

STELLUNGNAHME

Erstes Kinder- und Jugendhilfestrukturereform-Gesetz (1. KJHSRG) und die Sicherstellung einer wirksamen Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit (drohender) Behinderung

BERNZEN Rechtsanwälte – Partner der Sozialwirtschaft

Hamburg, 02.09.2026

Auftrag:

Die Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Bundesvereinigung e. V. (VIFF) beauftragte BERNZEN-Rechtsanwälte mit der Erarbeitung einer Stellungnahme zum Entwurf 1. KJHSRG und der Sicherstellung einer wirksamen Früherkennung und Frühförderung i.S.d. § 46 SGB IX im neuen SGB VIII.

Zielgruppe sind Politik und Ministerien aller Ebenen, kommunale Spitzenverbände sowie Gestalter*innen und Expert*innen des Sozialsystems.



Kurzfassung:

Sicherstellung einer wirksamen Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderung und Kinder mit drohender Behinderung

Die Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Bundesvereinigung e. V. (VFF) begrüßt das Ziel des Entwurfs zum 1. KJHSRG ausdrücklich: eine inklusive, funktionsfähige und entbürokratisierte Kinder- und Jugendhilfe.¹ Für Kinder mit Behinderung und Kinder mit drohender Behinderung von der Geburt bis zur Einschulung entscheidet sich dieses Ziel an einer einzigen Frage: Bleibt das niedrigschwellige offene Beratungsangebot, sowie die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik als Zugang zur Interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung in Form der Komplexleistung (§ 42 Abs. 2 Nr. 2, § 46 SGB IX i. V. m. FrühV) als Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten – oder wird er in neue, nebeneinander laufende Verwaltungsverfahren zergliedert?

Der Gesetzentwurf zielt mit seinem Verweis in § 35 a Abs. 2 SGB VIII n.F. auf das 9. Kapitel des SGB IX und die in §§ 42 Abs. 2 Nr. 2, 46 SGB IX hinterlegte Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung auf den Erhalt dieser Leistung der medizinischen Rehabilitation. Gleichwohl existieren im Entwurf Regelungen, die in der Verwaltungspraxis Gefahr laufen, bürokratische Verfahren weiter aufzubauen, statt die niedrigschwellige Leistung für Kinder und ihre Familien zum frühestmöglichen Zeitpunkt für Kinder mit Behinderung und Kinder mit drohender Behinderung wirksam weiterzuentwickeln. Wir schlagen deshalb neun präzisierende Änderungen vor, die ohne Mehrkosten die Effizienzziele des Entwurfs stützen.

1. Wirksames Fallmanagement für Menschen statt aneinandergereihter Verwaltungsverfahren

Für ein und dasselbe Kind können theoretisch vier Planverfahren greifen: Förder- und Behandlungsplan (§ 7 FrühV), Teilhabeplan (§§ 19 ff. SGB IX), Gesamtplan (§§ 117 ff. SGB IX) und Hilfeplan (§§ 36 ff. SGB VIII n.F.). Schon heute herrscht in der Verwaltungspraxis Unsicherheit, wie diese Verfahren einzusetzen sind, was schlimmstenfalls zu einer Aneinanderreihung von vier rechtssicheren Planungen aus verschiedenen Verwaltungseinheiten führen kann. Das erzeugt kein besseres Ergebnis für Bürger*innen, sondern Aufwand und lässt die Frist des § 14 SGB IX praktisch leerlaufen. Erforderlich ist eine gesetzliche Konzentrationsregel, die die Vorrangregelungen zur Verfahrensausgestaltung gemäß § 7 Abs. 2 SGB IX sowie der FrühV nach § 48 SGB IX auch mit dem 1. KJHSRG sicherstellt. (Vorschlag 1).

2. Einheitliche, vertrauensvolle Bedarfsermittlung in Kooperation mit der Sozialwirtschaft

Rehabilitation wirkt, weil der Bedarf im Leistungsverlauf fortlaufend interdisziplinär überprüft und angepasst wird (§ 7 Satz 2 FrühV). Es ist sicherzustellen, dass die in § 35c Abs. 2 Satz 5 SGB VIII n.F. erneut vorgesehene Trennung von Bedarfsermittlung und Leistungserbringung nicht genau diesen Wirkmechanismus zerstört. Notwendig sind bundeseinheitliche, ergebnisorientierte ICF-basierte Instrumente nach § 13 SGB IX, die auch im Anschluss an eine Früherkennung und Frühförderung eine rechtskreisübergreifend wirksame Leistungsgestaltung ermöglichen – nicht Misstrauen als Verfahrensprinzip (Vorschläge 3 und 4).

3. Wirksamkeit als gemeinsames Gestaltungsinstrument statt weiterer Kontrollen

Die Aufnahme der Wirksamkeit in die Leistungsvereinbarung (§ 78b Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII n.F.) ist der richtige Hebel und wird ausdrücklich begrüßt. Sie setzt jedoch auch eine bürger*innen- und

¹Gesetzentwurf der Bundesregierung, 1. KJHSRG, Kabinettfassung vom 12.08.2026, S. 1 f.

ergebnisorientierte Gesetzesentwicklung, Bedarfsermittlung und Leistungsgestaltung voraus – statt das Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX bzw. § 5 SGB VIII, § 37c Abs. 3 SGB VIII n.F.) über Vorrangkaskaden und Prozess- bzw. Verfahrensvorgaben weiter einzuengen (Vorschläge 5 bis 7).

4. Zugang zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und ihre Familien sichern

Die infrastrukturelle Bildungsassistenz (§§ 35b, 80a SGB VIII n.F.) ist im Bildungsalltag sehr zu begrüßen. Sie darf die medizinische Reha-Komplexleistung nach § 46 SGB IX jedoch nicht verdrängen: Andernfalls entfällt ein wirksames spezialisiertes Instrument für Kinder mit komplexen Bedarfen und ihre Familien zugunsten kostspielig aneinandergereihter sparsamer Einzelleistungen. Ferner wird die anteilige Finanzierung und fachliche Einbindung der Krankenversicherungsträger in Frage gestellt (§ 46 Abs. 3 und 5 SGB IX, § 6a FrühV) – die Kosten verlagern sich dann vollständig auf Kommunen und Länder, insbes. wenn der Zugang zu Reha-Einzelleistungen anderer Träger, insbesondere der Krankenversicherungsträger nicht sichergestellt ist (Vorschlag 8).

Das Sozialrecht führt schon heute zu vielen Rechtsunsicherheiten in der Umsetzung. Vor diesem Hintergrund braucht es dringend folgende gesetzliche Anpassungen:

- § 35a Abs. 2 SGB VIII n.F.: Ausdrückliche Konzentration der Planverfahren auf den Förder- und Behandlungsplan nach § 7 FrühV (Vorschlag 1)
- § 35b Satz 3 SGB VIII n.F.: ausdrückliche Nennung des § 46 SGB IX neben der Einzelfallhilfe (Vorschlag 8)
- § 35c Abs. 2 SGB VIII n.F.: Ausnahme für Leistungen mit verlaufsbezogener Bedarfsermittlung (Vorschlag 3)
- § 10c SGB VIII n.F.: Erprobung wirkungs- statt strukturorientiert, auch mit Blick auf eine Leistungsgestaltung entsprechend § 132 SGB IX. Sicherstellung des § 46 SGB IX (Vorschlag 7)
- § 78c Abs. 2 SGB VIII: Tarifschutz für Träger von Einrichtungen analog zur Regelung für geeignete Leistungserbringer in § 124 Abs. 1 SGB IX (Vorschlag 6).

Weitere Vorschläge zur bürger*innenorientierten und wirksamen Steuerung der Leistungserbringung mit dem 1. KJHSRG werden in der anliegenden ausführlichen Stellungnahme dargestellt.

Lösungsvorschläge und Begründungen

Die Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Bundesvereinigung e. V. (VFF) begrüßt die inklusive Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe nachdrücklich. Inklusive Strukturangebote – insbesondere Kindertageseinrichtungen, die auch den medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Bedarfen von Kindern mit Schwer- und Mehrfachbehinderungen gerecht werden – gehören zum Leistungsspektrum der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung. Dabei muss der Schwerpunkt auf der Bedarfsdeckung nicht auf der Einsparung von Kosten liegen. Spezialisierte individuelle Leistungsansprüche und Reha-Komplexleistungen sind in einer inklusiven Gesellschaft nur dort erforderlich, wo Teilhabe anders nicht sichergestellt ist.

Zugleich gilt: Sich wiederholende Prozess- bzw. Verfahrensanforderungen erzeugen gerade in der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit Bürokratie, weil rechtmäßiges Handeln dokumentiert, nachgewiesen und gegenüber Rechnungsprüfungsämtern und Rechnungshöfen belegt werden muss. Die Forderung nach Rechtsvereinfachung und Bürokratieabbau ist deshalb auch in dieser Reform konsequent umzusetzen – und zwar dort, wo Prozesse bzw. Verfahren tatsächlich zusammengeführt und optimiert werden können.

I. Früherkennung und Frühförderung

Leistungen der Früherkennung und Frühförderung sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX). Sie werden von interdisziplinären Frühförderstellen, von durch Landesrecht zugelassenen vergleichbaren Einrichtungen (§ 46 Abs. 2 SGB IX, § 3 FrühV) sowie von Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V (§ 4 FrühV) erbracht. Die Komplexleistung ist gekennzeichnet durch ein niedrigschwelliges offenes Beratungsangebot, eine umfassende medizinisch-therapeutische und pädagogische Eingangs-, Verlaufs- und Abschlusssdiagnostik in Verantwortung von Arzt und pädagogischer Fachkraft (§ 7 FrühV) sowie durch die Koordination (§ 6a FrühV) von Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Krankenversicherungsträger mit heilpädagogischen Leistungen (§ 79 SGB IX) der Jugend- und Eingliederungshilfeträger von der Geburt bis zur Einschulung des Kindes (§ 46 Abs. 3 SGB IX i. V. m. § 8 FrühV).

Bereits die Begründung zum SGB IX 2001 hob die Bedeutung dieser Leistungskombination hervor: Die Komplexleistung bestehe aus einem interdisziplinär abgestimmten System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen, die auf Grundlage eines individuellen Förderkonzepts gemeinsam mit den Eltern erbracht und laufend fortgeschrieben werden.² Das Wunsch- und Wahlrecht wird ausdrücklich als Instrument zur Einbeziehung der familiären Lebenssituation betont.³ Das Bundesteilhabegesetz knüpfte 2016 hieran an; es ist allgemeine Erkenntnis, dass frühe Förderung die Entwicklung maßgeblich verbessert und alle Sozialleistungssysteme von Folgekosten entlastet.⁴ Die Ausgestaltung im Rahmen der FrühV wurde bewusst den Ländern und den dort zuständigen Rehabilitationsträgern überlassen (§ 46 Abs. 4 und 5 SGB IX).⁵

²BT-Drs. 14/5074, S. 107 (zu § 30 SGB IX a. F.).

³BT-Drs. 14/5074, S. 95; dort auch zur Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Kindern entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention, vgl. § 1 Satz 2 SGB IX.

⁴BT-Drs. 18/9522, S. 251 f.; vgl. auch Oppermann, in: Hauck/Noftz, SGB IX, § 46 Rdn. 12.

⁵BT-Drs. 18/9522, S. 252.

Damit erfüllt die Früherkennung und Frühförderung als frühzeitig einsetzende, multidisziplinäre und gemeindenahе Leistung bereits heute die Anforderungen des Art. 26 Abs. 1 Satz 2 Buchst. a und b UN-BRK sowie das mit Artikel 2 Nr. 2 des Entwurfs in § 1 Abs. 1 SGB VIII n.F. neu aufgenommene Ziel der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe. Ihre Wirksamkeit wird in der Theorie⁶ und in der Praxis von den Interdisziplinären Frühförderstellen regelmäßig und personenzentriert dokumentiert und von den Rehabilitationsträgern überprüft: die von den Kinderärzt*innen, Heilpädagog*innen und Psycholog*innen nach den Diagnostiken verfassten ICF-basierten Förder- und Behandlungspläne beschreiben detailliert die Entwicklungsfortschritte durch die interdisziplinäre Förderung und Behandlung des Kindes sowie die ggf. weiterhin erforderlichen prospektiven Förder- und Behandlungsziele für das Kind und seine Sorgeberechtigten.

Ebenso ist belegt, dass Kindertageseinrichtungen diese Förderung strukturell derzeit nicht abbilden können.⁷

Zur Sicherstellung einer wirksamen und effizienten Früherkennung und Frühförderung i.S.d. § 46 SGB IX bei entsprechendem Unterstützungsbedarf von Kindern und ihren Familien bedarf es hier klarstellender Regelungen:

II. Wirksames Fallmanagement (Kernaussage 1)

Vorschlag 1 – Artikel 2 Nr. 8, § 35a Abs. 2 SGB VIII n.F.: Konzentration der Planverfahren

An § 35a Abs. 2 SGB VIII n.F. wird folgender Satz 3 angefügt:

„Für Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nach § 46 des Neunten Buches gelten die auf Grund des § 48 des Neunten Buches erlassenen Vorschriften; der hiernach interdisziplinär erstellte und fortgeschriebene Förder- und Behandlungsplan tritt an die Stelle des Hilfeplans nach § 36, des Teilhabeplans nach § 19 des Neunten Buches und des Gesamtplans nach § 121 des Neunten Buches.“

Wirkung dieser gesetzlichen Weiterentwicklung: ein Verfahren statt vier; die Beteiligungsrechte der Personensorgeberechtigten und die Fristen des § 14 SGB IX werden gestärkt.

Begründung:

Mit § 3 Abs. 4 SGB VIII n.F. stellt der Entwurf klar, dass die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Eingliederungshilfeleistungen nach § 2 Abs. 2 Nr. 6 SGB VIII n.F. Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX sind und § 7 SGB IX zu beachten ist. Das ist konsequent – und macht zugleich das Verfahrensproblem sichtbar: Für dasselbe Kind können bei entsprechender Leistungskombination der Förder- und Behandlungsplan nach § 7 FrühV, das Teilhabeplanverfahren nach §§ 19 ff. SGB IX (gemäß § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB IX abweichungsfest bei mehreren Trägern oder Leistungsgruppen i.S.d. § 19 Abs. 1 SGB IX), das Gesamtplanverfahren nach §§ 117 ff. SGB IX und die Hilfeplanung nach §§ 36 bis 36b, 37c SGB VIII n.F. aufeinandertreffen.

Mit Blick auf die Reha-Leistung der Früherkennung und Frühförderung i.S.d. § 46 SGB IX geht die auf Grundlage des § 48 SGB IX erlassene FrühV mit ihren Verfahren der Bedarfsermittlung und

⁶ Z.B. Peterander, F., Weiß, H. (2017): Wirksamkeit Familienorientierter Frühförderung. Frühförderung interdisziplinär 36 (1), 34-36, DOI 10.2378/fi2017.art04d.

⁷ Bertelsmann Stiftung, Die Personalausstattungsquote in Kitas, Gütersloh 2026; abrufbar unter www.bertelsmann-stiftung.de.

Planung vor. § 7 Abs. 2 Satz 2 SGB IX steht dem nicht entgegen: Er verbietet Abweichungen durch die Leistungsgesetze der Träger und durch Landesrecht, nicht aber die durch § 48 SGB IX ausdrücklich eröffnete bundesrechtliche Sonderregelung.

Bereits heute führt dies zu erheblichen Unsicherheiten in der Verwaltungspraxis. Entscheidend ist im SGB IX der Antrag der Leistungsberechtigten (Antragsprinzip). Im SGB VIII gilt der Amtsermittlungsgrundsatz, der im SGB IX grds. erst mit der Sachverhaltsermittlung einsetzt. Bei der Auslegung des Antrages gilt der Grundsatz der Meistbegünstigung aus §§ 14, 108 SGB IX i.V.m. § 133 BGB, der neben der erkennbaren Willenserklärung auch Sinn und Begleitumstände bei der Antragstellung einbezieht⁸. Gleichwohl wird vereinzelt der Wortlaut als erklärter Wille der Leistungsberechtigten vorrangig bewertet⁹, mit dem Ergebnis Einzelleistungen ggf. auch in einem Teilhabe- oder Gesamtplanverfahren vorrangig zu gestalten. Für die niedrighschwellige Leistung der Früherkennung und Frühförderung und belastete Kinder und ihre Familien ist dies nicht zielführend. Die Verwaltung handelt entsprechend risikoavers.

Die Folge ist keine bessere Steuerung, sondern ein Ausweichen: Planungsverfahren werden mit dem Einsatz eines Gesamtplans in der Früherkennung und Frühförderung aneinandergereiht.¹⁰ Leistungen werden als heilpädagogische Einzelleistungen außerhalb des § 46 SGB IX oder als stationäre medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V bewilligt – oder die Frist des § 14 SGB IX verstreicht und Leistungen müssen durch Untätigkeitsklagen aktiviert werden. Das ist das Gegenteil eines niedrighschwelligen und wirksamen Leistungszugangs für Bürger*innen.

Vorschlag 1 löst das Problem nicht durch neue Regelungsdichte, sondern durch Konzentration: ein Plan, der die Anforderungen aller beteiligten Rechtskreise zur feststellenden Bewilligung erfüllt, erstellt und fortgeschrieben von den verantwortlichen Fachkräften, die das Kind tatsächlich sehen. Das entspricht dem im Sozialrecht zunehmend verankerten Fallmanagementansatz, der die Ziele der Menschen als wirksamstes Instrument zur Steuerung der Leistung und Aktivierung der Leistungsberechtigten etabliert und damit einen wirksamen Beitrag zum Bürokratieabbau in diesem Leistungssegment leistet.

Vorschlag 2 – Artikel 1 Nr. 12 lit. b, § 79 Abs. 4 SGB VIII n.F.: Automatisierung darf nicht verzögern

§ 79 Abs. 4 SGB VIII n.F. wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Das Prüfungssystem darf die Entscheidung über Leistungen und deren Erbringung nicht verzögern; § 14 des Neunten Buches und § 43 des Ersten Buches bleiben unberührt.“

Wirkung dieser gesetzlichen Weiterentwicklung: Sicherstellung eines zügigen und effizienten Verwaltungsverfahrens (Prozessoptimierung) für Bürger*innen

Begründung:

Schließlich ist der Leistungszugang selbst zu schützen. Im SGB IX setzt die Leistung einen Antrag voraus (§ 108 Abs. 1 SGB IX), im SGB VIII wird sie von Amts wegen erbracht; jedenfalls gilt der Untersuchungsgrundsatz.¹¹ In der Praxis werden umfassende Bedarfsermittlungen mit der

⁸ SG Karlsruhe, Urt. v. 27.07.2022 – S 10 SO 2576/21; VG Würzburg, Urteil vom 24. November 2022 – W 3 K 21.1437 –, juris Rdn. 54; Götze, SGB IX Kommentar, § 14, Rdn. 14; Dauber, SGB IX Kommentar, § 108, Rdn. 8.

⁹ Wolfgang Eicher, Anmerkung vom 11.01.2024 zu SG Karlsruhe, Urt. v. 27.07.2022 – S 10 SO 2576/21 - Eicher, jurisPR-SozR 1/2024 Anm. 4.

¹⁰ Siehe z.B. Thüringen oder Sachsen-Anhalt.

¹¹ Vgl. LPK-SGB VIII, 8. Aufl. 2022, § 35a Rdn. 9; zur Sachverhaltsermittlung von Amts wegen § 20 SGB X, zur Formfreiheit des Antrags § 9 SGB I.

formlosen Antragstellung so verbunden, dass der Zugang nicht selten an der Mitwirkung belasteter Familien scheitern muss. Ebenso darf die automatisierte Zuständigkeitsprüfung nach § 79 Abs. 4 SGB VIII n.F. – bei der Komplexleistung ohnehin allenfalls nachgelagert zur Kostenaufteilung nach § 46 Abs. 5 SGB IX geeignet – nicht zur Zugangshürde werden.

III. Einheitliche, vertrauensvolle Bedarfsermittlung (Kernaussage 2)

Vorschlag 3 – Artikel 2 Nr. 8, § 35c Abs. 2 SGB VIII n.F.: Verlaufsdagnostik erhalten

Nach § 35c Abs. 2 Satz 5 SGB VIII n.F. wird folgender Satz 6 eingefügt:

„Satz 5 gilt nicht, soweit die Ermittlung und Fortschreibung des Bedarfs Bestandteil der Leistung selbst ist, insbesondere bei Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nach § 46 des Neunten Buches sowie bei Leistungen, deren Wirksamkeit eine fortlaufende, verlaufsbezogene Anpassung durch die leistungserbringenden Fachkräfte voraussetzt.“

Wirkung dieser gesetzlichen Weiterentwicklung: klare Regelungen zur Vermeidung von Bürokratie und Rechtsschutzverfahren

Hilfsweise genügt eine entsprechende Klarstellung in der Begründung; die Sollvorschrift trägt eine solche Ausnahme bereits, sie ist aber für die Verwaltungspraxis und die Rechnungsprüfung nicht hinreichend erkennbar.

Vorschlag 4 – neuer Artikel: § 13 Abs. 1 SGB IX – bundeseinheitliches Instrument

An § 13 Abs. 1 SGB IX werden folgende Sätze angefügt:

„Die Rehabilitationsträger wenden ab dem 1. Januar 2029 ein bundeseinheitliches, an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ausgerichtetes Instrument zur Bedarfsermittlung an. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vereinbart dieses bis zum 31. Dezember 2027 unter Beteiligung der Verbände der Leistungserbringer und der Verbände von Menschen mit Behinderungen. Für Kinder bis zum Eintritt der Schulpflicht ist eine entsprechende interdisziplinäre Diagnostik nach § 7 der Frühförderungsverordnung zur Bedarfsermittlung vorrangig.“

Wirkung dieser gesetzlichen Weiterentwicklung: einheitliche Bedarfe zur Leistungskoordination nicht nur bei regionalen Veränderungen der Leistungsberechtigten, sondern zur ergebnisorientierten Steuerung der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen aller Kostenträger, auch der Sozialversicherungsträger zur Gestaltung effizienter Synergien und Entlastung, insbesondere der Eingliederungshilfe.

Begründung:

Ausdrücklich zu begrüßen ist die Zugrundelegung eines einheitlichen, am bio-psycho-sozialen Modell der ICF orientierten Behinderungsbegriffs (§ 7 Abs. 2 SGB VIII i. V. m. § 35a Abs. 1 SGB VIII n.F.) sowie der Verzicht auf das Erfordernis einer „wesentlichen“ Teilhabeeinschränkung im Sinne des § 99 Abs. 1 SGB IX. Die Reform kann hier einen wertvollen Beitrag zur überfälligen Entwicklung einer ICF-basierten, zielorientierten Bedarfsermittlung leisten. Dafür bedarf es bundeseinheitlicher Instrumente nach § 13 SGB IX (Vorschlag 4). Andernfalls führt die zunehmende rechtliche Ausdifferenzierung bei jedem Kostenträger zu einem eigenen Bedarfsermittlungsverfahren, der die Fristen des § 14 SGB IX unerfüllbar macht, die Systeme nicht koordinierend steuert und dazu führt, dass Menschen mit Behinderungen z.B. bei einem Umzug andere Bedarfe und Teilhabechancen attestiert bekommen.

Kritisch ist demgegenüber § 35c Abs. 2 Satz 5 SGB VIII n.F.: Die Stellungnahme oder Bescheinigung soll nicht von der Person oder Einrichtung stammen, die die Leistung erbringt; ausweislich der Begründung sollen Interessenkollisionen ausgeschlossen werden.¹² Für punktuelle Feststellungen mag dies tragen. Für komplexe Rehabilitationsleistungen kehrt es die Wirkungslogik um: Deren Effizienz beruht gerade darauf, dass Bedarfe kontinuierlich im Leistungsverlauf erhoben und mindestens jährlich mit den Eltern und den Rehabilitationsträgern angepasst werden (§ 7 Satz 2 FrühV). Wer diese Verlaufsdiagnostik externalisiert, erzeugt zusätzliche Prozesse bzw. Verfahren, Wartezeiten und Kosten, ohne die Qualität zu erhöhen. Vertrauen ist hier kein Verzicht auf Kontrolle, sondern ihre wirksamere Form: Steuerung über Ziele, Ergebnisse und Leistungsvergleiche statt über Zuständigkeitstrennung.

IV. Wirksamkeit als gemeinsames Gestaltungsinstrument statt Kontrolle und Begrenzung des Wunsch- und Wahlrechts (Kernaussage 3)

Vorschlag 5 – Artikel 2 Nr. 8 und Nr. 12: Wirksamkeit zur kontinuierlichen Leistungsverbesserung

§ 35a Abs. 5 SGB VIII n.F.:

„... so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen die Hilfe und Leistungen erbringen, die geeignet sind, sowohl den erzieherischen Bedarf **wirksam** zu decken als auch die Aufgaben der Eingliederungshilfe **wirksam** zu erfüllen.“

§ 74 Abs. 4 SGB VIII n.F.:

„Bei sonst gleich geeigneten Maßnahmen soll solchen der Vorzug gegeben werden, die **nachweislich wirksamer**, stärker inklusiv ausgerichtet **und** an den Interessen der Betroffenen orientiert sind und ihre Einflussnahme auf die Ausgestaltung der Maßnahme gewährleisten“

Wirkung dieser gesetzlichen Weiterentwicklung: Fokus auf die Ziele der Leistungsberechtigten und Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit; wirksame und damit über Rechtskreise hinweg wirtschaftliche Leistungen.

Begründung:

§ 78b Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII n.F. greift die Wirksamkeit bereits entsprechend auf.

Darüber hinaus enthält der Entwurf an mehreren Stellen Vorrangregelungen: den Vorrang infrastruktureller und Regelangebote (§ 27 Abs. 5 Satz 1 SGB VIII n.F., § 36 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VIII n.F.), den Vorrang der Jugendsozialarbeit (§ 27 Abs. 5 Satz 2, § 36 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII n.F.) und die vorrangige Beauftragung von Leistungserbringern, die zur gemeinsamen Erbringung von Jugendhilfe- und Eingliederungshilfeleistungen geeignet sind (§ 35a Abs. 5 SGB VIII n.F.).

Rechtlich folgt der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz mit dem Einsatz geeigneter, erforderlicher und angemessener Leistungen bereits aus Art. 1 Abs. 3 i. V. m. Art. 20 Abs. 3 GG und ist in § 4 Abs. 1 SGB IX sowie in der Auswahlentscheidung nach § 27 Abs. 2 SGB VIII angelegt. Die zusätzlichen Vorrangskaskaden schaffen daher wenig materiellen Gewinn, aber erhebliche Prüf- und Dokumentationslasten – und sie verengen faktisch das Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX bzw. § 5 SGB VIII, § 37c Abs. 3 Satz 2 SGB VIII n.F.).

¹²Begründung des Gesetzentwurfs, Besonderer Teil, zu Artikel 2 Nr. 8 (§ 35c Abs. 2), Seite 49.

Der wirksamere Hebel ist im Entwurf bereits angelegt: Mit § 78b Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII n.F. wird die Wirksamkeit ausdrücklich Gegenstand der Leistungsvereinbarung – in Anlehnung an § 134 SGB IX. Ebenso zu begrüßen sind der Zugänglichkeitsanspruch des § 78b Abs. 2 a SGB VIII n.F.¹³ und der eigenständige Vergütungsanspruch des § 78b Abs. 4 SGB VIII n.F. entsprechend § 127 Abs. 1 SGB IX.¹⁴

Diese Ansätze bleiben jedoch folgenlos, solange Wirksamkeit nicht auch Gegenstand der Auswahlentscheidung, der Planung und der Evaluation ist (Vorschlag 5). Die bloße „Eignung“ – so § 35a Abs. 5 und § 74 Abs. 4 SGB VIII n.F. – trägt die Effizienzziele des Entwurfs nicht.

Vorschlag 6 – § 78 c Abs. 2 SGB VIII: Tarifschutz (entsprechend § 124 Abs. 1 Satz 5 SGB IX)

In § 78 c Abs. 2 ist folgender Satz 5 anzufügen:

„Die Vereinbarung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn die Vergütung den für den Träger der öffentlichen Jugendhilfe geltenden tariflichen Regelungen entspricht.“

Wirkung dieser gesetzlichen Weiterentwicklung: nachhaltige Sicherung der Leistungserbringung und Ermöglichung einer rechtskreisübergreifenden Leistungsgestaltung

Begründung:

Wirksamkeit setzt zudem leistungsfähige Erbringerstrukturen voraus. Es ist nicht vermittelbar, dass eine tarifliche Vergütung, die derjenigen des öffentlichen Trägers entspricht, als unwirtschaftlich bewertet werden kann. § 124 Abs. 1 SGB IX und § 38 Abs. 2 SGB IX enthalten sogar einen weiteren Schutz tariflicher Regelungen; für das SGB VIII ist er in § 78c Abs. 2 SGB VIII nachzuziehen und weiterzuentwickeln. Ein effizienter Personaleinsatz darf nicht an Zuständigkeitsgrenzen scheitern – gerade nicht in inklusiven Strukturen.

Schließlich sollte die Experimentierklausel des § 132 SGB IX (ergebnisorientierte Trägerbudgets und Leistungsmodule) auch für Eingliederungshilfeleistungen nach dem 1. KJHSG zum Einsatz kommen, um wirkungsorientierte, kosteneffiziente Leistungen zu gestalten, statt personenzentrierter Kontrollsysteme in der Leistungsumsetzung.

Vorschlag 7 – Artikel 2 Nr. 5, § 10c SGB VIII n.F.: Erprobung wirkungsorientiert ausgestalten

Die Wirksamkeit der Experimentierklausel setzt voraus, dass Aufwand und Nutzen dieser strukturellen Bündelung auf Ebene des Bundesrechtes in Relation gesetzt werden können. Eine Bündelung von einzelnen Rechtsansprüchen, wie hier der Kinder-, Jugend- und Eingliederungshilfe schafft regelmäßig neue Schnittstellen, für Jugendliche vor allem zu Rehabilitationsleistungen der Arbeitsförderung, für die Zielgruppen der Früherkennung und Frühförderung zu Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherungsträger. Im Sinne der Menschen braucht es auf Bundesebene ein effizientes Schnittstellenmanagement, dass eine zielgruppengerechte Bündelung vor Ort ermöglicht. Darüber hinaus droht diese Experimentierklausel zu einer strukturellen Rechtszersplitterung zwischen Kreisen und Städten zu führen, womit nicht die Bürger*innenorientierung, sondern erneut die Kostenzuständigkeiten

¹³Entspricht § 123 Abs. 2 Satz 3 SGB IX; vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 293.

¹⁴Vergleichbar § 123 Abs. 6 SGB IX; vgl. Beck OGG/Kilz, SGB VIII, § 78b Rdn. 10; LPK-SGB IX/Bieritz-Harder, § 123 Rdn. 20 f.

zur Zugangsherausforderung werden. Wenn die Experimentierklausel bestehen bleibt, ist jedenfalls eine bürger*innenorientierte Evaluation sicherzustellen:

§ 10c Abs. 1 SGB VIII n.F. wird um folgenden Satz ergänzt:

„§ 10 Absatz 4 Satz 3 sowie die §§ 46 und 48 des Neunten Buches und die auf ihrer Grundlage erlassenen Vorschriften bleiben unberührt.“

§ 10c Abs. 5 Nr. 5 SGB VIII n.F. wird ergänzt um:

„(...) Daten zu erheben (...) zur Zielerreichung und zur Wirkung der Leistungen aus Sicht der Leistungsberechtigten, der Kostenträger und der Leistungserbringer; § 132 SGB IX gilt entsprechend. Erhebung und Auswertung erfolgen unter Beteiligung der Leistungserbringer und der Verbände von Menschen mit Behinderungen, (...)“

§ 10c Abs. 5 SGB VIII n.F. wird um folgende Nummer 6 ergänzt:

„6. sich verpflichten, ein rechtskreisübergreifendes, personenzentriertes Fallmanagement zu erproben, das die Verfahren nach diesem Buch und nach dem Neunten Buch zu einem wirksamen Verfahren zusammenführt.“

Wirkung dieser gesetzlichen Weiterentwicklung: bürger*innen- und wirksamkeitsorientierte Gestaltung regionaler Prozesse und Strukturen

Begründung:

Nutzen Länder und Träger die Erprobungsklausel des § 10c SGB VIII n.F. nicht, bleibt es beim Vorrang des § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII für Kinder mit seelischen Behinderungen; für die Frühförderung gilt zusätzlich der Landesrechtsvorbehalt des § 10 Abs. 4 Satz 3 SGB VIII, und § 79 Abs. 3 SGB IX ordnet für das Zusammentreffen heilpädagogischer Leistungen mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation bis zur Einschulung die Komplexleistung nach § 46 Abs. 1 SGB IX als Regelfall an. Die Früherkennung und Frühförderung bleibt damit im SGB IX verankert – in Kooperation mit den Krankenversicherungsträgern.

Es ist klarzustellen, dass diese Regelung sich auf Leistungen nach §§ 112, 113 SGB IX bezieht. In der Verwaltungspraxis ist andernfalls die Verankerung der Früherkennung und Frühförderung im SGB IX gefährdet, wenn § 35b SGB VIII n.F. die anspruchserfüllende Wirkung infrastruktureller Angebote regelt, ohne die Komplexleistung auszunehmen. Wird der Bedarf eines Kindes über die Bildungsassistenz nach § 80a SGB VIII n.F. abgedeckt, entfällt die Grundlage für die koordinierte Beteiligung der Krankenversicherungsträger (§ 46 Abs. 3 und 5 SGB IX, §§ 6a, 9 FrühV). Fachlich wird eine interdisziplinäre Leistung zergliedert; fiskalisch verlagert sich der bisher von der Krankenversicherung getragene Anteil vollständig auf Kommunen und Länder. Das widerspricht dem erklärten Ziel der Entlastung kommunaler Haushalte. Der Vorschlag zu § 10 c Abs. 1 SGB VIII n.F. verhindert dies mit einem Satz.

Die Erprobungsklausel des § 10 c SGB VIII n.F. eröffnet demgegenüber eine echte Chance, Leistungen vor Ort an den Bedarfen der Kinder auszurichten. Ihre Zulassungsvoraussetzungen (§ 10 c Abs. 5 Nr. 1 bis 3 SGB VIII n.F.) sind jedoch nahezu ausschließlich strukturbezogen; die Datenerhebung nach Nr. 5 zielt auf Art, Umfang, Verfahren und Kosten. Zielerreichung und Wirkung für die Kinder und ihre Familien kommen nicht vor. So droht die Strukturreform zu einer Selbstbefassung der Verwaltung mit ihren eigenen Strukturen zu werden. Die Vorschläge zu § 10 c Abs. 5 Nr. 5 SGB VIII n.F. ergänzen daher eine wirkungsbezogene Datengrundlage und – zur nachhaltigen Leistungsgestaltung – eine multiperspektivische Bewertung sowie die Erprobung eines rechtskreisübergreifenden Fallmanagements. Der Vorschlag zu § 10 c Abs. 1 SGB VIII n.F. stellt klar, dass §§ 46, 48 SGB IX unberührt bleiben.

V. Zugang zur medizinischen Rehabilitation sichern (Kernaussage 4)

Vorschlag 8 – Artikel 2 Nr. 8, § 35b SGB VIII n.F.: Komplexleistung ausdrücklich benennen

§ 35b Satz 3 SGB VIII n.F. wird wie folgt gefasst und um einen Satz 5 ergänzt:

„Stehen keine infrastrukturellen Angebote nach § 80a zur Verfügung oder erfordert nach der Besonderheit des Einzelfalles der Bedarf eine dem jeweiligen Kind oder Jugendlichen einzeln zur Seite gestellte Anleitung und Begleitung in der Schule **oder in einer Tageseinrichtung für Kinder nach § 22 Absatz 1 Satz 1**, so besteht nach § 35a Absatz 1 ein Anspruch auf diese Einzelhilfe. **Der Anspruch auf die Komplexleistung der Früherkennung und Frühförderung nach § 46 des Neunten Buches wird durch infrastrukturelle Angebote nach § 80a nicht erfüllt; er bleibt unberührt.**

Wirkung dieser gesetzlichen Weiterentwicklung: klare Regelungen zur Vermeidung von Verwaltungsaufwand, Rechtsstreitigkeiten und zum Erhalt wirksam über Rechtskreise gestalteter Komplexleistungen

Begründung:

Die Ergänzung in Satz 3 korrigiert zugleich ein Redaktionsversehen: Satz 1 erfasst ebenso wie § 80 a SGB VIII n.F. Kindertageseinrichtung und Schule, Satz 3 regelt zwar den Vorrang der nach § 80 a SGB VIII n.F. geplanten Infrastrukturangeboten in KITA und Schule, benennt jedoch nur die Schule. Dies führt zu erheblichen Rechtsunsicherheiten und schlimmstenfalls Rechtsschutzverfahren. Die Ausnahme medizinischer Reha-Komplexleistungen ist zur rechtssicheren Verwaltungsumsetzung klar und konsistent zu regeln.

Ein entsprechender Verweis ist in § 27 Abs. 6 Satz 2 SGB VIII n.F. aufzunehmen.

VI. Fazit und Angebot

Die vier Kernanliegen dieser Stellungnahme stützen die Ziele des Entwurfs, statt ihnen entgegenzustehen: Ein konzentriertes Fallmanagement senkt den Erfüllungsaufwand stärker als jede Einzelmaßnahme des Entwurfs; einheitliche Bedarfsermittlungsinstrumente machen Steuerung überhaupt erst möglich; Wirksamkeit als Maßstab schafft die Datengrundlage, die der Entwurf für den zweiten Reformteil selbst für erforderlich hält; und der Erhalt der Komplexleistung nach § 46 SGB IX sichert die Mitfinanzierung durch die Krankenversicherung.

Der Auftraggeber verfügt über Best-Practice-Beispiele einer inklusiven und interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung, insbesondere für Kinder mit Schwer- und Mehrfachbehinderungen, und bringt diese – ebenso wie die vorstehenden Formulierungsvorschläge – gerne in den weiteren Gesetzgebungsprozess sowie in den angekündigten Beteiligungsprozess zum zweiten Teil der Strukturreform ein.