

Erläuterungen

Zum Entwurf eines Gesetzes, mit dem das Steiermärkische Jugendwohlfahrtsgesetz geändert wird:

I.

Allgemeiner Teil

1. Ausgangslage und Anlass:

Die nunmehr vorliegende StJWG Verordnung (VO- StJWG), bildet einen Zentralen Punkt im neuen Jugendwohlfahrtsgesetz und soll hinkünftig die Basis für die Verrechnung von Leistungen im ambulanten, mobilen und stationären Bereich bilden.

Das heißt das nurmehr grundsätzlich nur die festgelegten Leistungen zu festgelegten Preisen zu Auszahlung bzw. Verrechnung gelangen.

Weiteres waren Entsprechend der Novelle zum Jugendwohlfahrtsgesetz auch die Bereiche der Pflegebewilligung, des Pflegeelterngeldes, des Erstausstattungspauschales für Pflegeeltern, die Festlegung besonderer Formen der Unterbringung von Kindern und die pauschalierten Kostenzuschüsse zu regeln.

Um eine Leichtere Handhabung zu erreichen wurden die Bereiche nicht gesondert in einzelnen Verordnungen, sondern gesammelt in einer Verordnung zusammengefasst.

Dementsprechend wurde die Verordnung in drei Abschnitte gegliedert wobei der erste Abschnitt die Bestimmungen für die Leistungs- und Entgeltverordnung, nachgebildet der LEVO StBHG, der zweite Abschnitt den Bereich Pflegeeltern und besondere Formen der Unterbringung und das Pflegeelterngeld und der dritte Abschnitt die Kostenzuschüsse für freiwillig in Anspruch genommene soziale Dienste regelt.

2. Ziel und Zweck:

Zum 1. Abschnitt:

Ziel ist es Normkosten für mobile, ambulante und teil-, vollstationäre Leistungen nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz festzulegen. Basis dieser Normkosten sind standardisierte Leistungsbeschreibungen, welche den geforderten Leistungsumfang bzw. die qualitativen Anforderung des Landes abbilden. Die Bestimmungen folgen dem Grundsatz, das

„vergleichbare Leistungen“ mit „vergleichbaren Leistungspreisen“, unabhängig vom Leistungserbringer abgegolten werden.

Dienstleistungen müssen dem vereinbarten Leistungsstandart entsprechen, unabhängig davon, welcher Träger die Leistung erbringt. Grundlage dafür sind die Leistungsbeschreibungen, insbesondere Ziele und Grundsätze, die Zielgruppe der Leistungsumfang und Leistungskennzahlen, wie die Zahl der Betreuungsplätze, das Verhältnis der betreuten Personen zu den Betreuern und die festgelegten fachlichen Standards (Qualifikation der Betreuer, fachliches Konzept, usw.).

Zum 2. Abschnitt:

Hier wurde die seinerzeitige Verordnung zu Festsetzung der Höhe des Pflegeeltern geldes bzw. des Erstausstattungspauschales für Pflegeeltern sowie über die Voraussetzungen für die Erteilung der Pflegebewilligung eingearbeitet, wobei es zu einer praxisgerechten Anpassung der Bestimmungen gekommen ist. Durch die teilweisen Neuformulierungen wurde somit auch der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit Rechnung getragen.

Zum 3. Abschnitt:

Insofern Eltern ihre Verantwortung wahrnehmen und freiwillig auf soziale Dienste zurückgreifen wurde die Möglichkeit geschaffen in derartigen Fällen mit einer kostensparenden Administration und möglichst geringem Aufwand, ein Kostenzuschusssystem einzuführen. Insofern dienen diese Bestimmungen den Bezirksverwaltungsbehörden auch als klare Richtschnur, da nur die hier genannten Kostenzuschüsse in Rahmen der sozialen Dienste in Anspruch genommen werden können. Weiteres dient dies auch der Budgetsicherheit.

3. Alternativen

Keine, da die vorgesehenen Bestimmungen in der letzten Jugendwohlfahrtsgesetznovelle festgeschrieben wurden.

4. Kosten:

Ausgangslage hinsichtlich der Kostenbetrachtungen ist das reale Budget 2004 der Jugendwohlfahrt (derzeitige IST-Tagsatzfinanzierung) bzw. die dahinter liegenden bestehenden Einrichtungen bzw. Mengengerüste (Klienten- und Betreueranzahl usw.). Die LEVO-JWG soll hinsichtlich der Kosten möglichst „neutral“ wirken.

Für den stationären Bereich werden 2004 rund 16,8 Millionen Euro vom Land Steiermark und den Sozialhilfeverbänden/Magistrat Graz aufgewendet. Insgesamt werden im stationären Bereich derzeit rund 630 Klienten der Jugendwohlfahrt betreut.

Eine Berechnung der FA 11 A ergab unter Anwendung der neuen Normkostensätze eine grundsätzliche Kostenneutralität im stationären Bereich. Dies allerdings ohne Berücksichtigung von allfälligen Preisanpassungen im Rahmen einer Valorisierung der Leistungspreise 2005, sowie einer Expansion hinsichtlich der Einrichtungsplätze von stationären Trägern der Jugendwohlfahrt.

Im Rahmen der Sozialen Dienste, die aufgrund der neuen Rechtslage des Stmk. JWG als „Kostenzuschüsse“ gewährt werden können, ist aufgrund der Einzelpreisgestaltung ebenso davon auszugehen, dass zusätzliche budgetäre Belastungen nur vorwiegend aufgrund vermehrter Inanspruchnahme dieser Dienste allenfalls zu erwarten sind.

5. Konformität mit EU-Recht:

Ist gegeben.

6. Kinder- und Jugendverträglichkeit:

Ist gegeben.

II.

Besonderer Teil

Zum 1. Abschnitt:

zu § 1 (Regelungsgegenstand):

Hier ist festgelegt, dass der Verordnung 3 Anlagen beigegeben sind, welche den eigentlichen inhaltlichen Teil der gegenständlichen Bestimmungen determinieren:

Die Anlage 1 enthält die sachlichen, fachlichen und personellen Voraussetzungen der Leistungen sowie die Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle, also die „anerkannten Leistungen“ (Leistungskatalog).

Die Anlage 2 legt die für die Leistung festzusetzenden Entgelte fest (Entgeltkatalog). Das heißt, es können die Entgelte nur in den festgelegten Höhen, bei einem aufrechten Leistungsvertrag zwischen dem Leistungserbringer und der Landesregierung, zur Auszahlung kommen.

Die Anlage 3 enthält die Ab- und Verrechnungsbestimmungen (Rechnungslegung, Urlaub, krankheitsbedingte Abwesenheiten,...).

Die Auflage zur öffentlichen Einsichtnahme ist auf Grund des Umfangs der Anlagen, insbesondere der Anlage 1 erforderlich.

zu § 2 (Zusätzliche Kostenübernahmen)

Diese Bestimmung bildet einen Auffangtatbestand, welcher sicherstellt dass auch Leistungen erbracht werden können, die nicht im Leistungskatalog erfasst sind, sofern es das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine bereits festgelegte Leistung der Anlage 1 nicht ausreicht um das Wohl des Minderjährigen sicherzustellen. Wird dabei die Leistung von einem Träger erbracht, ist mit diesem ein individueller Leistungsvertrag abzuschließen.

Dies soll jedoch nur in begründeten Ausnahmefällen Platz greifen.

Zum zweiten Abschnitt:

Zu §§ 3 und 4 (Zielsetzung, Geltungsbereich):

Hier ist festgelegt, dass Pflegeeltern dem Pflegekind die bestmögliche persönliche und familiäre Entfaltung, sowie soziale Entwicklung ermöglichen sollen und der zweite Abschnitt für alle Pflegeeltern (Pflegerpersonen), welche dafür eine Pflegebewilligung benötigen oder ein Pflegekind im Rahmen der vollen Erziehung betreuen, anzuwenden ist.

Zu § 5 (Bezeichnung der Pflegeeltern- Personen- nach ihrer Aufgabenstellung):

Dieser Paragraph legt fest dass die Pflegeeltern (Pflegerpersonen) in 3 Kategorien eingeteilt werden.

Absatz 1 definiert die Pflegeeltern wie sie auch bereits jetzt gehandhabt werden, wobei die Unterbringung auf Dauer ausgelegt ist.

Absatz 2 definiert die sogenannten Krisenpflegeeltern bei denen es zu einer maximal drei monatigen Unterbringung kommt (Es handelt sich dabei um die seinerzeitigen passeregeren Pflegeplatzunterbringungen). Eine über die drei Monate hinausgehende Unterbringung ist nur in begründeten Ausnahmefällen möglich.

Absatz 3 definiert die familienpädagogischen Pflegeeltern bzw. Pflegestellen, wobei festgelegt ist, dass diesbezüglich sozialpädagogische Konzepte der Unterbringungsform zu Grunde zu legen sind.

Zu § 6 (Auswahl von Pflegeeltern- Pflegepersonen):

Hierbei handelt es sich um geltendes Recht, wobei in § 2 eine terminologische Anpassung und Erweiterung um die Punkte 13. und 14 erfolgte.

Zu § 7 (Pflegeplatzerhebung):

Auch dieser Paragraph entspricht weitgehend dem geltenden Recht, wobei anzumerken ist, dass in Absatz 7 festgehalten wurde, dass das Ergebnis der Erhebungen durch den Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin schriftlich festgehalten werden muss. Die Aufnahme dieses Absatzes erfolgte, da die seinerzeitige Bestimmung über den Pflegeplatzerhebungsbogen weggefallen ist. Dies wird nunmehr in Erlasswege einheitlich für die Bezirkshauptmannschaften vorgegeben werden. Das scheint auch schon deshalb zweckmäßig, da eine leichtere und schnellere Anpassung an die Praxis ermöglicht wird.

Zu § 8 (Vorbereitung von Pflegeeltern - Pflegepersonen):

Auch hier handelt es sich weitgehend um geltendes Recht, wobei eine Anpassung dahin erfolgte, dass es nunmehr die passeregeren Pflegeplatzverhältnisse nicht mehr gibt und auch die Tagesmütter weggefallen sind.

Zu § 9 (Anzahl der Pflegekinder):

Es handelt sich um geltendes Recht.

Zu § 10 (Alterungsunterschiede zwischen Pflegeeltern- Pflegepersonen und Pflegekindern):

Auf Grund geänderter Alterstrukturen und aus Zweckmäßigkeitsüberlegungen wurde die Unterscheidung des Altersunterschiedes zwischen Pflegemutter und Pflegevater nunmehr einheitlich geregelt und beträgt maximal 45 Jahre, bei den Krisenpflegeplätzen wurde der Altersunterschied zwischen Pflegeeltern und Pflegekind auf 55 Jahre festgelegt.

Zu §11 (Alters- Entwicklungsunterschiede zwischen Minderjährigen in einer Pflegefamilie):

Die jetzige Regelung entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 12 und 13(Erteilung und Versagung der Pflegebewilligung):

Vom Sinn her entspricht die Regelung bereits dem geltenden Recht, wobei der Absatz 2 legislativ angepasst wurde. Damit ist festgestellt das die Prüfung von in Frage kommenden Pflegeeltern, ohne das ein Pflegekind vorhanden ist, nicht dem im Gesetz vorgesehenen Pflegebewilligungsverfahren unterliegt, sondern es sich rein um eine formlose Vorgangsweise zu Verwaltungsvereinfachung handelt, ohne dass daraus irgend ein Recht erwächst. Aus diesem Grund besteht gegen die Aufnahme bzw. die Nichtaufnahme in die Vormerkliste auch kein Rechtsmittel. Unbenommen bleibt es den Bewilligungswerbern, bei Vorhandensein eines Pflegekindes, auch bei Nichtaufnahme auf die Vormerkliste, um Pflegebewilligung anzusuchen. Der Sinn dieser Bestimmung liegt darin, im Notfall sofort auf „voraussichtlich geeignete“ Bewerber zurückgreifen zu können. Bei „Versagung der Pflegebewilligung“ wurden als auslösender Umstand, noch die existenzbedrohenden Schulden mitaufgenommen.

Zu § 14 (Höhe des Pflegeelterngeldes):

Die Unterteilung des Pflegeelterngeldes für Minderjährige unter und über 12 Jahre wurde beibehalten. Weiteres wurde beibehalten, dass den Krisenpflegeeltern (vormals passagere Pflegeplätze) ein 100 % erhöhtes Pflegeelterngeld zukommt. Neu in dieser Regelung ist die Festlegung, da es in der Praxis immer wieder zu Problemen kam, dass in dem 100 % erhöhten Pflegeelterngeld die Sonderkosten im Sinne des § 28 Abs. 6 StJWG enthalten sind und es zu keiner doppelten Auszahlung in den Monaten Juni und November kommt. Der Sinn liegt darin, dass es sich bei den Krisenpflegeplätzen um kurzfristige Unterbringungen bis maximal drei Monate handelt und es nicht begründbar ist, dass beispielsweise Krisenpflegeeltern welche das Pflegekind von ersten 01. April bis 31. Mai zu betreuen haben im Mai das doppelte Pflegeelterngeld erhalten und Krisenpflegeeltern die ihr Pflegekind nicht über diesem Stichtag haben, eben nicht.

Zu § 15 (Erstausstattungspauschale):

Hier wurde nunmehr festgelegt, dass das Erstausstattungspauschale nur den Pflegeeltern nach § 4 Abs. 1 und den sozialpädagogischen Pflegeeltern nach § 4 Abs. 3 zu Gute kommt.

Zum dritten Abschnitt

Zu § 16 bis § 19 (Geltungsbereich; Antragsstellung; Leistungszusage; Aufhebung und Erlöschen der Leistungszusage):

Entsprechend der im Gesetz vorgesehen Möglichkeit die sozialen Dienste zu bestimmen, bei welchen Kostenzuschüsse gewährt werden, wurde nunmehr festgelegt, dass diesbezüglich nur mehr drei Leistungen kostenzuschussfähig sind. Es handelt sich dabei um die Psychotherapie (§ 20), die Mutter-Kind-Wohnmöglichkeit (§ 21) und den Kostenzuschuss für die Unterbringung bei Pflegefamilien und Pflegeeltern, denen das Gericht das Erziehungsrecht übertragen hat (§ 22).

Voraussetzung für die Gewährung eines Kostenzuschusses ist die Antragsstellung bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde, entweder vom Minderjährigen, seinen nach Bürgerlichem Rechts Unterhaltspflichtigen oder der Pflegeeltern.

Liegen alle für die Gewährung notwendigen Unterlagen und Nachweise vor hat die Behörde innerhalb von vier Wochen zu entscheiden. Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss besteht nicht.

Die Entscheidung der Behörde erfolgt durch Leistungszusage, welche die Art des sozialen Dienstes, den Beginn, die höchstmögliche Dauer, sowie das Ausmaß und die Höhe des Kostenzuschusses beinhaltet. Anzumerken ist, dass der Kostenzuschuss grundsätzlich ab dem Zeitpunkt der Antragstellung gewährt wird wobei beim Kostenzuschuss für Psychotherapie auch Leistungen innerhalb eines Monats vor Einbringung des Antrages Berücksichtigung finden.

Die Leistungszusage kann auch aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, oder nach schriftlicher Aufforderung zu unrecht geleistete Kostenzuschüsse nicht rückerstattet werden. Sofern für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten keine Leistungen in Anspruch genommen werden, erlischt die Leistungszusage automatisch. Der Grund liegt darin dass die Inanspruchnahme des sozialen Dienstes nur dann als zweckmäßig erachtet wird, wenn dieser auch regelmäßig und über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen wird.

Zu § 20 (Psychotherapie):

§ 20 stellt weitgehend das Ergebnis einer Arbeitsgruppe dar, welche sich mit dem Themenbereich über einen langen Zeitraum beschäftigt hat. Weiteres ist hier auch die Möglichkeit mitberücksichtigt, dass nunmehr seit 01.01.2004 Psychotherapie auch auf Krankenschein möglich ist. Hinsichtlich der Psychotherapie gibt es demnach drei Möglichkeiten der Kostenbeteiligung:

1. Psychotherapie auf Krankenschein:

Die diesbezügliche Vorgangsweise ist so, dass aufgrund des abgeschlossenen Vertrages, (Sozialversicherungsträger – Verein Netzwerk Psychotherapie) Personen welche Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen entweder direkt zum Psychotherapeuten gehen, dieser sich mit dem Verein Netzwerk Psychotherapie in Verbindung setzt oder sich selbst an den Verein Netzwerk Psychotherapie wenden. Die Gebietskrankenkasse und alle anderen Sozialversicherungsträger haben einen gewissen Pauschalbetrag für das jeweilige Jahr vorgesehen und ist damit eine bestimmte Anzahl von Stunden im Voraus abgegolten. Der Verein Netzwerk überprüft sodann, ob noch Stundenkontingente vorhanden sind bzw. ob auch die soziale Bedürftigkeit des Antragstellers gegeben ist. Im Endeffekt entscheidet also der Verein ob eine Psychotherapie auf Krankenschein gemacht werden kann oder nicht. Wichtig ist das nur jene Therapeuten überhaupt über Krankenschein abgerechnet werden können, welche in der Liste der Gebietskrankenkasse erfasst sind. Diese Liste wird alle drei bis sechs Monate adaptiert. Die sich auf der Liste befindlichen Psychotherapeuten haben aber nicht nur die Möglichkeit Psychotherapie auf Krankenschein anzubieten, sondern auch mit Kostenzuschuss. Beantragt also eine Partei im Rahmen der Jugendwohlfahrt Kostenzuschuss zu Psychotherapie wäre nachzusehen ob der Therapeut auch über Krankenschein verrechnet. Daher muss im Einzelfall mit dem Sozialversicherungsträger Kontakt aufgenommen werden, um abzuklären ob und allenfalls in welchem Ausmaß Psychotherapiestunden auf Krankenschein gewährt wurden.

2. Psychotherapie mit Kostenzuschuss des Sozialversicherungsträgers:

Psychotherapie kann nunmehr also von Psychotherapeuten, welche sich auf der offiziellen Liste der Sozialversicherungsträger befinden, nicht nur über Krankenschein sondern auch mit Kostenzuschuss angeboten werden. Bei Psychotherapeuten welche sich nicht auf der Liste

befinden, ist lediglich ein Kostenzuschuss des Sozialversicherungsträgers möglich. Dazu ist anzumerken, dass bei einer Kostenzuschusslösung über den Sozialversicherungsträger ein Kostenzuschuss über die Jugendwohlfahrt nur erfolgt, wenn es sich um eine jener Diagnosen handelt, welche eine Jugendwohlfahrtsindikation beinhalten. Ist dies nicht der Fall kann nur Kostenzuschuss über den Sozialversicherungsträger erfolgen.

3. Psychotherapie mit Kostenzuschuss des Sozialversicherungsträgers und der Jugendwohlfahrt:

Grundvoraussetzung für einen Kostenzuschuss durch den Jugendwohlfahrtsträger ist eine Kostenbeteiligung des Sozial- bzw. Krankenversicherungsträgers und das Vorliegen einer jugendwohlfahrtsbezogenen ICD 10 Diagnose der Achse 1 und 5. Ist dies der Fall werden für die Dauer eines Behandlungsjahres maximal 50 Therapieeinheiten bewilligt. Im Einzelfall ist längstens für die Dauer eines weiteren Behandlungsjahres eine Zuschussleistung für 50 weitere Therapieeinheiten möglich. Dies kommt jedoch nur dann zum Tragen, wenn seitens des Psychotherapeuten entsprechende Angaben über den Therapieverlauf, sowie eine Begründung der Therapiebedürftigkeit vorliegen und die Notwendigkeit der Fortsetzung vom Amtspsychologen bestätigt wird. Maximal 50% der bezuschussten Therapieeinheiten dürfen, wenn dies therapeutisch erforderlich ist, für, mit der Pflege und Erziehung betrauten Personen verwendet werden. Hochgerechnet und angelehnt an die Sätze der Sozial- bzw. Krankenversicherungsträger beträgt die Zuschussleistung für eine Einzelbehandlung zu 50 Minuten €6,39. Für die Leistungszusagen sind die geeigneten Nachweise zur Bestätigung der Voraussetzungen vorzulegen. Festgelegt wurde auch, dass bei einer vollen Kostenübernahme durch den Sozial- bzw. Krankenversicherungsträger, keine Zuschussleistung über die Jugendwohlfahrt erfolgt.

Zu § 21 (Mutter- Kind- Wohnmöglichkeit)

Unter den in der Verordnung genannten Voraussetzungen wird für die Dauer von sechs Monaten, ein Zuschuss in Form einer 90-%igen Kostenübernahme des im Leistungskatalog dieser Verordnung bestimmten Leistungsentgeltes, gewährt. Zielgruppe sind Mütter, Kleinkindern oder Mütter mit Säuglingen sowie schwangere Frauen sofern es sich um die Bewältigung einer Not- oder Krisensituation handelt und damit die Fähigkeit unterstützt wird, eigenständig die Pflege- und Erziehungsaufgaben wahrzunehmen. Sofern es sich um erwachsene Frauen handelt, bilden die Zielgruppe die Minderjährigen bzw. noch Ungeborenen, da in diesem Bereich eine Jugendwohlfahrtsmaßnahme für die Mütter nicht möglich ist. Es würde sich diesbezüglich jedoch um die mildeste Form handeln, welche den Kindern im Endeffekt ermöglicht bzw. ermöglichen soll bei der leiblichen Mutter aufwachsen zu können. Insofern nach 6 Monaten keine Aussicht auf Bewältigung der Krisensituation besteht ist in den Maßnahmenbereich zu wechseln.

Wenn der Aufenthalt in einer Mutter-Kind- Wohnmöglichkeit lediglich der Wohnversorgung oder dem Schutz vor Gewalt dient ist ein Kostenzuschuss über den Jugendwohlfahrtsträger ausgeschlossen. Diesbezüglich kommen andere gesetzliche Bestimmungen wie das Steiermärkische Sozialhilfegesetz zu Anwendung.

Zu § 22 (Kostenzuschuss für die Unterbringung bei Pflegefamilien und bei Pflegeeltern, denen das Gericht das Erziehungsrecht übertragen hat):

Nunmehr ist auch geregelt das dieser Personenkreis, angelehnt an die Pflegeeltern des § 4 eine Zuschussleistung, jedoch unter Einrechnung einer Eigenleistung, zugesprochen erhält. Die Höhe des Zuschusses orientiert sich am Pflegeelterngehalt abzüglich einer Eigenleistung,

welche so zu bemessen ist, als würde der Minderjährige oder Unterhaltspflichtige einen Kostenersatz leisten, wäre die Unterbringung der Pflegeeltern im Rahmen der vollen Erziehung erfolgt.

Zu § 23 (Außer Kraft treten):

Die Verordnung mit der Richtlinien für die Errichtung und den Betrieb von Kinderheimen erlassen wurden(Z.3), wird nunmehr rechtswirksam ausser Kraft gesetzt, wobei angemerkt wird, dass es sich dabei schon seit Jahren um totes Recht handelt.