kinder, Jugendliche, Familien, andere Fachkräfte und Professionen, wirtschaftliche Abteilungen in den Jugendämtern) nachvollziehbar zu machen.

2.4 Aus der Praxis – für die Praxis: Ein Teilhabe-Instrument für die öffentliche Jugendhilfe

Mit dem Teilhabe-Instrument wurde ein Instrument entwickelt, welches **auf die besonderen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe zugeschnitten** ist. Das im gemeinsamen Prozess zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der beiden beteiligten Forschungsinstitute, Fachkräften der teilnehmenden Jugendämter und den Mitgliedern des Projektbeirats entwickelte Einschätzungsinstrument zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass es zwei Elemente vereint, die nicht oft zusammenzubekommen sind.

Zum einen führt ein gut strukturiertes, stimmiges Raster durch die Teilhabeeinschätzung. Dieses Raster ist standardisiert, also in Inhalt und Richtung vorgegeben und zudem wissenschaftlich fundiert, was anhand von aufrufbaren Erläuterungen jederzeit als Hilfestellung eingesehen werden kann. Zum anderen aber beinhaltet das Teilhabe-Instrument an entscheidenden einschätzungsrelevanten Stellen freie Elemente, die der fachlichen Einschätzung, Dokumentation und Abwägung sowie kritischen Reflexion durch die sozialpädagogischen Fachkräfte dienen. Hierdurch, aber auch durch die frei gestaltbare Auswahl und Reihenfolge der Bearbeitung der abgefragten Aspekte wird eine sehr weitreichende Anpassung des Einschätzungsprozesses, seiner Dokumentation, Entscheidung sowie seiner Begründung an die Erfordernisse des Einzelfalls möglich.

Das Teilhabe-Instrument zeichnet sich zusammenfassend dadurch aus, dass bei seiner Entwicklung

- an die gewachsene Praxis in den Jugendämtern angeknüpft und vorhandene Arbeits-hilfen sowie etablierte Prozesse und Vorgehensweisen (Best-Practice-Beispiele) berücksichtigt wurden,
- der umfangreichen Expertise der sozialpädagogischen Praxis der Kinder- und Jugend-hilfe der nötige Raum gelassen wurde und diese in das Instrument eingearbeitet worden ist,
- das bio-psychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO berücksichtigt und die Klassifikation zu Aktivitäten und Teilhabe der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit in der Version für Kinder und Jugend-liche (ICF-CY, vgl. Hollenwegger & de Camargo 2017) als Leitideen und konzeptionelle Rahmung (Definition von Teilhabe und Partizipation, Ressourcenorientierung) zur Orientierung genutzt wurde (Prüfung und Anpassung dieser Konzepte für den sozial-pädagogischen Kontext),
- Kriterien für Teilhabebeeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen systematisch auf Grundlage aktueller Theorien und Befunde aus der Entwicklungspsychologie/Ent-wicklungspsychopathologie in Form von Ankerbeispielen erarbeitet wurden,
- rechtliche Rahmenbedingungen und zukünftig relevante Änderungen und Neuerungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) sowie Empfehlungen der Bundesarbeitsge-meinschaft für Rehabilitation (hierbei v. a. die Vorgaben zur Bedarfsermittlung, zur Gestaltung von Instrumenten zur Ermittlung des Reha-Bedarfs und zur Hilfe- bzw. Teilhabeplanung) berücksichtigt wurden,
- im Rahmen einer sich über sieben Monate erstreckenden Pilotphase das Instrument in den beteiligten Praxisstandorten umfangreich erprobt und hinsichtlich seiner Anwendbarkeit, Passung für den Verfahrensablauf der Jugendämter, Praxistauglich-keit, Handhabbarkeit und Gestaltung evaluiert wurde sowie ergänzend eine E-Lear-ning-Plattform entwickelt wurde, um die Nutzung des Teilhabe-Instruments einem größeren Kreis sozialpädagogischer Praxis ermöglichen zu können.

2.5 Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2018). Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“ gemäß §26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß §26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX. Frankfurt a.M.: BAR.

Hollenweger, J., de Camargo, O. K. & Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. (2017). ICF-CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Bern: Hogrefe.

Schuntermann, Michael (2018). Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg am Lech: ecomed.



Rechtsfragen bei der Instrumentenentwicklung aufgrund der Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Lydia Schönecker,
SOCLES – International Centre for Socio-Legal Studies



SOCLES

International Centre
for Socio-Legal Studies

3 Rechtsexpertise

Rechtsfragen bei der Instrumentenentwicklung aufgrund der Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Im Projekt „Entwicklung eines Verfahrens zur leistungsbegründenden Einschätzung drohender Teilhabebeeinträchtigungen durch Fachkräfte der Jugendhilfe“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

erstellt im Auftrag der
Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm
& Deutsches Jugendinstitut (DJI)
30. November 2018

Sämtliche Ausführungen in dieser Fachexpertise stellen ausschließlich die Fachmeinung der Autorin dar.

3.1 Hintergrund

Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) führt die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) von 1.4.2017 bis 31.3.2019 das Projekt „Entwicklung eines Verfahrens zur leistungsbegründenden Einschätzung drohender Teilhabebeeinträchtigungen durch Fachkräfte der Jugendhilfe“ durch. Ziel ist die Entwicklung eines bedarfsorientierten, aussagekräftigen und praxistauglichen Instruments für die Fachkräfte im Jugendamt, die im Rahmen der Anspruchsprüfung für junge Menschen mit seelischen Behinderungen nach § 35a SGB VIII das Vorliegen (drohender) Teilhabebeeinträchtigungen beurteilen und dokumentieren müssen (vgl. § 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VIII).

Kinder, Jugendliche sowie junge Volljährige mit seelischen Behinderungen haben gegenüber dem für sie zuständigen Jugendamt einen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe (bzw. Rehabilitationsleistungen, § 4 SGB IX), die ihnen eine möglichst gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft i.S.d. § 1 SGB IX ermöglichen (§ 35a SGB VIII bzw. § 41 i.V.m. § 35a SGB VIII). Als sog. Rehabilitationsträger sind Jugendämter grundsätzlich für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 Nr. 1 SGB IX), zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Nr. 2 SGB IX), zur Teilhabe an Bildung (§ 5 Nr. 4 SGB IX) sowie zur sozialen Teilhabe (§ 5 Nr. 5 SGB IX) zuständig (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX).

Im Kontext der Prüfung von Rechtsansprüchen und Gewährung von Leistungen nach § 35a SGB VIII agieren Jugendämter somit zwingend als Rehabilitationsträger, unabhängig davon, ob sie für die in Betracht kommenden bzw. beantragten Leistungen der tatsächlich sachlich (vorrangige) zuständige Leistungsträger sind oder nicht. Für alle Rehabilitationsträger hat der Gesetzgeber seit 2001 im SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – eigene Verfahrensregelungen vorgesehen. Da jedoch die „vergangenen 15 Jahre seit Inkrafttreten des SGB IX [...] gezeigt [haben], dass Koordination, Kooperation und Konvergenz nicht im ursprünglich gewünschten Umfang vollzogen werden“¹ und Deutschland im Rahmen der Prüfung durch den UN-Ausschuss aufgefordert wurde, das deutsche Recht in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) weiterzuentwickeln,² hat der Gesetzgeber in einem umfangreichen Gesetzgebungsprozess das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) erarbeitet und Ende 2016 verabschiedet. Sein Name steht hingegen nicht für ein eigenständiges neues Gesetz. Vielmehr beinhaltet es 26 Artikel, im Rahmen derer Veränderungen bereits bestehender Gesetze vorgenommen wurden (sog. Artikelgesetz), die von 2017 bis 2023 in mehreren Reformschritten sukzessive in Kraft treten.

¹ BT-Drs. 18/9522, 192.

² Ausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, III.A.

Die hier im Fokus stehenden Neuerungen betreffen die zum 1.1.2018 in Kraft getretenen veränderten bzw. neu geregelten Vorschriften im SGB IX Teil 1, insb. aus den Kapiteln 1 bis 5. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber zur weiteren Konkretisierung einzelner Verfahrensweisen die Verabschiedung **gemeinsamer Empfehlungen** durch die Rehabilitationsträger vorgesehen hat (§ 26 Abs. 2 SGB IX), deren Erarbeitungs- und Koordinationsprozess konkret in der Verantwortung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (**BAR**) liegt.

Die Jugendämter sind an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen über die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAG LJÄ) beteiligt (§ 26 Abs. 5 S. 1 SGB IX). Die beschlossenen Empfehlungen gelten für sie zwar nicht unmittelbar. Gem. § 26 Abs. 5 S. 2 SGB IX sind sie jedoch gehalten, sich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben als Rehabilitationsträger an den vereinbarten Empfehlungen zu orientieren oder können diesen sogar beitreten. Nach einem Arbeitsentwurf vom 12.1.2018 liegt seit 28.9.2018 nunmehr der Vorschlag für die Endfassung „Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“ (Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess[GE Reha-Prozess]) vor. Für sämtliche weitere Umsetzungsüberlegungen – so auch hinsichtlich der vorliegenden Instrumentenentwicklung – sind diese Empfehlungen gut im Blick zu behalten. Neben der verbindlichen Geltung bzw. Orientierung bieten sie wichtige Auslegungshinweise und -vorgaben.

3.2 Rechtsfragen

3.2.1 Verbindliche Mindestanforderungen an die Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX)

Seit dem 1.1.2018 unterliegen Jugendämter im Kontext der Prüfung von Rechtsansprüchen nach § 35a SGB VIII als Rehabilitationsträger den gesetzlichen Vorgaben des § 13 SGB IX, zur „einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs [...] systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente)“ zu verwenden (§ 13 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Diese Vorschrift steht in SGB IX Teil 1 Kapitel 3 und gehört damit zu den Regelungen des SGB IX, die gegenüber den jeweiligen Leistungsgesetzen (hier SGB VIII) stets zwingend und vorrangig zu beachten sind (vgl. § 7 Abs. 2 SGB IX).

Hintergrund des § 13 SGB IX ist insb. die Beförderung einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit – nach möglichst einheitlichen Maßstäben der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs –, um eine nahtlose Leistungserbringung sicherzustellen.³ Der Begriff der „Instrumente“ gilt als übergeordnete Bezeichnung für Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel.⁴ Dabei erkennt der Gesetzgeber an, dass die eingesetzten Instrumente nicht in allen Rechtskreisen identisch sein müssen und können. Er hat jedoch die Rehabilitationsträger verpflichtet, in gemeinsamen Empfehlungen einen Rahmen mit „Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung“ zu erarbeiten (§ 13 Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX). Ziele dieser Instrumente sind die Vergleichbarkeit und die Sicherung eines wirkungsvollen Ineinandergreifens⁵ sowie – gem. § 13 Abs. 2 S. 1 SGB IX – die Gewährleistung einer individuellen und funktionsbezogenen Bedarfsermittlung sowie die Sicherung der Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung.

Der Abschnitt 3 „Inhaltliche Grundsätze für Instrumente der Bedarfsermittlung“ im Kapitel 3 der GE Reha-Prozess enthält hierzu etliche Festlegungen und Orientierungen. So heißt es bspw. in § 36 – Anforderungen an die Bedarfsermittlung definitorisch:

„(2) **Individuelle** Bedarfsermittlung und -feststellung bedeutet insbesondere, dass die aktuelle Lebenssituation des Individuums mit seinen jeweiligen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfen den Ausgangspunkt der Ermittlung darstellen. Im weiteren Verlauf hängen die Entscheidungen, in welchen Bereichen in welcher Abfolge wie weitgehend ermittelt wird, ebenfalls von der individuellen Situation ab. Dabei sind die Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse und Ziele des Leistungsberechtigten zu ermitteln und einzubeziehen.

³ BT-Drs. 18/9522, 232.

⁴ BT-Drs. 18/9522, 232.

⁵ BT-Drs. 18/9522, 232; § 35 Abs. 1 GE Reha-Prozess.

(3) **Funktionsbezogen** ist die Bedarfsermittlung und -feststellung, wenn sie unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO erfolgt und sich dabei an der ICF orientiert. Dies beinhaltet die Erhebung aller erforderlichen Informationen zu den Ausprägungen und Auswirkungen eines Gesundheitsproblems (Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, Beeinträchtigungen Aktivitäten und Teilhabe) in verschiedenen Lebensbereichen sowie die im Einzelfall bedeutsamen Kontextfaktoren und die Beachtung der Wechselwirkungen untereinander.

Hierbei erfasst jeder Rehabilitationsträger **Informationen zu allen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells sowie deren Wechselwirkungen** zumindest dem Grunde nach. Dafür bieten sich insbesondere strukturierte Gespräche zum Einholen von Informationen, z. B. in Beratungs- und Befundgesprächen an [...]“.

Die **inhaltlichen Mindestanforderungen** gibt § 13 Abs. 2 SGB IX vor. Dabei weist § 39 Abs. 1 S. 2 GE Reha-Prozess darauf hin, dass die Priorität nicht auf der Einhaltung der dortigen Reihenfolge liegt, sondern vielmehr gemäß des bio-psycho-sozialen Modells die zahlreichen Querbezüge und Wechselwirkungen beachtet werden sollen. In diesem Sinne sind im Rahmen des Instruments gem. § 13 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 SGB IX mindestens zu erfassen:

- ob eine **Behinderung** vorliegt oder einzutreten droht (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, § 40 GE Reha-Prozess),
- welche Auswirkung die Behinderung auf die **Teilhabe** der Leistungsberechtigten hat (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX); § 41 GE Reha-Prozess fordert insofern, dass hier dem Verständnis Rechnung zu tragen ist, dass die individuelle Teilhabe aus der Wechselwirkung der individuellen Einschränkungen und den – förderlichen oder hinderlichen – Kontextfaktoren entsteht. Dabei sind auch sozialräumliche und/oder lebensweltliche Aspekte einzubeziehen und der Veränderlichkeit all dieser Faktoren durch einen fortgesetzten, am bio-psycho-sozialen Modell orientierten Dialog mit dem Leistungsberechtigten Rechnung zu tragen.
- welche **Ziele** mit den Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX); Gem. § 42 Abs. 1 GE Reha-Prozess sind hierfür die individuellen Teilhabeziele des Leistungsberechtigten, in Bezugnahme zu den (gesetzlichen) Zielen der Leistungen zur Teilhabe (§ 4 Abs. 1 SGB IX) sowie den in der ICF genannten Lebensbereichen maßgeblich. Dabei ist darauf zu achten, dass die Ziele erreichbar sind und ihre Erreichung überprüft werden kann (§ 42 Abs. 3 GE Reha-Prozess).

- welche **Leistungen** im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Teilhabeziele voraussichtlich erfolgreich sind (§ 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX, § 43 GE Reha-Prozess). Neben der geeigneten Leistung zur Teilhabe soll auch der dafür voraussichtlich notwendige Zeitraum benannt werden. Zu beachten ist zudem, dass auch Möglichkeiten der Gestaltung der Umwelt geprüft werden sollen (§ 43 Abs. 2 S. 3 und S. 5 GE Reha-Prozess).

➤ Seit dem 1.1.2018 sind (auch) Jugendämter nach § 13 SGB IX verpflichtet, zur Bedarfsermittlung im Rahmen von § 35a SGB VIII-Leistungen standardisierte „Instrumente“ einzusetzen. Dabei werden die wichtigsten inhaltlichen Eckpunkte in § 13 SGB IX durch die Vorgaben in Kap. 3 der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess konkretisiert, an denen sich auch die Jugendämter gem. § 26 Abs. 5 S. 2 SGB IX orientieren sollen. Die Entscheidung, welches **konkrete Instrument** vor Ort Verwendung findet, trifft jedoch jedes Jugendamt qua eigener **kommunaler Steuerungshoheit** hinsichtlich der Wahrnehmung seiner Aufgaben nach dem SGB VIII (§ 79 Abs. 1 SGB VIII, Art. 28 Abs. 2 GG). Landesjugendämter können und sollten hierbei ihre fachliche Unterstützungsfunktion wahrnehmen (z. B. in Form von Empfehlungen, § 85 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII), haben hierbei jedoch weder Weisungs- noch Richtlinienkompetenz.⁶

3.2.2 Verpflichtung zur ICF-Orientierung und Diskrepanz der Behinderungsbegriffe (§ 2 SGB IX i.V.m. § 35a SGB VIII)?

Im Gegensatz zu den Trägern der Eingliederungshilfe besteht für die Träger der Kinder und Jugendhilfe grundsätzlich **keine gesetzliche Verpflichtung** zur Orientierung der Bedarfsermittlung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; bzw für Kinder/Jugendliche: ICF-CY).⁷ Sowohl die Gesetzesbegründung als auch die GE Reha-Prozess erkennen sogar an, dass „die Rehabilitationsträger bislang eine Vielzahl von Methoden zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs entwickelt“ und genutzt haben.⁸ Gleichzeitig lassen jedoch beide eine deutliche Favorisierung einer Orientierung an der ICF erkennen, insb. auch, weil sie ein „hohes praxisrelevantes Standardisierungspotenzial für die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger“ biete.⁹

⁶ FK-SGB VIII/Eschelbach § 85 SGB VIII Rn. 2; Wiesner/Loos § 85 SGB VIII Rn. 6.

⁷ Rosenow JAmt 2017, 480, 485.

⁸ BT-Drs. 18/9522, 233; § 44 GE Reha-Prozess.

⁹ BT-Drs. 18/9522, 233.

Wie jedoch in der Stellungnahme des Ad-hoc-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) zur ICF-Nutzung anschaulich herausgestellt, gilt es grundsätzlich sorgfältig zu unterscheiden zwischen der Anwendung.

1. der Anwendung des ihr zugrunde liegenden **bio-psycho-sozialen Modells als Konzept**, wonach „sich Schädigungen auf den Ebenen der Körperstrukturen und -funktionen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter dem Einfluss von Kontextfaktoren wechselseitig im positiven wie auch negativen Sinn beeinflussen können“ und,
2. der Anwendung als Kodierungs- bzw. Klassifikationssystem, das „aufgrund der unzureichenden Operationalisierung bisher nur im Forschungskontext und in bestimmten klinischen Settings Bedeutung“ hat.¹⁰

Nach Ansicht der DVfR lässt sich nicht die ICF an sich (2) zur Grundlage eines Bedarfsermittlungsinstruments machen bzw. entsprechend umfunktionieren, sondern geht es – entsprechend des Modells (1) – um die Entwicklung eines „diskursiven Konzepts der Bedarfsermittlung [...], das das bio-psycho-soziale Modell zur Grundlage eines strukturierten Dialogs macht“.¹¹

Dieses bio-psycho-soziale Modell spiegelt sich seit dem 1.1.2018 auch im **neuen Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX**, wenn es dort heißt:

¹ Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

² Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

¹⁰ DVfR-Stellungnahme, 2.

¹¹ DVfR-Stellungnahme, 4.

Hintergrund dieser Gesetzesänderung ist die Aufforderung des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen in seinen „Abschließenden Bemerkungen zum ersten Staatenbericht Deutschlands“ vom 13. Mai 2015:

„[...] sicherzustellen, dass die gesetzliche Definition von Behinderung auf Bundes- wie auch auf Länderebene im Recht und in den Politikkonzepten überarbeitet wird, mit dem Ziel, sie mit den allgemeinen Prinzipien und Bestimmungen des Übereinkommens in Einklang zu bringen, insbesondere in Bezug auf Fragen der Nichtdiskriminierung und den vollständigen Übergang zu einem menschenrechtsbasierten Modell“.¹²

Vor diesem Hintergrund hat der BTHG-Gesetzgeber den Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX sprachlich an die Art. 1 S. 2 und Präambel Buchst. e) der UN-BRK bzw. der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO angepasst.¹³ Denn in Weiterentwicklung der bisherigen pathologischen Sichtweise reduzieren UN-BRK und ICF das Vorliegen einer Behinderung nicht mehr auf die individuelle Beeinträchtigung, sondern setzen diese vor allem in – positive wie negative – Wechselwirkungsbeziehung des jeweiligen Menschen zu seiner Umwelt (sog. bio-psycho-soziales Modell).

Kurz zusammengefasst werden bei diesem Verständnis von Behinderung die biomedizinischen Aspekte eines Menschen (**Körperfunktionen und -strukturen**) zum einen um die Ebenen als handelndes Subjekt (**Aktivitäten**) sowie als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (**Partizipation/Teilhabe**) erweitert; zum anderen werden diese drei Betrachtungsperspektiven des jeweiligen Menschen in Beziehung zu den Gegebenheiten seines jeweiligen gesamten Lebenshintergrundes gesetzt (sog. Kontextfaktoren), wobei hierbei nochmal **Umweltfaktoren** (z. B. bauliche Umwelt, Beziehungen zu Familie/Freunden, Einstellungen der Umwelt) sowie **personenbezogene Faktoren** (z. B. Alter, Geschlecht, sozialer Hintergrund, Charakter) unterschieden werden. Letztere können auf die drei Ebenen Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe jeweils förderlich (**Ressourcen**) oder erschwerend (**Barrieren**) einwirken.

Demgegenüber hat der Gesetzgeber den in § 35a Abs. 1 SGB VIII enthaltenen Behinderungsbegriff unverändert gelassen. Kleinere Änderungen betreffen vielmehr allein zum 1.1.2020 in Kraft tretende redaktionelle Anpassungen der in § 35a Abs. 3 SGB VIII enthaltenen Verweisungen, wenn die bisher in §§ 53 ff. SGB XII enthaltene Eingliederungshilfe

¹² Ausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, III. A. Nr. 8. (a).

¹³ So ausdrücklich BT-Drs. 18/9522, 192, 227.

als Teil 2 ins SGB IX überführt wird. Der in **§ 35a Abs. 1 SGB VIII** festgelegte zweistufige Behinderungsbegriff lautet daher weiterhin:

- ¹Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn
 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und
 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.
- ²Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist [...] „Der Behinderungsbegriff hat eine klärende und maßstabbildende Funktion für die Rehabilitationsträger.“¹⁵

Daher stellt sich die Frage, ob die neue Prüfdimension der Wechselwirkung in § 2 Abs. 1 SGB IX auch im Rahmen von § 35a SGB VIII Bedeutung erlangt, obwohl sie dort keine Erwähnung findet. Als Vorschrift des SGB IX Teil 1 Kap. 1 zählt der Behinderungsbegriff des § 2 Abs. 1 SGB IX jedenfalls nicht zu den in § 7 Abs. 2 SGB IX ausdrücklich genannten Regelungsbereichen, die den Vorgaben der speziellen Leistungsgesetze zwingend vorgehen, sodass die herrschende Meinung der Ansicht ist, der Behinderungsbegriff in § 35a Abs. 1 SGB IX gehe demjenigen in § 2 Abs. 1 SGB IX grundsätzlich vor.¹⁴

Dieser Einordnung ist grundsätzlich zuzustimmen. Darüber hinausgehend ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Integration der Wechselwirkungsdimension – wie dargelegt – aus der Umsetzung der UN-BRK resultiert. Diese beansprucht als völkerrechtliche Verpflichtung grundsätzlich für alle staatlichen Leistungssysteme im Kontext Menschen mit Behinderungen gleichermaßen Geltung. Dementsprechend findet sich auch in der Gesetzesbegründung zur allgemeinen Geltung des Behinderungsbegriffs des § 2 SGB IX folgendes Selbstverständnis:

¹⁴ JurisPK-SGB IX/Luthe § 2 SGB IX Rn. 15, 21 f.; Hauck/Noftz/Götze (2018), § 2 SGB IX Rn. 26; Walhalla Bundesteilhabe-gesetz Reformstufe 2, S. 19 ff; Kunkel u.a./Kepert/Dexheimer § 35a SGB VIII Rn. 10.

„Der Behinderungsbegriff hat eine klärende und maßstabsbildende Funktion für die Rehabilitationsträger.¹⁵

[...] Absatz 1 Satz 1 definiert den Begriff der Behinderung für das SGB IX neu. Ob bei **Vorliegen einer Behinderung** auch die für den Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, richtet sich gemäß § 7 unverändert nach den für den Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

Die Neufassung des Behinderungsbegriffs entspricht dem Verständnis der UN-BRK [...] Der bisherige Wortlaut des § 2 SGB IX kann zwar im Sinne der UN-BRK ausgelegt werden. Zur Rechtsklarheit wird der Behinderungsbegriff durch die Inbezugnahme der Wechselwirkung zwischen der Beeinträchtigung und den Umweltfaktoren **deklaratorisch an die UN-BRK angepasst**.¹⁶

Nach Auffassung und Konzeption des BTHG-Gesetzgebers ist der Behinderungsbegriff nach § 2 SGB IX demzufolge den spezifischen Leistungsvoraussetzungen jeweils vorgelagert, sodass die Konkurrenzregelung des § 7 SGB IX überhaupt erst zum Tragen kommt, wenn eine Behinderung i.S.d. § 2 SGB IX bejaht wurde.¹⁷

Nach hiesiger Ansicht erscheint es daher konsequent, auch die Vorgaben in § 35a Abs. 1 SGB VIII so auszulegen, dass in die dort vorgegebene zweigliedrige Anspruchsprüfung zusätzlich die **„Wechselwirkungen mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren“** gem. § 2 Abs. 1 SGB IX mit einbezogen werden.¹⁸

Gleiches gilt im Übrigen mit Blick auf das Vorliegen einer **drohenden Behinderung**, die nach § 35a Abs. 1 S. 2 SGB VIII ebenfalls anspruchsbegründend ist. Zwar ist in § 2 Abs. 1 S. 3 SGB IX („Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist.“) missverständlicherweise nur auf die individuelle Funktionseinschränkung – und nicht auf die Wechselwirkungsdimension – Bezug genommen. Jedoch ist auch hier der Wortlaut so auszulegen, dass eine zu erwartende „Teilhabebehinderung“ gemeint ist, die ebenfalls die einstellungs- und umweltbedingten Barrieren mit einbezieht.¹⁹

¹⁵ BT-Drs. 18/9522, 192.

¹⁶ BT-Drs. 18/9522, 227.

¹⁷ Dau u.a./Joussen § 2 SGB IX Rn. 18.

¹⁸ FK-SGB VIII/von Boetticher/Meysen § 35a SGB VIII Rn. 16.

¹⁹ von Boetticher Teilhaberecht § 3 Rn. 15.

Auch die Kinder- und Jugendhilfe ist somit aufgefordert, sich an dem Behinderungsverständnis zu orientieren, wie es sich im bio-psycho-sozialen Modell der ICF abbildet:

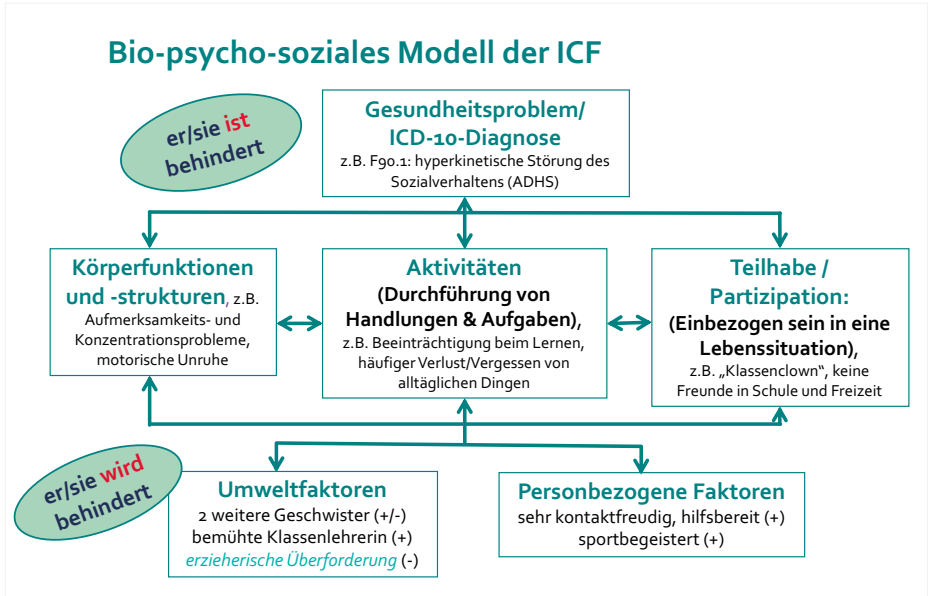


Abbildung 7: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (in Anlehnung an die WHO, ergänzt um Beispiele)

- Trotz unveränderten Wortlauts des § 35a Abs. 1 SGB VIII ist die dort vorgesehene zweigliedrige Prüfung um das zusätzliche Prüfelement der Wechselwirkungen zu erweitern. Auch im Rahmen des Einsatzes von Instrumenten in der Kinder- und Jugendhilfe sind daher Prüfpunkte einzubeziehen, die die Beeinträchtigung der Teilhabe in den für junge Menschen relevanten Lebensbereichen vor allem auch in Wechselwirkung zu den jeweiligen umwelt- und personenbezogenen Ressourcen und Barrieren in Beziehung setzt.

3.2.3 Notwendigkeit eines ursächlichen Zusammenhangs?

Das Hineinwirken des Behinderungsverständnisses der UN-BRK, wie es in § 2 SGB IX inzwischen seinen nationalen gesetzlichen Ausdruck gefunden hat, in die Anspruchsprüfung des § 35a Abs. 1 SGB VIII dürfte im Übrigen auch für die Frage der Ursächlichkeit zwischen der psychischen Störung und der festgestellten Teilhabebeeinträchtigung gelten. In der bisherigen SGB VIII-Kommentarliteratur zu § 35a SGB VIII wird vertreten, dass aufgrund der Verknüpfung der psychischen Beeinträchtigung (§ 35a Abs. 1 S. 1 Nr. SGB VIII) mit der Teilhabebeeinträchtigung (§ 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VIII) durch das Wort „daher“ ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen beidem bestehen muss.²⁰ Dementsprechend sah sich auch die Praxis bislang regelmäßig zur Prüfung einer entsprechenden Kausalität veranlasst, z. T. mit rigoroser Verneinung des Vorliegens einer Teilhabebeeinträchtigung, wenn für diese z. B. auch eine erzieherische Bedarfssituation (mit)ursächlich war.

Vor dem Hintergrund der inzwischen ergangenen Rechtsprechung erschien das auch vor Inkrafttreten des BTHG rechtlich zumindest fragwürdig. So hat das BVerwG in einer Grundsatzentscheidung – in Bezug auf Eingliederungshilfeleistungen – im Jahr 2012 sehr deutlich herausgestellt:

„Nicht entscheidend ist, ob der Hilfebedarf ausschließlich durch die geistige Behinderung des Leistungsberechtigten bedingt ist oder ob andere Umstände – wie der Ausfall elterlicher Betreuungsleistungen – für den Umfang des Hilfebedarfs mitursächlich sind. Der Bedarfsdeckungsgrundsatz lässt es auch grundsätzlich nicht zu, den konkreten Hilfebedarf in einzelne Komponenten aufzuspalten und die bei isolierter Betrachtung hierfür hypothetisch erforderlichen Hilfeleistungen (im Sinne eines erzieherischen oder behinderungsbedingten Bedarfs) gegenüberzustellen.“²¹

Mit der Einführung des neuen Behinderungsbegriffs in § 2 SGB IX mit seinem bio-psycho-sozialen Modell hat der Gesetzgeber jedenfalls auf eine eindimensionale Verknüpfung der Gesundheits- mit der Teilhabebeeinträchtigung verzichtet.²² Nur dies erscheint auch konsequent, wenn Behinderung nicht allein als ein persönliches Merkmal, sondern als ein komplexes, in vielerlei Wechselwirkungen stehendes Geflecht umwelt- wie auch personenbezogener Bedingungen verstanden wird.²³

²⁰ So z.B. Wiesner/Wiesner § 35a SGB VIII Rn. 6; Kunkel u.a./Kepert/Dexheimer § 35a Rn. 10, 19; Hauck/Noftz/Stähr (2015), § 35a SGB VIII Rn. 28; Schellhorn u.a./Fischer § 35a SGB VIII Rn. 7.

²¹ BVerwG 19.10.2011 – 5 C 6/11 – JAmt 2012, 47.

²² Vgl. insofern auch jurisPK/Luthe § 2 SGB IX Rn. 85.

²³ Hauck/Noftz/Götze (2018) § 2 SGB IX Rn. 18.

Gleichwohl wird zurecht darauf hingewiesen, dass die Voraussetzung „Abweichung des Körper- und Gesundheitszustands vom für das Lebensalter typischen Zustand“ (§ 2 Abs. 1 S. 2 SGB IX) weiterhin deutlich mache, dass die Teilhabebeeinträchtigung auch nicht allein aus den in Bezug zu nehmenden einstellungs- und umweltbedingten Wechselwirkungen resultieren dürfe. Teil 2 ins SGB IX überführt wird.²⁴

➤ Durch die Anwendung des neuen menschenrechtlich begründeten Behindervergleichsverständnisses des § 2 SGB IX auch in der Kinder- und Jugendhilfe lässt sich auch die Forderung einer unmittelbaren Kausalität – wie sie durch die bisherige Formulierung „daher“ in § 35a SGB VIII nahe gelegt wird – nicht (mehr) aufrecht erhalten. Um eine gleichwohl (nicht ausreichende) allein durch ebenfalls festgestellte Wechselwirkungen bedingte Teilhabebeeinträchtigung auszuschließen, sollte in einem Instrument zur Teilhabeprüfung nach § 35a SGB VIII ein Prüfpunkt vorhanden sein, ob die festgestellte Teilhabebeeinträchtigung auch durch die **psychische Störung mitbedingt** ist. Vor dem Hintergrund der bisher z. T. streng gehandhabten Kausalität erscheint jedoch in diesem Zusammenhang die Aufnahme eines ausdrücklichen Hinweises überlegenswert, dass es weder ausschließlich noch überwiegend auf eine Ursächlichkeit der psychischen Störung ankommt.

3.2.4 Verbindlichkeit der Begutachtungsergebnisse für die Teilhabeprüfung?

Aus dem bisherigen § 14 Abs. 5 SGB IX herausgenommen, finden sich – weitgehend identisch – die Regelungen zur Begutachtung im neuen **§ 17 SGB IX**. Dort heißt es u. a.:

- (1) ¹Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten **erforderlich**, beauftragt der leistende Rehabilitationsträger unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen. [...]
- (2) ¹Der Sachverständige nimmt eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vor und erstellt das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung. [...] ³Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden den **Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt**. [...]

²⁴ jurisPK/Luthe § 2 SGB IX Rn. 86.

Zielrichtung ist insb. die Vermeidung unnötiger Mehrfachbegutachtungen, indem einerseits der Begutachtung die in den Gemeinsamen Empfehlungen vereinbarten Grundsätze zugrunde gelegt werden (§ 17 Abs. 2 S. 2 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX), andererseits im Falle der Beteiligung weiterer Rehabilitationsträger gezielt Abstimmungen über Anlass, Ziel und Umfang der Begutachtung getroffen werden (§ 17 Abs. 3 S. 1 SGB IX, § 28 Abs. 2 GE Reha-Prozess). Die Vorgaben des § 17 SGB IX gehören zum SGB IX Teil 1 Kap. 4 und somit gemäß der Konkurrenzregelung des § 7 Abs. 2 SGB IX zu denjenigen, die den Regelungen der jeweiligen Leistungsgesetze vorgehen.

Von daher stellt sich auch hier die Frage, wie die Vorgaben des § 17 SGB IX mit den in § 35a Abs. 1a SGB VIII enthaltenen Regelungen zusammenpassen, wenn es dort heißt:

- ¹Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1** hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme
1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
 3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen. [...]

Eine Verschränkung der Vorgaben aus § 17 SGB IX einerseits und § 35a SGB VIII andererseits ohne tiefergehende rechtliche Diskrepanzen erscheint zumindest mit Blick auf folgende Aspekte möglich:

- Das in § 17 Abs. 1 S. 1 SGB IX enthaltene Merkmal der „Erforderlichkeit“ („Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich“) verdichtet sich aufgrund der Regelung des § 35a Abs. 1a SGB VIII zu einer zwingend durchzuführenden Begutachtung hinsichtlich der ICD-10-Diagnostik zur Abweichung der seelischen Gesundheit („hat ... einzuholen“).
- Die in § 17 SGB IX allgemein gehaltene Umschreibung „Sachverständige“ konkretisiert sich durch die Vorgaben in § 35a Abs. 1a S. 1 Nr. 1-3 SGB VIII auf die ausschließlich dort zugelassenen Personengruppen.

Problematischer verhält es sich womöglich mit Blick auf die Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VIII. Für diese gilt seit langem anerkannt, dass diese in die **sozialpädagogische Einschätzungsverantwortung** der Fachkräfte im Jugendamt fällt.²⁵

- Die – gem. § 7 Abs. 2 S. 1 SGB IX grundsätzlich vorrangigen – Vorgaben des § 17 SGB IX lassen sich auch insofern gut mit dieser Rollenverteilung vereinbaren, soweit die Fachkraft des Jugendamts über die für die Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung notwendigen Kompetenzen verfügt. Dann ist die Beauftragung eines anderweitigen Sachverständigen nicht „erforderlich“ (§ 17 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Andernfalls besteht allerdings nunmehr sehr wohl eine Verpflichtung zur Beauftragung externen Sachverständs.
- Etwas anspruchsvoller gestaltet sich die Aufrechterhaltung der alleinigen Einschätzungsverantwortung hinsichtlich des Vorliegens einer Teilhabebeeinträchtigung nach § 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VIII durch die Jugendamtsfachkraft, wenn der beauftragte Sachverständige – über die ICD-10-Diagnose hinaus – auch hierzu (ggf. auch zu seinerseits als geeignet und notwendig erachteten Hilfen) selbst Einschätzungen vorgenommen hat. Denn in § 17 Abs. 2 S. 3 SGB IX heißt es, dass der Rehabilitationsträger die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf seinen Entscheidungen „zugrunde zu legen“ hat. Dies kann jedoch nicht bedeuten, etwaige dort getroffene Aussagen unesehen einfach übernehmen zu müssen. Vielmehr erscheint es nach hiesiger Auffassung auch dann eher als eine Frage, auf welcher Basis das Gutachten erstellt wurde und inwiefern die eigene, vertiefte Prüfung des Jugendamts abweichende Wertungen erbracht hat. Kommt im Rahmen der Erstellung der fachärztlichen Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a SGB VIII das multiaxiale Klassifikationschema im Zuge der Prüfung von Achse V (assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) und Achse VI (globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus) zur Anwendung, werden folglich ebenfalls Einschätzungen zur Teilhabebeeinträchtigung vorgenommen. Diese Feststellungen sind jedoch vom Jugendamt zu bewerten, dem als Rehabilitationsträger mit besonderer Fachkunde hinsichtlich der umfassenden Beurteilung von Teilhabebeeinträchtigungen bei jungen Menschen grundsätzlich die Sachverständigenkompetenz i.S.d. § 17 Abs. 1 S. 1 SGB IX zukommt. Wie mit jeder anderen Einschätzung zum Vorliegen einer Teilhabebeeinträchtigung (seitens der Eltern, des Kindergartens/der Schule, etc.) wird sie sich auch mit einer ggf. seitens des Arztes/der Ärztin hierzu abgegebenen Stellungnahme im Rahmen ihrer eigenen Prüfung auseinanderzusetzen haben.

²⁵ Mit vielen Nachweisen FK-SGB VIII/von Boetticher/Meysen SGB VIII § 35a SGB VIII Rn. 34; Kunkel u.a./Kepert/Dexheimer § 35a SGB VIII Rn. 20 f.; Wiesner/Wiesner § 35a SGB VIII Rn. 21.

Wenngleich juristisch mangels bislang fehlender Rechtsprechung das neue Zusammenspiel zwischen § 35a Abs. 1a SGB VIII und § 17 SGB IX derzeit nicht abschließend beurteilt werden kann, erscheint nach vorliegender Auffassung eine abweichende Einschätzung seitens der Jugendamtsfachkraft trotz des § 17 Abs. 2 S. 3 SGB IX zulässig, erfordert jedoch umso mehr Begründungsaufwand je besser die Tatsachengrundlage und Prüfdichte der Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a SGB VIII ist.

- Die Fachkraft des Jugendamts hat sich im Rahmen ihrer Prüfung grundsätzlich auch mit bereits vorliegenden Einschätzungen zum (Nicht-)Bestehen einer Teilhabebeeinträchtigung auseinanderzusetzen; aufgrund § 17 SGB IX ist dies in Bezug auf Aussagen in der gutachterlichen Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a SGB VIII gesetzlich betont. Im Rahmen des eingesetzten Instruments sollten daher entsprechende Fragen und Prüfpunkte vorhanden sein.

3.2.5 Verschränkung der Bedarfsermittlung

a) ... mit der Hilfeplanung (§ 36 SGB VIII)

Der nach § 36 Abs. 2 S. 2 SGB VIII aufzustellende Hilfeplan im Falle längerfristiger Hilfen soll entsprechend des Gesetzeswortlauts „Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen“ beinhalten. Aus der Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe gilt klassischerweise die Bedarfsermittlung somit als – ein – Bestandteil der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII.

Demgegenüber fasst der BTHG-Gesetzgeber in § 13 SGB IX unter die Bedarfsermittlung nicht nur die Feststellungen zum Vorliegen einer Behinderung, sondern auch die Erfassung der Teilhabeziele sowie die prognostisch erfolgreichen Leistungen (s. oben 1.). Das bedeutet in der Konsequenz, dass im Rahmen der Prüfung und Gewährung von Teilhabeleistungen – neben der Bedarfsermittlung – auch diese Teile aus der Hilfeplanung in die standardisierte Bedarfsermittlung i.S.d. § 13 SGB IX mit hineingezogen werden und demzufolge ebenfalls in einem entsprechenden Instrument aufzunehmen wären.

Problematisch dürfte vor allem die Diskrepanz zwischen beiden Verfahren sein: Während es sich bei der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII primär um einen intersubjektiven, „partizipatorischen Gestaltungsprozess“²⁶ zwischen der Familie, den Fachkräften im

²⁶ FK-SGB VIII/Schönecker/Meysen § 36 SGB VIII Rn. 24.

Jugendamt und ggf. anderen an der Hilfeplanung Beteiligten handelt, dürfte die Bedarfs-ermittlung i.S.d. § 13 SGB IX in erster Linie als Teil des Verwaltungsverfahrens mit Objektivierungsanspruch betrachtet und behandelt werden. Zwar sehen die GE Reha-Prozess auch hier einige partizipatorische Elemente vor (vgl. z. B. § 42 Abs. 2, § 45 GE Reha-Prozess). Eine Gestaltung als gemeinsamer Verständigungsprozess, wie er § 36 SGB VIII als Idee zugrunde liegt, dürfte jedoch kaum zu erwarten stehen.

b) ...mit der Teilhabeplanung (§ 19 SGB IX)

Der nach § 19 SGB IX aufzustellende Teilhabeplan ist das „zentrale Instrument zur Koordination der Leistungen“²⁷ und grundsätzlich von der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII zu unterscheiden. Als Koordinierungsinstrument ist er in **drei Konstellationen** verpflichtend aufzustellen:

1. im Falle von Leistungen **mehrerer Rehabilitationsträger** (z. B. Jugendamt und Bundesagentur für Arbeit),,
2. bei Leistungen aus **mehreren Leistungsgruppen** (z. B. Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe),
3. **auf Wunsch** der Leistungsberechtigten.

Das Ziel der Teilhabeplanung liegt darin, die Leistungen so aufeinander abzustimmen, dass das gesamte Verfahren nahtlos, zügig, zielorientiert und wirtschaftlich abläuft. Sie ist insb. auf die Erstellung bzw. Anpassung eines individuellen Teilhabeplans ausgerichtet (§ 19 Abs. 1, Abs. 3 SGB IX, § 48 GE Reha-Prozess).

Die Verantwortung für die Aufstellung des Teilhabeplans liegt grundsätzlich bei dem nach § 14 SGB IX **leistenden Rehabilitationsträger** (dazu genauer Frage 6). Zu berücksichtigen ist, dass diese Verantwortung nicht mit der einmaligen Aufstellung endet, sondern die Pflicht zur Fortschreibung und entsprechenden Anpassung des Teilhabeplans besteht (§ 19 Abs. 3 SGB IX; §§ 62 ff. GE Reha-Prozess).

Der Teilhabeplan ist schriftlich oder elektronisch zu erstellen, d. h. nicht zwingend im persönlichen Austausch zwischen dem Leistungsberechtigten und dem/den beteiligten Rehabilitationsträger/n.²⁸ Lediglich im Falle einer – optional möglichen – **Teilhabeplan-konferenz** handelt es sich um eine Zusammenkunft aller beteiligten Personen (genauer zu den Voraussetzungen: § 20 SGB IX, §§ 58 ff. GE Reha-Prozess), wobei diese aus Zeitgründen z. B. auch in Form einer Telefon-/Web- oder Video-Konferenz stattfinden kann (vgl. § 60 Abs. 3 GE Reha-Prozess).

²⁷ v. Boetticher Teilhaberecht § 3 Rn. 116.

²⁸ v. Boetticher Teilhaberecht § 3 Rn. 123.

Die notwendig zu dokumentierenden – und für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe besonders relevanten – **Inhalte** gibt insofern § 19 Abs. 2 SGB IX vor:

1. den Tag des **Antragseingangs** beim leistenden Rehabilitationsträger und Ergebnis der **Zuständigkeitsklärung** und **Beteiligung** nach den §§ 14, 15 SGB IX,
2. die Feststellungen über den individuellen **Rehabilitationsbedarf** auf Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX,
3. die nach § 13 SGB IX eingesetzten **Instrumente**,
4. [...]
5. die Einbeziehung von **Diensten und Einrichtungen** bei der Leistungserbringung,
6. erreichbare und überprüfbare **Teilhabeziele** und deren Fortschreibung,
7. die Berücksichtigung des **Wunsch- und Wahlrechts** nach § 8 SGB IX, insb. im Hinblick auf die Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget (wobei hier mit Blick auf § 7 Abs. 1 SGB IX für die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe die speziellere Vorschrift des § 5 SGB VIII zur Anwendung kommen dürfte),
8. (soweit gegeben) die Dokumentation der einvernehmlichen, umfassenden und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs iSd § 15 Abs. 3 S. 1 SGB IX,
9. (wenn durchgeführt) die Ergebnisse der **Teilhabeplankonferenz** nach § 20 SGB IX,
10. (soweit gegeben) die Erkenntnisse aus den Mitteilungen der nach § 22 SGB IX einbezogenen **anderen öffentlichen Stellen**,
11. (soweit gegeben) die besonderen **Belange pflegender Angehöriger** bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

§ 55 Abs. 3 GE Reha-Prozess erwähnt darüber hinaus noch die folgenden Dokumentationsinhalte:

12. [...]
13. **Ziel, Art, Umfang** und **inhaltliche** Ausgestaltung der vorgesehenen Leistungen,
14. voraussichtlicher **Beginn** und **Dauer** der vorgesehenen Leistungen sowie den **Ort** ihrer Durchführung,
15. Sicherstellung der organisatorischen und zeitlichen (Zeitplanung) **Abläufe** mit Verweis auf Konkretisierung im Leistungsbescheid, insb. bei verzahnten und sich überschneidenden Leistungen zur Teilhabe.

Die Teilhabeplan-Dokumentation ist standardisierter Bestandteil der Aktenführung. Der Teilhabeplan selbst ist kein Verwaltungsakt, **bereitet vielmehr die Entscheidung vor** und dient insofern als fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses (§ 57 GE Reha-Prozess). Darüber hinaus muss die Begründung der Leistungsentscheidung erkennen lassen, dass und wie die im Teilhabeplan enthaltenen Feststellungen berücksichtigt wurden (§ 19 Abs. 4 S. 2 SGB IX).

Dass die Kinder- und Jugendhilfe mit der Hilfeplanung nach **§ 36 SGB VIII** bereits über ein zentrales Planungsinstrument verfügt, hat auch der BTHG-Gesetzgeber erkannt und dementsprechend in § 21 S. 2 SGB IX bestimmt:

²⁹Ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger, gelten die Vorgaben des **§ 36 SGB VIII** ergänzend.

Hinsichtlich der Frage, wie dieses Zusammenspiel von Hilfe- und Teilhabeplanung in der Praxis der Jugendämter sinnvoll gestaltet werden kann, finden derzeit noch kräftige Suchbewegungen statt und erscheinen aufgrund der bundesweiten Vielgestaltigkeit kaum pauschale Antworten möglich. Im Ausgangspunkt dürfte jedoch grundsätzlich die – im Vergleich zur gesetzlichen Idee des § 21 S. 2 SGB IX umgekehrte – Vorgehensweise zweckmäßiger sein, die bisher entwickelten und erprobten Verfahren zur Hilfeplanung nach § 36 SGB IX um die hin-zukommenden Aspekte der Teilhabeplanung i.S.d. § 19 SGB IX zu ergänzen.

Dabei gilt jedoch zu beachten, dass gem. § 61 GE Reha-Prozess der für die Teilhabeplanung verantwortliche Rehabilitationsträger angehalten ist, den Teilhabeplan allen bei der Erstellung des **Teilhabeplanes** beteiligten Rehabilitationsträgern, Jobcentern, Leistungserbringern, dem Leistungsberechtigten sowie ggf. weiteren nach § 22 SGB IX beteiligten Akteuren – unter Beachtung des Datenschutzes – **zur Verfügung zu stellen**.

Bei einer Verknüpfung von Hilfe- und Teilhabeplanung wäre dann jedoch in der Dokumentation darauf zu achten, dass gleichwohl die Informationen aus der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII, die nicht gleichzeitig Bestandteil der Teilhabeplanung nach §§ 19, 20 SGB IX sind (z. B. Hilfeprozesse die Eltern oder Geschwisterkinder betreffend), gut trennbar sind. Auch diesbezüglich dürfte die Praxis derzeit noch auf der Suche nach ebenso rechtmäßigen wie funktionalen Lösungen sein.

²⁹ BT-Drs. 18/9522, 239.

- Ein Instrument im Sinne des § 13 SGB IX sollte gut erkennen lassen, welche Aspekte der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII bzw. der Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX in diesem Kontext bereits mit erfasst werden. Wichtig erscheint dafür vor allem, besonderes Augenmerk auf die im Instrument verwendeten Begrifflichkeiten zu legen, insb. auf die des SGB IX, um insb. die Anschlussfähigkeit im Verhältnis zu den anderen Rehabilitationsträgern zu sichern.

3.2.6 Zu beachtende Fristen (§§ 14, 15 SGB IX)

Für die Leistungen für Menschen mit Behinderungen sind in einem komplexen Geflecht unterschiedliche Rehabilitationsträger zuständig. Daran hat auch der BTHG-Gesetzgeber nichts geändert. Jedoch war es ihm im Verhältnis zu den Leistungsberechtigten in §§ 14 ff SGB IX ein besonderes Anliegen, ein – die Klärung der Zuständigkeit abkürzendes – verbindliches und fristgebundenes Verfahren vorzusehen.³⁰ Dieses galt weitgehend bislang schon, wurde jedoch im Zuge des BTHG – insb. auch mangels ausreichender Beachtung in der Praxis – nochmals nachjustiert, ausdrücklich auch mit dem Ziel der Verbesserung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger in trägerübergreifenden Fallkonstellationen.³¹

Bereits die geänderte Überschrift verdeutlicht, dass die Zuständigkeitsklärung der Feststellung des leistenden Rehabilitationsträgers dient. Dieser ist womöglich nicht der sachlich zuständige Leistungsträger, aber zumindest derjenige, der im Verhältnis zum Leistungsberechtigten den Rehabilitationsbedarf anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX unverzüglich und umfassend feststellt und die Leistungen erbringt (so ausdrücklich die Legaldefinition in § 14 Abs. 2 SGB IX). Neben der Leistungsverantwortung ist es jedoch vor allem auch eine Verantwortung für die Koordinierung des Teilhabeprozesses, sofern auch Leistungen weiterer Rehabilitationsträger erforderlich sind (vgl. § 15 SGB IX), sodass z. T. die Bezeichnung „fallverantwortlicher Rehabilitationsträger“ für zutreffender erachtet wird.³²

³⁰ Neumann u.a./Jabben § 14 SGB IX Rn. 1 ff; Dau u.a./Joussen § 14 SGB IX Rn. 2.

³¹ BT-Drs. 18/9522, 233.

³² So der Vorschlag von v. Boetticher Teilhaberecht § 3 Rn. 59.

Verfahrensmäßig gibt § 14 SGB IX – weitgehend unverändert – folgende verbindliche Abläufe für ein Jugendamt als Rehabilitationsträger vor:

- Geht bei ihm ein Antrag ein (= **erstangegangener Rehabilitationsträger**), hat es innerhalb von zwei Wochen zu prüfen, ob es nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz (SGB VIII) für die Leistung zuständig ist (§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Nach § 19 Abs. 2 S. 2 GE Reha-Prozess liegt ein entsprechend fristauslösender Antrag vor, wenn ihm Unterlagen vorliegen, die eine Zuständigkeitsbeurteilung ermöglichen, insb. die Erkennbarkeit der Identität sowie ein konkretisierbares Leistungsbegehren, das sich – unabhängig von den verwendeten Begriffen – auf Teilhabeleistungen i.S.v. § 4 SGB IX bezieht. Da jedoch im Rahmen von SGB VIII-Leistungen keine formale Antragspflicht besteht,³³ gilt für Jugendämter im vorliegenden Kontext zu beachten, dass hier nicht der Tag des Antragsengangs, sondern der Tag der (qualifizierten) **Kenntnis von einem voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs** entscheidend sein soll (§ 19 Abs. 3 S. 2 GE Reha-Prozess).
- Stellt das Jugendamt bei seiner Prüfung fest, dass es für die Leistung **insgesamt** nicht zuständig ist, hat es den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zuzuleiten (= **zweitangegangener Rehabilitations-träger**) und über diese Weiterleitung den Antragsteller zu unterrichten (§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX). In diesem Fall wird der zweitangegangene Rehabilitationsträger „leistender Rehabilitationsträger“ i.S.d. §§ 14 ff SGB IX, der den Antrag grundsätzlich nicht erneut weiterleiten kann, es sei denn eine solche Weiterleitung erfolgt im Einvernehmen mit dem drittangegangenen Rehabilitationsträger noch innerhalb der bereits laufenden Fristen (sog. „Turbo-Klärung“, § 14 Abs. 3 SGB IX).

Für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe stellt sich – besonders mit Blick auf die unveränderte Zuständigkeitssplittung für die jungen Menschen mit Behinderungen zwischen den Jugend- und Sozialhilfeträgern (§ 10 Abs. 4 S. 1 und 2 SGB VIII) – allerdings die Frage, ob die im Rahmen einer Zuständigkeitsprüfung nach § 14 Abs. 1 SGB IX erfolgte Feststellung einer **nachrangigen** Zuständigkeit ebenfalls weiterhin zur Weiterleitung nach § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX berechtigt, d. h. ob auch eine nachrangige Zuständigkeit mit einer Insgesamt-Unzuständigkeit gleichzusetzen ist. Leider enthalten sich zur Klärung dieser Problematik sowohl die Gesetzesbegründung als auch die GE Reha-Prozess.

Die Gesetzesintention des § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX besteht jedoch offenbar darin, eine Weiterleitung des „Gesamt-Antrags“ für alle Fälle auszuschließen, in denen

³³ FK-SGB VIII/Trenczek Anh. I: Verfahren und Rechtsschutz Rn. 24.

der jeweilige Rehabilitationsträger für die Erbringung zumindest einer der vom Antrag umfassten Leistungen in Betracht kommt (so ausdr. auch § 20 Abs. 1 S. 1 GE Reha-Prozess) und es daher keinen Grund für die Weiterreichung der Leistungs- und Koordinierungsverantwortung gibt, weil auch der erstangegangene Rehabilitationsträger einen eigenen Leistungspart hat. Im Verhältnis von Jugend- und Sozialhilfeträgern im Kontext des § 10 Abs. 4 SGB VIII führt jedoch die jeweils nachrangige Leistungsverpflichtung gerade nicht in diesem Sinne zu einer Teil-Zuständigkeit, sondern verbleibt im Falle der Sicherstellung der vorrangigen Leistung keine eigene Leistungsverpflichtung des nachrangig Verpflichteten. Daher ist davon auszugehen, dass ein Jugendamt, das (bzw. ein Träger der Eingliederungshilfe, der) innerhalb der Zwei-Wochen-Frist eine nachrangige Leistungspflicht i.S.d. § 10 Abs. 4 S. 2 SGB VIII feststellt, auch fortan nach § 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX zur Weiterleitung des Hilfeantrags bzw. -begehrens an den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe (bzw. das zuständige Jugendamt) berechtigt ist.³⁴

- Sowohl wenn das Jugendamt als erstangegangener Rehabilitationsträger keine Weiterleitung vorgenommen hat und es damit zum „leistenden Rehabilitationsträger“ geworden ist, als auch wenn eine Weiterleitung erfolgt ist und damit der zweitangegangene als „leistender Rehabilitationsträger“ gilt, sind im Weiteren dieselben Verfahrensvorgaben zu beachten. So besteht die Pflicht, unverzüglich und umfassend entsprechend der Vorgaben nach § 13 SGB IX den Rehabilitationsbedarf festzustellen und die Leistungen zu erbringen (§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Hierfür gelten knappe **Entscheidungsfristen**:

- **drei Wochen nach Antragseingang**, wenn kein Gutachten erforderlich ist (§ 14 Abs. 2 S. 2 SGB IX),
- **zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens**, wenn dieses erforderlich ist (§ 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX),
- **sechs Wochen nach Antragseingang**, bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger gem. § 15 SGB IX),
- **zwei Monate nach Antragseingang** bei Durchführung einer Teilhabekonferenz gem. § 20 SGB IX.

Die Regelung des § 15 SGB IX dient der Aufgaben- und Verantwortungsklarheit, um „eine schnelle und im Verhältnis zu den Leistungsberechtigten konfliktfreie Leistungsgewährung in den Fällen der Trägersmehrheit“ zu ermöglichen.³⁵

³⁴ Zwar ohne nähere Begründung, aber i.E. auch jurisPK-SGB IX/Ulrich § 14 SGB IX Rn. 74, 78.

³⁵ Auch mit Verweis auf die bereits bisher geltende Rechtsprechung BT-Drs. 18/9522, 234.

Entsprechend dem primären Leitgedanken der Leistungsgewährung „**wie aus einer Hand**“ enthält § 15 SGB IX grundsätzlich zwei Konstellationen einer Beteiligung eines weiteren Rehabilitationsträgers, wenn der leistende Rehabilitationsträger feststellt, dass neben seinen eigenen auch noch Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers erforderlich sind:

- § 15 Abs. 1 SGB IX enthält die Konstellation einer sog. **partiellen Weiterleitung**, wenn ein Rehabilitationsträger für einen Teil des Rehabilitationsantrags selbst nicht Rehabilitationsträger sein kann. In diesem Fall darf er diesen Antragsteil absplitten und ihn zur Entscheidung dem zuständigen Rehabilitationsträger zuleiten. Für Jugendämter dürfte diese Konstellation jedoch kaum greifen, da sie – mit Ausnahme der unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen i.S.d. § 5 Nr. 3 SGB IX – für alle Leistungsgruppen grundsätzlich Rehabilitationsträger sein können (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 6 i.V.m. § 5 SGB IX).
- Sofern es bei Jugendämtern zu Konstellationen des Zusammentreffens mit der Leistungsverantwortung anderer Rehabilitationsträger kommt, dürfte daher regelmäßig die Beteiligungsvariante des § 15 Abs. 2 SGB IX greifen (**Beteiligung ohne Antragsweiterleitung**): In diesem Fall hat das Jugendamt von dem für zuständig erachteten Rehabilitationsträger die für den Teilhabeplan nach § 19 SGB IX erforderlichen Feststellungen unverzüglich anzufordern. Gehen die Feststellungen rechtzeitig – d. h. innerhalb von zwei Wochen nach Anforderung bzw. im Fall der Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens – beim Jugendamt ein, binden sie dieses bei seiner Entscheidung (§ 15 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Unterbleiben die rechtzeitigen Feststellungen seitens des beteiligten Rehabilitationsträgers, stellt das Jugendamt den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen umfassend selbst fest (§ 15 Abs. 2 S. 3 SGB IX). In diesem Fall wird ihm daher auch die Verantwortung für die Leistungen „aufgedrängt“, für die er eigentlich nicht (vorrangig) zuständig ist.³⁶

Unter der – nach Einschätzung des Gesetzgebers „häufig anzunehmenden“ – Voraussetzung eines **allseitigen Konsenses** und einer entsprechenden Dokumentation im Teilhabeplan lässt § 15 Abs. 3 SGB IX jedoch ausnahmsweise auch in diesen Konstellationen eine Entscheidungs- und Leistungssplittung zu.³⁷

³⁶ Genauer hierzu und den Folgen der Kostenerstattung DJuF-Themengutachten/Schönecker Frage 7, 9.

³⁷ Rosenow JAmt 2017, 480, 484.

- Jugendämter stehen bei der Anspruchsprüfung nach § 35a SGB VIII unter sehr engen verbindlichen Zeitvorgaben, ggf. auch im Zusammenspiel mit anderen Rehabilitationsträgern. Die einzige rechtlich zulässige, weil nicht in der Hoheit des Jugendamtes liegende, Verzögerung der Leistungsentscheidung rechtfertigt ein nicht rechtzeitig erstelltes Gutachten. Auf die nach §§ 14, 15 geltenden Fristen sollte daher in einer ggf. parallel zu einem Instrument nach § 13 SGB IX verfassten Anleitung/Beschreibung gezielt und praxisverständlich hingewiesen werden.

3.2.7 Vorrang von Teilhabeleistungen (§ 9 SGB IX) und frühzeitige Bedarfserkennung (§ 12 SGB IX))

Auch die Regelungen des § 9 SGB IX (Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe) sowie des § 12 SGB IX (Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung) gehören zu den verfahrensrechtlichen Vorgaben, die von Jugendämtern in ihrer Eigenschaft als Rehabilitationsträger vorrangig zu beachten sind (§ 7 Abs. 2 SGB IX):

So gibt § 9 Abs. 1 SGB IX (bis zum 31.12.2017 wortgleich in § 8 Abs. 1 SGB IX) vor, dass im Falle der Beantragung oder Erbringung von Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung der Rehabilitationsträger gehalten ist, unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen zu prüfen, ob Teilhabeleistungen voraussichtlich zur Erreichung der Ziele nach den §§ 1 und 4 SGB IX erfolgreich sein können. Kurzum: Im Falle verschiedener in Betracht kommender Sozialleistungen besteht ein **Vorrang von Teilhabeleistungen**.³⁸ Hintergrund ist, dass ein etwaiger behinderungsbedingter Teilhabebedarf so früh wie möglich und mit seinen spezifischen Hilfeerfordernissen wahrgenommen wird.

Für Jugendämter wird dies vor allem in Kontexten relevant, in denen junge Menschen mit Behinderung Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII erhalten bzw. deren Gewährung geprüft wird, gleichzeitig aber erkennbar wird bzw. geworden ist, dass dieselbe Hilfe auch als Teilhabeleistung nach § 35a SGB VIII gewährt werden könnte (z. B. im Laufe einer stationären Hilfe zur Erziehung erkennbar gewordene seelische Beeinträchtigung). Jugendämter vermeiden jedoch nicht selten die Verortung von Hilfen als § 35a SGB VIII-Leistungen, um junge Menschen nicht der damit einhergehenden stigmatisierenden „Etikettierung“ auszusetzen. Vor dem Hintergrund des nunmehr in § 9 SGB IX – i.V.m.

³⁸ M.w.N. Schindler (2018), S. 339, 345.

der Vorrang-Regelung des § 7 Abs. 2 SGB IX – deutlich zur Geltung gebrachten Vorrangs von Teilhabeleistungen, steht es für die Kinder- und Jugendhilfe jedenfalls dringend an, ihre diesbezüglich zurückhaltende Praxis nochmals zu hinterfragen und ggf. darzulegen, unter welchen Prämissen bzw. Fallgestaltungen sie dieser Verpflichtung nachkommen kann und in welchen nicht.

Da die Vorgabe des § 9 SGB IX zum Ziel hat, tatsächlich die Teilhabe des Leistungsberechtigten zu verbessern und der Vorrang von Teilhabeleistungen insofern nicht in einer reinen „formalen“ Handhabung bestehen kann, erscheinen nach hiesiger Auffassung auch Abweichungen von dieser Vorgabe des § 9 SGB IX rechtlich zulässig. Voraussetzung hierfür wäre natürlich, dass hiervon abweichende Vorgehensweisen tatsächlich und allein unter dem Blickwinkel bedarfsgerechter Interessen der betroffenen jungen Menschen erfolgen.

Darüber hinaus stehen gem. § 12 Abs. 1 S. 1 SGB IX die Rehabilitationsträger in der Pflicht, durch **geeignete Maßnahmen** sicherzustellen, dass ein **Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt** und auf eine Antragstellung hingewirkt wird. Dabei hat der Gesetzgeber hiervon u. a. folgendes Verständnis:

„Nach Absatz 1 werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um eine frühzeitige Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs zu ermöglichen. Die Bedarfserkennung ist die Voraussetzung für den Beginn eines Rehabilitationsverfahrens, innerhalb dessen die konkrete Bedarfsermittlung nach den Leistungsgesetzen durchzuführen ist. Die Rehabilitationsträger müssen im Falle der Erkennung des Rehabilitationsbedarfs auf eine Antragstellung hinwirken. Die Erkennung und die Hinwirkung betreffen den Bedarf in seiner Gesamtheit und nicht nur begrenzt auf die jeweiligen Leistungsgesetze. [...] Absatz 1 Satz 1 gibt den Rehabilitationsträgern nicht im Einzelnen vor, welche konkreten Maßnahmen zu ergreifen sind. Denkbar sind organisatorische Vorkehrungen oder Qualifizierungsmaßnahmen, die die frühe Erkennung von Rehabilitationsbedarfen unterstützen. Besonders wichtig sind auch geeignete Antragsformulare, die sowohl den Fallbearbeitern als auch den potenziell Leistungsberechtigten die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nahelegen und erleichtern.“³⁹

³⁹ BT-Drs. 18/9522, 232.

Die Jugendämter in ihrer Funktion als Rehabilitationsträger stehen somit in der Verantwortung, sicherzustellen, dass überall da, wo Teilhabebedarfe junger Menschen erkennbar werden können, d. h. sowohl in ihren verschiedensten Leistungskontexten als auch bei Leistungserbringern, aber auch bei Kooperationspartnern (z. B. Schulen), auch entsprechende Vorkehrungen zur Bedarfserkennung getroffen werden. Dabei sind Jugendämter in ihren Überlegungen grundsätzlich frei, welche konkreten Maßnahmen sie hierfür in Erwägung ziehen. Das mögliche Spektrum kann hier z. B. von der Zurverfügungstellung einfacher Informationsmaterialien und Flyer bis hin zur konkreten (Weiter-)Qualifizierung von Fachkräften reichen.

Als geeignete Maßnahme in diesem Sinne ist seitens der Jugendämter ebenfalls zu prüfen, in ihre – auch im Rahmen anderer SGB VIII-Hilfen stattfindende – Hilfeplanungen nach § 36 SGB VIII entsprechende Sensibilisierungsmarker für die Erkennung von Teilhabebedarfen einzubauen.

3.3 Zusammenfassende Hinweise

Jugendämter agieren im Kontext der Prüfung und Gewährung von Leistungen nach § 35a SGB VIII als Rehabilitationsträger und sind daher zur standardisierten Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX verpflichtet. Dabei unterliegt ein in diesem Kontext eingesetztes Instrument vor dem Hintergrund der durch das BTHG erfolgten verfahrensrechtlichen Neuerungen (SGB IX Teil 1, konkretisiert durch die „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“) zusammenfassend folgenden Grundüberlegungen und Anforderungen:

- Die Entscheidung darüber, welches konkrete Bedarfsermittlungsinstrument vor Ort zur Anwendung gebracht wird, obliegt allein dem jeweiligen Jugendamt. Empfehlungen, z. B. seitens der Landesjugendämter, scheinen hier zur Orientierung hilfreich, entfalten jedoch keinen Verpflichtungscharakter für die Kommunen.
- Das auch im Rahmen des – unverändert gebliebenen – § 35a SGB VIII zugrunde zu legende menschenrechtliche Behinderungsbegriffsverständnis des § 2 SGB IX mit seiner neu hinzugekommenen Wechselwirkungsprüfung bedingt die regelhafte Einbeziehung von Prüfpunkten, die die Teilhabebeeinträchtigung in den für junge Menschen relevanten Lebensbereichen in konkrete Wechselwirkung zu den jeweiligen umwelt- und personbezogenen Ressourcen bzw. Barrieren setzt. Der Prüfpunkt „Kausalität“ zwischen psychischer Störung und Teilhabebeeinträchtigung ist hierbei auf eine Mitursächlichkeit beschränkt.
- Das Instrument sollte ausreichend Raum geben, bereits vorhandene Einschätzungen zur Teilhabebeeinträchtigung (z. B. aus der ärztlichen Stellungnahme) zu notieren und sich dezidiert mit diesen auseinanderzusetzen.
- Als Teil der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII sowie ggf. durchzuführender Teilhabeplanung nach §§ 19 f. SGB IX sollte das eingesetzte Bedarfsermittlungsinstrument – insb. auch aufgrund der gezielten Verwendung rehabilitationsrechtlicher Begrifflichkeiten – gut erkennen lassen, welche inhaltlichen Aspekte es bereits selbst erfasst.
- Mit der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX bewegen sich Jugendämter im Rahmen eng gesetzter Zeitfenster, die die § 14 und § 15 SGB IX den Rehabilitationsträgern (ggf. auch in gemeinsamer Koordination) mit dem Ziel einer zügigen Entscheidung über die Leistung auferlegen. Es bietet sich daher an, auf diese im Rahmen des eingesetzten Instruments an geeigneter Stelle nochmals gezielt hinzuweisen.

3.4 Literatur

Ausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015). Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands (CRPD/C/DEU/CO/1), 13. Tagung 25.3. – 17.4.2015), abrufbar unter www.institut-fuer-menschenrechte.de > Monitoring-Stelle UN-BRK > Staatenprüfung 2018-2020 > Abschließende Bemerkungen (letzter Abruf: 30.11.2018).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“ gemäß § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX, Stand: 2019.

von Boetticher, A. (2018). Das neue Teilhaberecht. Nomos, Baden-Baden.

Dau, D. H., Düwell, F. J. & Jousen, J. (Hrsg.) (2018). Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. SGB IX/BTHG/SchwVWO/BGG. Lehr- und Praxiskommentar. 5. Aufl., Nomos, Baden-Baden (zit. Dau u.a./Autor*in).

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2017). Stellungnahme des Ad-hoc-Ausschusses „Umsetzung des BTHG“ der DVfR. ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), August 2017, abrufbar unter www.dvfr.de > Arbeitsschwerpunkte > Stellungnahmen der DVfR (letzter Abruf: 30.11.2018) (zit. DVfR-Stellungnahme).

Hauck, K. & Noftz, W. (Hrsg.). SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. Loseblatt, Erich Schmidt Verlag, Berlin (zit. Hauck/Noftz/Autor*in).

Hauck, K. & Noftz, W. (Hrsg.). SGB IX Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Loseblatt, Erich Schmidt Verlag, Berlin (zit. Hauck/Noftz/Autor*in).

juris Praxiskommentar SGB IX (online). (2018) SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 3. Aufl., Luthe, E.-W. (Hrsg.). Schlegel, R. & Voelzke, T. (Gesamthrsg.). Saarbrücken: juris GmbH. (zit. jurisPK-SGB IX/Autor*in).

Kunkel, P.-C., Kepert, J. & Pattar, A. K. (Hrsg.) (2018). Sozialgesetzbuch VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Lehr- und Praxiskommentar, 7. Aufl., Nomos, Baden-Baden (zit. Kunkel u. a./Autor*in).

Münder, J., Meysen, T. & Trenczek, T. (Hrsg.) (2018). Frankfurter Kommentar SGB VIII. 8. Aufl., Nomos, Baden-Baden (zit. FK-SGB VIII/Autor*in).

Neumann, D., Pahlen, R., Winkler, J. & Jabben, J. (2018). Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 13. Aufl., C.H.Beck, München.

Rosenow, R. (2017). Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes auf die Kinder- und Jugendhilfe ab 1.1.2018, JAmt 2017, S. 480 – 487.

Schellhorn, H., Fischer, L., Mann, H. & Kern, C. (2017). SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. 5. Aufl., Luchterhand Verlag Köln (zit. Schellhorn u.a./Autor*in).

Schönecker, L. (2018). Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) auf die Kinder- und Jugendhilfe (Verfahrensfragen) – erste Hinweise für die Praxis, DJuF-Themengutachten TG-1233, www.kijup-online.de (letzter Abruf: 30.11.2018) (zit. DJuF-Themengutachten/Schönecker).

Schindler, G. (2018). Jugendämter werden Rehabilitationsträger – in der Krise liegt die Chance!?, in: Katzenstein, H., Lohse, K., Schindler, G. & Schönecker, L. (Hrsg.), Das Recht als Partner der Fachlichkeit in der Kinder- und Jugendhilfe – Liber Amicorum für Thomas Meysen, Nomos, Baden Baden

Walhalla Fachredaktion (2018). Bundesteilhabegesetz Reformstufe 2: Das neue SGB IX – Vergleichende Gegenüberstellung/Synopse. Gesetzesmaterialien und Erläuterungen zum neuen Teilhabe- und Rehabilitationsrecht, Walhalla Fachverlag, Regensburg.

Wiesner, R. (Hrsg.) (2015). SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe. 5. Aufl., C.H.Beck, München (zit. Wiesner/Autor*in).



Kontakte

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Prof. Dr. Jörg. M. Fegert | Prof. Dr. Ute Ziegenhain
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm
Tel. +49 (0) 731 500 61612

Deutsches Jugendinstitut München
Dr. Heinz Kindler
Nockherstr. 2
81541 München
Tel +49 (0) 89 62306 245

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

