

Gemeinsame Stellungnahme des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik e.V. und des Fachbereichstages Heilpädagogik zur geplanten leistungsrechtlichen Zusammenführung der Leistungen für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung im Sozialgesetzbuch VIII („inklusive Lösung“)

Vorwort

Der Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. und der Fachbereichstag Heilpädagogik haben in den letzten Jahren den Prozess der Zusammenführung der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe mit den Eingliederungshilfeleistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen intensiv verfolgt. Insgesamt begrüßen wir das Ziel, die Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche gemeinsam unter dem Dach des SGB VIII zu verorten, aus der Perspektive der Profession und Disziplin der Heilpädagogik sehr. Die Bedarfslagen werden so als ein einheitlicher sozialrechtlicher Tatbestand beschrieben und mit bedarfsgerechten Maßnahmen beantwortet. Vor allem bilden die bisherigen Schnittstellen im deutschen Sozialrecht in vielen Bereichen erhebliche Hindernisse für die Realisierung der vollen und gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und stellen Barrieren im Zugang zu Regelangeboten dar. Mit der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Politik deutlich gefordert, solche Barrieren abzubauen und angemessene Vorkehrungen für die volle und wirksame Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in einem inklusiv zu gestaltenden Gemeinwesen zu treffen (Art. 2 UN-BRK).

Zu den bisherigen Entwürfen für die Novellierung des SGB VIII möchten wir gemeinsam auf einige Kernelemente der Reform sowie auf aus unserer Sicht kritische Aspekte hinweisen. Der Berufs- und Fachverband Heilpädagogik (BHP) e.V. und der Fachbereichstag Heilpädagogik stehen dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

1. Bedarfsfeststellung

a) Diagnostik

Das Verfahren der Bedarfsfeststellung muss als Vorstufe zu einer Planung der einzurichtenden Hilfen bzw. zu gewährenden Leistungen eine umfassende und interdisziplinäre Diagnostik beinhalten, die neben Aspekten der sozialpädagogischen Diagnose die erschwerten Lernausgangsbedingungen und besonderen Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und ihrer Familien identifizieren und fachlich einschätzen kann, um individuelle Teilhabebarrieren zu erfassen und angemessene Vorkehrungen für die Realisierung von Bildung, Teilhabe und Erziehung für ein konkretes Individuum treffen zu können. Heilpädagogische diagnostische Elemente wie biografiebezogene, rehistorisierende Ansätze, Entwicklungsdiagnostik und Förderdiagnostik insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit mehrfachen Beeinträchtigungen und Behinderungen sind hierbei ebenso von Bedeutung wie Verfahren zur visuellen und auditiven Wahrnehmung oder spielbasierte heilpädagogische Diagnostik.

b) Heranziehung zu den Kosten

Im Zuge der Umsetzung der „inklusive Lösung“ darf es nicht zu einer Schlechterstellung in Bezug auf die Kostenheranziehung gegenüber den bisherigen Regelungen kommen. Die Einkommensabhängigkeit der Eingliederungshilfe stand immer schon im Widerspruch zum Prinzip des Nachteilsausgleichs. In der Neuordnung der Heranziehung zu Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im SGB VIII muss bedacht werden, wie eine behinderungsbedingte Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und ihren Familien wirksam vermieden werden kann.

c) offener Leistungskatalog

In der Eingliederungshilfe sind die Leistungen nur insoweit definiert, als sie dem Ziel der Eingliederungshilfe entsprechen müssen. Aufgrund der Komplexität der mit einer Behinderung einhergehenden Barrieren und Exklusionsrisiken muss der Leistungskatalog auch in einer inklusiven Lösung im SGB VIII offen bleiben. Ein geschlossener Leistungskatalog ist ebenso wenig wie ein teiloffener Katalog vereinbar mit der Zielsetzung der Ermöglichung der vollen und wirksamen Teilhabe, die im Einzelfall äußerst unterschiedliche Ausgestaltungen komplexer Unterstützungsarrangements erfordert.

d) Partizipation

In der Kinder- und Jugendhilfe sind in den letzten Jahren Konzepte und Methoden für die aktive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen aller Altersstufen an der Hilfeplanung entwickelt worden. Die wirksame Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen an der Feststellung ihres Bedarfs und der Entscheidung über bedarfsangemessene Unterstützungsleistungen erfordert spezifische Verfahren und die Beteiligung geeigneter Fachkräfte wie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, die mit den notwendigen Kompetenzen zur Realisierung der Partizipation auch unter erschwerten Bedingungen wie Kommunikationsbarrieren, kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensbesonderheiten ausgestattet sind.

2. Leistungserbringung in verschiedenen Handlungsfeldern

2.1 Frühförderung und Frühe Hilfen

Im Bereich der Frühförderung sind in den letzten Jahrzehnten fachliche Standards und Rechtsansprüche für Kinder und ihre Familien etabliert worden, die mit einem Wechsel des Verantwortungsbereiches zur Jugendhilfe nicht gefährdet werden dürfen.

Familienorientierung im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes

Seit der Initiative durch den Deutschen Bildungsrat im Jahr 1973 und dem im Folgejahr im Bundessozialhilfegesetz (heute: SGB XII) verankerten Rechtsanspruchs auf (heil-)pädagogische Frühförderung stand in den dadurch flächendeckend entstandenen Frühförderstellen die mobile, familienorientierte *Hausfrühförderung* im Mittelpunkt der Leistungen. Mit Ausnahme der Bundesländer Rheinland-Pfalz, Hamburg und Berlin betrug deren Anteil über Jahrzehnte hinweg durchschnittlich bis zu 80%.

Seit der Einführung der Komplexleistung Frühförderung im SGB IX mit dem Ziel, pädagogische und medizinische Leistungen in ein System zusammenzuführen, ist dieser Anteil bundesweit stark gesunken, bspw. in Bayern auf 22 % (Arbeitsstelle Frühförderung 2010), in Thüringen auf 18 % (Sohns u.a. 2015, 230). Erklärt wird dies überwiegend mit dem Kostendruck durch die Rehabilitationsträger durch die steigende Zahl entwicklungsauffälliger Kinder, der eine Intensivierung kindbezogener ambulanter Fördermaßnahmen anstelle der aufwändigeren familienorientierten Hausfrühförderung nahelegt. Wissenschaftliche Erkenntnisse im Zuge der Effizienz- und Responsivitätsforschung zeigen hingegen auf, dass diese Entwicklung in die falsche Richtung führt. Während isolierte heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Fördermaßnahmen „ernüchternde Ergebnisse“ (Schlack) zeigen, ändert sich dies, wenn die Hilfen an der gesamten Lebenssituation der Familie ansetzen. Entsprechend wäre es im Rahmen der Zuständigkeit der Jugendhilfe sinnvoll, der jetzigen Entwicklung der Frühförderung künftig mit einem gesetzlichen Primat ganzheitlicher Konzepte mit dem Fokus Familie entgegenzusetzen.

Gewährleistung der Interdisziplinarität und Vernetzung

In der Praxis finden sich bereits bei der Feststellung der Institutionsformen, durch die die heilpädagogischen Leistungen der Frühförderung zu gewährleisten sind, Konkurrenzsituationen zwischen den Hilfesystemen. Teilweise wird von den Rehabilitationsträgern eine gleichzeitige abgestimmte Hilfeleistung durch integrative Kindertagesstätten (teilstationär) und Frühförderstellen (mobil-ambulant) pauschal als vermeintliche »Doppelleistung« ausgeschlossen. Dies verkennt, dass in Kindertagesstätten zwar eine individuelle (heil-) pädagogische Förderung des Kindes im Rahmen des Tagesablaufs zu gewährleisten ist, die meisten Einrichtungen jedoch nicht die Kapazitäten und Kompetenzen besitzen, gleichzeitig eine familienorientierte Hilfe unter Einbeziehung der häuslichen Lebenswelt zu gewährleisten. Entsprechend ergänzen sich integrative Kindertagesstätten und Frühförderstellen und dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Gleiches gilt für die Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren. Auch hier stellt sich die Frage eines verbindlichen Kooperationsgebotes statt einer formalen Abgrenzung.

Die Gesetzgeber haben mit dem SGB IX (2001) den Begriff der „Komplexleistung Frühförderung“ eingeführt und in den §§ 30 (Medizinische Rehabilitation) und 56 (Leistungen zur Teilhabe) verankert. Komplexleistung wurde definiert als „ein interdisziplinäres abgestimmtes System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen, die sowohl ambulant als auch mobil stattfindet und eine Beratung beinhaltet“ (Bundestagsdrucksache 14/50/74, 204f). Die Komplexleistung als abgestimmtes Gesamtsystem, zu dem sich die verschiedenen Systeme der Frühförderung zusammenschließen und in dem sich die Beteiligten bei *allen* Leistungen auf *ein* gemeinsames Förderkonzept verständigen, wurde in der Folgezeit von den zuständigen Rehabilitationsträgern weder aufgegriffen noch konsequent umgesetzt.

Vielmehr wird vielfach eine additive Definition einer Definition als integrativ-ganzheitliches Leistungspaket gegenübergestellt (ISG 2008), die zu einer „Zwei-Kreuze-Regelung“ führt (Sohns 2010, 72ff.).

Für eine konsequentere Realisierung der Komplexleistung sollten im SGB VIII entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden. Hierzu müssen verbindliche Arbeits- und Kooperationsstrukturen erarbeitet und von den Rehabilitationsträgern zuständigkeitsübergreifend gewährleistet werden. Die Jugendhilfe sollte hier künftig als federführende Instanz der Leistungsträger in enger Abstimmung mit den Krankenkassen wirken. Dabei muss gewährleistet werden, dass die interdisziplinäre Kooperation zwischen den pädagogisch-psychologischen und den medizinisch-therapeutischen Fachkräften (incl. niedergelassener Kinderärzte und medizinischer Therapeuten) verbindlich finanziert wird (z.B. analog des hessischen Finanzierungsmodells). Insbesondere in ländlichen Räumen sollte ein integrativ-ganzheitliches Leistungspaket durch abgestimmte Leistungen heilpädagogischer, medizinisch-therapeutischer, psychologischer und sozialpädagogischer Fachkräfte nach außen wie aus einer Hand erbracht werden. Dabei ist nicht vordergründig, dass alle Fachkräfte durch ein und denselben Anbieter angestellt sind, wie es in einigen Städten und Landkreisen verlangt wird. Wesentlich ist, dass Kooperations- und Abstimmungsgespräche als sogenannte Korridorleistungen zwischen den einzelnen Fachkräften je nach Bedarf des individuellen Einzelfalles abrechenbar sind. Eine Forcierung auf den Aufbau Interdisziplinärer Frühförderstellen, die alle notwendigen Fachkräfte „unter einem Dach“ beschäftigen, führt in der Praxis zu einer Engführung der Leistungen (längere Wartelisten, weitere Fahrtzeiten) und berücksichtigt häufig in nicht ausreichendem Maß die gewachsenen Strukturen in den Regionen.

Interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren als fachlich selbstständige Institutionen

Die Frühförderungsverordnung sieht für jedes Kind und seine Familie eine individuelle Förder- und Behandlungsplanerstellung vor, die interdisziplinär (in der Frühfördereinrichtung) erfolgt und jeweils zweier Unterschriften (ärztliche und pädagogische) bedarf. Der Förder- und Behandlungsplan (FuB) ist verbindlich für die Ausgestaltung der Hilfe und die Genehmigung durch den federführenden Rehabilitationsträger. Diese fachliche Selbstständigkeit der Institutionen ist nach Ansicht des Fachbereichstages Heilpädagogik unverzichtbar. Dabei kollidieren diese Arbeitsabläufe möglicherweise mit Traditionen der Hilfeplanerstellung im Rahmen der Jugendhilfe und der Gesamtplanerstellung im Rahmen der Eingliederungshilfe. Die unterschiedlichen Vorgaben in den verschiedenen Gesetzen sind zu harmonisieren, ohne dass hierbei der interdisziplinäre Gesamtanspruch der Frühförderung verloren geht. Dabei sollten die hierarchisch orientierten Ansätze der Kassenleistungen im SGB V (keine Finanzierung ohne ärztliche Gesamtverantwortung) für das Gesamtsystem Komplexleistung überwunden werden.

Offene Anlaufstelle

Fast alle Studien aus dem Bereich der Frühförderung belegen für die Kinder in Frühförderstellen ein Durchschnittsalter von fast fünf Jahren, zum Zeitpunkt der Aufnahme sind die Kinder durchschnittlich 3-4 Jahre alt. Hingegen zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse, wie wesentlich sich familien- und alltagsbezogene Hilfen gerade im ersten Lebensjahr auf die weitere Entwicklung auswirken. Vereinzelt strukturelle Hilfen (z.B. Familienhebammen) und methodische Ansätze (Marte Meo, Entwicklungspsychologische Beratung) versuchen diesen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, sind jedoch zumeist nicht in ein Gesamtsystem Frühförderung integriert. Umgekehrt haben viele Konzepte zur Ausgestaltung Früher Hilfen für Kinder in den ersten Lebensmonaten und -jahren die Angebote und Konzepte der heilpädagogischen Frühförderung nicht im Blick. Die inklusive Lösung im SGB VIII beinhaltet hier die Chance der konsequenten (sozialraumorientierten) wechselseitigen Öffnung der Systeme.

Mit bei einer Zuordnung der Frühförderung zur Jugendhilfe erscheint es von besonderer Bedeutung, dass die sensible Phase des Zugangs zu Hilfen im Sozialraum unabhängig von behördlichen Interventionen erfolgt. Daher erscheint es sinnvoll, präventive Angebote im Vorfeld zu etablieren, die in Kombination mit einer offenen Anlaufstelle diese Niedrigschwelligkeit und den Erhalt des traditionell hohen Vertrauensverhältnisses der Frühförderung zu den Eltern (vgl. z.B. Sarimski 2013) gewährleisten. Dabei muss ein besonderer Fokus auf einer familienorientierten „Frühest-Förderung“ im ersten Lebensjahr liegen. Dabei erscheint eine Einbettung der Frühförderung in das Gesamtsystem der Frühen Hilfen sinnvoll. Bislang gibt es hierzu keine klare gesetzliche Zuständigkeit.

2.2. Schulbegleitung und Ganztagsbetreuung

Zur Realisierung inklusiver Bildung wird eine engere Kooperation zwischen Jugendhilfe- und Schulsystem unerlässlich sein. Im Bereich der Schulbegleitung / Schullassistenz sind Assistenzleistungen durch Nicht-Fachkräfte nicht immer ausreichend; ähnliches gilt für den Bereich der Ganztagsbetreuung. Für die differenzierte Diagnostik und Identifizierung von Entwicklungsrisiken und Lernhindernissen von Kindern bedarf es umfassenden Fachwissens. Die Aufgabe der Weiterentwicklung didaktischer Konzepte in Richtung inklusiver Bildungsarrangements sind heilpädagogische Fachkräfte unerlässlich. Bisher scheitern viele Versuche, inklusive Bildung zu realisieren, an einem allenfalls additiven Nebeneinander pädagogischer Interventionen durch in den verschiedenen Hilfesystemen verortete Fach- und Nichtfachkräfte. Die Systeme Schule und Jugendhilfe werden gemeinsam durch eine viel stärkere Kooperation zeigen müssen – und können –, welche Chancen inklusive Bildungsarrangements für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und erschwerten Lern- und Lebensbedingungen haben.

2.3 Heilpädagogische Familienhilfe

Bereits heute erbringen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen Leistungen der Hilfen zur Erziehung. Insbesondere in Familien mit komplexen Herausforderungen, beispielsweise durch eine psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile, sind Heilpädagoginnen und Heilpädagogen gefragt. Familienhilfeleistungen bedürfen bei einer „inkluisiven Lösung“ zudem einer deutlichen stärkeren heilpädagogischen Prägung als bisher, um erzieherische Mangellagen in Familien mit einem Kind oder Jugendlichen mit Beeinträchtigung und (drohender) Behinderung früher erkennen und entsprechend intervenieren zu können. Die Stärkung einer Bindungsentwicklung zwischen Kind/Jugendlichem und Eltern, der Aufbau einer dialogischen Kernkompetenz der Eltern sowie eine tragfähige Teilhabeplanung mit Kindern und Jugendlichen zeichnen dabei eine heilpädagogische Familienhilfeleistung aus.

3. Übergangmanagement

Für die Überleitung in den Bereich der Eingliederungshilfe nach dem 21. Lebensjahr müssen Konzepte entwickelt werden, die nicht zu Brüchen und der Unterstützung führen. Eine „coming-back“-Option in die Jugendhilfe ist für die „Careleaver“ vorzusehen, die im System der Eingliederungshilfe (noch) nicht die notwendigen Hilfen erhalten.

4. Qualifikation des Fachpersonals

Angesichts der steigenden Zahlen von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsrisiken erscheint es dringend geboten, fachlich fundierte, interdisziplinär ausgerichtete und lebensweltorientierte Angebote verbindlicher auszugestalten und frühzeitig im Lebensverlauf und präventiv greifen zu lassen. In der Umsetzung der Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention durch die inklusive Lösung im SGB VIII sind Fachkräfte wie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen unverzichtbar, die individuelle Lernausgangs- und Lebensbedingungen sowie Teilhabebarrrieren und Entwicklungsrisiken differenziert erfassen, angemessene Vorkehrungen zur Umsetzung der Teilhabe entwickeln und ausgestalten und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluieren können, Exklusionsrisiken identifizieren und präventiv intervenieren können und sich an der Gestaltung inklusiver Gemeinwesen beteiligen.

5. Begleitendes Monitoring im Umsetzungsprozess

Wir begrüßen eine geplante Monitoringstelle beim BMFSFJ, die den Prozess der Umsetzung der „inkluisiven Lösung“ über einen Zeitraum von 5 Jahren begleiten soll. Diese sollte unter Mitwirkung von Expertinnen und Experten für die besonderen Bedarfslagen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und ihre Familien eingerichtet werden.

Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, FranzL-Studie: Fragen zur Lage 2010 - Systemanalyse
Interdisziplinäre Frühförderung in Bayern, München 2010

Sarimski, Klaus: Familienorientierte Frühförderung von Kindern mit Behinderung, Ernst-Reinhard-Verlag, München/Basel 2013

Schlack, Hans. G. (1994): Interventionen bei Entwicklungsstörungen, in: Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, Springer-Verlag 142, 180-184

Sohns, Armin (2010): Frühförderung - ein Hilfesystem im Wandel, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart

Sohns, Armin; Hartung, Annette; Urbanek, Jana; Ederer, Friedrich; Lamschus, Kirsten (2015): Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards der Frühförderstellen im Freistaat Thüringen, in: König, Lilith/Weiß, Hans (Hrsg.): Anerkennung und Teilhabe für entwicklungsgefährdete Kinder. Leitideen in der interdisziplinären Frühförderung, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 222-237

Institut für Soziale Gesundheit (ISG) (Hrsg.): Beschreibung und Bewertung der Versorgungs- und Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche mit geistigen, körperlichen und seelischen Behinderungen in Berlin. Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB). Berlin 2015