



Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie



Der § 35 a SGB VIII im Spannungsfeld von Fachlichkeit und Politik

Fachtag des CJD 4.11.04

J. M. Fegert (Ulm)



Politische Entwicklung vs. fachliche Entwicklung

- Behinderungsbegriff im SGB IX und seine Auswirkung auf die Hilfeplanung
- Verhältnis Medizin und Jugendhilfe
 - KJPP und Stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe
 - die Ulmer Heimkinderstudie
- Frühförderung
- Partizipation & Lebensqualität
- Zeitdimension und Zuständigkeitsklärung
- Umsetzungsvorschläge
- Projekte in gezielten Problemfeldern

- Einheitliche Behinderungsdefinition
 - Anlehnung an ICDH 2 bzw. ICF der WHO
 - Was bedeutet dieser Theorierahmen für die- (Betreuungs-)anamnese ,-diagnose und –planung?
- Neue Möglichkeiten wie Komplexleistungen
 - Servicestellen
 - Fristen
- Große Implementationsdefizite
 - Verbesserungen am ehesten im Bereich der Arbeitsreha, dort aber durch Folgegesetzgebung erhebliche Verunsicherung

- (1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von der Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Schwerbehinderung

- (2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

- (3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

	Body Functions & Structures	Activities	Participation	Contextual Factors
Level of Functioning	Body <i>(body parts)</i>	Individual <i>(person as a whole)</i>	Society <i>(life situations)</i>	Environmental Factors <i>(external influence on functioning)</i> + Personal Factors <i>(internal influence on functioning)</i>
Characteristics	Body function Body structure	Performance of individuals activities	Involve- ment in life situations	Features of the physical, social, and attitudinal world + Attributes of the person
Positive aspect (Functioning)	Functional and structural integrity	Activity	Partici- pation	Facilitators
Negative aspect (Disability)	Impairment	Activity limitation	Partici- pation restriction	Barriers / hindrances
Qualifiers: <i>First Qualifier</i> <i>Second Qualifier</i>	<i>Uniform Qualifier: Extent or Magnitude</i>			
	Localization	Assistance	Subjective satisfaction (under development)	(under development)

- Analyse der Ausgangssituation
 - Barrieren, Hinderungsgründe, Facilitatoren
 - Standardisierte Meßinstrumente
 - Individualisierte Zieldefinition
 - Feststellung der störungsbedingten Beeinträchtigung und Zurechtkommen trotz Störung
 - Subjektive Aktivitätseinschränkung und Lebensqualität
 - Teilhabebeeinträchtigung
- Verlaufsmessung
 - (Evaluation s. 11. Jugendbericht)
- Partizipation und Transparenz bei der konkreten Zielaushandlung und Verlaufsbewertung
- Zufriedenheit

- Feststellung der notwendigen
Betreuungsintensität (GAF/Achse 6 MAS)
erforderlich zur Definition von Übergängen
und Verläufen
 - Innerhalb der stationären Behandlung
 - Unterschiedliche Psych-PV Gruppen
 - z.B. Intensivbehandlung
 - Zwischen stationärer, teilstationärer und
ambulanter Behandlung
 - Zwischen Akutbehandlung und „Reha“
 - Eingliederungshilfe & Hilfe zur Erziehung

- Self care deficit theory of nursing (Orem 1968, 1979, 1991 deutsch 1997
Strukturkonzepte der Pflegepraxis)
 - Gegenstand der Pflege sind die Patienten, die
 - „wegen aktivitätseinschränkender Auswirkungen ihres Gesundheitszustandes“ oder
 - „wegen Art und Komplexität ihrer alltäglichen Erfordernisse, die zur Regulation ihres Funktionierens und ihrer Entwicklung beitragen“
- Selbstpflege- bzw. Versorgungsdefizite aufweisen

- Individuen führen Selbstpflege zur Aufrechterhaltung ihres Lebens, ihrer Gesundheit und ihres Wohlergehens aus
 - Lebensqualität (z.B. ILK)
- Entwicklungsbedingte unterschiedliche Bedürfnisse
 - Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche haben auch einen erzieherischen Bedarf
 - Ältere Menschen

- Entmündigung, Zwang , Fürsorge vs. selbst für sich sorgen können
- Zwangsmaßnahmen sind eine Extremform des Selbstpflegedefizits und müssen deshalb dokumentiert und als Indikator von Pflegequalität ausgewertet werden
- Generelles Ziel psychiatrischer Pflege und Betreuung muss Steigerung, der mit der Erkrankung möglichen Autonomie und gesellschaftlichen Teilhabe sein
- Psychoedukation als Anleitung zur Selbstpflege

- Bedingt durch Scheitern der großen Lösung
- Leistungen zur Teilhabe §4 SGB IX
 - Zuständigkeit richtet sich nach dem für den Reha-Träger geltenden Leistungsgesetz (§7 Satz 2 SGB IX)
 - Auch Jugend- und Sozialhilfe sind Rehaträger (§5 SGB IX)
 - Zuständigkeitsklärung §14 SGB IX Vorrang bei Rehaleistungen vor § 43 SGB I
 - Frist von 2 Wochen für die Feststellung der Zuständigkeit
 - Entscheidung über Antrag innerhalb 3 Wochen nach Eingang
 - Wenn GA erforderlich : 2 W für GA dann 2 W bis Entscheidung



Gruppe der
behinderten
Erwachsenen

**Gleichstellung
mit anderen
Behinderten**

Behinderung
und Teilhabe
SGB IX



Kinder

Integration

KJHG
SGB VIII

KJHG vs BSHG



Gruppe der
behinderten
Erwachsenen

Gleichstellung
mit anderen
Behinderten

Behinderung
und Teilhabe
SGB IX

Integration

Kinder

KJHG
SGB VIII

§39 BSHG
(überörtlicher Träger
für stationäre
Maßnahmen)
ca. 2 Mrd EUR

§35a KJHG
örtlicher Träger

Nicht mehr Bezug auf Eingliederungshilfeverordnung,
sondern ICD 10

=

SGB V
Krankenbetreuung

- Stellt der zuerst angegangene Rehaträger seine Nichtzuständigkeit fest so ist der dann angegangene Träger zu vorl. Leistungen verpflichtet
 - Z.B. in der Jugendhilfe der nach §§ 86ff örtlich zuständige Träger der JH
- Gemeinsame Servicestellen (§§ 22, 23 SGB IX) in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Ziel: Koordination und Vermittlung
 - Aufbau und inhaltliche Ausgestaltung zum Wohle der Betroffenen dringend erforderlich: geregelte Zuständigkeit für Mischfinanzierungs- und Streitfälle

- Frühförderung in SGB IX neu geregelt
 - Leistung der medizinischen Reha (§ 26 Abs.2 Nr.2 SGB IX) umfassen auch nicht ärztliche sozialpädiatrische (sic), psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen
 - Leistungen werden unter ärztlicher Verantwortung erbracht nach individuellem Behandlungsplan (§30 Abs.1 Satz 1 SGB IX)
 - Verbindung mit heilpädagogischen Maßnahmen oft nötig (§ 56 SGB IX)
 - Deshalb als Komplexleistung zu erbringen (§30 Abs.1 Satz 2 SGB IX)
- Der Gesetzestext in § 10 SGB VIII bleibt unverändert (auch der Landesrechtsvorbehalt)

- **Auf der Sachebene** (Leid und Beeinträchtigung können nicht prozentual kausal attribuiert werden, Ausnahme ganz überwiegende Verursachung)
 - Kleinkinder (s. Frühförderung)
 - Mehrfach behinderte Kinder
 - Autismus
 - Teilleistungsstörungen
 - Chronische Erkrankungen
 - Psychische Störungen als Folge von organischen Erkrankungen des Gehirns
- **Auf der Organisationsebene**
 - Einrichtungsapartheit zu Lasten der Betroffenen
 - (Internats-)Beschulung

Jugendhilfe

pädagogisch

Beratung

helfen

familienzentriert

Forschung prozeßorientiert,
häufig qualitativ

Sozialhilfe

administrativ, Gewährung von
(per GA) als notwendig
festgestellten Hilfen und
Hilfsmitteln

Häufig keine Wirkungsforschung

KJPP

medizinisch

bisweilen defizitorientiert

therapeutisch

Beratung

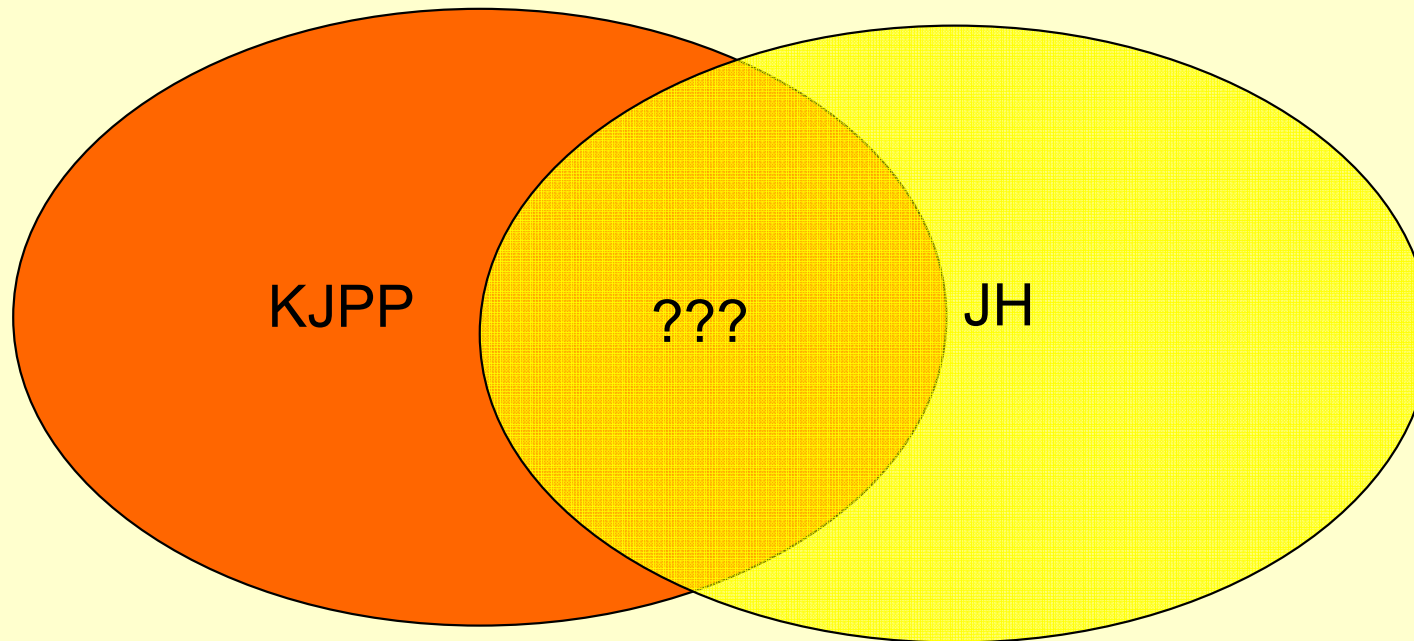
heilen

individuumszentriert

Forschung häufig

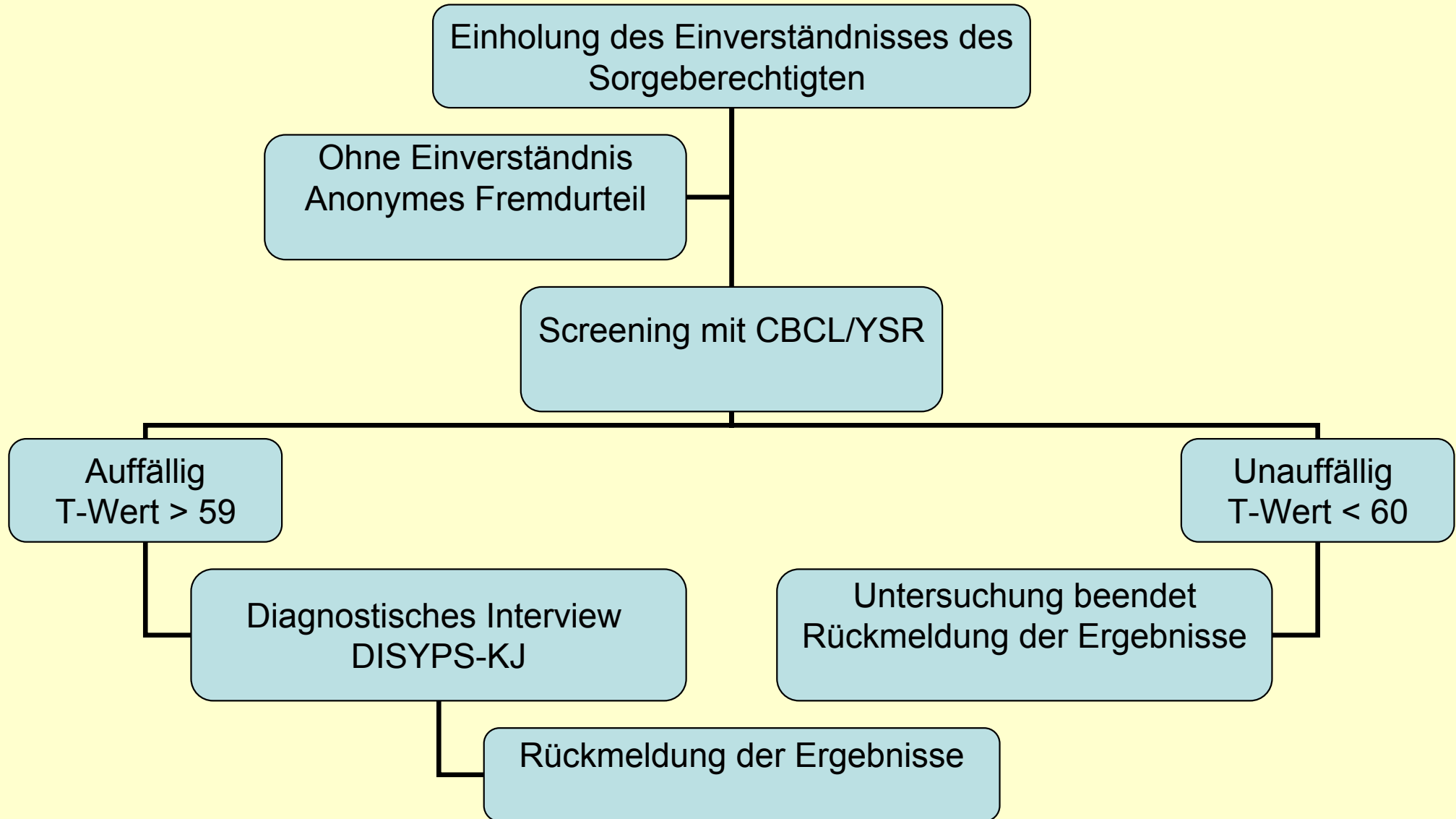
quantitativ

outcomeorientiert



Heimkinder - eine Hochrisikogruppe

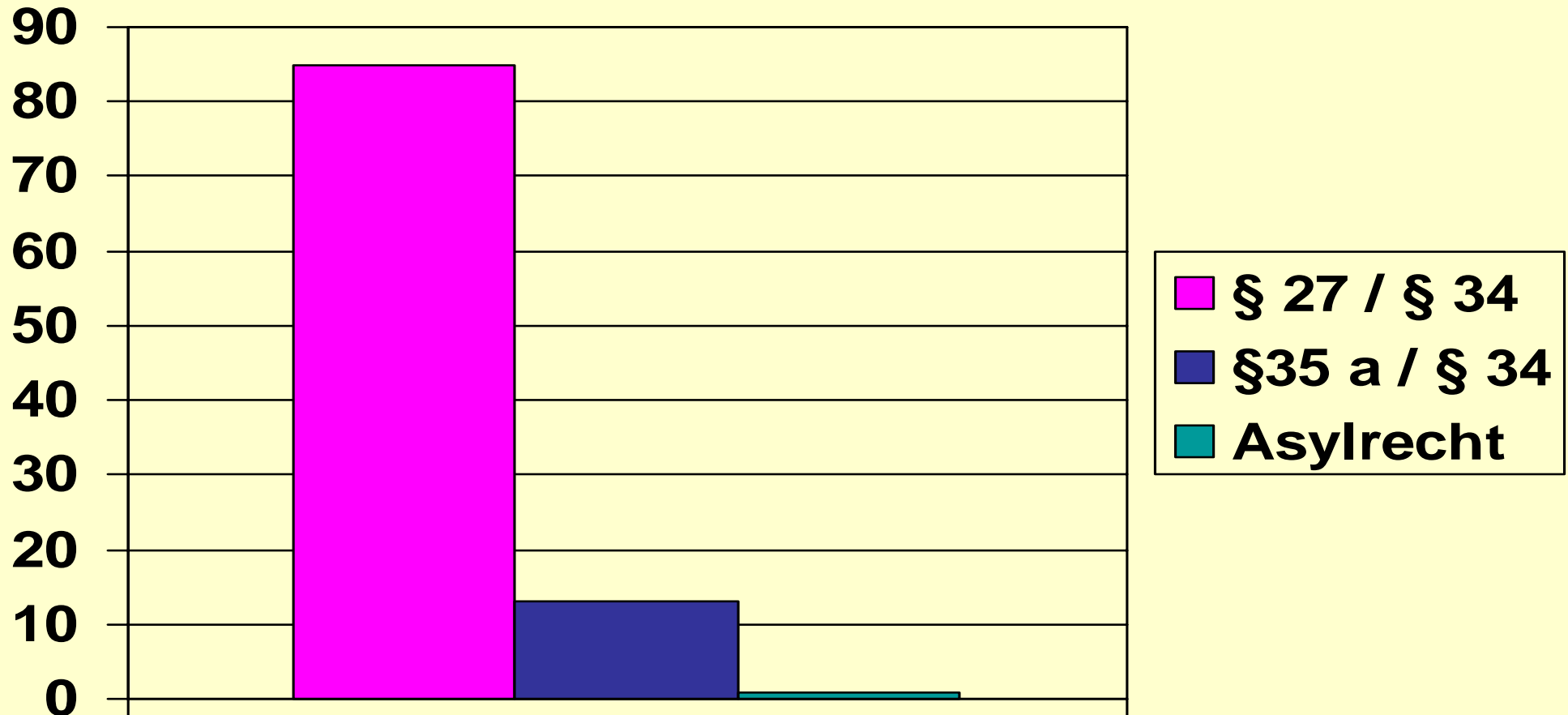
- Disharmonie zwischen den Eltern
- Scheidung
- Genetische und pränatale Risikofaktoren
- Psychische Störung der Eltern
- Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen
- Vernachlässigung
- Armut
- Migration



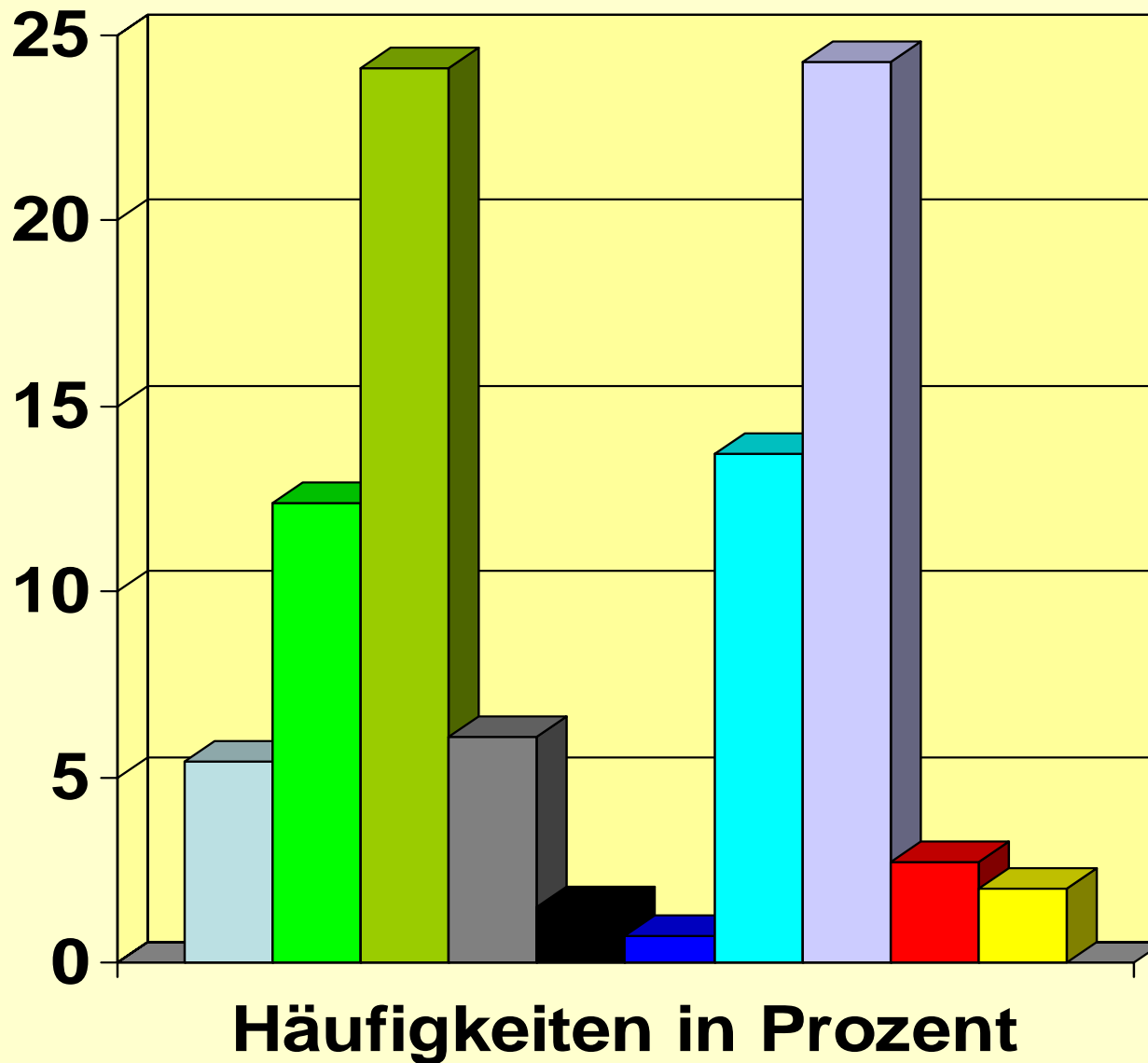
- 1.Phase: Screening
- Child Behavior Checklist CBCL (Achenbach 1991)
Fremdurteil Verhaltensauffälligkeiten / Kompetenzskalen
- Youth Self Report YSR (Achenbach 1991)
Selbsturteil Verhaltensauffälligkeiten / Kompetenzskalen
- ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern (Mattejat & Remschmidt 1998)
- JTCl Temperamentsfragebogen für Jugendliche (Cloninger 2000)
- Achse-6 MAS (Global Assessment of Functioning Scale)
- Basisdokumentation bezüglich SES, Familiensituation, Behandlungsvorgeschichte/-status, Schule











- **2. Phase: Standardisierte klinische Diagnostik (face to face)**
- Diagnose Checklisten der DISYPS-KJ, sowie die Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen DISYPS-KJ für vier Diagnosebereiche
- (Angst, Depression, Störung des Sozialverhaltens und HKS).
- Diagnose Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (IDCL).
- weitere Informationen über
 - Behandlungsstatus,
 - andere Symptomatik, z.B. Substanzmissbrauch, Enuresis, Bulimie, etc.
 - Abschätzung des Intelligenzniveaus (Vorbefunde).

- Die Stichprobe besteht aus 208 Mädchen und 480 Jungen (1 ohne Angabe des Geschlechts)
- Das durchschnittliche Alter beträgt 14,4 Jahre (SD = 2,94).
- Das durchschnittliche Aufnahmealter liegt bei 11,93 Jahren (SD = 3,6).
- Im Schnitt leben die Jugendlichen unserer Stichprobe also gut 2 Jahre in ihren Einrichtungen.

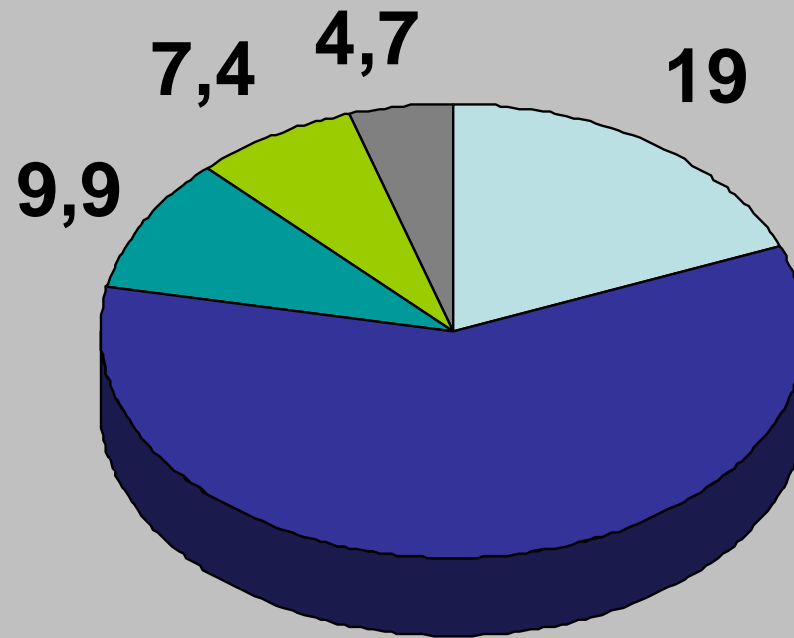


Häufigkeiten in Prozent



-  Grundschule
-  Berufsschulen
-  Hauptschule
-  Realschule
-  Gymnasium
-  G-Schule
-  F-Schule
-  E-Schule
-  Andere Sonderschulen
-  Orientierungsstufe (BVJ)

Lebenssituation Eltern in Prozent

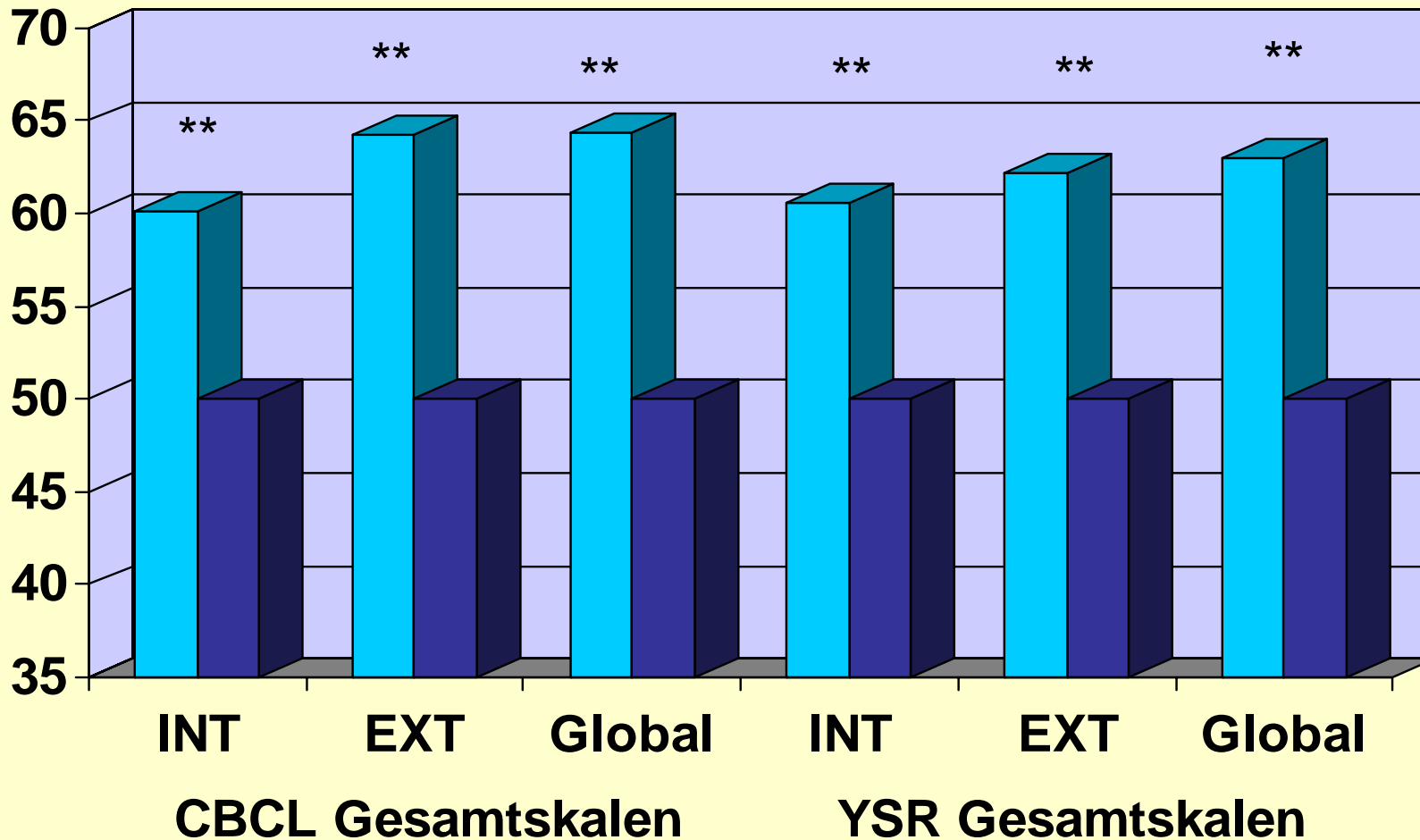


Häufigkeit in Prozent 59

□ Ehe ■ Trennung ■ Tod ■ Nie zusammen ■ Unbekannt

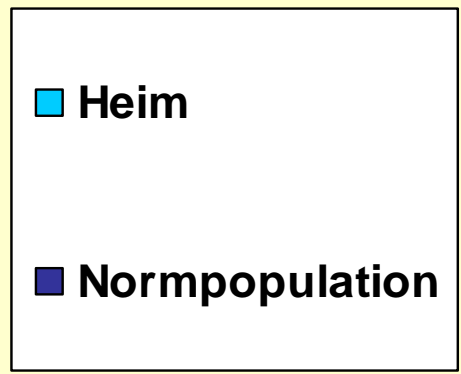
Mittelwertsvergleich Heimstichprobe vs. Norm

T-Wert



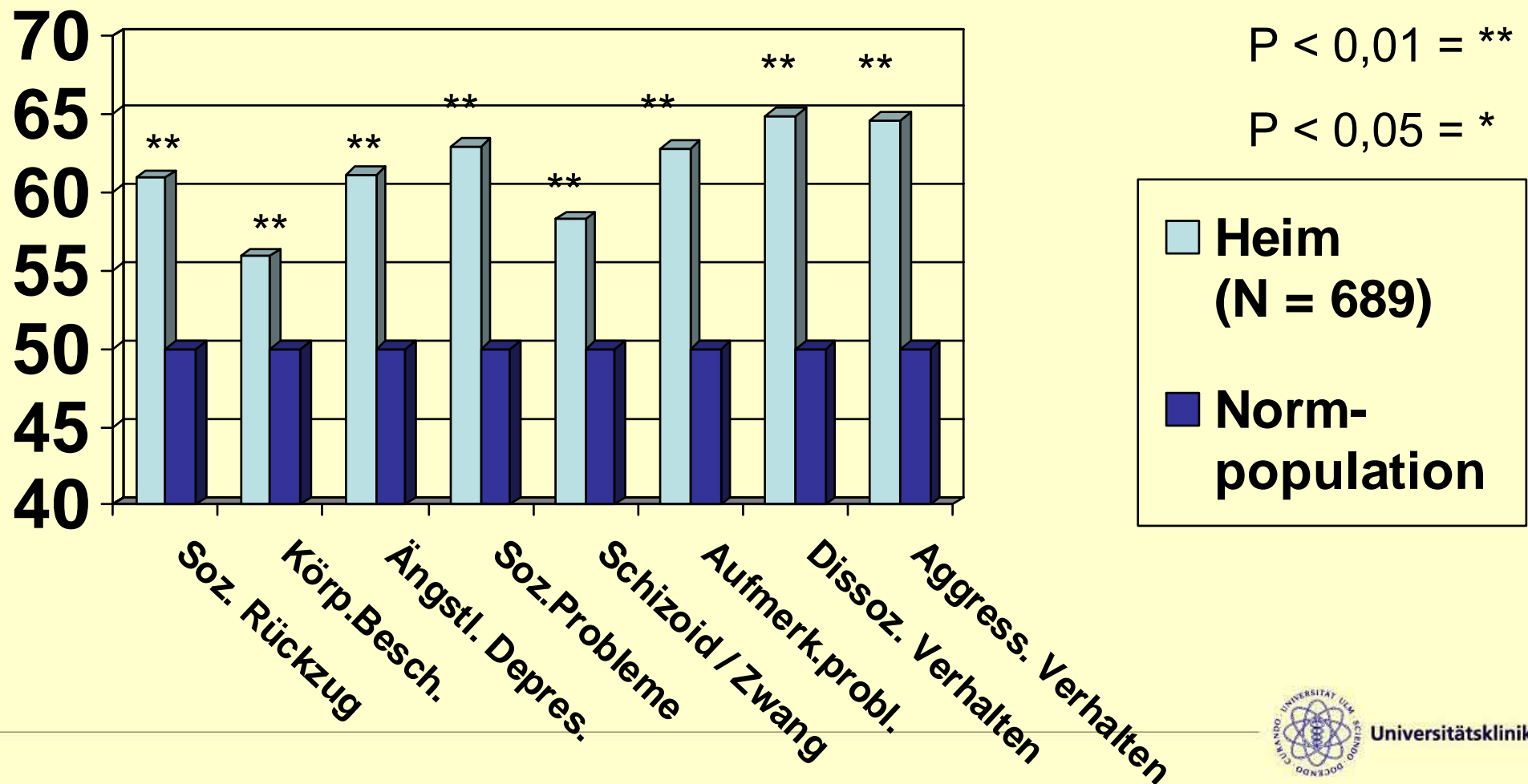
* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$



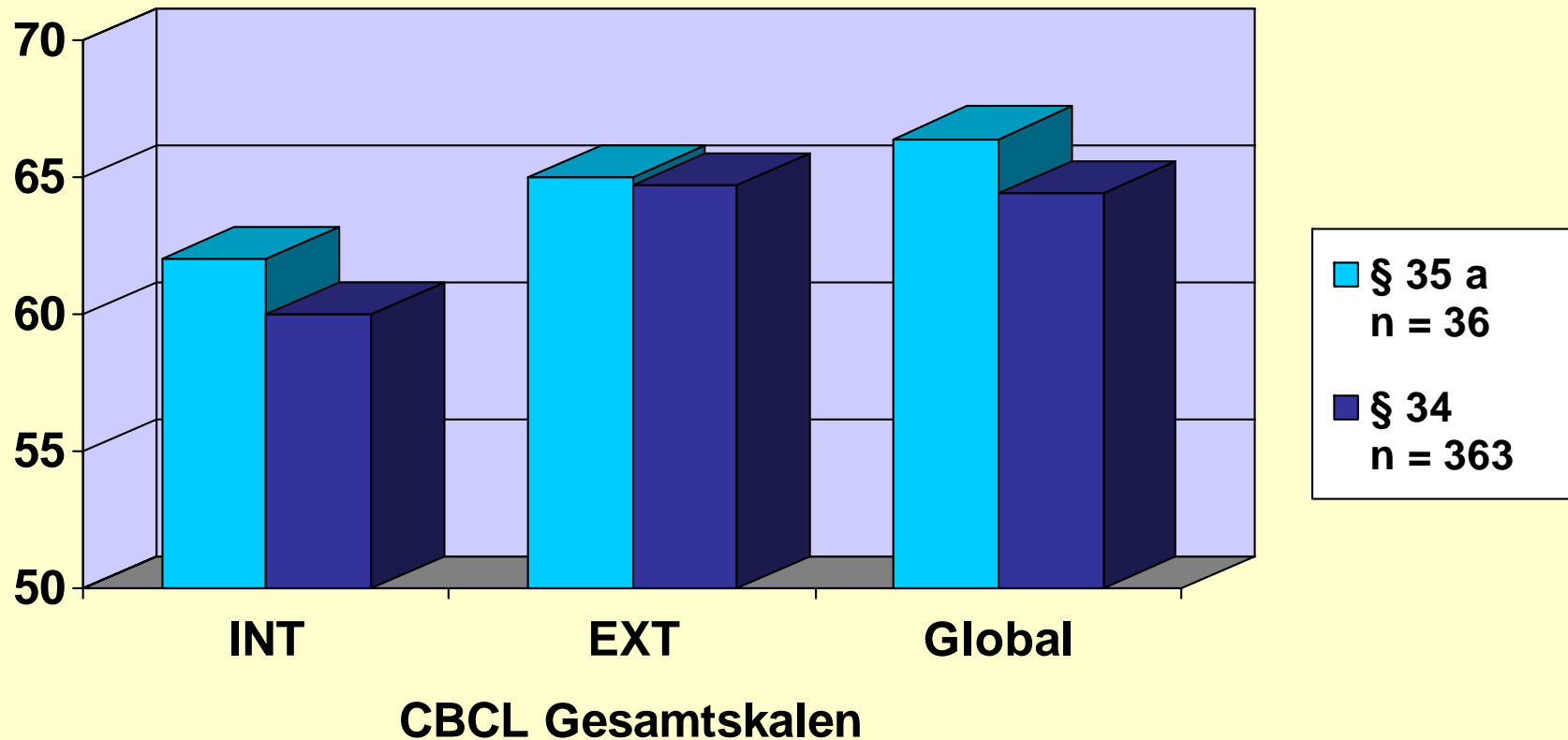
Unterschiede in den CBCL-Subskalen

T-Wert



Mittelwerte § 35 a vs. § 34

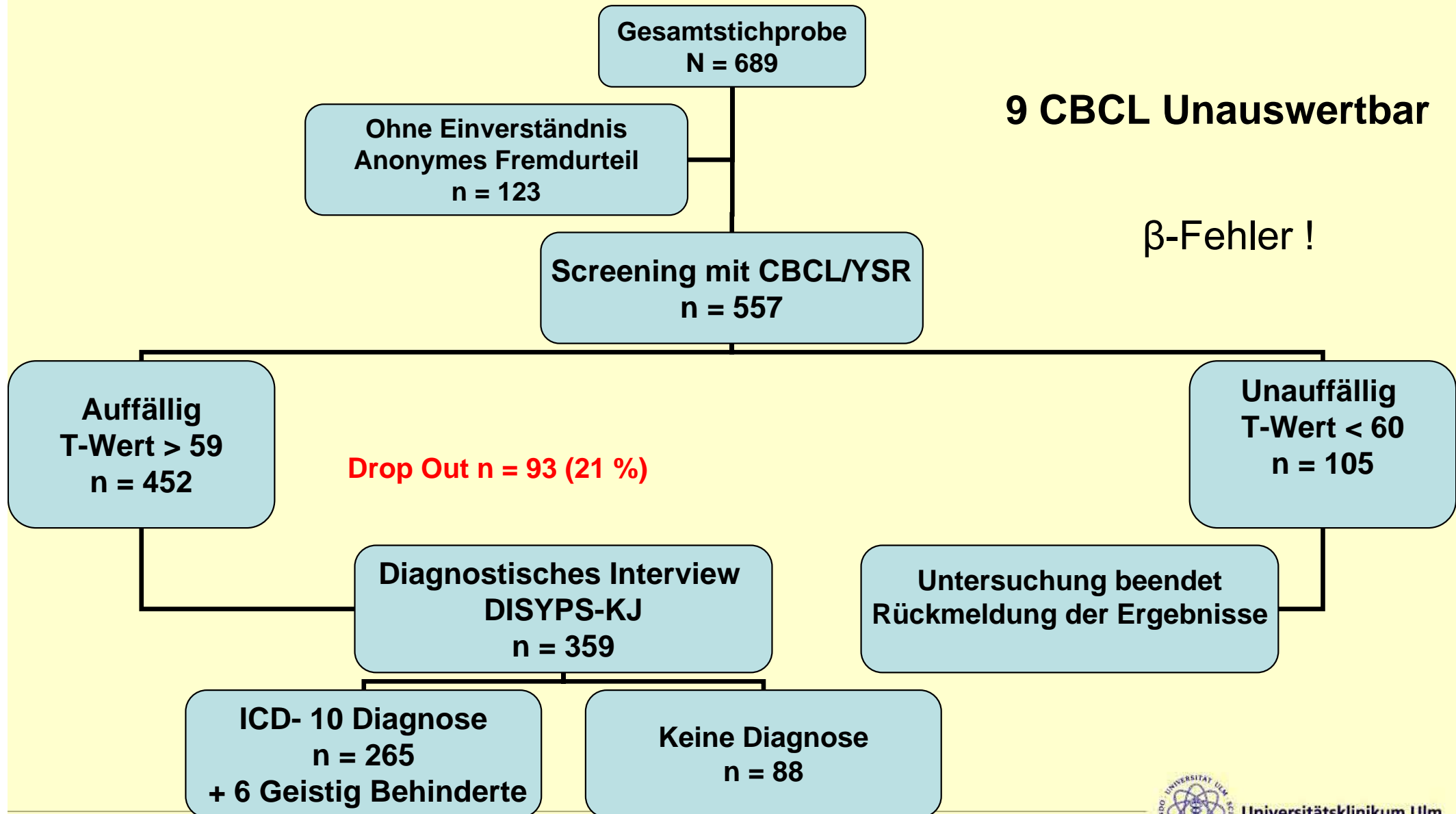
T-Wert



86 Kinder und Jugendliche sind nach § 35 a KJHG untergebracht (13 %).

Die nach § 35 a untergebrachten Jugendlichen unterscheiden sich in ihren CBCL Gesamtergebnissen durch noch höhere durchschnittliche Auffälligkeitswerte von den anderen Jugendlichen

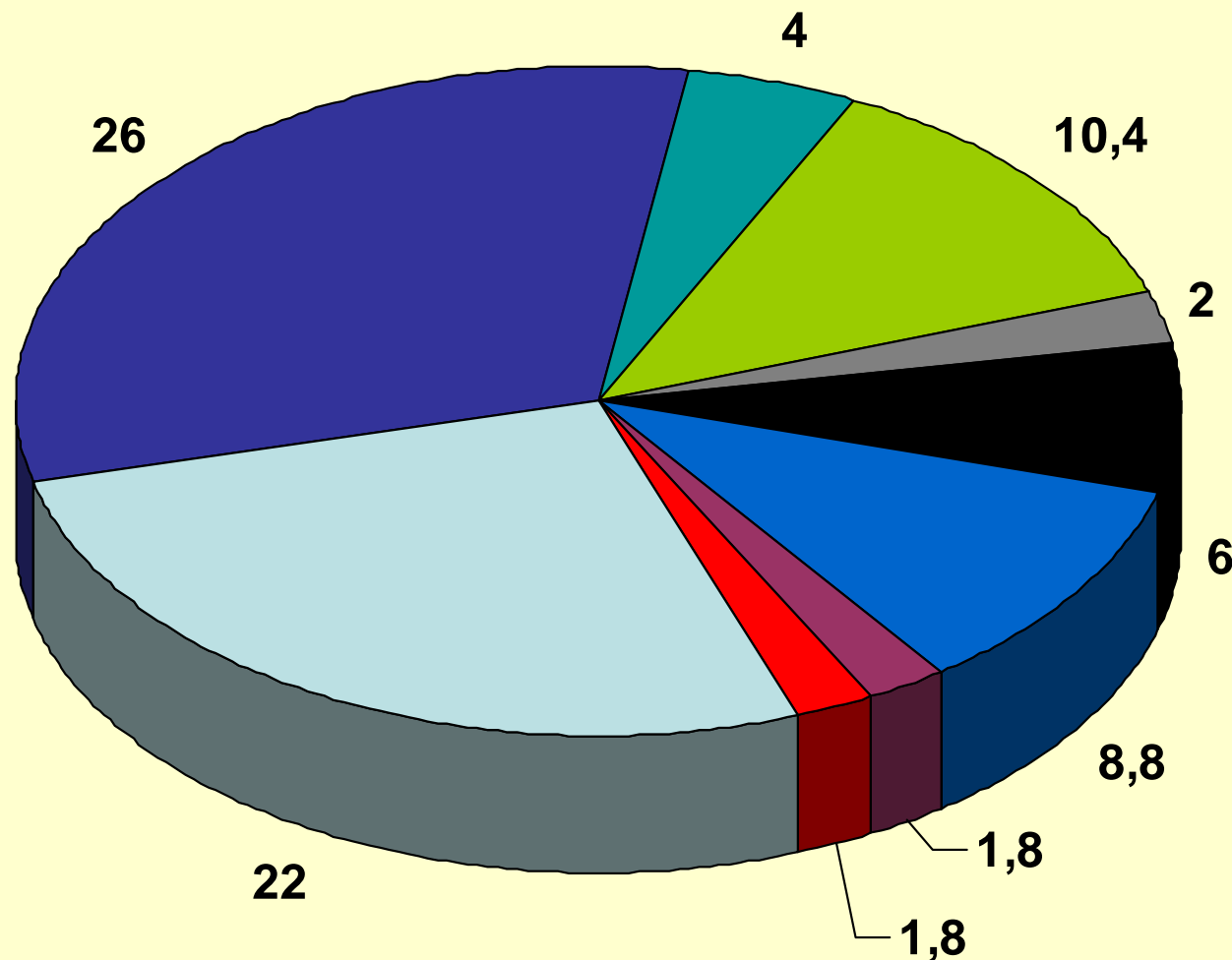
Prävalenz (DYSIPS-KJ + Enuresis, Tic, Substanzmissbrauch, Enkopresis)



Punktprävalenz: 59,9 % ohne F 70 und 61,3 % mit F 70

Prävalenz der Störungsgruppen

Angaben in Prozent



□ HKS (F 90.1)

■ SSV (F 91, F 92)

■ Angststörungen

■ Depression (F 32, F 34)

■ ADHD (F 90.0)

■ Enuresis (F 98.0)

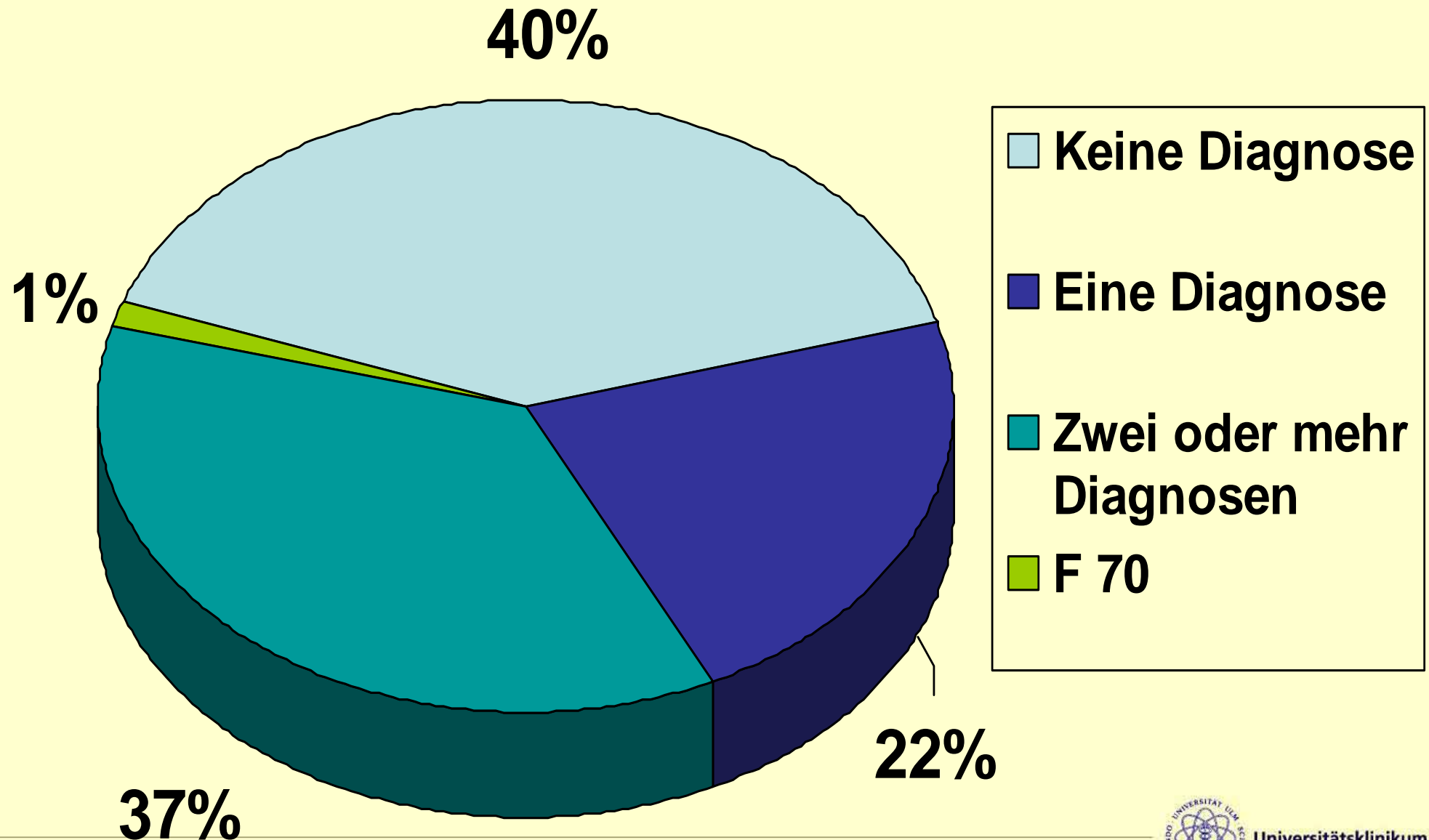
■ Substanzmissbrauch
(F 1.x1)

■ Enkopresis (F 98.1)

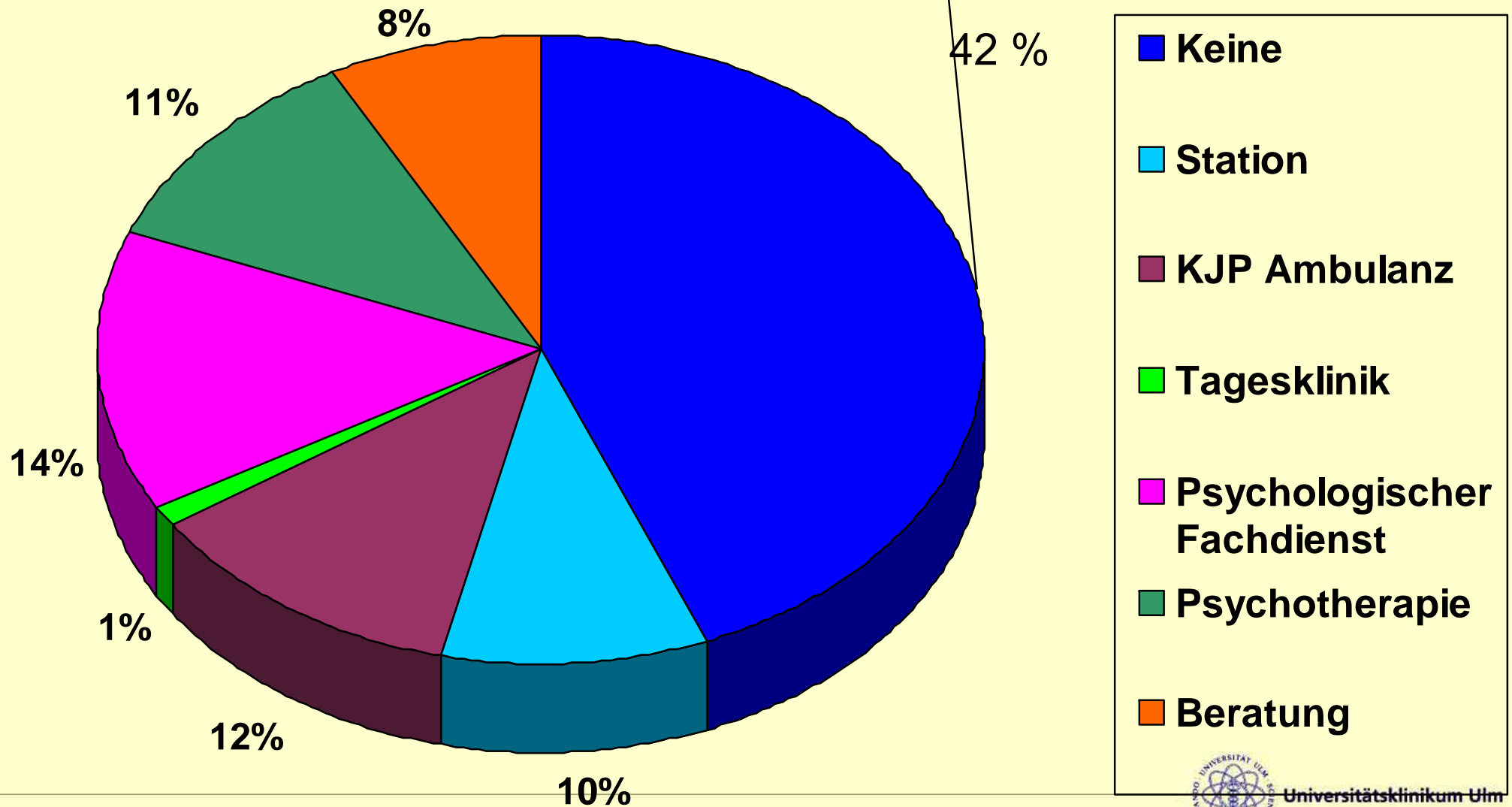
■ Tic

Prävalenz im Vergleich

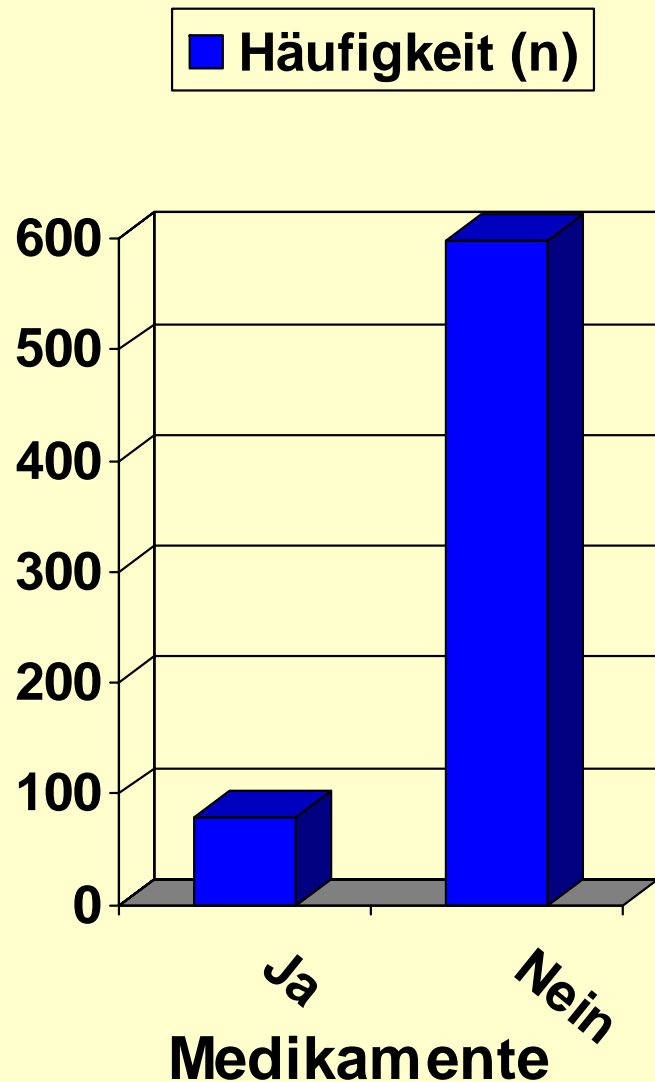
Diagnose	Prävalenz Heim	Prävalenz Bevölkerung
SSV (F 91, F 92)	26 % (+ 22 % F 90.1)	6 %
HKS (F 90.0 + F 90.1)	24 %	3-6 %
Depression (F 32, F 34)	10,4 %	1-5 %
Angst	4 %	1,8 – 5,3 %
Enuresis	6 % (14 Jahre)	2 %
Substanzmissbrauch	8,8 % (14 Jahre)	4 % (Alkohol) ab 16 LJ 1 % Cannabis ab 14LJ



Jugendliche in Behandlung



Medikamente



Nur 79 (11 %) Kinder und Jugendliche werden medikamentös behandelt.

Die Medikamente werden in 54 Fällen von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie verschrieben.

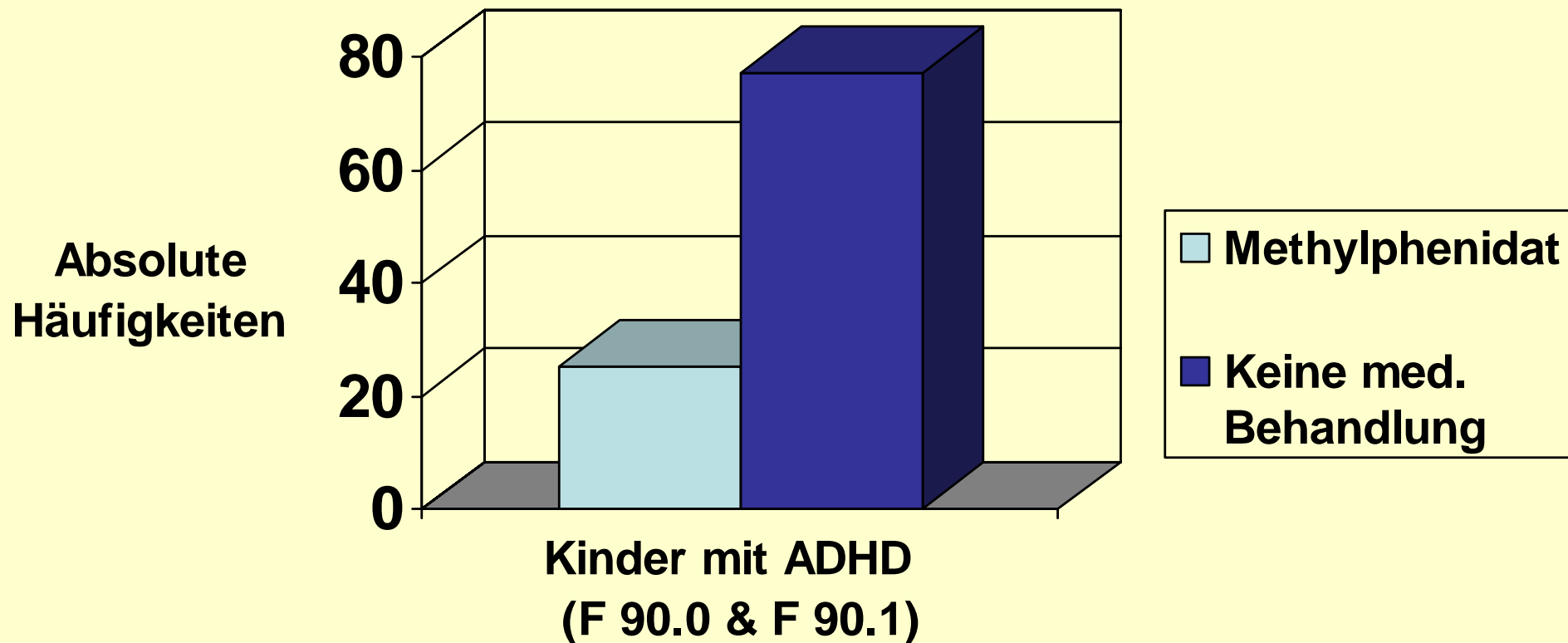
N = 689

Behandlungsstatus bei Aufmerksamkeitsstörungen

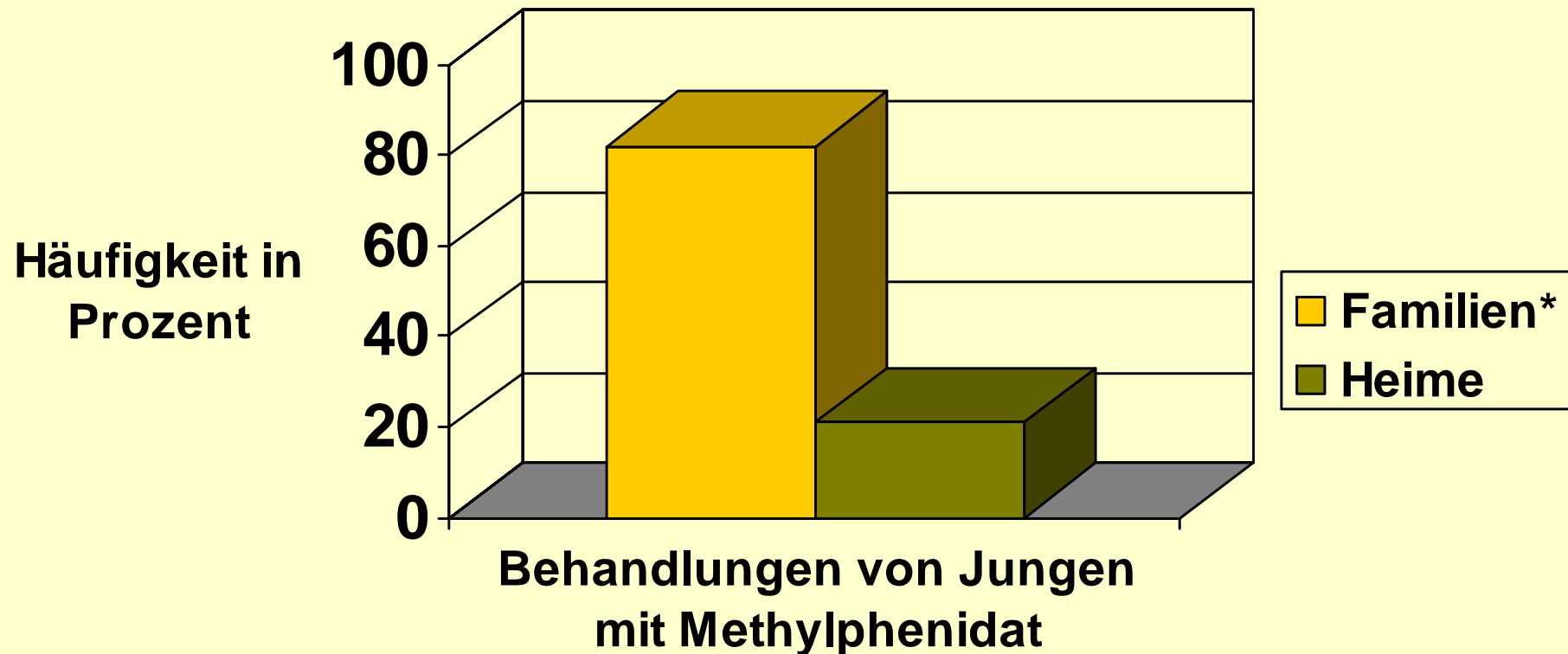


N = 689

Behandlungsstatus bei Aufmerksamkeitsstörungen



Behandlungsstatus von Jungen mit ADHD in Familien vs. Heimen



*Hochrechnung aufgrund der Daten von Glaeske, Fegert et al. 2002

- 60 % der Jugendlichen erfüllen die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose. Viele Jugendliche erfüllen die Kriterien für mehr als eine psychische Störung (hohe Komorbidität).
- Die Kinder und Jugendlichen aus der stationären Jugendhilfe erreichen CBCL Gesamtwerte die 1-1,5 Standardabweichungen über der Normpopulation liegen.
 - 30% der Jugendlichen sind sehr stark belastet und erreichen T-Werte von über 70 in der CBCL- Gesamtskala
 - 70 % erreichen Werte von über dem „kritischen Wert“ von 60 T-Wertpunkten in der CBCL- Gesamtskala
- Viele „belastete“ Jugendliche kommen in den Strukturen der Jugendhilfe gut zurecht.

- Eine medikamentöse Unterversorgung relativ zu ihrer psychischen Belastung wird deutlich.

Ausblick für die Praxis:

- Entwicklung einer effektiveren und intensiveren Kooperation zwischen KJPP und Jugendhilfe auf einer breiten Basis ist nötig.
- Insbesondere für die Gruppe der besonders belasteten Jugendlichen mit mehreren Diagnosen sollten gemeinsame Behandlungsansätze entwickelt werden.

- Gesamtzuständigkeit für alle Kinder und Jugendliche (große Lösung) von der Jugendhilfe und vielen anderen Fachverbänden lange gefordert, aber auf absehbare Zeit nicht realisierbar
- Mittelschichtfamilien mit Kindern, die von einer Behinderung bedroht bzw. betroffen sind, schließen sich heute sehr aktiv zu **Betroffenenverbänden** zusammen und informieren sich intensiv z.B. über das Internet.
 - Sie sind durchaus real klagebereit.
 - Das SGB IX eröffnet auch die Möglichkeit der Verbandsklage.
 - **Beispiel:** Kinder mit Teilleistungsstörungen und die Hilflosigkeit mancher Jugendämter im Umgang mit solchen gut organisierten und gut vertretenen Familien

- § 35 a wurde im Rahmen des SGB IX wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
 - „(1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn
 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und
 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

- Mit der Neuformulierung wird der Leistungstatbestand an die Terminologie des Neunten Buches, insbesondere den dortigen Begriff der Behinderung angepasst (§ 2). Durch die systematische Aufteilung der Leistungselemente in zwei Nummern (Absatz 1) wird die bereits in § 2 des Neunten Buches vorgegebene Zweigliedrigkeit des Behindertenbegriffs und die daraus resultierende Kooperationsverpflichtung von Ärzten und pädagogischen Fachkräften im Jugendamt bei der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung verdeutlicht.

- Bundesratsinitiative 2003
 - U.a. Wiedereinführung des Wörtchen „wesentlich“, Teilleistungsstörungen
- Als Antwort auf Anfrage des Vereins Hilfe für das autistische Kind
 - Vorschlag des BMGS Abschaffung des §35a und Wiedereinführung der Zuständigkeit der Sozialhilfe (5. Juni 2003)
- Ablehnung der Bundesratsinitiative im Bundestag (Anhörung im Familienausschuß 10.12.03)
- Neue Debatten im Rahmen des Tagesbetreuungsausbaugesetzes - TAG

Geplante Änderungen in § 35a (Referentenentwurf 2.4.2004)

- In Abs.1 wird eingefügt:
 - Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.
- Nach Abs. 1 wird eingefügt
 - (1a) Hinsichtlich der Voraussetzungen nach Abs. 1 Nr. 1 hat der Träger der Jugendhilfe die Stellungnahme eines Arztes, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Störungen verfügt, eines psychologischen Psychotherapeuten oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzuholen.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

- 1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,**
- 2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder**
- 3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt,**

einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.“

- „Diese ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert *) hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Leistung darf nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.“
 - *) vgl. hierzu Bericht der US Kommission: Beyond therapy ... the pursuit of happiness

- **Aus der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – zuletzt aus der Anhörung zum Gesetzentwurf des Bundesrates am 10. Dezember 2003 – wird immer wieder beklagt, dass der Gesetzgeber die Rolle und den Auftrag des Arztes bzw. Psychotherapeuten bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen und der Entscheidung über die geeignete und notwendige (Form der) Eingliederungshilfe nicht hinreichend spezifiziert hat, so dass es im Gesetzesvollzug, aber auch in verwaltungsgerichtlichen Verfahren immer wieder zu Streitigkeiten über die Rollenverteilung zwischen Arzt bzw. Psychotherapeuten und den Fachkräften im Jugendamt kommt. Durch eine klarstellende Regelung soll verdeutlicht werden, dass die Stellungnahme des Arztes bzw. Psychotherapeuten nicht die Entscheidung der Fachkräfte im Jugendamt über die geeignete und notwendige Hilfe vorweg nehmen darf, sondern sich im Wesentlichen auf die Feststellung des ersten Tatbestandselements bezieht, also die Feststellung, ob die seelische Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für sein Lebensalter typischen Zustand abweicht. Dies schließt Hinweise und Empfehlungen im Hinblick auf geeignete und notwendige Hilfen im Hilfeplanverfahren (§ 36) nicht aus. Zur Vermeidung von Interessenkollisionen wird den Empfehlungen der Praxis entsprechend bestimmt, dass der Arzt bzw. Psychotherapeut, der die Stellungnahme abgibt, nicht an der Leistungserbringung beteiligt sein darf.**

- Zum anderen versuchen auch manche Eltern durch unmittelbare Kontaktaufnahme mit Leistungserbringern die Entscheidungszuständigkeit der Jugendämter zu unterlaufen und sie zu einem bloßen „Kostenträger“ zu reduzieren. Dies gilt in besonderer Weise für die Inanspruchnahme von Hilfen nach § 35a SGB VIII (vgl. dazu Institut für sozialpädagogische Forschung (Hrsg.), Bestandsaufnahme und Handlungsbedarfe im Bereich der Eingliederungshilfe - § 35a SGB VIII - im Land Rheinland-Pfalz 2003, S. 50). Eine solche Verfahrensweise steht jedoch nicht im Einklang mit den Prinzipien des Sozialleistungsrechts. Auch das Bundesverwaltungsgericht hat in Abkehr von der früheren Rechtsprechung betont, dass der Träger der öffentlichen Jugendhilfe Leistungs- und nicht bloßer Kostenträger ist (BVerwGE 112, 98; vgl. auch die Ergebnisse der Fachkonferenz 1 des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht, ZfJ 2003, 61, 62 und darauf Bezug nehmend OVG Münster ZfJ 2003, 487, 488 und 490, 491). Gleichzeitig hat das Bundesverwaltungsgericht in ständiger Rechtsprechung Fallgruppen entwickelt, in denen eine sog. Selbstbeschaffung zulässig ist. Diese Rechtsprechung soll nunmehr im Interesse der Rechtssicherheit und der Rechtsklarheit eine positiv-rechtliche Grundlage erfahren.

- Die Anwendung des § 35a SGB VIII wird in der Praxis dadurch besonders erschwert, dass der in § 2 SGB IX vorgegebene Behinderungsbegriff eine Vielzahl wertender Elemente enthält und bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen ärztliche bzw. psychologische Fachkompetenz in ein von sozialpädagogischen Fachkräften des Jugendamts gesteuertes Hilfeplanverfahren einbezogen werden muss. Vor allem die Definition der „drohenden Behinderung“ ist in § 2 SGB IX so allgemein formuliert, dass – je nach Begründung der Stellungnahme – ein kaum mehr abgrenzbarer Personenkreis von Kindern und Jugendlichen die Leistungsvoraussetzungen erfüllt.
- Um einer inflationären Inanspruchnahme Schranken zu setzen, sollen künftig die Funktion und der Auftrag der ärztlichen Stellungnahme im Rahmen des Entscheidungsprozesses konkret beschrieben (§ 35a Abs. 1a) sowie die Definition der seelischen Behinderung derjenigen in § 53 Abs. 2 SGB XII angepasst werden (§ 35a Abs. 1).

Ist die Diagnose ausreichend als Begründung?

- Verwaltungsgericht BW 4.11.97, Az 9S1462/96, dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26.11.98, Az 5C38/97
 - Seelische Störungen (allein) genügen noch nicht für die Annahme einer seelischen Behinderung; hinzu kommen muss, dass die seelischen Störungen nach Breite Tiefe und Dauer so intensiv sind, dass sie die Fähigkeiten zur Eingliederung in die Gesellschaft beeinträchtigen. ... Danach ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn ... als behinderungsrelevante seelische Störungen, die auf Versagensängsten beruhende Schulphobie, die totale Schulverweigerung, der Rückzug aus dem sozialen Kontakt und Vereinzelung in der Schule angeführt werden.
- Drohende Behinderung: ärztliche Prognose, Wahrscheinlichkeitskriterium

Was wird jetzt ?

- Splitting des Gesetzentwurfes Ende Oktober (27.10.04)
 - Verabschiedung Tagesbetreuungsteil (nicht zustimmungspflichtig)
 - Was wird aus der KJHG Novelle?
- 17.12. Föderalismuskommission will ihre Ergebnisse im Dezember Vorstellen
 - JH in Länderhoheit ?

- Reibungslosere Übergänge aus der Jugendpsychiatrie in stationäre oder ambulante Maßnahmen der Jugendhilfe
 - Wettbewerb zwischen Innovations- und Kontrollregionen
- Verhinderung von Abbrecher- und Scheitererverläufen bei Kindern mit psychiatrischen Störungsbildern in stationären Hilfen (Aufsuchende Institutsambulanz)

- Experimentalservicestelle
- Interdisziplinäre Weiterbildung mit gegenseitigen Hospitationen für ErzieherInnen, SozialpädagogInnen, Krankenpflegekräfte aus den Bereichen Kinder – und Jugendhilfe und KJPP
- Verlaufsuntersuchungen Heimstudie
- Zielerreichung (PädZI CJD)

- Aggressive Jugendliche mit massiven Störungen des Sozialverhaltens
- Jugendliche mit co-morbiden Störungen und Drogenproblemen
- Spezialisierte Angebote für Jugendliche, die durch sexuelle Übergriffe aufgefallen sind
- Modellprojekte psychiatrische Familienpflege
 - In Anlehnung an die Erfahrungen von JUMEGA in Ravensburg

- Politischer Streit geht weiter; Schicksal des KJHG bleibt offen
- §35a und §41 gehören zu den Hauptstreitpunkten
- Egal was passiert, die Jugendlichen mit ihren Problemlagen bleiben und brauchen Hilfen
- Ein stärkerer Effektivitätsnachweis ist gefordert

Vertrauliche (§ 203 StGB und § 76 SGB X)
**ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME ZUR PLANUNG EINER
EINGLIEDERUNGSHILFE nach § 35a SGB VIII (KJHG), nach
SGB XII (nur amts- oder landesärztliche Stellungnahme)**

Angaben zur Person:

- Name, Geburtsdatum
- Wohnort
- Schule
- Personensorgeberechtigte
- andere wesentliche Erziehungspersonen

Mit Einwilligung der/des Personensorgeberechtigten vom
(s. Anlage) nehme(n) ich/wir zur Hilfeplanung Stellung
(Nichtzutreffendes bitte streichen):

aufgrund unserer persönlichen Untersuchung und Aktenkenntnis vom
.....

aufgrund unserer stationären Behandlung von/seit..... bis.....

aufgrund unserer teilstationären Behandlung von/seit.... bis...

allein auf der Basis der Aktenlage

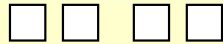
1. Anspruchsbegründende diagnostische Ergebnisse:

- Nach den in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien der WHO (Weltgesundheitsorganisation) liegt bei dem o. g. Patienten
- keine Störung vor (Eingangskriterium für einen Rechtsanspruch nach § 35 a SGB VIII liegt nicht vor).
⇒ (wird Hilfe zur Erziehung für erforderlich gehalten [§ 27 ff. KJHG])
ja/nein
- ein diagnostizierbares Störungsbild mit Krankheitswert / Erkrankung vor.
- Die seelische Gesundheit
 - weicht aufgrund dieses Störungsbildes mit Krankheitswert oder Erkrankung länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab. ja/nein
 - wenn „nein“, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. ja/nein

1.1 Störungsbild/Erkrankung

1.1.1 Psychische Störungen nach ICD-10

- F0. organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1. psychische und Verhaltensstörungen durch psycho-trope Substanzen
- F2. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3. affektive Störungen
- F4. neurotische/Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- F6. Persönlichkeits- (erst ab 16. Lebensjahr) und Verhaltensstörungen
- F9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend



1.1.3 Weitere Diagnosen (Komorbidität)

- Dieses Krankheitsbild ist allein als psychische Störung
- allein als geistige Behinderung
- allein als körperliche Erkrankung
- als Mehrfachbeeinträchtigung

einzuordnen.

- Nur bei der Kombination *körperliche Erkrankung* und *psychische Störung* bzw. geistige Behinderung und psychische Störung zu beantworten:
- Resultiert die Beeinträchtigung der Teilhabe allein bzw. ganz überwiegend aus der psychischen Störung infolge der körperlichen Erkrankung bzw. der geistigen Behinderung? **ja/nein**

1.2 Entwicklungsstand (F8)

- altersentsprechend
- umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F 80)
- umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Legasthenie, Rechenstörung etc.) (F 81)
- umschriebene Entwicklungsstörungen (F 82)
- kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)

1.3 Intelligenz (F 7)

- normal oder überdurchschnittlich
- Lernbehinderung
- geistige Behinderung
 - Beurteilungsquelle Eindruck
 - Testung

- Als Grundlage für den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe bei geistiger Behinderung ist nur die Testung bzw. bei Nichttestbarkeit schulische Klärung und entsprechende Beschulung anspruchsbegründend.

1.4 *Familiäre Belastungen*

- 1.4.0 Keine Angaben möglich
- 1.4.1 Belastende intrafamiliäre Beziehungen
- 1.4.2 Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderungen in der Familie
- 1.4.3 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- 1.4.4 Belastende Erziehungsbedingungen
- 1.4.5 Akute belastende Lebensereignisse
- 1.4.6 Gefährdung möglicherweise durch Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch
- 1.4.7 Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule und Arbeit

- 1.5.0 Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten
- 1.5.1 Befriedigende soziale Anpassung mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen
- 1.5.2 Leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 1.5.3 Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 1.5.4 Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 1.5.5 Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
- 1.5.6 Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
- 1.5.7 Braucht beträchtliche Betreuung
- 1.5.8 Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)

**1. Beschreibung der sozialen Beeinträchtigung bei der
Teilhabe in der Schule und Gesellschaft,
welche sich aus der beschriebenen Problematik ergibt.
– Förderungsbedarf**



Es handelt sich somit aus ärztlicher Sicht um

- eine (drohende) seelische Behinderung
- eine wesentliche körperliche bzw. geistige Behinderung
- eine Mehrfachbehinderung

3. *Vorschlag zur Umsetzung der Hilfen (Facilitation)*

3.1 *Eingliederungshilfe (gemäß § 40, 41 BSHG bzw. § 35a KJHG)*



3.2 Andere Hilfen und Therapien sowie Heil-mittel finanziert durch andere Kostenträger



3.3 *Bei über 18jährigen:*

- Ist die beschriebene Beeinträchtigung und vorgeschlagene Hilfe “jugendtypisch”?
ja/nein

- Ist das beschriebene psychische Störungsbild im Verlauf primär als chronifiziert einzuschätzen, so dass auch im Erwachsenenalter voraussichtlich auf längere Dauer Hilfe nötig sein wird? ja/nein

4. *Hilfekonferenz unter Teilnahme des Arztes aus ärztlicher Sicht erforderlich?* *ja/nein*

5. *Wiedervorstellung zur Feststellung der Effektivität der Maßnahme empfohlen in*

1/2 Jahr, 1 Jahr, 2 Jahren

Datum, Unterschrift und Funktion des/der Aussteller(s)



Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

Tel. 0731/500-33544/45

Fax 0731/500-33546

e-mail: joerg.fegert@medizin.uni-ulm.de

