Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche
§ 35 a SGB VIII

hier: Anträge der CSU-Stadtratsfraktion vom 23. 02. 2004 und 26. 03. 2004

Anmeldung

zur Tagesordnung der Sitzung des
Jugendhilfeausschusses am 27. Mai 2004

- öffentlicher Teil -

I. **Sachverhalt**

Über die Entwicklung der Legasthenietherapien (einschließlich Dyskalkulietherapien und Wahrnehmungstrainings) im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche und Maßnahmen zur Senkung dieses Therapiebedarfs wurde letztmals in der gemeinsamen Sitzung des Jugendhilfe- und des Schulausschusses am 16. Oktober 2003 berichtet.

Über den Umgang und die Erfahrungen mit Hyperkinetischen Störungen bei Kindern AD(H)S wurde in der Sitzung des Jugendhilfeausschusses am 18. Dezember 2003 in den Tagesordnungspunkten Erziehungsberatung in Nürnberg und Tagungsbericht „Pillen und Pädagogik“ informiert.

Die Anträge der CSU-Stadtratsfraktion zielen darauf ab zu hinterfragen, inwieweit die in Nürnberg angewandten Verfahren und Maßnahmen dazu beitragen, steigende Fallzahlen und Kosten bei den Eingliederungshilfen unter besonderer Berücksichtigung des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms zu verursachen.

Ausgehend von einem Vierjahresvergleich der Fallzahl- und Ausgabenentwicklung, einer Beschreibung der Verfahren und angewandter sowie geplanter Maßnahmen wird unter Hinzuziehung der Stellungnahmen von Fachdiensten auf die Fragen der Antragsteller eingegangen.

1. Fallzahl- und Ausgabenentwicklung seit dem Jahr 2000

Ambulante Eingliederungshilfe wird in der Regel nur im Rahmen von Teilleistungsstörungen mit drohenden/seelischen Behinderungen geleistet, wobei die Diagnose ADS (= „Aufmerksamkeits – Defizit - Syndrom") und ADHS(= „Aufmerksamkeits – Defizit – Hyperaktivitäts – Syndrom") eine untergeordnete Rolle spielt. Die Kosten für eine ambulante Therapie allein eines ADHS wird von den Krankenkassen getragen.

Im Bereich der Legasthenie-, Dyskalkulie-Therapie und des Wahrnehmungstrainings wird zwar in den Gutachten ein ADS- oder ADHS-Syndrom häufig (geschätzt in 40 bis max. 50 % der Gutachten) codiagnostiziert. Wegen dieser Störung alleine wird aber keine Therapie bewilligt. Deshalb ist es auch nicht möglich, ADS oder ADHS bezogene Kostenanteile herauszufiltern.

Anders verhält es sich bei ***teil- oder vollstationären Maßnahmen***. Hier leisten ASD und Jugendamt in Absprache mit ärztlichen/psychologischen und sozialpädagogischen Fachleuten die Eingliederungshilfe im Rahmen des üblichen Hilfeplanverfahrens. Ärztliche Gutachter können auch Kinder- und Jugendpsychiater an Kliniken oder niedergelassenen Praxen sein (keine anderen Ärzte).

Kinder mit der vollen Ausprägung des Krankheitsbildes können in Nürnberg an zwei heilpädagogischen Kindergärten, zwei heilpädagogischen Sonderschulen E (Martin-Luther-Schule/ Regina-Stein-Schule) intensiv betreut werden einschließlich Elternarbeit, zusätzlich an fünf verschiedenen heilpädagogischen Tagesstätten im Stadtgebiet im Anschluss an den Besuch der Regelschule oder Sonderschule E.

Bei zusätzlich erschwerend hinzu kommenden abnormen psychosozialen Umständen kann auch die ***vollstationäre* Unterbringung** notwendig werden, die z. B. im Martin-Luther-Haus, in Rummelsberg oder Buckenhof angeboten werden.

Fallzahlentwicklung bei den Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII in den Jahren 2000 – 2003:

	Hilfeformen nach § 35a	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
ambulant	Legasthenietherapien Dyskalkulietherapien Wahrnehmungstrainings	407 (davon Dyskalk.: 66)	359 (davon Dyskalk.: 61)	436 (davon Dyskalk.: 63)	387 (davon Dyskalk.: 66)
	Erziehungsbeistandschaft	7	6	8	13
	Intensive Einzelbetreuung	2	1	1	2
teilstationär	Heilpäd. Tagesgruppe	82	67	77	96
	Regina-Stein-Schule	64	67	64	71
stationär	Heimerziehung	59	68	61	79
	sonst. betr. Wohnform	0	1	4	1
	Vollzeitpflege	1	1	0	1
	Hilfe für junge Volljährige	20	16	20	21
Fallzahlen insgesamt		**642**	**586**	**671**	**671**

Während die Zahl der Legasthenietherapien und Wahrnehmungstrainings um rund 10 % zurückging, haben die kostenintensiveren Unterbringungen in Heimen und in Tagesgruppen im letzten Jahr zwischen 10% und 30 % zugenommen und damit wieder einen Kostenanstieg bewirkt.

Ausgabenentwicklung Eingliederungshilfen nach § 35 a SGB VIII in Euro in den Jahren 2000 – 2003:

Jahr / Hilfeform	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
vollstationär	2.644.711	3.625.469	3.621.782	3.867.643
ambulant und teilstationär	2.222.311	1.969.047	1.832.062	2.501.025

Die aktuellsten Auswertungen, die über die **bundesweiten Ausgaben der öffentlichen Hand für die Kinder- und Jugendhilfe** vorliegen, beziehen sich auf den Vergleich des Jahres 2002 mit dem Vorjahr 2001. Demzufolge **weisen die Ausgaben für die Hilfen gem. § 35a SGB VIII 2002 eine Steigerung um 9,6 % gegenüber dem Vorjahr aus**.

Die Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (AKJ) kommt in einem Fazit der Gesamtentwicklung zu dem Schluss:

„Trotz intensiv geführter Spardebatten in der Kinder- und Jugendhilfe steigen die Ausgaben in den westlichen Bundesländern in ausgewählten Arbeitsbereichen überproportional. Hintergrund ist sicherlich nicht eine verschwenderische Haltung der Kommunen, sondern die Reaktion auf offensichtlich zunehmende Bedarfslagen, denen mit gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen zu begegnen ist." (Informationsdienst der AKJ, April 2004)

2. Verfahren und Maßnahmen zur Senkung des Therapiebedarfs nach § 35a SGB VIII in Nürnberg

2.1 Das vereinfachte Verfahren bei Leistungen nach § 35 a SGB VIII, das für die ambulanten Hilfen Legasthenie-, Dyskalkulietherapie u. Wahrnehmungstraining seit 1998 gilt

Die oben genannten ambulanten therapeutische Hilfen für Kinder, bei denen die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft infolge einer Teilleistungsstörung beeinträchtigt ist oder eine Beeinträchtigung zu erwarten ist, werden im sog. vereinfachten Verfahren entschieden:

- Erste Voraussetzung ist, dass das Kind ohne Erfolg an einer schulischen Fördermaßnahme bzw. Förderunterricht für „Schüler mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens" teilgenommen hat.

- Dann müssen in jedem Fall zwei Gutachten vorliegen, ein Gutachten von einem Arzt und Kinderpsychologen oder von einem Kinderpsychiater (z. B. von der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder vom Gesundheitsamt) und eines von einem Psychologen (z. B. vom Schulpsychologischen Dienst oder der Erziehungsberatungsstelle).

- Die Bezirkssozialpädagogen (BSP) erhalten beide Gutachten zur Prüfung. Nur wenn die Gutachten vollständig sind und in ihrer Aussage übereinstimmen, wird die Hilfe als Leistung nach § 35a SGB VIII vom Jugendamt übernommen. Wenn die Gutachten nicht übereinstimmen oder andere Unklarheiten bestehen, übernimmt der ASD die weitere Klärung.
  Als „letzte Instanz" kann die Landesärztin um Begutachtung gebeten werden.

Nach Empfehlung der städtischen Erziehungsberatung werden bei Legasthenie 40 Therapiestunden als notwendig anerkannt, und zwar künftig möglichst in Gruppentherapie soweit dies vom Störungsbild nicht ausgeschlossen ist. Entsprechende Empfehlungen werden in den Gutachten ausgesprochen. Hat dieser Therapie-Zeitraum nach Meinung der Sorgeberechtigten nicht ausgereicht, erstellt der Therapeut ein Verlängerungsgutachten, das wiederum von zwei begutachtenden Stellen (Gh und EB) überprüft wird. Der BSP prüft wiederum beide Gutachten und veranlasst – bei Übereinstimmung – den Verlängerungsbescheid.

Die fachliche Begründung und Entscheidung liegt bei Teilleistungsstörungen auf Seiten des medizinischen und psychologischen Fachpersonals. Deshalb ist für die sozialpädagogischen Fachkräfte der Aufwand dem Erfordernis entsprechend reduziert, d. h. für die BSP fällt im Unterschied zum regulären Hilfeplanverfahren eine sozialpädagogische Diagnose und die Teilnahme an entsprechenden Besprechungs-/Entscheidungsrunden weg.

2.2 Maßnahmen zur Senkung des Therapiebedarfes bei den ambulanten Hilfen Legasthenie-, Dyskalkulietherapie und Wahrnehmungstrainings

2.2.1 Neue Verfahrensfestlegungen bei Teilleistungsstörungen

Eine interne Arbeitsgruppe des ASD und der Verwaltung des Jugendamtes erarbeitet derzeit eine neue Verfahrensfestlegung im Bereich § 35a SGB VIII Teilleistungsstörung. Ziel ist, den Anbietern (Therapeuten) einen verbindlichen Verfahrensablauf und eine Leistungsbeschreibung an die Hand zu geben. Ab dem neuen Schuljahr soll gelten:

- Therapien in Kleingruppen haben Vorrang vor Einzelsitzungen.
- Für Kleingruppen soll ein Einheitsstundensatz gelten (Vorschlag: bei Kleingruppen mit drei Kindern 22 Euro, mit zwei Kindern 30 Euro pro Stunde).
- Da davon auszugehen ist, dass nicht jeder Schüler gleich gruppenfähig ist, sollen probeweise maximal zwei Stunden in Einzeltherapiue vorgeschaltet werden können.
- Nur im Ausnahmefall gibt es zukünftig noch das Angebot der Einzeltherapie.
- Grundsätzlich werden nur noch 40 Therapiestunden gewährt. Verlängerungen werden kaum noch möglich sein.

Eine Kopie der Gutachten ist den Familien zu übergeben, die sie dann an die Therapeuten weiterleiten. Ein Abschlussbericht der Therapeuten soll an den Gutachter gesandt werden. Bislang werden Abschlussberichte nur in Verbindung mit Verlängerungsanträgen erstellt.

Noch vor den Sommerferien sollen die Therapeuten über den neuen Verfahrensablauf informiert werden, damit dann mit Beginn des neuen Schuljahres das neue Verfahren in Kraft treten kann.

2.2.2 Laufende Maßnahmen zur Senkung des Therapiebedarfes bei Teilleistungsstörungen

- Das Staatliche Schulamt hat angeordnet, dass ab dem Schuljahr 2003/2004 an allen Nürnberger Volksschulen regelmäßig bei Bedarf Fördermaßnahmen bzw. Förderunterricht für „Schüler mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens“ angeboten werden.

- Das Staatliche Schulamt gewährt den Nachteilsausgleich für anerkannte Legastheniker bei der Leistungsbemessung und Notengebung.

Diese beiden schulischen Leistungen zur Förderung und Entlastung vom Leistungsdruck für Kinder mit Lese- und Rechtschreibschwächen und Legastheniker sind Grundlage für eine umfassende Senkung der Zahlen an Legastheniker – Therapien, weil angenommen werden kann, dass eine angemessene Teilhabe an der Gemeinschaft nicht mehr in Frage stehen kann (jedenfalls nicht mehr durch Schulversagen oder Leistungsdruck wegen der Legasthenie).
Zu dieser Beurteilung kamen in gemeinsamer Sitzung das Gesundheitsamt, der Allgemeine Sozialdienst, die Abteilungen Psychologische Beratungsdienste, Erzieherische Hilfen und Krisenhilfen und Kindertagesstätten des Jugendamtes.

- Als 3. Element der vorbeugenden gezielten Fördermaßnahmen im Bildungsbereich haben das Jugendamt und die freien Träger von Kindergärten Schritte der frühen Sprach- und Sprechschulung im Kindergarten eingeführt.

Im Zusammenhang der Vermeidung von drohenden seelischen Behinderungen wird die Verwaltung des Jugendamtes einen Schwerpunkt beim Training der phonologischen Bewusstheit in den Kindergärten der Stadt und der freien Träger setzen, und zwar zuerst und insbesondere bei den Vorschulkindern (siehe auch JHA vom 16. Oktober 2003,TOP: Sprachentwicklung und Sprachförderung in den Kindertagesstätten - SpiKi) .

Eine Anfrage beim Fachbereich Psychologie der Universität Würzburg, durch den das sog. Würzburger Training zur phonologischen Bewusstheit entwickelt wurde und in den Kindergärten in Nürnberg durch Fortbildungsmaßnahmen vermittelt wird, ergab die Einschätzung, dass die Quote der Kinder mit Lese- /Rechtschreibschwäche durch das Programm um ca. 50 bis zu 70 % reduziert werden könnte.
Die „flächendeckende“ Einführung eines Screenings der phonologischen Bewusstheit in allen Kindergärten sowie die gezielte Förderung der phonologischen Bewusstheit bei all den „Vorschulkindern“, die einer systematischen Förderung bedürfen, wird allerdings noch einige Jahre beanspruchen.
Die Förderung aller Vorschulkinder ist nicht nötig und wäre auch aufgrund des zeitlichen Umfanges nur schwer umsetzbar. Wichtig ist, dass alle Vorschulkinder getestet werden, um die Kinder (deutsche und Migrantenkinder) mit Förderbedarf feststellen und in eine entsprechende Förderung bringen zu können.

2.3 Das Hilfeplanverfahren nach § 36 SGB VIII bei teilstationären und stationären Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII

Alle Eingliederungshilfen außer Teileistungsstörungen werden im Hilfeplanverfahren unter Einbeziehung sowohl medizinisch/psychologischer Gutachten als auch einer sozialpädagogischen Diagnose entschieden. Während die einen die mögliche Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit des Kindes und Jugendlichen zu beurteilen haben, geben die BezirkssozialpädagogInnen eine Einschätzung dahingehend ab, ob eine Einschränkung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gegeben oder zu erwarten ist.

2.4 Senkung des Therapiebedarfes durch Einführung einer Regeldauer bei teilstationären Erziehungshilfen

Der Aufenthalt von Kindern/Schülern in einer **Heilpädagogischen Tagesstätte** (§ 32 SGB VIII**)** ist nach maximal **zwei Jahren** zu beenden.
Diese Steuerungsmaßnahme wurde als Teil eines Sparpaketes verabschiedet, das unter vielen anderen Maßnahmen auch die Einsparung von 1,5 Millionen € bei den Hilfen zur Erziehung (und den anderen Hilfearten nach dem SGB VIII) beinhaltet (siehe hierzu den TOP „Maßnahmen zur Realisierung des Sparauftrages von 1,5 Mio Euro bei den erzieherischen Hilfen 2005“). Sie beinhaltet die Annahme, dass spätestens nach zwei Jahren intensiven Trainings ein abschließender Erfolg eingetreiten sein müsste.

3. Zuordnungen von Leistungen zwischen Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe bei Kindern und Jugendlichen

Hinsichtlich der Zuordnung von Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe ist zunächst Art und Grad der Behinderung bzw. Mehrfachbehinderung ausschlaggebend. Die Konkurrenz zwischen Muss-Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG (bei nicht nur vorübergehenden wesentlichen körperlichen oder geistigen Behinderungen oder deren Drohung) und der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII (seelische Behinderung) führt bereits zu Abgrenzungsproblemen. Insbesondere ist die eindeutige Trennung von geistiger und seelischer Behinderung häufig kaum möglich. Bei vorübergehenden oder nicht wesentlichen geistigen oder körperlichen Behinderungen handelt es sich um eine Ermessensleistung im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG).

In Bayern ergibt sich die Zuständigkeit bei Maßnahmen für mehrfach behinderte junge Menschen aus Art. 53 (1) BayKJHG:

„Hat ein junger Mensch neben einer körperlichen oder geistigen Behinderung, die Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz erfordert, auch eine seelische Behinderung, die die gleichen Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem Achten Sozialgesetz erfordert, oder ist er von einer solchen Mehrfachbehinderung bedroht, so werden diese Maßnahmen der Eingliederungshilfe durch die Träger der Sozialhilfe nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes gewährt.“

Was es mit vorstehend besagter Norm in der Praxis auf sich hat, soll im Folgenden verdeutlichet werden.

Bei Mehrfachbehinderungen ist zunächst die Gleichzeitigkeit von Leistungen nach dem BSHG und dem SGB VIII denkbar, sofern es sich um unterschiedliche Behinderungen handelt, die unterschiedliche Leistungen erfordern. Zuständigkeitsprobleme hinsichtlich der Nachrangigkeit entstehen, wenn die Maßnahmen nach dem BSHG und dem SGB VIII aber gleichartig sind. Hier kann entscheidungsleitend die konzeptionelle Beschaffenheit der Maßnahme sein. Etwa: werden in der Tagesstätte für geistig Behinderte auch regelmäßig psychotherapeutische Leistungen vorgehalten, so ergibt sich über Artr. 53 (1) BayKJHG ein Leistungsvorrang des Sozialhilfeträgers; würden die psychotherapeutischen Leistungen in der Einrichtung nicht vorgehalten und müssten zusätzlich bereitgestellt werden, so käme für diesen Teil der Hilfe die sachliche Zuständigkeit des Jugendhilfeträgers zum Tragen.

Um Art. 53 (1) BayKJHG in seiner Intention gerecht werden zu können, müssen die entsprechenden gutachterlichen Voraussetzungen für eine Entscheidungseindeutigkeit geschaffen werden. Wo dem Sozialhilfeträger ein Ermessen bleibt (nicht wesentliche Behinderung) und er eine Leistung nach Ermessensgebrauch nicht erbringt, bleibt für die Anwendung des Art. 53 kein Raum, bzw. bleibt die Leistungsverpflichtung des Jugendhilfeträgers bestehen.

Entscheidend für die Feststellung der Zuständigkeit ist die medizinisch/psychologische Diagnose. Im Juni 2003 wurde zwischen ASD, SHA und J unter Einbezug von Gh als begutachtende Stelle eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem Ziel, zuständigkeitsweisende Kriterien bei der Prüfung von Neufällen herzustellen. Hintergrund war eine Zahl an Fällen, in denen die eindeutige Feststellung der Zuständigkeit nicht gelungen war und die schließlich in einer einvernehmlichen Lösung durch J und SHA geregelt werden mussten.

Aus verschiedenen Gründen wurde die Arbeit der Gruppe unterbrochen und konnte erst im Februar 2004 wieder aufgegriffen werden. Mitglieder der Arbeitsgruppe sind für das J Vertreter der Abteilungen Erziehungsberatung, Erzieherische Hilfen/Fachberatung und Controlling und die Wirtschaftliche Jugendhilfe. Weiter sind in der Arbeitsgruppe ASD, SHA/4 Besondere Hilfen und Gh als begutachtende Stelle.

Die Arbeitsgruppe entwickelt derzeit ein erweitertes Frageprofil an die medizinische/psychologische Begutachtung, die Vorliegen oder Drohung einer Behinderung nach Art und Grad (wesentlich – nicht wesentlich) diagnostiziert. Darüber soll die ärztliche Stellungnahme eine Empfehlung über Art, Dauer und Form der Therapie abgeben und ggf. einen Leistungserbringer vorschlagen.

Der Entwurf für die Struktur des Gutachtens wird derzeit abgestimmt und soll in der zweiten Maihälfte 2004 in der AG beraten und verabschiedet werden. Aus der eindeutigen Feststellung von Art und Grad der vorliegenden, oder drohenden (Mehrfach-) Behinderung lässt sich eine gesicherte Entscheidungsgrundlage für die Feststellung der Zuständigkeit erwarten.

Eine Vergleichsberechnung, welche Verfahrensweise der Zuordnung kostengünstiger ist bezügl. Verwaltungsaufwand und Kosten, die durch die Leistungserbringung entstehen, gibt es nicht. Von einem zwischen SHA, ASD und J abgestimmten Verfahren, gestützt auf ein weiterentwickeltes Gutachten ist aber in jedem Fall eine deutliche Reduktion strittiger und damit zeitintensiver Fälle zu erwarten. Hinsichtlich der Kosten, die durch die Leistungserbringung selbst entstehen, kann nur gemutmaßt werden, dass die Kosten für teil- und vollstationäre Leistungen annähernd in einem vergleichbaren Rahmen liegen dürften.

4. ADS (= „Aufmerksamkeits – Defizit - Syndrom") und ADHS(= „Aufmerksamkeits – Defizit – Hyperaktivitäts – Syndrom")

4.1 Stellungnahme des Gesundheitsamtes

Für die ärztliche Diagnostik wird hierfür die Nomenklatur der internationalen Klassifikation für psychische Erkrankungen benutzt ICD:

F 90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und
F 90.1 hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens.

Störungsbild: Probleme in der **Aufmerksamkeitssteuerung und Konzentration,** Schwierigkeiten wesentliche von unwesentlichen Hinweisreizen zu unterscheiden, erschwertes Verständnis von Mimik, Gestik und Körpersprache anderer Menschen, hohe Ablenkbarkeit. **Impulsivität** bis hin zu Selbst- und Fremdgefährdung, **ausgeprägte motorische Unruhe** (vor allem bei Jungens) mit extrem ausgeprägtem Bewegungsdrang. Bei Mädchen öfter **innere Unruhe** im Sinne starker Gedankenverlorenheit, Träumen u.ä.. Die Kinder wirken insgesamt häufig als Unfriedenstifter, Störer, stark sozial entwicklungsverzögert, wenig ausdauernd, aber auch ideenreich und phantasievoll. Im Intelligenztest sehen wir oft ein inhomogenes Testprofil mit Leistungseinbrüchen bei Aufgaben, die eine kurzfristige Merkfähigkeit bei sequentieller Aufgabenstellung erfassen (Einzelheitliches Denken).

Ursachen: ADHS ist ein ernst zunehmendes Krankheitsbild; Grundlage ist eine genetisch-vererbte Disposition. Auf dieser Basis entwickeln sich Störungen im Neurotransmitter-Stoffwechsel, die ihrerseits in Abhängigkeit von verstärkenden oder schützenden Umweltfaktoren zu Störungen der Selbstregulation führen. Es kommt zu einer Dysfunktion in der Informationsverarbeitung zwischen Frontalhirn und Basalganglien.

Therapie: Die gestörte Informationsverarbeitung kann medikamentös durch Ausgleich des Dopamin-Stoffwechsels erheblich verbessert oder normalisiert werden, die Kinder werden ruhiger, können sich wieder konzentrieren und ihre Aufmerksamkeit fokussieren. Oft ist dadurch erst die Möglichkeit auch für weitere Therapieformen geschaffen, wie Spieltherapie, Verhaltenstherapie, Ergotherapie usw.. Das multimodale Therapiekonzept ist grundlegend, um eine effektive Behandlung und nachhaltigen Therapieerfolg erzielen zu können. Bei den Medikamenten handelt es sich um Amphetamin-Derivate, die bei gesunden Menschen eine aufputschende Wirkung haben und deswegen dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen.

Folgen: Beim ADHS handelt es sich um eine äußerlich nicht sichtbare Beeinträchtigung, die oft von der Gesellschaft missverstanden und fehlinterpretiert oder verkehrt beurteilt wird. Die Familien sind oft die Leidtragenden, die Abwertung und Unverständnis von außen ertragen und sich rechtfertigen müssen. Die Kommunikation der ganzen Familie wird negativ beeinflusst und führt zu einer permanent angespannten, meist aggressiven Atmosphäre aufgrund von Überforderungen. Strukturierung des Alltags ist fortwährender Kampf. Wenn dann Eltern noch selbst von ADHS betroffen sind, wird die ganze Familiensituation noch stärker belastet, die Familiendynamik noch weniger steuerbar. Eheprobleme, Trennung und Scheidung sind oftmals die Folge. Druck von außen durch Eltern, Schwiegereltern, Freunde, Kindergarten und Schule führen oft zu Schuldgefühlen, sozialer Isolation und psychosomatischen Symptomen, die dann in Eigentherapie mit zunächst legalen, später auch illegalen Drogen häufig zu kompensieren versucht werden. Folge ist eine negative Spirale in der sozialen Eingliederung des Kindes.

Als besonders hilfreich für Eltern hat sich ein sogenanntes Elterntraining nach der Triple-P-Methode erwiesen, das in den städtischen Erziehungsberatungsstellen, einigen konfessionellen und auch von privaten Trägern angeboten wird (Momo, Regina-Stein-Schule).

Statistik des Gesundheitsamtes für die letzten 3 Jahre bzgl. Eingliederungshilfe-Anträge :

Jahr	Anträge nach § 35 a	Diagnose ADHS	Dg. Störung des Sozialverhaltens ohne ADHS
2001	337 Anträge	38 Kinder	32 Kinder
2002	306 Anträge	41 Kinder	44 Kinder
2003 *	328 Anträge	36 Kinder	48 Kinder

*für das Jahr 2003 konnten nachträglich festgestellt werden, dass die Diagnose ADHS plus Störung des Sozialverhaltens in 18 Fällen vorlag.

In weiteren 46 Fällen wurde ADHS (meist ohne Störung des Sozialverhaltens) im Zusammenhang mit anderen Teilleistungsproblemen, Schulleistungsstörungen, Lernbehinderungen oder sonstigen Behinderungen festgestellt.
Verhältnis Jungen zu Mädchen in Nürnberg: 4: 1.

Bei Kindern unter 6 Jahren wird ADS nur in Zusammenhang mit anderen Entwicklungsauffälligkeiten an der Beratungsstelle für Kinder an Gh festgestellt. Kostenträger für eventuelle Maßnahmen ist hier das Sozialamt.

Eltern begründen Anträge auf Eingliederungshilfe immer mit Eingliederungsstörungen im weitesten Sinne, ohne die medizinische Diagnose zu kennen. Die einzelnen Störungsbilder können vielfältig sein und reichen von Schulleistungs- und Lernstörungen über Verhaltensstörungen bis hin zu Drogen-Abusus. Wenn der zuständige Sachbearbeiter des Allgemeinen Sozialdienstes das Kind kennenlernt, und den Verdacht auf eine ursächlich eventuell vorliegende seelische Behinderung stellt, wird der Eingliederungshilfeantrag ans Gesundheitsamt weitergeleitet.
In der kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstelle an Gh wird durch Dr. Geuer-Witt die Zugehörigkeit des Kindes zum Personenkreis des § 35 a KJHG – d. h. bestehende oder drohende seelische Behinderungen - begutachtet.
Primärer Ansprechpartner ist anstelle des ASD auch oft die Erziehungsberatungsstelle (J/3), wenn es um Schulleistungsstörungen oder Schulversagen geht bzw. ambulante Hilfen.

Stand der Wissenschaft in Sachen AD(H)S (J/3)

Nach wie vor streiten sich die Gelehrten.
Zweifelsfrei gibt es Kinder mit einem entsprechenden, genetisch verankertem Störungsbild.
Zweifelsfrei hilft bei vielen die Medikation mit Amphetaminen deutlich.
Zweifelsfrei handelt es sich aber bei einem Großteil der diagnostizierten Kinder um die früher als verhaltensauffällig diagnostizierte Klientel unterschiedlichster Genese.
Insofern hat bei vielen lediglich ein Benennungswechsel stattgefunden.
Unseres Erachtens brauchen diese Kinder mit oder ohne Medikation primär durchgehend führende und orientierende Erziehung, adäquate Gestaltung bzw. Auswahl des Lebenskontextes, Förderung ihrer Teilleistungsschwächen, nur gelegentlich und ab einer gewissen Selbstreflexionsfähigkeit Psychotherapie. Ihre Eltern und Erzieher brauchen jede Unterstützung, den äußerst strapaziösen Job auf sich zu nehmen und durchzustehen, ihre Verantwortung anzunehmen statt sie abzugeben.
Die Diagnose AD(H)S kann zum Nutzen und zum Schaden solcher Bemühungen eingesetzt werden, sie kann schlampig oder den Konventionen entsprechend erfolgen, sie ist also nicht a priori „fraglich“.
Über eine Medikation entscheiden Ärzte und Eltern. Wir beraten die Eltern bei ihrer Entscheidungsfindung.
Ressourcenschwäche jedweder Art (Bildung, Netzwerke, Finanzen, Nervenstärke, Erfahrung, Begabungen etc.) erhöht das Auftrittsrisiko und senkt die Chancen des Rückgangs.

4.2 Stellungnahme der städtischen Erziehungsberatung

Wahrscheinlich kann bei uns für bis zu 50% der Kinder mit einer Lese-Rechtschreibschwäche (LRS) oder Dyskalkulie (Rechenschwäche) auch eine Aufmerksamkeitsstörung unterschiedlichen Schweregrades diagnostiziert werden (Schätzung).

Lt. Landesarzt Dr. Wewetzer handelt es sich bei AD(H)S eindeutig ebenso wie bei LRS und Dyskalkulie um eine „umschriebene Teilleistungsstörung". Die verschiedenen Störungen stehen dabei meist in Interaktion. Alle könnten sie als Grundlage der Notwendigkeit von Eingliederungshilfen herangezogen werden, sofern keine vorrangigen Hilfen verfügbar sind.
Allerdings gibt es bezüglich AD(H)S mehr bzw. andere Angebote des Gesundheitswesens als bei LRS/Dyskalkulie. Ergotherapie, Logopädie sowie Verhaltenstherapie sind aber alters- und störungsabhängig nur begrenzt wirksam. Multimodale Förderung und Therapie, wie sie unsere 35a-Praxen in Nürnberg anbieten, kann nur in Verantwortung niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater, finanziert über Fallpauschalen angeboten werden (entsprechend der „Sozialpolitischen Vereinbarung" können Kinder- und Jugendpsychiater bei der Beschäftigung von pädagogischem oder psychologischem Personal von mehr als 60 Std/Woche mit den jeweiligen Krankenkassen Fallpauschalen abrechnen). Das Angebot ist bei weitem nicht ausreichend.

Die städtische Erziehungsberatung hat sich bisher beim Vorliegen von LRS/Dyskalkulie in Kombination mit Aufmerksamkeitsdefiziten in der Regel an den Vorschriften zu Eingliederungshilfen bei LRS/Dyskalkulie orientiert, mit der Option, die Wirksamkeit von Förderung ohne Medikation zwischenzeitlich, spätestens aber bei einem Fortsetzungsantrag zu überprüfen. Wir arbeiten hier mit eigener Diagnostik, Elternberatung, Beratung anderer Bezugspersonen (Lehrer, Erzieher etc.), Elternkursen, Kindergruppen, Einzelarbeit mit älteren Kindern und Jugendlichen, seltener einzeln mit Kindern unter 10 Jahren. Wir kooperieren mit Ärzten und Kliniken, wir betreiben, wo möglich, Öffentlichkeitsarbeit.

Diagnostiziertes AD(H)S ohne ausreichend schwere andere Teilleistungsstörungen wurde ohne Rückgriff auf § 35a im Bereich Erziehungsberatung oder im Gesundheitswesen behandelt.
Wir wissen, dass etliche Maßnahmen in Heilpädagogischen Tagesstätten oder stationäre Lösungen als Eingliederungshilfe definiert wurden, gerade bei AD(H)S. Soweit wir damit befasst waren muss allerdings angemerkt werden, dass diese Maßnahmen genauso als HzE über die Paragraphen 32, 33 oder 34 KJHG hätten finanziert werden können und müssen.

<u>Zahlenmaterial zum Thema AD(H)S bei der städtischen Erziehungsberatung:</u>

In 2003 hatten wir 471 Fälle mit einer Aufmerksamkeitsstörung, davon ca. 170 mit einer wo auch immer und wie auch immer erstellten Diagnose AD(H)S.
Zu 80% haben wir es mit Jungs zu tun, die Jüngsten waren 2 ½ , die Ältesten über 18, der Schwerpunkt liegt eindeutig im Grundschulalter. Ab der Pubertät ist ein Mangel an Kompliance bei der Medikation zu erwarten.
231 Fälle bekamen die Einträge LRS/Legasthenie/Dyskalkulie. Von diesen hatten 31 auch einen Eintrag bei Aufmerksamkeitsstörungen. Dies widerspricht zwar der Schätzung von ca. 50% Überschneidung deutlich. Allerdings tragen viele Berater nur ein Hauptmerkmal ein, so dass Überschneidungen nicht erkennbar werden. Wir haben also mindestens 13% Überschneidung, zum Maximum gibt es nur Schätzungen. Insgesamt wurden für 2003 2359 Fälle ausgewertet.

Die Fälle steigen nicht mehr.

4.3 Stellungnahme der städtischen Kindertagesstätten

Die genaue Zahl der diagnostizierten ADS und ADHS Kinder lässt sich nicht ermitteln, da die Familien das oftmals in den Einrichtungen nicht angeben und im Bereich des Kindergartens solche Diagnosen eher selten sind.
Bedeutsam wird die Zahl erst bei Eintritt in die Schule und damit verbunden in den Hort. Oftmals werden die Eltern von seiten der Lehrkräfte erst angesprochen und gehen dann für eine diagnostische Abklärung zum Arzt.

Nach einer telefonischen Umfrage in den Horten lässt sich sagen, dass sich im Durchschnitt 1-2 diagnostizierte ADS und ADHS Kinder in den Horten befinden. In der Mehrzahl handelt es sich hierbei um Jungen.
Diese Kinder werden offenbar fast zu 100% medikamentös behandelt. Auffallend war, dass diese Kinder in der Regel kaum Eingliederungshilfen nach KJHG § 35 a erhalten, **soweit die Einrichtungen darüber überhaupt informiert sind.**

Die Mehrbelastung, die durch diese Kinder in den Einrichtungen entsteht, ist sehr hoch.
So benötigen diese Kinder während der Hausaufgaben fast alle eine Einzelbetreuung, sie müssen viel in Kleingruppen beschäftigt werden, brauchen viel Einzelzuwendung, können kaum einmal aus den Augen gelassen werden, verursachen eine Reihe von Konflikten und benötigen andere Formen der Freizeitbeschäftigung als die übrigen Kinder.

Die deutlich zeitliche Mehrbelastung wirkt sich auch durch intensivere Gespräche mit Eltern, Lehrkräften und Fachdiensten aus. Nach fachlicher Einschätzung der Erzieherinnen und Erzieher würde eine nicht unerhebliche Zahl dieser Kinder heilpädagogische Einrichtungen benötigen. Um mit diesen Kindern dennoch fachlich qualifiziert umgehen zu können, bemühen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich über Fortbildungsmaßnahmen weiter zu qualifizieren. Solche Qualifizierungsmaßnahmen lösen jedoch nicht das strukturelle Problem der Gruppengröße von 25 Schulkindern, mit der ADS bzw. ADHS Kinder ihre Schwierigkeiten haben.

Die Zahl der nicht diagnostizierten Kinder liegt nach sehr vorsichtigen Einschätzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Horten möglicherweise etwa doppelt so hoch. Konkretere Aussagen sind schwierig, da wiederum nach Einschätzung der pädagogischen Fachkräfte die Kinder neben ADS/ADHS Symptomen noch weitere Auffälligkeiten besitzen und es oftmals nicht eindeutig zu erkennen ist, inwieweit familiäre Situationen die Ursache für die Verhaltensauffälligkeiten sind.

Da immer wieder festgestellt wurde, dass sich etliche Eltern sehr schnell aus der Verantwortung ziehen, wenn ADS/ADHS diagnostiziert wird und die Kinder dann medikamentös behandelt werden, sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr vorsichtig geworden, Eltern auf eine mögliche Erkrankung diesbezüglich anzusprechen.
Die Erfahrung zeigt nämlich, dass die meisten Eltern dann nicht mehr bereit sind, an ihrer Familiensituation, ihrem Verhalten und möglichen Auslösern für Verhaltensauffälligkeiten mit professioneller Unterstützung zu arbeiten, sondern die gesamten Probleme dadurch gelöst sehen, dass ihr Kind ja krank ist und mit dem Medikament alles besser wird.
Sie sehen den Kontakt mit einer Erziehungsberatung dann als überflüssig an. Vereinzelt gelingt es den Erzieherinnen und Erziehern, Eltern zumindest davon zu überzeugen, dass neben der medikamentösen Behandlung der Kinder auch eine begleitende Unterstützung, Beratung oder Therapie sinnvoll und wichtig ist.

Diese vereinzelten Eltern sehen dann, nach Inanspruchnahme von psychologischen Diensten und familienunterstützenden Maßnahmen, oftmals von der medikamentösen Behandlung ihrer Kinder ab.

4.4 *„Kann die Stadt Nürnberg angesicht der angespannten Haushaltslage dem Beispiel anderer Kommunen folgen und gegen Anträge auf Eingliederungshilfe finanziell selbst handlungsfähiger Eltern bei vorliegendem ADS gerichtlich vorgehen?“*
(Anfrage der CSU-Stadtratsfraktion vom 23. 02. 2004)

Der Gutachtenpraxis der städtischen Erziehungsberatung zu folge ist die Quote der einen Antrag stellenden, überdurchschnittlich verdienenden Eltern bei Eingliederungshilfe deutlich unterproportional (4%). Diese Gruppe hat auch die höchste Ablehnungsquote (57%; im Vergleich: bei „Eigenes Einkommen gering“ ist die Ablehnungsquote 30%), weil diese Eltern ihre Ressourcen meist so gut nutzen, dass keine seelische Beeinträchtigung mehr diagnostiziert werden muss und ergo auch keine Eingliederungshilfe zu gewähren ist (Zahlen von 2003, Basis 177 Fälle, 2001 und 2002 ähnliche Zahlen).

Stellungnahme des Rechtsamtes (RA) zu obiger Frage:

RA war bislang mit keiner Streitsache befasst, die eine Eingliederungshilfe bei ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) zum Gegenstand hatte und bei der es – sei es unmittelbar oder mittelbar – um die Kostentragung durch vermögende Eltern ging. RA ist lediglich ein vergleichbarer Fall der Eingliederungshilfe für einen Legastheniker bekannt, dessen Eltern finanziell gut situiert waren (beide Fachärzte) und die die Kosten der bereits aufgewendeten Eingliederungshilfe (Heimkosten) gegen die Stadt gerichtlich einklagten. Das gerichtliche Verfahren endete durch Vergleich.

Zum Verständnis der Jugendhilfe bzw. Eingliederungshilfe und einer evtl. Kostenbeteiligung der Eltern ist grundsätzlich auf Folgendes hinzuweisen:

Der Jugendhilfeträger ist nicht befugt, aus finanziellen Gründen – so etwa wegen der guten finanziellen Situation der Eltern - den Antrag auf Jugendhilfe gemäß § 27 ff. SGB VIII oder auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII abzulehnen bzw. von vornherein von einer Kostenbeteiligung der Eltern abhängig zu machen, wenn die gesetzlichen Tatbestandsvoraussetzungen vorliegen (u. a. Geeignetheit und Notwendigkeit der Hilfe, um den vorgesehenen Zweck zum Wohl des Kindes zu erfüllen; BayVGH, Beschluß vom 11.11.1999, BayVBL 2000/ 693 ff).

Der Gesetzgeber ging bei der Fassung des SGB VIII davon aus, dass Streitigkeiten über die finanzielle Beteiligung des Jugendlichen bzw. dessen Eltern im Verfahren der Entscheidung über die Jugendhilfe bzw. Eingliederungshilfe im Interesse einer rechtzeitigen Hilfe für den Jugendlichen keine Rolle spielen sollten, sondern erst (später) durch gesonderten Bescheid über einen (eventuellen) Kostenbeitrag des Jugendlichen oder dessen Eltern gemäß §§ 91, 93, 94 ff. SGB VIII zu entscheiden ist.

Aus Zeitgründen können hier nicht die komplizierten Kostenregelungen der § § 91 ff. SGB VIII in allen Einzelheiten dargestellt werden.
Festzustellen ist allerdings - wie bereits auch vom Städtetag moniert wurde -, dass die Kostenregelungen gemäß § 91 ff. SGB VIII nur unzureichend die finanziellen Interessen der Jugendhilfeträger berücksichtigen. Dies gilt auch in Fällen, in denen die Eltern der Jugendlichen vermögend sind.

So trifft etwa § 94 Abs. 2 SGB VIII für den Fall, dass die Eltern oder Elternteile vor Beginn der Hilfe mit dem Kind oder dem Jugendlichen zusammenleben, folgende Regelung:

„Lebten die Eltern oder Elternteile vor Beginn der Hilfe mit dem Kind oder dem Jugendlichen zusammen, so sind sie in der Regel in Höhe der durch die auswärtige Unterbringung ersparten Aufwendungen zu den Kosten heranzuziehen. Für diese ersparten Aufwendungen sollen nach Einkommensgruppen gestaffelte Pauschalbeträge festgelegt werden."

Dies bedeutet, dass bei einer auswärtigen Unterbringung des Kindes oder des Jugendlichen (z. B. in einem Heim) sich der Kostenbeitrag in der Regel nur nach dem durch die auswärtige Unterbringung des Kindes ersparten Aufwendungen bemisst . Dies sind die Kosten für den häuslichen Lebensunterhalt bei den Eltern - wie die Kosten der Ernährung, Kleidung, Energie, Freizeitgestaltung, Schul- und Arbeitsmittel, Kultur und Sport usw.). In der Regel werden 80 % des Tabellenunterhalts nach der sog. Düsseldorfer Tabelle angesetzt.
Die Kosten einer auswärtigen Heimunterbringung sind mit Sicherheit jedoch wesentlich höher und daher in aller Regel vom Jugendhilfeträger zu tragen.

In der Literatur (z.B. vom Deutschen Verein) wird z.T. die Auffassung vertreten, dass aufgrund der Formulierung in § 94 Abs. 2 SGB VIII *„in der Regel"* von den Eltern in Ausnahmefällen ein höherer Beitrag verlangt werden kann, wenn das Einkommen der Eltern die Einkommensgrenze nach § 81 Abs. 1 BSHG um ein Mehrfaches übersteigt oder das Vermögen erheblich über das sog. geschützte Vermögen nach § 88 Abs. 2 BSHG hinausgeht.
Abgesehen davon, dass diese Auffassung umstritten ist, fehlt jede klare gesetzliche Regelung und höchstrichterliche Rechtsprechung hierzu. Eine gerichtliche Auseinandersetzung hierüber gleicht deshalb eher einem „Lotteriespiel". Mit Sicherheit wäre es auch nicht möglich, eine vollständige Übernahme der Kosten für eine auswärtige Unterbringung des Kindes von den Eltern zu erreichen.

Für den Fall, dass die Eltern oder Elternteile vorher nicht mit dem Kind oder dem Jugendlichen zusammen gewohnt haben, wird von ihnen gem. § 94 Abs. 3 SGB VIII kein Kostenbeitrag erhoben. Im Falle der Hilfe zur Erziehung oder Eingliederungshilfe, zu deren Kosten die Eltern nach § 91 Abs. 1 Nr. 4 Buchst. b - d oder Nr. 5 Buchst. b SGB VIII grundsätzlich beizutragen haben, geht nur der zivilrechtliche Unterhaltsanspruch des Kindes oder des Jugendlichen in Höhe des Betrags auf den Träger der öffentlichen Jugendhilfe über - jedoch nur in Höhe des Betrages, der zu zahlen wäre, wenn die Leistung der Jugendhilfe und der sie veranlassende besondere Bedarf außer Betracht bleibt.
Dies bedeutet, dass einmal kein Kostenbeitrag erhoben werden kann, sondern nur der Unterhaltsanspruch des Kindes auf den Jugendhilfeträger übergeht. In der Höhe ist dieser jedoch beschränkt, da gerade der besondere Bedarf durch die Jugendhilfe bzw. die Eingliederungshilfe außer Betracht zu bleiben hat. Dies bedeutet auch hier, dass auch ein wesentlicher Teil der Kosten für die auswärtige Unterbringung des Kindes (Heimkosten) nicht in Ansatz gebracht werden kann und der Jugendhilfeträger auf diesen Kosten „sitzen bleibt".

Es bleibt deshalb festzuhalten, dass im Falle einer Eingliederungshilfe für Jugendliche, die vermögende und finanziell gut situierte Eltern haben, letztere nur unangemessen nach den derzeitigen Vorschriften des SGB VIII (§ 94 SGB VIII) zu den Kosten herangezogen werden können und der Großteil der Kosten - insbesondere bei einer auswärtigen Heimunterbringung - beim Jugendhilfeträger, d. h. beim Steuerzahler verbleibt.

Eine Neuregelung und Änderung der o. g. gesetzlichen Vorschriften, die im Übrigen auch sehr kompliziert und schwierig zu vollziehen sind, wird deshalb auch seitens RA für notwendig erachtet. (Rechtsamt vom 31. März 2004)

4.5 Der Hilfebedarf bei AD(H)S

4.5.1 Aufgaben und Stellenwert der Jugendhilfeplanung nach § 80 SGB VIII

Im Antrag der CSU-Stadtratsfraktion vom 26. 03. 2004 wird danach gefragt, *„welche Möglichkeiten bestehen...die örtliche Jugendhilfeplanung gemäß § 80 SGB VIII zu stärken, um auf diese Weise zu versuchen, die örtliche Bedarfslage in Einklang mit der Haushaltslage zu bringen?“.*

In diesem Zusammenhang muss auf die Aufgaben der Jugendhilfeplanung hingewiesen werden, die in § 80 SGB VIII geregelt sind:

„(1) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben im Rahmen ihrer Planungsverantwortung (...)
2. den Bedarf unter Berücksichtigung der Wünsche, Bedürfnisse und Interessen der jungen Menschen und der Personensorgeberechtigten für einen mittelfristigen Zeitraum zu ermitteln und
3. die zur Befriedigung des Bedarfs notwendigen Vorhaben rechtzeitig und ausreichend zu planen; dabei ist Vorsorge zu treffen, dass auch ein unvorhergesehener Bedarf befriedigt werden kann. (...)
(4) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen darauf hinwirken, dass (...) die Planungen insgesamt den Bedürfnissen und Interessen der jungen Menschen und ihrer Familien Rechnung tragen.“

Durch die Verpflichtung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Planung (Muß-Vorschrift) wird Jugendhilfeplanung zu einem unverzichtbaren Instrument zur Überprüfung und Sicherung der Gewährleistungsverpflichtung des öffentlichen Trägers nach § 79 Abs. 2 SGB VIII (Gesamtverantwortung, Grundausstattung).
Die Jugendhilfeplanung ist diesen gesetzlichen Vorgaben verpflichtet, ob die Bedarfsfeststellungen dann vom Stadtrat umgesetzt werden, hat dieser zu entscheiden. Unabhängig davon sind jedoch die individuellen Rechtsansprüche nach §§ 27ff, 35a, 41 SGB VIII zu sehen, die zu erfüllen sind (siehe JHA vom 20. 02. 2003, Einsparmöglichkeiten bei Erzieherischen Hilfen).

Unbestritten stellen die fachlichen Einschätzungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hinsichtlich der Notwendigkeit von Hilfen einen bedeutenden kostenrelevanten Faktor und Ansatzpunkt dar, Anzahl und Leistungsumfang von bewilligten Hilfen zu steuern.
Denn es sind sehr stark subjektive Kritierien, die eine Rolle spielen, wenn darüber befunden wird, ab wann, bei wem unter welchen Voraussetzungen eine seelische Behinderung droht oder die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist.

Die in der Anfrage der CSU-Stadtratsfraktion angeführte Stadt Kiel ist ein Beispiel dafür, wie über Vorgaben der Fachkräfte die Fallzahl zu beeinflussen ist.

Wie die Reduzierung des Fallzahlvolumens bei den Eingliederungshilfen in Kiel zu erklären ist:
Mit 329 Hilfen Anfang 2000 lag die Stadt Kiel unter Berücksichtigung der Einwohnerzahl von 229.000 vergleichsweise über dem Fallaufkommen in Nürnberg zu diesem Zeitpunkt. Warum eine Veränderung eingetreten ist, erklärt sich nach telefonischer Auskunft des Jugendamtes Kiel wie folgt:

- Im Jahre 2000 hat ein Anbieter von Hilfen im Bereich 35a Insolvenz angemeldet. Dieser freie Träger hatte sich bis dahin durch ein aggressives Marktgebaren ausgezeichnet, d. h. offensiv Pressearbeit betrieben, Elternvertretungen und Ärzte aufgesucht und beworben, Gutachten beschafft, Gefährdungsmomente überzeichnet u. ä.

- Nachdem man in der Kieler Jugendhilfe zu der Auffassung kam, dass die Gutachten seitens des Gesundheitsamtes in nicht mehr nachzuvollziehender Weise und Zahl Hilfemaßnahmen befürworteten und man seitens des dortigen Personals Auseinandersetzungen mit Eltern zu meiden trachtete, hat das Jugendamt eine heilpädagogische Beratungsstelle mit drei Fachkräften eingerichtet, die nun dafür zuständig sind, zu beurteilen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Hilfe gemäß § 35a SGB VIII auch tatsächlich gegeben sind.

- Eingliederungshilfen bewilligt in Kiel eine sog. 35a Hilfekonferenz, die hinsichtlich der Einschätzung, ob nicht nur eine Störung, sondern tatsächlich eine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, strenge Maßstäbe anlegt. Die Hilfekonferenz wird als groß bezeichnet, da sie interdisziplinär zusammengesetzt (Kinderarzt, Schulleiter, Schulamt, heilpädaogische Beratungsstelle u. a.) ist und aus leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der vom § 35a tangierten Dienste und Institutionen besteht. Durch dieses Gremium einen Antrag befürwortet zu bekommen, gilt als große Hürde, der ein abschreckender Effekt („es hat eh keinen Sinn, weil die doch ablehnen“) nachgesagt wird.

4.5.2 Zur Einschätzung und Steuerung des Bedarfs bei AD(H)S

- Derzeit werden nur einige Hundert Kinder und Jugendliche in Nürnberg mit der Diagnose AD(H)S und der wirtschaftlichen Jugendhilfe in Verbindung gebracht.
  Zur Häufigkeit von AD(H)S teilte das Gesundheitsamt in seiner Stellungnahme mit:
  „In Deutschland leiden zwischen 4 und 10 % der Kinder an mehr oder weniger ausgeprägten Störungen dieses Krankheitsbildes, das sind rein rechnerisch 1 bis 2 Kinder pro Schulklasse, was sich in einer Umfrage im letzten Jahr an den Nürnberger Schulen in etwa auch bestätigt hat.“
  Da in Nürnberg rund 53.000 Kinder und Jugendliche leben, die zwischen 6 und 18 Jahren alt sind, müssten dieser Einschätzung zu folge Betreuungskapazitäten für ca. 3.000 Kinder und Jugendliche ausgelegt und damit entsprechend ausgebaut werden.

- Ein weiteres Indiz dafür, dass in Nürnberg die Versorgungslage für AD(H)S-Betroffene unterentwickelt ist, stellen die bereits zitierten Aussagen von Fachkräften der städtischen Kindertagesstätten dar:
  Demnach befinden sich im Durchschnitt 1-2 diagnostizierte ADS und ADHS Kinder in den Horten. *„Die Zahl der nicht diagnostizierten Kinder liegt nach sehr vorsichtigen Einschätzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Horten etwa doppelt so hoch Diese Kinder werden offenbar fast zu 100% medikamentös behandelt. Auffallend war, dass diese Kinder in der Regel kaum Eingliederungshilfen nach KJHG § 35 a erhalten, soweit die Einrichtungen darüber überhaupt informiert sind.*
  Nach fachlicher Einschätzung der Erzieherinnen und Erzieher würde eine nicht unerhebliche Zahl dieser Kinder heilpädagogische Einrichtungen benötigen.“

- Die trägerübergreifende Arbeitsgemeinschaft der Erziehungsberatungsstellen in Nürnberg hat in ihrem Bericht im Jugendhilfeausschuss am 18. Dezember 2003 unmissverständlich dargelegt:
  „Für AD(H)S- betroffene Kinder und Familien ist das derzeitige Beratungs- und Therapieangebot im Nürnberger Raum bei weitem nicht ausreichend. Es besteht ein Mangel sowohl an Gruppenangeboten als auch an präventiven Angeboten für Eltern, Schulen und Kindergärten. (...)
  Alle Erziehungsberatungsstellen bieten daher Gruppen für betroffene Kinder und Eltern an. Darüber hinaus sollte die Kooperation mit behandelnden Ärzten ausgebaut werden, um alle Aspekte der Hyperaktivität bzw. des ADS berücksichtigen zu können.
  Auch fachlich kompetente professionelle Begleitung von Elternselbsthilfegruppen besteht zur Zeit noch viel zu wenig.“

- Die eingangs zitierte Auswertung der bundesweiten Ausgaben der öffentlichen Hand für die Kinder- und Jugendhilfe begründet die Steigerung der Ausgaben für die Hilfen gem. § 35a SGB VIII von 2001 auf 2002 um 9,6 % *„als Reaktion auf offensichtlich zunehmende Bedarfslagen, denen mit gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen zu begegnen ist."* (Informationsdienst der AKJ, April 2004)

- Auch hat eine dem Gender Mainstreaming verpflichtete Jugendhilfe das „Betroffenenverhältnis" 4 : 1 von Jungen und Mädchen zu hinterfragen und auf gezielte Unterstützungsmaßnahmen für Jungen hinzuwirken.

Diese Anhaltspunkte für erheblich größere Bedarfe zur Unterstützung bei AD(H)S sind angesichts des gesetzlichen Auftrages der Kommune als öffentlicher Träger der Jugendhilfe ernst zu nehmen:

- Die Jugendhilfe(planung) versucht daher, veränderten Bedarfslagen im Rahmen vorhandener Ressourcen durch Verlagerung von Personalkapazitäten und Sachmitteln Rechnung zu tragen. Damit nimmt die Jugendhilfe auf die schwierige Haushaltslage der Stadt Rücksicht.

- Wie eingangs skizziert, geht die Kinder- und Jugendhilfe in Nürnberg in Sachen Eingliederungshilfe in Abstimmung mit der Schulverwaltung den Weg der Prävention, indem darauf hingearbeitet wird, Zug um Zug die Voraussetzungen für eine systematische Früherkennung (phonologische Bewusstheit) und schulische Frühförderung zu schaffen.

- Aus den bisherigen Ausführungen dürfte zudem deutlich geworden sein, dass bereits sehr nachdrücklich versucht wird, im Rahmen der Steuerung Einfluss auf Dauer, Ausgestaltung und finanzielle Auswirkungen der Hilfen nach § 35a SGB VIII zu nehmen. Dies geschieht auch im Rahmen der Jugendhilfeplanung durch den Einbezug der Leistungserbringer und Träger. Eine Begrenzung der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen wird durch eine stringente Handhabung des Hilfeplanverfahrens sowie einer Begrenzung der Hilfen beim Leistungsumfang und der Dauer angestrebt (siehe TOP „Maßnahmen zur Realisierung des Sparauftrages...").

Die Stellungnahme des Rechtsamtes unter Punkt 3.4 hat deutlich gemacht, dass dieser Weg nicht beliebig beschritten werden kann, weil es sich bei den Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz wie gesagt um Rechtsansprüche handelt, denen sich die Stadt Nürnberg als für die Umsetzung dieser Gesetze verantwortlicher Träger der öffentlichen Jugendhilfe nicht entziehen kann.

II. **Beilagen**
Antrag der CSU-Stadtratsfraktion vom 23. 02. 2004
Antrag der CSU-Stadtratsfraktion vom 26. 03. 2004

III. **Beschlussvorschlag**
keiner, da Bericht

IV. **Herrn OBM**

V. **Frau Ref. V**

Am
Referat V