

## **Anforderungen an die Jugendämter durch das Bundesteilhabegesetz**

beschlossen auf der 126. Arbeitstagung  
der Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter  
vom 22. bis 24. Mai 2019 in Chemnitz

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

das BTHG ist eines der großen sozialpolitischen Reformprojekte der Bundesregierung aus der vergangenen Legislaturperiode, das in verschiedenen Stufen bis zum Jahr 2023 in Kraft treten wird. Ziel ist es, mit dem BTHG die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Sinne von mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung zu verbessern sowie die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln.

Für die Kinder- und Jugendhilfe bedeutet das BTHG alleine schon auf Grund seiner Komplexität eine Herausforderung, was man an den zahlreichen Veröffentlichungen, Tagungen und Arbeitsgruppen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene bemerken kann. Eine besondere Herausforderung für die Adaption des BTHG durch die Kinder- und Jugendhilfe resultiert schon aus der Tatsache, dass vom Gesetzgeber ursprünglich eine Parallelität zwischen BTHG und SGB VIII-Reform vorgesehen war, die jedoch nicht umgesetzt werden konnte.

Nunmehr sind in der Debatte um die Beachtung, Aneignung und Umsetzung des BTHG in der Kinder- und Jugendhilfe gewisse Pendelausschläge bezüglich der notwendigen Intensität zu beobachten. Vor dem Hintergrund des etablierten Hilfeplanverfahrens nach § 36 SGB VIII und des zweistufigen Prüfverfahrens in der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII war lange Zeit eine gewisse Distanz zum BTHG in der Kinder- und Jugendhilfe festzustellen. Das beteiligungsorientierte SGB VIII beinhaltet schon alle wichtigen Parameter moderner adressatenorientierter Hilfestellung, während diese mit dem BTHG aufgrund der ICF-Orientierung in der Eingliederungshilfe im SGB XII, respektive SGB IX, noch weiterentwickelt werden müssen.

Die vorliegende Arbeitshilfe beabsichtigt, die für die Kinder- und Jugendhilfe relevanten wesentlichen Änderungen und zu beachtenden Vorschriften aufzugreifen und bezüglich der Anforderungen an die Kinder- und Jugendhilfe auszuführen. Bei der Diskussion in der Arbeitsgruppe wurde dabei durchaus deutlich, dass durch die nicht vollzogene SGB VIII-Reform bestimmte Diskrepanzen zwischen SGB VIII und SGB IX entstanden sind bzw. nicht bereinigt wurden, z.B. bestehen weiterhin unterschiedliche Behinderungsbegriffe im SGB VIII und im SGB IX.

Aus Sicht der Landesjugendämter erfordert das BTHG gerade auch hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Sozialämtern auf örtlicher und überörtlicher Ebene kooperative Lösungen und ein konstruktives Miteinander. Für den Aufbau tragfähiger Kooperationsstrukturen bedarf es möglicherweise auch eines Stufenplanes, erste Ansätze dazu gibt

es bereits in zahlreichen Kommunen. Auch die mittlerweile regelhafte Zusammenarbeit zwischen den Fachverbänden der Erziehungs- und Eingliederungshilfe auf Bundesebene weist hier in die richtige Richtung.

Lorenz Bahr-Hedemann

Vorsitzender

## Inhalt

1. Einführung: Das Jugendamt als Rehabilitationsträger .....	5
2. Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung des Rehabilitationsbedarfs (§ 12 SGB IX) .....	7
2. 1 Ansprechstellen nach Informationspflichten.....	7
2.2 Anhaltspunkte zur Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs .....	8
2.2.1 Prüfung des Bedarfs nach Leistungen zur medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation mit Screening-Bögen.....	9
2.2.2 Nutzen von medizinischen Leitlinien.....	9
2.2.3 Erkennung einer Abhängigkeit.....	9
3. Instrumente der Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX).....	11
4. Zuständigkeitsklärung (§ 14 SGB IX).....	14
5. Beteiligungsverpflichtungen (§ 15 SGB IX).....	18
6. Fristen .....	19
7. Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) und Hilfeplan (§ 36 SGB VIII) .....	20
8. Empfehlung zur Qualifikation und Anforderungen an die Fachkräfte durch das BTHG .....	24
8. 1 Aufgabenbeschreibung.....	24
8.2 Anforderungsprofil und Kompetenzen der Fachkraft zur Bearbeitung eines Antrages auf Teilhabe .....	24
9. Teilhabeverfahrensbericht (§ 41 SGB IX) .....	26
10. Abkürzungsverzeichnis.....	27
11. Literatur.....	29
12. Mitglieder der Arbeitsgruppe.....	32

## 1. Einführung: Das Jugendamt als Rehabilitationsträger<sup>1</sup>

Mit der Einführung des SGB IX im Jahr 2001 wurden die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zum Rehabilitationsträger im Rahmen der Gewährung von Eingliederungshilfe an Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung gemäß § 35a SGB VIII bestimmt.<sup>2</sup> Damit gelten neben den Regelungen des SGB VIII in diesem Kontext die Regelungen des SGB IX, die durch das BTHG geändert wurden und werden. Das BTHG ist ein Artikelgesetz, das im Schwerpunkt das SGB IX ändert. Das Inkrafttreten des BTHG erfolgt/e in vier Stufen zwischen 2017 und 2023. Die nachfolgend beschriebenen Anforderungen beziehen sich auf die Änderungen der zweiten Stufe in Teil 1 SGB IX, die zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten sind:

§ 5 SGB IX umfasst fünf Leistungsgruppen. Neu ist die Leistungsgruppe „Leistungen zur Teilhabe an Bildung“, die den de facto schon bisher zuständigen Rehabilitationsträgern zugeordnet wurde. Für vier dieser Leistungsgruppen können die Träger der öffentlichen Jugendhilfe gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX Rehabilitationsträger sein:

- Leistungen zu medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur sozialen Teilhabe

Nicht zuständig sind die Jugendämter für die Leistungsgruppe „unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen“.

Die Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger und die Leistungsvoraussetzungen richten sich weiterhin gemäß § 7 Abs. 1 S. 2 SGB IX nach dem jeweiligen Leistungsgesetz, das heißt für die Jugendhilfe nach § 35a oder § 41 in Verbindung mit § 35a SGB VIII.<sup>3</sup>

**Allerdings gehen seit dem 1. Januar 2018 gemäß § 7 Abs. 2 SGB IX die Kapitel 2 bis 4 (§§ 9 bis 24 SGB IX) den jeweiligen Leistungsgesetzen aller sieben Rehabilitationsträger vor.**

---

<sup>1</sup> Wir bitten um Verständnis, dass aus Gründen der Lesbarkeit auf eine durchgängige Nennung der weiblichen und männlichen Bezeichnungen verzichtet wird. Selbstverständlich beziehen sich die Texte in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

<sup>2</sup> Die Zuständigkeiten für die Eingliederungshilfe in den Bundesländern können auf Seite 6 des Dokuments „Umsetzungsstand BTHG“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge entnommen werden. Das Dokument ist abrufbar unter: [https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/umsetzungsstand/2019-02-27\\_umsetzungsstand-bthg.pdf](https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/umsetzungsstand/2019-02-27_umsetzungsstand-bthg.pdf)

<sup>3</sup> Derzeit wird diskutiert, welcher Behinderungsbegriff (Leistungsvoraussetzungen) für die Kinder- und Jugendhilfe relevant ist. Nach Schönecker, Themengutachten TG-1233 Rn. 3, ist der Behinderungsbegriff des § 35a SGB VIII unter Hinzuziehung des Behinderungsbegriffs des § 2 SGB IX auszulegen sei. Dem steht nach hier vertretener Auffassung schon der eindeutige Wortlaut des § 7 Abs. 1 S. 2 SGB IX entgegen.

Diese Kapitel regeln das Verfahren der Rehabilitationsträger, insbesondere

- die vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe (§ 9 SGB IX),
- die frühzeitige Erkennung von Reha-Bedarfen und Hinwirkung auf Antragsstellung (§ 12 SGB IX),
- die Bedarfsermittlung mit geeigneten, standardisierten Instrumenten (§ 13 SGB IX),
- das Verfahren mit Fristen zur Klärung der Fallverantwortung des sogenannten „leistenden Rehabilitationsträgers“ (§ 14 SGB IX),
- wenn Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger notwendig sind, die Verpflichtung des leistenden Rehabilitationsträgers zur Beteiligung dieser (§ 15 SGB IX),
- die Durchführung eines Teilhabeplanverfahren (§ 19 SGB IX), ggf. auch einer Teilhabeplankonferenz (§ 20 SGB IX), zusätzlich zum Hilfeplanverfahren (§ 21 SGB IX).

Während die §§ 9 bis 24 SGB IX den Vorschriften des SGB VIII vorgehen, sind die anderen Vorschriften des Teil 1 SGB IX zu berücksichtigen, sofern sich aus dem SGB VIII als Spezialgesetz nichts Abweichendes ergibt (§ 7 Abs. 1 S. 1 SGB IX).

Gemäß § 26 SGB IX vereinbaren die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung sowie der Kriegsopferversorgung/-fürsorge gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung ihrer Zusammenarbeit im Rahmen der BAR. Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe, die an deren Vorbereitung beteiligt werden, orientieren sich nach § 26 Abs. 5 SGB IX bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dem SGB IX an diesen Empfehlungen oder können ihnen beitreten. Zur Konkretisierung der neuen Verfahrensvorgaben im Teil 1 SGB IX wurde die GE Reha-Prozess entwickelt.<sup>4</sup>

Neben den neuen Verfahrensvorgaben erfolgen durch das BTHG auch strukturelle Änderungen. Dazu gehören

- die Verpflichtung der Rehabilitationsträger durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird, insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von barrierefreien Informationsangeboten und die Benennung von Ansprechstellen (§ 12 SGB IX),
- die Einführung der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (§ 32 SGB IX), die vom Bund befristet gefördert wird und die Beratung durch die Rehabilitationsträger ergänzt,
- die Einführung eines jährlichen Teilhabeverfahrensberichts (§ 41 SGB IX) für alle Rehabilitationsträger zu 16 Erhebungsmerkmalen. Diese Daten müssen die Jugendämter erheben und an die BAR melden.

---

<sup>4</sup> Abrufbar unter: <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.pdf>

## **2. Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung des Rehabilitationsbedarfs (§ 12 SGB IX)**

Die Bedarfserkennung an sich, als Voraussetzung für die Einleitung eines Rehabilitationsverfahrens, muss durch geeignete Maßnahmen der Rehabilitationsträger sichergestellt sein. Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, Ansprechstellen zu benennen und die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs zu unterstützen.

### **2. 1 Ansprechstellen nach Informationspflichten**

Rehabilitationsträger müssen Leistungsberechtigte informieren über (vgl. § 12 Abs. 1 S. 2 SGB IX):

1. Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe,
2. die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget,
3. das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und
4. Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX.

Ferner müssen die Rehabilitationsträger Ansprechstellen benennen, die solche Informationsangebote vermitteln an:

- Leistungsberechtigte
- Arbeitgeber
- Andere Rehabilitationsträger

Nachdem die in § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX benannten Informationspflichten sehr umfangreich und trägerübergreifend sind, wird empfohlen, qualifizierte Fachkräfte<sup>5</sup> im Jugendamt vorzuhalten und zu benennen. Dies ist u.a. auch deswegen zu empfehlen, da es in einem Erstkontakt bereits zu einer Antragsstellung und somit auch zum Einsetzen von Fristen nach §§ 14, 15 SGB IX kommen kann. Insofern sollte die pädagogische Fachkraft mit

- entsprechenden zeitlichen Ressourcen,
- der Fähigkeit zur Vernetzung und Kooperation,
- fundierten Kenntnissen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII und
- summarischen Kenntnissen über das Leistungsspektrum anderer Rehabilitationsträger ausgestattet sein.

In § 32 SGB IX ist die Anspruchsberechtigung auf eine ergänzende und unabhängige Teilhabeberatung als niederschwelliges Angebot für Menschen mit (drohender) Behinderung und deren Angehörigen geregelt. Das Angebot dient ferner zur Orientierung über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Es ersetzt allerdings nicht die in § 12 SGB IX geregelte Beratungspflicht der Rehabilitationsträger, sondern ist als ergänzendes Angebot zu verstehen, um Menschen mit (drohender) Behinderung in ihrer Selbstbestimmung zu stärken und in ihrer freien Entscheidung zu fördern.

---

<sup>5</sup> Vgl. Kapitel 8

Damit die Möglichkeit der Inanspruchnahme der ergänzenden und unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX sichergestellt ist, werden nicht nur die Rehabilitationsträger aufgefordert darauf zu verweisen. Vormünder, Pfleger und Betreuer sollen in Ausübung ihres Erziehungs- und Betreuungsauftrages die ihnen anvertrauten Personen, bei denen Beeinträchtigungen festgestellt werden, bei diesen Beratungsstellen vorstellen (vgl. § 33 SGB IX). Die unter § 34 SGB IX aufgeführten Berufsgruppen (Angehörige von Heilberufen, Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher) sind beim Wahrnehmen einer (drohenden) Behinderung im Rahmen der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit verpflichtet, auf das Angebot nach § 32 SGB IX hinzuweisen.<sup>6</sup>

Empfohlen wird, sich mit den Teilhabeberatungsstellen vor Ort zu vernetzen, die zuständigen Ansprechstellen im Haus zu benennen und über die Aufgabe im eigenen Wirkungskreis sowie die Verfahren und Abläufe zu Teilhabeprüfung und Bedarfsfeststellung zu informieren.

## **2.2 Anhaltspunkte zur Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs**

Mit Bezug auf § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX formuliert § 11 GE Reha-Prozess zwölf Anhaltspunkte, in welchen Fällen rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden - insbesondere, um eine Behinderung zu verhindern, die durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingt ist. Beispiele für diese Anhaltspunkte sind:

- Bestehen einer chronischen Erkrankung oder einer Mehrfacherkrankung bei Menschen jeden Alters
- Besonders belastende Ausbildungs-, Arbeits- oder Lebensbedingungen
- Gesundheitsstörung, der vermutlich eine psychische Erkrankung, eine psychosomatische Reaktion oder Suchtmittelabhängigkeit zu Grunde liegt
- Zustand nach traumatischen Erlebnissen
- Auffälliges Verhalten in der Kindertagesstätte oder der Schule (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit anhaltenden Verhaltensmustern, Belastungs- und Anpassungsstörungen, eingeschränkte Wahrnehmung der äußeren Wirklichkeit)
- Bestehen einer komplexen Bedarfslage des Betroffenen

Trifft mindestens einer dieser Anhaltspunkte zu, sollte dies als Indiz gewertet werden, den Bedarf nach (weiteren) Rehabilitationsleistungen auch außerhalb der eigenen Zuständigkeit zu prüfen.

Die Anhaltspunkte können auch bei Anträgen auf eine Hilfe zur Erziehung gem. § 27 ff. SGB VIII dazu dienen, die Notwendigkeit einer zusätzlichen oder alternativen Eingliederungshilfe abzuschätzen und ggf. mit den antragstellenden Personen zu diskutieren. Wenn Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe parallel erbracht werden, sollten diese koordiniert werden.

---

<sup>6</sup> Die Angebote zur unabhängigen Teilhabeberatung sind unter [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de), mit der Funktion der Postleitzahlensuche zu finden.

## 2.2.1 Prüfung des Bedarfs nach Leistungen zur medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation mit Screening-Bögen

Im Anhang der GE Reha-Prozess befindet sich eine Liste mit Screening-Bögen. Diese können auch fachfremden Personen Hinweise geben, nach welchen Kriterien der Bedarf nach Rehabilitationsleistungen (ggf. über die eigene Zuständigkeit hinaus) näher zu prüfen wäre, Beispiele:

- Checkliste für die ärztliche Einschätzung eines Rehabilitationsbedarfs für die Bereiche Psychosomatik der deutschen Rentenversicherung<sup>7</sup>
- Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT: Kurz-Screening Instrument zur Erfassung eines riskanten Alkoholkonsums<sup>8</sup>
- „Work Ability Index (WAI)“: Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit / Arbeitsbewältigung bei Erwerbstätigen<sup>9</sup>

## 2.2.2 Nutzen von medizinischen Leitlinien

Die Medizinischen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) enthalten Informationen zur Diagnostik und/oder Behandlung unterschiedlichster körperlicher wie seelischer Erkrankungen.<sup>10</sup> Diese können damit wichtige Hinweise geben: einerseits zum Einbezug weiterer Rehabilitationsträger sowie andererseits zur eigenen pädagogischen Hilfe- bzw. Teilhabeplanung. Beispiele für (bald) vorhandene Leitlinien:

- Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik (S3) (2016), geplante Fertigstellung Teil 2 „Therapie“ (S3) im Dezember 2019
- Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung (S3) (2016)
- Lese- und/oder Rechtschreibstörung bei Kindern und Jugendlichen, Diagnostik und Behandlung (S3) (2015)
- ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (S3) (2017)

## 2.2.3 Erkennung einer Abhängigkeit

Ein besonderes Augenmerk auf Abhängigkeitserkrankungen ist aus quantitativen wie inhaltlichen Gründen wichtig: Nach ‚Herzschwäche‘ stellen ‚psychische und Verhaltensstörungen

---

<sup>7</sup> Abrufbar unter: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nord/de/Inhalt/5\\_Services/04\\_Formulare\\_Antraege/\\_pdf/K8011.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Nord/de/Inhalt/5_Services/04_Formulare_Antraege/_pdf/K8011.pdf?__blob=publicationFile&v=6)

<sup>8</sup> Abrufbar unter: [https://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/strukturv\\_fruehbehandlung/alkohol\\_audit\\_auswertung.pdf](https://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/strukturv_fruehbehandlung/alkohol_audit_auswertung.pdf)

<sup>9</sup> Abrufbar unter: [www.arbeitsfaehig.com/uploads/z-neue%20Uploads/WAI-Netzwerk/finalWAI-Langversion\\_mit%20Auswertung\\_2017.pdf](http://www.arbeitsfaehig.com/uploads/z-neue%20Uploads/WAI-Netzwerk/finalWAI-Langversion_mit%20Auswertung_2017.pdf)

<sup>10</sup> Vgl. <https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>

durch Alkohol' den zweithäufigsten Grund für Krankenhauseinweisungen dar<sup>11</sup> und junge Menschen in Heimerziehung sind besonders von riskantem Konsumverhalten betroffen.<sup>12</sup> Abhängigkeitserkrankungen stehen mit anderen psychischen Erkrankungen oft in Zusammenhang und können sich gegenseitig bedingen.<sup>13</sup> Kaum eine andere seelische Erkrankung wirkt sich so massiv auf den sozialen Lebens- und Teilhabebereich aus. Damit liegt ein wichtiger Teil der Hilfeerbringung bei abhängigen jungen Menschen im pädagogischen Bereich, neben dem therapeutischen und medizinischen Bereich.

Um eine (beginnende) Abhängigkeit möglichst früh zu erkennen und Unterstützung anbieten zu können, ist zu empfehlen, sich an den **Kriterien in der ICD-10** und nicht an den Anhaltspunkten zur Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs der GE Reha-Prozess<sup>14</sup> zu orientieren. In der ICD-10 sind ‚Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen‘ unter F. 10-19 im Kapitel V (psychische Erkrankungen) gelistet. Im Folgenden sind die sechs Kriterien gekürzt dargestellt.

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren,
2. verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums),
3. ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird,
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten,
5. Einengung auf den Substanzgebrauch, was an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessenbereiche wegen des Substanzgebrauchs deutlich wird,
6. anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen.

Diese Kriterien gelten für alle psychotropen Substanzen. Remschmidt und Kollegen legen zur Auswertung speziell für junge Menschen fest, dass drei oder mehr dieser Kriterien zusammen mindestens einen Monat<sup>15</sup> lang aufgetreten sein sollten. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.<sup>16</sup> Es ist zu bedenken, dass sich Konsummuster gerade bei jungen Menschen schnell ändern können. Treffen also mehrere Kriterien zu, empfiehlt es sich, zur näheren Abklärung einer möglichen Abhängigkeit(-sentwicklung) mit der Suchthilfe oder Kinder-/Jugendtherapeut/innen bzw. –psychiater/innen zu kooperieren.

Eine typische Maßnahmenkette für abhängige junge Menschen:

- Qualifizierter Entzug in einer dafür spezialisierten Kinder-/Jugendpsychiatrie: Krankenbehandlung gem. SGB V

---

<sup>11</sup> Destatis, 2018

<sup>12</sup> Schu et al, 2014

<sup>13</sup> Swendson et al, 2010; Rohde et al, 2001

<sup>14</sup> Als Kriterien zur Erkennung einer Abhängigkeit, die den einzelnen Substanzen zugeordnet werden, erscheint beispielsweise „Schädigung des Gehirns“ bei Ecstasy, nicht jedoch unter Alkohol. Ebenso könne man eine Abhängigkeit von illegalen Drogen an kurzfristigen Nebenwirkungen während des Rausches erkennen, z.B. dem Anstieg der Pulsfrequenz. Damit wird Konsum mit Abhängigkeit gleichgesetzt. Insbesondere im Jugendalter erhöht das die Gefahr einer Stigmatisierung.

<sup>15</sup> Erwachsene: drei oder mehr Kriterien treffen mindestens seit den letzten sechs Monaten zu

<sup>16</sup> Remschmidt et al, 2012, 115

- Behandlung in einer Fachklinik für abhängigkeiterkrankte junge Menschen: medizinische Reha, Kooperation mit der GKV oder DRV
- Nachsorge: ambulante oder stationäre Leistungen zur Sozialen Teilhabe, ggf. gekoppelt mit Leistungen zur Teilhabe an Arbeit (Kooperation mit der BA) oder Bildung

Riskantes (Konsum-)Verhalten anzusprechen, kann eine Herausforderung darstellen. Die Beratungsform ‚Motivational Interviewing‘ nach Miller und Rollnick vermittelt Gesprächstechniken, wie Fachkräfte mögliche Reaktionen von Klient/innen wie Widerstand, Bagatellisieren oder Scham senken können. Diese Techniken sind nicht nur in Gesprächen über das Konsumverhalten hilfreich, sondern grundsätzlich in Veränderungsprozessen, die ambivalent besetzt sind.

### **3. Instrumente der Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX)**

Mit dem Ziel einer einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verpflichtet § 13 SGB IX die Rehabilitationsträger, systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen zu verwenden. Diese sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX entsprechen. Diese Instrumente sollen nach § 13 Abs. 2 SGB IX insbesondere erfassen,

1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
2. welche Auswirkung 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.

Nach § 36 GE Reha-Prozess hat die Bedarfsermittlung individuell und funktionsbezogen zu erfolgen. „Individuell“ bedeutet nach der GE Reha-Prozess die Ermittlung unter Berücksichtigung der aktuellen Lebenssituation des Individuums mit seinen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfen unter Einbeziehung der Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse und Ziele. „Funktionsbezogen“ bedeutet die Ermittlung unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO und unter Orientierung an der ICF; die Erhebung aller erforderlichen Informationen zu den Ausprägungen und Auswirkungen eines Gesundheitsproblems in verschiedenen Lebensbereichen sowie die Einbeziehung der im Einzelfall bedeutsamen Kontextfaktoren und die Beachtung der Wechselwirkungen untereinander.

Hierzu sollen strukturierte Gespräche erfolgen. Als Beispiele für systematische Arbeitsprozesse benennt § 38 GE Reha-Prozess Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle, insbesondere auch in ihrer systematischen Verbindung zueinander. Als standardisierte Arbeitsmittel werden Hilfsmittel wie Tests, Fragebögen, IT-Anwendungen, Befundberichte usw. beschrieben.

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe orientieren sich gemäß § 26 Abs. 5 SGB IX an den Gemeinsamen Empfehlungen. Eine Verpflichtung zur Anwendung der ICF besteht - anders als in § 118 SGB IX für die Träger der Eingliederungshilfe vorgegeben<sup>17</sup> - für die Jugendhilfe nicht (Verordnung bis 2019: § 142 SGB XII und ab 2020 in § 118 SGB IX). In der Jugendhilfe wird die Eignung der ICF (bzw. der ICF-CY für Kinder und Jugendliche) für die Bedarfsermittlung zum Teil sehr kritisch gesehen.<sup>18</sup> Die DVfR weist in einer Stellungnahme darauf hin, dass die ICF als Kodierungs- bzw. Klassifikationssystem außerhalb eines klinischen Rahmens bzw. anderen rehabilitationspraktischen Kontextes nicht einsetzbar ist. Hingegen wird das der ICF zugrunde liegende Konzept des bio-psycho-sozialen Modells als unumstritten eingeschätzt.<sup>19</sup> Die DVfR betont zudem, dass das Instrument der Bedarfsermittlung sich insbesondere auf die Gestaltung dieses Prozesses fokussieren sollte und ein leitfadengestütztes, barrierefreies Bedarfsermittlungsgespräch vorsehen sollte. In der Kinder- und Jugendhilfe ist dies im Vergleich zu anderen Rehabilitationsträgern seit der Einführung der Hilfeplanung der Standard.

### **Anforderungen an die Jugendhilfe**

Das SGB VIII sieht für alle längerfristig zu gewährenden Hilfen in § 36 SGB VIII die Durchführung eines Hilfeplanverfahrens vor. Dessen Kernelemente sind

- die Beratung und umfassende Beteiligung des jungen Menschen und seiner Erziehungsberechtigten in allen Verfahrensschritten;
- die Durchführung einer sozialpädagogischen Diagnostik,<sup>20</sup> die neben den Gesprächen mit dem jungen Menschen und seinen Erziehungsberechtigten auch Gespräche mit oder das Einholen von Stellungnahmen von betreuenden Personen aus Institutionen wie Schule, Ausbildungsstelle usw. umfasst, bis hin zu Hospitationen in der Schule o.ä.;
- die Entscheidung über die geeignete Hilfeart<sup>21</sup> im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte;
- die Zielorientierung und gemeinsame Zielformulierung als Grundlage der Hilfe im Hilfeplan<sup>22</sup>.

Das Hilfeplanverfahren ist im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII anzuwenden. Sind die Voraussetzung für eine Teilhabeplanung nach § 19 SGB IX gegeben, findet das Hilfeplanverfahren ebenfalls Anwendung (§ 21 S. 2 SGB IX).

Bei der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII besteht im Vergleich zu den anderen Hilfen die Besonderheit, dass die Leistungsvoraussetzungen von zwei Professionen geprüft wer-

---

<sup>17</sup> Die Träger der Eingliederungshilfe müssen nach § 118 Abs. 1 SGB IX in ihrem Instrument die neun Lebensbereiche der ICF berücksichtigen.

<sup>18</sup> Rosenow JAmt 2018, 480 ff.

<sup>19</sup> Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2017

<sup>20</sup> analog der Bedarfsermittlung im SGB IX

<sup>21</sup> analog der Bedarfsfeststellung im SGB IX

<sup>22</sup> Eine ausführliche Darstellung der diesbezüglichen Qualitätsstandards findet sich in Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, Empfehlungen Qualitätsmaßstäbe und Gelingensfaktoren für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII, 2015

den: Die Feststellung der Abweichung der seelischen Gesundheit als erste Leistungsvoraussetzung erfolgt nach Abs. 1a durch die Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Arztes oder psychologischen Psychotherapeuten mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern/Jugendlichen.

Die Feststellung der (drohenden) Teilhabebeeinträchtigung als zweite Leistungsvoraussetzung ist Aufgabe der Fachkräfte im Jugendamt, ebenso die abschließende Feststellung, ob eine seelische Behinderung besteht.<sup>23</sup>

Nach der o.g. Definition der GE Reha-Prozess ist in der Kinder- und Jugendhilfe mit der Hilfeplanung bereits ein systematischer Arbeitsprozess gegeben. Die ärztliche Stellungnahme ist demnach ein standardisiertes Arbeitsmittel. Hinzu kommen unterschiedliche diagnostische Verfahren in den Jugendämtern.<sup>24</sup> Die Jugendämter verwenden zum Teil zudem spezielle Einschätzungsbögen zur Überprüfung der Teilhabebeeinträchtigung, beispielhaft sind dies:

- die Orientierungspunkte/Checkliste zur Feststellung der Teilhabe bzw. Teilhabebeeinträchtigung gem. § 35a SGB VIII des KVJS Baden-Württemberg,
- das Teilhabeinventar des Bayerischen Landesjugendamtes,
- die Diagnosebögen der beiden nordrhein-westfälischen Landesjugendämter<sup>25</sup>,
- das Handbuch „Hilfe zur Erziehung“ der Senatsverwaltung Berlin,
- Diagnosebogen des Instituts für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.

Aus der Sicht der BAG Landesjugendämter ist es im Kontext der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII angesichts des Vorrangs von § 13 SGB IX notwendig, im Rahmen der sozialpädagogischen Diagnostik spezielle **Instrumente zur Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung bzw. Bedarfsermittlung** einzusetzen. Diese sollten folgenden Anforderungen entsprechen:

- Sie tragen den Spezifika der Kinder- und Jugendhilfe Rechnung und sind mit den in den Jugendämtern angewendeten sozialpädagogischen Diagnoseverfahren kompatibel und kombinierbar.
- Die Instrumente berücksichtigen alle vier relevanten Lebensbereiche, die in der Fachliteratur<sup>26</sup> und Rechtsprechung<sup>27</sup> herangezogen werden: Person und Alltagsbewältigung; Familie; Freizeit und soziale Kontakte; Kindertagesstätte, Schule oder Beruf (je nach Alter). Diese sind gleichwertig und unterliegen keiner Rangfolge.

---

<sup>23</sup> OVG NRW 15.07.2011 - 12 A 1168/11; Sächsisches OVG 09.05.2016 - 4 B 92/16

<sup>24</sup> Vgl. ausführlich: Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter: Empfehlungen Qualitätsmaßstäbe und Gelingensfaktoren für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII, 23 ff.

<sup>25</sup> LVR-Landesjugendamt und LWL-Landesjugendamt (Hrsg.) (2014): Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII. Eine Arbeitshilfe für Jugendämter. Köln, Münster – derzeit in Überarbeitung

<sup>26</sup> Kölch/Wolff/Fegert JAmt 2007, 1 ff.

<sup>27</sup> OVG NRW 15.10.2014 - 12 B 870/14; OVG Sachsen-Anhalt 17.02.2016 - 4 L 162/14

- Insbesondere bei Kindern, aber auch bei Jugendlichen gestaltet sich Teilhabe (verstanden als aktive und selbstbestimmte Gestaltung des Lebens) alters- bzw. entwicklungsentsprechend und das Hinführen dorthin ist Teil des Erziehungsauftrages der Eltern.<sup>28</sup> Deshalb muss bei der Prüfung der Teilhabebeeinträchtigung auch berücksichtigt werden, ob ein erzieherischer Bedarf vorliegt.<sup>29</sup>
- Besteht (auch) ein Bedarf an Hilfe zur Erziehung, ist eine Anschlussfähigkeit des Verfahrens (insbesondere bei der Überleitung von Spezialdiensten an den ASD) notwendig.
- Die Instrumente bilden nicht nur Beeinträchtigungen, sondern auch Ressourcen ab.
- Sie beziehen in den unterschiedlichen Lebensbereichen die einstellungs- und umweltbedingten Kontextfaktoren der ICF und ihre Wechselwirkungen ein.
- Die Instrumente beinhalten Angaben zu den Auswirkungen des Störungsbildes in den Lebensbereichen, zur Intensität der Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigung in den Lebensbereichen und eine prognostische Einschätzung der weiteren Entwicklung.<sup>30</sup>

**Die Instrumente zur Bedarfsermittlung bieten die Möglichkeit für eine nachvollziehbare Situationsbeschreibung und keine ausschließliche Skalierung für die einzelnen Kriterien. Sie dienen der Strukturierung von Wahrnehmungs- und Gesprächsprozessen und geben Orientierungs- und Entscheidungshilfe in komplexen Situationen. Sie ersetzen keine fachliche Beratung und individuelle Bewertung. Eine selbstwertende Funktion ist dementsprechend auszuschließen.<sup>31</sup>**

Wenn die Instrumente diesen Anforderungen entsprechen, werden durch sie die in § 13 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB IX vorgegebenen Kriterien (Einschätzung zum Vorliegen oder Drohen einer Behinderung, Auswirkungen auf die Teilhabe) erfasst. In den weiteren Dokumenten des Hilfeplanverfahrens wie Entscheidungsprotokolle, Hilfepläne, ggf. Teilhabepläne usw. werden zudem die in § 13 Abs. 2 Nr. 3 und 4 SGB IX beschriebenen Inhalte (Ziele, voraussichtlich erfolgreiche Leistungen) abgebildet.

#### **4. Zuständigkeitsklärung (§ 14 SGB IX)**

§ 14 SGB IX regelt ein Verfahren zur Ermittlung des leistenden Rehabilitationsträgers bei Eingang eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe und entspricht in großen Teilen der bisherigen Rechtslage. Neu eingeführt wird der Begriff des „leistenden Rehabilitationsträgers“, in Abgrenzung zum „beteiligten Rehabilitationsträger“ in § 15 SGB IX. Der leistende Rehabili-

<sup>28</sup> Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.: Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederung nach § 35a SGB VIII, 2007

<sup>29</sup> Schönecker Dialog Erziehungshilfe 2018, 26 ff.

<sup>30</sup> Fegert/Besier, 2009

<sup>31</sup> Nach dem OVG Rheinland-Pfalz 25.12.2013 - 7 B 11154/12 ist es beim Einsatz von Diagnosebögen verfehlt, jeden der abgebildeten Bereiche und jede der in diesem Bereich gestellten Fragen in der Gesamtbewertung als gleichrangig anzusehen und so einen prozentualen Gesamtwert der bestehenden Teilhabebeeinträchtigung zu ermitteln. Dafür sei eine Skalierung für die Einschätzung der Schwere des jeweiligen möglichen Problems mit 0 bis 4 zu grab.

tationsträger ist im Grundsatz unter anderem zuständig für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, die Leistungsgewährung und ggf. die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens. Bei mehreren beteiligten Rehabilitationsträgern hat er die Koordinierungsfunktion (§ 15 ff. SGB IX).

Nach Eingang eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe hat der angegangene Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen die eigene Zuständigkeit zu prüfen (§ 14 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Die Fristberechnung richtet sich nach § 26 SGB X. Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nach § 2 Abs. 2 SGB VIII (einschließlich Leistungen nach § 35a SGB VIII) erfordern stets einen vorhergehenden Antrag, der formlos oder auch durch schlüssiges (konkludentes) Verhalten gestellt werden kann.<sup>32</sup> Für die Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX muss zunächst ein fristauslösender Antrag vorliegen. Das ist der Fall, wenn die Identität und das konkrete Leistungsbegehren erkennbar sind, so dass eine Zuständigkeitsprüfung erfolgen kann.<sup>33</sup> Ist unklar, auf welche Leistungen sich der Antrag bezieht, ist der Antrag unter Beachtung des Meistbegünstigungsgrundsatzes auszulegen. D.h. sofern eine ausdrückliche Beschränkung auf eine bestimmte Leistung nicht vorliegt, ist davon auszugehen, dass der Leistungsberechtigte die Leistungen begehrt, die nach der Lage des Falles ernsthaft in Betracht kommen und der Antrag demgemäß weit auszulegen ist.<sup>34</sup>

Bei einer erneuten Antragstellung ist danach zu differenzieren, ob eine ganz neue Teilhabeleistung beantragt wird oder ob im Rahmen des Erstantrags lediglich eine Modifizierung oder Ergänzung angestrebt wird.<sup>35</sup> Ein bloßer Verlängerungsantrag bei gleichbleibendem Rehabilitationsbedarf ist daher kein fristauslösender Antrag nach § 14 SGB IX, sondern es handelt sich dann um einen einheitlichen Leistungsfall.<sup>36</sup>

Die Prüfung der Zuständigkeit richtet sich nach dem betroffenen Leistungsgesetz (§ 7 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Für Leistungen zur Teilhabe in Form des § 35a SGB VIII nach dem SGB VIII. Konkret sind die sachliche (§ 85 SGB VIII) und die örtliche (§ 86 SGB VIII) Zuständigkeit unter Einschluss des Vorrang/Nachrang (§ 10 SGB VIII) zu prüfen.<sup>37</sup> Außerdem ist zu prüfen, ob der erstangegangene Träger für die in Frage stehende Leistungsgruppe Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX sein kann. Die Frist von zwei Wochen für die Zuständigkeitsprüfung stellt die Jugendämter als Rehabilitationsträger in den meisten Fällen vor unüberwindbare praktische Probleme. Für die sachliche Zuständigkeit der Jugendämter ist die Feststellung, ob die seelische Gesundheit des Leistungsberechtigten mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem Lebensalter typischen Zustand abweicht (§ 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 1

---

<sup>32</sup> St. Rspr.; vgl. exemplarisch: BVerwG 22.05.2008 - 5 B 130.07, 5 B 130/07, BeckRS 2008, 36602, Rn. 4; aA § 19 Abs. 3 S. 2 GE Reha-Prozess

<sup>33</sup> Jabben in Neumann/Pahlen/Winkler/Jabben, SGB IX, § 14 Rn. 7 mwN

<sup>34</sup> OVG NRW 13.12.2013 – 12 A 1761/12, BeckRS 2014, 57469 mwN

<sup>35</sup> Schon zum alten Recht: VGH München 30.07.2018 - 12 ZB 18.175, BeckRS 2018, 16790 Rn. 7; Die Definition der Merkmale der BAR zum Teilhabeverfahrensbericht (§ 41 SGB IX) weicht von dieser Rechtsprechung ab.

<sup>36</sup> Schon zum alten Recht: VGH München 30.07.2018 - 12 ZB 18.175, BeckRS 2018, 16790 Rn. 7 f.

<sup>37</sup> Kunkel/Kunkel ZFSH/SGB 2017, 194, 201; Grünenwald ZKJ 2018, 208, 212; Ulrich in jurisPK-SGB IX, § 14 Rn. 74; so auch schon zum alten Recht: Grauthoff in Kossens/von der Heide/Maaß, SGB IX, § 14 Rn. 8

SGB VIII), von ausschlaggebender Bedeutung. Hinsichtlich dieser Voraussetzung hat das Jugendamt eine ärztliche/psychotherapeutische Stellungnahme einzuholen (§ 35a Abs. 1a S. 1 SGB VIII). Diese Stellungnahme erfüllt nicht den Charakter eines Gutachtens im Sinne des § 17 SGB IX, da es sich nicht auf den Rehabilitationsbedarf bezieht, sondern auf die Frage, ob eine seelische Störung vorliegt.

**Es ist kaum möglich, im Rahmen von zwei Wochen eine entsprechende Stellungnahme einzuholen. Dies liegt u.a. an einer bundesweiten Versorgungslücke bei der psycho-therapeutischen Diagnostik für Kinder und Jugendliche. Die Wartezeit auf ein Erstgespräch bei Kinder- und Jugendpsychotherapeuten betrug 2018 bundesweit im Jahresdurchschnitt fast 5 Wochen.<sup>38</sup> Diesem Problem kann durch regelhafte Kooperationsvereinbarungen mit entsprechenden Ärzten oder Kliniken oder entsprechenden Absprachen mit dem Gesundheitsamt nur bedingt entgegengewirkt werden.**

Stellt das Jugendamt innerhalb der zwei Wochen fest, dass es für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, muss es den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zuleiten und den Antragsteller unterrichten (§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Die Weiterleitung kann auch an das eigentlich örtlich zuständige Jugendamt erfolgen, das dann zweitangegangener Rehabilitationsträger ist. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass bei unklarer örtlicher Zuständigkeit oder bei Untätigkeit des eigentlich örtlich zuständigen Jugendamts nach § 86d SGB VIII das Jugendamt vorläufig tätig werden muss, in dessen Bereich sich der junge Mensch tatsächlich aufhält.

Wird der Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen weitergeleitet, so regelt § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX, dass der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) und umfassend festzustellen und die Leistungen ggf. zu erbringen hat. Die Gründe für die Nichtweiterleitung sind dafür nicht erheblich. Das Jugendamt hat in einem solchen Fall sämtliche Leistungen zu erbringen, unabhängig davon, ob die Leistungen im SGB VIII vorgesehen sind. Eine Kostenerstattungsmöglichkeit nach § 105 SGB X besteht nicht (§ 16 Abs. 4 SGB IX). Weitere Konstellationen sind in § 72 GE Reha-Prozess geregelt.

**Das bedeutet konkret, die Jugendhilfe erhält Fall- und Kostenzuständigkeit, wenn sie die Zwei-Wochen-Frist nicht einhält.**

Ist für die Bedarfsfeststellung kein Gutachten erforderlich, so entscheidet der leistende Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang (§ 14 Abs. 2 S. 2 SGB IX).

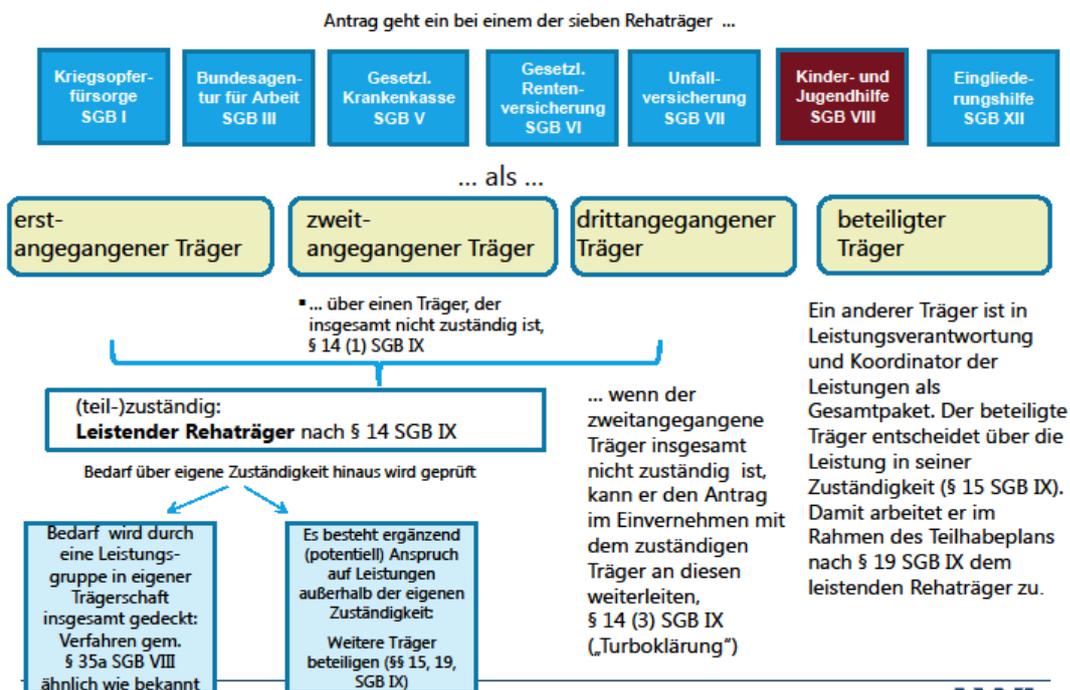
---

<sup>38</sup> Bundespsychotherapeutenkammer, 2018; Hinweis: Meist erstreckt sich die Diagnostik auf mehrere Termine.

Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen (§ 14 Abs. 2 S. 3 SGB IX). Die Begutachtung hat nach den Vorgaben des § 17 SGB IX zu erfolgen.

Wird ein Antrag erstmals weitergeleitet, gilt § 14 Abs. 2 S. 1 bis 3 SGB IX für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die Frist beginnt mit dem Antragseingang bei diesem Rehabilitationsträger (§ 14 Abs. 2 S. 4 SGB IX). Die Weiterleitung ist für diesen Rehabilitationsträger bindend. Stellt das Jugendamt als zweitangegangener Rehabilitationsträger jedoch fest, dass es für den Antrag insgesamt nicht zuständig ist, kann es nach pflichtgemäßem Ermessen den Antrag im Einvernehmen mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger an diesen weiterleiten (§ 14 Abs. 3 Hs. 1 SGB IX) und hat den Antragsteller über die erneute Weiterleitung zu informieren („Turbo-Klärung“). Dieser Träger wird in diesem Fall leistender Rehabilitationsträger und muss innerhalb der bereits durch die erste Weiterleitung ausgelösten Frist (nach § 14 Abs. 2 S. 4 SGB IX) über den Antrag entscheiden (§ 14 Abs. 3 Hs. 2 SGB IX).

### Zuständigkeitsklärung und Arten der Trägerschaft (§§ 14 und 15 SGB IX)



## 5. Beteiligungsverpflichtungen (§ 15 SGB IX)

Der leistende Rehabilitationsträger (im Sinne des § 14 SGB IX) erhält durch § 15 SGB IX bei Anträgen mit umfangreichen Bedarfen auf Leistungen zur Teilhabe neue Beteiligungsverpflichtungen anderer Rehabilitationsträger. Unterschieden werden die Arten der Beteiligung nach „Antragssplitting“ (Abs. 1) und „Einholung der Feststellung“ (Abs. 2).

§ 15 Abs. 1 SGB IX regelt das sogenannte Antragssplitting. Der leistende Rehabilitationsträger muss danach einen Antragsteil dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zuleiten. Voraussetzungen des Antragssplittings sind:

- Leistender Rehabilitationsträger stellt einen weiteren Bedarf an Leistungen außerhalb des eigenen Leistungsgesetzes fest
- Keine grundsätzliche Zuständigkeit für diese Leistungsgruppe nach § 6 Abs. 1 SGB IX

Die Jugendämter können ein Antragssplitting selbst nur in den wenigsten Fällen durchführen (nur bei Anträgen auf existenz-, unterhaltssichernde Leistungen), da sie für beinahe alle Leistungsgruppen Rehabilitationsträger sein können (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX). Gleichwohl können die Jugendämter Splittingadressat sein, dann haben sie in eigener Zuständigkeit über den weitergeleiteten Antragsteil zu entscheiden und hierüber den Antragsteller zu unterrichten (§ 15 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Der leistende Rehabilitationsträger behält aber die Koordinierungsfunktion (z.B. Verantwortlichkeit für den Teilhabeplan, es ergehen zwei Leistungsbescheide).<sup>39</sup>

Besteht eine grundsätzliche Zuständigkeit des Jugendamts für die Leistungsgruppe nach §§ 5 und 6 SGB IX und hält es für die Bedarfsfeststellung Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger für erforderlich, so fordert es diese an und berät trägerübergreifend (§ 15 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Erforderlichkeit in diesem Sinne wird man immer annehmen können, wenn zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs besondere Sachkenntnis in einem anderen Leistungsgesetz notwendig erscheint.<sup>40</sup> Verzichtet der leistende Rehabilitationsträger auf die Beteiligung weiterer zuständiger Rehabilitationsträger, so schließt das die Anwendung des allgemeinen Kostenerstattungsanspruch nach § 105 SGB X aus, wenn die Rehabilitationsträger nichts Abweichendes vereinbart haben (§ 16 Abs. 4 S. 1 SGB IX). Die Feststellungen binden den leistenden Rehabilitationsträger bei seiner Entscheidung über den Antrag, wenn sie innerhalb von zwei Wochen nach Anforderung oder im Fall der Begutachtung (§ 17 SGB IX) innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens beim leistenden Rehabilitationsträger eingegangen sind (§ 15 Abs. 2 S. 2 SGB IX). Anderenfalls stellt der leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen umfassend fest (§ 15 Abs. 2 S. 3 SGB IX). Unterbleibt die Mitwirkung des anderen Rehabilitationsträgers gänzlich oder erfolgt sie nicht rechtzeitig, wird er kostenerstattungspflichtig nach § 16 Abs. 2 S. 2 SGB IX. In diesen Fällen wird das Jugendamt eine Begutachtung im Sinne des § 17 SGB IX veranlassen müssen.

---

<sup>39</sup> BT-Drs. 18/9522, 235

<sup>40</sup> Grünenwald ZKJ 2018, 252, 253

Im Fall des § 15 Abs. 2 SGB IX bleibt der leistende Rehabilitationsträger grundsätzlich nicht nur für die Koordinierung der Leistungen verantwortlich, sondern er behält auch die Leistungsverantwortung. Eine Ausnahme davon ist in § 15 Abs. 3 S. 1 SGB IX geregelt. Dabei bewilligen und erbringen die beteiligten Rehabilitationsträger die Leistungen nach den für sie jeweils geltenden Leistungsgesetzen im eigenen Namen (d.h. erlassen eigene Verwaltungsakte), wenn im Teilhabeplan dokumentiert wurde,

- dass die erforderlichen Feststellungen nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen von den zuständigen Rehabilitationsträgern getroffen wurden (Nr. 1),
- auf Grundlage des Teilhabeplans eine Leistungserbringung durch die nach den jeweiligen Leistungsgesetzen zuständigen Rehabilitationsträger sichergestellt ist (Nr. 2) und
- die Leistungsberechtigten einer nach Zuständigkeiten getrennten Leistungsbewilligung und -erbringung nicht aus wichtigem Grund widersprechen (Nr. 3).

Die Regelung des § 15 Abs. 3 S. 1 SGB IX beschreibt die sog. Konsensfälle und befreit den leistenden Rehabilitationsträger insofern von der alleinigen Leistungsverantwortung.

§ 15 Abs. 3 S. 2 SGB IX regelt hingegen die sog. Konfliktfälle, in denen die Voraussetzungen des § 15 Abs. 3 S. 1 SGB IX nicht erfüllt sind. Demnach erlässt der leistende Rehabilitationsträger den Verwaltungsakt in den Fällen der Beteiligung nach Absatz 2 und erbringt die Leistungen im eigenen Namen. Die volle Koordinierungs- und Leistungsverantwortung obliegt in diesen Fällen dem leistenden Rehabilitationsträger.<sup>41</sup> § 16 Abs. 2 SGB IX regelt den korrespondierenden Kostenerstattungsanspruch für den leistenden Rehabilitationsträger.

In den Fällen der Beteiligung nach § 15 SGB IX muss der Verwaltungsakt innerhalb von sechs Wochen nach Antragseingang beim erstangegangenen Träger ergehen (§ 15 Abs. 4 S. 1 SGB IX). Wird eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt, dann in zwei Monaten (§ 15 Abs. 4 S. 2 SGB IX). Der leistende Rehabilitationsträger hat die Antragsteller über die Beteiligung, die Zuständigkeiten und die Fristen zu informieren (§ 15 Abs. 4 S. 3 SGB IX).

## 6. Fristen

- Zuständigkeitsprüfung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang
- Entscheidung über den Antrag innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang
- Entscheidung über Antrag innerhalb von drei Wochen ab Zugang eines weitergeleiteten Antrags (auch innerhalb dieser Frist bei Turboklärung für drittangegangenen Träger)
- Bei Begutachtung ist innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens über den Antrag zu entscheiden.
- Bei Antragsplitting oder Beteiligung nach § 15 Abs. 2 und 3 SGB IX ist über den Antrag innerhalb von sechs Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.
- Bei Durchführung einer Teilhabeplankonferenz ist innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang zu entscheiden.

---

<sup>41</sup> BT-Drs. 18/9522, 235

## 7. Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) und Hilfeplan (§ 36 SGB VIII)

Im Rahmen des BTHG wurde der Teilhabeplan nach § 19 SGB IX eingeführt. Ziel ist es, dass die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen festgestellt und schriftlich so zusammengestellt werden, dass sie nahtlos ineinandergreifen (§ 19 Abs. 1 SGB IX).

Ein Teilhabeplan ist nach dem Gesetz aufzustellen:

- wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen gewährt werden (§ 19 Abs. 1 SGB IX) oder
- wenn mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind (§ 19 Abs. 1 SGB IX) oder
- wenn der Leistungsberechtigte das wünscht (§ 19 Abs. 2 S. 3 SGB IX).

Der Teilhabeplan ist Grundlage für die Entscheidung über einen Leistungsantrag (§ 19 Abs. 4 S. 1 SGB IX) und durch den leistenden Rehabilitationsträger aufzustellen. Er muss innerhalb der für den Antrag maßgeblichen Frist erstellt werden (§ 19 Abs. 2 S. 2 SGB IX). Ein nach § 15 SGB IX beteiligter Rehabilitationsträger kann den Teilhabeplan aufstellen, wenn die Rehabilitationsträger dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren (§ 19 Abs. 5 S. 1 SGB IX). Die Begründung des Verwaltungsakts nach § 35 SGB X soll erkennen lassen, inwieweit die im Teilhabeplan enthaltenen Feststellungen bei der Entscheidung berücksichtigt wurden (§ 19 Abs. 4 S. 2 SGB IX). Die Erstellung des Teilhabeplans ist grundsätzlich im Umlaufverfahren möglich.<sup>42</sup>

**Die Inhalte des Teilhabeplans ergeben sich aus § 19 Abs. 2 SGB IX. Die BAR hat als Anlage 6 der GE Reha-Prozess einen insgesamt drei Teile umfassenden Vordruck für die Teilhabeplanung veröffentlicht.<sup>43</sup>**

Im Teilhabeplanverfahren kann eine sog. Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB IX erforderlich werden. Hält der für das Teilhabeplanverfahren verantwortliche Rehabilitationsträger zur Beratung der Ergebnisse der Bedarfsfeststellung eine Teilhabeplankonferenz für notwendig, kann er sie mit Zustimmung des Leistungsberechtigten durchführen (§ 20 Abs. 1 S. 1 SGB IX). Dies kann insbesondere der Fall sein bei einer Vielzahl von Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen, bei großem Umfang oder langer Laufzeit der erforderlichen Leistungen oder wenn die Feststellung des Bedarfs besondere Herausforderungen birgt, z.B. weil widersprüchliche oder unvollständige Informationen vorliegen.<sup>44</sup> Die Leistungsberechtigten, die beteiligten Rehabilitationsträger und die Jobcenter können die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz vorschlagen (§ 20 Abs. 1 S. 2 SGB IX). § 20 Abs. 1 S. 3 SGB IX regelt Fälle, in denen der Teilhabeplanverantwortliche von dem Vorschlag abweichen kann. Soll

<sup>42</sup> BT-Drs. 18/9522, 239

<sup>43</sup> <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.pdf>

<sup>44</sup> § 58 Abs. 2 S. 4 GE Reha-Prozess

vom Vorschlag der Leistungsberechtigten abgewichen werden, sind den Leistungsberechtigten die maßgebenden Gründe mitzuteilen und hierzu anzuhören (§ 20 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Abweichungsfest ist der Vorschlag, wenn Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden (§ 20 Abs. 2 S. 2 SGB IX). § 20 Abs. 3 SGB IX regelt die Beteiligung weiterer Personen.

Die Jugendämter sind durch das Teilhabeplanverfahren in folgenden Fallgruppen betroffen:<sup>45</sup>

- Wenn sie leistender Rehabilitationsträger sind, müssen sie das Teilhabeplanverfahren selbst durchführen.
- Dasselbe gilt, wenn sie als beteiligter Rehabilitationsträger die Verantwortung für das Teilhabeplanverfahren nach § 19 Abs. 3 SGB IX übernehmen.
- Wenn sie Splittingadressat sind, muss der leistende Rehabilitationsträger sie nach Maßgabe der §§ 19, 20 SGB IX in das Teilhabeplanverfahren einbeziehen.
- Wenn sie als beteiligter Träger ihre Feststellung abgeben.
- Wenn sie Hilfen aus mehreren Leistungsgruppen gewähren.
- Auf Wunsch der Leistungsberechtigten

#### **Exkurs**

Schließlich ist das Jugendamt als andere Stelle nach § 22 SGB IX in das Teilhabeplanverfahren einzubeziehen, soweit dies zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist. In diesen Fällen ist das Jugendamt nicht als Rehabilitationsträger angesprochen, sondern als Träger der Kinder- und Jugendhilfe insgesamt. Die Fristen des § 14 SGB IX greifen dann nicht.

Ist das Jugendamt der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger, gelten die Vorschriften für den Hilfeplan nach § 36 SGB VIII ergänzend (§ 21 S. 2 SGB IX). Im Teilhabeplanverfahren ist der Sozialdatenschutz zu berücksichtigen. Der Teilhabeplanverantwortliche ist Verantwortlicher für den Sozialdatenschutz (§ 23 Abs. 1 SGB IX). Es bedarf einer schriftlichen bzw. elektronischen Einwilligungserklärung für die Datenverarbeitung im Rahmen des Teilhabeplan- und Hilfeplanverfahrens (vgl. § 23 SGB IX). Wird während des Hilfeplanverfahrens gleichzeitig ein Teilhabeplanverfahren durchgeführt, ist zu beachten, dass Daten, die im Hilfeplanverfahren erhoben werden und für das Teilhabeplanverfahren nicht erforderlich sind (z.B. Feststellungen zum Erziehungsverhalten der Eltern) oder über die Angaben nach § 19 Abs. 2 SGB IX hinausgehen, den anderen beteiligten Rehabilitationsträgern nicht zur Verfügung gestellt werden dürfen. Angaben nach § 19 Abs. 2 SGB IX sind z.B.:

- Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf auf Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX
- Eingesetzte Bedarfsermittlungsinstrumente
- Erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und deren Fortschreibung

<sup>45</sup> Rosenow JAmt 2017, 480, 484 f.

## Wesentliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Teilhabeplan und Hilfeplan<sup>46</sup>

	Teilhabeplan	Hilfeplan
Ziel	Feststellung der nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang und nahtloses Ineinandergreifen	Steuerung der eingesetzten Hilfe (Feststellung des Bedarfs und der geeigneten Hilfe erfolgt vorab im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte)
Beteiligte	<p><u>Umlaufverfahren</u>: Rehabilitationssträger</p> <p><u>Teilhabeplankonferenz</u>: Leistungsberechtigte, sonstige Vertrauensperson, Rehabilitationssträger, auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können Rehabilitationsdienste, -einrichtungen und Jobcenter sowie sonstige Leistungserbringer teilnehmen.</p>	Junger Mensch, Personensorgeberechtigte, Jugendamt, Leistungserbringer, Fachperson (§ 35a Abs. 1a SGB VIII), bei Bedarf weitere Beteiligte (z.B. Schule)
Erstellung	Umlaufverfahren möglich, ggf. Teilhabeplankonferenz	Persönliches Hilfeplangespräch erforderlich
Inhalte	<p>Tag des Antrageingangs, Ergebnis der Zuständigkeitsklärung und Beteiligung nach den §§ 14 und 15,</p> <p>Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf auf Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13,</p> <p>die zur individuellen Bedarfsermittlung nach § 13 eingesetzten Instrumente,</p> <p>die gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit nach § 54,</p> <p>die Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung,</p>	<p><b>Alle Hilfen:</b></p> <p>Feststellungen über den Bedarf die zu gewährende Art der Hilfe notwendige Leistungen</p> <p>Ziele (Leitziel, Teilziele) und konkrete Aufgaben (Handlungsschritte)</p> <p><b>Bei Hilfen außerhalb der eigenen Familie:</b></p> <p>Art und Weise der Zusammenarbeit die damit im Einzelfall verbundenen Ziele</p> <p><b>Bei Hilfen in Pflegestellen:</b></p> <p>der vereinbarte Umfang der Beratung der Pflegeperson</p>

<sup>46</sup> In dieser Tabelle werden – sofern nicht anders aufgeführt – Bestimmungen des SGB IX benannt.

	<p>erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und deren Fortschreibung,</p> <p>die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget,</p> <p>die Dokumentation der einvernehmlichen, umfassenden und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in den Fällen nach § 15 Abs. 3 S. 1,</p> <p>die Ergebnisse der Teilhabeplankonferenz nach § 20,</p> <p>die Erkenntnisse aus den Mitteilungen der nach § 22 einbezogenen anderen öffentlichen Stellen und</p> <p>die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation</p>	<p>die Höhe der laufenden Leistungen zum Unterhalt des Kindes</p>
Intervalle	<p>Ersterstellung: Innerhalb der Frist von 6 Wochen bzw. 2 Monaten</p> <p>Fortschreibung: Anpassung bei Bedarf<sup>47</sup></p>	<p>Ersterstellung: Keine gesetzliche Frist</p> <p>Fortschreibung: Regelmäßig (i.d.R. alle 6 Monate<sup>48</sup>)</p>
Rechtscharakter	Kein Verwaltungsakt, vorbereitende Maßnahme	Kein Verwaltungsakt, vorbereitende Maßnahme

<sup>47</sup> Eine Konkretisierung findet sich in § 62 ff. GE Reha-Prozess. Eine gesetzliche Konkretisierung wäre wünschenswert.

<sup>48</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, Qualitätsmaßstäbe und Gelingensfaktoren für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII, 2015

Für den Träger der Eingliederungshilfe gelten die Vorschriften über den Gesamtplan ergänzend zu den Vorschriften zum Teilhabeplan (§ 21 S. 1 SGB IX). Das Jugendamt (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX) ist nicht Träger der Eingliederungshilfe (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX) in diesem Sinne, da der Träger der Eingliederungshilfe landesrechtlich zu bestimmen ist (§ 94 Abs. 1 SGB IX) und – soweit ersichtlich - eine dahingehende Bestimmung durch die Landesgesetzgeber nicht vorgenommen wurde. Demnach müssen die Jugendämter die Vorschriften über die Erstellung des Gesamtplans nicht beachten. Allerdings wirkt das Jugendamt im Einzelfall bei der Erstellung mit (§ 121 Abs. 3 Nr. 3 Buchst. d SGB IX).

Das Teilhabeplanverfahren endet nicht mit dem Erlass des Verwaltungsakts, sondern ist entsprechend dem Verlauf der Gewährung der Leistungen zur Teilhabe anzupassen (§ 19 Abs. 3 S. 1 SGB IX). Der leistende Rehabilitationsträger behält die Koordinierungsverantwortung (§ 19 Abs. 3 S. 2 SGB IX).

## **8. Empfehlung zur Qualifikation und Anforderungen an die Fachkräfte durch das BTHG**

### **8. 1 Aufgabenbeschreibung**

Aufgabe der Fachkräfte im Jugendamt bei Anträgen nach § 35a SGB VIII ist das Feststellen der Leistungsvoraussetzungen unter Einbezug der ärztlichen/psychotherapeutischen Stellungnahme, die Bedarfsfeststellung und die Steuerung der Hilfe/n.

Hieraus resultiert folgendes Anforderungsprofil an die Fachkräfte.

### **8.2 Anforderungsprofil und Kompetenzen der Fachkraft zur Bearbeitung eines Antrages auf Teilhabe**

Zu differenzieren ist nach dem Fachkräftegebot basierend auf § 72 SGB VIII und dem notwendigen inhaltlichen Fachwissen bezüglich der Aufgabenstellung. Bezüglich des Fachkräftegebots wurde anderenorts<sup>49</sup> bereits ausführlich berichtet, so dass an dieser Stelle auf eine Vertiefung verzichtet werden kann. Das Anforderungsprofil bzw. die notwendigen Kompetenzen der Fachkraft zur Bearbeitung eines Antrages auf Teilhabe ergeben sich aus den gesetzlichen Aufgabenbeschreibungen.

Basis bildet das Fachwissen, das jede Fachkraft im sozialen Dienst haben muss: Beispielhaft sind zu nennen: Wissen über die rechtlichen Grundlagen des SGB VIII, Hilfen zur Erziehung, Hilfeplanung, Kinderschutz, Fachwissen über Sozialraumressourcen, usw.

---

<sup>49</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, Das Fachkräftegebot des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, 2005

Zur Wahrnehmung der Steuerungsverantwortung benötigen Fachkräfte u.a. kommunikative Fähigkeiten und Methodenkompetenz.

Notwendige Kenntnisse zur Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen zur Teilhabe:

- Gesetzliche Grundlagen des § 35a SGB VIII und deren Anwendung
- Vorrang/Nachrang Regelung gemäß § 10 SGB VIII
- Psychiatrische Krankheitsbilder und deren Umgang damit in der Hilfeplanung
- Diagnostik der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35a SGB VIII
- Relevante Rechtsprechung zur Zuständigkeit im Rehabilitationsbereich
- SGB IX, insbesondere abweichungsfeste Vorschriften in Teil 1, Kapitel 2 bis 4. Hieraus resultieren u.a. die Notwendigkeiten Teilhabeplanung durchzuführen, ggf. Erarbeitung eines Teilhabeplans, Durchführen der Teilhabeplankonferenz.
- Grundkenntnisse über das bio-psycho-soziale Modell der Gesundheit
- Summarische Grundkenntnisse der Sozialgesetzbücher, der Regelungen zur Kostenheranziehung und der GE Reha-Prozess der BAR

**Das notwendige Fachwissen sollte sowohl bei den pädagogischen Fachkräften als auch bei den Fachkräften der wirtschaftlichen Jugendhilfe vorhanden sein, je nach Zuweisung der Aufgaben in unterschiedlicher Ausprägung.**

Im Rahmen kommunaler Selbstverwaltung legt jede Gebietskörperschaft fest, in welcher Organisationsform und mit welchen Aufgabenstellungen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den jeweiligen gesetzlichen Arbeitsauftrag in enger Zusammenarbeit erfüllen. Die Auflistung dient der Orientierung, wie der jeweilige Jugendhilfeträger in seiner Organisationsform die Aufgabenstellung des § 35a SGB VIII adäquat umsetzen kann. Möglich ist die Aufgabenerfüllung sowohl im Generalisierungsprinzip als auch in einem spezialisierten Fachdienst. Empfehlenswert ist, die Aufgabenstellung zu anderen Tätigkeitsbereichen der bezirklichen Sozialarbeit, weiterer Fachdienste wie Pflegekinderdienst und Jugendhilfe im Strafverfahren abzugrenzen und Schnittstellen zu beschreiben, insbesondere in den Bereichen:

- Durchführen einer Hilfeplankonferenz/Hilfeteamkonferenz nach § 36 Abs. 2 SGB VIII (zeitlich nicht möglich bei komprimierter Bearbeitungszeit in Anträgen auf Teilhabe)
- Hoheitliche Aufgabenwahrnehmung (Kinderschutz nach § 8a SGB VIII und Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII)
- Sicherstellung der Antragsweiterleitung, wenn der Antrag im Sozialen Dienst oder bei anderen Fachdiensten eingeht
- Kooperationsbezüge, bspw. gemeinsame Hilfeplanung, wenn zusätzlich zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII die Familie/weitere Kinder/Jugendliche Hilfen zur Erziehung erhält, Mitwirkung in familiengerichtlichen Verfahren oder Jugendhilfe im Strafverfahren, usw.

## 9. Teilhabeverfahrensbericht (§ 41 SGB IX)<sup>50</sup>

§ 41 SGB IX führt neue umfassende Melde- und Dokumentationspflichten im Rahmen des sog. Teilhabeverfahrensberichts ein. Der jährliche Teilhabeverfahrensbericht soll die Zusammenarbeit der Träger und das Reha-Leistungsgeschehen transparenter machen und Möglichkeiten der Evaluation und Steuerung eröffnen.<sup>51</sup> Die zu erfassenden Merkmale sind in § 41 Abs. 1 Nr. 1 bis 16 SGB IX geregelt und gehen deutlich über die allgemeinen Meldepflichten nach dem SGB VIII hinaus. Im Unterschied zu den Meldepflichten nach dem SGB VIII werden Anträge und nicht Leistungen erfasst. Die Rehabilitationsträger müssen die Daten jährlich an die BAR melden.

---

<sup>50</sup> Nähere Informationen sind abrufbar unter: <https://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/teilhabeverfahrensbericht/fach-infos-fuer-reha-traeger/>

<sup>51</sup> BT-Drs. 18/9522, 249

## 10. Abkürzungsverzeichnis

aA	andere Auffassung
Abs.	Absatz
Aufl.	Auflage
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
bspw.	beispielsweise
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BTHG	Bundesteilhabegesetz
Buchst.	Buchstabe
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
d.h.	das heißt
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
et al	und andere
ff.	fortfolgende
GE	Gemeinsame Empfehlung
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health - children and youth
JAmt	Das Jugendamt
Hrsg.	Herausgeber
Hs.	Halbsatz
mwN	mit weiteren Nachweisen
NRW	Nordrhein Westfalen
Nr.	Nummer
o.g.	oben genannt
o.ä.	oder ähnliches
OVG	Oberverwaltungsgericht
S.	Satz

SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
St. Rspr.	stetige Rechtsprechung
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VGH	Verwaltungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZFSH/SGB	Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis
ZKJ	Zeitschrift für Kindschafts- und Jugendrecht

## 11. Literatur

AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.: Wesentliche Änderungen des BTHG ab 2018 und mögliche Auswirkungen auf die Kinder- und Jugendhilfe

BAR: GE Reha-Prozess, Abrufbar unter: <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/datei-liste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.pdf>

BAR (Hrsg.): Rehabilitation, Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Therapeuten und andere Gesundheitsberufe, 2018, Springer

von Boetticher: Das neue Teilhaberecht, 2018, Nomos

Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter: Das Fachkräftegebot des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, 2005

Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter: Empfehlungen Qualitätsmaßstäbe und Gelingensfaktoren für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII, 2015

Bundespsychotherapeutenkammer: Studie. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018; zitiert als: Bundespsychotherapeutenkammer 2018

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation: Stellungnahme zur ICF-Nutzung bei Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), 2017; zitiert als Deutsche Vereinigung für Rehabilitation

Fegert/Besier: Psychisch belastete Kinder- und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder und Jugendhilfe und Gesundheitssystem, Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, 2009; zitiert als Fegert/Besier, 2009

Grünenwald: Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII auf dem Stand des Bundesteilhabegesetzes im Überblick und im Detail zum 01.01.2018 – Teil 1 in ZKJ 2018, 208 und Teil 2 in ZKJ 2018, 252

Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.: Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederung nach § 35a SGB VIII, 2007

Kölch/Wolff/Fegert: Teilhabebeeinträchtigung - Möglichkeiten der Standardisierung im Verfahren nach § 35a SGB VIII, JAmt 2007, 1 ff.

Kossens/von der Heide/Maaß: SGB IX, 4. Aufl. 2015, C.H. Beck; zitiert als: Bearbeiter in Kossens/von der Heide/Maaß, SGB IX

Kunkel/Kunkel: Welche Auswirkungen hat das Bundesteilhabegesetz auf Jugendhilfe?, ZFSH/SGB 2017, 194 ff.

LVR-Landesjugendamt und LWL-Landesjugendamt (Hrsg.) (2014): Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII. Eine Arbeitshilfe für Jugendämter. Köln, Münster (derzeit in Überarbeitung)

LWL-Koordinationsstelle Sucht: Suchtmittelkonsum und suchtbetogene Problemlagen bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe, 2014: Forum Sucht Sonderband 8

Miller/Rollnick: Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, 2015

Neumann/Pahlen/Winkler/Jabben: SGB IX, 13. Aufl. 2018, C.H.Beck; zitiert als: Bearbeiter in Neumann/Pahlen/Winkler/Jabben, SGB IX

Remschmidt/Schmidt/Poustka (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 6. Aufl. 2012, Verlag Hans Huber; zitiert als: Remschmidt et al

Rohde/Lewinsohn/Kahler/Seeley/Brown: Natural course of alcohol use disorders from adolescence to young adulthood, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001 Jan; 40(1): 83 ff.; zitiert als: Rohde et al

Rosenow: Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes auf die Kinder- und Jugendhilfe ab 01.01.2018, JAmt 2018, 480 ff.

Schönecker: Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) auf die Kinder- und Jugendhilfe (Verfahrensfragen) – erste Hinweise für die Praxis, Themengutachten TG-1233 Rn. 3, Abrufbar über KIJuP Online; zitiert als Schönecker, Themengutachten TG-1233

Schönecker: Erzieherischer Bedarf als Prüfpunkt bei Teilhabeleistungen; Dialog Erziehungshilfe 2018, 26 ff.

Schlegel/Voelzke: jurisPK-SGB VIII, 3. Aufl. 2018, juris; zitiert als: Bearbeiter in jurisPK-SGB IX

Swendsen/Conway/Degenhardt/Meyer/Glantz/Merikangas/Sampson/Kessler: Mental Disorders as Risk factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-year Follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*. Author manuscript; available in PMC 2011 June 1. Published in final edited form as: *Addiction*. 2010 June; 105(6): 1117 ff.; zitiert als: Swendsen et al

## 12. Mitglieder der Arbeitsgruppe

<b>Baden-Württemberg</b>	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg – Landesjugendamt	Christoph Grünenwald Mathias Braun
<b>Bayern</b>	Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt	Vanessa Völkel
<b>Berlin</b>	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie	Jadwiga Delenk
<b>Bremen</b>	Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport	Barbara Hellbach
<b>Hessen</b>	Magistrat der Stadt Hanau - Amt für Soziale Prävention	Andrea Knips-Profeld
	Magistrat der Universitätsstadt Marburg - Fachbereich Kinder, Jugend und Familie	Stefanie Lambrecht
	Jugendamt des Landkreises Gießen	Iris Manthey
	Jugendamt Wetteraukreis	Andrea Rosenberger
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern, Landesjugendamt	Nicole Kehrhahn-von Leesen
<b>Niedersachsen</b>	Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie – Landesjugendamt FB I	Joachim Glaum
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	Landschaftsverband Rheinland LVR-Landesjugendamt Rheinland	Sandra Eschweiler
	Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Landesjugendamt Westfalen	Nadja Wirth
<b>Rheinland-Pfalz</b>	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz -Landesjugendamt	Dr. Sandra Menk
<b>Sachsen</b>	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz – Landesjugendamt	Dana Hinz
<b>Sachsen-Anhalt</b>	Landesverwaltungsamt - Landesjugendamt	Sandra Sommer
<b>Schleswig-Holstein</b>	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein - Landesjugendamt	Carola Willmer

<b>Thüringen</b>	Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport Abt. 4 – Kinder, Jugend, Sport, Landesjugendamt	Christine Kascholke
------------------	--	---------------------