Anlage 4

Verwaltungsverfahren im Jugendamt

bei Antragstellungen auf Gewährung von **Eingliederungshilfe**

hier: **Lese- und Rechtschreibschwäche**

.....
Diagnostische Fachkraft
Kinder-u.Jugenpsychiater/in, Kinder-u.Jugendlichenpsycho therapeu/tin, Kinderarzt/ärztin mit psychologisch psychotherapeut. Zusatzqualifikation

Name des Kindes / der Jugendlichen:

Geburtstag:

Anschrift:

Fachliche Stellungnahme
zur Vorlage beim Jugendamt

Das Kind / der / die Jugendliche wurde hier am ..... zur Abklärung der Frage einer Lese*- / Rechtschreib*-/ Rechenschwäche (LRS/RS)* vorgestellt.

Er/Sie besucht die Klasse ..... der ..... Schule

in .....

Ein Bericht der Schule liegt vor: **ja** ☐ **nein** ☐

Seh- und Hörstörungen sowie andere körperliche Erkrankungen als mögliche Ursache einer LRS/RS wurden fachärztlich abgeklärt bzw. behandelt. **ja** ☐ **nein** ☐

Eine Abklärung durch _____ wird empfohlen **ja** ☐ **nein** ☐

Die Untersuchung erfolgte in Anwesenheit von: (Elternteil, Betreuer etc.)

.....

Folgende Testverfahren (HAWIK IV o. K-ABC o. CFT.....) kamen zur Anwendung:

Intelligenztestung	*Ergebnis (T-Wert)*	**Beurteilung** *über-/*	*unter-/*	*durch-schnittlich*	*Abweichung*
_____	_____	☐	☐	☐	_____
_____	_____	☐	☐	☐	_____
_____	_____	☐	☐	☐	_____

Schulleistungstests

	T-Wert	**Beurteilung** *auffällig*	*unauffällig*	*Abweichung*
Rechtschreibtest, z.B. _____	_____	☐	☐	_____
Lesetest, z.B. _____	_____	☐	☐	_____
Rechentest, z.B. _____	_____	☐	☐	_____

Weitere Testverfahren mit Ergebnis und Auswertung:

.....

* Nichtzutreffendes durchstreichen und vollständig ausfüllen

Name:.....

Verhalten in den Testsituationen:

Die gemessene Leseleistung* / und Rechtschreibleistung*/ Rechenleistung* liegt erheblich unter den allgemeinen Lern- und Leistungsmöglichkeiten (Intelligenzleistung). **ja** ☐ **nein** ☐

Die T-Wert-Diskrepanz bei Lese-/ Rechtschreibschwäche beträgt _____,

Es handelt sich demnach um eine umschriebene Lese-* / Rechtschreib-* / Rechenschwäche*. (ICD 10 F81.0 / F81.1 / F 81.2). **ja** ☐ **nein** ☐

Vorgeschichte:

Psychischer Befund:

Die durch die Lese-* / Rechtschreib-* / Rechenschwäche* bedingten Misserfolgserfahrungen führten zu folgenden Sekundärstörungen wie auch Störungen der Beziehung des / der Kindes / Jugendlichen zu seiner / ihren familiären und schulischen Umgebung:

Diagnose (ICD 10):

Name:.....

Zusammenfassung und Bewertung:

Die seelische Gesundheit weicht mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab.

ja ☐ **nein** ☐

Der / die Personensorgeberechtigten ist / sind damit einverstanden, dass die Schule von der Diagnose unterrichtet wird, um durch entsprechende schulische Maßnahmen die Schülerin / den Schüler vor weiteren vermeidbaren Misserfolgserlebnissen zu bewahren.

Untersucher/In, Institution u. Stempel

(Ort, Datum)

* Nichtzutreffendes durchstreichen und vollständig ausfüllen

Merkblatt

zur fachlichen Stellungnahme

Wir bitten Sie, folgende Punkte beim Ausfüllen des Vordrucks „Fachliche Stellungnahme“ zu beachten:

- Bitte die Diagnose nach ICD 10-Nummern genau erläutern.
- Ebenfalls bitten wir Sie, evtl. vorliegende Verhaltensauffälligkeiten genauestens zu erläutern. Es ist nicht ausreichend, z.B. nur „emotionale Störungen“ aufzuführen. Es muss erkennbar sein, wie sich diese Störung im schulischen und privaten Bereich bemerkbar macht und welche Ursachen hierfür mit hoher Wahrscheinlichkeit verantwortlich sind.
- Bei Vorliegen einer Entwicklungsstörung bitten wir uns darzulegen, woraus diese abzuleiten ist.

3. Schulische Feststellungen und Maßnahmen laut VOLRR des HKM vom 18.05.2006 (Besondere Schwierigkeiten beim Lesen, Schreiben, Rechnen)

a) Wurden Auffälligkeiten bezüglich einer Lese- bzw. Rechtschreib- bzw. Rechenschwäche festgestellt:

☐ Nein ☐ Ja, wann/von wem: .....

ggf. Datum der Konferenz: .....

b) Schulische Förderung:

☐ Notenschutz seit ..... ☐ Nachteilsausgleich seit .....

☐ Binnendifferenzierung seit ..... ☐ Förderkurs seit .....

c) Wird der Förderkurs von dem o. g. Kind regelmäßig besucht? .....

d) Wie viele Kinder sind im Förderkurs? .....

e) Welche Qualifikationen bezüglich Lese-Rechtschreib-/Rechenschwäche hat die/der Förderlehrer/in?

.....

.....

f) **Der halbjährlich fortzuschreibende Förderplan (VOLRR vom 18.05.2006) datiert vom ..... wird als Kopie beigelegt!**

g) Erläutern Sie das Förderkonzept der Schule

.....

.....

.....

.....

.....

4. Kooperation mit Eltern/Erziehungsberechtigten und anderen Stellen

a) Erfolgt eine Zusammenarbeit mit den Eltern/Erziehungsberechtigten:

☐ Bisher nicht ☐ Ja, folgende .....

b) Gibt es eine Zusammenarbeit mit anderen Diensten, Instituten und/oder Personen:

☐ Bisher nicht ☐ Ja, folgende .....

c) Ist der Schulpsychologische Dienst mit einbezogen? ☐ ja ☐ nein

Folgende Unterlagen sind in Kopie dieser Schulauskunft beigefügt:

- Halbjährlich fortzuschreibender Förderplan (VOLRR)
- 2 Schulzeugnisse
- Diagnostik der Schule
- Stellungnahme des Schulpsychologischen Dienstes sofern vorhanden
- Stellungnahme der Förderlehrerin/des Förderlehrers/ falls abweichend zum Deutsch-Mathematiklehrer

Ansprechperson für Rückfragen: .....

Erreichbarkeit (E-Mail, Telefon):.....

Ort, Datum	Lehrkraft	Schulleiter(in) / Stempel

Schulische Stellungnahme	zur Vorlage beim **Jugendamt**
Schüler/in .....,geb.	
Klasse:	

1. Leistungsentwicklung/-stand, Arbeits-/Lernverhalten

a) Bisherige Lernentwicklung:

.....

.....

b) Welche Stärken hat das Kind? .....

.....

.....

c) Regelmäßigkeit des Schulbesuchs:.....

d) Auffälligkeiten in den Bereichen Schreiben und Lesen und Mathematik:.....

.....

.....

e) Liegt insgesamt eine allgemeine Lernschwäche vor: ☐ Ja ☐ Nein

f) Gibt es weitere schulische Probleme? .....

.....

g) Weitere Anmerkungen:.....

2. Sozialverhalten

a) Störverhalten: (z.B. hält sich nicht an Regeln...) .....

.....

.....

.....

.....

b) Verhalten/Stellung im Klassenverband: (z.B. beliebt, ausgegrenzt, Klassenclown ...)

.....

.....

.....

.....

c) Konfliktverhalten: (z.B. geht Konflikten aus dem Weg, sucht Streit ...).....

.....

.....

.....

.....

d) Psychische Befindlichkeit: (z.B. in sich gekehrt, oft krank, selbstbewusst...)

.....

.....

.....

.....

.....

e) Sonstiges:

.....

.....

.....

Kreis Bergstraße
Der Kreisausschuss

Kreis Bergstraße, Der Kreisausschuss, 64629 Heppenheim, Postfach 1107

Gräffstraße 5
64646 Heppenheim
Telefonzentrale: 0 62 52 / 15 - 0
www.kreis-bergstrasse.de

JUGENDAMT
Regionalteam Bergstraße
Eingliederungshilfe
Sachbearbeitung:
Dienstanschrift:
Graben 15, Zimmer
Durchwahl: 0 62 52 / 15 –
Telefax: 0 62 52 / 15 – 5799
e-mail: albert.haas@kreis-bergstrasse.de
Fachbereichssekretariat: 06252 / 15 – 5644
Sprechzeiten:
nach Vereinbarung

Datum:

Qualitätsstandards
für den Leistungserbringer

Unser Zeichen: L-2/3-2-35a ha

Betrifft: **Gutachterlich begründete Legasthenie- bzw. Dyskalkulie-Therapie**
Maßnahme der Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII

Sehr geehrte ,

die gutachterlich begründete und vorgeschlagene Legasthenie- bzw. Dyskalkulie-Therapie wird als Maßnahme der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII gewährt.

Das Jugendamt führt – wie Sie wissen – das Verfahren und entscheidet über den Antrag auf Leistungsgewährung und Kostenübernahme.

Der Entscheidung des Jugendamtes obliegt es auch, darauf zu achten, dass die Qualifikation und damit die Auswahl der Therapeutin / des Therapeuten den Anforderungen entspricht.

Das heißt: die Befähigung zur Therapie von Teilleistungsstörungen setzt eine abgeschlossene psychologische, pädagogische oder sozialpädagogische Grundausbildung mit Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss voraus. Dazu sollen zusätzliche Kenntnisse über Lehrmethoden des Grundschulunterrichts für Lesen, Schreiben und Rechnen kommen und vor allem spezielle Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Teilleistungsstörungen und möglicher psychischer Sekundärfolgen.

...2

Als selbstverständlich wird vorausgesetzt, dass die TherapeutInnen höchstpersönlich die Therapie durchführen, d. h. keine Delegation an Kräfte erfolgen darf, die nicht über obige Voraussetzungen verfügen.

Das therapeutische Konzept muss folgende Bestandteile enthalten:

- Einzeltherapie
- Einbezug/Beratung der Lehrkräfte und Eltern und
- bei Bedarf Gruppentherapie mit einer max. Gruppenstärke bis drei Kinder

Diese Elemente sind durch Auflistung im Sammelnachweis zu belegen.

Wir rechnen ausschließlich mit TherapeutInnen ab, die diese fachlichen Kriterien erfüllen und auf unserer TherapeutInnenliste erfasst sind. Die Eltern / Leistungsberechtigten werden bei der Erstberatung darauf hingewiesen.

Sofern Sie den Wunsch haben, in die TherapeutInnenliste aufgenommen zu werden, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Ausbildungsnachweise / Qualifikationsnachweise und soweit vorhanden Ihre Konzeptionen zukommen zu lassen.

Sind Sie bereits von anderen Jugendämtern anerkannt, legen Sie bitte die entsprechenden Schreiben in Kopie bei.

Bei Instituten bzw. Praxen, die mehrere MitarbeiterInnen beschäftigen, ist der Nachweis auch für die einzelnen Fachkräfte zu erbringen.

Mit freundlichem Gruß
Im Auftrag

Vergütungssätze für Integrative Lerntherapie

(ab 01.01.2011)

Einzeltherapie	**32,37 Euro**
Gruppentherapie (bis maximal 3 TeilnehmerInnen)	**19,60 Euro**

Für die Erstellung des Berichtes zum Antrag auf Weitergewährung kann eine zusätzliche Therapieeinheit in Rechnung gestellt werden.

Für Gespräche mit Eltern und Schule sollen bis zu 4 Therapieeinheiten vom bewilligten Kontingent eingesetzt werden.