**Stellungnahme**

**der Kinder- und JugendpsychiaterInnen, der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Jugendamt Düsseldorf**

Nach § 35a Absatz (1a) SGB VIII ist bei der Prüfung von Anträgen auf Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Abweichung der seelischen Gesundheit vom Lebensalter typischen Zustand die Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen verfügt, einzuholen.

Nach § 36 Absatz (3) SGB VIII ist die Person, die eine Stellungnahme nach § 35a Absatz (1a) SGB VIII abgegeben hat, an der Aufstellung, Änderung und Durchführung des Hilfeplans zu beteiligen.

Liegen die Voraussetzungen für eine Jugendhilfemaßnahme vor, wird der/die fallführende Sozialarbeiter(in) auf Sie zukommen, um Ihnen Gelegenheit zu geben, sich an der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII zu beteiligen. In diesem Rahmen können Sie gemeinsam mit den Fachkräften der Jugendhilfe an der Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart mitwirken. Im Sinne einer Konsens - Empfehlung der beteiligten Fachkräfte an die Personensorgeberechtigten und zur Vermeidung des Anscheins einer möglichen Interessenskollision bitten wir Sie, in dieser Stellungnahme die gemeinsam noch zu erarbeitende Hilfeempfehlung nicht durch einen konkreten Vorschlag Ihrerseits für eine bestimmte Jugendhilfemaßnahme vorwegzunehmen.

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Absender** | |
| Klinik / Praxis |  |
| Ansprechpartner  Name des/der Kinder- und JugendpsychiaterIn /Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn |  |
| Anschrift |  |
| Telefon / Telefax |  |
| E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Angaben zur Person des Kindes / Jugendlichen** | |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Geschlecht | weiblich  männlich |
| Staatsangehörigkeit |  |
| Schule |  |
| Anschrift |  |
| falls abweichend:  Anschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten |  |
| Das Kind bzw. die / der Jugendliche befinden sich seit dem  in Diagnostik / Behandlung in der oben genannten Klinik / Praxis. | |

|  |
| --- |
| **III. Anamnese** |
| 1. **Wer veranlasste die Vorstellung des Kindes / Jugendlichen?** |
| 1. **Welches Problem wurde vorgetragen?** |
| 1. **Therapeutische Maßnahmen vor Vorstellung / Behandlungsbeginn** |
| 1. **Sonstige relevante Informationen** |

|  |
| --- |
| **IV. Diagnostik: Medizinische und psychologische Befunde** |
| 1. **Testverfahren, auf die Bezug genommen wird**   (Fremdbefunde bitte als solche herausstellen) |
| 1. **Diagnose nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO**   **(bitte in der Diagnostik sämtliche Achsen berücksichtigen)**   * 1. **Psychische Störungen:**   **F 0** organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen  **F 1** psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen  **F 2** Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen  **F 3** affektive Störungen  **F 4** neurotische, Belastungs- und somatoformeStörungen  **F 5** Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren  **F 6** Persönlichkeits- (erst ab 16. Lebensjahr) und Verhaltensstörungen  **F 8 4** tiefgreifende Entwicklungsstörungen  **F 9** Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend  **Exakte Hauptdiagnose (bitte verständlich erläutern):**    **Relevante psychiatrische Komorbiditäten:**  Als Komorbidität wird ein zusätzlich zu einer Grunderkrankung (Indexerkrankung) vorliegendes, diagnostisch abgrenzbares Krankheits- oder Störungsbild bezeichnet.     * 1. **Entwicklungsstand (F 8):**   altersentsprechend  umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F 80)  umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten  (Legasthenie; Rechenstörung; etc) ( F 81)  umschriebene Entwicklungsstörungen der Motorik (F 82)  kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen ( F 83)  **Bitte beschreiben Sie die Entwicklungsstörung:**    **Bitte erläutern Sie die Bedeutung und Auswirkung der Störung auf das Kind / die Familie:**     * 1. **Intelligenz ( F 7)**   **(Bitte in jedem Fall Testung oder Heranziehung einer bereits vorgenommen Testung aus jüngerer Zeit)**    sehr hohe / weit überdurchschnittliche Intelligenz – IQ über 129  hohe / überdurchschnittliche Intelligenz – IQ 115 - 129  Normvariante / durchschnittliche Intelligenz – IQ 85 - 114  Niedrige / unterdurchschnittliche Intelligenz – IQ 70 – 84  leichte Intelligenzminderung / intellektuelle Behinderung –  IQ 50 – 69 (F 70)  mittelgradige Intelligenzminderung / intellektuelle Behinderung – IQ 35 – 49  (F71)  schwerste Intelligenzminderung / intellektuelle Behinderung – IQ 20 - 39  (F72)  schwerste Intelligenzminderung / intellektuelle Behinderung – IQ unter 30  (F73)  **Bitte geben Sie den Gesamt-IQ an und beschreiben Sie kurz die Ergebnisse der Intelligenz - Testung in den einzelnen Testbereichen (Stärken / Schwächen) :**    **Bitte bewerten Sie kurz das Ergebnis der Intelligenztestung in Bezug auf die gegenwärtige Beschulung:**     * 1. **Körperliche Erkrankungen:**   es besteht keine relevante körperliche Erkrankung  **Es besteht folgende körperliche Erkrankung**:  (Beschreibung der Erkrankung und die Auswirkungen auf das Kind)     * 1. **Familiäre und andere psychosoziale Belastungen:**   familiäre Belastungen sind nicht sichtbar  keine Angaben möglich, weil  belastende intrafamiliäre Beziehungen  Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie  Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation  Belastende Erziehungsbedingungen  Akute belastende Lebensereignisse  Gefährdung, möglicherweise durch Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch  **Zur Gefahrenabwehr erscheinen kurzfristig Hilfen erforderlich**  Chronische Belastungen in Zusammenhang mit Schule und Arbeit  Sonstige Belastungen  **Genaue Beschreibung der festgestellten familiären Belastungen:**     * 1. **Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung**   **(globale Einschätzung)**  Herausragende / gute soziale Anpassung auf allen Gebieten  Befriedigende soziale Anpassung mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen  Leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens  einem oder zwei Bereichen  Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen  Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen  Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen  Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten  Bereichen  Braucht beträchtliche Betreuung  Braucht beständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)  **Die soziale Beeinträchtigung besteht in folgenden Bereichen:**    **Beschreibung der sozialen Beeinträchtigung** |
| 1. **Abweichen der seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand**   Die seelische Gesundheit weicht aufgrund des Störungsbildes länger als  sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab  Die seelische Gesundheit wird aufgrund des Störungsbildes mit hoher  Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter  typischen Zustand abweichen  **4. Bei jungen Volljährigen ( 18 – 21 Jahre) und jungen Menschen bis zum**  **27. Lebensjahr:**  Das beschriebene psychische Störungsbild ist im Verlauf primär als chronifiziert einzuschätzen, sodass Behandlungsbedarf und Dauer der Hilfe zeitlich nicht begrenzbar sind (voraussichtlich auf längere Zeit Hilfe nötig)  Ja  Nein  nicht zu beurteilen  **Bei „nicht zu beurteilen“ bitte kurz die Gründe dafür erläutern** |
| 1. **Darlegung, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht**   (Vorgabe des § 35a Absatz (1a) SGB VIII; dient der Prüfung vorrangiger Leistungen der Krankenkasse) |
| 1. **Welche medizinisch- therapeutischen Maßnahmen wurden während der Behandlungszeit durchgeführt?** |
| 1. **Wirkungen der bisher durchgeführten medizinisch - therapeutischen Maßnahmen** |
| 1. **Empfehlungen für Weiterbehandlung, Nachsorgeuntersuchungen oder**   **Wiedervorstellungszeiträume**      **Weiterbehandlung und Nachsorgeuntersuchungen oder Wiedervorstellungen sind nicht erforderlich, weil** |
| 1. **Welche therapeutischen Maßnahmen sind zukünftig indiziert?** |
| 1. **Medizinisch – therapeutische Ziele und Prognosen für die weitere Entwicklung des Kindes bzw. des / der Jugendlichen** |

|  |
| --- |
| **V. Beobachtungen während der Diagnostik / Behandlungszeit** |
| 1. **Sichtweise der Eltern / der Familie**   (zum Ergebnis der Diagnostik; Problemverständnis; Haltung zu erforderlichen medizinisch- therapeutischen Maßnahmen; Mitwirkung und ähnliches ) |
| 1. **Beschreibung des Kindes / Jugendlichen innerhalb seines Familien-systems** 2. Beobachtbare Beziehung zwischen dem Kind / Jugendlichen und seinen Hauptbezugspersonen      1. Erkennbare familiäre Ressourcen aus ärztlicher / psychologisch - psychotherapeutischer Sicht (Unterstützung und Hilfen innerhalb der Familie) |
| 1. **Hinweise auf erforderlich erscheinende Hilfen zusätzlich zu den kinder- /**   **jugendpsychiatrischen bzw. kinder-/ jugendlichenpsychotherapeutischen**  **Maßnahmen**  **Hier können Sie aus Ihrer fachlichen Sicht Anregungen und Hinweise auf Unterstützungsbedarf durch die Jugendhilfe geben. Die Entscheidung, ob und welche Maßnahmen der Jugendhilfe erforderlich sind, liegt aber alleine beim öffentlichen Träger der Jugendhilfe. Kosten für von den Eltern / Personensorgeberechtigten bereits selbstbeschaffte Leistungen können in der Regel nicht übernommen werden.**  Aus kinder- / jugendpsychiatrischer bzw. kinder-/ jugendlichenpsychotherapeutischer Sicht wird folgender Bedarf für eine Jugendhilfemaßnahmen gesehen:  **Unterstützung und Begleitung für die Eltern / die Familie:**  in ihren **Erziehungsaufgaben**  bei der **Bewältigung von Alltagsproblemen**  bei der **Lösung von innerfamiliaren Konflikten und Krisen**  **Unterstützung und Begleitung für das Kind bzw. dem/ der Jugendlichen:**  bei der **Alltagsbewältigung** (z.B. Fördern der Selbstständigkeit; Freizeitverhalten)  zur **Förderung der Eltern - Kind Beziehung**  zur **Förderung des sozialen Lernens** (z.B**.** in einer heilpädagogischen Gruppe)  bei der **Bewältigung erheblicher Entwicklungsprobleme**  (hoher individueller Unterstützungsbedarf)  im familialen Rahmen nicht leistbar erscheinender **beträchtlicher Unterstützungs- bedarf** aufgrund  ungünstiger familialer Lebensbedingungen  hohes familiales Konfliktniveau  spezifischer Verhaltensauffälligkeiten  einer bestehenden erheblichen Abweichung von der seelischen Gesundheit  **Hinweise auf erforderlich erscheinende besondere schulische Förderung:**  **Leistungen der Jugendhilfe zur schulischen Förderung sind immer nachrangig. Zunächst muss die Schule ihrer besonderen Förderverpflichtung für Schülerinnen und Schülern nachkommen und diese nachweisen. Im jugendhilferechtlichen Verfahren wird daher immer geprüft, ob und inwieweit die Schule ihrer vorrangigen Förderverpflichtung ausreichend nachgekommen ist.**  Gezielte Maßnahmen zur **Integration** **in die schulische Lerngruppe**    Sicherstellen eines **regelmäßigen Schulbesuchs**  **spezielle schulische Förderung** aufgrundeiner bestehenden erheblichen  Abweichung von der seelischen Gesundheit(siehe Diagnostik) |

Diese Stellungnahme dient bei Anträgen auf Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzung, ob die seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate vom dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Die Stellungnahme wird daher im Rahmen des Verwaltungsverfahrens den Eltern zur Kenntnis gegeben.

Den Eltern / Personensorgeberechtigten ist die Stellungnahme bereits zur Kenntnis gegeben worden

***sofern möglich:***

***Unterschrift Eltern / Personensorgeberechtigte(r)***

Die Eltern / Personensorgeberechtigten sollen über die Inhalte der Stellungnahme in einem Gespräch unter Beteiligung des / der MitarbeiterIn des Jugendamtes in der Klinik / Praxis infor- miert werden. Ich / wir bitten um kurzfristige Kontaktaufnahme zur Absprache eines Termins.

**Ich bitte um Einbeziehung in die Hilfeplanung nach § 36 Absatz (3) SGB VIII in folgendem Rahmen:**

Ich bitte um telefonische Vorbesprechung / Einbeziehung

Ich bitte um Teilnahme am ersten Hilfeplangespräch vor Ort in meiner Praxis / Klinik

(siehe Kooperationsvereinbarung mit dem Jugendamt Düsseldorf) und diesbezügliche

Terminvereinbarung

Ich bitte um regelmäßige Zusendung der Hilfepläne

Ich bitte um Zusendung des ersten Hilfeplans

**------------------------------------ ----- ------------------------------------------------------**

*Ort , Datum Kinder- und JugendpsychiaterIn /*

*Kinder und JugendlichenpsychotherapeutIn*